

UDS



Universidad Del Sur de
Licenciatura En Medicina Humana
Comitán

GERIATRIA Sx Geriátricos.

- Andy Janeth Pérez Díaz
- Dr. Carlos Manuel Hernández Santos
- 6 semestre
- Grupo D
- 2do Parcial
- Resumen Sx Geriátricos.

Comitán de Domínguez Chiapas A 11 de abril 2025

Scribe

CAÍDAS

Precipitación de manera repentina a un plano inferior involuntaria e insuspechada con o sin lesiones secundarias confirmada por el paciente o un testigo.

Epidemiología

→ ANCIANOS son el grupo de edad con mayor incidencia de caídas asociadas a complicaciones graves 66%.

Factores De Riesgo



El origen en la mayoría de los pacientes es multifactorial debido a que existen condiciones propias del paciente.

- 75% Pacientes de 65 años o >
- Ancianos en Comunidad 33%.

Rango de incidencia 0.2-1.6 caídas por persona al año con una media aproximadamente de 0.7 caídas/año.

INTRINSECOS

- Edad
- Sociodemográfico
- Historia Clínica previa
- Trastornos de la función neuromuscular y reflejos musculares.

EXTRINSECOS

* Factores ambientales

- Escaleras
- Bañeras
- Asos resbalosos
- Calzado inadecuado
- Uso de bastón o andadera

CAUSAS

- Alteración de la función neuromuscular y la marcha
- Alteración de los reflejos posturales
- Deficit sensorial
- Asociado o secundario a enfermedades preexistentes
- Obstáculos ambientales
- Uso inadecuado de auxiliares de la marcha

Causas De Caidas

*Alteración de la función neuromuscular y la marcha

Secundario a múltiples enfermedades

- Trastorno circulatorio periférico
- Enfermedades cardiovasculares, pulmonares
- Lesiones en vías motoras
- Secundario a Síndrome de Caidas

Enfermedades como mareo y vertigo (↑ prevalencia), puede ser el reflejo de innumerables enfermedades lo cual lleva a identificar la causa

*Alteración De Los Reflejos Posturales

*Deficit Sensorial

Trastornos visuales y auditivos (deficit en la interacción con su medio) en combinación con factores ambientales.

• Neurológicos

• Cardíacos

• Vasculares

• Musculoesqueléticas

• Deficit Sensorial

*Asociado o Secundario a enfermedades preexistentes.

*Obstáculos Ambientales.

Bañeras, escaleras, tanto dentro como fuera del hogar, altura de la cama, muebles del baño etc.

Ocurre al no haber un adecuado programa de rehabilitación.

*Uso inadecuado de auxiliares de marcha

Tratamiento Caidas

Preoperatorio: Estabilizar

• Rehabilitación

• Recuperación funcional óptima

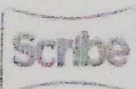
Valoración De Caidas

• Short Physical Performance test

• Time Up and Go Test

• Test de los 6 minutos andando

• Test de la velocidad de la marcha



Deterioro Cognitivo Vascular / Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer y el trastorno cognitivo en la población mayor comparten factores y mecanismos de riesgos comunes, como la aterosclerosis, diabetes y angiopatía amiloidea.

Epidemiología

- población mayor (adultos ancianos)
- 70-75% de los casos
- Prevalencia (aumenta con edad)
- 11-21% personas >64 años
- 94% en >84 años
- Alzheimer 7ma causa muerte

- * Comorbilidad vascular 30-60% de los pacientes con Alzheimer
- * 40-80% trastorno cognitivo vascular

Etiología → múltiples infartos cerebrales o a veces hemorragias

• Infarto lacunar múltiple

Alzheimer → Fac. Característica

- Presencia de placas neuríticas positivas (β-amiloide extracelular y neurofibrilares τ-positivas intracelulares)
- Hipertensidades de sustancia blanca
- Escala de Fazekas (evaluación de sustancia blanca) escala con 4 grados

Deterioro Cognitivo Vascular

- Lesiones cerebrovasculares
- ↓ en la velocidad de procesamiento y un deterioro del funcionamiento ejecutivo
- Afecta conectividad cerebral
- Interrupción de tractos específicos (frontal-subcortical y fronto-temporal)
- Deterioro de funcionamiento cognitivo

Factores De Riesgo

- Edad
- Hereditario
- Lesiones cerebrovasculares
- Infartos cerebrales
- Genotipo APOE ε4
- Depresión
- Baja escolaridad
- Tabaquismo
- Pérdida auditiva
- Aislamiento social
- obesidad
- Hipertensión

Criterios Diagnósticos

- Clasificación para definir deterioro cognitivo leve
- Demencia tipo Alzheimer

Deterioro Cognitivo Leve

Etapa intermedia (considerada cognitivamente normal y demencia). Hay una alteración en la memoria, pero que estas no impiden realizar las actividades de la vida diaria.

Diagnostico ← → Escalas de Evaluación

- | | |
|----------------------------------|--|
| • Historia Clínica y neurológica | • GDS (Geriatric Depression Scale) |
| • Evaluación geriátrica integral | • PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) |
| • Evaluación psicoafectiva | • Criterios DSM-5 |
| • Evaluación cognitiva | * MMSE → minimal |
| • Neuroimagen | * MoCA → Montreal Cognitive Assessment |
| • Estudios complementarios | • Clinical Dementia Rating CDR |

Deterioro Cognitivo Vascular → • IRM Cerebral
• TAC cerebral

Tratamiento

Inhibidores de la colinesterasa

- Donepezilo 1 vez al día 5mg x 4 semanas, 10mg x 3 meses hasta dosis 20mg
- Galantamina 2 veces al día 4mg x 4 semanas 8mg x 4 semanas hasta dosis 12mg
- Rivastigmina 1 vez al día 4.6mg cada 12hrs parche x 4 semanas

Antagonistas del receptor NMDA

- memantina 2 veces al día 5mg x 1 semana hasta alcanzar una dosis de 20mg

SARCOPENIA

Catabolismo proteico aumentado es un factor que contribuye en la sarcopenia, una pérdida de masa muscular relacionada con el envejecimiento.

Sarcopenia Primaria A la pérdida de masa muscular relacionada por el proceso de envejecimiento con repercusión en la función.

- ↓ hormona crecimiento, testosterona
- Facta crecimiento similar a la insulina I (IGF-1)

Sarcopenia Secundaria

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

- Frec. en adulto mayor
- ↑ apoptosis celular o en la proteólisis
- ↓ síntesis de proteínas musculares y su capacidad de regeneración
- Pérdida de masa muscular relacionado con un proceso inflamatorio.

Factor Riesgo

- Cualquier Patología (sarcopenia)
- Osteoporosis
- EPOC + Produce Sarcopenia

Epidemiología

- 40% adultos mayores sanos
- 30-40 ↓ Meseta
- Sexo masculino 8%
- Etnias

Patogenia

- Caquexia → Solo en algunas patologías o condiciones
- Endocrino → Anorexia leptina, hormona crecimiento, testosterona
- EDAD → Alteración desempeño físico, deterioro fuerza muscular.

Diagnostico

- Criterios de → masa muscular y percepción funcional
- * Criterio diagnostico de Sarcopenia segun EWGSOP
 - Presarcopenia → disminución de masa muscular sin ninguna percepción en la función.
 - Sarcopenia → disminución de masa muscular y reducción de la fuerza muscular, o desempeño físico.
 - Sarcopenia grave → cumplen con tres criterios antes mencionados.

Manejo → mantener el equilibrio entre la cantidad de musculo que se distribuye y la cantidad que se forma

- ejercicio
- nutrición

Tratamiento

- Nutrición
 - Suplementar vitamina D D800 u de vitamina D3 al dia.
- Tratamiento farmacológico
 - IECA → mejora capacidad actividad física.

Sx FRAGILIDAD

Síndrome que causa múltiples pérdidas de peso no intencional, debilidad, autoperforo y cansancio

- Pérdida de peso
- cansancio
- debilidad
- Marcha lenta
- disminución de act. física

Epidemiología

- Frecuente en mujeres
- 23% a los 70 años
- menopausa (mujeres)
- 3.2% a partir 65 años

Factores De Riesgo

- Edad
- Depresión 30-40%
- cronodegenerativas
- Sexo femenino (demenia)

Diagnostico

- Escala Lawton y Brody
Actividades Instrumentadas
- ROPS
 - Adatto mayor que no pueda realizar act. física diaria.
- SHARE
Fuerza / Presión requeniendo diametro
- Cuestionario FRAIL:
 - 73 o mas criterios se consideran fragil
 - 1-2 Profragil
 - 3 o mas Fragil

Tratamiento

Prevenir deterioro funcional y la dependencia, o realentizar o retrasar su aparición.

- Ejercicio físico

Tx Nutricional

- Dieta mediterranea
- Ingesta proteica
- Dietas veganas o vegetarianas
- suplementos nutricionales orales y enterales
- Ejercicio fis + Nutrición

✗ Cnbado de fragilidad

- Robusto
- Posiblemente fragil

Scribe

INMOVILIDAD

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

Epidemiología

- Aumenta con la edad
- mayor riesgo mujeres
- 6% > 65 años de edad (dificultad para caminar (cusa))
- 12.7% para subir escaleras
- 12.4% para salir y andar en la calle
- Por encima de los 80 años de edad las cifras aumentan y alcanzan de 25.6 a 27%
- medio residencial 30% ancianos presentan inmovilidad
- 30% movilidad a nivel clínico.

Factores Riesgo

- cambios fisiológicos del anciano que condicionan a Inmovilidad
- Sistema musculoesquelético
disminución de masa, fuerza y velocidad de contracción muscular.
- Sistema nervioso
disminución sensibilidad propioceptiva y vibración

Etiología

- causas sociales → - soledad - Faltade apoyo social.
- Abandono social.

- Casas Ambientales →
 - Barreras arquitectónicas
 - Luminosidad
 - contemplar materiales
 - Elementos auxiliares de movilidad inadecuados.

Scribe

Diagnostico

- Anamnesis
 - grado de actividad basal
 - valorar tiempo y tipo de evolución
 - planificación terapéutica
- Exploración física
 - Exhaustiva
 - Sistema cardiorrespiratorio, musculoesquelético y nervioso (piel, Pies, Sensorio y estado mental)
- Escala de Tinetti
- Stand Up And Go

Tratamiento

- Hidratación
- Nutrición
- Ritmo intestinal
- Control del dolor
- Sueño adecuado

Abordaje Terapéutico

- valoración geriátrica integral
- Corrección de sensibilidad y percepción (vista, oído)

Paciente Encamado

- Ejercicio para aumentar rango de movilidad articular
- Auto riesgo a desarrollar úlceras

Paciente Sentado En Sillon.

- Ejercitar la movilización de miembros

Paciente En Bipedestación

- Apoyándose en andador