



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
Campus Comitán
Licenciatura en Medicina Humana



Materia:
Geriatría

Nombre del trabajo:
Resumen de temas

Alumno:
Luis Antonio Meza Puon

Grupo: "A" Grado: "6"

Docente:
Dr. Romeo Suarez Martínez

Comitán de Domínguez Chiapas a 15 de marzo de 2024.

Valoración Geriátrica como Instrumento

Luis Antonio
Meza Poon

El proceso de envejecimiento se asocia a cambios físicos, mentales y sociales que pueden repercutir sobre la capacidad funcional de la persona mayor, ocasionando una pérdida de la autonomía y la aparición de dependencias.

La VGI constituye la herramienta principal de la asistencia al paciente mayor. Fue definida por Rubenstein como "el proceso diagnóstico multidimensional, usualmente interdisciplinario, dirigido a cualquier problema y capacidades médico-funcionales, psíquicos y sociales del mayor con el objeto de trazar un plan para el tratamiento y el seguimiento a largo plazo." Su implicación permite seguir un patrón bio-psico-social funcional que nos permite, con un análisis, estructurado, detallar los aspectos más relevantes que influyen en la situación actual del anciano.

2. Objetivos y Beneficios de la VGI

- Conocer la situación basal del paciente
- Diseñar planes de cuidados y tratamiento
- Mejorar la precisión diagnóstica
- Seguimiento de la respuesta al tratamiento
- Ofrecer la ubicación más adecuada
- Optimizar el uso de recursos sanitarios
- Evaluar la repercusión funcional de la enfermedad

muy bien



3. Estructura e Instrumentos de la VGI

Para facilitar la recolección de información, agilizar su transmisión, la VGI se ayuda de instrumentos o escalas estandarizadas, que permiten cuantificar de forma objetiva, válida, reproducible y fiable los datos relativos.

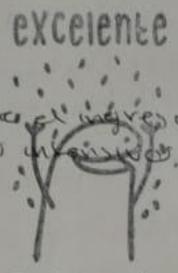
3.1. Evaluación biomédica: anamnesis, exploración y pruebas complementarias.

En el paciente mayor la anamnesis requiere más tiempo debido al frecuente deterioro en varias esferas que dificultan la comunicación, siendo a veces necesaria la participación familiar para completar la historia clínica. Debemos recoger los antecedentes personales y familiares, diagnósticos previos, síndromes geriátricos, hospitalizaciones, cirugías, tratamiento previo con dosis y reacciones adversas medicamentosas y por último relatar la enfermedad actual.

La exploración física comenzará por la observación e inspección del estado general del paciente, posteriormente se realizará la toma de constantes como se expone a continuación:

Síndrome Confusional Agudo

El síndrome confusional agudo es un síndrome clínico transitorio y reversible caracterizado por una alteración en la atención, el nivel de conciencia y distinción cognitiva de inicio agudo y curso fluctuante.



1.2 Epidemiología

En lugares de urgencias hospitalarias es del 14% - 24%, durante el ingreso varía del 6 al 56%, siendo mayor en las unidades de cuidados intensivos.

2. Fisiopatología

Actualmente no se conoce con seguridad la fisiopatología del SCA, siendo considerada más una lesión funcional que estructural.

2.1 Disrupción a nivel de neurotransmisores cerebrales.

- Deficit ACh colinérgico: con la edad se produce disminución de la liberación de acetilcolina y disfunción de receptores muscarínicos, también se ha observado una mayor actividad anticolinérgica en suero en pacientes mayores durante un proceso agudo, asimismo los fármacos anticolinérgicos pueden producir delirium.
- Elevada función dopaminérgica cerebral: tanto los agonistas dopaminérgicos como la L-dopa pueden desencadenar cuadros confusionales con delirios y alucinaciones.
- Otros neurotransmisores implicados:
 - Incremento del GABA: se produce aumento de sus precursores en encefalopatía hepática y durante el tratamiento con benzodiazepinas
 - Aumento o disminución de la concentración de serotonina:

Alteraciones demostradas con técnicas de neuroimagen

Las regiones afectadas o más vulnerables a desarrollar SCA son el córtex prefrontal, córtex fusiforme, córtex parietal posterior, tálamo y ganglios basales, especialmente en el hemisferio no dominante.

3. Etiología

La etiología del SCA es compleja y multifactorial, se produce un paciente vulnerable, con factores predisponentes, exógenos o determinantes factores precipitantes.

del 80% de los casos

Demencia

Luis Antonio Meza Poon

1. Epidemiología y magnitud del problema.

La demencia 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 las actividades de la vida diaria, la actividad laboral o social. La prevalencia es del 6.5% aumentando desde un 4.2% entre los 65 y 74 años hasta el 27.7% en los mayores de los 85 años, siendo mayor en las mujeres.

2. Diagnóstico sindrómico de demencia

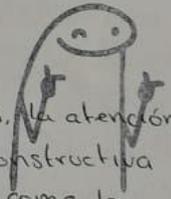
El diagnóstico exige realizar historia clínica y exploración neurológica, evaluar la repercusión en los niveles de funcionalidad del individuo y realizar una evaluación neuropsicológica formal. En el anciano es obligatoria la evaluación de deterioro cognitivo si se presentan:

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

muy bien

2.1 Valoración clínica

Las funciones cognitivas a explorar son la memoria, orientación, la atención, el lenguaje, las praxias, la función visoespacial, la función visuoespacial y las funciones ejecutivas. Se usan escalas específicas en demencia como la IDDD, ADCS-ADL o la ADFACS.



3. Exploraciones complementarias

Para la petición de exploraciones complementarias se siguen las recomendaciones de las guías clínicas como la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). El estudio básico incluye hemograma, perfil renal y hepático, iones con calcio, glucemia, lípidos y proteínas, hormonas tiroideas, vit. B12, ácido fólico y neuroimagen estructural (TAC o RM). También se puede hacer serología para sífilis, borrelia y VIH si clínica atípica o sugerente.

Depresión y Ansiedad

Luis Antonio Heza Poon

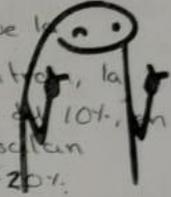
Depresión en el anciano

La depresión constituye uno de los síndromes geriátricos más frecuentes e incapacitantes, se trata de una enfermedad que pasa con mucha frecuencia desapercibida o no se trata de manera adecuada con grados de infradiagnóstico del 32-50% y de infratratamiento 37-50%.

Epidemiología

Las cifras de depresión en los ancianos son difíciles de comparar, ya que la prevalencia varía dependiendo de las circunstancias en que estos se encuentran, la prevalencia de la depresión en los ancianos que viven en la comunidad es del 10%, en los que están institucionalizados en residencias geriátricas las cifras oscilan entre el 15-35% y en los que se encuentran hospitalizaciones entre el 10-20%.

muy bien



Factores biológicos

La depresión es más frecuente en ancianos que están físicamente enfermos que en los que están sanos. Los principales factores de riesgo para la depresión son: la gravedad de la enfermedad física, grado de incapacidad, deterioro cognitivo coexistente y una historia psiquiátrica positiva previa. También es importante destacar otros trastornos médicos que pueden ocasionar depresión en el anciano como las enfermedades endocrino-metabólicas, abuso de alcohol, fármacos o drogas, etc. En los pacientes con enfermedad de Alzheimer, los síntomas depresivos suelen ser intermitentes y coinciden con otros síntomas de conducta y psicológicos de la demencia.

Factores psicosociales

Estudios y revisiones resaltan la importancia de los acontecimientos vitales adversos que pueden ser capaces de desencadenar trastornos anímicos como: la muerte de la pareja o un familiar, la enfermedad, la discapacidad, deterioro funcional, la jubilación con la consiguiente pérdida de estatus social y económico, el rechazo de la familia y el aislamiento social.

Manifestaciones clínicas y clasificación

La depresión en las personas ancianas se presenta muchas veces de una forma atípica, los pacientes de más edad tienden a tener un aumento de quejas somáticas, trastornos del sueño, agitación, pensamiento de muerte, mala concentración y retraso, un síntoma bastante común es la anhedonia, otros síntomas característicos son: irritabilidad, apatamiento afectivo, lentitud en el pensamiento, disminución del apetito.

factores psicosociales

Farmacología e Iatrogenia

Luis Antonio Heza Poon

Cerca del 80% de los ancianos presenta alguna enfermedad crónica como HTA, DM, artrosis, insuficiencia cardíaca, etc. Además, muchos de estos pacientes presentan varias enfermedades de forma simultánea, lo que condiciona un alto consumo de fármacos. El número medio de fármacos que toman los ancianos son entre 2 y 4 por persona y día, mientras que en el medio residencial es de 3,5 **muy bien** hospital 4,8

Envejecimiento y farmacología



Alteraciones farmacocinéticas

- **Absorción:** Los cambios fisiológicos secundarios al envejecimiento afectan a la absorción de los fármacos debido a diversos factores como: incremento del pH gástrico por desarrollo de gastritis atrófica, retraso del vaciado gástrico, disminución del flujo sanguíneo, alteración de la motilidad intestinal y disminución del número de células absorbentes.
- **Distribución:** Con el envejecimiento la grasa corporal se incrementa, disminuye la masa magra, el agua corporal total, el volumen del líquido extracelular, gasto cardíaco, flujo sanguíneo cerebral y cardíaco.
- **Metabolismo:** Con la edad hay un descenso del flujo sanguíneo y la masa hepática, las alteraciones de las reacciones oxidativas son secundarias a la disminución de la masa hepática, más que a la reducción de la actividad enzimática.
- **Eliminación:** Se relaciona con una reducción importante de la masa renal, el número y tamaño de las nefronas

Sensibilidad alterada

- Los ancianos responden menos a los betabloqueantes, beta-agonistas y furosemidas, por otra parte, son más sensibles a medicamentos como benzodiazepinas, opiáceos, metoclopramida, levodopa, etc.

Alteraciones en los mecanismos homeostáticos

En el envejecimiento se producen alteraciones homeostáticas que afectan a la respuesta a los fármacos, como la disfunción del sistema nervioso autónomo, alteración de la termorregulación, disfunción cognitiva, intolerancia a la glucosa e inmunodeficiencia. Algunas de las consecuencias son:

- Síncopes y caídas ante fármacos como los antihipertensivos
- Retención urinaria y estreñimiento
- Caídas y delirio por ardantes
- Hipertemia con neurolepticos

Malnutrición

Los Antonio Heza Poon

La malnutrición forma parte de los grandes síndromes geriátricos y es factor de fragilidad, su presencia se asocia a aumento de la mortalidad y de la discapacidad, mayor frecuencia de caídas y fracturas, empeora el deterioro cognitivo, se asocia con retraso en la cicatrización y en la recuperación tras la cirugía.

La importancia de la malnutrición radica en la alta prevalencia en geriatría, su infradiagnóstico y las consecuencias catastróficas para la salud y la calidad de vida, en los ancianos institucionalizados la prevalencia varía en torno al 23-85%.

Definición

Malnutrición es la alteración de la composición y función corporal consecuencia de la deficiencia, exceso o desequilibrio del aporte de energía, proteínas u otros nutrientes, que representa un riesgo para la salud, cuando el aporte es excesivo hablamos de obesidad.

Clasificación de la desnutrición

- Desnutrición calórica (marasmo): por falta o pérdida prolongada de energía y nutrientes
- Desnutrición proteica (Kwashiorkor): desnutrición aguda en situaciones de estrés que provocan disminución del aporte proteico.
- Desnutrición mixta: mezcla las características de los dos procesos anteriores.
- Estados carenciales: cuando tiene lugar una deficiencia aislada de algún nutriente.

Factores de riesgo de malnutrición en el anciano

- Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento
- Depresión
- Deterioro funcional
- Latrogenia
- Deterioro cognitivo
- Pluripatología y la polifarmacia
- Factores sociales, pobreza, aislamiento social

muy bien



Valoración nutricional

Las alteraciones clínicas, antropométricas y bioquímicas de la malnutrición suelen ser tardías, por lo que se necesita un alto índice de sospecha, esta valoración forma parte del (estado) valoración geriátrica integral: historia clínica, exploración física, valoración social, funcional y cognitiva, valores antropométricos, valores bioquímicos e historia nutricional. El primer paso a detectar son los factores de riesgo de malnutrición a través de la historia clínica y los cuestionarios estructurados.

Trastornos del sueño

El sueño reparador es esencial para una vida sana, diversos factores pueden contribuir a alteraciones del sueño en el paciente anciano: cambios asociados al envejecimiento, factores psicosociales como la jubilación, enfermedades, muerte de un familiar, alteración del ritmo circadiano.

El sueño normal se divide en diferentes etapas:

- Fase de sueño REM: caracterizada por la combinación de movimientos rápidos episódicos de los ojos, atonía muscular y ondas electroencefalográficas de bajo voltaje, rápidas y desincronizadas.
- Fase de sueño no REM: dividida a su vez en 4 estadios: los estadios 1 y 2 constituyen el sueño ligero mientras que los estadios 3 y 4 se denominan sueño profundo o de ondas lentas.

muy bien

Insomnio

El insomnio es el trastorno del sueño más prevalente en la práctica médica. Constituye un síntoma utilizado para descubrir cualquier dificultad para iniciar o consolidar el sueño, los criterios diagnósticos comprenden:

- Dificultad para iniciar el sueño, para mantener el sueño, despertar precoz, o no tener un sueño reparador.
- Dificultad del sueño se produce a pesar de que se den las facilidades necesarias para tener un sueño reparador
- La dificultad de conciliar el sueño debe producir al menos una de las siguientes alteraciones durante el día: fatiga o malestar, déficit de atención, concentración o deterioro de la memoria, disfunción social o laboral.



Fisiopatología

Aparece como resultado de la interacción de factores biológicos, físicos y ambientales, estudios experimentales indican que el insomnio es una manifestación de hiperactividad y se cree que las manifestaciones diurnas son causas del insomnio, se han identificado algunos genes que regulan el ritmo circadiano como Clock y Per2 y las mutaciones de dichos genes se han relacionado con alteraciones del ritmo del sueño.

Disfagia

Se define como la dificultad para el paso del bolo alimentario desde la boca hasta el esófago inferior, es relativamente común en la población general, su prevalencia aumenta con la edad.

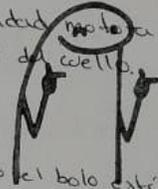
Fisiología de la deglución normal

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 del cuello.

La deglución se divide en cuatro fases:

- Fase oral preparatoria: comienza con la boca y se termina cuando el bolo está preparado para el desplazamiento hacia la faringe.
- Fase de oral de transporte: empieza cuando el bolo se desplaza para ser propulsado hacia la faringe y termina cuando el bolo pasa por el istmo de las fauces y se dispara el reflejo deglutorio.
- Fase faríngea: se inicia con el disparo del reflejo deglutorio y termina cuando el bolo pasa por el esfínter esofágico superior.
- Fase esofágica: durante la cual el bolo alimentario es propulsado a través del esófago hasta el estómago.

muy bien



Causas de disfagia

- Disfagia orofaríngea (80%): es la enfermedad cerebrovascular secundaria a lesiones tanto en el tronco encefálico, núcleos de la base, pares craneales, áreas del control motor y praxias.
- Disfagia orofaríngea esofágica: se puede presentar por alteraciones en la motilidad esofágica como lo son la acalasia y espasmo esofágico difuso, así como también por alteraciones estructurales, de las cuales el carcinoma esofágico y la estenosis péptica son frecuentes.

Fragilidad, Sarcopenia, Inmovilidad

Durante el envejecimiento existe un aumento de la incidencia y prevalencia de aquellas enfermedades, básicamente degenerativas en las que la edad avanzada es, un importante factor de riesgo y que tienden, en su evolución, hacia frecuentes situaciones de incapacidad.

Fragilidad

Es un término que se empezó a utilizar en los años 70 para designar al grupo de ancianos que se encuentran justo en el borde del deterioro, la identificación, evaluación y tratamiento del anciano frágil constituye la piedra angular en la práctica de la geriatría.

Presentación clínica

- Sarcopenia
- Pérdida de peso
- Disminución de ingesta oral
- Trastorno en el equilibrio y la marcha
- Debilidad
- Fatiga
- Osteopenia
- Inactividad

Valoración de la fragilidad

- Test funcionales individuales podrían ser utilizados como indicadores de riesgo de discapacidad y, por lo tanto, serían marcadores de fragilidad. Destacan entre otros los test de detección de riesgos de caídas TimettiP, Timed get up & go.

Prevención y manejo: recomendaciones

Potenciar aspectos de movilidad a través de ejercicio físico

Revisión periódica de la medicación habitual

Sarcopenia

El término sarcopenia fue descrito por primera vez en 1989 por Irwing Rosenberg con la intención de describir la pérdida de masa muscular relacionada con la edad. La definición actualmente aceptada es la de un síndrome geriátrico que se caracteriza por la pérdida de masa fuerza muscular esquelética progresiva y generalizada, que condiciona la discapacidad, empeoramiento de la calidad de vida e incluso a muerte.

Incontinencia

La incontinencia urinaria se engloba dentro de los síndromes geriátricos por su elevada prevalencia y su potencial para originar diferentes formas de incapacidad en el anciano, siendo fundamental la intervención sobre ella.

Clasificación clínica

En base a su duración, la IU puede ser transitoria o establecida, existen acrónimos en la literatura inglesa que nos facilitan el recuerdo de las causas transitorias de incontinencia: DRIP (gotero), delirium, retención o restricción de movilidad, infección, inflamación, impactación fecal, polifarmacia, eduria o DIAPPEERS.

- IU de urgencia
- IU de esfuerzo o de estrés
- IU mixta
- IU por rebosamiento o paradójica
- Incontinencia funcional

Diagnóstico de la incontinencia urinaria

La etiología de la incontinencia en el anciano suele ser multifactorial, por lo que se tendrá que realizar una valoración multidimensional. Pasos o recursos para el diagnóstico.

- Anamnesis
 - Historia médica general
 - Historia médica dirigida
- Valoración funcional
- Exploración
- Pruebas complementarias
 - Analítica general, bioquímica de sangre y orina.

Tratamiento

- Modificación de los factores favorecedores y hábitos de vida
- Entrenamiento del vaciado de la vejiga
- Rehabilitación de la musculatura del suelo pélvico
- Intervenciones de soporte o medidas paliativas.

Síncope en el anciano

El síncope es un cuadro clínico caracterizado por la pérdida súbita de conciencia debido a una hipoperfusión cerebral global transitoria de corta duración, con recuperación completa de forma espontánea.

Fisiopatología

El mecanismo fisiopatológico común a todos los tipos de síncope es la hipoperfusión cerebral global por diversas causas durante un tiempo mínimo de 6-8 seg. de duración, la TA está determinada por el gasto cardíaco y la resistencia vascular periférica, por lo que un descenso en uno o en ambos factores puede desencadenar un episodio sincopal.

Etiología

Tabla 2. Clasificación de los tipos de síncope.

Reflejo o neuromediado	Vasovagal
	Hipersensibilidad o enfermedad del seno carotídeo
Ortostático (20% casos)	Situacional
	Fallo autonómico primario
	Fallo autonómico secundario
Cardíaco	Por fármacos
	Por depleción de volumen
	Arritmico
	Estructural

Evaluación diagnóstica

La evaluación inicial de una pérdida transitoria del conocimiento consiste en la realización de una historia clínica cuidadosa que incluya antecedentes personales, fármacos, síntomas prodrómicos, circunstancias acompañantes al episodio sincopal, exploración física, determinaciones ortostáticas de la TA y ECG. La evaluación inicial debe responder a estas tres preguntas: ¿Es un período sincopal o no? ¿Se ha determinado el diagnóstico etiológico? ¿Existe riesgo elevado de episodios cardiovasculares o muerte?

Pruebas diagnósticas

- Masaje del seno carotídeo
- Pruebas ortostáticas
- Monitorización electrocardiográfica
- Cateterismo cardíaco
- Estudio electrofisiológico
- Prueba de ATP o adenosina
- Ecocardiografía
- Prueba de esfuerzo