



Mi Universidad

Nombre del Alumno: López Porraz Danna Paola

Nombre del tema: Síndromes geriátricos: caídas, incontinencia y deterioro cognitivo

Parcial: II

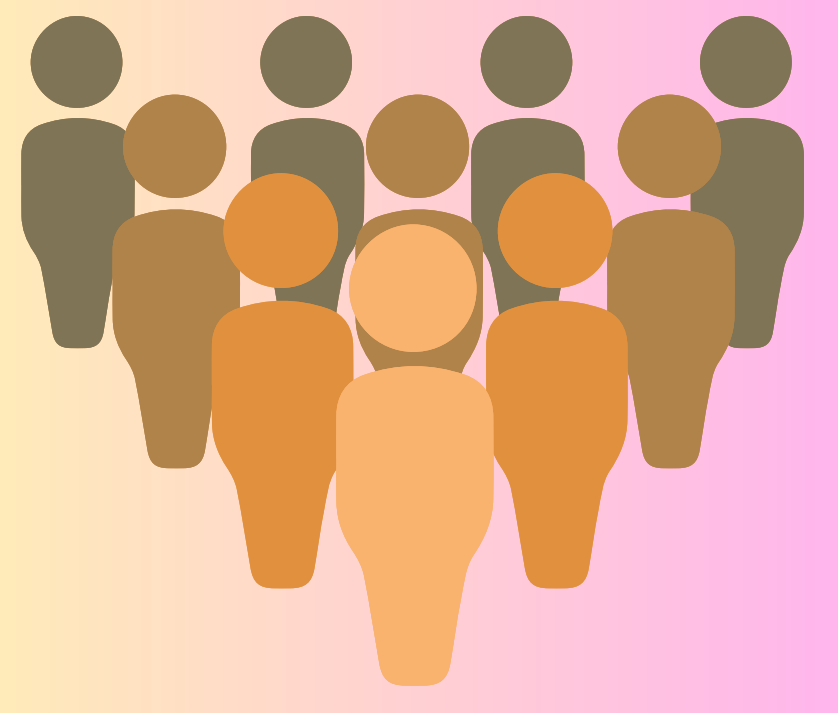
Nombre de la Materia: Patología del Adulto

Nombre del profesor: Felipe Antonio Morales Hernandez

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

SÍNDROMES GERIÁTRICOS: CAÍDAS, INCONTINENCIA Y DETERIORO COGNITIVO

INTRODUCCIÓN



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.

TIPOS DE SÍNDROMES GERIÁTRICOS

1. Dismovilidad.
2. Caídas.
3. Incontinencia urinaria.
4. Deterioro cognitivo.
5. Úlceras por presión.
6. Polifarmacia.
7. Trastorno del sueño.
8. Delirium.
9. Malnutrición.
10. Alteración de la marcha.
11. Trastorno del ánimo.
12. Trastornos sensoriales.
13. Dolor.
14. Fragilidad.



Objetivo de los estudios realizados
Reportar la prevalencia de diferentes síndromes geriátricos en distintas poblaciones adultas mayores.

Entre los 10 síndromes evaluados se encontraban:

- fragilidad física,
- demencia y deterioro cognitivo
- síntomas depresivos
- polifarmacia,
- aislamiento social
- delgadez
- caídas
- dependencia
- déficit sensorial e incontinencia.

Síndromes Geriátricos Prevalentes

- polifarmacia (50.6%)
- seguido de caídas (43.1%),
- fragilidad (17.8%) y
- demencia (15.6%).

Síndromes Geriátricos Prevalentes

- discapacidades en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (9.9%),
- aislamiento social (8.4%)
- y delgadez (8.1%).

Objetivo de los estudios realizados en Estados Unidos
reportar la presencia o ausencia de nueve síndromes geriátricos comunes en los cuales se incluyen:

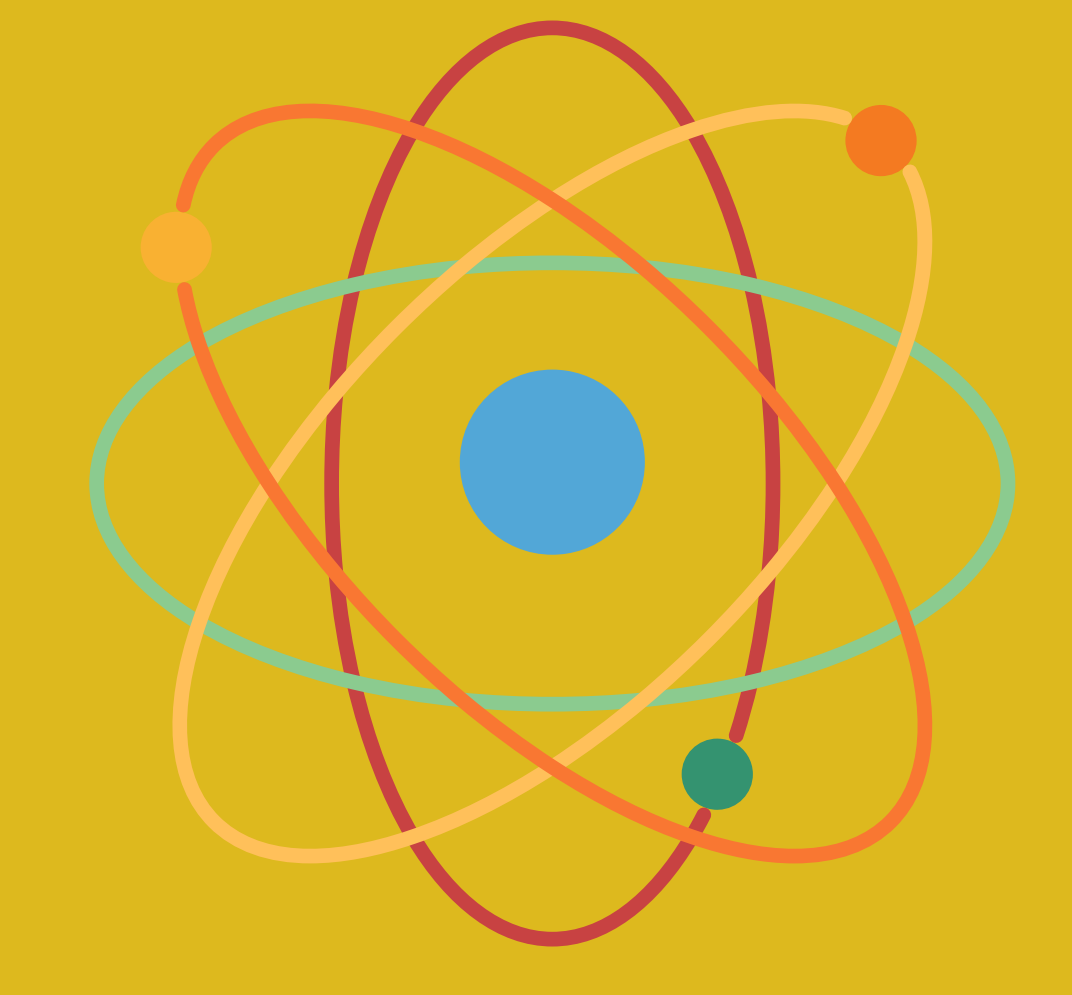
- delirium
- deterioro cognitivo
- síntomas depresivos
- dolor
- incontinencia
- pérdida de peso no intencional
- pérdida de apetito
- caídas y
- úlceras por presión.

Síndromes más frecuentes.

- La pérdida de apetito,
- la pérdida de peso,
- incontinencia y
- los síntomas depresivos



EPIDEMIOLOGÍA



Estimaciones demográficas

- En el año 2030 el porcentaje de la población mayor de 65 podría llegar a ser de más del 25% del total en el mundo.
- Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), España será el tercer país más viejo del mundo en 2050 con un 34,1% de población mayor de 65 años por detrás de Japón e Italia
- En los Estados Unidos las mujeres representan el 56% de los adultos mayores de 65 años y el 67% de los adultos mayores de 85 años



World Health Organization



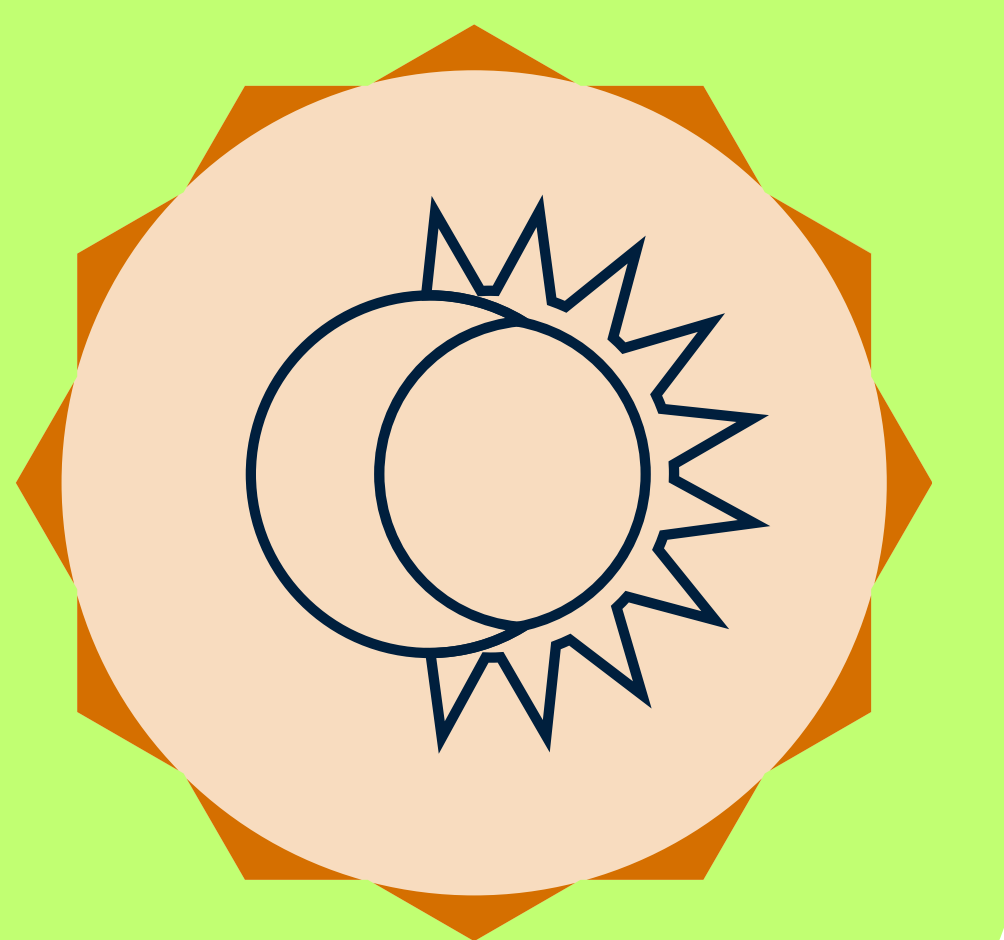
El envejecimiento abarca modificaciones en la calidad estructural y funcional

- de la piel
- la masa muscular
- la reserva cardiorrespiratoria
- los sistemas oculo-vestibular
- nervioso central y periférico
- la velocidad de la reacción
- respuestas a nivel cognitivo
- conductual

que paulatinamente llevan a la dependencia a partir de los 65 años. Los factores que favorecen esta dependencia son múltiples y se pueden dividir en

- intrínsecos (enfermedades, cambios fisiológicos y fisiopatológicos e ingestión de fármacos)
- y extrínsecos (uso inadecuado de auxiliares de marcha y barreras arquitectónicas dentro y fuera de la casa)

ETIOLOGÍA



Caídas

Los trastornos de la marcha y el equilibrio se encuentran entre las causas más comunes de caídas en los adultos mayores.



Otras causas

- condiciones y dolor
- musculoesquelético
- discapacidad visual
- sarcopenia
- uso de cuatro o más medicamentos
- además del uso de clases específicas de medicamentos que puedan provocar trastornos de la marcha y el equilibrio con un aumento de la tasa de caídas

Incontinencia Urinaria

Incontinencia urinaria

el mal que afecta a más personas mayores en el mundo.

¿Qué es? Pérdida involuntaria de orina que causa algún tipo de molestia a la persona, generalmente porque se produce en momentos o lugares en donde no se tenía esperada.

Problemática
Se considera como la segunda causa de internamiento. Se estima que existen más de 200 millones de individuos en el mundo que tienen problemas asociados a la incontinencia urinaria.

Prevalencia en personas mayores
En hogares: del 10 al 15% de la población de personas mayores la sufre.
En hospitalizaciones: el 57% de personas la padece.

El principal factor es la edad, sin embargo, también son propensas personas con:
• Obesidad • Múltiples embarazos • Distintas enfermedades como:
- Diabetes - Demencia - Deterioro cognitivo - Lesiones en la columna vertebral - Enfermedad vascular cerebral

Tipos de incontinencia
• Urgencia
• Esfuerzo
• Urinaria mixta
• Vaciamiento incompleto
• Urinaria funcional

Recomendaciones
• Reducir ingesta de café
• Realizar ejercicio físico para fortalecer la musculatura del piso pélvico
• Ingesta de líquidos reducida por la noche
• Reducción de peso
• Dejar de fumar

Se debe considerar una evaluación médica para dar un correcto tratamiento e impedir que la incontinencia urinaria continúe presentándose.

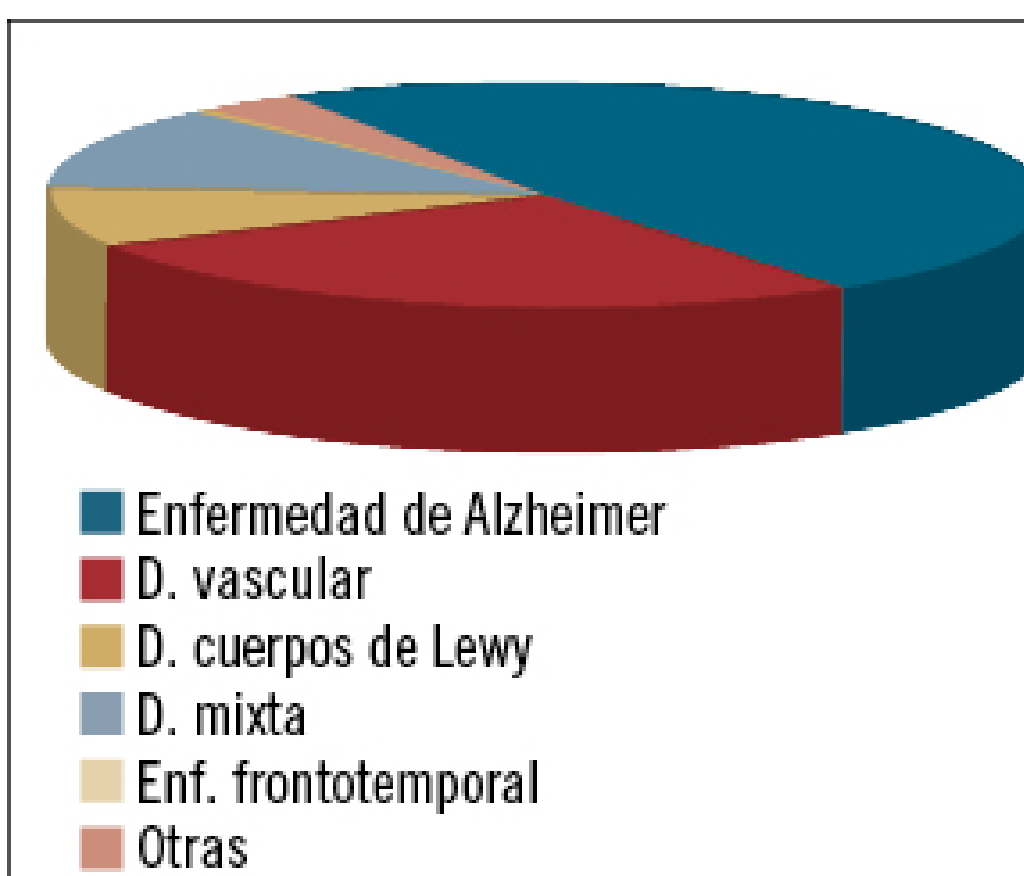
Fuente: Dirección de Enseñanza y Desarrollo del Instituto Nacional de Geriátrica. (2019). Incontinencia urinaria, el mal que afecta a más personas mayores en el mundo. Boletín del Instituto Nacional de Geriátrica, 2 (6), pp. 12-15.



Deterioro cognitivo

Tabla 1. Fármacos asociados a deterioro cognitivo

- Digoxina
- Antibióticos: cefalosporinas, metronidazol, ciprofloxacino
- Antihistamínicos
- Antihipertensivos: propranolol, verapamilo, nifedipino
- Benzodiazepinas: alprazolam, lorazepam, diazepam
- Fenobarbital
- Baclofeno
- Analgésicos: codeína
- AINE: ibuprofeno, ácido acetilsalicílico, naproxeno, indometacina
- Corticosteroides: prednisona, hidrocortisona
- Antidepresivos: imipramina, amitriptilina, fluoxetina
- Litio
- Anticonvulsivantes: carbamazepina, fenitoína, ácido valproico
- Levodopa
- Metoclopramida
- Ranitidina
- Metoclopramida
- Inmunosupresores: interferón, ciclosporina



VALORACIÓN CLÍNICA

Caídas



Deterioro cognitivo

GDS 1 Sin deterioro cognitivo/normalidad
GDS 2 Deterioro cognitivo muy leve/olvido benigno
GDS 3 Deterioro cognitivo leve/ compatible con enfermedad de Alzheimer incipiente
GDS 4 Deterioro cognitivo moderado/ demencia leve
GDS 5 Deterioro cognitivo moderadamente grave/ demencia moderada
GDS 6 Deterioro cognitivo grave/ demencia moderadamente grave
GDS 7 Deterioro cognitivo muy grave/ demencia grave

Incontinencia urinaria

EVALUACION Y DIAGNOSTICO

Anamnesis: Directa o Indirecta.
• Posición en la que pierde orina, frecuencia, uso de pañales, asociación con incontinencia fecal.
• Antecedentes: Enfermedades asociadas (D. mellitus, deterioro intelectual, limitación funcional, intervenciones quirúrgicas, etc.).
• Uso de medicamentos para otras patologías.

EVALUACION Y DIAGNOSTICO

Examen Clínico:
• Debe incluir examen Neurológico, abdominal y Genitourinario.
Exámenes Auxiliares:
• Examen de Orina.
• Ecografía Vesical o vesico prostática; Medición de Residuo Postvoidal.
• Otros Estudios: Eco Pélvica, Urografía

MANEJO

Deterioro cognitivo

EL OLVIDO: ¿Qué es normal y qué no?

Muchas personas comienzan a olvidarse de las cosas a medida que envejecen.
¿Cómo se puede diferenciar entre un olvido leve y problemas graves de memoria?
como la enfermedad de Alzheimer?

Vea lo que es típico y lo que no es:

ENVEJECIMIENTO NORMAL	ENFERMEDAD DE ALZHEIMER
• Tomar una mala decisión de vez en cuando.	• Tener problemas para pagar las facturas mensuales.
• Olvidarse de hacer un pago mensual.	• Perder la pista de la fecha o la época del año.
• No recordar qué día es y acordarse más tarde.	• Tener dificultad para mantener una conversación.
• A veces no saber qué palabra usar.	• Perder cosas a menudo y no poder encontrarlas.
• Perder cosas de vez en cuando.	

Incontinencia urinaria

MANEJO

Medidas generales (aplicables a todos los pacientes)
• Medidas higiénicas y dietéticas (evitar sustancias irritantes, adecuar el ritmo de vaciamiento vesical, modificar el patrón de ingesta líquida, ingesta de fibra, corregir estreñimiento, etc.).
• Modificación del hábitat y del entorno (evitar barreras ambientales, adaptar el retrete, disponer de sustitutos del retrete).
• Otros factores (modificación fármacos, motivación, movilidad).
• Medidas paliativas (Pañales absorbentes, colectores externos).

MANEJO

Técnicas de modificación de conducta (en todos los pacientes)
• Identificar los malos hábitos (conciencia de la enfermedad).
• Hacer un plan de acción para modificar los malos hábitos.
• Hacer un plan de acción para modificar los malos hábitos.
• Hacer un plan de acción para modificar los malos hábitos.

Dependientes de los cuidados del paciente
• Diferencia de un buen cuidador de un cuidador malo.
• El buen cuidador: tiene un plan de acción para el paciente.
• El cuidador malo: no tiene un plan de acción para el paciente.

MANEJO

Otros tratamientos
• Fisiología y no en fibra: reducción del peso o evitar estreñimiento.
• Ejercicio físico: mejora la fuerza y el equilibrio.
• Ejercicio físico: mejora la fuerza y el equilibrio.
• Ejercicio físico: mejora la fuerza y el equilibrio.

Técnicas conductuales
• Ejercicio físico: mejora la fuerza y el equilibrio.
• Ejercicio físico: mejora la fuerza y el equilibrio.
• Ejercicio físico: mejora la fuerza y el equilibrio.