

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

SEXTO SEMESTRE GRUPO B

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

MATERIA: GERIATRIA

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 posibilidad 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 retos modernos 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, acunado 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 déficits, este modelo considera aspectos físicos y abarca acumulación de comorbilidad, síntomas y hallazgos de laboratorio se deben de considerar un mínimo de 30 define. la metodología a la suma de los define individuales contemplados en el modelo se obtienen un rango de 0 a donde una puntuación más alta indica mayor afectación, el

Cuestionario de FRAIL; Valora Fatiga, Demencia, Actividad Física, Comorbilidad y pérdida de peso.

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

Tratamientos: La principal limitación es la detección de fragilidad reside en su identificación también se puede asociar la fragilidad el aumento de los niveles séricos de IL-6, TNF- α y PCR

Intervenciones no farmacológicas:

- **Actividad física**
- **Descripción polifarmacia:** se requiere y recomienda que prescripción de medicamentos inapropiados para las personas mayores con fragilidad se realiza siguiendo las pautas apropiadas por criterios diseñados
- **Salud oral y nutrición:** detectar las causas reversibles mediante la gerontecnia que incluye diversas comorbilidades. la suplementación oral de calorías y proteínas es una de las intervenciones consideradas para mejorar dental y suplementación con vitamina D.

Tratamiento farmacológico: 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 hormona 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 relacionado a enfermedades, inactivas 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 la mujeres.

Factores de riesgo: - Tener bajo peso al nacer

- Ser fumador

- Mala nutrición, escaso consumo de proteínas

- Sedentarismo, estar postrado

- Envejecimiento

- Enfermedades crónicas: deterioro cognitivo, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, insuficiencia respiratoria, obesidad central.

Diagnostico: No solo se debe de tomar en cuenta la disminucion de la masa muscular sino la repercusion funcional para hacer el diagnostico

Se catalogan como portadores de sarcopenia a quienes cortan o tienen disminucion de la masa muscular sin ninguna repercusion en la funcion.

MARCHA

Envejecimiento normal Aspecto

- Los Seniles
- Sistema nervioso
- Aparato musculoesquelético

Marcha

Resultado por

- Centro Locomotor del oído Cerebral
- Cerebelo
- Cerebro
- Sistema reticular
- Sistema extrapiramidal
- Sistema vestibular

Dimensiones del balance

Balance estático: Capacidad de mantener el cuerpo en una posición determinada manteniendo la proyección del centro de gravedad

Balance dinámico: Se da cuando se desplaza de manera controlada sobre la superficie de apoyo como la marcha

Equilibrio de objetos: Se refiere al equilibrio mientras se manipulan objetos, como sostener una pluma

- Resbalones y tropiezos
- Desplazamiento del cuerpo
- Caídas

TRASTORNOS DE LA MARCHA Y BALANCE, PATOLOGÍAS DE IMPORTANCIA:

De acuerdo al nivel Sonoro - motor Se clasifican

- Nivel bajo: Solo ofrece uno de los sistemas de equilibrio

- Visual
- Proprioceptivo
- Vestibular

Sistemas osteoneuromusculares Periféricos

- Artrosis
- Miopatia
- Neuropatía Periférica

Trastornos de nivel medio

- Disociación del paso propio
- Sin energía locomotora

TRASTORNOS AISLADOS DE LA MARCHA

- Secuencia de la larga inspección del Alcohol, mal nutrición

- Miopatia Crónica
- Miopatia
- Insuficiencia cardíaca grave
- Anemia

Débil muscular
y Alteraciones de la
marcha

SINDROME DE CAIDAS.

Se Define como la Participación de manera repentina a un plano inferior, involuntario o insuspechado con o sin lesiones secundarias confirmadas por el paciente o en terreno

Problema de Salud mas importante en los ancianos

EPIDEMIOLOGIA.

Aproximadamente 1/3 de las personas mayores de 65 años y en 50% de las de 80 años que viven en comunidad viven en aislamiento

CAUSAS DE CAIDAS

- Enfermedades crónicas o Agudas.
- Uso de medicamentos
- Mareo, vomito, vertigo y Síncope
- Enfermedades asociadas
- Transiciones neuromusculares y reflejos posturales

NO MODIFICADOS

- Edad Avanzada
- Sexo masculino
- Raza blanca
- Historia Clínica Previa

FACTORES EXTRINSECOS

AMBIETALES

- Escaleras sin Resemones
- Bañeros Sin saponero
- Pisos resbalosos
- Alde humedades
- Tapetes sucios
- Ropa y calzado
- Mal uso de barras o andadores

FACTORES DE RIESGO DE CAIDAS

Principales responsables de caídas múltiples Síndrome de caídas
Secundaria o enfermedad: Producen Sarcopenia o disminución de la fuerza muscular

Detección: Prueba de fuerza muscular

DETERIORO MENTAL

- Retenente con el riesgo de caídas
Disminución de la capacidad de memoria
- Disminución de percepción de peligro

COMPLICACIONES GRAVES

Planos previos como las fracturas de la cadera es la mayor relevancia

3 Regiones anatómicas donde se localizan las fracturas.

- Codo Femoral
- Región intertrocanterea y se dividen en mayor

Se usan las Escalas

MARCH Y TINETTI.