



Mi Universidad

CATEDRATICO:
IRMA SANCHEZ PRIETO

MATERIA:
TECNICAS QUIRURGICAS BASICAS

NOMBRE DEL TRABAJO:
COMPONENTES DEL BULTO QUIRURGICO

NOMBRE DEL ALUMNO:
DEYLER ANTONI HERNANDEZ GUTIERREZ

SEMESTRE:
6TO SEMESTRE

FECHA DE ENTREGA:
MIERCOLES 5 DE MARZO DEL 2025

VALORACION GERONTOGERIATRICA

¿QUÉ ES LA VGGI?

Instrumento de evaluación multidimensional (biopsicosocial y funcional) que permite identificar y priorizar de manera oportuna problemas y necesidades del anciano con el fin de elaborar un plan de tratamiento y seguimiento



¿CUANDO REALIZAR UN VGGI?

- Todo adulto mayor de 60 años al menos una vez al año
- Enfocada en el Dx de deterioro en áreas médica, psicológica, funcional, social y familiar.
 - El propósito de una VGGI es disminuir la probabilidad de presentar un desarrollo funcional o de mortalidad



FACTORES DE RIESGO

Polifarmacia(uso >5 fármacos.)
Múltiples patologías



PREVENCION/RECOMENDACION

- Analizar el consumo de medicamentos incluso los homeopáticos y herbolarios
- Evitar la prescripción de medicamentos inapropiados
- Se recomienda a la administración de medicamentos a dosis bajas y aumentar dosis progresivamente.
- Indicar presentar la "bolsa" de medicamentos



DEFICITIS

Identificar la disminución de agudeza visual y auditiva (ya que repercute, e su dependencia, socializar, y puede influir en su aislamiento o depresión)

Se debe realizar examen anual de la agudeza visual con el oftalmólogo en especial en personas con diabetes, HTA y glaucoma)

La presencia de un déficit visual puede condicionar la presencia de caídas, depresión, y una dependencia.

la perdida de la audición se manifiesta en un 20-40% en > de 65 años y en un 80% en >de 85 años



COMO EVALUAR UN DEFICIT

Si la persona es dependiente se le pregunta a su cuidador a cargo si ha presentado dificultades para leer, ver la tele o actividades que impliquen la visión y audición.

Prueba del susurro.

Indicar la lectura en consulta.



RECOMENDACION

Si las pruebas de déficit visual y/o auditivo son positivas se deberá referir a un especialista



PROPOSITO

Disminuir la incidencia de caídas, fracturas, aislamiento social, de depresión, y de una dependencia, el diagnóstico y manejo va dirigido a mejorar la calidad de vida de los pacientes



VGGI EN NUTRICION, INCONTINENCIA Y ESQUEMA DE VACUNACION

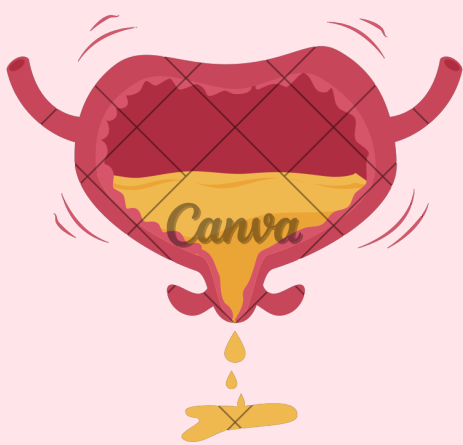


PREVALENCIA

- Mayor prevalencia en la mujer (DM, IMC elevado, deficiencia de estrógenos)
- Menor prevalencia para hombres (edad avanzada, síntomas de ITU)

CONSECUENCIA

- Mayor riesgo de fracturas, caídas, úlceras por presión, sepsis, dependencia, ITU, aislamiento y depresión

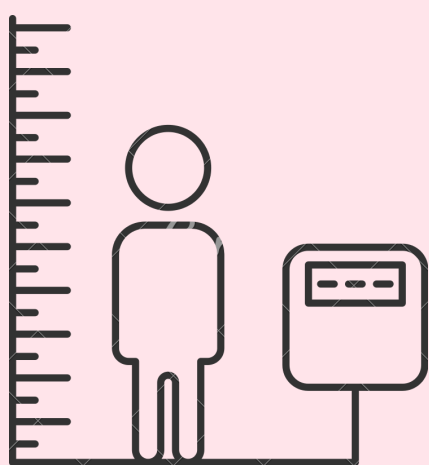
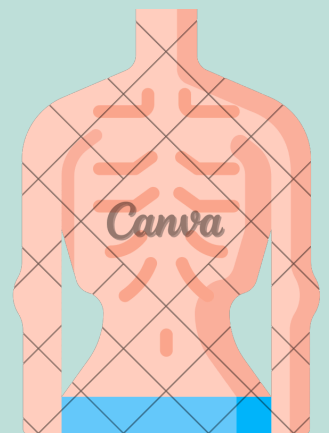


DX Y TX

- El dx se realiza por medio de preguntas como ¿pierde orina cuando no lo desea? ¿Tiene problemas con su vejiga? ¿Tiene escapes de orina a mínimos esfuerzos como estornudar por ejemplo?
- El tratamiento se realiza mediante la indicación de ejercicios del piso pélvico y entrenamiento vesical, y referir al especialista

EVALUACION NUTRICIONAL

- El médico debe realizar una valoración nutricional, y una orientación de la misma.
- Uso del MNA (predice el riesgo de malnutrición en el adulto mayor)
- Evaluar factores como económicos, salud dental, depresión, malos hábitos, dependencia.
- IMC <17 debe ser enviado a 2do nivel

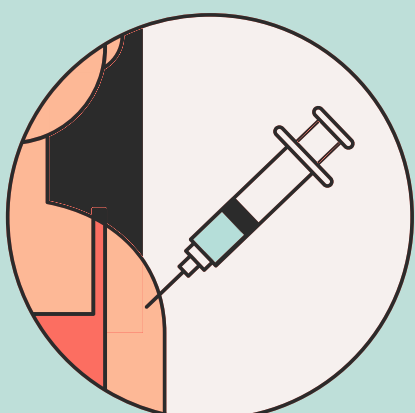


RECOMENDACION

- En cada consulta se deberá evaluar peso, talla, IMC, y medidas antropométricas en adultos <de 60 años.
- Valoración nutricional (específica)

ESQUEMA DE VACUNACION

- Debe contar todo adulto mayor con aplicación de:
- Anti-influenza
- Anti-Nuemococcica
- TD



ESQUEMA DE VACUNACION

- ANTI-INFLUENZA ANUAL A PARTIR DE LOS 60 AÑOS
- ANTI-NUEMOCOCCICA DOSIS UNICA A PARTIR DE LOS 65
- TD A MAYORES DE 60 AÑOS COMO PRIMERA DOSIS Y DE 4 A 8 SEMANAS DESPUES LA SEGUNDA DOSIS

EVALUACION MENTAL-PSICOAFECTIVA

VGGI

DEFICIT

MEMORIA, razonamiento, ignosia, praxias, cálculo, lenguaje.

DIAGNOSTICO

MMSE DE FOLSTEIN (24 nl en pacientes con 5 a 8 años de escolaridad y 22 en pacientes de 0 a 4 años de escolaridad)
Historia clínica

RECOMENDACION

Tratar la causa,
Referir a especialista a grupo de atención social a la salud.

IMPORTANTE

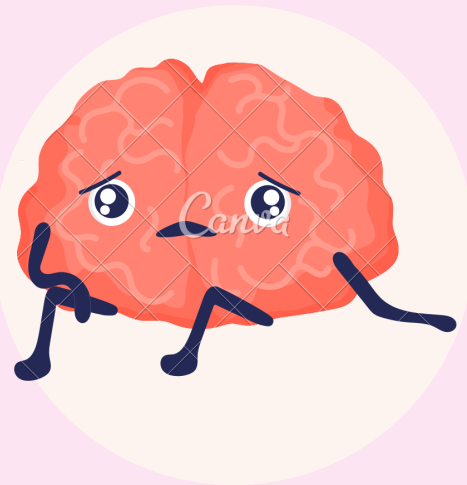
Para confirmar un deterioro cognoscitivo es necesario que el paciente no este cursando con delirium o alteraciones metabólicas

DEPRESION

ASOCIADO

Pérdida de peso, insomnio, irritabilidad, cambios en el estado de ánimo, aislamiento social, y una ausencia en la actividad física.

- Mayor afectación en el sexo masculino.
- Aplicación de escala de GDS (30, 15 y 5 reactivos)



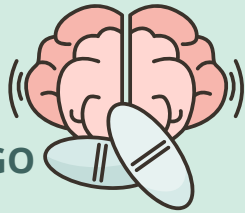
DX Y TX

¿Se siente triste o deprimido?
Aplicación de GDS de 30 y 15 reactivos.

- Se deberá referir cuando GDS sea >6/15
- El tx se basará en identificar una causa subyacente y enviar a un grupo de atención social a la salud

DELIRIUM

Afecta a cualquier edad y sexo (mayormente ancianos)

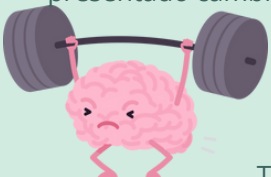


FACTORES DE RIESGO

Polifarmacia	Privación de sueño
Hipoxia	Uso de sondas
Infecciones sistémicas	Trastornos neurológicos
Anestesia general	Procedimientos quirúrgicos
Benzodiacepinas	Restricción física
	Dolor

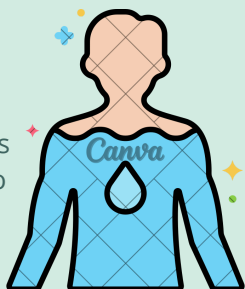
DX

Aplicación de escala CAM
Buscar causas subyacentes
Se le pregunta al cuidador si el paciente ha presentado cambios recientes en la conducta



TX

Tratar causa
Tx no farmacológico
Evitar restricciones físicas
Respetar horas de sueño
Evitar hipoxemia
Buena hidratación
No polifarmacia
Actividad física
Fomentar orientación en tiempo espacio
Actividades cognitivas
Referir a especialista



EVALUACION FUNCIONAL

Se asocia mayormente a factores como la edad y puede ser indicio de mortalidad, y el abatimiento funcional puede ser agudo en relación a una patología.



VALORACION

Mediante la aplicación escala de Katz
La valoración de la situación funcional puede ser realizada con apoyo de una enfermera o fisioterapeuta

RECOMENDACION

Cuando se detecte una limitación en las actividades básica de la vida diaria del paciente se deberán referir a los servicios de atención social a la salud para recuperar su funcionalidad.



VGGI EN CAIDAS



ESTADÍSTICA

Es aquella precipitación al suelo, de causa multifactorial, el riesgo de caídas debe ser evaluado por el riesgo en la disminución en la calidad de vida de la persona

CAUSAS

Debilidad (sarcopenia)

- Alteraciones de la marcha
- Limitación de la movilidad
- Déficit visual
- Deterioro cognoscitivo
- Diabetes mellitus tipo 2



- Sexo femenino
- Dependencia funcional
- Medicamentos con efecto sedante
- Hipotensión ortostática
- Factores ambientales (tapetes, baja visibilidad, baños sin soporte para apoyo)



EVALUACION

Historia de caídas y hospitalizaciones recientes y los factores de riesgo que pueden predisponer a una caída. el objetivo de la prevención primaria es disminuir el riesgo de caídas sin comprometer la independencia funcional del anciano.

La prevención terciaria se encarga de reducir las consecuencias de la caída,



ABORDAJE

Se puede iniciar un abordaje diagnóstico mediante la pregunta, si se ha caído en los últimos 6 meses

Si la respuesta es si, requerirá de una valoración exhaustiva para determinar la causa subyacente

El paciente deberá ser incorporado a un programa de reacondicionamiento de la marcha y el equilibrio y posteriormente referido



ABORDAJE EMOCIONAL

El médico de primer nivel se encargará de identificar problemas sociofamiliares como: maltrato, abuso y aislamiento social, por la importancia que conlleva en el deterioro de la calidad de vida y salud, y si existen problemas se debe referir a un centro de ayuda.

Se recomienda realizar actividades físicas, iniciando con 30 minutos diarios y e incrementar de manera gradual, ya que mejoran paulatinamente el rendimiento diario y el tiempo de ejecución.



- Se recomienda proporcionar información a los familiares y cuidadores del beneficio que otorga la terapia de recuerdo o reminiscencia como estimulación cognitiva ya que se encontró que hay mejoría de la cognición, el estado de ánimo y la conducta en los pacientes, así como una disminución en el grado de cansancio de los cuidadores.

RECOMENDACIONES PARA LAS INTERVENCIONES COGNITIVAS O ESTIMULACIÓN MENTAL:

- 1) Estimular y mantener las capacidades mentales existentes.
- 2) Evitar la desconexión del entorno y fortalecer las redes sociales.
- 3) Dar seguridad e incrementar la autonomía del paciente.
- 4) Estimular la propia identidad y autoestima.
- 5) Minimizar el estrés y evitar reacciones psicológicas anómalas.
- 6) Mejorar el rendimiento cognitivo.
- 7) Mejorar el rendimiento funcional.
- 8) Incrementar la autonomía en las actividades de la vida diaria.
- 9) Mejorar la autopercepción y el estado de salud.
- 10) Mejorar la calidad de vida del paciente y de los familiares y/o cuidadores

CRITERIOS DE REFERENCIA

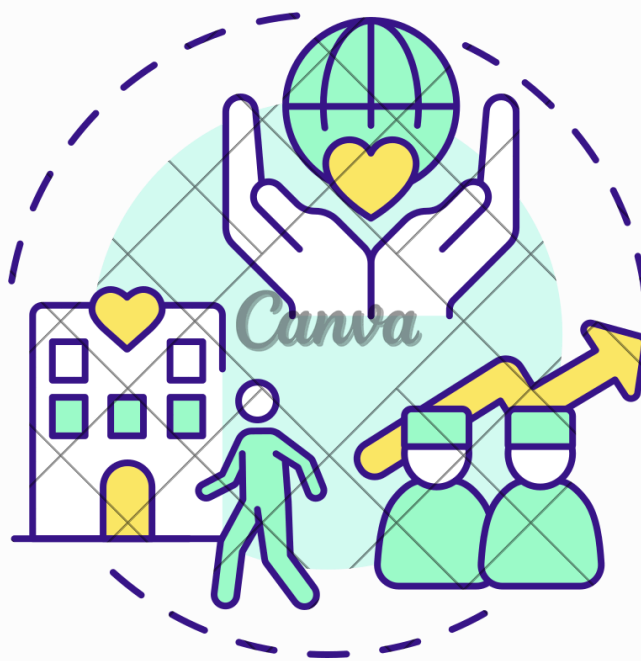
SEGUNDO NIVEL DE ATENCION

- Edad >70 años
- Comorbilidades (>3 o mas patologias excepto insuficiencia renal crónica terminal e insuficiencia hepática)
- Síndromes geriátricos (polifarmacia, incontinencia urinaria, deterioro funcional, deprivación sensorial, visual y auditiva, caídas, depresión, inmovilidad)
- Deterioro cognoscitivo o delírium

CRITERIOS DE REFERENCIA A LOS SERVICIOS DE ATENCION SOCIAL A LA SALUD

Pacientes adultos mayores de 60 años con cualquiera de las siguientes condiciones:

- Sanos.
 - Deterioro cognoscitivo leve y moderado.
 - Trastorno psicoafectivos.
 - Trastornos de la marcha y equilibrio.
 - Deterioro de alguna ABVD o AIVD.
 - Trastornos socio-familiares, incluyendo al cuidador colapsado.
 - Comorbilidad asociada y trastornos de la nutrición.
- Se excluyen a pacientes con dependencia física severa



REFERENCIAS

(S/f). Gob.mx. Recuperado el 2 de marzo de 2025, de <https://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/491GER.pdf>