



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Medicina Humana.

Asignatura: Geriatría.

Tema: Mapas conceptuales.

Docente: Dr. Ezri Natanael Prado Hernández.

Alumno: Citlali Berenice Fernández Solís.

Semestre: 6to "A".

 UDS Mi Universidad

 @UDS_universidad

www.uds.mx

Mi Universidad

Tel. 01 800 837 86 68

EVALUACION DE LA AUDICION Y LA VISION:

Generalidades:

Es una alteración cualitativa o cuantitativa de la percepción auditiva

Genera alteraciones cognitivas:

- Dificultad para concentrarse.
- Intención.
- Baja autoestima.
- Trastornos de la comunicación.

Provoca una disfunción en el sistema de audición.

Afecta algunas funciones mentales como:

- Atención.
- Memoria de trabajo.
- Funciones ejecutivas.

Estudios epidemiológicos:

Prevalencia en 90% en personas de 80 o mas años.

Adultos mayores de 75 años o mas:

Marcadores socioeconómicos asociados al déficit:

- Edad.
- Sexo masculino.
- Educación.
- Ocupación.

Evaluación de la audición:

Fx de riesgo:

- Edad avanzada.
- Diabetes.
- Tabaquismo.
- Deterioro cognitivo.

Generalidades:

Déficit visual.:

Ceguera incorregible, ceguera que corrige o disminución en la agudeza visual.

Fx de riesgo:

- Sexo femenino.
- Pobreza o bajo nivel socioeconómico.
- Diabetes tipo 1 y 2.
- Enfermedades cardiovasculares.

Influencia en el inicio:

- Uso o exposición a ototoxicos.
- Enfermedades inmunológicas.
- Factores hormonales.

Epidemiología:

La prevalencia se duplica cuando se comprara con el grupo de edad de 70-79 años contra el grupo de 80.

Evaluación de la visión:

- Tabaquismo 14.9%.
- Dificultad para el autocuidado de 27.9%.
- Obesidad 28.2%.
- Inactividad física 80.5%

El déficit visual impacta negativamente:

- Fatiga.
- Irritabilidad.
- Tristeza.
- Perdida de la esperanza en el futuro.
- Deseos de morir.

EVALUACION NUTRICIONAL EN EL ADULTO MAYOR:

Generalidades:

- Esta relacionado con:
 - El proceso de envejecimiento.
 - Estado de nutrición mantenido a lo largo de la vida.

Evaluación:

- Se divide en:
- Subjetiva:**
 - Padecimiento actual.
 - Comorbilidades.
 - Evaluación de síntomas.
 - Factores de riesgo.
 - Antecedentes de la dieta y pérdida de peso.
 - Objetiva:**
 - Exploración física.

Evaluación:

Antropometría:

- Peso.
- Talla.
- IMC: **El IMC en el adulto mayor es de:**
 - Normal: 22 a 27.
 - Desnutrición menor: < 22.
 - Sobrepeso: > 27.
 - Obesidad: > 30.

Perímetro de cintura:

- Es considerado de alto riesgo cuando:**
 - Hombres > 90 cm.
 - Mujeres > 80 cm.

Interrogación:

- Presencia de síntomas atípicos.
- Historia dietética.
- Identificación de comorbilidades.
- Indagar el cambio de la talla de ropa.
- Historia social y psicosocial.
- Identificar redes de apoyo.

Exploración física:

- La evolución integral deberá explorar los siguientes aspectos:
- Emocionales.
 - Sociales.
 - Nutricios.
 - Físicos.
 - Mentales.

Mini nutritional assesment:

- Herramienta que ayuda a identificar a ancianos:
- Desnutridos.
 - En riesgo de desnutrición.

Se recomienda repetir el MNA con una periodicidad anual en pacientes ambulatorios.

Identificar:

- Uso de prótesis dentales.
- Caries.
- Laceraciones bucales.
- Boca seca.
- Poner atención:
 - Piel.
 - Cabello.
 - Labios.
 - Uñas.

INCONTINENCIA URINARIA:

Definición:

Es la pérdida del control de la vejiga o la incapacidad de controlar la micción.

Aspectos generales:

Constituye un problema médico y social importante.

Deteriora:

La calidad de vida de los pacientes.

Limita su autonomía.

Reduce su autoestima.

Prevención:

Fx de riesgo como:

Obesidad.

Menopausia con atrofia urogenital.

Recién nacidos macroscópicos

Detección:

La mitad de los adultos demandan atención médica:

- Ocasiona vergüenza.
- Lo consideran normal en el envejecimiento.
- Por que no saben que tiene tratamiento.

Diagnostico:

Mediante un examen abdominal.

Palpación abdominal.
Ultrasonido y sonda vesical.

Pruebas de Q-Tip, Bonney y Marshall.

Pruebas o Test:

Debe evaluarse algunos elementos:

- Obesidad.
- Estrogenismo.
- Trofismo.

Se debe descartar:

- Musculatura pélvica.
- Masas periuretrales.
- Realización de pruebas sencillas..

Prueba de Hisopo o Q-TIP test:

Se utiliza para cuantificar la movilidad de la unión uretrovesical.

Tratamiento:

Alfa agonistas como la epinefrina, fenilpropanilamina y metoxamina.

Noradrenalina e inhibidores de la recaptura de serotonina.

Ha mostrado disminución de la frecuencia mejoría de la calidad de vida.

Duloxetina: Es el único fármaco aprobado para la incontinencia moderada a severa por esfuerzo.

Tratamiento no medico:

- Modificación de factores de riesgo.
- Entrenamiento vesical.

INCONTINENCIA FECAL:

Generalidades:

Constituye uno de los sx en geriatría que comportan:

→ Mayor repercusión psicológica.

→ Calidad de vida de los pacientes.

Prevalencia:

→ Se calcula que afecta entre un 3 y un 21% de los pacientes mayores de 65 años.

→ Casi el 50% de las personas institucionalizadas a más de un 80% de los pacientes hospitalizados con demencia.

Etiología:

Es multifactorial.

Entre los fx de riesgo que contribuyen en mayor medida destacan:

→ Inmovilidad.

→ Presencia de diarrea aguda o crónica.

→ Estreñimiento,

→ Polimedicación.

→ Bajo nivel de conciencia.

→ Demencia.

→ Enfermedad cerebrovascular.

→ Prolapso rectal..

Clasificación:

La incontinencia se ha clasificado como:

Total:

→ La retención de gases y materias fecales solidas o liquidas es imposible.

Parcial:

El paciente puede controlar la:

- Expulsión de heces solidas, pero no de gases y heces liquidas o semilíquidas.

Fisiología:

Es un proceso complejo, integrado por una serie de eventos en los que destacan:

→ Consistencia.

→ Volumen.

→ Velocidad.

Tratamiento:

El manejo de los pacientes ancianos que padecen incontinencia fecal ha de ser una forma integral con:

→ Cuidados higiénicos y dermatológicos.

→ Recomendaciones en habito defecatorio.

→ Ajustes dietéticos.

Tratamiento farmacológico:

→ Amitriptilina a dosis bajas.

→ Laxantes osmóticos.

Con la que llega al recolecto de:

- Sensibilidad.
- Distensibilidad de las paredes del recto.