

SX GERIATRICOS.

Nombre del alumno:

Katia Marlen Espinosa Sanchez.

Nombre del profesor:

Dr. Carlos Manuel Hernández Santos.

Parcial: 2do parcial.

6to. semestre / 6to. D.

Materia: Geriatría.

✧Fragilidad✧

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

SX médico de causas múltiples caracterizado por pérdida de la fuerza y resistencia, y disminución de la función fisiológica, que aumenta la vulnerabilidad a eventos adversos.

Patogenia: Proceso multicausal que incluye disfunción de diversos sistemas corporales debido a Fx intrínsecos y extrínsecos.

Desencadenantes o aceleradores: Hospitalización, enf. aguda, cambio de fármacos o condiciones sociales.

Estado de prediscapacidad que identifica a una población de mayores con vulnerabilidad a estresores en riesgo de presentar eventos adversos de salud, fundamentalmente muerte o discapacidad.

Epidemiología: 10-15% mayores de 65 años.

↑ a medida del envejecimiento.

+ frecuente en mujeres.

L. P. Fried → Describe el ciclo de la fragilidad.

Se caracteriza por una disminución en la reserva funcional en todos los órganos y sistema corporales, con disminución de la producción de células madre o de su función.

Dificultad para reparar lesiones y regenerar tejidos.

Herramientas DX: Personas mayores de 70 años NO dependientes.

• Barthel > 90 puntos.

• FRAIL (30 ↑ Frágil - 1/2 prefrágil).

- ¿Se siente fatigado?
- ¿Es incapaz de subir 10 escalones?
- ¿Tiene dificultad para caminar una milla?
- ¿Tiene + 5 enfermedades?

TX: Nutrición adecuada.

Terapia (Ejercicio).

Control de comorbilidades

Vitamina D (8000-9000 unidades diarias).

Alzheimer.

Epidemiología:

7 causa de muerte. Representa el tipo + frecuente de demencia.

Prevalencia 8%. 40 millones de personas >60 años.

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

Fx de riesgo → Cardiovascular y neurodegenerativa.

NO modificable — Fx genético (genotipo APOE 4).

Baja escolaridad → Temprano Tardío → Depresión.

Obesidad. Tabaquismo.

Hipertensión.

Diagnóstico → Uso de biomarcadores de los

- subgrupos de DCL basado en biomarcadores.
- Subtipo de DCL y probabilidad de progresión a EA
- H. Clínica con EF y neurológica completa.
- Evaluación genética integral.
- Evaluación psicoafectiva.
- Evaluación cognitiva.
- Neuroimagen y estudios complementarios.

Buscar alteraciones cognitivas para saber el inicio del deterioro cognitivo.

Evaluación geriátrica mediante mediciones 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 items, como utilizar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar aseo de casa, etc.

Escala GDS → Evaluar el estado psicoactivo.

Escala PHQ-9 → Ver respuesta a tx.

Criterios DSM-5 → Descartar trastornos.

Tamizaje cognitivo → Escala clínica de demencia CDR.

Tratamiento → Inhibidores de la colinesterasa

- Donepezilo, galantamida y rivastigmina.
- Antagonista de receptor de NMDA.
- Uso de anticuerpos monoclonales (Solanezumab).
- Inhibidores de la B secretasa (verabecestat).
- Inhibidores de gamma secretasa (tarenflubil).

Sarcopenia

Definición:

Epidemiología:

- Edad {
 - 40 años 8% de su masa muscular por década.
 - 70 años 15% de la masa muscular por década.

• Sexo → Masculino.

• Enf. crónica.

Fibras musculares: Miosina tipo 1.

Miosina tipo 2 X.

Miosina tipo 2 A.

Etiopatogenia: Endocrino / Hormonas.

↓ Insulina.

Edad → Primaria.

Genético.

Inflamatorio.

Clasificación: / Primaria → Envejecimiento

↓ de h. del crecimiento.

Pérdida de masa muscular.

Secundaria → Pérdida de masa muscular

secundario a una enfermedad

Inflamación crónica (Principal).

Aguda → Duración ↑ 6 meses / Relacionada

a una enfermedad aguda

secundaria.

Diagnóstico: • Historia Clínica

• EWGSOP2 y detWG:

↓ Fuerza muscular.

↓ Cantidad muscular → (DEXA → Desgaste de huesos, absorptimetría), (BIA → Dependencia bioeléctrica)

↓ Rendimiento físico → (SPPB → Equilibrio velocidad de marcha, levantarse de la silla).

• Tamiz → SARF.

• Ecografía.

• TC.

• RM.

• USG.

Perímetro de pantorrilla ↓ 30.5 → Sarcopenia

TX → Ejercicio.

Nutrición.

Vitamina D (800 unidades de vit. D 3 al día).

1.2 - 1.5 g / Kg / día → Proteína

0.5 por cada 10 Kg → Creatina.

TX Farmacológico → IECA

Perindopril.

Suplementación con testosterona.

Sx de caídas.

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

Epidemiología → 1/3 personas > 65 años y 50% de las de > 80 años que viven en comunidad se caen anualmente.

Origen multifactorial con Fx modificables, no modificables (Fx intrínsecos), Fx ambientales (Fx extrínsecos).

- Modificables → Enf. crónicas o agudas.

 - Uso de medicamentos.

 - Mareo, vértigo y síncope.

 - Deficit visual y auditivo.

- No modificables → Edad avanzada.

 - Sexo masculino.

 - Raza blanca.

 - H. Clínica previa.

Fx de riesgo →

- Polifarmacia (Px con + 3 fármacos)

- Pluripatología (Relación entre el # de enf. y el riesgo de caídas).

- Debilidad muscular de extremidades inferiores (Principal responsable).

- Deterioro funcional y mental.

- Trastorno de la marcha y equilibrio.

Diagnóstico →

- Protocolo de caídas.

- Historia clínica.

- Descripción de caídas.

• Exploración física.

• Interrogatorio del ambiente.

Tratamiento → • Búsqueda intencionada de antecedentes de caídas.

• Px hospitalizado a consecuencia de lesiones secundarias a una caída.

Polifarmacia → • Indagarse todos los medicamentos.

• Conocer las interacciones.

• Valorar el cambio.

• Cambios en el estilo de vida para poder ↓ dosis o retirar fármacos.

Riesgo Ambiental → • Domicilio.

• Suelos.

• Baños.

• Pasillos.

• Iluminación.

• Sillas.

• Escaleras.

• Cocina.

• Calzado.

• Vestuario.

• Baños.

• Pasillos.

• Domicilio.

Sx de inmovilidad.

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

Desplazamiento en el medio que rodea al individuo, es imprescindible para tener autonomía, siendo un componente esencial de la vida del hombre.

Epidemiología $\rightarrow$ $\uparrow$ con la edad.

$\uparrow$ en mujeres.

6% de población mayor de 65 años, presenta dificultad para caminar en su propia casa.

12.7% para subir escaleras.

30% de inmovilidad a nivel clínico.

Cambios fisiológicos del anciano:

- Sistema musculoesquelético $\rightarrow$ $\downarrow$ de masa, fuerza y velocidad de contracción muscular.

- Sistema nervioso $\rightarrow$ $\downarrow$ de la sensibilidad propioceptiva y vibratoria.

- Sistema cardiovascular $\rightarrow$ Disfunción de la sensibilidad del VI.

- Sistema respiratorio $\rightarrow$ $\downarrow$ de elasticidad de la pared torácica y pulmonar.

Etiología $\rightarrow$ Causas sociales

- Causas ambientales.

Fx de riesgo → • Enf. musculoesqueléticas.

• Enf. neurológicas.

• Enf. cardiorrespiratorias.

• Enf. neurosensoriales.

• Enf. neuroendocrinas.

• Enf. que cursan con debilidad generalizada.

• Alteraciones psicológicas.

• Fx iatrogénicos.

Diagnóstico:

• Anamnesis → Determinar el grado de actividad basal, valorar el (L) y tipo de evolución.

• Exploración física → Exhaustiva, prestando especial atención a los sistemas cardiorrespiratorio, musculoesquelético y nervioso, así como piel, pies y estado mental (que incluya evaluación cognoscitiva y afectiva).

Tratamiento: Adecuadas condiciones de hidratación, nutrición, ritmo intestinal, control del dolor, sueño adecuado.

Px encamado → Antiinflamatorio no esteroideos
Opioides y tramadol.

Benzodiazepinas.

Antidepresivos tricíclicos.

Relajantes musculares.

Terapia muscular.