



Mi Universidad

Resumen

Jorge Daniel Hernández González

Síndromes geriátricos.

Parcial: 4º

Geriatría

Dr. Jorge Arturo López Cadenas

Licenciatura de Medicina Humana

Semestre: 6to., Grupo: C

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

Infección urinaria.

Casi siempre asintomáticas, son muy comunes en pacientes envejecidos. La bacteriuria no es un sinónimo de infección en las vías urinarias (IVU). El uso y abuso de sondas es un factor determinante en la generación del proceso infeccioso. Las vías urinarias son estériles y la infección se puede asentar en muchos sitios, desde los riñones hasta la uretra y en los hombres también en la próstata. En la población común la prevalencia es de 10 a 20% y se incrementa hasta 80% en los individuos institucionalizados. Las manifestaciones de la IVU son diversas, pequeñas molestias al orinar y alteración funcional hasta la septicemia. La hematuria hasta un 75% se vincula con infección y es más común en los hombres.

La tendencia al ablatamiento del mecanismo de la sed y la aversión de muchas personas envejecidas a tomar líquido para evitar la movilización al baño o la incontinencia promueven la colonización de orinas concentradas y estancadas.

La comorbilidad, diabetes mellitus e insuficiencias renal y cardíaca también son predisponentes y aún más la funcionalidad disminuida.

Una primera dificultad para determinar el diagnóstico es la obtención de la muestra. Siempre es preferible tener un cultivo.

Se debe proponer la antibioterapia, incluidos sulfas y trimetoprim, lactámicos B, cefalosporinas y aun vancomicina, hay que considerar el tipo de microorganismo, la respuesta del paciente a la infección, la repercusión sistémica y la comorbilidad. Se recomienda profilaxis en los estudios.

En la actualidad ya se recomiendan los ciclos cortos de tres y cinco días para infecciones vesicales se debe completar 10-14 días

"Polifarmacia"

- Definición
- Tipos de med.

Decía sir W. Osler "hay que enseñar a los pacientes a no tomar medicamentos." Después de la consulta y de revisar los problemas que enfrenta en el día, el médico suele formularse preguntas como: ¿fue correcto el diagnóstico, etc.

Es frecuente identificar los efectos secundarios de los fármacos, desde problemas menores hasta hospitalizaciones en unidades de cuidados intensivos.

Muchos pacientes insisten en recibir una receta médica pese a que se les advierte de los efectos nocivos posibles de la polifarmacia. También hay casos en los que a pesar de tener una buena relación con el paciente y cuando suponemos que ya lo convencimos de los peligros de la polifarmacia, es común que los clínicos que tratan a los pacientes y cuando suponemos que ya lo convencimos de los peligros de la polifarmacia. La administración de cualquier fármaco implica un gran conocimiento de los síntomas, sentido común y algo que podría llamarse experiencia empírica.

Prescribir fármacos sin realizar una buena valoración clínica para establecer el diagnóstico es un error común en la práctica médica.

Se corre peligro de indicar fármacos conforme el paciente refiere los síntomas y en ocasiones muchos clínicos ya no han prescrito los fármacos cuando el paciente aún no ha terminado de describir sus dolencias.

El grupo de los antihipertensivos, que constituye uno de los más utilizados, pueden inducir con cierta frecuencia hipotensión ortostática que a su vez provoca inestabilidad y aumenta el riesgo de caerse.

La idiosincrasia también es motivo de asombro y decepción.

La mayor parte de las veces los colectores son los que se encargan de presentar un amplio panorama acerca de los beneficios o efectos de los fármacos.

Polifarmacia.

OMS: Uso de más de 3 medicamentos consumidos o aplicados simultáneamente debido a comorbilidades o complejidades médicas.
Vitaminas, proteínas, tés, mulecadas, 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 un 15%
 - La mortalidad con polifarmacia un 13% (cuando se consumen >6 medicamentos)
 - La ausencia de polifarmacia disminuye los DEIH.

Factores que determinan la respuesta clínica.

Se deben considerar antes de iniciar o modificar la prescripción:

- Cambios farmacológicos con el envejecimiento:

- Cambios anatómicos y fisiológicos

- Morosa intestinal:

- Disminución de la absorción de los medicamentos
- Mayor tiempo en el tracto intestinal
- Alteración de pH o peristaltismo intestinal

- Aumento de la masa magra:

- Aumenta el volumen de la distribución
- Aumenta la vida media del medicamento (lipofílico)

- Disminución del agua corporal:

- Disminución del volumen de distribución
- Aumento de la hidrosolubilidad

Reacción adversa al medicamento:

Interacción con otros síndromes geriátricos:

- Delirium 20%

Opioides, antiparkinsonianos, antimicrobianos, antidepresivos, benzodiazepinas.

- Demencia 5%

Anticolinérgicos, Bloqueadores B

- Caídas

antidepresivos, benzodiazepinas, aminoglicosidos

- Disfunción erectil:

Antidepresivos, Bloqueadores B, Omeprazol, metoclopramida.

- Desnutrición

Disminución de la absorción

Instrumentos de detección:

Los instrumentos para detectar una presión inadecuada y proptere reacciones adversas son:

* STOPPI START.

* Criterios de Beers.

* PAI

* Criterios de Zhan

* MAI

Prescribir de manera correcta:

Consta de tres principios para el adulto mayor:

1.- Tratamiento individualizado.

2.- Pensar en el cumplimiento terapéutico (80% no lo toma como debe ser).

3.- Valoración del medio (Apoyo familiar).

- Plantear si el medicamento es necesario.

- Conocer ventana terapéutica.

- Conocer historial de medicamentos.

- Elegir el tipo de presentación.

- Informar de manera adecuada al paciente y familia.

- Informar la importancia de no automedicarse.

Prescribir de manera correcta:

Fomentar tratamiento no farmacológico:

- Dieta y ejercicio.

Disminuir la cantidad de medicamentos (menos es mejor).

Iniciar con dosis bajas.

Al prescribir un nuevo fármaco pensar en un efecto adverso.

Síndrome del cuidador.

Se trata de un estado de agotamiento físico, emocional y mental que se desarrolla en las personas dedicadas al cuidado continuado de un familiar, este síndrome de sobrecarga del cuidador suele detectarse cuando el paciente con demencia o deterioro cognitivo avanza acompañado por su cuidador a la consulta. Hay que tener en cuenta que el cuidador suele ser un familiar, el cónyuge o los hijos, que asumen este papel de atender a la persona enferma. El colapso del cuidador viene motivado por una combinación de situaciones y sentimientos.

Se debe realizar un sobre esfuerzo físico y permanente para atender al paciente, que se vuelve cada vez más dependiente y va necesitando más cuidados. Se vive una combinación de varios sentimientos, como enfado, frustración, negación, tristeza o ansiedad y el duelo ambiguo.

Riesgos de la sobrecarga del cuidador.

Una posible consecuencia es que puede acabar desarrollando un cuadro ansioso depresivo severo, así como percibir en la supervisión del familiar. Para evitar este colapso del cuidador, se debe prestar atención a los señales de alarma, conocer la enfermedad, contar con apoyo de los demás, salir del aislamiento y trabajar el autocuidado, hablando con amigos, haciendo ejercicio saludable, realizando ejercicio y practicando técnicas de relajación.

Cómo se manifiesta el síndrome del cuidador

Los signos de alerta relacionados son: cansancio, trastornos del sueño, irritabilidad, altos niveles de ansiedad y estrés, aislamiento, problemas físicos, sensación de estar solo y la culpabilidad.

Consejos para cuidar una persona mayor con demencia o después de un infarto

Las pautas básicas que facilitan el cuidado de un familiar con demencia o que han sufrido un infarto son:

- 1- Fomentar el autocuidado.
- 2- Conocer a un sanitario de referencia.
- 3- Tomarse las cosas con humor.
- 4- Contactar con asociaciones de familiares.
- 5- Reconocer los signos de sobrecarga del cuidador.

Principales síntomas.

- * Agotamiento físico y mental.
- * Labilidad emocional: cambios de humor repentinos.
- * Depresión y ansiedad.
- * Conductas de consumo abusivas: tabaco, alcohol.
- * Trastornos del sueño.
- * Alteraciones del apetito y de peso.
- * Aislamiento social.
- * Dificultades cognitivas: problemas de memoria, atención.
- * Problemas laborales.

Tomar descansos diarios, hacer plan con amigos o familiares, aprender a decir no sin sentirse culpable o ella, descansar cada día, evitar alcohol, no aislarse.

Fractura de cadera.

El caso de la fractura de cadera en el paciente envejecido es una eventualidad devastadora en la mayor parte de los casos, afecta profundamente el equilibrio físico, mental, funcional y social que antes prevalecía.

La fractura casi siempre es resultado de una caída, otras veces se relaciona con un accidente, en ocasiones no es posible reconocer una causa o mecanismo que la explique.

La fractura de cadera es uno de los problemas más ilustrativos de la geriatría; su complejidad y las consecuencias que acarrea son de tales proporciones que se considera un problema de salud pública.

Lesión grave que interrumpe la integridad estructural del hueso y llega a tener demarcadas complicaciones.

Se documenta que hasta 50% de los pacientes con fractura de cadera mueren en los primeros seis meses posteriores a la lesión. Los factores relacionados con una mayor morbilidad y mortalidad en el paciente anciano que sufre una fractura de cadera; edad avanzada, el deterioro cognoscitivo previo, el nivel funcional anterior deteriorado, comorbilidad elevada, deterioro funcional inmediato postfractura, precaria red de apoyo.

Factores de riesgo:

Intrínsecos → Degeneración del lóbulo frontal, ganglios basales, sistema piramidal y extrapiramidal que afecta la marcha, alteración de la visión, vórtex propioceptiva y vestibular.

Alteración musculoesquelética y rigidez articular, comorbidades relacionadas con fracturas fragilidad ósea y tx con esteroide, Múltiples problemas concomitantes.

- Extremoseros > Suelos deslizantes, ausencia de barras de ayuda en barras y escaleras; áreas poco iluminadas, cualquier barrera arquitectónica. Calzado inadecuado, falta de información de la persona, temblores o cuidados respecto a las caídas.

Clinica

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

Diagnóstico

- * Historia interrogatorio
- * Examen físico.
- * Rx de cadera AP y lateral.

Clasificación

- * Clasificación de Gards
- * Clasificación de Povwetz

Tratamiento

- * Inmovilización
- * Antibióticoterapia profiláctica
- * Profilaxis antitrombotica
- * Analgésico
- * Fisioterapia
- * Dieta equilibrada

Farmacológico:

- * Tramadol 50 a 100 mg 4 a 6 h ✓
- * Dexametasona 0,2 a 6 mg
- * Omeprazol 40 mg
- * Nepravolac 30 mg