



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA
CAMPUS COMITÁN



Resúmenes

Materia: Geriatria

Grado: 6°

Grupo: "A"

**Nombre del Alumno:
Fátima del Rocío Salazar Gómez**

**Nombre del docente: Dr. Romeo Suarez
Martinez**

Comitán de Domínguez Chiapas a 15 de marzo de 2024.

VALORACIÓN GERIÁTRICA

Es 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.

Objetivos

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

muy bien



Ventajas

- > Mejora de la calidad de vida de la persona mayor.
- > Reducir el impacto de las enfermedades crónicas.
- > Minimizar el grado de incapacidad.
- > Disminuir al máximo el periodo de vida dependiente.

Evaluación Biomédica

En el paciente mayor la anamnesis requiere más tiempo debido al frecuente deterioro en varias esferas que dificultan la comunicación, en ocasiones es necesaria la participación de un familiar.

La evaluación física se realiza con la misma metodología que en el resto de los pacientes, comprendiendo los cambios normales relacionados con el envejecimiento y los sistemas que se ven afectados con mayor frecuencia.

Comenzará por la exploración e inspección del estado general del paciente, posteriormente la toma de constantes y exploración topográfica de la siguiente manera:

- > Constantes
- > Aspecto general

SINDROME CONFUSIONAL AGUDO

túlima Salazar

DÍA	MES	AÑO
27	02	24

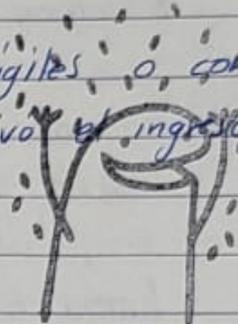
También es conocido como delirium. Es un síndrome clínico transitorio y reversible, se caracteriza por una alteración en la atención, el nivel de conciencia y disfunción cognitiva, de inicio agudo y curso fluctuante.

excelente

Epidemiología

La prevalencia aumenta a mayor edad, en ancianos frágiles, o, con demencia, y a mayor severidad de la patología que motivó el ingreso.

- Procedimientos cardiotorácicos
- Intervenciones traumatológicas
- Cirugía vascular
- Intervenciones de cataratas



Consecuencias

- > Aumento de la morbimortalidad: Debido al alto riesgo de complicaciones como neumonías por aspiración, procesos infecciosos, úlceras por presión, tromboembolismo pulmonar, desnutrición.
- > Deterioro funcional y cognitivo: Muchos pacientes no se recuperan completamente perpetuando una peor capacidad funcional y cognitiva lo que conlleva a un daño neuronal directo.
- > Incremento de los costos de atención sanitaria y social: Debido a mayor estancia hospitalaria, traslados a unidades de rehabilitación así como mayor ayuda domiciliaria e institucionalización al alta.

Fisiopatología

* Disrupción a nivel de neurotransmisores cerebrales.

Debido a la edad, una disminución de la liberación de acetilcolina, y disfunción de receptores muscarínicos.

Elevada función dopaminérgica por el uso de fármacos opioides, que aumentan la función dopaminérgica y disminuyen la función colinérgica.

DEMENCIA excelente

DÍA	MES	AÑO
01	03	24

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.

Epidemiología

Incidencia al 1% en mayores de 65 años, aumentando el 5% en mayores de 90 años. Mayormente se presenta en mujeres.

Prevalencia 6.5% entre 65 y 74 años y 27.7% en mayores de 85 años.

Diagnóstico

1. Valoración Clínica

Exploración de las funciones cognitivas como la memoria, la orientación, la atención, el lenguaje, las praxias, función visuoespacial, función visuoconstructiva, funciones ejecutivas.

Síntomas psicopatológicos y conductuales como síntomas afectivos, psicóticos, trastornos del comportamiento.

Complementando con escala de Katz o Barthel.

2. Evaluación Neuropsicológica

Realización de test breves de cribado y complementarlo con test cortos que evalúen memoria, lenguaje, praxias y funciones ejecutivas.

Complementos con escala de Cornell y de Yesavage.

3. Aplicación de criterios de Demencia

DSMIV-TR y CIE-10.

4. Diagnóstico Diferencial con síndromes no demenciales

Debe realizarse principalmente con el deterioro cognitivo leve ya que se presentan alteraciones en el límite entre el envejecimiento normal y la demencia.

DEPRESION Y ANSIEDAD

DÍA	MES	AÑO
05	03	24

La depresión es uno de los síndromes geriátricos más frecuentes e incapacitantes, sin embargo, es una enfermedad que pasa con mucha frecuencia desapercibida o no tratada, lo que conlleva a una pobre calidad de vida, deterioro del funcionamiento social y físico, empobrecimiento de la comorbilidad y aumento de la morbimortalidad.

Epidemiología

La prevalencia en ancianos que viven en la comunidad es del 10%, en los que están en residencias geriátricas 15-35%, los que se encuentran hospitalizados entre 10-20%.

En mujeres suele ser más prevalente, pero la diferencia respecto al hombre disminuye con la edad, pudiendo llegar a igualarse.

excelente

Etiología

• Factores biológicos / relación con cuadros orgánicos

- Gravedad de la enfermedad física
- Incapacidad que ocasiona la enfermedad
- Deterioro cognitivo coexistente
- Parkinson, ictus, Alzheimer, EPOC, fracturas de cadera, demencia, enfermedades cardiovasculares, nefropatías, etc.



• Factores psicosociales

- Muerte de la pareja o ser querido
- Enfermedad
- Discapacidad y deterioro funcional
- Jubilación → pérdida del status social y económico
- Rechazo de la familia
- Aislamiento social

Manifestaciones clínicas y clasificación

Frecuente en pacientes de mis edad:

- Quejas somáticas
- Trastornos del sueño
- Agitación
- Pensamientos de muerte
- Mala concentración y retardo.

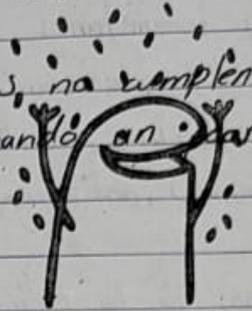
FARMACOLOGIA E IATROGENIA

La iatrogenia se entiende como los acontecimientos adversos producidos en cualquier forma de intervención de los sentidos de salud y sociales, es un problema fundamental en la asistencia en ancianos.

La mayoría de episodios iatrogénicos se producen por **excelente** fármacos y sus interacciones.

Se estima que más del 30% de los ancianos, no cumplen la pauta de tratamiento indicada por el médico, implicando un **an** control y tratamiento de las distintas enfermedades.

excelente



Envejecimiento y Farmacología

Alteraciones farmacocinéticas

- Absorción
- Distribución
- Metabolismo
- Eliminación

Alteraciones Farmacodinámicas

- Sensibilidad alterada
- Alteraciones de los mecanismos homeostáticos

Cambios fisiológicos del envejecimiento

- * ↓ Fuerza muscular y capacidad aeróbica
- * Inestabilidad vasomotora ↓ sensibilidad baroreceptores
- * ↓ Densidad ósea
- * ↓ Ventilación
- * Alt. de la sed y alimentación
- * Fragilidad cutánea
- * ↑ incontinencia urinaria

Hospitalización y reposo en cama

- * Inmovilización
- * ↓ Vol. plasmático
- * Aceleración pérdida ósea
- * ↑ Vol. residual
- * Dietas
- * Inmovilización
- * Sujeción, barreras

Efectos primarios

- * Caídas
- * Síncope, mareo
- * ↑ riesgo fracturas
- * ↓ PO₂
- * Deshidratación, desnutrición
- * UPP
- * Incontinencia funcional

Efectos secundarios

- * Dependencia
- * Caídas, fracturas
- * Fracturas
- * Síncope
- * ↓ Vol. plasmático.
- * Infección
- * Cateter, rechazo familiar

Iatrogenia y Usos farmacológicos

- Reacciones adversas a medicamentos (RAM) Pueden ser debidas a:
 - [] anormalmente elevada del fármaco



sigue así

Norma

MALNUTRICIÓN

Fátima Salazar 6^o "A"

DÍA	MES	AÑO
12	03	24

Forma parte de los grandes síndromes geriátricos y es factor de fragilidad. Está asociada a mortalidad y discapacidad, mayor frecuencia de caídas y fracturas así como deterioro cognitivo.

Se define como la alteración de la composición y función corporal consecuencia de la deficiencia, exceso o desequilibrio del aporte de energía, proteínas y otros nutrientes, representando un riesgo para la salud.

Clasificación

Pueden ser primarias por ingesta inadecuada o mala calidad de los alimentos, o secundarias a enfermedades agudas o crónicas que alteran la ingesta.

► Desnutrición Calórica (marasmo)

Por falta o pérdida prolongada de energía y nutrientes con disminución de peso a costa de pérdida de tejido adiposo y en menor cantidad de masa muscular.

► Desnutrición Proteica (Kwashiorkor)

Desnutrición aguda en situaciones de estrés provocando disminución del aporte proteico o aumento de los requerimientos.

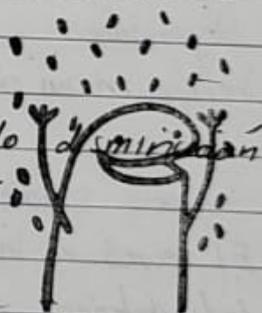
► Desnutrición Mixta

Mezcla las características de los dos procesos anteriores. Disminución de la masa magra, la grasa y las proteínas viscerales. Se presenta en pacientes con desnutrición crónica previa que sufren situación de estrés. Más frecuente en el medio hospitalario.

► Estados Carenciales

Deficiencia aislada de algún nutriente (oligoelementos o vitaminas), ya sea por disminución de su ingesta o por aumento de sus necesidades.

excelente



TRASTORNOS DEL SUEÑO

Tatiana Salazar 6^ºA

DÍA	MES	AÑO
12	03	24

El sueño reparador es esencial para una vida sana. Los trastornos del sueño aumentan la morbimortalidad y disminuyen la calidad de vida de los pacientes y generalmente son infradiagnosticados.

INSOMNIO

Dificultad para iniciar o consolidar el sueño. Alteración en la calidad del mismo y en la duración.

Es el trastorno más prevalente en la práctica médica.

Criterios diagnósticos según ICSD-2

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

- La dificultad del sueño se produce a pesar de que se den las facilidades necesarias para tener un sueño reparador.

- La dificultad del sueño debe producir fatiga, déficit de atención, concentración o deterioro de la memoria, disfunción social o laboral, alteración del sueño del estudio de ánimo e irritabilidad, somnolencia diurna, disminución de la motivación, accidentes en el hogar, cefaleas y preocupaciones sobre el sueño.

Fisiopatología

El insomnio aparece como resultado de la interacción de factores biológicos, físicos y ambientales.

Los pacientes con insomnio tienen temperaturas corporales, cortisol urinario, secreción de adrenalina y niveles de ACTH más elevados.

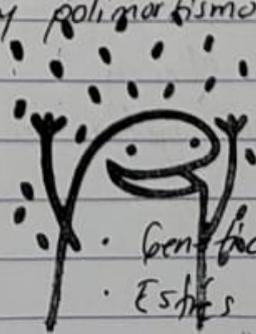
Existe susceptibilidad genética a que factores exógenos como la cafeína, la luz y el estrés causen insomnio.

La mutación de los genes Clock y Per2; mutaciones y polimorfismos del gen GABA y del receptor de serotonina.

Factores Predisponentes

- Edad
- Enf. concomitantes
- Sexo femenino
- Bajo nivel socioeconómico

excelente



DISFAGIA

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

Prevalencia

22% de los adultos mayores de 50 años la presentan.

30% en unidades geriátricas de agudos.

30-40% en ancianos que viven en la comunidad.

60% ancianos ingresados en residencias.

Fisiología de la Deglución

> 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

Cuando el bolo se desplaza para ser propulsado hacia la faringe, termina cuando el bolo pasa por el istmo de las fauces y se dispara el reflejo deglutorio.

> Fase faríngea

Inicia con el disparo deglutorio, termina cuando el bolo pasa por esfínter esofágico superior.

> Fase esofágica

El bolo es propulsado a través del esófago hasta el estómago.

Envejecimiento y Deglución

- Pérdida progresiva de fibras mielínicas y amielínicas.
- Atrfia axonal en SN mesencefálico.
- Ausencia de piezas dentales.
- Disminución de la salivación.
- Debilidad de músculos faríngeos, laringeos
- Relajación anormal del músculo crico-faríngeo

excelente



FRAGILIDAD. SARCOPENIA. INMOBILIDAD.

La fragilidad se define como el 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.

Existen dos modelos de fragilidad:

> Fenotipo físico de fragilidad

- Pérdida de peso no intencionada
- Debilidad
- Cansancio o baja de resistencia
- Lentitud
- Grado de actividad física bajo

2 o 3 criterios → Prefrágiles

3 o más criterios → Frágiles

> Modelo de múltiples dominios

- Dependencia o riesgo de depender
- Pérdida de reservas fisiológicas
- Ausencia de entramado social
- Enf. crónicas
- Problemas psicosociales
- Complejidad médica
- Presentación atípica de las enfermedades

Presentación Clínica

- Síntomas

- Pérdida de peso
- Debilidad
- Fatiga
- Anorexia
- Inactividad

- Signos

- Sarcopenia
- Osteopenia
- Trastorno del equilibrio y la marcha
- Descondicionamiento

INCONTINENCIA

Pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable y suficiente como para construir un problema social e higiénico en quien la padece.

Epidemiología

Oscila entre 15.5% - 17.4%, aumentando con la edad y siendo más frecuente en mujeres. En personas mayores de 80 años asciende a un 53%.

Fisiopatología

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 péptica.

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

La disfunción de los mecanismos ocasionará incontinencia.

Clasificación clínica

- Duración

Transitoria o establecida

- En función del nivel de afectación

IV de urgencia

Pérdida involuntaria de orina, inmediatamente después o simultáneamente con una sensación urgente de vaciar la vejiga que es difícil postergar.

Fx de riesgo:

- Trastornos neurológicos

- Secundaria a alteraciones del esfínter vesical.

- Secundaria a obstrucción

- Idiopática.

IV de esfuerzo o etrés

Pérdida involuntaria de orina por aumento de la presión abdominal, sin contracción vesical.

SÍNCOPE EN EL ANCIANO

Pérdida súbita de conciencia debido a una hipoperfusión cerebral global transitoria de corta duración, con recuperación completa de forma espontánea.

Epidemiología

Mayores de 70 años prevalencia de 10% y 6%.
6ª causa más frecuente de hospitalización en mayores de 65 años.

Tabla 1. Peculiaridades del síncope en los ancianos.

Coexistencia de más de una causa etiológica atribuible.
Frecuente polimedicación.
Alta prevalencia de comorbilidades cardíaco 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.

Etiología

- Hipotensión ortostática
- Síncope reflejo (síndrome de hipersensibilidad del seno carotídeo)
- Arritmias cardíacas.

Clasificación de los tipos de síncope

Tabla 2. Clasificación de los tipos de síncope.

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

Evaluación Diagnóstica

- La evaluación inicial debe responder a estas 3 preguntas
1. ¿Es un episodio sincopal o no?
 2. ¿Se ha determinado el diagnóstico etiológico?
 3. ¿Existe riesgo elevado de episodios cardiovascular o muerte?

Figura 1. Algoritmo diagnóstico.

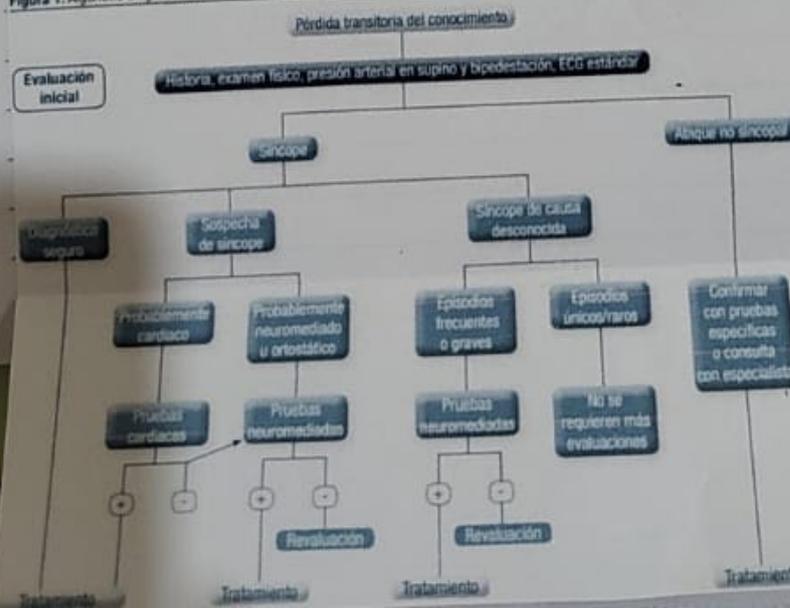


Tabla 3. Cuadros incorrectamente diagnosticados con

Cuadros con pérdida de conciencia parcial o completa hipoperfusión cerebral: Epilepsia, alteraciones metabólicas (hipoglucemia, hipoxia, hiperventilación con hipercapnia), intoxicaciones, TIA vert.
Cuadros sin pérdida de conciencia: Cataplexia, drop attacks, caídas, TIA carotídeo, pseudo psicógeno.