

Tema: síndromes geriátricos

Nombre: Gerardo Pérez Ruiz

Grupo: A

Grado: 6

Materia: geriatría

Docente: Dr. Romeo Suarez martinez

Comitán de Domínguez Chiapas a 15 de marzo de 2024

Demencia

Gerardo
Pérez
R012

- Epidemiología

Es un síndrome adquirido caracterizado por deterioro persistente de las funciones cognitivas, del estado mental y de la conducta social, no causado por delirium, interfiriendo en las actividades de la vida diaria. Hoy una prevalencia a la edad de 65-74 incluso hasta los 80 años.

- Diagnóstico SX demencia

El diagnóstico se debe realizar en la historia clínica y la exploración neurológica, evaluando la funcionalidad del individuo como también la evaluación neuropsicológica y que cumple los criterios de demencia, en el deterioro cognitivo se presenta:

- Quejas subjetivas de pérdida de memoria u otra alteración cognitiva
- Deterioro funcional de reciente comienzo de causa no justificada
- Depresión de inicio de edad avanzada
- Presentación de cuadros confusionales durante un ingreso hospitalario

- valoración clínica:

• se debe valorar función cognitiva, tiempo, lugar y persona la atención, el lenguaje, las praxias, la función visoespacial

• se debe valorar los síntomas psicopatológicos y conducta asociado a la demencia, que incluye síntomas afectivos (depresión, ansiedad, manías, cambio de personalidad y opia)

• La valoración se completa con la repercusión de la alteración cognitiva sobre la funcionalidad mediante las Escalas de valoración funcional como los índices de Katz o Barthel de actividades básicas del día, el índice de Lawton para actividades instrumentales de la vida diaria AIVD.

muy bien



Síndrome confusional agudo " Gerardo Pérez Ruiz

Es un síndrome clínico transitorio y reversible que es categorizado por una alteración en la atención que ocurre en el marco de un proceso de una enfermedad aguda y no puede ser explicado solo por la existencia o desarrollo de una demencia.

o Epidemiología

Varía en el ámbito en que se encuentra el paciente entre un 15-62% por fractura de cadera, en las Unidades de Cuidados Paliativos hasta el 83%.
La prevalencia aumenta con mayor edad en los ancianos frágiles o demencia.



o Deterioro funcional o cognitivo

Pese al tratamiento no hay una recuperación total y perpetua una peor capacidad funcional y cognitiva.

o Fisiopatología

No es preciso pero se estima que es una alteración a nivel del funcionamiento de los neurotransmisores cerebrales a nivel cortical y subcortical.

- Hay disrupción a nivel de los neurotransmisores cerebrales y déficit colinérgico, con la edad adulta disminuye los niveles de acetilcolina y disminución de receptores muscarínicos.

Las técnicas de neuroimagen permite identificar regiones concretas con afectación (hipoperfusión) esta región común son el córtex prefrontal, fusiforme, córtex parietal posterior.

Valoración Geriátrica

Gerardo Pefes Ruiz

Es el proceso de envejecimiento asociado a cambios fisiológicos, mentales y sociales que pueden repercutir sobre la capacidad funcional de la persona mayor. Se aplicará a todos los pacientes en los distintos niveles, llevado a cabo por Geriatras, enfermeros, trabajadores sociales.

- objetivos

- Conocer la situación basal del paciente
- mejorar la precisión diagnóstica
- Evaluar la repercusión funcional de la enfermedad
- Diseñar planes de cuidados y tratamiento
- ofrecer la ubicación más adecuada
- optimizar el uso de recursos sanitarios y sociales

muy bien



- Estructura e instrumentos de la UGI

se debe hacer una transmisión con los demás profesionales y homogenizar criterios que permita cuantificar de forma objetiva, válida, reproducible y fiable, con escalas para el diagnóstico pero se debe realizar mediante la clínica.

Evaluación biomédica: anamnesis, exploración y pruebas complementarias.

En el paciente requiere más tiempo, el cual facilita la participación de un familiar para complementar la historia clínica.

El cual se debe recabar todos los datos de historia clínica, la evaluación física del paciente mayor debe hacerse con la misma metodología, la exploración física inicia con la observación e inspección del estado del paciente.

- Constantes: Toma de signos vitales en una posición de bipedestación y en decbito.

- Aspecto general: actitud, grado de conciencia de atención y colaboración, estado de hidratación y nutricional.

Trastornos del sueño

Gerardo Pérez
RUIZ

El sueño es un reposador esencial para una vida sana, diversos factores pueden contribuir a las alteraciones del sueño en el paciente anciano, cambios asociados al envejecimiento, factor psicosociales, como la jubilación, enfermedad y muerte de un familiar, alteración del ritmo cardíaco.

- El sueño se clasifica en sueño REM (caracterizado por la combinación de movimientos rápidos episódicos)
- sueño no REM = dividido en cuatro estadios: ligero y profundo

Insomnio

Es el trastorno más común en la práctica médica el cual es la dificultad de conciliar el sueño **excelente**

- La dificultad para iniciar el sueño, despertar pocas o no tener sueño reparador
- La dificultad del sueño se produce a pesar de que se den las facilidades necesarias para tener sueño reparador
- Dificultad de conciliar el sueño debe producir al menos de los siguientes alteraciones durante el día, fatiga, melancolía o deterioro de la memoria. entre los desencadenantes es la edad, el sexo femenino, psiquiátricos y farmacos
- Fisiopatología



Es una manifestación de hiperactividad y se cree que los manifestantes de un tipo carsonico, déficit de atención y la irritabilidad, existe una susceptibilidad genética a que factores exógenos, algunos genes como clock y per2 la mutación de estos se ha relacionado con alteración del ritmo del sueño y mutación del gen GABA y receptor de la acetona.

farmacología y iatrogenia

Gerardo
Pérez
Ruiz

Cerca del 80% de los ancianos presenta alguna enfermedad crónica como hipertensión, diabetes, osteoporosis, insuficiencia cardíaca, presentando enfermedades de forma simultánea, lo que condiciona el alto consumo de fármacos. Conforme en el envejecimiento se hacen modificaciones en la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos, con una mayor sensibilidad puede desencadenar una cascada de desastres.

excelente



Absorción: Los cambios fisiológicos en el envejecimiento afecta la absorción debido al incremento del pH gástrico por desarrollo de gastritis atrófica, retraso de vaciado gástrico, disminución del flujo sanguíneo, alteración de la motilidad gástrica y disminución del número de las células absorbentes.

Distribución: la grasa corporal aumenta, disminuye la masa magra, agua corporal, volumen del líquido extracelular, el gasto cardíaco, flujo sanguíneo cerebral. Las enfermedades concurrentes generan alteraciones en la concentración sérica de proteínas de unión a fármacos como la disminución de la albumina que se une a fármacos ácidos (Naproxeno, fenitoina, tolbutemina y warfarina).

metabolismo: por la edad hay un descenso del flujo y la masa hepática, la metabolización es por fases, la primera fase 1 reacciones oxidativas se son mediados por enzimas como p450 (monooxigenasa de citocromo) y los sistemas CYP1A2, CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6, CYP3A4. Por la disminución de la masa hepática provoca una alteración en las reacciones oxidativas.

"Depresión y ansiedad"

Gerardo Pérez Ruiz

La depresión constituye uno de los síndromes geriátricos más frecuente e incapacitantes, altera en gran medida la calidad de vida del que padece y además se asocia a unos elevados costos sociales y de salud. La depresión no tratada puede durar años lo que lleva una pobre calidad de vida, un empeoramiento de la comorbilidad y aumento de morbimortalidad.



Epidemiología:

La prevalencia varía de dependencia de las circunstancias en que estos se encuentran, en la comunidad, en residencias geriátricas y hospitalizados. La depresión en la mujer suele ser más prevalente.

Etiología: Los factores biológicos como demográficos y sociales adquieren importancia dentro de la etiopatogenia de la depresión en pacientes geriátricos.

Factor biológico:

Es más frecuente en ancianos que están físicamente enfermos que en los que están sanos. Los principales factores de riesgo parecen ser la gravedad de la enfermedad física, el grado de incapacidad que esto pudo ocasionar, el deterioro cognitivo coexistente y una historia psiquiátrica positiva previa.

Factores psicosociales:

Pueden ser desencadenantes trastornos oníricos en el anciano, dentro de lo que se encuentran, la muerte de la pareja o de un ser querido, la enfermedad, la discapacidad y el deterioro funcional (pérdida del estatus social, el rechazo de la familia y el aislamiento social).

manifestaciones clínicas y clasificación:

En el anciano se presenta de forma atípica, siendo menos llorativo o incluso ausente de la queda central del estado de ánimo bajo, lo que dificulta aun hacer el diagnóstico clínico.

Mal-nutrición

Forma parte de los grandes síndromes geriátricos y es un factor de fragilidad, no solo constituye una patología sino que asocia a aumento de la mortalidad y de la discapacidad, de mayor frecuencia de caídas y fracturas, deterioro cognitivo, se asocia al retraso de cicatrización, prolongando la estancia hospitalaria.

Importancia de la malnutrición

Es de alta prevalencia, es infradiagnóstico y las consecuencias catastróficas para la salud y calidad de vida y en frecuencia es constante en mayores.

Definición: Alteración de la composición y función corporales consecuencia de deficiencia, exceso o desequilibrio del aporte de energía, proteínas y otros nutrientes, cuando es excesivo hablamos de obesidad y deficiencia cuando hay bajo peso.

Clasificación:

Puede ser primaria por ingesta inadecuada o mala calidad de los alimentos, o secundaria a enfermedades crónicas que alteran la ingesta, aumentan las necesidades o interfieren en la utilización de los alimentos.

excelente



Desnutrición calórica: pérdida, falta prolongada de nutrientes con desnutrición ed disminución de peso a costa de pérdida de tejido adiposo y en menor medida de masa muscular.

Desnutrición proteica: Kwashiorkor: desnutrición aguda en situación de estrés que provocan disminución del aporte proteico o aumento de los requerimientos, pero niveles antropométricos normales con proteína viscerales bajos.

Disfagia

Introducción:

Se define como dificultad para el paso del bolo alimentario desde la boca hacia el esófago inferior, es común en todas las poblaciones, general, su prevalencia aumenta con la edad y plantea problemas especialmente en el paciente de edad avanzada, comprometiéndole el estado nutricional aumentando el riesgo de neumonía por aspiración.

Prevalencia: Los adultos mayores de 50 años presentan una prevalencia del 30% en las unidades de rehabilitación de adultos.

Fase de la deglución normal:

La deglución es el resultado de una compleja y coordinada actividad motora en la cual intervienen multitud de nervios y músculos de la boca y cuello, todo dirigido al centro de la deglución.

- Fase oral preparatoria
- Fase oral de transporte
- Fase faríngea
- Fase esofágica

excelente



Envejecimiento y deglución:

Existe evidencia en la fisiología de la deglución asociado al envejecimiento por una pérdida de los fibros mielínicos y amielínicos así como la atrofia axonal en el sistema nervioso miéltico en ancianos sonos, lo que se relaciona con disminución en la amplitud de la contracción del músculo liso siendo esta la responsable de la disminución de la reserva de presión lingual.