



RESUMEN

Nombre del alumno: Diana Roció
Gomez López
nombre del docente: Carlos
Manuel Hernández Santos
medicina humana
materia: Geriatria
6-D

FRAGILIDAD

Estado de discapacidad en el marco conceptual del continuum funcional que se va desde la máxima capacidad intrínseca posible hasta la dependencia adulta para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Sx medico de causas múltiples caracterizado por pérdida de la fuerza y resistencia y disminución de la función fisiológica que aumenta la vulnerabilidad a eventos adversos

Epidemiología - 10-15% mayores de 65 años
↑ a medida del envejecimiento
más frecuente en mujeres

Patogenia Provoca una disfunción de diversos sistemas corporales debido a factores intrínsecos y extrínsecos en la reserva funcional en todos los órganos y sistemas corporales con producción de células madre o de función provocando la dificultad de reparar lesiones y generar tejidos

Factores de riesgo = Desencadenantes o aceleradores
Hospitalización, enf aguda, cambio de fármacos o condiciones sociales

~~Factores de riesgo~~ Factores de riesgo intrínsecos; edad, sexo, raza, déficit sensorial, alteración de la marcha, equilibrio, enfermedad cardíaca etc.

Factores de riesgo extrínsecos; entorno, caídas, hospitalización, restricciones, físicos, fármacos

Diagnostico SPPB → evalúa equilibrio, velocidad de la marcha, funciones en extremidad del 0-3 dependiente, 4-6 moderado con prefragilidad, 7-9 baja sujeto frágil, 10-12 muy bajo sujeto robusto

C.P. FRIED → Ciclo de la fragilidad.

Herramientas dependientes → Dx: personas mayores de 70 años

- Barthel > 90 puntos
- FRAIL (30) ↑ frágil - 1/2 prefrágil
- TUG Evalúa la marcha, función de extremidades inferiores, giros en < 10 seg, normal 10-20 seg, mov moderada, 20-30 seg mov reducida > 30 seg movimiento reducida

Tratamiento: Nutrición adecuada

Terapia Ejercicio, Tai Chi, reducción de tx farmacológica

control de morbilidades

Vitamina D 18000-9000 unidades diarias

Suplementación proteica

SARCOPENIA

Definición: Es la pérdida de la masa muscular e alteración al desempeño físico. Existen dos tipos.

Epidemiología = Apartir de los 40 años se pierde 8% de masa muscular cada década hasta 70 años.
- Predomina en mujeres

Primaria

El músculo es fundamental en la homeostasis de la glucosa. Los músculos tienen 3 tipos de fibras: fibras musculares pequeñas tienen miosina tipo I para contracción lenta, las fibras motoras rápidas generan fuerza compuesta por miosina tipo IIx para homeostasis y la tercera es motora rápida resistente con miosina tipo IIa. Ambas se van desmoronando provocando la pérdida de masa muscular. También puede ser por la hormona de crecimiento, testosterona y su mediadora (IGF-1) provocando que no se estimula la proteína mior y el factor GDF, la disminución de los motoneuronas de la médula espinal se pierde la miotubla provocando la sustitución del músculo por tejido graso.

Secundaria

La sarcopenia se relaciona con enfermedades, trastornos nutricionales, alterando la apoptosis celular o en la proteólisis se relaciona por un proceso inflamatorio por el mediador celular factor nuclear kappa B la destrucción del músculo.

Factores de riesgo = Enfermedades agudas < 6 meses
Enfermedades crónicas > 6 meses
EPOC, IC, Artritis, etc.

Diagnostico = Disminución de masa muscular
Desempeño físico
Velocidad marcha (< 0.8 m.s)

Norma

Fuerza con dinamómetro

Criterios EXG50P — Pre sarcopenia

— Sarcopenia

— Sarcopenia grave (se usa imagenología)
RM, TC, DEXA

Primer nivel salud = BIA o circunferencia
de pantorrilla al corte < 30.5 cm

Cuestionario SARCF = Preguntas sobre = Fuerza

Puntuación > 0 igual 4

Si puede caminar
levantarse de la silla
subir escaleras

Tratamiento - Actividad física:

Si se cae

ejercicios de resistencia, fuerza, etc.

Para prevenir la pérdida de fuerza 20 años

- Alimentación = Ingesta de proteína en adultos mayores

Sin enf renal $\rightarrow 1.2$ y 1.5 gr/kg/día 24 hr

con enf renal $\rightarrow 0.6$ y 0.8 gr/kg/día

- Péptidos bioactivos derivados de colágeno

- Vitamina D3 al día no más de 800,000

- Suplementos (creatinina)

CAIDAS

Definición: Precipitación de manera repentina a un plano inferior, involuntario e inoportunado con o sin lesiones secundarias confirmada por el paciente o un testigo

Epidemiología - Incidencia $\rightarrow$ ancianos > 65 años
accidentes 5ta causa de muerte - cada 661
cada persona 0.2 - 1.6 caídas al año

Fracturas comunes - Fx muñeca 5% (colles) Fx otros 3%
- Fractura cadera 2%
- mortalidad $\rightarrow 1/5$ x caídas

Factores de riesgo = multifactorial se divide en dos

Intrínsecos (no modificables)	Extrínsecos (modificables)
- Edad - socioeconómico - Enfermedades crónicas asociadas $\rightarrow$ - Neurológicas - Cardíacas - vasculares - musculoqueléticas - trastornos función neuro muscular - enf. cardiovasculares - pulmonares - lesiones SNC	- Factores ambientales - Entorno, callosos - calzado - bastón (auxiliares de la marcha)
- Clinica - Polifarmacia > 3 fármacos - reflejos posturales - vértigo - mareo	- Ideopáticos 5% - Traumatismo

Complicaciones - Traumatismos leves o -traumatismos graves

• Lesiones tejidos blandos (piel, tejido celular subcutáneo y músculos) hematomas, excoriaciones

- Fracturas - muñeca
Rc cadera
Femur, humero
equimosis, cicatrización etc

- Caídas que se cayeron y no fueron auxiliadas

- Incapacidad 25% no se recuperan $\rightarrow$ Síndrome postcaída provocando depresión

- Muerte - mortalidad intrahospitalaria 20-30% en el primer año posterior a una fractura

Patopatología - Depresión e incontinencia urinaria, sarcopenia

Diagnostico = Protocolos para saber la causa que desencadena:

Historia Clínica = Antecedentes de caídas previas (vertigo, ^{hipotensión} ortostática)

Historia farmacológica

Descripción de la caída = cómo sucedió, si perdió la conciencia estado de alerta, cuánto tiempo permaneció en el piso, síntomas previos a la caída (aura), testigo que aporte información sobre condiciones del hogar.

Exploración física - sistema cardiovascular - Fc (bradicardia, taquicardia)
- PA en decubito
- Auscultación del cuello
- Deficit sensorial visual y auditivo
- Exploración neurológica

Tratamiento = Determinar la causa - priorizar fractura =
3 regiones ① cuello femoral
② Región Inter-trocantérica
③ Región Subtrocanterica

Posoperatorio = estabilizar la rehabilitación

Se buscan causas secundarias con un electrocardiograma o estudio de HOLTER, determinar enzimas cardíacas, UCG, DOPPLER, BH, QS, Electrolitos sericos, Radiografías, para tratar la enfermedad

Para determinar si tiene trastornos de la marcha y balance - Posturografía dinámica computarizada
- diaamómetros

Pruebas de organización sensorial y coordinación motora

Escalas → marcha y balance de Tinetti

evalúa el balance y marcha

Para tomar medidas como uso de factores ayudantes con bastón, terapia acuática, tai chi, caminatas para fortalecer

Px con polifarmacia se buscan coales, tener menos efectos secundarios, deletéreos, hacer hincapié en poder disminuir dosis o retirar si no es necesario

Valorar riesgo ambiental con la lista de verificación de seguridad en el hogar, donde evalúa diversos áreas del domicilio, evaluando tareas domésticas, suelo, baños, pasillos, iluminación, sillas y escaleras.

SINDROME 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 medio que rodea al individuo para tener autonomía, componente esencial de la vida del hombre

Epidemiología ↑ con la edad

más frecuente en las mujeres

Prevalencia del 30%

> 65 años 6-1 dificultad para caminar

12.7 para subir escaleras

30% de inmovilidad a nivel clínico

Ancianos en riesgo: Adultos que presentan patologías crónicas degenerativas

Px con neuropatía periférica

Trastornos a nivel espinal

Problemas sensoriales

Anciano sedentario - no incorpora actividad en su vida diario

Anciano frágil - coexisten varios sx geriátricos

Etiología: causas sociales { soledad / abandono
causas ambientales { falta de apoyo social

Factores de riesgo Ent musculoesqueléticas
ent neurológicas
ent cardiorrespiratorias

Norma

Ent. neurosensoriales
Ent. neuroendocrinas
Ent. que causan co. debilidad generalizada
Alteraciones psicológicas
Ex. iatrogenicos

Diagnostico - Anamnesis - Determinar el grado de actividad basal, valorar el C_θ y tipo de inmovilización
evolución

Exposición física Px con inmovilidad debe ser exhaustiva
Atención a los sistemas cardiorespiratorios, musculoesque-
léticos y nervioso como la piel, piel y estado mental

Tratamiento = condiciones de hidratación, nutrición, ritmo
intestinal, control del dolor, sueño adecuado

Px encamado $\rightarrow$ Antinfiamatorio no esteroideos
Opioides $\rightarrow$ tramadol
Benzodiazepinas
Antidepresivos tricíclicos
Relajantes musculares
Terapia masoqui

ALZHEIMER

La demenia se obra entre las primeras cinco causas existen varios tipos, la enfermedad alzheimer representa la 7 causa de esta son causas comunes de deterioro cognitivo se pueden asociar con otras como enfermedades denominada demencia mixta.

40 millones de personas >60 años = Demencia

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

Factores de riesgo - cardiovascular y neurodegeneración

No modificable - Factor genético (genotipo APOE ε4)

baja escolaridad ← Temprano tardío → Depresión

↓ auditiva

DM

Obesidad e hipertensión

Tabaquismo

Otros - Síndrome de apnea obstructiva del sueño

↓ VIT B12, VIT D

hiperhomocisteinemia

Diagnóstico

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 (sx primario)

Evaluación geriátrica integral

Evaluación Psicoafectiva

Evaluación cognitiva

Neuroimagen y Estudios complementarios

Norma

Buscar alteraciones cognitivas para saber el inicio del deterioro cognitivo

Evaluación geriatrica mediante mediciones de la vida diaria

KATZ y Lawton cosas miden el desempeño para desarrollar las cosas basicas de la vida diaria de una persona

Lawton evalua la capacidad funcional mediante 8 items, como utilizar el telefono, hacer compras, preparar la comida, realizar aseo de casa, lavado de la ropa, utilizacion de transporte y responsabilidad respecto a la medicacion y administrar economia

Evaluar su estado psicoactivo $\rightarrow$ escala (GDS) abrevia
15 reactivos = ≥ 6 puntos (depresion)

Escala PHQ-9 ver respuesta a tratamiento

Criterios DSM-5 $\rightarrow$ para descartar trastornos

Examen minimo del estado mental (minimental) (MMSE)

Tamizaje cognitivo $\rightarrow$ escala clinica de demencia CDR

Estudios complementarios $\rightarrow$ BH, Electroitos sericos, QS

Funcion tiroidea, funcion renal

Riesgo de lipidos etc

Tratamiento $\Rightarrow$ Inhibidores de la colinesterasa

• donepezilo, galantamina y rivastigmina

Antagonista de receptor de NMDA, memantina

Uso de anticuerpos monoclonales $\rightarrow$ Solanezumab

Antagonista del receptor presinaptico de serotonina lisdexa

Inhibidores de la β secretasa $\rightarrow$ Verubecestat

Inhibidores de gamma secretasa $\rightarrow$ Jarentinib

Inhibidores de proteina tau $\rightarrow$ En investigaciones

Norma