



Mi Universidad

Super nota

Nombre del Alumno: Ana Paola Lopez Hernández,

Nombre del tema: Síndromes geriátricos

Parcial: 2do.. parcial

Nombre de la Materia: Patología del adulto

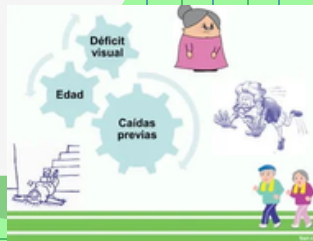
Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales Hernández

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 6to.cuatrimestre

Fecha y lugar de trabajo: 16/06/2024

SINDROMES GERIATRICOS: CAIDAS, INCONTINENCIA, DETERIORO COGNITIVO



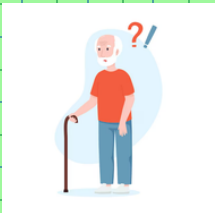
DEFINICION

Los síndromes geriátricos son una condición no clínica del adulto mayor caracterizada por múltiples causas que abarca un grupo de signos y síntomas que ocurren juntos de manera variable y que usualmente presentan una causa multifactorial y de fondo heterogéneo.

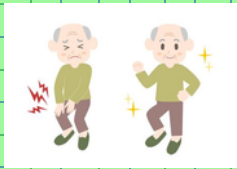


SINDROMES GERIATRICOS PREVALENTES

Demencia



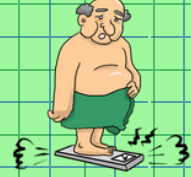
Fragilidad



Sarcopenia



Perdida de peso



EPIDEMIOLOGIA

Se han llevado a cabo distintos estudios con el objetivo de reportar la prevalencia de diferentes síndromes geriátricos. Entre estos estudios se encuentra el estudio transversal realizado en 3 ciudades de Bordeaux en Francia con una población de 630 adultos de 75 años o mayor de los cuales 69% eran mujeres y 30.6% hombres, de estos un 80.5% demostraron tener al menos un síndrome geriátrico.

10 SINDROMES EVALUADOS

Fragilidad física



Demencia



Deterioro cognitivo



Sintomas depresivos



Polifarmacia



Dependencia



Aislamiento social



Delgadez



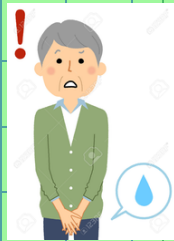
Caidas



Deficit sensorial

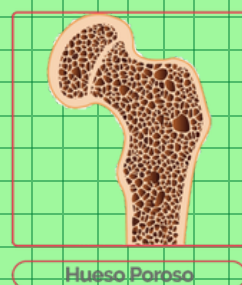


Incontinencia urinaria



ETIOLOGIA

El envejecimiento abarca modificaciones en la calidad estructural y funcional de la piel, la masa muscular, la reserva cardiorrespiratoria, los sistemas oculovestibular, nervioso central y periférico, paulatinamente llevan a la dependencia a partir de los 65 años.

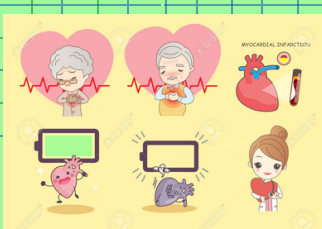


FACTORES INTRINSECOS

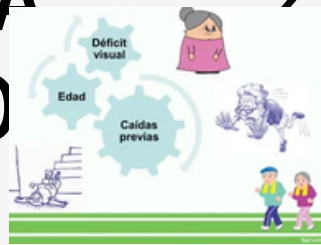
(ENFERMEDADES, CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y FISIOPATOLÓGICOS E INGESTIÓN DE FÁRMACOS)

FACTORES EXTRINSECOS

(USO INADECUADO DE AUXILIARES DE MARCHA Y BARRERAS ARQUITECTÓNICAS DENTRO Y FUERA DE LA CASA)



SINDROMES GERIATRICOS: CAIDAS, INCONTINENCIA DETERIORO COGNITIVO



CAIDAS

Las causas de caídas son multifactoriales. La mayoría de las personas mayores en riesgo de sufrir una caída o que han sufrido una caída tienen más de un factor de riesgo subyacente.



Las caídas suceden en los adultos mayores cuando los cambios físicos, perceptuales y cognitivos que ocurren con el envejecimiento se combinan con un entorno inadecuado para la seguridad de esta población

"Los trastornos de la estabilidad corporal y de la marcha están asociados a caídas en los ancianos."

INESTABILIDAD

- Disminución de la movilidad
- Inseguridad al deambular
- Perdida de autoconfianza - autonomía
- Aislamiento
- Caídas
- Deterioro funcional - discapacidad
- Factor de Fragilidad
- Coste económico



Alteraciones en la marcha en aproximadamente el 15% de los mayores de 64 años. Aumenta hasta el 40% en mayores de 85 años.

Valoración exhaustiva - Intervención adecuada

Cambios Fisiológicos en el sistema musculoesquelético en anciano

Distinguir entre una marcha normal y una patológica en el

- > Anquilosis cifótica toraco-lumbar
- > Presbiastasia
- > Pasos cortos - disminución de la velocidad de marcha
- > Cadencia de pasos disminuida
- > Disminución del balanceo de brazos
- > Arrastre de pies en la marcha
- > Mujeres: Marcha en balanceo "anadeo" - base de sustentación estrecha (distancia entre talones)
- > Nivel Osteoarticular: Menor densidad ósea, osteoporosis tipo II (dependiente de VitD), rigidez - fibrosidad - pérdida elasticidad de cartilagos, pérdida de viscosidad de líquido sinovial
- > Sarcopenia - Atrofia muscular Disminución de la fuerza - mayor fatigabilidad



INCONTINENCIA URINARIA

La incontinencia urinaria (IU) puede resultar de una variedad de causas que van desde infecciones transitorias hasta anomalías estructurales y disfunción del suelo pélvico

CAUSAS NO GENITOURINARIAS

DIABETES MELLITTUS



DETERIORO COGNITIVO



OBESIDAD



CONDICIONES NEUROLOGICAS



DETERIORO COGNITIVO

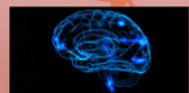
A nivel cognitivo, la senescencia celular de las neuronas y la microglía son fundamentales para el envejecimiento cerebral.

Los cambios incluyen agotamiento de las células madre neurales, aumento de la apoptosis celular, agregación de proteínas, disfunción mitocondrial con aumento de especies reactivas de oxígeno y daño oxidativo a proteínas y lípidos, además de acumulación de daño al ADN

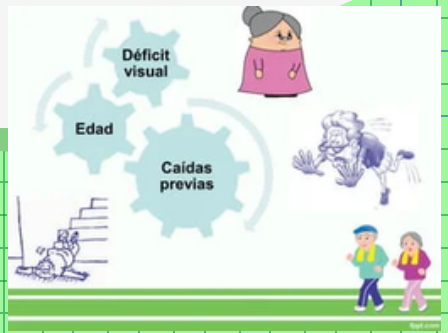
Deterioro cognitivo

Es la pérdida de funciones cognitivas, esto depende tanto de factores fisiológicos como ambientales. Esto implica el deterioro de las siguientes funciones:

- Atención
- Concentración
- Razonamiento
- Ejecutiva
- De juicio
- De planificación
- De adaptación a situaciones nuevas
- De memoria
- De lenguaje expresivo
- Comprensión del lenguaje
- Capacidades viso constructivas
- De orientación en el espacio



SINDROMES GERIATRICOS: CAIDAS, INCONTINENCIA, DETERIORO COGNITIVO



VALORACION CLINICA

La valoración geriátrica integral (VGI) es un instrumento que permite integrar los conocimientos de las esferas clínicas, psicológicas, mentales y sociales, lo que faculta el obtener una visión amplia y clara del contexto en que se encuentra el paciente, además facilita el diagnóstico no solo de entidades patológicas habituales, sino también de los síndromes geriátricos.

GERIÁTRICA INTEGRAL
INTERDISCIPLINAR Y MULTIDIMENSIONAL

- VALORACIÓN CLÍNICA**
SÍNDROMES GERIÁTRICOS
ENFERMEDADES CRÓNICAS
PATOLOGÍAS AGUDAS
ESTADO NUTRICIONAL
MEDICACIÓN
DOLOR
- VALORACIÓN FUNCIONAL**
ACTIVIDADES BÁSICAS,
INSTRUMENTALES Y AVANZADAS
DE LA VIDA DIARIA
DEPENDENCIA
- VALORACIÓN MENTAL**
COGNITIVA,
EMOCIONAL
Y AFECTIVA
- VALORACIÓN SOCIAL**
AISLAMIENTO SOCIAL/SOLEDA
SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR
SOBRECARGA DEL CUIDADOR
- VALORACIÓN ESPIRITUAL**
SUFRIMIENTO
CONFLICTOS
CONFUSIÓN



CAIDAS

La historia de caídas es un fuerte predictor de caídas futuras. Las condiciones médicas con un mayor riesgo de caídas incluyen osteoartritis de las extremidades inferiores, depresión, enfermedad cardíaca y nicturia. Los medicamentos usualmente asociados con un mayor riesgo de caídas son los sedantes o aquellos que afectan la marcha y el equilibrio

DETERIORO COGNITIVO

La historia clínica juega un papel importante en el diagnóstico. Es importante que la preocupación cognitiva sea expuesta por parte del paciente, el informante del paciente o el médico. La preocupación acerca del deterioro cognitivo es fundamental ya que refleja un cambio en el desempeño basal de la persona.

Síndrome de Caídas

Es uno de los síndromes geriátricos con mayor incidencia y elevada morbilidad. En México se estima que un 54% de adultos mayores han sufrido alguna lesión por alguna caída.

Para diagnosticar el síndrome de caídas en el adulto mayor se deben de identificar:

- Dos o más caídas en los últimos 12 meses.
- Una caída que haya requerido hospitalización o causado alguna secuela.

Las causas pueden ser por uso de fármacos, alteraciones visuales o auditivas, demencia; por una iluminación inadecuada, duchas o bañeras resbaladizas, escaleras en mal estado o sin barandal, obstáculos en el suelo, suelos irregulares, calzado inadecuado.

El lugar donde se presentan las caídas con más frecuencia es en casa con un 62% de incidencia, mientras que en vía pública un 26%. Dentro de la casa los espacios que tiene mayor incidencia son: el baño, la recámara, el patio y las escaleras.

Las lesiones que más se observan son: equimosis, contusión y fracturas no expuestas, siendo las estructuras corporales más afectadas las siguientes: cadera, cabeza, cara, mano, hombro y tobillos. Aunque también puede provocar, miedo a volver a caerse, depresión, aislamiento, síndrome de dismovilidad y muerte.

Para prevenir las caídas es necesario conocer sus causas y realizar evaluaciones de equilibrio, coordinación, fuerza y marcha a los adultos mayores, así como prescribirles programas de ejercicios y minimizar los riesgos en su ambiente habitual.

pruebas de detección que a menudo se realizan en un entorno clínico

EL EXAMEN DEL ESTADO MENTAL “MINI-MENTAL”

Y LA EVALUACIÓN COGNITIVA DE MONTREAL (MOCA)

MINI TEST MENTAL
Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

¿En qué año estamos?	0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx. 5)	
¿En qué estación?	0-1		
¿En qué día (fecha)?	0-1		
¿En qué mes?	0-1		
¿En qué día de la semana?	0-1		
¿En qué hospital (o lugar) estamos?	0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx. 5)	
¿En qué piso (o planta, sala, servicio)?	0-1		
¿En qué pueblo (ciudad)?	0-1		
¿En qué provincia estamos?	0-1		
¿En qué país (o nación, autonomía)?	0-1		
Nombre tres palabras (Pera, Caballo, Manzana o Béisbol, Bandera, Arbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorga 1 punto por cada palabra correcta, pero continúa diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces.	0-1 0-1 0-1 0-1 0-1 0-1	FIJACIÓN-RECUERDO INMEDIATO (Máx. 3)	
			Nº de repeticiones necesarias 6

Objetivo	Evaluar disfunciones cognitivas leves.
Descripción	Examina habilidades de: atención, concentración, funciones ejecutivas (incluyendo la capacidad de abstracción), memoria, lenguaje, capacidades visuo-construktivas, cálculo y orientación.
Versiones	existe una versión reciente que es la del 12 de noviembre de 2004.
Administración	aplicar por un evaluador experimentado, para uso clínico.
Tiempo de aplicación	10 minutos.

SINDROMES GERIATRICOS: CAIDAS, INCONTINENCIA, DETERIORO COGNITIVO

MANEJO DE CAIDAS

En cuanto al manejo de las caídas, dependiendo de los resultados de la evaluación de riesgos, las intervenciones multifactoriales apropiadas que pueden ser realizadas para prevenir caídas ambulatorias incluyen:

Prevención primaria:

El objetivo es evitar la caída

- Fomento de hábitos de vida saludables
- Educación para la salud (ejercicio físico moderado)
- Detección precoz de factores de riesgo intrínsecos y corrección de extrínsecos.

Prevención secundaria:

conocer y reducir factores de riesgo existentes para evitar nuevas caídas

- Valoración individualizada para detectar alteraciones sensoriales.
- Medida para evitar nuevas caídas, revisión de tratamientos médicos, modificación del entorno para hacerlo un lugar seguro

Prevención terciaria:

disminuir las consecuencias producidas por las caídas

- Apoyo y educación a familiares y cuidadores
- Evitar el síndrome post caída.
- Reeducación de marcha y equilibrio, enseñanza a levantarse solo.

Marcha y fisioterapia



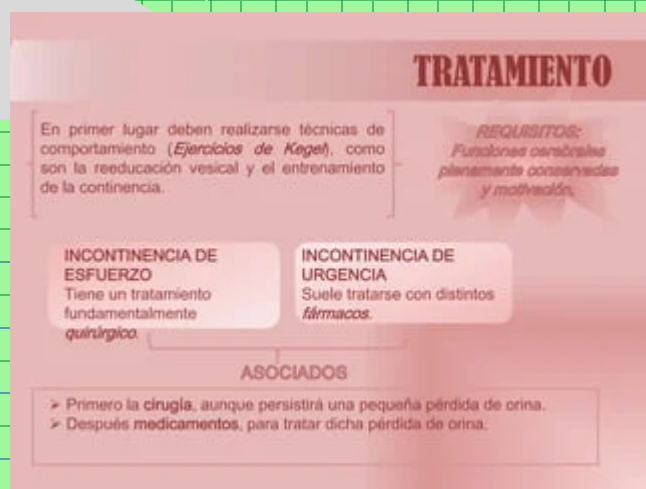
Prevención y tratamiento de las caídas:

- Una de las grandes metas de la geriatría es:
 - Conseguir un envejecimiento saludable con el tiempo más corto posible de morbilidad, incapacidad y dependencia: esperanza de vida libre de enfermedad.
- Objetivos de la prevención de caídas son:
 - Conseguir la máxima movilidad del anciano.
 - Reducir el riesgo de caídas y su morbimortalidad.
- El abordaje debe ser interdisciplinar, coexistiendo actuaciones médicas, rehabilitadoras, psicosociales y del entorno ambiental.

MANEJO DE INCONTINENCIA URINARIA

Para el tratamiento de la IU en el adulto mayor se ha planteado un tratamiento conservador que incluye: intervenciones en el estilo de vida como la educación al paciente. Esta opción se puede ofrecer a pacientes sin deterioro cognitivo que puedan ser tratados de manera ambulatoria.

En cuanto al tratamiento farmacológico, debe realizarse después de haber intentado una terapia no farmacológica adecuada por al menos tres meses sin resultados positivos. Este tratamiento consiste en gran medida de agentes antimuscarínicos para la IU de urgencia, vejiga hiperactiva y mixta. De estos, la oxibutinina, tolterodina, solifenacina, darifenacina y trospio se han utilizado ampliamente



Tratamiento farmacológico

- Pacientes con urgencia e incontinencia urinaria mixta
- Pequeño beneficio sobre el placebo.
- Antimuscarínicos se prescriben con mayor frecuencia
- La terapia puede ser limitada por los efectos adversos
- La duloxetina puede ofrecer algún beneficio.
- Estrógenos orales
 - aumento de la incontinencia en las mujeres posmenopáusicas

MANEJO EN DETERIORO COGNITIVO

Tratamiento de la EA

1. Objetivos

- ◆ Retrasar el deterioro
- ◆ Recuperar funciones perdidas o mantener las conservadas
- ◆ Mejorar el control de los síntomas no cognitivos
- ◆ Conservar las actividades de la vida diaria (AVD)
- ◆ Aumentar la calidad de vida

2. Tipos de tratamiento

1. Tratamiento no farmacológico o rehabilitación cognitiva y conductual
2. Tratamiento farmacológico

Tratamiento

Tratamiento no farmacológico (cuidados).

Farmacológico.

1. Fármacos anticolinesterásicos
 - a) Donepezilo
 - b) Rivastigmina
 - c) Galantamina



2. Antagonista del NMDA: Memantina

3. Fármacos anticolinesterásicos y memantina en los diferentes tipos de demencias.

BIBLIOGRAFIA

GERIATRIC SYNDROMES: FALLS,
INCONTINENCE AND COGNITIVE IMPAIRMENT
KAREN PARADA-PEÑA^{1A}, MAURICIO
RODRÍGUEZ-MORERA^{1A}, FIORELLA OTOYA-
CHAVES^{1A}, KEVIN LOAIZA-QUIRÓS^{1A},
STEPHANIE LEÓN-QUIRÓS^{1A}.