



Mi Universidad

Resúmenes

Joshua Daniel Mazariegos Pérez.

Resúmenes de síndromes geriátricos.

Cuarto parcial.

Geriatría.

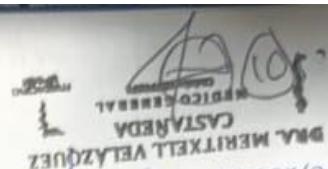
Dr. Jorge Arturo López Cadenas.

Licenciatura en Medicina Humana.

6° semestre

Comitán de Domínguez, Chiapas a 01 de julio del 2024.

ITU



Definiciones.

• La bacteriuria no es sinónimo de infección en las vías urinarias (UVU)

Factores más importantes.

El uso y abuso de sondas es un factor determinante en la generación del proceso infeccioso.

Generalidades.

Las vías urinarias son extensas y la infección se puede asentar en muchos sitios, desde los riñones hasta la uretra y en los hombres la próstata.

Con mucha frecuencia son recurrentes, ya que los factores predisponentes no siempre se resuelven.

Epidemiología

- En la población común la prevalencia es de 10% a 20%.
- Prevalencia se incrementa 50% en individuos institucionalizados.
- Prevalencia en 100% (con el uso de sondas), en especial las de largo plazo.
- Mortalidad hospitalaria 5%.

Manifestaciones Clínicas.

Son diversas, desde la falta total de síntomas, pequeñas molestias al orinar y afectación funcional hasta la septicemia.

- La hematuria (75%) se vincula con infección, es más común en hombres

Vías de infección.

- Ascendentes: es la más frecuente, con colonización periuretral y del vestíbulo vaginal como principales puntos de procedencia de los gérmenes. La existencia de sondas, traumatismo o estasis urinaria produce una migración de los bacterias por la uretra, lo que conduce a una colonización y multiplicación vesical que puede almacenar/lanzar al riñón. La uretra de la mujer es más corta, por ende, son más frecuentes en el sexo femenino.
- Hematógena: esta vía de infección es consecuencia, generalmente, de una sepsis, y es poco común en infecciones urinarias en ancianos.
- Por contigüidad: en este caso, la infección tiene lugar a través del personal y de equipos instrumentales contaminados.

Patogenesis.

En el anciano se asocia a los cambios fisiológicos provocados por el envejecimiento.

- La actividad bacteriada de las secreciones prostáticas disminuye.
- La orina tiene cierta actividad bacteriada, que se pierde.
- La proteína de Tam-Horsfall reduce la adherencia de las bacterias al urotelio y está disminuida en los ancianos.
- En varones mayores puede haber mayor capacidad de adherencia de *E. Coli* al urotelio.
- El descenso de nivel de estrógenos tras menopausia, la ausencia de lactobacillus provoca aumento de pH vaginal + un descenso del peróxido de hidrógeno.

Comorbilidad - Factores predisponentes.

La comorbilidad es el principal factor predisponente para la bacteriuria en el anciano.

Los patógenos más frecuentes son:

- Enfermedad de Parkinson
- Enfermedad de Alzheimer
- Diabetes
- Hipertrofia benigna de próstata.

Bacteriuria asintomática.

Definida por la presencia de bacterias en el urocultivo en un paciente asintomático, es frecuente en ancianos y en pacientes con sonda urinaria.

Debe existir al menos 10^5 UFC/ml del mismo microorganismo, en dos muestras urinarias consecutivas.

Epidemiología.

- + Común en ancianos.
- 35% de ancianos institucionalizados.
- 100% de pacientes sondados.

Factores de riesgo.

- Vejiga neurogénica.
- Diabetes mellitus.
- Estancia prolongada en residencia.
- Historia de infección del tracto urinario durante el año anterior.
- Hipertrofia benigna prostática
- Macroalbuminuria.
- IMC bajo
- Incontinencia urinaria.

Etiología.

- E. Coli (+ frecuente)

Tratamiento.

- Tx indicado en pacientes que van a ser sometidos a técnicas invasivas genitourinarias o a cirugía mayor.
- El antibiótico se elige junto con mo aislado.
- El moxifloxacino no está indicado.

Cistitis y pielonefritis.

La cistitis clásicamente produce disuria, urgencia miccional, tenesmo vesical y polaquiuria. Con dolor suprapúbico.

La pielonefritis se manifiesta por fiebre, escalofríos, dolor en fosa renal y decaimiento. Frecuente la alteración del nivel de conciencia.

Epidemiología.

- 20-25% de mujeres > 65 años. en medio ambulatorio
- 10% de varones
- 50% en mujeres > 80 años.

Etiología.

Pacientes institucionalizadas son más frecuentes las infecciones por bacterias gram(-) diferentes de E. Coli, enterococo y Candida.

Tratamiento.

- Cistitis no complicada: el antibiótico de elección cotrimoxazol - Fluoroquinolonas. con régimen de 3 días.
- Pielonefritis no complicada se usa Betalactámicas (Amoxicilina / Ácido clavulánico). durante 10 días.
 - Fluoroquinolonas durante 7-10 días.

Complicaciones:

• Bacteriemia, shock séptico, síndrome del distress respiratorio del adulto.

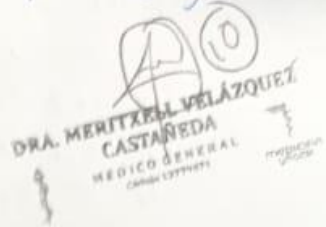
• Intrarenales: pielonefritis enfisematosa, absceso renal, absceso perirrenal.

• Diseminación: D. Hematógena o endovascular, meningitis.

Diagnóstico

Ante la sospecha de un IVU en el orina, el diagnóstico se debe hacer por laboratorio.

El de elección es el, urocultivo / EBO.



Poli Farmacia.

Definición.

- El consumo de dos o más fármacos en forma simultánea, por un periodo mayor de 240 días durante el año.
- Consumo de cinco o más fármacos en forma simultánea durante el mismo periodo de tiempo.

Epidemiología.

- Se ha demostrado que con la polifarmacia el riesgo de una inadecuada administración de medicamentos aumenta significativamente, llegando a afectar entre 25-50% a pacientes.
 - 4% de RAM con 5 fármacos
 - 10% de RAM con 6-10 fármacos
 - 28% de RAM con 11-15 fármacos
- } Frecuencia de RAM.
- La frecuencia de RAM en >65 años 25%.

Factores que influyen.

La polifarmacia produce interacciones medicamentosas que se clasifican en:

- Interacción farmacodinámica: esta puede ser aditiva (cuando 2 fármacos actúan sobre el mismo receptor o tienen el mismo mecanismo de acción), supra-aditiva o sinérgica (cuando dos fármacos administrados producen el mismo efecto a través de diferentes mecanismos de acción o diferente receptor), o antagónica, que es la que se emplea para revertir los efectos.
- Interacción farmacocinética: ocurre cuando un fármaco afecta los mecanismos de absorción, distribución, metabolismo y la eliminación de otro.
- Interacción farmacológica: ocurre cuando los fármacos tienen una reacción química durante la administración.

Cambios fisiológicos.

- Nivel hepático, disminución de la masa y el flujo sanguíneo determina que el metabolismo de fase I se encuentre disminuido.
- La función renal disminuye significativamente con la edad, y aun en ausencia de comorbilidades, a los 70 años se tiene una TFG del 50% en relación a los 25 años.
- La cantidad y sensibilidad de los receptores se encuentran alterada, igual los mecanismos homeostáticos.

Causas.

- Falta de valoración genéutica.
- Presencia de (A) de 3 medicamentos crónicos.
- Prescripción inadecuada.
- Decisiones médicas múltiples.
- No se establece duración del tratamiento.

No solo factores propios de la farmacología influyen en el éxito de un tratamiento, pues en Geriatria deben considerarse otros factores que dependen de las características individuales del paciente, y de la terapia que será implementada.

Contemplar elementos como la red de apoyo social puede ser de radical importancia a la hora de iniciar un tratamiento.

Principios generales de la prescripción segura en geriatría.

- Realizar anamnesis cuidadosa de las patologías y de los fármacos que usa el px.
- Considerar factores farmacológicos y no farmacológicos de riesgo para el fracaso terapéutico.
- Realizar un listado de fármacos con los horarios a los que son consumidos.
- Evaluar condiciones de almacenamiento de fármacos.
- Prescribir para el dx prescrito y no solo para síntomas.
- Si no es estrictamente necesario, no medicar.

Síndrome de Cuidador.

DRA. MERITXELL VELÁZQUEZ
CASTAÑEDA
MÉDICO GENERAL
CARRANZA

Definiciones.

- Cuidador: persona que se encarga de apoyar y asistir a un paciente, ayudándole con actividades que el enfermo no podría hacer por sí mismo. Podría estar a cargo de un amigo, familiar o paciente.
- Síndrome del cuidador: llamado también síndrome del cuidador o quemado, consiste en la sobrecarga por los cuidadores de ancianos, personas mayores o dependientes, lo cual conlleva a repercusiones en su salud, física, mental y social.
- Síndrome del cuidador (Según APA): Agotamiento emocional, físico y mental que experimentan las personas que brindan cuidado continuo a familiares o seres queridos con enfermedades crónicas, discapacidades o dependencia, debido a las demandas y responsabilidades constantes del cuidado.
- Colapso del cuidador (BPC): respuesta multidimensional de la apreciación negativa y estrés percibido resultado del cuidado de un individuo, usualmente familiar, que padece una condición médica.
- Cuidador informal: aquella persona que provee apoyo físico, emocional o financiero al paciente discapacitado o dependiente y se caracteriza por no tener un vínculo afectivo y no recibir remuneración económica por sus cuidados.

Epidemiología.

- 47.8% de los adultos mayores mexicanos padecen alguna discapacidad.
- 32% de cuidadores presentan un alto riesgo de colapso.
- 19% de cuidadores presentan un riesgo de colapso moderado.
- 66% del perfil del cuidador es femenino, con promedio de edad de 48 años.
- 30% son cuidadores > 65 años.

Factores de riesgo y Condiciones.

Condiciones del paciente

- Edad avanzada
- Problemas neurológicos
- Cáncer
- Demencia.

Factores del cuidador

- Poco apoyo socio-familiar
- Bajos recursos económicos
- Capacidad de afrontamiento.
- Sentimientos de autoeficacia.
- Etnicidad
- Grado de dependencia del px y a la temporalidad de los cuidados.

= Consencia del rol de Cuidador o colapso.

Clinica.

Síntomas (GPC)

- Frustración
- Irritabilidad por la dificultad de llevar sus roles y tareas.
- Trastornos de ansiedad
- Depresión
- Empeoramiento de patologías pre-existentes
- Fatiga.

Síntomas físicos.

- Dolor de espalda (Lumbalgia).
- Cefalea
- Mareos
- Incapacidad para relajarse
- Dispepsia
- Algas musculares
- Pesadez de piernas.

Síntomas psicológicos

- Alteraciones del sueño.
- Apatía.
- Irritabilidad
- Nerviosismo
- Pensamientos de suicidio o abandono
- Sentimiento de desesperanza.
- Dificultad para concentrarse
- Problemas de memoria.

Síntomas sociales

- Aislamiento
- Pérdida de interés
- Dificultad en relaciones interpersonales
- Reacción desmesurada ante las críticas.

Otros factores de riesgo (GPC)

Factores relacionados con el cuidador.

- Sexo femenino y diversos roles familiares
- Grado de conocimiento que posee para cuidar.
- Economía de la familia
- Estado de salud.
- El tiempo que dedica al cuidar. (10.9 horas).
- Posibilidad de descanso y relación con la persona cuidada.

Factores relacionados con persona cuidada

- Nivel de dependencia.
- Duración de la enfermedad
- Síntomas asociados a discapacidad y comportamiento de la persona cuidada.

Apoyo social

- Menor apoyo = más tiempo de cuidado.
- Asociado a culpa del cuidador.
- Usar Inventario de Recursos Sociales de Diaz-Veiga para establecer el grado de apoyo social y evaluar necesidad de intervención.

Detección y Diagnóstico.

Características que predominan.

- Sexo femenino
- Edad 48 años.
- Mujeres casadas.
- Desempleadas
- Hijas
- Primaria incompleta.
- Sin ninguna capacitación
- Hablar el mismo dialecto que el paciente.

Evaluar síntomas

- Ansiedad, tristeza, depresión.
- Insomnio, miedo o angustia
- Irritabilidad, ira, enojo.
- Labilidad emocional.
- Aislamiento y soledad.
- Fatiga
- Sentimiento de culpa
- Salud física deteriorada.

Escalas

- Escala de sobre carga del cuidador de Zarit.
- Cada respuesta recibe puntuación de 1-5.
- Suma entre 7 y 35.
- Ausencia de Sobrecarga = < 16)
- Sobrecarga intensa = > 17)

Tratamiento Médico.

Cuidador colapsado y deprimido

- Utilizar inhibidores de recaptura de Serotonina a dosis bajas por los primeros 6-8 días y posteriormente incrementar a dosis plena al menos durante 4 días.
- Sertralina 25mg VO c/24h y posterior 50mg por día.

Uso de inhibidores de la acetilcolinesterasa en demencia.

Uso de antipsicóticos para manejo de conductas agresivas y psicosis

Uso de antidepresivos.

Actividades relajantes

- Quemar velas aromáticas
- Usar perfume
- Escuchar música del agrado.
- Escuchar audiolibros o novelas
- Disfrutar la comida favorita
- Comer dulces cuando la emoción se sobrepasa.
- Beber un té, café o chocolate (lento y pausado)
- Tocar objeto o ~~inter~~ objeto peludo
- Masajes
- Realizar ejercicios físicos, de enfoque

Manejo por trabajo social

- Realizar entrevista diagnóstica y de apoyo

Manejo psicológico.

- Promueve salud mental del cuidador.
- Técnicas de relajación.

Enfermería

- Orienta y capacita a los cuidadores en habilidades prácticas de cuidados.

Síndrome de Fractura de cadera.

Definición.

También llamado fractura de fémur proximal.

Es un padecimiento grave, que puede causar severas complicaciones e incluso la muerte.

Es conveniente que se tenga un estilo de vida saludable, realizar actividad física de acuerdo a su edad.

Epidemiología. • 90% en mayores de 65 años.

• Más del 40% habían sufrido fracturas previas.

• 22,689 de fractura de cadera fueron mujeres, representando el 69% y 5,140 fueron hombres representando el 31%.

Factores de riesgo.

Principales

- Osteoporosis
- Caídas

Otros

- Edad y sexo ♀ 82 años y ♂ 79 años
- Afecciones médicas
- Ciertos medicamentos — Benzodiazepinas, Antipsicóticos, Antidepresivos, Antiepilépticos
- Problemas nutricionales
- Estilo de vida.
- Síndrome de fragilidad.
- Edad media 80 años

Clinica.

- Dolor intenso.
- Limitación o imposibilidad de movilización del miembro afectado.
- Miembro inferior abertado con rotación externa.

Diagnóstico.

- Minucioso interrogatorio
- Examen físico
- Rx de cadera Ap y Lateral.

Complicaciones Traumológicas.

- Intracapsular: necrosis avascular de la cabeza femoral.
- Extracapsular: no unión o mal unión, hematomas.

Tratamiento.

- Tratamiento ortopédico conservador.
- Tratamiento quirúrgico. Primarios y 80% de institucionalización.

Clasificaciones.

- Clasificación de Garden
- Clasificación de Pauwels

Fisiopatología

La fractura de cadera resulta de una serie de cambios que se dan en el adulto mayor, que condicionan un estado de vulnerable en donde una caída resulta en una catástrofe.

Prevencción.

Fomento de la actividad física, y la buena alimentación, son las intervenciones más efectivas para evitar esta devastadora patología.

Otras complicaciones.

- Deterioro cognoscitivo
- Sarcopenia
- Depresión
- Deterioro funcional
- Inmovilidad
- Úlceras por presión
- Desnutrición.

Tratamientos farmacológico

• Heparina no fraccionada (Tromboprolifaxis): 500 OUI subcutáneas c/12 h por 7 a 10 días, iniciando 6-12 hrs postoperatorias.

- Tramadol: Ampuls 10mg-25mg/ml
 - Dexmetasona: Ampuls 8mg/2ml
 - Ketorolaco: Ampuls 30mg/1ml
 - Omeprazol: Ampuls 40mg/1ml
 - Diclofenaco: Ampuls 75mg/3ml
- Diluir con Solución fisiológica de 1000ml, con dilución de 20ml, pasar lentamente
- Diluir con su propia solución.
- Diluir con solución fisiológica de 1000ml, con dilución de 20ml, pasar lentamente