



Mi Universidad

Nombre del alumno: Sonia Araceli Huacash Méndez

Nombre del tema: SINDROMES GERIATRICOS

Parcial 2

Nombre de la Materia: GERIATRIA

Nombre del profesor: Dr. Carlos Manuel Hernández Santos

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

Fragilidad

Estado de prediscapacidad, en el marco conceptual del Continuum funcional, esta va desde la máxima capacidad intrínseca posible hasta la dependencia absoluta para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

J.E. Morley: Síndrome médico de causa, múltiple, caracterizado por pérdida de fuerza y resistencia, y disminución de la función fisiológica, que aumenta la vulnerabilidad individual para desarrollar dependencia o fallecer.

Factores de Riesgo

- Susceptibilidad genética
- Cambios epigenéticos (aceleración del envejecimiento)
- Estilo de vida
- Enfermedades
- Fármacos
- Entorno
- Malnutrición
- Obesidad / adiposidad.

Epidemiología

Va a aumentar. 10-15% de los mayores de 65 años.

México: Prevalencia de 8.6%

Siendo más frecuente en mujeres que en hombres, con una ratio aproximada de 2:1

ETIOLOGÍA

Es un síndrome biológico relacionado con el proceso de envejecimiento, especialmente con la manera diferencial que tenemos que envejecer.

Los cambios epigenéticos, en la metilación del ADN, remodelamiento de la cromatina, modificaciones en las histonas y la presencia de determinados factores: FOXO/DAF-16 y NRF/SKN-1. El envejecimiento se asocia a infiltración grasa del músculo, incluyendo adiposo, estos efectos sobre la función física se ven exacerbados cuando existe un comportamiento sedentario.

La fragilidad se caracteriza por una disminución en la reserva

Funcionar en todos los órganos y sistemas corporales, con disminución de la producción de cel.-madre, o de su función. Provoca dificultad para reparar lesiones y regenerar tejidos, entre ellos el músculo.

○ Diagnóstico ○

Se toma como referencia, la intención, y el medio sanitario en que se realiza. Se utiliza estrategias activas de detección sistémica, personas mayores de 70 años no dependientes Barthel ≥ 90 puntos.

Pruebas de ejecución: prueba corta de desempeño físico, el test de velocidad de la marcha, el timed Up and Go, valoración multidimensional en forma de valoración geriátrica integral, intervención centrada en la actividad física.

Dx definitivo: juicio y criterio clínico del profesional.

Evaluación: PAISMA-7: test levántate y anda, el de velocidad de la marcha o la escala clínica de fragilidad en el que es un cuestionario breve con ítems relativos a género, autonomía, marcha soporte facial y medioambiente.

==== TRATAMIENTO =====

Parte 5 premisas básicas. El primero debe de ser individualizado para cada sujeto, el segundo las intervenciones deben ser suficientemente largas y mantenidas en el tiempo, garantizando recuperación o el mantenimiento. Tercero: intervenciones deben ser multidimensionales (físicas, cognitivas y sociales) manteniendo su independencia y autocuidado, cuarto lugar medidas de apoyo que faciliten la adherencia al plan de intervención y quinto implicación de familiares y cuidadores en todo el proceso.

Ejercicio: mayor eficacia para prevenir y tratar, reduciendo la mortalidad y discapacidad, mejorando resistencia, flexibilidad, fuerza. Nutrición: dieta mediterránea, suplementación hiperproteica, Vit D.

Alzheimer

Condición neurodegenerativa crónica que afecta la memoria, el pensamiento y la conducta. Forma más común de demencia en adultos mayores, caracterizándolo por la pérdida progresiva de la función cerebral, esta enfermedad es causa frecuente de discapacidad en el mundo.

Factores de riesgo

Factor genético (genotipo APOE ε4) siendo no modificable

En etapa temprana: baja escolaridad,

Intermedios: pérdida auditiva, obesidad y la hipertensión

Tardíos: depresión, tabaquismo, inactividad física, deficiencia de vitamina B12 y diabetes mellitus

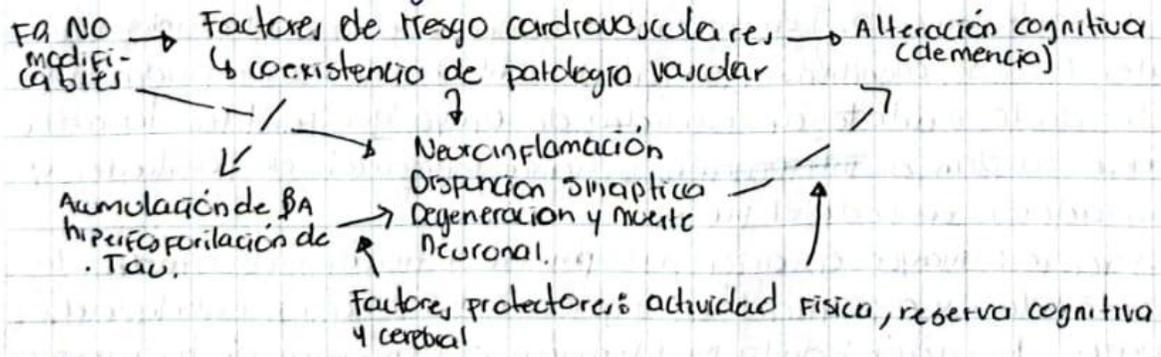
- Síndrome de apnea obstructiva del sueño, deficiencia de vit B12, y vit. D.

• EPIDEMIOLOGIA •

Más frecuente de demencia, estima que 40 millones de personas sobre todo mayores de 60 años. Frente demencia, calculando que esta cifra podría duplicarse cada 20 años.

Significando que cada 4 seg se detecta 1 nuevo caso de demencia en el mundo. Demencia en México con el 8.6% → urbana y 8.5% en el área rural.

Fisopatología



¿Diagnostico?

Biomarcadores se acerca al dx definitivo. Dx EA integrando: Historia clínica, evaluación geriátrica integral, evaluación psicofuncional, evaluación cognitiva,

Neuroimagen, estudios complementarios. La afectación de la memoria en la EA o tipo amnésico; es decir, con afectación de la memoria de aprendizaje.

Solo a través de la integración de la evaluación de la funcionalidad y la cognición, podrá obtenerse el grado de afectación a la independencia del px.

Tratamiento

- Donepezilo: inhibidor de acetil colinesterasa, 70-80 hrs hígado, una vez al día: 5mg x 4 semanas, 10mg por 3 meses hasta alcanzar dosis de 20mg.
- Rivastigmina: inhibidor de acetil dopaminérgico, 2 veces al día, 1.5 mg x 4 sem, 3 mg x 4 sem hasta alcanzar una dosis de 4.5-6mg
- Rivastigmina parche, 1 vez al día 4-6mg cada 24 hrs,
- Galantamina 2 veces al día, 4mg x 4 semanas,
- Memantina: antagonista del glutamato, 2 veces al día, 5mg x una semana.

Sarcopenia

Perdida /debilidad del músculo sea secundaria: relacionada a enfermedad, inactividad o trastornos nutricionales o primaria: relacionada al proceso de envejecimiento.

Factores de riesgo

No modificables: a partir de 40 no enfermo, pérdida 8% de su masa. Enf. crónicas → cancer, cirrosis, eventocerebral, parkinson.

Modificables: Sedentarismo

EPIDEMIOLOGIA

Adultos mayores, frecuentemente en mujeres por hormonas, catabolismo proteico siendo importante.

Diagnostico

Historia Clínica: disminución de la masa muscular.

- Criterios EWGSOP = baja fuerza muscular → pruebas de fuerza de agarre.

• ASM: total de masa ape. - valoro como estan los huesos

Al tener 2 positivos = Sarcopenia + Deficit oseo

- Ecografía
- Analisis de impedancia bioelectrica
- Resonancia.

Caidos

Precipitación de manera repentina a un plano inferior, involuntario o insuspechado con o sin lesiones secundarias confirmadas, por el paciente o testigo. Esta condición se reconoce a nivel mundial, como uno de los problemas de salud más importantes en los ancianos.

Factores de Riesgo

A. Polifarmacia: el px anciano de 70 años, tiene un promedio de tres enfermedades, requiriendo en promedio 4.5 medicamentos, para su tratamiento, en estas entran: Antidepresivos, neurolepticos, antihipertensivos, Antrácidos y bloqueadores, H₂, procinéticos, hipoglucemizante, AINES y otros analgésicos.

B. Patología = número de enfermedades,

Debilidad muscular de extremidades inferiores,

Deterioro funcional y mental

Trastornos de la marcha y equilibrio.

Epidemiología

Ancianos con el mayor número de incidencia, siendo la 5ta causa de muerte en el mundo, 66% a caída, 75% ocurren a pacientes de 65 años, 33% de ancianos que viven en comunidad 0.2 - 1.6 corresponde a caída, 10% con lesiones importantes, 5% fractura de caída y 2 y 3% a otras lesiones.

Diagnóstico

Clínico

Historia clínica, descripción de la caída, exploración física, interrogatorio del ambiente.

— Escala de marcha y balance de Tinetti

Tratamiento

Multifactorial y multidisciplinario, por ello se debe incluir en el interrogatorio la búsqueda intencionada de antecedentes de caídas, más aun si se trata de un paciente hospitalizado y consecuencia de lesiones secundarias a una caída e iniciar un protocolo dirigido a determinar la causa ya sea ambiental o medica.

Sx de inmovilidad

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

Inmovilidad relativa es la que el anciano lleva una vida sedentaria pero es capaz de movilizarse, Inmovilidad absoluta que implica el encamamiento crónico, estando muy limitada la postura. Debilidad muscular progresiva, reducción de la tolerancia a la actividad física.

Factores de riesgo.

→ causas sociales, factores iatrogenicos, causas ambientales, enfermedades musculoesqueléticas, enf. neurológicas, enf. cardio-respiratorias, afectaciones psicológicas, Factores con enfermedades con debilidad generalizada.

Diagnóstico.

Efectuar una historia clínica detallada, debiendo recurrir a familiares y cuidadores para completar datos.

Anamnesis: determinar el grado de actividad basal; valorar el tiempo y tipo de evolución siendo elemento importante y el que más orienta al enfoque diagnóstico inicial.

Exploración física: siendo exhaustiva, prestando especial atención a los sistemas cardiorrespiratorio, musculoesquelético y nervioso, balance y marcha.

Adaptación del paciente a diferentes superficies y circunstancias tales como escaleras, rampas, etc.

• Tratamiento •

Antes de iniciar tx farmacológico se debe asegurar una adecuada condición de hidratación, nutrición, ritmo intestinal, control de dolor, etc.

Dependerá del grado de inmovilización que el paciente presenta.

- Rehabilitación

- Corregir la sensibilidad y percepción del ambiente para obtener un poco de seguridad al realizar las actividades, que conducirán hacia el éxito.