



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
Campus Comitán
Licenciatura En Medicina Humana



MATERIA:

GERIATRIA

NOMBRE DEL TRABAJO:

"RESUMENES 1ERA UNIDAD"

ALUMNA:

Layla Carolina Morales Alfaro

GRUPO: "A"

GRADO: "6"

DOCENTE:

Dr. Romeo Suarez Martínez

Comitán de Domínguez Chiapas a 14 de marzo de 2024

VALORACIÓN GERIÁTRICA

muy bien

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



La VGI constituye la herramienta principal de la asistencia al paciente mayor.

Definida por Rubenstein: "Proceso diagnóstico multidimensional, usualmente interdisciplinario, dirigido a cuantificar los problemas y capacidades médicas, funcionales, psíquicas y sociales del mayor con el objeto de tratar en plan para el tratamiento y el seguimiento a largo plazo."

La VGI establece como objetivos:

- Conocer la situación basal del paciente
- Ofrecer la opción más adecuada
- Mejorar la precisión diagnóstica
- Optimizar el uso de recursos.
- Evaluar la repercusión funcional de la enfermedad
- Diseñar planes de cuidados y tratamiento
- Seguimiento de la respuesta al tratamiento

Los beneficios del uso de la VGI en el medio hospitalario

→ Aumento de la supervivencia, mejora de la capacidad funcional, y una mayor probabilidad de volver al domicilio tras el alta hospitalaria.

Esquema de valoración geriátrica integral

a) Evaluación biomédica → Apoyo del familiar

- Anamnesis: Antecedentes personales (factores de riesgo cardiovascular, sx. geriátricos, cirugías, ingresos previos), tratamientos previos (fármacos y dosis, reacciones adversas medicamentosas) y enfermedad actual.
- Exploración física: Constantes vitales, aspecto general y exploración topográfica. → Cefalo-caudo y aparatos y sit.
- Pruebas complementarias: analítica de sangre, sedimento de orina, orocultivo, electrocardiograma y radiografía. (Tórax, columna, cadera, extrem.)

SINDROME CONFUSIONAL AGUDO excelente

DEFINICIÓN

También conocido como delirium, es un 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. Sus síntomas pueden amplificarse o generar secuelas permanentes. La detección temprana, el control de los factores de riesgo y un correcto manejo de este síndrome son necesarios para disminuir su morbimortalidad.



EPIDEMIOLOGÍA

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

→ Importantes consecuencias tanto sanitarias como económicas:

- Aumento de la morbimortalidad
- Deterioro funcional y cognitivo
- Incremento de los costes de atención sanitaria y social

FISIOPATOLOGÍA

Actualmente no se conoce con seguridad la fisiopatología, se cree que los diferentes factores etiológicos de delirium podrían tener un mecanismo común relacionado con una alteración a nivel del funcionamiento de los neurotransmisores cerebrales tanto a nivel cortical como subcortical.

→ Se han visto implicados los siguientes mecanismos:

1) Disturbio a nivel de neurotransmisores cerebrales

- Déficit colinérgico: con la edad se produce una ↓ de la liberación de acetilcolina y disminución de receptores muscarínicos.

Los fármacos anticolinérgicos pueden producir delirium.

- Elevada función dopaminérgica cerebral: agonistas dopaminérgicos como la L-dopa pueden desencadenar cuadros confusionales con delirios y alucinaciones.

Los fármacos opioides aumentan la actividad dopaminérgica y disminuye la colinérgica, lo que explica su papel como desencadenante de delirium.

DEMENCIA

excelente

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.



La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es difícil en los pacientes con demencia por lo cambiante de la sintomatología y la necesidad de evaluar la discapacidad que genera, la presencia de trastornos conductuales o las características de los cuidados que se proporcionan.



DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO

Exige realizar historia clínica y exploración neurológica, evaluar la repercusión en los niveles de funcionalidad del individuo, realizar una evaluación neuropsicológica formal y la cumplimentación de criterios clínicos de demencia.

sigue así

En el anciano es obligatoria la evaluación de deterioro cognitivo si se presentan:

- Quejas subjetivas de pérdida de memoria u otro alt. cognitivo.
- Deterioro funcional de reciente comienzo de causa no justificada.
- Depresión de inicio en edades avanzadas.
- Presentación de cuadros confusionales durante un ingreso hospitalario.

VALORACIÓN CLÍNICA

Los funciones cognitivas a explorar son la memoria, orientación, atención, lenguaje, los praxias, función visuoespacial, función visuoconstructiva y las funciones cognitivas ejecutivas.

Se deben evaluar los síntomas psicopatológicos y conductuales asociados a la demencia (SPCD), que incluyen síntomas afectivos (depresión, ansiedad, manías, cambio de personalidad y apetito), síntomas psicóticos como alucinaciones y delirios, trastornos de comportamiento y actividad como la agitación, agresividad, vagabundeo, conducta social inapropiada, alt. en esfera sexual, de la conducta alimentaria o del sueño.

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

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

Se trata de una enf. que pasa con mucha frecuencia desapercibida o no se trata de manera adecuada con grados de infradiagnóstico del 32-50% y de un infratratamiento 37-50%, en gran parte debido a que todavía existe la creencia o suposición de que se trata de un proceso normal del envejecimiento.

EPIDEMIOLOGÍA

La entrevista mediante la Geriatric Mental State es uno de los sistemas más validados para la detección de depresión en los ancianos.

La depresión en la mujer suele ser más prevalente, pero su diferencia respecto al hombre disminuye con la edad, de tal manera que según los ámbitos puede llegar a igualarse.

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

La depresión es más frecuente en ancianos que están físicamente enfermos que en los que están sanos. Principales factores: la gravedad de la enfermedad, el grado de incapacidad, deterioro cognitivo coexistente.

La prevalencia de la depresión aumenta en determinadas enfermedades

Tabla 1. Prevalencia de depresión en determinadas enfermedades (porcentaje).

Enfermedad	Depresión mayor	Depresión menor
E. Parkinson	20	20
Ictus	25-50	-
E. Alzheimer	20-25	20
Enf. cardiovasculares	20	21
Fracturas de cadera	20	-
EPOC moderada-grave	7-42	-

El diagnóstico de depresión debido a una enfermedad médica general se establece con la presencia de síntomas depresivos o anhedonia en pacientes diagnosticados de una enfermedad adecuada a depresión.

excelente



Farmacología e iatrogenia

excelente



Con el envejecimiento se producen una serie de modificaciones en la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos, con una mayor sensibilidad a estos y un aumento en la presentación de reacciones adversas que pueden desencadenar una auténtica cascada de desastres.

► Facto: sociocultural que interviene en la eficacia de los medicamentos? Es la automedicación, que varía del 40-80%.

► Iatrogenia? Acontecimientos adversos producidos en cualquier forma de intervención de los servicios de salud, y sociales. La mayoría de episodios iatrogénicos se producen por fármacos y sus interacciones.

ENVEJECIMIENTO & ALTERACIONES FARMACOCINÉTICAS

► ABSORCIÓN?

Los cambios fisiológicos afectan a la absorción debido a factores como el incremento del pH gástrico por desarrollo de gastritis atrófica, retraso de vaciado gástrico, disminución del flujo sanguíneo intestinal y disminución del número de células absorbentes. Los procesos que se pueden ver afectados son el transporte activo, y por ende, la biodisponibilidad.

► DISTRIBUCIÓN?

Con el envejecimiento la grasa corporal aumenta progresivamente. También disminuye la masa magra, el agua corporal total, el volumen del líquido extracelular, el gasto cardíaco, el flujo sanguíneo cerebral y cardíaco. El volumen de distribución de los fármacos hidrofílicos disminuye y el de los lipofílicos aumenta.

► METABOLISMO?

Las reducciones del flujo sanguíneo hepático pueden reducir la depuración de fármacos como los antidepresivos tricíclicos, la lidocaina, opiodes y el propranolol. Existen otros factores como la raza, sexo, tabaquismo, dieta e interacciones farmacológicas que pueden alterar el metabolismo hepático.

malnutrición

Forma parte de los grandes síndromes geriátricos y es factor de fragilidad. Su presencia se asocia a aumento de la mortalidad y de la discapacidad, mayor frecuencia de caídas y fracturas, empeora el deterioro cognitivo, se asocia con retraso en la cicatrización y en la recuperación tras la cirugía, prolonga la estancia hospitalaria y aumenta la frecuencia de reingresos y el índice de institucionalización tras el alta.

DEFINICIÓN

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

Se acompaña de una disminución de los parámetros nutricionales por debajo del percentil 75.

Un indicador de malnutrición es la pérdida de peso involuntario del 2% en una semana, 5% en un mes o 10% en 6 meses.

CLASIFICACIÓN: DESNUTRICIÓN

Los casos pueden ser primarios por ingesta inadecuada o mala calidad de los alimentos, o secundarios a enfermedades agudas o crónicas que alteran la ingesta o aumentan las necesidades o interfieren en la utilización de los alimentos.

► Clasificamos la desnutrición en:

- Desnutrición calórica (marasmo): Falta o pérdida prolongada de energía y nutrientes con disminución del peso e falta de pérdida de tejido adiposo y en menor cuantía de masa muscular. Los parámetros bioquímicos son normales y los antropométricos alterados.

- Desnutrición proteica (kwashiorkor): Aguda en situación de estrés que provocan disminución del aporte proteico o aumento de los requerimientos. Los parámetros antropométricos pueden estar en los límites normales con proteínas viscerales bajas.

- Desnutrición mixta: Mezcla de características de los 2 procesos anteriores. Es el tipo más frecuente en el medio hospitalario.

- Estados carenciales: Cuando tiene lugar una deficiencia aislada de algún nutriente.

excelente



Trastornos del sueño

El sueño reparador es esencial para una vida sana.

El sueño normal se divide en diferentes etapas?

▫ Fase de sueño REM (rapid-eye movement), caracterizada por el la combinación de movimientos rápidos episódicos de los ojos, atonía muscular y ondas electroencefalográficas de bajo voltaje, rápidas y desincronizadas. La duración de esta fase del sueño disminuye en la 6ta década de vida.

▫ Fase de sueño NO REM dividida a su vez en 4 estadios: los estadios 1 y 2 constituyen el sueño ligero mientras que 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 o medida que disminuyen los estadios 3 y 4 de forma lineal.

Los etapas del sueño se pueden diferenciar a partir de sus características fisiológicas por criterios polisomnográficos

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

INSOMNIO

Es el trastorno del sueño más prevalente en la práctica médica.

▫ Los criterios diagnósticos para el insomnio según la ICD-10 son:

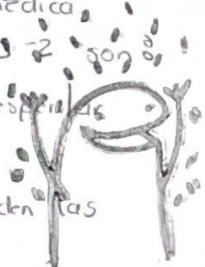
- La dificultad para iniciar el sueño, para mantener el sueño, despertarse precoz, o no tener un sueño reparador.

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

▫ La dificultad de conciliar el sueño debe producir al menos una de las siguientes alteraciones durante el día: fatiga, malestar, déficit de atención, concentración o deterioro de la memoria, disfunción social o laboral, alteración del estado de ánimo e irritabilidad, somnolencia diurna, disminución de la motivación, etc.

Entre los factores predisponentes destacan la edad, sexo femenino, enf. concomitantes, bajo nivel socioeconómico y factores genéticos. Factores precipitantes: situaciones que generen estrés y factores perpetuantes relacionados con los malos hábitos del sueño.

excelente



DISFAGIA

excelente

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

Común en la población general, su prevalencia aumenta con la edad, comprometiéndose el estado nutricional, aumentando el riesgo de neumonía por aspiración con deterioro de la calidad de vida. Habrá repercusiones emocionales, afectando el estado anímico del paciente y conduciendo a aislamiento social.

~ Prevalencia ~

Estudios epidemiológicos muestran el 22% de los adultos mayores de 50 años la presentan.

~ Fisiología de la deglución normal ~

La deglución es el resultado de una coordinada actividad motora en la cual intervienen multitud de nervios y músculos de la boca y del cuello, dirigido por el centro de la deglución del tronco del encéfalo (pares craneales V, VII, IX, X, XI y XII)

► 4 fases: Fase oral preparatoria y fase de transporte oral: Son voluntarias. Fase faríngea y la esofágica: Involuntarias.

1: Fase oral preparatoria: Comienza en la boca y se termina cuando el bolo está preparado para el desplazamiento hacia la faringe. La comida se mastica hasta conseguir una consistencia adecuada.

2: Fase oral de transporte: Empieza cuando el bolo se desplaza para ser propulsado hacia la faringe y termina cuando el bolo por el istmo de los pases pasa y se dispara el reflejo deglutorio.

3: Fase faríngea: Se inicia con el disparo del reflejo deglutorio y termina cuando el bolo pasa por el esfínter esofágico superior.

4: Fase esofágica: Durante el cual el bolo alimentario es propulsado a través del esófago hasta el estómago.

~ Causas de disfagia ~

En relación con la afectación anatómica, se puede dividir en:

► Disfagia orofaríngea (80%): Anormalidades en la coordinación neuromuscular a nivel de la faringe y el esfínter esofágico superior.

► Disfagia esofágica (20%): Entorpecimiento o dificultad en el paso del alimento a nivel retro-esofágico después de una deglución correcta.

FRAGILIDAD, SARCOPENIA & INMOVILIDAD

Se estima que al menos un 11% de la población >65 años está totalmente inmovilizada, un 61% padece severas limitaciones en las actividades de la vida diaria y que hasta en 10% más presenta incapacidad moderada.

► Fragilidad

Grupo de ancianos que se encuentra justo en el borde del deterioro.

Abarca una 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 (fragilidad preclínica), conduciendo posteriormente a la discapacidad y dependencia.

Los factores genéticos del envejecimiento, los hábitos de vida, más las enfermedades a lo largo de la vida irán marcando la reserva fisiológica, hasta llegar a un umbral (de fragilidad) a partir del cual la reserva funcional está agotada y aparece el riesgo de caer en discapacidad ante un proceso intercurrente (cardíaco, infecciones, ingreso hospitalario) que conduce a la dependencia e inmovilidad.

La comorbilidad se comporta como un factor de riesgo y la discapacidad como resultado de la fragilidad, por lo cual están relacionados.

► Dos modelos de fragilidad

1= Fenotipo físico de fragilidad: Incluye pérdida de peso no intencionada, debilidad, cansancio o baja resistencia, lentitud y grado de actividad física bajo. Uno o 2 criterios se consideran prefragiles y 3 o más se consideran frágiles.

2= Modelo de múltiples dominios: Incluye dependencia de otros o riesgo de depender, pérdida de reservas fisiológicas. Selet ser exhaustivas y pérdida rapidez.

~ Presentación Clínica ~

Sarcopenia; trastorno en el equilibrio y la marcha, descondicionamiento con la aparición de inmovilidad y osteopenia. Este es un componente clave a través del cual se desarrollan gran parte de los síntomas previos, entre ellos la aparición de inmovilidad.

INGONTINENCIA

La IU no forma parte del envejecimiento normal.

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

ICS: " Toda queja de pérdida involuntaria de orina."

Es más frecuente en mujeres que en varones.

~ Fisiopatología ~

La continencia urinaria depende del normal funcionamiento del sistema nervioso y vías urinarias.

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

► Dos Fases: llenado y vaciado regulados por el sistema nervioso simpático (nervios hipogástricos), parasimpático (nervios crotóicos) y somático (nervio pudendo) controlados por la corteza cerebral que ejerce influencias inhibitorias (favorece el llenado) y el tronco cerebral; influencias facilitadoras (favorece el vaciado).

~ Clasificación Clínica ~

En función de su duración: Transitoria o establecida.

► IU de urgencia: Pérdida involuntaria de orina, inmediatamente después, o simultáneamente, con una sensación urgente de vaciar la vejiga que es difícil postergar (micción imperiosa). Suele asociarse a síntomas de la fase de llenado (micción frecuente, > 8 veces/día), nocturia y en algunas ocasiones micciones incontroladas.

Causas o factores de riesgo:

- Trastornos neurológicos: Esclerosis múltiple, AVC, Parkinson, Alzheimer, etc.
- Secundarios a alteraciones del urólio vesical: infecciosas, inflamatorias, neoplasias.
- Secundaria a obstrucción: Hiperplasia benigna de próstata.
- Idiopática.

► IU de esfuerzo o estrés: Pérdida involuntaria de orina por aumento de la presión abdominal sin que haya contracción vesical (cascar, reír, levantar peso).

Se produce una incapacidad para mantener cerrado el esfínter de la uretra.

Etiología multifactorial: Embarazo, parto vaginal, Cx pélvica, etc.

► IU mixta: Hay un componente de incontinencia de urgencia y de esfuerzo.

SINGOPE EN EL ANCIANO

• Pérdida súbita de conciencia debido a una hipoperfusión cerebral global transitoria de corta duración (no superior a 20 seg.), con recuperación completa de forma espontánea.

Existe un pico de incidencia del primer síncope entre los 10-30 años, edad en la que la mayoría son de etiología vasovagal y otro a partir de los 65 años.

Tabla 1. Peculiaridades del síncope en los ancianos.

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 prodromáticos son menos habituales.

~ Fisiopatología ~

• Hipoperfusión cerebral global por diversas causas durante un tiempo mínimo de 6-8 seg. de duración. La TA está determinada por el gasto cardíaco y la resistencia vascular periférica, por lo que un descenso en uno o en ambos factores puede desencadenar un episodio sincopal.

~ Etiología ~

En los ancianos es habitual que la etiología del síncope sea mixta.

Tabla 2. Clasificación de los tipos de síncope.

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

► Síncope Reflejo o Neuromediado

• Se refiere a un grupo heterogéneo de situaciones que se clasifican según las vías eferentes y aferentes implicadas: