



Universidad del Sureste
Campus Comitán
Licenciatura en Medicina Humana



"Métodos de estudio"

Resúmenes

Hernández Aguilar Irma Natalia

6to "B"

Geriatría

Dr. Romeo Suárez Martínez

Comitán de Domínguez, Chiapas, a 14 de marzo de 2024

Valoración geriátrica

excelencia



Envejecer: Cambios físicos, mentales y sociales. → genera Pérdida de autonomía y aparición de dependencia.



→ Enfoque dx, clínico y terapéutico.
↓
Cambios fisiológicos y anatómicos asociados a la edad.
----- Especial vulnerabilidad a agresiones internas y externas.
----- Sx geriátricos.

Objetivos VGL

- Conocer situación basal.
- Mejorar precisión dx,
- Evaluar repercusión funcional.
- Diseñar planes de cuidados y tx.
- Seguimiento de resp. al tx.
- Ofrecer la ubicación más adecuada.
- Optimizar el uso de recursos sanitarios.

Anamnesis: Debe hacerse con la misma metodología que el resto de los pacientes. Especial atención en sis. afectados con mayor frecuencia.

Antecedentes personales: Fx riesgo cardiovasculares, sx geriátricos, cirugías, ingresos previos.

Tratamientos previos: Farmacos y dosis, reacciones adversas medicamento.

Enfermedad actual: Inicio, características, síntomas.

Exploración Física:

- Constantes vitales: TA en decubito, FC, FR, temperatura, SatO₂.
- Aspecto general: Actitud, grado de conciencia, atención, hidratación.
- Exploración topográfica.

Pruebas Complementarias:

- Análítica de sangre.
- Sedimento de orina
- Urocultivo
- Electrocardiograma
- Radiografía

Evaluación Funcional:

- ABVD → Katz / Barthel
- AIVD → Lawton y Brody
- Movilidad → Fac / Tinetti / Get up and go
- Sensorial → Agudeza visual y auditiva
- Nutricional → MNA / IMC

Valoración Geriátrica

FUNCIONAL

Capacidad que tiene el paciente para llevar a cabo su vida habitual y mantener su autonomía. Las actividades de la vida diaria básicas (ABVD) y las instrumentales (AIVD).

ABVD → Índice de Katz: Evalúa la dependencia o independencia. Se clasifica en 7 grados desde la independencia total (grado A) hasta la dependencia total (grado G).
Bañarse, vestirse, usar el retrete, transferencia silla-cama, continencia de esfínteres, alimentación. (Independiente o dependiente en C/D).

Índice de Barthel: Se clasifica de 0 (dependiente total) a 100 (independencia total). Define 4 categorías de dependencia: grave (menor de 45 pts), moderada (entre 45 y 60 pts) y leve (mayor o igual a 65 pts).

AIVD → Son actividades más complejas e implican la capacidad previa de hacer ABVD.

Lawton y Brody: Valora 8 → Cocinar, realizar tareas domésticas, cuidado de la casa, comprar, uso de transporte, teléfono, manejar dinero y medicación si no realiza la act. o 1 si es capaz, con un max. de 8 pts

Movilidad → Depende de la coordinación, equilibrio y SN y osteoarticular.

FAC: Clasifica la movilidad en función de la ayuda requerida y la capacidad de salvar escaleras.

Tinetti: Valoración del equilibrio y marcha e indica alto riesgo de caídas con una pt total inferior a 19.

Get up and go: Tiempo que tarda el px en levantarse en una silla con apoyabrazos, andar 3 metros, girar y volver a sentarse.

Sensorial → Agudeza visual y auditiva.
cataratas, degeneración macular, retinopatía diabética, glaucoma, etc.

Nutricional

MNA: Disminución del apetito y del peso, la existencia de enf. agudas y mentales y el IMC.

Volume viscosity test: Disfagia.

Mental → cognitiva, afectiva y sueño.

Cognitiva: MMSE - Screening de deterioro cognitivo moderado, seguimiento en el tiempo como factor pronóstico de mortalidad, morbilidad y coste sanitario.

MFC - Adaptación al castellano de el MMSE. Total de 35 pts o igual MMSE.

T. del reloj - Funcionamiento cognitivo y sirve como herramienta de diagnóstico y seguimiento de deterioro cognitivo.

GDS-1 (normal) a 7 (demencia severa).

Sx Confusional AGUDO

DELIRIUM

Sx clínico transitorio y reversible caracterizado por una alteración en la atención, nivel de conciencia y disfunción cognitiva, de inicio agudo y fluctuante.

Epidemiología:

- 14-24% Urgencias hospi.
- 6-56% Ingreso hospi.
- 7-87% Cuidados intensivos.
- Hasta 83% Cuidados paliativos.

Prevalencia:

- > edad, ancianos frágiles, con demencia, ↑ severidad de la patología que motivo el ingreso.

Magnitud:

- ↑ morbimortalidad 10-26 y 22-76%.
- Deterioro funcional y cognitivo.
- ↑ del precio de atención sanitaria.

Fisiopatología

Neurotransmisores cerebrales → Déficit colinérgico: ↓ lib. acetilcolina → disfunción de recep. muscarínicas → ↑ act. anticolinérgica.

Elevada función dopaminérgica cerebral: Agonistas dopaminérgicos como L-dopa → Cuadros confusionales con delirios y alucinaciones. → Opioides. ↑ del GABA: ↑ precursores (glutamato, glutamina) → encefalopatía hepática y tx con benzodiazepinas.

↑ o ↓ de [5-HT] de serotonina: ↑ en encefalopatía hepática, delirium, SS. ↓ en sx de abstinencia alcohólica, delirium pos-qx o tx con L-dopa.

Procesos de inflamación

↑ de determinadas citoquinas proinflamatorias (IL-6 o IL-8) con el desarrollo de SCA.

Altos niveles de cortisol:

Disrupción en el eje hipotálamo-hipofisario-corticoadrenal.

Etiología:

Factores predisponentes y de riesgo

Edad avanzada > Más importantes

Demencia

Modificables y No modificables.

Alt. demostradas en Neuroimagen →

Regiones concretas cuya afectación (hipoperfusión) podría provocar ↑ vulnerabilidad para SCA.

Córtex prefrontal, córtex fusiforme, córtex parietal posterior, tálamo y ganglios basales. Hemisferio no dominante → Especialmente

Fx desencadenantes →

Psicótropos (benzodiazepinas, barbitúricos, etc.) > Más importantes.

Anticolinérgicos.

Criterios Diagnósticos

Generales →

A) Alt. de la conciencia, ↓ cap. de centrar, mantener o dirigir la atención.

B) Cambio en las funciones cognoscitivas o alt. perceptivas.

C) Alt. en corto periodo y tiende a fluctuar a lo largo del día.

excelente



DEMENCIA

Sx adquirido caracterizado por deterioro persistente de funciones cognitivas, del estado mental, social, no causado por un Delirium e interfiere con AVD.

Prevalencia 65% :
4.2% → 65-74 años
27.7% → > 85 años

↑ en mujeres

▶ Pérdida de la calidad de vida del px y las implicaciones sobre el cuidador.

Dx sintromico

- Quejas subjetivas de pérdida de memoria u otra alt. cognitiva.
- Deterioro funcional de reciente comienzo de causa no justificada.
- Depresión de inicio en edades avanzadas.
- Presentación de cuadros confusionales durante un ingreso hospitalario.

Valoración clínica

▶ Valoración funcional → índice Katz o Barthel (ABVD)
▶ AIVD → Lawton y Brody ABVD + AIVD → FIM

Evaluación Neuropsicológica

▶ Test cortos que evalúen memoria, lenguaje, praxias, funciones ejecutivas.

▶ LPx con alt. cognitiva, seguimiento y valoración resp. al tx pero no diagnostica demencia.

Aplicación de criterios

▶ DSMIV-TB (2000) y CIE-10 (1992) → Ausencia

de alt. del nivel de conciencia y exige un c. de mantenimiento de la Sx durante 6 meses.

- A: Déficit cognitivo múltiple → A1: Memoria. A2: Presencia de afasia, apraxia, agnosia, alt. de la función ejecutiva.
- B: Déficits cognitivos A1 y A2 son sufic. graves para provocar deterioro significativo en la act. social o laboral.
- C: No se presentan sólo en Delirium y no son provocadas por depre.

Exploraciones complementarias.

▶ - Serología: Sífilis, Borrelia, VIH.

- SPECT dopaminérgico. - PET con C11-PIB. - RM funcional.
- EEG - Punción lumbar. - Estudio genético.

Diagnóstico Etiológico

▶ Se dividen en :

Degenerativas o secundarias
Según la PT implicada

La AE es la más prevalente. 1er lugar

2do y 3er lugar:
Demencia de cuerpos de Lewy y demencia frontotemporal.

Primarias

Demencia vascular
1er lugar.

Secundarias



excelente



sigue así

Depresión y ANSIEDAD

Sx geriátrico frecuente e incapacitante.

Epidemiología

Prevalencia depende de las circunstancias del paciente.
↑ en mujeres o igualable.

Etiología

Factores biológicos:

Anianos físicamente enfermos.
Gravedad de la enf. física, grado de incapacidad, deterioro cognitivo.

Letus: Más frecuente en lóbulo, pacientes con fx predisponentes.

Psicosociales: Fallecimiento de la pareja o seres queridos.

Enfermedad. > Discapacidad > Discapacidad > Deterioro funcional

DSM-IV

- Depresión mayor.
- Depresión menor.
- Trastorno distímico.
- T. ánimo no especificado.

↑ probabilidad de presentar sx psicótico (depresión psicótica)

Caracterizado por.

- Ideas delirantes de culpabilidad, celos, nihilistas, persecución e ideas suicidas.

Sx de Catard

→ Delirios de negación, nihilistas respecto al cuerpo, partes del mismo a la propia existencia.

La depresión no tratada puede durar años, conllevando una pobre CV, deterioro del funcionamiento social y físico, mal apego al tx, ↑ comorbilidad, etc.

10% institucionalizados RG.

10% en la comunidad.

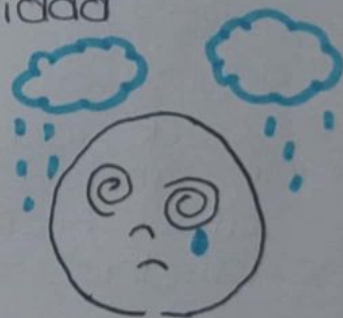
10-20% hospitalizados.

Clasificación y Manifestaciones Clínicas.

ANHEDONIA: Incapacidad de experimentar placer a actividades que antes disfrutaban.

Además:

- ⊗ Irritabilidad
- ⊗ Aplanamiento afectivo
- ⊗ Lentitud en el pensamiento
- ⊗ Disminución de peso y apetito.
- ⊗ Inseguridad



excelente



Farmacología E Latrogenia



80% de ancianos padece alguna enf. crónica.
+ enfermedades simultáneas = Consumo de fármacos.

Fármacos

Ancianos en →

Comunidad: 2-4 P/p

Residencial: 3-5 P/p

Hospital: 4-8 P/p

30% mal apego al tx

40-80% automedicación

METABOLISMO

↓ Flujo sanguíneo y masa hepática
Fase 1: Reacciones oxidativas que son mediadas por enzimas Monooxigenasa del CYP450 y sus 5 isoenzimas.

Fase 2: Reacciones conjugadas con un grupo acético o un azúcar para mejorar su polaridad, hidrosolubilidad y excreción renal.

SENSIBILIDAD ALTERADA

Ancianos responden — a betabloqueantes, betaagonistas y furosemida.
+ sensibles a Benzodiazepinas, opiáceos, metoclopramida, agonistas de la dopamina, levodopa, neurolepticos, y anticoagulantes orales.

ALT. MECANISMOS HOMEOSTÁTICOS

- Síncopes y caídas ante fx como antihipertensivos, neurolepticos, antidepresivos tricíclicos.
- Retención urinaria y estreñimiento (anticolinérgicos).
- Caídas y delirio por sedantes.

ENVEJECIMIENTO Y FARMACOLOGÍA

FARMACOCINÉTICA → ABSORCIÓN

Cambios fisiológicos — Alt. absorción de fármacos por:

- ↑ pH gástrico → Gastritis atrófica
- Retraso de vaciado gástrico
- ↓ Flujo sanguíneo intestinal
- Alt. motilidad intestinal
- ↓ número de cel. absorbentes.



DISTRIBUCIÓN

Grasa corporal ↑ progresivamente.
↓ grasa magra, agua corporal total, volumen LEC, GC, flujo sanguíneo cerebral y cardíaco.

Volumen de distribución de fx ↓ (hidrofílicos) y lipofílicos ↑.

ELIMINACIÓN

↓ masa renal, número y tamaño de las nefronas.
FG, secreción tubular, flujo sanguíneo renal ↓ a partir de los 20 años.

ALTERACIONES FARMACODINÁMICAS

Pueden deberse a →
Alt. de la sensibilidad por cambios en la afinidad o número de receptores.
Cambios en la resp. de los post receptores.
Alt. de mecanismos fisiológicos y homeostáticos.



Formulario farmacológico

INTROGENIA Y USO DE FÁRMACOS.

REACCIONES ADVERSAS A

FX RX

Prevalencia en ancianos → 30%
Comunitarios → 30%
Hospitalizados → 1,3% - 35%

MECANISMOS

□ anorm. elevados del fármaco.
Alt. en relación dosis-respuesta.
Uso simultáneo de fármacos.
Rx de citotoxicidad
Mec. inmunitarios.

- * Factores biológicos: Edad, sexo, raza, bajo peso corporal, ↓ reserva funcional.
- * Fx farmacológicas: Alt. farmacocinéticas o farmacodinámicas, polifarmacia, tiempo de tx, tipo de fx, etc.
- * Facto. patológicos: Enf. previas y gravedad, antecede. de reacciones adversas.

INFRAUTILIZACIÓN DE LA MEDICACIÓN APROPIADA

Consumo insuf. de medicación apropiada.

IECAs — Insuf. cardiaca congestiva
AAs — Px geriátricas,
Betabloqueantes e hipolipemiantes — IAM.

INTERACCIONES FÁRMACO-FÁRMACO

Polifarmacia, comorbilidad, inadecuado est. nutricional, fragilidad, alt. de homeostasis.

Prevalencia 13.6%.

Interac. farmacocinética:
Ingesta simul. de cítricos y fármacos ↑ biodisponibilidad: Efecto inhibitor sobre el metabolismo de primer paso. (isoenzima 3A4 del CYP450), nivel de pared intestinal e hígado.

Interac. farmacodinámicas.
Ingesta de varios anticolinérg. provoca ret. urinaria, estreñimiento, delirio.

EFECTOS ADVERSOS DE LA RETIRADA DE FÁRMACOS

Empeoramiento de la enf.
Reacción psicológica.
Comorbilidad, polifarmacia, tiempo sin tx, etc → Fx Rx
Fármacos asociados:
Antihipertensivos, IECAs, antiparkinsonianos (Levodopa/carbidopa), BZD y antidepre.

SOBREUTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

España — sobreutilización del 34.2%
Fx → Comorbilidad, mala autopercepción de salud, dependencia física, >75 años y depresión.

FALTA DE ADHERENCIA AL TX

30-50% de px no siguen el tx.
Fx: Dificultades para comprender el tx.

- Deterioro cognitivo.
- Déficit sensorial.
- Soledad.

Latrogenia hospitalaria

Características: Edad avanzada, Polimedicación, ingreso hospitalario, px institucionalizado, deterioro / dependencia funcional previa.
Riesgo de deterioro funcional durante la hospitalización: Reserva fisiológica, enf. causa del ingreso y proceso de atención hospitalario.

Latrogenia Farmacológica

E Insuficiencia Renal

Absorción (biodisponibilidad)
IRC → ↑ pH gástrico secundario a la uremia → px con tx de IBP → Dificulta la absorción de determ. fx que requieren pH ácido

Metabolismo
Fármacos → Metab. compuestos más solubles e inactivos → Eliminados por el riñón.

Px con enf. renal → ↑ rx de acumulación de metabolitos y toxicidad renal.

Fx Inapropiado en ancianos

Anticolinérgicos: Boca seca, alt. de diaforesis, taquicardia y dilatación de pupilas.
Toxicidad → Ret. urinaria, agitación, alucinaciones, convulsiones, arritmias, bloqueo cardíaco, etc.

Antipsicóticos: Mejora alt. del comportamiento como paranoia, agitación y alucinaciones.
EA: Boca seca, estreñimiento, visión borrosa, etc.

Benzodiazepinas: EA → Sedación excesiva, dependencia, alt. cognitivas, mayor riesgo de caídas.

AINES: Toxicidad es esencialmente gastrointestinal, cardiovascular, renal, hematológica y en el SNC.

Distribución
Px con alt. de la función renal y proteinuria → ↓ de [] proteica → Farmacocinéticos.

Excreción renal: Ajuste de dosis.
↳ Según la función renal.

Cockcroft-Gault.
 $CrCl = (140 - \text{edad}) \times \text{Peso ideal} / 72 \times Cr \text{ sérica} (\times 0.85 \text{ en Mue.})$

Antidepresivos
Tricíclicos: Absorción, distribución y eliminación varía de un individuo a otro.
Toxicidad cardiológica.

Antihistamínicos: Sedación marcada. Deterioro cognitivo y delirium.

Opiáceos

Meperidina → Inducir menor altera el esfínter de Oddi.
Uso prolongado → ↑ toxicidad.
EA: Ansiedad, temblores, mioclonias y convulsiones.

hipotensión, bradicardia, no
Digoxina → Antiarrítmico.
EA: Náuseas, vómito, cefalea y alt. visuales.

MEJORAS en la Calidad de Prescripción en ancianos

Criterios START-STOPP

Herramienta ↙ para la búsqueda del tx indicado.

↘ Herramienta para la búsqueda de la prescripción potencialmente inapropiada.

Criterios ACOVE
Coras, analíticas, medicación o terapia no farmacológica

Medidas basadas en la opinión o implícitas

La atención se centra en en px y no en los fx o en las enfermedades.

Criterios MAI

- Indicación
- Eficacia
- Dosis
- Indicaciones correctas
- Orientaciones practi.
- Interacciones fármaco-fármaco.
- Inter. fármaco-enferm.
- Duplicidad
- Duración
- Costo.



malnutrición

Factor de fragilidad.

↑ mortalidad, y discapacidad
↑ Frec. caídas y fracturas
Empeora el def. cognitivo
Retraso de cicatrización

Importancia → Prevalencia
comunidad 1% varones
↓
Desnutrición. 5% mujeres.

Institucionalizados 23-85%
Hospitalizados 50%.

Clasificación

- Desnutrición calórica (marasmo)
- Desnutrición proteica (Kwashiorkor)
- Desnutrición mixta
- Estados carenciales.

Valoración nutricional.

* valoración geriátrica integral.

Conocer la composición de los alimentos y tener en cuenta las necesidades diarias de nutrientes.

Cuestionarios estructurales de valoración nutricional.

Mini Nutritional Assessment.

Nutritional Risk screening.

Malnutrition Universal Screening Tool.

IMC
 $\text{Peso (kg)} / \text{talla (m)}^2$
Buen indicador de adiposidad corporal.

Perímetros

- * cinta métrica.
- Perímetro del brazo no dominante en el punto medio.
- Perímetro de la pantorrilla.

Definición
Malnutrición como la alteración de la composición y función corporal consecuencia de la deficiencia, Exceso o desequilibrio del aporte de energía, proteínas, u otros nutrientes.

Aporte excesivo → Obesidad +
↑ peso y t. adiposa

Aporte deficiente → Desnutrición +
↓ parámetro bajo percentil 75.

Fx Rx

- cambios fisiológicos asociados, al envejecimiento.
- Deterioro funcional.
- D. cognitivo.
- Pluripatología y polifarmacia.
- Depresión.
- Fx sociales, pobreza, aislamiento social.
- Iatrogenia.

Valoración antropométrica.

Peso → Medir siempre a la misma hora y mismas circunstancias.

Talla →

Formula rodilla talón de Chomela.

- Talla del hombre (cm) = $(2,02 \times \text{altura rodilla}) - (0,04 \times \text{edad}) + 64,19$

- Talla mujer (cm) = $(1,83 \times \text{altura rodilla}) - (0,24 \times \text{edad}) + 84,88$

Formula rodilla Arango

zamora.
- Hombre cm = $(LMR \times 1,121) - (0,117 \times \text{edad en años}) + 119,6$
- Mujer = $(LRM \times 1,263) - (0,154 \times \text{edad en años}) + 107,7$

Parámetros Bioquímicos

Pt viscerales → Alt. por fx no nutricionales: Insuf. hepática, IR, Edema, deshidratación.

Albumina → Vida media de 20 días, buen marcador de est. nutricional, no identifica cambios agudos.

Transferrina → VM 8-10 días, refleja mejor cambios nutricionales

Prealbumina → VM 2 días. Mejor marcador de cambios agudos.

Colesterol → Marca. muy tardío. Micronutrientes: Vit. B6 y B12, folatos, selenio, son útiles.

→ DIAGNÓSTICO

- 1- Identificación de fx de Rx. → HC - Encuestas dietéticas
- Cuestionarios
- 2- Dx del tipo y gravedad → Antropometría y bioquímicos.
- 3- Dx etiológico.

INTERVENCIÓN NUTRICIONAL

Nutrición oral → Alimentación tradicional

- Consistencia
- Textura
- Pastura

- Presentación
- Control de dolor
- Movilidad

Alimentación básica adaptada →

- Dietas trituradas de alto valor nutricional
- Modificadores de textura

Suplementos nutricionales → Completa

Nutrición enteral → Incompleta
Sonda o estoma (nosocentérica con ostomía).

Pauta continua o intermitente.
ADMINISTRACIÓN

Parenteral

Vía intravascular periférica o central.

Vía de administración

NPP < 2 semanas,

NPC > 2 semanas.

Hidratación subcutánea

Admin. de fluidos en deshidratación leve-moderada.

TRASTORNOS del Sueño

Sueño normal Fase REM

Fase No REM

4 estadios
1 y 2 → Sueño ligero
3 y 4 → Sueño profundo o de onda lenta.
Con el envejecimiento
↑ el estadio 1 y ↓ estadios 3 y 4.

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

Fx que lo alteran

Asociados al envejecimiento.
Psicosociales - Jubilación, enfermedades, muerte de un fami, alt. ritmo circadiana.

INSOMNIO

- ⊕ 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. alt → Fatiga o malestar, déficit de atención concentración o deterioro de la memoria, cefalea e irritabilidad.

Clasificación

Primario
No se identifica la causa.

De conciliación
Dificultad para iniciar el sueño > 30 min.

Secundario
Aparece en el contexto de otro cc.

De mantenimiento
Problema para mantener el sueño con despertares de > 30 min.

Agudo o transitorio
Días a semana.

Crónico
> 1 mes

Despertar precoz
se produce como min 2h antes de lo habitual.

Crisis

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

Tratamiento

Evaluación Clínica

Historia detallada del px
Estudios básicos de laboratorio.

No farmacológico	Farmacológico
Medidas de higiene. Ejercicios de relajación y psicoeducación.	Agonistas de re de benzodiacep de vida media cc

Insonnia en el anciano hospitalizado

Intrínsecas

Cambios del patrón del sueño, enf. fármacos, abstinencia de med. a alcohol.

Extrínsecas

Cuidados del px. Cambias del pañal, Postural.

Sx de apnea

Clinica y EF

Hipopnea del sueño (SAHS)

Estados de somnolencia excesiva, tx cognitivo-conductuales, respir., cardíacos, metabólicas, e inflamatorios secundarios a episodios repetidos de obstrucción de la vía aérea supe. (VAS) durante el sueño.

- Roncopatía crónica.
- Apnea presenciales.
- Hipersomnia diurna.

Métodos Dx

Tratamiento

Polisomnografía convencional (PSG) Método de elección

Poligrafía respiratoria (RR) de menor precisión.

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

Sx Pierna Inquietada

Impulso irresistible, no doloroso de mover las piernas, los brazos, o otras partes del cuerpo, dando incapacidad física y emocional.

Afecta a → 5-15% población general.
La prevalencia aumenta con la edad.
10-20% > 65 años.

Dx

Impulso de mover extremidades con parestesias o disestesias.
Necesidad imperiosa de revolverse en la cama o levantarse para sentir alivio.
Los sx se presentan o empeoran en el reposo.
Variación circadiana de sx, presentes en la noche y madrugada. Alivio después de las 5 AM.

Tratamiento

Agonistas de receptores dopaminérgicos,
ropirinol y pampipexol (1^o elección)

Alt. del sueño en las demencias

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

Presentación.

- > Insomnio
- > Alucinaciones
- > Hipersomnia
- > Otros tx del comportamiento.

Alt. en los principales Tx Neurodegenerativos → Neurodegener.

Enf. Alzheimer → Alt. de la función colinérgica y la melatonina,
Enf. Parkinson → Empeoran en fases avanzadas, muchas veces debido al tx dopaminérgico.
Demencia por Cuerpos de Lewy → Alt. del sueño y vigilia.
Demencia Frontotemporal → 30% tienen alt. del sueño.

Tratamiento

Insomnio Primario

Tiazodona → P. cortas
Sedantes no benzodiazepínicos.
Neurolépticos atípicos → Quetiapina
Fisperidona.

Insomnio Secundario

Inhibidores de la acetilcolinesterasa.

Disfagia

Dificultad para el paso del bolo alimenticio desde la boca hasta el esófago inferior.

Repercusiones emocionales, afectando al estado anímico del px, 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 →

Oral preparatoria

Comienza en la boca y termina cuando el bolo está preparado para el desplazamiento hacia la faringe.

Oral de transporte

Empieza cuando el bolo se desplaza para ser propulsado hacia la faringe y termina cuando el bolo pasa por el istmo de Fauces.

Fase esofágica

El bolo es propulsado a través del esófago hasta el estómago.

Fase faríngea

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

Envejecimiento y deglución

↓ contracción del músculo liso, responsable de la ↓ de la reserva de presión lingual.

Causas

Disfaringea

Enf. cv sec o lesiones.

Enf. de Parkinson

" neuromuscular

" Alzheimer

Esofágica

Acalasia

Espasmo esofágico difuso.

Estructura → Carcinoma esof.

Estenosis péptica.

Ausencia de piezas dentales y ↓ de la salivación.

+ movim. de lengua.

Diagnóstico

Anamnesis

Antecedentes patológicos

Tx farmac. habitual

Sx gastrointestinales.

Caract. de la dieta habitual.

Sx de hipomotilidad faríngea.

Sx respiratorios.

Exploración Física

Inspección facial $\left\{ \begin{array}{l} \text{Boca} \\ \text{Mandíbula.} \end{array} \right.$

Inspección cervical
" de la sedestación

Complicaciones

Aspiración
Malnutrición y deshidratación
Necesidad de uso de nutrición artificial por sonda
Dependencia
Aislamiento social.

Manejo de Disfagia

Intervenciones compensatorias
" " rehabilitadora
Cirugía
Higiene oral
Tx farmacológico \rightarrow IECa.

FRAGILIDAD, SARCOPENIA E INMOVILIDAD

- 1% > 65 años → Totalmente inmovilizado
- 6% > 65 años → Severas limitaciones
- 10% → Incapacidad moderada

Fragilidad

Abarca una serie de sx y signos comportándose como un sx clínico siendo también considerada como un continuum que se inicia con una pérdida de reserva fisiológica del organismo, suficiente para provocar un principio de deterioro funcional, y si este progresal lleva al px a vulnerabilidad, posteriormente discapacidad y dependencia.

Modelos de fragilidad

MODELO DE MÚLTIPLES DOMINIOS (Rockwood 1994)

- > Dependencia
- > Pérdida de reservas fisiol.
- > Ausencia de entramado social.
- > Complejidad médica
- > Present. atípica de las enfermedades.

FENOTIPO FÍSICO DE FRAGILIDAD (Fried 2001)

- > Pérdida de peso no intencionada.
- > Debilidad
- > Cansancio
- > Grado de act física
- 1-2°: Prefragiles
- > 3°: Frágiles

Presentación Clínica

- sarcopenia
- Tx en el equilibrio y la marcha
- Descondicionamiento con gpa. de inmovilidad y osteopenia.
- Pérdida de peso
- Debilidad
- Fatiga
- Inactividad
- Dismi. de ingesta oral.

Patogénia

Pérdida de reserva fisio. en el organismo:

- ▶ Pérdida de masa muscular.
- ▶ Disregulación neuroendócrina
- ▶ Disfunción del sis inmune.

Test funcionales Individuales.

UP and Go Tiempo en que el px tarda en levantarse de una silla s/ brazos, caminar 3m, girar y volver a la silla a sentarse.
 ≤ 10 → Normal > 30 Alto rx de caídas

T. de equilibrio y marcha Tinetti
 9 items de equilibrio y 6 de marcha.
 Total 24 → < 28 cierto rx de caídas.
 < 18 ↑ rx de caídas.

Velocidad de la marcha
 Tiempo en recorrer a ritmo normal una distancia establecida.
 5m normalmente.

Prevención y Manejo →

Fisioterapia y programas de ejercicios físicos.
Buen abordaje de cx clínicos.
Revisión periódica de la medicación.

SARCOPIENIA

Sx geriátrico que se caracteriza por pérdida de la masa y fuerza muscular esquelética progresiva y generalizada, que condiciona discapacidad, empeoramiento de la cy e incluso la muerte.

Epidemiología Fisiopatología

Baumgartner
13% → 65 años
24% → 70 "
50% → 80 "

- ▶ Fx moleculares ▶ Fx humorales
- ▶ Hormonales ▶ Neurodegenerativas
- ▶ Musculares ▶ Extrínsecos

Consecuencias

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

Categorías y estadios

PRIMARIA

Cambios fisiológicos relacionados con la edad.

SECUNDARIA

Más de una causa evidente: Multifactorial.

PRE-SARCOPIENIA

↓ masa muscular
No importa fuerza o cap. funcional.

SARCOPIENIA

↓ masa muscular, ↓ fuerza musc. y cap. funcional.

SARCOPIENIA SEVERA

Valoración

MASA MUSCULAR →

IMAGEN: TC, RM, DM, BIA, creatinina.

FUERZA MUSCULAR →

Dinamometría en la mano.
Flexo extensión de rodilla.

FUNCION MUSCULAR →

SPPB
T. de los 6 min.
Med. de velocidad de la marcha.

Intervenciones

NUTRICIONALES

EJERCICIO

- Aeróbico
- Equilibrio
- Flexibilidad

FARMACOLÓGICA

- Vit. D
- Hormonas
- Hormona del crecimiento.

Esteroides sexuales

INMOVILIDAD

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

Etiología

- > Falta de fuerza o debilidad
- > Dolor > Rigidez
- > Alt. equilibrio Problem. psicológicos.

Fx
Predisponentes.

valoración

Desde movilidad en cama y transferencia como la valoración de si necesita ayuda parcial, completa o no la necesita.

INTRÍNSECOS

- Esqueleticos
- Cardiovasculares
- Pulmonares
- Neurológicos
- Déficit sensorial
- Mentales
- Pluripatología médica.

Prevención

Primaria

- > Ejercicio físico
- > Correcto abordaje de cc
- > Valoración geriátrica integral.

EXTRÍNSECOS

- Iatrogenia
- Ambientales
- Sociales.

Secundaria

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

Tratamiento

Objetivo

Recuperar la situación basal previa a la rehabilitación total no es posible.

Terciaria

T. de las complicaciones.

- Rigidez ● Anquilosis
- Atrofia muscular

- Control postural
- Posturas antioligicas
- cambios postu-

Incontinencia

No forma parte de la vejez normal.
 Deteriora CV del paciente
 ↑ costos económicos.
 Afecta el estado físico y social.

OMS
 Pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable y suficiente como para construir un problema social

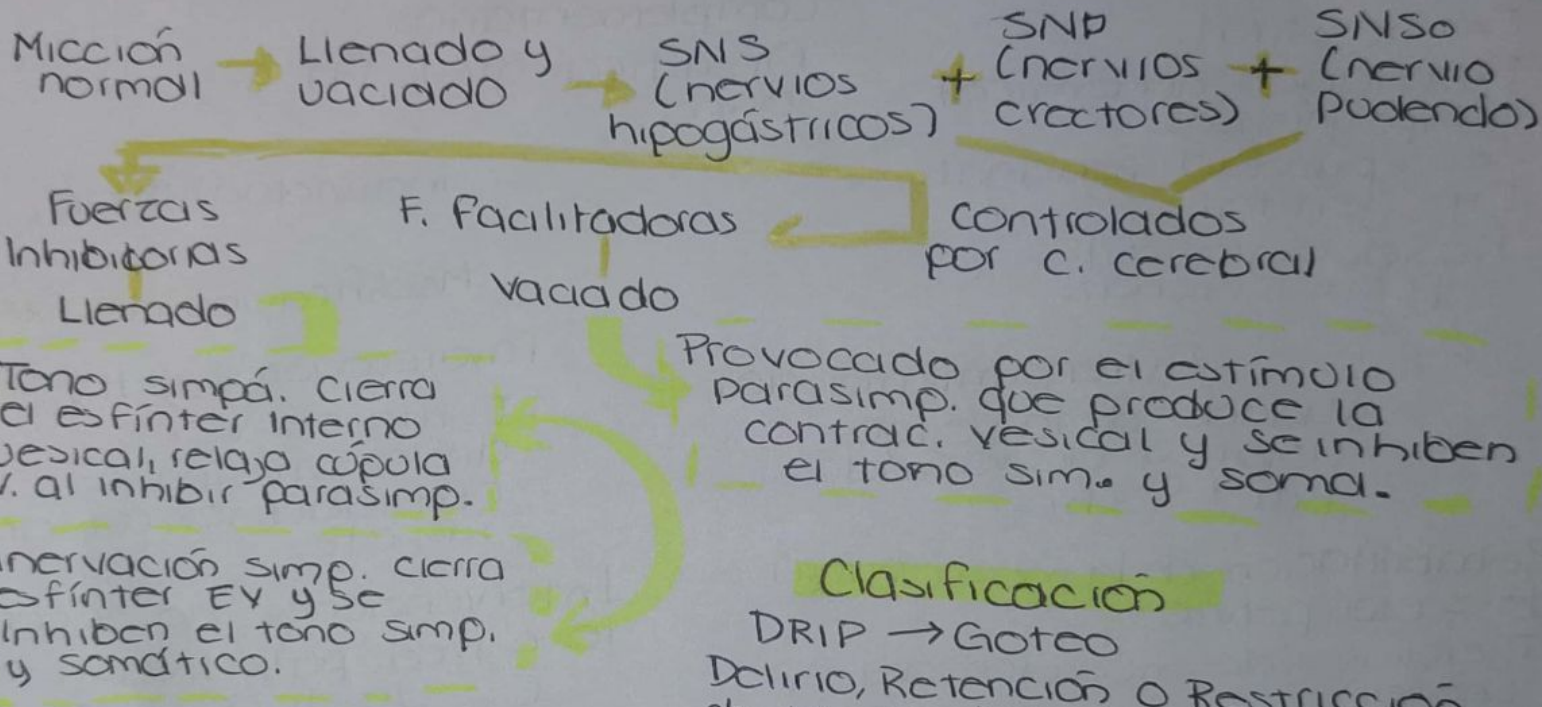
Epidemiología

- Prevalencia 15.5-17.4% Hospital. 43-77%
- " global 7% → ONI
- ↑ con la edad > 80 años
- + frec. mujeres

ICs

Toda queja de Pérdida Involuntaria de orina.

Fisiopatología



Clasificación

DRIP → Goteo
 Delirio, Retención o Restricción de la movilidad, Infección, Inflamación, Impactación fecal, Polifarmacia, poliuria o Diappers (pañales)

IU Mixta

Incontinencia urgente y de esfuerzo.

IU por rebosamiento

Px procesos obstructivos en tramo urinario inferior o con alt. de contrac. vesical.
 * Desaparece con tx de la causa

UI de urgencia

Pérdida invol. de orina después, con sensación urgente que es difícil postergar
 > 8 veces / 24 hrs, nicturia.

IU de esfuerzo o estrés.

Pérdida invol. por ↑ presión abdominal sin contrac. Vesical.
 40-50%
 Ojotas o charro.

Incontinencia Funcional

Dx de exclusión, una vez descartadas las anteriores.

Dx Valoración multidimensional.

Anamnesis

Historia médica gral.

" " dirigida →

> Frecuencia

> Incontinencia

> Niicturia

> sx de vaciado anormal

Val. Funcional

Grado de independencia para la realización de actividades DVD, deterioro cognitivo y def. sensitiva

Exploración

Examen gral.

Exploración abdominal (hipogastrio).

Sensibilidad perianal

Exp. genital

Residuo vesical postmiccional.

Complementarias

→ Analítica gral; BT y Orina.

TX

Individualizado.

Modificación de fx

Entrenamiento del

vaciado de la vejiga
Horarios de vaciado.
Fm 1^o/3hrs.

favorecedores y HV

Estilo de vida, dieta, cafeína, obesidad, toxicomancias, etc.

Rehabilitación de la musculatura del suelo pélvico

Ejercicios de músculos del SP (kegel)

Entrena. del paso vaginal mediante conos o bolas vaginales.

Pesarios

Asistan. a ejercicios del SP con técnicas biofeedback.

Intervenciones de soporte o med. paliativas.

• Uso de dispositivos absorbentes, colectores o sondas.

Farmacológico

Oxibutinina (más exp.)

Cloruro de trospio (menos Es)

Tolterodina

★ Alfuzocina

★ Doxazocina

INCONTINENCIA FECAL

Pérdida de control de mov. fecales.

Prevalencia

2-17% — Comunidad
↑ con la edad 2.8%
< 45 años; 14.1% > 65 años.

Relajación del esfínter interno y contracción de prensa abdominal.

Deseo de defecar

Relaja. Músculo elevador del ano y esfínter interno.

Mecanismo IF

La función de reservorio del LA permite almacenar heces sólidas durante largo tiempo, no líquido.

Contenido intestinal

Ampolla rectal

Etiología y FxRx

Disfunción esfínteres anales.
Distensibilidad rectal anormal.
↓ sensación rectal.

- Edad — Impactación fecal
- Incontinencia urinaria
- Inmovilismo — Diarrea severa
- Det. cognitivo
- Enf. neurológicas.

Diagnóstico

PARKS

- Grado 1: continencia normal
- " 2: Dif. control de gases y líquidos
- " 3: Inconti. fecal de líquidos.
- " 4: Incont. heces sólidas.

Tratamiento

Corregir causas
Tx conservador y medidas higiénico dietéticas.

Tx farmacológico:

- Antidiarreicos
codeína y loperamida
Difenoxilato de atropina,
codeína o morfina

Tono de esfínter: fenilpinefrina,
vaiprato de sodio.

Fibra

Exp. Física

Neurológico y local.
Tacto rectal.

Complementarias

- Rx de abdomen
- Enema opaco y RMN pélvica
- Manometría
- Defecografía
- Eco. endoanal
- EMG — Sensibili. rectal

SÍNCOPE

Pérdida súbita de conciencia, por una hipoperfusión cerebral global transitoria no > 20 seg.

Epidemiología

10-30 años - 1er pco.
> 65 años
> 70 años → 10 y 6%

Etiología

Hipotensión ortostática
síncope reflejo

Frec. en varones de edad avanzada.

S. reflejo o neuromediato

Vías eferentes
" aferentes

Síncope Situacional

Control autónomo anormal asociado a Fibras Valsalva.
Inmediato a desencadenantes típicos (tos, micción, defecación, etc).

HSC

Estímulo baroreceptores que originan impulsos aferentes conducidos a través del nervio glosofaríngeo hasta el b. raquídeo.

Fallo autonómico Primario.
Fallo autonómico secundario.
Secundario a Fx o tóxicos.
Por depleción de volumen.

Fisiopatología

6-8 seg.

TA determinada por el GC y Rp. Un descenso en uno o ambos dan un síncope.

Rp ↓ → Actividad refleja → Vasodilatación y bradicardia.

causas → Arritmias, enf. estructural, etc.

S. Vasovagal

hiperactividad simpática y estasis venosa.

Contracción del V↓ activándose los mecanoreceptores ventriculares y fibras aferentes vagales que inhiben act. simp. y ↑ parasimp.

Estrés emocional u ortostático.

Hipotensión ortostática

↓ TA sistólica ≥ 20 mmHg
y TA diastólica ≥ 10 mmHg
en 3 min de bipedestación.

Afecta → 20-30% de > 65 y 75 años.