



**Universidad del Sureste**  
**Campus Comitán de Domínguez Chiapas**  
**Licenciatura en Medicina Humana**

**Tema: Resúmenes**

**Nombre del alumno: José Alberto Cifuentes Cardona.**

**Grupo: "B" Grado: Sexto Semestre.**

**Materia: Geriatría.**

**Nombre del profesor: Dr. Romeo Suárez Martínez.**

Comitán de Domínguez Chiapas a 15 de marzo del 2024

# VALORACIÓN GERIÁTRICA.

D M A

Scribe®

⇒ Constituye la herramienta principal de la asistencia al paciente mayor.

⇒ Rubenstein:

"El proceso diagnóstico multidimensional, usualmente interdisciplinario, dirigido a cuantificar los problemas y capacidades médicas, funcionales, psíquicos y sociales del mayor con el objeto de trazar un plan para el tratamiento y seguimiento a largo plazo".

⇒ Objetivos y Beneficios.

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



⇒ Estructuras e Instrumentos.

Se cuida de escalas estandarizadas, que permiten cuantificar de forma objetiva válida, reproducible y confiable los datos relativos a las diferentes esferas evaluadas.

Lo fundamental siempre es la clínica y el uso de las escalas son de apoyo y orientación.

⇒ Evaluación Biomédica

Anamnesis En el px mayor la anamnesis requiere más tiempo debido al frecuente deterioro en varias esferas que dificultan la comunicación, siendo a veces necesaria la participación familiar para completar la historia clínica.

# SINDROME CONFUSIONAL.

D

M

A

Scribe®

⇒ También conocida como **delirium**. Es un Síndrome Clínico transitorio y reversible, caracterizado por una alteración en la orientación, el nivel de conciencia y atención cognitiva, de inicio agudo y curso fluctuante.

- Aunque clásicamente se ha definido como un Síndrome transitorio y reversible.
- La detección temprana disminuye su morbimortalidad.

## ⇒ Epidemiología.

En ancianos institucionalizados se estima una prevalencia entre el 32 y el 62%.

## ⇒ Fisiopatología

Actualmente no se conoce con seguridad la fisiopatología.

- Siendo considerada más una lesión funcional que estructural. Se cree que los diferentes factores etiológicos de delirium podrían tener un mecanismo fisiopatológico con una alteración a nivel del funcionamiento de los neurotransmisores cerebrales tanto a nivel cortical como subcortical.

## ⇒ Etiología

### • Factores Predisponentes y de Riesgo.

De todos ellos los más relevantes son la edad avanzada y la presencia de demencia, Sexo masculino, Depresión o ansiedad, Trastorno de marcha, Incontinencia, Caídas, enf. Hepática, o Renal crónica, Fx de cadera o enf. terminal.

### • Factores Precipitantes o desencadenantes.

#### Neurológicas

- Vasculares = Ictus isquémico, Hematomas y Hemorragia Subarac.
- Infecciones = Meningitis, Encefalitis
- Tumores
- Depresión
- T x del Sueño.
- Traumatismos Cerebrales
- Epilepsia

# DEMENCIA.

D

M

A

Scribe®

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

## ⇒ Epidemiología

En nuestro entorno, la Prevalencia es del 6.5%, aumentando desde un 4.2% entre los 65 y 79 años hasta el 27.7% en los mayores de 85 años.

## ⇒ Diagnóstico Sindromático.

El diagnóstico exige realizar historia clínica y exploración neurológica.

En el diagnóstico es obligatoria la evaluación de deterioro cognitivo si se presentan:

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

## ⇒ Exploración Complementaria

- Serología para Sífilis, Borreliosis y VIH
- Tomografía de emisión de positrones PET.
- RM Funcional.

## ⇒ Factores de Riesgo

Se incluyen la edad, Sexo femenino, Raza negra, Nivel educativo, Sx de down, Fx genéticos, Fx de

# DEPRESIÓN Y ANSIEDAD.

## ⇒ Depresión en el Anciano

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

Los datos son difíciles de comparar, ya que la Prevalencia varía dependiendo de las circunstancias en la que está se encuentran: En las residencias geriátricas y hospitalizados

## ⇒ Etiología

Tanto los factores biológicos como los demográficos y Sociales, adquieren importancia dentro de la etiología de la depresión en pacientes geriátricos.

### • Factores Biológicos

- Gravedad de la enfermedad
- El grado de incapacidad
- Deterioro cognitivo

### • Factores Psicosociales

- Muerte de la pareja o de quienes
- Enfermedad
- Discapacidad y Jubilación

- ### Enfermedades
- Ictus
  - Alzheimer
  - E. Cardiovasculares
  - Fracturas de cadera
  - EPOC Moderada - Grave

## ⇒ Manifestaciones Clínicas

Tienden a tener aumento en augas somáticas, trastornos del sueño, agitación, pensamientos de muerte, Mala concentración y retardo. Anhedonia, incapacidad de experimentar placer.

- Irritabilidad
- Apatía
- Disminución del apetito
- Disminución de peso
- Alteración del sueño
- Insomnio
- Despertar precoz.

# FARMACOLOGÍA E IATROGENIA.

D

M

A

Scribe®

⇒ Con el envejecimiento se produce una serie de modificaciones en la farmacocinética y farmacodinámica de los medicamentos, con mayor sensibilidad a estos y un aumento en la presentación de reacciones adversas que pueden desencadenar una auténtica cascada de desastres.

## ⇒ Alteraciones Farmacocinéticas

### • Absorción

Los cambios fisiológicos secundarios al envejecimiento afectan a la absorción de los fármacos debido a diversos factores como:

- Incremento del pH gástrico por desarrollo de gastritis atrofica
- Retraso de vaciado gástrico
- Dominación del flujo sanguíneo intestinal
- Alteración de la motilidad intestinal
- Disminución del número de células absorbentes.

### • Distribución

Con el envejecimiento la grasa corporal se incrementa progresivamente. También disminuye la masa magra, el agua corporal total, el volumen de líquido extracelular, el gasto cardíaco, el flujo cerebral y cardíaco.

⇒ Como resultado de todo ello tenemos que el volumen de distribución de los fármacos hidrofílicos disminuye y el de los lipofílicos aumenta.

### • Metabolismo

Con la edad hay un descenso del flujo sanguíneo y la masa hepática. Por otra parte, los fármacos se metabolizan mediante dos tipos de reacciones:

⇒ Fase I: Reacciones oxidativas mediadas por las enzimas monooxigenasa del citocromo P450 y sus cinco isoenzimas.

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

# MALNUTRICIÓN

⇒ Se define 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, que representen un riesgo para la Salud.

- Cuando el aporte es excesivo hablamos de obesidad y va acompañado de aumento de peso y tejido adiposo.
- Si el aporte es deficiente hablamos de desnutrición que se acompaña de una disminución de los parámetros nutricionales por debajo de la percentil 75.

## ⇒ CLASIFICACIÓN DE LA DESNUTRICIÓN.

### • Desnutrición Calórica "Marasmo".

Por falta o pérdida prolongada de energía y nutrientes con disminución de peso o falta de pérdida de tejido adiposo y en menor medida de masa muscular. Los parámetros bioquímicos son normales y los antropométricos se hallan alterados.

### • Desnutrición Mixta.

Mezcla de las características de los dos procesos anteriores. Esto disminuye la masa magra, la grasa y las proteínas viscerales. Tiene lugar en pacientes con desnutrición crónica leve que sufren alguna situación de estrés. Siendo este más frecuente en el medio hospitalario.

### • Desnutrición Proteica "Kwashiorkor".

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

## ⇒ Factores de Riesgo de Malnutrición

- Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento
- Deterioro Funcional
- Deterioro Cognitivo
- Pluripatología y la Polifarmacia

# TRASTORNOS DEL SUEÑO

D M A

Scribe

⇒ El Sueño reparador es esencial para una vida sana.

⇒ Factores que contribuyen a las alteraciones del Sueño.

- Cambios asociados al envejecimiento.
- Factores Psicosociales como la jubilación.
- Enfermedades.
- Muerte de un familiar.
- Alteración del ritmo circadiano.

⇒ Etapas del Sueño

- Fase de Sueño REM. Rapid-eye movement  
Caracterizada por la combinación de movimientos rápidos del ojo, atonia muscular y ondas electroencefalográficas de bajo voltaje, rápidas y desincronizadas.
- Fase de Sueño no REM. Dividida en 4 estadios
  - Los estadios 1 y 2 constituyen el Sueño ligero
  - Los estadios 3 y 4 se denominan Sueño Profundo o de onda lenta, "Sueño homeostático".

⇒ Insomnio

- El Insomnio es el trastorno del sueño más prevalente en la práctica médica.
- Constituye un Síndrome utilizado para describir cualquier dificultad para iniciar o controlar el Sueño.

⇒ Factores Predisponentes.

Edad, Sexo Femenino, Bajo nivel socioeconómico y Factores hereditarios.

⇒ Fisiopatología.

El Insomnio generalmente aparece como resultado de la interacción de factores biológicos, físicos y ambientales.



# DISFAGIA

→ Se define como la dificultad para el paso del bolo alimentario desde la boca hasta el esófago inferior.

Es un sintoma que puede pasar desapercibido si no se realiza una anamnesis detallada y una exploración física correcta.

## ⇒ Prevalencia

Estudios poblacionales y epidemiológicos han demostrado que hasta el 22% de las adultas mayores de 50 años la representan.

## ⇒ Fisiología de la Deglución normal. ⇒ Son 4 fases.

- **Fase Oral Preparatoria**: Comienza en la boca y se termina cuando el bolo está preparado para el desplazamiento hacia la faringe. En esta fase la comida se mastica.
- **Fase Oral de transporte**: Empieza cuando el bolo se desplaza para ser expulsado hacia la faringe y termina cuando el bolo pasa por el istmo de las fauces y se dispara el reflejo deglutorio.
- **Fase Faringea**: Se inicia con el disparo del reflejo deglutorio y termina cuando el bolo pasa por el esfínter esofágico superior.
- **Fase Esofágica**: Durante la cual el bolo alimenticio es propulsado a través del esófago hasta el estómago.

## ⇒ Causas de Disfagia. ⇒ Se divide en 2.

En relación con la afectación anatómica.

- **Disfagia Orofaringea 80%**: Cuando existen anomalías en la coordinación neuromuscular a nivel de la faringe y el esfínter esofágico superior.
- **Disfagia Esofágica 20%**: Cuando se representa un entrecimiento o dificultad en el paso del alimento a nivel retro-esofágico después de una deglución correcta.

# FRAGILIDAD, SARCOPENIA, INMOVILIDAD

## ⇒ FRAGILIDAD

Síndrome clínico, considerada como continuum que se inicia con una pérdida de la reserva fisiológica del organismo suficiente para provocar un principio de deterioro funcional.

Existen dos modelos de fragilidad mayormente utilizados por distintos autores y que han demostrado validez de concepto y validez predictiva son:

- Fenotipo Único de Fragilidad "Friend 2001".

Incluye pérdida de peso no intencionada, debilidad, medida a través de la fuerza prensora, cansancio o baja resistencia y grado de actividad física bajo.

- Modelo de múltiples dominios Rockwood "1994"

Incluye dependencia de otros o riesgo de depender riesgo sustancial a sufrir resultados adversos, lo más simple aceleraría el curso de envejecimiento

## ⇒ Presentación Clínica

Se citan como componentes del síndrome son la sarcopenia trastorno en el equilibrio y la marcha, deterioramiento con la creación de incontinencia y osteopenia.

## ⇒ Sarcopenia

Pérdida de la masa muscular relacionada con la edad. La definición actualmente aceptada es la de un síndrome geriatrico que se caracteriza por la pérdida de masa y fuerza muscular esquelética progresiva

## Fisiopatología.

Diversos factores vinculados con el desarrollo de la sarcopenia, fr moleculares, humorales, hormonales, muscular.

# INCONTINENCIA.

D M A

Scribe®

La Organización mundial de la Salud OMS considera Incontinencia → A la pérdida involuntaria de orina subjetivamente demostrable y suficiente como para constituir un problema social e higiénico en quien la padece.

La Sociedad Internacional de Continencia ICS la define en el año 2002 como toda queja de pérdida voluntaria de orina.

## ⇒ Epidemiología

osula en torno al 15,5% - 17,4%. Prevalencia global estimada del 7%. según los datos observatorio nacional de la incontinencia.

## ⇒ Fisiopatología

La incontinencia urinaria depende del normal funcionamiento de diversas estructuras anatómicas: Sistema nervioso y vías urinarias, de una buena situación física, cognitiva y psicológica (motivación) y un entorno adecuado sin barreras arquitectónicas.

## ⇒ Clasificación clínica

En función de su duración la incontinencia urinaria puede ser transitoria o establecida. Existen criterios en la literatura inglesa que nos facilitan el recuerdo de las causas transitorias de incontinencia:

**DRIP** (goteo) **Delirium** retención o restricción de la movilidad, infección, inflamación, Impacción fecal, Polifarmacia Poluria o **DIAPPERS**.

En general se distinguen cuatro tipos predominantemente en función del nivel de afectación o del mecanismo de producción.

# SINCOPE DEL ANCIANO

D

M

A

Scribe®

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

## ⇒ Epidemiología

Existe un pico de incidencia del primer síncope entre los 10-30 años, edad en la que la mayoría son de etiología vasovagal y otro a partir de los 65 años.

El síncope representa la sexta causa más frecuente de hospitalización en mayores de 65 años.

## ⇒ Fisiopatología

El mecanismo fisiopatológico común a todos los tipos de síncope es la hipoperfusión cerebral global durante un tiempo mínimo de 6-8 segundos de duración.

La TA está determinada por el gasto cardíaco (GC) la resistencia vascular periférica (RVP), por lo que un descenso en uno o en ambos factores pueden desencadenar un episodio sincopal.

## ⇒ Etiología

La causa más común de síncope en los pacientes de edad avanzada son la hipotensión ortostática. Síncope reflejo especial el Síndrome de hipersensibilidad del seno carotídeo, frecuente en varones de edad avanzada y las arritmias cardíacas.

En los ancianos es habitual que la etiología sincopal sea mixta.