



**Nombre del alumno: Yereni
Montserrat Perez Nuricumbo**

**Nombre del profesor: Carlos Manuel
Hernandez Santos**

PASIÓN POR EDUCAR

Nombre del trabajo: Resúmenes

Materia: Geriatria

Grado: 6

Grupo: B

fragilidad

Definición: ① Estado clínico, en el que hay un incremento de la vulnerabilidad, puede ser atenuada / revertida con intervenciones específicas., obligatorio Personal de Salud detectarlo a tiempo.

Epidemiología: prevalencia de 12 a 24% en la comunidad, mas de 30% unidades de cuidados crónicos siendo mayor en aquellos mayor edad y género femenino.; 3.2% - 65 años, 16.3% > 80 años; 23.1% - 90 años. Se presenta más en mujeres que en hombres; (H 10.7% - 9.4; 13.6% M). 3-8% presenta fragilidad.

Factores de riesgo: • Sexo femenino • mala calidad de vida • Deterioro cognitivo

• Polifarmacia

Etiopatogenia: pérdida de peso involuntaria, debilidad muscular, agotamiento (Bajo nivel de energía), baja actividad física, lentitud en la marcha.

Diagnostico: Fenotipo de fragilidad • Acumulación de deficits mínimo 3 o deficits • Escala de FRAIL → C. 5 componentes 3 o + = Frágiles • Tamizaje sistemático > 70 años. FRIED
pérdida de peso, debilidad muscular, agotamiento.

Tratamiento No Farmacológico: Actividad Física: Actividad física en personas mayores frágiles. A.F. Multicomponente (aeróbica, resistencia, marcha / equilibrio y flexibilidad), en grupo tiende a tener + éxito. Nutrición: Aminoácidos esenciales.

Farmacológicas: Intervenciones quirúrgicas y de medicamento
Los AINES está en investigación.

Sarcopenia:

1ra) definiciones: ① Pérdida de masa muscular disminución de la hormona testosterona. ② pérdida de masa muscular relacionada por el proceso de envejecimiento con repercusión de la función.

2da): Es la pérdida de masa muscular relacionada a enfermedades, inactividad o trastornos nutricionales.

Epidemiología: Prevalencia ↓
Individuos que viven en la comunidad es de 30%, Instituto nacional de genética 2012: predominio es en mujeres (34%), quienes la presentaban tenían 3 veces más riesgo de desenlace negativo en los 3 meses siguientes a la consulta; quienes la padecen tienen más riesgo de morir cuando se hospitalizan por enfermedad aguda.
Hospitalización = Agresión para estos pacientes, cada 3 días en cama = perder 1 kg de masa muscular.

Factores de riesgo: Sexo femenino, arteroesclerosis, edad (hormonas sexuales, disfunción de mitocondria, caquexia, obesidad, poca actividad física, endocrino (la Insulinorresistencia), enfermedad neuro degenerativa, Insuficiencia cardiaca, renales, etc; Apoptosis.

Etiopatogenia: Alteración en el metabolismo de las proteínas musculares.

Síntesis proteica reducida (= Anabólica a estímulos), degradación aumentada de proteínas musculares (Aumenta descomposición de proteínas musculares (v. Catabólicas, ubiquitina - proteasoma). Alt. Función de las células satélite (C. Madre musculares en reparación y regeneración del tejido muscular, edad pierden capacidad para proliferar y diferenciar nuevas.

Disminución de la función mitocondrial: Reduce capacidad del músculo para generar energía necesaria para contracción y reparación muscular.

Alteración en la regulación hormonal:

Disminuyen (Edad) Niveles de hormonas anabólicas, como la testosterona, (GH), factor de crecimiento $\neq$ Insulina tipo 1, Síntesis de proteínas y preservación de masa muscular. $\rightarrow$ pérdida muscular.

Resistencia a la Insulina: Limita la capacidad del músculo para captar glucosa y aminoácidos, Contribuye el aumento de inflamación y disminución de sensibilidad a la leptina (degradación muscular).

Alteraciones Neuromusculares: Pérdida progresiva de motoneuronas (Activar fibras musculares); reducción de las fibras musculares tipo II (rápidas o contracción rápida) $\rightarrow$ Fuerza y potencia muscular.

Aumento Inflamación Sistémica:

Inflamación crónica de bajo grado, favorece liberación de citoquinas proinflamatorias como TNF- α , IL-6 y IL-1 β $\rightarrow$ Aumentan resistencia y estrés oxidativo $\rightarrow$ Inflamación y atrofia muscular.

Estrés Oxidativo: Exceso de especies reactivas de oxígeno, aumentan con la edad $\rightarrow$ Daño de estructuras celulares musculares (mitocondrias, Proteínas y ADN, Daña F. Musculares $\rightarrow$ afecta regeneración y reparación muscular.

Diagnóstico: • EWGSOP $\rightarrow$ criterios diagnóstico de sarcopenia, presarcopenia = solo disminución de la masa muscular sin (R. Función).

Sarcopenia: $\downarrow$ masa muscular, reducción en fuerza muscular o en desempeño físico.

Grave: 3 criterios. / Velocidad marcha < 0.8 m/s, FM: Dinamómetro

(F. Presión mano). $= \downarrow < 20$ kg M y < 30 H. $\text{---} E =$ Masa muscular.

• Cuestionario de SARC-F = puntuación ≥ 4 indica riesgo de tener.

Tratamiento: Ejercicios de Resistencia = mejorar y mantener masa muscular; Adultos (vida adulta) atenuar pérdida F. Muscular hasta ± 20 años.

Intervenciones Nutricionales: Modificación en la ingestión proteica
Requerimientos proteico Adulto mayor 1.2 y 1.5 g/kg/día $\rightarrow$ distribuido en 3 picos proteicos en 24h.

Asegurar N $\rightarrow$ Vitamina D sí no suplementar 800 u (VD) día.

Caidas

Definición: precipitación de manera repentina a un plano inferior, involuntario e insospechado, con o sin lesiones 2^{as} confirmada por paciente o un testigo.

Epidemiología: • Ancianos con mayor incidencia
• Accidentes causa de muerte, 66% caídas, de este total 75% en pacientes de 65 años o >; viven en la comunidad caídas 33% la mitad caídas múltiples o 8x caídas, r. ① 0.2 a 1.6 c x año → 1/2 aproximada 0.7 caídas/año 50% Lesiones leves, 10% Fractura de muñeca 5%, F. Cadera 2%, O → 3%.

Asilos - Instituciones: ① 40 y 60% entre 0.5 a 2.7 caída x persona al año Promedio 1.6 c/año; 10-28% complicaciones graves. • 70 años ↑ xx. 4 caídas.
• 8 años → Institutos 1 c/s xx.

Factores de Riesgo:

Factores No Mod.:

Edad, Sociodemográfica, S. Masculino, raza.

blanca, historia clínica previa, Enf. Crónicas o agudizadas, Síncopa, trastorno de la función neuromuscular, marcha.

Modificables: F. Ambientales, escaleras, bañeras, P. Resbalosos, mala iluminación, muebles, alt. Camas, Ropa inadecuada.

Riesgo: Benzodiazepinas, Antidreptivos, Neurolepticos, AINES. (Poli-Farmacía); deterioro funcional y mental.

Etiopatogenia:

Enfermedad asociada persistente → preexistente. Neurológicas EVC, Parkinson, demencia, Cardíacas: Arritmias, F. Auricular; Ins. Cardíaca y coronaria; Vasculares; Estenosis Aórtica, Enf. Carótidea.

Diagnóstico: • Historia clínica (Antecedentes, lista de diagnósticos previos, historia farmacológica → Fr: Hipnóticos, sedantes, neurolepticos o antihipertensivos

• Exploración Física: Búsqueda intensificada de trastornos, + S. Cardiovascular → FC (Bradi, Taquicardia u otros alt. Ritmo; PA → Decubito y bipedestación; Explorar cuello; Neurológica; Pies y calzado.

Tratamiento:

• todos valoración geriátrica integral
• Equipo multidisciplinario - Interrogatorio antecedentes de caída.

Px hospitalizado → lesiones 2^{as} y caída = Iniciar Protocolo dirigido determinar la causa.

Complicaciones graves = Quirúrgicas / Colles + Frecuente

Escala para trastorno marcha / Balance = Escala de la marcha y balance Tinetti.

• Verificación de riesgo del hogar
Terapia acuática = Tai Chi.

Síndrome de inmovilidad

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

Epidemiología: más en mujeres, aumenta a mayor edad; 6% en mayores de 65 años se les dificulta caminar en su propia casa; 12.7% se le dificulta subir escaleras; 12.4% salir y andar en la calle; en >80 años se presenta del 25.6 a 27.9%. 50% en ancianos va a presentar Inmovilidad; Prevalencia del 30%.

Factores de Riesgo: Artritis, Fracturas, Debilidad, Sarcopenia, Osteoporosis, Insuficiencia cardíaca congestiva, Diabetes mellitus, Hipotiroidismo, accidente cerebrovascular.

Etiopatogenia: 80% Factores etiológicos, 20% a una sola etiología.

Sociales: Soledad, abandono, falta de apoyo familiar.

Causas Ambientales: Barreras arquitectónicas: Obstáculos físicos en domicilio como al exterior; distribución de muebles, espacios y escaleras.

Elementos Auxiliares; adecuados e inadecuados: Bastones, andadores, pasamanos.

Diagnostico: Anamnesis, determinar el grado de actividad basal, valorar tiempo y tipo de evolución para enfoque diagnóstico inicial y planificación terapéutica. ② Conocer el impacto en la realización de actividades básicas

• **Entre Instrumentales de la vida diaria** (Escala Valoración); Programar actividades básicas para mejorar gº de dependencia; Valorar factores de riesgo como patología crónica; antecedentes cardiovasculares, historia previa de caídas o hospitalización reciente, desnutrición, pérdidas sensoriales, algunos Fx. Neurolepticos, benzodiazepinas, antidepresivos. **Exploración Física:** Prestar atención a sistemas cardiorrespiratorio, musculoesquelético y nervioso. Piel, pies, sensorio y estado mental; Examinar la movilidad de la cama, capacidad de girar y sentarse, transferencia a la silla; **Escala de Tinetti** (P: mínima de 0 puntos o máxima T: 28 puntos. (Valora: Posición de sedestación, intento de levantarse, al levantarse, balance inmediato al levantarse, bipedestación luego con un empujón sutil, ojos cerrados, después de girar 360° y al sentarse

contabilizando P: 0-16 → Determinar si el balance es normal, riesgo o malo. Paciente de pie, camina a lo largo del corredor, atraviesa el cuarto; 1ro paso regreso rápido (apoyo).
V(7 Marcha): Inicio, longitud, elevación del paso (ambos pies), simetría, continuidad, rumbo tronco, base sustentación (P. Max 12); determina si marcha es segura, requiere ayuda o deambula.
Distancia de 6m recorrer 4.8 seg; "Stand up and go" → levantar una silla sin ayuda de descansabrazos, caminar 3 metros, dar vuelta y regresar a la silla y sentarse t: - 20s.
Independencia de la persona y son datos de capacidad física.

Tratamiento

Antes de ① un tratamiento debe asegurar adecuadas condiciones de hidratación, nutrición, ritmo intestinal, control del dolor, sueño adecuado, según norma del fármaco es indispensable debe retirarse.

Paciente encamado: Ejercicios para aumentar el rango de movilidad articular al inicio pasivos; empleo calor sobre articulaciones (estiramiento > 4 - dolor); Trto; Farmacológico antiinflamatorios, no esteroideos, opiodes y tramadol, benzodiazepinas, anti depresivos tricíclicos y relajantes musculares.

Paciente Bipedestación: Paciente intentar levantarse y mantener la bipedestación ayudado por 2 personas, apoyándose de un andador situado enfrente, M. Posición recta 1ro días inestabilidad.

Paciente en deambulación: Practicar diario a paso lento, con distancias crecientes, contrarrestando el miedo a caer.

Andador = períodos prolongados (debilidad generalizada o marcha no estable).

Empleo de bastones o muletas aumenta gasto energético.

Muletas casos de debilidad muscular en ambas inferiores.

① Ajustan en el codo y ② axilas (axilares)

① - preferibles más ligeras, mayor autonomía, ② Producir compresión del plexo braquial. Después cirugía = E. Barthel.

Demencia → Alzheimer

Definición

Epidemiologia

- 8.8% Área rural.

factores de riesgo:

Etapa - Temprana:
e hipertensión.

Tardíos:

Diagnosico

- Biomarcadores = A cerca/al Dx definitivo (vida) de la **Enf. cerebrov.** → **Sx Piramidal** (General, Neu).

• EA: ① Historia completa. ② Evaluación psicomotriz ③ E. Cognitiva

• EA: ① Historia clínica completa. ② Evaluación Geriátrica Integral. ③ Evaluación psicosafectiva. ④ E. Cognitiva. ⑤ E. Complementarios. Fam: "px mod mod"

⑤ Neuroimagen

5) Neuroimagen
proceso mental: meses - Años antes → 1ra cita del Px.
B12, Novit B12, hemocisteína, electrolitos

mental: meses - Años antes → 1ra cita del Px.
BH → Novit B12, hemocisteína., electrolitos séricos (v.D) QS: NAcido fólico.
Función tiroidea: p.s. Sífilis.

antiamieite

- Food and Drug Administration (FDA)
- Inhibidores de la colinesterasa (donepezil, galantamina, rivastigmina)
- Antagonistas del receptor NMDA, memantina.

- Food and Drug Administration (FDA)
- Inhibidores de la colinesterasa (donepezil, galantamina)
- Antagonistas de receptor NMDA, memantina.

tina 4 rivastigmina)

● Antagonista $\frac{1}{2} / \frac{1}{2}$

- Donepezil

→ inhibitor →
Acetil

70-80hrs
nigado
CYP450; 2D6;
3A4 / orina y heces
2 hrs plasma

→ 1 vez al día
 $\frac{5 \text{ mg} \times 4 \text{ sem}}{10 \text{ mg} \times 3 \text{ m}} \rightarrow$ Leve
 moderada
 alcanzar
 D: 20mg. → Grave
 → 2 val día → EA L → M.

Inhibidores proteina tau: En Investigación.

Deterioro cognitivo Vascular

Definición: Disminución de las funciones cognitivas (como memoria, atención, lenguaje y habilidades ejecutivas).

Factores de riesgo: Aterosclerosis, diabetes, angiopatía amiloide.

Epidemiología: + Jovenes = Trastornos genéticos, incidencia y prevalencia ↑ a partir de ~75 años (p. Desamolladas).
alteraciones anatomopatológicas mixta neurodegenerativa y cerebrovasculares > 75 años.
• Daño vascular ↑ edad → 11-21% en > 64 años
• 94% en > 82 años.
• comorbilidad ✓ → 30-60% p. Alzheimer.

Etiopatogenia: Se relaciona con una combinación de factores que afectan la circulación sanguínea en el cerebro.
Factores vasculares: Infartos cerebrales → isquémicos o hemorrágicos.
Pequeños vasos, Hipertensión arterial, diabetes mellitus, hiperlipidemia, hipoperfusión cerebral crónica.

Diagnóstico: • Historia clínica
• Exámenes neurológicos = F. cognitivas, memoria, concentración
• Img. Cerebrales (RM) o tomografía computarizada = vasos sanguíneos.
• Exámenes de laboratorio.

Tratamiento:

Estudio PROGRESS = Tratamiento activo ↓ riesgo de deterioro cognitivo

• No hay evidencia que el tratamiento de hiperglucemia → disminuir.

FABS = Programa de actividad física de (6m) Subjetivo de la memoria = modesta F. Cognitiva.

LIFE = No mejoras.

PREDIMED = efecto beneficioso → dieta mediterránea. ☒

Gutierrez Robledo, L. M., & D.Hyvér dé las Désés, C. (2010). Géiatriá. Atención Familiar.