



**Universidad Del Sureste Medicina Humana
Campus Comitán
Licenciatura en medicina humana**



**Nombre del trabajo:
Resumen temas de clases**

**Nombre del alumno:
Carlos Omar Jacob Velázquez**

**Grado: 6
Grupo: A**

Materia: Geriatria

Docente:

Dr. Romeo Suarez Martinez

Comitán de Domínguez Chiapas a 15 de marzo del 2024

Valoración Geriátrica

Trabajo



incompleto

Valoración geriátrica integral (concepto)

- Constituye la herramienta principal de la asistencia al paciente mayor.

Definición por Rubenstein

El proceso diagnóstico multidimensional, usualmente interdisciplinario dirigido a cuantificar los problemas y capacidades médicas, funcionales, psíquicos y sociales del mayor con el objeto de trazar un plan para el tratamiento y el seguimiento a largo plazo. Su aplicación implica seguir un patrón bio-psico-social-funcional que permite un análisis estructurado.

- Se puede llevar a cabo por un equipo interdisciplinario (geriatras, enfermeros, trabajadores sociales). Se diseña un plan individualizado de actuaciones, recomendaciones y cuidados.

Este plan deberá ser modificado en función de la consecución de dichos objetivos, situación de la clínica y la evolución que presente el paciente.

- Objetivos

Conocer la situación basal del paciente

Mejorar la precisión diagnóstica

Evaluar la repercusión funcional de la enfermedad.

Diseñar planes de cuidado y tratamiento

Seguimiento de la respuesta al tratamiento

Ofrecer la ubicación más adecuada

Optimizar el uso de recursos sanitarios y sociales.

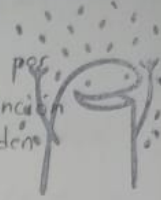
- Los beneficios en el medio hospitalario y unidades incluyen el aumento de la supervivencia, la mejora de la capacidad funcional.

Síndrome Confusional Agudo (SCA)

excelente

Definición

Es un síndrome clínico transitorio y reversible caracterizado por una alteración en la atención, el nivel de conciencia y disfunción cognitiva, de inicio agudo y curso fluctuante. Sus síntomas pueden cronificarse o generar secuelas permanentes.



Epidemiología - Prevalencia

- * Varía en función del ámbito en que se encuentre el paciente (Prevalencia)
 - Urgencias hospitalarias del 14-24%.
 - Cuidados intensivos 70-87%.
 - Plantas quirúrgicas 15-62%.
 - La prevalencia aumenta a mayor edad, ancianos frágiles o con demencia y a mayor severidad de la patología que motivo el ingreso.
 - ▲ El delirium tiene importantes consecuencias tanto sanitarias como económicas
 - Aumento de la morbimortalidad.
 - Tasa mortalidad en px hospitalizado por SCA, 10-26%.
 - Aquellos que lo desarrollan durante su estancia aumentan 22-76%.
 - Deterioro funcional y cognitivo:
- En el caso de la pérdida cognitiva, los datos sugieren que el proceso patológico pudo causar daño neuronal directo

Fisiopatología

No se conoce con seguridad la fisiopatología del SCA

Disrupción a nivel de neurotransmisores cerebrales

- Déficit colinérgico: Con la edad se produce disminución de la liberación de acetil colina y disfunción de receptores muscarínicos.
- Elevada función dopaminérgica cerebral: tanto los agonistas dopaminérgicos como la L-dopa pueden desencadenar cuadros confusionales con delirios y alucinaciones.

DEMENCIA

Definición

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.

Prevalencia

- 6,5%
- Aumenta desde 4,2% 65 y 74 años
- 27,7% en mayores de los 85 años

Incidencia

- 1% en >65 años
- 75% en mayores de 90 años

Diagnostico

sindrómico de demencia

Realizar historia clínica, exploración neurológica, evaluar repercusión en los niveles de funcionalidad del individuo, realizar evaluación neuropsicológica.

- Evaluación del deterioro cognitivo si presentan:
 - Quejas subjetivas de pérdida de memoria o 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

Valoración clínica

- Funciones cognitivas a evaluar: memoria, orientación, atención, lenguaje praxias, función visoespacial, función visuconstructiva, funciones ejecutivas
- Evaluar síntomas psicopatológicos y conductuales asociados a demencia: síntomas afectivos, síntomas psicóticos, trastornos del comportamiento y actividad.
- Completa evaluación con: Índices Kutz o Zaritel (ABVD), índice de Lawton.

excelente



Depresión y ansiedad

La depresión constituye uno de los síndromes geriátricos más frecuentes e incapacitantes. Afecta la calidad de vida del que la padece.

Epidemiología

- 15% > 65 años han presentado depresión
- 2% tipo severo 13% tipo leve

Etiología

- Factores biológicos - Más frecuente en ancianos enfermos, factores de riesgo: gravedad de la enfermedad física, el grado de incapacidad, deterioro cognitivo coexistente y una historia psiquiátrica positiva previa.
- Factores psicosociales - Muerte de la pareja o de un ser querido, la enfermedad la discapacidad y el deterioro funcional, jubilación con pérdida de estatus social y económico, rechazo de la familia y aislamiento social.

Manifestación clínica

- Aumento en quejas somáticas, trastornos del sueño, agitación pensamientos de muerte mala concentración y recuerdo.
- Síntomas: anhedonia - incapacidad de experimentar placer, insidioso inicio de depresión irremediabilidad, aplanamiento afectivo, lentitud en el pensamiento, disminución del apetito y de peso, insomnio con despertar precoz.

Clasificación

- DSM-IV - Depresión mayor, depresión menor, trastorno distímico y trastornos del ánimo no especificados.
- Sx de Cotard - presenta delirios de negación o nihilistas respecto al cuerpo partes del mismo o la propia existencia.
- Mortalidad asociada - La depresión podría contribuir a un aumento en la tasa de mortalidad.
- Suicidio y depresión - El riesgo de suicidio es 4 veces mayor.
- 60-90% de ancianos que intentan suicidarse presentan depresión.

Dx

Interrogatorio: síntomas, inicio y evolución, desencadenantes, antecedentes personales y familiares y empleo de medicamentos (dijitalés, benzodicepinas anti-H2, levodopa, calcioantagonistas, opiáceos y corticoides).

muy bien

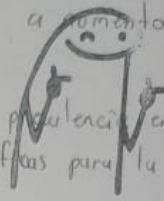


Malnutrición

Es un factor de fragilidad, su presencia se asocia a un aumento de la mortalidad y de la discapacidad.

La importancia de la malnutrición radica en la alta prevalencia en geriatría, su infradiagnóstico y las consecuencias catastróficas para la salud y calidad.

muy bien



Definición - se define como la alteración de la composición y función corporal consecuencia de la deficiencia, exceso o desequilibrio del aporte de energía

Clasificación

- Desnutrición calórica/marasmus: por falta o pérdida prolongada de energía y nutrientes con disminución de peso a costo de pérdida de tejido adiposo y masa muscular
- Desnutrición proteica/Kwashiorkor: Desnutriciones agudas en situaciones de estrés que provocan disminución del aporte proteico o aumento de los requerimientos
- Desnutrición mixta: Disminución de masa magra, la grasa, proteínas viscerales. Px con desnutrición crónica
- Estados carenciales: Deficiencia aislada de algún nutriente ya sea por disminución de ingesta o aumento de sus necesidades.

Factores de Riesgo

- Cambios fisiológicos asociados a envejecimiento: Ausencia de piezas dentales dificultando la masticación, disminución del sentido del gusto y del olfato. Atraso de la motilidad intestino(gastrointestinal).
- Deterioro funcional: Dificulta o impide realizar actividades de la vida diaria
- Deterioro cognitivo: Consecuencias funcionales que impiden la planificación y la ejecución del proceso de alimentación
- Pluri patología y polifarmacia: Ingesta de diuréticos y potentes diuréticos, depleción de depósitos de energía y proteínas.
- Depresión: pérdida o ganancia de peso
- Factores sociales, pobreza, aislamiento social
- Intoxicación, anorexia y alteraciones digestivas causadas por fármacos

Valoración nutricional

Historia clínica, exploración física, valoración social, funcional y cognitiva

Valores antropométricos, valores químicos.

Busqueda de signos de malnutrición.

Trastornos del sueño

Insomnio

Trastorno más prevalente

- Dificultad para iniciar el sueño, para mantener el sueño, despertar precoz o no tener sueño reparador.

Fisiopatología

Resultado de la interacción de factores biológicos, físicos y ambientales

- Insomnio transitorio, ocurre en cualquier persona
- Insomnio crónico, suele desarrollarse en personas con predisposición de depresión o ansiedad.

Clasificación

primario - cuando se identifica la causa

secundario - cuando aparece en el contexto de otro cuadro clínico

tiempo de duración - agudo o transitorio

Causas.

Enfermedades médicas y psiquiátricas, factores sociales, problemas ambientales, causas farmacológicas.

Evaluación clínica

Historia detallada del paciente, descartar causas médicas o farmacológicas
estudio básico de laboratorio, función renal, hepática, endocrina pulmonar y hematología.

Tx.

No farmacológico (tabla 2)

medidas psicológicas como los ejercicios de relajación y psicoeducación.

Farmacológico

benzodiazepinas

excelente



Disfagia

muy bien



Dificultad para el paso del bolo alimentario desde la boca hasta el esofago inferior

22% adultos >50 años la presentan.

Cambios en la fisiología de la deglución asociados al envejecimiento.

Causas: afectación anatómica.

Disfagia orofaríngea - enfermedad cerebrovascular secundaria a lesiones tanto en tronco encefálico, núcleos de la base para troncales, áreas del control motor y praxis.

Disfagia esofágica

Se puede presentar por alteraciones en la motilidad esofágica como son la acalasia y el espasmo esofágico difuso, así como por alteraciones estructurales.

Diagnostico

Realizar anamnesis completa y *La Anamnesis*

Antecedentes (patológicos): AVC, Parkinson, Enfermedad de Alzheimer

- Tratamiento farmacológico habitual.

- Síntomas respiratorios

Complicaciones del paciente con disfagia

Aspiración - infecciones respiratorias

- Malnutrición y deshidratación

- Dependencia y aislamiento social

Tabla 1. Causas de disfagia orofaríngea y esofágica en el adulto.

Disfagia orofaríngea	Disfagia esofágica
Disfagia orofaríngea <ul style="list-style-type: none"> • Neurológica (AVC, Parkinson, Alzheimer) • Anatómica (tumores, quimioterapia) • Farmacológica (medicamentos) • Infecciosa (infecciones) • Traumatismo • Radiación 	Disfagia esofágica <ul style="list-style-type: none"> • Motilidad (acalasia, espasmo difuso) • Anatómica (tumores, hernia de hiato) • Farmacológica (medicamentos) • Infecciosa (infecciones) • Traumatismo • Radiación

Fragilidad, Sarcopenia, Inmovilidad

Fragilidad: es un término que empezó a utilizarse en los años 70 para designar al grupo de ancianos que se encuentran justo en el borde del deterioro.

Definición: La definición estandarizada no ha sido establecida. La fragilidad abarca una serie de síntomas y signos comportándose como un síndrome clínico.

- Fenotipo físico de fragilidad (Fried 2001)
 - Pérdida de peso no intencionada, debilidad, cansancio o baja resistencia
 - Lentitud y grado de actividad física bajo.
 - Sujetos con uno o 2 criterios se consideran prefrágiles
 - Con 3 o más criterios se consideran frágiles.
- Modelo de múltiples dominios (Rockwood 1994).
 - Incluye dependencia de otros o riesgo de depender, riesgo sustancial a sufrir resultados adversos, pérdida de reservas fisiológicas, problemas psicosociales, complejidad médica, suele ser exhaustiva y pierde rapidez.
 - La fragilidad confiere un riesgo elevado de mortalidad, discapacidad e institucionalización.
- Presentación Clínica
 - Componentes del síndrome: sarcopenia, trastorno en el equilibrio y la marcha, descondicionamiento con la aparición de inmovilidad y osteopenia.
 - Pérdida de peso, debilidad, fatiga, inactividad y disminución de ingesta oral.
- Patogenia - Precursor fisiológico y factor etiológico en la discapacidad.
 - Características centrales de debilidad, disminución en la resistencia y en la técnica.
 - Cambios fisiológicos - Pérdida de masa muscular relacionada con el envejecimiento o sarcopenia.
- Variables de fragilidad (predictoras)
 - Trastorno de la movilidad, caídas y alteración de las ABVD,
 - deterioro cognitivo, aspectos socio-demográficos y ambientales.

Incontinencia

Incontinencia Urinaria

- OMS - considera incontinencia la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable.
- Sociedad Internacional de Continencia (ICS) la define como toda queja de pérdida involuntaria de orina.

Prevalencia: 15,5% - 17,4%.

Clasificación

transitoria o establecida

DRIP (goteo) delirium, retención o restricción de la movilidad, infección, inflamación, impactación fecal, polifarmacia, poluria o DIAPPERS (pañales).

IU de urgencia

Suele asociarse a síntomas de la fase de Menopausia y en algunas ocasiones micción incontrolada.

Causas o factores:

- Neurológicos: esclerosis múltiple, AVC, Parkinson, Alzheimer
- Infección de orina, inflamatoria, neoplásica, irritativa.
- IU de esfuerzo o estrés
- Pérdida involuntaria de orina por aumento de la presión abdominal.
- Incapacidad para mantener cerrado el esfínter de la uretra.
- Etiología: multifactorial, mujeres: embarazo, cirugía pélvica
Hombres: secundaria a cirugía.

Diagnóstico

La etiología de la incontinencia en el anciano suele ser multifactorial!

Sincope en el anciano

Caracterizado por la pérdida de conciencia (sbitu) debido a una hipoperfusión cerebral global transitoria.

Epidemiología

Más prevalente en ancianos

> 70 años prevalencia e incidencia 10%.

Fisiopatología

La RP bajo inadecuado puede deberse a una actividad refleja inapropiada, que causa vasodilatación y bradicardia.

Etiología.

hipotensión ortostática, síncope reflejo, frecuente en varones.

Síncope reflejo - se clasifican según vías

Eferente - autonómicas controlan reflejos cardiovasculares

Aferente - transmiten distintos estímulos desencadenantes

Síncope situacional

Control autonómico normal y suele asociarse a maniobras de valsalva.

Hipotensión ortostática

TA sistólica ≥ 20 mmHg

TA diastólica ≥ 10 mmHg

- Fallo autonómico primario: atrofia múltiple sistémica
- Fallo autonómico secundario: diabetes