



Karla Beatriz Cruz Martínez

Dr. Carlos Manuel Hernández

Resumen

Geriatría

6

“A”

Comitán de Domínguez Chiapas a 11 de abril de 2025.

Fragilidad

Es un síndrome clínico multifactorial caracterizado por una pérdida de reserva fisiológica, lo que aumenta la vulnerabilidad a eventos adversos como discapacidad, hospitalización y mortalidad

Epidemiología

- 12-24% en adultos mayores en comunidad
- >50% en residencias u hospitales
- Mayor en mujeres y personas >80 años

Factores de riesgo

- Inflamación crónica → ↑ PCR, ↑ IL-6, ↑ TNF-α
- Alteraciones hormonales
- Enfermedades crónicas
- Polifarmacia
- Desnutrición o baja ingesta proteica
- Aislamiento social
- Pobreza
- Sedentarismo

Fisiopatología

- Inflamación crónica de bajo grado → liberación de citocinas que aceleran la pérdida muscular y disminución orgánica
- ↓
- Atracción endocrina → Disminución de Testosterona y IGF-1
- ↓
- Disfunción mitocondrial → Acumulación de daño celular y estrés oxidativo
- ↓
- Sarcopenia → Principal factor de fragilidad

Diagnóstico

- Fragilidad de Fried →
 - Pérdida de peso no intencional
 - Fatiga auto reportada
 - Baja actividad física
 - Lentitud en la marcha
 - Debilidad muscular

0 → No fragil
1-2 → Pre-fragil
≥ 3 → Fragil
- Escala FRAIL →
 - Fatiga
 - Resistencia
 - Movilidad
 - Enfermedades +5
 - Pérdida de peso

0-2 → No fragil
≥ 3 → Fragil

• Índice de fragilidad (Modelo de Rockwood) → Evalúa 30-70 variables → Enfermedades crónicas
Limitaciones funcionales
Laboratorio
↓
Fracción de déficits presentes → < 0.25 → No fragil
 ≥ 0.25 → Fragil

↓
Comparación con el fenotipo de Fried

• Escala clínica de fragilidad (CFS) → Escala pictográfica del 1 al 9
1-3 → No fragil
4 → Pre-fragil
5-9 → Fragil

Tratamiento

• No farmacológico → Ejercicio / Rehabilitación

- Resistencia
- Equilibrio
- Aeróbico
- Flexibilidad

Nutrición

- Proteínas (1.2-1.5 mg / kg / día)
- Vitamina D
- Complementos

• Farmacológico → No se recomienda el uso rutinario de hormonas por efectos adversos
Inhibidores de la ECA → Podrían reducir fragilidad, falta evidencia

Sarcopenia

Pérdida progresiva de masa muscular, fuerza y función física, asociado al envejecimiento.

- Primaria → Relacionada con el envejecimiento
- Secundaria → Causada por enfermedades crónicas, inactividad o desnutrición

Fisiopatología

- Pérdida de unidades motoras → ↓ de fibras musculares tipo II
- ↓
- Inflamación crónica
- ↓
- Desequilibrio proteico → Menor síntesis
Mayor degradación de proteínas
- ↓
- Reemplazo por grasa → Infiltración grasa

Epidemiología

- 30-34% en adultos mayores en comunidad
- Mayor en mujeres

Factores de riesgo

- Edad
- Sexo (M)
- Dieta inadecuada
- Polifarmacia
- Avanzamiento racial
- Genética → Polimorfismo en genes
- Sedentarismo
- Enfermedades crónicas
- Desnutrición y pérdida de peso
- Pobreza

Diagnóstico → Criterios de EWGSOP

	↓ de masa muscular	↓ de fuerza muscular	↓ de desempeño físico
- Pícarcopenia	Si	No	No
- Sarcopenia	Si	Si/No	Si/No
- Sarcopenia grave	Si	Si	Si
	↓	↓	↓
	DFA	Dinamometría	Vel. de marcha
	Biopedenacia		
	Cuantificación de pantorrilla		

SARC F

≥ 4 puntos riesgo de tener sarcopenia

- Fuerza
- Ayuda para caminar
- Levantarse de una silla
- Subir escaleras
- Caderas

Manejo / Tratamiento

- Ejercicio → Resistencia
Combinar movilidad y equilibrio
- Nutrición → Pictinas 1-2-1-5 mg/kg/día
Vit D 800 ui/día
- Evitar → Hormonas
Polifarmacia

Caídas

Evento involuntario que lleva al individuo a un plano inferior, con o sin lesiones

Epidemiología

- 33% en adultos mayores en comunidad
- 40-60% en instituciones

Factores de riesgo

Intrínsecos

- Edad avanzada (>70 años)
- Sociodemográficos
- Sexo masculino
- Raza blanca
- Historia clínica previa:
 - Inf. crónica
 - Medicamentos (polifarmacia)

Extrínsecos

- Escaleras
- Bañeras
- Pisos resbalosos
- Mala iluminación
- Muebles
- Uso de bastón o andadera

Complicaciones

- Fractura (Principal muñeca)
- TCE
- Inmovilización prolongada (úlceras por presión)
- Discapacidad permanente
- St post caída
- Institucionalización

Diagnóstico

- HC → Antecedentes de caídas previas
Revisión de fármacos
- EF → Escala de Tinetti → Evalúa equilibrio y marcha en adultos mayores
Se evalúan 16 ítem → <19 puntos alto riesgo de caídas
- Evaluación neurológica
- Lista de verificación de seguridad en el hogar

Manejo / Tratamiento

- Fx de cadera → Estabilización hemodinámica
Cirugía temprana + rehabilitación
- TCE → Monitoreo neurológico por 14 días
- Intervención médica
 - Revisión de medicamentos → Suspender / sustituir fármacos que ↑ el riesgo
 - Complementar → Vit D 800 UI / día

Inmovilidad

Disminución de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras

Epidemiología

- 67% en >65 años → dificultad para caminar en casa
- 25-27% en >80 años
- 50% en residencias geriátricas

Factores de riesgo

- Intrínsecos → Musculoesqueléticas - Osteoporosis - Artrosis - Fractura
Neurológicas → Demencia - Parkinson - Neuropatías
Cardiorrespiratorias - EPOC - IC
- Fisiológico → Sarcopenia
- Extrínsecos → Polifarmacia
Ambiente inseguro
Hospitalización → Tiempo prolongado en un mismo lugar

Complicaciones

- Piel → Úlceras por presión
- Musculoesqueléticas → - Atrofia muscular - Contracturas - Osteoporosis
- Cardiovascular → - Hipotensión ortostática - Trombosis venosa profunda
- Respiratorio → - Neumonías por aspiración - Atelectasias
- Gastrointestinal → - Estreñimiento - Impacto fecal
- Psicológico → - Depresión - Ansiedad - Se peñ - caída
- Social → - Aislamiento - Institucionalización

Diagnóstico

- HC → - Enf. crónicas - Fármacos - Antecedentes de caídas
 - EF → - Escala de Tinetti: Evalúa equilibrio (16 puntos) y marcha (12 puntos)
<19 puntos: Alto riesgo de caídas
 - Prueba de "Timed Up and Go" (TUG)
Evalúa movilidad básica y riesgo de caída
Procedimiento → Px se levanta de una silla
Camina 3 metros
Gira y regresa a sentarse
- $<10s \rightarrow$ normal
 $10-20s \rightarrow$ Riesgo leve-moderado
 $>20s \rightarrow$ Alto riesgo de caída

- Escala de Barthel → Medir independencia en actividades de la vida diaria
10 ítems evaluador → Puntuación 0-100
Puntaje → 100 puntos - Independencia total
60-95 puntos - Dependencia leve-moderada
<60 puntos - Dependencia grave
- Vel. en marcha → Identificar fragilidad y riesgo de discapacidad
Medir tiempo de recorrer 4-6m a paso habitual
Puntaje → > 1m/s normal
0.6 - 1.0 m/s riesgo intermedio
< 0.6 m/s alto riesgo de fragilidad y caídas

Tratamiento / Rehabilitación

- Recuperar movilidad y prevenir complicaciones
- Ejercicio → Programa LIFE
Tai-chi
- Nutrición → Proteína 1.2 - 1.5 mg/kg/día
Complemento de vit D
- Adaptación → Pesamanos
Iluminación adecuada
- Suspender fármacos innecesarios → Benzodiazepinas

Pronóstico

- 50% de los ancianos inmobilizados fallecen en los primeros 6 meses

Enfermedad de Alzheimer

Es un trastorno neurodegenerativo progresivo caracterizado por:

- Deterioro cognitivo
- Acumulación de proteínas anormales → Placas beta-amiloide

Proteína tau

Epidemiología

- Prevalencia global: 40 millones de personas > 60 años
- En México: 8.5-8.6% en áreas urbanas/rurales
- Principal causa de demencia

Factores de riesgo

- No modificable → Edad
Genética → APOE ε4
Mutación, APP, PSEN1, PSEN2
- Modificable → -HA - DM - Obesidad - Dislipidemia - Estilo de vida
- Depresión

Diagnóstico

- HC → Deterioro progresivo ≥ 6 meses
- Escalas → Mini mental - evaluar cognición cerebral en adultos mayores

↳ Orientación

Memoria inmediata

Atención y cálculo

Memoria diferida

Lenguaje

Praxis constructiva

≥ 26 puntos: Normal

20-25 puntos: DCL

≤ 19 puntos: Demencia probable

≤ 10 puntos: Demencia grave

↳ Montreal Cognitive Assessment (MOCA)

↳ Detectar DCL y demencia temprana

↳ Memoria

Función ejecutiva

Atención

Lenguaje

Orientación

Habilidades visoespaciales

≥ 26 puntos: Normal

18-25 puntos: DCL

≤ 18 puntos: Demencia probable

- Biomarcadores → LCR → ↓ Aβ42, ↑ tau fosforilada
- Neuroimagen → RM → Atrofia hipocampal
- PET → Depósito de Aβ o tau

Tratamiento

- Farmacológico → Inhibidores de acetilcolinesterasa
 - Donepezil 5-10 mg/día
 - Rivastigmina parche 4-6-15-3 mg/24h
 - Galantamina 8-24 mg/día

- No farmacológico → Estimulación cognitiva
- Ejercicio físico
- Dieta mediterránea

Delirio cognitivo vascular

Es un trastorno cognitivo causado por alteraciones en los vasos sanguíneos cerebrales, que afectan el flujo sanguíneo y la función cerebral

Epidemiología

- Es la segunda causa más común de demencia en países occidentales y la primera en Asia
- Afecta a millones de personas en el mundo, con proyección de triplicarse en 2050
- La incidencia aumenta con la edad, especialmente después de los 75 años
- 10% de los px desarrollan demencia en el primer año tras un ictus

Clasificación

- Demencia post-ictus: Aparece dentro de los 6 meses posterior a un ictus
- D. vascular isquémica subcortical: Relacionada con lesiones en la sustancia blanca subcortical
- D. multiinfarto: Causado por múltiples infartos corticales
- Demencia mixta: Combinación de patologías vasculares y neurodegenerativas

Factores de riesgo

- No modificable →
 - Edad
 - Diabetes
 - Dislipidemia
 - Tabaquismo
 - Obesidad
 - Sexo (F)
 - Genética (NOTCH3 en CADASIL)
- Modificable → Control → HA, DM, dislipidemia, tabaquismo, obesidad
- Estilo de vida
- Enfermedades concomitantes → Ictus previo
FA
Enf. renal crónica
Depresión

Diagnóstico

- Pruebas cognitivas → Evaluación de memoria
Función ejecutiva
Atención
Lenguaje
Habilidades visuoespaciales

• Historial médico → Identificación de factores de riesgo vascular
Eventos cerebrovasculares previos

• Neuroimagen → RM - Detecta infartos
- Hipercintididades de sustancia blanca (HSB)
- Microhemorragias
- Atrfia cerebral

TC - Útil para infartos grandes o hemorragias

• Criterio VICCCS:

- Deterioro en ≥ 1 dominio cognitivo + evidencia de enfermedad cerebrovascular en imágenes
- Exclusión de otras causas
- Abuso de sustancias
- Delirium

Tratamiento

- Manejo de factores de riesgo

- HA
- Diabetes
- Dislipidemia
- Anticoagulación

- Intervenciones en estilo de vida

- Ejercicio físico regular
- Dieta mediterránea
- Cesación tabaquica

Sintomático

- Inhibidores de acetilcolinesterasa
- Memantina

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

R. Rodríguez, J. Morales, J. Encinas, Z. Trujillo, C. D'hyver. *Geriatría*. Edit. McGraw-Hill Interamericana. México. 2000.

Iadecola, C., Dering, M., Hachinski, V., Joutel, A., Pendlebury, S. T., Schneider, J. A., & Dichgans, M. (2019). Deterioro Cognitivo Vascular Y Demencia 33263344.