



Diana Citlali Cruz Rios

Dr. Carlos Manuel Hernández

Unidad 2

Geriatría

6º “C”

SARCOPENIA

Enfermedad muscular donde hay una disminución muscular.

Funciones del músculo.

◦ Masa magra → Todo lo que no es grasa.

◦ Masa muscular → Músculo.

◦ Homeostasis de glucosa

◦ Cicatrizar heridas

40 años existe una disminución del 0.4% de masa por año.

Clasificación.

1. "Primaria"

→ Pérdida de la masa muscular relacionada al envejecimiento, esto se da por una hormona de crecimiento, de testosterona de igual forma lleva una disminución en la síntesis de proteína muscular

2. "Secundaria"

→ Es la pérdida de masa muscular relacionada a una patología, inactividad o trastornos nutricionales.

→ Ocasionada por un incremento en la apoptosis celular y una disminución en la síntesis de proteínas musculares.

Otros. "Agudo" → Se presenta en periodo < 6 meses.

"Crónico" → Se presenta en periodo > 6 meses.

Consecuencias.

◦ 40 años de edad perdida alrededor del 8% de su masa muscular por década hasta los 70 años, posterior hay perdida del 15%.

1. ↓ de fuerza muscular

2. ↓ de capacidad de autocuidado.

3. ↑ de susceptibilidad a enfermarse.

4. Cicatrización más lenta.

5. Mayor riesgo de caídas y fracturas.

Epidemiología → Prevalencia.

• 30% → Quienes viven en comunidad.

• Hospitalizados → ↓ 1 kg de

• 34% → Predominio mujeres (México). masa musc.

Factores Que Predisponen

- Genético (Asiáticos y latinos)
- Alimentación
- Ejercicio

Diagnóstico

1. EWGSOP → Esta escala diagnostica a la sarcopenia en pre-sarcopenia, sarcopenia y sarcopenia grave, de acuerdo a 3 criterios:
 1. Disminución masa muscular
 2. Disminución fuerza muscular
 3. Disminución desempeño físico.
2. SARC-F → Esta escala evalúa la fuerza, la ayuda para caminar, para levantarse de una silla, subir escaleras, y las caídas.
Puntaje: Mayor o igual a 4 → Riesgo de tener sarcopenia

ESCALAS

Otros

- Resonancia magnética
- Ultrasonido
- TM
- Antropometría → Circunferencia de pantorrilla < 30.5 cm (corte)
- DEXA

Tratamiento

1. Ingesta proteica 1.2 y 1.5 g/kg/día
2. Ejercicio
3. Complementos ricos en proteínas
4. Vitamina D → 800 U de vit. D3 al día

- Enlace clínico → 20 gr
- Boost → 25g
- Creatina 0.5g x 10mg

Caídas

Precipitación de manera repentina a un plano inferior, involuntaria e inoportunada como en lesiones aca.

EPIDEMIOLOGIA

- Edad
- Sexo → Masculino
- Vivir en comunidades
- México 46% de la población > 65 años
- 10% Fractura de muñeca
- 5% Fractura de cadera
- 3 y 2% Otras fracturas.
- 5ta causa de muerte mundial → 60% por caídas
- 75% 65 años o más.
- 33% viven en comunidad
- Incidencia 0.2-1.6 caídas por px al año.

FACTORES NO MODIFICABLES

- Edad
- Sociodemográfico.
- Sexo masculino
- Enfermedades crónicas

FACTORES MODIFICABLES

- Escaleras
- Mala iluminación
- Pisos resbalosos
- Muebles
- Baños
- Calzado inadecuado

POLIFARMACIA

Deficit sensorial

- Auditivo
- Visual (cataratas)

Musculoesquelético

- Artritis
- Osteoartritis

Vasculares

- Estenosis aórtica

ENFERMEDADES SECUNDARIAS

Neurológica

- Parkinson
- Demencia
- Delirium

Cardíacas

- Arritmias (FA)
- I.C.

Neuroléptico

- Gabapentina / Pregabalin

Benzodiazepina

- Clonazepam

Antidepresivos

- SHT3 ↑ caído porq causan sueño.

Hipoglucemiantes

- Para hipoglucemia.

Hipotensores

- Calcitonina, diuréticos

COMPLICACIONES

1. Lesión de tej. blandos

- Equimosis
- Excoriaciones.

2. Fracturas

3. TCE

4. Incapacidad

5. Muerte.

PROTOKOLO DE CAÍDAS / DX.

1 Historia clínica

- Antecedentes
- Consumo de fármacos?
- Dx previo?

2 Descripción de caída

- Causa
- Se pudo levantar solo?
- Tiempo
- Esfuerzo?
- Síncope?

3 Exploración física

- T/A (Medir en decúbito y bipedestación)
- Visual
- Auditivo

4 Interrogatorio del ambiente.

TRATAMIENTO. → De acuerdo a causa.

1. Complicaciones graves

- Fractura → Cuello femoral, región intertrocanterea, subtrocanterea.
- Preoperatorio → Control adecuado de dolor pre y post.
- Rehabilitación

2. Causas médicas.

- Cardíaca → ECG, ECO
- Neurológica → Rx columna, TAC, RM craneal.

3. Trastorno de marcha

- Marcha atáxica

- Marcha parkinsoniana → Pocos pasos arrastrados el ↓ de brazos
- Marcha vestibular → Inestabilidad, desviación al caminar

* SPPB

→ Velocidad de marcha.

Escala de marcha y balance de Tinetti.

- Equilibrio → Máx 16 pts.
- Marcha → Máx 12 pts.

→ 28 puntos

ESCALAS.

INCONTINENCIAS

URINARIA

Pérdida involuntaria de orina que ocasiona problema social o higiénico.

Complicación

- Movilidad limitada
- Deterioro cognitivo
- Trastorno del ánimo.
- Limitación en act. laboral y social.

Epidemiología

- Prevalencia entre 20-30% de elevación de 30-50% → Adultos mayores.
- 30-60% en mujeres.
- 65 años 11-34% hombres.
- Incontinencia grave → 3-17%.

Factores

- Edad avanzada.
- Fármacos.
- Inmovilidad.
- Estreñimiento
- Depresión.
- Infección vías urinarias.
- DM.
- Cirugía abdominal.

Diagnostico

1. Historiadínica → Interrogatorio
2. Uroflujometría cistancetría
3. Ultrasonido vesical
4. RM.

Clinica

PP AGUDA⁹⁹

- Inicio súbito, precipitado y tratable.
- 35% ancianos en comunidad
- 50% hospitalizados.

D Delirium

I infecciones

A vaginitis atrofico

P Fármacos

P Fact. psicológicos

E vol. urinario excesivo

R movilidad restringida

S Impacto fecal.

PP Crónica⁹⁹

1. I.U. De estrés o esfuerzo. → Pérdida involuntaria de orina asociada a esfuerzo.

◦ Mayor → Mujeres mayores

◦ Causas ◦ Parto, embarazo, obesidad, tabaco, menopausia, edad.

2. I.U. De urgencia. → Deseo miccional súbito

◦ 75 años entre 40-80%

◦ Causas ◦ Trastornos neurológicos, condiciones sistémicas, efectos adversos de medicamentos.

3. I.U. por sobrefflojo (Rebocamiento).

- Se aparece en individuos sin deseo miccional.
- Síntomas: Goteo, frecuencia, micción, intermitencia.

4. I.U. Funcional.

- Asociada a una alteración física o cognoscitiva que interfiere con la independencia de las actividades de la vida diaria.

Factores → Alteraciones de la movilidad, sanitarios inaccesibles, deterioro cognoscitivo y trastornos psicológicos.

Txatamiento

1. Tx de enfermedades subyacentes

2. Ajuste de medicamentos

3. Terapias conductuales

4. Tx fisioterapéutica

5. Ejercicios del suelo pélvico.

6. Ejercicios de Kegel. → Consiste en contraer algunos músculos.

→ Óptimo 30 min diarios.

Farmacológico.

1. Anticolinérgicos

2. Antagonistas α_1 -adrenérgicos

3. Tolterodina

4. Propantelina 15-30 mg qid

FECAL

Pérdida involuntaria de heces líquidas o sólidas.

CLASIFICACIÓN

1. Incontinencia de urgencia

→ Deseo de evacuar, con incontinencia a pesar de un esfuerzo de retener el bala.

2. Incontinencia pasiva.

→ Pérdida de la sensación de defecar.

EPIDEMIOLOGIA

◦ Mujeres y hombres
(8.9%) - (8.1%)

◦ Más común en ancianos institucionalizados 62-87 años

◦ Prevalencia de I.U y mixta 7%

◦ IF prevalencia 4%

Fx. RIESGO

◦ Edad

◦ Historia previa

◦ Antecedente neurológico

◦ DM

◦ Demencia

CLINICA

°° Total °° → Retención de gases y materias fecales sólidas o líquidas.

°° Parcial °° → El individuo puede controlar la expulsión de heces líquidas o semilíquidas.

GRADOS DE INCONTINENCIA

Grado 1 → Contiente

Grado 2 → Incontinencia a gas

Grado 3 → Incontinencia a gas y heces lig.

Grado 4 → Incontinencia a gas, heces lig y sólidas.

CLINICA / SINTOMAS

◦ Incontinencia de urgencia

◦ Pérdida involuntaria de heces durante el día

◦ Pérdida involuntaria de heces por noche.

◦ Manchado de ropa

◦ Salida involuntaria de flatus.

DIAGNOSTICO

◦ E. Física → Inspección perianal

◦ Manometría anorrectal

◦ Ultrasonido en el canal

◦ Electromiografía

◦ Defecografía

◦ RM dinámica.

TRATAMIENTO

1. Conservador.

- Modificación del estilo de vida diario
- Evitar fructosa, lactosa, cafeína.

2. Médico

- Antidiarreicos

3. Ejercicios del esfínter anal

4. Quirúrgico

- Cuando el conservador falla.
- Reparación esfinteriana → Esfinteroplastia
- Esfínter neonatal → Esfínter anal artificial
- Estimulación de nervio caco
- Radiofrecuencia.

SINDROME DE INMOVILIDAD

La inmovilidad se define como la disminución de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida por deterioro de las funciones motoras.

Epidemiología

- ↑ con la edad
- Mujeres.
- 6% > 65 años dificultad pl caminar en su propia casa.
- 12.7% Dificultad pl subir escaleras.
- 12.4% Dificultad pl salir.
- 80 años 25.6-27%

Clínica

Multifactorial.



"Sistema muscular esquelético"

- ↓ masa, fuerza y velocidad.
- ↓ Densidad ósea.

"Sistema nervioso"

- Reflejos posturales lentos.
- Presbicia y presbiacusia.

"Sistema cardiovascular"

- ↓ de FC máxima.

"Sistema respiratorio"

- ↓ de capacidad aérea.

Características

1. Inmovilidad relativa → Vida sedentaria pero con capacidad de movilizarse.
2. Inmovilidad absoluta → Encamamiento crónico.
3. Debilidad muscular progresiva.
4. Reducción de la tolerancia a la actividad → Osteo, hipertensión, etc.

ETIOLOGIA

1. Causas sociales → Soledad, abandono.
2. Causas ambientales → Muebles, escaleras, iluminación, etc.
3. Comorbilidades → Artritis, osteoporosis, parkinson, demencia, IC., déficit visual y auditivo, depresión, fármacos.

Complicaciones

"Orgánicas"

- Úlceras por presión, pérdida del balanceo, atrofia de fibras, trombosis venosa profunda, anorexia, resistencia a inclinación.

"Psicológicas" ◦ Miedo a caer, depresión.

"Sociales" ◦ Aislamiento social.

Diagnostico

1 Anamnesis.

2 E. Física.

◦ Capacidad para girar, sentarse

3 Exch.

pp **TINETTI** 99

◦ Minimo 0 puntos

◦ Maximo 28 puntos.

◦ Posicion de sedestacion

◦ Intento de levantarse

◦ Al levantarse, balance inmediato al levantarse

◦ Bipedestacion → Empujan sítel, ojos cerrados, girar 360° y al sentarse.

Contar puntuación de 0-16 para determinar:

1 Balance normal

2 Balance de riesgo

3 Balance malo

7 aspectos de marcha

Inicio de marcha, longitud y elevación del paso plambos pies.

◦ Simetria de los pasos

◦ Continuidad de los mismos

◦ Rumbo

◦ Tronco

◦ Base de sustentación.

Puntuación max 12 pts

Velocidad de marcha

◦ Velocidad de la marcha en 6m planos, en 4.8 seg

"Stand up and go"

◦ Tiempo menor a 20 seg.

Tratamiento

"Px encamado"

◦ Calor sobre artubación.

◦ Antiinflamatorios no esteroides

◦ Posicion correcta

◦ Ejercicios de movilización activa en cama

● "Px en deambulacion"

◦ Elementos auxiliares

Fragilidad

Es el síndrome biológico de disminución de la reserva funcional y de las resistencias a los estresores, debido al declive acumulado de múltiples sistemas biológicos.

Epidemiología

3.2 apartir de los 65 años

16.3% mujeres de 80 años

23.1% a los 90 años

Más prevalente en mujeres q' hombres al

10.7% a 9% hombres.

Diagnostico

Barthel → Valora actividades diarias.

→ > 90 puntos en personas mayores de 70 años no dependientes

Pruebas de ejecución (SPPB, velocidad de marcha o time up and Go).

CFS

1. Muy enferma

2. Bien

3. Buen desempeño

4. Vulnerable

5. ligeramente frágil → Moderada

6. Moderadamente frágil

7. Severamente frágil

8. Muy severamente frágil

9. Px terminal

} Se vale por sí mismo

Fx. De riesgo

◦ Sexo femenino

◦ Edad

◦ Calidad de vida

◦ Detención cognitiva.

◦ Menor o 20 → Dependencia total

◦ 20-35 → Dependencia grave

◦ 40-55 → Dependencia moderada

◦ 60 o más → Dependencia leve

◦ 100 → Independiente.

◦ Test "Timed up and go".

- Se considera que está correcto si regresa en 10 seg.

◦ Px sentado y q' se levante a caminar 3 mts en 10 segundos.

Cuestionario FRAIL

• 1-2 → Prefrágil

• 3 o más → Frágil

Tratamiento

No farmacológico

1º Act. física → Aeróbica, resistencia, marcha / equilibrio y flexibilidad.

2º Desprescripción en polifarmacia

3º Salud oral y nutrición → Suplementación calórica / proteica, añadir aminoácidos esenciales a la dieta (leucina)

4º Suplementación de vit. D

DEMENCIA

Alzheimer

La demencia se caracteriza por un deterioro progresivo e irreversible de la capacidad mental que compromete la vida.

Alzheimer: Enfermedad neurodegenerativa que se caracteriza por la pérdida gradual de memoria y es la causa más común de demencia.

Factores

- Edad avanzada
- Factores genéticos
- Estilo de vida
- Historia familiar
- Factor de riesgo vascular.

Etapas

1. Etapa preclínica
2. Deterioro cognitivo leve
3. Demencia leve
4. Demencia moderada
5. Demencia severa.

Diagnostico

- Anamnesis
 - Entrevista clínica y neuropsicológica
 - RM
 - TAC
 - Biomarcadores
- Escala → Minimental.

Clinica

- Pérdida de memoria
- Dificultad para comunicarse
- Desorientación
- Dificultad para resolver problemas.
- Depresión
- Cambios de humor
- Delirios y/o alucinaciones.

Tratamiento

- Estimulación cognitiva
- Rutinas estructurales
- Terapia ocupacional
- Act. física regular.

- Inhibidores de la acetilcolinesterasa.

BIBLIOGRAFIA

Geriatría D.Hyver. 4ta edición, 2019.pdf