



**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

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 LÓPEZ

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% \leq inquietud delirios semi-demencia
- * Hipoactivo 20-70% \leq 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

→ DIAGNÓSTICO

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

→ TRATAMIENTO

- Nutrición
- Fármacos neurolepticos
- Benzodiazepinas → clonazepam
- Antidepresivo

muy bien



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

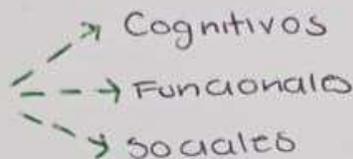
Memoria
Orientación
Atención
Lenguaje
Praxias
⊕

Repercusión de alteración cognitiva

-> TRATAMIENTO

* Integral

* Atendido a aspectos



-> TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE TRASTORNOS CONDUCTUALES

* Manejo no farmacológico

* Antidepresivos

* Benzodiazepinas

* 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 A

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" = ^{Delirio de negar} _{dilatación respiratoria} al cuerpo

→ 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 / Neuroléptico
- Retención urinaria y estreñimiento
- Caídas y **excitante** sedantes

IATROGENIA Y USO DE FÁRMACOS

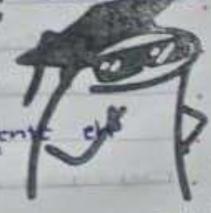
Reacciones adversas a medicamentos (RAM)

Prevalencia media 30%

Cuarta causa de muerte en anciano

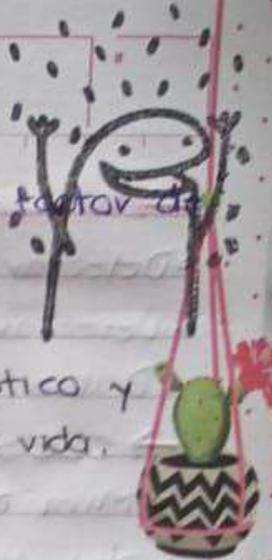
Causa más frecuente de ingreso hospitalario

Dream like THERE'S NO tomorrow



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
- Alimentarse
- Cocinar

◦ **Deterioro cognitivo**:

- Planificación y ejecución del proceso de alimentación

◦ **Pluri patología y polifarmacia**:

- Ingesta inadecuada de calorías y proteínas

◦ **Depresión**:

Perdida o ganancia de peso

◦ AINE → **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, Hospitalización
- Social ↳ 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% → Geriátrica de agudo

→ 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 esofaríngeo
 - Mamp. esofágicos

Disfagia esofágica

- * Trastornos de motilidad
 - Acalasia
 - Espasmo esofágico difuso
 - Esfínter esofágico inferior
 - Esclerodermia
- * Neuromusculares
 - neuropatía diabética
 - neuropatía tiroidea
 - Miconiomas crónicos
 - Ent. de Bremer
- * Obstrucción mecánica
 - Neoplasias
 - Divertículos
 - Estrabecos y anillos
 - compresión vascular

→ FÁRMACOS → PRODUCEN ESOFAGITIS

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

→ DIAGNÓSTICO

- * Anamnesis completa
- * Exploración física
- * Pruebas de cribaje ↳ Test del agua
↳ Test de volumen viscosidad

→ COMPLICACIONES

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