

180  
201



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PREVALENCIA DE 3 DE LAS ENFERMEDADES MAS  
COMUNES EN PACIENTES GERIATRICOS QUE  
ACUDEN A TRATAMIENTO EN LA FACULTAD DE  
ODONTOLOGIA

*Handwritten signatures*

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
CIRUJANO DENTISTA  
PRESENTA

ABELARDO HUERTA REYES

ASESOR: C.D. VICTOR MORENO MALDONADO.



MEXICO, D.F.

1998

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

269357



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*Doy gracias a Dios por darme la vida.*

*A mis padres les agradezco profundamente  
su apoyo que me brindaron durante mi  
formación profesional.*

*A mis hermanos por su motivación  
y comprensión.*

*A mi hijo Arturo por crearme el sentido de la  
responsabilidad.*

*Al padre fredy por sus consejos y  
bendiciones.*

*Sr. José Bustos por su apoyo y consejos para  
salir adelante.*

*A todos ellos GRACIAS*

*C.D. Victor Moreno Maldonado por su  
ayuda desinteresada para la  
realización de esta tesina.*

*C.D. Hector Ortega por apoyo y motivación  
en la clínica periférica.*

*UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.*

*GRACIAS*

## INDICE

	Introducción	
	Antecedentes Histórico .....	1 –5
	Enfermedades revisadas en el presente estudio .....	5 –15 .
	Hipótesis .....	16
	Justificación. . . . .	17
	Planteamiento del problema . . . . .	18
	Objetivos.. . . . .	19
	Material y Método.. . . . .	20
	Resultados . . . . .	21 – 30
	Conclusión ... . . . .	31
	Anexos. . . . .	32
	Glosario . . . . .	33 - 35
	Bibliografía . . . . .	36 - 38

## **Introducción**

La edad intermedia suele llamarse edad crítica, precisamente porque en este periodo se manifiestan los primeros signos del envejecimiento en ambos sexos, aparte del síndrome que caracteriza la menopausia en la mujer.

En la edad crítica el individuo empieza a advertir que el organismo no funciona en forma tan óptima como antes por ejemplo ya no resiste igual a la fatiga y al esfuerzo, necesita anteojos para leer, disminuye su memoria y capacidad de concentración, su actividad sexual no es tan brillante como en el pasado y en conjunto, se reduce el rendimiento de todas las funciones orgánicas en diferentes grados.

Si se examina más a fondo al paciente, se encuentran los llamados signos biohumorales del envejecimiento. A menudo se trata de leves aumentos en algunos factores de la sangre, como el colesterol, el ácido úrico, la glucemia y la coagulación sanguínea o de alteraciones con frecuencia mínimas de la función respiratoria y otras actividades orgánicas.

Estas alteraciones se encuentran en el límite entre lo normal y lo patológico, es decir, todavía no aparecen como enfermedades clínicas pero son importantes para predecir su posible evolución por ejemplo diabetes, gota, insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial

En esta edad el organismo presenta en forma particularmente obvia el equilibrio inestable que caracteriza a la fisiopatología en la edad avanzada.

En la edad crítica el individuo se encuentra en la transición, entre la edad adulta y la vejez propiamente dicha, por esta razón, es más vulnerable a enfermedades

## **Antecedentes Históricos**

Simone de Beauvoir en su libro **“La Vejez”** hace una revisión del comportamiento de los pueblos primitivos ante ese dilema. Viajeros de nuestro siglo comprobaron hechos que la citada escritora francesa cuenta, que parecen inverosímiles cuando no inhumanos.

No era el factor económico, que tanto se invoca actualmente, el determinante principal del rechazo o la aceptación de los ancianos; la suerte de los viejos dependía tanto de sus riquezas, capacidades y fuerza política personal, como, y sobre todo, de las tradiciones, costumbres e ideas religiosas que determinan el comportamiento social. Es decir, la suerte de los ancianos, dependía del contexto social en que se hallaban.

En el norte de Siberia los Koryaques y los Chuches mataban a los viejos en un rito ceremonial, estrangulándolos en el segundo de los casos. Los esquimales simplemente abandonaban a sus ancianos en un banco de hielo. En climas menos gélidos los *ojibwas* del norte próximos al lago Win Cánada, cuidaban bien de sus ancianos hasta cierta edad, pero en la vejez extrema, cuando eran inválidos, los abandonaban o los mataban. En tierras del norte del Japón existía la tradición de sacrificar a las personas de edad muy avanzada, cuando eran inútiles, en una montaña llamada de la muerte.

Un modelo de atención a los ancianos era practicado por los incas en Perú



pueblo que estaba organizado para mantener ocupadas a todas sus gentes según su edad y condiciones psicofísicas.

### **Atención a los ancianos en Grecia y Roma**

La medicina científica en sus aspectos clínicos y asistenciales se desarrolla en la Grecia Antigua y en la Roma Republicana e Imperial. Lógicamente la aparición de las dolencias en los viejos y las formas de atenderlas iban a evolucionar en el largo período de tiempo que comprende de Hipócrates 400 años A. c . hasta Galeno, 200 años d, c ; en esos siglos dejan de estar en manos de sacerdotes y difunden el principio de que toda enfermedad tiene su causa. En los libros Hipocráticos se describen las características especiales de los signos y síntomas de distintas enfermedades en los ancianos.

En la ley de Solón vigentes en Grecia Antigua se establece que (si alguno no alimenta a sus padres, será privado del derecho de ciudadanía )

En Atenas se repartía comida gratuita a los viejos necesitados que podían recibirla hasta el fin de sus días

Esparta era una de las ciudades que más cuidaba a sus viejos; la (gerusia) era un consejo de 30 ancianos(gerontos)que dirigían y controlaban la política de la república ambos vocablos son el origen de la palabra

(gerontología).

No es hasta el siglo III cuando comienzan a crearse hospitales para los mas necesitados, entre los cuales estaban los ancianos, no muy numerosos en aquella época.

### **Hospitales y ayuda a domicilio hasta en el año 1000 d. c .**

La llegada del cristianismo motivo un cambio y una gran religiosidad que darían una imagen y una práctica (praxis) que durarían muchos siglos.

Desde su primer siglo de existencia las comunidades cristianas crearon una institución auxiliar de los obispos y los sacerdotes en labores que hoy llamaríamos Sociosanitarias; estaba constituida por las (diaconisas) encargadas de atender a los desvalidos y enfermos que en el principio tenían que tener más de 60 años, siendo en su mayor parte viudas. Las diaconisas visitaban a domicilio siendo los ancianos sus principales atendidos.

Había monjes y monjas enfermeras que atendían separadamente a paciente de cada sexo se consideraban viejos a las personas con edades superiores a 45-50 años

A principios del siglo XX, Mechnikov premio Nobel de medicina expone una

teoría sobre el envejecimiento (1904): la autointoxicación progresiva a partir del aparato digestivo, el introdujo el término de **Gerontología**.

A partir de 1966, las conclusiones de todos los congresos nacionales que organiza la sociedad Española de Gerontología destacan, como prioridad la necesidad de crear un plan Geriátrico Nacional con las siguientes condiciones:

- a) Que siga una directriz o filosofía asistencial geriátrica
- b) Que sea sectorizada proporcionando al anciano la asistencia médica y social dentro de ese sector geográfico, coordinando los servicios médicos y sociales de instituciones públicas y privadas a favor de los ancianos.

El término geriatría aparece por primera vez en el año 1909 por **I. L. Nacher**

La geriatría moderna surge en Gran Bretaña en los años 1930 –1935 con la gran intuición de Marjorie Warren que trabajó como supervisora en el West Midd Leets Hospital se graduó en el *Royal Free Hospital* en las salas de pacientes crónicos de estos hospitales se encontró con muchos ancianos que presentaban varias enfermedades, no diagnosticadas, ni tratadas Tanto ella como el resto de los pioneros de la Geriatría comprobaron que muchos de aquellos ancianos crónicos e inválidos se recuperaban total o

parcialmente con cuidados clínicos y de rehabilitación adecuados, y se les podía integrar de nuevo en la familia y la comunidad.

En el año de 1978 se consigue que se conozca oficialmente la especialidad medica de Geriatría y se nombra la comisión nacional de la especialidad

### **Enfermedades revisadas en el presente estudio.**

#### **Diabetes**

La diabetes es una alteración crónica donde faltan los mecanismos normales que mantienen la glucosa en un nivel constante, y esto ocasiona la hiperglucemia y glucosuria.

Todas las reacciones corporales requieren de energía, y la fuente final de casi todas ellas para las células humanas es el azúcar simple llamada glucosa derivada de muchas sustancias alimenticias, la glucosa circula por la corriente sanguínea para alcanzar todas las células y tejidos, desde la piel hasta el esqueleto sin embargo, para estar disponible en función de los procesos vitales de combustión, la glucosa debe entrar a cada una de las células. En este paso de entrada y activación requiere aún la presencia de otro potente mensajero químico, un agente hormonal llamado insulina que se produce en el páncreas

parcialmente con cuidados clínicos y de rehabilitación adecuados, y se les podía integrar de nuevo en la familia y la comunidad

En el año de 1978 se consigue que se conozca oficialmente la especialidad medica de Geriatria y se nombra la comisión nacional de la especialidad

### **Enfermedades revisadas en el presente estudio.**

#### **Diabetes**

La diabetes es una alteración crónica donde faltan los mecanismos normales que mantienen la glucosa en un nivel constante, y esto ocasiona la hiperglucemia y glucosuria

Todas las reacciones corporales requieren de energía, y la fuente final de casi todas ellas para las células humanas es el azúcar simple llamada glucosa derivada de muchas sustancias alimenticias, la glucosa circula por la corriente sanguínea para alcanzar todas las células y tejidos, desde la piel hasta el esqueleto sin embargo, para estar disponible en función de los procesos vitales de combustión, la glucosa debe entrar a cada una de las células. En este paso de entrada y activación requiere aún la presencia de otro potente mensajero químico, un agente hormonal llamado insulina que se produce en el páncreas

Cuando la insulina es incapaz de ayudar en la transferencia de la glucosa al interior de las células se presenta la diabetes mellitus. La diabetes mellitus puede considerarse como la ausencia del efecto de la insulina sobre el metabolismo de azúcar

### **Envejecimiento**

El factor más claro que predispone a la diabetes clínica es el simple envejecimiento

A los 45 años, el diagnóstico de diabetes es apenas más común en hombres que en mujeres, pero después de los 50 se instala un predominio femenino, aunque en los últimos años la relación parece estar cambiando y se ve mayor proporción de hombres. La prevalencia de diabetes en mujeres mayores de 45 años aumenta en forma proporcional con el número de embarazos, aunque en realidad las mujeres multíparas adquieren la enfermedad con mayor frecuencia que los hombres a cualquier edad <sup>(1)</sup>.

### **Síntomas**

El síntoma más característico de la diabetes es la sed, que se debe a la deshidratación por la diuresis osmótica que provoca la hiperglucemia. Por

consiguiente, la poliuria en particular nocturna, también constituye un síntoma clásico de diabetes.

En el anciano además, hay que diferenciar a la poliuria diabética de la hipertrofia prosmática y cistitis. La sed no guarda una correlación buena con el grado de hiperglucemia y puede pasar inadvertida. La caquexia como síntoma de diabetes obedece a la pérdida calórica por la glucosuria, que a menudo excede los 100 g de glucosa diarios. Los pacientes suelen manifestar una pérdida de peso gradual, con frecuencia a partir de cifras excesivas 5 a 10 años antes del diagnóstico. Aunque también son comunes la fatiga y la debilidad muscular, estos elementos son demasiados inespecíficos como para contribuir en el diagnóstico. El prurito vulvar es un síntoma habitualísimo en mujeres diabéticas de todas las edades. Se acompaña de enrojecimiento y tumefacción de los labios vulvares, que en casos graves se propaga a la piel del periné y músculos. Las lesiones casi siempre contienen *candida albicans*, quizá por la glucosuria, porque la lesión sana con rapidez cuando desaparece la glucosa de la orina a raíz del tratamiento. El equivalente masculino, la balanitis, también es un síntoma de diabetes<sup>(1)</sup>.

El carácter proteiforme de la sintomatología diabética se destaca mejor si se recuerda que en los ancianos las primeras quejas pueden ser de complicaciones a largo plazo. Por ejemplo el deterioro visual, dolor neurítico,

debilidad o lesiones de los pies ,el paciente acude al médico por primera vez, después de haber tenido diabetes asintomática muchos años. El diagnóstico no suele ser difícil siempre se investiga la glucosuria en el examen clínico de rutina.

### **Complicaciones**

Entre las complicaciones crónicas las que más incapacidad generan son:

1. Oculares. La hiperglucemia aumenta la presentación de cataratas retinopatía proliferativa, las hemorragias vítreas y el desprendimiento de retina que puede ocasionar amaurosis.
- 2 Nefropatía. Su prevalencia no se conoce en la población anciana pero parece similar a la del joven. Su evolución condiciona insuficiencia renal e hipertensión, con lo que se agravaría la arteriosclerosis.
- 3 Neuropatía Periférica. Una forma típica en la senectud es la amiotrofia diabética, que se caracteriza por debilitamiento y agotamiento progresivos de los músculos, acompañado de dolor sordo y punzante, que suele limitarse a los músculos de la cintura pélvica
4. Un síndrome de especial importancia en el anciano es el pie diabético de origen multifactorial. Las alteraciones sensoriales impiden la percepción



del dolor, con la consiguiente formación de heridas, erosiones, etc. La atrofia de la musculatura interósea secundaria a esta neuropatía cambia los puntos de apoyo, el cual se centra en las cabezas de los metatarsianos, generando isquemia de la piel de dicha zona y microfracturas óseas. La arteriopatía facilita la ulceración por isquemia e impide la cicatrización. La neuropatía autonómica con los fenómenos vegetativos asociados facilita asimismo la ulceración. Un factor asociado es la hiperglucemia, que dificulta la cicatrización y la función leucocitaria. Otros factores coadyuvantes son la incapacidad, las circunstancias sociales, la malnutrición, la mala higiene, etc.

Muchos de estos pacientes terminan sufriendo una amputación, cuando una buena profilaxis y cuidados en los pies habrían sido suficientes para evitar las mutilaciones<sup>(4)</sup>

## **Tratamiento**

El tratamiento de esta enfermedad tiene cuatro objetivos

1. Mejorar los síntomas.
2. **Evitar las complicaciones agudas.**
3. Evitar o retrasar la aparición de complicaciones crónicas e incapacidades

físicas y mental.

4. Prolongar la sobrevida<sup>(1)</sup>.

### **Hipertensión arterial**

Es la condición en la que la presión arterial es mayor que las cifras normales correspondientes a la edad del individuo, éstas son en menores de 15 años hasta 130/80mmHg, entre 15 y 45 años 135/90mmHg, y en mayores de 45 años hasta 145/95mmHg.

Los pacientes con cifras mayores a las anotadas se consideran con Hipertensión Arterial.<sup>(3)</sup>

### **Etiología**

Con frecuencia la hipertensión no posee una etiología conocida, aunque se le asocia a antecedentes familiares de hipertensión, obesidad, diabetes mellitus y a la raza.

Los factores de riesgo incluyen la obesidad, abusiva ingesta de sodio, gran consumo de alcohol, tabaco, un estilo de vida sedentario y el estrés.

## **Signos y Síntomas**

Las manifestaciones clínicas de la Hipertensión Arterial pueden ser mínimas o muy graves dependiendo de la magnitud y cronicidad de la hipertensión.

La cefalea se considera un síntoma de hipertensión arterial, localizada de preferencia en la región occipital, aparece cuando el paciente se despierta por las mañanas <sup>(4)</sup>

Otro síntoma referido por el hipertenso son el mareo o el vértigo al pasar del decúbito o la posición agachada al ortostatismo. El primero tiende a desaparecer cuando el enfermo adopta el decúbito supino, lo que sugiere que en su patogenia intervienen cambios de flujo. El vértigo que es más frecuente en personas de edad avanzada, suele ser de comienzo súbito, ir acompañado de náuseas y vómitos, intensificarse con ciertos cambios en la posición de la cabeza y persistir por varios días.

El hipertenso suele presentar fatiga y disnea de esfuerzo especialmente si los niveles de presión se han elevado bruscamente.

Es común observar en el hipertenso epistaxis, la hemoptisis y la hematuria. <sup>(5)</sup>

## **Complicaciones**

Las complicaciones de hipertensión ocurren en órganos blancos, como el cerebro, corazón, ojos riñones, aorta y sistema arterial.

1. Cerebro: Aumenta el riesgo de accidente cerebro vascular, en especial accidente aterotrombótico, y posible disminución de la función cognoscitiva.
2. Ojos: Desarrollo de retinopatía hipertensiva, también la hipertensión es un factor predisponente para la oclusión de venas retinianas
3. Corazón: Hipertrofia ventricular izquierda, insuficiencia del ventrículo izquierdo, insuficiencia cardíaca congestiva, coronariopatía,
4. Riñones: Nefroesclerosis, deterioro renal.
5. Ateroesclerosis generalizada<sup>(6)</sup>.

## **Tratamiento**

1. Reducción de peso.
2. Reducir la ingesta de sal.
3. No fumar.

4. Suspensión de la ingesta de alcohol.
5. Retirar los medicamentos que pueden causar hipertensión, si esto es posible, como son estrógenos, progesterona, corticosteroides, y anfetaminas<sup>(6)</sup>.

### **Gota**

Como la diabetes la gota se incluye en las enfermedades dismetabólicas más frecuentes en ancianos precisamente en edad media o crítica, con evolución de la simple alteración humoral, tendencia a la hiperuricemia, o la enfermedad declarada.

La gota es una enfermedad producida por depósitos de cristales de urato monosódico (UMS), caracterizada por hiperuricemia, episodios recurrentes de artritis aguda, tofos y/o enfermedad renal <sup>(1)</sup>

### **Prevalencia**

Muchos de los pacientes con gota son varones que han padecido su primer ataque entre los cuarenta y los cincuenta años. Las mujeres rara vez se ven afectadas, suelen padecer su primer ataque sólo después de la menopausia. Este estado prevalece en gran parte en las personas obesas,

las que ingieren grandes cantidades de alcohol, en presencia diabetes mellitus e hipertensión<sup>(9)</sup>.

## **Hiperuricemia**

En el hombre, el ácido úrico representa el producto final del metabolismo de las purinas

Las purinas son sintetizadas por complejos pasos metabólicos, empezando con la glicina, que es un compuesto simple. Las purinas adenina y guanina son constituyentes importantes de los ácidos nucleicos y de las nucleoproteínas, pero el ácido urico, producto de oxidación no tiene otra función que la de servir como molécula excretora de las purinas. El contenido corporal de purinas libre esta influido también por el contenido purínico en la dieta y por la cantidad de núcleos celulares desintegrados. La eliminación del ácido úrico es primordialmente renal, aunque algo se excreta a través del intestino. El urato es filtrado en los glomérulos, pero más importante resulta el hecho de que el urato es casi completamente reabsorbido en el túbulo proximal, y la cantidad final de ácido úrico dependerá de la secreción activa por parte de los túbulos distales<sup>(6)</sup>.

## **Sintomatología**

La gota es una enfermedad intermitente inflamatoria con síntomas y signos clínicos precisos. Es característico que sólo afecte a una articulación, aunque pueden afectarse simultáneamente más de una. En el 70% de los casos se afecta la articulación metatarso - falángica del dedo gordo, seguido en frecuencia por la articulación del tobillo y otras articulaciones de los pies, rodillas, dedos de la mano, muñecas y codos.

La artritis gotosa también aparece en las vainas y bolsas tendinosas. La sensación de malestar suele empezar por la noche, despierta a la víctima y se desarrolla en forma de dolor severo insoportable.

La articulación afectada está roja, brillante, tumefacta e intensamente dolorosa. Aunque estas características pueden no ser tan marcadas en las articulaciones mayores<sup>(10)</sup>.

## **Complicaciones**

Aunque los síntomas de la gota pueden seguir casi cualquier combinación en su forma de presentación, la secuencia típica comprende la progresión desde la hiperuricemia asintomática, la artritis gotosa aguda, la gota intercrítica y la gota crónica o tofácea. La nefrolitiasis puede aparecer antes o después del primer ataque de artritis gotosa<sup>(11)</sup>.

## **Hipótesis**

Los pacientes que tengan una edad mayor de 45 años pueden presentar signos y síntomas característicos de Gota, hipertensión arterial y Diabetes.

Si estos signos y síntomas pasan inadvertidos se descubrirán hasta que el paciente presente manifestaciones, y su estado de salud lo lleve a tener que depender de personas para que realice sus actividades personales como, levantarse de la cama, ir al sanitario, darse un baño o ducha, vestirse, asear su casa, preparar sus alimentos, peinarse, salir de la casa, etc.

Estos signos pueden observarse en pruebas de laboratorio que se realicen periódicamente (6 meses), se puede hacer un seguimiento y revisar las posibles alteraciones que se vayan presentando.



## **Justificación**

Las enfermedades que con mayor frecuencia afectan a la población mayor de 60 años son Gota, Hipertensión arterial y Diabetes.

La falta de autosuficiencia se manifiesta por una disminución de la eficacia para realizar sus actividades, y trae como consecuencia las necesidades de asistencia que caracterizan los estados de invalidez.

Si estas enfermedades se pueden detectar en forma precoz y tratar adecuadamente podemos habilitar a los ancianos para que tengan una vida plena y activa.

## **Planteamiento del problema**

Al principio de la edad crítica que se considera entre los 45-60 años existen alteraciones en el organismo que son asintomáticas en su fase inicial.

En la fase clínica existen signos y síntomas que pueden ayudar a contribuir en el diagnóstico de enfermedades más comunes como la diabetes, hipertensión arterial y Gota

Si estas alteraciones se detectan a tiempo podemos tener a un paciente controlado con menos problemas orgánicos o invalidez integral.

Desafortunadamente estas alteraciones van empeorando y es hasta entonces cuando el paciente acude al médico con alteraciones más severas

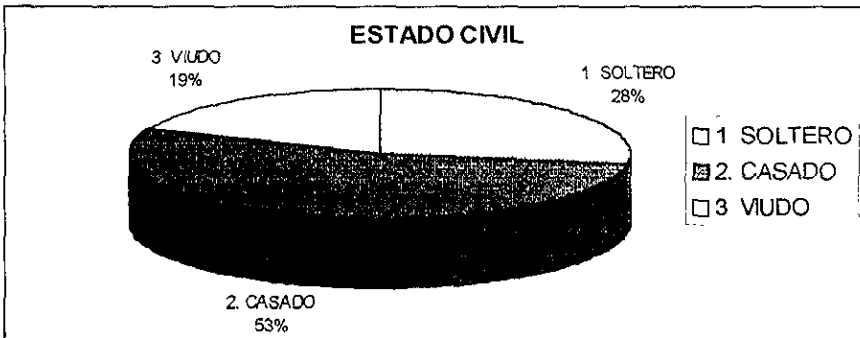
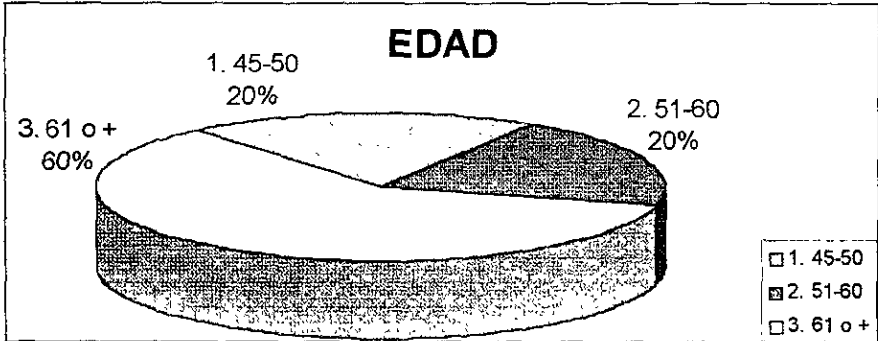
## **Objetivos**

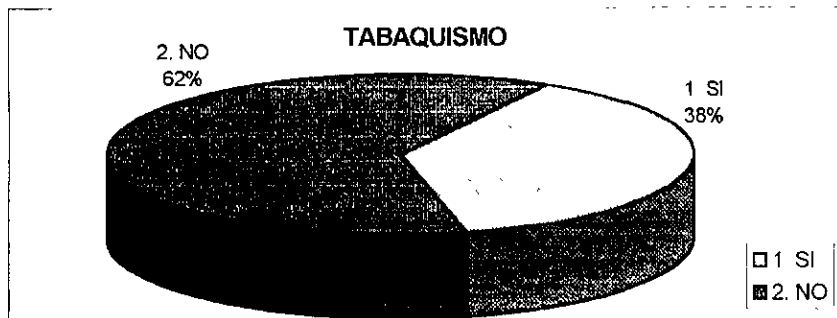
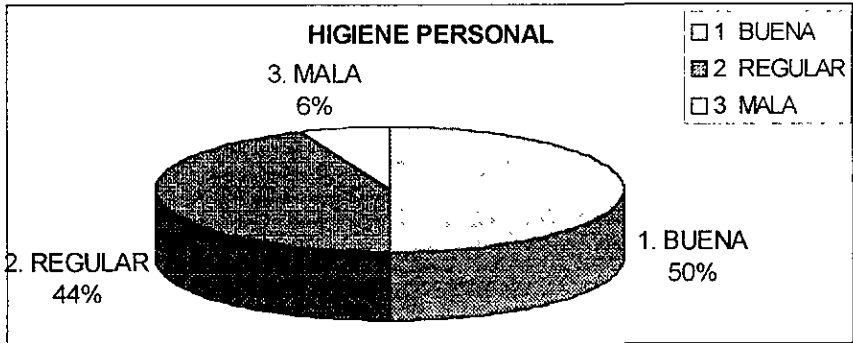
Elaboración de una historia clínica que nos permita identificar el grado de prevalencia de signos y síntomas o bien de enfermedades más comunes (gota, diabetes e hipertensión arterial), ya declaradas en el paciente geriátrico que acude a tratamiento en la Facultad de odontología.

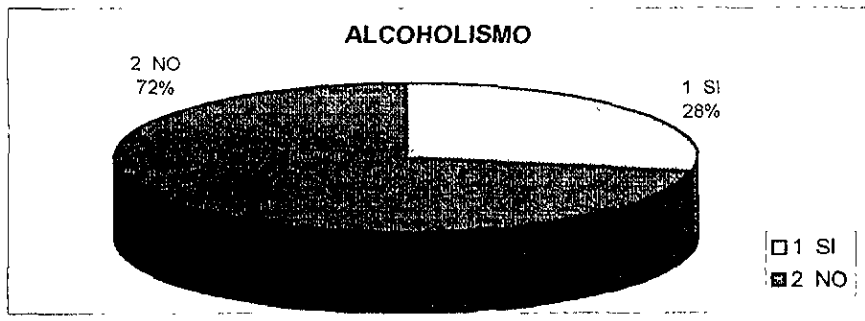
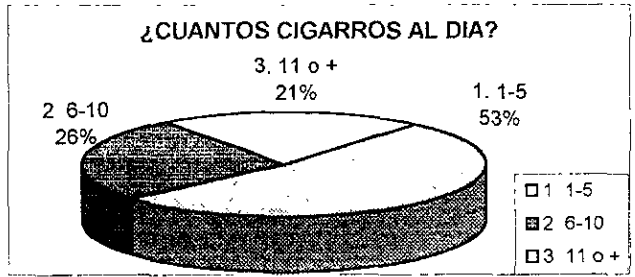
## **Material y Método**

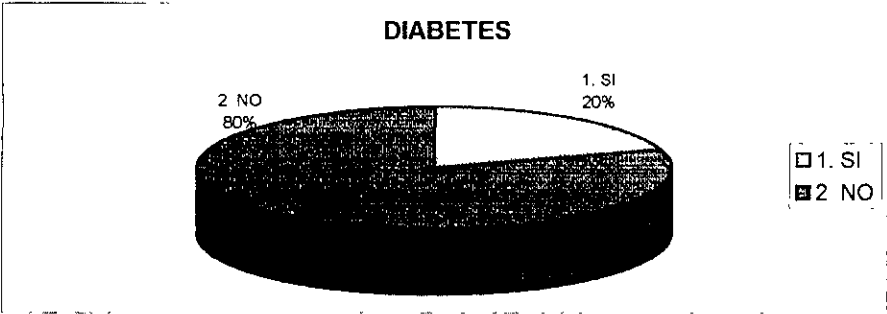
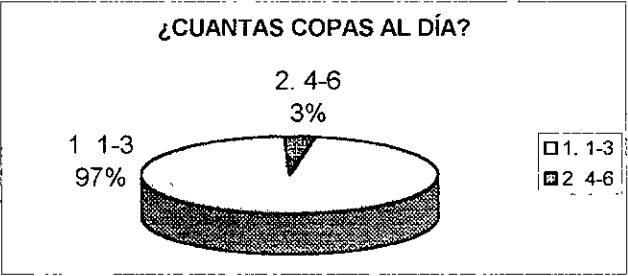
- Revisión Bibliográfica
- Historia clínica.
- Investigación de campo. (Clínica 4 de prostodoncia total y seminario de titulación de Odontogeriatría)
- Gráficas de resultados en Excel.

## Resultados

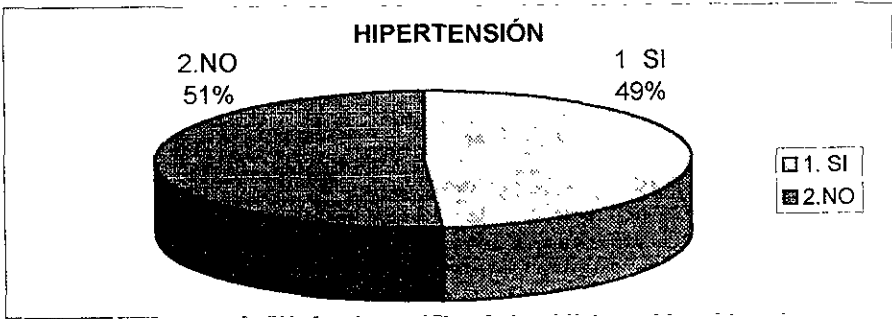








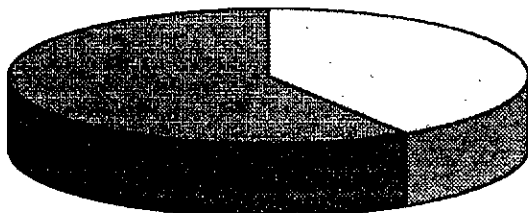




### ¿PERDIDA DE PESO SIN EXPLICACION?

2 NO  
59%

1 SI  
41%



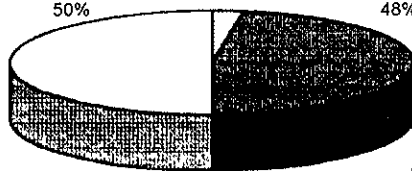
□ 1. SI  
■ 2. NO

### ¿DESDE CUANDO?

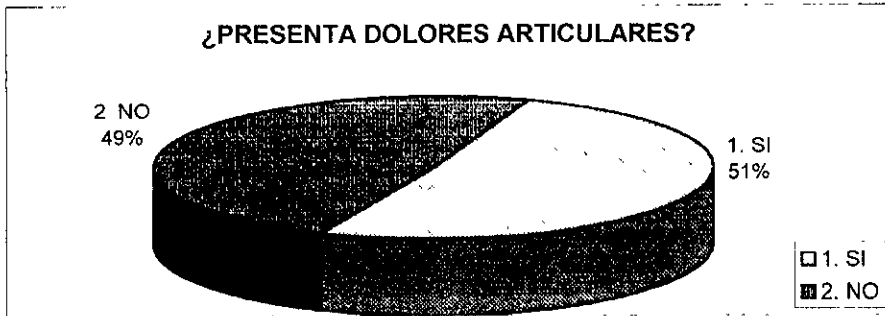
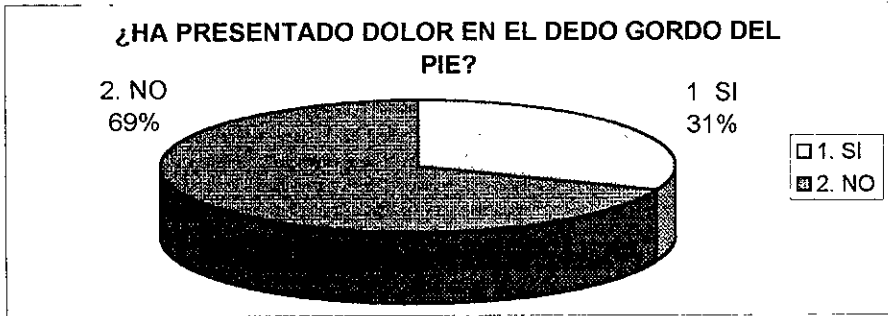
3. SEIS  
MESES  
50%

1 UN MES  
2%

2 TRES  
MESES  
48%



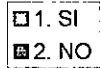
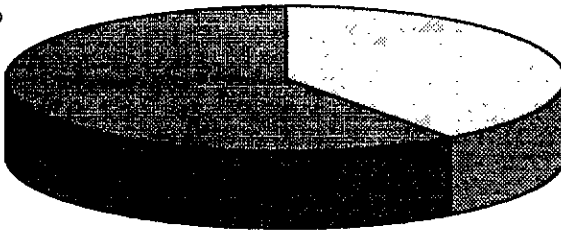
□ 1 UN MES  
■ 2 TRES MESES  
□ 3 SEIS MESES



**¿PRESENTA CONSTANTE DOLOR DE CABEZA?**

2. NO  
60%

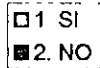
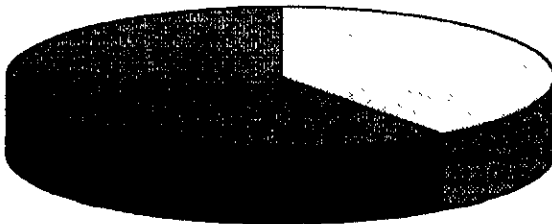
1. SI  
40%



**¿PRESENTA MAREOS CONSTANTES?**

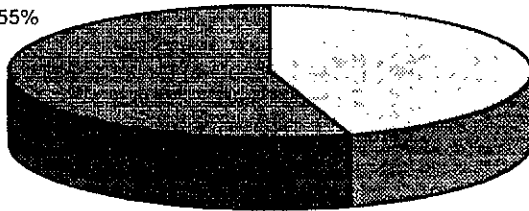
2. NO  
60%

1. SI  
40%



**¿PRESENTA ZUMBIDO DE OIDOS?**

2. NO  
55%

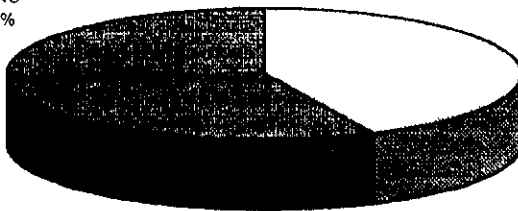


1. SI  
45%

1. SI  
 2. NO

**¿EN OCASIONES SIENTE QUE LE FALTA EL AIRE?**

2. NO  
57%



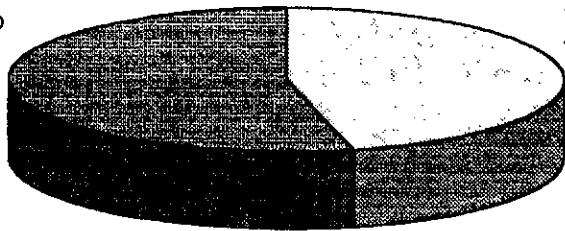
1. SI  
43%

1. SI  
 2. NO

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

### ¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?

2. NO  
54%

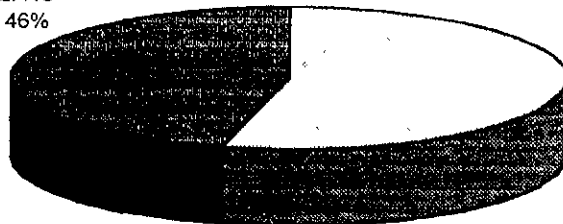


1. SI  
46%

□ 1. SI  
■ 2. NO

### ¿ESTA BAJO TRATAMIENTO MEDICO?

2. NO  
46%



1 SI  
54%

□ 1 SI  
■ 2 NO

## **Conclusión**

La prevalencia de estas enfermedades aumenta con la edad, después de los 60 años, se presentan signos y síntomas propios de las enfermedades más comunes (diabetes, hipertensión arterial y gota ), que nos ayudan a detectar al paciente con alguna enfermedad y evitar complicaciones

Con cuidados pertinentes y medidas profilácticas reseñadas se pueden prevenir gran cantidad de complicaciones orgánicas o una invalidez integral que afecte al paciente geriátrico en su bienestar personal.

## Anexo

1.- NOMBRE DEL PACIENTE.- \_\_\_\_\_

2.- EDAD.-  45 - 50<sup>1</sup>  51 - 60<sup>2</sup>  61 ó más<sup>3</sup>

3.- EDO. CIVIL.-  SOLTERO<sup>1</sup>  CASADO<sup>2</sup>  VIUDO<sup>3</sup>  DIVORCIADO<sup>4</sup>  U. LIBRE<sup>5</sup>

### ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS

4.- HIGIENE PERSONAL.-  BUENA<sup>1</sup>  REGULAR<sup>2</sup>  MALA<sup>3</sup>

5.- TABAQUISMO.-  SI<sup>1</sup>  NO<sup>2</sup> ¿CUANTOS CIGARROS AL DIA?  1-5  6-10<sup>2</sup>  11 ó más<sup>3</sup>

6.- ALCOHOLISMO.-  SI<sup>1</sup>  NO<sup>2</sup> ¿CUANTAS COPAS AL DIA ?  1-3  4-6<sup>2</sup>  7 ó más<sup>3</sup>

### ANTECEDENTES PATOLOGICOS

7.- DIABETES.-  SI<sup>1</sup>  NO<sup>2</sup>

8.- HIPERTENSION.-  SI<sup>1</sup>  NO<sup>2</sup>

9.- ¿ORINA FRECUENTEMENTE POR LAS NOCHES?  SI<sup>1</sup>  NO<sup>2</sup>

10.- ¿PERDIDA DE PESO U OBESIDAD SIN EXPLICACION?  SI<sup>1</sup>  NO<sup>2</sup>

¿DESDE CUANDO?  1 mes<sup>1</sup>  3 meses<sup>2</sup>  6 meses<sup>3</sup>

11.- ¿HA PRESENTADO DOLOR EN EL DEDO GORDO DEL PIE?  SI<sup>1</sup>  NO<sup>2</sup>

12.- ¿PRESENTA DOLORES ARTICULARES?  SI<sup>1</sup>  NO<sup>2</sup>

13.- ¿PRESENTA CONSTANTE DOLOR DE CABEZA?  SI<sup>1</sup>  NO<sup>2</sup>

14.- ¿PRESENTA MAREOS CONSTANTES?  SI<sup>1</sup>  NO<sup>2</sup>

15.- ¿PRESENTA ZUMBIDO DE OIDOS?  SI<sup>1</sup>  NO<sup>2</sup>

16.- ¿EN OCASIONES SIENTE QUE LE FALTA EL AIRE?  SI<sup>1</sup>  NO<sup>2</sup>

17.- ¿TOMA ALGUN MEDICAMENTO?  SI<sup>1</sup>  NO<sup>2</sup> ¿CUAL? - \_\_\_\_\_

18.- ¿ESTA BAJO TRATAMIENTO MEDICO?  SI<sup>1</sup>  NO<sup>2</sup>



## **Glosario**

*Adenina.-* f. Base cristalina blanca, 6-aminopurina que se presenta en diversos tejidos animales y vegetales. Es uno de los productos de descomposición de la nucleína y puede presentarse en la orina.

*Amaurosis.-* Ceguera, especialmente la que ocurre sin lesión manifiesta del ojo .

*Balanitis.-*f. Inflamación del glande del pene.

*Caquexia.-* f. Estado profundo e intenso de trastorno constitucional; mala salud en general.

*Cefalea.-*f. Dolor de cabeza.

*Cistitis.-* f. Inflamación de la vejiga.

*Disnea.-* f. Respiración difícil o laboriosa.

*Diuresis.* Excreción aumentada de la orina.

*Epistaxis.-* f. Salida de sangre por las fosas nasales; hemorragia por la nariz.

*Glucosa.-* Es el producto final del metabolismo de los carbohidratos y es la principal fuente de energía de los organismos vivos; su utilización es controlada por la insulina.

*Glucosuria.-* f. Presencia de glucosa en la orina; en especial, excreción de

una cantidad anormal de azúcar (glucosa) en la orina.

*Hematuria.*- f. Presencia de sangre en la orina.

*Hemoptisis.*- f. Expectorcación de sangre o de esputo teñido de sangre.

*Hiperglucemia.*- Aumento anormal de la concentración de azúcar en la sangre.

*Hiperlipemia.*- f . Aumento de la concentración de triglicéridos en el plasma.

*Hipertrofia.*- Aumento de volumen de un órgano o de una parte.

*Hiperuricemia.*- Exceso de ácido úrico en la sangre; es requisito indispensable para la aparición de gota y puede originar neupatía.

*Nefroesclerosis.*- Esclerosis o endurecimiento del riñón; estado del riñón, causado por enfermedad vascular renal.

*Nefrolitiasis.*- Formación o presencia de cálculos en el riñón.

*Nefropatía.*- Enfermedad de los riñones.

*Neuropatía.*- Término general que indica trastornos funcionales, cambios patológicos o ambas cosas en el sistema nervioso periférico.

*Ortostatismo.*- m. Posición erecta del cuerpo.

*Poliuria.* f. Eliminación de grandes cantidades de orina en un lapso

determinado.

*Prurito*.- Sensación cutánea desagradable que provoca el deseo de rascarse o frotarse la piel.

*Vértigo*. m. Ilusión de movimientos; sensación de que el mundo externo está girando alrededor del paciente.

## **Bibliografía**

### 1.- Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico.

Autor.- F. Guillén Llera.

Editorial Masson S.A Zamora 45 Barcelona (1994)

paginas.- 352,353,773,2399.

### 2.- Tratado de clínica Geriátrica y Gerontología.

Autor.- Brocklehurst.

Editorial Medica Panamericana 30 de sep. 1975, Buenos Aires

paginas.- 444, 445, 446.

### 3.-Tratado de medicina interna

Autor.- Misael Uribe

Editorial Médica Panamericana 2 Edición, Junio 1995, México D.F.

paginas.- 29,304.

### 4.- Principios de Medicina Interna.

Autor.- Harrison.

Edorial Interamericana Mc Grran Hill. Edición 13<sup>a</sup> junio de 1997 México

paginas.- 1292,2399.

5.- Tratado de Hipertensión.

Autor.- Rodillo. pagina.-420.

6.-Manual Clínico de Geriátria

T.J.M Van der Carmen/ G.S Rai/ Exton - Smith

Editorial Manual Moderno, 30 de Diciembre 1994, México D,F

7.- Enfermedades Reumaticas

Dr. Clifford Howkins Editorial Trillas México 1975 painas. 48,49

8.-Planes de cuidados en Geriatria.

Diane Kaschak Mewman, Mosby/ Doyma libros pagina .-180

9.- Tratado de Geriatria

Autor.-A Norman, Editorial - Pediatrica barcelona

1 Edición Española 1988 pagina.-40

10.- Geriatria

Autor Pietro de nicola Editorial ,El Manual Moderno S.A de C.V

Sonora 206 México D.F 1992

11.- Geriatria

Autor Nicholas Coni

Editorial El Manual Moderno 8 de Mayo de 1990

12.-Gerontología y Geriatria

Autor.- Raquel Langerica Salazar

Editorial Interamericana Febrero 1990

13.-Manual de Geriatria

Autor Alberto Salgado

Editorial.- Salvat México D.F 1992 pagina, 29-40

14.-Guia Médica y de la salud para mayores de 50 años.

Autor.- DarmouthIn

Editorial.- Trillas México 1944, paginas 243,244

15.-Avances en propedeutica Médica

Autor.- salvador Maldonado

Editorial.- Trillas Enero 1987