

Resumen

**NOMBRE: Abril Amely Valdez Maas
GRADO: 6 GRUPO:D
MATERIA: Geriatria**

1º Caídas

Se define como la precipitación de manera repentina a un plano inferior, involuntario e insospechado con o sin lesiones secundarias confirmada por el paciente o testigo.

Epidemiología: Los accidentes son la 5ª causa de muerte en el mundo y 66% corresponde a caídas, de este total 75% ocurre en pacientes de 65 años o mayores.

Causas de caídas: El origen es multifactorial, debido a que existen condiciones propias del paciente (intrínsecas) unido a factores de su entorno (extrínsecos).

- Factores — No modificables:**
- Edad
 - Sexo masculino
 - Raza blanca
 - HC previa
 - EHF crónicas
 - Medicamentos
 - Mareo y vértigo
 - Síncope
 - Deficit visual y auditivo
- Modificables:**
- FX ambientales
 - altura de camas
 - Escaleras
 - uso de botch o andal. de al.
 - Baños
 - calzados inadecuados
 - pisos resbalosos
 - mala iluminación
 - muebles
 - alfombras
 - ropa inadecuada.

Alteraciones de la función neuromuscular y la marcha:
— son los problemas secundarios a múltiples enfermedades

Alteración de los reflejos posturales: EHF como mareo y vértigo

Deficit sensorial: común trastornos visuales y auditivos que mantienen en desventaja a los pacientes

Asociado o secundario a enfermedades preexistentes: Neurológicas, cardíacas, vasculares, musculoesqueléticas.
Deficit sensorial.

- Obstrucciones ambientales: 30-50%. Son por accidentes y los factores ambientales son la principal causa preexistente en las que se incluyen las barreras arquitectónicas en el hogar, estas son las que no eran peligrosas antes como: -barrera, escaleras, tapetes, etc.

● Uso inadecuado de auxiliares de la marcha: ortesis o auxiliares de marcha presentan caídas con frecuencia.

● Idiopática 5%.

Complicaciones de caídas:

- Lesiones tejido blando
- Fracturas (muñeca)
- Trauma encefálico
- Caídas por tiempo prolongado
- Incapacidad
- Institucionalización
- Muerte.

FR para caídas:

- polifarmacia, se ha estudiado que tiene un promedio de 3 enfermedades, lo cual requiere un promedio de 4.5 de medicamentos
- Conocidos: Antidepresivos Benzodiazepinas, Neurolepticos Antihipertensivos, Hipoglucemiantes, Aines etc.
- pluriopatología
- Debilidad Muscular de extremidades inferiores
- Deterioro funcional y mental
- trastorno de la marcha y equilibrio

Protocolo de caídas:

- Descripción de la caída
- Exploración Física
- interrogatorio del ambiente (condiciones del lugar)

IX: equipo multidisciplinario (Antecedentes) ^{Buscar}

- Complicaciones graves
- La fractura de muñeca (colles) mas común.

- causas medicas → EKG, estudio Holter ecc
- Trastorno marcha y balance (escalas)
- polifarmacia
- Riesgo Ambiental

Sarcopenia

- mientras que la masa magra implica todo lo que no es grasa, la masa muscular es solo parte de ella.
- El músculo es el principal componente de la masa magra, comprende 75% de ella.

Las funciones del músculo van más allá de la fuerza que movilizamos, es fundamental en la homeostasis de la glucosa, es fuente de aminoácidos necesarios en caso de agregación al organismo.

Tipos de unidades motoras:

- unidades motoras lentas que están compuestas por fibras musculares pequeñas construidas en especial a base de miosina tipo I que tienen una contracción lenta pero constante. u su consumo de energía también lo es.
- unidades motoras rápidas, infatigables pueden generar mayor fuerza. u mas rápidamente. están compuestas por fibras mas gruesas. de miosina tipo II x

encargan de → Levantar peso
reclutan al estar de p/e

Motora rápida: Resistente a la fatiga, que también está compuesta por miosina tipo 2 solo que tipo (A). Se encarga de actividades intermedias.

Sarcopenia primaria: pérdida de masa muscular relacionada por el proceso de envejecimiento con recuperación en la función.

Su principal mediador a nivel celular que es el factor de crecimiento similar insulina tipo 1 trayendo como consecuencia una disminución en la estimulación de la vía de señalización celular de la fosfatidil inositol

ties quinasa (p38) y por lo tanto una disminución en la estimulación de la proteína mTOR, así una disminución de la síntesis de proteína muscular u de manera indirecta un incremento en la proteólisis muscular.

Disminución progresiva de motoneuronas de las astas anteriores de la tte que hace que miofibrillas queden denervadas.

Sarcopenia Secundaria: A la pérdida de masa muscular relacionada a enfermedades, inactividad o trastornos nutricionales.

Pueden alterar incluyendo

→ apoptosis celular o en la proteólisis

→ **Ent + Lesión**

→ Disminución en la síntesis de proteínas musculares

→ Llevan a una inflamación
→ Liberación de citoquinas que la desencadenan.

→ u en su capacidad de regeneración.

A través del Kappa B
estimula a la célula para destruir el músculo.

● prevalencia:
34%, predominio en mujeres

Consecuencias: Todo lo anterior trae el resultado de que a partir de los 40 años Pierda alrededor de 8% de su masa muscular por década hasta los 70 años. Ya que a partir de ahí pierde el 15%.

Diagnóstico:

No solo hay que tomar en cuenta la disminución de masa corporal, si no también la repercusión funcional.

Criterios Diagnósticos de Sarcopenia según EWGSOP:

Criterio	Disminución de masa muscular	Disminución de Fuerza Muscular	Disminución del desempeño físico.
- pre-sarcopenia	SI	NO	NO
- Sarcopenia	SI	SI/NO	SI/NO
- Sarcopenia grave.	SI	SI	SI

Utilizar también el cuestionario SARC, cuya puntuación mayor o igual a 4 indica riesgo de tener Sarcopenia

Manejo:

- mantener el equilibrio entre la cantidad de músculo que se destruye y se forma

Intervención

- Ejercicio → Resistencia.
- Nutricional → Ingesta proteica.
1.2 y 1.5 g/kg/día
en 24 hrs.

Fragilidad

Es un estado de predisposición en el marco de continuum funcional, que va desde la máxima capacidad intrínseca, hasta la dependencia absoluta.

1) Síndrome biológico de disminución de la reserva funcional y de la resistencia a los estresores, debido al declive acumulado de múltiples sistemas biológicos que originan pérdida de la capacidad homeostática y vulnerabilidad a eventos adversos.

- Características → múltiples condicionantes; heterogeneos, relacionado con el envejecimiento,
- Patogenia
- Asociado a
- Vulnerabilidad.

Criterios del Fenotipo de fragilidad

L. P. Fried:

- 1) Pérdida de peso involuntario
- 2) Debilidad muscular
- 3) Baja resistencia o agotamiento autopercebido
- 4) Lentitud de Marcha
- 5) Nivel bajo de actividad física.

Escala de Fragilidad clínica e Índice de Fragilidad clínica e Índice de Fragilidad.

Epidemiología: prevalencia aumenta índice de fragilidad a medida que envejece y es más frecuente en mujeres que en hombres 2:1.

Etiopatogenia: es un síndrome biológico asociado con el envejecimiento, multifactorial, susceptibilidad genética, sobre factores epigenéticos, moleculares y celulares, por la carga de enfermedad, estilo de vida, factores y ambiente para determinar su susceptibilidad a noxas externas que favorecen la aparición de declinar funcional, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte.

Genes Influyen en Fragilidad:

Inflamación crónica de bajo grado

- Metilación de ADN, remodelamiento de la cromatina, modificaciones en las histonas y la presencia de determinados factores de transcripción como:

→ Que acompaña el envejecimiento de manera fisiológica, aunque con elevada variabilidad entre individuos.

- FOXO / DAF -16
- Nrf2 / SKI-1

Se caracteriza la fragilidad → Disminución en la reserva funcional en todos los órganos y sistemas corporales, con disminución de la producción de C. madre o de su función.

Factores Nutricionales → tanto la cantidad de energía consumida como la calidad de los nutrientes.

Diferentes cambios hormonales implicados como: → Disminución en niveles de testosterona y el aumento en niveles de hormonas androgénicas estradiol, como niveles bajos de vitamina D.

Diagnóstico: Depende del modelo que se tome como referencia la intención y del medio científico del que se realiza.

- 70 años no dependientes (Barthel ≥ 90 puntos)
- Rendimiento físico (SPPB)
- test velocidad de marcha
- Timed up and go

Valoración — multidimensional / U. Integrada
Intervención — Física / V. Centrada
Nutricional.

La identificación proactiva de rutina de mayores de 65 años en grado moderado a severo a través de herramientas como el índice electrónico de fragilidad que permite la estratificación del riesgo.

Diagnóstico Definitivo

- Juicio
- criterio clínico

Cuestionario

- Prisma - 7
- test Levantate y anda
- Velocidad de la marcha
- Escala clínica de fragilidad

Práctica:

- Detenore
- Funcional y mental
- Medicamentos
- Social

Fried → instrumento más ampliamente usado y referenciado en la literatura en la literatura científica.

Índice de Fragilidad



La escala Shave-PI modifica 5 criterios (originales) de Fried aunque sigue requiriendo un dinamómetro para medir fuerza de prensión.

Evaluación y puntuación sumativa en áreas y dimensiones (Comorbilidades) signos y síntomas, área física, psicológica, mental, social, o discapacidad).

Cuestionario FRAIL y rasgo de Fragilidad.

¿Esta usted cansado?

¿Es capaz de subir un peso de escaleras?

¿Es incapaz de caminar una manzana?

¿Tiene más de 5 enfermedades?

¿Ha perdido más de el 5% de su peso en los últimos 6 meses?

(Basándose en datos del estudio ETES se ha construido la herramienta "rasgo de Fragilidad")

Valora:

7 Dimensiones. = 12 Items

Atributos de fragilidad

Consecuencias de fragilidad:

- mortalidad
- Discapacidad Incidente.
- Institucionalización
- Hospitalización.

- Estado dinámico
- con sujetos que entran y salen
que varían a lo largo de
continuum robusto- prefragil
que puede evolucionar al
discapacidad y muerte.

- fracturas y caídas
- calidad de vida
- Deterioro cognitivo
- malnutrición
- costes

Manejo y Tx:

3 niveles

1) Medidas de fomento de actividad física y estilos de vida saludable.

2) Detectándola precozmente antes de que sea evidente en las primeras fases y evitar progresión.

3) Evitando las consecuencias asociadas una vez establecida.

Tx → 5 bases

1) Ejercicio

2) Nutrición

más dificultades:

Modelo Toulouse

L Herramienta FRAIL

GIST.

1) Individualizado para cada sujeto

2) Intervenciones breves y mantenidas en el tiempo para garantizar recuperación o mantenimiento de funciones perdidas.

3) Intervenciones multimodales

4) promoverse medidas de apoyo que faciliten la adherencia al plan de intervención

5) implicación de familiares y cuidadores en todo el proceso

Demencias (Alzheimer y Deterioro cognitivo vascular).

Definición:

La enfermedad de Alzheimer y el trastorno cognitivo en la población mayor comparten factores o mecanismos de riesgos comunes como la aterosclerosis, diabetes, y angiopatía amiloidea.

Epidemiología:

- Población mayor (adultos mayores)
- 70-75% de casos
- Prevalencia (aumenta con edad)
- 11-21% personas ≥ 64 años
- 94% en ≥ 82 años
- Alzheimer 7ma causa muerte

Etiología: múltiples infartos cerebrales o a veces hemorragias / infarto lacunar múltiple.

Comorbilidad $\left\{ \begin{array}{l} \text{vascular} \rightarrow 30-60\% \text{ de los px con Alzheimer} \\ 40-80\% \text{ trastorno cognitivo vascular.} \end{array} \right.$

Alzheimer:

Fac característicos

- presencia de placas neuríticas positivas (B-amiloide extracelular y neurofibrilares T-positivos intracelular)
- Hipertensidades de sustancia blanca
- escala de # azules (evaluación de sustancia blanca) Escala 4 grades.

Deterioro cognitivo: - 1) Lesiones cerebrovasculares $\downarrow$ en la velocidad de procesamiento y deterioro del funcionamiento ejecutivo.

Factores de Riesgo:

- Edad
- Hereditario
- Lesiones cerebrovasculares
- Infartos Cerebrales
- Genotipo ApoE
- Depresión
- tabaquismo
- Aislamiento social
- Baja escolaridad
- Pérdida auditiva
- Obesidad
- Hipertensión

Criterios Dx:

- Clasificación para definir deterioro cognitivo leve
- Demencia tipo Alzheimer.

Deterioro cognitivo leve: Etapa intermedia: (considerada cognitivamente normal u demencia) Hay una alteración en la memoria, pero que estas no impiden realizar actividades de la vida diaria.

Diagnóstico:

- HC y Neurológico
- Evaluación geriátrica integral
- Evaluación psicológica
- Evaluación cognitiva
- Neuroimagen
- E. Complementarios

Escalas de evaluación

● GDS (Geriatric Depression Scale)

● PHQ-9

● criterios DSM-5

- MMSE - minimal

- MoCA

- clinical Dementia Rating CDR

Deterioro cognitivo vascular:

- IRM cerebral
- TAC cerebral

TX:

— Inhibidores de la colinesterasa

- Donepezilo 1 vez al día 5mg x 4 Sem, 10mg x 3 meses hasta dosis 20mg.
- Galantamina 2 veces al día 4mg x 4 Sem 8mg x 4 Sem hasta dosis 12mg
- Rivastigmina 1 vez al día 4.6 mg c/24hrs por 4 Sem

Antagonistas del Receptor NMDA

- Memantina 2 veces al día 5mg x 1 Sem hasta dosis de 20mg.

INMOVILIDAD

disminución de las capacidades para desempeñar las actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras

Epidemiología

- * Aumenta con la edad
- * mayor riesgo en mujeres
- * 60% > 65 años de edad (dificultad para caminar (casa))
- * 12.70% para subir escaleras
- * 12.40% para salir y andar en la calle
- * Por encima de los 80 años de edad los otros aumentan y alcanzan de 25.6 a 27%
- * medio residencial 50% ancianos presentan la inmovilidad
- * 30% inmovilidad funcional clínico.

Factores de riesgo

- Cambios fisiológicos del anciano que condicionan a inmovilidad

- Sistema musculoesquelético.

disminución sensibilidad protectora y la vibración.

- Sistema nervioso

Etiología

- Causa sociales → soledad - falta de apoyo social
abandono
- causa ambientales →
 - Barreras
 - timidez
 - contaminación ambiental

diagnóstico

- Anamnesis
- Grado de actividad basal
Laborar temer y tipo de evolución
Evaluación Terapéutica

Exhibición física

- exhaustiva
- sistema cardiovascular, musculoesquelético,
y nervioso (eiel, eies, sensorio y estado
mental)

- Escala de Knello
- Signos de ansiedad

Abordaje Terapéutico

- Labracion
- corrección de sensibilidad
y terapéutico

Tratamiento

- Hidratación
- rehidratación
- ritmo intestinal
- control del dolor.

Paciente Sentado en sillón

- Ejercitar la movilidad
de miembros