



Julio César Morales López.

Dr. Carlos Hernández Santos.

Resumen de Síndromes Geriátricos.

Geriatría.

PASIÓN POR EDUCAR

Sexto Semestre.

“A”.

Comitán de Domínguez Chiapas a 11 de Abril del 2025.

GERIATRIA.

Fragilidad

La fragilidad es un síndrome clínico caracterizado por la acumulación de déficits que incrementan la vulnerabilidad pero que puede ser atenuada o revertida con intervenciones específicas, por ello es importante detectarlo a tiempo.

- * Dentro de su epidemiología se sabe que tiene una prevalencia de 12 a 24% en la comunidad y de más del 50% en unidades de cuidados crónicos, siendo mayor en aquellas de edad avanzada y sexo femenino.
- * Se ha asociado como factores de riesgo distintos estados como cambios fisiológicos, envejecimiento, inflamación, sarcopenia, polifarmacia, trastornos endocrinos, desnutrición, aislamiento social y pobreza.
- * El diagnóstico se basa en identificar fenotipo de fragilidad que se basa en debilidad, resistencia y deterioro en el rendimiento físico (lentitud de la marcha y baja actividad física). y por otro lado existe otro enfoque denominado acumulación de Déficits, que es la acumulación de comorbilidades, síntomas y hallazgos de laboratorio. Dentro de las herramientas diagnósticas está la escala de Frail (atención primaria). compuesta por 5 componentes: Fatiga, Resistencia, dificultad para hacer actividades Aeróbicas, padecer más de 5 enfermedades y perder más del 5% de peso en los últimos 6 meses, otras herramientas se encuentra la escala de fragilidad CES y la escala de Edmonton. y realizar valoración geriátrica integral.
- * Tratamiento.

- Prevención de pérdida muscular. → Actividad física aeróbica, resistencia, marcha, equilibrio, y flexibilidad
- Prescripción Médica. → Se propone el programa Vivifrail.
- Nutrición → La polifarmacia tiene riesgo de caídas y efectos secundarios. → Se recomienda retirar fármacos de manera apropiada y vigilada.
- Complementación de calorías, proteínas y aa esenciales, Suplementación de vitamina D. → Criterios de Beers.
- Higiene Bucal. (NO HAY TX FARMACOLÓGICA).

Caídas.

- Se define como la precipitación de manera repentina a un plano inferior involuntario e insospechado con o sin lesiones secundarias confirmada por un paciente o un testigo.
- Epidemiología: 5ta causa de muerte en el mundo son los accidentes, el 66% de estos lo conforman las caídas, 75% de estos lo confirman pacientes de 65 años o mayores, la incidencia de ancianos en la comunidad es de 33%. El 50% de estos pacientes solo tienen leve y 10% presentan lesiones importantes fractura de muñeca 5% y de cadera 2%, mayor en hombres de edad avanzada.
- Factores de Riesgo: Polifarmacia, exacerbaciones por fármacos (AINES, Hipoglucemiantes, Antihipertensivos, Antidepresivos y Neurolepticos; El padecer enfermedades múltiples como articulares degenerativas, depresión e incontinencia urinaria, padecer Sarcopenia, trastornos de la marcha y equilibrio y determinar si el auxiliar de marcha es el indicado y si hubo entrenamiento para su uso correcto; Si padece disminución de interactuar con su entorno y percibir zonas de peligro aunado a trastornos psicomotores.
- Diagnóstico: Historia Clínica Detallada.
 - Historia farmacológica: Interacciones de medicamentos, cantidades, dosis para la edad y SCT (Interrogar uso de Hipnóticos, Sedantes, neurolepticos y antihipertensivos.
 - Descripción de la caída: Registro de caída, permanencia en el suelo, capacidad de levantarse por sí solo, reconocer circunstancias previas, interrogar elementos como conciencia del peligro de la caída, pérdida de estado de alerta.
 - Exploración Física, Interrogatorio del ambiente y Valoración geriátrica Integral.
- Tratamiento.
 - Tratar la fractura, estabilizar al paciente y programa adecuada de rehabilitación
 - Causas médicas: Revisar tratamiento de las enfermedades
 - Marcha: Posturografía Dinámica computarizada, fortalecimiento de grupos musculares esqueléticos, utilización de auxilios de la marcha Landaldero o bastón, terapia cóntrica.

1190

Sarcopenia.

• Fisiología Muscular.

Grasa Magra: Lo que no es grasa, su principal componente es el músculo.
Funciones: más allá de la fuerza y el movimiento, homeostasis de la glucosa, fuente de aminoácidos en casos de agresión al organismo.

Unidades motoras

- Motoras lentas: Pequeñas fibras de Miosina I de contracción lenta.
- Motoras rápidas: Fibras gruesas de Miosina II X para levantar peso
- Motora rápida resistente: Miosina II se encarga de actividades intermedias a fatiga

• Sarcopenia Primaria: Pérdida de masa muscular relacionada al envejecimiento con repercusión en la función.

• Sarcopenia Secundaria: Pérdida de masa muscular relacionada a enfermedades, inactividad o trastornos nutricionales

• Epidemiología: Individuos que viven en comunidad 33%, predominio en mujeres. 34%.

• Diagnóstico (Tomar en cuenta pérdida de masa muscular y repercusión funcional).

— Presarcopenia: Disminución de masa muscular.

— Sarcopenia: Disminución de masa muscular y repercusión de función.

* Dinamometro: Mide fuerza de presión en mano < 20 Kg Mujeres
< 30 Kg hombres.

* RM, TAC, o DEXA.

* Biomedancia eléctrica → Recomendada

* Circunferencia de Pantorrilla (Punto de corte < 30.5 cm).

* Cuestionario SARC F ≥ 4 indica riesgo de Sarcopenia.

• Tratamiento = Equilibrio de músculo que se destruye y que se forma.

— Programas de ejercicio: Mantener y mejorar masa muscular, fuerza muscular y desempeño físico (Movilidad, Resistencia y Tolerancia).

— Ingestión proteica 1.2 y 1.5 g/kg/día distribuidos en picos proteicos en 24 hrs.

— Suplementación de Vitamina D 800 U al día.

(Nutrición + Ejercicio).

Inmovilidad.

- Se define como la disminución de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras
- Epidemiología: la inmovilidad aumenta con la edad y más en las mujeres, 6% de la población mayor de 65 años presenta dificultad para subir escaleras, caminar en su propia casa y 12.4 para salir y andar en la calle. Residencial 50% de los ancianos lo padecen y 30% de manera significativa.
- Factores de Riesgo: Patologías crónicas degenerativas, neuropatía periférica, origen metabólico, trastorno a nivel espinal, problemas sensoriales (Cataratas, presbicia, disminución auditiva).
- Diagnóstico:
 - Historia Clínica detallada.
 - Escala de Tinetti (0-28 puntos): Valora 9 aspectos que son posición de sedestación, intento de levantarse, al levantarse, balance inmediato al levantarse, bipedestación, empujón sutil, ojos cerrados después girar 360° y sentarse
puntaje de 0-16 para determinar balance normal, de riesgo o malo.
 - Stand up and go: Velocidad de marcha en distancia de 6 m en plano la persona debe recorrerla en 4.8 seg
consiste en levantarse de una silla sin ayuda de descanso brazos, caminar 3 metros, dar vuelta, regresar a la silla y sentarse.
 - Evaluar la adaptación del paciente a distintos entornos.
- Tratamiento.
 - Asegurar adecuadas condiciones de hidratación, nutrición, ritmo intestinal, control del dolor, sueño adecuado, fármacos no indispensables retirarlos
 - Atender aspecto externo personal, del entorno y proporcionar entorno sociotamiliar adecuado.
 - Rehabilitación: Ejercicios de movilidad vigorosa en cama
 - Corregir sensibilidad y percepción.
 - Farmacológico:
 - Empleo de calor en articulaciones.
 - AINES, Opioides, Tramadol, Benzodiazepinas y Antidepresivos tricíclicos.

Demencia.

Enfermedad de Alzheimer.

La enfermedad de Alzheimer es el tipo más frecuente de demencia en el mundo, 40 millones de personas tienen demencia, esto significa que cada 4 seg se detecta un nuevo caso de demencia en el mundo.

Fisiopatología

- Variaciones genéticas: - Forma familiar se presenta en 1% de los casos, es de herencia autosómica dominante y suele iniciar antes de los 55 años; por otro lado la esporádica es la más frecuente, resultado de exposición ambiental y susceptibilidad genética.
- Para la forma esporádica el polimorfismo genético APOE $\epsilon 4$ en el cromosoma 19 es el factor de riesgo más importante.
- Depósitos irregulares de β -Amiloide. (Múltiples copias). se va a unir a los astrocitos y lúmina en receptores de glutamato, habra una mayor entrada de Ca y generara una hiperfosforilación desestabilización del axon y muerte neuronal.
- Hiperfosforilación de proteínas TAU.

Criterios principales.

- Deterioro de memoria, cambios en la memoria por más de seis meses
- Deterioro significativo en la memoria episódica.

Cuentado de soporte

- Atrofia temporomedial.
- Biomarcadores de LCR.
- PET.

Factores de Riesgo.

- APOE $\epsilon 4$.
- Baja escolaridad.
- Pérdida auditiva.
- Obesidad.
- Hipertensión.
- Depresión.
- Tabaquismo.
- DM.

Diagnóstico.

- Historia Clínica: Exploración física y neurológica completa.
- Evaluación genética integral.
- Evaluación psicoafectivo.
- Evaluación cognitiva.
- Neuroimagen.

Tratamiento: Se basa en restablecer neurotransmisión colinérgica en hipocampo o disminuir excitotoxicidad mediada por influxo de calcio y liberación de glutamato.

- Acs monoclonales
- Antagonista de Receptor presináptico serotoninérgico
- Inhibidores β -Secretasa
- Inhibidores gamma secretasa
- Inhibidores proteína TPAU

Demencia Vasular.

Es la demencia secundaria a muerte neuronal derivada de procesos isquémicos y hemorrágicos.

- Mayor incidencia en varones.

Factores de riesgo:

- Hipertensión arterial.
- Cardiopatía
- Diabetes.

Causas:

- Infartos múltiples.
- Infarto único.
- Enfermedad de pequeñas vasas.
- Hemorragias e hiperperfusión.

Es de comienzo brusco, deterioro mas escalonado, curso fluctuante y signos neurológicos focales.

Diagnóstico.

- Escala de loquencia de Hachinski: (Diferenciación con Alzheimer).
- Métodos de Neuroimagen.
- Historia Clínica detallada.
- Exploración física y neurológica.

Tratamiento.

- Control estricto de factores de riesgo vascular.
- Estimulación cognitiva.
- Adaptación del entorno.
- Soporte o cuidadores.
- Cuidados paliativos y planificación anticipada → Casos avanzados

Fármacos:

- Colinérgicos
 - donepezilo
 - Galantamina.
 - Antipsicóticos
- Rivastigmina.

Referencias.

- Carlos d Hyver, Luis Miguel Gutierrez Robledo, Clemente Humberto Zúñiga Gil. (2019). *Geriatría 4ta Edición*. El Manual Moderno, Editorial.