



Universidad del sureste

Campus Comitán

Licenciatura en Medicina Humana

Tema: resúmenes de clase

Nombre del alumno: Alinne Pérez Velasco

Grupo: "B"

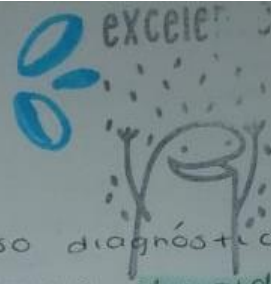
Grado: sexto semestre

Materia: Geriatría

**Nombre del profesor: Romeo Sánchez
Martínez**

Comitán de Domínguez Chiapas 15 de marzo de 2024

Valoración geriátrica



Fue definida por Rubenstein como "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 plano para el tratamiento y el seguimiento a largo plazo".

Estructura e instrumentos de la Val

La VGI se ayuda de instrumentos o escalas estandarizadas. Estas escalas son un complemento en la valoración del paciente, lo fundamental siempre es lo clínico.

- ▶ Evaluación biomédica: anamnesis, exploración y pruebas complementarias

La EF comienza por la observación e inspección del estado general del paciente.

Toma de constantes y exploración topográfica

Constantes {
- TA { Derubito y bipedestación
- FC - Temperatura
- FR - SatO₂

Aspecto general {
- Actitud
- Edo de conciencia, atención y colaboración
- Edo de hidratación y nutricional.

Cabeza {
- Presencia de arco senil carnal
- Alt. palpebrales.
- Cavidad oral y dentadura

Cuello {
- Movilidad
- Dolor a la palpación de la columna cervical
- latido carotídeo
- Palpar tiroideo.

Tórax {
- inspeccionar la existencia de curvaturas patológicas y la movilidad.
- Auscultar los tonos cardíacos y los pulmones.

Abdomen {
- observar presencia de hernias
- Auscultar ruidos hidroélicos y soplos
- Detectar masas y megalias.
Dolor { superficial
 profundo.

Extremidades {
- valorar deformidades óseas, atrofiás musculares.

Sx Confusional agudo

- * También conocido como delirium
- * Ocorre en el marco de un proceso de enfermedad aguda.

Es un sx clínico transitorio y reversible caracterizado por una alt. en la atención, el nivel de conciencia y disfunción cognitiva, inicio agudo y curso fluctuante.

Epidemiología

- 1 Urgencias hospitalarias
14 - 29%
- 2 Durante el ingreso a varío del 6 al 56%.
- 3 Cuidados intensivos.
70 - 87%
- 4 Plantas quirúrgicas
15 - 62%
- 5 Px intervenidos de fractura de cadera
43 - 61%
- 6 Cuidados paliativos
83%

excelente

- Magnitud del problema → Consecuencias tanto sanitarias como económicas.
- Aumento de la morbimortalidad.
 - Deterioro funcional y cognitivo.
 - Incremento de los costes de atención sanitaria y social.

Fisiopatología

Relacionado con una alteración a nivel del funcionamiento de los neurotransmisores cerebrales tanto a nivel cortical como subcortical.

✓ Déficit colinérgico
↓ de lib. de acetilcolina y disfunción de receptores muscarínicos.

✓ Elevada función dopaminérgica cerebral.
Agonistas dopaminérgicos (L-Dopa)

✓ Otros.

- Incremento del GABA

- ↑ o ↓ de [] serotonina.

- Melatonina o norepinefrina

Procesos de inflamación

↑ de citoquinas proinflamatorias (IL-6 e IL-8).

Demencia

Síndrome adquirido caracterizado por deterioro persistente de funciones cognitivas, del estado mental y de la conducta social, que interfiere en las actividades de la vida diaria, laboral y social.


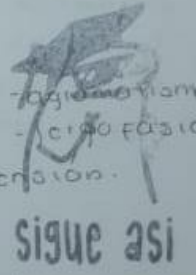
► Diagnóstico sindrómico de demencia:

El dx exige realizar historia clínica y exploración neurológica, evaluar niveles de funcionalidad del individuo, así como neuropsicológica formal y cumplimiento de criterios clínicos de demencia.

EPIDEMIOLOGÍA

Prevalencia
4.2% + 65 y 74 años
27.7% + 85 años
PREC MUJERES
Incidencia
1% + 65 años
5% + 90 años

→ Valoración clínica

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------|---------------------------------|---|--|
| Funciones cognitivas | Memoria | - Trabajo | - Semántica |  |
| | | - Episódica | | |
| | Orientación | - Tiempo | - Persona | |
| | | - Espacio | | |
| | Atención | - Trastornos de la denominación | | |
| Lenguaje | - Circunloquios | - Estereotipios | - Agnosias | |
| | - Parafasias | - Neologismos | - Errores fonológicos | |
| | - Lectura | - Escritura | - Comprensión | |
| | | | | |
| Praxias | - Ideomotora | - Melocinética |  | |
| | - Ideatoria | - Cinética de las extremidades | | |
| | - Orafacial | - y la del vestir | | |
| | - Óptica | | | |
| Función visuoespacial | | - Negligencia espacial visual | | |
| | | - y agnosia visual | | |

excelente

sigue así

Depresión y ansiedad

Depresión:

- * Constituye uno de los síndromes geriátricos más frecuentes e incapacitantes.
- + Altera en gran medida la calidad de vida del que la padece y además se asocia a unos elevados costes sociales y de salud.

EPIDEMIOLOGÍA

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

FAC. BIOLÓGICOS

- Gravedad de la enfermedad mayor.
- Grado de incapacitación.
- Alteración cognitiva asociada.
- Historia psiquiátrica positiva previa.

FAC. PSICOSOCIALES

- Muerte de la pareja o de un ser querido.
- La enfermedad.
- Discapacidad.
- De serlo funcional.
- Deterioración (pérdida de estatus social y económico).

→ Manifestaciones clínicas y clasificación

- **Anhedonia** + Incapacidad de experimentar placer, es decir, la pérdida de interés por las actividades que anteriormente le resultaban gratas y la pérdida de ilusión.

Otros:

- Irritabilidad
- Aplanamiento afectivo
- Lentitud en el pensamiento
- Disminución del apetito y de peso
- Inseguridad
- Se infravalora

= Insomnio con despertar precoz.

excelente



Farmacología e iatrogenia

Casi el 80% de los ancianos presenta alguna enfermedad crónica, lo que ocasiona un alto consumo de fármacos.

- ✓ 2, 4 por persona y día
- ✓ 3, 5 media residencial
- ✓ 4, 8 media hospitalaria.

→ Envejecimiento y farmacología

* Alteraciones farmacocinéticas

Absorción

- ↑ del pH gástrico
- Disminución del flujo sanguíneo intestinal
- Tdc motilidad intestinal

distribución

- ↑ masa corporal
- ↑ masa magra y ↓ grasa corporal total - vol. LB, GC
- ↑ lípidos hepatocelulares + ↓ lípidos en los adipocitos

metabolismo

Fase I provoca depuración corporal total reducida y mayor semivida.

Eliminación

Hay una reducción de la masa renal, número y tamaño de los nefrones. El filtrado glomerular, la secreción tubular ↓ a los 70 años.

* Alteraciones farmacodinámicas

sensibilidad alterada

↓ → β-bloqueantes, β-agonistas y paracetamol
 ↑ → (G6P), opiáceos, metoclopramida, anti-coagulantes orales.

Alt. en los mecanismos homeostáticos

- Def. del eixA
- Alt. termoregulación
- Def. cognitiva
- Alt. estabilidad postural
- Intolerancia a la glucosa

→ Consecuencias

- Síncopa (antidepresivos)
- Retención urinaria y estreñimiento
- Caídas y delirio por sedantes
- Hipertermia con neurolépticos

→ Iatrogenia y uso de fármacos

* Reacciones adversas a medicamentos (RAM)

Factores de riesgo

Biológicos

- Sexo - Edad - Raza
- ↓ peso corporal
- ↓ de reserva funcional

Farmacológicos

- Alt. farmacocinéticas y farmacodinámicas
- Polifarmacia
- Tiempo de tx
- Altas dosis
- Falta de ajuste

Psicosociales

- Falta de adherencia al tx
- Tomas erróneas
- Auto medicación

Patológicos

- Enf. Prexias y graves
- Ant. de reacciones adversas

→ Efectos adversos de la retirada de los fármacos
 Pueden ir desde el empeoramiento de una enfermedad preexistente hasta una reacción psicológica secundaria a la suspensión del tratamiento.

→ Infratilización de la medicación apropiada
 Consumo insuficiente de medicamentos en afecciones concretas.

→ Sobretutilización de medicamentos
 Factores

- Comorbilidad
- Mala autovaloración de salud
- Dependencia física
- > 75 años - Dependencia

- efectos adversos
- Efectos adversos
 - Interacciones medicamentosas y riesgo de mortalidad

→ Interacciones fármaco-fármaco

Farmacocinéticas

- + Significativas:
- Inhibición o fomento del metabolismo del fármaco

Farmacodinámicas

- Efecto sinérgico/provoca:
- Retención urinaria
 - Estrañamiento y delirio

→ Falta de adherencia al tratamiento
 30-50% de las personas mayores no siguen adecuadamente los tratamientos médicos recomendados.

→ iatrogenia hospitalaria

El 40% de los estancias hospitalarias corresponden a ancianos. Las características de los pacientes que con mayor frecuencia presentan iatrogenia hospitalaria son:

- Edad avanzada
- Ingreso hospitalario prolongado
- Polimedición
- Paciente institucionalizado
- Deterioro/dependencia funcional previa

→ iatrogenia farmacológica o insuficiencia renal

Absorción

(biodisponibilidad)

Tomar IRP, dificulta la absorción de determinados fármacos que requieren un pH ácido

distribución

+ de la EI protica, lo que supone, como ya se ha indicado, cambios en...

metabolismo

Riesgo de disminución de metabolismo y toxicidad renal

excreción renal ajuste de dosis

Crackcroft - Gault
 $CrCl = (140 - edad) \times \text{peso} / 72$

→ Fármacos inapropiados en ancianos.

Anticolinérgicos {
- Boca seca
- Alt. de la diáforesis
- Taquicardia
- Dilatación de pupilas

Antidepresivos tricíclicos {
- Hipotensión ortostática
- Toxicidad del SNC {
- confusión
- convulsiones
- Alt. cognitiva es mayor en sujetos con deterioro cognitivo

Antipsicóticos {
- Efectos anticolinérgicos
- Síntomas extrapiramidales {
- Bradicardia - rigidez
- acatisia
- acinesia
- Sedación excesiva
- Hipotensión ortostática
- Caídas y fracturas

Benzodiazepinas {
- sedación excesiva
- Dependencia
- Mayor riesgo de caídas
- Indicadas en bajos dosis y períodos cortos
- alteraciones cognitivas

Antihistamínicos {
Difenhidramina { sedación marcada
- Tienen acción anticolinérgica

Antiinflamatorios no esteroides {
La toxicidad es esencialmente {
- Gastrointestinal
- Cardiovascular
- Renal
- Hematológica
- SNC

Opiáceos {
Morfina {
Efectos secundarios {
- Ansiedad
- Temblores
- mioclonías
- convulsiones generalizadas

Digoxina {
- Náuseas
- vómitos
- Cefaleas
- Alt. visuales
- Efectos cardíacos {
- Bloq. AV parcial o completo
- Arritmias ventriculares

→ Mejoras en la calidad de prescripción en ancianos.

Pueden ser de dos tipos.

→ Medidas basadas en criterios o explícitos.

Criterios Beers } Relación consensuada de medicamentos mediante } - Exp. geriatrica
- Form. geriatrica.
- Psicofarmacología
- Farmacoepidemiología.

Criterios de START-STOPP } START { Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment.
STOPP { Screening Tool of Older Persons potentially inappropriate prescription.

Criterios ACOVE } Disponer de unos estándares de calidad en la atención del paciente vulnerable.

→ Medidas basadas en la opinión o implícitas.

Criterios MAI } Medication Appropriateness Index } 10 preguntas que valoran 10 elementos de la prescripción } - Indicación - Duplicidad
- Eficacia - Duración
- Dosis - Coste
- Indicaciones correctas
- Orientaciones prácticas
- Interacciones fármaco-fármaco
- " " - enf.

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.

→ Definición

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

- Aporte excesivo → Obesidad
- Aporte deficiente → Desnutrición

→ Clasificación

Desnutrición calórica (marasmo)

Por falta de pérdida prolongada de energía y nutrientes con disminución de peso o estado de pérdida de tejido adiposo y en menor cuanto de masa muscular.

Desnutrición proteica (kwashiorkor)

Desnutrición aguda en situaciones de estrés que provocan disminución del aporte proteico o aumento de los requerimientos.

Desnutrición mixta

Mezcla de las características de los dos procesos anteriores. Esto + masa magra, grasa, proteínas viscerales. Px con desnutrición aguda.

Estados carenciales

Cuando tiene lugar una deficiencia aislada de algún nutriente (oligoelementos o vitaminas), ya sea por + de su ingesta o por aumento de sus necesidades.

→ Factores de riesgo

Enfermedades crónicas

- Austeridad de platos dietéticos
- Pérdida de apetito y náusea
- Motilidad gástrica

Peculiaridades físicas

Dispositivo o impedimento de la realización de tareas necesarias o por el aumento de requerimientos y calorías.

Deterioro cognitivo

Impide la planificación y la ejecución del proceso de la alimentación.

Farmacología y la polifarmacología

Depleción de depósitos de energía y proteínas secundario a la acción de ellos.

Depresión

que incluye en sus síntomas de la pérdida o ausencia de peso.

Fragilidad física, aislamiento social

Intercambio económico y con sus límites por mantener un dieta.

Integridad

En el medio hospitalario se busca la preservación de algún o algunos de ciertos componentes.

→ Valoración nutricional

- Historia clínica
- Exploración física
- Valoración social, funcional y cognitiva
- Valoración antropométrica
- Valores bioquímicos, e historia nutricional.

→ Cuestionarios estructurados de valoración nutricional

* **Mini Nutritional Assessment**: valoración global, historia dietética, auto percepción de salud, estado nutricional y valores antropométricos

* **Nutritional Risk Screening (NRS 2002)**: IMC, pérdida ponderal reciente y cambios en la ingesta alimentaria.

* **Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)**: IMC, cambio de peso y enf. agudas que supongan restricción de la ingesta > 5 días.

→ Valoración antropométrica

<u>peso</u>	}	normal { percentil 15-85
		malnutrición { 2% severa 5% moderada 10% semicentral

<u>Talla</u>	}	Formulo rodillo talón de chuncho
		Talla hombre (cm) = $(2.02 \times$ $0.11 \text{ rodillo}) - (0.09 \times \text{edad}) +$ 64.19.
		Talla mujer (cm) = $(1.83 \times \text{diámetro}$ $\text{rodillo}) - (0.29 \times \text{edad}) +$ 84.28

<u>Índice de masa corporal</u>	}	peso / talla (m ²)
		<16 desnutrición severa
		16-17 desnutrición moderada
		17-18.5 desnutrición leve
		18-22 peso suficiente
		22-28 normal
		28-30 sobrepeso
>30 obesidad.		

<u>Talla</u>	}	Formulo rodillo muleto de Arango - Zamora
		Talla H. (cm) = $(\text{LME} \times 1.121) -$ $(0.117 \times \text{edad en años}) +$ 119.6
		Talla M (cm) = $(\text{LME} \times 1.263) -$ $(0.139 \times \text{edad en años}) +$ 107.7

pliegues cutáneos } comportamiento adiposo } - Tricipital
 - Suprailíaco
 - Subescapular

perímetros } con cinta métrica } - Brazo
 - Pantorrilla

→ Parámetros bioquímicos

Proteínas viscerales } Aumentadas por factores no nutricionales } - Insuficiencia hepática - IR - Edemas
 - Índice de utilización metabólica - Deshidratación

Albumina } Vida media de 20 días, buen marcador de estado nutricional, no identifica bien los cambios agudos } Excelente parámetro para predecir la mortalidad, estancia hospitalaria y reintegros.

Transferrina } Vida media de 8-10 días, Refleja mejor los cambios nutricionales } Prealbumina } Vida media de 2 días y un pool plasmático muy pequeño. El mejor marcador de cambios nutricionales agudos.

Colectoral } Marcador más tardío del estado nutricional } Micronutrientes } Nícticos de vit. B₁₂ y B₉, folato, Selenio. Son útiles.

→ Diagnóstico del estado nutricional

- ✓ Identificación de los factores de riesgo } - HC
 - Cuestionarios
 - Encuestas dietéticas
- ✓ Dx del tipo y gravedad } medidas antropométricas
 Pruebas bioquímicas
- ✓ Dx etiológico.

→ Requerimientos nutricionales en el anciano

- Energía 20 kcal/kg/día → anciano sano
- 80 kcal/kg/día → anciano enfermo
- 30-38 kcal/kg/día → anciano malnutrido.

a) Gasto energético basal

- Ecuación de Harris-Benedict
- Ecuación de la OMS

b) Gasto por actividad física

Supone el 15-30% del GET.

- 1 → Individuos inmóviles
- 1, 2 → Reposo relativo
- 1, 3 → Deambulación normal.

c) Factor de estrés

Añadido por enfermedad

- 1, 2 - 1, 6 → Infecciones
- 1, 1 - 1, 2 → Intervenciones qx
- 1, 3 → Traumatismos.

Macronutrientes

- Proteína → 15-30%
- Grasa → 20-35%
- EHC → 46-65%
- Fibra → 20-30 gr.

Microelementos

- Vitaminas → A, B1, B6, B12, C, D, E, K
- Minerales → Calcio, Zn, Sodio, Fe, Mg, Selenio, Zinc, Potasio

hidratación

→ Intervención nutricional. 20-45 ml/kg/día.

Nutrición oral } Alimentación tradicional } - consistencia - Presentación
 - Textura - Control de dolor
 - Postura - Movilidad

Alimentación básica adaptada } - dietas trituradas de alta valor nutricional
 - Modificadores de textura

Suplementos nutricionales } - Completa } Nutrición enteral } A través de una sonda o estoma. (nasogástrica, con ostomía)
 - Incompleta

Tipo de administración } Pauta continua } Fórmulas completas de nutrición enteral } Poliméricas } - IRC
 - Pauta intermitente } Oligoméricas } - Hepatopatía crónica
 Especiales } - IR - DM
 - Inmunitarios

Nutrición parenteral } Por vía intravas- } vías de adm. } - NPP → < 2 ocomos
 - cular periférica } adm. } - NPE → > 2 ocomos
 o central

Fórmulas de nutrición parenteral } - Estándar } Hidratación subcutánea } Adm. de fluidos en deshidratación leve-moderada.
 - Protocolarizadas.
 - Individualizadas

Trastornos del sueño

zzz

Sueño normal

Fase REM

Combinación de movimientos rápidos periódicos de los ojos, atonia muscular y ondas electroencefalográficas de bajo voltaje, raras y desincronizadas.

Fase No REM

4 Estadios
 1 y 2 + sueño ligero
 3 y 4 + sueño profundo o de ondas lentas
 Con el avance de la edad disminuye el estadio 1 y + los estadios 3 y 4.

Factores que lo pueden alterar:

- ✓ Asociados al envejecimiento
- ✓ Psicosociales
 - Jubilación
 - Enfermedades
 - Muerte de un familiar
 - Alt. ritmo circadiano

→ Insomnio

→ Criterios diagnósticos según la ICD-10

- ✓ Dificultad para iniciar el sueño, mantenerlo, despertar precoz, o no tener un sueño reparador.
- ✓ Dificultad del sueño se produce a pesar de que se den las facilidades necesarias para tener un sueño reparador.
- ✓ Dificultad de conciliar el sueño debe producir uno de los sig. alteraciones: fatiga o malestar, déficit de atención, concentración o deterioro de la memoria, cambios de irritabilidad.

* Clasificación del insomnio

Primario

No se identifica la causa.

Secundario

Aparece en el contexto de otro CC.

Agudo o transitorio

días a semanas.

Crónico

> 1 mes.

De conciliación

Dificultad para iniciar el sueño > 30 min.

De mantenimiento

Problemas para mantener el sueño con despertares de > 30 min.

Despertar precoz

se produce como mín. 2 h antes de lo habitual.

→ Causas del insomnio

- Fac. relacionadas con la salud
- Fac. sociales
- Fac. ambientales
- Causas farmacológicas

→ Evaluación clínica

- Historia detallada del paciente
- Estudios básicos de laboratorio

→ Tratamiento

No farmacológica

- Métodos de higiene
- Ejercicios de relajación y posturalidad

Farmacológica

- Reguladores de receptores de benzodiazepinas de muy corta acción

Insomnio en el anciano hospít

}	intrínsecas	} cambios de el patrón del sueño, enf., fármacos, abstinencia de med. o alcohol.
	Extrínsecas	

→ Síndrome de Apnea - hipopnea del sueño (SAHS)

Estado de somnolencia excesiva, trastornos cognitivo-conductuales, respiratorios, cardíacos, metabólicos e inflamatorios secundarios a episodios repetidos de obstrucción de la vía aérea superior (VAS) durante el sueño

* Clínica y exploración física del SAHS

- Roncopatía crónica
- Apneas presenciales
- Hipersomnolencia diurna

* Métodos diagnósticos

- ✓ La polisomnografía convencional (PSG) método de elección
- ✓ La poligrafía respiratoria (PR) de menor precisión.

* Tratamiento

- ✓ Medidas higiénicas del sueño
- ✓ Dieta
- ✓ CPAP nasal.

→ Síndrome de piernas inquietas.

Se caracteriza por un impulso irresistible, no doloroso de mover las piernas, los brazos u otras partes del cuerpo, que da lugar a una incapacidad física y emocional.

Afecta a:

- 5 - 15% población general.

La prevalencia aumenta con la edad.

10 - 20% > 65 años.

→ Criterios diagnósticos

- ✓ Impulso de mover las extremidades asociado a parestesias y discinesias.
- ✓ Necesidad imperiosa de revolverse en la cama o levantarse o caminar para sentir alivio.
- ✓ Los síntomas se presentan o empeoran en el reposo.
- ✓ Variación circadiana de los síntomas, presentes en la noche y la madrugada, y se alivian después de las 5 am.

→ Tratamiento

- Agonistas de los receptores dopaminérgicos, ropirinal y pramipexol (1ª elección).

→ Alteraciones del sueño en las demencias.

Esta relacionada con la pérdida de las vías neuronales en el núcleo supraquiasmático del hipotálamo, área que inicia y mantiene el sueño y controla los ritmos circadianos.

→ Presentación clínica

- Insomnio
- Alucinaciones
- Hipersomnias
- Otros trastornos del comportamiento:



Síndrome de pavor nocturno o del despertar:
 - Delirio
 - Inquietud
 - Confusión
 - Pens. desorganizado

Agitación nocturna:
 - Delirio
 - Incomodidad
 - Estreñimiento
 - Estenosis urinaria
 - Alucinaciones

Disturbio circadiano:
 P. tienden a dormir más pronto y des-pertarse temprano

T. de conducta del sueño REM (CDBR):
 - Intento del motor
 - Mov. simples a intensos y violentos

→ Alteraciones del sueño de los principales trastornos neurodegenerativos.

Enf. Alzheimer } se debe a alteraciones de la función colinérgica y de la melatonina.

Enf. Parkinson } Empeoran en fases avanzadas de la enfermedad, muchas veces debido al tx dopaminérgico.

Demencia por cuerpos de Lewy } Alt. del sueño-vigilia son más pronunciadas en la enf. de Alzheimer.

Demencia frontotemporal } el 30% tienen alt. del sueño.

→ Tratamiento:

Insomnio primario:

- Trazodona } Períodos cortos
- Sedantes no benzodiazepínicos
- Neurolepticos atípicos } quetiapina, risperidona, alogzapina.

Insomnio secundario:

- Inhibidores de la acetilcolinesterasa.

Disfagia

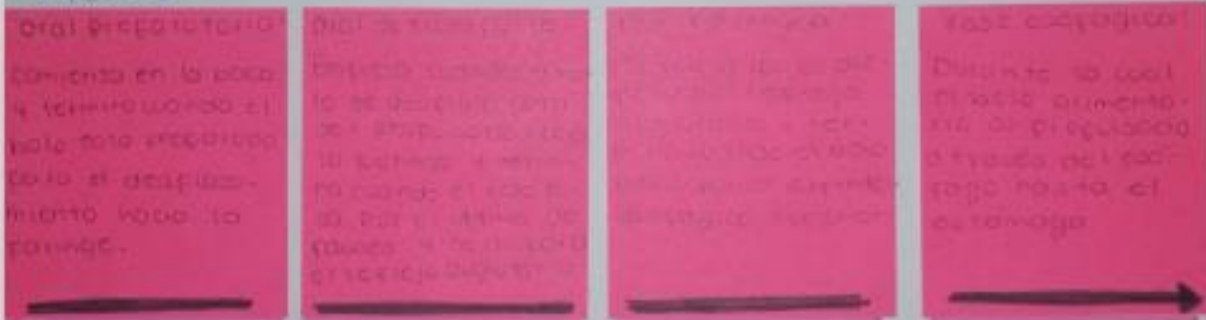
- Se define como la dificultad para el paso del bolo alimentario desde la boca hasta el esófago inferior.
- Las repercusiones de la disfagia no son solo físicas sino también emocionales, afectando al estado anímico del paciente y conduciendo a aislamiento social.

→ Prevalencia

- Adultos mayores 22%
- Unidades de geriatría agudas 30%
- Ancianos que viven en la comunidad 30-40%
- Ancianos ingresados en residencias 60%

→ Fisiología de la deglución normal.

4 fases:



→ Envejecimiento y deglución

Disminución en la amplitud de la contracción del músculo liso siendo esta responsable de la disminución de la reserva de presión lingual.

- Asociado a la ausencia de piezas dentales.
- y disminución de la salivación.

↳ Más movimientos de la lengua.

→ Causas de disfagia

Orofaringea

Causas más frecuentes:

- Enf. cerebrovascular secundaria a lesiones.
- Enf. de Parkinson.
- Enf. Neuromuscular.
- Enf. Alzheimer.

Esofágica

* Se puede presentar por alteraciones:

- Acalasia
- Espasmo esofágico difuso

* Alteraciones estructurales:

- Carcinoma esofágico
- Estenosis péptica

* Polimedicado

→ Diagnóstico (anamnesis completa y detallada).

- = Antecedentes patológicos
- = Tx farmacológica habitual
- = Síntomas gastrointestinales
- = Características de la dieta habitual
- = Síntomas de hipomortilidad faríngea
- = Síntomas respiratorios.

Exploración física

- = Inspección facial
 - ↳ Boca
 - ↳ Mandíbula
- = Inspección de la oclusión.
- = Inspección cervical

→ Complicaciones del paciente con disfagia

- = Aspiración
- = Dependencia y aislamiento social
- = Malnutrición y deshidratación
- = Necesidad de uso de nutrición artificial por sonda y comp.

→ Manejo de la disfagia

- = Intervenciones compensatorias
- = Tx farmacológica: ICA.
- = " rehabilitadora
- = Citología
- = Higiene oral

Fragilidad, sarcopenia, inmovilidad

1% > 65 años → Totalmente inmovilizado

6% > 65 años → severas limitaciones

10% → Incapacidad moderada.

→ Fragilidad

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, y al este progreso lleva al individuo a una situación de vulnerabilidad, conllevando posteriormente a la discapacidad y dependencia.

→ 2 modelos de fragilidad:

Fenotipo físico de fragilidad (Fried)

- Pérdida de peso no intencionada
- Debilidad
- Lentitud
- Grado de act. física
- 1-2 → Prefrágil
- 3 → Frágil

Modelo de múltiples nomias (Rockwood)

- Pérdida de peso
- Pérdida de reservas fisiológicas
- Aislamiento social
- Fragilidad mental
- Presentación atípica de las enfermedades

→ Presentación clínica

→ Sarcopenia

- Trastorno en el equilibrio y la marcha
- Desconexión con la aparición de inmovilidad y osteopenia
- Pérdida de peso → Debilidad
- Fatiga → Inactividad
- ↓ de ingesta oral.

→ Patogénesis

Se relaciona con la pérdida de la reserva fisiológica del organismo.

- Pérdida de la masa muscular
- Disregulación neuroendocrina
- Disfunción del sistema inmune.

→ Valoración de la fragilidad

Test funcionales individuales

- 1) **Timed Up and Go** Mide el tiempo que el anciano tarda en levantarse de una silla con brazos y caminar 3m girar, regresar a la silla y sentarse.
≤ 10s → Normal
10-20s → Fragilidad
20-30s → Rx de caídas
> 30s → Alto rx de caídas

- 2) **Escala de equilibrio y marcha de Tinetti** Valora 9 items (equilibrio) y 6 items (marcha), puntuación total = 28
< 26 cierto rx de caídas. < 18 Alto riesgo de caídas.

- 3) **Velocidad de la marcha** Mide el tiempo en recorrer a ritmo normal una distancia establecida, habitualmente 5m

Aparición de sx geriátricos

- Marcadores de Fragilidad
- Desnutrición
 - Depresión
 - Pérdida de la visión o de audición
 - Caídas
 - Polifarmacia
 - Malnutrición
 - Delirium
 - Malnutrición

→ Prevención y manejo recomendaciones

- Fisioterapia y los programas de ejercicio físico
- Correcto abordaje de causas clínicas
- Revisión periódica de la medicación.

→ Sarcopenia

Sx geriátrico que se caracteriza por la pérdida de masa y fuerza muscular con pérdida progresiva y generalizada, que condiciona la discapacidad, empeoramiento de la calidad de vida e incluso la muerte

→ Epidemiología

Baumgartner:
13% - 65 años
29% - 70 años
50% - 80 años

→ Consecuencias

- ↑ pérdida funcional
- Discapacidad
- Dependencia
- Mortalidad
- Caídas

→ Fisiopatología

Diversos factores se han vinculado con el desarrollo de la sarcopenia

- Fac. moleculares
- Fac. hormonales
- Hormonales
- Neurodegenerativos
- Musculares
- Externos

Categorías y estadios

1. Sarcopenia primaria
Consecuencia de los cambios fisiológicos relacionados con la edad.

2. Sarcopenia secundaria
Existe más de una causa evidente. (origen multifactorial).

Estadios:

Presbicipenia

- Pérdida de masa muscular - sin impacto en la fuerza o cap. funcional

Sarcopenia

- Pérdida de masa muscular - asociado a ↓ de fuerza muscular + ↓ capacidad funcional

Sarcopenia severa

- Pérdida de masa muscular - asociado a ↓ de fuerza muscular como consecuencia funcional

→ Relación con algunos de los géneticos

- Caquexia
- Fragilidad
- Obesidad sarcopenia.

→ Métodos de valoración

Valoración de masa muscular

- TC
- BIA
- RM
- Creatinina
- DXA
- Antropometría

Valoración de Fuerza muscular

- Dinamometría en la mano
- Flexo - extensión de rodilla.

Valoración de función muscular

- Short Physical Performance Battery
- Test de los 6 min
- Medición de la velocidad de la marcha.

→ Intervenciones posibles

✓ Nutricionales

✓ Ejercicio

- Resistencia o potenciación muscular
- Aeróbica
- Equilibrio
- Flexibilidad o elasticidad

✓ Farmacológicas

- Vitamina D
- Hormonas esteroides sexuales
- Hormona del crecimiento

→ Inmovilidad

El descenso de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras.

→ Etiología

- Falta de fuerza o debilidad
- Prob. psicológicas
- Rigidez
- Dolor
- Alt. del equilibrio

→ Factores predisponentes intrínsecos y extrínsecos.

Intrínsecos

- Esqueléticos
- Cardiovasculares
- Pulmonares
- Neurológicos
- Deficit sensorial
- Mentales
- Pluripatología médica

Extrínsecos

- Iatrogenia
- Ambientales
- Sociales

→ Cambios fisiopatológicos asociados a la inmovilidad

- ✓ Aparato cardiovascular
- ✓ Sist. musculoesquelético
- ✓ sistema respiratorio
- ✓ Aparato digestivo
- ✓ Piel
- ✓ sistema genitourinario
- ✓ sistema nervioso

→ Valoración de la movilidad

Se examina desde la movilidad en cama y transferencias con la valoración de si precisa ayuda parcial, completa o no la precisa.

→ Prevención

PRIMARIA

- Ejercicio físico
- Correcto abordaje de cuadros clínicos
- Valoración geriátrica integral

SECUNDARIA

Incluir una serie de adaptaciones que faciliten las desplazamientos, ayudas técnicas, estimular independencia de act. básicas e instrumentales.

TERCIARIA

- Tx de las complicaciones:
 - Úlceras - Anquilosis
 - Atrofia muscular
 - Osteoporosis
- Control postural
- Posturas anti-gravitas
- Cambios posturales

→ Tratamiento

- Progresiva
- Individualizada

→ Retardar la situación basal previa si la rehabilitación total no es posible

objetivo

Incontinencia

→ Concepto y definición

OMS

La pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable y suficiente como para constituir un problema social e higiénico en quien la padece.

ICS

Todo quejo de pérdida involuntaria de orina

→ Epidemiología

↑ frec. en mujeres
53.3% → 80 años

→ Fisiopatología de la IU

Fase de llenado

El tono simpático cierra o disminuye el esfínter uretral, relaja la capa vesical al inhibir el parasimpático. La micturición comienza cuando el esfínter uretral vesical y uretral cede al tono de la musculatura pélvica.

Fase de vaciado

Provoca el estímulo parasimpático que produce la contracción vesical y se inhiben el tono simpático y uretral.

→ Clasificación clínica

Puede ser transitoria o establecida

ORIP (goteo)

- Delirium
- Retención o restricción de la movilidad
- Infección
- Inflamación
- Impacción fecal
- Polifarmacia
- Poliuria o DIAPPERS (pañales)

Fx de riesgo:

- T. neurológico
- Secundario a alt. del tracto vesical
- Secundario a obstrucción
- Idiopático

1) IU de urgencia

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

2) IU de esfuerzo o de estrés (IUE)

Pérdida involuntaria de orina por ↑ de la presión abdominal sin que haya contracción ej. reír, toser, levantar peso

3) IU mixta (urgencia y esfuerzo)

Hiperactividad del esfínter e incompetencia esfinteriana.

4) IU por rebasamiento o paradójica

Perdida con proceso obstructivos en el tramo urinario inferior o con alt. de la contractibilidad vesical.

clínica: sint. irritativos, obstructivos, dif. para orinar, goteo postmiccional o cordón de

→ Casos

a) Orgánicas

La más frecuente es la hipertrofia benigna de próstata, tumores prostáticos. Prostaglandinas muy importantes, masa pélvica.

b) Neurológicas

Px con detrusor arreflexico a consecuencia de lesión medular o pélvica siempre que se conserve la inervación del esfínter uretral.

3. Incontinencia funcional

Dx de exclusión, una vez descartados los casos anteriores, en el que influyen varios aspectos funcionales.

→ Diagnóstico de IU

a) Historia médica general

b) Historia médica dirigida

- Frecuencia > 8
- Historia > 2 años
- Incontinencia
- Síntomas de vaciado normal

→ Exploración

- Examen general - Exp. abdominal
- Valoración de la sensibilidad perineal y los reflejos lumbosacros
- Exp. genital y exam. rectal
- Mición del residuo uretral

→ Pruebas complementarias

- Analítica general, bioquímica de sangre y orina.

→ Tratamiento

Se pueden clasificar en 5 categorías

- * Modificación de los factores favorecedores y hábitos de vida.
- * Entrenamiento de vaciado de la vejiga.
- * Rehabilitación de la musculatura del suelo pélvico
- * Intervenciones de soporte o medidas paliativas
- * Tratamiento farmacológico
 - Oxibutina
 - Cloruro de trospio
 - Tolterodina
 - Alfuzosina
 - Doxosozina
 - Tamsulosina
- * Tratamientos quirúrgicos

→ Incontinencia fecal

La incontinencia fecal (IF) o pérdida del control de los movimientos fecales es otra de las afecciones geriátricas que comporta más repercusiones en la calidad de vida del anciano y una mayor carga en el cuidador.

Mecanismo de incontinencia fecal.

Depende de numerosas factores:

- función mental
- Consistencia
- Volumen de las heces
- Tránsito del colon
- Distensibilidad rectal
- Función del esfínter anal
- Denervación anorrectal
- Reflejos anorrectales

→ Etiología y factores de riesgo

- Disfunción de los esfínteres anales
- Distorsión de la función anal
- Disfunción de la innervación rectal o alguna combinación de alguna de ellas.
La mayoría lo es de origen multifactorial.

- Edad > 10
- Incontinencia
- Detención aguda
- Enf. neurológicas
- Diarrea severa

según la severidad
IF menor (soiling ensuciar la ropa interior)
- Incontinencia de gas
- Urgencia defecatoria

IF mayor pérdida de continencia para heces líquidas

→ Diagnóstico

Puede utilizarse la clasificación de Parks:

Grado 1: Continencia normal

Grado 2: Dificultad en el control de gases y líquidos

Grado 3: Incontinencia total para líquidos

Grado 4: Incontinencia a heces

Historia clínica

- Circunstancias y tiempo de evolución de IF.
- Tratamiento habitual.
- Características de las heces.
- Síntomas concomitantes.
- Presencia de dificultades físicas

Exploración física

- Tacto rectal, valorando el tono de esfínter, aspecto y características de las heces, descartando impacción fecal y masas políplicas.

Pruebas complementarias

- Rx de abdomen
- Enema opaco y RMN pélvica
- Manometría
- Rectosigmoidoscopia y anoscopia
- Defecografía
- EMG anal
- Electografía en deanal
- Técnicas de sensibilidad rectal

→ Tratamiento.

a) Corregir la causa subyacente si es posible.

b) Tratamiento conservador y medidas higiénico dietéticas.

c) Tx farmacológico.

- Antiinflamatorios.

- Fármacos que mejoran el tono del esfínter.

- Fibrá.

d) Biofeedback.

e) Tx quirúrgico.

Sincope en el anciano

Cuadro clínico caracterizado por la pérdida súbita de conciencia debido a una hipoperfusión cerebral global transitoria de corta duración (no superior a los 20 seg), con recuperación completa de forma espontánea.

Presíncope

Síntomas y signos que preceden a la pérdida de conciencia, no se llega a producir.

→ Epidemiología.

Pico de incidencia del primer síncope entre los 10-30 años.

>70 años prevalencia 10%, incidencia 6%.

→ Fisiopatología

Hipoperfusión cerebral global por diversas causas durante un tiempo mínimo de 6-8 segundos de duración.

Resistencia vascular periférica (Rp): Bajo o inadecuada causa vasodilatación y bradicardia.

Gasto cardíaco (Gc) ↓ Arritmias, enf. estructural, depresión de volumen o distensión del retorno venoso.

→ Etiología

↑ Comunes en los pa. de edad avanzada con la hipertensión ortostática.

→ Clasificación de los tipos de síncope.

Reflejo o neuromediado

Vías eferentes:

No responden a un determinado estímulo produciendo un reflejo vasodilatador.

Vías aferentes:

Que transmiten los distintos tipos de estímulos desencadenantes.

- Síncope vasovagal → se desencadena por crisis emocional u ortostática.
- Síncope situacional → Durante o mediante posterior a desencadenantes típicos (tos, micción).
- HSC

Hipotensión ortostática

- Fallo autonómico primario: Atrofia multistotémica, enf. de Parkinson, demencia de cuerpos de Lewy
- Fallo autonómico secundario: Diabetes, amiloidosis, uremia, lesión medular
- Secundario a fármacos o tóxicos: Vasodilatadores, diuréticos, Fenotiacinas, antidepresivos y alcohol
- Por defecación de volumen: Hemorragia, diarrea, vómitos

Síncope cardíaca (cardiovascular)

- Arritmia
 - Bradicardia sinusal < 40 lpm o pausas sinusales > 3s.
 - BAV 2º grado mobitz II + BAV completo
 - Bloqueo de rama izquierda y derecha alternante
 - Taquicardia ventricular o supraventricular rápida
 - TV no sostenida asociada a QT largo o QT corto
 - Disfunción de marcapaso implantado
- Enfermedad estructural
 - Estenosis aórtica - IAM / isquemia
 - Disfunción valvular protésica
 - Miocardiopatía hipertrofica
 - Enf. pericárdica / tamponamiento

→ Evaluación diagnóstica

- Historia clínica cuidadosa

→ Pruebas diagnósticas

- Masaje del seno carotídeo
- Pruebas ortostáticas
 - ✓ Bipedestación activa
 - ✓ Prueba basculante o Tilt Test
- Monitorización electrocardiográfica
 - ✓ Durante el ingreso
 - ✓ Holter
 - ✓ Grabadores de bucle implantados
- Estudio electrofisiológico
- Prueba de ATP o adenosina
- Ecocardiografía
- Prueba de esfuerzo

→ Tratamiento

- ✓ síncope reflejo y la intolerancia ortostática.
 - Bloqueadores beta.
 - Etilerina y midodrina
 - Inhibidores de la recaptación de la serotonina.
- ✓ Hipotensión ortostática y dx de intolerancia ortostática.
 - Tx no farmacológico.
- ✓ Arritmias cardíacas.
 - Disfunción del nodo sinusal
 - Marcapasos.
 - Ablación cardíaca
- ✓ Enf. del sistema de conducción auriculoventricular.
 - Estimulación biventricular
- ✓ Taquicardias paroxísticas supraventriculares y ventriculares.
 - Ablación con catéter.
 - Retirar fármacos que ocasionen QT largo y puedan desencadenar Torsade de Pointes.
- ✓ Síncope secundario a cardiopatía estructural.
 - Consiguir en reparar la cardiopatía subyacente.