



Universidad del sureste
Campus Comitán
Licenciatura medicina humana



1er parcial
(Resúmenes)

Paola Guadalupe Hilerio González

Grupo: "A"

Grado: 6°

Geriatría

PASIÓN POR EDUCAR

Dr. Romeo Suarez Martínez

Comitán de Domínguez Chiapas a 15 de marzo del 2023

Valoración geriatrica

20 | 02 | 24

excelente

Como instrumento



Introducción

- Al envejecer el adulto se asocia a cambios **físicos, mentales y sociales** que afecta la capacidad funcional de la persona mayor, lo que provoca pérdida de autonomía y aparición de dependencia.
- Se debe de realizar un enfoque diag. clínico y terapéutico al sospechar/ presentar; cambios físicos, anatómicos asociado a la edad, Presentaciones de las enfermedades, Vulnerabilidad ante agresiones internas y externas y los principales sx geriátricos.

Función

Seguir un plan bio-psico social - funcional que Permitirá un análisis estructurado detallando los aspectos más relevante que influyan la situación actual del anciano.

objetivo

- **Beneficios**
- "Medio hospitalario y unidades de media estancia": **supervivencia**
- **mejorar la capacidad funcional y regresar al domicilio tras ser hospitalizado**
- "Domicilio u caso": ↓ farmacos e ingresos hospitalarios

- Conocer la situación basal del px
- Mejorar la precisión dx
- Evaluar la repercusión funcional de la enfermedad
- Diseñar planes de cuidados y tx
- seguimiento al tx
- Ofrecer la ubicación más adecuada
- optimizar el uso de recurso sanitario y sociales

Estructura e instrumentos

información para agilizar sus transmisiones entre profesionales basado mediante escalas estandarizadas, garantizando de forma objetiva, válida, reproducible y fiable los datos; mediante las escalas se valorará al px pero siempre la clínica y escalas servirán para apoyo y orientación

SÍNDROME GERIÁTRICO

Síndrome Confusional

1. Definición.

Abreviatura: SCA

Sinónimo: Delirium

Es un Sx clínico transitorio

reversible, caracterizado por una alteración en: Atención, conciencia y disfunción cognitiva

- Inicio agudo y curso fluctuante
- Fte en el proceso de una enfermedad aguda

- Sus síntomas pueden cronificarse o generar secuelas permanentes
- Se puede disminuir su mortalidad

Con una detección temprana, control de los factores de riesgo y un correcto manejo del Sx,

F.I.S.I.O.p.a.tología

- Ideopática
- Considera una lesión funcional que es estructural

↳ Alteración a nivel del funcionamiento de los neurotransmisores cerebrales a nivel cortical / subcortical

- Disminución a nivel de neurotransmisores cerebrales

- Déficit colinérgico
- edad avanzada - liberación acetilcolina
- disfunción de receptores muscarínicos

Fármacos anticolinérgicos pueden producir delirium

excelente

2. Epidemiología:

urgencias hospitalarias 14-24%

Cuidados intensivos 30-87%

plantas quirúrgicas 15-65%

por fracturas de cadera 43-61%

Cuidados paliativos 83%

px con edad avanzada, frágiles y con demencia

3. Magnitud del problema

Aumento de la mortalidad

↳ varía de 10-26%

↳ fte en complicaciones médicas, neumonías por

aspiración, infecciones, úlceras por presión, tromboembolismo pulmonar, malnutrición, confusión, letargia, fármacos, sondas o vías

Detenido funcional y cognitivo

En caso de pérdida cognitiva, los datos sugieren que el proceso patológico cause daño neuronal

y acelerar el proceso del deterioro incremento de los costes de atención sanitaria y social: principalmente

estancia hospitalaria, traslado a las unidades de rehabilitación, en EE.UU

han estimado que el coste en px con delirium se encuentra 60.000 y 64.000 \$ al año



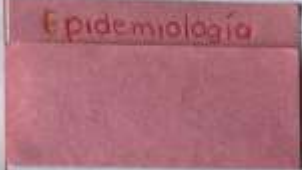


Demencia

Definición

sigue así Síndrome adquirido caracterizado por deterioro persistente de funciones cognitivas, del estado mental y de la conducta social.

- NO causado por un delirium
- Interfieren en los act. de la vida diaria, act. laboral o social



Diagnostico

- Realizar historia clínica, exploración neurológica, evaluar la repercusión en los niveles de funcionalidad del individuo

- Quejas subjetivas de pérdida de memoria u 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.

excelente



Valoración Clínica

Funciones cognitivas a explorar son: la memoria

- Cambios de memoria interfieren en el desarrollo de la vida cotidiana, trabajo (episódica y semántica)
- Orientación: (Desorientación temporal) (Desorientación espacial, se pierde en calles, dificultad para comprender imágenes) (tiempo, espacio, persona, imágenes)
- Estado de ánimo: Irritabilidad, cambios de humor y personalidades, angustias, Pérdido de interés e iniciativa
- Atención, lenguaje (comprensión, repetición, lectura y escritura)
- Praxias (ideomotora, ideatoria, orofacial, óptica, meio-cinética, cinética de las extremidades y la de vestirse)
- Visoconstructivas y funciones ejecutivas (incapacidad de ordenar la secuencia de actos, (pensamientos, planificar, organizar, resolver)
- * **Evaluar síntomas psicopatológicos y conductuales** asociados con demencia (SPCD), síntomas afectivos (depre, ansiedad, manías, cambios de personalidad y apatía)



DEPRESION Y ANSIEDAD



- Frecuente e incapacitante - Trastorno altamente incapacitante
- Diagnostico 32-50% → Tratamiento 37-50%
- Duración de años → pobre calidad de vida → Deterioro social y físico
- Empeoramiento de la comorbilidad y aumento de la mortalidad por suicidio

Etiología

- Enfermedad física - Grado de incapacidad
- psiquiatria (historia positiva previa)
- Enf. Parkinson - Ictus - Enf. Alzheimer - Epoc
- Accidentes cerebro-vas. - Enf. cardiovasculares - Fractura de cadera
- Esclerosis múltiple - Hiponatremia - Hiper calcemia - Hiper/hipo tiroidismo
- Demencias - Epilepsia - Enf. Cushing - Enf. Addison - DM - ICC - IAM
- Déficits vitamínicos - Enf. Wilson - Nefropatías - Infecciones - Tumores
- Hipocalcemia - Hipono. - LES - colon irritable - incontinencia urinaria
- Enf. endocrino, metabólicas - Abuso de alcohol - Fármaco - Droga → edad

Factores psicosociales

- > Muerte de familiares > Enfermedades > Discapacidad
- > Deterioro funcional > Jubilación social/económica > Rechazo de la familia
- > Aislamiento social

Manifestaciones clínicas

> Dificil dx atípica, estado de ánimo bajo, sueño, agitación, pensamientos de muerte mala concentración y tetardo, anhedonia, pérdida de interés por act.

Síntomas característicos

- Irritabilidad • Ansiedad • Fátiga
- Aplanamiento afectivo • Desánimo • Fallo en la memoria
- Lentitud del pensamiento • Alt del sueño • Abandono de si mismo
- Disminución del apetito y peso

Clasificación:

Depresión mayor Depresión menor Trastorno distímico

excelente



Mate

farmacología

IATROGENIA

INTRODUCCIÓN

80% de los ancianos representa enfronónica como hipertensión, diabetes, artrosis, etc.; lo cual conlleva al consumo de fármacos. con el envejecimiento se producen una serie de modificaciones en la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos, mayor sensibilidad a estos y un aumento en la presentación de reacciones que pueden desencadenar desastres. 30% de los ancianos no cumplen correctamente el tratamiento implicando un peor control y tratamiento de distintas enfermedades. otros factor sociocultural que interviene en la eficacia de los medicamentos junto con el incumplimiento terapéutico es la automedicación de 40-80%.

Alteraciones farmacocinéticas

- Absorción: afectación en la absorción debido a factores: incremento de pH gástrico por desarrollo de gastritis atáfica, retraso de vaciado gástrico, disminución de flujo sanguíneo intestinal, alt. de la motilidad intestinal y ↓ del num. cel. absorbentes
- Absorbidos mediante difusión pasiva y es mínimamente afectado por envejecimiento.

(Naproxeno, fenitoina, talbutamida, warfo)

Iatrogenia:

Acontecimientos adversos producidos en cualquier intervención de servicios de salud y sociales, es un problema fundamental en la asistencia a los ancianos, producido por fármacos y sus interacciones.

Envejecimiento y farmacología



- Distribución: la masa corporal se incrementa progresivamente
- ↓ masa magra - ↓ agua corporal
- ↓ el volumen del líquido extracelular
- ↓ el GC, ↓ flujo sanguíneo cerebral y cardíaco
- El volumen de distribución de los fármacos hidrofílicos disminuye y el lipofílicos aumenta
- las enfer. concurrentes puede generar alte. en los EJ sericos de proteina de union con farmaco

Mate

Malnutrición

• Introducción:

- Presencia que aumenta de la mortalidad y de la discapacidad.
- Eje de las caídas y fracturas empeora el deterioro cognitivo.
- Asociado con el deterioro de la cicatrización y en la recuperación de cirugía.

Clasificación de la

desnutrición:

Debido a causa tria por mala ingesta inadecuada o mala calidad de alimentos. Lleva a enfermedades agudas o crónicas que alt. la ingesta, ↑ las necesidades.

D. Calórico (Marasmo)

Falta o pérdida prolongada de energía y nutrientes (↓ peso, ↑ adiposo, ↓ de masa muscular).

Desnutrición Mixta

Marasmo - Kwashiorkor), ↓ de la masa magra, grasa y de proteínas viscerales.

Factores de riesgo

Cambios fisiológicos asociados a envejecimiento

- Ausencia de dientes, ↓ del sentido de gusto y olfato, alt de la motilidad gastrointestinal.

Importancia:

- ↑ frecuente en mujeres (4%)
- ↑ frecuente en mujeres mayores
- Ancianos hospitalizados 23-85%.

• Definición •

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

Excesivo: Obesidad (aumento de peso y ↑ adiposo).

Deficiente: Desnutrición (disminución de los parámetros nutricionales).

D. Proteico (Kwashiorkor)

Desnutrición aguda en sit. de estrés que provocan ↓ de aporte proteico o ↑ de los requerimientos.

Estados carenciales:

deficiencia aislada de algún nutriente (aligoelemento o vitamina)

excelente



Mate

Trastornos del sueño

Introducción

El sueño reparador es esencial para una vida sana. Diversos factores pueden contribuir a las alt. del sueño en el px anciano: cambios

- cambios asociados al envejecimiento
- Factores psicosociales
- Enfermedad
- Muerte de un familiar.

Etapas

(REM)

rapid-eye-movement caracterizada por la combinación de movimientos rápidos episódicos de los ojos, atonia muscular y ondas electraenéfalo-gráficas de bajo voltaje, rápidas y desincronizadas.

NO REM

Dividida en su vez en 4 estadios: 1-2 constituyen el sueño ligero mientras 3-4 denominan sueño profundo o de onda lenta (sueño homeostático)

Las etapas del sueño no se pueden diferenciar a partir de sus carac. fisiológicas por criterios polisomnográficos. Transición de vigilia a sueño es clínica de ciclos de 90-120 min. Períodos de sueño nocturno se divide en 4-6 ciclos

Los trastornos del sueño aumentan la morbimortalidad y disminuye en la calidad de vida de los px y generalmente son infradiagnosticados

I.N.S.O.M.N.I.O

excelente

Es el trastorno del sueño más prevalente

Alteraciones (sueño no reparador) (despertares precoces)

Diagnóstico dificultad para

iniciar el sueño, para mantener el sueño, despertar precoz.

Causa por las facilidades necesarios para tener un sueño reparador

Factores de riesgo

Edad Sexo femenino Genética

Bajo nivel socioeconómico

Patologías médicas, psiquiátricas

farmacos • Ambientales

Manifestaciones clínicas

- Fatiga o malestar
- Deficit de atención
- Disfunción social o laboral
- Alt. del estado de ánimo e irritabilidad
- somnolencia diurna
- Disminución de la motivación
- Accidentes en hogar/trabajo
- Creencias sobre el sueño
- Cefalea
- Concentración
- Deterioro de la memoria

DISFAGIA

Definición

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

Comprometido a mal nutrición, aumenta el riesgo de neumonía por aspiración

Deteriora de la calidad de vida

Repercusiones físicas, emocionales

Prevalencia

edad avanzada

epidemiología 27% de adultos mayores 50 años

30% en unidades de geriatría en hogares

30-40% en ancianos que viven en la comunidad

60% ancianos ingresados en residencias

Fisiología de la deglución normal

Compleja y coordinada actividad motora en la cual intervienen multitud de nervios y músculos en la boca y cuello, todo dirigido por el centro de deglución del tronco del encéfalo (países craneales V, VI, IX, XI, XII)

Fases

Fase oral preparatoria

Comienza en la boca y 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, termina cuando el bolo pasa por el istmo de las fauces

excelente



Faringea

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

esofágica

Durante el cual el bolo alimentario es propulsado a través del esófago hacia el estómago

Fragilidad

SARCOPENIA

Inmovilidad

Fragilidad:

El anciano frágil es aquel que más necesita de asistencia médica, servicios sociales de soporte y cuidados a largo plazo.

La importancia de llegar a un consenso es fundamental para plantear medidas preventivas y actuaciones dirigidas especialmente a evitar su deterioro y a promover su independencia.

Definición

Serie de síntomas y signos comportándose como un síndrome clínico siendo también considerada como un continuum que se inicia con una pérdida de la reserva fisiológica del organismo, suficiente para provocar un principio de deterioro funcional, llevando al paciente a una situación de vulnerabilidad, conllevando posteriormente a la discapacidad y dependencia.

Umbral a partir del cual la pérdida de la reserva fisiológica y de la capacidad de adaptación del organismo empieza a ser suficiente para mantener la independencia y se sitúan en riesgo de pérdida.

Factores de riesgo

- Hábitos de vida - Enfermedades a largo de la vida (van hasta llegar a un umbral (umbral de fragilidad))

La cual la reserva funcional está agotada y aparece el riesgo de caer en discapacidades, ante un proceso incurrante

• caídas, • infecciones, • ingreso hospitalario → no son lo mismo

Fragilidad con discapacidades y comorbilidad. La comorbilidad se comporta como factor de riesgo y la Discapacidad como resultado de la fragilidad.

MODELOS

Fenotipo físico de fragilidad (Fried 2001)

• Pérdida de peso no intencionada

• Debilidad

• cansancio o baja resistencia

• Lentitud (velocidad de marcha)

Criterios

1-2 = Prefragiles

≥3 = Frágiles

Fragiles = paciente de caída,

deterioro de la movilidad, aumento de la independencia.

Mate

INCONTINENCIA

La incontinencia urinaria (UI)

Afecta el estado físico (infecciones, úlceras, cutáneas, caída y fract.)

Estado psicológico (depresión, frustración y estrés funcional y familiar)

Estado social (cambio en la vida social, aislamiento)

Concepto y definición

La OMS la considera como una pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable y suficientes como para constituir un problema social e higiénico con quien lo padece

La ICS la define como toda queja de pérdida involuntaria de orina

Epidemiología

53.3% > 80 años

Fisiopatología

Funcionamiento de diversas estructuras anatómicas: sistema nervioso y vías urinarias.

Clasificación clínica

Puede ser transitoria o establecida.

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

DRIP: Delirium, retención o vestición de la movilidad, infección, inflamación, impacción fecal, polifarmacia, poliuria

Das fases:

Llenado y vaciado regulados por el SNS (nervios hipogástricos) parasimpático (nervios erectores) somático (nervios pudendo)

DIAPPERS

U de urgencia

Pérdida de orina > 8 veces al día (micción) micción incontrolada

Influencias inhibitorias (favorece llenado) tronco cerebral influencia facilitadoras (favorece el vaciado)

Nicturia

causas:

Trastorno neurológicos: Esclerosis múltiple, accidente vascular cerebral (AVC), enf. de Parkinson, enf. de Alzheimer, diabetes y alt. medulares producida por un déficit en la inhibición secundaria a alt. del urotelio vesical; infecciones (infección de orina, inflamatorias)

Síncope en el anciano

Cuadro clínico caracterizado por la pérdida súbita de conciencia debido a una hipoperfusión cerebral global transitoria de corta duración (NO superior a los 20 seg) recuperación completa de forma espontánea.

Asociadas a alt de FC. y TA

El síncope presenta 6ta causa de hospitalización en mayores de 65 años

Peculiaridades

Coexistencia de más de una causa etiológica atribuible.

Frecuente polimedicación.

Alta prevalencia de comorbilidades cardíacas 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 prodrómicos son menos habituales.

Vías eferentes autonómicas (simpáticas y parasimpáticas) conducen los reflejos cardiovascular, útiles en el control de la circulación, no responden adecuadamente a un determinado estímulo (vasodilatación o bradicardia o asistolia)

Vías aferentes: Transmiten los distintos tipos de estímulos desencadenante (cambio altitud, enf psiquiátricos, ejercicio y fármacos)

Hipotensión ortostática retardada o progresiva no es infrecuente en ancianos y consiste en una reducción lenta y progresiva de la TA; se puede distinguir la sig. causa de hipotensión ortostática

Fisiopatología

determinado por el y la resistencia eléctrica por lo que un uno o en ambos pueden desencadenar un síncope

Etiología

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