

Materia:
Geriatría.

Nombre del trabajo:
“Resúmenes”

Alumna:
Keyla Samayoa Pérez.

Grupo: “A” Grado: “6”

PASIÓN POR EDUCAR

Docente:
Dr. Romeo Suarez Martínez.

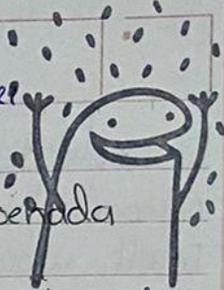
Comitán de Domínguez Chiapas a 15 de marzo de 2024.

TÍTULO

VALORACIÓN GERIÁTRICA.

FECHA

Keyla Samayoa Pérez



VGI: Valoración geriátrica integral.

Herramienta integradora multidimensional e interdisciplinaria, diseñada para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, mentales y sociales que pueda presentar el anciano, con el objetivo de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento.

objetivos y beneficios de la valoración geriátrica integral.

- Conocer la situación basal del paciente • Mejorar la precisión diagnóstica.
- Evaluar la repercusión funcional de la enfermedad • Diseñar planes de cuidados y tratamiento • Seguimiento de respuesta al tratamiento
- Beneficios en el modo hospitalario.
- Aumento de supervivencia • Mejora de capacidad funcional y mayor probabilidad de alta hospitalaria. • Mejor estado cognitivo • Menor cantidad de fármacos.

Anamnesis, exploración y pruebas complementarias.

Debido al deterioro la anamnesis en estos pacientes requiere de más tiempo.

→ Siendo necesaria la participación familiar.

Evaluación física → Misma metodología → comprendiendo cambios normales en el envejecimiento.

Exploración física → inspección general del paciente (toma de constantes y exploración topográfica).

Constantes: Tensión arterial en decubito y bipedestación, FC, FR, Tem, saturación de oxígeno.

Aspecto general: Actitud, conciencia, hidratación, Atención, Nutrición.

Cabeza: Asimetrías, All. palpebrales, dentadura, arco senil, corneal, cavidad oral.

Cuello: movilidad, dolor, latido carotídeo

Torax: Curvaturas patológicas, Tonos cardiacos, y Pulmonares.

Abdomen: Hernias, Ruidos, Masas,

Extremidades: Deformidades óseas.

Piel: Coloración, hematomas

Exploración neurológica: conciencia, pares craneales.

Genitales. Atrofia, infecciones.

→ ABVD: Actividades de vida diaria básicas. Miden niveles de función.

* INDICES → KATS y BARTHEL.

Evaluación funcional.

Capacidad que tiene el paciente para llevar a cabo su vida habitual.

→ AIVD: Actividades más complejas

* ESCALAS → LAWTON Y BRODY.

SINDROME CONFUSIONAL.

FECHA

Kayla Somaypa.

Definición síndrome confusional agudo (SCA)

→ Delirium, 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.

Epidemiología. Su prevalencia varía en función del ámbito en que se encuentre el paciente, esta aumenta a mayor edad, en ancianos frágiles o con demencia.

Fisiopatología. Actualmente no se conoce, se considera una lesión funcional que estructural. → Diferentes factores relacionados con una alteración a nivel del funcionamiento de neurotransmisores cerebrales, tanto a nivel cortical como subcortical.

→ **Mecanismos.**

- Disrupción a nivel de neurotransmisores cerebrales.
- Déficit colinérgico: con la edad, hay disminución de liberación de acetilcolina y disfunción de receptores muscarínicos
- Elevada función dopaminérgica cerebral.
- Incremento de GABA • Aumento o disminución de concentración de serotonina.
- Procesos de inflamación.
- Procesos infecciosos, traumáticos o quirúrgicos aumentan citoquinas y así mayores niveles de IL-6 e IL-8.
- Altos niveles de cortisol. uso de esteroides, delirium posquirúrgico que traen disrupción en el eje hipotálamo-hipofisario-corticoadrenal.

Etiología. Compleja y multifactorial. → Pacientes vulnerables

- Factores predisponentes y de riesgo (edad avanzada, presencia de demencia)
- Factores precipitantes o desencadenantes, factores extrínsecos al paciente, multifactoriales.

Criterios diagnósticos

↳ CIE-10 y DSM-IV-TR.

Características clínicas del síndrome confusional agudo.

→ **Alteraciones cognitivas:** Desorientación, pensamiento desorganizado, alteración de lenguaje y deterioro de la memoria.



TABLA 14

DEMENCIA

Keyla Samayoa

excelente

¿Qué es?

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.

Diagnóstico sintomático de demencia.

Historia clínica y exploración neurológica, evaluar niveles de funcionalidad del individuo → Evaluación neuropsicológica.

Evaluación de deterioro cognitivo si se presenta:

- Quejas subjetivas de pérdida de memoria - Deterioro funcional de comienzo de causa no justificada - Depresión en edades avanzadas o Presentación de cuadros confusionales durante un ingreso hospitalario.

Valoración clínica.

Funciones cognitivas a explorar: Memoria - Orientación - Atención - Lenguaje - La comprensión - la repetición - lectura - escritura - Praxias - Función visoespacial, visoconstructiva y funciones ejecutivas.

Evaluación de síntomas psicopatológicos y conductuales incluyendo síntomas afectivos (depresión, ansiedad, manías, apatías) síntomas psicóticos (alucinaciones o delirios) trastornos del comportamiento.

La evaluación se completará con escalas de valoración como: KAT - BARTHEL índice de LAWTON o FIM

→ Escalas específicas de demencia: IDDD (Interview for deterioration in daily living in dementia) - ADCS-ADL (Alzheimer's Disease cooperative study Group Activities of daily living scale). o ADFACS.

Evaluación neuropsicológica.

Realizar test breves de cribado que evalúen memoria, lenguaje, praxias y funciones ejecutivas.

Aplicación de criterios de demencia.

DSMIV-TR (2000) y ICD-10 (1992)

↳ incluye. **A)** Deficit cognitivo múltiple que afecta: **A1:** Memoria **A2:** uno de los siguientes: Apraxia, apraxia, agnosia, **B)** Deficit cognitivos, deterioro social o laboral. **C)** No se presentan por o durante delirium y no son causados por depresión.

sigue así



DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

FECHA: Keyla Samayoa 6A.

La depresión constituye uno de los síndromes geriátricos más frecuentes e incapacitantes.

Enfermedad que pasa con mucha frecuencia desapercibida o no se trata de manera adecuada con grados de infradiagnóstico 32-50% y de infratratamiento 37-50%. en gran parte a que existen creencias o suposiciones de que se trata de un proceso normal del envejecimiento.

Epidemiología.

Las cifras varían dependiendo de circunstancias en que se encuentren: comunidad, residencias geriátricas y hospitalizados.

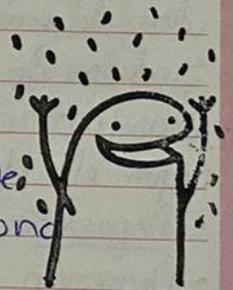
Según MIMH el 15% de las personas mayores de 65 años ha presentado episodios de depresión en algún momento, de los cuales un 2% de las depresiones serían de tipo severo y un 13% de tipo leve.

Etiología.

Factores biológicos como demográficos y sociales.

Factores biológicos: gravedad de enfermedad física y el grado de incapacidad que pueda ocasionar, deterioro cognitivo y una historia psiquiátrica positiva previa.

excelente



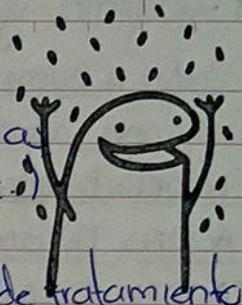
Enfermedades asociadas a la depresión.

Enfermedad	Depresión mayor	Depresión menor	Enfermedades asociadas a la depresión.
Parkinson	20	20	Deshidratación
Alzheimer	25-50	-	EPOC
Enfermedades cardiovasculares	20	21	Hiponatremia/Hipernatremia
Fracturas de cadera	20	-	Colon irritable
Depresión moderada-grave	7-42	-	Hipoglicemia/Hiperglicemia
			Incontinencia urinaria/anal
			Hipocalcemia/Hipercalcemia
			Artritis degenerativa
			Hipotiroidismo/Hipertiroidismo
			Enfermedad de Paget
			Hiperparatiroidismo
			Lupus eritematoso sistémico
			Enfermedad de Cushing
			Arteritis de la temporal
			Enfermedad de Addison
			Traumatismos craneoencefálicos
			Déficits 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

Prevalencia de depresión en determinadas enfermedades

FARMACOLOGÍA E IATROGENIA.

excelente



El 80% de los ancianos presentan enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes, artrosis, insuficiencia cardiaca, etc.)

Lo que condiciona a un alto consumo de fármacos

Se estima que 30% de los ancianos no cumple la pauta de tratamiento indicada por el médico y el incumplimiento implica un peor control y tratamiento de distintas enfermedades.

Otro factor que interviene en la eficacia de los medicamentos es la automedicación que varía del 40-80%.

Alteraciones farmacocinéticas.

ABSORCIÓN: Cambios fisiológicos por envejecimiento afectan la absorción debido a factores como: ↑ del pH gástrico por gastritis atrofica, retraso de vaciado gástrico, ↓ de flujo sanguíneo intestinal, alteraciones en motilidad

DISTRIBUCIÓN: Con el envejecimiento la grasa corporal incrementa y disminuye la masa magra, agua corporal, volumen de líquido extracelular, gasto cardíaco, flujo sanguíneo cerebral y cardíaco, resultando que el volumen de distribución de fármacos hidrofílicos disminuya y lipofílicos aumente.

METABOLISMO: Con la edad hay un descenso del flujo sanguíneo y masa hepática. Los fármacos se metabolizan mediante 2 tipos de reacciones oxidativas, durante el envejecimiento estas tienen alteraciones por la disminución de masa hepática.

ELIMINACIÓN: El envejecimiento se relaciona a la disminución del número y tamaño de los nefrones, filtrado glomerular y secreción tubular. Y algunos medicamentos son excretados vía renal.

Alteraciones farmacodinámicas.

SENSIBILIDAD ALTERADA. Ancianos responden menos a betabloqueantes, beta-agonistas y furosemida y son más sensibles a benzodiazepinas, opiáceos y anticoagulantes.

ALTERACIONES EN MECANISMOS HOMEOSTÁTICOS. Disfunción del SNA, alteración de termorregulación, cognitiva, estabilidad postural, intolerancia a glucosa. Estos trastornos exponen al anciano a: síncope, retención urinaria, estreñimiento, caídas y delirio por sedantes, hipertermia con neurolepticos.



Malnutrición

KEYLA SAMAYOA

Gran parte de los síndromes geriátricos y factor de fragilidad. Su importancia radica en su alta prevalencia, su infradiagnóstico y las consecuencias para la salud y calidad de vida.

¿Qué es? Alteración de la composición y función corporal, consecuencia de la deficiencia, exceso o desequilibrio del aporte de energía, proteínas u otros nutrientes, que representan un riesgo para la salud.

Si el aporte es excesivo → Obesidad, ↑ de peso y tejido adiposo.
Si el aporte es deficiente → Desnutrición ↓ Parámetros nutricionales.

Clasificación. Desnutrición calórica (marasmo). Por falta o pérdida prolongada de energía y nutrientes con disminución de peso acosta de pérdida de tejido adiposo y menor masa muscular.

Desnutrición proteica (Kwashiorkor). Desnutrición aguda en situaciones de estrés provocando disminución o aumento del requerimiento de aporte proteico.

Desnutrición mixta.

Combinación de marasmo y Kwashiorkor. Disminución de masa magra, grasa y proteínas vícerales.

Estados Carenciales.

Deficiencia de algún nutriente, ya sea por disminución o por aumento de ingesta.

Factores de riesgo: Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Ausencia de piezas dentales, dificultan la masticación, disminución del sentido del gusto y olfato, reduciendo sensación placentera, alteración de motilidad gastrointestinal, dando lugar a dispepsia, distensión gástrica y acidez.

Deficiencia funcional. Dificultad o impedimento de realizar tareas como comprar y cocinar comida y manejar los cheques.

excelente



TRASTORNOS DEL SUEÑO.

Keyla Samayoa

El sueño reparador es esencial para una vida sana.

El sueño normal se divide en diferentes etapas:

FASE DE SUEÑO REM (Rapid eye movement.) combinación de movimientos rápidos episódicos de los ojos, atonía muscular y ondas electroencefalográficas de bajo voltaje, rápidos y desincronizadas.

FASE DE SUEÑO NO REM: Dividida en 4 estadios. 1 y 2 constituyen el sueño ligero y 3-4 se denominan sueño profundo o de onda lenta.

Se estima que de 16 a 83 años de edad el sueño disminuye aproximadamente 27 minutos cada década.

La transición de vigilia a sueño es cíclica 90-120 min cada ciclo.

El periodo de sueño nocturno se divide en 4-6 ciclos.

Estadio 1 → NO REM, fase 2, 3 y 4 NO REM a medida que profundiza el sueño finalmente se entra a fase REM.

INSOMNIO. Trastorno del sueño más prevalente.

Síntoma utilizado para describir cualquier dificultad para iniciar o consolidar el sueño.

Criterios diagnósticos: * Dificultad para iniciar el sueño, para mantener el sueño, despertar precoz o no tener sueño reparador.

* Dificultades del sueño a pesar de tener las facilidades para dormir.

* Alteraciones en el día como: fatiga, déficit de atención, deficiente memoria, disfunción social o laboral, alteración del estado de ánimo.

Factores predisponentes. Edad, sexo femenino, enfermedades concomitantes, bajo nivel socioeconómico y factores genéticos.

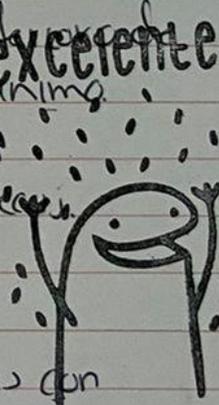
Fisiopatología.

Resultado de factores biológicos, físicos y ambientales.

insomnio transitorio, en cualquier persona. Crónico en personas con predisposición base como depresión o ansiedad.

Estudios indican que el insomnio es una manifestación de hiperactividad

Existe susceptibilidad genética a factores exógenos como la cafeína, la luz y el estrés. Genes que regulan el ciclo circadiano clock y Per2, GABA



Dificultad para el paso del bolo alimentario desde la boca hasta el esófago inferior. Su prevalencia aumenta con la edad y plantea problemas especiales en el paciente de edad avanzada. Comprometiendo el estado nutricional, aumentando el riesgo de neumonía por aspiración con deterioro de la calidad de vida.

Prevalencia.

22% de los adultos mayores de 50 años, la presentan, con una prevalencia del 30%.

Fisiología de deglución normal.

Se describen 4 fases: Oral preparatoria, de transporte oral, fase faríngea y esofágica.

1. Comienza en la boca y termina cuando el bolo está preparado para el desplazamiento hacia la faringe.
2. Cuando el bolo se desplaza para ser propulsado hacia la faringe y termina cuando el bolo pasa por el istmo de las fauces y dispara reflejo deglutorio.
3. Inicia con disparo deglutorio y termina cuando el bolo pasa por esfínter esofágico superior.
4. Bolo alimentario es propulsado a través del esófago hasta el estómago.

Envejecimiento y deglución.

Perdida de fibras mielínicas y amielínicas, atrofia axonal, ausencia de piezas dentales y disminución de la salivación, debilidad de músculos laringeos y relajación anormal del músculo cricofaríngeo.

Causas de disfagia. *Disfagia orofaríngea 80%. Cuando existen anomalías en la coordinación neuromuscular a nivel de la faringe y el esfínter esofágico superior.

*Disfagia esofágica 20%. Cuando presenta entorpecimiento o dificultad en el paso del alimento a nivel retro-esternal después de una deglución correcta.

excelente



FRAGILIDAD, SARCOPENIA E INMOVILIDAD.

Fragilidad, término utilizado para designar al grupo de ancianos que se encuentran al borde del deterioro (esto en los años 5).

→ La identificación, evaluación y tratamiento del anciano frágil constituye la piedra angular en la práctica de la geriatría, ya que el anciano frágil es aquel que más necesita de asistencia médica. La prevalencia de fragilidad en ancianos es de 30-40%.

¿Qué es?

Serie de síntomas y signos como un síndrome clínico, siendo considerado como un continuum que se indica como una pérdida de reserva fisiológica del organismo, suficiente para provocar un cambio o deterioro funcional y si este progresa lleva al individuo a situaciones de vulnerabilidad, conllevando a discapacidad y dependencia.

→ Pérdida de la reserva fisiológica y de la capacidad del organismo de ser suficiente para mantener la independencia y se sitúa en riesgo de perderla.

Modelos de fragilidad.

- Fenotipo físico de fragilidad: Incluye, pérdida de peso no intencionada, debilidad, cansancio o falta de resistencia, lentitud y bajo grado de actividad física. Sujetos con 1 o 2 criterios se consideran prefrágiles y aquellos con 3 o más criterios se consideran frágiles.
- Modelo de múltiples dominios: Dependencia de otros o riesgo de depender, riesgo sustancial de sufrir riesgos adversos, pérdida de reservas fisiológicas, ausencia de entramado social, enfermedades crónicas, problemas psicosociales, complejidad médica, suele ser muy exhaustiva y pierde rapidez.

Presentación clínica:

Sarcopenia, trastornos del equilibrio y la marcha, pérdida de peso, debilidad, fatiga, inactividad y disminución de ingesta oral.

Patogenia:

Precursor fisiológico y factor etiológico en discapacidad, debido a sus características centrales de debilidad, disminución en la



Incontinencia urinaria. ¿Qué es?

OMS - Pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable y suficiente para constituir un problema social e higiénico en quien la padece.

ICS - Toda queja de pérdida involuntaria de orina.

Prevalencia de 15.5% - 17.1% y aumenta con la edad siendo más frecuente en mujeres y mayores de 80 años un 53.3%.

Fisiopatología: Función normal depende del sistema nervioso y vías urinarias. La micción normal consta de dos fases. → llenado y vaciado, regulados por el sistema nervioso simpático-parasimpático y somático, controlados por la corteza cerebral que ejerce influencias inhibitorias y el tronco cerebral, influencias facilitadoras.

En la fase de llenado el tono simpático cierra el esfínter interno vesical y relaja la cúpula vesical al inhibir el parasimpático.

La inervación somática cierra el esfínter externo vesical y mantiene el tono de la musculatura pélvica.

La fase de vaciado la provoca el estímulo parasimpático, produce contracción vesical y inhibe tono simpático y somático.

Clasificación: En función a la duración transitoria o establecida.

En función del nivel de afectación o mecanismos de producción, 4 tipos.

- IU de urgencia: pérdida involuntaria de orina, inmediatamente o simultánea con sensación de vaciar vejiga que es difícil postergar.

Causas o factores de riesgo: Trastornos neurológicos (ACV, parkinson, Alzheimer, Diabetes, déficit motor de reflejo miccional).

Secundarias a alteraciones del urotelio vesical: infecciosas, inflamatorias, neoplásicas o irritativas.

Secundarias a obstrucción o idiopáticas.

- IU de esfuerzo o estrés: Pérdida involuntaria de orina por



SINCOPE EN EL ANCIANO

¿Qué es? 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, + prevalente en ancianos, por frecuencia de alteraciones asociadas a la edad en el control de frecuencia cardíaca, tensión arterial y autorregulación de la circulación cerebral.

Pico de incidencia 10-30A. - A partir de los 65A.

>70A prevalencia y incidencia anual 10-6%.

SINCOPE → Sexta causa más frecuente de hospitalización >65A.

Fisiopatología. Hipoperfusión cerebral global por diversas causas durante 6-8 seg de duración.

Decenso o pérdida de gasto cardíaco y resistencia vascular periférica puede desencadenar episodios de síncope.

Etiología. Causa más común hipotensión ortostática.

Síncope reflejo o neuromediado.

* Vías eferentes: Autonómicas, conducen reflejos cardiovasculares, útiles en el control de la circulación, determinando respuestas vasopresoras (vasodilatación), Cardioinhibitoria (bradicardia) o mixta. → Consecuencias: TA y perfusión cerebral disminuye.

* Vías aferentes: Transmiten estímulos desencadenantes. (Elevada altitud, ejercicio y farmacos).

Síncope neuromediadas.

* Síncope vasovagal. (Hipotimia común). Hiperactividad simpática y estasis venosa. Se desencadena por estrés emocional u ortostatismo. Asociados a prodromos autonómicos (palidez, náuseas, vómitos).

* Síncope situacional. Se producen durante o inmediatamente posterior a desencadenantes típicos (tos, micción, defecación y deglución).