

**Universidad del sureste
Campus Comitán**

Licenciatura en Medicina Humana

Tema: Resúmenes de 2da unidad

Docente: Suarez Martínez Romeo

Alumno: Iván Alonso López López

Grado: Sexto semestre

Grupo "B"

Materia: Geriatría

Epilepsia en el anciano

Es un trastorno cerebral caracterizado por una predisposición a padecer crisis epilépticas y sus consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales.

Etiología

- EVC 40%
- Tóxicas metabólicas 15%
- Tumores 10%
- Cefálicas 5%
- Demencias 5%
- Infec. SNC 1%
- Idiopática 24%



Clasificación de las crisis y síndromes epilépticos en el anciano

- Crisis agudas sintomáticas (Infartos cerebrales, hemorragias, disturbios metabólicos, etc.)
- Crisis recurrentes (manifestación crónica y picos de senectud)
- Estatus epiléptico (≥ 2 crisis de más de 30 minutos)
- Epilepsias parciales
- Sx epilépticos interminados
- Sx epilépticos espaciales con crisis parciales o generalizadas

Estudios diagnósticos

- Dx por clínica
- Hematológicos, hormonales, detección de toxinas
- Resonancia magnética
- TAC
- Angiografía con contraste
- SPÉCT y PET
- Estudio de líquido cefalorraquídeo
- EEG \rightarrow +U+!

Iván López 6^{to} "B"

Enf. De Parkinson

Es el proceso neurodegenerativo más prevalente, tras la enfermedad de Alzheimer, en personas mayores de 65 años y la cuarta causa de enfermedad neurológica crónica en ancianos.

Etiología

- Causa desconocida
- Proceso no monofactorial → Es multifactorial
- Envejecimiento
- Genéticos
- Ambientales

excelente



Fisiopatología

↓ Sustancia negra → Pérdida neuronal → Afect. porción caudal y anterolateral de la porción compacta de SN

Gliosis reactiva y presencia de cuerpos de Lewy

En menor grado al locus ceruleus

Clinica

- Comienzo insidioso
- Asimétrico
- Empeoramiento progresivo
- Síntomas típicos con pérdida de 50-60% de neuronas dopaminérgicas
- <50% puede ser asintomático
- Período preclínico puede durar de 5-10 años debido a mecanismos de compensación

Accidente Cerebrovascular

Iván López 6^o B

Se le denomina al trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o permanente la función de una determinada región del encéfalo.

Factores de riesgo

Modificables:

- Cardiopatías
- Tabaquismo
- Anemia de cel. falciformes
- AT previos
- Estenosis carotídea asintomática

Potencialmente modificables

- Diabetes mellitus
- Homocisteinemia
- Hipertrofia ventricular

No modificables

- Edad
- Sexo
- Factores hereditarios

Clasificación

TACI (Total Anterior Circulation Infarction)

- Disfunción cerebral superior (afasia, discalculia o alteraciones visuoespaciales)
- Deficit motor o sensitivo en al menos 2 de las 3 áreas Cara, brazo, pierna.
- Hemianopsia homónima.

ci (Parcial Anterior Circulation Infarction)

- Disfunción Cerebral superior
- Cuando se cumplen 2 de 3 criterios de TACI
- Deficit motor o sensitivo más restringido que el clasificado como LACI (Deficit limitado a una sola extremidad)

LACI (Lacunar Infarction)

- Cuando no existe disfunción cerebral superior ni hemianopsia y se cumple uno de los sig. criterios
 - Hemisíndrome motor puro que afecte al menos 2 de Cara, brazo y pierna
 - Hemisíndrome sensitivo puro que afecte al menos 2 de Cara, brazo y pierna
 - Hemisíndrome sensitivo-motor puro que afecte al menos 2 de Cara, brazo y pierna
 - Hemiparesia - ataxia ipsilateral
 - Disartria - mano torpe u otro síndrome lacunar
 - Movimientos anormales focales y agudos (hemicerca, hemibalismo)

POCI (Posterior Circulation Infarction)

- Afectación ipsilateral de pares craneales con deficit motor o sensitivo contralateral
- Deficit motor o sensitivo bilateral
- Patología oculomotora
- Disfunción cerebelosa sin deficit de vías largas ipsilaterales
- Hemianopsia homónima aislada

Diagnóstico

- Antecedentes hereditarios con fx de riesgo cardiovascular
- Historia actual del evento
- Exploración física
- Escalas de valoración (Escala de valoración neurológica Canadiense y escala de NIHSS)
- Hemograma
- Tiempos de coagulación
- Glucemia
- Electrolitos
- ECG
- TAC o RMN craneal
- Doppler
- Angio TC o angio RM
- Ecocardiograma
- Rx de tórax
- Punción lumbar
- EEG

Tx de ictus isquémico en la fase aguda

- Reposo en cama 30°
- Canalizador vía periférica en brazo ND parético e iniciar fluidoterapia con suero fisiológico 2.000 ml/24 h con 20 meq/l de CLK
- Dieta absoluta primeras 6 hrs
- Control de $\text{SatO}_2 \leq 92\%$ o iniciar O_2 en gafas a 2-3 lpm
- Control de temperatura cada 6 hrs $\geq 37.5^\circ\text{C}$ paracetamol 1g i.v c/6h
o: la temp. $\geq 38^\circ\text{C}$ debe sospecharse una infección
- Control de la glicemia capilar cada 6 hrs
- Control de la TA cada 2 hrs (Monitorización)
- Heparina de bajo peso molecular
- Diazepam i.v
- Midazolam i.v

Diabetes Mellitus

Iván López 6^a B

Es una enfermedad crónica tiene una enorme repercusión sobre la función, la cual causa pérdida de la función incrementa el riesgo de caídas, depresión y deterioro cognitivo

Clinica

- Astenia
- Pérdida de peso
- Cambios de humor
- Sed
- Poliuria
- Nicturia,
- Incontinencia
- Caídas
- Debilidad
- Incontinencia
- Deterioro funcional
- Deterioro cognitivo
- Eventos cardiovasculares
- Neuropatías
- Infecciones recurrentes

Diagnostico y abordaje inicial

Criterios de screening

- Cada 3 años para la población geriátrica general
- Anualmente en pob. de riesgo con DM

Considerándose los sig. criterios

- IMC $> 25 \text{ kg/m}^2$
- Antecedentes familiares de DM
- Sedentarismo
- AHF de enf. cardiovasculares
- HAS
- Dislipidemia

Pruebas de Screening

- Glucemia basal en ayunas
- Test de sobrecarga oral con 75 mg de glucosa
- Hemoglobina glicosilada (Hb A1c)

DM y el riesgo vascular

- La DM aumenta el riesgo de 2-4 veces de padecer eventos cardiovasculares
- Alto riesgo de padecer EVC a 10 años con probabilidad del 15-30 %

Tx no farmacológico y farmacológico

- Dieta → Haciendo énfasis en ingesta de ácidos grasos
- Ejercicio → Mínimo 30 min al día 3 veces por semana
- Biguanidas → Aumentan la sensibilidad de la insulina
- Sulfonilureas → Útiles en monoterapia cuando existe
• Contraindicación de metformina
- Nateglinida y repaglinida → Estimulan la secreción de insulina en el periodo postprandial → Administrar 15 min antes de la comida y omisión de dosis en caso de no hacer comidas principales.
- Tiazolidinedionas → Estimulan la recaptación de glucosa en nervios periféricos
- Inhibidores de las alfa glucosidasas → Actúan reduciendo la hiperglucemia postprandial y resultan útiles en la intolerancia a la glucosa oral
- Incretinas → Estimula la producción del páncreas

Objetivos del Tx

- Control de la glucemia
- Control de tensión arterial y dislipidemia
- Evitar hipoglucemia
- Prolongar la esperanza de vida individual

Objetivos terapéuticos en la población mayor diabética

	ADA	Anciano	Anciano dependiente
• Hb A1c	<7	7-8	7,5-9,5
• Glucemia basal	80-120	100-140	<200
• Glucemia Postprandial	<180	180-200	<240

Complicaciones de la DM

- Nefropatía
- Retinopatía
- Neuropatía
- Pie diabético
- Enf. Arterial periférica
- Disfunción sexual
- Caídas
- Dolor neuropático
- Deterioro cognitivo
- Depresión

Patología Tiroidea

Hipertiroidismo

Cuadro clínico

- Manifest. Cardiacas
- Arritmias supraventriculares
- Fibrilación auricular
- IC congestiva
- Angina de pecho

Hipertiroidismo apático

- Astenia
- Adinamia
- Anorexia
- Adelgazamiento
- Signos adrenergicos
- Mayor riesgo de fracturas

Hipertiroidismo - "Tormenta tiroidea" o Tirotoxicosis

Puede desencadenarse por:

- Estrés agudo
- Cirugías
- Enf. sistémicas
- Fiebre
- Delirium
- Taquicardia
- Hipotensión
- Vómitos
- Diarrea
- Ictericia

Estrategias terapéuticas

Son tres y son:

- Radioyodo
- Fármacos antitiroideos
- Cirugía

Radioyodo

- Tx de elección en ancianos
- Los betabloqueadores pueden ser utilizados como un coadyuvante
- Primera dosis y la segunda dosis se administrará 6-12 meses después

Sx eutiroideo enfermo

- Niveles de T3 y T4 ↓ Sin hipo e hipertiroidismo

Aparece por:

- Enf. agudas
- Cirugías
- Ayuno
- Tx con fármacos
- Malnutrición
- Insuf. renal o hepática
- DM mal controlada
- ECV
- Neoplasias

All. hormonales

- T3 y T4 ↑ o ↓
- Cortisol ↑
- T3 reversa ↑

Hipotiroidismo

Es el estado clínico resultante del déficit periférico de hormona tiroidea.

Se presenta en

- Varones 10% > 65-74 años
- Mujeres 16%

Manifestaciones clínicas

- Asintomático
- Debilidad
- Astenia
- Fatiga
- Disminución de capacidades cognitivas
- Piel seca
- Pelo débil
- Parestecios
- Calambres musculares
- Ataxia
- Polineuropatía
- Apatía

Dx

- Concentración de tiroxina libre (T4L) ↓
- Elevación de la tirotróponina (TSH)
- Antiperoxidasa y antitiroglobulina → Ayuda al dx de tiroiditis autoinmune

Tx

- Levotiroxina 12,5-25 $\mu\text{g/día}$ orales y en ayuno y monitorizar cada 4-6 semanas hasta alcanzar cifras de TSH en torno a 5