



Universidad del Sureste

Campus Comitán

Medicina Humana



**Nombre del alumno:**

Elena Guadalupe Maldonado Fernández



**Materia:**

Geriatría

**Grado:** 6

**Grupo:** A

**Nombre del profesor:**

Dr. Romeo Suarez Martínez

Comitán de Domínguez a 13 de septiembre del 2024



Universidad del Sureste  
Campus Comitán  
Medicina Humana



Nombre del alumno:

Elena Guadalupe Maldonado Fernández

PASIÓN POR EDUCAR

excelente



Materia:

Geriatría

Grado: 6

Grupo: A

Nombre del profesor:

Dr. Romeo Suarez Martínez



sigue así



Universidad del Sureste

Campus Comitán

Medicina Humana



Nombre del alumno:

Elena Guadalupe Maldonado Fernández

PASIÓN POR EDUCAR

Materia:

Geriatría

Grado: 6

Grupo: A

Nombre del profesor:

Dr. Romeo Suarez Martínez

excelente





**Nombre del alumno:**

Elena Guadalupe Maldonado Fernández

PASIÓN POR EDUCAR

**Materia:**

Geriatría

**Grado:** 6

**Grupo:** A

excelente



**Nombre del profesor:**

Dr. Romeo Suarez Martínez



Universidad del Sureste

Campus Comitán

Medicina Humana



Nombre del alumno:

Elena Guadalupe Maldonado Fernández



PASIÓN POR EDUCAR

**Materia:**

Geriatría

**Grado:** 6

**Grupo:** A

**Nombre del profesor:**

Dr. Romeo Suarez Martínez

Comitán de Domínguez 03 de septiembre del 2024

# Trastornos del sueño

## Etapas del sueño normal:

1. Fase de sueño REM: Combinación de movimientos rápidos episódicos de los ojos, atonía muscular y ondas electroencefalográficas de bajo voltaje, rápidas y desincronizadas. ↓ 6ta dec. de vida.
2. Fase de sueño NO REM: Estadio 1 y 2 sueño ligero, estadio 3 y 4 sueño profundo. Envejecimiento ↑ estadio 1 y ↓ 3 y 4.

## Insomnio:

- Trastorno del sueño más prevalente en la práctica médica.
- Criterios dx para el insomnio según la ICD-2:
  - Dif. para iniciar el sueño, para mantener el sueño o no tener un sueño reparador.
  - Dif. para conciliar el sueño que incluya:
    - Fatiga o malestar, déficit de atención, concentración o deterioro de la memoria, disfunción social o laboral, alt. del estado de ánimo, cefaleas.

## Fx. de riesgo:

- Edad
- Sexo femenino
- Enf. concomitantes.
- ↓ nivel socioeconómico
- fx. genéticos.

## Ev. clínica:

- HC
- Descartar causas médicas o farmacológicas.
- Polisomnografía.

## Causas:

- Factores sociales
- Problemas ambientales
- Fármacos

## Tratamiento:

- No farmacológico: Medidas de higiene de sueño.
  - Farmacológico: Benzodiazepinas < 4 semanas, (máximo 3 veces/semana).
- ..... ↑ (2-4) veces en mayores.

## Insomnio en el anciano hospitalizado:

- Frecuente en px. con deterioro cognitivo.
- Horario de toma de medicamentos.
- Extracciones sanguíneas.
- Control de constantes vitales.

## Causas:

- ① Intrínsecas: Por enf. o medicamentos (corticoides, broncodilatadores, levodopa, fenitoína, IRSN o ISRS), abstinencia de alcohol.
- ② Extrínsecas: Medio hospitalario, act. para el cuidado del px, monitoreos y otros px.

## Fisiopatología:

- Aparece como resultado de la interacción de fx. biológicos, físicos y ambientales.
- Insomnio transitorio: cualquier persona.
- Insomnio crónico: personas con depresión o ansiedad.
- ↑ temp, cortisol urinario, adrenalina y niveles de ACTH.
- Genes que regulan el ciclo circadiano: Clock y Per2.

## Clasificación del insomnio:

- Primario: Si no se identifica causa.
- Secundario: Por otra patología.
- Agudo: días-semanas
- Crónico: > 1 mes.

Tabla 1. Medidas de higiene del sueño.

Acostarse únicamente si tiene sueño.
Si no se queda dormido en 20 minutos levantarse y no acostarse hasta tener sueño.
Evitar la cafeína y el alcohol, por lo menos durante la tarde, si no se puede suspender completamente.
Tener un horario fijo para acostarse y levantarse.
No estar en cama más de 8 horas.
Evitar la siesta y, de mantenerla, ha de ser inferior a 30 minutos.
Utilizar la habitación exclusivamente para dormir y tener relaciones sexuales; evitar actividades como ver la televisión y escuchar la radio.
Mantener la habitación a una temperatura adecuada, evitando la luz y el ruido.
No acostarse hasta que pasen 2 horas después de la cena, evitar comidas copiosas, bebidas estimulantes y limitar el consumo de líquidos si hay prostatismo o incontinencia.
Realizar ejercicio diario, pero evitarlo antes de acostarse.
Evitar estímulos mentales: discusiones por problemas familiares, económicos, etc.

## Tratamiento:

- No farmacológico "help me sleep!"
- H: té de hierbas y leche tibia.
- E: medicamentos que causen insomnio.
- L: Evitar interrupciones.
- P: Posponer pruebas de lab.

- M: Masajes
- E: Evaluar la act durante el día.

- S: Reducir el ruido
- C: Reducir iluminación
- E: Cambios ambientales
- E: Música relajante
- P: Alivio del dolor.

## Síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS):

- Estado de somnolencia excesiva, trastornos cognitivo-conductuales, resp. cardíacos, metabólicos e inflamatorios
- Apnea: cese del flujo aéreo durante al menos 10 seg.
- Hipopnea: ↓ flujo de aire durante 10 o + seg.

### Fisiopatología:

- Eracles variables de hipoxemia, hipercapnia, ↓ presión intratorácica, act. simpática y cortical.

### Clinica:

1. Roncopatía crónica: síntoma de ↑ sensibilidad
2. Apneas presenciadas: síntoma ↑ especificidad
3. Hipersomnia diurna: Quechise dormido enst. inapropiadas.

## Síndrome de piernas inquietas:

- Afecta 5-15% de la población general
- Impulso irresistible, no doloroso de mover las piernas, brazos u otras partes del cuerpo. causa incapacidad física y emocional.

### Criterios dx:

- Impulso de mover extremidades
- Necesidad imperiosa de revolverse en la cama o levantarse para sentir alivio.
- Los síntomas se presentan o empeoran en reposo.
- Se alivian a la Sam.

## Alt. de sueño en trastornos neurodegenerativos:

- Enf. Alzheimer
- Enf. parkinson
- Demencia por cuerpos de Lewy.
- Demencia frontotemporal.

### Diagnóstico:

- Polisomnografía: método de elección.
- Oximetría nocturna: presencia de apneas.

### Tratamiento:

- Control de los síntomas, minimizar enf. V.
- CPAP nasal → 1ra. elección.
- Medidas higiénicas de sueño
- Dieta.

### Tipos de SPI:

- Primario/idiopático: HF, dif. para iniciar o mantener el sueño.
- Secundario: Enfermedades (def. de hierro). Medicamentos (antidepresivos, litio, antipsicóticos, β bloqueadores).

### Dx: Clínico

- Agonistas de los receptores dopaminérgicos
  - Ropinirol
  - Pramipexol.

# Disfagia

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

## Prevalencia:

- 22% de adultos >50a. la presentan
- 30% u. geriátricos
- 30-40% ancianos de vida en comunidad
- 60% ancianos ingresados a residencias.

## Fisiología de la deglución normal:

1. Fase oral preparatoria: Comienza en la boca y termina cuando el bolo está preparado para el desplazamiento a la faringe.
2. Fase oral de transporte: Empieza cuando el bolo es expulsado a la faringe y termina cuando el bolo pasa por el istmo de las fauces y se presenta el reflejo deglutorio.
3. Fase faríngea: se inicia con el reflejo deglutorio y termina cuando el bolo pasa al esfínter esofágico sup.
4. Fase esofágica: Cuando el bolo alimentario es expulsado a través del esófago hasta el estómago.

## Diagnóstico:

- AP: AVC, Parkinson, Alzheimer.
- Tx. farmacológico habitual.
- Síntomas de hipomotilidad faríngea
- Síntomas respiratorios
- Caract. de la dieta habitual.
- Exploración física:
  - Facial: boca y mandíbula
  - Cervical: adenopatías, tumefacciones, dolor.
  - Sedestación: postura cefálica y del tronco.

## Complicaciones:

- Aspiración
- Malnutrición y deshidratación
- Dependencia y aislamiento social
- Necesidad de uso de nutrición enteral.

## Causas:

Tabla 1. Causas de disfagia en el anciano según la afectación anatómica.

Disfagia orofaríngea	Disfagia esofágica
<b>Neuromusculares</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermedad cerebrovascular</li><li>• Enfermedad de Parkinson</li><li>• Esclerosis múltiple</li><li>• Miastenia gravis</li><li>• Esclerosis lateral amiotrófica</li><li>• Disfunción idiopática del esfínter esofágico superior</li><li>• Neuropatía diabética</li></ul>	<b>Trastornos de la motilidad</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Acalasia</li><li>• Espasmo esofágico difuso</li><li>• Desórdenes inespecíficos de la motilidad esofágica</li><li>• Esfínter esofágico inferior hipertenso</li><li>• Esclerodermia y enfermedades reumatológicas</li></ul>
<b>Estructurales</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Divertículo de Zenker</li><li>• Estenosis cervical</li><li>• Absceso retrofaríngeo</li><li>• Membranas esofágicas (proximales)</li></ul>	<b>Neuromusculares</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Neuropatía diabética</li><li>• Neuropatía brodia</li><li>• Alcohólico crónico</li><li>• Enfermedad de Stenier</li></ul>
<b>Otros</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermedad de Alzheimer</li><li>• Hiposialia</li><li>• .....</li></ul>	<b>Obstrucción mecánica</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Neoplasias</li><li>• Divertículos</li><li>• Estrecheces pépticas → disfagia inducida por medicamentos</li><li>• Estrecheces y anillos</li><li>• Compresión vascular</li><li>• .....</li></ul>

## Manejo:

- Intervenciones compensadoras
- II rehabilitadora
- Cirugía.
- Higiene oral
- Tx. farma: IECA → ↑CJ se. P → Relacionado con la deglución.





Universidad del Sureste  
Campus Comitán  
Medicina Humana



Nombre del alumno:

Elena Guadalupe Maldonado Fernández

PASION POR EDUCAR

Materia:

Geriatría

Grado: 6

Grupo: A

excelente



Nombre del profesor:

Dr. Romeo Suarez Martínez



sigue así

Comitán de Domínguez a 10 de septiembre del 2024

Elena.

# Farmacología e iatrogenia

- 80% de los px. ancianos presentan alguna enf. crónica.
- El 30% no cumple con la pauta de tx. indicada por el médico.
- Automedicación 40 - 80% - 30-50% falta de adherencia al tx.

## Envejecimiento y farmacología

### > alteraciones farmacocinéticas

#### 1. Absorción:

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

- ↑ pH gástrico.

#### 2. Distribución:

- El vol. de la

distribución de los fármacos ↓ y de los lipofílicos ↑.

- Retraso de vaciado gástrico

- ↓ flujo sanguíneo intestinal

- Alt. de la motilidad intestinal

- ↓ no. de cel. absorbentes.

#### 3. Metabolismo:

- ↓ flujo sanguíneo y masa hepática.

- Las ↓ de flujo pueden reducir la depuración de fármacos como:

- Antidepresivos tri cíclicos

- Lidocaína

- Opioides

- Propanolol.

#### 4. Eliminación:

- ↓ de masa renal, # y tamaño de nefronas.

- \*TFG → secreción glomerular → Flujo sanguíneo renal ↓ 20%.

- ↓ de la depuración:

- IECA

- Furosemida

- Vancomicina.

- Aminoglucósidos

- Metformina

- Digoxina

- Rانيتيدينا

excelente

