



**Nombre del alumno: Leslie Dennis
Cabrera Sanchez**

**Nombre del profesor: Dr. Carlos
Manuel Hernández**

Actividad: Resumen

Materia: Geriatría

Grado: 6

Grupo: B

Comitán de Domínguez Chiapas a 11 abril 2025

SÍNDROME DE CAÍDAS

- Se define como la precipitación de manera repentina a un plano inferior, involuntario e insospechado con o sin lesiones secundarias.
- Problema de salud más importante en los ancianos.

EPIDEMIOLOGIA

- $\frac{1}{3}$ de las personas > 65 años
- 60% en el entorno residencial.
- 50% de 80 años viven en comunidad
- Aumento de la mortalidad y caídas en personas de 70 años

CAUSA DE CAÍDAS

- Multifactorial, fx intrínsecas y extrínsecas.

- Intrínsecas:

- Modificables:

- Enr. crónica o agudizadas
- Medicamentos
- Mareo, vértigo y síncope

No modificables:

- Edad avanzada
- Masculino
- Piel blanca

- Extrínsecas:

- Ambientales: • Escaleras, bañera sin soporte, mala iluminación, Ropa, calzado inadecuado.

FX DE RIESGO DE CAÍDAS:

- Polifarmacia: Px recibe más de 3 fármacos.
- Pluripatología: Relación entre el número de enfermedades y el riesgo de caídas. (Articulares, Depresión).
- Debilidad muscular de extremidades inferiores:
Principal responsable de caídas múltiples, secundario a enfermedades (Sarcopenia o ↓ de la fuerza muscular).
- Deterioro funcional y mental: Disminución de la capacidad de interactuar con su entorno, ↓ percibir las zonas de peligro.

- Trastorno de la marcha y equilibrio: Escalas para evaluar las características de la marcha y balanceo.

PROTOCOLO DE CAÍDAS.

- HISTORIA CLÍNICA. → Búsqueda para el manejo de un P x, para conocer antecedentes.

Importante:

- Conocer si ha presentado eventos similares.
- Historia farmacológica, determinar si hay relación entre los medicamentos.
- Descripción de caídas:
 - Determinar como fue la cinemática de la caída:
 - Interrogar sobre elementos como:
 - Peligro de caída
 - Relajación de esfínteres
 - Conocer circunstancias previas. (tos, micción, rebotón).
 - Conocer síntomas previos a la caída. (cefalea, palpitación, dolor torácico).
- EXPLORACIÓN FÍSICA
 - Valorar déficits sensoriales.
- INTERROGATORIO DEL AMBIENTE. (Paciente, cuidador).

TRATAMIENTO → Búsqueda intencional de antecedentes de caídas.

- Escala de marcha y balanceo de Tinetti.
- Terapia acústica.
- Tai chi
- Caminatas
- Polifarmacia.
- Riesgo Ambientes (Análisis de verificación de riesgos en el hogar).

SÍNDROME DE INMOVILIDAD.

- Disminución de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras.
- La inmovilidad o capacidad de desplazamiento en el medio que rodea al individuo. Para tener autonomía, componente esencial de la vida del hombre.

EPIDEMIOLOGÍA

- ↑ con la edad - Mayores de 65 años presentan dificultad para caminar en su propia casa.
- ↑ en las mujeres. - 17.7 para subir escaleras.
- 50% presenta algún problema de movilidad.
- Prevalencia del 30%.

ANCIANOS EN RIESGO:

- Adultos que presentan patologías crónicas degenerativas.
- DX con neuropatía periférica
- Trastorno a nivel espinal
- Problemas sensoriales (cataratas, presbicia, ↓ de la audición).

ANCIANO SEDENTARIO:

- Aquel que no ha incorporado su actividad de vida cotidiana en ejercicio físico vigoroso. (Repercusión en el consumo energético).

ANCIANO FRÁGIL:

- Aquel que mantiene un nivel adecuado para vivir en comunidad, pero ha limitado sus actividades extra.
- Suele coexistir diversos síndromes.
- Se debe evaluar periódicamente las capacidades funcionales.
- Músculo > 0.8 ml/s → signo de fragilidad.

ETIOLOGÍA.

- causas sociales
- causas ambientales
- comorbilidades: Enfermedades músculo esqueléticas, neurológicas, cardiorrespiratorias, neurosensoriales).

- Enfermedades endocrino-metabólicas
- Afecciones psicológicas
- Factores iatrogénicos.

DIAGNOSTICO:

- ANAMNESIS:

- Determinar el grado de actividad basal
- Valorar el tiempo
- Evolución.

- EXPLORACIÓN FÍSICA:

- Px con inmovilidad debe ser exhaustiva
- Atender el sistema:
 - Cardiorespiratorio
 - Musculoesquelético
 - Nervioso.
- Se realiza a Px vestido y calzado.

TRATAMIENTO

- Antes de iniciar tx asegurarse:

- Hidratación
- Ritmo intestinal
- Sueño adecuado.
- Nutrición
- Control del dolor

- PACIENTE ENCAMIADO

- Ejercicios
- Empleo de calor en las articulaciones

TX farmacológico:

- Antiinflamatorio no esteroides.
- Opioides
- Tramadol
- Benzodiazepinas
- Antidepresivos tricíclicos
- Relajantes musculares.

- PACIENTE SENTADO EN SILLÓN.

- Cabeza alineada, con almohada
- Movilización de miembros.
- Elevación de los pies.

DEMENCIAS

ALZHEIMER Y DETERIORO COGNITIVO VASCULAR.

- La demencia es una de las primeras cinco causas, en la cual existen varios tipos. Y la enfermedad de alzheimer representa las 7 causas comunes de deterioro cognitivo.

EPIDEMIOLOGIA:

- 40 millones de personas lo presentan.
- > 60 años

FACTORES DE RIESGO:

- El deterioro de la memoria puede deberse por el daño vascular con la atrofia de hipocampo.

- Cardiovasculares
- Neurodegeneración.

- No modificables

- Factor genético (genotipo APOE 4)
- Baja edad
- ↓ Audición
- Obesidad e hipertensión.

Temprano tardos.

- Depresión
- DM
- Tabaquismo.

- Síndrome de apnea obstructiva del sueño
- ↓ Vitamina B12 y D.
- Hipertensión.

DIAGNOSTICO:

- Uso de biomarcadores de los subgrupos de DCL basado en biomarcadores.
- Subtipo de DCL y Probabilidad de progresión a EA.

- Historia clínica con ef y neurológica completa
 - Sy Piramidal
- Evaluación gerátrica integral
- Evaluación Psicoafectivo
- Evaluación cognitiva
- Neuro imagen
- Estudios complementarios.
- Buscar alteraciones cognitivas para saber el inicio del deterioro cognitivo.
- Medición de la vida diaria.
- KATZ y Lawton → miden el desempeño para desarrollar las cosas básicas de la vida diaria de una persona.

LAWTON.

- Evalúa la capacidad funcional mediante 8 ítems, entre ellos
 - Como utilizar el teléfono
 - Realiza trabajo de la casa
 - Hacer compras
 - Lavado de ropa
 - Preparar la comida
 - Utilización de transporte
 - Responsabilidad
 - Medicación
 - Administración económica.

Evaluar su estado Psicoafectivo + Escala (GDS)

15 reactivos = > 6 puntos (depresión)

Escala PHQ-9 → ver respuesta al tratamiento

Criterios DSM-5 → Diagnosticar trastornos

Examen mínimo del estado mental (MIME) (MMSE)

Tamizaje cognitivo + Escala diagn. de demencia CDR.

Estudios complementarios.

- B12
- Electrolitos sericos
- Función renal
- Q5
- Perfil de lípidos.
- Función tiroidea

TATAMIENTO

- Inhibidores de la colinesterasa
 - Donepezilo, galantamina y rivastigmina
- Antagonista de receptor de NMDA → Memantina.
- Uso de anticuerpos monoclonales → Solanezumab
- Inhibidores de la β secretasa → Verapreestat
- Inhibidores de gamma secretasa → Tarenflobil
- Inhibidores de proteína tau → se encuentra en investigación.

FRAGILIDAD

- Estado clínico en el que hay un incremento de la Vulnerabilidad de un individuo para desarrollar discapacidad o mortalidad
- Es un sy clínico
- No es sinónimo de discapacidad, sarcopenia o comorbilidad
- Incrementa la Vulnerabilidad a desenlaces adversos.
- Puede ser atenuada / revertida con intervenciones específicas.
- Obligatorio para los profesionales de la salud detectar a tiempo.

EPIDEMIOLOGÍA:

- Prevalencia de 12 a 24% en la comunidad.
- 50% en unidades de cuidados crónicos
- ↑ mayor de edad
- Género femenino.
- 3 a 8% presenta Fragilidad pura.

herramientas para su IDENTIFICACIÓN

- Fenotipo de Fragilidad
 - Definir un síndrome
 - Fenómeno físico
- Frágil → si cumple tres o más criterios.
- Se evalúa en componentes:
 - Pérdida de peso involuntario
 - Debilidad muscular
 - Agotamiento
- Factores:
 - Debilidad
 - Resistencia
 - Deterioro en el rendimiento físico.
- Lentitud de marcha
- ↓ Actividad física.

... en mortalidad de caídas.

- Acumulación de déficits

- No más allá de considerar solo aspectos físicos.
 - Acumulación de comorbidades.
 - Síntomas y hallazgos de laboratorio.

• Cuanto mayor sea el número de déficit que presenta el individuo, mayor será la probabilidad de que sea considerado frágil. (Mínimo de 30 déficits).

- Terminar Frail → cumplen con tres o más de los criterios se consideran frágiles.

Biomarcadores

- Principal limitación en la detección de la fragilidad
- No existe un marcador biológico único
- Biomarcadores clínicos y moleculares → identificar lo antes posible el riesgo de desarrollo de fragilidad.
- Fragilidad → ↑ de niveles séricos IL-6, TNF- α y PCR.

TRATAMIENTO

- Actividad física → más importante para mantener la función.
 - Vivir Frail.
- Polifarmacia. → Asociado a la fragilidad
- Útil en el manejo de la fragilidad
- Se deben realizar criterios: - Beer. STOPP / START.
- Salud oral y nutrición. → Mini nutritional Assessment (MNA).
 - Añadir aminoácidos
 - Suplemento 3g de HMB → fuerza de agarrar.
 - Suplemento proteico → 1.2 a 1.5 g/kg peso.
 - Vitamina D → reduce la mortalidad de caídas.

SARCOPENIA

- Disminución de la fosfatidil inositol
- Pérdida de masa muscular, ↓ de la hormona testosterona
Principal mediador a nivel muscular → celular.
- ↓ Motora.
- Fosfatidilinositol
 - Afecta la estructura de la membrana celular, Participa en la comunicación celular y mediar respuestas celulares.

EPIDEMIOLOGIA

- Personas que viven en la comunidad de un 30%.
- Predominio en mujeres 34%.
- Quién lo presenta más de 3 veces → Riesgo de desenlace negativo.

SARCOPENIA SECUNDARIA:

- Pérdida de masa muscular relacionado a enfermedades, Inactividad o trastornos nutricionales.
- Alteran:
 - Masa muscular
 - Alteración en la apoptosis celular
 - Proteólisis
 - ↓ en la síntesis de proteínas musculares y su capacidad de regeneración.

FACTORES DE RIESGO

- | | |
|-------------------------|---|
| Sexo femenino | • Envejecimiento |
| Ateroesclerosis | - Tabaquismo. |
| Relacionado con la edad | ↳ Hormonas sexuales, Disfunción mitocondrial. |
| Caquexia | |
| Obesidad | |
| Poca actividad física | |
| Endocrino | |
| Neuro degenerativo | |
| Insuficiencias | |
| Apoptosis. | |

DIAGNOSTICO

- EWG-PP

Catalogar:

- Disminución de la masa muscular
- Reducción de la fuerza muscular
- Desempeño físico.

- SARC-F → sencilla y práctica.

- Una puntuación ≥ 0 indica el riesgo de tener sarcopenia.

- Medir la masa muscular

- DEXA

- Absorciometría dual de rayos X (DEXA)

- TC

- Análisis de bioimpedancia eléctrica (BIA).

TRATAMIENTO

- NUTRICIÓN Y AUMENTACIÓN

- Nutriente importante $\rightarrow$ proteína.

- Requerimiento 1.2 y 1.5 g/kg/día, distribuido en tres picos proteicos en 24 hrs.

- EJERCICIO FÍSICO.

- De fuerza entre 2 y 3 veces por semana

- Involucrar todos los músculos.