



Adriana Itzel Gallegos Gómez

Carlos Manuel Hernández Santos

Resumen

Geriatría

6to semestre

“B”.

Comitán de Domínguez Chiapas a 11 de abril de 2025.

FRAGILIDAD

Es un sx clínico, incrementa la vulnerabilidad a desenlaces adversos, puede ser atenuado / revertido, es obligatorio detectarlo a tiempo

EPIDEMIOLOGIA: 12-24% comunidad, +50% en unidades de cuidados crónicos, predominio en el género femenino

FACTORES DE RIESGO:

- Inflamación
- Polifarmacia
- Desnutrición
- Sarcopenia
- Trastornos endocrinos
- Aislamiento social, pobreza

Dx:

• Clinical frailty scale (CFS):

- 1 → muy en forma
- 2 → En forma
- 3 → En buen estado
- 4 → vulnerable
- 5 → Fragilidad leve
- 6 → fragilidad moderada
- 7 → Fragilidad grave
- 8 → Fragilidad muy grave
- 9 → Enfermo terminal
- 4-5 → fragilidad leve
- 6 → fragilidad moderada
- >7 → fragilidad severa

• Escala de FRAIL

Fatigabilidad, Resistencia, Deambulación, Comorbilidad, Pérdida de peso:

- Fragilidad → ≥ 3 criterios
- Pre-fragil → 1 o 2 criterios

• Escala SPPB

- Limitación grave → 0-4 puntos
- Limitación moderada → 4-6 puntos
- Limitación leve → 7-9 puntos
- Limitación mínima → 10-12 puntos

TX:

• No farmacológico:

Actividad física → aeróbica, resistencia, marcha / equilibrio y flexibilidad

TUG → medir el tiempo en que una persona tarda en levantarse de la silla, caminar 3 mts, dar la vuelta, regresar a la silla y se sienta

- < 10 seg → bajo riesgo de caída
- Entre 10 y 20 → riesgo de caída
- > 20 seg → elevado riesgo de caída

- Desprescripción en polifarmacia

- Salud oral y nutrición → suplemento de proteína + ejercicio, vit D.

SARCOPENIA

DEFINICION: es un término médico que literalmente significa escasez de tejido muscular, que Rosenberg acuñó por primera vez para describir la pérdida de masa de músculo esquelético durante el envejecimiento.

EPIDEMIOLOGIA:

- Personas que viven en la comunidad $\rightarrow$ 30%.
- Predominio en mujeres

SARCOPENIA

PRIMARIA: Envejecimiento $\rightarrow$ $\downarrow$ fosfatil inositol, $\downarrow$ hormona testosterona principal mediador a nivel celular, lo que trae como consecuencia una $\downarrow$ de estimulación de la vía de señalización celular.

SARCOPENIA

SECUNDARIA: Pérdida de masa muscular relacionada a enfermedades, inactividad o trastornos nutricionales

FACTORES DE RIESGO:

- Sexo femenino
- Insulinorresistencia
- Envejecimiento
- Caquexia
- Obesidad
- Poca AF
- Edad
- Tabaquismo
- Aterosclerosis

DX

Criterios de EWGSOP

Criterio	$\downarrow$ masa muscular	$\downarrow$ fuerza muscular	$\downarrow$ desempeño físico
Presarcopenia	Si	NO	NO
Sarcopenia	Si	Si/NO	Si/NO
Sarcopenia grave	Si	Si	Si

• Cuestionario de SARC-F

- Fuerza, asistencia para caminar, levantarse de una silla, subir escaleras y caídas

- $> 4 \rightarrow$ riesgo de tener sarcopenia

• Medir masa muscular:

- BM
- DEXA
- TC
- BIA

TX

- Nutrición y alimentación → Proteína (1.2 g/kg/día px no renales) y 0.6 - 0.8 px renales
- Vit D → procesos de síntesis proteica → 800-1200 UI
- Creatina → 1g por 110kg jóvenes, adultos → 0.8g x 110kg
- Ejercicio físico: ejercicios de fuerza entre 2 y 3 veces/semana, que involucren los músculos

CAIDAS...

DEFINICION → Precipitación de manera repentina a un plano inferior, involuntario e insospechado con o sin lesiones secundarias confirmada por el paciente o un testigo, es el problema de salud más importante en las ancianas.

EPIDEMIOLOGIA:

- 113 de las personas > 65 años > se caen anualmente
- 50-10% de las de 80 años

ETIOLOGIA:

- Multifactorial
- Factores intrínsecos:

MODIFICABLES

- Enfermedades crónicas
- Uso de medicamentos
- Mareo, vertigo, síncope
- Déficit visual y auditivo
- Trastornos de la marcha
- Enfermedades asociadas
- Factores extrínsecos:

AMBIENTALES:

- Escaleras sin barras.
- Baños sin soporte
- Pisos resbalosos, mala iluminación
- Altura inadecuada de camas.

NO MODIFICABLES:

- Edad avanzada
- Sexo masculino
- Raza blanca
- HC previa

DX

• Escala de DOWTON

Se utiliza para valorar el motivo de riesgo durante un sistema de puntos sobre 5 dimensiones:

- | | | | |
|---------------------|-----------------|-----------------------|-------------------|
| • Caídas previas | • Estado mental | Puntaje: | • Alto riesgo: >3 |
| • Medicación | • Deambulación | • Mediano riesgo: 1-2 | |
| • Pericit sensorial | | • Bajo riesgo: 0-1 | |
| • Escala de Broden: | | | |

Cuando se desea objetivar o incluso predecir la probabilidad de desarrollo de VPP en px, valorando: percepción sensorial, exposición a humedad, actividad, movilidad, nutrición y fricción y citallamiento.

Rango → Alto → <12 puntos, Moderado: 13-14 puntos, Bajo → 15-18 puntos ≥ 15

• Escala de Tinetti:

Evalúa el equilibrio y la marcha de las personas mayores, y determinar el riesgo de caídas; 22 ítems, se divide en equilibrio (16) y marcha (12)

0-18 → alto riesgo - 19-24 → riesgo moderado - 25-28 → bajo riesgo

TX:

- | | |
|--|---|
| • Fortalecimiento de grupos musculares | • Técnicas: terapia acuática, tai chi y caminatas |
| • Reacondicionamiento de la marcha | |
| • Uso de andadera o bastón | |

INMOVILIDAD

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

- Inmovilidad relativa: anciano con vida sedentaria pero puede movilizarse, con < frecuencia
- Inmovilidad absoluta: encamamiento crónico
- Debilidad muscular progresiva: pérdida de automatismo y reflejos

EPIDEMIOLOGIA:

- | | | |
|-----------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| • Mujeres | • Edad → >65 años (6%), | • 12.7% subir escaleras |
| • 12.4% salir y andar en la calle | • >80 años → 25.6 - 27% | |

CAMBIOS FISIOLÓGICOS:

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| • Sist musculoesquelético | • Sistema respiratorio |
| • SN | |
| • Sistema cardiovascular | |

FX DE RIESGO:

- Soledad o abandono
- Obstáculos físicos en el domicilio
- Falta de apoyo familiar
- Elementos auxiliares de movilidad adecuados

DX

Escala de LAWTON Y BRODY: permite medir el grado de independencia en personas ancianas, tanto institucionalizadas o no, compuesta por 8 items; 1 (Personas independientes), 0 (dependiente).

- Capacidad para usar el teléfono
- Preparación de comida
- Hacer compras
- Cuidado de la casa
- Lavado de la ropa
- Medicación responsable
- Uso de transporte
- Manejo de su dinero
- 0 $\rightarrow$ dependiente
- 8 $\rightarrow$ independiente

• Escala de BARTHEL $\rightarrow$ actividades básicas de la vida diaria.

Deambulación, traslado cama-sillón, uso de escaleras, ir al retrete, deposición, micción, comer, vestirse, bañarse, aseo personal

- Dependencia total $\rightarrow < 20$
- Dependencia moderada $\rightarrow 40-55$
- Dependencia grave $\rightarrow 20-35$
- Dependencia leve $\rightarrow \geq 60$
- Independiente $\rightarrow 100$

DETERIORO COGNITIVO VASCULAR Y ALZHEIMER.

La enfermedad de alzheimer y el trastorno cognitivo vascular son causas comunes de deterioro cognitivo

• Deterioro cognitivo vascular: trastorno que afecta la capacidad de pensar, sentir y estar consciente, esto puede derivar en demencia.

• Alzheimer: enfermedad cerebral que deteriora la memoria y la capacidad de pensar lentamente.

EPIDEMIOLOGIA:

- $> 70-75\%$
- 11-21% personas mayores de 64 años
- Prevalencia $\rightarrow$ edad
- 94% > 82 años

FX DE RIESGO:

"ALZHEIMER"

- Edad
- Genética

- Historio familiar
- No modificables

Modificables:

- Estilo de vida
- Sueño
- Aislamiento social
- Salud

FACTORES ASOCIADOS

- Ateroesclerosis
- Diabetes
- Angiopatia amiloidea

DETERIORO COGNITIVO VASCULAR:

- Edad avanzada
- PA alta
- Inactividad física
- Enf coronario
- Colesterol 4
- Diabetes
- Fibrilación auricular
- Ateroesclerosis
- Tabaquismo
- Obesidad

• Hiperintensidades de la sustancia blanca podrían estar asociados, se clasifican según la localización y etiología (Escala de Fazekas),

- 0 → ausencia
- 1 → focales no confluentes
- 2 → lesiones inicialmente confluentes
- 3 → afectación difusa confluyente

DX

- TC
- RM
- PET
- Anamnesis

ESCALAS

DCV

• **HACHINSKY** → inicio súbito, deterioro escalonado, curso fluctuante, confusión nocturna, respeto relativo de personalidad, depresión, manifestaciones somáticas, labilidad emocional, evento cv, ateroesclerosis, síntomas neurológicos focales, y signos.

- > 7 demencia vascular
- < 4 demencia tipo alzheimer
- Entre 4 y 7 → alzheimer con demencia vascular

• **GDS** → evalúa la evolución de la demencia de alzheimer, para determinar las fases de la enfermedad y los cuidados que requiere.

- GDS 1 → ausencia
- GDS 2 → leve
- GDS 3 → leve
- GDS 4 → Moderado
- GDS 5 → moderadamente grave
- GDS 6 → Grave
- GDS 7 → muy grave

ESCALAS ALZHEIMER → GDS i°, lawton y brody

FAST

Ofrece un marco estructurado para entender como las actividades diarias y capacidades de estos px de mejoran con el tiempo, se divide en etapas 1-7, el estadio 6 tiene una subdivisión al igual que la 7

- 1 → sin deterioro
- 2 → deterioro leve ^{muy}
- 3 → deterioro leve
- 4 → moderado
- 5 → ^{moderadamente} grave
- 6 → cognitivo grave → 6a, 6b, 6c, 6d, 6e
- 7 → grave → 7a, 7b, 7c, 7d, 7e, 7f.

CDR → medio global que evalúa la gravedad general, basándose en puntuaciones en 6 áreas distintas.

- Memoria
- Orientación
- Juicio
- Vida social
- Aficiones
- Cuidado personal

Sin deterioro → 0, cuestionable → 0.5, leve → 1, moderado → 2, severo 3

TX

Sintomático → DVA → prescripción de inhibidores de colinesterasa, antagonista de N-metil-D-aspartato, memantina.

Alzheimer → No farmacológico → implementar estrategias de activación social, rehabilitación individualizadas, terapia física, ocupacional, mejorar nutrición, activación social.

Farmacológico → antihipertensivo, control glucémico, dislipidemia, control de peso, depresión, retirar anticolinérgicos y sedantes

Leve a moderada → inhibidores de acetil colinesterasa

Moderada a grave → memantina o memantina con IACE

Bibliografía

- Costantino Iadecola, M. D. (2019). Deterioro cognitivo vascular y demencia. *JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY*, págs. 53-72.
- D Hyver, C., Gutierrez Robledo, L., & Zuñiga Gil, C. (2019). *Geriatría*. México: El manual moderno.
- M. E. (2022). Daño vascular y rendimiento cognitivo-funcional en una población con deterioro cognitivo leve. *Revista de Neurología*, págs. 209-218.