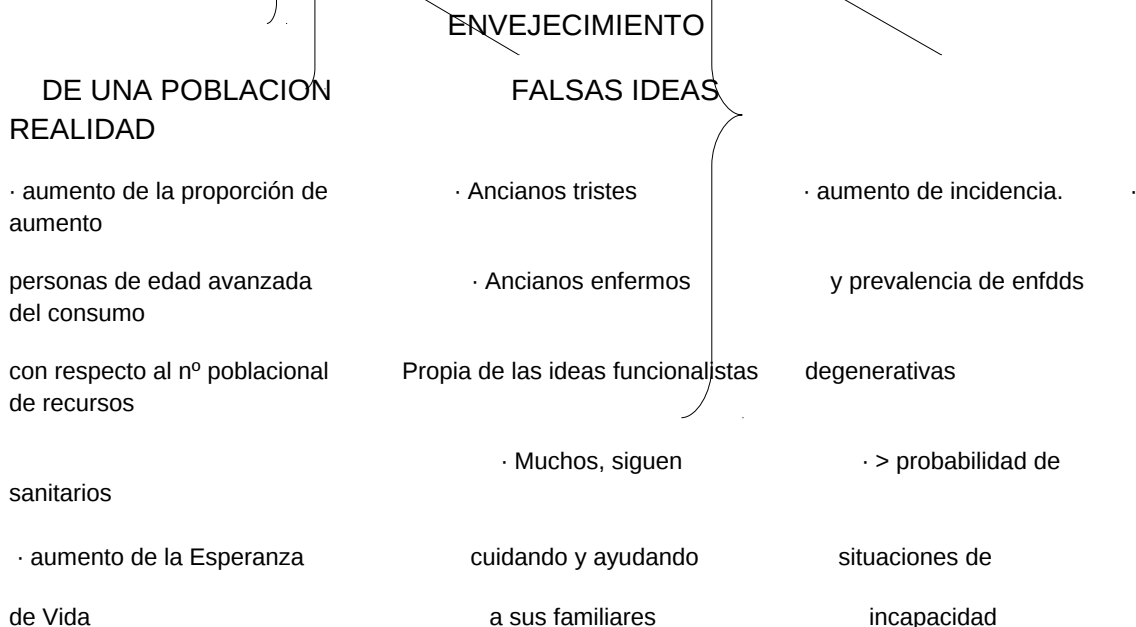


TEMA 1. ASPECTOS GENERALES DE LA GERIATRÍA

INTRODUCCION



DEFINICION DE ENVEJECIMIENTO **EX**

R.A.E.: · Acción o efecto de envejecer. "Hacer viejo a una persona"

Otros: · Pérdida de la capacidad de la persona para adaptarse a los cambios que recibe una

persona a lo largo del tiempo;

· Conjunto de cambios o transformaciones que aparecen en el individuo a lo largo de

la vida: bioq., fisiológicos, sociales, psicológicos, funcionales;

· Es un proceso: natural, dinámico, multifactorial (enf., red social, educación, herencia,

Genética) e inherente a los seres humanos.

Geron (griego)/Logos (griego) – Holismo?: ser integral (biopsicosocial)

Anciano

Envejecimto
sano y enfermo

Geron (griego)/Latría (griego) – Anciano y enfermedades

Geriatría: Geri = anciano y Tria = enfermedad

- Gerontología: ciencia que se encarga de estudiar el proceso de envejecimiento dentro de la normalidad en todos los aspectos: evolutivo, psicológico, social.. **EX**
- Geriatría: rama de la medicina que estudia el Dg., ttº, prevención de enfermedades agudas y/o crónicas de ancianos, incluyendo en el desarrollo de sus objetivos, la recuperación y la rehabilitación funcional, como la reinserción a la comunidad.

HISTORIA DE LA GERIATRIA

NACIMIENTO:

- A partir de la falta de interés por los problemas de los ptes. ancianos.

Etiqueta: Incurables, rechazo

Salas de crónicos

- 1914. 1ª vez que se usa la palabra Geriatría por Nasher, aparece en el libro "The diseases of old ages and their treatment"
- Marjorie Warren (Inglaterra, 1935) 1er. Servicio de Geriatría: West Middetea Hospital
- OMS 1974. 1er.informe técnico sobre "Organización y Planificación de Servicios Geriátricos"
- Naciones Unidas: I Asamblea Mundial del Envejecimto (Viena, 1982)
II Asamblea Mundial del Envejecimto (Madrid, 2002)*

*Objetivos: realizar un examen general de los resultados de la I Asamblea y aprobar un plan de acción revisado y una estrategia a largo plazo sobre el envejecimiento en un contexto de una sociedad para todas las edades. Prestaron atención a los siguientes aspectos:

* Geriátrica: se ocupa de los aspectos clínicos, preventivos y sociales de la enf. en el individuo anciano, y su ppal objetivo es prevenir y superar la pérdida de autonomía, a la cual estas personas son especialmente susceptibles.

Los fines de la Geriátrica son:

- Desarrollo de un sistema asistencial a todos los niveles
- Organización de una asistencia prolongada en los ancianos que la necesitan
- Movilización de todos los recursos para integrar en la comunidad el > nº de ancianos posibles
- Investigación, docencia y formación continuada de los especialistas

***Competencia del Enfermero Geriátrico EX**

1. Analizar las características del modo de enfermar de los ancianos (no siempre es igual)
2. Los cambios físicos, sociales y de conducta característicos de la edad avanzada, se combinan con el efecto de múltiples enf. agudas y crónicas con distinta presentación y respuesta al ttº, hechos que la diferencian de lo que sucede en el paciente adulto + joven.
3. el individuo anciano suele tener una < reserva funcional y una > fragilidad.

La enfermera deberá tener los conocimientos y la experiencia necesaria para mejorar las capacidades de este grupo de población y ser capaz de prestarles una asistencia adecuada.

***Errores entorno a la Geriátrica:**

- Medicina de personas > de 65 años.

Correcto: que presentan varias enf. y tienden a la cronicidad, cuya evolución está condicionada por factores psíquicos y sociales.

- Asistencia única y exclusiva a enfermos crónicos

Correcto: pretende prevenir la aparición de la enfermedad, tratarla e impedir que la evolución de la enfermedad se cronifique, asegurando que los casos que llegan a la dependencia son los estrictamente inevitables.

Ejes ppales de la Geriatría: *EX

1. Valoración Integral Geriátrica (VGI)
2. Interdisciplinariedad
3. Niveles asistenciales

1. VGI. Es entendida como un proceso multidimensional e interdisciplinar, dirigido a identificar y cuantificar problemas, evaluar la f(x) física, mental y social para proponer planes globales de ttº y optimizar la utilización de los recursos asistenciales.

· Tipologías de ancianos: perfiles clínicos orientativos

- Anciano Sano: mantiene su independencia, satisface sus necesidades básicas a pesar de las limitaciones propias de la edad. Los cuidados que necesitan son promoción y prevención de la salud.
- Anciano Frágil: aquel que presenta un aumento de la vulnerabilidad ante la presencia de ---- como consecuencia de la disminución o la alteración de sus reservas fisiológicas, estando implicados criterios socio demográficos, médicos y funcionales.
- Anciano Enfermo: aquel anciano sano con una enf. aguda, se comporta de forma parecida al pte adulto, acude a la consulta por un proceso único, se suelen presentar otras enf´s. Sus problemas pueden ser atendidos y resueltos con facilidad (no hospitalización)

NOTA –

ABVD: I. Barthel Gnosias: enfermos sanos que pasan a frágiles

AIVD: I. Lawton Anosognia: no tienen conciencia de su enfdd.

· **Fragilidad:**

R.A.E.: algo débil que puede romperse con facilidad

Modelo Brocklehurst: Riesgo de perder la capacidad de continuar viviendo en la comunidad

equilibrio precario entre estado de salud y recursos sanitarios y sociales

Modelo Buchner: Umbral a partir del cual, la pérdida de la reserva fisiológica y de la capacidad

de adaptación del organismo, empieza a ser insuficiente para mantener la

independencia, situándose en riesgo de perderla ----- Biológico-preventivo

NOTA – Futility: riesgo de perder la independencia

2. Interdisciplinaridad:

· Equipo Multidisciplinar: grupo de distintos profesionales que trabaja en un área común de forma interdependiente, valoran al enfermo por separado e interactúan entre ellos de manera informal

· Equipo Interdisciplinar: tipo de equipo asistencial en geriatría, constituido por diferentes profesionales que trabajan en un área común de forma interdependiente e interactúan entre ellos de forma formal e informal. Puede valorar al enfermo por separado, pero intercambian la información para conseguir unos objetivos conjuntos colaborando entre ellos en la planificación y puesta en marcha de un plan de tt's y cuidados

La composición del equipo debe adaptarse a las f(x)'s que este cumple y se estructura dependiendo de sus objetivos específicos y de las posibilidades y

características del centro y del nivel asistencial en el que trabajemos (hospital de día, UHE...)

- *Núcleo mínimo del equipo:* médico geriatra, personal de enfermería (DUE y auxiliar) y trabajador social
- *Otros colaboradores:* T.O. y fisioterapeuta, aunque tb pueden participar otras como médico rehabilitador, psicogeriatría, psicólogo, logopeda, etc....
- *Deber del coordinador del equipo:* asegurar metodología del trabajo dirigida al establecimiento de unos objetivos; actúa como regulador y moderador en las reuniones de equipo; identificar áreas de conflicto real o potencial, prevenirlas y conocer las estrategias necesarias para afrontarlas; responsabilizarse de la completa planificación y ejecución del plan de cuidados.
- *F(x) del enfermero:*
 - f(x)'s específicas de ttº y cuidados de enfermería
 - prevención de complicaciones (UPP, contracturas, etc....)
 - manejo de problemas como la incontinencia, disfagia... que puedan influir en la recuperación funcional
 - educación sanitaria al pcte. y a la familia involucrada en la colaboración necesaria para la realización de las ABVD y AIVD, de este modo la rehabilitación se realiza como un proceso continuo a lo largo del día y no limitándose a las sesiones programadas
 - monitorización de la progresión del pcte y detección de problemas que puedan retrasar la recuperación como dolor, inseguridad y falta de motivación.
- *Ventajas del trabajo en equipo:*
 - Acceso a > nº de servicios y profesionales
 - > ---- por > integración y coordinación de servicios para el pcte
 - > comunicación y soporte entre profesionales y cuidadores
 - > nº de oportunidades de adquirir conocimientos y habilidades de máxima calidad

3. Niveles Asistenciales:

En f(X) de las necesidades sanitarias y sociales que planteen los ancianos, según la fase evolutiva de la enfermedad y que garantiza el correcto abordaje y calidad de cuidados en cada momento.

· **Atención Sanitaria.**

1. Asistencia Primaria
2. Asistencia hospitalaria
3. Unidades de hospitalización

3.1 Unidades Geriátricas de Agudos(UGA) **EX**

3.2 Unidades de Media Estancia o Recuperación Funcional (UME) los mas imxtables

3.2.1.Unidades Específicas de ICTUS

3.2.2.Unidades Específicas Ortogeriátricas: de agudos, rehabilitación y consultoras

3.2.3. ULE

3.2.4. U psicogeriatría

4. Hospitales de día
5. Centros de día
6. Programa de Atención Domiciliaria
7. Hospitales de apoyo
8. Consultas externas

· **Asistencia Social:** cuidados en comunidad, domiciliarios, residenciales, intermedios

· **Asistencia socio sanitaria:** centros socio sanitarios

GRADOS DE EVIDENCIA DE LOS DIFERENTES NIVELES ASISTENCIALES

Niveles Asistenciales

- Unidad de agudos ----- A los + imxtables y
- Unidad d Recuperación f(x)nal (ICTUS y Ortojeriat) --- A los
+recomendados
- Equipo de consultores ----- D
- B si se trata d
traumatología
- Hospital de día ----- B
- Atención domiciliaria ----- D xa hospitalizacn a
domicili
- B xa cuidados
paliativos*

*equipos especializados y valorando su eficacia en términos de calidad de vida y satisfacción de los cuidados

ESQUEMA Y MECANISMOS QUE AUMENTAN LA FRAGILIDAD

Envejecimto biológico
Crónicos

(fact. Genéticos)
lesiones

Malos hábitos de vida

- Falta de ejercicio(inactividad)

-Déficit nutricional

-Abuso de alcohol y/o tabaco

Procesos

Enfermedades o

Disminución de la reserva fisiológica

FRAGILIDAD

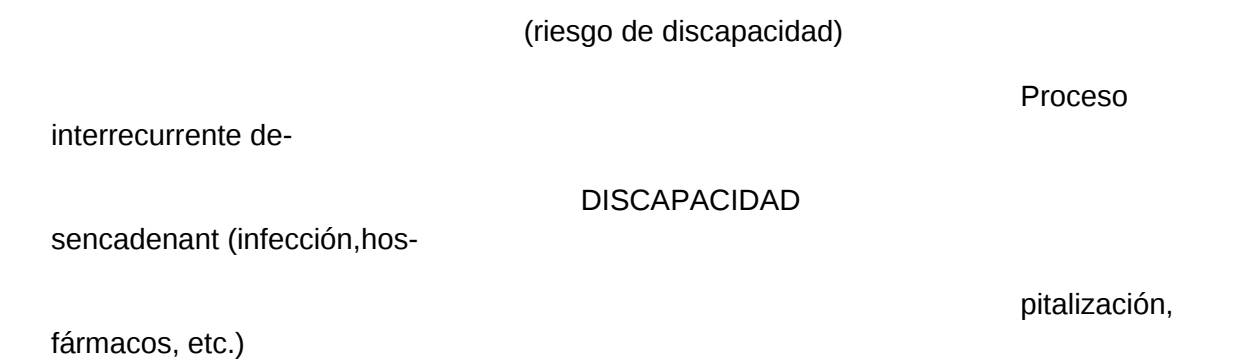


Tabla 4. Síndrome Clínico Fried

	Anciano Sano (Adulto viejo)	Anciano Frágil (Anciano de Alto Riesgo)	Paciente Geriátrico
CONCEPTO	Edad avanzada y ausencia de enfermedad objetivable	Edad avanzada y alguna enfermedad u otra condición q se mantiene compensada (en equi. con el entorno), (alto riesgo de descompensacn) (alto riesgo de volverse dependiente)	Edad avanzada y alguna/s enfermedad/es crónica/s q. provocan dependencia y suelen acompañarse de alteración mental y/o problema social
AIVD	Independiente(xa todos)	Dependiente(xa 1 o más)	Dependiente (xa 1 o más)
ABVD	Independiente(xa todos)	Independiente (xa todas)	Dependiente (xa todas)
Comportamiento ante la enfermedad	Baja tendencia a la dependencia	Alta tendencia a la dependencia	Tendencia a > la progresión de la dependencia
Posibilidad d desarrollar	Baja	Alta	Muy alta
Síndromes Geriátricos			

- Fried et al definición, la fragilidad como síndrome clínico en el que se cumplen 3 o más criterios que se muestran en la tabla anterior.

Dichos criterios fueron validados en un cohorte de 5317, demostrándose que eran predictivos de la aparición de discapacidad xa ABVD, de caídas, de riesgo de hospitalización y de mortalidad.

TEMA 2. VGI (VALORACION GERITRICA INTEGRADA)

1. VGI:

- Proceso multidisciplinar e interdisciplinar dirigida a identificar y cuantificar problemas, evaluar la f(x) física, mental y social, preparar procesos globales de ttº y optimizar la utilización de los recursos asistenciales (relacionar con aspectos interdisciplinar, multidisciplinar y a la asignación de los sujetos)
- Proceso diagnóstico, dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades del anciano en las esferas clínica, funcional, mental y social para elaborar, basada en ellas, una estrategia interdisciplinar de intervención, ttº y seguimiento a largo plazo con el fin de optimizar los recursos y de lograr el > grado de independencia, y en definitiva, calidad de vida.

2. Objetivos:

- Mejorar la exactitud Diagnóstica en base a un Dg. Cuádruple(clínico, funcional, mental y social)
- Descubrir problemas tratables no diagnosticados previamente
- Establecer un ttº cuádruple adecuado y racional a las necesidades del anciano
- Mejorar el estado funcional y cognitivo
- Mejorar la calidad de vida
- Conocer los recursos del paciente y su entorno socio familiar
- Situar al paciente en el nivel médico y social más adecuado a sus necesidades, evitando siempre que sea posible la dependencia, y con ello reducir el nº de ingresos hospitalarios y de institucionalización
- Disminuir la mortalidad

3. Esferas de la VGI:

A) Esfera Clínica (Valoración clínica):

- Anamnesis: por enfermería, no copiar lo del medico
- Exploración física
- Exploraciones complementarias
- Anamnesis:
 - antecedentes personal pasados y presentes
 - revisión por aparatos y síntomas, detección de las grandes síndromes geriátricos
 - Hª farmacológica completa (ttº recibidos en el último año) y actualizada (ttº y dosis en el momento de la valoración, conjuntamente con el tiempo de administración de cada fármaco) **EX**
 - Hª nutricional: nº de comidas al día, nº de alimentos por comida, dietas presentes, problemas funcionales que afecten a la independencia para comer y a la capacidad para adquisición y preparación de los alimentos, cambios orgánicos asociados al envejecimiento, prevalencia de patologías, problemas psíquicos, económicos, y fármacos
 - Información sobre enfermedad actual
- Exploración Física:
 - Cabeza: (ectropión y entropión, salida del párpado, resp. pupilar, anisocoria, pares craneales)
 - Cuello: ingurgitación yugular, para diagnosticar Ins. Cardíaca, Bocio, Ganglios
 - Tórax: simetría, campos pulmonares, llenado x =, palpación vértice del corazón (pulso)
 - Abdomen: presencia de megalias, impactación fecal, ascitis (líq.)
 - Tacto rectal: impactación fecal (cuidado con enemas por reacción vagal (dism. FC))
 - Extremidades: UPP, edema, manchas, quemaduras, foveas (MMII), dedos palillos o de tambor, o vidrio de reloj? o dedos hipocráticos por Insuf. Cardíaca, línea de Miss

(intervención x plomo)

- Neurológico: pares craneales
- Piel: sequedad, color...escala de Norton

B) Esfera funcional (Valor Funcional):

- Proceso dirigido a recoger la información sobre la capacidad del anciano para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentre.

ABVD: tareas que la persona realiza diaria/ para su autocuidado: aseo, vestirse, comida...

AVD AIVD: tareas que la persona interactúa con el medio para mantener su independencia: tlf, compras

AAVD: tareas que permiten al individuo su colaboración con las actividades sociales, lúdicas, trabajo, ejercicio físico.

Instrumentos Valoración Funcional:

- Índice de AVD (Katz) 6 ítems
- Índice de Barthel: da + importancia al control de esfínteres y movilidad
- Escala de incapacidad física de la Cruz Roja, fragilidad. 10 ítems
- Escala de Plutchick
- Índice de Lawton y Brody, la más usada para evaluar AIVD, es una escala

Machista porque si los hombres puntúan 0 en cocinar y tareas de hogar, no pasa nada

- Cuestionario de Barber: para detectar fragilidad

C) Esfera Mental (Valoración Mental):

Valoración cognitiva: lóbulo frontal (controla los impulsos y se inhibe con el alcohol), permite:

- Estimar la calidad de la información que aporta el paciente sí mismo y su enfermedad
- Valorar su capacidad para comprender la información que recibe
- Detectar los cambios en el nivel cognitivo a lo largo del tiempo, lo cual influirá en

las decisiones diagnósticas y terapéuticas

Exploración cognitiva:

- Nivel de escolarización, empleo
- Presencia de factores de riesgo cardiovasculares (HTA, diabetes, fibrilación auricular)
- Historia familiar de demencia
- Antecedentes psiquiátricos, efecto de escalera
- Consumo de fármacos y tóxicos
- Motivo de consulta, forma de inicio y evolución de los síntomas
- Orientación
- Quejas de deterioro de memoria
- Problemas en reconocimiento de familiares y amigos
- Lenguaje
- Capacidad de abstracción/juicio
- Trastornos de la conducta

Instrumentos de valoración cognitiva:

- Short Portable Mental Status de Pfeiffer (SPMSQ)
- Mini Mental State examination de Folstein (MMSE)
- Test del reloj: mide negligencias neuropsicológicas, conductas que no se esperan obtener en un individuo sano

Valoración afectiva

- Estado anímico (alesectecnia: tendencia a la depresión) · Signos de ansiedad
- Trastorno del apetito · Ideación de muerte. Ideación o
- Labilidad emocional · tentativas autolíticas
- Anergia/hipoergia, falta de energía · Trastorno del sueño

- Anhedonia/hipohedonia, bajo nivel de placer

- Quejas somáticas

Instrumentos de valoración afectiva:

- Escala de depresión geriátrica de Yessavage (Geriatric Depresión Scaler GDS)
- Inventario de depresión de Hamilton (ansiedad)
- Inventario de depresión de Beck (depresión)
- Escala de Zung
- Escala de Cornell de depresión en la demencia
- Escala de depresión y ansiedad de Goldber

Valoración social: permite conocer la relación entre el anciano y su entorno. Aspectos

relacionados con el hogar, apoyo familiar y social, son cuestiones importantes a la hora de

organizar el plan de cuidados del anciano. En función de ello podremos ubicar al paciente

en el nivel asistencial adecuado y trasmite los recursos asistenciales y sociales que va a

precisar.

Instrumentos de valoración social

- Escala OARS de recursos sociales
- Escala de valoración socio familiar de Gijón
- Escala de Filadelfia
- Escala de Zarit

TEMA 4. CUIDADOS PREVENTIVOS EN GERIATRIA

INTRODUCCION

- Las ppales medidas preventivas se deben centrar en la prevención de las enfermedades en cuanto a la prevención de la pérdida de la función que producen
- La geriatría cubre los siguientes aspectos:
 - Prevención y promoción de la salud (con el desarrollo de programas específicos)
 - Asistencia (garantizando el tipo y la calidad de atención preventiva, progresión integral y continuada característica de la práctica geriátrica)
 - Recuperación funcional (con carácter preventivo y en todas las fases de la enfdd)
- A partir de 1980 comienzan a aparecer las primeras recomendaciones basadas en la evidencia:
 - “US Preventive Services Task Force” USPSTF
 - “Canadian Task Force en Preventive Health Care” CSF
- El ppio fundamental aplicado a estas recomendaciones, es el mejorar la salud, entendiendo en términos de reducción de la morbilidad y mortalidad causada por la enfermedad.
- Dentro del anciano sano:
 - Anciano usual: sano que se encuentra en riesgo de padecer una enfermedad o limitación en el mantenimiento de sus funciones
 - Anciano exitoso: sano sin riesgo de padecer enfdd o limitación. Rave y Kahim

Concepto de vejez exitosa: **EX**

- Baja probabilidad de padecer enfdd o discapacidd
- Aumenta capacidad funcional, física y cognitiva
- Mantenimiento de una vida activa en la sociedad

“La vejez exitosa es mucho más que la simple ausencia de enfermedad”

FORMAS DE INTERVENCION

- Prevención 1ª: busca evitar la enfdd antes de q ésta se haya hecho acto de presencia
- Prevención 2ª: busca la detección temprana de la enfermedad xa impedir o limitar la aparición de sus manifestaciones o de sus complicaciones una vez instauradas

- Prevención 3ª: persigue minimizar las consecuencias de la propia enfermedad y facilitar la recuperación de la misma. Ej.: síndrome del cuidador

PREVENCION PRIMARIA:

PROMOCION Y CONSEJOS DE SALUD: debe tener los siguientes objetivos a razón de los problemas específicos:

- prevenir la enfermedad
 - prevenir el deterioro físico y mental
 - prolongar el periodo de vida independiente
 - mantener y potenciar el nivel de vida
- Ejercicio Físico: la inactividad física se ha relacionado con gran nº de enfdds, especialmente cardiopatía isquémica, HTA, DMII, osteoporosis e ICTUS. El ejercicio físico regular es apropiado xa ancianos de cualquier edad y en diferentes grados de incapacidad. NO implica riesgo, incluso en ancianos frágiles.
- Conducción de automóviles: el riesgo de lesión por accidente de coche aumenta con la edad del conductor a partir de la edad adulta, sin embargo, los conductores ancianos tienen menos accidentes que los jóvenes.
- Tabaco: el riesgo de mortalidad disminuye de forma importante en quienes dejan de fumar, al menos hasta los 70 años. Está demostrada la relación entre el tabaco y enfdd coronaria, arteriopatía periférica, EPOC, tumores de páncreas, pulmón, vejiga, cervical, osteoporosis, pérdida de peso y pérdida de fuerza muscular y deterioro funcional.
- Alcohol: el consumo de alcohol se ha asociado a accidentes de tráfico y otras lesiones, HTA, arritmias, enfdds gastrointestinales y hepáticas, deterioro cognitivo, insomnio e interacción con múltiples medicamentos.
- Cuestionario GAGG: 4ítems en los puntos que se detecta consumo de alcohol excesivo, remitir xa el ttº.
- Gamma GT disminuye, ácido fólico alterado--- dolor de piernas---gota, vit.B12 alterada, aumento de la Hb Glicosilada, alteración leucocitos disminuye.
- El alcohol se almacena en forma de grasas.
- Dieta: reducción de grasas, aumento del consumo de frutas y verduras y alimentos que contengan fibra.
- Reducir dietas restrictivas.
- Las personas que pesen > 45 kg. es más probable que sufran malnutrición y una pérdida de peso involuntaria puede indicar un > riesgo de mortalidad.

Las dietas ricas en Beta-carotenos nos han demostrado claramente una disminución de la incidencia de cáncer, enfdd cardiovascular o mortalidad global.

VACUNAS:

- Vacunación Antigripal: virus influenza, responsable de importante morbi-mortalidad en ancianos (75% de muertes secundarios por infección).

Se recomienda a >65años y a familiares y cuidadores del anciano

- Vacunación Antineumocócica: demostrada su eficacia en situaciones de epidemia.

Se necesitan estudios xa demostrar su eficacia en ancianos.

Se puede administrar al mismo tiempo que la antigripal, no en la misma localización

La respuesta inmune aparece a los 2-3 semanas

Se recomienda a >65 años con factores de riesgo (patología respiratoria, cardiaca, hepática, DM II, alcoholismo, Insuf.Renal, inmunodeficientes)

Revacunación en 65 años, si han pasado 5años desde la 1ª. Sólo se realizara una vacunación después de los 65años.

- Vacunación Tetánica:

Tétanos: poco frecuente en países desarrollados, el 55% de los casos se da en ancianos. Mortalidad 50%.

CRIBADO DE PATOLOGIA TIROIDEA

El hipotiroidismo puede ser difícil de detectar clínica/ es ancianos, por tener pocas manifestaciones clínicas, y es una patología relativamente frecuente en las mujeres ancianas. Puede ser la causa de morbilidad, debida a su asociación con ganancia de peso, aumento del colesterol, estreñimiento, astenia y deterioro funcional 2ario.

1. Cribado cada 5 años en mujeres > 50 años asintomáticas
2. Cribado a partir de Niveles de TSH. Si TSH indetectable --- Indicado T4 libre

PREVENCION SECUNDARIA

Centra su atención sobre individuos que padecen la enfermedad en fase preclínica, cuando todavía la clínica no es muy aparente, pero hay datos que permiten detectarla (marcadores precoces), así se podrá prevenir o retrasar su progresión.

La detección d 1 patología en fase preclínica tiene interés si se dan los siguientes requisitos:

- tiene un aumento de mortalidad o recuperación en la calidad de vida
- es suficientemente frecuente
- puede ser detectada con una prueba con buena relación coste-efectividad
- puede ser efectivamente tratada si se detecta en una fase precoz

1. Enfermedad Cardiovascular

- a) HTA
- b) Hipercolesterolemia
- c) Fibrilación Auricular
- d) Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC)

2. Patología Cerebrovascular

3. Patología Osteoarticular

4. Patología Cognitiva:

- a) Patología sensorial
- b) Depresión
- c) Deterioro cognitiva-demencia

5. Cribado de Cáncer en el anciano

- a) Cáncer de mama
- b) Cáncer de próstata
- c) Cáncer colorrectal
- d) Cáncer de cérvix

6. Cribado de la Diabetes

1. Enfdd. Cardiovascular:

a) HTA:

Recomendaciones:

> 65 años: medir P.A. en cada consulta médica y al menos una vez cada año

Diagnostico de HTA:

1. Dos detecciones como mínimo
2. Considerar la > variabilidad de las cifras de presión arterial en el anciano respecto al adulto, así como la posibilidad de la pseudohipertensión (cifras falsamente aumentadas por la rigidez arterial)
3. Hacer la medición tanto en decúbito como bipedestación por la frecuencia de ortostatismo en ancianos hipertensos (10-15%)

Cuarto sonido de Korotkoff, se produce por HTA o hiperlipidemia, se escucha al deshinchar el manguito al tomar la tensión, producido por la presión que ejercen las placas de colesterol y triglicéridos en las arterias.

b) Hipercolesterolemia:

Hiperlipidemia e hipercolesterolemia = Factor de riesgo modificables

La aplicabilidad de estas recomendaciones a los ancianos en especial a los de edades más avanzadas, es controvertida

Recomendaciones de la USPSTF y CSF incluyen:

1. Screening de adultos asintomáticos >35 años en mujeres y >45 años en hombres
2. No hay límite de edad para realizarlo
3. A todos los que padezcan enfdd coronaria tb se les recomienda
4. Se recomienda una estrategia de valoración individualizada para aquellos entre 65 y 75 años, restringiendo a los casos con ancianos de alto riesgo xo con buena salud

c) Fibrilación Auricular:

F. Auricular no valvular = arritmia, muy frecuente en el anciano y que aumenta con la edad

Anualmente el 40% de ptes. con FA tienen ACV

Mayor riesgo de FA: >75 años, hª de AIT o ICTUS establecido, DM, HTA, disfunción ventricular izquierda o ICC. FA + factores anteriores: 5-15% anual de IC.

Se estima que el tt^o anticoagulante oral con dicumarínicos, reduce el riesgo en 2/3 y que anticoagulando a 1000 ptes durante un año con fibrilación no valvular frente a aspirina se producen 23 ICTUS isquémicos y se causan 9 sangrados mayores.

EX La intensidad de la anticoagulación que se recomienda en la FA no valvular es de INR 2-3 (La despolarización desde el NSA hasta el NA-V se para y tarda 0,04 segundos, en caso de Fa no se produce la parada y no se produce despolarización del ventrículo, produciendo LUPW—FVentricular) Si se obstruye la coronaria izq., muerte segura

d) ICC -- Insuf. Cardíaca Congestiva

Patología especialmente prevalente en los ancianos, alcanzando hasta el 10% de los octogenarios según el estudio de Framingham

La ICC es una patología que genera mucha incapacidad a medida que avanza la enfdd.

Manejo de la enfdd. = tt^o s que pueden modificar la H^a natural de la enfdd.

- Inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina, B-BQ, y la espironolona han demostrado no solo una disminución de la mortalidad, tb una mejoría de la clase funcional y de la tasa de reingresos asociada a esta patología con la consiguiente disminución de la incapacidad.

2. Patología Cerebrovascular:

La prevención va dirigida a aquellos que ya han padecido ACV agudo

Además de actuar sobre los F.R. vascular (HTA, DM, hiperlipidemia), es fundamental establecer la terapia antitrombótica mas adecuada

La terapia antiagregante en la Prevención 2aria de ACV agudo no cardioembólico ha sido demostrada por multitud de ensayos

3. Patología Osteoarticular

La artrosis es especialmente prevalente y según el criterio empleado llega a afectar al 50% - 80% de los ancianos. Está asociada con dolor, deterioro funcional y confinamiento domiciliario

La educación, el ejercicio físico, la órtesis, el alivio de dolor y la cirugía de reemplazamiento articular cuando está indicada, han demostrado una mejora significativa de la incapacidad

La osteoporosis se ha demostrado que puede tratarse eficazmente y sobre todo prevenir las consecuencias más incapacitantes, las fracturas. Las fracturas de cadera, suponen graves consecuencias para los ancianos que las sufren: mortalidad: hasta 25% y una tasa de institucionalizaciones entre 25 – 30%

4. Patología Cognitiva

a) ¿????

b) Depresión: la presencia de síntomas depresivos ha sido identificada en diversos estudios como un FR para la aparición de incapacidad, con una proyección de aumento en los próximos años.

La USPSTF recomienda realizar screening de depresión en aquellas consultas donde se puedan asegurar un diagnóstico adecuado, tratamiento efectivo y seguimiento estrecho

Esta cautela en la recomendación viene de los posibles falsos positivos y del coste y efectos variables del tratamiento

c) Deterioro cognitivo-demencia (interés de la detección precoz):

- Distinguir una demencia incipiente de otras patologías que puedan cursar deterioro cognitivo
- Detección de causas tratables de demencia: trast. tiroideos, déficit B12 o ácido fólico, fármacos...
- Diagnóstico etiológico precoz del tipo de demencia: esto permite iniciar tratamientos específicos

- Asesoramiento y previsión, tanto por parte del pcte como de su familia, sobre los problemas emocionales, legales, financieros y complicaciones médicas, xa aliviar la tremenda carga que esta enfermedad supone
- El screening de deterioro cognitivo, no es recomendado xa las personas aparente/ sanas desde el punto de vista cognitivo. No obstante, se recomienda que se pregunte rutinaria/ a todos los ancianos x cambios en el estado funcional y mental

5. Cribado de Cáncer en el anciano:

La incidencia de cáncer aumenta con la edad al menos hasta los 80 – 85 años en la mayoría de los tipos de tumores, de forma que hasta el 58% de las neoplasias y hasta el 67% de las muertes por esta causa se dan en > 65 años

a) Cáncer de mama:

- El 45% hasta los 65años y la incidencia es creciente hasta al menos 80 años
- Esta establecida la recomendación de la realización de examen clínico y mamografías periódicas

b) Cáncer de próstata:

- Probablemente el tumor más edad-dependiente
- American Cancer Society recomienda el cribado PSA

c) Cáncer colonrectal:

- American Cancer Society recomienda el cribado a > 50 años xa la detección precoz del cáncer. Existen evidencias tanto del cribado inicial con sangre oculta en heces(anual) o sigmoideoscopia(cada 5 años)

d) Cáncer de Cérvix:

- Cribado debe realizarse por medio de citologías hasta la edad de 70 años según la American Cancer Society, siempre que se hayan hecho cribados previos que fueron normales

e) Cáncer de Ovario:

- Sospechar en mujeres nulíparas siempre que, presenten aumento del flujo vaginal, dolor de espalda, edema en los pies y vellos en el abdomen

PREVENCION TERCIARIA

Objetivo: prevenir los efectos, el agravamiento o las secuelas de la enfdd ya establecida, rehabilitar y reinsertar

Las UGA, son las unidades hospitalarias que han demostrado una > eficacia en cuanto a disminución de cifras de dependencia, estancia media e institucionalización y sin un aumento de costes en la atención medica de la fase aguda de la enfdd en el anciano.

TEMA 5. SINDROMES GERIATRICOS. CUIDADOS DE ENFERMERIA

CONCEPTO

Los síndromes geriátricos son situaciones de enfdd expresada x un conjunto de síntomas.

Son un conjunto de cuadros originados por la concurrencia de una serie de enfdds que tienen su expresión a través de cuadros patológicos no encuadrados en las enfdds habituales

Son magníficamente definidas por Kovre en 1989, en su libro Essentials of Clinical Geriatrics, como problema geriátricos permitiendo a través de una regla memotécnicas memorización por medio de la regla de las “íes”

• Grandes Síndromes Geriátricos (las “íes” de la Geriatria)

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 1. Inmovilidad: x fragilidad | 8. Iatrogenia (polifarmacia) |
| 2. Integridad de la piel: x inmovilidad (UPP) | 9. Impactación (constipación) |
| 3. Inteligencia alterada: demencia y confusn | 10. Inmunodeficiencia (infección) |
| 4. Introversión: depresión
vista/oído) | 11. Insuf. Sensorial (deterioro) |
| 5. Inestabilidad: caídas y trast. de la marcha | 12. Indigencia (falta de recursos) |
| 6. Inanición: desnutrición
terminal) | 13. Infausto (situación de enf. |
| 7. Incontinencia | |

Importancia del Conocimiento de los Síndromes Geriátricos

Distintos organismos internacionales han elaborado y publicado documentos donde expresan su preocupación sobre la “Formación en Geriatria/Enfermería Geriátrica” a nivel de pregrado, así como de formación especializada

La investigación: el anciano del perfil demográfico de las sociedades desarrolladas justifica el estudio del envejecimiento con el fin de prevenir sus consecuencias indeseables y mejorar el bienestar de los ancianos, promoviendo la investigación específica del envejecimiento con el desarrollo de la Gerontología, en cuanto a disciplina básica, y de la Geriatria, en cuanto a disciplina medica

3. INCONTINENCIA URINARIA

Clásicamente se aceptó como: la pérdida involuntaria de orina que condiciona a “problema higiénico y/o social y que se podía demostrar objetivamente”

ICS (Sociedad Internacional de la Continencia) propuso una modificación conceptual al considerarla como “cualquier escape de orina que provoque molestias al pcte”

Ppales repercusiones:

- Médicas: infección urinaria, úlceras cutáneas, infección de las úlceras, caídas
- Psicológicas: perdida de autoestima, ansiedad, depresión
- Sociales: aislamiento, mayor necesidad de apoyo familiar, > necesidad de recursos sociosanitarios, > riesgo de institucionalización
- Económicos: aumento de coste de las medidas diagnosticas y terapéuticas, así como de las complicaciones

4. ESTREÑIMIENTO E INCONTINENCIA FECAL

ESTREÑIMIENTO

No es una enfdd, sino un síndrome que indica frecuente/ consultas medicas tanto a especialistas como a médicos de familia

El estreñimiento o constipación se define como la evacuación de heces excesiva/ secas, escasas (<50gr/día) o infrecuentes (<2 veces/semana)

INCONTINENCIA FECAL

La continencia fecal se define como la capacidad de retener el contenido intestinal sea de la consistencia que sea, hasta que el individuo considere que es el momento y el lugar adecuado para su evacuación

La incontinencia fecal no forma parte del envejecimiento normal, representando uno de los síndromes geriátricos que repercute más en la calidad de vida del anciano y que mas sobrecarga al cuidador, causando un gran impacto.

CAUSAS DEL ESTREÑIMIENTO

- Metabólicas: obstructivas y funcionales
- Farmacológicas
- Metabólicas y endocrinas: DM
- Neurológicas: Parkinson

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE DETERIORO COGNITIVO LEVE (AMNESICO) PETERSEN

1. Quejas de fallo de la memoria, preferiblemente corroborados por un informador fiable
2. Rendimiento cognitivo general normal
3. Evidencia objetiva de defectos de memoria inferior a 1'5 DE en relación a la media de su edad
4. Ausencia de defectos funcionales relevantes en AVD
5. Ausencia de criterios diagnósticos de demencia

5. DEMENCIA

Declinar de las funciones superiores, entre ellas la memoria, en relación con el nivel previo de los pacientes

El síndrome demencial debe cumplir las siguientes características:

- presentar un nivel de conciencia normal
- ser adquirido y persistente en el tiempo
- afectar a diferentes funciones
- se dé suficiente intensidad como xa tener repercusión en el funcionamiento personal, laboral o social

6. DELLIRIUM O SINDROME CONFUSIONAL AGUDO (SCA)

SCA Síndrome de causa orgánica, en ocasiones plurietiológico, que se caracteriza por una alteración del nivel de conciencia y de la atención, así como de diversas f(x)s cognitivas, como la memoria, orientación, pensamiento, lenguaje o percepción

Comienzo agudo y un curso fluctuante pudiendo durar varios días

Los ptes tienen una alteración del nivel de atención, está disminuida su capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención, además de la alteración de la percepción que puede hacer que el paciente malinterprete la realidad, tenga ilusiones o alucinaciones, pudiendo condicionar su comportamiento y expresar miedo o agresividad ante estímulos externos

ETIOLOGIA DE DELLIRIUM

- alcohol
- demencias por estupefacientes
- miscelánea (impactación fecal) por acumulación de NH₃
- idiopáticas

7. ALTERACIONES EN LA MARCHA (IMPORTANTE)

7.1. Deterioro físico y miedo a caer

7.2. Disminución de la velocidad (más común)

7.3. Diferencias ligadas al sexo

a) velocidad en la mujer es menor que en el varón

b) longitud de los pasos en la mujer más pequeña

c) base de sustentación más pequeña en mujer—marcha pélvica---“marcha del palo”

7.4. Aumento de la anchura del paso

7.5. Pérdida del balanceo de los brazos (equilibrio---centro de masa)

7.6. Menor rotación de cadera y tobillo

TIPOS DE MARCHA

- Problemas neurológicos:
 - Marcha hemipléjica o de segador (tb helicopoda)
 - Marcha en “tijeras” (modelos)
 - Marcha parkinsoniana o festinante (cortos, poca velocidad, miedo a caer)
 - Marcha danzante
 - Marcha apráxica (frontal) descoordinada
 - Marcha atáxica (taloneante)
 - Marcha atáxica cerebelar (alcohólicos) perdida de coordinación o equilibrio
 - Marcha vestibular, en estrella o brújula
 - Marcha prudente
- Problemas circulatorios
 - Marcha claudicante (síndrome de escarpace)
- Problemas musculo esqueléticos
 - marcha antiálgica

CAIDAS EN EL ANCIANO

La OMS define caída como consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al pte al suelo, contra su voluntad

Son más frecuentes en las mujeres, aunque conforme aumentan los años, la tendencia es a igualarse

Es un factor de riesgo “perse”?? de sufrir nuevas caídas (2/3 partes se caerán otra vez en los siguientes 3 meses)

ESCALA DE VALORACION DE TINNEETI

Escala de valoración de caídas. Puntuación entre 19 y 24 (>riesgo). 2 subescalas para escalas y equilibrio

· Timed up and go: en segundos de tiempo, levantarse de una silla, caminar 3 metros y

volver a la silla. Normal: <10", Anciano frágil: 10-20", Riesgo caídas: >20"

8. SINDROME DE INMOVILIDAD

en todos puede haber deterioro funcional, pero no en todo deterioro funcional tiene que haber síndrome de inmovilidad.

Cuadro fisiopatológicos en múltiples sistemas condicionados por la inmovilidad y el desuso acompañante

Cuadro clínico generalmente multifactorial, potencialmente irreversible y prevenible

9. TRASTORNOS DE LA NUTRICION EN EL ANCIANO

Se define malnutrición como la alteración de la composición corporal por privación absoluta o relativa de nutrientes que produce la disminución de los parámetros nutricionales por debajo del percentil 75:

1. Pérdida involuntaria de peso: IMC < 22
2. Pérdida de peso: >2'5 kg/mes o 10% en 180 días
3. Ingesta < 50% de la calculada como necesaria

9.1. CAUSAS DE MALNUTRICION

- Cambios fisiológicos:

- a) disminución del gusto por pérdida de papilas y el olfato – anomía????
- b) reducción en la secreción de la saliva
- c) reducción en la secreción gástrica

d) frecuente déficit adquirido de lactosa, q produce intolerancia a la leche (no al yogurt)

e) disminucn d la absorción d Vit.D, escasa exposición al sol (< produccn cutánea d Vit.D)

f) predominio de hormonas anorexigenas – que producen anorexia

- Dependencia ABVD y AIVD
- Enfermedades (diarreas, desequilibrio electrolítico...)
- Hospitalización (dietas hipocalórica)

REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES

- Calorías: > 1400 Kcal/día
- Proteínas: 0´8 - 1´5 gr/kg/día – similar a los adultos
- Lípidos: reducción de saturados al 7-10%
aumento de mono insaturados 10-15%
aumento de poli insaturados 10%
reducción del colesterol (<300mg/día)
- HdC: 100 gr de glucosa/día. No superar el 60% de las calorías totales
- Micronutrientes: vitaminas y minerales no varían respecto el anciano sano
- Líquidos: 1´5 – 2 litros/día

10. DEPRIVACION SENSORIAL – TRASTORNOS DE LA VISION Y AUDICION

- Trastorno de la Visión: a partir de los 65 años disminución constante de la agudeza visual, la sensibilidad al contraste, la tolerancia a los deslumbramientos y los campos visuales. La percepción de la profundidad empeora a partir de 75 años.

- Trastorno de la Audición: la más usual, presbiacusia

PPALES PROBLEMAS VISUALES

1. Cataratas
2. Degeneración macular asociada a la edad
3. Glaucoma: PIO > 21mmHg

Concavidad y atrofia de la cabeza del nervio óptico

Pérdida del campo visual

4. Retinopatía diabética

PPALES PROBLEMAS AUDITIVOS

1. Oído externo: tapón de cerumen
perforación timpánica
otitis externa
tumores
2. Oído medio: otosclerosis
otitis media
tumores
3. Oído interno: presbiacusia

acúfenos

Síndrome de Menière: triada que da acúfenos, hipoacusia y vértigos, y

al mirar hacia arriba oye pitidos

11. TRASTORNOS DEL SUEÑO

Tipos:

- Insomnio de conciliación: + 30' para dormirse
- Insomnio de mantenimiento: 2 o + despertares durante el sueño
- Insomnio con despertar precoz: antes de que suene el despertador

No REM: ondas lentas

REM: ondas rápidas

OTROS SINDROMES GERIATRICOS

1. Alteración de la boca y de la deglución
2. Deshidratación e hipotermia
3. Depresión y ansiedad
4. Iatrogenia farmacológica
5. Abuso y maltrato

TEMA 6. PATOLOGIA CARDIOVASCULAR

HTA:

3/10 hipertensos > 65 años, tienen el control óptimo

Variables asociadas para su control:

- DM
- Consumo aumentado del alcohol
- Consumo de tabaco
- Conducta terapéutica dl enfermero/médico ante el mal control d la PA (tolerante)

Según la OMS: HTA --- PAS > o = 140mmHg

PAD > o = 90mmHg

FISIOPATOLOGIA

La PA está determinada por el gasto cardiaco (vol. latido por F.C.)

- Hemodinámicas: resistencias + menor gasto cardiaco
- Humorales: menor actividad renina plasmática + menor prostaglandinas (vasoconstrictores) + mayor catecolaminas
- Morfológicas: > tamaño masa ventricular izquierda

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

- HTA
- Tabaquismo
- Diabetes
- Dislipemias: colesterol > 250mg/dl; HDL < 40mg/dl en hombre y < 50mg/dl en mujeres
- Sedentarismo : menos de 90 minutos de ejercicio/semana
- Obesidad abdominal: perímetro abdominal 102 cm. en hombres y 88 cm. en mujeres
- Edad: > 55 años para hombres y > 65 años para mujeres
- Antecedentes familiares de enfdd cardiovascular prematura

- Microalbúmina
- Hipertrofia ventricular izquierda

DISLIPEMIAS

La incidencia de eventos cardiovasculares, se incrementa de manera significativa en >65años

La arterioesclerosis es un fenómeno casi inseparable del envejecimiento

El > determinante del riesgo valvular es la presencia y extensión de la placa de ateroma

Las estatinas reducen la placa en > 75 años de una manera similar a los más jóvenes

La presencia de indicios de daño en el árbol valvular o en órganos diana, es muy frecuente en ancianos y conlleva no solo un aumento del riesgo valvular sino tb aumento de fragilidad

NIVELES

<u>TG en suero(mg/dl)</u>	<u>LDL – Colesterol</u>	<u>HDL – Colesterol</u>	<u>Colesterol Total</u>
150 ----- normal	< 100 ---- óptimo	< 40 – bajo	< 200 ---- deseable
150-190 --- lím. superior	100-129 – próx. a óptimo	60 -- elevado	200-239 – límite superior
200-499 --- elevado	130-159 – lím. superior		>240 ---- elevado
500 ----- muy elevado	160-189 – elevado		
	>190 – muy elevado		

Síndrome X, que aumenta el colesterol LDL en la menopausia hay que comprobar si es genético

INSUFICIENCIA CARDIACA

Motivo más frecuente de hospitalización y reingreso. 3ª causa de muerte cardiovascular en el anciano. La I.C. se acompaña de deterioro físico, funcional mental (en su doble componente cognitivo y afectivo) y social. Manifestaciones típicas en el anciano son:

- Por fallo ventricular izquierdo: disnea progresiva de esfuerzo, disnea paroxística nocturna y ortopnea
- Por fallo ventricular derecho: edemas periféricos, dolor en el hipocondrio derecho y ascitis
- Síntomas menos específicos: fatiga, debilidad muscular generalizada, anorexia y delirio

DIAGNOSTICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA

- Placa de tórax
 - Hemograma
 - Función renal y hepática
 - Lípidos y glucosa
 - Ergometría (para excluir otros Dg)
- Electrocardiograma

SINDROME CORONARIO AGUDO

Comprende un conjunto entidades producida por la erosión o rotura de una placa de ateroma, que determina la formación de un trombo intracoronario, causando una angina inestable (A.I.), infarto agudo de miocardio (IAM) o muerte súbita, según:

- Cantidad y duración del trombo
- Existencia de circulación colateral
- Presencia de vasoespasma en el momento de la rotura

El diagnostico se basa en 3 aspectos:

- Hª clínica
- Alteraciones electrocardiográficas

- Alteraciones asintomáticas

SINCOPE

Perdida súbita y transitoria de conciencia asociada a una pérdida de tono postural de la que el paciente se recupera espontáneamente

. Pre síncope: sensación de pérdida inminente de la conciencia sin que esta llegue a producirse

Fisiopatología:

- Cambios cardiovasculares: sensibilidad barorrefleja, sensibilidad al efecto vasodilatador y diurético
- Disminución de la capacidad para mantener el volumen extracelular
- Disminución para mantener el sodio (Na)

FIBRILACION AURICULAR

Arritmia cardíaca en la cual existe una actividad auricular rápida y desorganizada, con una frecuencia superior a 350 contracciones x min. y una respuesta ventricular variable e irregular

En el electrocardiograma (EKG) encontramos la característica ausencia de ondas P sustituidas por ondas F. Si no existe daño en el SN no tiene por qué darse fibrilación auricular

TIPOS

- FA aguda: sin episodios similares anteriores
- FA crónica: episodios anteriores
- FA paroxística: duración < 48 horas
- FA persistente: duración > 48 horas, Cardioversión
- Fa permanente

ANTICOAGULANTE ORAL

INR (Internacional Normalized Ratio) entre 2 – 3; un valor inferior nos ha demostrado mayor eficacia que la antiagregación con ácido acetil salicílico para prevenir ICTUS, y un valor superior incrementa el riesgo de sangrado, sobre todo en hemorragias intracraneales.

Hay que aplicar en una úlcera arterial por urgencia en un paciente anticoagulado: *adrenalina* porque es vasoconstrictor

Hay que monitorizar para: disminuir riesgo de hemorragia, riesgo de interacciones medicamentosas, valorar aspectos funcionales y cognitivos

PATOLOGIA VASCULAR PERIFERICA

- ARTERIALES:
 - Afectan con mayor frecuencia a los ancianos
 - Arteriosclerosis de la aorta y arterias ilíacas, presentan mayor frecuencia en los síntomas isquémicos de MMII
 - La amputación es la complicación más habitual de la enfermedad arterial oclusiva
- VENOSAS:
 - Venas varicosas
 - Tromboflebitis superficial
 - Trombosis de venas profundas
 - Insuficiencia venosa crónica

TEMA 7. PROBLEMAS RESPIRATORIOS

F.E.M.: FLUJO ESPIRATORIO MÁXIMO

Hay dos patrones básicos:

- FEV1: volumen espiratorio máximo en el 1er segundo , es decir, una espiración forzada tras una inspiración forzada
- CVF: capacidad vital forzada, volumen total de aire espirado tras una espiración forzada siempre después de una inspiración forzada
- **INDICE DE TIFFENEAU:** IT: FEV1 dividido entre CVF, se pueden obtener como resultados uno de los siguientes patrones:

- **OBSTRUCTIVO:** FEV1 + IT;

CVF: NO disminuye, ocurre porque algo obstruye al echar el aire que se espira comparando con la tabla que existe, pero al final, CVF se consigue eliminar el aire espirado

- **RESTRICTIVO:** FEV + CVF;

IT (xa nosotros se supone que no debe variar) NO disminuye más del 60% o puede aumentar hasta el 120%, si se excede o disminuye mas de estos valores, se considera patológico

Ej. Pulmón normal --- 2l. Pulmón patológico --- 4l.

Al ser su CVF menor, su FEV tb es menor y por tanto IT se queda “constante” al disminuir los dos a la vez

- **MIXTO:** FEV1 + CVF + IT (OBSTRUCTIVO + RESTRICTIVO)

Para calibrar el espirómetro, se debe tener en cuenta: la T^a, presión y humedad del exterior

En cuanto al pcte, tener en cuenta: edad, sexo, peso y talla (de los que obtendremos los valores de referencia en la tabla), se realizara sentado, en reposo, sin broncodilatadores (si se pide se hará con ellos), el aire se echará en el menor tiempo posible

1. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA: fracaso del sistema respiratorio para realizar de forma correcta el intercambio de gases, entre el aire inspirado y la sangre venosa.

El aparato respiratorio comprende no solo los pulmones, sino el SNC, la pared del tórax (diafragma, abdomen, musc.intercostales) y la circulación pulmonar

2. CAMBIOS RESPIRATORIOS EN EL ANCIANO

- Capacidad máxima respiratoria (inspiratoria y espiratoria,)
- Pérdida de masa muscular y de depósitos de grasa – Debilidad muscular respiratoria

- elasticidad de la caja torácica y de la pared costal + cifosis, 4 o < ¿? Eficacia vaciado pulmonar – pérdida de retroceso elástico

Cambios en los volúmenes

1. Capacidad Vital (75% a los 70 años)
2. Volumen residual (hasta 50%)
3. FEV1 (30 ml / año)
4. FVC

EPOC: proceso caracterizado por la reducción del flujo espiratorio máximo y por un enlentecimiento del vaciado del pulmón, debido a bronquitis o enfisema.

- a) Bronquitis crónica: presencia de tos y expectoración durante 3 meses al año, por lo menos durante 2 años consecutivos, sin que pueda atribuirse a otras causas
- b) Enfisema: destrucción de los tabiques alveolares mas allá del bronquiolo terminal (anatomopatológico)

La limitación del flujo aéreo, es por lo general, progresiva y se asocia con una respuesta inflamatoria pulmonar anormal a partículas o gases nocivos

FACTORES DE RIESGO:

- Tabaquismo positivo: proteger a los niños de ambiente con humo
- Polución atmosférica: no se conoce con precisión el papel de la polución en su causa
- Hiperactividad bronquial: no queda claro su papel en el desarrollo de la EPOC en fumadores
- Edad, sexo y estado socioeconómico: prevalencia de hombres con EPOC. La morbilidad y mortalidad son inversamente proporcionales al estado socioeconómico
- Factores ocupacionales: sobre todo relacionados con el tabaco
- Déficit de α 1-antitripsina: alteración genética
- Tabaco:

Infección

Tos

Expectoración

Hipersecreción

· destrucción paredes alveolares · inflamación del bronquio terminal · Tb IT

FEV1 – patrón obstructivo

FORMAS CLINICAS DE LA EPOC

Fumadores de hace más de 20 años, 20 cigarrillos/día

- Tos matutina
- Sobreinfecciones
- Disnea
- Hemoptisis
- Sibilancias respiratorias

La EPOC se manifiesta en 3 estadios, según FEV, Society Americans Torácica (ATS), y según gravedad y FEV1 (valor teórico) (ERS, Sociedad Europea Respiratoria)

TEMA 8 INFECCION EN EL PACIENTE GERIATRICO

GENERALIDADES

1. FIEBRE

Aumento de la T^a corporal por encima de las limitaciones normales causados por un efecto primario hipotalámico.

1. Frecuencia corporal media y amplitud de oscilaciones durante el ciclo circadiano diario

en el anciano, sobre todo en el anciano frágil
2. La T^a considerada como fiebre varía en el anciano, en f(x) del área anatómica de medición
3. de la respuesta febril ante agentes infecciosos

Límites: Rectal: 37°5' Oral: 37°3' Axilar: 37°2' Conducto Auditivo externo: 37°2'

2. FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO (FOD): Síndrome definido inicialmente por Petersdorf y Beeson (1961)

Características:

- T^a rectal 38°3', objetiva en más de 3 determinaciones
- Duración de fiebre superior a 3 semanas
- Ausencia de Dg tras una semana de estudio hospitalario

Tipos:

- FOD Clásica
- FOD Nosocomial
- FOD asociada a Neutropenia (en inmunodeprimidos)
- FOD asociada a VIH (no se sabe la causa de la fiebre)

3. BACTERIEMIA, SEPSIS, SHOCK SEPTICO

· Infección: proceso caracterizado por presencia por microorganismos desencadenantes de un cuadro inflamatorio

· BACTERIEMIA: presencia de infección con hemocultivos positivos

· SIRS (Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica): 2 o + de las siguientes:

- F.Card > 90 lat/min
- T^a > 38° o < 36°
- Leucocitos > 12.000 o < 4.000
- F. Resp > 20
- pCO₂ < 32 mmHg

· SEPSIS: infección sospechada o documentada clínica y/o microbiológica con uno o + de los criterios de SIRS o cualquiera de los siguientes:

- Alteración del estado mental
- Hiperglucemia (>120mgr/dl) en ausencia de diabetes
- Proteína ¿???????

· SHOCK SEPTICO: hipotensión debida a sepsis que persiste a pesar de la administración de líquidos, acompañada de alteración de la perfusión o distrofia de órganos (acidosis metabólica, hiperlipidemia)

NO hay ningún marcador biológico con la suficiente sensibilidad y especificidad para el Dg de sepsis, shock séptico, SIRS, solo es evidenciable por el cuadro clínico

INFECCION --- SEPSIS --- SIRS --- SEPSIS SEVERA --- SHOCK SEPTICO

4. NEUMONIA

Su desarrollo depende fundamentalmente de:

- Interacción entre las enfdds de base de los pacientes
- Estado inmunitario-nutricional
- Medio en el que se encuentre (hospital-domicilio)

Mecanismo fundamental de producción: microaspiración orofaríngea

Agente causal más frecuente: Streptococcus Pneumoniae, Haemophilus Influenzae, fundamental/ Gram +

Medidas preventivas en neumonía nosocomial:

- Lavado de manos
- Guantes y bata en los procedimientos a los pacientes
- Aislamiento de pacientes con patógenos multirresistentes
- Incorporación de la cama del paciente
- Restricciones de transfusiones a cifra de Hb 7gr, salvo sintomatología importante, inestabilidad hemodinámica, sangrado o cardiopatía

- Control intensivo de glucemia en ptes clínicos para mantener niveles (80-100mgr/dl)
- Control del dolor torácico y abdominal en ptes quirúrgicos
- Fisioterapia respiratoria en ptes quirúrgicos

5. INFECCION URINARIA

Son las infecciones más habituales en los ancianos

- Prevalencia: con la edad, puesto que el envejecimiento produce una alteración de los mecanismos defensivos a la infección
- Vías de infección:
 - 1) Ascendente (vía + frecuente en mujeres, NO en hombres)
 - 2) Hematógena
 - 3) Por contigüidad
- Factores predisponentes en ancianos:
 - Respuesta inmunológica
 - Comorbilidad
 - Instrumentación y nosocomial
 - Fármacos antibióticos y esteroides

6. TUBERCULOSIS

TBC, imminente problema de salud pública.

Incremento incidencia y prevalencia:

La población anciana contribuye actualmente un reservorio imminente de la enfdd, sobre todo en ptes institucionalizados donde existe un riesgo aumentado de transmisión bacilar

Partículas de Koplik

Diseminación de macrófagos hacia los ganglios del resto del organismo, epífisis de huesos largos, cuerpos vertebrales, áreas meníngeas, s/ todo, a las áreas posteriores de los pulmones

Manifestaciones en el anciano:

- Cambios en la capacidad funcional (ABVD)

- Astenia, anorexia
- Deterioro cognitivo
- Fiebre

A menudo pasan inadvertidas. La TBC pulmonar constituye la forma + frecuente en el anciano

Prueba de la tuberculina: inyección intradérmica de 0´1ml, su valor es relativo. Un resultado negativo no excluye presencia de enfdd por la reacción en el anciano más lenta, y a veces, imperceptible (normal/ se valora a las 24-72 horas y se inyecta lo =, 0´1ml)

7. CANDIDIASIS

Generalmente producida por C. Albicans, C. Glabrata, C.parapsilasis y C. Tropicalis

En ancianos normalmente C. Glabrata en urinarias e infecciones invasivas

Gran colonización de cavidad orofaríngea en ancianos > 85 años ---- estomatitis

TIPOS:

- Candidiasis cutánea (tb en el interlipocutanea (arrugas de la piel??)
- Vulvaginitis (< estrógenos)
- Infección orofaríngea (radioterapia, corticoides, antibióticos...)
- Candiduria – infección urinaria. El cambio de sonda vesical la hace desaparecer

La candiduria en el 20% de los casos y su retirada el 40% de los casos

- Candidiasis sistémica – Candidemia. Normal nosocomial

TEMA 9. PATOLOGIA NEUROLÓGICA EN EL PCTE GERIÁTRICO

ALZHEIMER

Patología considerada por la OMS como uno de los grandes retos sanitarios que para el siglo XXI tienen los países desarrollados junto a SIDA y CANCER.

Es una enfdd edad dependiente, afectando al 9% de los mayores de 65 años y al 39% > de 90ª

DIAGNOSTICO DEL ALZHEIMER

Se basa en:

- Hª clínica
- Exploración del estado mental y neurológico
- TAC: hallazgo de atrofia cortical
- Electroencefalograma
- Biopsia Post-Mortem

FASE INICIAL DEL ALZHEIMER

1. Olvidos : el enfermo es consciente y se angustia por ello (trata de disimular su pérdida de memoria y su tristeza)
2. Perdida de vocabulario: evita conversaciones extensas
3. Dificultad para realizar actividades que hasta entonces había desarrollado sin dificultad: DEPRIMIDO
4. Desorientación espaciotemporal momentánea: temor a perderse
5. Alteración de la personalidad: cambios de humor, irritación, desconfianza...

“TODAVIA PUEDE LLEVAR UNA VIDAD INDEPENDIENTE”

FASE MEDIA DEL ALZHEIMER “DEPENDENCIA”

1. Olvida sucesos recientes
2. No comprende hechos nuevos: boda, guerra...
3. Agnosia

4. Apenas puede decir unas cuantas frases lógicas juntas
5. Ha abandonado sus actividades: no sabe poner la mesa, atarse los zapatos, camina durante horas de un lado a otro
6. Se pierde
7. Percepción errónea del espacio: no valoración correcta de las distancias

“REAGUDIZACION DEL OS PROBLEMAS DETECTADOS EN LA FASE ANTERIOR”

FASE FINAL DEL ALZHEIMER

Con frecuencia esta etapa es de **encamamiento o postración** en una silla, por lo que la familia no tiene que pasar las 24 horas del día pendiente del afectado

1. Agnosia extrema: no conoce nada ni nadie
2. Desorientación temporo-espacial
3. Apraxia. No realiza ninguna actividad
 - a) Disfagia
 - b) Pérdida de control de esfínteres
4. Afasia: no habla ni entiende
5. Aprecia el sentido del tacto

PARKINSON

Es una enfdd degenerativa consistente en la muerte de las neuronas dopaminérgicas, productoras de la dopamina, necesaria para una adecuada coordinación de los movimientos

1. Enfdd LEVE:
 - Síntomas motores focales
 - Enlentecimiento sutil de los movimientos
 - TOTALMENTE INDEPENDIENTE
2. Enfdd MODERADA:
 - Rigidez

- Temblores
- Bradicinesia (más incapacitantes que los 2 anteriores)
- Arrastran los pies al caminar

3. Enfdd AVANZADA:

- FENOMENO On-Off

TEMA 10. PATOLOGIA DIGESTIVA EN EL PCTE GERIATRICO

1. PATOLOGIA BUCAL-CAMBIOS EN LA BOCA

- 40% de edéntulos en los mayores, cifras cada vez más bajas por la prevención
- Mucosa:
 - Atrofia en el dorso de la lengua, con disminución de la percepción de sabores – pérdida de papilas gustativas
 - Hipogeusia (dism. percepción de sabores) + Disgeusia (mal sabor constante)
- Glándulas salivales:
 - Atrofia + disminución de cantidad de saliva
 - Acidificación del pH oral
- Dientes y tejidos periodontales:
 - Desgaste – por bruxismo* o cepillado incorrecto *habito involuntario de apretar o rechinar las estructuras dentales sin propósito funcional
 - Mayor propensión a caries coroneales
 - Desmineralización – indicado enjuagues con flúor (signo de Russel: mucosa deteriorada y dientes, por provocarse el vomito)

1.1. ENFDDDS Y LESIONES BUCALES MAS FRECUENTES

- Xerostomía: normalmente secundaria
- Síndrome de Costen: dolor bucofacial, intrabucal (piezas cariadas), extrabucal (nervio trigémino), sistémico (fibromialgia)
- Estomapirosis/Glosopirosis (lengua): prótesis mal ajustadas, déficit del grupo B, alergias, diabetes
- Aftas: normalmente infecciosas virales, centro blanco rodeado de un aro hiperémico
- Cáncer bucal: consumo alcohol y tabaco son los mayores factores

2. NAUSEAS Y VOMITOS

- Náusea: sensación subjetiva de necesidad de vomitar
- Arcada: movimientos respiratorios espasmódicos y abortivos de la glotis cerrada mas contracciones de la pared abdominal
- Vómito: el contenido se lleva de forma forzada hacia fuera de la boca por contracción sostenida de los músculos abdominales y diafragma

2.2. MECANISMO DEL VOMITO

Estimulo psicológico --- cortex cerebral

Estimulo posicional ---- núcleo vestibular

Medicamentos	Quimiorreceptores	Centro del
vómito		
Carcinomatosis	Trigger zone	(formación
reticular		
Uremia	(suelo del 4º ventrículo	
vestibular)		
Cetosis	área postrema??)	
Irritación gástrica		Órganos
efectores		
Distensión gástrica	Órganos	
Órganos efectores	abdominales	
Hepatitis		

2.3. Exploración física en las náuseas y vómitos

- Valorar estado general y repercusión hemodinámica
- Prioritario valorar el nivel de conciencia
- Exploración sistémica por aparatos: exploración sistémica destacando el abdomen, presencia de ruidos hidroaéreos, náusea, dolor, hernias, cirugías...
- Pruebas complementarias:
 - Hemograma: por desequilibrio hidroelectrolítico
 - Bioquímica: ver Na/K --- parada cardiorespiratoria
 - Rx Tórax y abdomen; obstrucción, apendicitis
 - ECG: por posibles síntomas vagales o por infartos (algunos son asintomáticos solo cursan con náuseas y vómitos)

3. SÍNDROME DIARREICO

DIARREA: aumento en la frecuencia, fluidez o volumen de las heces en comparación con el hábito usual del sujeto.

Hipoclorhidria gástrica: favorece la colonización bacteriana del tracto digestivo

TIPOS:

- Infecciosa
- Por Maldigestión: por aumento de la flora intestinal, por déficit de ácidos biliares
- Por Malabsorción: por enfdds celiacas, ----- tropical
- De causa hormonal: tumores – gastrinoma, síndrome Zollinger-Edison (alt de la hormona gastrina), tumor en páncreas o intestino delgado-
- De causa colónica: enfdd Crohn, colitis ulcerosa.

4. DISFAGIA

- Disfagia: dificultad para tragar o deglutir los elementos líquidos y/o sólidos por afectación de una o más fases de la deglución
- Odinofagia: dolor desencadenado x la ingesta de determinados alimentos, especial/ fríos

CAMBIOS CON LA EDAD

Fase Oral (involuntaria)

- Pérdida de piezas dentales
- Desajuste de la prótesis
- Atrofia de los músculos de la masticación
- Disminuye la producción de saliva

Fase Faríngea (involuntaria)

- Disminuye el tono muscular que puede alterar el aclaramiento faríngeo
- Mayor propensión al desarrollo de divertículos
- Epiglotis más lenta y pequeña
- Alargamiento del tiempo de apnea

Fase Esofágica (involuntaria)

- Disminuye la amplitud de las contracciones peristálticas esofágicas

4.1. ABORDAJE PRACTICO EN LA DISFAGIA

1. Estado adecuado de hidratación/nutrición
2. Disminuir el riesgo de broncoaspiración, manteniendo dieta oral
3. Conseguir la máxima funcionalidad de la deglución
4. Valorar las necesidades y las formas más adecuadas de suplementación nutricional

5. Orientar a otras vías de alimentación no oral si se precisan (SNG, gastrectomía, yeyunostomía)

5. HEMORRAGIA DIGESTIVA EN EL ANCIANO VS. JOVEN

- La arterioesclerosis subyacente dificulta la hemostasia de arteriolas y arterias de pequeño y mediano calibre en cualquier lesión sangrante
- Peor respuesta hemodinámica compensadora a la hipovolemia, lo que implica una menor taquicardia y una mayor disfunción sistémica
- Enfddds en otros órganos y sistemas que pueden descompensarse tras una hemorragia de cierta cuantía

5.1. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL PCTE ANCIANO

Perdida sanguínea provoca por una lesión proximal al Ángulo duodenoyeyunal (ángulo de Treiz), en algún punto de esófago, estomago o duodeno

Presentación: en forma de hematemesis (vómitos de sangre fresca, coágulos o restos hemáticos oscuros denominados en “posos de café”) y/o melenas (heces blandas de color intenso muy brillante, alquitranado, muy malolientes)

*Vómitos en “poso de café” de sangre digerida – melanemesis

*Si es de Hemorragia digestiva alta: hemeptisis

**Intoxicación:* para pararla, bolsa de hielo en el estomago, por vasoconstricción

Tratamiento:

1. Evitar broncoaspiraciones (cuidado en anestesia con espray y endoscopias VO por reflejo tusígeno que puede no ser el correcto)
2. Control de constantes
3. Administrar oxígeno, preferente/ con cánula nasal a 3L/min
4. 2 catéteres venosos periféricos de gran calibre (16-18)
5. Sondaje vesical para control de diuresis
6. Extracción de muestras hemáticas + grupo sanguíneo (cuidado con la sobrecarga de sangre – hipervolemia)

7. Fluidoterapia (cristaloides) Inicial/ Ringer Lactato + expansores plasmáticos:1500cc de cristaloides
8. Transfusión sanguínea

5.2. HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

La lesión que origina el sangrado está situada por debajo del ángulo de Treiz.

Presentación típica en forma de hematoquecia (sangre oscura y brillante o coágulos de sangre por el recto) en las formas agudas y anemia ferropénica en las formas crónicas

En el caso de sangrado rectal, si se tiene hemorroides: controlar la hemorragia mediante nitrato de plata o mayas de sugicel?? en 3sg para la hemorragia

*si hemoptisis sin tener acceso a ella – sonda vesical

6. ENFDD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO

Presencia de lesiones o de síntomas atribuibles al material refluido desde el estomago, lo suficientemente importantes como para empeorar la calidad de vida

- Manifestaciones típicas: pirosis y regurgitaciones
- Manifestaciones atípicas: dolor torácico no cardiaco, síntomas respiratorios y bucodentales

1. Medidas higiénico-dietéticas:

- Evitar comidas copiosas
- No tabaco ni alcohol
- No café ni chocolate -- vasoconstrictores
- No bebidas bicarbonadas
- dormir con la cabecera elevada y evitar 2º3 horas tras las comidas

2. Tratamiento farmacológico: Teobromina

3. Tratamiento quirúrgico

7. ABDOMEN AGUDO

Aquella situación “crítica” que cursa con síntomas abdominales graves y que requiere un ttº médico o quirúrgico urgente

Manifestaciones más frecuentes:

- Dolor abdominal
- Alteración G-I
- Repercusión sobre el estado general

Paciente anciano: la causa más frecuente de dolor abdominal es patología biliar y la obstrucción intestinal, hernia encarcelada

Paciente joven: la causa más frecuente de dolor: dolor abdominal inespecífico y apendicitis

TEMA 11. PATOLOGIA ENDOCRINA EN EL ANCIANO

DIABETES

SCREENING Y DG DE DM EN ANCIANOS

A.D.A. (Asociación Americana de Diabetes) – cdo > 45 años el riesgo de DM, con la edad. Se recomienda Screening cada 3 años, mediante: (pruebas de elección)

- OGTT: tolerancia oral a la glucosa (oral glucose tolerance test)
- FPG: concentración plasmática de glucosa (fasting plasma glucose)

Las guías europeas recomiendan OGTT, particularmente en el anciano, cuando la FPG es normal pero la sospecha es alta.

Hb A1c (hemoglobina glicosilada) no se recomienda para el Dg ya que los hematíes tardan alrededor de 120 días en recuperarse por lo que se tardaría mucho tiempo en evaluar los cambios y evaluar el ttº farmacológico y los cambios alimentarios; pero si esta alta (>7'5%) puede ser útil cuando la FPG es normal y OGTT no puede llevarse a cabo

NOTA IMPORTANTE

- Fiabilidad: el % de error de una medida o instrumento, variabilidad de un instrumento el medir la misma medida en distintas ocasiones
- Validez: que el instrumento mida realmente lo que se quiere medir

Todo método válido tiene que ser fiable

Todo método fiable tiene que ser válido

Todos los test psicométricos no admiten < de 0'8 alfa Cronbach, por lo que son más fiables que una analítica de colesterol ya que su valor es 0'6 alfa Cronbach

Alfa Cronbach: mide la fiabilidad de una medida, prueba o instrumentos, su valor cuanto más se aproxime a 1, más fiable es la medida o instrumento

NIVELES DE GLUCOSA

En ayunas y a las 2 horas posteriores con 75gr de glucosa

CLASIFICACION	AYUNAS	OGTT	
Normal	< 110 mg/dl	<140 mg/dl	IFG: glucemia alt. ayunas
IFG	110-125 mg/dl	-----	IGT: alt. tolerancia glucosa
IGT	-----	140-200 mg/dl	OGTT: test tolerancia glucosa
DIABETES	>126 mg/dl	200 mg/dl	

OBJETIVOS DE LOS CUIDADOS DEL ANCIANO DIABETICO

· ORIENTADOS AL EQUIPO

- Promover el bienestar global y una normal expectativa de vida
- Prevenir/retrasar el inicio de la enfdd cardiovascular
- Manejar las complicaciones relacionadas con la Diabetes de forma precoz y tan agresivamente como sea apropiado
- Minimizar las tasas de hipoglucemia y efectos adversos de los fármacos
- Proporcionar cuidados especializados en el momento oportuno

· ORIENTADOS AL PACIENTE

- Adquirir educación y destreza para el autocontrol
- Mantener un nivel optimo de función física y cognitiva
- Tener garantizada fácil accesibilidad a los servicios y apoyos para el manejo de su dieta

PILARES FUNDAMENTALES DE LA DIABETES

- Educación Sanitaria
- Control de la dieta adecuada

- Control de ejercicio
- Control farmacológico

Mal control de la Diabetes: alteración de los niveles de glucosa --- depresión y aforesis

CRITERIOS PARA VGI EN ANCIANOS CON DM TIPO 2

- Presencia de algún síndrome geriátrico
- Ancianos que presentan comorbilidad
- Sometidos a polifarmacia
- Ancianos con discapacidad debida a la enfermedad vascular en MMII o neuropatía que precisa de un programa de rehabilitación
- Ausencia de enfdd terminal o síndrome demencial

BENEFICIOS DE LA EVOLUCION DEL DETERIORO COGNITIVO EN ANCIANOS CON DIABETES

- Avisar al clínico a considerar la presencia d nf cerebrovascular y revisar riesgo vascular
- Indicador temprano de Alzheimer
- Beneficio temprano de planes sociales y económicos (familia/enfermo)
- Optimizar el control de glucosa
- Control de la T.A.
- Control de lípidos

ESTRATEGIA DEL TTO DE LA DIABETES EN EL ANCIANO

1. Control de la glucemia:

- Los objetivos de control deben ser considerados con el pcte
- Hb A1c cada 6 meses
- Hb A1c = 6´5 – 7´5% en ancianos diabéticos sin comorbilidad asociada
- Hb A1c = 7´5 – 8´5% en ancianos frágiles diabéticos

2. Control T.A.:

- Límites para empezar a tratar la HTA en anciano diabético: 140/85mmHg medidos en 3 ocasiones en periodos de 3 meses
- Ancianos frágiles: objetivo TA <160/90 mmHg
- Como mínimo, control TA anual/, pero preferible/ semestral

3. Control de lípidos:

- Modificación del estilo de vida
- En ptes con dislipemia Hb A1c < 6,5%
- Control de peso e IMC

El control glucémico disminuye el riesgo de caídas y favorece la memoria y el aprendizaje

COMPLICACIONES ESPECÍFICAS DE LA DIABETES EN ANCIANOS

- Pie diabético
- Retinopatía diabética y agudeza visual
- Disfunción eréctil
- Dolor: por infecciones, neuropatías, depresión, demencia, UPP, estreñimiento, y cardiopatías

PATOLOGIA TIROIDEA

CAMBIOS RELACIONADOS CON EL ENVEJECIMIENTO

- Menor peso de la glándula y un aumento de la fibrosis
- No hay cambios en la T4(tiroxina), menor producción, pero menor degradación
- T3 disminuida
- No hay cambios en TSH

CRIBADO DE PATOLOGIA TIROIDEA

- Tema controvertido, no existen los estudios necesarios
- No indicado en ptes con patología aguda y los ingresados en UCI. Porque los medicamentos y el estrés modifican la función tiroidea de forma transitoria
- Realización de cribado mediante TSH:

- T4 si TSH alterada en cribado sin signos o síntomas que sugieren patología tiroidea
- TSH baja, deberá determinarse T3

HIPOTIROIDISMO

Síndrome caracterizado por manifestaciones clínicas y bioquímicas de fallo tiroideo y de déficit de disponibilidad de hormonas tiroideas en los tejidos diana

TSH elevada con niveles bajos de T4 libres

En ancianos es insidiosa e inespecífica de sus manifestaciones

Es típico: piel seca, intolerancia al frío, letargia, ganancia de peso, voz ruda, bradicardia, estreñimiento, etc...

*fibrilación auricular sin antecedentes, realizar cribado

HIPERTIROIDISMO

Conjunto de manifestaciones clínicas y bioquímicas con relación con un aumento de exposición y respuesta de los tejidos a niveles excesivos de hormonas tiroideas

TSH suprimida y T4 normal/elevada. Si T4libre normal, analizar T3. Si TSH disminuida en el anciano repetir determinación en 3 semanas

Manifestaciones clínicas: diarrea, nerviosismo, hipersudoración, intolerancia al calor, temblor

HIPERTIROIDISMO APATICO

Cursa con apatía. NO existen órganos diana alterados

TEMA 12. TRASTORNOS RENALES Y DE LA PROSTATA EN EL ANCIANO

CAMBIOS RENALES ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO

Modificaciones morfológicas:

- Macroscópico: pérdida gradual de tamaño y peso; aumento del contenido graso peri e interrenal, aparición de quistes
- Vasculares: reducción del tamaño arterial

- Intersticiales: fibrosis intersticial y atrofia tubular

Modificaciones funcionales:

- Disminución de filtrado y permeabilidad glomerular
- Disminución del flujo plasmático renal
- Disminución de la función tubular traducida como alteración a nivel de la absorción, secreción y excreción de sustancias

Modificaciones hormonales:

- Renina, aldosterona (puede causar diabetes insípida porque controla el equilibrio hidroelectrolítico y producir Insuf Renal), eritropoyetina(aumenta el sueño, aumenta la altitud y el ejercicio físico no se altera)
-

INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

Es una patología aguda potencial/ reversible, muy frecuente por la polifarmacia, comorbilidad o por fármacos diuréticos que causan que el pcte no se mantenga bien hidratado. Caracterizada por el rápido deterioro de la f(x) renal, cuyo elemento comunes el aumento de la concentración de productos nitrogenados en sangre, representado principal/ por urea y creatinina

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Presencia de daño renal persistente que dura al menos 3meses y es secundaria a la disminución lenta, progresiva e irreversible del número de nefronas con el consecuente síndrome clínico derivado de la incapacidad renal para llevar acabo f(x) s depurativas, excretoras, reguladoras y endocrinas metabólicas

TRASTORNOS QUE SE PRODUCEN:

- Trastornos hidroelectrolíticos. Acidosis metabólica (se altera en IR y Parada Cardioresp.) e Hiperpotasemia (por el desequilibrio)
- Metabolismo fosfocálcico: hiperfosforemia + hipocalcemia + hiperparatiroidemia (se produce aumento d Ca sanguíneo y destrucción ósea – Osteomalacia – Osteoporosis)
- Alteraciones digestivas: malas digestiones, no se absorben bien los nutrientes
- Alteraciones endocrinas: amenorrea, esterilidad, impotencia, hiperlipidemia
- Alteraciones hematológicas: trastornos de la coagulación
- Alteraciones dermatológicas: palidez de la piel, piel amarillenta,(mocromo, +cerea + pálida se diferencia de la ictericia en que esta es mas amarillenta, y por decoloración de los ojos), equimosis, hematomas, prurito

-

HIPERTROFIA BENIGNA DE PROSTATA Muy común en ancianos

FACTORES IMPLICADOS

- Edad avanzada
- Aumento de estrógenos: aumento de receptores de la 5alfa reductasa(inducida por estrógenos) y ésta pasa a ser Aldosterona aunque en realidad pasa la Testosterona a Hidrotestosterona produciendo una hipertrofia de la próstata y aumentando su tamaño
- Aumento de la actividad de la 5alfa reductasa
-

MANIFESTACIONES CLINICAS

- Síntomas obstructivos: **los más frecuentes** se producen por la dificultad para iniciar la micción y disminuye la fuerza e interrupción del chorro (goteo)
- Síntomas irritativos: interfieren en las actividades de la vida diaria y en la calidad de vida
- Otros: infección hemática, litiasis vesical, cuidado con vejigas muy llenas. Si se forma globo vesical(hay que evitarlo) se vacía poco a poco ya que puede producir espasmo

PILARES DEL TRATAMIENTO

1. Medidas higiénico dietéticas:
 - evitar inmovilidad prolongada
 - evitar exposición al frío
 - evitar ingesta de alcohol, café, y líquidos después de la cena
 - realizar ejercicios del suelo pélvico
2. Seguimiento periódico de síntomas y complicaciones
3. Tratamiento farmacológico:
 - Terapia antiandrogénica (para disminuir testosterona)

4. Tratamiento quirúrgico: prostatectomía y resección transuretral

TEMA 13. ONCOLOGIA EN EL PCTE GERIATRICO

GENERALIDADES DEL CANCER EN EL ANCIANO

La incidencia y prevalencia del cáncer en mayores de 65 años ha aumentado en los últimos años a medida que tb ha aumentado la esperanza de vida

Mas del 60% de las muertes por cáncer ocurren en pczes de edad avanzada

60 a 79 años	Hombre	1º Broncopulmonar 2º Colorrectal 3º Próstata
	Mujer	1º Mama 2º Colorrectal
Mayores de 80 años	Hombre	1º Próstata 2º Broncopulmonar 3º Colorrectal
	Mujeres	1º Colorrectal 2º Mama

El personal que realiza guardias por la noche, tiene mayor posibilidad de padecer Cancer Colorrectal, por la melatanina que disminuye la secrecon, por la disminución del sueño.

ETIOPATOLOGIA DEL CANCER EN EL ANCIANO

1. Carcinogenesis: a lo largo de la vida se acumulan toxinas que producen mutaciones en el ADN y comienzan a expresarse en la vejez
2. Alteraciones metabólicas: disminución de la secreción de gastrina (hipoclorhidria) por lo que disminuye la destrucción de tóxicos y disminuye el peristaltismo por lo que aumenta el tiempo que están las heces en el intestino aumentando el acumulo de toxinas
3. Alteraciones del sistema inmunitario: disminución de linfocitos T (igual q el SIDA)
4. Radicales libres: mutaciones y rotura de cadenas de ADN

CARACTERISTICAS DIFERENCIALES DEL CANCER EN EL ANCIANO

1. Susceptibilidad al ttº: el ttº del cáncer en el anciano no es efectivo al 100% debido a:
 - Hipofunción del hígado por polifarmacia (se necesitan fármacos formadores de colonias)
 - Por falta de familiares que produce poca adherencia al ttº
2. Comportamiento neoplásico:
 - Curso agresivo y maligno: leucemia mieloide aguda, linfoma no Hodgkin de células grandes, glioblastoma (fulminante ataca a células de la glia), sarcoma osteogénico que produce una malignidad importante
 - Curso lento e indolente: cáncer de mama (disminución de la agresividad con la edad) cáncer de pulmón
3. Dificultades para el Dg precoz relacionado con el curso lento

IMPORTANCIA DE LA VGI EN ONCOLOGIA

Se realiza siempre q exista comorbilidad, presencia de factores reversibles y tolerancia al ttº

- Descubrir presencia de factores reversibles que pueden interferir en el ttº
- Estimar el riesgo de mortalidad, a partir del grado de comorbilidad
- Estimar tolerancia a la quimioterapia

TEST SCREENING PARA RELACIONAR A LOS PCTES QUE SE PUEDEN BENEFICIAR DE LA VGI COMPLETA:

- Vulnerable Elderly Survey: su puntuación va de 0-3 valorando la funcionalidad del pte. ≥ 3 , existe riesgo funcional
- Timed Up and Go: consiste en pedirle a una persona que camine alrededor de 3 metros, lo normal es que los recorra en menos de 10 seg., valora el tiempo, una trayectoria errónea, si usan los brazos para levantarse, trayectorias en zig-zag
- Karnofsky performance Status (deterioro funcional) su puntuación va de 100-0. Puntuación de 100: máxima independencia

RECOMENDACIONES PARA LA DETECCIÓN PRECOZ EN ANCIANOS

CÁNCER	PRUEBA	RECOMENDACIÓN ACS	RECOMENDACIÓN USPSTF
MAMA	Autoexploración	Mensual	No recomendado
	Exploración Física	Anual	1-2 años hasta los 69 años
	Mamografía	Anual	Si ≥ 70 individualizar
CERVIX	Test Papanicolaou	Anual hasta 3 o + normales	1-3 años hasta 65, si normales no +
COLON	Tacto Rectal	Cada 5 años	Sin recomendación
	Sangre oculta heces	Anual	Anual
	Sigmoidoscopia	Cada 5 años	Sin recomendación
	Fibrocolonoscopia o enema doble contraste	Cada 5 -10 años	Sin recomendaciones
PROSTATA	Tacto Rectal	Anual	No recomendado
	PSA	Anual	No recomendado
OVARIO	Ecografía	No recomendado	No recomendado
	Marcadores séricos	No recomendado	No recomendado

	Exploracion pélvica	No recomendado	No recomendado
PULMON	Rx torax	No recomendado	No recomendado
	Citología de esputo	No recomendado	No recomendado
PIEL	Inspeccion cutánea	Anual	No recomendado
CAVIDA D BUCAL	Inspección y palpación de la boca	Anual	No recomendado

TEMA 14. PATOLOGIA REUMATOLOGICA EN EN PCTE GERIATRICO

OSTEOARTROSIS

Degeneracion del cartílago de la capsula articular. Grupo heterogéneo de patologías con manifestaciones clínicas similares y camibos patológicos y radiológicos comunes.

Prevalencia:

1/3 individuos > 35 años presentan algún signo de artrosis

Factores de riesgo:

- Obesidad: no está demostrado ya que está relacionado con la sobrecarga pero en miembros superiores no existe sobrecarga
- Ocupación: deportistas (por mayor desgaste), rotura del fontanero (por estar mucho tiempo de rodillas se rompe el ligamento)
- Densidad mineral ósea: a mayor densidad ósea, mayor probabilidad de osteoartritis, porque los huesos absorben menos vibraciones y las absorbe la capsula articular, en cambio, su menor densidad ósea las vibraciones se absorben mejor y pasan al hueso yuxtapuesto sin dañar la capsula
- Sexo: incidencia mayor en mujeres
- Edad: incremento exponencial a los 50 años
- Factores nutricionales: deterioro oxidativo, desnutrición, anorexia

AFECCIÓN ESPECÍFICA DE LA ARTROSIS EN EL ANCIANO

ARTROSIS DE CADERA: SIMILAR EN HOMBRE Y MUJER. Síntoma ppal: dolor mecánico en ingles con irradiación hacia muslo y rodilla. Puede observarse hiperlordosis compensadora

ARTROSIS DE RODILLA: MÁS FRECUENTE EN MUJERES. Síntoma ppal: dolor mecánico con rigidez, crepitación o impotencia funcional. Pueden existir bloqueos por cuerpo libre intraarticular

OSTEOPOROSIS

Enfermedad sistémica del esqueleto, producida por la pérdida de masa ósea y alteración de la microestructura del tejido óseo, con aumento de fragilidad del mismo, y riesgo de fracturas

TIPOS

1. PRIMARIA

- Tipo I o postmenopausica: ttº quirúrgico, estrés, mecánica(rotura de cuerpos vertebrales)
- Tipo II o senil: por hipocalcemia

2. SECUNDARIA: debida a la rotura del hueso femoral

- Causa respiratoria: corticoides y broncodilatadores(en caso de IRC), heparina, sales de litio y en casos de EPOC
- Causa endocrina

FACTORES DE RIESGO

- Geneticos o constitucionales
 - Edad
 - Sexo femenino
 - Raza caucásica y/o asiática
 - IMC bajo (<19kg/m2) por desnutrición
 - Antecedentes familiares
- Estilo de vida
 - Deficit Vit.D
 - Consumo elevado de proteínas
 - Consumo excesivo de alcohol y tabaco
 - Exceso de cafeína por malabsorción hupocalcemia
 - Sedentarismo
- Deficit de hormonas sexuales

TEMA 15. FARMACOLOGIA

1. IMPORTANCIA

- Tasa de fecundidad y esperanza de vida cambiante, proceso de envejecimiento- mayores de 65 años superan el 17% de la población y el 4'1% pasa de los 80 años
- Mayor consumo de fármacos en el anciano que en otro sector
- Polimedición: pluripatología
- Coste social, económico y sanitario (*aumenta*)
- Se ha de valorar cada situación de enfermedad de manera individual, pues los factores que influyen en la respuesta del anciano a las medidas terapéuticas son múltiples y relacionadas entre sí

2. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA MEDICACION

- *Modificaciones biológicas:*
 - a) *Absorción:* del área de absorción, y pH estomacal, pueden influir en el de la absorción de determinados fármacos

Hay fármacos que retrasan el vaciamiento gástrico, ya lento en los ancianos (anticolinérgicos, narcóticos, analgésicos), y fármacos con efecto anticolinérgico (fenotiazinas, antiparkinsonianos, antidepresivos tricíclicos)

La absorción puede verse alterada por la disminución de la perfusión mesentérica y la < cantidad de células absorbentes
 - b) *Distribución:* agua y masa muscular

de grasa corporal (se almacena +)

de la concentración de albúmina plasmática

Los anticoagulantes e hipoglucemiantes su acción

- c) Metabolismo: a los 65 años, perfusión hepática en 40% del nivel que existía a los 25 años (hepatotoxicidad o paracetamol, benzodiacepinas)
- d) Eliminación: del flujo plasmático renal, aclaramiento de creatinina y $f(x)$ renal

Modifica la eliminación del fármaco, prolonga su media media, pudiendo producir concentraciones excesivas del fármaco y toxicidad (digoxina, penicilina y litio)

PLURIPATOLOGIA

El 36% tiene más de 3 enfdds crónicas, acompañada de secuelas (Insuf. Renal Hepática, hipertiroidismo o hipotiroidismo), limitan el funcionamiento de órganos y sistemas, pudiendo modificar por si mismos la respuesta a medicamentos

Algunos fármacos administrados para el ttº de estas enfdds pueden ocasionar interacciones que disminuyen la respuesta terapéutica o potencian la toxicidad

Obliga a tener en consideración el conjunto que presente el individuo a la hora de elegir el ttº farmacológico con el fin de evitar efectos indeseables

FACTORES SOCIOCULTURALES

- Automedicación: mas frecuente en la población anciano que en otras edades y > entre los ancianos de nivel cultural alto
- Incumplimiento terapéutico: se deriva de las dificultades de comprensión y a veces de una falta de información por parte de los sanitarios

- Pérdida de memoria con o sin disminución de la capacidad intelectual, los aspectos o rechazo del ttº por parte del anciano, la situación económica o la soledad
- Hábitos dietéticos: su modificación está condicionada por aspectos socioeconómicos, que muchas veces afectan al estado nutricional

NORMAS BASICAS DE LA TERAPEUTICA FARMACOLOGICA

- Control ttº: programar visitas en el centro de salud o domicilio. Resulta muy útil la tarjeta de medicación, donde se anotan todos los fármacos a tomar, cuándo se inicia la administración, cuándo debe terminar, hora y forma de tomarlos. Es conveniente que sea el propio anciano quien conserve esta tarjeta. Facilitar la comprensión del ttº. VGI
- Facilitar el cumplimiento del ttº. Revisar periódicamente con el anciano o persona más próxima, el régimen terapéutico que debe seguir hasta finalizar el ttº

TEMA 16. VALORACION QUIRURGICA Y ASISTENCIA PERIOPERATORIA

PRINCIPIOS DEL MANEJO PERIOPERATORIO EN EL ANCIANO

1. Decisión de la indicación (ética y médica)
 - Respetar la autonomía del anciano, información
 - Decisión quirúrgica: sopesar alternativas no quirúrgicas

2. Valoración del riesgo de enfermedades preexistentes y su estabilización previa
3. Historia clínica y exploración física
4. Asegurar seguimiento adecuado

ESTIMACION DEL RIESGO DE INTERVENCIONES EN EL ANCIANO

BAJO RIESGO	RIESGO INTERMEDIO	RIESGO MAYOR
Oftalmología	Vascular	Torácico
Reseccion Transuretral	Ortopédico	Cavidad peritoneal
Plastica		Craneotomia
Hemiorrafia(hernia umbilical)		Urgente
Mastectomia		

FACTORES DE RIESGO A CONSIDERAR EN EL ANCIANO

RIESGO CARDIOVASCULAR

RIESGO RESPIRATORIO:

Abandonar tabaco 8 semanas previas a intervención

Fisioterapia respiratoria con inspiraciones profundas

RIESGO EN HOMEOSTASIS HIDROELECTROLITICA

Medicion de electrolitos, BUN(nitrógeno uréico en sangre), Creatinina, Urianálisis

Valorar Volemia

Valorar constantes (si HTA diastólica < 110mmHg)

PREVENCION DE TROMBOEMBOLISMO VENO

Heparina bajo peso molecular

Compresion neumática intermitente

Si TEP (tromboembolismo pulmonar), o TVP (trombosis venosa profunda), retrasar cirugía

3 - 6 meses

VALORACION DEL RIESGO NUTRICIONAL

Perdida de peso 10% en 3 meses antes de cirugía

Albúmina sérica

CUIDADOS DE ENFERMERIA

- Cuidados Generales:

Calmarla ansiedad: considerar problemas en la comunicación

Prevencion de complicaciones: enseñar ejercicios que le ayudaran al post-operatorio inmediato – Heparina profiláctica

Alteraciones sensoriales: se recomienda que los ptes puedan ir con sus dispositivos de ayuda al quirófano

- Cuidados Intraoperatorios:

Temperatura controlada, prevención de la hipotermia

Mantener vigilancia intensiva y dispositivos de seguridad

Contrarrestar la alteración disminuida de lagrimas

Via venosa permeable

- Cuidados Post-Operatorios:

Cuidados de la herida

Control función respiratoria/ cardiaca/ intestinal

Control hidroelectrolitico

Tratar confusión

Movilizacion

EDUCACION SANITARIA

GERIATRIA SEMINARIO : DEMENCIA

DEMENCIA:

- Deterioro global de las f(x)s de integración cortical: memoria, capacidad perceptiva, motoras...
- Declinar de la memoria....

CLASIFICACION DE LAS DEMENCIAS

D.LOCALIZADA CORTICA
S L

Alzheimer

(corteza)

Multiinfarto: por el riesgo sanguíneo (trombos...)

Enfdd Crenzfeldt Jacob: vacas locas

Traumatismo Cráneo-encefálico: Sínd. Del Niño
Zarandeo

Infecciones(meningitis)

Neoplasias: células glía

Subcortica
I

Corea Huntington: "Baile". G.Basales, afecta mov. de
coord.

Parkinson

Parálisis Supranuclear Progresiva

Demencia Talámica

Axiales

Síndrome de Korsakas: Cirrosis de la ENEC (x
alcohol)

Hidrocefalia arreasortiva

Encefalopatía Herpética: no realiza ABVD

D. GLOBALES

Ultimas

Fases del Alzheimer

SNG: Lubricantes sin lidocaína y que sean hidrosolubles