



Mi Universidad

Resúmenes

Jeferson Enrique Ogaldes Norio

Resúmenes

Parcial IV

Geriatría

Jorge López Cadenas

Licenciatura en Medicina Humana

6to Semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas a 01 de julio de 2024

Polifarmacia

OMS

Uso de + de 3 medicamentos consumidos o aplicados simultáneamente debido a comorbilidades o complejidades médicas.

- vitaminas, proteínas, tes, malteadas, hierbas (Todo lo que contenga un componente activo).

> 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 se consumen >6 medics).
- La ausencia de polifarmacia disminuye los DEIM

> Situaciones médicas y sociales relacionadas con polifarmacia

- Desconocimiento de la farmacodinamia y farmacocinética en el adulto
- No se individualiza el tx
- Hasta el 40% de las recetas no son revisadas periódicamente.
- Un 30% son erradas y un 10% innecesarios.

"Polifarmacia es responsable de inadecuada adherencia al tx"

> Causas

- Falta de valoración geriátrica
- Presencia de + 3 enfermedades crónicas
- Prescripción inadecuada
- Decisiones médicas múltiples
- No se establece duración tx
- Percepción de mala salud.

> Cambios anatómicos/fisiológicos

- Mucosa intestinal
 - Disminución de absorción de los medicamentos
- Aumento de la masa magra
 - Aumento del volumen de distribución
- Disminución del agua corporal
 - Disminución del volumen de distribución.

> Fx de Riesgo

- utilizar fármacos inapropiados
- Falta de adherencia al tx
- Duplicación de medicamentos
- Interacción medicamentos
- Aumento de costos de atención médica



> Reacción Adversa al medicamento

Se presenta por lo general 4 días después de haber iniciado el tx

- Con mayor frecuencia en mujeres

- > Riesgo con > Edad

- "Principal causa de muerte en los adultos mayores"

* Fármacos con > riesgo de mortalidad:

- Cardiovasculares

- Hipoglucemiantes orales

- Diuréticos

- Benzodiazepinas

- Antipsicóticos

- AINES

> Sx Geriátricos Relacionados con Polifarmacia

- Delirium 29% → Opioides, antiparkinsonianos

- Demencia 51% → Anticolinérgicos, beta-bloqueadores

- Caídas → Antidepresivos, benzodiazepinas

- Disfunción erectil

- Desnutrición

> Dx (Para esto se hace uso de múltiples Herramientas)

- STOPP/START

- Criterios de Beers (Para medicamentos potencialmente no adecuados en adulto mayor)

- PAI

- Criterios de Zhan

- MAI

Nota: para detectar con precisión y se propicien < reacciones adversas

> Prescribir de manera correcta

- 1.- Tx individualizado

- 2.- Pensar en el incumplimiento terapéutico (50% no lo toma como es)

- 3.- valoración del medio (Apoyo familiar)

- Fomentar tx no farmacológico: Dieta y ejercicio

- Disminuir la cantidad de medicamentos

- Iniciar con dosis bajas

- Al presentar nuevo síntoma, pensar en un efecto adverso,

ITU

Es un proceso inflamatorio de las estructuras del tracto urinario a causa de un agente infeccioso, en otras palabras, es la colonización de un MO habitualmente bacterias que afecta:

- > Vías bajas: Uretritis, cistitis, prostatitis
- > Vías altas: Pielonefritis

> Epidemiología

- Alto porcentaje de patologías del adulto mayor
- > bacteriuria asintomática (> 70 años), hospitalizados ↑ H: 37%. y 4:55
- 20-35%. mujeres presentan un episodio en su vida

> Causas

Dependen de cambios anatómofisiológicos, trastornos urinarios adquiridos medio ambiente y el tx.

- Agente etiológico: E. coli: (90%), Klebsiella

> Fx de Riesgo

- Hospitalización
- Incontinencia urinaria
- Alt. hormonales (mujer)
- Enf. Mentales
- Diabetes
- Ca genitourinarios previos
- Hiperplasia Prostática
- Inmovilidad
- Deshidratación
- Calculos Renales
- Farmacos anticolinérgicos
- Múltiples parejas sexuales.

> Cuadro Clínico

- Polaquiuria
- Orina turbia
- Mareos
- Tenesmo
- Inestabilidad de la marcha
- Hematuria.
- Hiporexia
- Letargia
- Estreñimiento
- Nicturia
- Náuseas


DRA. MERITXELL VELÁZQUEZ
CASTAÑEDA
MÉDICO GENERAL
C/Gran Via, 10
10

> Diagnóstico

- EGO
- Urocultivo con antibiograma
- USG de vía urinaria
 - Infección asintomático
 - Resultado $> 100,000$ UFC/ml
 - Infección sintomático
 - Resultado $> 10,000$ UFC/ml

> Tx (Antibiótico en función al antibiograma)

- Períodos de administración: 7-14 días
 - Aminoglucosidos: 48-72 hrs
- El 40% de los casos hay una enfermedad de base (DM)
- Conocer la función Renal
- Antibioterapia empírica:
 - TMP/SMX Nitrofurantoina, Fosfomicina, Ciprofloxacino
 - ! 1^{ra} elección.

> Fisiopatología

- 1- Primoinfección en cualquier órgano: a través de vía hematogena o linfática
- 2- Perforación renal y presión de oxígeno (condición favorable)
- 3- Se alojan en los capilares (Forman granulomas)
- 4- Reactivación secundaria (Agrandamiento y fusión de granulomas)
- 5- Granulomas en papilas: necrosis y lesiones

> Complicaciones

- Sepsis
- Infecciones recurrentes
- Daño renal permanente
- Estrechamiento de la uretra
- En embarazadas (bebé de bajo peso, amenaza de aborto).

> Prevención

- Beber 6-8 vasos de agua al día
- Buenas prácticas de higiene en el área genital
- Usar ropa interior de algodón
- No usar ropa interior ajustado,

Síndrome del Cuidador

DRA. MERITXELL VELÁZQUEZ
CASTAÑEDA
MÉDICO GENERAL
CAMP 13719771

El cuidador informal es aquella persona que provee apoyo físico, emocional o financiero al px discapacitado o dependiente y se caracteriza por tener un vínculo afectivo y no recibir remuneración económica por sus cuidados, es típicamente un miembro de la familia, amigo o vecino, el perfil del cuidador es predominantemente femenino (66%) con un promedio de edad de 48 años.

Sx del cuidador, se trata de un estado de agotamiento físico, emocional y mental que se desarrolla en las personas dedicadas al cuidado continuo de un familiar.

> Fx de Riesgo

- Sexo femenino y diversos roles familiares y laborales.
- Grado de conocimiento que posee la persona para poder cuidar.
- Economía de la familia
- Estado de salud del mismo cuidador.
- Tiempo que se dedica a cuidar al px
- La posibilidad de descanso y relación con la persona cuidada

> Actividades del cuidador

- Los cuidadores asisten al enfermo en una o más actividades básicas
- Comer, ir al baño, vestirse, continencia, aseo, traslados, así como en cuatro a cinco actividades instrumentadas en promedio.
- Además de soporte médico: administración de medicamentos, curaciones, nutrición y recursos, traslado a citas médicas.

> Cuadro Clínico

- Cansancio: el cuidador se encuentra cansado todo el día y además el experimenta sentimientos de soledad o vacío
- Trastornos del sueño
- Irritabilidad: cualquier tema, sobre todo si está relacionado con el cuidado te hace saltar o irritarte.
- Altos niveles de ansiedad y estrés
- Aislamiento

> Diagnóstico

Para el diagnóstico del sx del cuidador se hace uso de diversas herramientas, una de ellas es la escala de Zarit en esta se evalúa la presencia y los niveles del sentimiento de sobrecarga. Presentar evidencias de validez de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit en cuidadores familiares de pacientes con demencia.

> Tratamiento

- Conocer la enfermedad ayuda a controlar mejor la información para así mejorar la situación
- Aprender a pedir ayuda (cuando se llega al límite)
- Reconocer y expresar los sentimientos
- Aprender estrategias para manejar los sentimientos y los síntomas neurológicos
- Dedicar tiempo al autocuidado.

> Prevención

- Practicar ejercicio
- Descansar y alimentarse de la forma correcta
- Cuidar tu vida social
- Sacar tiempo para ti.

Fractura de Cadera

La fractura de cadera es la rotura del cuello del fémur, que es la parte más próxima a la cabeza de este hueso, que conforma la articulación de la cadera, es una lesión frecuente en las personas mayores en especial entre las mujeres >60 años.

> Epidemiología

- En la Ciudad de México la incidencia de fractura de cadera asciende a 1725 casos en mujeres y a 1297 en hombres por cada 100,000 habitantes

> Fisiopatología

La mayoría de las fracturas de cadera son el resultado de caídas, pero en las personas mayores con osteoporosis, las fuerzas ejercidas durante las actividades ordinarias, como girar en la cama, levantarse de una silla o caminar, pueden fracturar la cadera.

> Etiología

- 90% ocurre en adultos mayores (>75 años), principalmente mujeres y por osteoporosis y caídas a nivel
- 10% ocurre en jóvenes por traumatismo de alta energía principalmente automovilísticos.

> Clasificación

- Intra capsulares: afectan al cuello y cabeza de fémur.
- Extra capsulares: se extienden desde el cuello femoral extra capsular hasta la zona distal al trocánter menor.

Para el cuello del fémur se utiliza la clasificación de Garden.

- Grado I: Fractura incompleta
- Grado II: Fractura completa no desplazada.
- Grado III: Fractura completa con desplazamiento <50% + Pote
- Grado IV: Fractura completa con desplazamiento >50%.

> Diagnóstico

Para el diagnóstico de fractura de cadera, debemos de realizar una correcta exploración física donde, podremos observar una extremidad acortada, abducida y en rotación externa. También se puede observar algún hematoma.

> Cuadro clínico

- Estudios Radiográficos

- Rx de cadera AP
- Rx de cadera cross table

- Incapacidad para caminar o levantarse
- Dolor intenso de la cadera
- Incapacidad para cargar peso
- Hematomas e inflamación en la zona
- Incapacidad para mover la pierna

El ángulo cervicofemoral normal entre el cuello femoral y la diáfisis femoral es de 135° y su alt. indica fractura.

> Tratamiento

• Quirúrgico: Por el compromiso vascular

- Fijación interna con osteosíntesis: Se usan tornillos canulados de 6.5 mm.

- Fracturas desplazadas en px < 50 años

- Artroplastia de cadera parcial (cabeza de femur): Prótesis de Thompson con cemento

- Fracturas en px > 60 años
- Jóvenes con un grado IV.

- Artroplastia de cadera total (tanto acetábulo como cabeza de femur): Prótesis de Charnely.

- Fracturas en px > 60 años que presentan artrosis

> Complicaciones

- Infección (sepsis)
- Pseudoartrosis en caso de manejo con tornillos
- Muerte.

> Prevención:

- Peso saludable
- Evitar caminar en piso resbaladizo
- Vitaminas y minerales.