



**Universidad Del Sureste
Campus Comitán**

Licenciatura en Medicina Humana

Resúmenes

Félix Alejandro Albores Méndez

Grupo: "B"

Sexto semestre

Geriatría

Dr. Romeo Suarez Martínez

Comitán de Domínguez Chiapas a 26 de abril del 2024

Felix Alvarado Alburu Méndez

Geriatría

Parkinson

09/ABR/24

El Parkinson es un proceso neurodegenerativo complejo de aparición en la edad adulta y que consiste la segunda enfermedad más frecuente, con lo que a eso son factores ambientales y genéticos, son la pérdida progresiva de neuronas dopaminérgicas

Neuroanatomía

La disminución de la dopamina por la reducción de la acción de los ganglios basales las vías directas e indirectas comienzan a fallar y las acciones del paciente se ven más lentas y a la vía directa comienza a fallar y la vía indirecta se activa más y se ven todos los movimientos los N. estriado, **MUY BIEN** 1.300. talámico. La depresión en el 70% - 80% de los pacientes, en menor grado el trastorno de ansiedad en otros 20% mesolímbico mesocortical

Etiología

Se desconoce y no es un proceso mendeliano, sino un conjunto de múltiples factores

Envoluciones: disminución de las neuronas pigmentadas de la 1 de los receptores de DA y una reducción de la fibrina hidrolasa α -L.

Genética: genes que codifican la α -sinucleína o la ubiquitina talaminal hidrolasa α -L.

Diagnóstico:

- 100% clínico con temblores, rigidez muscular, lentitud,
- un trastorno de estabilidad
- Características de la enfermedad
- Características de sospecha (temblores, rigidez, lentitud, etc.)

La mayoría de los casos de la enfermedad de Parkinson son esporádicos, siendo el envejecimiento el principal factor de riesgo. Otros son por algunas formas de EP causadas por una mutación genética. En caso de la EP en hombres jóvenes < 40 años estos representan el 5% de los pacientes. La probabilidad de un origen genético es mayor que en los de inicio más tardío. Principalmente se asocia a una herencia autosómica.

Clinica

manifestaciones motoras

- Temblores en reposo • Fenotipo rígido-acinético
- Akinetia • Trastorno de la marcha
- Movimientos espontáneos • Déficit cognitivo
- Movimientos involuntarios
- Fatigabilidad

manifestaciones no motoras

- Anorexia • Hiposmia • Fatiga
- Depresión • Estrés • Ataques de pánico
- Alteraciones del sueño • REM
- Disfunción autonómica • Hipersomnia diurna
- Síntomas sensoriales • Alteraciones de la visión

Tratamiento

El tratamiento de elección para EP, es la levodopa

Levodopa Dosis de ^{600mg} 50mg/c8h / mantenimiento 300/75 - 1000/10 / Lppn de 12h
tasogilina Dosis inicial 1mg/24h

Con precaución para pacientes con glaucoma, vertigos, náuseas, • Competidores

Gschottia

Epilepsia

La epilepsia es un trastorno cerebral caracterizado por una predisposición a padecer crisis epilépticas y sus consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales según lo define la ILAE, se considera epilepsia en personas mayores de 65 años las crisis son más comunes en los ancianos. En los grupos de edad más comunes son de 70 a 80 años, la epilepsia representa el tercer síndrome neurológico con mayor frecuencia en los ancianos.

En la población el 40% de los pacientes presentan las vasculopatías cerebrales crisis epilépticas seguidas de alteraciones tóxico-metabólicas representa el 15%, lo 2 por tumores, 5% traumático craneoencefálico, 5% Dementia, 3% infecciones cerebrales (ONC) e idiopática 29%.

Clasificación

Crisis agudas sintomáticas: Papeles de sistema nervioso central, infartos cerebrales hemorragias cerebrales, trastornos metabólicos, traumas, abstinencia alcohólica infecciones y toxicidad.

Crisis recurrentes: son las manifestaciones crónicas y tienen picos en la senectud. Enfermedades CV, Dementia, trauma, infecciones.

Estatus epiléptico: son 2 o más crisis consecutivas de más de 30 min de duración o varias en secuencia, sin recuperación entre ellas.

Diagnóstico

El diagnóstico radica en el detallado análisis, manifestaciones clínicas, historia y posteriores al evento.

- Estudios hematológicos, bioquímicos hormonas y niveles séricos de fármacos.
- Resonancia magnética (RM)
- Tomografía computarizada
- Angiografía por tomografía

Diagnostico diferencial

- Síncopa: causa + frecuente de pérdida de la conciencia en anciano
- Enfermedades Cerebrales: Accidentes isquémicos transitorios causan síntoms. negativos
- Otras causas: migraña - alteraciones metabólicas, trastornos del sueño
Trastorno psiquiátrico

- TX

Carbamazepina 3 - 600 mg/kg/día

Valproato 200 mg hasta 1 mg/día

Gabapentina 300 mg/día

Lamotrigina 25 mg/día hasta 150 mg/día

Oxycarbacepina 300 mg/día hasta 1200 - 2400 mg/día

Levetiracetam 250 - 500 mg hasta 1000 - 3000 mg/día

Topiramate 25 mg/día

fenobarbital 100 mg/día

pricabolina 100 mg/día

fenitoina 200 mg/día

Gehirn

Reporte

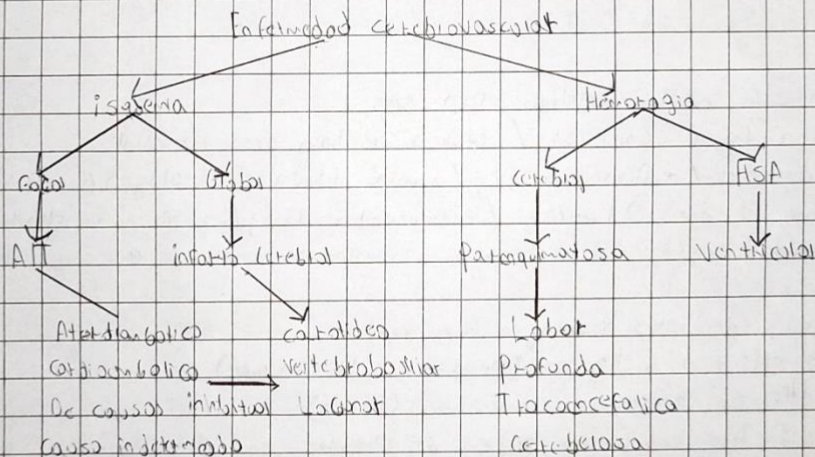
Accidente cerebrovascular

Los ictos se denominan los trastornos breves del flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o permanente la función de una determinada región del cerebro

Factores de riesgo

Los ictos isquémicos se clasifican en modificables, potencialmente modificables y no modificables, edad, sexo, HTA, tabaquismo, Anemia de células falciformes, AIT previo, fibrilación auricular, Estenosis, Endocarditis, Diabetes mellitus, Hipercolesterolemia, Apendicitis Ventriculot

Etiología



Diagnóstico

- Historia clínica completa *
- Factores de riesgo cardiovascular
- Historia actual del evento *
- Explotación física que incluya una neurología completa
- Escala neurológica con GCS, Escala de NIHSS *
- ECG • TAC • RMN Cerebral

Tratamiento

El enfoque terapéutico del ACV se basa en 3 pilares

Diagnóstico y Tratamiento en fase aguda y subaguda, Prevención secundaria
 Pronóstico funcional y tratamiento rehabilitador

Tratamiento de ictus isquémicos en la fase aguda
 reposo en cama

Inicio fluidoterapia con suero fisiológico 2.000 ml/24h

Dieta absoluta Dieta 6 horas

Control de saturación O₂

Control de T° cada 6h $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ paracetamol 1g IV/8h

Administración ácido acetilsalicílico 300

Citalopram 1g IV. Cada 12h / hepática de bajo peso muscular

Cistis comiermes / - Diazepam IV (ampula diluida en fisiológico (suero) Vial en 2x minutos

Midazolam IV dosis 0.1 mg/kg / Valproato 15 mg/kg por v. z intravenosa en 3-5 minutos seguidos de perfusión intravenosa continua en dosis de 1 mg/kg/h

Tratamiento de ictus hemorrágico fase aguda

TA ≥ 185 / 105 o mmHg en 2 tomas consecutivas (1 hora)

TA ≥ 140 en 2 tomas consecutivas (1 hora)

manejo: HIC subaracnoideo > 3 cm de diámetro con detección neuropática

HIC por aneurisma su clínica es de moderado/buena y accesibilidad

manejo del accidente isquémico transitorio

Se busca una oxigenación detallada ya que un AIT en un inf. med. existe

la probabilidad de un 2º inf. presente un ictus en el primer mes

- Se debe iniciar tratamiento antiagregante en las primeras 48h tras el AIT

Puentes secundarios

un ictus si se previene puede reducir de manera significativa el riesgo

de recurrencia y la morbimortalidad vascular/TK, Antiagregante, Anticoagulante

Felix

Tratamiento antiagregante

Tratamiento antitrombotico / Acetilsalicilico + dipiridamol

- Acido Acetilsalicilico dosis de 50-325 mg/dia
- Clopidogrel 75 mg/dia
- Dipyridamol 400mg + AAs 50mg
- TIKLOSAL 300 mg/12 horas

En su tratamiento se evaluará su habilidad

- Valoración de las lesiones y el déficit funcional en el momento basal = evaluación
- Estimar el pronóstico funcional
- Plan terapéutico individualizado para cada enfermo

Plan terapéutico del AVC

- Avanzar e tratamiento de las complicaciones
- Mantener o recuperar las funciones orgánicas
- Recuperar las capacidades funcionales perdidas
- Adaptación a las funciones residuales

Tiempo de evolución de la lesión

Trabajo de Wade

Estudio correlativo Co Penitente

Study

Fase aguda

- Evitar trastornos cutáneos / Resfriados mediante

Genética

Reporte

15/04/2021

Diabetes mellitus

La diabetes mellitus es una enfermedad frecuente en los ancianos ya que su prevalencia ha aumentado en estos últimos años. A los 75 años, aproximadamente el 20% de la población la padece el 49% de los diabéticos tienen más de 65 años.

Factores que aumentan la padecer Diabetes

- Disminución de la actividad física
- > del tejido adiposo
- Disminución de la secreción de insulina
- > de la resistencia a la insulina
- Ingesta, por enfermedades coexistentes, de fármacos como: Diuréticos, esteroides, fenitoina, nicotina, efedrina o hipoglucemiantes,

Patogenia

La forma clásica la mayoría de los ancianos tienen una alteración en la secreción insulínica y en la sensibilidad periférica a la misma.

1ª Resistencia a la insulina, lo que obliga a la célula beta a aumentar su producción de insulina en un intento compensatorio para lograr vencer esta resistencia.

2ª De una forma progresiva las células beta sufren una disminución secretora, lo que condiciona la aparición de glucemias en ayuno alteradas, sin llegar estas al rango diabético.

3ª Las células fracasan en su producción de insulina y sufren procesos como, apoptosis y muerte celular.

El paso del tiempo se desarrollan alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, con un incremento de la glucemia en 10 mg/dL tras la sobrecarga oral de glucosa, lo cual ocurre a partir de la cuarta década de vida y se producen con independencia del fenotipo o los hábitos de vida. La causa del fenotipo es una alteración de la segunda fase de la secreción de insulina y/o una disminución de la captación de glucosa mediada por una hormona; así, es destacable que el anciano sano de ha encontrado una disminución de los principales receptores para glucosa en el músculo y el tejido adiposo. (Gint 4)

Diagnostico

El paciente mayor vulnerable se caracteriza por la presencia de 2 o más síndromes geriátricos, además de la presencia de alteraciones cognitivas, múltiples patologías, estado socioeconómico bajo, residencia de asilo o con pobre apoyo social o aislado.

Los síntomas de la hipoglucemia que se pueden presentar, como:

Polidipsia, poliuria, polifagia y bajar de peso, o acompañado del resultado de una glucemia en cualquier momento del día ≥ 200 mg/dL.

Criterios bioquímicos:

- Hemoglobina glucosilada $\geq 6.5\%$
- Glucosa en ayuno matutno o igual a 126 mg/dL (Ayuno al menos de 8h)
- Glucosa en plasma a las 2 horas mayor a 200 mg/dL después de una prueba de tolerancia oral a la glucosa
- Síntomas de hiperglucemia + glucemia matutna o igual a 200 mg/dL en cualquier momento del día.

Tratamiento

Tratamiento no farmacológico:

- Evaluación nutricional
- Cambios en el estilo de vida
- Actividad física
- Estudios de trastornos del estado de ánimo

Tratamiento farmacológico:

- Metformina
- Tratamiento con insulina: Dosis de $0.1 - 0.2$ U/kg

Tratamiento complementario:

- Dosis bajas de sulfonylureas + metformina: HbA1c cerca de 1.5%

Enfermedad tiroidea en el anciano

Definición

Las alteraciones tiroideas que afectan con regularidad a las personas ancianas pueden afectar a las glándula tiroidea. Estas pueden incluir afecciones como el hipotiroidismo, el hipertiroidismo, nódulos tiroideos, cáncer de tiroides y las crecimientos de Hashimoto.

Epidemiología

La prevalencia de la patología tiroidea aumenta con la edad, se estima que alrededor del 10-15% de las personas mayores de 60 años tienen alguna forma de disfunción tiroidea. El hipotiroidismo es más común en las ancianas especialmente en mujeres, mientras que el hipertiroidismo es más frecuente pero puede ser grave.

Factores de riesgo

- > de edad
- Antecedentes de enfermedad tiroidea
- Uso de ciertos medicamentos
- Exceso de yodo o litio

Entidades:

- Hipertiroidismo
- Hipotiroidismo
- Enfermedad nodular tiroidea
- Cáncer de tiroides

Síntomas

- Fatiga
- Aumento de peso
- Cambios en el apetito
- Cambio en el patrón de sueño
- Alteraciones de la memoria

Diagnóstico

- Historia clínica detallada
- Examen físico + anatomía
- Mediciones de los niveles sanguíneos de hormonas tiroideas (TSH, T4 libre, T3)
- Ecografía tiroidea
- Gammagrafía tiroidea

Tratamiento

Hipotiroidismo: Hormona tiroidea sintética, levotiroxina (T4)
monitorización, seguimiento regular para evaluar la respuesta al tratamiento y
ajustar dosis

Hipertiroidismo: medicamentos antitiroideos, metimazol o el propiltiouracilo
Beta-bloqueadores, atenolol y la atenolol
Yodo radiactivo
Cirugía, La tiroidectomía

nodulo tiroideo: Punción con aguja fina, muestra de células del nódulo y evaluar
cirugía tiroidectomía