



Universidad del sureste
Campus Comitán
Licenciatura en Medicina Humana

**Tema: Resúmenes de Geriatria 1°
Unidad**

Carlos Rodrigo Velasco Vázquez

Grupo "B"

Sexto semestre

Geriatria

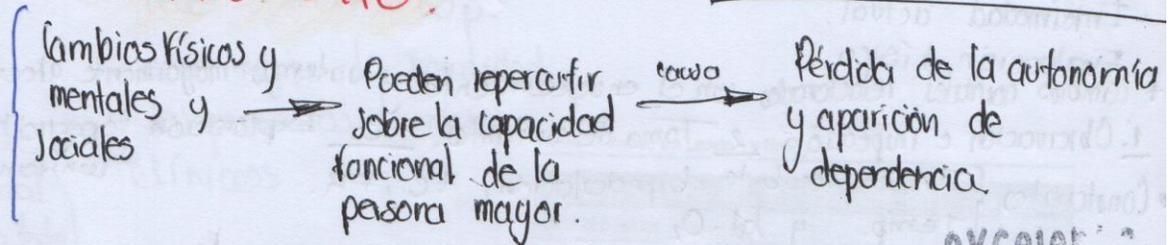
Docente: Dr. Suarez Martínez

Comitán de Domínguez Chiapas a 12 de marzo de 2024

Valoración Geriátrica como Instrumento.

Rodrigo Debra
Cobizalez

Proceso de envejecimiento se asocia a:



Enfoque diagnóstico, clínico y terapéutico diferente

- Cambios fisiológicos y anatómicos por edad
- Presentación atípica de enfermedades.



Valoración Geriátrica Integral (VGI) → Constituye la herramienta principal de la asistencia al paciente mayor.
→ Es "el proceso diagnóstico multidimensional, usualmente interdisciplinario, dirigido a cuantificar los problemas y capacidades médicas, funcionales, psíquicas y sociales del mayor con el objeto de trazar un plan para el tratamiento y el seguimiento a largo plazo".

Bio-psico-social-funcional

2. Objetivos y beneficios de la VGI

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

Beneficios: ↑ supervivencia, Mejoría de la capacidad funcional, Mayor prob. de recuperación.
↓ Fármacos, ↓ Ing. (Hospitales y residencias) → ↑ calidad de vida

3. Estructura e instrumentación de la VGI

Para → facilitar recogida de inf. • Agilizar la transmisión • Homogeneizar criterios.
↓ mediante
Instrumentos o escalas estandarizadas

Carlos Rodrigo Velasco Vizquez (Delirium).
Síndrome Confusional Agudo

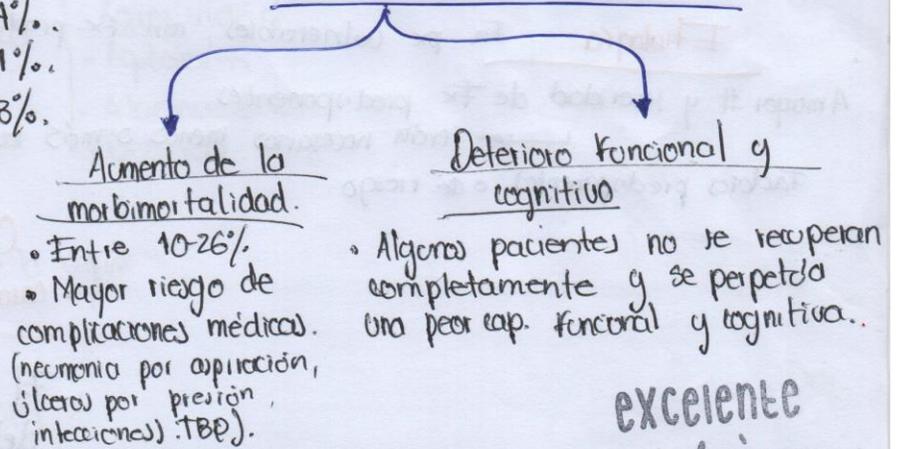
El síndrome confusional agudo es un síndrome clínico y transitorio y reversible caracterizado por una alteración en la atención, el nivel de conciencia y distorsión cognitiva.
 de inicio agudo y curso fluctuante.

- Ocurre frecuentemente durante una enfermedad aguda.
- Síndrome transitorio y reversible pero pueden existir secuelas.

Epidemiología

- Urgencias hospitalarias del 14-24%.
- Px con fracturas de cadera 43 y 61%.
- Unidades de cuidados paliativos 83%.
- ↑ con la edad, en ancianos frágiles o con demencia.

Consecuencias del delirium o SCA.

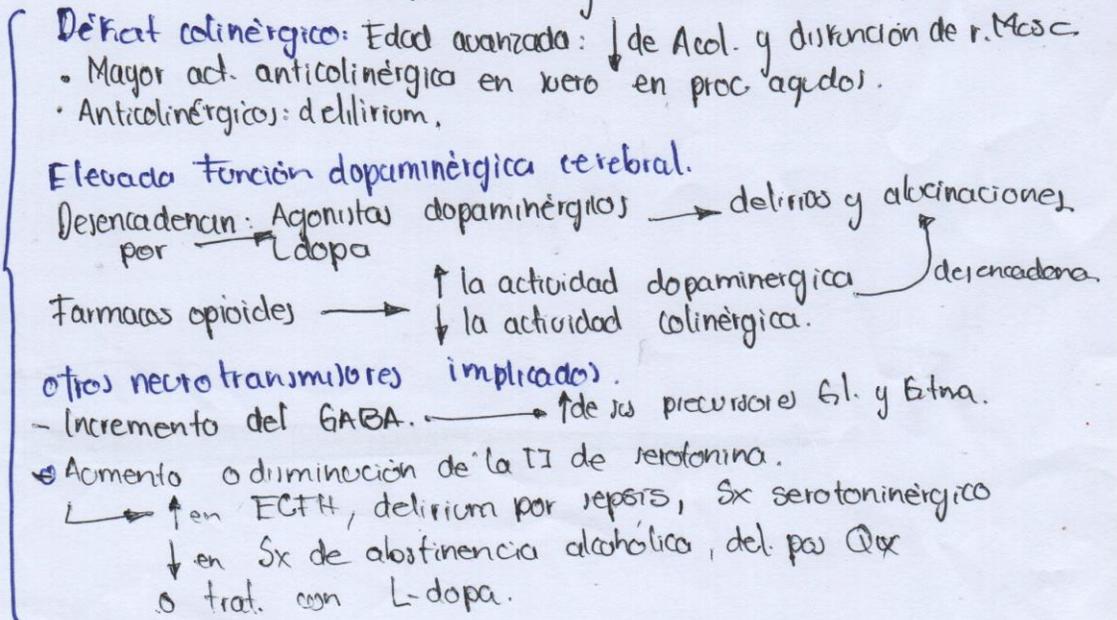


Fisiopatología

- Se considera una lesión funcional más que estructural.
- Mecanismo fisiopatológico relacionado con una alteración a nivel de:
 - ↳ Funcionamiento de neurotransmisores cerebrales.
 - ↳ Nivel cortical y subcortical.



Disrupción a nivel de neurotransmisores cerebrales.



Demencia

Es un síndrome adquirido caracterizado por deterioro persistente de funciones cognitivas, del estado mental y de la conducta social no causado por delirium, y que interfiere en las actividades de la vida diaria, la actividad laboral o social.

↑ FTE en > 85 años 1% en > 65 años
 ↳ > Mujeres 5% en > 90 años

↓ implica
 • Pérdida de calidad de vida del ps.
 • las implicaciones al cuidador.

Diagnóstico sintromico de la demencia

Dx realizar

- Historia clínica.
- Exploración neurológica.
- Niveles de funcionalidad.
- Evaluación neuropsicológica formal.
- Cumplir los criterios de demencia.

Exclusión del deterioro cognitivo si?

- Pérdida de memoria.
- Deterioro funcional.
- Depresión de inicio tardío.
- Presentación de cuadros (contingentes) durante un ingreso hospitalario.

Valoración clínica

Funciones a explorar

- Memoria → de trabajo, episódica y semántica.
- Orientación → Tiempo, espacio y persona.
- Atención
- Lenguaje → Trastornos de la denominación, parafasia, neologismos
- Las praxias → Ideomotora, ideatoria, orofacial, óptica.
- Función visoespacial → agnosia visual.
- Funciones ejecutivas.

Funciones a explorar

- Síntomas psicopatológicos y conductuales de la demencia.
 - ↳ Síntomas afectivos, síntomas psicóticos y trastornos del comportamiento
 - ↳ Agitación, agresividad, vagabundeo, etc.
- Completar con la repercusión de la alteración cognitiva sobre la funcionalidad
 - ↳ mediante escalas como son:
 - Índice de Katz o Barthel.
 - Índice de Lawton y el FIM.

Evaluación neuropsicológica

- Iniciar con test adaptados al paciente y su nivel cultural.
- Evaluar memoria, lenguaje y praxias.

Test globales

- MMSE Folstein.
- MEC Cobo.
- Foro test.
- Mini-kef (es)
- Test de los 7 min.

Test de cribado

Test de memoria

- MIS de Boskhe
- Test de las fotos

Test. función ejecutivo

Fuerza semántica

Test cognitivos específicos

(por áreas neuropsicológicas)

- Memoria
- Atención
- Lenguaje
- Memoria semántica
- Praxias
- Percepción visoespacial
- Función ejecutivo

excelente



Depresión y ansiedad

Carlos Rodrigo de la Cruz Lozano G.B.

- 6x más FCTE e incapacitantes.
- Afecta la calidad de vida.

Epidemiología

- 50% + FCTE en mujeres.

según MIMH

el 15% > 65 ha padecido depresión y un 2% de tipo leve y un 13% de tipo leve.

Porcentajes

10% en comunidad.

15-25% recidencias geriátricas

10-20% hospitalizades.

(cuando hay enfermedades aumentan)

como
• Carcinomas
• Neoplasias.

Factores biológicos / relación con cambios orgánicos

+ FCTE en enfermedades

	DMG)	DMG)
Enfermedad de Parkinson	20	20
ictus	28-30	
Enfermedad de Alzheimer	20-25	20
Enfermedad cardiovascular	20	21
Fx. cadera	20	
EPOC	7-42	

Fx. que pueden desencadenar

- Muerte de la pareja.
- Enfermedad.
- Discapacidad.
- Deterioro funcional.
- Inhibición.
- Rechazo social y aislamiento.

+ FCTE en Enfermos.

Factores de riesgo:

ictus

Enf. física, grado de incapacidad
Deterioro cognitivo coexistente.
Historia psiquiátrica previa

- Temprana: por el sitio de lesión y localización.
- Tardía: por la contención funcional.

Deterioro cognitivo se asocia con depresión en personas >.

Manifestaciones clínicas y clasificación

- Se presenta de forma atípica y muy difusa.
- > de quejas somáticas.
- Anhedonia → incapacidad para sentir placer o satisfacción.
- Irritabilidad, aplanamiento afectivo, < de peso y apetito.
- Integridad, insomnio.
- + FCTE de presentas psicosis o depresión psicóticas { 20-45% hosp. 2.6% comunidad.
- Depresión vascular → { Cambios en la fluidez mental, verbal.
Entorpecimiento psicomotor.
Déficit en funciones ejecutivas.
Memoria y lenguaje.

Se toma en cuenta lo indicado en el DSM-V

- Depresión mayor.
- Depresión menor.
- Trastorno distímico.
- Trastornos del ánimo no especificados.

Pronóstico

- A largo plazo un 25% se recupera y 60% lucha de recaídas constantes.
- > el pronóstico de muerte.
- > Tasa de un buen pronóstico.
- 4x más suicidios.
- 60-90 de intento suicida tenía depresión.
- 30x más que la pob. general.
- > FCTE al inicio de la enfermedad.

Diagnóstico de la depresión en el anciano

→ GDS

Intervento clínico

- Historia.
- Inicio y evolución.
- Desencadenantes.
- ABNP y APP.
- Medicamentos.

Exploración física
y
prob. complementarias.

- Escala de depresión geriátrica
- Exploración cognoscitiva para demencia.
- Ejefero endocrino.
- Proceso neurológico.
- Neoplasias. B12, B6, ácido fólico.

Criterios diagnósticos

los dx se tienen que complementar para tomarse como válido. CIE-10, OMS, DSM-V.

excelente



Farmacología y Geriatria Carlos Rodrigo Velasco Bazaes

80% de ancianos enfermos

(con diversas enfermedades crónicas)

- HTA
- DM
- Artrosis
- IC

De manera simultánea

→ Polifarmacia

Comunidad

2 y 4 / día

Residencial

3.5 / día

Hospital

4.8 / día

Envejecimiento

Farmacocinética
 Farmacodinamia → ↑ sensibilidad.
 Reacciones adversas → ↑ aumento.

30% no cumple la terapéutica

→ peor control y tratamiento

40-80% automedicación.

Geriatría por los fármacos y sus efectos adversos.

Envejecimiento y farmacología

Absorción

Cambios secundarios al envejecimiento

al orarion

Absorción de los fármacos

- ↑ del pH gástrico → por gastritis atrofica, ↓ rango intestinal ↓ vaciado gástrico, motilidad y # cel.
- Afectación de la difusión pasiva.
- Afectación en el transporte activo y biodisponibilidad.

Distribución

Cambios "normales"

- ↑ grasa corporal progresiva
- ↓ masa magra, H₂O corporal
- ↓ vol. de liq. extracelular
- ↓ GC, Flujo cerebral y cardíaco

- ↓ del vol. de distribución de fármacos hidrofílicos
- ↑ del vol. de distribución de fármacos lipofílicos.

Cambios "anormales"

Enfermedades concurrentes

causan

Alteraciones en las Ft. recales de proteínas de unión a fármacos

↓ de la albúmina que se une a fármacos ácidos. (naproxeno, ketotina y warfarina).

→ ↑ [F] y ↑ dosis de carga.

Enfermedades inflamatorias, quemaduras o cáncer

Permanece o disminuye

Glucoproteína citada alta-1

→

Fármacos básicos

- Lidocaina
- Betabloqueantes
- Quinidina
- Antidepresivos tricíclicos

Metabolismo

↓ del flujo sanguíneo y la masa hepática

metabolismo de fármacos.

Fase I: Reacciones oxidativas mediadas por las enzimas de monooxigenasa del C450

- CYP1A2, CYP2C9
- CYP2D6 y CYP3A4

Fase II: Reacciones conjugadas con un grupo acético o un azúcar para mejorar su polaridad, hidrosolubilidad y excreción renal.

• Alteraciones por las reacciones oxidativas por ↓ masa hepática.

• ↓ de la Fase I y ↓ depuración total y ↑ tiempo de fármacos.

• ↓ del flujo sanguíneo. ↓ la depuración de fármacos.

Eliminación

Envejecimiento se relaciona con

- ↓ masa renal
- ↓ # glomérulos nefronales
- ↓ TFG
- ↓ flujo sanguíneo renal.

afecta

- Eliminación de algunos medicamentos sus metabolitos activos.
- ↓ Depuración de fármacos por el envejecimiento.

Alteraciones farmacodinámicas Alteraciones de la sensibilidad por:

- ↳ cambios en la afinidad o en el # de receptores.
- ↳ cambios en la respuesta de los post-receptores.

Alteraciones con los mecanismos homeostáticos

Envejecimiento: alteraciones homeostáticas que afectan a la respuesta a los fármacos.

- como son
- Disfunción del DNA.
 - Alteración de la termoregulación.
 - Disfunción cognitiva.
 - Alteración de la estabilidad postural

lleva a

• Síncopes y caídas ante fármacos como antihipertensivos, neurolepticos.

• Retención urinaria y estreñimiento con medicamentos anticolinérgicos

- caídas y delirios por sedantes.
- Hipertermias con neurolepticos.

Letargia y uso de fármacos

Reacciones adversas a medicamentos (RAM).

- Causa FCTE de ingreso hospitalario.
- Complicación clínica a pesar de entrar por otra causa.
- Alta causa de muerte en el anciano.

Prevalencia del 30%

Comunidad 30%

Hospitalario: 1.5 al 35%

Mayor incidencia por

- Fx. Biológicos → Edad, sexo, BPG.
- Fx. farmacológicos → Alta farmacocinética y farmacodinámica. Polifarmacia dosis altas. Mal ajuste.
- Fx. Psicosociales → Falta adherencia al tratamiento, tomas erróneas, auto medicación.
- Fx. Patológicas → Enr. previas y gravedad de estas.

RAM en el anciano presentan signos y síntomas poco específicas.

↳ pueden indicarnos ciertos síntomas

- Inestabilidad, caídas, depresión
- SCA, Extrapiramidalismo,
- IGT o ICU, Estreñimiento, dracenos

Efectos adversos en la retirada de fármacos

- Empeoramiento de enfermedad.
- Reacción psicológica icandarra.

Fx de riesgo

comorbilidad, polifarmacia, # de fármacos.

Interacciones farmacocinéticas

• Ingesta de alimentos y fármacos.

Implican la inhibición o fomentan el metabolismo del fármaco.

• Interacciones secundarias al desplazamiento de algunos fármacos por otros.

• Inhibición de la depuración renal de un fármaco por otro.

Interacciones farmacodinámicas

- Efecto sinérgico al consumir varios anticolinérgicos, provocan:
 - Retención urinaria
 - Estreñimiento
 - Delirio
- Bradicardia por: Betabloqueantes + Bloqueadores de canales de calcio.

Falta de adherencia al tratamiento

30 al 50% de AM no siguen adecuadamente los tratamientos médicos recomendados.

por:

- No comprender el tx.
- Deficit sensorial.
- Soledad.

Todos juntos son peligrosos e individuales son más viables.

Iatrogenia hospitalaria

40% de estancias hosp. por ancianos. > prolongada y > reingresos.

Factores de iatrogenia:

- Edad avanzada
- Polimedicación
- Ingreso prolongado
- Deterioro/dependencia funcional previa.

Dependencia funcional previa \xrightarrow{tx} Hospitalización \xrightarrow{tx} Desarrollo o agravamiento del deterioro funcional previo.

Deterioro \rightarrow ↑ mortalidad, ↑ # hospitalarios.

- (Complicaciones secundarias al tx. hasta el 40% en px > 75 años).

↓
Difícil control y nuevas limitaciones a los 3 meses al alta.

Iatrogenia farmacológica e IR

- Fallo renal por daños secundarios a fármacos neurotóxicos.
- Ciertos medicamentos y sus dosis deben ajustarse según la función renal.

Fármacos inapropiados en ancianos

Anticolinérgicos.

Producen boca seca, alteración en la diáforesis, taquicardia y dilatación de pupilas.

Toxicidad por retención urinaria, agitación, alucinaciones.

Antipsicóticos

Pueden desencadenar efectos anticolinérgicos típicos, y síntomas extrapiramidales.

Antidepresivos tricíclicos

La absorción, distribución y eliminación varía mucho de un individuo a otro. Muy liposolubles, + unión a proteínas y su eliminación se reduce con la edad.

Toxicidad cardiológica \xrightarrow{en} Abt.

Retrasan la conducción intra ventricular y producen bloqueos 2:1 o 3:1.

• Atención al SNC y marcap.

Benzodiacepinas

Sedación excesiva, dependencia, alteraciones cognitivas y mayor riesgo de caídas.

Dosis bajas y períodos cortos.

Antihistamínicos Sedación marcado → Difenhidramina.

Recomendado → Loratadina y cetirizina. ↘ inapropiados

AINE ↓ Función renal puede llevar a niveles tóxicos en sangre.
↘ Gastrointestinal, cardiovascular, renal.

Causa elevación de la presión arterial.

Opiáceos

Meprendino

se utiliza como alternativa a la morfina por inducir menos hipotensión y bradicardia y no alterar el tono del esfínter de Oddi.

Dolor agudo y post-quirúrgico.

tratamiento del dolor por infarto de miocardio y en el tratamiento de la cefalea

Digoxina.

Ejerce esencialmente dos acciones:

1. Un efecto inotrópico positivo, aumentando el volumen minuto y aumentando la excitabilidad de la aurícula y ventrículo.
2. Una acción antiarrítmica.

Forma parte de los grandes síndromes geriátricos y es factor de fragilidad. Aumenta la probabilidad de mortalidad y discapacidad, caídas y fracturas. y empeora el deterioro cognitivo. y se asocia con retraso en la curación.

Importancia

Por su alta prevalencia geriátrica.

1% H y 5% M comunidad
4% H y 5-10% M. Riesgo

Definición

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

> Aporte

Obesidad → > peso y tejido adiposo

< Aporte

Desnutrición → ↓ de las parámetros nutricionales < de la p75.

Pérdida de peso involuntaria

2% en una semana.

5% en un mes.

10% seis meses.

4% en un año: morbilidad y mortalidad.

Calórica o marasmo: < energía y < peso por TA y masa muscular(=).

Bioquímica normal y antropometría alterada.

Protéica o Kwashiorkor: Aguda y con estrés y conlleva ↓ aporte proteico o ↑ requerimientos. Antropometría dentro de lo normal y proteínas viscerales ↓

Desnutrición mixta: Mezcla de ambos. ↓ de todas masa magra, grasa. Crónica más algún tipo de estrés.

Estado carencial: Alguna deficiencia aislada de algún nutriente por ↑ requerimiento o ↓ de la ingesta.

Clasificación de la desnutrición

Factores de riesgo de malnutrición en el anciano

▲ Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento

- Dentadura. • Hormonas anoréxicas. • Motilidad intestinal. • Anorexia fisiológica.

▲ Deterioro funcional

▲ Deterioro cognitivo

- Alteración en el proceso de ingerir alimentos. • Vagabundeos, memoria, etc.

▲ Pluriopatología y farmacia

- Ingesta de calorías y proteínas inadecuada o las necesarias.

▲ Depresión

- Pérdida o ganancia de peso.

▲ Factores sociales, pobreza y aislamiento social

▲ Iatrogenia

- Dietas restrictivas por alguna patología. • Ayuno para estudios complementarios, etc.

Valoración nutricional De importancia en la valoración geriátrica integral

Historia clínica.

Centenarios
estrobriados de
valoración nutricional

- Mini Nutritional Assessment:
 - Buen estado
 - Riesgo de desnutrición
 - Desnutrición.
- Nutritional Risk Screening:
 - IMC
 - Pérdida ponderal reciente
 - Cambios en la ingesta alimentaria.
- Malnutrition Universal Screening tool:
 - Detectar pacientes en riesgo de desnutrición
 - Valora el IMC, cambio de peso y enfermedades agudas.

- ↳ Fx de riesgo
- ↳ Enfermedades coexistentes
- ↳ Fármacos anorectivos.
- ↳ Antropometría.

Valoración antropométrica

Peso: ↓ Peso: malnutrición calórica.
Importante para la supervivencia del anciano.
Malnutrición ↓ 2% sem. 5% men. o 10% semestral.
El aumento magamente significativo mejoría.

Talla: Se determina con el paciente de pie con los talones, glteos y espalda en plano vertical.
Variaciones por edad
Disminución por decada a partir de los 70 años.

- Fórmula rodilla talón de Chumela
- Fórmula rodilla malleolo de Arango-Zamora.

Índice de masa corporal:

$\text{Peso (kg)} / \text{talla (m)}^2$

- Medias: IMC < 16 : D leve.
- IMC 16-17 : D moderada.
- IMC 17-18.5 : D leve.
- IMC 18.5-22 peso inalterable.

Parámetros bioquímicos

Se deben considerar diferentes parámetros para valorar el valor nutricional.

- ▶ Proteínas viscerales
- ▶ Albúmina.
- ▶ Transferrina.
- ▶ Preealbúmina.
- ▶ Proteína ligada al retinol.
- ▶ Proteínas somáticas.
- ▶ Linfocitos.
- ▶ Colesterol.
- ▶ Micronutrientes.

Requerimientos nutricionales en el anciano.

Energía en el anciano : 20 Kcal / kg / día para el anciano sano.

30 Kcal / kg / día anciano enfermo.
30-35 Kcal / día anciano malnutrido.

→ GEB
Gasto metabólico en reposo y ayuno durante 24h.

Ecuación de Harris-Benedict.

Ecuación de la OMS:

Hidratación: ↓ de la renovación de sed.

Ingesta mínima de 20-45 ml / kg / día.

Intervención nutricional

Nutrición oral

Alimentación tradicional: siempre que sea posible adaptándola a las necesidades del paciente. Deben tomarse en cuenta los parámetros.

- Consistencia
- Textura
- Postura
- Presentación
- Control del dolor
- Movilidad.

Suplementos nutricionales orales:

Para complementar la dieta y carencias del paciente.

- Dieta incompleta: sólo aporta uno o varios nutrientes.
- Dieta completa: Contiene todos los nutrientes.

Nutrición enteral: consiste en la administración de nutrientes al tubo digestivo a través de una sonda o estoma.

Nutrición parenteral: Consiste en la administración de nutrientes por vía intravascular periférica o central.

↳ Nutrición parenteral periférica: < 2 sem. y volúmenes < 200 ml/día

Nutrición parenteral central: > 2 sem y volúmenes amplos de nutrición.

Trastornos del sueño C. Rodrigo Velasco Vázquez

Sueño reparador esencial para la vida diaria.

Sueño normal:

Fase de sueño REM: Caracterizada por la combinación de movimientos rápidos episódicos de los ojos a tónica muscular y ondas electromagnéticas de alto voltaje.

Fase de sueño no REM:

se divide

1 y 2: sueño ligero:

Con el envejecimiento se incrementa progresivamente la duración del estadio 1 y disminuyen los estadios 3 y 4 de forma lineal.

3 y 4: sueño profundo o homeostático.

Los trastornos del sueño aumentan la morbimortalidad y disminuyen la calidad de vida de los pacientes generalmente son intradiagnósticos.

Es el trastorno del sueño más prevalente en la práctica médica.

Insomnio: Conlitaige un síntoma utilizado para describir cualquier dificultad para iniciar y conciliar el sueño.

Criterios diagnósticos para el insomnio:

- Dificultad para iniciar el sueño, mantener el sueño, despertar precoz, o no tener un sueño reparador.
- Se mantiene aún teniendo acceso oportuno de sueño.
- La dificultad del sueño debe producir al menos un síntoma: fatiga o malestar, déficit de atención, concentración o deterioro de la memoria, irritabilidad, somnolencia diurna, sefaleas.

Trisopatología

Aparece como resultado de la interacción de fx. biológicos, físicos y ambientales.

Puede ser una manifestación de hiperactividad y se cree que las manifestaciones de hiperactividad y se cree que las manifestaciones diurnas son las causas del insomnio.

Elevación de $\left\{ \begin{array}{l} \text{Temp. corporal} \\ \text{Control urinario} \\ \text{Adrenalina} \\ \text{Niveles de ACTH.} \end{array} \right.$

Susceptibilidad genética a cafeína, luz y otros causan insomnio.

Clasificación del insomnio

Etiología: $\left\{ \begin{array}{l} \text{Primario: sin causa} \\ \text{Secundario: alguna causa} \end{array} \right.$
Tiempo: $\left\{ \begin{array}{l} \text{Agudo: días a semanas} \\ \text{Transitorio} \\ \text{Crónico} > 1 \text{ mes.} \end{array} \right.$

• **Conciliación**
Incapacidad de dormir > 30 min.

Momento de aparición:
Despertar precoz
2 horas antes de lo habitual

Evaluación clínica Historia clínica detallada del paciente, casos médicos de importancia para el insomnio. Exámenes de laboratorio para describir la función renal, hepática, endocrina pulmonar y hematológica.

- Valoración objetiva del sueño o Test de latencias múltiples del sueño.

Importante analizar comportamientos en la habitación que pueden afectar la calidad del sueño.

Ver televisión, fumar, leer.

o pasar mayor tiempo en la cama.

Intensidad de la luz, ruido, etc.

Tratamiento.

Medidas no farmacológicas

Debe utilizarse asociadas o no con el tratamiento farmacológico.

- Medidas de higiene del sueño, medidas psicológicas como relajación, psicoeducación.

Medidas farmacológicas

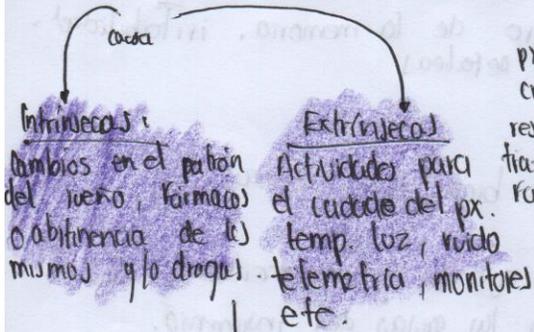
Reducir en lo máximo posible la prescripción de hipnóticos. Su recarga, confusión, agitación paradójica y fracturas.

Prescribir < de 4 semanas y de manera intermitente máx. 3 veces por semana, y los inhibidores de recep. de benzodacepinas.

- riesgos
- Dependencia
 - Insomnio de rebote
 - Amnesia retrograda
 - Depriación.

Insomnio y el paciente hospitalizado.

Genera trastornos de sueño por estar acostados todo el tiempo. Interrupción del sueño, etc



Fármacos en px con insomnio crónico que no respondan al tratamiento no farmacológico.

Insomnio de conciliación: Zolpidem y Zaleplon.

Insomnio de mantenimiento: lorazepam y alprazolam.

Benzodacepinas de acción larga en pacientes con crisis de ansiedad y con especial cuidado.

Se miden con el índice de apneas-hipopneas que es el número de apneas/hipopneas.

Dx: Un IAH > 5 asociado a síntomas relacionados por otras causas.

Apnea: cese de flujo aéreo durante al menos 10 seg.

Hipopnea: < del flujo de aire por 10 seg. y una disminución del flujo aéreo mayor del 50%.

Síndrome de apnea del sueño:

Estado de somnolencia excesiva, tx. cognitivos conductuales, resp. cardíacos.

Tratamiento: Sobre todo se debe elegir el tratamiento no farmacológico o los hipnóticos de vida media corta mencionados.

Síndrome de piernas inquietas

Afecta un 5 a 15% de la población.

Hombre: mujer 1:2.

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

Sensación desagradable, no doloroso de hormigueo profundo en los músculos o gemelos.

Criterios diagnósticos:

- Impulso de mover las extremidades asociado a parestias y destensas.
- Necesidad imperiosa de revolverse en la cama o levantarse a caminar para sentir alivio.
- Variación circadiana de los síntomas que están presentes entre la noche y la madrugada.

Clasificación

Primario o idiopático: con historia familiar de SPI.

Exploración neurológica anormal.

→ Dx: Clínico, Exploración física, Exámenes de laboratorio.

Secundario: Engloba una gran variedad de enfermedades que tienen en común

Alteraciones de sueño en las demencias.

Afectan casi a la mitad de px. con demencia.

Relacionado con las vías neuronales en el núcleo supraquiasmático del hipotálamo área que inicia y mantiene el sueño y controla los ritmos circadianos.

Presentación clínica variable que comprenden:

- ▲ **Síndrome crepuscular o del atardecer**: Delirio, confusión, pensamiento desorganizado, inatención, inquietud.
- ▲ **Agitación nocturna**: Por dolor, incomodidad, estreñimiento, retención urinaria, infecciones, etc.
- ▲ **Disritmia circadiana**: Fase adelantada del sueño. Dormirse pronto y levantarse temprano.
- ▲ **Trastornos de conducta del sueño REM**: parasomnia que se caracteriza por una intensa actividad motora que oscila desde movimientos simples a intensos y violentos que se conciben como sueños vívidos.

Alteraciones
en el sueño en
los principales
trastornos neurode-
generativos.

- Enfermedad de Alzheimer: Frecuente el insomnio.
- Enfermedad de Parkinson: hipersomnia y riesgo para desarrollar demencia.
- Demencia por cuerpos de Lewy: son más prolongadas las alteraciones del sueño vigilia que la enfermedad de Alzheimer.
- Demencia frontotemporal: el 30% de los enfermos tienen alteraciones del sueño.

Distragia

- Importante hacer una historia clínica minuciosa para no omitirlo.

↓
Aumento el riesgo de neumonía por aspiración.

Prevalencia

- Hasta el 22% de mayores de 50 años la presentan.
- Prevalencia del 30% en las unidades de geriatría en adultos en agudo.
- 30 y 40% en ancianos en comunidad.
- 60% en ancianos ingresados en residencias.

Fases de la deglución normal

▲ Fase oral preparatoria (1)

↳ Comienza en la boca y se termina cuando el bolo está preparado para el desplazamiento de la faringe.

▲ Fase oral de transporte (2)

↳ Empieza cuando el bolo se desplaza para ser propulsado hacia la faringe y termina cuando el bolo pasa por el istmo de la faringe y se dispara el reflejo deglutorio.

▲ Fase faríngea (3)

↳ Se inicia con el disparo del reflejo deglutorio y termina cuando el bolo pasa por el esfínter esofágico superior.

▲ Fase esofágica (4)

↳ Cuando el bolo alimenticio es disparado a través del esófago hasta el estómago.

Se define como la dificultad para el paso del bolo alimenticio desde la boca hasta el estómago inferior.

Enfermedad relativamente común. ↴

- Aumenta la incidencia con la edad.
- Plantea problemas especiales en el paciente con edad avanzada.
↳ ↑ riesgo de neumonía por aspiración.

Fisiología de la deglución normal

Resultado de una compleja y coordinada actividad motora y en la cual interviene multitud de nervios y músculos de boca y del cuello y dirigido por el centro de la deglución del tronco encefálico.

↳ V, VII, IX, X, XI, XII.

Envejecimiento y deglución.

- Pérdida progresiva de las fibras mielínicas y amielínicas.
- Atrófica axonal en el sistema nervioso entérico.
↓
Disminución en la amplitud de la contracción del músculo liso.
- Ausencia de piezas dentales y disminución de la salivación.
↓
Mayor movimiento lingual y una entrada prematura del bolo en la faringe.
- Debilidad en músculos faríngeos y laringeos y relajación anormal del músculo cricofaríngeo.

Causas de disfagia

Se divide en relación a la dirección anatómica

Disfagia orofaríngea

± FCE Enfermedad cerebral vascular secundaria a lesiones en el tronco encefálico núcleos de la base, pares craneales, áreas del tronco motor y praxias.

- 64% en un accidente AVC
↳ 30% como secuela y mortalidad a los 90 días.

Enfermedad de Parkinson

Enfermedad neuromuscular más FCE en el adulto mayor.

- Hasta en un 50% en fases avanzadas y con daño cerebral.

Presenta temblor lingual, vacilación de la deglución.

Enfermedad de Alzheimer

- Puede ocasionar agnosia táctil-oral de la comida.
- Apraxia deglutoria y retraso en el disparo del reflejo deglutorio faríngeo.

Debe contener:

- Antecedentes patológicos.
- Tratamiento farmacológico actual.
- Síntomas de hipomotilidad faríngea.
- Características de la dieta habitual.

Exploración Física

- Boca → Inspección bucal
- Mandíbula

- Inspección cervical
- Inspección de sedestación.

Extra: Test de volumen de viscosidad.

Disfagia orofaríngea: 80% con debilidades en la coordinación neuromuscular a nivel de la faringe y el EES.
Disfagia esofágica: 20% cuando presenta un entorpecimiento o dificultad en el paso de alimento a nivel retro-esofágico.

Disfagia esofágica

Se puede presentar por

Alteraciones de la motilidad esofágica como la acalasia y el espasmo esofágico difuso

Alteraciones estructurales como Carcinoma esofágico y la estenosis péptica

Por la disolución de los medicamentos en el esófago

Secundaria al esofagitis por fármacos

Adultos mayores en riesgo

- Polifarmacia
- Más problemas esofágicos
- Efecto de un pH ↑

Diagnóstico

- Anamnesis completa y detallada.
- Temporalidad del síntoma y con qué alimento predomina.

Complicación

- ▲ Aspiración.
- ▲ Malnutrición y deshidratación.
- ▲ Dependencia y aislamiento social.

Manejo de la disfagia en ancianos

- Intervenciones compensadoras.
- Intervenciones rehabilitadoras.

Fragilidad, Incapacidad, Inmovilidad. Rodrigo Velasco Vizquez.

1% de la población >65a. está totalmente inmóvilizada. Importante impedir el deterioro funcional que perderlo.
 6% padece limitaciones en las AVD.
 10% padece incapacidad moderada.

Fragilidad

Término para describir a la población que se encuentra justo en el borde del deterioro. Definición =

Importante identificarlo para tratarlo y evitar el deterioro

Abarca una serie de términos signos y síntomas y se comporta como un síndrome clínico siendo considerada como un continuum. que se inicia con una pérdida de la reserva fisiológica del organismo suficiente para provocar en principio de deterioro funcional llevándolo a la discapacidad y dependencia.

importante

Factores genéticos, hábitos de vida, enfermedades padecidas

↓
 Fragilidad → debilidad.

2 o 3 criterios: prefrágiles desarrollan a fragilidad

3 o más: Frágiles

Predicor de caídas, deterioro de la movilidad, ↑ en las ABVD, muerte a los tres años.

Modelos de Fragilidad

ocasionan

- Mortalidad
- Discapacidad
- Institucionalización.

Modelo de múltiples dominios

Incluye dependencia de otros o riesgo de depender

- Juicio resoltado adverso
- Problemas psicosociales
- Presentación atípica de las enfermedades.

Presentación clínica de la fragilidad.

Alteración subyacente

Síndrome clínico de fragilidad

Resultados adversos de la fragilidad

Enfermedad

Síntomas

- Fenotipo de peso ↓
- Debilidad
- Fatiga
- Anorexia

→

caídas
 lesiones

Declive de la función y reserva fisiológica

Signos

- Inarropenia
- Osteopenia
- Trastorno de la marcha.
- Desnutrición

Enfermedad aguda
 Hospitalización
 Dependencia
 Institucionalización

→

Muerte

Patogenia

El inicio de la fragilidad se relaciona con la pérdida de la reserva fisiológica del organismo,

- Falta de mecanismos compensadores.
- Pérdida de la homeostasis.

Estado de vulnerabilidad y la aparición de enfermedades.

- como:
- ↓ de la masa muscular por envejecimiento o sarcopenia.
 - Desregulación neuroendocrina.
 - Disminución de GH.
 - Distinción del sistema inmune.
- ↓
Produciendo un estado pro-inflamatorio.

Importante para impedir el deterioro

Valoración de la fragilidad

• Valoración de las actividades instrumentales

Test. funcionales individuales

• Actividades que el adulto mayor ya no puede realizar.

Timed Up and Go: Tiempo de el adulto mayor tarda en levantarse de una silla y caminar 3 m. girar y regresar.
 < 10" normal, 10 y 20" frag. ligada, 20 y 30" caída y > 30" > caída.

Escala de equilibrio y marcha de Tinetti. Tablero 9 ítems sobre equilibrio y 6 ítems sobre la marcha
 < 26 = riesgo de caídas.
 < 18 = Alto riesgo de caídas

Velocidad de la marcha:

Velocidad de la marcha: $\text{Velocidad} = \frac{\text{velocidad} \times \text{recorrido (m)}}{\text{tiempo (s)}}$
 < 0.6 m/s: grave.
 < 1 m/s: mortalidad y hospitalización

Aparición de síndromes geriátricos:

Riesgo de desarrollar discapacidades y/o marcadores de fragilidad

Sarcopenia

Es un síndrome geriátrico que se caracteriza por la pérdida de masa muscular y fuerza muscular esquelética progresiva y generalizada, que condiciona discapacidad, empeoramiento de la calidad de vida y/o muerte.

Prevalencia del 13% en po 65a.
 24% a los 70a.
 50% > 80a.

Fx relacionados con la sarcopenia.

- Metabólicas
- Hormonales
- Neurodegenerativas
- Musculares

- Extrínsecos

Categorías y estadios:

- sarcopenia primaria → por cambios fisiológicos
- sarcopenia secundaria → multifactorial

Pre-sarcopenia: ↓ masa muscular sin (consecuencias).

Sarcopenia: ↓ masa muscular asociada a la ↓ fuerza y/o capacidad funcional

Sarcopenia leve: ↓ capacidad funcional.

(consecuencias)

- ↓ de la masa muscular
- Mayor pérdida de la funcionalidad
- Discapacidad y dependencia.

→ Mala calidad de vid. Aumento de acidos Mortalidad.

Métodos de valoración

Valoración de masa muscular:

- TC, RM, DXA, BIA
- Excreción urinaria de creatinina y antropometría.

Valoración de fuerza muscular:

- Dinamometría
- Flexo extensión de rodilla.

Valoración de función muscular:

- Short, Physical Performance Test. de los 6'
- Medición de la velocidad de la marcha.

Intervenciones probadas

- Nutricionales
- Ejercicio
- Farmacológicas

- vitamina D
- Hormonas esteroides.
- Hormona del crecimiento

Inmovilidad

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

Multifactorial
potencialmente reversible y prevenible.

> 65. 18% lo padece
> 75 o > 80% problemas para salir de casa.

Etiología

Puede ser de causa multifactorial.
↳ Falta de fuerza o debilidad, rigidez, dolor y problemas psicológicos

Factores predisponentes

Intrínsecos

- Esqueléticos
- Cardiovasculares
- Pulmonares
- Neurológicos
- Déficit sensorial
- Mentales

Extrínsecos

- Iatrogénico
- Ambientales
- Sociales

Tratamiento

Objetivo será recuperar la situación basal previa a la rehabilitación total no es posible.

Aproximación a la movilización se debe realizar de forma progresiva.

Incontinencia

Rodrigo Velasco

Según la OMS

Incontinencia Urinario

Elevada prevalencia.
No forma parte normal del envejecimiento, pero el envejecimiento puede contribuir a su aparición.

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

Fisiología y patogenia

Depende del normal funcionamiento de muchas estructuras anatómicas.

- IN y vías urinarias.
- Irritación física.
- Entorno adecuado.

Micción normal

Epidemiología

Oscila entre el 15.5% - 17.4% y aumenta con la edad siendo más frecuente en mujeres.
En mayores de 80a. a un 53.3%

llenado: Corteza cerebral

SN somático → nervio pudendo.

vaciado: Tronco cerebral

Clasificación

IO de urgencia

Pérdida involuntaria de orina con una sensación urgente de vaciar la vejiga que no se puede postergar.

Síntomas de la fase de llenado, nicturia o micción incontrolada.

- Fx de riesgo
- Trastornos neurológicos
 - secundaria a alteraciones del urotelio.
 - secundaria a obstrucción

IO de esfuerzo o estrés

Pérdida involuntaria de la orina por aumento de la presión abdominal sin que haya pontación vesical.

40-50%. No se asocia a deterioro funcional.

Fisiología

Mujeres
Embarazo, parto, cirugía pélvica

Hombres
Cirugía.

IO por rebosamiento o paradójica

Por procesos obstructivos en el hiano urinario inferior o con alteración de la contractilidad vesical que determina una retención urinaria crónica.

Se producen pequeñas pérdidas de día tanto de noche.

Más habitual en los varones que en mujeres.

Causas

Orgánicas

- Hipertrofia benigna de próstata.
- Tumores prostáticos.
- Prolapsos
- Masas pélvicas

Neurológicas

- Detrusor atáctico como consecuencia de lesión medular o pélvica siempre que conserve la inervación del cuello vesical.

IO mixta

Hay un componente de incontinencia de urgencia y de esfuerzo.

Diagnóstico de la incontinencia urinaria

Valoración multidimensional

- Registro diario miccional de 24 horas con el número y volumen de micciones voluntarias y "causas".

Valoración funcional.

Evaluar el grado de dependencia para la realización de actividades de la vida diaria.

→ Exploración

Anamnesis.

- Historia médica general
- Historia médica dirigida en búsqueda de:
 - ▲ Frecuencia: N: 4-7 micciones por día. >8 se considera anormal.
 - ▲ Nocturia: >2 veces se considera anormal.
 - ▲ Incontinencia: si es de esfuerzo, urgencia, mixta.
 - ▲ Síntomas de vaciado anormal.

Examen general

Exploración abdominal

Valoración de la enfermedad penarl.

Exploración genital y examen rectal.

Medición del tendido vesical post miccional.

Tratamiento

De manera individualizada.

- ▲ Modificación de los factores favorecedores y hábitos de vida.
- ▲ Entrenamiento de vaciado de la vejiga.
- ▲ Rehabilitación de la musculatura del suelo pélvico.
 - ↳ Ejercicios de los músculos del suelo pélvico.
 - ↳ Entrenamiento del peso vaginal mediante conos.
 - ↳ Pesarios.
- ▲ Intervención de soporte o medidas paliativas.

Tratamiento farmacológico

Oxibutina: 12.5 mg/8hrs

Olorono de tospio: 20mg/12h.

Tolterodina:

Altozosina: mix. 5mg/12h.

Doxazosina: 4-8 mg/24.

Terazosina: mix. 5-10 mg/24h.

Tamulolina: mix: 0.4 mg/24h.

Diagnóstico: Para establecer la gravedad de la incontinencia y fisiopatología que la produce.

Clasificación

- Grado I: continencia normal
- Grado II: gases y líquidos no
- Grado III: total para líquidos
- Grado IV: incontinencia total

Tratamiento:

Farmacológico:

- Difencovilato.
- de atropina.

Anhidranéicos:
Loderna (30mg/8h).
Iopacameba 4-8mg/di.

Incontinencia fecal

Es la pérdida del control de los movimientos fecales.

2% al 17% y aumenta con la edad.

2.8% en <45a.

14.1% en >65a

Mecanismo.

El mecanismo de continencia depende de numerosos factores: mental, consistencia y volumen, tránsito del colon, distensibilidad rectal.

Etiología.

Doración n. de esfínteres anales.

Distensibilidad anormal del recto.

Multifactorial.

Fx de riesgo: Edad,

LU, incontinencia, DCA

Síncope en el anciano

Es un cuadro clínico caracterizado por la pérdida súbita de la conciencia debido a una hipoperfusión cerebral global transitoria de corta duración < 20" y recuperación completa de manera espontánea.

Etiología

Causa más frecuente es la hipotensión ortostática.

Síncope reflejo Arritmias cardíacas.

Reflejo o neuromediano {
- Vasovagal
- Hipersensibilidad o enfermedad del seno carotídeo
- Situacional.

Cardíaco {
- Arritmico
- Estructoral.

HSC

Por estimulación de los barorreceptores (en la bifurcación carotídea) origina impulsos aferentes por el nervio glomeroso hasta el bulbo raquídeo donde se activan las fibras eferentes y se produce una respuesta cardioinhibitoria.

Síncope cardíaca (cardiovascular).

Arritmia

- Bradicardia sinusal < 40 lpm.
- BAV de segundo grado mobitz II y BAV completo.
- Bloqueo de rama izquierda y derecha alternante.
- Taquicardia ventricular o supraauricular rápida
- TV no sostenida o QT largo o QT corto.

> FCFE en el anciano.

Picos de incidencia 1ª 10-30a. 2ª 60a.

> 70a. prevalencia e incidencia anual del 10% y 6%

Fisiopatología

Hipoperfusión cerebral global durante un tiempo mínimo de 6-8 seg. de duración.

↓ del GC y/o Resistencia vascular periférica

- Actividad refleja inapropiada que causa vasodilatación y bradicardia
- ↓ GC por Arritmia, Fnr. estructural, depleción de volumen o disminución del retorno venoso.

Síncope vaso vagal

Existe una hiperactividad simpática y estasis venoso.

Síncope situacional

Existe un control autónomo anormal y suele asociarse a maniobras de valsalva.

Hipotensión ortostática.

Disminución de la TA sistólica ≥ 20 mmHg y TA diastólica ≥ 10 mmHg en los primeros

3 minutos en bipedestación.

Afecta al 20% y 30% de los > de 65 y 75a.

Pruebas ortostáticas

Bipedestación activa para el diagnóstico de diferentes tipos de intolerancia ortostática.

Prueba basilar o Tilt test: De sensibilidad limitado.

Monitorización cardiográfica

Si la probabilidad de identificar una arritmia como causa del síncope.

Holter (24-48h o 7 días).

Valor dx limitado.

Monitorización durante su ingreso.

En px con cardiopatía estructural y de arritmias potencialmente peligrosas.

Grabadoras de noche implantables. Se inserta subcutáneo y se activan después del episodio de síncope.

Estudio electrofisiológico

Indicado en casos de patología estructural. Se presenta síncope de causa desconocida.

Cardiopatía isquémica

Px con bloqueo de rama.

Sospecha de bradicardia intermitente

Ecocardiografía

Prueba de esfuerzo.

Tratamiento

Se basa en la estratificación del paciente y el riesgo de nos sirve para evaluar el pronóstico del paciente y sirve de guía para la toma de decisiones.

Tratamiento del síncope reflejo y la tolerancia ortostática.

Comprende intervenciones dirigidas a la prevención del síncope reflejo.

Tratamiento farmacológico.

- Bloqueadores Beta:
- Epinefrina y midodrina.
- Inhibidores de la recaptación de serotonina.

Hipotensión ortostática

Cambiar hábitos del estilo de vida

• Educación de la naturaleza de la enfermedad.

• Expansión del volumen extracelular.

Farmacológico:

- Bloqueadores beta.
- Etilefrina y midodrina.
- Inhibidores de la recaptación de serotonina.

Arritmias cardiacas.

- Por la dilatación del nodo sinusal.
- Enfermedad del sistema de conducción aurículo ventricular.

↳ Estimulación cardiaca definitiva.

Estimulación biventricular. en px con BAV y FEVI deprimido. IC y QRS ancho.

Bibliografía

Gerontología, S. E. (2011). *Manual del Residente en Geriatría*. Madrid: Ene Life Publicidad S.A. y Editores.