



Mi Universidad

Resúmenes

Alexa Avendaño Trujillo

Geriatría

6 "A"

Enfermedades

Dr. Romeo Suárez Martínez

Comitán de Domínguez Chiapas.

Valoración geriátrica (VGI)

- Herramienta principal de la asistencia al px. mayor
- Rubenstein → Proceso dx. multidimensional, interdisciplinaria dirigido a cuantificar los problemas y cap. médicos del mayor para trazar un tx y el seguimiento a largo plazo.

OBJETIVOS DE LA VGI:

- Conocer la situación basal del px.
- Mejorar la precisión dx
- Diseñar planes de cuidados y tx.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

① Constantes:

- TA en decubito y bipedestación
- FC • FR • Temp • SpO₂

② Aspecto general:

- Actitud
- Grado de conciencia
- Grado de atención
- Grado de colaboración
- Estado de hidratación y nutricional (peso, altura e IMC)

③ Cuello:

- Movilidad
- Dolor a la palpación de columna
- Latido carotídeo
- Tiroides
- Adenopatías

④ Cabeza:

- Asimetrías facial
- Arco senil corneal
- Alt. palpebrales
- Cavidad oral.

⑤ Tórax:

- Curvaturas patológicas
- Mov. durante la resp
- Auscultación

⑥ Abdomen:

- Hernias, masas y megalia
- Auscultar ruidos
- Tacto rectal → hemorroides, fecalomas, masas y PRÓSTATA.

⑦ Extremidades:

- Deformidades óseas
- Atróficas
- Movilidad
- Cambios tróficos
- Pulsos

⑧ Exploración neurológicas:

- Nivel de conciencia
- Pares craneales → Trec. pupilas pequeñas con reflejo
- Fuerza
- Sensibilidad
- Lenguaje
- Marcha
- Equilibrio

⑨ Piel:

- Colibración
- Atrofia cutánea
- Hematomas
- Petequias
- Úlceras decubito

⑩ Genitales externos:

- Atrofia
- Ulceraciones
- Infecciones



Síndrome confusional

AGUDO

Es un síndrome clínico transitorio y reversible caracterizado por una alteración en la atención, el nivel de conciencia y disfunción cognitiva, de inicio agudo y curso fluctuante.

EPIDEMIOLOGIA

- Hospitalarias 14-24%
- Ingreso 6 al 56%
- UCI 70-87%
- Plantas quirúrgicas 15-62%
- Cuidados paliativos 83%
- Ancianos 32-62%

excelente



MAGNITUD

- 1. Aumento de la morbilidad.
- 2. Deterioro funcional y cognitivo
- 3. Incremento de los costos de atención sanitaria y social

FISIOPATOLOGIA

1. Disrupción a nivel de neurotransmisores cerebrales.

1. Déficit colinérgicos (\downarrow liberación de acetilcolina)
2. \uparrow función dopaminérgica cerebral (confusión, delirios)
3. Otros neurotransmisores implicado
 - > Incremento del GABA
 - > Aumento o disminución de serotonina
 - > Melatonina.

2. Procesos inflamatorios

1. \uparrow determinadas citoquinas proinflamatorias (IL-6 e IL-8)
2. Procesos infecciosos, traumáticos provocan \uparrow citoquinas
3. \downarrow grado de inflamación en enf. neurodegenerativas como la demencia \rightarrow mayor susceptibilidad.

3. Altos niveles de cortisol

1. \uparrow de esteroides \rightarrow delirium
2. \uparrow de cortisol \rightarrow disrupción en el eje hipotálamo-hipofisario-corticoadrenal.

4. Alteración demostradas

Las nuevas técnicas de neuroimagen funcional han permitido identificar regiones concretas

\rightarrow \uparrow vulnerabilidad a desarrollar SCA.

Demencia.

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

• Epidemiología

- Prevalencia 6.5% (65 y 74a)
- 27.7% entre 85 años
- 1% mayores de 65 años
- 5% mayores de 90 años

• Diagnóstico

- Historia clínica
- Exploración neurológica.
- Evaluar percepción
- Criterios

Criterios DSM IV-TR.

① Déficit cognitivo múltiple

- Memoria
- Al menos presencia de afasia, apraxia, agnosia o alteración de la función ejecutiva.

② Déficit de criterios graves para provocar deterioro significativo en la actividad social.

③ No se presenta delirium y no son causados por una depresión.

Petersen (2004) —→ No demencia.

1. Quejas de pérdida de memoria, corroboradas por un informador
2. Deterioro de memoria respecto a edad y nivel educativo (>1.5 DS)
3. Función cognitiva general normal
4. Ausencia de demencia.

muy bien



• Imágenes

- Serologías por sífilis
- TAC multicorte
- RM coronal elevado
- SPECT dopaminérgico

• Tratamiento

- No uso de estatinas, estrógenos - progestéror y antiinflamatorios.
- MEMANTINA

Farmacología e iatrogenia

- Cerca del 80% de los ancianos presenta alguna enfermedad crónica.
- 30% de los ancianos no cumplen la pauta de tratamiento.
- Factor sociocultural que interviene en la eficacia es el automedicación.
- La mayoría de episodios iatrogenos en los ancianos se producen por fármacos y sus interacciones.

Envejecimiento y farmacología

① Absorción:

Los cambios fisiológicos secundarios al envejecimiento afectan a la absorción de los fármacos debido a diversos factores:

- Incremento del pH gástrico por desarrollo de gastritis atrófica
- Retraso de vaciado gástrico
- Disminución del flujo sanguíneo intestinal
- Alteración de la motilidad intestinal
- Disminución del número de células absorbentes

② Distribución:

Con el envejecimiento la grasa corporal se incrementa progresivamente, también disminuyen la masa magra, agua corporal total, volumen del líquido extracelular, gasto cardíaco, flujo sanguíneo cerebral y cardíaco.

→ Las enf. concurrentes pueden generar alteraciones en las concentraciones séricas.

muy bien

③ Metabolismo:

Se metabolizan mediante dos fases:

a). Fase I: Reacciones oxidativas que son mediadas por las enzimas monooxigenasa del citocromo P450 y sus enzimas (CYP1A2, CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6 y CYP3A4).

b). Fase II: Reacciones conjugadas con un grupo acético o un azúcar para mejorar su polaridad, hidrosolubilidad y excreción renal.



Malnutrición.

04/10/24

Se define malnutrición como la alteración de la composición y función corporal consecuencia de la deficiencia, exceso o desequilibrio del aporte de energía, proteínas u otros nutrientes.

clasificación:

1. **Desnutrición calórica:** Por falta o pérdida prolongada de energía y nutrientes con disminución de peso a costa de pérdida de tejido adiposo.
* Bioquímicos normales
* Antropométricos alterado
2. **Desnutrición proteica:** Desnutrición aguda en situaciones de estrés que provocan ↓ del aporte proteico o ↑ requerimientos.
* Antropométricos normal
* Proteínas ↓
3. **Desnutrición mixta:** Mezcla de los dos anteriores, tiene lugar en pacientes con desnutrición crónica, previa que sufren estrés.
4. **Estados carenciales:** Deficiencia aislada de algún nutriente (oligoelementos o vitam), ↓ de su ingesta o ↑ necesidad.

factores:

- Envejecimiento
- Deterioro funcional
- Deterioro cognitivo
- Pluripatología
- Depresión
- Iatrogenia

• valoración nutricional.

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

- | | |
|----------|-----------------|
| > Nombre | > Altura |
| > Edad | > Act. física |
| > Sexo | > Alimentos 24h |
| > Peso | > Bebidas 24h |

excelente



→ Es necesario conocer la composición de los alimentos y necesidades diarias de nutrientes.



sigue así

Trastorno del sueño.

Diversos factores pueden contribuir a las alteraciones del sueño en el paciente anciano:

- Cambios asociados al envejecimiento
- Factores psicosociales como la jubilación
- Muerte de un familiar
- Alteraciones ritmo circadiano.

Etapas:

> Fase del sueño REM:

- Combinación de movimientos rápidos episódicos de los ojos, atonía muscular y ondas electroencefalografías de bajo voltaje, rápidas y desincronizadas.

→ La transición de vigilia a sueño dura cada siglo de 90 a 120 minutos aprox.

> Fase del sueño NO REM:

- con el envejecimiento se incrementa progresivamente la duración del sueño ligero y el sueño profundo de forma lineal.

• se estima entre los 16-83 años ↓ 27 minutos cada década.

INSOMNIO

Dificultad para iniciar el sueño, para mantener el sueño, despertar precoz o no tener un sueño reparador.

- Más prevalente en la práctica médica
- Fatiga o malestar, déficit de atención
- Edad
- Sexo femenino
- Enf. concomitantes
- ↓ socioeconómico.

① Fisiopatología

El insomnio transitorio puede ocurrir en cualquier persona, mientras que el insomnio crónico suele desarrollarse en personas que predisponen de ansiedad y depresión.

- Hiperactividad
- Diurnas
- Temperaturas corporal
- Cortisol urinario
- secreción de adrenalina
- niveles de ACTH ↑
- estrés
- cafeína

→ Mutaciones y polimorfismos del gen GABA y del receptor de serotonina.

Gen que regulan ritmo circadiano CLOCK y Per2.

2) Clasificación

- > Primario si no se identifica
- > Secundario aparece cuadro clínico
- > Agudo si son días a semanas
- > Crónico más de un mes
- > Conciliación > 30 min iniciar sueño
- > mantenimiento > 30 min despertar
- > despertar precoz mínimo 2 horas

3) causas

- > Edad
- > Salud
- > factores sociales
- > Ambientales
- > Fármacos

4) Evaluación clínica

Consiste en realizar una historia detallada del paciente descartar las causas médicas o farmacológicas que favorecen el insomnio, realizar un estudio básico de laboratorio que deberá incluir función renal, hepática, endocrina, pulmonar y hematológicas.

PoliSomnografía:

- Diagnóstico de alteraciones respiratorias del sueño.
- Ajuste de la presión positiva en la vía aérea en las alteraciones respiratorias del sueño.
- Documentaciones de la apnea obstructiva del sueño antes de la uvulopalatofaringoplastia.
- Narcolepsia
- Comportamientos violentos durante el sueño
- Parasomnias atípicas o inusuales.

5) Tratamiento

> NO farmacológica.

- Acostarse únicamente si tiene sueño
- Si no tiene sueño en 20 minutos levantarse
- Evitar cafeína y alcohol
- Tener un horario fijo para acostarse
- NO estar en la cama > 8 horas.
- Utilizar la habitación para solo dormir
- Tener la habitación a una temperatura adecuada
- NO acostarse hasta 2 h después de la cena
- Realizar ejercicio diario
- Evitar estímulos mentales.

> Farmacológicas

- Evitar prescripción de hipnóticos
- Antagonistas de receptores de benzodiazepinas
- Insomnio de reconciliación ---> zolpidem y zaleplon
- Insomnio de mantenimiento --> lorazepam
- Trastorno de ánimo ---> trazodona y mirtazapina

⑥ Insomnio en el anciano hospitalizado

- > Intrínsecas: Cambios en el patrón del sueño, enfermedades médicas subyacentes, fármacos, abstinencia de medicamentos y alcohol.
- > Extrínsecas: Medios hospitalarios, actividades para el cuidado del paciente, temperatura, luz, ruido, telemetría, monitores y otros pacientes.

Tratamiento

- Té de hierbas y leche tibia
- Evaluar medicamentos que causen insomnio
- Hipnóticos de vida corta
- Masajes
- Reducir ruido y luz
- Cambios ambientales

Síndrome de apnea - hipopnea del sueño

Estado de somnolencia excesiva, trastornos cognitivo-conductuales, respiratorios, cardíacos, metabólicos e inflamatorios secundarios a episodios repetidos de obstrucción de la vía aérea superior durante el sueño.

---> factor: edad, sexo masculino y IMC

> Apnea: El cese del flujo aéreo durante al menos 10 segundos.

> Hipopnea: Reducción del flujo aéreo durante 10 o más segundos, una disminución del flujo aéreo mayor de 50% o menor del 50% con desaturación de oxígeno de al menos un 4%.

> S asociado a
síntomas y
no explicado
por otra causa
=
diagnóstico

Fisiopatología

- Multifactorial (genéticos, anatómicos, funcionales y ambientales).
- Colapso de la vía aérea superior: Desequilibrio de fuerzas entre que las tiende a cerrar.
- Se asocia a hipoxemia, hipercapnia, reducción de la presión intratorácica, activación simpática y cortical.

--> inducen mecanismos intermedios que potencialmente favorecen el desarrollo de enfermedades.

Clínica y exploración

A la hora de valorar la información obtenida mediante el cuestionario de EPWORTH hemos de tener cuenta que no ha sido válida en ancianos.

> Roncopatías crónicas: Síntoma de mayor sensibilidad pero no diagnóstica SAHS.

> Apnea presenciadas: Es el síntoma con mayor especificidad.

> Hipersomnia diurna: Tendencia de quedarse dormido en situaciones inapropiadas.

Diagnóstico

- Polisomnografía convencional
- Electroencefalograma
- Electrooculograma
- Electromiograma mentoniano

- Poligrafía respiratoria
- Oximetría nocturna

Tratamiento

CPAP nasal es el de primera elección en la mayoría de casos, siempre teniendo en cuenta el tratamiento de factores.

- > Medida higiénicas del sueño
- > Dieta.
- > Tratamiento quirúrgico.