



**Mi Universidad**

## **RESÚMENES**

*Derlin Guadalupe Castillo Gonzalez*

*Resúmenes*

*4to parcial*

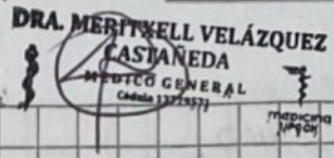
*Geriatría*

*Dr. Jorge Arturo Lopez Cadenas*

*Licenciatura en medicina humana*

*6to semestre*

*Grupo "C"*

**ITU****DEFINICIÓN**

Es una infección que afecta cualquier parte del sistema urinario, incluyendo uretra, vejiga, uréteres, y riñones. En pacientes geriátricos, estas infecciones pueden ser más comunes y tener presentaciones clínicas atípicas.

**EPIDEMIOLOGÍA**

Las ITU son frecuentes en la población geriátrica, especialmente en mujeres mayores. La incidencia aumenta con la edad, afectando hasta el 40% de las mujeres mayores de 80 años. Los hombres también están en riesgo, especialmente aquellos con hiperplasia prostática benigna.

**MECANISMO FISIOPATOLÓGICO**

El envejecimiento produce cambios en el sistema urinario, como disminución del flujo urinario, capacidad vesical reducida, y debilidad del esfínter uretral. Estos cambios, juntos con una respuesta inmune comprometida, facilitan la colonización bacteriana y la invasión de los tejidos urinarios.

**FACTORES DE RIESGO**

- > Género femenino
- > Prostatismo en hombres
- > uso de catéteres urinarios
- > Enf. crónicas (Diabetes, demencia)
- > Inmovilidad o incontinencia
- > Deshidratación
- > Manejo inadecuado de la higiene personal.

**CAUSAS**

La mayoría de las ITU en ancianos son causadas por bacterias gramnegativas, siendo *Escherichia coli* el patógeno más común. Otros patógenos incluyen *proteus*, *klebsiella*, *enterococcus* y *staphylococcus saprophyticus*.

**CLASIFICACIÓN**

ITU no complicada -> Afecta a personas sin anomalías estructurales o funcionales del tracto urinario.

ITU complicada -> Asociada a condiciones subyacentes que aumentan el riesgo de infección o de fallos en el tratamiento, como obstrucción urinaria, catéteres, o anomalías anatómicas.

## CUADRO CLINICO

- Anuria  $< 5$  ml / por hora
- Disuria
- Fiebre
- Poliquiuria
- inestabilidad de la marcha
- orina turbia
- Mareo
- Nauseas
- Estreñimiento
- Hiperoxia
- Letargia
- Nicturia.

En pacientes geriátricos, los síntomas pueden ser atípicos y no específicos.

- Síntomas urinarios clásicos: Disuria, urgencia, Frecuencia, hematuria
- Síntomas atípicos: Confusión, delirium, Caída, Fiebre (sin foco aparente), mal estar general.

## DIAGNOSTICO

- Historia clínica y examen físico.
- Análisis de orina: Busca piuria, bacteriuria y nitritos
- Urocultivo: Confirma el diagnóstico y guía el tratamiento antibiótico
- Imágenes: Ecografía o tomografía si se sospecha de complicaciones como abscesos o anomalías estructurales
- EGO
- Urocultivo con antibiograma
- ultrasonido de Vía urinaria

- Infección asintomática:
  - Resultado mayor a 100,000 UFC/ml.
- Infección sintomática
  - Resultado mayor a 10,000 UFC/ml

## TRATAMIENTO

Antibiótico → Según el patógeno identificado y la sensibilidad antimicrobiana. opciones comunes incluyen nitrofurantoina, trimetoprim sulfametoxazol, Fluoroquinolonas.

medidas de soporte → Hidratación adecuada, y manejo de síntomas.

Tratamiento de la causa subyacente → manejo de obstrucciones, cambios de catéteres, etc.

Antibiótico en función al antibiograma.

Antibiótico terapia empírica → TMP/SMA, nitrofurantoina, Fosfomicina, ciprofloxacino.

### PREVENCIÓN

- > Higiene personal adecuada
- > Hidratación adecuada
- > Evitar el uso innecesario de catéteres urinarios
- > control de enfermedades crónicas.
- > Educación del paciente y cuidadores sobre signos y síntomas de ITU.

### COMPLICACIONES

- Sepsis urinaria -> una complicación grave puede ser mortal
- Pielonefritis -> infección renal que puede conducir a daño renal crónico.
- Recurrencia de ITU -> puede llevar a deterioro funcional y calidad de vida disminuida
- Descompensación de enfermedades crónicas -> como insuficiencia cardíaca o diabetes.

### TRATAMIENTO

- #1 TMP + SX 160 / 180 mg c/12 hrs x 3 días  
Nitrofurantoina 500 mg c/12 hrs por 3-7 días
- #2 Nitrofurantoina = 500 mg c/12 hrs x 7 días  
Ciprofloxacilo 250 mg c/12 x 3 días.

## POLIFARMACIA

### DEFINICIÓN

Se refiere al uso concurrente de múltiples medicamentos, generalmente definido como la toma de 3 o más medicamentos consumidos o aplicados simultáneamente debido a complejidades o complejidades médicas.

### EPIDEMIOLOGÍA

- Se presenta en adultos mayores hasta un 94%.
- La prevalencia de medicamentos no indicados hasta un 40%.
- La interacción entre medicamentos se puede presentar en un 15%.
- La mortalidad con polifarmacia un 13% (cuando el consumo > 6 medicamentos).
- La ausencia de polifarmacia disminuye la días de estancia intra hospitalaria.

### MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS

El envejecimiento afecta la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos.

**Absorción** → Puede estar alterada por cambios en el pH gástrico y motilidad gastrointestinal.

**Distribución** → Disminución de la masa corporal magra y aumento de la grasa corporal afectan la distribución de medicamentos lipofílicos.

**Metabolismo** → Reducción en la función hepática puede disminuir el metabolismo de ciertos fármacos.

**Excreción** → Disminución de la función renal afecta la eliminación de medicamentos, aumentando el riesgo de toxicidad.

### FACTORES DE RIESGO

- edad avanzada (65 años)
- múltiples enfermedades crónicas
- Atención por múltiples especialidades / especialistas
- Falta de coordinación en el cuidado de la salud
- Automedicación
- uso de medicamentos de venta libre y suplementos.

## CAUSAS

- Prescripción inapropiada
- Falta de revisión y ajuste regular de la medicación
- Seguimiento de múltiples guías clínicas sin una visión integrada
- Adición de medicamentos para tratar efectos secundarios de otros fármacos (Prescripción en cascada)

## CLASIFICACION

Polidroica adecuada → cuando el uso de múltiples medicamentos es clínicamente justificado y optimizado

Polidroica inapropiada → cuando el uso de medicamentos es innecesario o potencialmente dañino, sin un beneficio claro para el paciente.

## CUADRO CLINICO

Las signos de polidroica pueden ser sutiles e incluyen:

Efectos adversos de medicamentos → mareos, caídas, confusión, somnolencia.

Interacciones medicamentosas → pueden provocar reacciones adversas o reducir la eficacia de los fármacos.

Síntomas inespecíficos → malestar general, pérdida de apetito, cambios en el estado mental.

## DIAGNOSTICO

Historia clínica detallada → Revisar todos los medicamentos, incluyendo aquellos de venta libre y suplementos

Revisión de medicamentos → Evaluar la necesidad y efectividad de cada medicamento

Evaluación geriátrica integral → considerar la funcionalidad y comorbilidades del paciente.

Uso de herramientas de evaluación → como los criterios de Beers y la lista de criterios STOPP/START.

## TRATAMIENTO

Ronción y ajuste de la medicación → Reducir o suspender medicamentos innecesarios (deprescripción)

Monitoreo regular → Ajustar tratamientos basados en la respuesta del paciente y la aparición de efectos adversos.

Educación del paciente y cuidadores → Sobre el uso adecuado de medicamentos y la importancia de informar cambios en la medicación.

## PREVENCIÓN

→ Evaluaciones periódicas de la medicación

→ uso de una lista de medicamentos esenciales.

→ coordinación entre diferentes proveedores de salud.

→ promoción de un enfoque centrado en el paciente.

→ Fomento de la adherencia a las directrices de prescripción adecuadas para adultos mayores.

## COMPLICACIONES

Efectos adversos de medicamentos → pueden llevar a hospitalizaciones y deterioro funcional.

Interacciones medicamentosas → Pueden causar efectos adversos graves.

Deterioro cognitivo → Relacionado con la sedación excesiva y otras alteraciones neuropsiquiátricas.

Aumento de la mortalidad → asociado con el uso inapropiado de múltiples medicamentos.

## FRACTURA DE CADERA

### DEFINICIÓN

Una fractura de cadera es una rotura en la parte superior del fémur, cerca de la articulación de la cadera. En los pacientes geriátricos, estas fracturas son particularmente graves debido a su impacto en la movilidad y calidad de vida.

### EPIDEMIOLÓGIA

Las fracturas de cadera son comunes en la población anciana, con una incidencia que aumenta con la edad. Más del 90% de las fracturas de cadera ocurren en personas mayores de 65 años, con una mayor prevalencia en mujeres debido a la osteoporosis.

### MECANISMO FISIOPATOLÓGICOS

Las fracturas de cadera generalmente resultan de una combinación de debilidad ósea (osteoporosis) y caídas. La masa ósea disminuida y la alteración de la arquitectura ósea debilitan al fémur, haciéndolo susceptible a fracturas incluso con traumas menores.

### FACTORES DE RIESGO

- Edad avanzada > 65 años
- Osteoporosis
- Sexo femenino
- Historia de caídas
- Debilidad muscular
- Problemas de equilibrio y coordinación
- Enf. crónicas (artrosis, demencia, cardiovascular).

### CAUSAS

Caídas → principal causa en ancianos, generalmente desde su propia altura.

Trauma menor → en huesos debilitados por osteoporosis.

Accidentes automovilísticos → menos comunes pero posibles.

### Clasificación

Fractura intracapsular → Afecta al cuello del fémur.

Fractura extracapsular → incluyen las fracturas intertrocantericas y subtrocantericas.



### CRASH CLINICO

- Dolor intenso en la cadera o la ingle
- incapacidad para moverse o caminar
- acortamiento y rotación anterior de la pierna afortunada.
- Hinchazón y edema en la región de la cadera.

### DIAGNOSTICO

Historia clínica y examen físico → evaluar el mecanismo de la lesión y los signos clínicos

Radiografías → confirman la fractura y ayudan a clasificarla.

AM o TC → en casos donde las radiografías no son concluyentes.

### TRATAMIENTO

Qx:

- o Reconstrucción de cadera → parcial o total, especialmente en fracturas intracapsulares
- o osteosíntesis → utilización de clavos, tornillos o placas, común en fracturas extracapsulares.

No Qx → Generalmente limitado a pacientes que no son candidatos a cirugía debido a su estado general.

Cuidados postoperatorios comunes:

- Analgesia → paracetamol (500-1000 mg/c 6-8 hrs) y/o AINES
- antibióticos profilácticos → cefazolina 1g cada 8 hrs durante 24 hrs.
- Anticoagulación → Enoxaparina 40 mg subcutánea diaria para prevenir tromboembolismo venoso.

### PREVENCIÓN

Tratamiento de la osteoporosis → con Vitamina D, calcio y bisfosfonatos

Ejercicio regular → para fortalecer muscular y mejorar el equilibrio

Evaluación y modificación del hogar → para prevenir caídas (barridos, alfombras anti deslizantes)

Revisión de medicamento → Para minimizar aquellos que afectan el equilibrio y la densidad ósea.

Uso de ayudas para la movilidad → como bastones o andadores

### COMPLICACIONES

Inmovilidad prolongada → puede llevar a úlceras por presión, infecciones urinarias y tromboembolismo venoso.

Pérdida de independencia → Necesidad de asistencia para actividades diarias

Mortalidad elevada → especialmente en el primer año post-fractura

Complicaciones quirúrgicas → infección, aflojamiento de implantes, luxación de prótesis.

## SINDROME DEL CUIDADOR

### DEFINICIÓN

Es una condición caracterizada por estrés físico, emocional y mental que experimentan las personas que brindan cuidados prolongados a pacientes geriátricos.

### EPIDEMIOLOGÍA

Aproximadamente el 15-20% de los cuidadores de pacientes geriátricos experimentan niveles significativos de estrés.

La prevalencia es mayor en cuidadores que proporcionan cuidados intensivos o a tiempo completo, especialmente a pacientes con demencia o enfermedades crónicas graves.

### MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS

El estrés físico y subsecuente emocional puede llevar a cambios fisiológicos como:

- aumento de los niveles de cortisol
- Alteraciones en el sistema inmunológico
- Problemas cardiovasculares
- Trastornos del sueño y fatiga crónica.

### FACTORES DE RIESGO

- Poca y alta intensidad de cuidados
- Falta de apoyo social
- Problemas financieros
- Salud del cuidador
- Relación con el paciente.

### CAUSAS

- Carga física y emocional → disminuyen en parte al cuidador y manejo de las necesidades del paciente.
- Falta de tiempo personal → reducción de tiempo para actividades recreativas o de descanso.
- Aislamiento social → pérdida de contacto con amigos y actividades sociales.

## CLASIFICACION

Estado agudo → Síntomas de corta duración relacionados en episodios específicos de cuidados intensivos.

Estado crónico → Síntomas persistentes y prolongados debido a la carga constante del cuidado.

## CUADRO CLINICO

Síntomas físicos → Fatiga, dolores musculares, problemas gastrointestinales, trastornos del sueño.

Síntomas emocionales → Ansiedad, depresión, irritabilidad, cambios de humor.

Síntomas conductuales → Retraimiento social, alivio de sufrimientos, cambios en el apetito.

## DIAGNOSTICO

- Historia clínica

- Cuestionarios y escalas → Herramientas como el cuidador de Zantif para evaluar el nivel de estrés.

- Entrevistas estructuradas → Evaluar el bienestar físico y emocional del cuidador.

## TRATAMIENTO

Terapia psicológica → apoyo emocional, terapia cognitivo-conductual.

Medicamentos → en caso de ansiedad o depresión, puede considerarse antidepresivos (por ejemplo, sertralina 50-200 mg diarios) o ansiolíticos (por ejemplo, lorazepam 0.5-2 mg).

Educación y capacitación → capacitación en habilidades de cuidado y manejo del estrés.

## PREVENCIÓN

- Apoyo social
- Tiempo personal
- Capacitación adecuada
- Planificación del cuidado.

## COMPLICACIONES

Salud física → Hipertensión, enfermedades cardiovasculares, trastornos inmunológicos.

Salud mental → Ansiedad, depresión, burnout.

Deterioro de la calidad de vida → aislamiento social, problemas financieros, relaciones familiares deterioradas.