

**Universidad Del Sureste
Campus Comitán
Medicina Humana**

**Alumno: Alex Peña Xochitiotzi
Grado: 6° Grupo "B"**

"Resúmenes de unidad"

Profe: Dr. Romeo Suárez Martínez

GERIATRIA

Depresión y Ansiedad.

Uno de los síndromes geriátricos más frecuentes e insuspeitados, altera en gran medida la calidad de vida del que la padece y además se asocia a una elevada coste social y de salud.

La depresión no tratada puede durar años, lo que conlleva a una pobre calidad de vida, deterioro del funcionamiento social y físico, una peor adherencia al tratamiento, un empeoramiento de la comorbilidad y un aumento de la mortalidad por suicidio y otras causas.

Epidemiología

- La prevalencia varía dependiendo de las circunstancias en que esta se encuentre:
 - Comorbilidad
 - Hospitalización
 - Prevalencia geriátrica
- " " " instrumento diagnóstico utilizado
 - Entrevista psiquiátrica
 - Aplicación de escala orientativa
- Sistema más válida para detección de **Depresión**:
Geriatric Mental State

Etiología

• Factores biológicos / Relación con cuadro orgánico.

• ↑ Ansiedad enigma.

• ↓ Ansiedad sana.

• Factores de riesgo:

• Gravedad de la enfermedad física

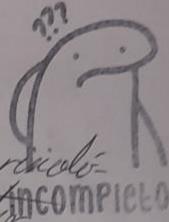
• Grado de incapacidad

• Deterioro cognitivo concurrente

• Historia psiquiátrica positiva previa.

excelente





Valoración geriátrica

El proceso de envejecimiento se asocia a cambios psicológicos, mentales y sociales que pueden repercutir sobre la capacidad funcional de la persona mayor ocasionando una pérdida de autonomía y la aparición de la dependencia.

Al tener claro la premisa de cambios fisiológicos y anatómicos relacionados a la edad debemos tener de manera clara el realizar un enfoque diagnóstico, clínico y terapéutico, dentro de esto hay patologías propias de la edad como lo son las Ex geriátricas.

VG1

- Herramienta principal de la atención en el adulto mayor.

Definición por Rubenstein

- Proceso diagnóstico multidimensional, esencialmente 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 el segui-

Demencia

excelente

Epidemiología y magnitud del problema.



Se adquiere caracterizado por deterioro persistente de funciones cognitivas del **estado mental** y de la **conducta social**, no causado por "delirium" y que interfiere en los **actividades** de la vida diaria

- Prevalencia: 6.5%
 - ↑ 4.2% entre los 65 y 74 años
 - ↑ 27.7% en > 85 años (Mayor en mujeres)
- incidencia: 1% mayores de 65 años
 - 5% mayores de 90 años.
- Gasto: 10.000 y 20.000 euros/año.
 - 70-75% (Costo indirecta)
- El cuidador del Pk puede provocar sobrecarga en el cuidador, siendo factores de riesgo los trastornos conductuales y el deterioro funcional como patrones del Pk y la mayor edad, el bajo nivel económico y la falta de apoyo socio-sanitario y emocional como factores del cuidador

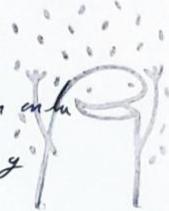
Diagnóstico diferencial de demencia.

- Hay exigencia en la realización clínica y exploración neurológica, evaluar la repercusión en los niveles de funcionalidad del individuo, realizar una

Síndrome confusional agudo (SCA)

excelente

Síndrome clínico transitorio y reversible caracterizado por una alteración en la atención, el nivel de conciencia y deprimición cognitiva de inicio agudo y curso fluctuante.



Sus síntomas pueden cronificarse o generar secuelas permanentes por eso mantener la detección temprana, el control de los factores de riesgo y un correcto manejo de este síndrome son necesarios para disminuir su morbimortalidad.

Epidemiología

Varía según el ámbito en el que se encuentre el Rx:

- Urgencias: 14-24%
- ingresos: 6-56%
- UCI: 70-87%
- Plantas psiquiátricas: 15-62%
- Rx intermedia de Fractura de cadera: 43-61%
- UCP: 83%
- Atención institucionalizada: 32-62%

La prevalencia aumenta a mayor edad, en ancianos frágiles o con demencia y a mayor severidad de la patología que motivó el ingreso.

Magnitud del problema

- Aumento de la morbimortalidad

- Rx hospitalaria por SCA: 10-26%
- Rx que se desarrollan durante la estancia hospitalaria

Farmacología e iatrogenia

• Anticolinérgico

- Boca seca
- Alteración de la diuresis
- Taquicardia
- Dilatación de pupilas

• Antidepresivos tricíclicos

- Su eliminación se reduce con la edad.
- Toxicidad cardíaca
- Producción de Bloqueos
- Hipotensión ortostática
- Toxicidad en el SNC
 - Confusión.
 - Convulsiones
 - Alteración cognitiva

• Benzodiazepinas

- Selección crónica
- Dependencia
- Alt. Cognitiva
- ↑ Riesgo caídas

• Mantenimiento de la toxicidad

- Retención urinaria
- Agitación
- Arritmias
- DC
- Golpe de calor cuando aumenta la temperatura ambiental.
- Aumento de la [K⁺] intracelular
- Alucinaciones
- Convulsiones
- Bloqueo cardíaco

• F. Antipsicóticos

- Prescrita en Px con demencia con alteraciones del comportamiento como:
 - Paranoia
 - Alucinaciones
 - Agitación
 - Otus.
 - Sedación excesiva
 - Hipotensión
 - encefalopatía amnésica

Criterio MAI

• Consiste en la valoración de 10 preguntas que valoran diez elementos de la prescripción.

- Indicación
- Eficacia
- Dosis
- Indicación Corrector
- Orientación práctica
- Interacción Fármaco fármaco
- Interacción Fármaco - Enfermedad.
- Duplicidad.
- Decisión y costo.

• Tres preguntas del MAI pueden ser necesarias para detectar la polifarmacia.

- Indicación
- Eficacia
- Duplicidad

- Criterio STAR-STOP

- **STAR**: Herramienta para la búsqueda del Tx indicado
- **STOP**: Herramienta para la búsqueda de la prescripción potencialmente inapropiada

Malnutrición

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

• Clasificación de la desnutrición

- Kwashiorkor
 - Desnutrición proteica
 - Edematoso
- Marasmo
 - Desnutrición calórica
 - No edematoso.
- Desnutrición mixta
 - Mezcla de los dos procesos anteriores
- Enfermedad carencial.
 - Deficiencia aguda de algún nutriente

• Causas de desnutrición

- Primaria
 - Ingesta inadecuada
 - Mala calidad de alimentos
- Secundaria
 - Enfermedades
 - Agudas } Alteración de la
 - Crónicas } ingesta.

• Patrón de riesgo de malnutrición en el anciano.

- Cambios asociados al envejecimiento
 - Aumento de procesos dentales
- Delirio funcional
 - Comer la comida
- Deterioro cognitivo.
 - Bajas consciencias personales
- Introgencia
 - Aporte de la comida y alt. Digestiva...

-
- Pluripatología o Polipatología
 - Depleción del depósito de energía
 - Depresión
 - P. Social
 - Soledad o aislamiento.

• Malnutrición nutricional

- Forma parte de la nutrición genérica integral
- Paso para la valoración
 - Detector F. de Riesgo
 - Historia clínica
 - Cuestionario estructurado
 - Mentucción y Deglución.

• Cuestionario abreviado de valoración nutricional

- Mini Nutritional Assessment.
- Nutritional Risk Screening (NRS)
- Malnutrition Universal Screening tool (MUST)

• Nutrición antropométrica

- Peso
- Talla
- Formulas
 - Rodilla talon (Chumela)
 - Rodilla Malleolo de Arango
- Z-score.
- Pliegua cutánea
- Perímetro.

• Clasificación del IMC

- < 16 : Desnutrición severa
- 16-17 : Desnutrición moderada
- 17-18.5 : Desnutrición leve
- 18.5-22 : Peso insuficiente
- 22-28 : Peso normal.

• Diagnóstico

- Historia clínica
- Cuestionario estructurado
- Encuesta dietética
- Antropometría
- Pruebas bioquímicas
- Identificación de la causa de malnutrición.

• Requerimiento nutricional.

- ↓ Requerimiento energético (Del 2-3%/día)
- Relacionado con la disminución del
 - GET
 - Act. Física
 - Masa muscular

Disfagia

- Dificultad para el paso del bolo alimentario desde la boca hasta el esófago inferior

Prevalencia

- 22% Adulta mayor
- 30% Unidades de geriatría de agudos Ancianos que viven en la comunidad.
- 30-40% Ancianos que viven en la comunidad
- 60% Ancianos que viven en la comunidad.

Pases

- Oral preparatoria
 - Boca → Bolo preparado, se mantiene hasta conseguir una consistencia adecuada
- Oral de transporte
 - Bolo → Faringe → inicio de la deglución → se dispara el reflejo deglutorio
- Fase faríngea
 - Desapar del reflejo deglutorio → Bolo para pasar a través del esfínter superior.
- Fase esofágica
 - Bolo alimentario es propulsado a través del esófago → Estómago.

Causas

- Orofaríngea
 - Anormalidades en coordinación neuromuscular.
 - Faringe
 - Esfínter esofágico superior.

• Etiología.

- Glucemia o disglucemia del puer del alimento a nivel retroestomal

• Diagnóstico

- Anamnesis completa y detallada
- Temporalidad del síntoma
- Tipo de alimento con el cual la presenta.

• Considerar

- Antecedente patológico
- Síntomas rescatador
- S. Gastrointestinal
- Costumbres de la dieta habitual
- Síntomas de hipomagnesemia
- Tr. Formaciones habituales

Exposición física.

- inspección física
 - Boca
 - # Pies dentales
 - Mandíbula
 - Morfología
- inspección cervical
 - Adenopatía
 - tumoraciones
 - Dolo
 - Alimención oral.

• inspección de la relación

- Postura cervical y del tronco.

• Pruebas de carga

- Test del agua
- Test de volumen de ingestión.

• Complicaciones

- Malnutrición y deshidratación
- Aspergiosis
- Necesidad de uso de nutrición artificial o por sonda
- Dependencia y aislamiento social

• Manejo

- intervenciones compensadoras
- Higiene oral
- intervención rehabilitadora
- Linxigis
- tratamiento farmacológico

Transtorno del sueño.

Factores que pueden causar Alteraciones del sueño en el anciano

- Cambio asociado al envejecimiento
- Factores psicosociales como la jubilación
- Enfermedades
- Muerte de un ser querido
- Alteración del ritmo circadiano

• Etapas del sueño.

- Fase del sueño REM

- Caracterizado por la combinación de movimientos rápidos episódicos de los ojos, ondas alfa electroencefalográficas de bajo voltaje

- Fase del sueño no REM

- Los estadios 1 y 2 constituyen el sueño ligero e los estadios 3 y 4 se denominan sueño profundo

- Envejecimiento ↑ El estadio 1 y ↓ los estadios 3 y 4 de forma ligera (25% AM cada día)

• Características psicológicas

• Ciclos

- Duran de 90-120 min
- 4 ciclos nocturnos
- 2, 3 y 4 no REM

• *Insomnio*

- Dificultad para conciliar el sueño provocando:

Fatiga

- Dificultad de atención

- Depresión social o laboral

- irritabilidad.

- *Patología*

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

- insomnio transitorio: Causado por estrés.

- insomnio crónico = personas con predisposición.

- temperatura corporal, cortisol

- Hipertensión

- Secreción de adrenalina

- Nivel de ACTH

• *Clasificación*

• Etiología

- Primario: raras causas

- Secundario: Causa por enfermedad crónica.

Incontinencia

- No forma parte del envejecimiento normal.
- Afecta el estado físico (infecciones, ulceras catetales, caídas y fracturas)
- Estado psicológico (Depresión, frustración entre personal y familia).
- Social (Cambio en la vida social y aislamiento)

Definición por la OMS

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

Definición por la ICS

- toda queja de pérdidas involuntarias de orina.

Prevalencia

- ↑ Mujeres
- Edad > 80 años.

Patogenia

- Conocer la causa subyacente
- Medidas higiénico-educativas.

Fisiopatología de la incontinencia urinaria.

• Estructura anatómica implicada en el funcionamiento

- Sistema Nervioso Central
- Sistema de los vías urinarias

• Misión normal

- Corteza cerebral sabe que el llenado
- tronco cerebral sabe que el vaciado.

• Fase de llenado

- Nervios somáticos controlan el esfínter externo vesical manteniendo el tono de la musculatura pélvica.

• Fase de vaciado

- Es provocada por el estímulo parasimpático que produce la producción vesical y a unido el tono simpático y somático.

Clasificación Clínica

- Derración

- Truncatura
- Establecida

• INE

- incapacidad de mantener a unido el esfínter de la uretra
- Provocado por
 - Tumor, Rins, Lesiones por y Realizar ejercicio

UI de urgencia

- Pérdida involuntaria de orina
- Sensación urgente de vaciar la vejiga (Micción imperiosa)
- Micción noctua
 - Más de 3 veces al día.

- incontinencia fecal.

- Pérdida del control de movimientos fecales.
- Depende de varios factores
 - Función mental
 - Consistencia y Volumen de la heces.
 - Tumor del colon.

• Factores de riesgo

- Edad
- Incontinencia urinaria
- DC.
- Enfermedades neurológicas

Resiliencia y resiliencia.

Resiliencia.

- Umbral a partir del cual la pérdida de la reserva psicológica y de la capacidad de adaptación del organismo empieza a ser insuficiente para mantener la independencia y se sitúa en riesgo de pérdida.

Marcas de resiliencia

• Fried 2001

- Pérdida de peso no intencionada
- Debilidad
- Cansancio
- Lentitud
- Bajo ° de actividad física

• Roetsuwerd 1994

- Pérdida de reserva psicológica
- Ausencia de entrenamiento social
- Enfermedad crónica
- Problemas psicosociales
- Comorbilidad médica

Patogenia

- Relacionado con la pérdida de la reserva psicológica del organismo durante de una falta de mecanismos compensatorios y pérdida de homeostasis debido a un declive a través de los años de múltiples sistemas corporales.

Test de funcionalidades individuales.

1
- Tiempo Up an Go

2
- Escala de equilibrio y marcha de Timbits

3
- Velocidad de marcha.

Prevenión y manejo recomendados

- Paciente aseta de movilidad a través de ejercicios físicos
- La fisioterapia y la progresión de ejercicios físicos han demostrado beneficios en Px no muy deteriorados
- Evitar el uso de la Medicación analgésica, antiespasmódica y poliparética.
- Cometerse a la cirugía de cuerdas vocales espásticas, espasmos crónicos y síndrome genético

Sanopenia

- Síndrome Carintio que resulta por la pérdida de masa y fuerza muscular espástica progresiva y generalizada que condiciona la discapacidad.

Relación con algunos Sx genéticos.

- Corea
- Praxiolol
- Abilidad sanopenia.

Categorías y Etapas

- Pre-sanopenia
- Sanopenia
- Sanopenia severa.

Mecanismos de evolución

Evolución de masa muscular

Evolución de fuerza muscular

Evolución de función muscular.

Sincope en el anciano

Definición

- Evento clínico caracterizado por la pérdida súbita de la conciencia debido a una hipoperfusión global transitoria de corta duración con recuperación completa casi de forma instantánea
- No supera los 20s.
- Presincope:
 - Síntomas y signos que preceden a la pérdida del conocimiento local no se llegan a producir

Etiología

- Mayor prevalencia en anciana
- Mayor frecuencia de etiología asociada a la edad.
 - Como por ejemplo:
 - Frecuencia cardíaca
 - torsión coronaria
 - Autoregulación de la circulación cerebral.
- Esta causa más frecuente de hospitalización en adultos mayor de 65 años.
- Pico de riesgo 10-30 años
- Otro a la 65 años

Tratamiento

- β Bloqueadores
- Paracetamol
- Etilpirina y meclizina

Patología

- Depresión cerebral global
 - Mecanismo fisiopatológico no conocido
- Depresión de presión delimitada como:
 - Tensión arterial
 - Prontico menuda perigenio.
 - Canto Caudum bajo

Etiología

- Hipotensión ortostática
- Síncopa reflejo (HSC)
- Vasos de cabal aneurisma.
- Anemia carotínea.
- Mixta.

Evaluación diagnóstica

- Historia clínica minuciosa la cual debe incluir los siguientes:
 - Antecedentes previos patológicos
 - Antecedentes hereditarios patológicos
 - Antecedentes hereditarios no patológicos
 - Consumo de medicamentos
 - Antena psicológica
 - Circunstancias acompañadas al episodio sincopal.

Pruebas diagnósticas

- Maniobra del arco carotídeo
 - Al presionar a valera la tensión y se produce un anoxia es importante realizar el procedimiento en un lado carotídeo.
- Pruebas ortostáticas
 - Expediciones activas