



**Universidad del Sureste  
Campus Comitán  
MEDICINA HUMANA**

**Alumna:**

**Esthephany Michelle Rodríguez López**

**Materia:**

**Geriatría**

**Grado: 6 Grupo: A**

**Comitán de Domínguez a 13 de septiembre del 2024**



FECHA **muy bien**

# Valoración geriátrica



El proceso de envejecimiento de abarca cambios físicos, mentales y sociales.

## → EVALUACIÓN BIOMÉDICA

- En el paciente mayor la anamnesis requiere más tiempo debido al frecuente deterioro.
- **CONSTANTES**: T/A en decúbito y bipedestación, FC, FR, temperatura y  $SO_2$ .
- **ASPECTO GRAL**: Actitud, grado de conciencia, atención y colaboración, estado de hidratación y nutricional.
- **CABEZA**: Inspeccionar asimetrías faciales, la presencia de arco senil corneal, alteraciones palpebrales, cavidad oral y dentadura, palpar puntos dolorosos y arterias temporales.
- **CUELLO**: Valorar su movilidad, dolor a la palpación de la columna cervical, latido carotídeo, palpar el tirorides y presencia de adenopatías.
- **TÓRAX**: Inspeccionar la existencia de curvaturas patológicas y la movilidad durante la respiración. Auscultar los tonos cardíacos y pulmonares.
- **ABDOMEN**: Observar la presencia de hernias, auscultar ruidos hidroacústicos y soplos, detectar masas y megalias, dolor superficial y profundo. Tacto rectal para detectar presencia de hemorroides, fecalomas, masas.
- **EXTREMIDADES**: Valorar deformidades óseas, atrofia muscular, dolor a la movilidad activa y pasiva, cambios tróficos cutáneos y pulso.
- **EXP NEUROLÓGICA**: Explorar el nivel de conciencia, pares craneales, fuerza y sensibilidad, lenguaje, marcha y equilibrio.
- **PIEL**: Observación de la coloración y el estado de la mama así como la existencia de eritema cutáneo, hematomas, petequias y úlceras.
- **GENITOS EXTERNOS**: Valorar alteraciones como atrofia, úlcera o infección.

## → EVALUACIÓN FUNCIONAL

La valoración funcional nos informa sobre la capacidad que tiene el paciente para llevar a cabo su vida habitual y mantener su autonomía en su medio.



Etheophany Michelle Rodriguez Lopez

# Síndrome Confusional A.

- \* Síndrome clínico transitorio y reversible
- \* Caracterizada por una alteración en la atención, nivel de conciencia y distorsión cognitiva

## → EPIDEMIOLOGÍA

- Urgencias hospitalarias 14-24%
- Prevalencia ↑ a mayor de edad
- Ancianos frágiles o con demencia

## → FISIOPATOLOGÍA

- No se conoce con seguridad
- Diferentes factores etiológicos de delirium podrían tener un mecanismo común a la alteración a nivel del funcionamiento de los neurotransmisores cerebrales.

## → CLÍNICA

- Alt. cognitiva
- \* Desorientación
- \* Pensamiento desorganizado
- \* Alt. del lenguaje
- Alt. perceptiva
- \* Ilusiones
- \* Delirios

## \* Alucinaciones

- Alt. somáticas
- \* Temblor fino de alta frec.
- \* mioclonías
- \* Asterixis

## → SUBTIPOS

- \* Hiperactivo 15-20% ≤ inquietud delirios semi-demencia
- \* Hipoactivo 20-70% ≤ letargia
- \* MIXTO 43-56%

## → ETIOLOGÍA

- Compleja y multifactorial
- En px vulnerable.

## → Fx de Riesgo modificable

- Deterioro sensorial (visión/audición)
- Uso o dependencia de tóxicos y fármacos
- Malnutrición
- Dehidratación

## → Fx de Riesgo No modif:

- Edad avanzada
- Sexo masculino
- Deterioro cognitivo
- Múltiples comorbilidades
- Cirugía reciente

muy bien



## → DIAGNÓSTICO

- \* Ant. personales
- \* valoración geriatrica integral
- \* Anamnesis \* EF
- \* Exp. mental
- \* Hemograma, CPK, LDH.

## → TRATAMIENTO

- Nutrición
- Fármacos neurolepticos
- Benzodiazepinas → clonazepam
- Antidepresivo

# DEMENCIA...

No reversible

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

• PREVALENCIA: 6.5% - → Aumenta desde un 4.2% • > Mujeres

→ DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO

\* Historia clínica

Memoria  
Orientación  
Atención  
Lenguaje  
Praxias  
⊕

Repercusión de alteración cognitiva

\* Evaluación neuropsicológica

- Test breves de cribado de alta sensibilidad y especificidad  
- Completar con SPCD  
- Escala: Geriatric Depression Scale de Yesavage

\* Criterios

- DSMIV-TR  
- CIE-10

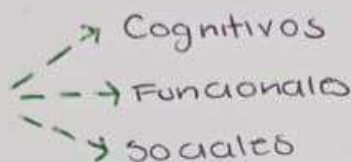
→ FX RIESGO

\* Edad avanzada  
\* Obesidad

→ TRATAMIENTO

\* Integral

\* Atendido a aspectos



→ TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE TRASTORNOS CONDUCTUALES

\* Manejo no farmacológico

\* Antidepresivos

\* Benzodiacepinas

\* Neurolepticos

• NIVELES ASISTENCIALES EN LA ATENCIÓN

Nivel asistencial	Actividad
Unidad de diagnóstico y evaluación	* Diagnóstico global y TX * Evaluación multidimensional
Centro de día (GDS 4, 5 o 6)	* Información de recursos sociales, asesoría legal y educación familiar * Manejo médico (funcional)
Unidad geriátrica de agudos	* Manejo de patologías médicas intercurrentes en px con demencia
Unidad de rehabilitación	* Rehabilitación funcional y control de conductas disruptivas
Unidad de larga estancia	* Institucionalización definitiva si no existe posibilidad de manejo domiciliario * Estancias temporales
Atención domiciliar	* Manejo de px severos y en situación terminalidad

→ TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SÍNTOMAS COGNITIVOS

\* Inhibidora de acetilcolinesterasa

- Donepezilo - Rivastigmina  
- Galantamina - Memantina

→ ASPECTO BIOÉTICO

\* Problemas éticos y legales

\* Manejar prima integral

\* Conocimiento de la legislación vigente y en la comunicación

excelente



Esthephany Michelle

Rodríguez López

6ª

Esthephany Michelle Rodríguez López

# Depresión y Ansiedad

excelente



## → Depresión en el anciano

\* Constituye uno de los síndromes geriátricos más frecuentes

## → EPIDEMIOLOGÍA

\* Las cifras son difíciles de comparar.

\* Geriatric Mental state para la detección de depresión en los ancianos

\* 15% de personas mayores de 65 años han presentado episodios de depresión

## — MANIFEST. CLINICAS

- Fama atípica
- Aumento en quejas somáticas
- Trastornos del sueño
- Agitación
- Pensamientos de muerte
- Mala concentración
- Anhedonia (incapacidad de experimentar placer)
- Irritabilidad

## → PRONÓSTICO

A largo plazo, sólo un 25% de los pacientes parecen estar totalmente bien, mientras que un 60% están en recaídas.

## → DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

\* Interrogatorio \* Exp. Física \* Criterios diagnósticos  
 ↓ ↓ ↓  
 Síntomas Inicio Geriatric Depression CIE-10, OMS, DSM-IV-TR

## → ETIOLOGÍA

\* Factores biológicos

Depresión > FCT: Ancianos enfermos

\* Gravedad de la enfermedad física

\* Grado de incapacidad • Parkinson • Letus

\* Deterioro cognitivo coexistente

\* Factores psicosociales

\* La muerte de la pareja o un ser querido \* Carga familiar

\* La jubilación con la consiguiente pérdida de estatus social y económico

\* Aislamiento social • Discapacidad

• Disminución del apetito y de peso

• Inseguridad

• Lentitud en el pensamiento

• Aplanamiento afectivo

• "Síndrome de Cotard" = <sup>Delirio de negar</sup> <sub>dilatación resp. al cuerpo</sub>

## → SUICIDIO Y DEPRESIÓN

• Riesgo de suicidio es cuatro veces mayor que en otras ent. psiquiátricas

• 60-90% ancianos con intento de suicidio presentan síntomas depresivos



# FARMACOLOGÍA E IATROGENIA

• Cerca del 80% de los ancianos presentan alguna enfermedad crónica, o varias enfermedades simultáneamente → Condiciona un alto consumo de fármacos.

## → ENVEJECIMIENTO Y FARMACOLOGÍA

**ABSORCIÓN** ← Gástrico  
Intestinal

• Cambios fisiológicos secundarios al envejecimiento afectan a la absorción de los fármacos

- Incremento pH gástrico (agente)
- Retraso de vaciación gástrica
- Disminución del flujo sanguíneo
- Alteración de la motilidad intestinal

## DISTRIBUCIÓN

### ENVEJECIMIENTO

- Grasa corporal incrementa progresivamente
- Masa magra disminuye
- Agua corporal disminuye
- Costo cardíaco disminuye
- Vol. del líquido extracelular disminuye
- Flujo sanguíneo cerebral disminuye

Volumen de distribución de los fármacos hidrofílicos disminuye y el de los lipofílicos aumenta.

## METABOLISMO

Alteraciones de las reacciones oxidativas son secundarias a la disminución de la masa hepática, más que a la reducción de la actividad enzimática. Reducciones del flujo sanguíneo hepático pueden reducir la depuración de fármacos: Antidepresivos tricíclicos, lidocaína, opioides, propranolol.

## ELIMINACIÓN

• ENVEJECIMIENTO: Reducción de masa renal, número y tamaño de nefronas

• Reducción de la depuración de ciertos fármacos: Acetazolamida, IECA, aminoglucósidos, digoxina, furosemida, metformina, ranitidina.

### \* SENSIBILIDAD ALTERADA

Ancianos responden menos a los betabloqueantes, beta-agonistas y furosemida. Sensibilidad variable a los antagonistas de calcio.

### \* ALT EN MECANISMO HOMEOST

- Alteraciones homeostáticas que afectan a la respuesta a fármacos.
- Síncopes y caídas ← Antihipertensivo / Neuroleptico
- Retención urinaria y estreñimiento
- Caídas y fracturas

## IATROGENIA Y USO DE FÁRMACOS

Reacciones adversas a medicamentos (RAM)

Prevalencia media 30%

Cuarta causa de muerte en anciano

Causa más frecuente de ingreso hospitalario

*Dream like THERE'S NO tomorrow*

excelente



sigue así

# MALNUTRICIÓN



◦ Forma parte de los grandes síndromes geriátricos y ◦ factor de fragilidad.

## → IMPORTANCIA

Radica en la alta prevalencia en geriatría, su intradiagnóstico y las consecuencias catastróficas para la salud y calidad de vida.

Ancianos institucionalizados → Prevalencia 23-85%

## → DEFINICIÓN

Alteración de la composición y tonañ corporal consecuencia de la deficiencia, exceso o desequilibrio del aporte de energía, proteínas u otros nutrientes, que represente un riesgo para la salud.

**Obesidad** → Aporte excesivo, aumento de peso y tejido adiposo

**Desnutrición** → Aporte deficiente, disminución de parámetros nutricionales

## → CLASIFICACIÓN

◦ **Desnutrición calórica (marasmo)**: Falta o pérdida prolongada de energía y nutrientes con disminución de peso.

Parámetros bioquímicos → normales Antropométricos → Alterados

◦ **Desnutrición proteica (Kwashiorkor)**: Desnutrición aguda en situaciones de estrés que provocan disminución del aporte proteico e aumento de los requerimientos

◦ **Desnutrición mixta**: Marasmo ⊕ Kwashiorkor

↓ Masa magra ↓ Grasa ↓ Proteínas viscerales

◦ **Estados carenciales**: Deficiencia aislada de algún nutriente

## → Fx/ DE RIESGO

◦ **Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento**:

- Ausencia de piezas dentales
- ↓ Sentido del gusto y olfato
- Disfagia
- Distensión gástrica
- Saciedad

◦ **Deterioro funcional**:

- Dificulta la realidad de tareas necesarias  $\leftarrow$  Alimentarse cocinar

◦ **Deterioro cognitivo**:

- Planificación y ejecución del proceso de alimentación

◦ **Pluri patología y polifarmacia**:

- Ingesta inadecuada de carbohidratos y proteínas

◦ **Depresión**:

- Pérdida o ganancia de peso

◦ AINEs → **ÚLCERAS** *Dream like THERE'S NO tomorrow*



# TRASTORNOS DEL SUEÑO

FECHA

El sueño reparador es esencial para una vida sana.

## \* FASE DE SUEÑO REM

Caracterizada por la combinación de movimientos rápidos episódicos de los ojos, atonía muscular y ondas electroencefalográficas.

## \* FASE DE SUEÑO NO/REM

Estadio 1 y 2 → Sueño ligero  
Estadio 3 y 4 → Sueño profundo  
16-83 años el sueño ↓ aproximadamente 27 minutos

Transición de vigilia a sueño → Cíclica → Cada ciclo de 90-120 min

Trastornos del sueño → Aumentan la morbimortalidad y ↓ calidad de vida

## → INSOMNIO

Trastorno del sueño más prevalente. \* Alteraciones en la calidad del sueño

### Criterio diagnóstico ICSD-2

- \* Dificultad para iniciar el sueño, despertar precoz o no tener un sueño reparador
- \* Dificultad del sueño se produce a pesar de que se den facilidades necesarias
- \* Dificultad de conciliar el sueño debe producir al menos 1 alteración: Fatiga o molestar, concentración, etcétera...

### \* FISIOPATOLOGÍA

- \* Interacción de factores ↳ Biológicos, Físicos, Ambientales
- \* Manifestación de hiperactividad
- \* Temperaturas corporales
- \* Cortisol urinario \* Nivel ACTH ↑
- \* Secreción de adrenalina

### \* Causas de insomnio

- Salud ↳ Ent. médicas, Ent. psiquiátricas
- Social ↳ Hospitalización, Jubilación
- Ambiental ↳ Ruidos, calor
- Farmacológica ↳ cafeína, Alcohol

### Clasificación del insomnio

- ETIOLOGÍA ↳ Primario, Secundario
- DURACIÓN ↳ Agudo, Crónico
- MOMENTO ↳ Conciliación, Mantenimiento

### Evaluación clínica

- HC detallada
- Estudio básico de laboratorio
- Polisomnografía
- Test de latencias múltiples del sueño

### \* Tratamiento no farmacológico

- Ejercicios de relajación
- Psicoterapia
- \* Medidas de higiene del sueño
  - Acostarse únicamente si tiene sueño
  - Si no queda dormido en 20 min, levantarse
  - Evitar la cafeína y el alcohol
  - Horario fijo para acostarse y levantarse
  - No estar en cama más de 8 horas

### \* Tratamiento farmacológico

- Hipnóticos < 4 semanas
- Zolpidem y zaleplon → insomnio de conciliación
- Benzodicepinas → Lorazepam



# DISFAGIA

Dificultad para el paso del bolo alimentario desde la boca hasta el estóago inferior.

PREVALENCIA → 22%. Adultos mayores (50 años) 30% → Geriatria de agudos

## → FISIOLÓGIA DE LA DEGLUCIÓN NORMAL

- Fase oral preparatoria: Comienza en boca y termina cuando el bolo está preparado para el desplazamiento hacia la faringe.
- Fase oral de transporte: Empieza cuando el bolo se desplaza hacia la faringe y termina cuando el bolo pasa por el istmo de los arcos.
- Fase faríngea: Inicia con el disparo del reflejo degutorio y termina en esfínter.
- Fase esofágica: Bolo alimentario es propulsado a través del estóago al estómago.

## → ENVEJECIMIENTO Y DEGLUCIÓN

- Cambios en fisiología - EN EL → Envejecimiento → Pérdida progresiva fibras
- Atrofia axonal en sistema nervioso motorio → Ancianos sanos
- Debilidad de músculos laríngeos • Relajación anormal del músculo cricofaríngeo

## → CAUSAS DE DISFAGIA

### Disfagia orofaríngea

- \* Neuromusculares
  - Miastenia gravis
  - Ent. cerebrovascular
  - Esclerosis múltiple
  - Ent. Parkinson

- \* Estructurales
  - Divertículo de Zenker
  - Estenosis cervical
  - Anillo de Schatzki
  - Mamp. esofágicos

→ FÁRMACOS → PRODUCEN ESOFAGITIS

- Acidronato y bismuto
- AINE • Fenitoína
- Cloro potásico
- Quinina • A. Ascórbico

## → COMPLICACIONES

- \* Aspiración • Deshidratación
- \* Malnutrición • Dependencia
- \* Aislamiento social

### Disfagia esofágica

- \* Trastornos de motilidad
  - Acalasia
  - Espasmo esofágico difuso
  - Esfínter esofágico inferior
  - Esclerodermia

- \* Neuromusculares
  - neuropatía diabética
  - neuropatía tiroidea
  - Miconazolam crónico
  - Ent. de breiter

## → DIAGNÓSTICO

- \* Anamnesis completa
- \* Exploración física
- \* Pruebas de cribaje

Test del agua  
Test de volumen viscosidad

### \* Obstrucción mecánica

- Acoplamientos
- Divertículos
- Estrabecos y anillos
- compresión vascular