



Universidad Del Sureste

Campus Comitán

Licenciatura en Medicina Humana



Tema:

“Resúmenes primera unidad”

Alumna:

Anzuetto Aguilar Mónica Monserrat.

Grupo: A

Grado: 6°

Materia:

“Geriatría”

Docente:

Dr. Romeo Suarez Martínez

Comitán de Domínguez, Chiapas a 15 de marzo de 2024.

VALORACIÓN GERIÁTRICA

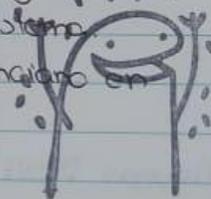
Mónica Anzueto
23-02-24 SMART BOOK

» GERONTOLOGÍA = Disciplina científica que estudia el envejecimiento, la vejez y al adulto mayor bajo la perspectiva biológica, psicológica y social.

- La vejez es la etapa del desarrollo que señala un estado al cual se llega después de un largo proceso, durante el cual sucede una compleja interacción de procesos biológicos, psicológicos y sociales, que pueden repercutir sobre la capacidad funcional de la persona mayor, ocasionando una pérdida de autonomía y la aparición de dependencia.

→ PRINCIPIOS DE LA ATENCIÓN GERIÁTRICA = (dra. Margery Warren)

- 1) Profundización en la aproximación general al adulto mayor **excellent**
- 2) Se hace reconocimiento a los grandes síndromes geriátricos.
- 3) Enfoque al cuidado del anciano por órgano / sistema.
- 4) Reconocimiento de principios de cuidado al anciano en situaciones especiales.



- » El paciente geriátrico tiene características particulares que hacen necesario un abordaje diagnóstico, clínico y terapéutico diferente de aquel que usualmente se emplea en la población adulta general. La valoración geriátrica integral (VGI) se diferencia de la evaluación médica estándar en que se centra en la patología del anciano, la forma atípica de presentación de enfermedades, su especial vulnerabilidad ante agresiones externas e internas, y adquirir conocimiento de todo aquello que tiene impacto en su persona.

DEFINICIÓN

» Herramienta integradora multidimensional e interdisciplinaria, diseñada para identificar y clasificar los problemas **Silky**

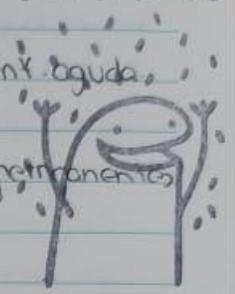
• SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO •

(S.1) También conocido como "delirium" es un síndrome clínico transitorio y reversible caracterizado por una alteración en la atención, el nivel de conciencia y disturbación cognitiva, de inicio agudo y curso fluctuante.

excelente

→ Frecuentemente ocurre en el marco de un proceso de enf. aguda.

* Sus síntomas pueden cronicarse o generar secuelas permanentes.



→ EPIDEMIOLOGÍA:

- Urgencias hospitalarias 14-24%
- UCI 70-87%
- Ingreso 6-56%
- Plantas qx 15-62%
- Intervenidos de fractura de cadera 43-61%
- Ude cuidados paliativos 83%
- > en = procedimientos cardiocirculatorios, intervenciones traumatológicas, cirugía vascular, cataratas

→ CONSECUENCIAS: sanitarias - económicas =

- ↑ morbilidad (10-26%) en px hospitalizados
- 22-76% px que la desarrollan en su estancia.
- neumonías ◦ úlceras por presión ◦ letargia

◦ Deterioro funcional y cognitivo

- Algunos px no se recuperan completamente
- ↑ cognitivo = puede ser por un daño neuronal directo

◦ ↑ costes de atención sanitaria y social

- ↑ estancia hospitalaria
- traslado a unidades de rehabilitación
- Ayuda domiciliaria
- Institucionalización al alta.

DEMENCIA

Mónica Anrueto

01-03-24
SMART
BOOK

» Es un síndrome adquirido caracterizado por deterioro persistente de funciones cognitivas, del estado mental y de la conducta social, no causado por un delirium, y que interfiere en los act. de la vida diaria, la actividad laboral o social «

EPIDEMIOLOGIA =

• 65-74a → 4.2% • ♀ ↑
Prevalencia 6.5% • 85a → 27.7%

excelente



La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es difícil en los px con demencia por la cambiante de la sintomatología y la necesidad de escalas que evalúen la discapacidad que genera, la presencia de trastornos conductuales o características de los cuidados que se proporcionan.

• DX •

→ HC y exploración neurológica, evaluar la repercusión en los niveles de funcionalidad del individuo, evaluación neuropsicológica formal.

- Obligatorio si se presentan:

- Quejas subjetivas de pérdida de memoria o alt. cognitiva.
- Deterioro funcional de reciente comienzo sin aparente causa.
- Depresión de inicio en edades avanzadas.
- Presentación de cuadros confusionales durante un ingreso h.

= VALORACIÓN CLÍNICA =

- o Memoria (trabajo, episódica y semántica)
- o Orientación (tiempo, espacio y persona)
- o Atención
- o Lenguaje (trastornos de la denominación, circumlocución, parafrasis, estereotipias, neologismos, agramatismos y jerga forso, lectura, escritura).



sigue así

Silku

DEPRESIÓN y ANSIEDAD

Mónica Anzueto
05-03-24
SMART BOOK

↳ Constituye uno de los síndromes geriátricos más frecuentes e incapacitantes.

↳ Infradiagnóstico 32-50% ↳ Infratratamiento 37-50%

• La depresión no tratada puede durar años → pobre calidad de vida, deterioro del funcionamiento social y físico.

↳ Geriatric Mental State → entrevista - Sistema de detección

• Aprox. >50% en ♀ → en mayores no se observaron diferencias.

• Según el Instituto Nacional de Salud Mental de EU → 15%

de personas >65a. ha presentado episodios en algún momento.

- En la comunidad 10%.

= PREVALENCIA = - Residencia geriátricas 15-35%
- Hospitalizado, 10-20%.

excelente



ETIOLOGÍA - factores = demográficos y sociales

• **fx BIOLÓGICOS** =

↳ + frec. en ancianos frecuentemente enfermos

↳ Principales factores de riesgo = gravedad en la enf. física, grado de incapacidad, deterioro cognitivo coexistente y una historia psiquiátrica + previa.

= Prevalencia en enf. determinados =

	DMa	DMc
Parkinson	20%	20%
lotus	20-50%	-
Alzheimer	20-25%	20%
Enf. cardiav.	20%	21%
frac. de cadera	20%	-
EPOC mod-grave	7-42%	-

Tabla 2. Enfermedades asociadas a la depresión.

Deshidratación	EPOC
Hiponatremia/Hipernatremia	Colon irritable
Hipoglucemia/Hiper glucemia	Incontinencia urinaria/anal
Hipocalcemia/Hiper calcemia	Artritis degenerativa
Hipotiroidismo/Hipertiroidismo	Enfermedad de Paget
Hiperparatiroidismo	Lupus eritematoso sistémico
Enfermedad de Cushing	Arteritis de la temporal
Enfermedad de Addison	Traumatismos craneoencefálicos
Deficits vitamínicos	Fractura de cadera
Diabetes mellitus	Accidentes cerebro-vasculares
Insuficiencia cardíaca congestiva	Enfermedad de Parkinson
Infarto agudo de miocardio	Corea de Huntington
Enfermedad de Wilson	Esclerosis múltiple
Nefropatías	Demencias
Infecciones	Epilepsia
Tumores	

= FARMACOLOGÍA E IATROGENIA =

08-03-21

Mónica SMART BOOK

- Cerca del 20% de los ancianos presenta alguna enf. crónica
 - o Varias enfermedades en forma simultánea = ↑ consumo de fármacos
- Algunos oscilan entre 2 y 4 por persona y día
- Medio residencial = 3.5
- Hospital = 1.8

excelente



La farmacocinética y farmacodinamia se modifican con la edad

↳ ↑ sensibilidad ↳ ↑ reacciones adversas

- Algunos no cumplen la pauta indicada
 - Automedicación 40-80%
- } Factores socioculturales

Acontecimientos adversos producidos en cualquier forma de intervención de los servicios de salud y sociales } IATROGENIA

↓
Problema fundamental en la asistencia a los ancianos.
* la mayoría son producidos por fármacos y sus interacciones

ALT "FARMACOCINÉTICAS"

o Absorción = Por factores como =

- ↑ pH gástrico (gastritis atrofica)
- Alta motilidad intestinal
- Retraso del vaciado gástrico
- ↓ cel. absorbentes
- ↓ flujo sang. intestinal

o Alt. del transporte activo = afecta la biodisponibilidad.

o Distribución = ↑ vol. de distribución de fármacos hidrofílicos ↓

- Grasa corporal ↑ - LEC ↓
- Masa magra ↓ - GC ↓
- Agua corporal total ↓ - Flujo sang. cerebral ↓ y ♥

↳ distribución de fármacos lipofílicos ↑

- ↑ Proteínas de unión a fármacos

Silky

= MALNUTRICIÓN =

12-03-24

México SMART BOOK

forma parte de los grandes síndromes geriátricos.

- Patología que \uparrow mortalidad y \uparrow discapacidad, caídas y se asocia a fracturas, retraso en la cicatrización.
- 50% \rightarrow causas reversibles.

Prevalencia = ◦ 23-85% ancianos institucionalizados,
◦ 50% en servicios médicos

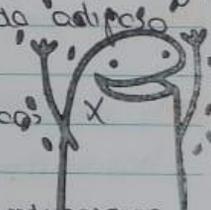
CLASIFICACIÓN = \rightarrow Primarias = Ingesta inadecuada o mala calidad de los alimentos.

\downarrow
 \rightarrow Secundarias = Por enf. agudas o crónicas

◦ Desnutrición calórica (marasmo) = Por falta o pérdida prolongada de energía y nutrientes \rightarrow \downarrow peso por \downarrow tejido adiposo y \downarrow masa muscular.

- Parámetros bioquímicos \checkmark - antropométricos \times

excelente



◦ Desnutrición proteica (Kwashiorkor) = Aguda. En situaciones de estrés \rightarrow \downarrow aporte proteico o \uparrow requerimiento.
- Parámetros antropométricos \checkmark - Proteínas viscerales \downarrow

◦ D. Mixta = Mezcla de las 2 ant. \uparrow frec. en el medio hospitalario.

◦ Estados carenciales = Deficiencia absoluta de algún nutriente (calcio, hierro o vitaminas) = \uparrow de sus necesidades o \downarrow ingesta.

\rightarrow FACTORES DE RIESGO =

◦ Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento =

- Ausencia de piezas dentales
- \downarrow sentido del gusto y olfato
- \downarrow motilidad gastrointestinal = da lugar a dispepsia,

Silky

TRAST. DEL SUEÑO

12-03-24

Mónica SMART BOOK

FACTORES QUE CONTRIBUYEN A SU ALT. =

- Cambios asociados al envejecimiento, factores psicosociales, enfermedades, muerte de un familiar, alt. del ciclo circadiano.

Etapas del sueño

- REM = Mov. rápidos, epúoricos de los ojos, atenta muscular, ondas electroencefalográficas de \uparrow voltaje. (\downarrow en la 6ta. década)

- Na REM = 4 estadios = 1y2 - sueño ligero
3y4 - sueño profundo

Al envejecer = \uparrow 1, 3y4 \downarrow

o Transición de vigilia a sueño (4 ciclo 90-120 min)

→ Los trastornos \uparrow morbilidad y \downarrow la calidad de vida

* → \uparrow freq. = Insomnio, síndrome de apnea, hipopnea del sueño (SAHS), síndrome de piernas inquietas y alt. del sueño en demencias

excelente

= INSOMNIO =

- > Dificultad para iniciar o consolidar el sueño
- > Alt. en la calidad del sueño y su duración



- Criterios = ICSD-2 (The International Classification of Sleep Disorders, 2^o edición) ↓

o Dif. para iniciar el sueño y mantenerlo, despertar precoz o no tener un sueño reparador.

o La dificultad se produce a pesar de las facilidades

o Alteraciones en el día = fatiga o malestar, déficit de atención, concentración, deterioro de la memoria, disfunción, alt. del estado de ánimo, somnolencia, \downarrow motivación

Silky

= DISTAFIA =

>> Dificultad para el paso del bolo alimentario desde la boca hasta el estómag. inf. <<

> edad = ↑ prevalencia → Comprometiendo el estado nutricional y ↑ riesgo de neumonía por aspiración y ↓ de la calidad de vida.

→ Trae repercusiones físicas y emocionales

- 22% de personas > 50a. la presentan
- 30% en unidades de geriatría
- 30% y 40% que viven en la comunidad
- 60% ingresados en residencias.

excelente



= DEGLUCIÓN NORMAL =

Resultado de una compleja y coordinada act. motora, en la que interviene multitud de nervios y músculos de la boca y del cuello → Dirigido por el centro de la deglución del tronco del encéfalo (PC = V, VII, IX, X, XI, XII) + acción cortical y los núcleos grises centrales y del cerebro

- 4 fases =
- 1) Oral preparatoria = Comienza en la boca y se termina cuando el bolo está preparado para el desplazamiento a la faringe. Se mastica.
 - 2) Oral de transporte = El bolo es propulsado a la faringe y termina cuando pasa por el istmo de las fauces y se dispara el reflejo deglutorio
 - 3) faríngea = Disparo del reflejo deglutorio y termina cuando el bol. pasa por el esfinter esofágico sup.
 - 4) Esofágica = El bolo es propulsado a través del esófago hacia el estómago.

VOLUNTARIA

INVOLENTARIA

FRAGILIDAD, SARCOPIENIA, INMOVILIDAD

SMART BOOK

- 1/3 de la población > 65 años totalmente inmovilizada

= **FRAGILIDAD** = (en las 70's para muchos al borde del deterioro)
◦ Predra arguiter = identificación, evaluación, tx

Umbral a partir del cual la pérdida de la reserva fisiológica y de la capacidad de adaptación del organismo empieza a ser insuficiente para mantener la independencia y se sitúan en riesgo de perderla.

DEFINICIÓN → Amplia y no estandarizada.

- Abarca una serie de signos y síntomas → síndrome clínico.

↳ Pérdida de la reserva fisiológica del organismo *
para provocar un principio de deterioro funcional

- Fx genéticas del envejecimiento } Todo marca la reserva
- Hábitos de vida } fisiológica → umbral
- Enf. a lo largo de la vida } ↳ Se agota

- Modelo de fragilidad (Fried 2001)

◦ + Peso no intencionado ◦ Debilidad
◦ Conscencia ◦ Lentitud ◦ Act. Física baja

→ 2 criterios = Prefrágiles (predice conversión a fragilidad)

→ ≥ 3 criterios = frágiles

◦ No aplicada = poco aplicada en la práctica. Muerte a 3A

→ Modelo de múltiples dominios (Rockwood 1994)

◦ Dependencia ◦ Riesgo a sufrir resultados adversos

◦ Pérdida de reservas fisiológicas ◦ Enf. crónicas

◦ Complejidad médica ◦ Exhaustivo y pierde rapidez

INCONTINENCIA

SMART
BOOK

(IV) No forma parte del envejecimiento normal aunque cambios relacionados con la edad contribuyen su aparición

→ Deteriora la calidad de vida, el estado físico, psicológico y social

Pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable y sufrimiento como para constituir un problema social e higiénico a quien la padece -OMS-

• Sociedad Internacional de Continencia (ICS) "todo queja de pérdida involuntaria de orina"

◦ + Frec en ♀ ◦ Prevalencia = 15.5% - 17.9% ◦ >80A 53.3%

= fisiopatología =

Depende del normal funcionamiento de estruct. anatómicas -
SN y vías urinarias / Buena situación física, cognitiva y psicológica

La micción normal consta de dos fases =

↳ Reguladas por el

• SN Simp.

• SN Parasim.

• SN Somático

1) llenado = el simpático cierra el esfínter interno vesical y relaja la cúpula vesical + parasimp. mantiene el tono de la musculatura pélvica.

2) Voidado = Estímulo parasimpático que produce la contracción vesical y ↑ simp. y somático.

= CLASIFICACIÓN = - Duración = transitoria o establecida

↓

◦ DRIP (goteo) = delirium, retención o restricción de la movilidad, inf., inflamación, impropiedad fecal *Silky*

USINCOPE

Cuadro clínico caracterizado por la pérdida súbita de conciencia debido a una hipoperfusión cerebral global transitoria de corta duración (no > 20s), con recuperación completa de forma espontánea.

DEFINICIÓN

- **PRE-SINCOPE** = Signos y síntomas que preceden a la pérdida de conocimiento aunque no se llega a producir.

EPIDEMIOLOGÍA =

- ↑ prevalente en ancianos, por la frec. de alt. asociados a la edad.
 - Pico de incidencia → 10-30 A. / otro a partir de los 65 A.
 - > 70 A = 10 %
 - en > 65 A → 3ra. causa más frec. de hospitalización
- Peculiaridades que acompañan al síncope.

→

Coexistencia de más de una causa etiológica atribuible.
Frecuente polimedicación.
Alta prevalencia de comorbilidades cardíacas y cerebrovasculares.
Es frecuente la amnesia del episodio sincopal y la falta de testigos.
Existen dificultades para diferenciar entre síncope y caídas.
Tiene peor pronóstico debido a la mayor prevalencia de enfermedad cardíaca estructural o eléctrica subyacente.
Un 25% se presentan como caídas recurrentes de causa desconocida.
Los síntomas prodromáticos son menos habituales.

→

• FISIOPATOLOGÍA = ★ HIPOPERFUSIÓN cerebral global

- Por diversas causas por un tiempo mínimo de 6-8s.
- TA → determinado por = G_c y P_{up} (si alguno ↓ = pueden desencadenar un episodio sincopal.)
- $P_{up} \downarrow$ = act. refleja inapropiada → bradicardia y vasodilatación
- $G_c \downarrow$ = arritmias, enf. estructural, depleción de volumen o ↓ del retorno venoso.

• **ETIOLOGÍA** → ★ + comunes = hipotensión ortostática, síncope reflejo (síndrome de hipersensibilidad del seno carotídeo) *Silky*