

ODS

Geriatría

Resumen: Malnutrición en AD.

Bergia Feliciano Trejo Ruiz.

Bibliografía: Manual de Presidentes
de Geriatría.



UDS

FF
revisado.

Generación

Demencia

Gergio Fabián Tejero Ruiz

Bibliografía: Manual de
Geriatría.

UDS

FF
REVISADO

Geriatría

Resumen: Depresión en el Adulto Mayor

Sergio Fabián Trigo Ruiz.

Bibliografía: Manual de Geriatría

GPC - Epidemiología Depresión en ADW.

delos e con

r una Evaluación Neuropsicología

UDDS

Geriatrica

Unidad I

Resumen: Valoración Geriatrica.

Sergio Fabián Trejo Ruiz.

Bibliografía: Manual del Residente en Geriatrica

Trabajo
incompleto



UDS

Generativa

Resumen: Disfagia en AD

Georgo Fabián Tejero Ruiz

Bibliografía: Manual de Generativa.

Distofagia: Dificultad para tragar

La distofagia o dificultad para tragar, es un problema común, especialmente en personas mayores. Puede afectar la nutrición, aumentar el riesgo de neumonía por aspiración y deteriorar la calidad de vida.

Prevalencia: Afecta al 22% de los adultos mayores de 50 años. Prevalencia del 30% en unidades de geriatría. Más común en residencias de ancianos.

Fisiología normal: La deglución es un proceso complejo que implica involucrar músculos y nervios de la boca, garganta y esófago. Se dividen en 4 fases: Oral preparatoria, oral de transporte, faríngea y esofágica. Envejecimiento y deglución; Cambios en la fisiología de la deglución asociados al envejecimiento: Atrofia muscular, disminución de la salivación, debilidad muscular **l**aríngea, estos cambios aumentan el riesgo de aspiración. **Causas:** Distofagia

Ortoríngea (80%): Problemas en la coordinación muscular de la garganta. Enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, distofagia esofágica (20%) Problemas en el esófago, acalasia, espasmo esofágico difuso, cáncer esofágico, estenosis péptica (por medicamentos o reflujo). **Diagnóstico:** Anamnesis completo, exploración física (inspección facial y

cervical), pruebas de cribaje (test de agua, test de volumen viscoso) y videofluoroscopia (patrón de oro). **Complicaciones:** Aspiración (neumonía), malnutrición y deshidratación.

Manejo: Enfoque multidisciplinario, dependencia y aislamiento social (modificación de dieta, postura). **Intervenciones compensatorias** (músculos), cirugía en casos de obstrucción, rehabilitación farmacológica (evitar medicamentos que empeoran la distofagia nutricional artificial por sonda en casos graves

UDES

Geriatría

Resumen: Alteraciones del Sueño

Sergio Fabián Iñe Ruiz

Bibliografía: Manual de Precedentes.

Alteraciones de los sueños en las demencias.

Prevalencia: Afecta a casi la mitad de los pacientes con demencia.

Fisiopatología: Pérdida de las vías noronales en el núcleo supraquiasmático del hipotálamo. Presentación clínica: Síndrome crepuscular o del atardecer: Delirio, confusión, inquietud, hiperactividad, vagabundeos, agitación, insomnio, alucinaciones, ansiedad o ira. Agitación nocturna:

Similar al síndrome crepuscular. Disritmia circadiana: Fase adelantada al sueño. Trastornos de conducta REM (TCBR) Actividad motora intensa durante la actividad en el sueño (REM)

Alteraciones del sueño en los principales trastornos neurodegenerativos:

Enfermedad del Alzheimer: Insomnio, aumento de los despertares, siestas diurnas, disminución del sueño lento profundo y REM.

Enfermedad de Parkinson: TCBR, hipersomnia. Demencias por cuerpos Lewy: Alteraciones del sueño-vigilia más pronunciadas que en la enfermedad de Alzheimer, TCBR, hipersomnia, insomnio.

Demencia frontotemporal: Alteraciones del sueño, sobre todo cuando se afecta el lóbulo temporal derecho. Tratamiento:

Insomnio primario: Trazodona, sedantes no benzodiazepínicos, neurolepticos atípicos. Síndrome crepuscular y agitación nocturna: Medidas higiénicas del sueño, técnicas psicológicas, descartar causas precipitantes, retirar fármacos. Disritmia circadiana: Melatonina, fototerapia. Alucinaciones: Inhibidores de la acetilcolinesterasa, neurolepticos atípicos. TCBR: Clonazepam

(PSG) método de elección. Poligrafía respiratoria (PR) Menos precisa que la PSG. Oximetría nocturna: No se recomienda como método diagnóstico. Tratamiento: Medidas higiénicas del sueño: Abstinencia al alcohol y tabaco. evitar benzodiazepinas, dormir en posición lateral, cabecera elevada. Dieta: Perdido de peso en pacientes obesos. - CPAP nasal: Corrige los fenómenos obstructivos, mejora la calidad de sueño, reduce el riesgo de accidentes y normaliza la presión arterial. Otros dispositivos de avance mandibular, cirugía.

Síndrome de piernas inquietas (SPI)

Definición: Impulso irresistible de mover las piernas, los brazos u otras partes del cuerpo, que da lugar a una incapacidad física y emocional.

Prevalencia: 5-15% de la población general, aumenta con la edad.

Características: Sensación desagradable, de hormigueo profundo en los muslos o gemelos que empeora en el reposo: Criterios

diagnósticos: Impulso de mover las extremidades asociado a parestesias y distesias, necesidad de revolverse en la cama o levantarse a caminar para sentir alivio. Los síntomas empeoran en el reposo y se alivian con la actividad, variación circadiana de los síntomas, más intensas por la noche. Fisiopatología. Anormalidades de las vías dopaminérgicas centrales y subcorticales. Clasificación:

Primario o idiopático: Historia familiar de SPI exploración neurológica normal. Secundario: Asociado con enfermedades

con deficiencia de hierro, medicamentos. Diagnóstico: Clínico, exploración neurológica, ferritina sérica baja. Tratamiento:

Agonistas de los receptores dopaminérgicos: Ropinirol, pramipexol.

psicológicas durante el sueño). Test de latencias múltiples del sueño. Tratamiento: Medidas no farmacológicas: Higiene del sueño, Ejercicios de relajación, psicoeducación. Medidas farmacológicas: Se busca evitar la prescripción de hipnóticos. Uso limitado de agonistas de receptores de benzodiazepinas de vida media corta. Fármacos para insomnio crónico que no responden a terapias cognitivo conductuales. Antidepresivos (Arazodona, mirtazapina) para insomnio asociados a trastornos del ánimo. Insomnio en el anciano hospitalizado: Causas intrínsecas y extrínsecas. Tratamiento preferiblemente no farmacológico. Uso de hipnóticos de vida media corta si es indispensable, intervenciones no farmacológicas.

Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño (SAHS)

Definición: Somnolencia, excesiva, trastornos cognitivo-conductuales, respiratorios, cardíacos, metabólicos e inflamatorios secundarios a episodios repetidos de obstrucción de la vía aérea superior al sueño. Índice de apneas-hipopneas

(IAH): Número de apneas/hipopneas dividido por las horas de sueño.

Dx. IAH > 5 asociado a síntomas relacionados con la enfermedad.

Prevalencia: Muy prevalente, aumenta con la edad. Consecuencias:

Deterioro de la calidad de vida, enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, accidente de tráfico, aumento de la mortalidad.

Factores de riesgo: Edad, sexo masculino, índice de masa corporal

Definición de términos: Apnea: Cese del flujo sanguíneo durante al menos 10 segundos. Hipopnea: Reducción del flujo aéreo mediante 10 segundos o más, con disminución de flujo aéreo mayor de 50% con desaturación de oxígeno de al menos un 4%.

Fisiopatología: Origen multifactorial, colapso de la vía aérea superior debido a un desequilibrio de fuerzas.

Clínica. Tríada clínica: Roncopatía crónica, apneas

hipersomnia diurna. Métodos diagnósticos

Transtorno del sueño

Introducción: El sueño reparador es esencial para una vida sana. Etapas del sueño: Sueño REM: Se caracteriza por movimientos rápidos en los ojos, atonía muscular y ondas electroencefalográficas rápidas. Disminuye con la edad. Sueño no REM: Se divide en cuatro estadios. Los estadios 1 y 2 son sueño ligero, mientras que los estadios 3 y 4 son sueño profundo. La duración del estadio 1 aumenta con la edad, mientras que los estadios 3 y 4 disminuyen. Importancia: Los trastornos del sueño aumentan la morbimortalidad y deterioran la calidad del paciente.

1.- Insomnio: Definición: Dificultad para iniciar o mantener el sueño, despertares precoces o sueño no reparador. Criterios diagnosticados: Dificultad para dormir a pesar que las condiciones son las adecuadas. Síntomas diurnos: fatiga, déficit de atención, irritabilidad, somnolencia, etc. Factores predisponentes: Edad, sexo femenino, enfermedades con contaminantes, bajo nivel socioeconómico, factores genéticos. Factores precipitantes: Estrés. Factores perpetuantes: malos hábitos de sueño. Fisiopatología: Interacción de factores biológicos, físicos y ambientales. Clasificación: Primaria: sin causa identificada. Secundaria: Asociado a otro cuadro clínico, Agudo o transitorio: Duración de días a semanas. Crónico: Duración superior a un mes.

De conciliación: Dificultad para iniciar el sueño. **De mantenimiento:** Dificultad para mantener el sueño. **De despertar precoz:** Despertar dos horas antes de lo habitual. Causas: Salud: Enfermedades médicas y psiquiátricas, Sociales: Hospitalización, jubilación, pobreza, Ambientales: Ruidos, calor, Farmacológicas: Cafeína, alcohol, medicamentos. Evaluación clínica: Historia detallada laboratorio: Polisomnografía, (registro de parámetros)

UDS

Muy bien

Geriatría



Resumen: Farmacología e Iatrogenia en el ADM.

Sergio Fabian Trigo Ruiz

Bibliografía: Manual de Residentes de Geriatría.