



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**  
**Campus Comitán**  
**Licenciatura en Medicina Humana**



**Materia:**  
**Geriatría**

**Nombre del trabajo:**  
**Resumen de temas 2do Parcial**

**Alumno:**  
**Luis Antonio Meza Puon**

**Grupo: "A" Grado: "6"**

**Docente:**  
**Dr. Romeo Suarez Martínez**

Comitán de Domínguez Chiapas a 26 de abril de 2024.

# Enfermedad de Parkinson. Parkinsonismo

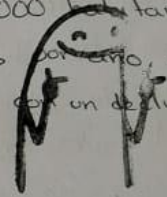
Luis Antonio  
Meza Poon

La enfermedad de Parkinson fue descrita por James Parkinson en 1817, siendo la causa más frecuente de síndrome parkinsoniano. Es el proceso neurodegenerativo más prevalente, tras la enfermedad de Alzheimer, en personas mayores de 65 años y la cuarta causa de enfermedad neurológica crónica en ancianos, la prevalencia de la enfermedad se incrementa con la edad, pudiendo aparecer las primeras manifestaciones en la edad media de la vida.

## ► Epidemiología

La prevalencia en Europa se sitúa entre 65,9 a 12,500 / 100,000 habitantes y la incidencia anual oscila entre 5 y 346 / 100,000 habitantes. <sup>solamente</sup> la incidencia aumenta a partir de los 60 años hasta los 89 años, <sup>con un declinar</sup> a partir de los 90 años.

muy bien



## ► Fisiopatología

- Desde el punto de vista morfológico: pérdida de pigmento de la sustancia negra que se relaciona con una pérdida neuronal que afecta, principalmente, a la porción caudal y anterolateral de la porción compacta de la SN y en menor grado al locus cerebelos, con gliosis reactiva y presencia de cuerpos de Lewy.
- Desde el punto de vista neuroquímico: depleción del 75-80% de la dopamina estriatal; aunque existe, en menor grado, depleción de dopamina en otras áreas cerebrales, como el sistema mesolímbico - mesocortical. Finalmente, puede haber disminución de GABA y serotonina del estriado.

## ► Etiología

- Envejecimiento
- Susceptibilidad genética
- Factores ambientales: Pesticidas, herbicidas

## ► Clínica

- Síntomas premotores
  - Movimientos corporales y vigorosos y súbitos de la cabeza y extremidades
- Síntomas gastrointestinales
- Síntomas sensoriales
- Fátiga, diplopía y seborrea
- Síntomas motores
  - Temblor de reposo
  - Rigidez
  - Bradicinesia, acinesia
  - Inestabilidad postural
- Trastornos neuropsiquiátricos
  - Depresión, apatía, Ansiedad
  - Demencia
- Trastornos del sueño
- Disfunción autonómica

## — Epilepsia en el Anciano

La epilepsia es un trastorno cerebral caracterizado por una predisposición a padecer crisis epilépticas y sus consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales según lo define la ILAE. Se considera epilepsia en el anciano a la que comienza en mayores de 65 años, se excluyen las que se inician en edades más tempranas y continúan a partir de esta edad. Con frecuencia la presentación de la crisis es más sutil en ancianos, lo que hace que puedan ser infradiagnosticadas o confundidas con síncofes o accidentes isquémicos cerebrales.

### ► Epidemiología

En los países desarrollados, la incidencia y la prevalencia de epilepsia en el anciano son mayores que en cualquier otro grupo de edad, a los 70 años la incidencia es el doble y el triple que en la infancia respectivamente. La epilepsia es el tercer síndrome neurológico en frecuencia en ancianos, tras la enfermedad cerebrovascular y la demencia.

excelente

### ► Etiología

En estudios poblacionales se evidencia que la etiología vascular cerebral representa el 40% de los casos de crisis epilépticas seguida de alteraciones tóxico-metabólicas (15%), tumores (10%), traumatismos craneoencefálicos (5%), demencias (5%), infecciones del sistema nervioso central (1%) e idiópática (24%).

### ► Especificidades de las crisis en los ancianos

- Tras una primera crisis epiléptica se debe investigar la causa originaria para determinar si se está ante una causa aguda o remota.
- Si la etiología de la crisis es cerebrovascular, en el primer año el riesgo de recurrencia es elevado.
- Los lóbulos frontales y parietales son el foco epiléptico más frecuente
- Las crisis parciales complejas son las más habituales junto con las auras motoras, sensitivas o, en algunos casos, de tipo vertiginoso
- Las crisis generalizadas suelen presentar estados confusionales postcríticos más prolongados

Tabla 1. Etiología de las crisis sintomáticas en los ancianos.

Accidente cerebrovascular: ictus isquémico, hemorrágico, hemorragia subaracnoidea, trombosis senos venosos, malformaciones vasculares.

Traumatismo craneoencefálico y cirugía del SNC.

Infecciones del SNC: encefalitis, meningitis, abscesos.

Privación de sustancias depresoras del SNC: alcohol, benzodiazepinas, barbitúricos.

Tóxicos: psicotrópicos, inmunosupresores, antineoplásicos, antibióticos, opiáceos, analgésicos, anestésicos, antiarrítmicos, contrastes radiológicos, etc.

Alteraciones metabólicas: hipoglucemia/hiperglucemia, hiponatremia/hipernatremia, hipocalcemia, hipomagnesemia, insuficiencia hepatorenal, hipertiroidismo/hipotiroidismo.

Encefalopatía anóxica o postanóxica.

Tumores del SNC.

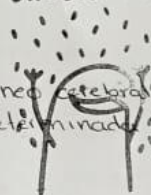
# Accidente Cerebrovascular

Los Antonio Meza Puen

Es la primera causa de muerte en los países desarrollados y la segunda en España, después de la cardiopatía isquémica. Es además la segunda causa más frecuente de demencia, la causa más frecuente de epilepsia en el anciano, una causa más frecuente de depresión, y la primera causa de discapacidad grave en el adulto.

El código ICTOS permite un rápido proceso de identificación, notificación y traslado de los pacientes a los servicios de urgencia hospitalarios. Los avances tecnológicos en el diagnóstico y la aparición de medidas terapéuticas eficaces, trombolíticas, hacen necesaria la organización coordinada y multidisciplinaria. El 80% de los ictos se dan, en nuestro entorno, en pacientes mayores y concretamente más del 50% en pacientes frágiles.

excelente



## ► Concepto

Se denomina ictus al trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o permanente la función de una determinada región del encefalo.

## ► Factores de riesgo

Tabla 1. Factores de riesgo de ictus isquémico.

	HTA
Modificables	Cardiopatía: fibrilación auricular, endocarditis, estenosis mitral, IAM reciente
	Tabaquismo
	Anemia de células falciformes
	AIT previos
	Estenosis carotídea asintomática
Potencialmente modificables	Diabetes mellitus
	Homocisteinemia
	Hipertrofia ventricular
No modificables	Edad
	Sexo
	Factores hereditarios

Tabla 2. Factores de riesgo de ictus hemorrágico.

	Hematoma cerebral	Hemorragia subaracnoidea
Edad	++	+
Sexo	-	+
Raza/etnia	+	+
Hipertensión	++	+
Tabaquismo	?	++
Consumo excesivo de alcohol	++	?
Anticoagulación	++	?
Angiopatía amiloide	++	0
Hipocolesterolemia	?	0

## ► Clasificación del Ictus

Los ictus se clasifican en diversos subtipos siguiendo criterios clínicos, topográficos, patogénicos, diagnósticos y pronósticos. Una de las primeras clasificaciones descritas que se basaba en los mecanismos patogénicos y presentación clínica es el NINDS.

Actualmente la clasificación más utilizada es la clasificación Oxfordshire (OCSP), que permite saber la localización y tamaño de la lesión, ofrece información pronóstica precoz, rápida y sencilla.

## La diabetes mellitus en el anciano

La diabetes mellitus constituye el paradigma de enfermedad geriátrica; es una enfermedad muy prevalente en este rango etario es una enfermedad crónica, tiene una enorme repercusión sobre la función al generar por sí sola, pérdida de la función, incrementa el riesgo de caídas, de padecer depresión y de desarrollar deterioro cognitivo. Tiene además una alta mortalidad: la causa cardiovascular es la principal causa de muerte en ancianos y ello supone un enorme coste social. Su prevalencia se incrementa a medida que aumenta la edad; de todos los diabéticos conocidos, el 40% supera los 65 años. A pesar de estos hechos significativos, según el estudio NHANES, un 6% de los casos de DM están no diagnosticados. Por otra parte, el 50% de los diabéticos tipo 2 tienen ya complicaciones en el momento del diagnóstico, de ahí la importancia de su detección precoz y manejo adecuado, prestando especial atención a sus manifestaciones clínicas atípicas en el anciano.

### ► Fisiopatología

Existe evidencia epidemiológica en la actualidad de que la DM tipo 2 en el anciano tiene una fuerte predisposición genética, probablemente basada en un patrón de herencia (genética) poligénica cuya expresión está modulada por factores ambientales. El hecho fisiopatológico fundamental de la DM en el anciano es la resistencia insulínica, que mantenida a lo largo del tiempo, es la responsable del fracaso de la célula beta pancreática con la consiguiente insulina <sup>excelente</sup> deficiente.

### ► Clínica

El debut de esta entidad en los mayores es con frecuencia atípica e insidiosa, en muchos casos cursa incluso de forma asintomática. Los síntomas más comunes incluyen astenia, pérdida de peso, cambios del humor, sed, poliuria, nicturia, insomnio, caídas, debilidad, incontinencia, deterioro funcional, cambios cognitivos o depresión, eventos cardiovasculares secundarios a aterosclerosis sistémica, síndrome doloroso o infecciones recurrentes. De todos ellos la manifestación más frecuente es el deterioro funcional.

## Patología tiroidea

En ancianos las enfermedades tiroideas suelen manifestarse en forma atípica, confundiendo con otras entidades nosológicas o los cambios inherentes al propio envejecimiento. Las alteraciones tiroideas funcionales y morfológicas son muy prevalentes y con frecuencia paucisintomáticas, la incidencia de enfermedades tiroideas aumenta gradualmente con la edad y dado el frecuente infradiagnóstico.

### ► Fisiología y función tiroidea en el adulto mayor

El tiroides presenta algunos cambios con el envejecimiento. Los cambios morfológicos incluyen atrofia y fibrosis, con disminución del peso total; la nodularidad macro y microscópica son habituales. Histológicamente el tejido conectivo interfolicular y coloides. Se ha implicado al sistema inmunológico en la génesis de los cambios relacionados con la edad; en el anciano aumentan los títulos de anticuerpos antitiroglobulina y antimicrosomales, a los 80 años, se desconoce su significado clínico, pero algunos expertos lo relacionan con el hipotiroidismo subclínico autoinmune o con patología no tiroidea como la aterosclerosis.

Tabla 1. Cambios fisiológicos en el tiroides relacionados con el envejecimiento.

Aclaramiento renal de yodo	↓
Aclaramiento tiroideo de yodo	↓
Producción total de T4	↓
Degradación de T4	↓
Concentración de T4 en suero	=
Concentración de TSB (globulina fijadora de tiroxina) en suero	=
Concentración de T3	↓
Concentración de rT3 en suero	=
La respuesta de la TSH a la TRH	↓ = ↑
Variación diurna de TSH	↓

Tabla 2. Interpretación de las pruebas de función tiroidea en el adulto mayor.

TSH	T4	T3	Patología
↑	↓		Hipotiroidismo primario.
↑	N		Hipotiroidismo subclínico (o recuperación de enfermedad no tiroidea, toma irregular de tiroxina, malabsorción, insuficiencia adrenal, fármacos).
↑	↑	N	Adenoma hipofisario productor de TSH (o Ac contra hormonas tiroideas, factor reumatoide, toma irregular de tiroxina o sobredosis aguda, enfermedad psiquiátrica aguda, fármacos).
↓	↓		Enfermedad no tiroidea (ad T3).
No ↓	↓	↓	Hipotiroidismo central.
No ↓	↓	↓	Enfermedad no tiroidea (ad T3/T4).
↓	↑		Hipertiroidismo primario.
↓	N	↑	Tirotoxicosis por T3.
↓	N	N	Hipertiroidismo subclínico.

Existe un descenso en la secreción de hormonas, así como una menor degradación al disminuir su utilización periférica por reducción de masa corporal, compensándose y manteniendo sus concentraciones plasmáticas en un rango semejante al del adulto.

### ► Hipertiroidismo

Se calcula que el 2% de los adultos mayores lo padecen y que el 10-15% de los hipertiroides son mayores de 60 años, con más frecuencia en las mujeres. La enfermedad de Graves (o bocio tóxico difuso), el bocio tóxico multinodular y el adenoma tóxico, son las entidades más frecuentes; otras patologías a considerar son el hipertiroidismo inducido por yodo, amiodarona y excepcionalmente agentes marcolíticos o medios de contraste yodados. Cursa con manifestaciones clínicas muy atípicas; de especial importancia son las manifestaciones cardiacas como las arritmias supraventriculares, en especial fibrilación auricular, insuficiencia cardiaca congestiva y angina de pecho.