

# Mi Universidad

## Mapa Conceptual

*Nombre del Alumno:* Tatiana Guadalupe Morales Cruz.

*Nombre del tema:* Proceso de enfermar en el anciano, Insuficiencia cardiaca, Parkinsonismo en el anciano, Infecciones en el anciano, Particularidades del cáncer en el anciano,

*Nombre de la Materia:* Patología del adulto.

*Nombre del profesor:* Felipe Antonio Morales.

*Nombre de la Licenciatura:* Enfermería General

*Cuatrimestre:* Sexto.

*Comitán de Domínguez Chiapas a 07 de junio del 2023.*

*Bibliografía:*

[medicina-geri-trica-una-aproximaci-n-basada-en-problemas \(1\).pdf](#)



## El proceso de enfermar en el anciano. Deterioro funcional y comorbilidad



Es conocido que los ancianos presentan una alta prevalencia de enfermedad, y la presencia de múltiples enfermedades es muy frecuente en edades avanzadas. No todas las enfermedades se asocian con igual intensidad a discapacidad y dependencia. Hay enfermedades muy prevalentes como la hipertensión que tienen una intensidad baja de asociación con discapacidad, mientras que otras como la artritis reumatoide, con menor prevalencia en ancianos, son altamente discapacitantes.



## Deterioro Funcional



**Agudo** (Horas o días)

Neumonías, infarto isquémico, arritmias, trombosis venosa profunda, síncope, deshidratación, etc.

**Sub-agudo** (semanas o pocos meses)

Tuberculosis, infartos lacunares, epilepsia, demencias, glaucoma, fracturas; cadera, pelvis, vertebrales.

**Larga evolución** (varios meses o años)

Cuando se estabiliza puede ser crónico o permanente: Osteoporosis, retinopatía diabética, trastornos por ansiedad.

Es cualquier entidad (enfermedad, condición de salud) adicional que ha existido o puede ocurrir durante el curso clínico de un paciente con una enfermedad guía. La definición puede variar, dependiendo de cómo queramos usarla; clínicos, epidemiológicos, Dx, pronósticos, etc.

## Comorbilidad



+ La comorbilidad afecta diversos aspectos de la esfera biomédica; Tx, Dx, pronóstico y etiología.

+ Por último, cabe recordar que la comorbilidad no es un término estático sino dinámico y claramente asociado con el envejecimiento, aunque con una gran variabilidad interindividual, expuesto a exacerbaciones y remisiones. No existe el índice de comorbilidad ideal, sino que depende del objetivo deseado, de las posibilidades del lugar de aplicación y de la población de referencia

## Índices de comorbilidad:

- 1.- Índice Charlson.
- 2.- Liu Index.
- 3.- Schwartz Index.
- 4.- Incalzi Index



Se trata habitualmente de una enfermedad de la vejez, ya que la media de edad de la población con IC en los países desarrollados es de 75 años. La IC es la principal causa de hospitalización de los adultos mayores, con una elevada tasa de reingresos y de gastos sanitarios secundarios. El 80% de los pacientes hospitalizados por IC son mayores de 65 años. La IC es, además, una importante causa de mortalidad, y se calcula que una de cada 8 muertes puede deberse a esta patología. Es una de las principales responsables de deterioro funcional, de la discapacidad y de la fragilidad en el anciano.

## INSUFICIENCIA CARDIACA



### Cambios

#### Morfológicos

Aumento del grosor de las paredes del ventrículo izquierdo. Disminución del número y tamaño de los miocitos. Aparición de calcificaciones en las válvulas mitral y aórtica y en el correspondiente aparato subvalvar. Tendencia de las valvas de la mitral y en menor medida de la tricúspide a la degeneración mixoide, etc.

#### Funcionales

Aumento de la presión arterial sistólica y de la pos-carga. Acortamiento de la diástole a expensas de una reducción en su fase de llenado rápido. Peor llenado ventricular y peor perfusión coronaria. Mayor participación de la aurícula en el llenado ventricular. Progresiva incapacidad para alcanzar frecuencias cardíacas muy altas con el ejercicio.

### Clasificación de la gravedad de la IC

#### Clasificación del American College of Cardiology/ American Heart Association

- Estadio A: pacientes asintomáticos con alto riesgo de desarrollar insuficiencia cardíaca, sin anomalía estructural o funcional identificada
- Estadio B: pacientes asintomáticos con enfermedad cardíaca estructural claramente relacionada con insuficiencia cardíaca
- Estadio C: pacientes con insuficiencia cardíaca sintomática asociada con enfermedad estructural subyacente
- Estadio D: pacientes con enfermedad cardíaca estructural avanzada y síntomas acusados de insuficiencia cardíaca en reposo a pesar de tratamiento médico máximo

#### Clasificación de la New York Heart Association

- Clase I: pacientes sin limitación de la actividad física normal
- Clase II: pacientes con ligera limitación de la actividad física
- Clase III: pacientes con acusada limitación de la actividad física; cualquier actividad física provoca la aparición de los síntomas
- Clase IV: pacientes con síntomas de insuficiencia cardíaca en reposo

### Diagnostico

Deben realizarse un electrocardiograma, ecocardiograma y una radiografía de tórax a todos los ancianos con IC, Prueba de laboratorio, etc.

#### Escalas utilizadas en la IC

- + CHADS<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>VASC<sub>2</sub>.
- + CHADS<sub>2</sub>.
- + HAS-BLED.

### Tratamiento

#### Farmacológico

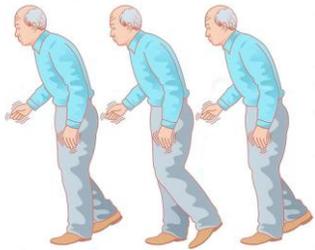
Objetivo: aliviar los síntomas mejorando la calidad de vida de los pacientes. Los fármacos más útiles son los diuréticos, pero los fármacos modificadores de la historia natural son los IECA, betabloqueantes, antialdosterónicos y los ARA.

#### No farmacológico

Reposo en fase aguda: reduce el trabajo cardíaco. Restricción de sal. Tratamiento y control estricto de la enfermedad de base. Evitar el alcohol o reducir su consumo. Ejercicio físico regular aeróbico. Control periódico del peso corporal.

#### Otros

Dispositivos, revascularización coronaria, cirugía estenosis aortica.



### Clasificación



**Parkinsonismo idiopático o primario**

Enfermedad de Parkinson.

**Parkinsonismo <plus> o atípico**

Parálisis supranuclear progresiva. Degeneración corticobasal. Atrofia multisistémica. Demencia con cuerpos de Lewy. Demencia frontotemporal. Enfermedad de Alzheimer.

**Parkinsonismo secundario**

Por fármacos, Vascular, Hidrocefalia normotensiva, Infecciones, Metabólico/tóxico, Otros

### Factor de riesgo

- 1.- Mayor riesgo a mayor edad.
- 2.- Factor ambiental; vivir en el campo y contacto con pesticidas.
- 3.- Actualmente se está investigando la relación entre los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y la enfermedad de Parkinson, aunque con resultados dispares.

### Clínica

La enfermedad de Parkinson clásica suele ser de comienzo asimétrico y de predominio en una extremidad, con un curso progresivo hasta hacerse bilateral.

Síntomas Motores

Bradisinecia, rigidez, temblor, alteración de los reflejos posturales.

Síntomas **no** Motores

Alteración del SN autónomo, alteración neuropsiquiátricos, del sueño, deterioro cognitivo, dolor, caídas, etc.

### Diagnóstico

Se basa en la presencia de los diferentes síntomas motores, la ausencia de síntomas atípicos y la respuesta al tratamiento con levodopa. Entre los criterios más empleados se encuentran los criterios de Gelb de 1999 y los del banco de cerebros, que permiten una exactitud del diagnóstico clínico cercana

### Tratamiento

**Medidas Farmacológicas**

Terapias neuroprotectoras, tratamiento de síntomas motores y no motores.

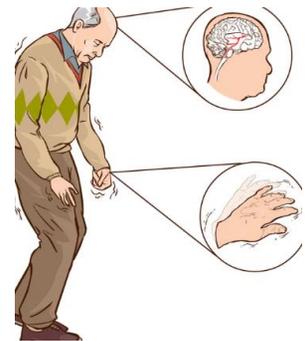
**Estrategias no farmacológicas**

Técnicas de rehabilitación y fisioterapia que enseñen a reeducar la marcha y aumentar la capacidad respiratoria, disminuyendo la fatiga, así como técnicas de control postural.

Se engloban una serie de trastornos del movimiento clasificados dentro de los trastornos por defecto o hipocinéticos, cuyo sustrato patológico se encuentra principalmente en los ganglios de la base (estriado, globo pálido, sustancia negra y núcleo subtalámico).



## PARKINSONISMO EN EL ANCIANO



# INFECCIONES EN EL ANCIANO



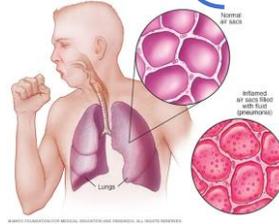
En primer lugar, hay una serie de cambios en el sistema inmune con la edad, que se conocen con el término de inmunosenescencia, que afecta tanto a la inmunidad innata como a la adquirida. Con la edad existen menos células madres hematopoyéticas y con peor funcionalidad, que implica fundamentalmente una menor producción de linfocitos B maduros.



## Neumonía

### Factor predisponente;

Disminución del aclaramiento mucociliar. Colonización de la faringe por patógenos. Proliferación de bacterias en contenido gástrico.



## Infecciones Urinarias



### Factor predisponente;

Cambios en las propiedades de la orina, colonización de orina por bacterias.

## Tracto Digestivo



### Factor predisponente;

Aumento de patógenos en la cavidad oral. Disminución de secreción ácida. Sobre crecimiento de flora intestinal.

## Piel

### Factor predisponente;

Menor resistencia de la piel. Menor capacidad regenerativa.

### Cambios con la edad;

Declinar en la función pulmonar, elasticidad de caja torácica y pulmón, fuerza de la musculatura respiratoria, reflejo de la tos. Disfunción inmune, salivación. Aclorhidria fisiológica y farmacológica (antihistamínicos, inhibidores de la bomba de protones).

### Cambios con la edad;

Mayor pH, descenso de urea y de los ácidos orgánicos. Aumenta el residuo posmiccional (prolapso de vejiga en mujeres, patología prostática en hombres). Flujo de orina. Adelgazamiento del epitelio de vejiga. Aumento del pH vaginal en mujeres, anticuerpos periuretrales y vaginales.

### Cambios con la edad;

Cambios en las propiedades bactericidas de la saliva, falta de dentición, dificultad para la deglución, falta de higiene. Atrofia de mucosa por alta prevalencia de *H. pylori*, gastritis crónica atrófica. Bifidobacterias y anaerobios, menor movilidad intestinal por inmovilidad.

### Cambios con la edad;

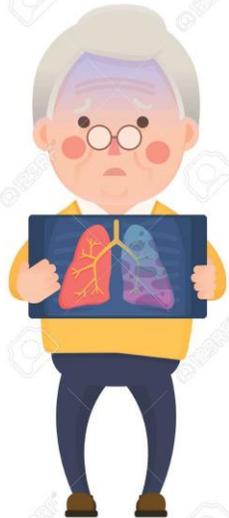
Pérdida de colágeno adhesión dermoepidérmica capacidad de retener agua. Vascularización síntesis de colágeno. Aumento del tiempo de renovación epidérmica de 20 a 30 días.



**PARTICULARIDADES DEL CÁNCER EN EL ANCIANO**



El cáncer es una enfermedad muy frecuente en personas mayores de 65 años y su incidencia aumenta con la edad, presentándose un pequeño descenso a partir de los 85 años.



**Relación entre cáncer y edad**

Acumulación de alteraciones genéticas como consecuencia de la longevidad. Cambio de la sensibilidad a los carcinógenos. Acumulación de exposiciones a los carcinógenos, tanto internos como externos a lo largo de los años hasta alcanzar una dosis capaz de producir un tumor.



**Valoración geriátrica**

La valoración geriátrica integral (VGI) esencial en las personas mayores con cáncer. Los beneficios que ha mostrado la VGI son una mayor precisión diagnóstica, la reducción de la mortalidad, la mejoría del estado funcional, la recuperación del estado mental.



**Peculiaridades del Tratamiento**

La edad no debería ser un impedimento para la implementación de tratamientos apropiados en individuos ancianos con cáncer, en especial en aquellos que tengan una adecuada expectativa de vida y reserva funcional.

- + Cirugía.
- + Radioterapia.
- + Quimioterapia.
- + Hormonoterapia.

**Supervivencia**

En el momento actual hay más de 24 millones de supervivientes de cáncer en todo el mundo, de los cuales el 61% tienen al menos 65 años.

**Recomendaciones:**

Todos los pacientes  $\geq 70$  años con cáncer precisan una valoración geriátrica para estimar la esperanza de vida y el riesgo de toxicidad, y también para reconocer las condiciones que pueden interferir con el tratamiento, como la comorbilidad, la falta de apoyo familiar, la desnutrición y la polifarmacia. La primera dosis de quimioterapia en los pacientes  $\geq 65$  años debe ser ajustada a la función renal. Si no hay toxicidad, las dosis sucesivas deben ser aumentadas para evitar el riesgo de tratamiento inadecuado. La hemoglobina debe ser mantenida a una concentración de 12 g/dl con eritropoyetina.