



Universidad del sureste
Campus Comitán
Medicina Humana



Tema:

Valoración y síndromes geriátricos

Nombre del alumno:

Daniela Elizabeth Carbajal De León

Materia:

Geriatría

Grado: 6

Grupo: "A"

Docente:

Dr. Romeo Suarez Martínez

Comitán de Domínguez, Chiapas a 13 de septiembre del 2024

VALORACION GERIATRICA (V.G.)

Cambios físicos, mentales y sociales → Pérdida de autonomía

- Conoce la situación basal del Paciente
- Mejora la precisión diagnóstica
- Evalúa la repercusión funcional de la enfermedad
- Diseña planes de cuidados y tratamiento
- Optimiza el uso de recursos sanitarios y sociales

muy bien



1. Evaluación biomédica: anamnesis, exploración y pruebas complementarias
(↑) tiempo, participación familiar, D previos, Sx geriátricos, Tx previos
Presencia de dolor (puntos)

- ▶ Constantes: TA en decubito y bipedestación, FC, FE, Temp y Oz
- ▶ Aspecto: Actitud, conciencia, atención y colaboración, hidratación y nutrición
- ▶ Cabeza: Asimetrías faciales, arco senil, corneal, alt. palpebral, cavidad oral, dentadura, puntos dolorosos y arterias temporales
- ▶ Cuello: Movilidad, dolor, latido carotídeo, tiroidea y adenopatías
- ▶ Tórax: Curvaturas patológicas, movilidad, ruidos cardiacos y pulmonares
- ▶ Abdomen: Hernias, ruidos hidroacústicos, hemorroides, fecalomas, masas y heces (varón: próstata)
- ▶ Extremidades: Deformidad ósea, atrofia muscular, movilidad, cambios colorados y pulsos
- ▶ Neurológica: Conciencia, Pares craneales, fuerza, sensibilidad, lenguaje, marcha, equilibrio
- ▶ Piel: Coloración, atrofia, hematomas, petequias y úlceras
- ▶ Genitales: atrofia, úlceras o infecciones

2. Evaluación funcional (capacidad de autonomía)

a) ABVD: índice de Katz evalúa la dependencia o independencia de 6 ABVD: baño, vestido, uso de retrete, transferencias, continencia y alimentación

índice de Barthel evalúa 10 ABVD: comida, baño, aseo, vestido, uso de retrete, continencia urinaria y fecal, transferencias, deambulación y subir/bajar escalones

b) AIVD: Capacidad, prueba de hacer ABVD)

Dream like THERE'S NO tomorrow

DEMENCIA

Síndrome adquirido caracterizado por deterioro persistente de funciones cognitivas, del estado mental y de la conducta social.

- ⊗ No causado por delirium.
- ⊗ Interfiere en las actividades de la vida diaria

1% En mayores 65 años.

5% En mayores 90 años

⊕ Calidad de vida

▶ Valoración clínica:

1. Memoria (de trabajo, episódica y semántica)
2. Orientación (Tiempo, espacio y persona)
3. Atención
4. Lenguaje
5. Praxias
6. Visión visoespacial
7. Función visuoconstructiva
8. Ejecutivas

Además los síntomas psicopatológicos y conductuales

1. Afectivos (Depresión, ansiedad, manías, agitación)
2. Psicóticos (Alucinaciones, delirios)
3. Comportamiento (Agitación, agresividad, alimentación, sueño)

- ✓ Índice de Katz o Barthel de actividades básicas de la vida diaria (ABVD)
- ✓ Índice de Lawton para actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)
- ✓ FIM evalúa ambas

La evaluación neuropsicológica es mediante un test de cribado; Test globales + Mini-baterías + Test memoria + Test funcionejecutiva + Test del reloj

Los criterios de demencia más utilizados son los del DSM-IV y CIE-10.

A) Deficit cognitivo múltiple

1. Memoria
2. Afasia, apraxia, agnosia, etc.

B) Deterioro AIAZ + social o laboral

C) No lo causa la depresión

▶ Realizar HC y EF neurológica (Nivel funcionalidad)

1. Quejas subjetivas de pérdida de memoria u otra alt. cognitiva
2. Deterioro funcional de causa no justificada
3. Depresión de inicio en edad avanzada
4. Cuadros confusionales durante un ingreso hospitalario

▶ Exploraciones

Estudios básicos (A)

1. Hemograma, perfil renal y hepático, iones con calcio, glicemia, lípidos, prot. H-típicos, Vit B12 y B9, TC o RM → (B) ←

▶ Clasificación

1. Degenerativas

- A) Corticales (Alzheimer)
- B) Subcorticales (atrofia de múltiples sistemas)
- C) Errores innatos del metabolismo (Eucodistrofias)

2. Secundarias

- A) Vasculares (isquémicas y hemorrágica)
- B) Por medicamentos (litio)
- C) Tóxicos (alcoholica)
- D) Trauma craneal (hematomas subdural)
- E) Celágeno (Lupus)
- F) Infecciosas
 - Bacterias (absceso, TB)
 - Viral (SIDA)
 - Hongos (Candidiasis)
 - Priones (Creutzfeldt-Jakob)

▶ Tratamiento → Integral

cognitivo, funcionales o sociales

1. ∅ de acetilcolinesterasa
 2. Memantina
 - 3) Uso juicioso de antidepressivos, benzodiazepinas y neurolepticos
- de:
1. Prescripción
 2. Gravedad

excelence



MALNUTRICIÓN

Es un factor de fragilidad
(+) Mortalidad
(+) Discapacidad
(+) Caidas / fracturas
Deterioro cognitivo
(-) Reactivación

Más del 50% se debe a causas reversibles
(+) Prevalencia, Infradiagnóstico, (-) calidad de vida.

Es la alt. de la composición y función corporal consecuencia de la deficiencia, exceso o desequilibrio del aporte de energía, proteínas u otras nutrientes, que representa un riesgo para la salud.

1. Exceso: obesidad, (+) PAB y T. adiposo
2. Deficit: desnutrición, (+) parámetros nutricionales por debajo del percentil 75
 - * Pérdida involuntaria 2% x 3em
 - " " 5% x mes
 - " " 10% x 6mes

* Pérdida de peso superior al 4% en un año se relaciona con (+) morbilidad y mortalidad

CLASIFICACIÓN

1. Desnutrición calórica (marasmo).
Falta o pérdida prolongada de energía y nutrientes, con (-) de peso. (T. adiposo u músc.)
* Parámetros bioquímicos son normales, antropométricos alterados
2. Desnutrición proteica (Kwashiorkor).
Desnutrición aguda por estrés que provocan disminución del aporte proteico u (+) requerimientos
* Parámetros antropométricos en límite
3. Desnutrición mixta. (Des anteriores).
Esto (+) grasa negra, la grasa y proteínas viscerales. Rx con desnutrición crónica previa que sobre estrés.
* (+) frec. medio hospitalario.
4. Estados carenciales.
Deficiencias aisladas de algún nutriente (oligoelementos o vitaminas); ya sea por (-) ingesta o (+) necesidades

VALORACIÓN

H.C., E.F., valoración social, funcional y cognitiva, valores antropométricos, bioquímicos e historia nutricional

1. Detectar factores de riesgo.
2. Detectar signos de malnutrición y enf. causante
3. Exploración de la masticación y deglución
4. Historia nutricional completa (recordatorio dietético)

FACTORES DE RIESGO

1. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento.
Ausencia Pz. dentales
* (+) gusto, olfato y placer.
* Alt. motilidad gastrointestinal (diarrea, distensión u saciedad).
Hormonas anorexígenas (colestilogramina, polipeptido y leptina)
* (+) secreción de insulina (resistencia periférica e intolerancia)
* Anorexia fisiológica (apetito u saciedad)
2. Deterioro funcional.
Dificultad / impedimento para realizar tareas como alimentarse, comprar u cocinar, o manejar los cobertores
3. Deterioro cognitivo.
Consecuencias funcionales que impiden la planificación y la ejecución de la alimentación (ideas delirantes, vagabundeo, negativismo, distrofia)
4. Pluripatología y polifarmacia
Ingesta de calorías y proteínas inadecuada, supone depleción de depósitos de energía y proteínas secundario a la producción de citoquinas por el proceso patológico.
5. Depresión.
Pérdida / Ganancia de peso
6. Factores sociales, pobreza, aislamiento social.
Ingresos (\$) no son suficiente para mantener dietas frescas y completas
* Alcoholismo son causas malnutrición
7. Iatrogenia
Se ven sometidos a dietas restrictivas (Na⁺ sal, (+) colesterol)

5. Alimentos prohibidos ingeridos en los últimos 24hrs., cantidad y calidad, hora y lugar.
6. Conocer la composición de los alimentos y necesidades diarias.

PADRUS

Depresión - ansiedad

- ↓ Síntomas ↑ frec. e incapacitantes
- All. calidad de vida.
- ↑ costes sociales y de salud

▶ ETIOLOGIA

↑ frec. en ancianos enfermos, y depende de su gravedad

1. E. Parkinson
2. Ictus
3. E. Alzheimer
4. E. Cardiovascular
5. Fractura de cadera
6. EPOC mod-grave

Existe una susceptibilidad genética. Se debe descartar otros trastornos que pueden ocasionar depresión

1. E. Endocrinas
2. Abuso de alcohol
3. Fármacos (drogas)

▶ CLINICA

- ↑ Quejas somáticas
- Trastornos del sueño
- Agitación
- Pensamientos de muerte
- Mala concentración
- Anhedonia (↓ placer)
- Irritabilidad
- ↓ Apetito y peso

▶ E. ASOCIADAS

1. E. Insidias
2. E. cardiopulmonar
3. Retirar sustancias
4. Fármacos
5. Hipoglucemia
6. Neoplasias

▶ Dx

1. Interrogatorio (más evaluación desencadenantes, APF y APP, medicamentos)
2. EF y Pruebas Columna y cognoscitiva

▶ Tx (min 6 meses)

- Trazodona
 - Fluoxetina
 - Fluoxetina
 - Sertalina
 - Escitalopram
 - Escitalopram (65cm)
- Terapia electroconvulsiva y psicoterapia

▶ PREVALENCIA (ANSIEDAD)

Varia en estudios, las más bajas corresponden a TCC, TP, TERT

▶ FACTOR DE RIESGO

1. Sexo femenino
2. Herencia
3. E. crónicas
4. Discapacidad
5. HTA
6. Deterioro cognitivo
7. Estado civil
8. ↓ Niv. educativo

▶ CLINICA

1. Disnea
2. Taquicardia
3. Temblor
4. Parestesias
5. Dolor presoridal
6. Miedo a morir
7. Náuseas/vómito
8. Visión borrosa

▶ EPIDEMIOLOGIA

Prevalencia varía dependiendo las circunstancias:

1. Comunidad (10%)
2. Residencias geriátricas (15-35%)
3. Hospitalizaciones (10-20%)

Cuando valores aumentan cuando existen otras afecciones como enfermedades cardiovasculares o neoplasias

▶ FACTORES PSICOSOCIALES

1. Muerte de la pareja o ser querido
2. Jubilación (pérdida de estatus social y económico)
3. Rechazo familiar o aislamiento social

▶ Pronóstico

- 25% totalmente bien
- 60% Estar bien con recaídas

excelente



▶ Tx (ANSIEDAD)

- Intervenciones psicoterapéuticas (TCC)
- 1. ISRS → Escitalopram, Sertalina, Paroxetina
- 2. IRSN → Venlafaxina, Desbexetina
- 3. Moduladores de GABA → Pregabalina
- 4. Benzodiazepinas
- 5. Buspirona

Delirium.

- Síndrome confusional agudo (SCA)
- Transitorio y reversible
- Altera la atención, conciencia y disfunción cognitiva

→ Puede cronificarse y generar secuelas permanentes.

▶ EPIDEMIOLOGIA

- Urgencias hospitalarias 14-24%
- ↑ Prevalencia a mayor edad
- ↑ en procedimientos quirúrgicos, traumatológicos, cirugía vascular o de cataratas

▶ FISIOPATOLOGIA

Los factores etiológicos se relacionan con alt. nivel del funcionamiento de los neurotransmisores a niv. cortical/subcortical.

1. Delirio colinérgico
 - Liberación de acetilcolina y disfunción de receptores muscarínicos
 - Elevada función dopaminérgica por antagonistas dopaminérgicos
 - Otros neurotransmisores implicados: ↑ GABA, precursores (serotonina) en encefalopatía hepática/uso de serotonina
 - ↓/↑ Serotonina, Melatonina o norpinefrina
2. ↑ de citoquinas proinflamatorias (Cx, trauma)
3. ↑ Niveles de cortisol (estrés)
4. Alt. en técnicas de imagen (aeros hiperbaricos cerebral)

▶ CRITERIOS Dx CIE-10 y DSM-5

1. Generales
 - A: Alt. conciencia + ↓ cap. para centrar atención (agudo/Fluctuante)
 - B: Cambios en funciones cognoscitivas
 - C: corto periodo de tiempo
2. Por condiciones médicas
 - D: Anamnesis, EF, Lab.
3. Por intoxicación
 - D: Anamnesis, EF, Lab.
4. Por retirada de sustancias
 - D: Anamnesis, EF, Lab.

excelente



▶ Dx DIFERENCIAL

- Delirium: confusión e inatención
- Depresión: Anhedonia
 - Transtornos psicóticos: alterado el contacto con la realidad

▶ BENZODIACEPINAS

Para control inmediato + Lorazepam

• Otros

- Cometzol
- Antidepresivos

▶ CONSECUENCIAS

1. ↑ morbimortalidad
2. Delirio funcional y cognitivo
3. ↑ costes de atención sanitaria y social

▶ ETIOLOGIA → Multifactorial

1. Factores predisponentes
 - 1. Edad avanzada
 - 2. Sexo masculino
 - 3. Sexo femenino
 - 4. Depresión / ansiedad o desencadenantes

2. Factores precipitantes
 - 1. IAM, IC, TEP, neumonía
 - 2. Gastrointestinales (encefalopatía hepática, impacción fecal severa)
 - 3. Genitourinarias (UR, infección, retención severa)
 - 4. Neoplásicas
 - 5. Dolor severo (rheumáticos, metabólicos)
 - 6. Shock
 - 7. Fármacos
 - Antiarrítmicos (digoxina)
 - Anti HTA (metildopa)
 - Antiparkinsonianos (L-dopa)
 - Antihistamínicos (difenhidramina)
 - Anestésicos
 - Opiáceos

▶ TX FARMACOLOGICO → 10 causas

1. Neurolepticos típicos
 - Butirofenonas (haloperidol)
 - Fenotiacinas (clorpromazina)
 - Tioxantenas (zuclopentixol)
2. Neurolepticos atípicos
 - Risperidona
 - Olanzapina
 - Quetiapina
 - Clozapina
 - Ziprasidona, aripiprazol

• Dosis, E. asociada, metabolismo

PADRUS

FARMACOLOGÍA E IATROGENIA

80% ancianos
 presenta alguna enf. crónica como HTA, DM, IC, artrosis, etc.
 (Ovarios simultáneos)
 ↑ consumo fármacos

Con el envejecimiento se producen una serie de modificaciones en la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos

- ↑ Sensibilidad
- ↑ Reacciones adversas
- +30% de ancianos no cumplen la pauta de tx indicada
- 40-80% automedicación

La iatrogenia, entendida como los acontecimientos adversos producidos en cualquier forma de intervención de los servicios de salud y sociales.

FARMACOCINÉTICA (Alteraciones)

- (A) Absorción: Por (↑) pH gástrico por desarrollo de gastritis atrofica, retraso de vaciado gástrico, (↓) Flujo sanguíneo intestinal, alt. movilidad (↓) y (↓) # cel absorbentes.
- (D) Distribución: (↑) grasa corporal, (↓) grasa magra y agua corporal total, vol. IEC, GC, flujo cerebral y cardíaco. = Distribución de fármacos hidrofílicos (↓) y lipofílicos (↑).
- (M) Metabolismo: (↓) Flujo sanguíneo y la masa hepática = (↓) depuración de fármacos. Además de otros factores como raza, sexo, tabaquismo, dieta e interacciones farmacológicas que pueden alterar el metabolismo hepático.
- (E) Eliminación: (↓) importante de la masa renal, # y tamaño de las nefronas

Reacc como oxidativas - conjugadas
 TFG: + ni año

FARMACODINAMIA (Alt.)

- Sensibilidad:
 - (+) Estabilizantes, betaagonistas y furosemida.
 - (+) Benzodiazepinas, opiáceos, metoclopramida, etc.
- Mecanismos homeostáticos: Por disfunción del SNA, alt. de la termoregulación, disfunción cognitiva, intolerancia a glucosa e inmunodeficiencia (Expone al R a sincope leídas, reacciones alergia y estreñimiento).

excelente



sigue así

Comunidad 2-4 por persona/d
 Residencial 3,5
 Hospital 4,8

RAM (R. adversas)

Causa de ingreso hospitalario o de complicación clínica por factores de riesgo.

- Biologicos (edad, raza, sexo, bajo peso corporal)
- Farmacologicos (polifarmacia, L del tx, altas dosis)
- Psicosociales (B adherencia al tx, automedicación, tomas erróneas)
- Patologicos (enf. previas, gravedad y antecedentes RAM)

Presentan signos y síntomas poco específicos

CC → inestabilidad, caídas, depresión, delirium, incontinencia fecal u orinaria, estreñimiento, diarrea, lesiones dermatológicas

AMS = fallo renal
 Retinada de fármacos
 Empeora una enf. preexistente
 y reacción psicológica

IATROGENIA

HOSPITALARIA

40% estancia hospitalaria son ancianos

- (↑) Prolongados
- (↑) # reingresos

Riesgo de deterioro funcional y mala atención por intradiagnósticos, sobrediagnósticos, infratratamiento y sobretratamiento
 40% complicaciones ↑ 75 años

Tanstoros del sueño

Cambios asociados
→ al envejecimiento

El sueño normal se divide en etapas

- 1) F. REM: mov. rápidos episódicos de los ojos, atonia muscular, ondas electroencefalográficas de bajo voltaje, rápidas y desincronizadas; (#) 6ª década
- 2) Fase No REM: son 4 estadios, el 1º y 2º es el sueño ligero, 3º y 4º sueño profundo o de onda lenta (sueño homeostático); (#) estudio 1, (#) estudios 3, 4 y 5; sueño (#) 27 min x década

La transición de vigilia a sueño es cíclica y cada ciclo tiene una duración de 90 a 120 min. T. del sueño: (#) morbimortalidad y (#) calidad de vida

• **INSOMNIO** (+) Prevalente

↳ Dificultad para iniciar o continuar el sueño, su calidad (no reparador) u duración (despertares precoces)

Factores predisponentes: Edad, \bar{A} , enf. concomitantes (patología médica, psiquiátrica o fármacos), (#) nul. socioeconómico y factores genéticos → ESTRES

• **FISIOPATOLOGÍA**

Transitorio puede ocurrir en cualquier persona; El insomnio crónico tiene una predisposición de base como la depresión o ansiedad, (+) act. metabólica, (+) act. beta en el electroencefalograma al inicio del sueño o (+) # despertares

- 1) Temp. corporales
- 2) Cortisol urinario
- 3) secreción de adrenalina
- 4) Nul. de ACTH (+)

Existe susceptibilidad genética, factores exógenos como la cafeína, la luz y el estrés

Genes del ritmo circadiano: Clock y Per2, también mutaciones y polimorfismo del gen GABA y del receptor de la serotonina en pacientes con insomnio crónico

- Primario: \bar{A} causa ID
- Secundario: contexto de patología

- Agudo/transitorio: días/semanas
- Crónico: > 1 mes
- Consolidación: dif. inicio de sueño (30 min)
- Mantenimiento: despertares > 30 min
- Despertar precoz: 2 hrs antes de la habitual o < 6 hrs de sueño total

• **CAUSAS**

- 1) Salud: enf. médica (psiquiátricas)
- 2) Sociales: hospitalización, jubilación, guerra
- 3) Ambientales: ruidos, calor
- 4) Fármacos: cafeína, alcohol, β -bloqueantes

• **EVALUACIÓN**

Describir causas médicas o farmacológicas, incluir labor: función renal, hepática, endocrina, pulmonar y hematológica

- 1) Polisomnografía
- 2) Test latencias múltiples del sueño

• **De alt. respiratorias del sueño**

Documento apnea obstructiva del sueño
Narcolepsia
Comportamientos violentos
Parasomnias atípicas o inusuales

Análisis del comportamiento: ver televisión, fumar, leer, pasar mucho tiempo en cama, intensidad de la luz y del ruido, temperatura, el compañero de habitación, análisis síntomas nocturnos (Congestas, Jactos, inquietud), act. relacionadas durante el día (gustos, tipo de trabajo), estilo de vida y estado de ánimo

• **TRATAMIENTO**

- 1) Higiene del sueño
- 2) Medidas psicológicas: como ejercicio, relajación y psicoeducación
- 3) Fármacos:
 - Antagonistas de receptores de benzodiazepinas
 - Zolpidem
 - Zaleplon
 - Benzodiazepinas de acción intermedia
 - Lorazepam(t $\frac{1}{2}$ ↑ 2-4 veces en los mayores)

PADRUS

DISFAGIA

Dificultad para el paso del bolo alimentario desde la boca al esófago inferior
(+) Edad, (compromete el estado nutricional)

Repercusiones físicas y emocionales.
(+) riesgo neumonía por aspiración.
(+) Calidad de vida.
Prev. 22% mayores de 50 años

► DEGLUCIÓN

Es el resultado de una compleja y coordinada actu. motora (nervios (musc.) dirigido por el tronco del encéfalo (PC, V, VII, IX, X, XI, XII) + acción cortical, núcleos grises cerebrales y el cerebelo.

- 1) Fase oral preparatoria
boca - bolo - faringe (masticación).
- 2) Fase oral transporte
bolo - faringe - ístmo - reflejo deglutorio.
- 3) Fase faríngea
reflejo deglutorio - bolo - EES.
- 4) Fase esofágica
bolo - esófago - estómago.

► ENVEJECIMIENTO

Pérdida progresiva de las fibras mielínicas y amielínicas, atrofia axonal, (+) contracción del músculo liso, asociado a la ausencia de picos dentales y (+) salivación.

► DIAGNÓSTICO

Anamnesis completa, ± síntomas

- 1) Antecedentes patológicos: AVC, Parkinson, enf. Alzheimer.
- 2) Tx farmacológico habitual.
- 3) Síntomas de hipomov. faríngea: degluciones fraccionadas, tos inmediata o diferida, babeo.
- 4) Síntomas respiratorios: infecciones con antibiótico.
- 5) Síntomas gastrointestinales: pirosis, sangrado.
- 6) Características de la dieta habitual.

Exploración física

- 1) Facial: # lbs dentales, limpieza, sello labial, mov. linguales, sello palatoglosa, mov. masticación.
- 2) Cervical: adenopatías, tumor, dolor, alineación ósea.
- 3) Sedestación: postura cefalica y del tronco.

1) Disfagia orofaríngea (80%)

anormalidades en la coordinación neuromuscular a nivel de la faringe y el EES.

2) Disfagia esofágica (20%)

entrecimiento o dificultad de paso de alimentos a nivel retroesternal después de la deglución.

► CAUSAS

1) Disfagia orofaríngea

- Neuromusculares
Enf. cerebrovascular.
Enf. parkinson.
Esclerosis múltiple.
- Estructurales
Diverículos de Zenker.
Defecto cervical.
- Otros
Alzheimer
Hiposialia

2) Disfagia esofágica

- T. motilidad
Acalasia.
Espasmo esofágico difuso.
Esclerodermia.
- Neuromusculares
Neuropatía diabética
Neuropatía tiroidea.
- Obstrucción mecánica
Neoplasias.
Diverículos.

► COMPLICACIONES

- 1) Aspiración → infección respiratoria (50%)
- 2) Malnutrición y deshidratación.
- 3) Dependencia y aislamiento social.

► INTERVENCIONES

⊙ IECA

- 1) Compensadores: (relevo del déficit estructural o neurológico)
 - 2) Rehabilitadora: mil mese y nervioso.
 - 3) Qx: dilatación con balón, colocación stent o toxina botulínica.
 - 4) Higiene oral
- ⊗ Benzodiazepinas

PADRUS