



García Aguilar Paola Montserrat

Materia: Geriatría

Dr. Romeo Suárez Martínez

PASIÓN POR EDUCAR

Sexto Semestre Grupo "B"

Comitán de Domínguez Chiapas a 15 de Marzo del 2024

Valoración geriatrica

Introducción

- El proceso de envejecimiento se asocia → cambios:
 - Fisiológicos
 - Mentales
 - Sociales

Ocasionando:

- Pérdida de autonomía
- Aparición de dependencia

Adulto mayor → Etapa Dx → Clínico-Terapéutico

VGI definida por Rubenstein

Proceso diagnóstico multidimensional, dirigido a cuantificar los problemas y capacidades médicos-funcionales y sociales - trazar un plan terapéutico a largo plazo

VGI

Aplicarse en todos los niveles asistenciales.

Objetivos

- Conocer la situación basal de Px
- Mejorar la precisión Dx
- Evaluar la repercusión funcional de la enf.
- Diseñar planes de cuidados y Tx.
- Seguimiento de la respuesta al Tx
- Ofrecer una ubicación adecuada
- Optimizar el uso de recursos sanitarios y sociales

Exploración física

- Comenzar → Observación - Inspección
- Posteriormente → Exploración topográfica

Constantes: T/A: (en decubito y bipedotación)
F.C., F.R., Temperatura y Sat. oxígeno.

Aspectos generales: Actitud, grado de conciencia - Atención
grado de hidratación y nutricional
(Peso, Talla, IMC)

Cabeza:

Asimetrías faciales, presencia de:
Arco senil-corneal
Alt. palpebrales, cavidad oral y dentadura
(Puntos dolorosos y art. temporales)



Sx. Confusional

DEFINICIONES

También conocido como «delirium» es un síndrome transitorio y reversible → por alteración en la atención a nivel de la conciencia y difusión cognitiva de inicio agudo. Sus síntomas pueden ser y generar secuelas permanentes.

EPIDEMIOLOGÍA

En urgencias hospitalarias → 14% - 24%

Durante ingreso 6 - 56%

Unidades de cuidados intensivos: 70 - 87%

Plantas quirúrgicas: 15 - 62%

Cuidados paliativos: hasta 83%

Prevalencia ↑ a mayor edad

↑ procedimientos cardiotorácicos, traumatológicas, cataratas

Fisiopatología

Actualmente no se conoce con exactitud

Siendo considerada más una lesión funcional que estructural.

Se cree que los diferentes factores etiológicos de delirium podrían tener un mecanismo patológico en común → Alteración a nivel del funcionamiento de los neurotransmisores cerebrales → Cortical - Subcortical

DEFICIT COLINERGIKO:

Con la edad se produce → ↓ de acetilcolina y disminución de receptores muscarínicos

↑ Actividad anticolinérgica — y fármacos anticolinérgicos → Delirium
Elevada función dopaminérgica

Tanto los agonistas dopaminérgicos L-dopa pueden desencadenar cuadros confusionales con delirios y alucinaciones

Opíoides → ↑ Actividad dopaminérgica, ↓ colinérgica

Proceso Inflammatorio

↑ de IL-6 e IL-8 → desarrollo de SCA.

Los procesos infecciosos, traumatismos o quirúrgicos producen → ↓ de producción de citocinas (IL-8, IL-6)

↳ Desarrollando delirium.

↑ Barrera hematoencefálica (permeabilidad)

Neurotoxicidad directa

excelente



DEMENCIA

Síndrome adquirido caracterizado por → Deterioro persistente de las funciones cognitivas, del estado mental y conducta social → No causado por un delirium.

Prevalencia = 6.5%, aumentando desde un 4.2% entre los 65 y 74 años.

Mayores de 85 años → 27.7%
Mayor prevalencia → Mujeres

Incidencia: Mayores 65 = 1%
Mayores de 90a → 5%

Diagnóstico SINDROMÁTICO

- El Dx exige realizar:
 - Historia Clínica
 - Exploración Neurológica
 - Cumplimiento de criterios
- En el anciano es obligatorio la evaluación de deterioro cognitivo
- Si se presenta:
 - Quejas subjetivas → perd. memoria
 - Deterioro funcional reciente de causa no justificada
 - Depresión de inicio en ed. Avanz
 - Cuadros confusionales → ingreso hosp.

Valoración Clínica

- Funciones cognitivas a explorar:
 - Memoria: Trabajo episódica y semántica
 - Orientación: Tiempo, espacio, persona
 - Atención y lenguaje: evaluar trastornos circulatorios, parafasias, estereotipias, neologismos, agramatismos y perifrasis, influencia verbal, comprensión, repetición y lectura y escritura, las praxias, planificación, organizar y resolver problemas.
 - Síntomas psicopatológicos: Síntomas afectivos de depresión, ansiedad, manías, cambio de personalidad y apatía,
 - Alucinaciones y delirios.
 - Actividad de agitación y agresividad, vagoabundeo y conducta social inadecuada, alt. esfera sexual, cond. alimentaria.

Escalas:

- Índice Katz
- Barthel
- FIM
- IDDD
- ADCS-ADL

Criterios:

Los criterios de demencia más usados:
DSM IV-TR (2000) y CIE-10 (1992)

DSM IV-TR (2000):

- A. Deficit cognitivo múltiple que afecta a:
 - A1: Memoria
 - A2: por lo menos 1 de los sig. Afasia, apraxia, agnosia, alt. de función ejecutiva
- B. Deterioro de la actividad social o laboral
- C. No se presentan solo durante el delirium y no son causados por una depresión



Depresión y ansiedad

Introducción:

La depresión constituye uno de los sx geriátricos más fctes e incapacitantes.

Afecta en gran medida la calidad de vida del que la padece

Prevalencia → Mujeres

Según el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos el 15% de personas > 65 años → han presentado episodios de depresión (2% de tipo severo y 13% tipo leve)

Etiología:

Factores: Biológicos, demográficos y sociales (toman relevancia) en la depresión en px geriátricos

La depresión es (+) fcte en ancianos enfermos que sanos.

Principales factores biológicos / relación con C. orgánicos:

- La gravedad de la enfermedad física
- El grado de incapacidad que la enf. pueda ocasionar.
- La prevalencia de depresión aumenta en determinadas enfermedades:

• Parkinson:	D. mayor = 20%	D. menor = 20%
• ICTUS:	D. mayor = 25-50%	D. menor = —
• Alzheimer:	D. mayor = 20-25%	D. menor = 20%
• Cardiovasculares:	20%	21%
• Fractura cadera:	20%	—
• EPOC:	7-42%	—

Manifestaciones clínicas

- ↑ Quejas somáticas
- trastornos del sueño
- Agitación
- pensamientos de muerte
- mala concentración
- Retardo
- Anhedonia → incapacidad experimentar placer
- Irritabilidad
- apatamiento
- afectiva
- < del apetito

Clasificación:

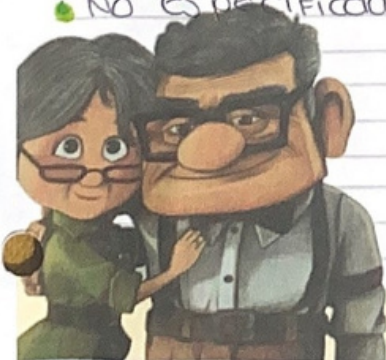
- Depresión mayor
- Depresión menor
- trastorno distímico
- No especificadas.

Suicidio y depresión

↑ ancianos → 60-90%

DISTÍMIA

- Se caracteriza por un estado de ánimo depresivo de menor intensidad que la depresión mayor — y duración prolongada → 2 años al menos sin periodos libres de síntomas (2 meses)



Malnutrición

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

Clasificación

DESNUTRICION

Primarias: Ingesta inadecuada de nutrientes.

Secundarias: A enfermedades Agudas o crónicas que alteran la ingesta.

Desnutrición proteica (Kwashiorkor)

- Desnutrición aguda en situaciones de estrés → < del aporte proteico.
parámetros en límite normal o bajos.

Desnutrición Mixta:

mezcla las características de los 2 procesos anteriores

- < masa magra, grasa y prot. viscerales
- ↑ fete medio hospitalario.

Desnutrición calórica (Marasmo)

- Por falta o pérdida prolongada de energía y nutrientes
< peso.

Estados carenciales

Cuando tiene lugar una deficiencia aislada de algún nutriente

- < Ingesta o > necesidades

Factores de riesgo en el anciano

• Cambios fisiológicos (envejecimiento):

- Ausencia piezas dentales
- < Gusto y Olfato
- Alto motilidad gastrointestinal.

Deterioro funcional:

- Realización de act. para alimentarse

Deterioro cognitivo.

• Pluripatología y Polifarmacia

• Desnutrición

• Factores Sociales:

- Pobreza, aislamiento
Ingresos económicos, soledad

Iatrogenia:

- Anorexia. At. digestivas

↓
Fármacos

- Dietas ↓
Restringidas

DISFAGIA

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

Fases:

Fase Oral preparatoria:

Boca → Bolo preparado
Se mastica hasta conseguir consistencia adecuada.

Fase Faringea:

Disparo del reflejo deglutorio
Bolo → pasa por esfínter esofágico superior

Fase Oral transporte:

Bolo → Faringe → Istmo de las Fauces
Se dispara al reflejo deglutorio ↙

Fase Esofágica:

Bolo alimentario es propulsado a través del esófago → Estómago.

Prevalencia

- 22% adultos mayores 50 años.
- 30% Unidades de geriatría Agudos
- 30-40% Ancianos que viven en la comunidad.
- 60% Ancianos hospitalizados

Causas:

La disfagia se puede dividir en 2:

Orofaringea

Anormalidades en la coordinación neuromuscular a nivel de la Faringe y esfínter esofágico superior.

Esofágica

Entendimiento dif. en el paso del alimento a nivel retro-esofágico → después de una deglución correcta.

Trastornos motilidad

Neuromusculares

- Enf. cerebrovascular
- Parkinson
- Esclerosis múltiple
- miastenia gravis
- Neuropatía diabética

Estructurales:

- Divertículo zenker
- Osteoartritis cervical
- Absceso retrofaringeo

Otros:

- Enf. de Alzheimer
- Hiposialia.

- Acalasia
- Espasmo esofágico difuso
- Trastornos inespecíficos

Neuromusculares:

- Neuropatía diabética
- Neuro. tiroidea
- Alcoholismo crónico

Obstrucción mecánica:

- Neoplasias
- Neuropatía tiroidea
- Alcoholismo crónico
- Divertículos
- Estrechez péptica
- Compresión vascular

Trastornos

del Sueño

• El sueño reparador es esencial para la vida sana

Factores Influyen:

- cambios asociados en envejecimiento
- Psicosociales: Jubilación, enfermedades, muerte de familiar
- Alto ciclo circadiano.

Etapas del sueño:

Fase de sueño REM: movimientos rápidos, episódicos de ojos
atonía muscular; 2 de esta fase en 6ta década

Fase NO REM: dividida en 4 estadios

Estadio 1 y 2 → sueño ligero

3 y 4 → sueño profundo Onda lenta (s. homeostática)

Duración de cada ciclo: 90-120 min

Periodo de sueño: 40-6 ciclos.

Los trastornos del sueño aumentan la morbilidad y disminuyen la calidad de vida de los px.

Trastornos del sueño más frecuentes:

- Insomnio
- Síndrome apnea
- Hipoapnea
- Demencias

INSOMNIO

Trastorno más prevalente en la práctica médica

- Sueño no reparador
- Despertares precoces

Criterios

o primario / secundario

o Agudo-transitorio
(días-semanas)

o Crónico → > 1 mes

- Dificultad para iniciar el sueño, mantener y despertar precoz, NO sueño reparador.
- Dificultad del sueño — a pesar de facilidades necesarias
- Alguna de las ait. durante el día:
Fatiga, malestar, déficit de atención
C) deterioro memoria, disfunción social
Irritabilidad

Fragilidad

Fragilidad: Término que se empezó a usar en los años 70 para designar al grupo de ancianos que se encuentran al borde del → deterioro

El anciano frágil → aquel que más necesita asistencia médica

Prevalencia en
ancianos del
30 y 40 %

- Servicios sociales de soporte
- Cuidados a largo plazo

La fragilidad abarca una serie de signos y síntomas → como → síndrome clínico
• pérdida de la reserva fisiológica del organismo
↳ deterioro funcional → vulnerabilidad

Discapacidad y dependencia

Fenotipo

Físico de Fragilidad 2001:

Incluye p. de peso no intencionada
Debilidad, cansancio o baja resistencia
Lentitud, grado Act. Física baja.

Modelo de múltiples dominios (Rockwood 1994)

Dependencia de otros o riesgo de dependencia
Riesgo resultados adversos → Acelera envejecimiento
P. Reservas Fisiológicas
Enf. Crónicas

Valoración:

Importante detección a tiempo
Objetivo → Prevención deterioro funcional

Test. Funcionales Individuales:

- Lawton → Indicador de riesgo
- Test. detección R. de caídas
- Timed up and Go
mide tiempo en el que el anciano tarda en levantarse de una silla y caminar 3m y regresar a la silla
- Escala equilibrio marcha Tinetti
- Velocidad de marcha

Fragilidad confiere

↓
Riesgo elevado de mortalidad
Discapacidad, institucionalización

Presentación Clínica:

Síntomas:

- P. peso
- Debilidad
- Fatiga
- Anorexia
- Inactividad

Signos:

- Sarcopenia
- Osteopenia
- T. Equilibrio/marcha
- Desnutrición
↓ vel. de marcha.

o La hospitalización es un desencadenante en la aparición y progresión del deterioro funcional → necesario valoración geriátrica integral prevenir o detecta Px Frágiles

Incontinencia

Se engloba dentro de todos los Síndromes geriátricos.

↑ Prevalencia con edad + Fcte MUJERES + 80 años

Elevada prevalencia y potencia ---> No forma parte del envejecimiento
Para Originar Incontinencia en el anciano

Afecta:

Estado Físico:

- Infecciones
- Úlceras cutáneas
- Caídas, Fracturas

Psicológico:

- Depresión
- Frustración
- Estrés personal

Social:

- Cambios en la vida social
- Aislamiento.

OMS:

"La pérdida involuntaria de orina demostrable y suficiente como para constituir un problema social e higiénico en quien lo padece"

ICS

(Sociedad Internacional de continencia)

" Toda queja de pérdida involuntaria de Orina: "

Fisiopatología

Continencia depende de:

- SN
- vías Urinarias
- Buena condición Física/Cognitiva
- Entorno adecuado

Clasificación

Duración:

- Transitoria / Establecida

Acronimos:

Drip: Delirium, retención/restricción
movilidad

Infección / In inflamación

Impactación Fecal

Diapers (pañales)

Micción Normal → 2 Fases

Llenado y vaciado → SN Simpático / Somático

Controlados → corteza cerebral y tronco cerebral.

Fase llenado:

- Tono Simpático → Cierre Esfínter Interno vesical
- Al inhibir parasimpático Relaja capsa vesical
- La inervación somática cierra el esfínter externo vesical → mantiene tono musculatura pauce

Fase vaciado:

- Aumenta estímulo parasimpático
- Contracción vesical
- Inhibición tono simpático y somático

Sincope

Sincope:

Cuadro clínico caracterizado por p. súbita de la conciencia



Hipoperfusión c. global
- transitoria, de
corta duración, recuperación
completa → instantánea

Presincope:

Síntomas y signos que preceden a la p. del conocimiento



No se llega a producir

Epidemiología:

↑ prevalencia → Ancianos

↑ frecuencia aíl. asociadas → Edad

- Frecuencia cardíaca

- Tensión arterial

- Autorregulación circulación cerebral

◦ 6ta causa más fete de hospitalización en adultos mayores de 65 años

◦ Primer síncope: 10-30 años

Peculiaridades Sincope

- † etiología atribuible
- Frecuente polimedicación
- ↑ F. comorbilidades: Cardio y cerebrovasculares
- Tiene peor pronóstico → ↑ prevalencia de enf. cardíaca
- Un 25% presentan caídas frecuentes de causa desconocida
- Síntomas prodromicos menos habituales

Fisiopatología

◦ Hipoperfusión cerebral global († común)

◦ 8 a 6 segundos

◦ Disminución RUP o inadecuada.

◦ Gasto cardíaco bajo:

- Arritmias
- Enf. Estructurales

Farmacología e iatrogenia.

80% de adultos mayores padecen diversas enf. crónicas

→ HAS
DM
Artriosis
Ins. cardiaca

Aalteraciones en el envejecimiento:

Absorción

Por cambios fisiológicos secundarios al envejecimiento

Absorción de los fármacos

- o > pH gástrico: gastritis atrofica, < sangre intestinal, < vaciado gástrico motilidad, < en el número de células.
- o Afectación de la difusión pasiva
- o Afectación del transporte activo-pasivo - biodisponibilidad

Distribución

Cambios normales el envejecimiento

- > grasa corporal progresiva
- < grasa magra, H₂O corporal
- < Vol. Líquido Extracelular
- < GC. Flujó cerebral, y cardiaco

• Volumen de distribución de fármacos Hidrofílicos

• Volumen de distribución de fármacos Lipofílicos

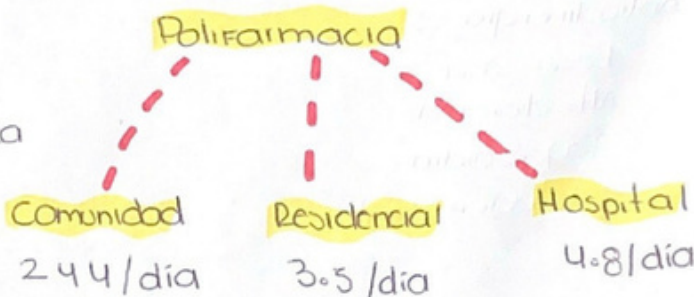
Cambios anormales

Enf. concórrrentes → Alt. EJ séricas de proteínas Unión de fármacos

< Albumina, que se une a fármacos Ácidos: o Naproxeno, Feniltoína o Warfarina → 3/4 dosis carga.

Enf. Infiematorias quemaduras cancer → Permanece o disminuye la glicoproteína Acido-alfa-1 →

Se une a fármacos básicos: o Lidocaina o Quinidina o B-bloqueadores



Iatrogenia por fármacos y ef. Adversos.