

Diego Caballero Bonifaz

DR: Carlos Manuel Hernández santos

Resumen

Geriatría

6

B

Comitán de Domínguez Chiapas a 10 de abril de 2025.

Resumen de fragilidad

Definición: Es un síndrome clínico no es sinónimo de discapacidad, sarcopenia se incrementa con la vulnerabilidad a desenlaces adversos, puede ser atenuada o revertida con intervenciones específicas. Esta se mide mediante el fenotipo y la acumulación de déficits.

Epidemiología: se estima de una prevalencia de 12 al 24% en la comunidad y de más de 50% en unidades de cuidados crónicos se presenta más en el género femenino.

Factores de Riesgo:

- Cambios fisiológicos con el origen o enfermedades asociadas al envejecimiento
- Inflamación
- Sarcopenia
- Polifarmacia
- Trastornos endocrinos
- Desnutrición
- Aislamiento social y pobreza

Diagnóstico

Existen varios tipos de instrumentos que se han desarrollado con el propósito de medir la fragilidad.

Fenotipo de fragilidad el cual se define como un síndrome un fenómeno físico que incluye componentes tales como la debilidad, la resistencia y el deterioro del rendimiento físico.

Este enfoque fue descrito por la Dra. Linda Fried y tiene 5 componentes que son

- Pérdida de peso involuntaria (5kg en últimos 6 meses)
- Extenuación física
- Actividad física
- Velocidad marcha
- Fuerza de presión

Otro enfoque es la acumulación de déficits, este modelo considera aspectos Físicos y aborda acumulación de comorbilidades, síntomas y hallazgos de laboratorio se deben de considerar un mínimo de 30 déficits. La metodología implica la suma de los déficits individuales contemplados en el modelo se obtiene un rango de 0 a 1 donde una puntuación más alta indica mayor afectación. El cuestionario de FRAIL; Valora Fatiga, demencia, Actividad física, Comorbilidad y pérdida de peso.

Su falta de experiencia nos puede llevar a un diagnóstico inadecuado además de no distinguir entre fragilidad y comorbilidad a pesar de sus limitaciones es la única utilizada en urgencias médicas. es recomendado su uso sistemático a partir de los 70 años.

Tratamiento:

La principal limitación es la detección de fragilidad reside en su identificación tardía se puede asociar la fragilidad al aumento de los niveles séricos de IL-6, TNF A y PCR

Intervenciones no farmacológicas:

- Actividad física
- Descripción polifarmacia: se recomienda que prescripción de medicamentos inapropiados para las personas mayores con fragilidad se realice siguiendo las pautas proporcionadas por criterios diseñados.
- Salud oral y nutrición: detectar las causas reversibles mediante la mnemotécnica meals on wheels que incluye diversas comorbilidades. la suplementación oral de calorías y proteínas es una de las intervenciones consideradas para mejorar la fragilidad, así como añadir aminoácidos esenciales, así como mejorar la actividad física con asesoramiento nutricional con proteína de (1.2 a 1.5KG) de peso con un programa de actividad física e informar sobre importancia salud Dental y suplementación con vitamina D.

Tratamiento farmacológico:

No existe evidencia suficiente sobre la intervención farmacológica.

Resumen de Sarcopenia

Definición: existen 2 tipos de sarcopenia

Sarcopenia primaria: Es la pérdida de masa muscular relacionada por el proceso de envejecimiento con repercusión hay una disminución en la producción de la hormona de crecimiento, de testosterona y de su principal mediador a nivel celular y de su principal mediador a nivel celular es el (IGF-I).

Sarcopenia secundaria: Es la pérdida de masa muscular relacionada a enfermedades, inactividad o trastornos nutricionales. situaciones muy frecuentes en el adulto mayor. las enfermedades pueden alterar la masa muscular de varias maneras incluyendo la apoptosis celular o en la proteólisis. y una disminución en la síntesis de proteínas musculares y en su capacidad de regeneración.

Epidemiología:

La prevalencia de sarcopenia en individuos que viven en la comunidad es de alrededor del 30% en México, una prevalencia de 34% con predominio en mujeres.

Factores de riesgo:

- Tener bajo peso al nacer
- Ser fumador
- Mala nutrición, escaso consumo de proteínas
- sedentismo, estar postrado
- Envejecimiento
- Enfermedades crónicas: deterioro cognitivo, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, insuficiencia respiratoria, obesidad, artritis

Diagnóstico

No solo se debe de tomar en cuenta la disminución de la masa muscular sino la repercusión funcional para hacer el diagnóstico. se catalogan como portadores de sarcopenia a quienes portan o tienen disminución de la masa muscular sin ninguna repercusión en la función.

Los criterios han sido revisados se han modificado uno de ellos es medir la Velocidad de la marcha si el individuo tienen una disminución de (0.8m/s)

Entonces se mide la fuerza muscular por lo general con la ayuda en un dinamómetro midiendo la fuerza presión de la mano si está disminuida (mayor a 20kg) en mujeres y mayor 30Kg en hombres.

Los criterios diagnósticos de sarcopenia según EWGSOP se valoran presarcopenia, sarcopenia y sarcopenia grave con los parámetros de disminución de masa muscular, disminución de fuerza muscular, disminución de desempeño físico.

También se valora con el cuestionario de Sarc-F cuya puntuación mayor o igual a 4 indica el riesgo de tener sarcopenia donde los parámetros a valorar son fuerza, ayuda para caminar, levantarse de silla, subir escaleras y caídas.

Otros estudios que se pueden realizar son la RM, Tomografía o DEXA, bioimpedancia eléctrica y en caso de no contar con esta utilizar circunferencia desde el punto de vista 30.5cm

Tratamiento

Mantener el equilibrio entre la cantidad de músculo que se destruye y la cantidad que se forma hasta el momento son especial las intervenciones en ejercicio y las nutricionales, incluir ejercicios de resistencia han mostrado ser efectivos para mantener o mejorar la masa muscular así como fuerza muscular y el desempeño físico con un programa que incluya movilidad. La ingestión proteica entre 1.2 a 1.5 kg/día de preferencia distribuidos en tres picos proteicos en 24h.

Resumen de caídas

Definición: se define como la precipitación de manera repentina a un plano inferior involuntario insospechado con o sin lesiones secundarias confirmada por el paciente o un testigo. esta condición se conoce a nivel mundial uno de los factores más importantes involucrados en su origen.

Epidemiología: los ancianos son los más presentes en su incidencia de caídas asociadas a complicaciones graves. los accidentes son la quinta causa de muerte a nivel mundial y 66% corresponde a caídas de este total 75% ocurren en pacientes de 65 años o mayores. En los ancianos que viven en la comunidad corresponde al 33% y el 50% de estos tienen lesiones leves y el 10% tienen lesiones graves.

Factores de riesgo:

Modificales intrínsecos

- Edad
- Sociodemográfico
- Raza blanca
- Enfermedades crónicas
- Medicamentos
- Mareo y vértigo
- Sincope
- Deficit visual auditivo
- trastornos función neuromuscular

Modificales extrínsecos

- Factores ambientales
- Escaleras
- Bañeras
- Pisos resbalosos
- Mala iluminación
- Muebles
- Altura camas
- Tapetes
- Cálzido inadecuado
- polifarmacia

Diagnostico:

Es muy importante conocer la etiología multifactorial de esta patología se han creado protocolos de estudio para poder llegar de manera sistemática a un diagnostico de la causa desencadenante la caída.

La historia clínica es el principio básico en el manejo de un paciente sirve para conocer los antecedentes y de esta manera hacer una lista de los diagnósticos previos los antecedentes de caídas anteriores con una semiología exhaustiva para conocer así al presente paciente. se debe de realizar una historia clínica farmacológica minuciosa para determinar si hay interacciones farmacológicas.

Se debe de realizar una descripción de la caída se tiene que determinar la cinemática de la caída, conocer hasta que punto el paciente registró la caída, interrogar sobre elementos como conciencia del peligro de caída, existencia de pérdida del estado de alerta.

Exploración física en esta parte se realiza una búsqueda intencionada de trastornos que orienten al diagnóstico de la causa que desencadenó la caída a cor con especial con monitoreo de la frecuencia cardíaca en busca de bradicardia, taquicardia u otras alteraciones.

Se debe interrogar a cerca del ambiente, se debe de interrogar al cuidado del paciente sobre las características y condiciones para el hogar y de las áreas por donde transita o donde ocurrió el accidente.

Tratamiento: si llega a presentar lesiones graves por el traumatismo se debe de localizar fracturas de cuello femoral, región intertrocanterica y se dividen en trocánter mayor y trocánter menor región subtrocanterica.

se deben de manejar diversas etapas la preoperatoria se debe de estabilizar al paciente ya que hay pérdidas grandes de volumen eritrocitario mediante llegando a requerir reposición de concentrados eritrocitarios para concentrar y tener en mejores condiciones al paciente en la cirugía.

después de la cirugía se debe de llevar un programa de rehabilitación y llevarse a término para obtener una recuperación funcional.

Realizar EKG holter, determinación de enzimas hepáticas y un ecocardiograma, si sospecha origen cardíaco ultrasonido doppler una BH, y electrolitos séricos y radiografía una RM, o un electroencefalograma.

para detectar si hay alteraciones en la marcha y en el balance

se evalúa con escala de marcha y balance de Tinetti donde el sujeto debe de estar sentado en una silla rígida y sin descansar brazos donde se evalúa

El balance al estar sentado, intenta levantarse, levatarse, balance inmediato

o al pararse y cuantos segundos, balance de pie

Así como evaluar polifarmacia y factores ambientales

Síndrome inmovilidad

Definición: se define como la disminución de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras

EPIDEMIOLOGIA:

Es más común en las mujeres en la población es pañola en el medio comunitario el 6% de la población mayor de 65 años de edad presenta dificultad para caminar en su propia casa de 12.7% para subir escaleras 12.4% para salir y andar en la calle por encima de los 80 años de la edad las cifras se dispersan y alcanzan 25.6 a 27% y en el medio residencia se presentan cerca del 50%

Factores de riesgo: las personas adultas mayores que sufren patologías crónico degenerativas son en si candidatas a tener complicaciones por lo tanto a reducir su movilidad se debe de considerar y son candidatas a tener complicaciones y por lo tanto reducir su movilidad se debe de considerar. Que algunos pacientes sufren neuropatía periférica ya sea de origen metabólico principalmente los problemas sensoriales (cataratas, presbicia disminución de capacidad auditiva entre otros)

hay multiples causas como:

Causas sociales

-Causas ambientales

-Comorbilidades (enfermedades musculoesqueleticas)

-Enfermedades neurologicas

-Enfermedades cardiorrespiratorias

-Enfermedades neurosensoriales

-Enfermedades que cursan con debilidad generalizada

-Enfermedades endocrinas

afectaciones psicologicas

-factores iatrogénicos

Diagnostico: se debe de realizar una historia clínica detallada debiendo recurrir a familiares y cuidadores para completar datos.

anamnesis se debe de valorar el grado de actividad basal valorar el tiempo y tipo de evolución es el elemento más importante y el que más orienta para el enfoque diagnóstico inicial y la terapia farmacológica. En la exploración física los pacientes con inmovilidad debe de ser exhaustiva, prestando especial atención a los sistemas cardiorrespiratorios musculoesquelético y especial medicación sedante, así como atender aspecto externo personal del entorno.

El abordaje terapéutico de los adultos mayores que presentan síndrome Geriátrico de inmovilización, dependerá del grado de movilización que el paciente presenta, se debe de corregir la sensibilidad y la percepción (vista-oído) del ambiente para obtener un poco de seguridad al realizar las actividades.

en pacientes encamados se deben de practicar ejercicios para aumentar el rango de movilidad articular al inicio pasivos, el tratamiento farmacológico del dolor muscular puede incluir AINES, opiodes, y tramadol benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos y se deben de realizar ejercicios en la cama se debe de desplazar cada 2 horas para prevenir úlceras por presión.

Si el paciente está en bipedestación debe de intentar levantarse y mantener en bipedestación ayudado por 2 personas o apoyándose en un andador situado de enfrente, manteniéndose siempre la posición erecta.

si el paciente está en emabulación debe de considerarse uso de auxiliar para la movilización, al inicio utilizar andadores, bastón de apoyo se recomienda cuando hay debilidad muscular pero están contraindicadas si hay problemas de coordinación motora o problemas de alzheimer o otros problemas de demencia.

Resumen Alzheimer

Definición: Es una enfermedad neurodegenerativa que se produce principalmente en la senectud su principal característica es el deterioro cognitivo progresivo de las funciones mentales.

Epidemiología

Esta entre las primeras 5 causas de discapacidad a nivel mundial en los países de medianos y bajos ingresos se encuentra entre las primeras 10 causas de muerte a nivel mundial, representa el tipo de demencia mas frecuente a nivel mundial se estima que 40 millones de personas a nivel mundial sobre 60 años en latinoamerica la prevalencia de demencia es de 8% en México y se estima que la prevalencia de demencia es del 8% en México y la prevalencia de demencia es de 8.6%

Factores de riesgo:

Factores de riesgo cardiovasculares

- DM, HTA y dislipidemia
- Coexistencia de patología cardiovascular (infartos silentes, enfermedad de pequeños vasos)
- Estilo de vida: falta de actividad física, dieta poco saludable y tabaquismo
- Genética

Diagnóstico:

El deterioro cognitivo leve (DCL) representa una alerta para detectar los pacientes que refieren alteraciones en la memoria. Los criterios de DCL son quejas de pérdida de memoria, deterioro de la memoria objetiva para su edad y escolarización, funcionamiento cognitivo global intacto, sin alteración de las actividades diarias, ausencia de demencia.

Con base en los criterios la AA y el NIA incorporando el uso de marcadores para determinar el diagnóstico definitivo de DCL adicional a los subtipos.

En 2010 se propusieron nuevos criterios para EA los cuales incorporar
On el uso de biomarcadores

1-la historia Clínica con exploración física y neurológica completa

2-Evaluación geriátrica integral

3-Evaluación psicoafectiva

4-Evaluación cognitiva

5-Neuroimagen

Estudios complementarios

En la historia clínica el dato relevante debe de considerarse que en
los familiares y el paciente acuden ya que el familiar se puso mal
Los estudios de laboratorio a realizarse son BH, electrolitos séricos,
Gs, pruebas función tiroidea, prueba función renal, pruebas funcionamiento
to hepático perfil lípidos, neuroimagen.

tratamiento: según FDA son los inhibidores de colinesterasa el antagonista
ista de receptor NMDA, memantina.