



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS COMITÁN
MEDICINA HUMANA**



**XÓCHITL MONSERRATH JIMÉNEZ DEL
AGUA Y CULEBRO.**

GERIATRIA.

6°

“A”

Dr. ROMEO SUAREZ MARTINEZ

Comitán de Domínguez Chiapas a 13 de septiembre de 2024

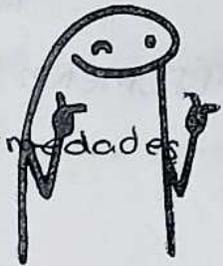
Valoración Geriátrica

El envejecimiento está asociado a cambios fisiológicos, mentales y sociales. Generando una pérdida de autonomía y aparición de dependencia.

Objetivos

1. Conocer la situación basal del paciente
2. Mejorar los dx
3. Evaluar la repercusión funcional de enfermedades
4. Diseñar planes de cuidados y tx
5. Seguimiento a la respuesta del tx

muy bien



Beneficios

1. Aumento de la supervivencia
2. Mejora de la capacidad funcional y alta hospitalaria.
3. Mejora del estado afectivo y cognitivo.
4. Disminuir fármacos
5. Menos ingresos hospitalarios y residencias.

Evaluación Biomédica:

ANAMNESIS

Recolectar AP y familiares; dx previos; sx geriátricos; hospitalizaciones; cirugías; tx previos + dosis y reacciones adversas. medicamentos y enfermedad actual.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Observación e inspección del estado general del px:

1. CONSTANTES: TA en decúbito y bipedestación, FC, FR, temperatura, SO_2 .
2. ASPECTO GENERAL: Actitud; grado de consciencia, de atención y colaboración, estado de hidratación y nutrición. (peso, altura, e IMC)

SX CONFUSIONAL

DEFINICIÓN

Sx clínico transitorio y reversible caracterizado por una **alt. en la atención**, el **alt. nivel de consciencia** y **disfunción cognitiva**, de inicio agudo y **curso fluctuante**. Sus síntomas pueden cronificarse o generar secuelas permanentes.

EPIDEMIOLOGÍA ↑ Morbilidad

- * Urgencias hospitalarias 14-24%
- * Ingreso 6-56%
- * UCI 70-87%
- * Plantas quirúrgicas 15-62%

- * Px. en intervención en tx de cadera 43-61%
- * UCP 83%
- * Ancianos institucionalizados 32-62%

FISIOPATOLOGÍA

Alt. a nivel del funcionamiento de los neurotransmisores cerebrales a nivel cortical como subcortical.

Se han visto implicados los sig. mecanismos:

① Disrupción a nivel de neurotransmisores cerebrales.

◦ **DÉFICIT COLINÉRGICO**: ↓ liberación de acetilcolina y disfunción de receptores muscarínicos. Mayor actividad anticolinérgica en scto en px. + Fármacos anticolinérgicos → = delirium.

◦ **ELEVADA FUNCIÓN DOPAMINÉRGICA CEREBRAL**

◦ Agonistas dopaminérgicos (L-dopa) desencadenan cuadros confusionales con delirium y alucinaciones.
Fármacos opioides ↑ act. dopaminérgica y ↓ la colinérgica. = Delirium
MEJORÍA de sint. psicóticos → Tx haloperidol

◦ **OTROS NEUROTRANSMISORES**

1. ↑ GABA → ↑ precursores (glutamato y glutamina).
2. ↑ ó ↓ de [] de serotonina; En encefalopatía hepática, sepsis y sxs serotoninérgico. ↓ Sx abstinencia alcohólica y delirium postqtx tx L-dopa
3. Melatonina / Noradrenalina: Afecta el sistema serotoninérgico

② Procesos de inflamación

↑ citoquinas proinflamatorias (IL-6 e IL-8) → (con procesos infecciosos, traumáticos ó qtx).
Alt. de la síntesis o liberación de diversos neurotransmisores y ↑ de permeabilidad de la barrera hematoencefalica y neurotoxicidad directa.

③ Altos niveles de cortisol

Delirium por uso de esteroides, postqtx, ↑ cortisol o valores anormales en el test de supresión con dexametasona, que produce una disrupción en el eje hipotálamo-pituitario-corticoadrenal

④ Alt. demostradas con técnicas de neuroimagen.

Detecta afeción (hipoperfusión) ^{→ Hiperemia.} para desarrollar SCA. En cortex prefrontal, cortex fosiforme, cortex parietal posterior, tálamo y ganglios basales (+ hemisferio no dominante)

Demencia

Principales síntomas de la vida diaria.

Sx adquirido caracterizado por deterioro persistente de funciones cognitivas del estado mental y conducta social. No causado por delirium.

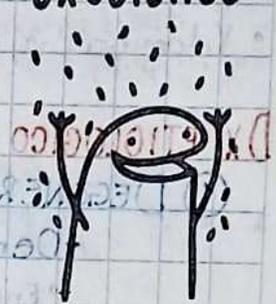
EPIDEMIOLOGÍA

- Prevalencia 6.5% → ↑ 4.2%
- ↑ 65 y 74 años 27.7%
- > 85 años 27.7% + Mujeres

INCIDENCIA

- > 65 años 1%
- > 90 años 5%

excelente



Pérdida de la calidad de vida e implicaciones sobre el cuidador.

DIAGNÓSTICO

SINDRÓMICO DE DEMENCIA

1. Historia clínica
2. Exploración neurológica
3. Evaluar funcionalidad
4. Evaluación neuropsicológica
5. Criterios clínicos de demencia
6. Evaluación de deterioro cognitivo

- Quejas subjetivas de pérdida de memoria u otra alt. cognitiva.
- Deterioro funcional de reciente comienzo de causa no justificada.
- Depresión de inicio en edades avanzadas
- Caidos funcionales durante un ingreso hospitalario.

1 VALORACIÓN CLÍNICA

- Memoria
- Atención
- Praxias
- Función visuoconstructiva
- Orientación
- Lenguaje
- Función visoespecial
- Funciones ejecutivas

Síntomas afectivos

- Psicóticos alucinación/delirios (Sx Capgras)
- Trastornos del comportamiento
- Actividad (agitación, agresividad, vagabundeo, conducta social inadecuada, alt. en esfero sexual, conducta alimentaria o del sueño).

COGNITIVAS

- ESCALAS →
- Katz / Barthel
 - Índice de Lawton
 - FIM
 - IODD
 - ADCS-ADL
 - ADFACS

PSICOPATOLÓGICOS Y CONDUCTUALES

3 APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE DEMENCIA

DSM-IV-TR / CIE-10 (4) → Restrictiva exige criterios de mantener x 6 meses

- A. Deficit cognitivo q afecta a:
 1. Memoria
 2. Presencia de afasia, apraxia, agnosia
- B. Los deficit de 1 y 2 deben ser graves para un deterioro significativo
- C. No solo durante delirium y no causados x depresión

2 EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

- Evaluación con el test de Cribado
- Complementar con test de:
 - memoria
 - Praxias
 - lenguaje
 - Funciones ejecutivas
- Test de depresión (Escala de Cornell)
- E. multidimensional Behavioral

4 Dx DIFERENCIAL CON Sx NO DEMENCIALES

1. Deterioro cognitivo
 - Amnésico
 - Múltiples dominios amnésicos
 - Múltiples dominios no amnésicos
 - Único dominio no amnésico
2. Criterios dx
 - Petersen
 - (-) López
 - Winblad
3. Sx confusional agudo
4. Depresión
5. Esquizofrenia
6. Sx cognitivas focales
7. Toxicomanías
8. Fármacos
 - psicofármacos
 - antiparkinsonianos
 - tricíclicos
 - benzodiazepinas
 - neurolepticos

DEPRESIÓN

Frecuente en el anciano e incapacitante. No se trata de manera adecuada

- * Infradiagnostico 32-50%
- * Infratratamiento 37-50%

Puede durar años → conlleva a una pobre calidad de vida, deterioro social y físico, deficiencia al tx, empeoramiento de la morbilidad, ↑ morbimortalidad en suicidio.

EPIDEMIOLOGÍA

(Geriatric Mental State)

- Depresión moderada y grave 14.2%
- E.U.A. Mujeres 50% +
- >65 años 15%
- D. severa 2%
- D. Leve 13%
- Ancianos en la comunidad 10%
- Residencias geriátricas 15-35%
- Hospitalizados 10-20%

ETIOLOGÍA

Factores biológicos, demográficos y sociales

① Biológicos

- Px enfermos
- E. Parkinson
- Ictus
- E. Alzheimer
- Enf. cardiovascular
- Fracturas
- EPOC

② Psicosociales

- La muerte de la pareja
- La enfermedad
- Discapacidad
- Deterioro funcional
- Jubilación
- Rechazo de la familia
- Aislamiento social

CLASIFICACIÓN

1. Depresión mayor
2. Depresión menor
3. Trastorno distímico
4. Trastornos del ánimo no especificados

CLÍNICA

- Anhedonia 1º
- ↑ quejas somáticas
- Trastornos del sueño
- Agitación
- Pensamientos de muerte
- Mala concentración
- Retardo
- Irritabilidad
- Aplanamiento afectivo
- Lentitud en el pensamiento
- ↓ Apetito y de peso

excelente



Farmacología e iatrogenia

Dano o alteración negativa al px producido como resultado de un tx médico producido por el médico.

Farmacología

- Ancianos con enf. crónico degenerativas 80%
- HTA - IC
 - DM
 - Artrosis

Enf. simultaneas = ↑ consumo de farmacos en la comunidad.

- Por persona de 2 a 4
- En el medio residencial es de 3.5
- En el hospital de 4.8

30% de ancianos NO cumplen la pauta de tx indicado / incumplimiento
40-80% en la automedicación

Iatrogenia

Acontecimientos adversos producidos en cualquier forma de intervención de los servicios de salud y sociales

- + por farmacos e interacciones

dificultad de aplicar tx
- Polipatología
- Polimedición

ALTERACIÓN FARMACOCINETICA

① Absorción

Cambios fisiológicos ^{2^{as}} al envejecimiento

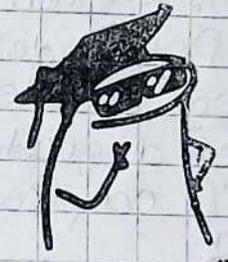
- Incremento del pH gástrico x desarrollo de:
 - gastritis atrófica
 - retraso de vaciado gástrico
 - ↓ flujo sanguíneo intestinal.
 - Alt. de la motilidad intestinal
 - ↓ # de células absorbentes.

- Afección en la difusión pasiva

② Distribución

- El vol. de distribución de fármacos hidrofílicos ↓ y los lipofílicos ↑

excelente



sigue así

Malnutrición

EXCELENTE



DEFINICIÓN

Alteración de la composición y función corporal consecuencia de la deficiencia o exceso, desequilibrio del aporte de energía, proteínas u otros nutrientes, que representan un riesgo para la salud.

- Aporte excesivo: Obesidad + ↑ peso y tej. adiposo.
- Aporte deficiente: Desnutrición + una ↓ de los parámetros nutricionales por debajo de percentil 75.

* Indicador:

- Pérdida de peso involuntaria el $\frac{1}{100}$
 - = 1 semana 2%
 - = 1 mes 5%
 - = 6 meses 10%

- ↑ Mortalidad y morbilidad.
 - = + 4% de peso en 1 año

ASOCIADO A:

- * ↑ mortalidad y discapacidad.
- * ↑ frecuencia en caídas y fracturas
- * Empeora el deterioro cognitivo
- * Retraso en la cicatrización y tras ex.
- * Prolonga estancia hospitalaria.
- * ↑ reingresos e índice de institucionalización tras el alta.
- * + 50% causas reversibles.

EPIDEMIOLOGÍA

Desnutrición en ancianos sanos.

* Varones 1%

* Mujeres 5%

Riesgos de desnutrición

* Varones 4%

* Mujeres 5-10%

Ancianos hospitalizados

* 50%

CLASIFICACIÓN

Desnutrición calórica (marasmo)

- Falta o pérdida prolongada de energía y nutrientes con ↓ de peso, acosta de pérdida de tej. adiposo. y (-) masa muscular.
- Parámetros bioquímicos (normales)
- " antropométricos (alterados)

Desnutrición proteica (kwashiorkor)

- D. aguda en situaciones de estrés = ↓ aporte proteico o ↑ de los requerimientos.
- Parámetros antropométricos (límites normales)
- Proteínas viscerales (Bajas)

Desnutrición mixta

- Mezcla caract. de los 2 procesos anteriores
- (↓) masa magra, grasa y prot. viscerales
- + D. crónica, situación de estrés, etc.

Estados carenciales

Deficiencia aislada de algún nutriente (oligoelementos o vitaminas).

- ↓ absorción o ingesta.