

Tema: resumen de geriatría

Nombre: Gerardo Pérez Ruiz

Grupo: A

Grado: 6

Materia: geriatría

Docente: Dr. Romeo Suarez Martínez

Comitán de Domínguez Chiapas a 26 de abril de 2024

Diabetes mellitus

Gerardo Pérez 2012

Es una enfermedad prevalente en este rango etario
es una enfermedad crónica, tiene una enorme repercusión
sobre la función de generar por sí sola, su prevalencia
aumenta conforme la edad, de todos los diabéticos conocidos.

• Fisiopatología

El anciano tiene una predisposición genética, probablemente basada en un patrón de herencia poligénica. Esta pérdida de la insulina intrínseca del envejecimiento precede a la DM tipo 2, los niveles de glucosa basal aumentan que provoca un retraso en la secreción de insulina mediado por glucosa debido a un déficit en el funcionamiento de las proteínas transportadoras de glucosa (SGLT 4)

Clinica: polidipsia, polifagia, poliuria y polidipsia (cambios cognitivos o depresión Síndromos dolorosos como las neuropatías)

• DM y deterioro funcional

- Amplio espectro de complicación vascular
- Descompensaciones metabólicas
- efecto adverso a la medicación

• Diagnóstico y abordaje inicial

No existe un protocolo para el diagnóstico precoz de la diabetes mellitus tipo 2, pero se realiza cribado a pacientes de alto riesgo.

• Criterios de screening

- Cada 3 años a la población geriátrica
- Anualmente en población de alto riesgo de DM
- Antecedentes familiares
- Sedentaria
- Antecedente personal de enfermedad cardiovascular
- HTA
- Dislipidemia

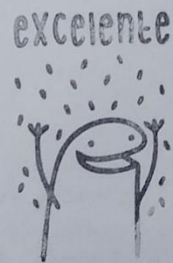


Tabla 2. Criterios de diagnóstico de DM:

Diagnóstico de DM:
Glucemia al azar ≥ 200 mg/dl de síntomas de DM
Glucemia en ayunas (al menos de 8 h) ≥ 126 mg/dl
Glucemia ≥ 200 mg/dl
Hemoglobina glicosilada $\geq 6.5\%$
Existe riesgo aumentado
Glucemia basal alterada
Intolerancia a la glucosa (tras 2 h de SOG con 75 g de glucosa)

accidente cerebrovascular

Gerardo Pérez Ruiz

La enfermedad cerebrovascular es la primera causa de muerte de los países desarrollados, después de la cardiopatía isquémica, el código Ictus permite rápido proceso de identificación, notificación y traslado de los pacientes a los servicios de urgencia.

Concepto: se denomina ictus al trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o permanente determinada región del encefalo.

Factores de riesgo: se clasifican en modificables, y potencialmente modificables y no modificables.

Clasificación: se clasifican en diversos subtipos siguiendo criterios clínicos, topográficos, patofisiológicos diagnósticos y pronósticos.

PACI: disfunción cerebral, afasia, discalculia o alteración visuo espacial

LACI: cuando no existe disfunción cerebral superior, ni hemiparesia y se cumple uno de los siguientes criterios

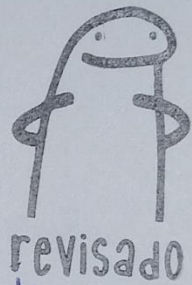
POCI: Afectación (ipsilateral) de pares craneales con defecto motor y/o sensitivo contralateral, Patología oculomotora.

Diagnóstico: Antecedentes personales, factores de riesgo cardiovascular, exploración física que incluya una neurológica completa

Escala de valoración, para evaluar la gravedad del ictus con escalas específicas como?

- Escala neurológica conadima
- Escala de NINSS

A todos los pacientes: Análisis de sangre hemograma estudio de coagulación, glucemia, Electrolitos, pH y renal, PCR o VSG.



Gerardo Pérez Ruiz

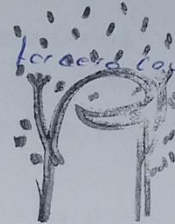
Epilepsia

Es un trastorno cerebral caracterizado por una predisposición a padecer crisis epilépticas y consecuencias neurobiológicas cognitivas, psicológicas y sociales, se considera epilepsia en el anciano cuando hay una edad mayor 65 años

Epidemiología:

Una incidencia de 70 y 80 años de edad es la tercera causa del SX neurológico en frecuencia.

excelente



Etiología:

- Alteraciones tóxico-metabólicas en 15%, tumores en 10%, demencia en 5%, vascular cerebral 40%.

Clasificación:

- crisis agudas sintomáticas: resultado de una agresión del SNC (infartos cerebrales, hemorragias, disturbios metabólicos, abstinencia alcohólica)
- crisis recurrente: tiene picos en la senectud, la causa es por enfermedad cerebrovascular, demencia, trauma, infecciones
- Estatus: son más de 2 crisis correladas de más de 30 minutos de duración o varias encadenadas
- Epilepsias parciales: son sintomáticas o asociadas por una afectación del SNC con un alto riesgo de desarrollar epilepsia y con lapsos de tiempo entre la afectación y la primera crisis superior a una semana.
- SX epilépticos indeterminados: paciente con más de una crisis indeterminada en cuanto su origen parcial o generalizado y sin factores etiológicos
- Especificidad de la crisis: El lóbulo frontotemporal es el foco epiléptico más frecuente, las generales suelen presentar estado confusional más prolongado

Gerardo Pérez RD12

Parkinson

Es una enfermedad neurológica que se presenta en personas mayores de 65 años, el cual su origen es multifactorial y de carácter lentamente progresivo, caracterizado por pérdida neuronal dopaminérgica de la sustancia negra.

Epidemiología: Tiene una incidencia de presentarse a la edad de 60-89 años con más frecuencia en los hombres.

Fisiopatología: es una pérdida del pigmento de la sustancia negra que se relaciona con una pérdida neuronal que afecta y con presencia de cuerpos de Lewy, existe un estrés oxidativo, disfunción mitocondrial.

Etiología: Es desconocido, pero existe múltiples factores que actúan de forma sinérgica, como el envejecimiento genéticos y los ambientales.

Clinica: Los síntomas aparecen cuando se ha perdido el 50-60% de las neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra. En ancianos predomina la afectación axial y la alteración en la marcha.

Síntomas premotores: aparecen sueños antes que los síntomas motores, tienen baja especificidad pero se pueden considerar como marcadores clínicos asociados a sueños donde el paciente se defiende contra quien. La de pesadas y estreñimiento también son síntomas frecuentes en esta fase.

síntomas motores

tremor de reposo: aparece de manera temprana en el 50% según avanza la enfermedad

Rigidez: El aumento del tono muscular puede afectar especialmente de los músculos flexores.

muy bien



Tabla 6. Clasificación de las enfermedades neurodegenerativas

Parkinson idiopático
Parkinsonismo
Parálisis supranuclear
Atrofia multistabil
Degeneración de la sustancia negra
Atrofia olivopontina
Síndrome de Shy-Drager
Degeneración corticobulbar
Enfermedad de Huntington
Complejo Parkinson
Enfermedad de Alzheimer
Enfermedad de Pick
Parkinsonismo-demenia
Neuroacantosis
Enfermedad de Haller
Parkinsonismos secundarios
Inducido por fármacos
• Neurolepticos
• Antagonistas de dopamina
• Litio
• Reserpina, etc.
Inducido por tóxicos
• Manganeseo
• Monóxido de carbono
• MPTP
• Metanol
Postencefálico (encefalopatía)
Parkinsonismo vascular
Metabólico
• Hipoparatiroidismo
• Encefalopatía por porfiria
• Enfermedad de Wilson
Hidrocefalia normotensiva
Lesiones ocupantes de espacio

Patología tiroidea

Definición: Se manifiestan de forma atípica confundiendo con otras entidades nasólojas o a los cambios inherentes a la vejez. Es una patología prevalente y con frecuencia paucisintomática, aumenta con la edad y dando al frecuente infinidad diagnóstico.

Fisiología: en el envejecimiento existe una atrofia y fibrosis con disminución del peso total, en el anciano aumenta los títulos de anticuerpos antitiroglobulina y antiperoxidasas a los 80 años la tiroxina libre varía muy poco con la edad por cambio de la unión de las proteínas, la hormona TSH aumenta con la edad sin llegar a niveles superiores.

Hipertiroidismo: se presenta en mayores de 60 años con mayor frecuencia en mujeres (bocio tóxico difuso). con manifestaciones cardiacas como arritmias supraventriculares como FA, ICC, se presenta astenia, anorexia, adelgazamiento y signos adrenérgicos. La tormenta tiroidea se puede desencadenar por un estrés agudo como cirugía, inducción de la anestesia o enfermedad sistémica. el tratamiento es el radioyodo, fármacos antitiroideos y cirugía.

Radioyodo: consiste en el bloqueo de la tiroidea con antitiroideos de síntesis como el metimazol con el fin de depleccionar los depósitos de hormonas tiroideas y evitar así una tormenta tirotoxicas.

Seguimiento: debe realizarse cada 4-6 semanas hasta que se considere estable, después se puede hacer un control.

Efecto adverso: puede aparecer si existe la otra patología de la enfermedad de Graves) pero se controla con corticoesteroides.

Antitiroideo de síntesis

metimazol 10-30 mg/24 horas
repartir dosis 2-3 tomas diarias

Tabla 1. Cambios fisiológicos e envejecimiento.

Aclaramiento renal de yodo
Aclaramiento tiroideo de yodo
Producción total de T4
Degradación de T4
Concentración de T4 en suero
Concentración de TBG (globulina)
Concentración de T3
Concentración de rT3 en suero
La respuesta de la TSH a la TRH
Variación diurna de TSH

Tabla 3. Causas de hipertiroidismo

Por aumento de producción
Bocio multinodular tóxico.
Enfermedad de Graves.
Adenoma tóxico.
Secreción aumentada de TSH
- Adenoma hipofisario secreta
- Resistencia hipofisaria a la TRH
Tratamiento con amiodarona
Por destrucción glandular:
Tiroiditis aguda o subaguda.
Tratamiento con amiodarona
Otras causas:
Excesivo aporte de hormonas
Tirotoxicosis facticia.
Inducida por yodo.
Metástasis de carcinoma tiroideo

Tabla 4. Manifestaciones clínicas

Síntomas	
Angina de pecho	Te
Anorexia	Mi
Debilidad muscular	Let
Molestias GI inespecíficas	Ag
Pérdida de peso	Arr
Diarreas crónicas	Ins
Fatiga	car
Apatía	Taq
	Fibr
	crón
	Fibr
	parc