



UNIVERSIDAD DEL SUERESTE
CAMPUS COMITAN
MEDICINA HUMANA

Alumno: Francisco Miguel Gómez Mendez.

Dr. Romeo Suarez Martínez

Trabajo: Resúmenes

Asignatura: Geriatria

6 "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 15 de marzo de 2024.

Valoración Geriátrica

Francisco

1. es?

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

proceso diagnóstico multidimensional, usualmente interdisciplinario, dirigido a cuantificar los problemas y capacidades médicas, funcionales, psicológicas y sociales del mayor con el objetivo de trazar un plan para tratamiento y el seguimiento a largo plazo.

2. objetivos:

- 2.1 conocer la situación basal del paciente.
- 2.3 Mejorar la precisión diagnóstica.
- 2.4 Evaluar la repercusión funcional de la enfermedad.
- 2.5 diseñar planes de cuidados y tratamientos.
- 2.6 Seguimiento de la respuesta al tratamiento.
- 2.7 ofrecer la ubicación más adecuada.
- 2.8 optimizar el uso de recursos y sanitario, sociales.

excelente



3. evaluación biomédica, anamnesis, exploración y pruebas complementarias.

Anamnesis, en ocasiones requiere apoyo de los familiares.

Exploración física, observación general del paciente,

Sx. Confusional Agudo.

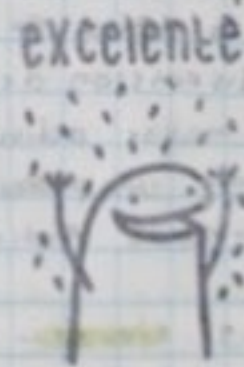
Fernando Regal

1. Def.

El síndrome confusional agudo (SCA) también conocido como delirium es un sx clínico **froniterio** y **reversible** caracterizado por una alteración en la atención, en el nivel de conciencia y disonancia cognitiva de inicio agudo y curso fluctuante.

2. Epidemiología.

- > Hospitalaria: 14-24%
- > 56%: cuidados intensivos. (70-86%)
- > Factora de caídas: 45 y 61%
- > cuidados paliativos: 83%



→ prevalencia

- Ancianos institucionalizados: 32 y 62%
- complicación: 0,4 y 2%

3. Magnitud del problema.

• Factores sociodemográficos.

3.1 Aumento de la mortalidad.

- pacientes hospitalizados por (SCA) oscilan 10-26%.
- Desarrollo durante su estancia: 23-26%.

3.2 Deterioro funcional y cognitivo

- proceso agudo y reversible.
- Dano neuronal (asociado a un proceso patológico)

3.3 incremento de los costes de atención sanitaria y social.

En relación a este deterioro funcional y cognitivo que puede desencadenar el SCA → estancia hospitalaria.

Demencia

Fórmula

excelente

La demencia es un síndrome adquirido caracterizado por el deterioro persistente de funciones cognitivas, del estado mental y de la personalidad.

6.5% - 4.2% entre los 65 y 74 años

27.7% en mayores de 85 años (mujeres)



Diagnóstico de demencia.

- Historia clínica y exploración física.
- Evaluación de deterioro cognitivo si se presentan:
 - o Quejas subjetivas de pérdida de memoria u otras alteraciones cognitivas.
 - o Deterioro funcional de reciente comienzo de causas no justificadas.
 - o Depresión de inicio en edades avanzadas.
 - o Presentación de cuadros confusionales durante un ingreso hospitalario.

Valoración Clínica.

Explorar memoria, (de trabajo, episódica y semántica).

Orientación (tiempo, lugar y persona).

Atención.

Lenguaje.



sigue así

Valoración de síntomas psicopatológicos y conductuales asociados a la demencia, (depresión, ansiedad, manías, cambio de personalidad).

Síntomas psicóticos.

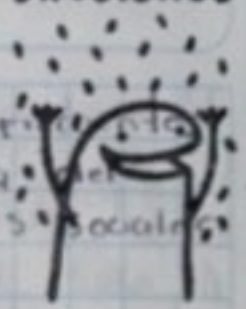
Evaluación neuropsicológica.

Se debe realizar una valoración inicial con test breve de cribado de alta sensibilidad y especificidad, adaptados al paciente y su nivel cultural.

Test General de cribado.

Test memoria, lenguaje, praxias y funciones ejecutivas.

Ansiedad y Depresión excelente



La depresión constituye uno de los síndromes psiquiátricos más frecuentes e incapacitantes, altera gran medida la calidad de vida, por lo común y además se asocia a unos elevados costes sociales y de salud.

Epidemiología.

Los criterios de la depresión en los ancianos son difíciles de comparar ya que la prevalencia varía dependiendo de las circunstancias en que estos se encuentran; en la comunidad, en residencias geriátricas y hospitalizados.

Un estudio sobre la prevalencia y factores asociados de los síntomas depresivos en los mayores no se observa diferencias entre ambos sexos.

La depresión en la mujer suele ser más prevalente.

Etiología.

Tanto los factores biológicos como los demográficos y sociales adquieren importancia dentro de la etiopatogenia de la depresión en pacientes geriátricos.

Factores biológicos / Relación con cuadros orgánicos.

- > Depresión más frecuente en ancianos que están físicamente enfermos.
 - > Prevalencia aumentada en enfermedades determinadas
- (Tabla 1) (Tabla 2)

El deterioro cognitivo se encuentra asociado a menudo con la depresión en los sujetos de más edad y su presencia nos resulta importante en cuanto a la dificultad del diagnóstico.

Px con Alzheimer, los síntomas depresivos suelen ser intermitentes y coinciden con otros síntomas de conducta y psicológicos de la demencia.

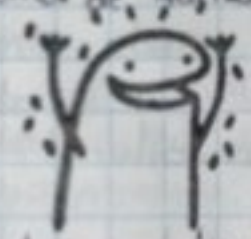
Factores psicosociales.

Trastornos anímicos en el anciano, dentro de los que se encuentran, la muerte de la pareja o de un ser querido, la enfermedad, la discapacidad y el deterioro funcional, la jubilación con la que conlleva pérdida del estatus social y económico.

Farmacología e iatrogenia

Cerca del 80% de los ancianos presentan algunas enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, artritis, insuficiencia renal, etc. Además muchos de estos pacientes presentan varias enfermedades de forma simultánea, lo que conlleva un alto consumo de fármacos.

excelente



- comunidad osciba 244
- Medio Residencial 3,5.
- Hospital 4,8.
- automedicación 40,80%.

La iatrogenia entendida como los acontecimientos adversos producidos en cualquier forma de intervención de los servicios de Salud y social.

Envejecimiento y Farmacología.

Alteraciones Farmacocinéticas y Farmacodinámicas reclajada en los ancianos (Tabla 1).

Alteraciones Farmacocinéticas.

Absorción.

Los cambios fisiológicos secundarios en el envejecimiento que afectan la absorción de los fármacos debido a diversos factores, como el pH gástrico por el desarrollo de gastritis atrofia, retraso de vacuía gástrica, disminución del flujo sanguíneo intestinal, alteración de la motilidad intestinal, disminución de número de células absorbentes.

Distribución.

Con el envejecimiento la grasa corporal se incrementa progresivamente.

- Disminuye la grasa magra.
- El agua corporal total.
- Volumen de líquido extracelular.
- El gasto cardíaco.
- Flujo sanguíneo cerebral y cardíaco.

Malnutrición

Francisco Miguel

Scribble

1. La malnutrición forma parte de los grandes síndromes geriatricos y es un factor de fragilidad, no solo constituye una patología en si misma sino que su presencia se asocia a aumento de la mortalidad y de la discapacidad, mayor frecuencia de caídas y factores empeoran el deterioro cognitivo.

Importancia de la malnutrición.

Alta prevalencia en geriatría, su diagnóstico y las consecuencias catastróficas para la salud y la calidad de vida.

> Comorbilidad 1°.

• varones 5% -

• Mujeres 4% (5% a 10% Mujeres).

> Institucionalizados.

→ 25 - 80%.

> Hospitalizados 50%.

Definición:

Alteración de la composición y función corporal consecuencia de la deficiencia, exceso o desequilibrio del aporte de energía, proteínas o otros nutrientes.

Exceso → obesidad.

Deficiente → Desnutrición.

* Pérdida de peso voluntaria 2°.

* Semana 5%.

* Mes 10%.

Clasificación de la desnutrición.

> Primaria por ingesta inadecuada o mala calidad de los alimentos.

> Secundarias Enfermedades Agudas o crónicas que alteran la ingesta.

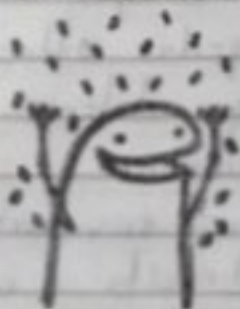
Desnutrición calórica (Marasmo).

Falta o pérdida prolongada de energía y nutrientes con disminución de peso a costa de pérdida de tejido adiposo y en menor medida de masa residual.

Desnutrición proteica (Kwashiorkor).

Ampliación Aguda en situaciones de estrés que provocan disminución del aporte proteico. Desnutrición proteica.

excelente



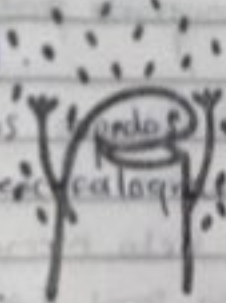
Trastornos del Sueño

El sueño reparador es esencial para una vida sana, diversos factores pueden contribuir a las alteraciones del sueño **excelente**

Divide en etapas:

Fase de sueño REM (rapid-eye-movement)

Caracterizado por la combinación de movimientos 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 los estadios 3 y 4 se denominan sueño profundo o de onda lenta (sueño homeostático).

Con el envejecimiento se incrementa progresivamente la duración del estadio 1 a medida que disminuyen los episodios 3 y 4 de forma lineal aproximadamente 2% de cada década de jóvenes y adultos de edad media.

Las etapas del sueño se pueden diferenciar a partir de sus características fisiológicas por criterios polisomnográficos, la transición de vigilia a sueño es cíclica siendo duración de cada ciclo de 90 a 120 minutos aproximadamente. El sueño del estadio 1 no REM (N1) ocurre cuando las neuronas hipocretinas son inhibidas por descargas gabérgicas y de glicina; progresando gradualmente a las fases 2, 3 y 4 no REM a medida que se profundiza en el sueño y finalmente se entra en la fase REM.

Los trastornos del sueño aumentan la morbimortalidad y disminuye la calidad de vida de los pacientes y generalmente son inradiagnosticados.

ANSOMNIO.

el insomnio es el trastorno del sueño más prevalente.

constituyen un sintoma utilizado para describir cualquier dificultad para iniciar o consolidar el sueño.

Disfagia

D M A

Scribe

Define como la dificultad para el paso de todo alimentario desde la boca hasta el esófago inferior. Es relativamente común en la población general.

Prevalencia edad avanzada.

Prevalencia.

22% Adultos mayores 50 años.

30% Unidad geriátrica.

60% Residencia.

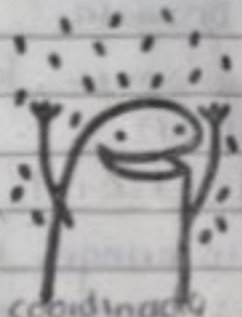
Fisiología de la deglución normal.

La deglución es el resultado de una compleja y coordinada motora en el cual intervienen multitud de nervios y músculos de la boca y del cuello. Todo dirigido por el centro de la deglución del encéfalo.

Para craneales V, VII, IX, X, XI, XII.

Fase oral preparatoria y la fase de transporte oral son voluntarias. Fase faríngea y la esofágica involuntarias.

excelente



Fase oral preparatoria.

Comienza en la boca y se termina cuando el bolo está preparado para el desplazamiento hacia la faringe.

Fase oral de transporte.

Comienza 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.

Inicia con el disparo del reflejo deglutorio y termina cuando el bolo pasa por el esfínter esofágico superior.

Fase esofágica.

Comienza en el oral el bolo (alimento) y termina en el esófago inferior el estómago.

Fragilidad, Sarcopenia, Inmovilidad

Delante el envejecimiento existe un aumento de la incidencia y prevalencia de aquellas enfermedades básicamente degenerativas en las que la edad avanzada es, per se, un importante factor de riesgo y que tienden, en su evolución, hacia frentes situacionales de la incapacidad.

• pérdida de autosuficiencia de muchas de estas enfermedades de alta prevalencia en el anciano. 1% de la población >65 años está totalmente inmovilizada con 6% padecer severas limitaciones en las actividades de la vida diaria y que hasta un 10% más presentan incapacidad moderada, desplazándose las cifras por encima de los 80 años.

• Prevenir el deterioro de la función.

• Evitar la pérdida de la fuerza.

por esta razón es necesario entender el concepto de fragilidad, sarcopenia e inmovilidad y avanzar en esta dirección.

FRAGILIDAD

La fragilidad es un término que se empezó a utilizar en los años 70.

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, servicios sociales de soporte y cuidados a largo plazo.

Población 30 al 40+

La fragilidad abarca una serie de síntomas y signos comportándose como un síndrome dinámico siendo también considerada como un continuum.

que se vea con una pérdida de la reserva fisiológica del organismo, suficiente para provocar un principio de deterioro funcional.

FRAGILIDAD PRECLÍNICA

y si este progreso lleva al individuo a una situación de vulnerabilidad incrementada posteriormente a la discapacidad y dependencia.

Umbral superior del cual pérdida de la reserva fisiológica y de la capacidad de adaptación del organismo, existiendo independencia.

Incontinencia

Scríbete

La incontinencia urinaria (IU) se engloba dentro de los síndromes geriatricos por su elevada prevalencia y su potencial para originar diferentes formas de incapacidad en el anciano, siendo fundamental la intervención sobre el OMS considera incontinencia "la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable y consciente como para constituir un problema social e higiénico en quien la padece."

"Todo caso de pérdida involuntaria de orina"

EPIDEMIOLOGÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA.

La escala en torno al 15,5% - 17,4%.

(Prevalencia global estimada del 7+).

- Aumenta con la edad ↓ frecuente en mujeres.

- Varones mayores 80 años 33,3%.

- Ancianos institucionalizados la prevalencia de la incontinencia urinaria varía entre el 43 y 77%.

FISIOPATOLOGÍA.

Depende del normal funcionamiento de diversas estructuras anatómicas, sistema nervioso, vías urinarias; de una buena situación física, cognitiva y vías urinarias.

La micturición normal es un proceso dinámico en el que intervienen varios procesos fisiológicos coordinados.

Tono de llenado y vacio regulados por el sistema nervioso simpático

(nervios hipogástricos) parasimpático (nervios erectores) somático

(nervio pudendo) controlados por la corteza cerebral que ejerce influencias inhibitorias (favorece el llenado) y el tronco cerebral, influencias facilitadoras

Favorece el vacio.

En la fase de llenado el tono simpático cierra el esfínter interno vesical y relaja la capota vesical al inhibir al parasimpático. La inervación somática cierra el esfínter externo vesical y mantiene el tono de la musculatura pélvica.

Sincope 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, no superior a 20 segundos.

Presíncope a los signos y síntomas que producen a la pérdida de conocimiento que, en caso, no se llega a producir.

EPIDEMIOLOGÍA.

Alteraciones asociadas a la edad en el control de la FC, tensión arterial, autorregulación de la circulación cerebral.

incidencia 10-30 años etiología vasovagal.

> 70 años 10-6%.

> sexta causa de hospitalización en > 65 años. (tabla 1)

ETIOLOGÍA.

- o Edad Avanzada
- o Hipotensión
- o Síncope Reflexo.
- o HSC (varones)

Clasificación de Síncope (tabla 2)

1. SÍNCOPE REFLEJO O NEURON-MEDIADO.

o Grupo heterogéneo.

> vías eferentes (autónomas) simpáticas y para simpáticas. → R. cardiovascular
vasodilatación → perfusión cerebral.

> vías aferentes. Transmisor estímulos. (inquietud, Etr. psiquiátricas).

1.2. SÍNCOPE VASOVAGAL (LIPOTIMIA COMÚN)

o hiperactividad simpática y estosis venosa.

o Ventrículo IZQ. deplecionado al avanzarse los mecanorreceptores ventriculares y las fibras aferentes vagales que inhiben

la actividad simpática y aumenta la parasimpática (vasodilatación y bradicardia) → estrés emocional u ortostatismo.