



Nombre del alumno: Zenaida Saragos Jiménez.

Nombre del tema: Resumen (fragilidad, sarcopenia, caídas, inmovilidad y demencia).

Parcial: 2.

Nombre de la materia: Geriatria.

Nombre del profesor: Dr. Carlos Manuel Hernández Santos.

Medicina Humana.

6to semestre.

Comitán de Domínguez Chiapas 11 de abril 2025.

¡FRAGILIDAD!

DÍA	MES	AÑO

Estado de predisposición que va desde la máxima capacidad intrínseca posible hasta la dependencia absoluta para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Epidemiología

- > 3.2% a partir de los 65 años
- > 16.3% en los mayores de 80 años
 - Síndrome geriátrico
- > En México el 34% Sencdo Mayor
 - Mujeres 45%
 - Hombres 38%

Factores de Riesgo

- > Edad
- > Sexo Femenino
- > Mala calidad de vida
- > Deterioro cognitivo
- > Riesgo de decaimiento

5 conceptos de Fried

- 1º Pérdida de peso $< 4.5\text{ kg}$
- 2º Baja energía y resistencia
- 3º Baja actividad física
- 4º Velocidad de la marcha
- 5º Poca reserva medida en kg.

4 atributos principales

- 1º Características
- 2º Patogénica
- 3º Discrudentes o aceleradora
- 4º Vulnerabilidad a eventos adversos.

Identificación en atención primaria

• Test "Timed up and go"

- Se considera que está correcto si lo realiza en 15 seg o menos, considerando el intervalo entre 10 y 20 segundos el corte habitual indicativo de fragilidad.

• Escala de criterios de fragilidad de Fried que valora 5 Criterios.

• Escala CFS que valora 4 criterios.

• Escala Lawton y Brody que valora actividades instrumentales

• Escala de Barthel que valora las actividades básicas.

Diagnostico

- Escala de Barthel
- Escala de Frait
- Escala de Fugilidad Clinica
- ENSBUD
- Timed up And go.

Pruebas de laboratorio

- Biometria Hematologica completa
- Perfil de lipidos
- Pruebas bioquimicas Hepaticas Incluyendo albumina
- Vitamina B12
- Vitamina D
- Perfil tiroideo.

Tratamiento.

Parte de Cuentro premises basicas derivadas de su etiologia multidimensional y de la reversibilidad del proceso.

- Debe Ser Individualizado para Cada Sueto.
- Las Intervenciones deben garantizar la recuperacion y el mantenimiento de la funciones perdidas, así para prevenir la hospitalizacion, Institucionalizacion, caídas y accidentes.
- Las Intervenciones deben ser multidimensionales y deben estar orientadas a que el anciano mantenga su independencia y autovalidez en su domicilio preferido.
- Deben promoverse medidas de apoyo que faciliten la adherencia al plan de intervencion. es imprescindible la implicacion de familiares y Cuidadores en todo el proceso.

- Nutricion Adecuada
- Actividad Fisica
- Control de comorbilidades
- Vitamina D 8000 - 9000 UI / Diarias.

SARCOPENIA

DÍA MES AÑO

Perdida progresiva de masa y fuerza muscular asociadas al envejecimiento.

Factores de Riesgo

- Patologías Prexias
- o Epoc
- o Estenosis
- o Inactividad Física
- o Enf. Crónicas

Epidemiología

- En México el 30% de los adultos presentan Sarcopenia. Mujeres 35% y hombre 30%
↓
Fragilidad
- 1 de cada 3 adultos tienen riesgo de Sarcopenia.
- 3.2-65 años, 16.3% >8 años y 23.1% 90 años.

Etiopatogenia

Endocrino = H. Crecimiento, H. Sexual, Testosterona, Función tiroidea, GH, IGF 1, corticosteroide.

Edad = Determina de la fuerza muscular y alteración del desempeño físico.

Ceguera = En algunas condiciones o patologías.

Sarcopenia Primaria → Envejecimiento.

- o Pérdida de masa muscular
- o Menor producción de hormonas de crecimiento.
- o Factor transformador de Crecimiento B que pueden estar involucrados en la pérdida de masa muscular que se tiene con el avance de la edad o el factor diferenciador de crecimiento II (GDF).

Sarcopenia Secundaria

- o Pérdida de masa muscular secundaria a otras enfermedades.
- o Aumento de la apoptosis y proteólisis.
- o Reducción de la síntesis de proteínas musculares y pérdida de la capacidad de regeneración.

Sarcopenia Crónica.

> 6 meses

- Secundario o relacionado a enfermedades crónicas.

Sarcopenia aguda.

< 6 meses

- Relacionada con una enfermedad aguda secundaria.

Diagnóstico.

> Historia Clínica.

> Criterios Según EWISOP

o Evalúa 3 criterios

> Escalas y estudios complementarios

= SARC-F = cuestionario

o Evalúa 5 componentes

o Puntos = 0, 1 y 2.

o puntuación Mayor o Igual a 4 Indica riesgo de tener Sarcopenia.

Tratamiento.

Nutrición.

- Suplementar Vitamina D

- 800 U de Vitamina D3 al día

- Complemento alimenticio natural bote x bote = 25gr.

- Hierro, creatinina o 1gr x C / bkg
o 5 x C / 10kg

7,500 Kcal

- Anabólicos - Mejora regulación Metabólica x 12 Semanas

Tx Farmacológico = IECa → Mejora Capacidad de Act Física.

Manejo.

Prevención y Manejo Se dirige a mantener el equilibrio entre la cantidad de músculo que se destruye y la cantidad que se forma.

- Ejercicio

- Nutrición.

CAIDAS

1 Precipitación de manera repentina a un plano inferior Involuntario e Insuspectado con o sin lesiones Secundarias confirmadas por el paciente o testigo.

Epidemiología.

- > Quinta causa de muerte en el mundo y 66% Corresponde a caídas.
- > 75% en pacientes de 65 años o mayores.
- > 33% en ancianos que viven en comunidad.
- > 40 y 60% en pacientes institucionalizados.

Factores De Riesgo (Causas)

- No Modificables. Intrínsecas:

- Edad
- Sociodemográfico
 - Sexo masculino
 - Raza blanca
- Historia clínica Previa
 - Enf. crónicas
 - Medicamentos
 - Mareos y vértigo
 - Síncope
 - Déficit visual y auditivo
- Trastornos de la función neuromuscular, marcha y reflejos musculares.

- Modificables Extrínsecas:

- Factores ambientales
 - Escaleras
 - Baños
 - Pisos resbalosos
 - Mala iluminación
 - Altura de camas e inodoro
 - Tapetes
 - Calzado inadecuado
 - Ropa inadecuada
- Uso de bastón o andador.

- > Alteraciones de la función neuromuscular y la marcha.
- > Alteración de los reflejos posturales
- > Déficit sensorial
- > Asociado o secundario a enfermedad preexistente.

Complicaciones

- > Lesiones a tejidos blandos: en piel, tejido celular y músculos, estas pueden ser equimosis o pueden desaparecer en días.
- > Fracturas: Húmero, cadera, Fémur, Húmero, Arrias costales y cuerpos vertebrales. El diagnóstico se debe sospechar si el paciente ha sufrido caídas y se debe corroborar con radiografías simples.
- > Traumatismo craneoencefálico: se debe considerar la posibilidad de un hematoma subdural secundario, el diagnóstico es la aparición tardía de los síntomas de hasta 14 días.
- > Incontinencia: 25% de los pacientes no recuperan por completo la funcionalidad.
- > Institucionalización: 20-50% de pacientes que han sufrido caídas con lesiones secundarias han requerido institucionalización.
- > Muerte: 20-30% de pacientes que sufrieron caídas tienen un riesgo de mortalidad.

Factores de Riesgo para Caídas.

- Polifarmacia.
- Pluriopatología.
- Debilidad muscular de extremidades inferiores.
- Deterioro funcional mental.
- Trastorno de la marcha y equilibrio.

Protocolo de Cuidos

- ★ Historia Clínica
- ★ Descripción de las Caídas.
- ★ Exploración Física.
- ★ Interrogatorio del ambiente.

Tratamiento.

- > Se brinda equipo multifactorial.
- > Paciente hospitalizado se debe de insertar protocolo dirigido a determinar la causa si es ambiental o médica.

Escala de Marcha y balance de "TINETTI"

Es una herramienta clínica para evaluar la marcha y el equilibrio en adultos mayores para identificar riesgo de caídas.

- Evalúa de 0 a 1 punto
- Tiene un total de 28 puntos.

~ Sx DE INMOVILIDAD ~

DÍA	MES	AÑO

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

Características del Síndrome de Inmovilidad en el anciano.

- Inmovilidad relativa en la que el anciano lleva una vida sedentaria, pero es capaz de movilizarse con menor o mayor dependencia.
- Inmovilidad absoluta que implica el encamamiento crónico, estando muy limitada la variabilidad postural y es un factor de riesgo a institucionalización, de morbilidad y aparición del Síndrome del cuidador.
- Debilidad muscular progresiva y en casos avanzados, pérdida de los automatismos, así como reflejos posturales necesarios para la deambulación.
- La reducción de la tolerancia a la actividad física, manifestada por taquicardia, hipertensión arterial, disnea, entre otros.

Epidemiología.

- > Aumenta con la edad
- > + común en mujeres
- > 6% con 65 años tiene dificultad para caminar en su propia casa
- > 12.7% tiene dificultad para subir escaleras.
- > 12.4% le cuesta subir escaleras.

Factores De riesgo.

- Anciano Sedentario.
 - Es el que no ha incorporado a su actividad de vida cotidiana algún ejercicio vigoroso, de clara repercusión en el consumo energético.

Cambios Fisiológicos que condicionan Inmovilidad.

- > Sistema musculoesquelético = Disminución de masa muscular, Fuerza y velocidad de contracción, Marcha senil y Disminución de la densidad ósea.
- > Sistema nervioso = Disminución de la sensibilidad propioceptiva y vibratoria.
- > Sistema Cardiovascular = Disfunción de la distensibilidad del ventrículo izquierdo y Disminución de la Presión Arterial.
- > Sistema respiratorio = Disminución de la pared torácica y pulmonar.

- Anciano Frágil: aquel que mantiene un nivel adecuado para vivir pero tiene limitación de actividades.
- Traumas (Fracturas)

Causas Mas Frecuentes.

- Sociales = Soledad, abandono y falta de apoyo emocional.
- Ambientales = Barreras arquitectonicas, Distribucion de materiales, luminosidad y elementos auxiliares.

Diagnosticos.

- Anamnesis para valorar el tiempo y tipo de evolucion.
- Exploracion Fisica en sistemas Cardiovascular, Musculosquelético y nervioso y piel, pres. Sensorio y estado Mental.

Tratamiento.

Asegurarse de adecuada condicion de hidratacion, nutricion, ritmo intestinal, control del dolor, y Sueño adecuado.

Paciente encamado. Practicar ejercicios para aumentar la movilidad de Inicio pasivo, empleo adicional de calor sobre articulaciones. Tx para dolor se puede incluir antiinflamatorios no esteroideos, opioides, benzodiazepinas.

Paciente Sentado en silla.

- Movilizacion de la cama a la silla con menor ayuda y estrecha vigilancia manteniendo el tronco erguido y la cabeza alineada.

Paciente en bipedestacion = debe intentar levantarse y mantener bipedestacion con ayuda de dos personas o apoyandas de un andador, bastones etc. depende de la necesidad de cada paciente.

Paciente en dambulacion = practicar a paso lento pero con destreza. Cuando el paciente se debe apoyar con andadores o bastones.

Mantenimiento = Si la rehabilitacion total no es posible, el objetivo sera recuperar la situacion previa.

DEMENTIA

DÍA MES AÑO

Enfermedad De Alzheimer.

Enfermedad neurodegenerativa que afecta a la memoria y funciones mentales.

- principal forma de demencia.

Epidemiología.

- Séptima causa de muerte en el mundo
- Tipo más frecuente de demencia
- 40 millones en > 40 años tienen demencia
- México 8% tiene prevalencia
- 8.6% área urbana
- 8.5% en área rural.

Factores de riesgo

- Cardiovascular
- Diabetes.
- Hipertensión Arterial
- dislipidemia.
- Coexistencia de patología vascular
- Infartos Silentes.
- Enfermedades de pequeñas vasos.
- baja escolaridad, pérdida auditiva,
- Obesidad, hipertensión, tabaquismo
- Depresión, Inestabilidad Física,
- aislamiento social.

Criterios Diagnósticos

- Deterioro cognitivo leve
- Demencia de tipo Alzheimer.

Deterioro cognitivo leve.

- Criterios de DCL son 5.

1º Quejas de pérdida de memoria, Preferiblemente corroboradas por un Informador.

2º Deterioro de la memoria objetos para su edad y escolarización.

3º Funcionamiento cognitivo global Intacto.

4º Sin alteración de actividades de la vida diaria.

5º Ausencia de demencia

Diagnóstico.

- Historia Clínica
- Evaluación geriatrica Integral
- Evaluación psicoafectiva
- Evaluación cognitiva
- Neuro Imagen
- Estudios complementarios.

Tratamiento

Inhibidores de la acetilcolinesterasa (donepezilo, galantamina, y rivastigmina) y Receptor NMDA (Antagonistas y Memantina).

Demencia Cognitiva Vascular.

La enfermedad del Alzheimer y trastorno cognitivo en la población mayor comparte factores y mecanismos de riesgo comunes y representan del 70-75 % de los casos.

Epidemiología.

- Población Mayor - Adultos Mayores.
- 70-75 % Casos.
- Edad 11-21% >64 años
- 94% >82 años.

Factores de riesgo.

- Obesidad
- HTA
- Edad
- Baja escolaridad
- Pudeña auditiva
- Aislamiento social.

Diagnóstico.

- Las lesiones cerebrovasculares son frecuentes y se observan mayormente en adultos mayores y generalmente se observan en imágenes de resonancia magnética ponderadas estructuras ponderadas en T2.
- Criterios de DCL de tipo Alzheimer
- Historia clínica y neurología completa
- Evaluación cognitiva
- Evaluación psicoafectiva
- Neuroimagen.

Laboratorio.

- BH
- Electrolitos Séricos
- Química Sanguínea
- Pruebas de función tiroidea
- Perfil lipídico
- Vitamina D
- Niveles de vitamina B.

Tratamiento

Inhibidores de la Colinesterasa.

- Donepezilo = una vez al día 5 mg x 4 semanas / 10 mg hasta 3 meses hasta alcanzar dosis de 20 mg
- Rivastigmina = 2 veces al día 1.5 mg x 4 sem. 3 mg x 4 sem hasta alcanzar 4.5 a 6 mg día.
- Galantamina = Dos veces al día 4 mg por 4 sem / 8 mg x 4 sem hasta alcanzar 12 mg.
- Memantina = 2 veces al día 5 mg por una semana hasta alcanzar la dosis de 20 mg.