

TIPS GERIATRICOS PARA ELEAMs

*JAIME HIDALGO ANFOSSI
Md. Internista y Geriatra
Sección Geriatría HCUCH
24 de Julio del 2015*

FRAGILIDAD

Concepto fragilidad

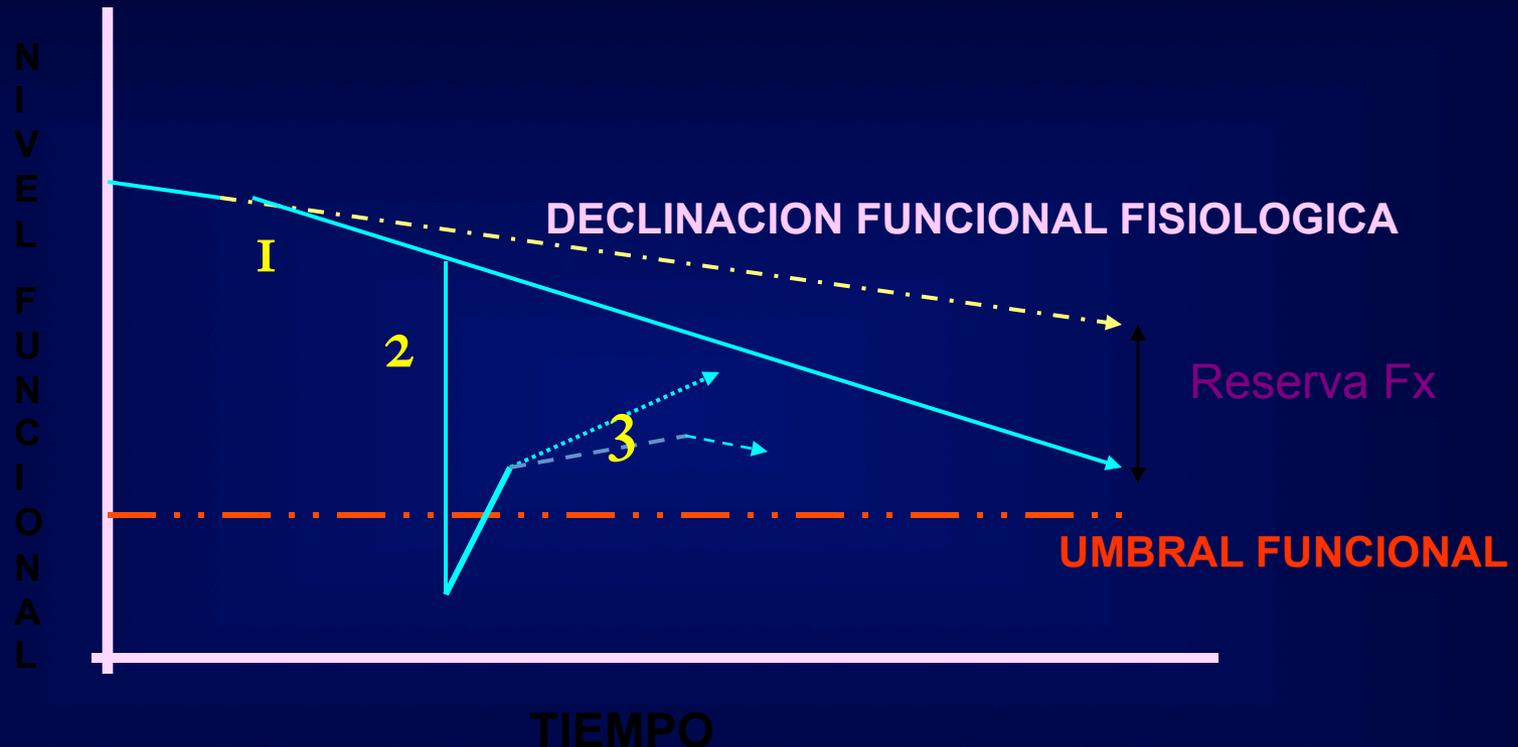
- Capacidad reducida del organismo a enfrentar el estrés. *Rockwood K. Rev Clin Ger 12, 2002*
- Estado asociado al envejecimiento, caracterizado por una reserva fisiológica disminuida y mayor vulnerabilidad a eventos adversos. *Fried Hazzard 1998.*
- Vulnerabilidad o susceptibilidad de perder su autovalencia y llegar a la dependencia

HOMEOSTENOSIS

I. Factores que $>$ pérdida fx fisiológica. Fragilidad
Desacondicionamiento

2. Situaciones que promueven una pérdida Ag de capacidad fx.
Fx cadera, ACV
Fx cadera, ACV

3. Factores que impiden una recuperación de la capacidad fx.
Miedo a caer, depresión.



FACTORES DE RIESGO

Fragilidad por criterios Médicos

- Enf. crónicas
- Alteración marcha
- Déficit sensoriales
- Mala salud auto percibida
- Caídas a repetición
- Polifarmacia
- Hospitalizaciones frecuentes

Fragilidad funcional

- Dependencia ABVD
- Dependencia AIVD

Fragilidad socioeconómica

- Vivir solo
- Viudez reciente
- Edad >80 años
- Bajos ingresos económicos

Fragilidad cognoscitiva afectiva

- Deterioro cognitivo
- Depresión

Necesidad de **institucionalización**

Fenotipo anciano frágil

L. Fried - I Nacional de Envejecimiento USA. J Gerontology, 2001

- 5317 AM entre 65 y 101 años
- Seguimiento a 4 y 7 años
- Criterios (3+):
 - **Fatiga crónica** (Fatigabilidad autoreportada)
 - **Debilidad** (Fuerza grip quintil menor).
 - **Inactividad** (kilocalorias x sem/ quintil menor).
 - **Disminución velocidad de la marcha** (quintil >).
 - **Pérdida de peso** ($\geq 5\%$ en 1 año).

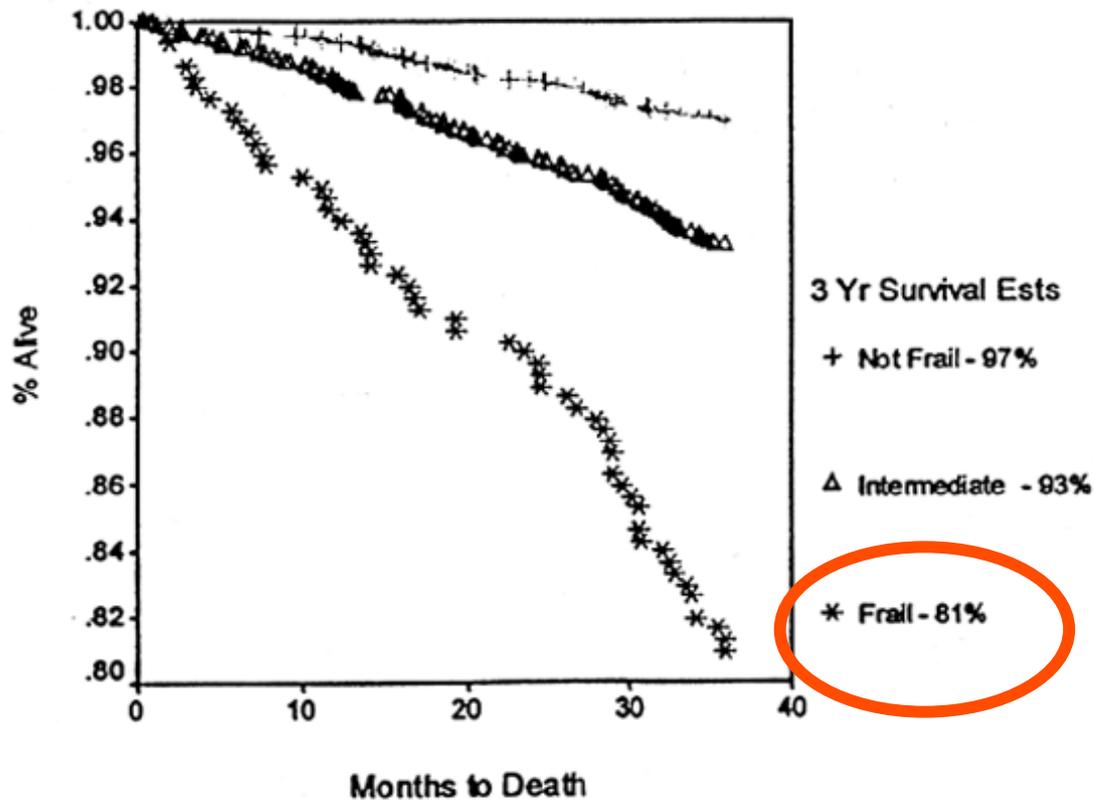
Fragilidad basal predijo eventos adversos.

	Frágil
	Hazard Ratio* a 3 años.
Caídas incidentales	1.29 (IC 1,0-1,7)
Deterioro movilidad	1.50 (IC 1,2-1,8)
Deterioro funcional ABV *	1.98 (IC 1,5-2,6)
Primera hospitalización	1.29 (IC 1,1-1,5)
Muerte *	2.24 (IC 1,5-3,3)

* Covariables ajustado, $p \leq .05$

(Fried et al, 2001)

Unadjusted 3 Year Survival Estimates by Frailty Category



(Fried, et al. J Gerontology, 2001)

DEMENCIAS

**¡NO EXISTE LA DEMENCIA
SENIL!**

RECORDAR:

- 1 de cada 10 adultos mayores, tiene Demencia
- No toda falla de memoria es Alzheimer
- NO toda Demencia implica falla de memoria
- No olvidar el Delirium
- Considerar impacto en el entorno

- Alzheimer
- Vascular
- Mixta
- Dem. Cuerpos de Lewy
- Dem. Por E. Parkinson
- Dem. Frontotemporal
- Hidrocefalia del Adulto
- Hipotiroidismo
- Déficit Vitamina B12
- Dem. Por VIH
- Déficit de Folato
- Medicamentos
- Alteraciones Metabólicas.

10 – 15%

- * Se estima que aprox. el 75% de los pacientes con demencia a moderada a severa y el 97% con demencia leve **no son pesquisados** por los médicos de atención primaria. (Guiffors & Cummings, 1999)

Cognición: MMSE

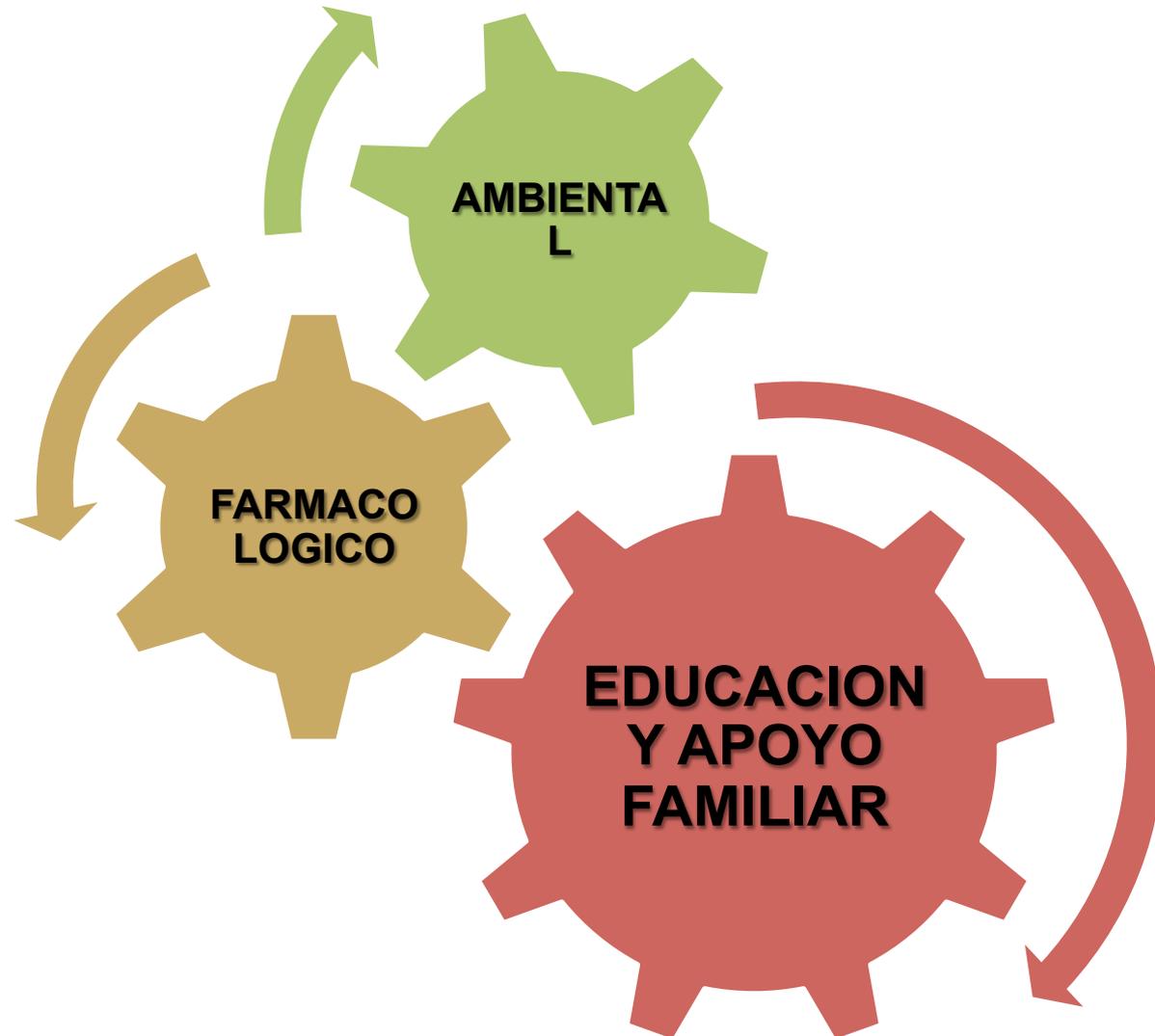
MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1978)

Nombre: _____ Varón [] Mujer []
 Fecha: _____ F. nacimiento: _____ Edad: _____
 Estudios/Profesión: _____ N. IP: _____
 Observaciones: _____

¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1		ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)	
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿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		ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)	
Nombra tres palabras: Pezeta, Caballo, Manzana (o Balón, Bandera, Arbol) a cada una de 1 punto máximo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero contadas disminuidas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 4 veces. Pezeta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Arbol 0-1)		Nº de repeticiones necesarias FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)	
Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿cuántas le van quedando? Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que dibuje la palabra MINDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (0 0-1) (D 0-1) (N 0-1) (U 0-1) (M 0-1)		ATENCIÓN- CALCULO (Máx.5)	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Pezeta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Arbol 0-1)		RECUERDO diferido (Máx.3)	
DESNOMINACIÓN. Muéstrela un lápiz o un bolígrafo y pregunte: ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1 REPETICIÓN. Pídale que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un reloj había 3 pesetas"). 0-1 ÁRDEYES. Pídale que siga la orden: "coge un papel con la mano derecha, dóblalo por la mitad, y pínchalo en el suelo". Coge con mano d. 0-1 dóblalo por mitad 0-1 ponte en suelo 0-1 LECTURA. Escríbala legiblemente en un papel "Corre los ojos". Pídale que lo lea y luego que diga la frase. 0-1 ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1 COPIA. Dibuje 2 postigos interconectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1		Lenguaje (Máx.9)	
Puntuaciones de referencia: 27 o más: normal 24 o menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 0-12: demencia		Puntuación Total (Máx.: 30 puntos)	

MANEJO



Demencias

- Ambiente para optimizar la funcionalidad.
- Ambiente físico e interpersonal.
- Habilidades perceptuales disminuidas: iluminación, diseño del suelo y utensilios.
- Bajo filtro y manejo de estímulos: evitar sobreestímulos.
- Trabajar con deterioros cognitivos específicos.
- Reducen miedo, frustración y agitación.



DELIRIUM

Delirium: definición

- Cuadro de comienzo **agudo** y curso **fluctuante** caracterizado por:
 - **nivel de conciencia** alterado
 - incapacidad de mantener la **atención**.
 - Alteración de memoria
 - pensamiento desorganizado.
 - desorientación temporoespacial.
 - alucinaciones, ideas delirantes
 - alteración del ritmo de sueño y vigilia.

¿Es frecuente el delirium?

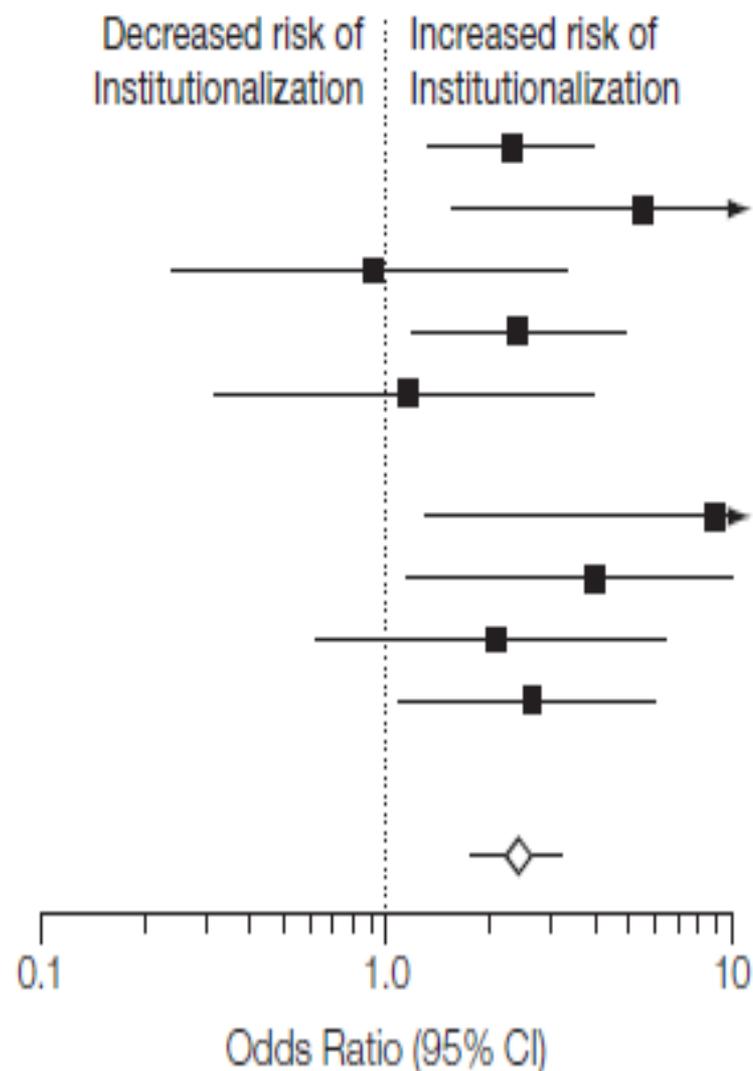
- Es la complicación más frecuente en personas mayores (AM) hospitalizadas.
 - 14-56% AM algún momento de hospitalización.
 - Hasta 50% AM sometidos a cirugía (cadera - vasc).
 - Institucionalizados: 11 a 45%
 - Mayores % en AM frágiles y con demencia.
 - Servicio de urgencia 10% AM delirium, < 20% Dg.

Young, Inouye BMJ Jun 2007

N Engl J Med;354:1157.

Institutionalization

Bellelli et al, ³⁰ 2008	2.30 (1.33-3.98)	32.35
Bickel et al, ³² 2008	5.60 (1.60-19.65)	6.17
Giusti et al, ⁴³ 2006	0.93 (0.25-3.47)	5.61
Pitkala et al, ⁶³ 2005	2.45 (1.21-4.95)	19.66
McCusker et al, ⁶ 2002	1.15 (0.33-4.05)	6.19
Inouye et al, ⁷ 1998		
Chicago	8.60 (1.31-56.45)	2.74
Cleveland	3.90 (1.12-13.56)	6.26
Yale	2.00 (0.63-6.33)	7.34
Francis and Kapoor, ⁴⁰ 1992	2.56 (1.10-5.93)	13.77
Heterogeneity: $I^2=0\%$; $P=.48$		
Random-effects model: $P<.001$	2.41 (1.77-3.29)	100



SIEMPRE

estudiar causas agudas de
descompensación.

**Delirium es una
emergencia médica**

Factores precipitantes

- Infecciones
- Fecaloma/ ret. urinaria.
- Trastorno electrolítico
- Hipoxia – Cardiovascular
- Fiebre o hipotermia.
- Metabólicas
- Dolor
- Trastorno neurológico (ACV, Epilepsia, HSD).
- Cirugía.
- Ambiental.
- **Drogas: 30%**
anticolinérgicos, intox. o
deprivación BZP - OH
- **MULTIFACTORIAL (50%)**

Drogas - Medicamentos	Ejemplos
Benzodiacepinas	DZP, Clordiazepoxido.
Antidepresivos	Tricíclicos, litio.
Antiparkinsonianos	Levodopa, bromocriptina, amantadina
Analgesicos	Opioides
Esteroides	Prednisona, hidrocortisona.
antiarrítmicos	Digoxina
antihipertensivos	Metildopa, bloq [W], furosemida.
Broncodilatador	Teofilina
Anticolinérgicos, antihistamínicos	clorfenamina, antiespasmódicos

¡NO OLVIDAR LAS HIERBAS!



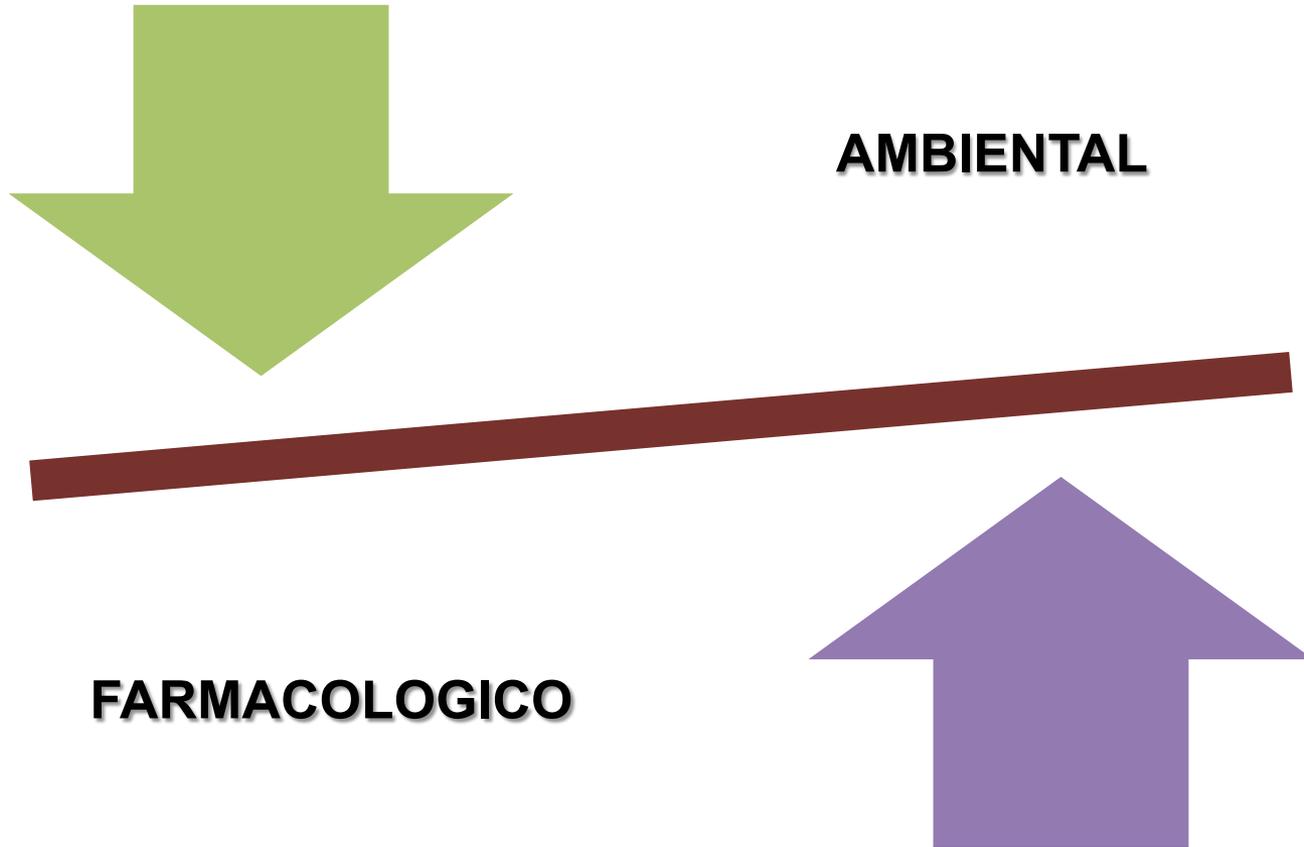
¿Consecuencias del delirium?

- > morbilidad y complicaciones hospitalaria.
- > estadía hospitalaria.
- > Mortalidad intrahospitalaria y post alta.
- > Deterioro funcional y cognitivo
- > Costo económico.
- > institucionalización.

Young, Inouye BMJ Jun 2007

Age and Ageing 2006; **35**: 350–364

MANEJAR CAUSA DE BASE



Γ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

JAMA. 2012 November 21; 308(19): 2020–2029. doi:10.1001/jama.2012.36918.

Managing Behavioral Symptoms in Dementia Using Nonpharmacologic Approaches: An Overview

Laura N. Gitlin, PhD¹, Helen C. Kales, MD² [Professor, Director], and Constantine G. Lyketsos, MD, MHS³ [Elizabeth Plank Althouse Professor]
Johns Hopkins University and University of Michigan

Helen C. Kales: kales@umich.edu; Constantine G. Lyketsos: Kostas@jhmi.edu

Domain	Key Strategies
Communication	<ul style="list-style-type: none"> Allow patient sufficient time to respond to a question Provide one to two step simple verbal commands Use calm, reassuring tone Offer simple choices (no more than 2 at a time) Avoid negative words and tone Use a light touch to reassure, calm, or redirect Identify self and others if patient does not remember names Help patient find words to express him/hers
Simplify environment	<ul style="list-style-type: none"> Remove clutter or unnecessary objects Use labeling or other visual cues Eliminate noise and distractions while you are communicating or when patient is engaging in an activity Use simple visual reminders (arrows pointing to bathroom)
Caregiver education and support	<ul style="list-style-type: none"> Understand that behaviors are not intentional Learn how to relax the rules (e.g., no right or wrong in performing activities/tasks as long as patient and caregiver is safe) With disease progression, patient may have difficulty initiating, sequencing, organizing and completing tasks without guidance and cueing Go along with patient's view of what is true and avoid arguing or trying to reason or convince Take care of self; find opportunities for respite; practice healthy behaviors and preventive doctor visits Identify and draw upon a support network
Simplify tasks	<ul style="list-style-type: none"> Break each task into very simple steps Use verbal or tactile prompt for each step Provide structured daily routines that are predictable

Activities

Introduce activities that tap into preserved capabilities and previous interests

Introduce activities involving repetitive motion (washing windows, folding towels, putting coins in container)

Set up of the activity and helping patient initiate may be necessary

CAIDAS



EPIDEMIOLOGIA

- Ambulatorio: 1/3 AM ha de tener al menos 1 caída por año.

Tinetti. NEJM. 1988

- 50% en Institucionalizados.

Nevitt. JAMA. 1989.

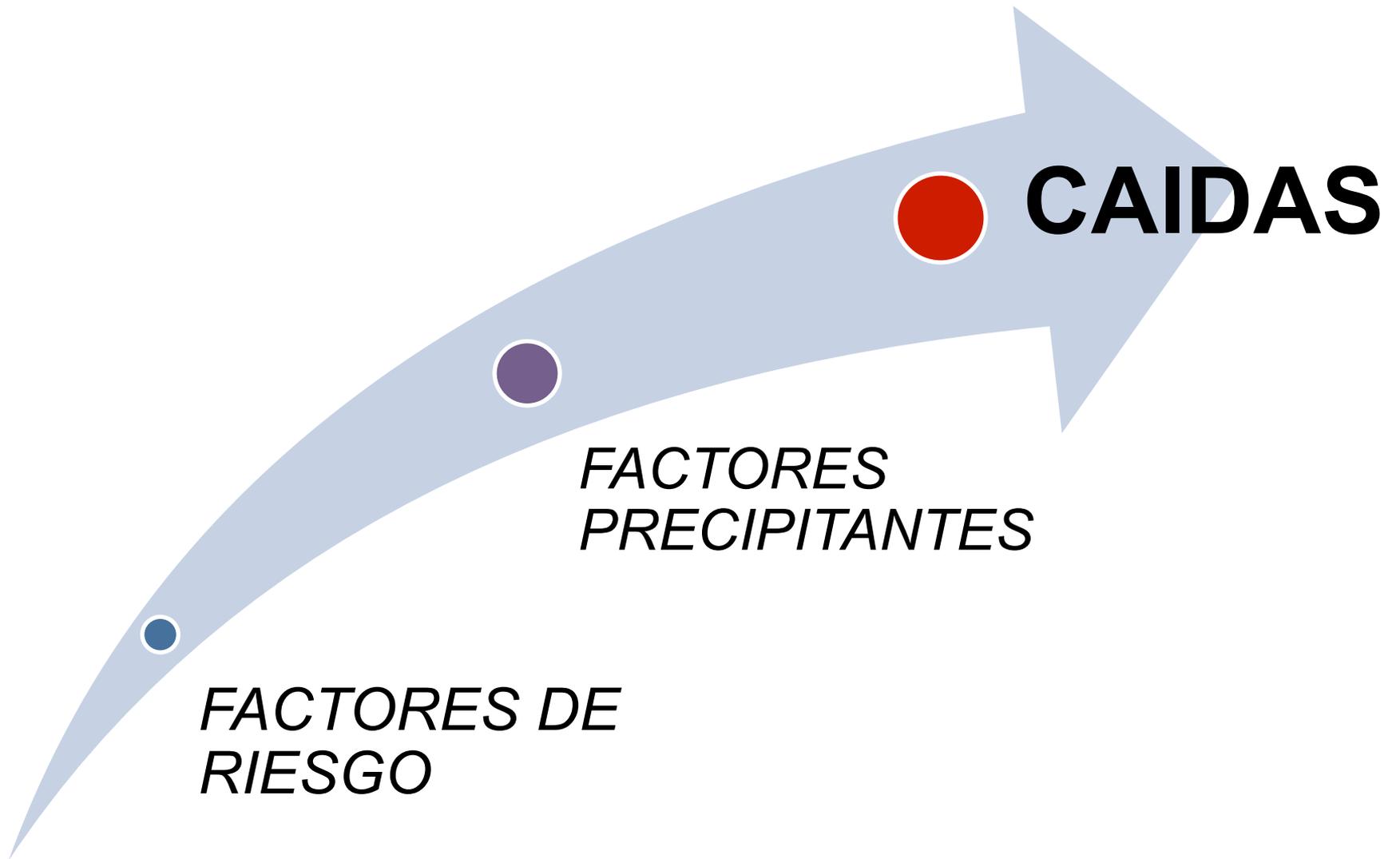
- A > Edad > riesgo de caídas.

Fleming. BMC Geriatr. 2008

EPIDEMIOLOGIA

- 50% de los AM recurren en caídas.
- 80% de los casos ocurren en el hogar
- Poco consultada y poco diagnosticada.
 - UK: Incidencia de 3.58 caídas/100 pers/año

Gribbin J et al. QJM. Jul 2009



FACTORES DE RIESGO

FACTORES INTRINSECOS

Marcha y Equilibrio *
Neuropatía Periférica*
Disfunción Vestibular*
Debilidad Muscular*
Deterioro Visual y Auditivo*
Enfermedad Crónica y Aguda*
Edad
Deterioro Funcional*
Ortostatismo*
Demencia
Fármacos y Drogas*

FACTORES EXTRINSECO S

Riesgos
Ambientales*
Calzado*
Restricciones

CONDICIONES MEDICAS

- Diabetes Mellitus
- Cardiopatías
- EPOC
- Osteoartrosis
- Incontinencia Urinaria
- Neurológicos:
 - AVE
 - Demencia
 - Enfermedad de Parkinson
 - Hidrocefalia del adulto

MEDICAMENTOS

- ***Anticolinérgicos***: Anti histamínicos, tricíclicos, etc.
- ***Neuropsiquiátricos***: Benzodiacepinas, Antidepresivos tricíclicos, Neurolépticos, Relajantes Musculares, Anticonvulsivantes.
- ***Analgésicos***: Opiáceos
- ***Cardiovascular***: Antihipertensivos (Diuréticos, Calcioantagonistas), digoxina, antiarrítmicos.
- ***Alcohol***
- ***Anti H2***

FACTORES PRECIPITANTES

Accidentes	30 – 50 %
Marcha y equilibrio	10 – 14 %
Desvanecimiento	5 – 20 %
Hipotensión	2 – 15 %
Síncope	2 – 10 %
Crisis min.	1 – 10 %
Otros	1 – 10 %

CONSECUENCIAS

- Fracturas: 10 – 20%
casos

- 5% requiere
hospitalización

– Tinetti. NEJM. 1988.

Riesgo Fx. osteoporótica en > 50 años

SITIO FX	MUJERES %	<i>Melton LJ, 1992</i> HOMBRES %
ANTEBRAZ O DISTAL	16	3
FEMUR PROXIMAL	17	6
VERTEBRA L (sintca)	16	5
CUALQUIE R FRACTUR A	40	13

CONSECUENCIAS

- 45% fracturados sufren de alguna discapacidad funcional.
- 30% requieren Institucionalización.
- Mortalidad postfractura:
 - 6% perievento
 - 8 % al primer mes.
- Mortalidad a 1 año:
 - Caídas OR 7.1
 - Fractura Osteoporótica: 30%.

Síndrome post caída.

- Cambio de comportamiento y de actitud del mayor que ha sufrido una caída.
- Entre sus características destacan la restricción de la movilidad y el miedo a volver a caerse.
- También genera pérdida de confianza en sí mismo y aislamiento social.

PREVENCIÓN CAÍDAS

ACTIVIDAD FÍSICA

ALTERACIONES SENSORIALES

MEDICAMENTOS

SUSP. TABACO

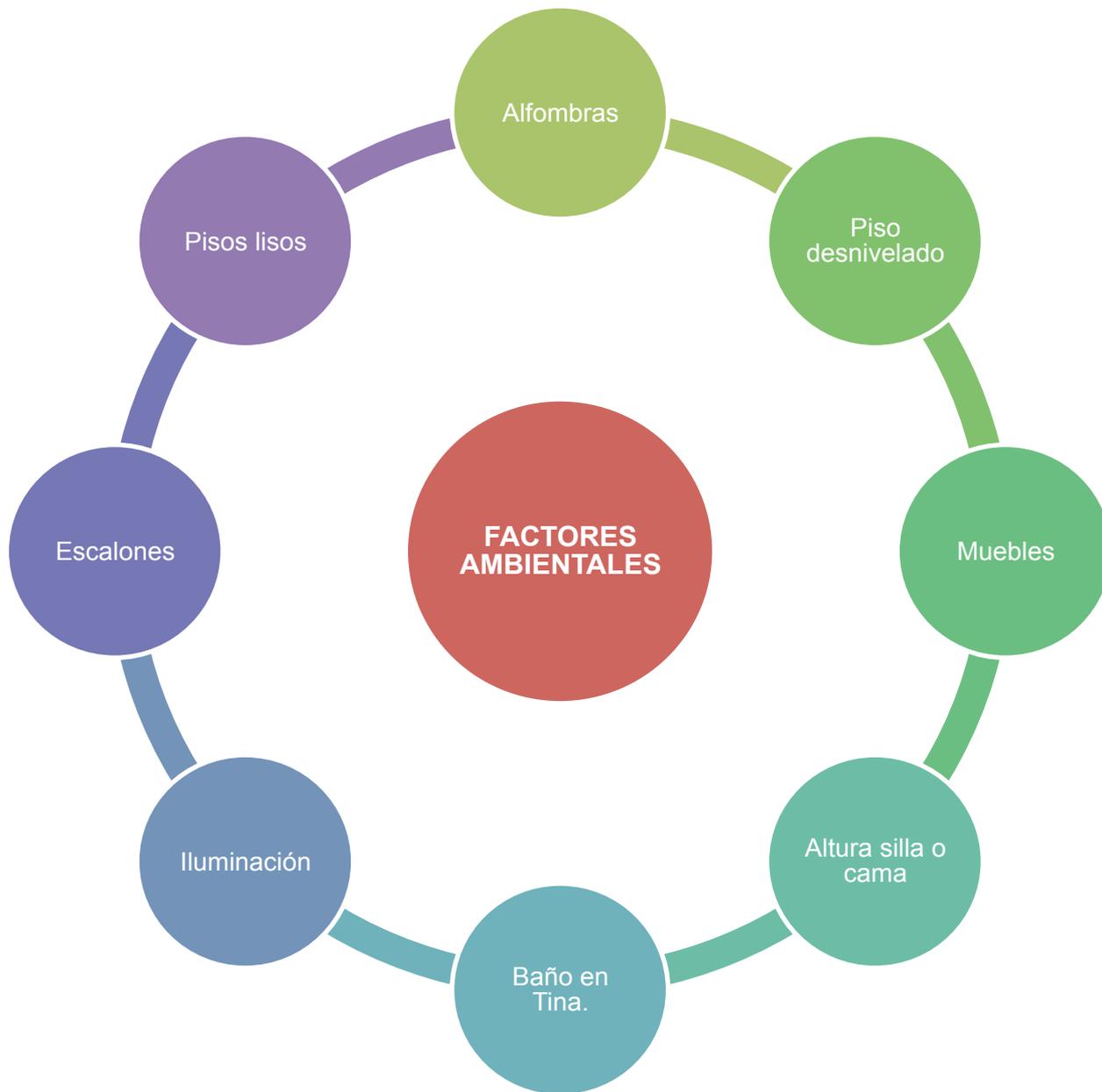
DISMINUIR OH

AYUDAS TÉCNICAS

COMORBILIDADES

MEDIDAS AMBIENTALES

VITAMINA D





DEPRESSION



TRASTORNO S DEL SUEÑO



Med Clin North Am. 2015 March ; 99(2): 431–439. doi:10.1016/j.mcna.2014.11.013.

Sleep Problems in the Elderly

Juan Carlos Rodriguez, MD^{a,b,c,*}, Joseph M. Dzierzewski, PhD^{a,b}, and Cathy A. Alessi, MD^{a,b}

^aGeriatric Research, Education, and Clinical Center, VA Greater Los Angeles Healthcare System, 16111 Plummer Street (IE), North Hills, Los Angeles, CA, USA

^bDepartment of Medicine, David Geffen School of Medicine, University of California, Los Angeles, 405 Hilgard Avenue, CA 90095, USA

^cDepartment of Medicine, Pontificia Universidad Catolica de: Ave, Libertador Bernardo O'Higgins 340, Santiago, Chile

Technique	Level of Support
<p>Sleep education</p> <p>Information regarding normal sleep changes with age. Designed to normalize current sleep, improve expectations, and reduce anxiety</p>	Low ^a ; not an evidence-based practice ^b ; not a recommendation ^c
<p>Cognitive therapy</p> <p>Maladaptive thoughts, beliefs, and attitudes can negatively affect sleep. Challenging these thoughts can help promote sleep through a reduction in sleep disruptive thoughts and emotions</p>	Low ^a ; not an evidence-based practice ^b ; not a recommendation ^c
<p>Sleep hygiene</p> <p>Instruction to avoid or limit sleep disruptive substances and behaviors, including caffeine, alcohol, nicotine, exercising, and heavy meals at night</p>	Low ^a ; not an evidence-based practice ^b ; not a recommendation ^c
<p>Relaxation strategies</p> <p>Active or passive relaxation techniques all designed to reduce physiologic or mental arousal that may be interfering with sleep</p>	Moderate ^a ; not an evidence-based practice ^b ; standard recommendation ^c

Stimulus control

Strong^a; not an evidence-based practice^b; standard recommendation^c

Behavioral technique based on classic conditioning principals. Instructs individuals to limit their use of the bed to sleep and sex, and to limit the amount of time spent awake in bed

Sleep restriction

Strong^a; evidence-based practice^b; guideline recommendation^c

Behavioral strategy designed to match the amount of time spent in bed with the amount of time asleep. A consistent sleep schedule and time in bed is collaboratively prescribed and adjusted as needed

Multicomponent treatment packages

Strong^a; evidence-based practice^b; standard recommendation^c

Combines several individual components into a treatment package. Usually consists of stimulus control and sleep restriction. Sometimes includes sleep education, cognitive therapy, relaxation techniques, or sleep hygiene recommendations

INCONTINENCIA URINARIA

EPIDEMIOLOGÍA

- Aumenta con la edad
- A los 65 años:
 - Mujeres: 30%
 - Hombres: 15 – 28%
- En México: 11.1% vs 10.5%
 - > 85 años: 22% vs 18%
- Institucionalizados: 50%

EPIDEMIOLOGÍA

Pocos consultan por este cuadro:

25 – 50% pacientes

Cuántos reciben tratamiento?

20%

CLASIFICACION

- Urgencia
- Esfuerzo
- Rebalse
- Funcional
- Mixta
- Total

Incontinencia Transitoria

- Infección del Tracto Génito – Urinario
- Uretritis/Vaginitis atrófica
- Accidente Cerebrovascular
- Delirium
- Dificultades Motrices – Barreras Arquitectónicas

- Trastornos Metabólicos y Electrolíticos (Hipercalcemia)
- Medicamentos
- Patologías Psiquiátricas
- Fecaloma
- Sobrecarga de volumen

Factores de Riesgo

- Inmovilidad
- Sexo femenino
- Hospitalización
- ITU
- Retención urinaria
- Medicación
- Depresión
- Impactación fecal
- Cirugía pélvica previa
- Trastornos neurológicos

FÁRMACOS

Fármacos	Mecanismo implicado
Diuréticos	Poliuria, poliaquiuria, urgencia miccional
Hipnóticos	Sedación, inmovilidad, delirio
Antipsicóticos delirium	Sedación, parkinsonismo, inmovilidad,
Antidepresivos	Sedación, acción anticolinérgica
Antagonistas del calcio	Retención urinaria
Anticolinérgicos	Retención urinaria, impactación fecal, delirium
Opiáceos	Retención urinaria, impactación fecal, delirium

***¿PORQUE ES IMPORTANTE
SU BÚSQUEDA?***

- Deterioro Calidad de Vida
- Trastornos de la Marcha y Caídas
- Fracturas postraumáticas
- Úlceras por presión e infecciones cutáneas.
- Deterioro Funcional
- Depresión
- Institucionalización

TRATAMIENTO



MEDIDAS GENERALES

- Educación al paciente y su familia.
- Uso de sustitutos del sanitario
- Evitar consumo de bebidas etílicas o con cafeína
- Reducir consumo de líquidos vespertino o antes de salir
- Aseo y protección de la piel zonas expuestas

MEDIDAS GENERALES

- Uso de pañales y protectores
- Precaución en prescripción de fármacos
- Corrección barreras ambientales
- Suspender tabaquismo
- Bajar de peso
- Aumentar ejercicio

MANEJO NO FARMACOLÓGICO

- Terapia Comportamental:
 - Educación + Reeducación vesical + Entrenamiento continencia y uso del baño
 - Beneficio en todo tipo de incontinencia.
 - Duración de varias semanas
- Entrenamiento Vesical:
 - > beneficio en incontinencia de Urgencia
- Horario Miccional

MANEJO NO FARMACOLÓGICO

- Bioretroalimentación:
 - Fuerza contracción pélvica a través de señales eléctricas.
- Ejercicios de Kegel
 - Impacto en incontinencia Urgencia y Esfuerzo.



Constipation

DEFINICION

- EVALUACION OPERATIVA: Criterios Roma II
- 12 semanas en el ultimo año, con 2 o mas de las sgtes, aprox 25% del tiempo
 - Esfuerzo intenso
 - Heces duras o caprinas
 - Sensación de vaciamiento incompleto
 - Sensación de obstrucción
 - Desimpactación manual
 - 3 o < defecaciones en 1 semana.

EPIDEMIOLOGIA

- 20% de la población.
- En AM de la comunidad, el 23% consultan por constipación.
- 40 a 55% de los AM hospitalizados
- 80% de los AM institucionalizados.

- Género mujer: hombre 3:1

FACTORES DE RIESGO

- Edad avanzada
- Deterioro Cognitivo
- Inmovilismo
- Dieta baja en fibra y líquidos
- Hospitalización
- Comorbilidades
- Ignorar necesidad defecatoria

ETIOLOGIA

Afectación del peristaltismo

Tumores

Sd. Colon irritable

Hipotiroidismo

Uremia

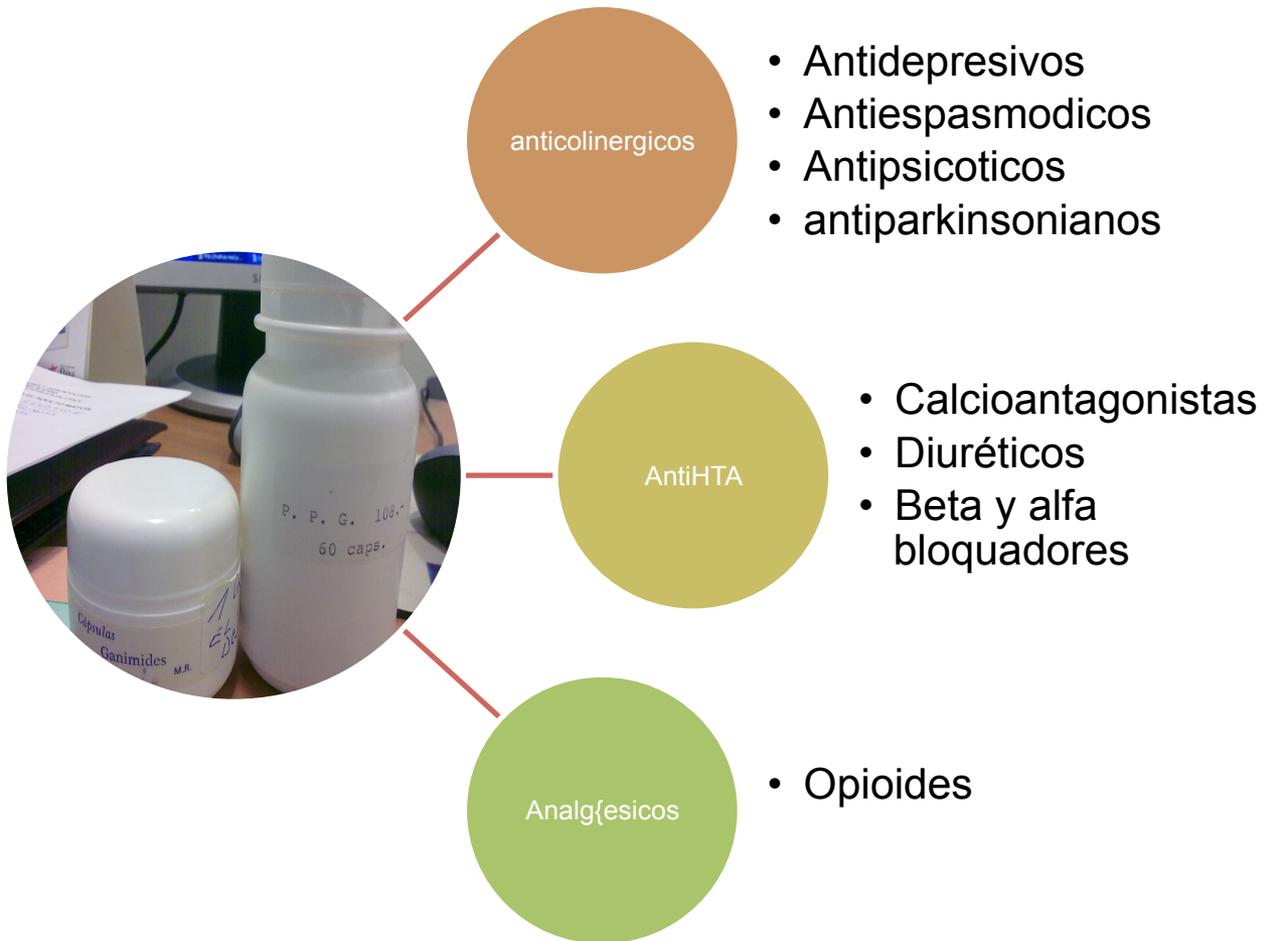
AVE

E. Parkinson

D. Mellitus

Fármacos

ETIOLOGIA



ETIOLOGIA

Afectación del Llenado Rectal

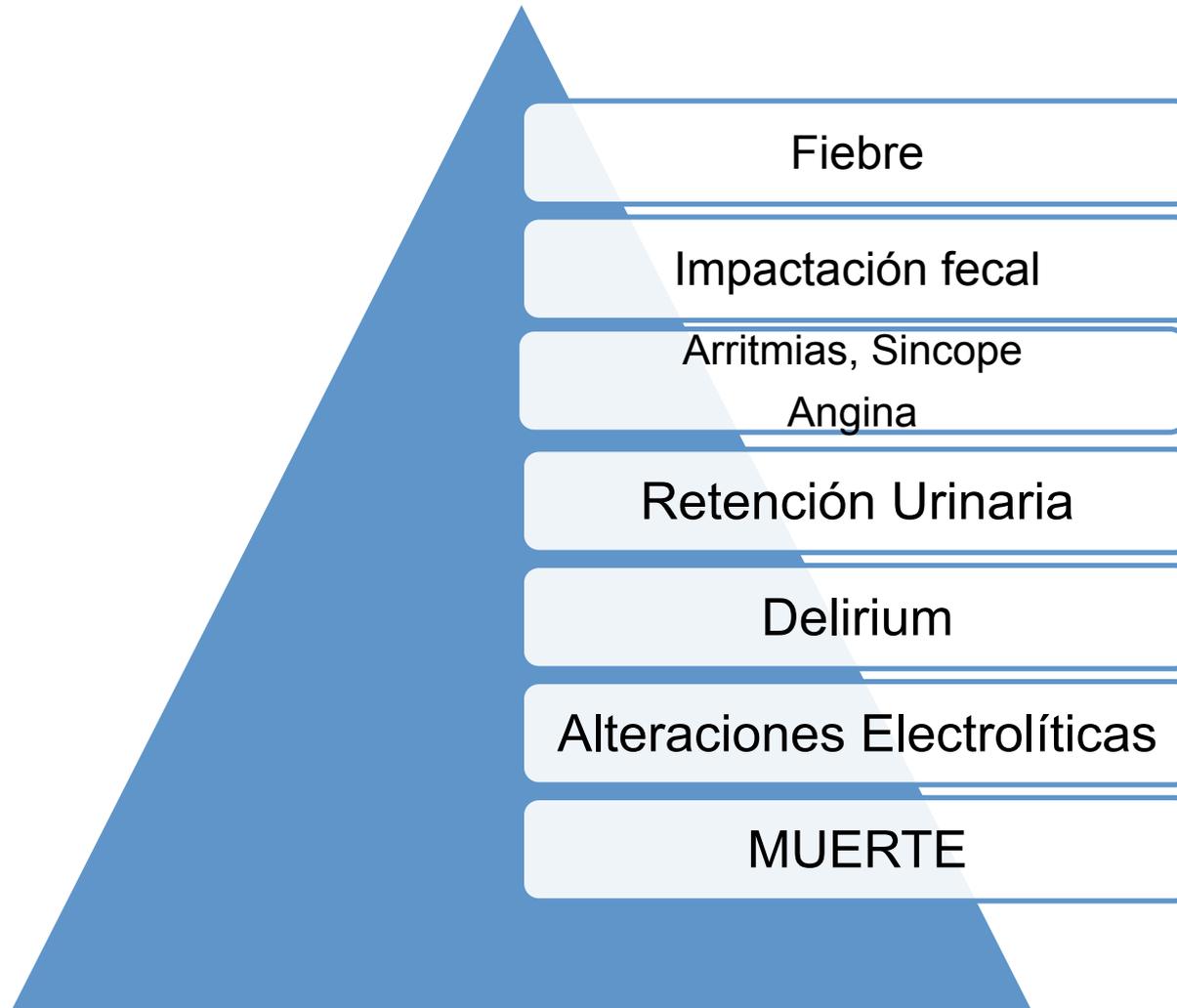
Inmovilismo
Debilidad
pared
abdominal y
piso pélvico

Ausencia de
Sed
Deshidratación
Pobre ingesta
de fibra

Malos hábitos
de evacuación
Uso crónico de
laxantes
catárticos

Demencias
Delirium
Depresión

COMPLICACIONES



TRATAMIENTO

Cambios estilo de vida

- Fibra
- Hidratación
- Actividad Física

Conductual

- Ritmo de evacuación
- Apoyo Psicológico

Farmacológico

- Formadores de Masa
- Emolientes
- Osmóticos
- Prokinéticos y Estimulantes de la motilidad
- Supositorios y Enemas

PRESCRIPCION INADECUADA



Tabla 3. Principales fármacos productores de reacciones adversas a medicamentos

MEDIO HOSPITALARIO

Digoxina

Aminoglucósidos

Anticoagulantes

Insulina

Corticoides

AINE

MEDIO AMBULATORIO

Benzodiazepinas

Neurolépticos

Antidepresivos

Anticoagulantes

Hipoglucemiantes orales

Digoxina

AINE

Antiácidos

Tomado de: Anónimo. Aproximación al tratamiento farmacológico de los ancianos. Boletín Terapéutico Andaluz. 1996; 10.

Reducción de medicamentos: meta en las residencias de mayores.

RAM a los 70 años es 7 veces mayor que a los 20 años.

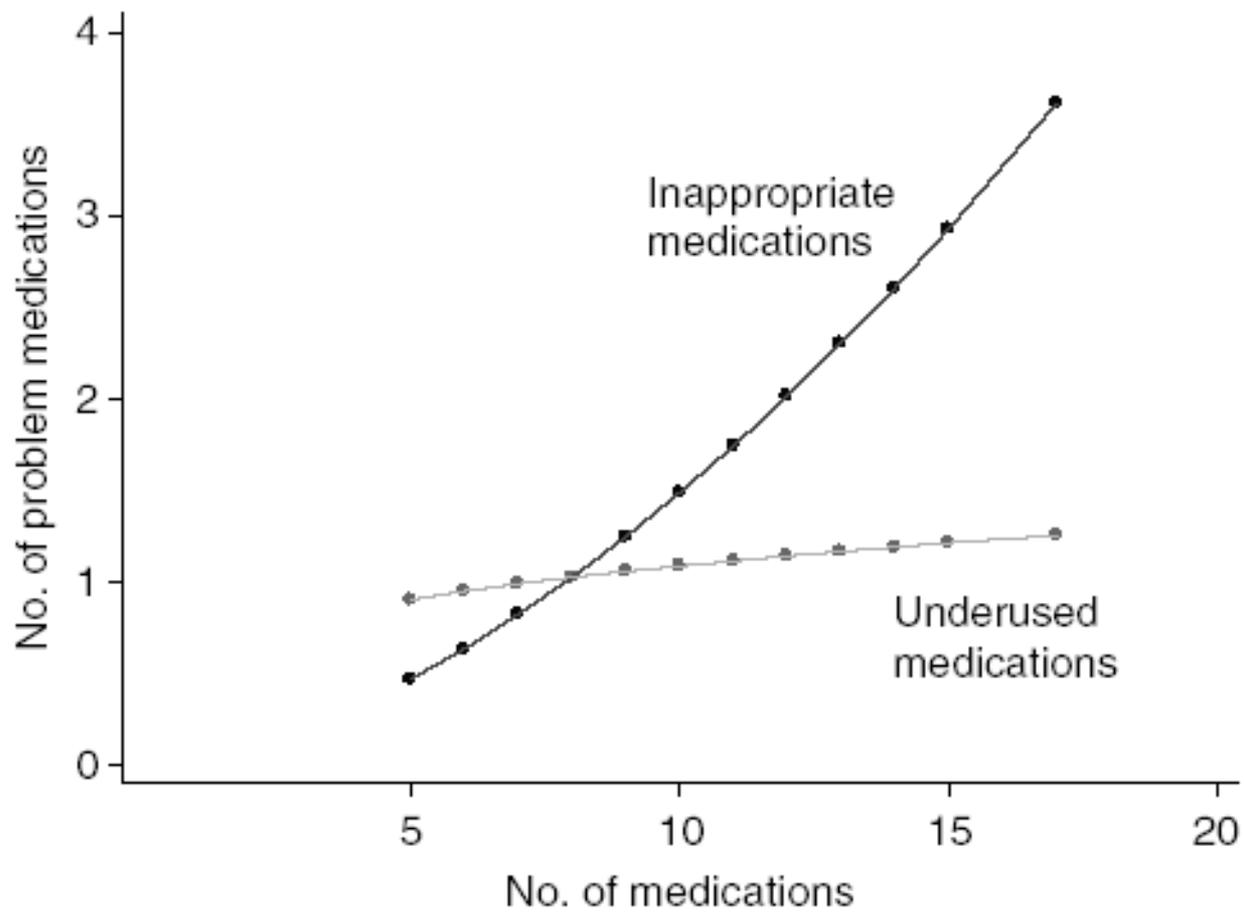
Ej: Anticolinérgicos:

Deterioro cognitivo, delirium, constipación y retención urinaria.

Prescripción inadecuada:

Morbilidad, mortalidad, costos.

Sensación de acto médico concreto al indicar un fármaco.



SPECIAL ARTICLES

American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults

The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel

Realizar revisión de medicamentos dos veces al año.

Casos especiales:

Psicotrópicos

Dolor

Polifarmacia

- Detener empleo de fármacos incluidos en los criterios de Beers.
- Detectar respuestas adversas a medicamentos.
- Detectar interacciones farmacológicas.
- Detectar fármacos de uso injustificado.
- Cambiar tratamientos a fármacos óptimos.
- Detectar fármacos de costo excesivo.

Cochrane:

- Revisiones de medicamentos e intervenciones educativas eran efectivas en reducir la prescripción de medicamentos psicotrópicos.
- Existe alguna evidencia que algunos medicamentos específicos pueden ser retirados sin causar daño en residentes de HA.

INMOVILISMO





ULCERAS POR PRESION

Úlceras por presión

Prevención y manejo multidisciplinario.

Enfermeras, terapeuta ocupacional, kinesiólogo y nutricionista.

Escalas de Norton y Braden.

Cambios de posición.

Evitar humedad por incontinencia

Piel seca: loción hidratante

Nutrición: Suplemento óptimo no existe

Alimentación completa adecuada

Aporte de Zn sólo por dos
semanas.

Escala de Braden

	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

Riesgo de úlceras por presión.

Braden-bergstrom <13 = alto riesgo

Braden-bergstrom 13 - 14 = riesgo moderado

Braden-bergstrom >14 = bajo riesgo

Cuidar enfermedades:

Diabetes mellitus

Enfermedad vascular periférica

Eliminar fármacos que afecten trofismo de la piel
(Prednisona).

Uso de reductores de presión: anillos de espuma y colchones antiescara.

Horario de asistencia:

Enfermera 15 minutos

Auxiliar 2 horas.

Úlceras por presión

Trabajo interdisciplinario.

Enfermera

Nutricionista

Terapeuta ocupacional

Kinesiólogo

STRESS DEL CUIDADOR





MALTRATO DEL AM