



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

PRESENTA

Lucía Guadalupe Zepeda Montúfar

SEXTO SEMESTRE EN LA LICENCIATURA DE MEDICINA HUMANA

TEMA: "Abatimiento funcional y sx de recuperación fallida".

ACTIVIDAD: Resumen

ASIGNATURA: Geriatria

UNIDAD II

CATEDRÁTICO: Dr. Ricardo Acuña Del Saz

TUXTLA GUTIÉRREZ; CHIAPAS A 21 DE MARZO DEL 2022

“ABATIMIENTO FUNCIONAL Y SÍNDROME DE RECUPERACIÓN FALLIDA”.

Funcionalidad: Es un indicador de la salud general y la capacidad preventiva de los sistemas de salud y los mecanismos que deben establecerse para suministrar apoyo a personas con dependencia. Cuanto mayor sea la dependencia, mayor es la necesidad de recibir atención médica y psicosocial.

Envejecimiento exitoso: Consiste en preservar la capacidad de independencia.

Los esfuerzos de valoración, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación se orientan a mantener la independencia del paciente viejo.

Para determinar la capacidad funcional, basta con enumerar la cantidad de pensamientos y actividades que deben llevarse a cabo desde el despertar para reconocer dónde se originan las fallas. El mero hecho de preguntar al paciente por estas actividades proporciona una idea de su grado de independencia, al tiempo que el individuo siente que su médico se interesa por sus asuntos personales y se refuerza la empatía en la relación médico-paciente.

Una segunda pregunta conduce a los detalles particulares de un individuo: ¿qué actividades ya no puede hacer? Con esta exploración es posible definir las capacidades pérdidas importantes e interesantes para cada sujeto específico.

El abatimiento funcional puede ser agudo o relacionarse con una enfermedad manifiesta, o bien constituir un conjunto de enfermedades recientes o crónicas, caso en el cual es muy probable que varios problemas causen la incapacidad.

Abatimiento funcional agudo: Se considera en medicina geriátrica una manifestación inespecífica de enfermedad y es necesario investigar la causa. Las afectaciones y anomalías de los pacientes de edad avanzada se presentan en forma atípica.

Abatimiento funcional crónico: Se atribuye de manera equivocada al envejecimiento y se da por sentado que no tiene solución; si se investiga en detalle es muy probable que haya alguna intervención que permita la rehabilitación, lo cual

es beneficioso para el paciente mismo, su familia o cuidadores y el sistema de salud que lo atiende.

En general, la capacidad funcional se califica como sigue:

1. Es funcional o independiente quien conserva la capacidad de cuidar de sí mismo y mantiene lazos sociales.
2. Se considera inicialmente dependiente el que requiere alguna ayuda externa, como en el transporte o las compras.
3. Es parcialmente dependiente la persona que recibe ayuda constante en diferentes actividades, pero que aún puede mantener funciones básicas como vestirse o alimentarse.
4. Dependiente funcional es aquel que necesita ayuda para la mayor parte o la totalidad de las actividades y se requiera de un cuidador todo el tiempo.

A lo anterior se suma la información acerca del estado del paciente respecto de si es ambulatorio o no, y si está confinado a una silla de ruedas o, en el caso extremo, a la cama.

Las escalas Katz, Lawton, Barthel, analizan cada actividad afectada por separado y reconstruir las causas de las pérdidas funcionales para identificar los procesos que llevan al abatimiento para idear un plan de ayuda, rehabilitación o apoyo.

Debe recordarse que las escalas no proporcionan diagnósticos definitivos; sólo son elementos de escrutinio, valoración e investigación que brindan al equipo gerontológico una guía para comprender los problemas del paciente geriátrico e instituir medidas de tratamiento y ayuda.

Síndrome de falla para recuperarse: No es sinónimo de fragilidad, aun cuando los términos se usan de forma indistinta. La fragilidad se relaciona con discapacidad fluctuante y se enfrenta la denominada falla para recuperarse cuando el anciano alcanza un nivel de discapacidad máxima; constituye un estado de vulnerabilidad ante sucesos futuros en relación con la baja reserva homeostática. Este término se utiliza en situaciones de fase terminal y cuando la declinación de la salud es

irreversible. Por lo tanto, la falla para recuperarse es el fin de una fase terminal en enfermedades crónicas

Palmer: El paciente con falla para recuperarse presenta un deterioro físico insidioso y progresivo, disminución gradual de la actividad física y cognoscitiva acompañada de pérdida de peso, anorexia y aislamiento social sin causa aparente.

Hodkinson: Disminuye la comprensión, lo cual lleva al deterioro de la participación social, anorexia, disminución de peso y reducción de la iniciativa y la concentración.

Messert: Se trata de un estado irreversible y devastador caracterizado por pérdida de peso resistente al aporte calórico específico, fluctuación de la temperatura cerca y por debajo de lo normal, con o sin relación con procesos infecciosos; disminución del nivel de conciencia; formación rápida de úlceras por presión a pesar de cuidados extremos; y mayor riesgo de muerte súbita.

Lonergan: Síndrome que se distingue por disminución de peso, anorexia, desnutrición, inactividad o desuso, deshidratación, síntomas depresivos, deterioro de la función inmunológica e hipocolesterolemia.

Groon: Propone un modelo tridimensional: depresión, deterioro cognoscitivo (delirium, demencia o ambos) y desnutrición.

Katz, tras tomar en consideración los conceptos y las variables de medición de Braun, incluye deterioro físico y cognoscitivo, discapacidad, depresión, desnutrición, anemia e hipoalbuminemia.

La fragilidad debe diferenciarse de la recuperación fallida porque la primera implica riesgo de deterioro, en tanto que la segunda es el proceso de deterioro y estado anterior a la muerte.

Cuadro 23-1. Predictores de mortalidad de la recuperación fallida

Pérdida de peso >15% en relación con el peso habitual

Pérdida ponderal de 5 kg

Hipoalbuminemia: ≤ 30 g/L*

Hipocolesterolemia ≤ 150 mg/100 ml

*Incrementa dos a cuatro veces el riesgo de mortalidad.

Etiología

Cuadro 23-2. Etiología del síndrome de recuperación fallida

Enfermedades no diagnosticadas	Nuevas enfermedades relacionadas con discapacidad	Enfermedades mentales	Estrato social	Estadio terminal
Neoplasias Infecciones crónicas Polifarmacia Alcoholismo	Enfermedad cerebrovascular Artritis Insuficiencia cardíaca Privación sensorial (auditiva, visual)	Depresión Demencia Otras enfermedades psiquiátricas	Aislamiento Pobreza Abuso y maltrato Sobrecarga del cuidador (esposo, familiar, amigo)	El reloj biológico se detiene lentamente Pre muerte Muerte

Cuadro 23-3. Factores que predisponen al síndrome de recuperación fallida, según Palmer

-
1. Más de 75 años de edad
 2. Pobreza
 3. Demencia
 4. Depresión
 5. *Delirium*
 6. Reacción a fármacos
 7. Algunas enfermedades crónicas
-

Manifestaciones clínicas: Son característicos la pérdida de peso inexplicable, la pérdida del apetito y el estado nutricional deficiente con disminución de tejido graso y masa muscular, que llevan a una marcada dependencia en las actividades de la vida diaria (abatimiento funcional). Por lo regular, el factor desencadenante de este síndrome de falla para recuperarse es una agudización de una enfermedad crónica en un paciente frágil (cuadro 23-4).

Cuadro 23-4. Factores desencadenantes de la recuperación fallida

Fragilidad

Enfermedades agudas o crónicas agudizadas

Deterioro de la función mal definido

Indicadores de recuperación fallida.

Cuadro 23-5. Indicadores de la recuperación fallida

Fractura de cadera: discapacidad para caminar 150 m seis a 12 meses después de la fractura

Deterioro que impide llevar a cabo actividades de la vida diaria

Hiperglucemia

Hipercalcemia

Incremento de CO₂

Disminución del nitrógeno ureico sanguíneo

Disminución de la aminotransferasa de aspartato (ALP o TGP)

Disminución de la creatinina sérica

Diagnóstico: Reconocer los datos clínicos del anciano frágil que se mencionan a continuación:

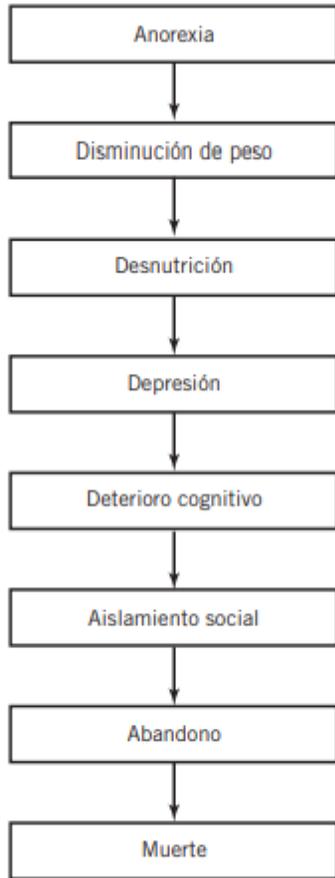


Figura 23-1. Cuadro clínico y vía descendente del deterioro en el síndrome de recuperación fallida.

Prevención y tratamiento: El apoyo nutricional, el tratamiento antidepresivo y la rehabilitación son factores que, aunque no siempre detienen el deterioro, mejoran la calidad de vida. El cuadro 23-6 contiene algunos puntos de interés para la enseñanza de este síndrome.

Cuadro 23-6. Puntos de interés para la enseñanza del síndrome de recuperación fallida

1. Instruir respecto de la complejidad del síndrome a fin de fomentar su entendimiento y comprensión.
 2. Promover un alto nivel de competencias o aptitudes clínicas.
 3. Develar creencias o estereotipos respecto del anciano y el proceso de envejecimiento.
 4. Lo anterior se relaciona estrechamente con la modificación de actitudes ante el anciano.
 5. Evitar reforzamientos negativos sobre creencias o estereotipos sobre el anciano y el proceso de envejecimiento.
 6. Enseñar a jerarquizar el conocimiento (necesidad de indagar acerca de una o varias necesidades que aquejan al paciente anciano y que son un dilema que debe resolver el profesional que lo asiste).
 7. En consecuencia, enseñanza centrada en el aprendizaje para la solución de problemas.
 8. Planeación de cuidados con base en un modelo de atención geriátrica multidimensional.
 9. Integrar a los familiares como parte del equipo.
 10. Enseñanza y ejercicios sobre dilemas bioéticos.
 11. Capacitación tanatológica.
 12. Medidas tendientes a satisfacer las necesidades del paciente ante la situación de muerte inminente.
 13. Cuidados paliativos para el anciano en fase terminal.
 14. Investigación.
-

Fuente bibliográfica: Rodríguez, R. & Lazcano, G. . (2011). "Práctica de la geriatría". Prolongación Paseo de la Reforma 1015, Torre A, Piso 17, Col. Desarrollo Santa Fe: MCGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C. V.