



Mi Universidad

Resúmenes

Abril Amairany Ramírez Medina

Infección urinaria, polifarmacia y síndrome del cuidador

4to parcial

Geriatría

Dr. Jorge Arturo López Cadenas

Medicina humana

6to semestre. Grupo C

Comitán de Domínguez, Chiapas. 29 de junio de 2024

Infección urinaria

La infección urinaria es el tipo más frecuente de patología infecciosa en el adulto mayor. En muchas ocasiones es asintomática; sin embargo, los cuadros sintomáticos suelen estar asociados con un aumento de la morbilidad.

No existe una definición específica para infección urinaria. Bacteriuria, piuria (mds de 10 leucocitos por campo). Bacteriuria asintomática. ausencia de signos y síntomas sugestivos, en presencia o no de piuria. Esta última no requiere ser tamizada en adultos mayores y en caso de que esta exista, no se debe brindar tratamiento antibiótico.

Epidemiología

Es un hecho que a medida que aumenta la edad, se incrementa el riesgo de sufrir una infección en la orina. Las infecciones urinarias son significativamente más comunes a partir de los 65 años en las mujeres que en los hombres.

Fisiopatología

Aproximadamente el 95% de las infecciones urinarias se produce cuando las bacterias ascienden por la uretra hasta la vejiga y, en el caso de la pielonefritis, por el uréter hasta el riñón. Los casos restantes son origen hematógeno. Una infección urinaria puede producir un cuadro sistémico, especialmente en los ancianos. un 6.5% de los casos de bacteriemia intrahospitalarias pueden atribuirse a una infección urinaria.

Factores de riesgo

- Disminución en la función de las células B y T (por el envejecimiento).
- Factores ambientales
- Instrumentación urogenital (uso de catéter).

- Anormalidades estructurales o funcionales (hiperplasia prostática y cistocele en mujeres), lo cual provoca un inadecuado vaciamiento.
 - Mujeres postmenopáusicas (incontinencia urinaria y deficiencia de estrógenos).
 - Infección urinaria previa.
- Además de esto, existen enfermedades relacionadas con infecciones, entre estas:
- La enfermedad cerebrovascular
 - Alzheimer
 - Enfermedad de Parkinson
 - Diabetes mellitus.

Etiología

Suelen ser bacterias fecales, principalmente bacilos gram-negativos. El organismo más frecuente es *Escherichia coli*. Representa del 75% al 95% de las infecciones agudas no complicadas, las cuales son provocadas generalmente solo por un organismo, a diferencia de las infecciones presentadas en adultos mayores con catéter urinario, en estas predomina bacteriuria polimicrobiana.

En el caso de las pielonefritis, se han asociado con *P. Dimbriae*, *Enterobacteriaceae* como *Klebsiella pneumoniae* 80%, *proteus mirabilis* y *Enterococcus*.

Clasificación

Uretritis. Infección de la uretra, se produce cuando los microorganismos que logran acceder a este órgano colonizan en forma crónica o aguda las numerosas glándulas periuretrales.

Cistitis. Infección de la vejiga.

Epididimitis

Prostatitis

Pielonefritis.

Síndrome uretral agudo

Bacteriuria asintomática.

Norma

Cuadro clínico

- Sepsis
- Delirio
- Disuria
- Polaquiuria
- Tenesmo vesical
- Ardor o dolor en la micción
- Cólicos, náuseas, vómitos
- Nocturia
- Dolor suprapúbico y lumbar
- Orina turbia
- Hematuria microscópica.
- Fiebre
- Escalofríos

Diagnóstico

- EcG
- Ultrasonido de vía urinaria
- Urocultivo
- 100.000 UFC/ml
- 10.000 UFC/ml

Tratamiento

- Higiene
- Ciprofloxacino 250 - 500 mg / 12 hrs
- Levofloxacino
- Ceftriaxona
- Aminoglucósidos 48 - 72 hrs
- Controlar enfermedad base
- Nitrofurantoina
- Fosfomicina

Prevención

- Adecuada hidratación
- Mantener un ritmo intestinal regular
- Adecuada compensación de patologías crónicas
- Adecuado manejo de la incontinencia urinaria
- Uso cauteloso del catéter urinario.
- Es indispensable para reducir el desarrollo de ITU.

Complicaciones

Polifarmacia

Consumo de 4 o más medicamentos en forma simultánea durante el mismo periodo de tiempo.
Vitaminas, proteínas, téis, malteadas, hierbas (todo lo que contenga un componente activo).

Epidemiología

Adultos mayores hasta el 94%.
Prevalencia de medicamentos no indicados 40%.
Interacción entre medicamentos 15%.
Mortalidad con polifarmacia 13% (consumo mayor a 6 medicamentos).

Factores de riesgo

Cambios farmacológicos con el envejecimiento
Cambios anatómicos y fisiológicos
Mucosa intestinal
Disminución de absorción de medicamentos
Mayor tiempo en el tránsito intestinal
Alteración de pH o peristaltismo intestinal
Aumento de masa magra
Aumenta el volumen de distribución
Aumenta la vida media del medicamento (hidrofílicos)
Disminución del agua corporal
Disminuye el volumen de distribución
Aumenta la concentración de hidrosolubles

Situaciones médicas y sociables

Desconocimiento de farmacodinamia y farmacocinética en adulto mayor.
No se individualiza el tratamiento
40% de las recetas no son revisadas periódicamente
30% son erradas y 10% innecesarias.
Polifarmacia es responsable de inadecuada adherencia al tratamiento o incumplimiento.

Causas

Falta de valoración geriátrica

Presencia de tres o más enfermedades crónicas

Prescripción inadecuada

Decisiones médicas múltiples

No se establece duración del tratamiento

Percepción de mala salud por el paciente

Reacción adversa al medicamento

Aumenta el riesgo

Utilizar fármacos inapropiados

Falta de adherencia al tratamiento

Duplicación de medicamentos

Interacción medicamentosa

Aumento de costes de atención médica

La reacción adversa al medicamento se presenta a los cuatro días de haber iniciado el medicamento

Mayor frecuencia en mujeres

Mayor riesgo a mayor edad

Reacción adversa al medicamento

Los fármacos con mayor riesgo de mortalidad son:

Cardiovasculares

Hipoglucemiantes orales

Diuréticos

Benzodiazepinas

Ansiolíticos

AINE's

Incidencia con otros síndromes geriátricos

Delirium 29%

Opioides, antiparkinsonianos, antimicrobianos, antidepresivos

Demencia 5%

Anticolinérgicos, antibetabloqueadores

Instrumentos de detección

Criterios: Stop Start - Beers, PAI, Criterios de Zhan

Norma

Prescribir de manera correcta (Consta de 3 principios)

Tratamiento individualizado

Pensar en incumplimiento terapéutico (50% no lo toma como debe de ser)

Valoración del medio (apoyo familiar)

Plantear si el tratamiento es necesario

Conocer ventana terapéutica

Elegir tipo de presentación

Informar al paciente o familiar

Informar la importancia de no automedicarse

Prescribir de manera adecuada.

Fomentar tratamiento no farmacológico (dieta o ejercicio).

Disminuir cantidad de medicamentos (menor es mejor).

Iniciar con dosis bajas

Cuando se presenta un nuevo síntoma se piensa en efecto adverso

Fractura de cadera

Es considerada un síndrome geriátrico prototipo por su multifactorialidad, el compromiso de múltiples sistemas, afección de las esferas bio-psico-social, su impacto en la calidad de vida, su potencial discapacitante y la necesidad de ser manejado por un equipo interdisciplinario que trate al paciente de una manera integral. Es secundaria a un trauma leve que ocurre principalmente en personas con osteoporosis. Resulta de una serie de cambios que se dan en el adulto mayor, que condicionan un estado vulnerable en donde una caída resulta en una catástrofe.

Diagnóstico

- Valoración y revaloración del dolor constantemente
- Escala de valoración para el riesgo de úlceras por presión tales como Braden o Norton
- Valoración de los pacientes con factores de riesgo predisponentes y precipitantes para el desarrollo de delirium 24hrs.

Tratamiento

- Prescripción y administración de analgésico para el control
- Uso de algún método no farmacológico para conseguir un manejo eficaz del dolor.

Prevención secundaria

- Cambio de posición a intervalos regulares (2-4 hrs)
- Monitorización de oximetría, medias de compresión graduadas
- Profilaxis antimicrobiana antitrombótica.
- Realización de ejercicios respiratorios
- Baño o ducha del paciente una noche antes de la cirugía.
- Se observa cubierta la herida quirúrgica con apósito sencillo en pacientes adultos mayores con fractura de cadera pos operados.

Rehabilitación

- Realización de terapia ocupacional y física a través de la atención continua.

Promoción a la salud.

Se proporciona al paciente y/o a la familia informe de alta con recomendaciones.

Síndrome del cuidador

Personas que sufren el desgaste físico, psicológico y de su salud en general en el cuidado constante y continuado del enfermo.

Se define como colapso de cuidador a la respuesta multidimensional de la apreciación negativa y estrés percibido resultado del cuidado de un individuo, usualmente familiar, que padece una condición médica.

Factores de riesgo

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

Características que predominan de la persona cuidadora

- Sexo femenino
- Edad promedio de 48 años
- Mujeres casadas
- Desempleadas
- Hijas
- Primaria incompleta
- Sin ninguna capacitación
- Habitar el mismo domicilio que el paciente.

Síntomas

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

Diagnóstico

Se recomienda aplicar la Escala de Zarit, por el personal de salud al identificar los factores de riesgo o alguno de los síntomas relacionados al colapso del cuidador.

La Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit logra enlazar consistentemente todas las dimensiones (bio-psico-social).

La Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit identifica la sobrecarga intensa, la cual se asocia a mayor morbi-mortalidad médica, psíquica y social del cuidador, también se relaciona estrechamente con detección de otras patologías principalmente de salud mental (depresión, ansiedad, insomnio, entre otras).

Se recomienda utilizar la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit porque explora diferentes campos y sirve para enfocar las intervenciones médicas y sociales ulteriores:

Aspectos de sobrecarga

Abandono del autocuidado, tanto en salud como imagen

La vergüenza ante el comportamiento del enfermo

Irritabilidad ante la presencia del enfermo

Miedo de cuidados o el futuro familiar

Pérdida del rol social

Asumir los cuidados del familiar

Sentimientos de culpabilidad.

Tratamiento

En el cuidador colapsado y deprimido se recomienda la utilización de inhibidores de recaptura de serotonina a dosis baja por los primeros 6 a 8 días y posteriormente incremento a dosis plena al menos durante 1 año.

Se recomienda la actividad física

Psicoterapia

Capacitación al cuidador en habilidades prácticas de cuidado