



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MEDICINA HUMANA

CAMPUS COMITAN

ASIGNATURA: GERIATRIA

**ASESOR: DR. CARLOS MANUEL HERNANDEZ
SANTOS**

Mi Universidad

ALUMNA: LUPITA MELAINÉ TOLEDO ALFARO

DETERIORO COGNITIVO VASCULAR / ALZHEIMER

La Enfermedad de Alzheimer y el trastorno cognitivo en la población mayor comparten Factores y Mecanismos de riesgo comunes, como la Aterosclerosis, Diabetes y Angiopatía amiloidea.

EPIDEMIOLOGIA:

- ✓ Población Mayor (Adulto Anciano).
- ✓ 70-75% de los casos
- ✓ Prevalencia (Aumenta con Edad)
11-21% personas >64 años.
- ✓ 94% en 782 años
- ✓ Alzheimer 7 causa muerte
- ✓ Comorbilidad vascular 30-60% de los pacientes con Alzheimer
- ✓ 40-80% trastorno cognitivo vascular.

ETIOLOGIA=

- * Múltiples infartos cerebrales
Aveces Hemorrágicos
- * Infarto lacunar
Múltiple

ALZHEIMER →

- ✓ Presencia de placas Neurofibríticas positivas (β-amiloide extracelular) y Neurofibrilares T-positivos intracelulares
- ✓ Hipertensión de Sustancia blanca
- ✓ Escala de Finkelstein (Evaluación Sustancia blanca)
Escala CI 4 grados.

DETERIORO COGNITIVO

- ✓ Lesiones cerebrovasculares
- ✓ ↓ velocidad procesamiento y en deterioro del funcionamiento ejecutivo.
- ✓ Afecta conectividad cerebral
- ✓ Interrupción de tractos Específicos (frontal-subcortical y Front temporal)
- ✓ Deterioro Funcionamiento cognitivo

FACTORES DE RIESGO

- ✓ Edad
- ✓ Hereditario
- ✓ Lesiones cerebrovasculares
- ✓ Infartos cerebrales
- ✓ Genotipo APOE ε4.
- ✓ Baja escolaridad
- ✓ Pérdida Auditiva
- ✓ Obesidad
- ✓ Hipertensión
- ✓ Depresión
- ✓ Tabaquismo
- ✓ Aislamiento Social

CRITERIOS DIAGNOSTICO

- ✓ Clasificar 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 esta no impiden realizar las Actividades de la vida Diaria.

DIAGNOSTICO

Etapa intermedia (considerado cognitivamente Normal y demencia). Hay alteración Memoria.

ESCALA EVALUACION

- GDS
- PMQ-9
- Criterios DSM-5
- MMSE → Mini Mental
- MOCA → Montreal Cognitive Assessment
- Clinical Dementia Rating CDR

DETERIORO COGNITIVO VASCULAR →

• ILM cerebral

• TAC cerebral

TRATAMIENTO:

INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA

- Donepezilo 1 vez al día 5 mg x 4 semanas
10 mg x 3 meses hasta dosis 20 mg.
- Galantamina 2 veces al día 4 mg x 4 semanas
8 mg x 4 semanas
- Rivastigmina 1 vez al día 4-6 mg cl 24
parche x 4 semanas.
Antagonista del receptor NMDA
- Amantadina 2 veces al día 5 mg
x 1 semana hasta alcanzar una
dosis de 20 mg.

SARCOOPENIA

DEFINICION = Catabolismo Proteico Aumentado
es un factor que contribuye a
la sarcopenia, una pérdida de
Masa Muscular Relacionada con
el envejecimiento.

FACTOR DE RIESGO

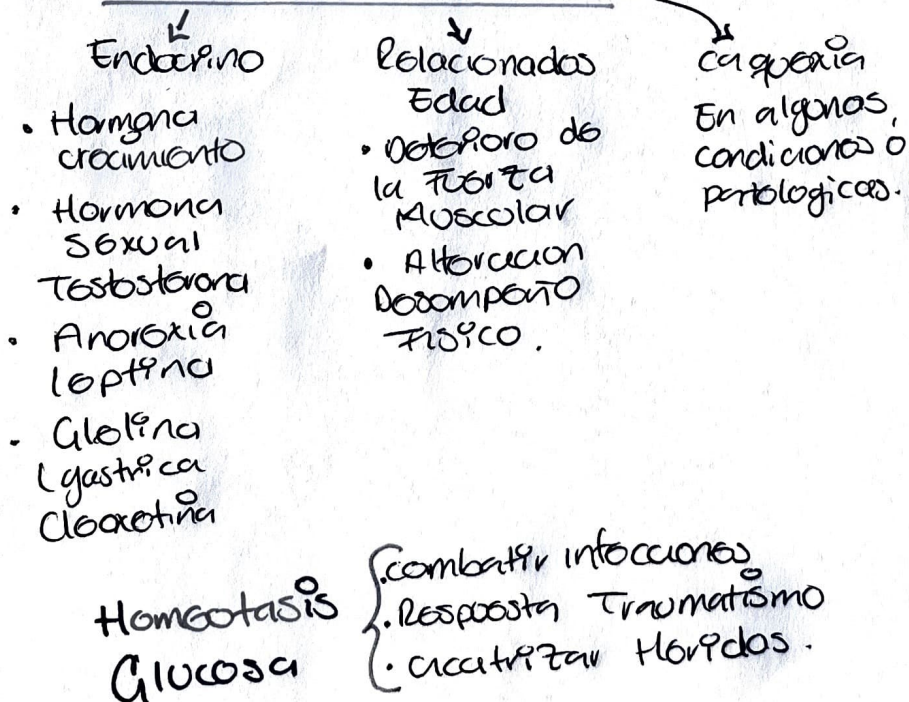
* CUALQUIER PATOLOGÍA → SARCOOPENIA
Osteoporosis, EPOC + produce sarcopenia.

Epidemiología =

- ✓ 40 ↓ Adultos sanos
- ✓ 36-40 ↓ Absoluta
- ✓ Sexo Masculino 8%
Decada vida
- ✓ Etnias = Asiaticas / occidentales

Masa Magra → lo que no es gran flujo de
compromete 75%.

ETIOPATOGENIA



SARCOPENIA PRIMARIA

- Pérdida de Masa Muscular Relacionada por el proceso de envejecimiento con reparación en la función, Factores transformadores de crecimiento B, que pudieran estar involucrados en la pérdida de Masa Muscular que se tiene con la Edad. Factor diferenciador de crecimiento II (IGF1). → producción incrementa con la Edad y que a través del receptor de la Miostatina, bloquea Regeneración Muscular → Estimula del IGF1 involucrado con la Anorexia del envejecimiento.

- Pájar de los años se tiene ↓ progresiva de las Motoneuronas de las Astas Anteriores Medula Espinal, que tiene consecuencias que varias Motoneuronas quedan dañadas. Estos problemas relacionados con el envejecimiento y la síntesis proteica reparan en la capacidad que tiene el adulto mayor para sintetizar y regenerar músculo.
 40 Aumenta
 60 Degradación

SARCOPENIA SECUNDARIA

- Pérdida Masa corporal Asociada Enfermedades Inactividad o trastorno Nutricionales.
 (Situaciones Muy Frecuentes en el Adulto Mayor.

- Aumento de la Apoptosis y Proteólisis
- Reducción Síntesis de proteínas Musculares y capacidad de regeneración.

Diabetes, EPOC, Artritis

Aguda
≤ 6 meses
Usualmente
Relacionado
Enfermedad Aguda
Secundaria
EUC, Traumatismo.

Crónica
≥ 6 meses
Progresiva,
Crónica Enfermedades

DIAGNOSTICO =

- Criterios de Sarcopenia segun EWASOP
 - Disminución Fuerza Muscular
 - Fuerza de Agarre
- Resonancia Magnética, Tomografía o DEXA
 - Disminución cantidad Muscular.
 - Absorptometría de Rx (Densitometría Mexicana)
 - Gold Standard Oxycontrol
- Disminución Rendimiento Físico
- performance Short.
- USG FEMUR Corte transversal (Estudio de imagen)
- ECO - TAC (concentro).
- A = Total Masa Apendicular 20-15
- Superficie corporal = 7.
- Bioimpedancia = Nutriólogo | Nefrólogo
- (peso líquido)
- (peso seco).
- Cuestionario SARC F. $> 0 = 4$ (Riesgo Sarcopenia)

TAMIZAJE

perímetro pantorrilla {concentro
+ grasa
x 30.3 sarcopenia

TRATAMIENTO =

Nutrición

- Suplementar Vitamina D.
10800 U de Vitamina D3
al día.
- Complemento Alimenticio Natural boots x bote = 25gr.
Micror creatina 1gr x 110mg
5 x 110mg

7,500 kcal

Anabólicos

Mejora Regulación Metabólica
x 12 SEMANAS.

Renal - 61.8gr.

creatina

5 x 10 mg.

(cuestion cognitivo
Efecto).

TTO FARMACO

IECA → Mejora capacidad
Act. Física

INMOVILIDAD

DEFINICION = Se define como la disminución de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria por deterioro de la Funciones Apoyadoras, impropio para Autonomía, componente esencial de la vida del hombre.

En las personas Ancianas depende de la interacción entre factores propios de cada individuo, como la habilidad y destreza, la capacidad cognitiva y sensorio-perceptiva, el grado de salud, la autoconfianza así como los recursos ambientales y personales externos (físicos o arquitectónicos y los vinculados a actitudes familiares y cuidadores).

- capacidad de movilización es un indicador del nivel de salud Anciano y de su calidad de vida.

Epidemiología =

- MUJERES
- 80% Ancianos presentan algún problema de movilidad
- 30% inmovilidad significativa a nivel clínico.

FACTORES DE RIESGO =

- * cambios Fisiológicos del Anciano que condicionan inmovilidad
- ✓ Sistema Musculoesquelético
Disminución masa, fuerza y velocidad de contracción muscular.
- ✓ Sistema Nervioso
Disminución sensibilidad propioceptiva y vibración.

² Sistema cardiovascular

Distorsión de la distensibilidad del ventrículo izquierdo.

Sistema Respiratorio

Disminución de la elasticidad de la pared torácica y pulmonar, así como de la capacidad aeróbica.

* Ancianos en riesgo de Síndrome de inmovilidad
Adultos mayores patologías crónicas degenerativas.

• Anciano sedentario

Comorbilidades =

- Enfermedades Musculoesqueléticas
- Enfermedades Neurológicas
- Enfermedades Cardiorespiratorias
- Enfermedades Neuropsiquiátricas
- Enfermedades cursan con debilidad Generalizada
- Enfermedades Endocrinometabólicas
- Afecciones psicológicas
- Factores iatrogenicos

* Después inmovilidad prolongada se producen cambios en los diferentes órganos y sistemas que pueden perpetuar el síndrome.

DIAGNÓSTICO =

✓ Historia clínica detallada. (Familiares y cuidadores)

Anamnesis =

- ✓ Actividad basal, valorar tiempo y tipo de evolución, realización de Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, Factores riesgo patológico, Factores psicosociales y ambientales.

Exploración Física =

- ✓ Exhaustiva
- ✓ Atención Especial los sistemas:
cardiorespiratorio
Musculoesquelético
Neurológico.
- ✓ Balance y Marcha Escala de Tinetti
prueba "stand up and go".

TRATAMIENTO =

Adecuadas condiciones de =

- ✓ Hidratación
- ✓ Nutrición
- ✓ Ritmo intestinal
- ✓ Control del dolor
- ✓ Sueño Adecuado
- ✓ Fármaco no indispensable (sedante) → polifarmacia

Abordaje Terapéutico Adultos Mayores

- ✓ valoración Geriátrica integral dependera grado de movilidad que el paciente presente.
- ✓ Necesario corregir la sensibilidad y percepción (vista - oído) del ambiente seguridad realizar actividades.

Paciente encamado

- ✓ Practicar Ejercicios para Aumentar Rango de Movilidad Articular inicio pasivo.
- tratamiento farmacológico Antiinflamatorios no esteroideos, opioides, benzodiazepinas, relajante musculares individualizar cada caso.
- ✓ Alto riesgo desarrollar úlceras por presión. Medidas terapéuticas y profilácticas.

paciente sentado en sillón

ejercitando la movilidad de miembros.

Elevación de los pies apoyados en un banco de superficie suave Ayudara prevención de Edema.

paciente en bipedestación

Apoyados en Andador situado enfrente.

Paciente en deambulación

- ✓ Practicar diario a paso lento, pero con distancias crecientes, contrarrestando el miedo a caer.
- ✓ Considerar el uso de elementos Auxiliares para la rehabilitación, al inicio utilizar un Antador, Después bastón o si Apto. Andador = tiempo prolongados de inmovilidad o si la Marcha No es estable.

Gastrointestinal

- ✓ Indicar una dieta suficiente, equilibrada, rica en fibra, variada de fácil ingestión, digestión y absorción no solo con fines nutricionales si no también para evitar Estreñimiento o impacción Fecal. Por tener Alta prevalencia en pacientes inmovilizados.

Genitourinario

- ✓ Principal problema incontinencia, así como el vaciado vesical incompleto, puede favorecer infecciones y la formación de cálculos. Realizar Ejercicios de Kegel (Empujar o tirar y dejar de hacerlo varias veces a lo largo de una micción Normal).

Psicológico

- ✓ Mantener la Motivación planteando objetivos accesibles a corto y Mediano plazo. (visitas y la conversación con el Anciano sobre su vida, su pasado y su interés).

PREVENCIÓN

- ✓ Mantener el grado de movilidad. Ejercicio y en general Actividad Física, como principal factor para prevenir inmovilidad.

Sx FRAGILIDAD ADULTO MAYOR

DEFINICION = Síndrome Médico de causas Múltiples,
Pérdida de peso no intencional, debilidad
autorreporte cansancio.

Pérdida de peso $\rightarrow$ 4.5 kg

Medida Estándar = 5% pérdida peso corporal
último año.

Epidemiología =

- Aumenta de manera Exponencial
- ✓ 8.2% A partir 65 años
- ✓ 16.8% en Mayores de 80 años
- ✓ 23% a los 90 años
- ✓ Alzheimer prevalencia en Mayores

FACTOR DE RIESGO =

- Edad (Hipertensión).
- Artritis
- Sexo Femenino (Demencia)
- Alta prevalencia cronodegenerativas.
- ITEM DEPRESION 30-40%.
- Aislamiento, Disminuye Movilidad y Alimentación Nutrición.

Biomarcadores =

• Aumento en niveles séricos
de IL-6, TNF alfa y PCR.

DIAGNOSTICO =

> 70% (Barthel > 90 puntos)
Valora pto camino 2-3 metros.

Escala Lawton = Actividades instrumentadas
y Barthel

Barthel = Actividades Básicas ≥ 90

Rous = Adulto Mayor que no puede
Actividad Física vida diaria

Cuestionario FRAIL 73 + criterios, considera Frágil.
1 y 2 = prefrágil, 3 o mas = Frágil

SHARE = Fuerza presión requiriendo Diámetro.

Cribado de Fragilidad individual

Robusto

Intervención

Abando Tabaco
Reducción Alcohol

posiblemente Frágil
Diagnostico Mediante
VAI

Fenotipo Fragilidad
Rasgo - Fragilidad
Acumulación Deficits

Frágil o prefrágil

Aumento de la Actividad Física.

Consejo Nutricional



Robusto

INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS =

- ✓ No recomendadas la utilidad de Fármacos
- suplementación vitamínica D (caso deficiencia)

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS =

- ✓ Salud oral y Nutrición
- ✓ Desprescripción, polifarmacia
- ✓ Actividad Física

SX = CAIDAS

DEFINICION = precipitación de manera repentina a un plano inferior involuntario e insuspechado con o sin lesiones secundarias confirmada por el paciente o un testigo.

EPIDEMIOLOGIA:

✓ 75% pacientes de 65 años o +.

✓ Ancho comunidad 33%.

✓ Rango de incidencia 0.2 - 1.6 caídas x año.

✓ Sta causa muerte.

✓ 2da causa relacionada → caída.

Muerte 20 - 30% 1 año posterior 1 Fractura.

* Causa Multifactorial condición propia PACIENTE

FACTORES DE RIESGO =

INTRINSECOS

- Edad
- Sociodemografía
- Trastorno de la
- Función Neuromuscular y Reflejos
- Auscultados

* Complicaciones de caída

- ✓ Traumatismo leve = si Muñeco
- ✓ Traumatismo grave = Hospitalario
- Esquemas → larga duración
- Escoriaciones → ulceración.

Fracturas

* Muñeca + común

* Cadera = Muerte (12 Meses promedio de vida).

EXTRINSECOS

* Factores Ambientales

- Escaleras
- Baños
- Pisos resbalosos (Tennis)
- Calzado inadecuado
- Uso de Bastón o Andadera.

* POLIFARMACIA

70 años = promedio 3 enfermedades = 4.5 p / su tratamiento.

* Pseudodemencia x estrés
Deterioro Frontal Funcional
Paralizar zonas peligro.

Abordaje de Marcha y Balance

* Evaluación Sensorial y Motoras Marcha y Balance (Oído, Vista, Equilibrio)

Balance Estático = Sin una cuestión movimiento hipódas-
tación LCPOR - Escala, Escala VUL FLEY

B. Dinámico = al caminar, control gravedad / Hacia
Adelante

B. Objeto = Equilibrio → caminar línea Angosta =
mayor capacidad Balance.

Patologías Asociadas = Aíginas

Bradipsinesia = Disminuye Movimientos.

Trastornos Extrapiramidales!

Protocolo de caídas

Historia clínica =

Descripción de la caída = condicionante caída

Exploración Física = Cardiovascular, Cuello, Oído, Vista, etc.
Tipo caído.

Interrogatorio Ambiente = Onde Transita, Zona Peligro.

TRATAMIENTO

Prioridad Fractura =

✓ Cuello Femoral

✓ Región interconterica

✓ Región subconterica

Preoperatoria =

Estabilizar → REHABILITACION

ESCALA TINETI

Geriatría

4ª edición

Carlos d'Hyver

Luis Miguel Gutiérrez Robledo

Clemente Humberto Zúñiga Gil



Manual
Moderno®