



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
MEDICINA HUMANA.
CAMPUS COMITAN DE DOMINGUEZ.**

SEXTO SEMESTRE GRUPO B

**CATEDRATICO; DR. CARLOS MANUEL HERNÁNDEZ
SANTOS**

MATERIA: GERIATTRIA

RESUMENES

**FRAGILIDAD, SARCOPENIA CAÍDAS, INMOVILIDAD, DEMENCIAS
(ALZHEIMER Y DETERIORO COGNITIVO VASCULAR)**

**ALUMNO:
PABLO ADOLFO JIMENEZ VAZQUEZ**

INTRODUCCION:

El envejecimiento de la población es un fenómeno global que presenta desafíos significativos para los sistemas de salud en todo el mundo y, conforme las personas envejecen, la probabilidad de desarrollar más problemas de salud o su capacidad de mantenerse independientes puede verse afectada por la fragilidad.

En este contexto, la fragilidad se ha convertido en un área de creciente interés en la investigación geriátrica debido a sus implicaciones en la salud y el bienestar de los individuos, al considerarse uno de los grandes males de la geriatría. Si bien esta es reconocida desde hace décadas, es hasta hace algunos años que existieron los primeros consensos, los cuales la definen como un estado clínico en el que hay un incremento de la vulnerabilidad de un individuo para desarrollar discapacidad o mortalidad, acñado a una pobre resiliencia.

Según estos acuerdos, la definición contempla lo siguiente:

- Es un síndrome clínico
- NO es sinónimo de discapacidad, sarcopenia o comorbilidad
- Incrementa la vulnerabilidad a desenlaces adversos.
- puede ser atenuada/revertida con intervenciones específicas
- Es obligatorio para los profesionales de la salud detectarla a tiempo.

Otro enfoque es la acumulación de déficit, este modelo considera aspectos físicos y abordar acumulación de comorbilidad, sintomas y hallazgos de laboratorio se deben de considerar un mínimo de 30 déficit. La metodología a la suma de los déficit individuales contemplados en el modelo. Se obtienen un rango de 0 a donde una puntuación más alta indica mayor afectación. El

questionario de FRAIL; Valora fatiga, demencia, actividad física, comorbilidad y perdida de peso.

Su falta de experiencia nos puede llevar a un diagnóstico inadecuado, además de no distinguir entre fragilidad y comorbilidad a pesar de sus limitaciones es la única utilidad en urgencias médicas, es recomendable su mapeo sistemático a partir de los 70 años

Tratamiento: La principal limitación es la detección de fragilidad reside en su identificación tardía se puede asociar la fragilidad al aumento de los niveles sanguíneos de IL-6, TNF A y PCR

Intervenciones no farmacológicas:

- Actividad física
- Descripción polifarmacológica requerida y recomienda que prescripción de medicamentos inapropiados para las personas Mayores Con fragilidad se realiza rigorizando las pautas proporcionadas por criterios diseñados
- Salud oral y nutrición: detectar las causas reversibles mediante la nutrición que incluye diversas comorbilidades. La suplementación oral de calorias y proteínas es una de las intervenciones consideradas para mejorar dental y suplementaria con vitamina D.

Tratamiento farmacológicos: No existe evidencia suficiente sobre la intervención farmacológica.

SARCOPENIA:

existen 2 tipos de Sarcopenia "Sarcopenia primaria"

Sarcopenia primaria: Es la pérdida de masa muscular relacionada por el proceso de envejecimiento con repercusión hay una disminución en la producción de oxígeno de crecimiento, de testosterona y de su principal mediador a nivel celular de su principal mediador a nivel celular es el (IGF-1)

Sarcopenia Secundaria: Es la pérdida de masa muscular relacionada a enfermedades, malas o trastornos nutricionales. situaciones muy frecuentes en el adulto mayor. Las enfermedades pueden alterar la masa muscular de varias maneras incluyendo la apoptosis celular o en la proteólisis y una disminución en la síntesis de proteínas musculares y en su capacidad de regeneración

Epidemiología: La prevalencia de Sarcopenia en individuos que viven en la comunidad es de alrededor del 30% en México, una prevalencia de 34% con predominio en las mujeres.

Factores de riesgo:

- Tener bajo peso al nacer
- Ser fumador
- Mala nutrición, escaso consumo de proteínas
- Sedentismo, estar postado
- Envejecimiento
- Enfermedades crónicas: deterioro cognitivo, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, insuficiencia respiratoria, obesidad central.

Diagnóstico: No sólo se debe de tener en cuenta la disminución de la masa muscular si no la repercusión funcional para hacer el diagnóstico

Se catalogan como portadores de sarcopenia a quienes cortar obtienen disminución de la masa muscular sin ninguna repercusión en la función.

MARCHA

Envejecimiento normal Afecto

- Los sonidos
- Sistema nervioso
- Aparato musculoesquelético

Marcha

Regulada por

- Centro locomotor del cerebro
- Cerebelo
- Sistema nervioso
- Sistema endocrino
- Sistema vestibular

Dimensiones del balance

Balanza óptica: Capacidad de mantener el cuerpo en una posición determinada manteniendo la proyección del centro de gravidad

Balanza dinámico: Se da cuando se desplaza el centro de gravedad sobre la superficie de apoyo como la marcha

Equilibrio de objetos: Se refiere a la capacidad del miembro superior a manipular objetos, como sostener un plato

- Rotación y torciones
- Desplazamiento del cuerpo
- Caídas

TRASTORNOS DE LA MARCHA Y BALANCE, PATOLOGIAS DE IMPORTANCIA.

De acuerdo al nivel Sonido - motor se clasifican

- Nivel bajo: Solo opera uno de los sistemas operar mejor
- Visual
- Propriocepción
- Vestíbular

Sistemas que neuromusculares Participan

- Anoxia
- Miopatia
- Necropatia Parálisis

Trastornos de nivel medio

- Disorden del control proprio
- Sin energía locomotor

TRASTORNOS AISLADOS DE LA MARCHA

- Secundario a la larga inacción del alcohol, malnutrición
- Micronutriente
- Miopatia
- Insuficiencia cardíaca grave
- Anemia

Dominio muscular
y Aumento de la
marcha

SINDROME DE CAIDAS.

Se Define como la Participación de menor
repente o un pleno tiempo, Involucrando o
Insospechado con o sin lesiones Secundarias
comunes. Por el Piso o en terreno

Primeros de Salud más Importante en los ancianos

EPIDEMIOLOGIA.

Aproximadamente 43% de las personas mayores de 65 años
y en 50% de los de 80 años que viven en comunidades carecen
completamente

CAUSAS DE CAIDAS

- Enfermedades crónicas o Asociadas.
- Uso de medicamentos
- Mareas, Vomito, Vertigo y Síncope
- Enfermedades esenciales
- Trastornos neuromusculares y Reacciones Posturales

NO MODIFICADOS

- Edad Avanzada
- Sexo masculino
- Raza blanca
- Histórico Clínico Previamente

FACTORES EXTRINSEOS

AMBIENTALES

- Escaleras sin pasamanos
- Baños sin sifón
- Pisos resbaladizos
- Mala iluminación
- Tapetes sucios
- Ropa y calzado
- Mal uso de barra o andador

FACTORES DE RIESGO DE CAIDAS

Principales responsables de caídas múltiples: Síndrome del coche seco y osteoporosis: Producen sarcopenia o disminución de la fuerza muscular.

Disección: Punto de fuerza muscular

DETERIORO MENTAL

- Relacionado con el riesgo de caídas
- Disminución de la capacidad de memoria
- Disminución de las zonas de peligro

COMPLICACIONES CRÍTICAS

Tiempo previo como los factores de la caída es lo más relevante

3 Regiones encromotoras donde se localiza la fractura.

- Cuello femoral
- Región intrarrotulaiana y se incluyen en mayor

Se utilizan los escudos

MARCHA Y TINETTI.