



Nombre del alumno: Karen Lizeth Nájera Carpio

Nombre del profesor: Dr. Carlos Manuel Hernández Santos

Nombre del trabajo: Resumen de temas en clase

Materia: Geriatria

Grado: 6°

Grupo: D

Comitán de Domínguez Chiapas a 10 de abril 2025

Fragilidad en el anciano.

A finales de siglo XX, nos dice que es un estado de prediscapacidad, en el marco conceptual de continuum funcional, de máxima capacidad intrínseca posible hasta la dependencia absoluta para realizar actividad física, hasta la dependencia a realizar actv. básicas
Campbell y Buchner (1997) = Síndrome biológico de disminución de reserva funcional y resistencia a estresores, declive acumulado de sis. fisiológicos, pérdida de la capacidad homeostática y vulnerabilidad.

J.E. Morley (2013) = síndrome médico caracterizado por la pérdida de fuerza y resistencia, disminución de la función fisiológica, aumento de la vulnerabilidad, desarrollo de dependencia - Fallo.

Acción Conjunta de Unión Europea = estado caracterizado, por declive progresivo de sis. fisiológicos, en relación con el envejecimiento, reducida capacidad intrínseca y vulnerabilidad a estresores, aumento de riesgo de eventos adversos a la salud.

Se caracteriza por un síndrome complejo por múltiples condiciones, heterogéneo, con relación al envejecimiento su trayectoria específica es fluctante y reversible.

L.P. Fried 2001 = la clasifica en Frágiles y no Frágiles su criterio las define en 5: pérdida de peso, debilidad, lentitud, cansancio y la baja energía.

Factores de riesgo = Susceptibilidad genética, cambios epigenéticos, estilos de vida, enfermedades, fármacos entorno con la obesidad/adiposidad, la mal nutrición, sarcopenia disfunción endotelial, Cáncer, infecciones, disminución de la reparación de tejidos, caídas y Fracturas
Diagnóstico y detección = dependerá del modelo que se toma como referencia, intención y medio sanitario.

El Consejo del Sistema Nacional de Salud sobre la prevención de fragilidad, se recomienda la detección oportuna a personas >70 años no dependientes, en atención primaria, por pruebas como la prueba Con-

desempeño físico (SPPB), el test de Velocidad de la marcha o el Timed Up and Go, seguido de una valoración multidimensional, Valorando la geriatría integral e intervenciones centradas en actividad física, la nutrición y el riesgo de caídas. El Servicio Británico de Salud, nos dice que la identificación proactiva rutinaria de 765 años que son frágiles en grado moderado o severo por las herramientas como el índice electrónico de fragilidad, que permite la estratificación del riesgo.

El Dx definitivo es por el juicio y criterio clínico, cuando sea necesario una evaluación más exhaustiva se apoya en instrumentos como el Cuestionario PRISMA-7, test levántate y anda, el de velocidad de la marcha o la de clínica de fragilidad, tras el Dx se propone un plan de intervención.

La guía Canadense recomienda la detección de casos, identificando posibles signos de fragilidad o vulnerabilidad de tipo médico, como funcional, medicamentoso, o social. Epidemiología: la prevalencia nos menciona 10-15% 765 años, principalmente fenotipos de fragilidad. Al acumular de déficits o escalas multidimensionales, va aumentando cuando existe, 10.7-44% hombres 13.6 en mujeres, es más frecuente.

Manejo y Tx: 3 niveles 1= prevención primaria, secundaria, terciaria. El Tx se divide en: individualización para el sujeto, a segundo las intervenciones para garantizar la recuperación o mantenimiento de función perdida, tercera son multidimensionales y orientadas al anciano, medida de apoyo, facilitando adherencia al plan de intervención y finalmente la implicación de familiares.

Tratamiento:

- Donepezilo = Inhibidor de acetil colinesterasa = 1 vez 5mg 14 por
- Rivastigmina = Inhibidor de acetil, 2 veces al día (capsula)
- Inhibidor de acetil colinesterasa 1 vez 4-6mg / 24hr (parche)
- Galantamina = Inhibidor de acetil colinesterasa, 2 veces al día 4mg
- Memantina = antagonista del glutamato, 2 veces al día 5mg x 9 sem
- Anticuerpos monoclonales = Bapineuzumab, estudio publicado
- Antagonista del receptor presináptico de Serotonina
- Idalopirdina, un antagonista selectivo del receptor hidroxitriptan
- Inhibidores β Secretasas = Verubecestat y otros fármacos.
- Inhibidores de gamma Secretasas = tarentrabril, semagacestat.

SARCOPENIA

Pérdida o debilidad del músculo de forma progresiva o generalizada, relacionada a enfermedades, inactividad o trastornos nutricionales, en el adulto mayor.

Prevalencia: en México es estimado de un 34% con predominio en mujeres.

Factores de riesgo = al hospitalizarse por enf. aguda, enf. pulmonar obstructiva crónica, tienden a riesgo de agudizarse y morir.

Diagnósticos: El grupo Europeo de Trabajo de Sarcopenia en el Adulto Mayor, sus criterios son los más utilizados en la investigación. Currenca es importante tener en cuenta la disminución de la masa muscular y su recuperación funcional a la hora de hacer su comentario, se

catalogan como portadores, la disminución de masa muscular sin recuperación en la función, la disminución de masa muscular y reducción en fuerza muscular o desempeño físico se cataloga como Sarcopenia.

Manejo = requerimientos proteicos son mayores en adulto mayor que en joven 1.2-1.5, suplementar 800 u de Vit D3 al día

Enfermedad de Alzheimer

Causa Frecuente de discapacidad en el mundo, se ubica en las primeras 5, representa la 7ª causa de muerte en el mundo, en países de medianos y bajos ingresos, es de las primeras 10 causas de muerte, es muy importante la detección, ya que están relacionados con fisiopatología, Fc de riesgo y tratamiento multimodal. Epidemiología: tipo más frecuente de demencia, estima 40 millones de personas, común > 60 años, se podría duplicar la cifra cada 20 años, en Latinoamérica la prevalencia de demencia es de 8%, en México 8.6% área urbana y 8.5% área rural.

Factores de riesgo: Relación entre neurodegeneración y Factores cardiovasculares, el principal factor de riesgo no modificable es el genético APOE ε4.

Factores tempranos: baja escolaridad; intermedios: pérdida auditiva, obesidad e hipertensión; tardíos: depresión, tabaquismo, inactividad física, aislamiento social y diabetes M.

Diagnósticos: el uso de biomarcadores ayudan al diagnóstico definitivo, diagnóstico de EA requiere de: historia clínica, evaluación geriátrica integral, psicoafectiva, cognitiva, neuroimagen, estudios complementarios.

La historia clínica - si se pasa "muy mal" si hay el paciente y la familia, las sutiles "normal para la edad", la exploración física general y neurológica si existe un síndrome piramidal, la evaluación geriátrica integral es fundamental, proporciona un panorama en afectación de la funcionalidad. Necesarios - dependiendo del contexto clínico.

Bioquímica: hemáticos niveles Vitamina B12, homocisteína, electrolitos. Serúenos: vit D, química sanguínea: Nivel ácido fólico, prueba de función tiroidea = prueba serológica para la sífilis, niveles de función renal: virus inmunodeficientes adquiridos, prueba de función hepática: Serología para enf. Hiv, perfil de lípidos = función lumbar, neuroimagen.

Caídas

Precipitación de manera repentina a un plano inferior, involuntario e insuspechado con o sin lesiones secundarias confirmada por el pt o testigo.

Epidemiología = ancianos son la mayor incidencia de caídas, son la 5ª causa en accidentes que causan la muerte, el 66% por caídas el 75% en pt > 65 años, ancianos de comunidad su incidencia = 33%, el rango es de 0.2 - 1.6 caídas al año, con media = 0.7 caídas/año 50% = lesión leve, 70% lesión importantes → Fractura de muñeca 5%, Fr de Cadera 2%, y 3% otras lesiones, pt institucionalizados su incidencia 40-60%, con rango de 0.5 - 2.7 por persona al año promedio 1.6 caídas/año.

Factores de riesgo = pt > 70 años tiene promedio de 3 enfermedades con un promedio 4.5 medicamentos a su Tx, la polifarmacia = antidepresivos, neurolepticos, antihipertensivos, anticoagulantes, bloqueadores H₂, procoagulantes, hipoglucemiantes, AINES, vitaminas y complementos alimenticios, benzodiazepinas, la plupartología, debilidad muscular de extremidades inferiores, deterioro funcional y mental, trastornos de marcha y equilibrio.

Diagnósticos = Historia Clínica, descripción de la caída, exploración física, interrogatorio del ambiente.

Tratamiento multifactorial es multidisciplinario, se requiere valoración de anciano incluyendo el interrogatorio en búsqueda de caídas, se trata de pt hospitalizado, iniciado un protocolo dirigido a su causa sea ambiental o médica, se sabe que es sólo un síntoma de una enfermedad subyacente, no se ha diagnosticado o no se ha controlado de forma correcta.

En su diagnóstico ayuda la escala de Timetti: el pt debe estar sentado de forma rígida y sin descansar los brazos evaluando el balance, marcha

Síndrome de inmovilidad

Disminución de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria por el deterioro de las funciones motoras, el anciano se considera un pt de alto riesgo llegando a poder desarrollar complicaciones médicas, la fuerza muscular y el músculo extensor de la rodilla es crucial para la movilidad y el balance, disminuye con la edad, las mujeres tienen menos fuerza muscular que los hombres.

Epidemiología = aumenta con la edad mayormente en mujeres, 6% 765 años presenta dificultad para caminar en su propia casa, 12.7% a subir escaleras, 12.4% para salir y estar en la calle, 780 años las cifras aumentan mucho y alcanzan 25.6 - 27%, en residencial el 50% presentan algún problema de movilidad, prevalencia de 30% de inmovilidad significativa a nivel clínico.

Factor de riesgo: Causas sociales, ambientales y enfermedades de alta prevalencia, comorbilidades = enf. musculoesqueléticas, neurológicas, cardiovasculares, neuro sensoriales, enfermedad de curso con debilidad generalizada, endocrino metabólicas, alteraciones psicológicas. Factores iatrogénicos = fármacos y hospitalización.

Diagnóstico = principalmente clínico, anamnesis, la exploración física de niveles de movilidad, el balance y la marcha se exploran con instrumentos específicos la más recomendable la escala de Tenetti la cual los valores con mínima de 0 puntos y máxima de 28 puntos, se debe evaluar la adaptación del pt en superficies y circunstancias diferentes como: escaleras, rampas y otros.

Tratamiento: para evitar consecuencias de inmovilidad antes del inicio se debe saber condiciones = hidratación, nutrición, ritmo intestinal y control del dolor, según adecuado seguir la norma del fármaco que no es indispensable, control del dolor, importante medicación sedante.

Se hace una valoración completa de la inmovilidad para el plan de actuación con objetivo corto y mediano plazo, debe ser conjunta del paciente y sus familiares. Abordaje terapéutico depende del grado de movilización que presenta el px, es muy importante el Dt para poder actuar de manera adecuada, para su rehabilitación, ya que forma parte del conjunto de trastornos que se pueden presentar, esfuerzos del equipo sanitario, la familia y el mismo paciente para poder mejorar, el ambiente es muy importante para tener seguridad al realizar las actividades al éxito.