

Universidad del Sureste
Escuela de Medicina Humana

SEMESTRE:

6º A

MATERIA:

GERIATRÍA.

TRABAJO:

MAPA CONCEPTUAL DE DIVERSOS TEMAS.

DOCENTE:

DR. NATAN PRADO HERNÁNDEZ.

ALUMNO (A):

IRIANA YAYLÍN CAMPOSECO PINTO.

CLAVE:

1

COMITÁN DE DOMINGUEZ, CHIAPAS, 19 DE NOVIEMBRE DEL 2021.

EVALUACIÓN MENTAL Y PSICOAFECTIVA

El deterioro cognoscitivo es cualquier déficit de las funciones mentales superiores

- Lenguaje.
- Razonamiento, cálculo, memoria, praxias, gnosias.
- El más común es la pérdida de la memoria.

Múltiples causas pueden ser las que provoquen este tipo de trastorno, el deterioro cognoscitivo se cataloga como un síndrome geriátrico.

El diagnóstico de tiene una sensibilidad muy baja (11 – 12%) y una especificidad 93–94%.

Se recomienda aplicar un instrumento clínico para su identificación sistemática.

El Mini Examen del Estado Mental (MMSE) Modificado, es útil como instrumento de detección.

Su aplicación lleva sólo 5 minutos por lo tanto, es práctico, tiene una sensibilidad 79-100% y una especificidad 46-100% para detectar deterioro cognitivo.

El resultado del MMSE deberá ser ajustado a la edad y escolaridad de los sujetos. Con una media para normalidad de 26 puntos para individuos con 5 a 8 años de escolaridad y de 22 para los que tienen de 0 a 4 años de escolaridad.

En el paciente geriátrico que se sospeche deterioro cognitivo la prueba MMSE puede ser utilizada como prueba inicial.

Con una puntuación menor a 24 puntos en la prueba MMSE se recomienda valoración por el especialista correspondiente.

Se recomienda descartar causas secundarias de deterioro cognoscitivo y dar tratamiento oportuno en cada caso en particular. Estas incluyen: fármacos psicotrópicos, depresión, hipo e hipertiroidismo, panhipopituitarismo, deficiencia de B12, ácido fólico, tumor cerebral, hematomas subdural.

Evaluación de depresión: Pérdida de peso, insomnio y somatizaciones, con menor frecuencia el cuadro clínico clásico.

La escala de Depresión geriátrica de 30, 15 y 5 reactivos (Geriatric Depression Scale (GDS)).

Con la aplicación de la escala de Yasavage de 30 reactivos, uno de cada 8 mexicanos adultos mayores tiene síntomas de depresión mayor por lo que su detección y manejo es una alta prioridad.

Evaluación de delirium: es un trastorno que afecta a individuos de cualquier edad y condición social, es particularmente frecuente en ancianos, sobre todo los que son frágiles (baja reserva homeostática) o tienen demencia.

La mortalidad asociada a delirium (25-33%), es tan alta como la relacionada con el infarto agudo al miocardio o sepsis.

Se recomienda preguntar al cuidador primario o al familiar cercano, si el paciente ha presentado cambios recientes en la conducta, o en la conciencia, si es así, se debe aplicar el CAM para la detección de delirium, y en su caso, se debe referir al especialista correspondiente. (Neurólogo, Psiquiatra y Geriatra).

Se recomienda buscar intencionadamente las causas precipitantes más comunes para el desarrollo de delirium (infecciones, hipoxia, desequilibrio hidroelectrolítico, fármacos psicotrópicos, con efecto anticolinérgico, opiodes, entre otros).

EVALUACIÓN DE TRASTORNOS DEL SUEÑO

Es un término ampliamente utilizado para referir la percepción subjetiva de sueño insuficiente o no restaurador

Alguna de las siguientes formas de deterioro diurno relacionadas a la dificultad de sueño es reportada por el paciente:

- a. Fatiga o malestar
- b. Deterioro de la memoria, concentración y atención
- c. Pobre desempeño escolar , social y/o profesional
- d. Cambios en el estado de ánimo e. Somnolencia diurna
- f. Disminución de la motivación, energía e iniciativa

La prevalencia de insomnio en los siguientes padecimientos es:

- Enfermedades neurológicas 66.7%.
- Enfermedades respiratorias 59.6%.
- Problemas gastrointestinales 55.4%
- Dolor 48.6%.

Los antidepresivos tricíclicos imipramina y amitript imipramina y amitript imipramina y amitriptilina, suelen ser causa de insomnio ya que aumentan el tiempo de latencia de sueño MOR.

Los Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) fluoxetina, parox fluoxetina, citalopram, sertralina pued etina, citalopram, sertralina en causar insomnio como efecto secundario.

En pacientes con depresión e insomnio es recomendable el uso de antidepresivos con acción sedante/hipnótica

(mirtazapin y trazodona trazodona trazodona), o bupropion bupropion bupropion ya que no afecta la estructura del sueño.

Los fármacos propanolol propanolol propanolol y metoprolol metoprolol metoprolol suelen ser causa de insomnio porque disminuyen el sueño MOR y la continuidad del sueño debido a que atraviesan barrera hemato-encefálica, disminuyendo neurotransmisores adrenérgicos a nivel de SNC provocando depresión, insomnio, y pesadillas.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO:

El abordaje inicial en el insomnio crónico en el anciano deberá incluir al menos uno de los siguientes tratamientos no farmacológicos:

- 1) Higiene de Sueño
- 2) Terapia Cognitiva
- 3) Control de Estímulos
- 4) Restricción de Sueño
- 5) Entrenamiento en Relajación
- 6) Terapia de Luz.

Las intervenciones psicológicas y conductuales son efectivas y recomendadas en el tratamiento del insomnio crónico primario, el secundario a comórbidos y el secundario a uso crónico de benzodiacepinas en todas las edades, incluido los adultos mayores.

La supresión de opioides pioides pioides puede causar reducción del sueño de ondas lentas y marcada disminución del sueño REM.

El uso crónico de benzodiacepinas benzodiacepinas puede provocar insomnio paradójico o de rebote debido al desarrollo de tolerancia y taquifilaxia, generando que se requiera cada vez más dosis en periodos de tiempo más corto por disminución del efecto teranéutico.



EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage es un instrumento ampliamente utilizado para tamizaje de depresión, ha sido traducida y validada en diversos idiomas incluyendo el español.

La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 y consta de 30 preguntas de formato si-no.

Junto a la tristeza aparecen otra serie de síntomas, como alteraciones del sueño, del apetito, síntomas somáticos y alteraciones del contenido del pensamiento que complican más la vida del paciente deprimido, interfiriendo gravemente en la calidad de la misma.

Factores personales y sociales

La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que en hombres, comenzando en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta.

Síntomas de ansiedad intensos

La depresión es el principal problema comórbido de la ansiedad, ambos comparten numerosos síntomas.

Diferencias entre la depresión con ansiedad comórbida y los trastornos de ansiedad solos.

Factores estresantes

En los ancianos los más frecuentes son la pérdida del trabajo, la seguridad económica, la casa, la autonomía personal, la salud propia/adyegados.

La pérdida del cónyuge es muy frecuente y puede dar lugar a un cuadro depresivo.

Deterioro cognitivo

Los pacientes con demencia desarrollan depresión con más frecuencia que la población general, y a su vez los síntomas depresivos son más frecuentes entre los pacientes afectos de demencia.

Es un estado de ánimo triste, una alteración del humor en el que la tristeza es patológica, desproporcionada, profunda, abarcando la totalidad del ser.

El paciente deprimido pierde el interés e incluso la ilusión de vivir, sintiéndose incapaz de realizar sus actividades previas.

Los factores de riesgo (características que se asocian a la enfermedad y que aumentan la probabilidad de sufrirla) nos ayudan a prevenir o detectar una posible enfermedad.

En el caso de la depresión en la vejez, los factores de riesgo son los siguientes:

1. **Difícil afrontamiento de acontecimientos.** Los cambios que antes mencionábamos pueden ser más difíciles de afrontar, con el peligro de sufrir una depresión si el estado de ánimo bajo se mantiene en el tiempo o si se padeció depresión en otra etapa de la vida.

2. **Personalidad.** Distintos factores de la personalidad pueden dificultar el afrontamiento de dichos cambios de la vejez.

El pesimismo, la baja autoestima, la baja tolerancia a la frustración o el exceso de perfeccionismo predisponen a padecer depresión.

3. **Dependencia.** Las personas mayores que se encuentran en situación de dependencia pero sin deterioro cognitivo, pueden presentar sentimientos de tristeza prolongada.

4. **Aislamiento.** En la vejez, sentirse solo y no contar con el suficiente apoyo social, puede repercutir negativamente en el estado de ánimo y ser un factor de riesgo de depresión.

5. **Problemas crónicos.** La depresión está asociada a otros problemas crónicos como el hipotiroidismo, el dolor crónico, enfermedades neurológicas, etc.

Existen 4 causas principales que contribuyen a la dificultad del diagnóstico en el anciano:

1. Comorbilidad con enfermedades somáticas

Enfermedades asociadas a la depresión: accidente cerebrovascular, cáncer, enfermedad coronaria, artritis.