

Curso de repaso de medicina interna general

- Noviembre de 2020
- Dra. Tiffany Priester
- Cardióloga del personal del Sistema de Salud de Loma Linda.
- Profesora adjunta de medicina, Universidad de Loma Linda
- Profesora adjunta de medicina, Universidad de California en Riverside



Temas en el cuidado de pacientes geriátricos

- Las siguientes diapositivas se han seleccionado de una presentación que se encuentra en línea. No soy el autor, los autores están anotados en la siguiente diapositiva

CDR Dodd Denton, MD MPH

CDR Greg Pugh, MD

COL Brian Unwin, MD

▼ Visión general de la geriatría

Objetivos:

- Después de revisar este módulo, el estudiante será capaz de:
 - Discutir la demografía clínica y la epidemiología de la medicina geriátrica
 - Comparar y contrastar los cambios normales y anormales con el envejecimiento
 - Examinar las repercusiones de la heterogeneidad en la atención de los pacientes de edad avanzada
 - Definir el concepto de "eslabón débil" de la geriatría

Heterogeneidad

A medida que las personas envejecen, se vuelven más disímiles que similares en términos de fisiología individual. Por ejemplo:

Con esta heterogeneidad en la función, debe saber lo que es normal para reconocer la enfermedad

Un grupo de personas de 30 años tiene una resistencia cardiovascular, capacidad pulmonar, capacidad cognitiva similares

Un grupo de 80 años puede diferir mucho más en la fisiología básica



Común versus Normal

- Solo porque un hallazgo sea común en los ancianos no significa que sea normal
 - La hipertensión, la osteoartritis y la demencia son comunes en los ancianos pero no son normales.
- Los pacientes solo hablan con usted de las cosas que sienten que son anormales.
 - Si su paciente considera la incontinencia como una parte "normal" del envejecimiento, no la mencionará durante una visita a la clínica.
- Las expectativas de los pacientes son a menudo erróneas

Discapacidad y enfermedad

- Los trastornos geriátricos suelen ser discapacidades más que enfermedades definidas discretamente
- Las dificultades de las actividades de la vida diaria (ADL) y las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL) aumentan con la edad.
 - Menos del 10 por ciento de las personas de 65 a 69 años necesitan ayuda con las IADL/ADL
 - 60% de las mujeres mayores de 85 años que viven en la comunidad necesitaban ayuda con las AIVD, y 40% necesitaban ayuda con las AVDD.

Actividades de la vida diaria (ADL)

- Las actividades de la vida diaria (ADL) incluyen
 - Vestirse
 - Comer
 - Caminar
 - Ir al baño
 - Bañarse
- Se trata de discapacidades funcionales graves y definen la dependencia

Actividades instrumentales de la vida diaria (IADL)

- Entre las IADL se incluyen:
 - Compras
 - Limpieza de la casa
 - Contabilidad y pago de facturas
 - Preparación de alimentos y comidas
 - Viajes/conducir automóvil
- Son menos severas que las de la LDA, pero claramente causan disfunción y llevan a la dependencia

Concepto de eslabón débil

- Muchos ancianos tienen un sistema que es su "eslabón débil". Ejemplos:
 - CNS - demencia, historia de apoplejías, etc.
 - Neuromuscular: neuropatía, artrosis, descondicionamiento, etc.
 - Genitourinario - incontinencia, prostatismo, etc.
- Este eslabón débil influye en la presentación de las enfermedades

▶ La enfermedad se presenta de forma diferente

- Una persona de 90 años con demencia que desarrolla pneumonía
 - puede presentarse con delirio
- Una persona de 90 años con osteoartritis y neuropatía que desarrolla pneumonía
 - puede presentar una caída
- Una persona de 90 años sin “eslabón débil” que desarrolla pneumonía
 - puede presentar “usualmente” – fiebre, escalofríos, tos productiva, etc.

Síndromes difíciles de curar

- Los síndromes geriátricos pueden ser percibidos como difíciles o imposibles de tratar y curar.
- Sin embargo, una evaluación minuciosa suele revelar muchos trastornos menores que contribuyen a que se puedan mejorar, lo que da lugar a un tratamiento eficaz en general
- Nuestro trabajo puede que no sea curar la enfermedad en los ancianos, sino mejorar la función

Por ejemplo:

- En un paciente que se queje de nocturia x3 y tenga la próstata agrandada, un internista puede iniciar un bloqueador alfa
- Un geriatra debería:
 - Evaluar su lista de medicamentos y cambiar el diurético a la dosis matutina o eliminarlo.
 - Tratar los problemas de higiene del sueño (no cafeína antes de acostarse, no agua dentro de las 2 horas, etc.)
 - Discutir el vaciado intestinal cronometrado
- Los múltiples "retoques" pueden dar lugar a una mejora de la función

Gestión anticipada

- La identificación de un síndrome geriátrico puede permitir anticiparse a las complicaciones y evitarlas
 - Después de un diagnóstico de demencia, anticipar el delirio con drogas psicoactivas o infecciones
 - Después de un diagnóstico de neuropatía, anticipar las caídas o las fracturas de cadera.
 - Buscar la deficiencia de vitamina D
 - Iniciar el bisfosfonato
 - Consejero cuidador
- Puede que no los evite completamente, pero al menos puede preparar al paciente y a la familia

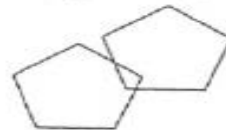
■ Cambios en el estado mental

- La demencia es una enfermedad de la vejez, pero no una consecuencia normal del envejecimiento.
 - Hay muchos subtipos (véase el módulo de demencia en el CD-ROM para más detalles)
- El delirio se produce como una complicación de muchos estados de enfermedad en los ancianos
- Los cambios en el estado mental son el sello distintivo de la demencia y el delirio
 - La familiaridad con el mini examen del estado mental es esencial para poder evaluar el estado mental!

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Note: The MMSE is a required part of this dementia assessment.

	Maximum Score	Score	
<p>*Scoring:</p> <p>24-30 Uncertain Cognitive Impairment</p> <p>18-23 Mild to Moderate Cognitive Impairment</p> <p>0-17 Severe Cognitive Impairment</p> <p>*The score ranges listed here are widely used, but it should be noted that an MMSE score is only an initial indicator of cognitive status, and norms for the MMSE vary greatly depending on a person's age, education level, and race.</p>	5	()	Orientation
	5	()	What is the (year) (season) (day) (date) (month)?
	5	()	Where are we: (state) (county) (town) (hospital) (floor)?
	3	()	Registration
			Name three unrelated objects. Allow one second to say each. Then ask the patient to repeat all three after you have said them. Give one point for each correct answer. Repeat them until he or she learns all three. Count trials and record. Trials: _____
	5	()	Attention and Calculation
			Ask patient to count backwards from 100 by sevens. Give one point for each correct answer. Stop after five answers. Alternatively, spell <i>world</i> backwards.
	3	()	Recall
			Ask patient to recall the three objects previously stated. Give one point for each correct answer.
	9	()	Language
			• Show patient a wrist watch; ask patient what it is. Repeat for a pencil. (2 points)
			() • Ask patient to repeat the following: "No ifs, ands, or buts." (1 point)
			() • Ask patient to follow a three-stage command: "Take a paper in your right hand, fold it in half, and put it on the floor." (3 points)
			() • Ask patient to read and obey the following sentence which you have written on a piece of paper: "Close your eyes." (1 point)
			() • Ask patient to write a sentence. (1 point)
			() • Ask patient to copy a design. (1 point)



Total Score: _____ Assess level of consciousness along a continuum:
Alert Drowsy Stupor Coma

Sources:

Crum, R. M., J. C. Anthony, S. S. Bassett, and M. F. Folstein. 1993. "Population-Based Norms for the Mini-Mental State Examination by Age and Educational Level." *J. Am. Med. Assoc.* 269:2386-91.

Folstein, M. F., S. E. Folstein, and P. R. McHugh. 1975. "Mini-Mental State: A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician." *J. Psych. Res.* 12:196-8.



Otra serie de diapositivas de un autor diferente encontrada en Internet

INTRODUCCIÓN A LA MEDICINA GERIÁTRICA

Dr. VINOD KUMAR

Profesor emérito del Hospital St. Stephens, Delhi

**Anteriormente, Prof. de medicina y jefe de servicios
geriátricos, AIIMS, Nueva Delhi y**

**Grupo Asesor de la OMS sobre el Envejecimiento y la
Salud**

ENFOQUE EN EL PACIENTE MAYOR

- **No tener prejuicios con la edad**
- **Tener paciencia en la toma de la historia**
- **Optimizar la comunicación**
- **Hacer que el paciente esté seguro y cómodo**
- **Obtener una lista completa de medicamentos**
- **Evaluar la cooperación y la actitud de la familia**
- **Evaluar el estrés del cuidador**

➤ LOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y SU IMPACTO

CAMBIAR: DISMINUCIÓN EN

- Tasa de metabolismo basal
- La función pulmonar
- La función renal
- Mineral óseo
- Función gastrointestinal
- Vista
- Dentición
- Paladar

IMPACTO: DISMINUCIÓN EN

- Necesidades calóricas
- Capacidad de ejercicio
- Capacidad para concentrar/diluir la orina
- Resistencia a las fracturas
- La motilidad intestinal
- Independencia
- La capacidad de comer
- Apetito

TRASTORNOS GERIÁTRICOS COMUNES

- Sistema cardiovascular: hipertensión, cardiopatías isquémicas, insuficiencia cardíaca, enfermedad vascular periférica, síncope
- Resp: neumonía, tuberculosis, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)
- Sistema nervioso central: ACV, demencia, meningitis, encefalopatía
- Endocrino: diabetes, enfermedades tiroideas, sexuales, metabólicas
- Musculosquelético: osteoporosis, osteoartritis, artritis reumatoidea, caídas, fracturas
- Tracto gastrointestinal: dispepsia, estreñimiento, gastroparesis NSAID, reflujo gastrointestinal
- Urogenital: UCI, HPB, menopausia, incontinencia, prolapso
- Cánceres: senos, pulmón, próstata, cervical, hematológicos
- En los sentidos e iatrogénicos: ojos, oídos, paladar, piel, reacciones adversas a medicamentos

SÍNTOMAS NO CLASIFICADOS EN LA VEJEZ

- Debilidad
- Fatiga
- Anorexia
- Estreñimiento
- Paladar alterado
- Falta de aliento
- Baja fuerza muscular
- Dolores de cuerpo
- Confusión
- Insomnio
- Impotencia
- Desmayos/caídas

Geriatría

- Descargo de responsabilidad: Las diapositivas anteriores fueron seleccionadas de presentaciones encontradas en línea

Geriatría - Puntos prácticos

- Siempre pregunte "¿Qué es lo que más le preocupa?"
- Siempre pregunte: "Si pudiera ayudarle con alguna cosa, ¿qué sería?"
- Reduzca activamente la polifarmacia en cada visita si puede
- Siempre intente alternar los medicamentos primero.
- Sigue la directiva ética de "Primero no hacer daño"...
- Nunca confíe en que recuerden sus instrucciones, escríbalas
- Siempre involucre a la familia si puede
- Hablar sobre las metas y expectativas
- Muchas veces la mejor respuesta es: ¡no hacer nada!
- Recuerde a la familia que "no hacer nada" = evitar el daño, no es darse por vencido