

Universidad del sureste

Campus Comitán

Medicina Humana

Nombre del tema:

Resumes

Nombre del alumno:

Lizbet Noelia Estrada Carballo

Materia:

Geriatría

Grado: 6°

Grupo: "A"

Docente:

Dr. Romeo Suárez Martínez

Comitán de Domínguez Chiapas 13 de septiembre de 2024.



muy bien

Estroda Carballo Lizbet Noel

FECHA

TITULO

Valoración Geriátrica Integral

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

- En el mayor debemos hacer un enfoque diagnóstico, clínico y terapéutico diferente si hay cambios fisiológicos y anatómicos asociados a la edad, forma atípica de presentar las enfermedades y patologías propias de su edad.
- La VGI es la herramienta principal de la asistencia al paciente mayor.

- La VGI se aplicará a todas nuestras pacientes en los distintos niveles asistenciales.

Estructura e instrumentos de la VGI

- Facilita la recogida de información, agilizar su transmisión entre profesionales y homogeneizar criterios.
- En el px mayor la anamnesis requiere más tiempo debido al frecuente deterioro en varias esferas.
- Evaluación Física del px mayor debe hacerse con la misma metodología que el resto de pacientes.
- La exploración Física comenzará por la observación e inspección del estado general del px.
- Tomas constantes y exploración topográfica:

Constantes: tensión arterial (olecúbito y bipedestación), FC, FR, TEMP. ¹⁴⁻²² ³⁶⁻³⁷ ³⁶

Aspecto general: Grado de conciencia, estado de hidratación y nutricional (peso, altura, IMC).

Cabeza: Simetrías faciales, presencia de arco senil corneal, cavidad oral y dentadura, puntos dolorosos y arterias temporales.

Cuello: Valorar su movilidad, dolor a la palpación de columna cervical, latido carotídeo, palpar tiroides, presencia de adenopatías.

Tórax: Inspeccionar la existencia de curvaturas patológicas, Auscultar los ruidos cardiacos (ritmo, soplos y ruidos anómalos) y pulmonares (ruidos anómalos).

Dream like THERE'S NO tomorrow

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD.

File Mes Año
muy bien

- La depresión constituye uno de los sx geriátricos más frecuentes e incapacitantes.
- Afecta en gran medida la calidad de vida del que padece y además se asocia a unos elevados costes sociales y de la salud.

EPIDEMIOLOGIA

- Las cifras de depresión en los ancianos son difíciles de comparar, ya que la prevalencia varía dependiendo de las circunstancias en que estos se encuentran: en la comunidad, en residencias geriátricas y hospitalizados.
- La entrevista mediante la Geriatric Mental State es uno de los sistemas más válidos para la detección de depresión en los ancianos.
- Etiología. Tanto las Fx biológicas como las demográficas y sociales, adquieren importancia dentro de la etiopatogenia de la depresión en px geriátricos.
- La depresión es más frecuente en ancianos que están físicamente enfermos que en los que están sanos.
- La depresión en las personas ancianas se presenta muchas veces de una forma atípica y se dificulta hacer el dx clínico.
- En Px de más edad - aumento de quejas somáticas, trastornos de sueño, agitación, pensamiento de muerte.
- Signo común es la anhedonia (incapacidad de experimentar placer, pérdida ilusión).
- Irritabilidad, aplanamiento afectivo, lentitud en el pensamiento, disminución de apetito y de peso.
- Personas de edad avanzada tienen mayor probabilidad de presentar sintomatología psicótica.

SCA

SINDROME CONFUSIONAL AGUDO (DELIRIUM)

- Es un sx diario transitorio y reversible caracterizado por una alteración en la atención, el nivel de conciencia y disfunción cognitiva, de inicio agudo y curso fluctuante.
- La prevalencia de SCA varía en función del ámbito en que se encuentre el px.
- La prevalencia aumenta a mayor edad, en ancianos frágiles o con demencia, y a mayor severidad de la patología que motivó el ingreso.
- El delirium tiene importantes consecuencias tanto sanitarias como económicas.

FISIOPATOLOGIA. - Actualmente no se conoce con seguridad la fisiopatología del SCA, siendo considerada más una lesión funcional que estructural.

- Déficit de colinérgico: con la edad se produce disminución de la liberación de acetilcolina y disfunción de receptores muscarínicos.
- Eleva función dopaminérgica cerebral: tanto los agonistas dopaminérgicos como la L-dopa pueden desencadenar cuadros confusionales con delirios y alucinaciones.
- Aumento del GABA (neurotransmisor inhibidor del SNC).
- Aumento o disminución de la concentración de serotonina.
- Melatonina (que afecta al sistema serotoninérgico) o la norepinefrina.

ETIOLOGIA. Es compleja y multifactorial.

- Las alteraciones en el nivel de conciencia, y secundariamente, en la capacidad de atención, de inicio agudo (hrs o días) y curso fluctuante se acompañan de alteraciones cognitivas (desorientación, pensamiento desorganizado), Alteraciones perceptivas, Alteraciones somáticas.

- Evaluación del px con SCA - Antecedentes personales, Valoración geriátrica integral, Anamnesis, Exploración Física, Exploración mental.

trabajo



DEMENCIA

La demencia es un sx adquirido caracterizado por el deterioro persistente de funciones cognitivas, del estado mental y de la conducta social. e interfiere en los actos de la vida diaria, la actividad laboral o social.

• Prevalencia es del 6,5% aumentando un 4,2 entre los 65 y 74 años hasta el 27,7% en los mayores de 85 años → Siendo mayor mujeres.

- Dx.

o Valoración clínica - Funciones cognitivas a explorar son memoria (de trabajo, episódica), la orientación (tiempo, espacio y persona), la atención, el lenguaje etc.

o Evaluación neuropsicológica - Evaluación mediante un test general de cribado y complementarlo con el test cortos que evalúen memoria, lenguaje, praxis y funciones ejecutivas.

o Aplicación de criterios de demencia - DSMIV-TR (2000) y los de la CIE-10 (1992)

- CIE-10 es más restrictiva, establece la ausencia de alteraciones del nivel de conciencia y exige un criterio de mantenimiento de la sintomatología durante 6 meses.

- DSMIV-TR incluye =

A. Déficit cognitivo múltiple que afecta a:

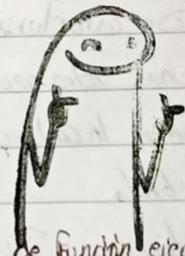
A1. Memoria.

A2. Presencia de afasia, apraxia, agnosia o alteraciones de función ejecutiva.

B. Los déficits cognitivos de los criterios A1 y A2 han de ser suficientes graves para provocar un deterioro significativo.

C. No se presentan solo durante un delirium y no son causados por una depresión.

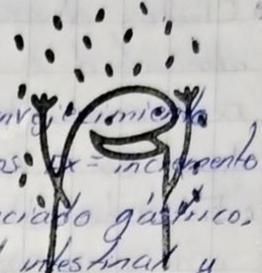
- Exploraciones complementarias. Serología para sífilis, Borrelia y VIH, Tomografía de emisión de positrones, RM: funcional como RMW-rCBV (perfusión cerebral regional), Electroencefalograma,



FARMACOLOGIA E IATROGENIA

06/09/2024

Envejecimiento



- Envejecimiento y FARMACOLOGIA.

- Alteraciones farmacocinéticas.

- Absorción: Los cambios fisiológicos secundarios al envejecimiento afectan a la absorción de las fármacos debido a diversas causas: \downarrow incremento del pH gástrico (desarrollo de gastritis), retraso de vaciado gástrico,

- \downarrow Flujo sanguíneo intestinal, alteración de la motilidad intestinal y \downarrow del número de células absorbentes.

- Distribución: Debido a que la grasa corporal \uparrow , se disminuye la masa magra, el agua corporal total, el volumen del líquido extracelular, el gasto cardíaco, el flujo sanguíneo cerebral y cardíaco, y todo esto da como resultado de que el volumen de distribución de las fármacos hidrofílicos \uparrow y el de las lipofílicos \uparrow .

- Metabolismo: Con la edad hay un descenso del flujo sanguíneo y de la masa hepática.

- Eliminación: El filtrado glomerular, la secreción tubular, y el flujo sanguíneo renal disminuyen a partir de los 20 años. Los medicamentos o metabolitos activos son excretados vía renal \rightarrow Reducción de la depuración de ciertos fármacos (acetazolamida, IECA, Metformina, Vancomicina etc).

- Sensibilidad alterada: Son sensibles a los benzodiazepínicos (midazolam, diazepam), opiáceos, Metoclopramida, agonistas de la dopamina, levodopa, neurolepticos y anticoagulantes orales.

- Sensibilidad variables antagonistas de calcio.

- Alteraciones de los mecanismos homeostáticos: Se presenta la disfunción del eje HPA (ortostatismo, disfunción intestinal y vesical), alteración de la termorregulación, disfunción cognitiva, intolerancia a la glucosa.

- IATROGENIA Y SU USO DE FÁRMACOS

- Reacciones adversas a medicamentos (RAM). Son una causa relativamente frecuente de ingreso hospitalario o de complicaciones clínicas.

Hay mayor prevalencia de RAM en personas mayores debido a \uparrow de riesgo: \uparrow Fx biológico (edad, sexo, raza, bajo peso corporal, \downarrow reserva funcional),

\uparrow Fx farmacológicas (polifarmacia, tiempo de tx, altas dosis de fármacos, falta de ajuste de dosis según a edad y peso, prescripción inadecuada),

\uparrow Fx psicosociales (Falta de adherencia al tx, tomas erróneas, automedicación).

TRASTORNOS DEL SUEÑO.

- Fx que influyen a las alteraciones del sueño en el px anciano: Cambios asociados al envejecimiento, Fx psicosociales (jubilación, enfermedades, muerte de un familiar, alteraciones del ritmo circadiano, otros). Sueño normal se divide:
 - Fase de sueño REM: Caracteriza por combinación de movimientos rápidos episódicos de los ojos, atonía muscular, ondas electroencefalográficas de bajo voltaje, rápidas y desincronizadas. (duración de esta fase ↓ 6^{ta} década de la vida).
 - Fase de sueño no REM: Estadios 1 y 2 constituyen el sueño ligero mientras que los estadios 3 y 4 se denominan sueño profundo o de onda lenta (sueño homeostático).
- Los trastornos del sueño ↑ la morbimortalidad y ↓ la calidad de vida de los px y son infradiagnosticados.

INSOMNIO

- Sueño más prevalente en la práctica médica, criterios diagnósticos:
 - Dificultad para iniciar el sueño, para mantener sueño.
 - La dificultad del sueño se produce a pesar de que se den las facilidades necesarias para tener un sueño reparador.
 - Dificultad del sueño - Alteraciones = Fatiga o malestar, déficit de atención, deterioro de memoria, alteraciones en el estado de ánimo, somnolencia diurna, ↓ motivación.
- Otras Fx - edad, sexo F, enf. concomitantes, bajo nivel socioeconómico y Fx genéticas.

- FISIOPATOLOGÍA

- El insomnio → Resultado de las interacciones de Fx biológicas, físicas y ambientales.
- Insomnio transitorio (ocurre en cualquier persona).
- Insomnio crónico - se desarrolla en personas con predisposición (depresión o ansiedad)
- El insomnio es una manifestación de hiperactividad

- Clasificación

- Primario (si no se identifica la causa). Secundario (cuando aparece en el contexto de otro cc) ← Más frecuente.
- Agudo transitorio (cuando la duración es de días a semanas), crónico (cuando dura más de 1 mes).
- Conciliación (cuando hay dificultad para iniciar el sueño > 30 min), Mantenimiento (cuando hay problema para mantener el sueño con despertares que duran > 30 min)
- Despertar precoz (despertar mínimo 2 hrs antes de lo habitual para el px o un sueño

MALNUTRICIÓN

Noelia Estrada Carballo.

- Alteración de la composición y función corporal consecuencia de la deficiencia, exceso o desequilibrio del aporte de energía, proteínas u otros nutrientes, que presentan un riesgo para la salud.
- Indicador de malnutrición (pérdida de peso involuntario del 2% en una semana, 5% en un mes o el 10% en seis meses).

Clasificación de la desnutrición.

◦ La causa de la desnutrición puede ser primaria por ingesta inadecuada o mala calidad de los alimentos, o secundaria a enfermedades o crónicas que alteran la ingesta, ↑ de necesidades o interfieren en la utilización de los alimentos.

◦ Desnutrición calórica (marasmo): por falta o pérdida prolongada de energía y nutrientes.

◦ Desnutrición proteica (Kwashiorkor): desnutrición aguda en situaciones de estrés que provocan ↓ del aporte proteico o ↑ de los requerimientos.

◦ Desnutrición mixta: mezcla las características de los dos procesos anteriores.

◦ Estados carenciales: Cuando tiene lugar una deficiencia aislada de algún nutriente ya sea ↓ de su ingesta o por ↑ de sus necesidades.

Fx de riesgo de malnutrición en el anciano.

◦ Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. (Ausencia de piezas dentales, disminución del sentido del gusto y del olfato etc.).

◦ Deterioro funcional - que dificulta o impide la realización de alimentarse.

◦ Deterioro cognitivo

◦ Depresión.

◦ Fx sociales, pobreza, aislamiento social

◦ Integridad - aparte de la anorexia y alteraciones digestivas causadas por algunas fármacos, el anciano se ve sometido a dietas restrictivas.

Valoración nutricional.

◦ La evaluación nutricional del anciano forma parte de la valoración geriátrica integral: historia clínica, exploración física, valoración social, funcional y cognitiva, valores antropométricos, valores bioquímicos, e historia nutricional.

◦ El primer paso para detectar las Fx de riesgo de malnutrición es a través de la historia clínica y los cuestionarios estructurados: (Mini Nutritional Assessment, Nutritional Risk Screening, Malnutrition Universal Screening Tool).

Valoración antropométrica.

◦ PESO - Indicador más sencillo de malnutrición calórica

DISFAGIA

- Dificultad para el paso del bolo alimentario desde la boca hasta el esófago inferior.
- Común en la población general, su prevalencia ↑ con la edad.
- Las repercusiones no son solo físicas si no también emocionales (estado de ánimo del Dx y aislamiento social).

Fisiología de la deglución normal

- La deglución es el resultado de una compleja y coordinada actividad motora en la cual intervienen multitud de nervios y músculos de la boca y cuello.
- Fase oral preparatoria: Comienza en la boca y se termina cuando el bolo está preparado para el desplazamiento hacia la faringe. (masticar la comida → conseguir consistencia adecuada).
- Fase oral de transporte: Empieza cuando el bolo se desplaza para ser propulsado hacia la faringe y termina cuando el bolo pasa por el istmo de las fauces y se dirige al reflejo deglutorio.
- Fase faríngea: Se inicia con el disparo del reflejo deglutorio y termina cuando el bolo pasa por el esfínter esofágico superior.
- Fase esofágica: Durante la cual el bolo alimentario es propulsado a través del esófago hasta el estómago.

- Envejecimiento y deglución.

- Cambios en la fisiología de la deglución asociada al envejecimiento.
- Pérdida progresiva de las fibras mielínicas y amielínicas, atrofia axonal en el sistema nervioso mielínico.

- Causas de disfagia.

- Disfagia orofaríngea. - Es la causa más frecuente en el anciano (enf. cerebrovascular secundaria a lesiones). Estudios clínicos con videofluoroscopia han revelado una prevalencia de 64%.
- Disfagia esofágica, se puede presentar por alteraciones en la motilidad esofágica (acalasia y espasmo esofágico difuso, alteraciones estructurales de las cuales el carcinoma esofágico y la estenosis péptica son frecuentes).

- Dx.

- Fundamental realizar una anamnesis completa y detallada (importante la temporalidad del síntoma y tipo de alimento con el cual se presenta).
- Antecedentes patológicos (AVC, Parkinson, enf. Alzheimer).
- Tx farmacológico habitual.
- Síntomas respiratorios (infecciones que hayan requerido tx antibiótica).
- Síntomas gastrointestinales (pirosis, sangrado digestivo).

