

**Materia:**  
**Geriatría**

**Nombre del trabajo:**  
**“Resúmenes”**

**Alumna:**  
**Karen Paulina López Gómez**  
**Grupo: “A” Grado: “6”**

**Docente:**  
**Dr. Romeo Suarez Martínez**

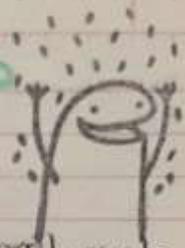
PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas a 15 de marzo de 2024.

Karen Restrepo

## VALORACIÓN GERIÁTRICA COMO INSTRUMENTO

excelente



**¿QUÉ ES?** El proceso diagnóstico multidimensional, usualmente interdisciplinario, dirigido a cuantificar los problemas y capacidades médicas, funcionales, psíquicas y sociales del mayor con el objeto de trazar un plan para el tratamiento y el seguimiento a largo plazo.

APLICACIÓN = Patrón psico-social

### a) OBJETIVOS Y BENEFICIOS

- a) Conocer la situación basal del paciente
- Mejorar la precisión diagnóstica
- Evaluar la repercusión funcional de la enfermedad
- Diseñar planes de cuidados y tratamiento
- Seguimiento de la respuesta y tratamiento
- Ofrecer la ubicación más adecuada
- Optimizar el uso de recursos sanitarios y sociales

### b) Aumento de la supervivencia

- Mejora de la capacidad funcional
- Mejora del estado afectivo y cognitivo

### ESTRUCTURA

→ Evaluación biomédica = anamnesis, exploración y pruebas complementarias = Ayuda de un familiar (AP, AHF, Dependencia, Sx geriátricos, hospitalización, cirugías, traumas con dolos y reacciones adversas, medicamentos + enfermedad actual

EXPLORACIÓN FÍSICA = Contorno, aspecto general, cabeza, cuello, tórax, abdomen, extremidades, exploración neurológica, piel, genitales externos

Alfonso Plutarco López Gómez

# SÍNDROME *confusional* *nause*

(OTROS FUENTES)

**¿QUÉ ES?** Conjunto de síntomas y signos relacionados con el nivel de consciencia y el deterioro de funciones cognitivas del paciente. Representa una complicación de otra enfermedad existente.

→ Alteración de la consciencia y un cambio de las funciones cognitivas (cognoscitivas) que se presentan a lo largo de un breve período de tiempo (hrs/días) presentando fluctuaciones cognitivas durante el día.

## CUADRO CLÍNICO

- ↓ Nivel de <sup>NIVEL</sup> consciencia
- ↓ De atención, <sup>ALAS COGNITIVAS</sup> capacidad para mantener la atención
- ↓ Desorientación (tiempo-espacio)
- ↓ Memoria
- Alteraciones del estado de ánimo = fluctuaciones, apatía, inquietud, ansiedad, depresión
- Alteraciones del sueño
- Cambios conductuales

## epidemiología

EDA0 AVANZADA

- Factores precipitantes y predisponentes.
- Es una urgencia médica + un signo de mal pronóstico
- La mortalidad estimada a los 3 meses es px con un episodio (delirium) de del 23 al 33% y a un año puede alcanzar el 50%.

## E T I O L O G Í A

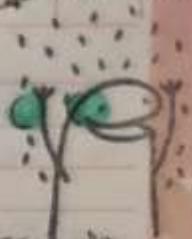
- ① Fármacos (polifarmacia) = Con actividad anticolinérgica (Antipsicóticos, Loperidona, difenidramina, atropina, prometazina, hidralazina)
- ② Neurotransmisores = Acetilcolina, formación reducida del núcleo cerebral (principal vía neuroquímica)
- ③ Enfermedades = Del SNC, sistémicas, infección sistémica

Kuron

1 - MARZO - 2024

excelente

# DEMEENCIA



La demencia es un síndrome adquirido caracterizado por el 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.

Prevalencia = 6.5% ↑ 4.2% 65-74 hasta 27.7% 85 años

Incidencia 1% en >65 años 5% >90 años

## ASPECTOS QUE INFLUYEN =

- Pérdida de la calidad de vida del paciente
- Las implicaciones sobre el cuidador



sigue así

## Dx → Dx de demencia

• Historia clínica + Exploración neurológica + Evaluar la repercusión en los niveles de funcionalidad del individuo + realizar una evaluación neuropsiquiátrica formal (cumplir criterios clínicos de demencia) → En el anciano (deterioro cognitivo)

- Algunos sujetos de pérdida de memoria u otra alteración cognitiva.
- Deterioro funcional & reciente comienzo de curso no justificado
- Depresión de inicio de edad avanzada
- Presentación de cambios funcionales durante un ingreso hospitalario

## VALIDACIÓN CLÍNICA

→ Funciones cognitivas - memoria, orientación, la atención, el lenguaje, los pulsos, la función respiratoria, las actividades

# DEPRESIÓN Y ansiedad

La depresión constituye uno de los síndromes geriátricos más frecuentes e incapacitantes. Suele pasar desapercibida o no se trata, con grados de subdiagnóstico del 32-50% y de infradiagnóstico de 37-50%.

Puede tardar años en ser tratada, llevando a una pobre calidad de vida, deterioro del funcionamiento social y físico, una adherencia peor al tratamiento, un empeoramiento de la comorbilidad y un aumento de la morbilidad por suicidio y otras causas.

## EPIDEMIOLOGÍA → Depresión

- Prevalencia 14.2% para moderada y grave
- La verpool = 11.3% - Nueva York = 16.2% - Londres 19.5%
- Global en mujeres = 50% + que en hombres
- 15% de personas mayores la han padecido en algún momento
  - 2% severo - 13% leve
- En la comunidad = 10%
- En residencias geriátricas 15-35%
- Hospitalizados 10-20%

muy bien

## E T I O L O G Í A

→ Factores biológicos, demográficos y sociales



## FACTORES BIOLÓGICOS

→ en relación con causas orgánicas

- + FCT en ancianos fuertemente enfermos
  - Deterioro cognitivo persistente consistente
  - Historia psiquiátrica positiva previa

05 - mayo - 2024

# farmacología

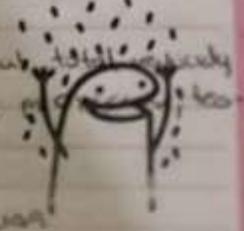
## INTRODUCCIÓN

- 3 50% de usuarios presenta alguna enfermedad crónica
  - 4 Formas de consumo por usuarios:
    - 2-4 comunidad
    - 3-5 Residencial
    - 4-8 Hospital
  - Incumplimiento terapéutico 30%
  - Automedicación 40-80%
- Algunas de forma simultánea
- Alto consumo de fármacos

### ENVEJECIMIENTO Y farmacología

- ALTERACIONES FARMACOCINÉTICAS = Absorción
  - Incremento del pH gástrico = gastritis atrófica, retraso vago/ vacuado gástrico, disminución del flujo sanguíneo intestinal, alteración en motilidad intestinal y disminución de no. de células absorbentes (transporte activo, biodisponibilidad)
- Distribución
  - ↓ de volumen de distribución de los fármacos hidrofílicos
  - ↑ Volumen fármacos lipofílicos
- Metabolismo =
  - Fase I (reacciones oxidativas) = depuración corporal total mayor
  - menor de fármacos (clonazepam, fentanilo, fipronil y quinidina)
- Eliminación = ↓ de reducción de depuración

excelente



- ALTERACIONES FARMACODINÁMICAS
  - sensibilidad alterada ↓ o ↑
  - farmacodinámicas
  - A a benzodiazepinas - liberar en antagonistas de calcio

12 MARZO 2024

# Malnutrición

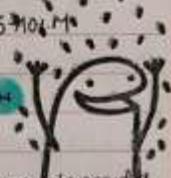
→ Formo parte de los ex. gestuales - Fr. de fragilidad

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

💡 **IMPORTANCIA**  
Alta prevalencia en geriatrica, su intradiagnóstico y las consecuencias y calidad de vida en riesgo 41% / 5704M

excelencia

## C L A S I F I C A C I O N



→ **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 cuantía de masa corporal muscular - Parámetros Bioquímicos Normales, antropométricos ↑

→ **DESNUTRICIÓN PROTEICA (Kwashiorkor)** = Desnutrición aguda en situaciones de estrés que provocan disminución del aporte proteico o aumento de requerimientos - antropométricos normales Proteínas ↓

→ **DESNUTRICIÓN MIXTA** = Mezcla características de las dos anteriores  
↓ Masa magra, grasa y proteínas / Antecedente de crisis FCT en situación de estrés / + FCT en ex hospitalizados

→ **ESTADOS CARENCIALES** = Cuando tiene lugar una deficiencia aislada o de algún nutriente, por disminución de energía o aumento de requerimientos (alergias, enfermedades o traumatismos)

**FACTORES DE RIESGO** = Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento (↓ Píeas dentales, ↓ bñe, ↓ Olfato) + situación

# Trastornos

J U E Ñ O

excelente

→ Sueño estándar = 40h semana

## Sueño Normal

→ Fase de sueño REM (Rapid-eye-movement) = Movimiento rápido de los ojos, atonía muscular y ondas electroencefalográficas (↑ en 6ta década de vida)



→ Fase de sueño no REM = Dividida en 4 estadios

1 y 2 = Sueño ligero (↑ vejez)

3 y 4 = Sueño profundo, ondas lentas (Sueño homeostático) (↓)

## INSOMNIO

→ Síntoma para describir cualquier dificultad para iniciar o consolidar el sueño

- Dificultad para iniciar el sueño, mantenerlo, despertar precoz o no tener sueño reparador

FISIOPATOLOGÍA = - Insomnio transitorio = Cualquier persona

- Insomnio crónico = Depresión o ansiedad, q act. metabólica ↑ act. beta en electroencefalograma, ↑ no. de despertares

→ Manifestación de hiperactividad (Px tienen ↑ T° corporal durante la noche, cortisol urinario, adrenulina y niveles ACTH ↑)

→ Ciclo circadiano = Clock y Per2 = ↑ del sistema

CLASIFICACIÓN = • Primario → No se identifican causas

• Secundario = Aparece el contenido de otro trastorno clínico (↑ FCT) • Agudo/transitorio = días o semanas

• Crónico = 1 mes

CAUSAS = Edad, Est. psicológico, Ex. sociales, ambientales



Kel

12-MARZO-2024

# DISFAGIA

- Dificultad para el paso del bolo alimentario desde la boca hasta el estómago inferior.
- 22% de 60 años de edad
- Prevalencia de 30%
- 30-40% hasta 60% que viven en la comunidad

## FISIOLÓGIA DE LA DEGLUCIÓN NORMAL

- Deglución = compleja y coordinada actividad motora (Pares V, VII, IX, X, XI, XII)
- Fase oral preparatoria = Inicio en la boca → Desplazamiento en faringe (consistencia adecuada)
- Fase oral del transporte = Faringe a istmo de esófago (Reflejo deglutorio)
- Fase faríngea = Reflejo deglutorio el bolo en estado esofágico superior
- Fase esofágica = De esófago al estómago

Envejecimiento y deglución = Pérdida progresiva de las fibras mielínicas y unmielínicas, atrofia axonal del SN mielínicos

## CAUSAS \* TABLA AL FINAL

- DIAGNOSTICO = → Anamnesis
- Antecedentes patológicos
- Tx farmacológico habitual
- Síntomas de hipomotilidad faríngea
- Síntomas y gastrointestinales y respiratorios
- Características de la dieta habitual

excelente



# Fragilidad

S A R C O P E N I A

## enmovilidad

**FRAGILIDAD** Abarca una serie de síntomas y signos convirtiéndose 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), y a este progreso lleva al individuo a una situación de vulnerabilidad, posteriormente, discapacidad y dependencia.

→ Umbral a partir del cual la pérdida de la reserva fisiológica y la capacidad de adaptación del organismo empieza a ser insuficiente para mantener la independencia y se sitúa en riesgo de perderla.

FACTORES = genéticos (del envejecimiento), hábitos, + ent, = <sup>UMBRAL</sup> <sub>FRAGILIDAD</sub>

→ TIPO FÍSICO DE FRAGILIDAD (Fried 2001): Incluye su pérdida de peso no intencional, debilidad (medida a través de la fuerza prensora), cansancio o baja resistencia, lentitud.

→ MODELO DE MÚLTIPLES DOMINIOS (Rockwood 1997): Incluye dependencia de otros o riesgo de depender, riesgo sustancial de sufrir resultados adversos, pérdida de reservas fisiológicas, ausencia de entronco social, enfermedades crónicas, problemas psicosociales, complejidad médica, presencia atípica de las enfermedades, posibilidad de intervención de programas.

# Incontinencia

Definición = La pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable y sostenida como para constituir un problema social e higiénico. In. quem laudeat. URS

- Toda fuga de pérdidas involuntaria de orina = LCS

> 80 años = 53.3%

+ FCI en mujeres

Prevalencia 15.5% - 17.4%

## Fisiopatología

→ Mecanismo normal = 2 fases llenado y vaciado

- Llenado = Se activa el reflejo interno vesical y relaja la vejiga vesical al inhibir el parasimpático

- Vaciado = La evasión el estímulo parasimpático que produce la contracción vesical e se inhiben el tono simpático y somático.

## CLASIFICACIÓN

→ Duración = Transitoria o establecida (Transitoria = ORIP/gotico, delirium, retención o restricción de los volúmenes, infección, inflamación, impacción fecal, polipomios, poluria o DIAPERS quínicos)

→ En función del nivel de afectación o del mecanismo de producción → De urgencia = Pérdida involuntaria

- Trastornos neurologicos = AVC

Esclerosis múltiple, Parkinson, Alzheimer, DM y alt. cordones

- Secundaria a alt del urinario

Vesical = hiperreflexia, hiporreflexia, etc.

15-03-2019

# SÍNCOPE de anciano

→ El síncope es un cuadro clínico caracterizado por la pérdida súbita de conciencia debido a una hipoperfusión cerebral global transitoria de corta duración (< 20 segundos),<sup>o 20s</sup> con recuperación completa de forma espontánea

- Pre síncope = SX y SX que preceden
- + FCI en ancianos = FC, tensión arterial, circulación cerebral
- Pico = 10-30 años / 65 años
- > 70 años = Prevalencia 10% / Incidencia 6%
- 6ta causa de hospitalización > 65 años

**Fisiopatología** = Hipoperfusión cerebral y global (6-8 segundos)

• ↓ TA, GC, R<sup>esistencia vascular periférica</sup>

E T L O L O G I A

→ Hipotensión ortostática

→ Síncope reflejo

→ + FCI en ancianos (alud de intensidad)

→ Arritmias epelinas

**S. REFLEJO O NEUROMEDIADO** = Grupo heterogéneo de síncopes que se clasifican según vías aferentes y eferentes

- Vías aferentes autónomas (sim. y parasim. conductos) - Lútes (resposta vasopresor), Verdolmilitadora o rena

- Vías eferentes = Efecto albed, con plepúntion, egocico o rómico

a) J. vasovagal (Neotipismo común)

b) S. Situacional

c) HS