



UNIVERSIDAD DEL SURESTE
Campus Comitán
Licenciatura En Medicina Humana



Materia;

Geriatría

Nombre del trabajo:

Resúmenes

Alumna:

Zury Evelyn Morales Aguilar

Grupo: 6'A

Docente:

Dr. Romeo Suárez Martínez

Comitán de Domínguez Chiapas

FRAGILIDAD

Se trata de signos y síntomas complejizados como un síndrome clínico, considerado como continuum, es la pérdida de reservas fisiológicas.

Provocando discapacidad y discapacidades debido a la vejez, enfermedades crónicas a lo largo de la vida.

Modelos de Fragilidad

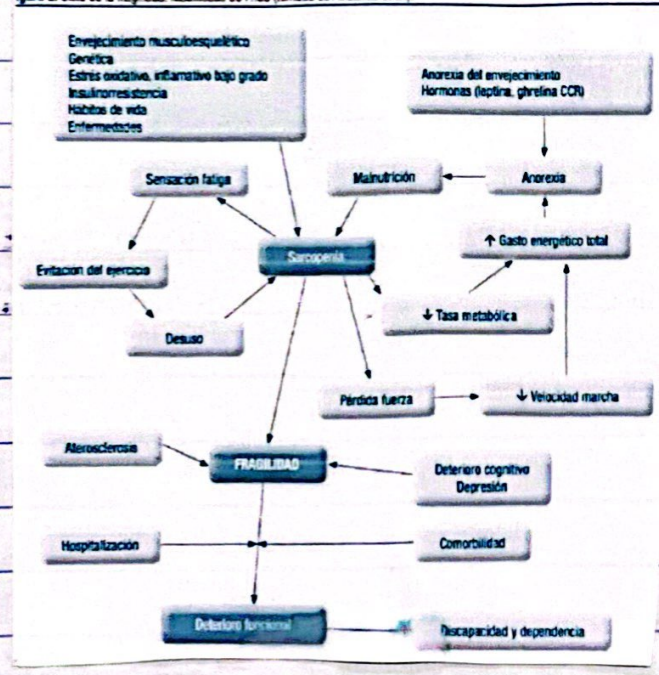
Factores Físicos de Fragilidad (Fus 2001)

- 1. Pérdida de peso
- 2. Debilidad
- 3. Caídas
- 4. Lentitud

Pa con 1 o 2 criterios no es frágil

Pa con 2 criterios o más es frágil

Figura 2. Ciclo de la fragilidad. Modificado de Fried (tomado de Alzanda et al)



Modelos de Múltiples

Dominus Rockwood 1994

Incluye: dependencia
 de otros riesgos: enfermedades
 crónicas: pérdida de reservas
 fisiológicas: complejidad médica

Variable predictora de fragilidad

1. Deterioro cognitivo
2. Caídas
3. Riesgo de sufrir caídas
 por presión
4. Enfermedades agudas y
 crónicas
5. Historia de caídas

Objetivos:

- Valoración de la fragilidad
- Que detectada la fragilidad es necesario realizar una valoración geriátrica integral

Test Funcionales

Indicadores:

* Lacton (cuidados de riesgo de discapacidad y es marcador de

Fragilidad

* frotti

* timed get up y go

TIMED UP AND GO

* Mide el tiempo en el que el individuo tarda en levantarse de una

silla, sin brazos y con o con

y el tiempo en el que tarda en

volver a la silla

Escala de Equilibrio y

Marcha

Valora items en equilibrio

6 items de marcha total de

28 puntos.

> 26 puntos de riesgo de caida

menor de 28 alto riesgo de caida

10sg normal

20sg fragilidad

20-30sg caida

Aparición de Síndromes Geriátricos

* Demencia

* caídas

* delirium

* depresión

* polifarmacia

* pérdida de visión y audición

Prevención y Manejo;

Recomendaciones

- Planear aspectos de movilidad a favor de esfuerzos físicos.

- correcta abundancia de cuidos clínicos.

- Revisión periódica de la medicación, la hospitalización u otros procedimientos.

-

SARLOPENIA

"fu descrito por primera vez por Irving Lexell con la intención de describir la pérdida de masa muscular"

Guigo = Sarco = Carne Penta = Perdida

Afecta = Se genera que se caracteriza por la pérdida de masa y fuerza muscular esquelética progresiva y generalizada que conduce a la discapacidad

Epidemiología:

Burgoyne et al Prevalencia 13% en px de 65 años

24% a los 70 años y 50% 80 años

Fisiopatología

- * Fb miofibrilares
- * mitocondria
- * sarcomeros
- * hormonas
- * neuroquímicos

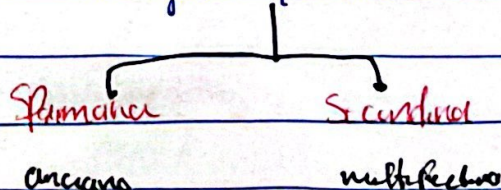
Es un dx genético

Entidad multifactorial, con prevalencia alta al anciano, que conduce la pérdida de la capacidad funcional y D.P.

Consecuencias

- * Pérdida de la masa y Estro muscular
- * Pérdida funcional
- * discapacidad
- * dependencia
- * riesgo de caídas y movilidad

Categorías y Estudios



INCONTINENCIA

III se engloba dentro de las se ginecologías por su etiología fisiológica y potencial para originar difíciles formas de incapacidad en el anciano. No forma parte del envejecimiento normal, aunque cambios relacionados con la edad pueden contribuir a su aparición.

- * afecta el estado físico;
- * infecciones, úlcera cutáneas, caídas y fracturas)
- * al psicólogo;
- * depresión, frustración y roles personal y familiar.
- * social;
- * cambios en la vida social, aislamiento.

~ CONCEPTO Y DEFINICIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA ~

* La organización mundial de la salud OMS, considera incontinencia "La pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable y suficiente como para constituir un problema social e higiénico en quien la padece".

* La sociedad internacional de continencia (ISC) la definió en el año 2002 como "toda forma de pérdida involuntaria de orina".

... EPIDEMIOLOGÍA ...

A 15,5% - 17,4%, * Prevalencia global estimada del 7,1% según OMI
 : AI entre 43 y 77. **+** en mujeres, que varones
+ 80 años a un 53-31.

* Fisiopatología *

Depende de diversas estructuras anatómicas; * > 11

Procesos fisiológicos

* Vías urinarias

lleno

Vaciado regulado por
 - S NS - sensor
 - PS - cc

INCONTINENCIA FUNCIONAL

Es un diagnóstico de exclusión, una vez descartados los causas orgánicas, en el que confluyen varios aspectos funcionales (incapacidad para acceder al baño, falta de motivación, urgencia en vías urinarias)

Dx de la incontinencia urinaria

- * Anamnesis
 - ✓ Historia médica general
 - ✓ Historia médica dirigida; Prostatitis y Nicturia
 - incontinencia
- * Valoración funcional y grado de dependencia
 - ✓ Vaginal y Urinal

* Exploración:

- abdominal
- Examen general
- Sensibilidad perineal
- Exploración genital
- MRPV

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- * Análisis general; bioquímica de sangre y orina; glicemia sanguínea, F. Lord
- Sedimento, orina y Pst. Inicial
- * hematuria; RPE, DPC, LAP, hipocalcemia
- * Ecografía, RM, cistoscopia o
- Estudios urodinámicos.

Tratamiento:

Debe ser individualizado;

- * Modificación de los factores favorecedores y hábitos de vida
- * Entrenamiento del vejigero de la vejiga
- * Rehabilitación de la musculatura del suelo pélvico; -Kegel 25 a 30 min
- * Interv. de soporte o medidas paliativas
 - boleros vaginales
 - Pessaires
 - Técnicas de Biofeedback.
- * Tx farmacológica
 - * Oxibutina
 - * Clonuro de tolopato
 - * Toltrudina
 - * Alfuzosina
 - * Doxazosina

Clasificación Clínica

En función de duración, puede ser transitoria o establecida.

DEIP → COTCO; de linum, co-tencor, imputecor fecal, polifarmacia, poluria o

DIAPPERS → pañales.

* Se distingue entre tipos funcionales en función del nivel de afectación de mecanismos de defecación.

IV de Urgencia

Pérdida involuntaria de orina, inmediatamente después o simultáneamente, con una sensación urgente de vaciar la vejiga que es difícil postergar (micción imperiosa).

* Se debe a síntomas de la fase de llenado (micción frecuente, más de 8 veces/día)

✓ micción y micción incontrolada

Factores de riesgo son:

- * trastornos neurológicos
- * secundaria a alteraciones del uretallo vesical
- * secundaria a obstrucción
- * idiopática

IV Esfuerzo o Estés

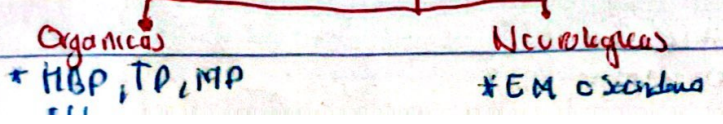
Pérdida involuntaria de orina por aumento de la presión abdominal sin que haya contracción vesical, pE; al toser, ir, levantar peso o realizar ejercicio físico. Se pide una incapacidad para mantener cerrada el esfínter de la uretra. Prevalencia 40-50%. No está asociada a deseo miccional, ni de raras sensaciones escape. Etiología; embocera, parto vaginal, cirugía pélvica, debilidad congénita y estilo de vida.

IV mixta

hiperactividad del detrusor e incompetencia esfinteriana.

IV por Retrasamiento o parálisis

Causa de 2 TIPOS



* tratamientos Quirúrgicos - neomodulación

* otras ~~bx~~ terapias con células madre m. (la inyección de mesenchimas y fibroblastos autólogos).

Prevenición

- * Act. de la vida diaria
- * tabaquismo
- * obesidad
- * ejercicio
- * ATC - glicemia
- * polimedicación

Tabla 2. Clasificación etiológica 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 rídica, diabetes...
Incontinencia idiopática	Sin ninguna causa reconocida

Incontinencia Fecal

Pérdida de control de los movimientos fecales es otra de las xx genéticas que compañan más recurrentes en la calidad de vida del anciano y una mujer cuando en el conductor 27% al 17% y cuando la edad 2/3% en <45 años al 4-11% >65 años hasta 39% en PA Insti.

Mecanismo de continencia fecal

- * Control mental, consistencia y volúmen de las heces, bravura de esta, distorsión rectal, presión de l esfínter anal, sensación anorectal y reflejos anorectales.
- * heces sólidas, líquidas, grosas y gruesas.

Etiología y factores de riesgo

Una pérdida de continencia puede ocurrir de la disparidad de los esfínteres anales, de una distorsión rectal anorectal, una dominancia de la sensación rectal o una combina de alguna de estas. * IF menor * IF mayor

Diagnóstico

Los principales diagnósticos o objetivos deberán ser establecer la existencia de la incontinencia y histopatología que la produce.

Clasificación de PARESI

- Grado I Excreta normal consistencia normal normal o consistencia normal
- Grado II Excreta normal consistencia normal normal o consistencia normal y líquida
- Grado III incontinencia total para líquido
- Grado IV Incontinencia a heces sólidas.

5P en el Anciano

Es un cuadro clínico caracterizado por la pérdida transitoria de conciencia debido a una hipoperfusión cerebral global transitoria de corta duración, (generalmente, no superior a los 20 segundos), con recuperación completa de firme espontánea.

Epidemiología

Es más prevalente en Ancianos, por el EC, lesión cerebral TI y autorregulación de la circulación cerebral.

10-20 años = primer síncope

65 años = vaso vagal es la 6ta causa + frecuente

70 años = 1er o 2o y 6to causa de hospitalización en

30% = cuidados y factores > 65 años

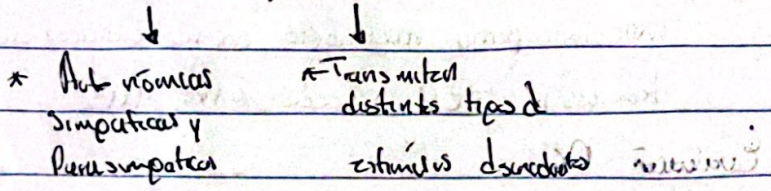
Etiología

Clasificación de los tipos de síncope

- Reflejo o neuomediado: Vasovagal, hipersensibilidad o Enf del seno C. Situacional
- ortostático (2o. causa): fallo autotónico p. FAS, por fármacos, Por depleción de volumen
- Cardíaco: Arritmias, estenosis.

Síncope Reflejo o neuomediado

* Vías eferentes y aferentes



Síncope Vasovagal "hipotónica Común"

Muy una inactividad simpática y es tasis venosa

- contracción del ventrículo izquierdo, depleción de actividad

Síncope Situacional

Existe un control Autónomo anormal y suele asociarse a manuebras de vasculas,

HSH

La estimulación de los baroreceptores (situados en la bifurcación carotídea, aorta y en las arterias aórticas) a través del nervio glososfaríngeo hasta el bulbo raquídeo dando lugar a reflexos.

Hipotensión ortostática

Disminución de la TA sistólica ≥ 20 mmHg y TA diastólica ≥ 10 mmHg en los 3 primeros minutos de bipedestación.

Afecta al 20% y 30% de las mujeres de 65 y 75 años.

- ✓ fallo autonómico primario - autismo multisistémico, Enfermedad de Parkinson, DC
- ✓ fallo autonómico secundario - diabetes, uremia, lesión medular
- ✓ fallo autonómico farmacológico o tóxico - Vasodilatadores, diuréticos, furosemida
- ✓ por depleción de volumen - hemorragias, diarreas, vómitos

Síncope cardiaca (cardiovascular)

* Arritmia; Suele ser la causa + frecuente de síncope en el anciano ≥ 70 años.
= Disturbio hemodinámico por una disminución en el flujo del GC y del FS

Tipos:

Bradicardia sinusual BAV BRI y BLD T.V. y T.SV. T.V.A.Q.T.L.

Enfermedad estructural

Pueden ser el sustrato de arritmias o de síncope mediante un mecanismo reflejo. = Estenosis aórtica, DV P, IAM (isquemia, miocardiopatía hipertrófica, aneurisma cardíaco (mitral, aórtico), TEP, disecación aórtica, AP.

Evaluación Dx

Ej = ¿es un episodio sincopal o no?
 Si se ha determinado el diagnóstico
 el riesgo de episodios cardiovasculares o muerte

Pruebas Dx

Muestran cambios en reposo y en bipedestación.

Pruebas Ortostáticas

- * Bipedestación Activa
- * Mesa basculante o tilt test
- * Monitorización electrocardiográfica (invasiva o no invasiva)
 - * Monitorización durante el ingreso
 - * Holter 24 - 48h o 7 días
 - * Cateteres de heule implantables

Estado Electrofisiológico

- ✓ en cardiopatía orgánica
 - ✓ en pr cambios de ritmo
 - ✓ sospecha de bradicardias
 - ✓ sospecha de taquicardias
- En general la sensibilidad y especificidad del estudio electrofisiológico no son buenas.

Prueba ATP o adenosina

Consiste en la inyección de un bolo rápido con dosis de 25 de 20mg de ATP.

- ✓ Ecocardiografía
- ✓ Ventriculograma
- ✓ Prueba de esfuerzo
- ✓ otros PD = EEG, TAC, RMN

Paroxístico

- o Enfermedad estructural supra o inf-coronaria
- o Características Clínicas o ECG de síncope autónoma
- o Palpitaciones
- o TV no sostenida
- o Historia familiar de muerte súbita
- o Bloque bifascicular
- o Características = Amnesia supra o alteraciones neuroelectrolíticas.

Tratamiento

- No farmacológico;
- Explicar el riesgo y tranquilizar al px
 - Educación para reconocer y evitar en la medida de lo posible desencadenantes (lugares cerrados y calurosos)

- Reconocimiento precoz de los síntomas
- Ajustar el ta de los fármacos
- * Farmacológicos
 - Betabloqueantes
 - Etilpropina y metoprolol (agente anti)
 - Inhibidores de la captación de catecolaminas (como ketamina)
 - otros = hidrocloridato, desipramina, nortriptilina

Tabla 2. Mesa basculante o Tilt test.

Objetivo	Reproducir un reflejo neuromediado
Metodología Ambos protocolos tienen similar sensibilidad (61-69%) y una alta especificidad (92-94%).	Provocación farmacológica con: - Isoproterenol intravenoso - Nitroglicerina sublingual
Indicaciones	- En el estudio de síncope recurrentes en ausencia de cardiopatía estructural. - Confirmar el diagnóstico de síncope reflejo. - Diagnóstico diferencial entre síncope reflejo y síncope ortostático. - Podría estar indicado en el estudio de caídas de repetición de causa desconocida.
Tipos de respuestas (según el tipo de componente predominante): - Cardioinhibidora - Vasodepresora - Mixta	Una respuesta cardioinhibitoria positiva predice con alta probabilidad un síncope espontáneo asistólico y una respuesta vasodepresora positiva, mixta o incluso una negativa no excluyen la aparición de asistolia durante un síncope espontáneo.
Complicaciones y contraindicaciones	Es una prueba segura. Pueden presentarse algunos efectos secundarios menores (palpitaciones, cefalea...).

Tabla 3. Cuadros incorrectamente diagnosticados como síncope.

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 carotídeo, pseudosíncope psicógeno.

Tabla 4. Masaje del seno carotídeo.

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.