



Licenciatura en Medicina Humana  
Campus Comitán.



**Tema:**

**Últimos tres temas**

**Nombre de la alumna:**

**Paola Isabel Díaz Sánchez**

**Materia:**

**Geriatría**

**Grado: 6 grupo: A**

**Nombre del docente:**

**Dr. Romeo Suarez Martinez**

**Fecha 15 de marzo de 2024.**

# valoración Geriátrica.

La valoración geriátrica Integral (UGI)  
Es la herramienta principal de la asistencia  
al paciente mayor

## Definición

Es el proceso de diagnóstico multidimensional  
usualmente interdisciplinario, dirigido a  
cuantificar los problemas y capacidades médicas  
funcionales, psíquicas y sociales del mayor con el  
objetivo de trazar un plan para el tratamiento  
y el seguimiento a largo plazo.

La VGI puede ser atendido por (geriatras,  
enfermeros, trabajadores sociales).

## Beneficios de la VGI

- \* Aumento de supervivencia
- \* mejorar la capacidad funcional
- \* volver al domicilio tras la alta hospitalaria
- \* mejora del estado afectivo y cognitivo
- \* reducción de números de fármacos
- \* mejorar la vida de la persona mayor

## Evaluaciones

Consiste en tener una mayor anamnesis, ya que tiene deterioro  
de algunas esferas neurológicas, por lo cual debe de ser ayudado por  
un familiar cercano, a responder las diversas preguntas que se les  
hace como por ejemplo es la historia clínica la cual debe  
de realizarse como a las demás personas  
se comienza con  
- constantes

excelente



# SINDROME CONFUSIONAL AGUDO

Rocío Díaz

## 1.º Definición:

Es conocido como delirium. Es un síndrome clínico transitorio y reversible caracterizado por una alteración en la atención, el nivel de conciencia y disfunción cognitiva.

- La detección temprana, el control de los factores de riesgo y un correcto manejo de este síndrome son necesarios para disminuir su morbimortalidad.

## Epidemiología:

Hospitalarias - (14-24%)

Cuidados intensivos (del 70 al 87%)

Plantas Qx (15-62%)

Px en fractura de caderas (43-63%)

Unidades de cuidados paliativos (hasta el 83%)

Ancianos institucionalizados (32-62%)

Comunidad (0,44 al 2%)

muy bien



## Fisiopatología:

Se considera más una lesión funcional que estructural

- Los factores etiológicos de delirium podrían tener un mecanismo fisiopatológico común relacionado con una alteración a nivel de funcionamiento de los neurotransmisores cerebrales tanto a nivel cortical como subcortical.

- Los antagonistas dopaminérgicos como la L-dopa pueden desencadenar cuadros confusionales como delirios y alucinaciones.

- Los fármacos opioides aumentan la actividad dopaminérgica y disminuye la colinérgica (desencadenante de delirium).

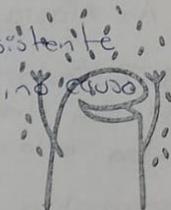
# DEMENCIA

Paola Diaz

excelente

## Definición

Es un síndrome adquirido caracterizado por deterioro persistente de funciones cognitivas, del estado mental y la conducta social, no por delirium



- Prevalencia entre los 65 y 74 años 4%
- Adultos mayores 85 años 27.7% + FCTE mujeres
- El cuidado del paciente, es un gran cargo para el cuidador ya que implica, cuidar el deterioro del paciente, la edad, tener bajo nivel económico falta de apoyo socio-sanitario y emocional.

## Diagnostico sindrómico de demencia.

- Se basa a través de la historia clínica y exploración neurológica
- se evalúa la funcionalidad del individuo, realiza evaluación neuropsicológica, se evalúa el deterioro
  - 1= Quejas subjetivas de pérdida de memoria u otra alteración cognitiva
  - 2= Deterioro funcional de reciente comienzo de causa no justificada,
  - 3= Depresión de inicio de edades avanzadas
  - 4= cuadros confusionales durante un ingreso hospitalario

## evaluación clínica

- memoria, orientación, lenguaje, las praxias, visuoespacial
- se debe evaluar síntomas psicopatológicos y conductuales
- evaluar con la escala de Katz o de Barthel
- Índice de LAWTON
- Escalas de demencia (IDD) Interview for deterioration in Daily living in dementia

## Evaluación neuropsicológica.

Se evalúa con test general cribado y complementarlo con test cortos debe ser examinado por un neuropsicólogo **Tobler al ultimo (1)**

# DEPRESION Y ANSIEDAD

Y Paola Diaz

## Introducción

Síndrome geriátrico más frecuente e incapacitante, altera la calidad de vida de las personas, lo cual eleva los costos sociales y de la salud. Es una enfermedad desapercibida no se trata adecuadamente con lo que son los tratados de un diagnóstico 32-50% y el mal tratamiento 37-50%. La depresión no tratada dos años, los cuales puede conducir a la muerte a las personas ya sea por suicidio u otras causas.

## Epidemiología

En los ancianos es difícil de comparar por que dependen de las circunstancias en su comunidad, en residencia geriátrica y hospitalizados y también depende del tipo de instrumento para el diagnóstico lo cual es por entrevistas psiquiátricas y escalas orientativas.

Geriatric mental state es uno de los instrumentos más usados para la detección de depresión en los ancianos.

en mujeres son un 50% el de los hombres es casi parecido

↓  
Tiene más prevalencia en los hombres disminuye conforme la edad.

Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos

15% de las personas mayores a 65 años 20% severo y 13% levemente

Ancianos que viven en comunidad 10%

Instituciones geriátricas 15-35%

Hospitalizados 10-20%

## Etiología

Se basa en demografía, social, factor biológico

excelente



# FARMACOLOGÍA Y IATROGENIA.

Paola Diaz  
excelente



## Introducción

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

La iatrogenia es producida por fármacos y sus interacciones

## Envejecimiento y farmacología Tabla 1

### Alteraciones farmacocinéticas

en la absorción es afectado por: incremento de pH gástrico por desarrollo de gastritis atáfrica, retraso de vaciado gástrico, disminución de flujo sanguíneo, Alt. motilidad intestinal, ↓ cel. Absorbentes

Los fármacos son absorbidos por difusión absorbida (lenta)

### Distribución

flujo sanguíneo cerebral

↓ Grasa magra

Aguja corporal

✓ L E volumen líquido extracelular

Los fármacos hidofílicos ↓ y los lipofílicos ↑

naproxeno  
fenetolamina  
tolbutamida  
valproina

↑ [ ] Aumentar la dosis de  
carga

lidocaina  
betabloqueadores  
quinidina  
Antidepresivos  
tricíclicos

Aumentar ef. inflamato-  
rias como cáncer y  
quemaduras.

# MALNUTRICION

Paola Díaz

## Introducción

Es un factor de fragilidad, no solo es una patología, si no constituye un aumento de mortalidad, con mayor frecuencia caídas y fracturas, empeora el deterioro cognitivo, problemas con cicatrización, prolonga la estancia hospitalaria, el 50% puede causar problemas reversibles

## Importancia

La desnutrición en ancianos sonos que viven en la comunidad 10% varones 50% para mujeres, 40% de riesgo de desnutrición 5-10% en mujeres

Ancianos institucionalizados cubre un 23-85%

## Definición

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

Pérdida de peso es igual al 20% 50% en un mes 10% seis meses 4% en un año aumento la morbilidad y mortalidad.

## Clasificación

### Desnutrición calórica (marasmo)

Es la pérdida prolongada de energía y nutrientes con disminución de peso a costa de pérdida de tejido adiposo y en menor cuantía de masa muscular.

### Desnutrición proteica (kwashiorkor)

-Desnutrición aguda en situación de estrés que provoca disminución del aporte proteico o aumento de requerimiento.

### Desnutrición mixta

disminución de la masa magra, la grasa, tiene lugar en pacientes con desnutrición crónica

### Estados coexistentes:

deficiencia aislada de algún nutriente (oligoelementos o vitaminas).



# Trastorno del Sueño

Paola Diaz

## Introducción

Con cambios asociados al envejecimiento, factores psicosociales como la jubilación, enfermedades, muertes familiares

## - etapas del sueño

### - fase de sueño REM (rapid-eye-movement)

combinación de movimientos rápidos episódicos de los ojos, atonía muscular y ondas electroencefalográficas de bajo voltaje, variadas y desincronizadas.

### - fase de sueño no REM:

Se divide en 4 estadios el 1º es tener sueño ligero

estadio 3 y 4 es el sueño profundo con ondas lentas

en los años 16 a 83 cada década se pierden 27 minutos de sueño

- la etapa de vigilia-sueño dura aproximadamente entre 90 y 110 minutos

- el sueño nocturno es de 4-6 ciclos

excelente



## Insomnio

difícil para iniciar o consolidar el sueño, es tener sueño no recordar, despertar precozmente.

Criterios → ICD-2 (the international classification of sleep disorders)

Siguientes alteraciones:

- fatiga o malestar, déficit de atención, concentración deterioro de la memoria, disfunción social o laboral, alteración del estado de ánimo

## fisiopatología

aparece a la interacción de factores biológicos, físicos y ambientales

- el insomnio es una manifestación de hiperactividad y se cree que las

manifestaciones diurnas (ansiedad, déficit de atención, irritabilidad) son la causa del insomnio y no al revés como se creía.

- La cafeína, luz y estas causas insomnio

## Clasificación de Insomnio

Primario - dura agudo o transitorio dura días o semanas

crónico → dura más de un mes

## Causas de Insomnio

- enfermedades médicas

- psiquiátricos

- falta social  
- hospitalización  
- jubilación  
- pobreza

- Ambientales  
- ruido  
- calor

- farmacológica  
- cafeína  
- alcohol  
- antagonistas de calcio

# Disfagia. Paola Diaz.

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

- Presenta problemas en la edad avanzada, comprometiendo el estado nutricional, riesgo de neumonía
- Estudios clínicos han reportado aspiración frías correcta el 70% de los ancianos son ingresados por neumonía adquirida en la comunidad.

## Prevalencia.

- 30-40% son ancianos de comunidad
- 30% en geriátricos agudos

## Fisiología de la deglución normal

- es de una completa y coordinada actividad motora en la cual intervienen multitud de nervios y músculos de la boca y del cuello, todo dirigido por el centro de la deglución del tronco encefálico (paes craneales VIII, IX, X, XI, XII)

Se divide en cuatro fases.

**Fase oral preparatoria:** comienza en la boca termina cuando el bolo está desplazado en la faringe

**Fase oral de transporte:** comienza cuando el bolo se desplaza para ser propulsado hacia la faringe, termina cuando el bolo pasa el istmo de las fauces

**Fase faríngea:** inicia con el reflejo deglutorio y termina de pasar por el esfínter esofágico superior.

**Fase esofágica:** el bolo es propulsado a través del esófago hasta el estómago

excelente



# Fragilidad

Paola Diaz

## Introducción

Se realiza en un manera escalonado, está estrechamente relacionada con sarcopenia

- Se inicia por una enfermedad por periodo prolongado
- \* por nutrición inadecuada
- \* dejando una gran vulnerabilidad

## Fragilidad

es designado al grupo de ancianos que se encuentran justo en el borde del deterioro

- el individuo frágil es aquel que necesita más asistencia médica,
- \* servicios sociales de soporte
- \* cuidados a largo plazo
- \* La prevalencia global es de 30-40%

## Definición

- Serie de signos y síntomas comportándose como un síndrome clínico, considerado como (continuum), es la pérdida de la reserva fisiológica del organismo - Proceso de deterioro (Fragilidad Preclínica)
- Proceso de dependencia y discapacidad
- Por envejecimiento, hábitos de vida, enfermedades que tienen a lo largo de su vida.

## Modelos de Fragilidad

- Fenotipos típicos de fragilidad (Fried 2001)
- Pérdida de peso no intencionada
- debilidad (fuerza funcional)
- cansancio bajo resistencia
- lentitud (baja velocidad de marcha)
- \* Pacientes con 1 o 2 criterios es (Prefragil)
- Pacientes con más de 2 criterios (ya es fragilidad)



## escala de equilibrio y marcha Tinetti

Valora 9 ítems en equilibrio } 28 puntos, < 26 puntos riesgo de caída  
6 ítems de marcha } - 18 puntos Alto riesgo de caída

### La velocidad de marcha

mide el tiempo en recorrer a ritmo normal una distancia preestablecida habitualmente 5 metros.

### Aparición de síndromes geriátricos

- riesgo de desarrollar discapacidad y marcadores de fragilidad
- desnutrición
- pérdida de visión y audición
- caídas
- delirium
- depresión
- polifarmacia

### Prevención y manejo: recomendaciones

- potenciar aspectos de movilidad a través de ejercicio físico
- correcto abordaje de cuadros clínicos
- revisión periódica de la medicación habitual
- La hospitalización es un desencadenante en la aparición y progresión del deterioro funcional en el anciano.

# Sarcopenia

### Definición

fue descrito por primera vez en 1989 por Irwin Rosenberg con la intención de descubrir la pérdida de masa muscular y relación con la edad

- griego sarco - carne Penia - pérdida

Definición actual: síndrome geriátrico que se caracteriza por la pérdida de masa y fuerza muscular esquelética progresiva y generalizada que condiciona la discapacidad, empeoramiento de la calidad de vida e incluso la muerte.

### 3.2 Epidemiología

- Baumgartner et al: → Prevalencia 13% de sarcopenia en pacientes de 65 años incrementado 24% a los 70 años y el 50% en adultos > 80 años

### 3.3 fisiopatología. (tabla 1)

- fx moleculares
- - humorales
- - hormonales
- - neurodegenerativos
- - extrínsecos
- 1. - musculares

Tabla 1. Factores relacionados con la sarcopenia.

Factores	Cambios	Traducción
Moleculares	Alteraciones mitocondriales Aumento del estrés oxidativo Alteración del proceso de apoptosis	Alteración del número de fibras musculares
Humorales	Incremento de sustancias inflamatorias (TNF, IL-6, agonista del receptor, IL-1)	Aumento del catabolismo
Hormonales	Disminución de niveles séricos: testosterona, estrógenos y IGF-1*	Pérdida de masa y fuerza muscular
Neurodegenerativos	Alteraciones hormonales tiroideas e insulina	Aumento del catabolismo
Musculares	Pérdida de motoneuronas alfa del asta posterior de la médula espinal	Disminución de la fuerza muscular Disminución de la movilidad
Extrínsecos	Pérdida de fibras tipo II Aumento de fibras tipo I Infiltración de fibras musculares por tejido adiposo y fibroso	Pérdida de potencia Atrofia de las fibras musculares
Extrínsecos	Estilos de vida como el sedentarismo, malnutrición, inmovilidad y comorbilidad asociada	Favorecen el desuso Atrofia muscular Pérdida de fuerza muscular

### 3.4 ¿Es la sarcopenia un síndrome geriátrico?

entidad de etiología multifactorial, con prevalencia alta en el anciano, que conlleva la pérdida de la capacidad funcional y dependencia

Progresiva.

### 3.5 consecuencias

- Pérdida de masa y fuerza muscular de manera progresiva
- Pérdida funcional
- discapacidad
- dependencia
- reducción
- riesgo de caídas
- mortalidad.

# Incontinencia.

10

Se engloba dentro de los síndromes geriátricos por su elevada prevalencia y su potencial para originar diferentes formas de incapacidad en el anciano.

x no es parte del envejecimiento normal

→ Afecta el estado físico (infecciones, úlceras, cutáneas, caídas y fracturas)

→ Psicológicas (depresión, frustración y estrés personal y familiar)

→ social → cambios de vida social.

1.1 conceptos y definición de incontinencia urinaria.

OMS Pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable y suficiente como para constituir un problema social e higiénico en quien lo padeca.

Sociedad Internacional de Continencia (ICS) toda aquella de pérdida involuntaria de orina

1.2 Epidemiología de la incontinencia urinaria

15 - 50% - 17 - 40%

Prevalencia global estimada del 7%

1.3 fisiopatología de la incontinencia urinaria

780 A a un 53,3%

Ancianos institucionalizados con IU varía entre 43 al 77%

Pasos de micción normal

fase de llenado - cierre de esfínteres interno vesical y relaja la cúpula vesical al inhibir el parasimpático

fase de vaciado - contracción vesical y inhibe el tono simpático y somático

1.4 clasificación clínica.

U puede ser transitoria o establecida

DRIP (gotas) delirium, retención orinaria, infección

inflamatoria

incapacitación fecal

DIAPPERS (pañales)

polifarmacia o poliartr

### 1.4.1 IU de urgencia

- Pérdida involuntaria de orina, micción frecuente (más de 8 veces/día) nocturna y micción incontrolada
- Causa o factores de riesgo
  - x Trastornos neurológicos
    - x esclerosis múltiple
    - x Acv
    - x enf Parkinson
    - x Alzheimer
    - x diabetes
  - x Secundaria a alteraciones del esfínter vesical
    - infección urinaria
    - cálculos
    - neoplasias
  - x Secundaria a obstrucción; se produce en ambos sexos, es más frecuente en los varones
    - Secundaria a hipertrofia benigna de próstata.

### 1.4.2 IU de esfuerzo o estrés (IUE)

- Pérdida involuntaria de orina por aumento de la presión abdominal sin que haya contracción vesical
- Prevalencia 40-50%
- Puede oscilar entre unas gotas o incluso un charro
- etiología multifactorial
  - embarazo
  - parto vaginal
  - cirugía pélvica
  - debilidad congénita
  - ser mujer

### 1.4.3 IU <sup>mixta</sup> por reabsorción o paradójica

- incontinencia de urgencia y de esfuerzo (hiperactividad de detrusor e incompetencia esfinterica)

#### 4.4 IU por rebautamiento o Paradojica

Produce en personas con procesos obstructivos en el tramo ureteral inferior o con alteración de la contractibilidad vesical, que determinan la retención urinaria crónica (vejiga sobredistendida, con vasointentamiento completo de la vejiga).

Manifestaciones

Disuria

Dificultad de orinar

Uterio Post-miccional

Leques Chomitos en día y noche

FETE en hombres existen dos tipos.

Genicas + FETE + hipertrofia benigna de próstata (HBP)

- Tumor Prostático

- masas pélvicas (fibromas)

Urológicas, en pacientes con detrusor o ineflexo

- lesión pélvica o medular - como esclerosis múltiple

#### 4.5 Incontinencia funcional

x de exclusión

- x incapacidad para acceder al baño
- x falta de motivación
- x anomalías de vías urinarias

#### 5 Dx de IU

etiología multifactorial

crónica, funcionales, expectativa de vida.

#### 5.1 Anamnesis

historia médica general

historia médica dirigida

frecuencia normal 4 a 7 veces al día > 8 veces anormal

nicturia 20 más veces es anormal

incontinencia

síntomas de vaciado anormal

### 1.5.2 valoración funcional

auditiva y visual, y actividades de la vida diaria

### 1.5.3 Exploración

Examen general

Exploración abdominal

valoración de la sensibilidad perineal y reflejos lumbosacros

Exploración genital

### 1.5.4 Pruebas complementarias

Se solicita en una sospecha diagnóstica

\* Analítica general

\* bioquímica de sangre y orina.

### 1.6 Tratamiento

1.0 se clasifican en 5 categorías

- debe ser individualizado

#### 1.6.1 modificación de los factores y hábitos de vida

- cambios en el estilo de vida - realizar actividad física
- reducir consumo de cafeína
- ajustar la ingesta de líquidos
- controlar la obesidad
- Tabaquismo o consumo de alcohol

#### 1.6.2 Entrenamiento de vaciado de la vejiga,

- capacidad para ir al baño sola
- entrenar la vejiga con horarios de vaciado micción de cada 3 horas.

#### 1.6.3 rehabilitación de la musculatura del suelo pélvico.

- fortalece el músculo que actúan de soporte a las estructuras pélvicas favoreciendo los mecanismos de contención de la orina.

Ejercicios de los músculos del suelo pélvico (Kegel)

- realizar 25 o 30 repeticiones del suelo pélvico tres o cuatro veces al día,

Entrenamiento del peso vaginal mediante conos o bolas vaginales

- colocar en la vagina internamente dispositivos en forma de cono con peso gradualmente mayor.

Pesarios: se espera la cirugía o bien, en pacientes con contracciones dx  
- Asistencia a los ejercicios del suelo pélvico con técnicas de biofeedback

1.6.4 Intervenciones de soporte o medidas paliativas

uso de dispositivos absorbentes, colectores y sondas.

1.6.5 Tx farmacológico (Tabla 1)

Oxibutinina: dosis es de 2.5 mg / 8 hrs

cloruro de trospio: dosis max 20mg / 12 hrs

Tolterodina: antagonista competitivo con muscarínicos de detrusor.

nuevos medicamentos:

Afuzosina: dosis max recomendada 5mg

Doxazosina: dosis max recomendada 4-8mg / 24 hrs.

Terazosina: dosis max recomendada 5-10 mg / 24 hrs

Tamulosina: dosis max recomendada 0.4 mg / 24 hrs

Tabla 1. Características de los fármacos anticolinérgicos/antimuscarínicos. (Tomado de: Guías ONI)

Aminas terciarias	Dosis recomendada	Limitado su uso	Efectos adversos
Oxibutinina	2,5-5 mg/12-8 horas	Miastenia gravis	Xerostomía
Tolterodina	4 mg/ 24 horas	Glaucoma	Estreñimiento
Solifenacina	5-10 mg/ 24 horas	Obstrucción urinaria	Visión borrosa
Fesoterodina	4-8 mg/ 24 horas	Similares	Similares
Aminas cuaternarias: Cloruro de trospio	20 mg/12 horas	Similares	Similares

1.6.6 Tx quirúrgicos

Cabe la posibilidad de que ante un fracaso del tratamiento farmacológico y de reentreno de los hábitos miccionales, se opte por la cirugía para la lo de esfuerzo o de estres (indicación más común)

- mortalidad en dx mayores de >65 años es de 3,3/1.000 y aumenta con la edad.

1.6.7 otros tx

- células madre, inyección de mioblastos y fibroblastos
- 80 a 90% en mujeres y del 50 al 65% en hombres

1.7 Prevención.

retrasar los signos y síntomas del envejecimiento del sistema genitourinario y mejorar la calidad de vida del paciente.

\*Prevención específica - incontinencia de esfuerzo basal: ejecución de un plan de ejercicios de reforzamiento de los músculos del suelo pélvico

- ejercicios de Kegel.
- disminución de consumo de fármacos
- bebidas estimulantes



## 4.2: Incontinencia fecal.

### 2.2.1 concepto

- La pérdida del control de los movimientos fecales es otro de los síndromes
- Genéticos
- Continencia anals capacidad de retener el contenido intestinal hasta que el
- Individuo considera que es el momento y el lugar adecuados para su evacuación eno forma parte del envejecimiento normal

2.- Prevalencia de Incontinencia fecal 2-17% aumenta con la edad 2.9% en  
- menores de 4.1% en mayores de 65 años

### 2.2 mecanismo de continencia fecal.

- funcional
  - consistencia y volumen de las heces
  - tránsito del colon
  - distensión rectal
  - función del esfínter anal
- x heces solidas  
liquida  
Pastosa  
gasosa

### 2-sensación anorectal

### 2.3 Etiología y factor de riesgo

- disfunción de los esfínteres anales
- distensión anormal
- disminución de la sensación rectal
- edad
- incontinencia urinaria
- incontinencia
- deterioro cognitivo
- enf. neurológicas
- impactación fecal
- diarrea severa

La incontinencia fecal también se puede clasificar en función (tabla 2)

### 2.4 Dx

clasificación de Parks

Grado I continencia normal

Grado II dificultad en el control de gases y líquidos

Grado III incontinencia total para líquidos

Grado IV incontinencia a heces solidas

Tabla 2. Clasificación etiologica de la incontinencia fecal.

Incontinencia obstétrica	Lesión del esfínter externo postparto
Incontinencia muscular no obstétrica	Lesión quirúrgica del esfínter externo
Incontinencia neurológica	Lesiones suprapontinas, suprasacras, infrasacras o del cono
Incontinencia congénita	Agenesia o atresia rectal, fistulas
Incontinencia multifactorial: con o sin lesión del esfínter anal interno	Cirugía anal sin lesión del esfínter externo, prolapso rectal, colon irritable, enfermedad inflamatoria intestinal, proctitis ráidica, diabetes...
Incontinencia idiopática	Sin ninguna causa reconocida

## 2.5 Exploración clínica

- circunferencia y tiempo de evolución de la incontinencia fecal
- Tratamiento habitual
- características de las heces
- síntomas contaminantes (dolor abdominal) o bursas arquitectónicas que dificulten el acceso al baño

## 2.5.5 Pruebas complementarias.

- Radiografía de abdomen
- Enema opaco (para detectar causas mecánicas) RMN Pelvica
- manometría
- rectosigmoidoscopia y anoscopia
- defecografía
- electromiografía (EMG)
- técnicas de sensibilidad rectal.

## 2.6 Tratamiento

- Programas de entrenamiento intestinal
- técnicas de modificación de conducta
- Tx del malestar Perianal
- eliminación de bursas arquitectónicas
- utilización de absorbentes
- Tx farmacológico
- Antidiarreicos
- Difeno xelato de atropina, codeína o morfina mejoran los esfínteres gel fenilepinefrina y valproato de soro
- biofeedback
- Tx AX

# Sincope en el anciano

## Definición

CC caracterizado por la pérdida súbita de conciencia debido a una hipoperfusión cerebral global transitoria de corta duración (generalmente a los 20 seg)

Resincope a los síntomas y signos que preceden a la pérdida de conocimiento

## Epidemiología

- + FcTE con la alteración asociada a la edad en el control de FC
- Pico de incidencia del primer síncope entre los 10-30 años
- a partir de los 65 años
- > 70 años 10-6%
- 30% en caídas y fracturas **Tabla 1**

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 prodrómicos son menos habituales.

## Fisiopatología

- hipoperfusión cerebral global en tiempo mínimo de 6-8 segundos de duración
- La TA y GC y resistencia vascular periférica (RP) pueden desencadenar un episodio sincopal
- La RA - causa vasodilatación y bradicardia.
- GC anormales, enf estructural, disminución del retorno venoso

## etiología **Tabla(2)**

- edad avanzada
- hipotensión ortostática
- síndrome de hipersensibilidad del
- + FcTE en vaones
- arritmias cardíacas

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

## Síncope reflejo o neuromediado

Grupo heterogéneo de situaciones que se clasifican:

- **vía eferente:** reduce reflejos cardiovasculares, producen respuesta vasopresora (vasodilatación), cardioinhibición (bradicardia o asistolia)
- **vía aferente:** elevado altitud en enfermedades psiquiátricas, ejercicio y fármacos.

### 4.1.1 síncope (hipotimia común)

Se desencadena por estrés emocional u ortostático, va asociado a síntomas automáticos (palidez, náuseas, vómitos, sudoración).

### 4.1.2 síncope situacional

Se produce durante o inmediatamente posterior a desencadenantes típicos (tos, micción, defecación y deglución).

### 4.1.3 HSC

estimulación de los barorreceptores (situados en la bifurcación carotídea) origina impulsos aferentes conducidos a través del nervio glosofaríngeo hasta el bulbo raquídeo, existe una respuesta cardiorinhibitoria (80%) vasopresora (10%) o mixta 10%

## 4.2 hipotensión ortostática

- disminución de la TA sistólica  $\geq 20$  mmHg y TA diastólica  $\geq 10$  mmHg en los 3 primeros minutos en bipedestación  $\rightarrow$  se aliviana en la sieste en miembros inferiores, turgencia venosa
- Afecta 20 a 30%  $> 65$  a 75 A
- hipotensión ortostática retardada o progresiva, no es infrecuente en ancianos
- reducción lenta y progresiva TA

### \* Causas

\* fallo anatómico primario: atrofia multisistémica enf de Parkinson, demencia por cuerpos de lewy

fallo anatómico autonómico secundario: diabetes, amiloidosis, uremia

secundario a fármacos o tóxicos: vasodilatadores, diuréticos, fenotiacinas, antihipertensivos y alcohol

## 4.3 Síncope cardiaca (cardiovascular)

### 4.3.1 Arritmia

son causas + FCTE (22%)

↓ GC y flujo sanguíneo cerebral

Arritmias facilitadores de síncope con

Bradicardia sinusal: <40 lpm en vigilia o pausas sinusales > 3 seg

BAV (bloqueo auriculo ventricular) de segundo grado Mobitz II y BAV completo

- bloqueos rama izquierda y derecha alternante

- Taquicardia ventricular (TV) o supraauricular (TSV) rápida.

- TV no sostenida asociada a QT largo QT corto

- disfunción de marcapasos implantado

### 4.3.2 enfermedad estructural

es muy importante cuando se asocia a situaciones clínicas en las que hay una obstrucción dinámica o fija a la salida del ventrículo izquierdo

### Evaluación Diagnóstica. (figura 1)

historia clínica

exploración física 23-50%

masaje seno carotideo

ecocardiograma

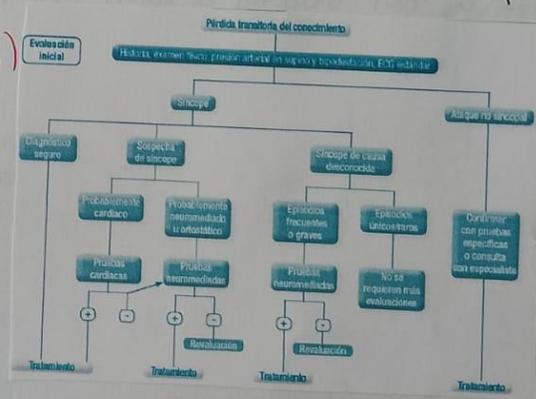
monitorización ECG

Tabla 3 debe hacer preguntas

pruebas dx

masaje carotideo en supino Tabla 4

bipedestación



Objetivo	Diagnóstico de HSC.
Indicaciones	En el estudio de síncope de etiología desconocida tras la valoración inicial.
Metodología	Con monitorización continua de FC y de TA se presionan alternativamente ambas carótidas durante 10 s en decúbito supino y en bipedestación.
Tipos de respuestas	Si aparece asistolia ≥3 s y/o disminuye TA ≥50 mmHg.
Complicaciones	Principalmente neurológicas.
Contraindicaciones	AIT previo o un ACVA en los 3 meses previos, estenosis carotídea significativa o soplos carotídeos no evaluados con pruebas de imagen.

## 6.2 Pruebas ortostáticas

- Bradecelación activa
- mesa basculante o Tilt (tablas)

## 6.3 monitorización electrocardiográfica (invasiva y no invasiva)

- monitorización durante el ingreso
- holter (24-48 h o 7 días)
- grabadoras de bucle implantables (Holter insertable)

## 6.4 estudio electrofisiológico

indicado en

- cardiopatía isquémica
- pacientes con bloqueo de rama que presentan síncope
- sospecha de taquicardia

## Ecocardiografía

Detecta la existencia de cardiopatía estructural y sirve para determinar la estratificación del riesgo basada en la FEVI

## Cateterismo cardíaco

Descartar arritmias inducidas por la isquemia

## Pruebas diagnósticas

EEG, TAC, RMN, doppler carotídeo según la sospecha clínica

## Pronóstico

depende de la etiología del síncope y de la enfermedad de muerte

## Tratamiento Tabla 3

### no farmacológico

- explica riesgo y tranquilizar al px sobre su dx
- educación para reconocer
- Ajustar el tx de los fármacos hipotensores

### x fármacos

- bloqueadores beta
- etilefrina y midodrina (agonistas alfa)
- inhibidores de la recaptación de la serotonina (paroxetina)

### hipotensión ortostática y síndromes de intolerancia ortostática

- educación sobre la naturaleza
- medidas de estilo de vida revisadas
- registros ambulantes TA
- expansión del volumen extracelular

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