

## **Konu 2-3: Yaşlılarda Sık Görülen Geriatrik Sendromlar**

### **1. GERİATRİK SENDROMLAR**

#### **1.1. Malnütrisyon**

Malnütrisyon, dokuların gereksinimi olan makro veya mikro besin öğelerinden yoksun kalması sonucunda yapısal eksiklikler ve organlarda fonksiyon bozukluklarının ortaya çıkmasıdır.

#### **1.2. Bası Yaraları**

Bası yarası, deri veya deri altı dokularda, sıklıkla kemik çıkıntıların üzerinde basınçla birlikte olan sürtünme ile oluşan lokalize doku hasarı olarak tanımlanmaktadır.

#### **Bası Yaralarından Korunma**

Öncelikle yüksek risk altındaki hastaların erkenden belirlenmeleri ve gerekli önlemler alındıktan sonra bası yarası gelişimi açısından sık olarak takip edilmeleri gerekmektedir. Bası yarasının önlenmesinde tavsiye edilen uygulamalar, bası yarasına has girişimlerin basitleştirilmesi ve standardizasyonu, multidisipliner takımların takibi, hastaya göre ayarlanmış cilt destekleri, personelin sürekli eğitilmesi, sık pozisyon değişimi, basınç azaltıcı tedbirler, nutrisyon durumunun optimize edilmesi ve sakral cildin nemli tutulmasıdır.

#### **Bası Yaralarının Tedavisi**

Bası yarasının hangi evrede olduğu tedavi planımızı belirlememizde oldukça önemlidir. Evre 1 ve 2 bası yaralarında basıncın ortadan kaldırılması çoğu zaman yeterli olmaktadır, evre 3 ve 4 bası yaralarında sıklıkla debritleme gerekmektedir. Bası yaralarının tedavisinde yara temizlik solüsyonları (povidon iyodin, asetik asit, sodyum hipoklorid), debritleme (mekanik, cerrahi), yara örtüleri (transparan film, hidrojel, hidrokolloid, alginat, köpükler, kollajen), vakum tedavisi, elektrik stimülasyonu, hiperbarik oksijen, irrigasyon sistemi, kök hücre teknolojileri gibi birçok yöntemler kullanılmaktadır.

#### **1.3. Üriner İnkontinans**

Üriner inkontinans yaşlanma ile birlikte sıklığı artan önemli bir GS'dir. Genellikle hasta tarafından belirtilmek istenmediği için tespit edilmesi zordur. Uluslararası Kontinans Derneğinin tanımına göre miktarı ne olursa olsun her türlü istemsiz idrar kaçırma durumu üriner inkontinans olarak tanımlanır. Altmış yaş ve üzeri hastalarda prevalansı % 8-18 arasında değişmektedir. Kadınlarda erkeklere göre 2 kat daha fazla görülür. İnkontinans sıklığı hastanede yatanlarda %40-70'lere, bakımevlerinde yaşayanlarda ise % 40-50'lere ulaşmaktadır.

## **Geçici üriner inkontinans nedenleri**

Deliryum (akut konfüzyonel bozulma)

İnfeksiyonlar (idrar yolu infeksiyonları, sistemik infeksiyonlar)

Atrofik vajinit veya uretrit

İlaçlar (diüretikler, SSS ilaçları)

Psikolojik nedenler (depresyon, demans)

Fazla sıvı alımı, kalp yetersizliği

Hareket kısıtlılığı

Fekal impakt

## **Tedavi**

Geçici inkontinans düşünülüyorsa altta yatan neden tedavi edilmelidir. Noktürnal inkontinans tedavisinde akşam sıvı alımının kesilmesi ve diüretik dozlarının daha erkene kaydırılması yararlı olabilir. Ayrıca kan şekeri yüksek seyreden hastalarda diyabet düzenlenmesi inkontinansa düzelmeye sağlayabilir.

Sıkışma tipi inkontinans tedavisinde; öncelikle davranış tedavileri uygulanmalıdır. Hasta koopere olabiliyorsa mesane çalıştırma teknikleri idrar yapma aralığını uzatacaktır. Eğer hasta koopere olamıyorsa hastaya tuvalet gereksinimi olup olmadığı, iki saatte bir sorulur ve eğer gereksinimi varsa tuvalete giderken eşlik edilir. İlaç tedavisi başlanabilir. Özellikle kognitif fonksiyonları kısıtlı olan yaşlılarda sistemik antikolinergik etkilerin önlenmesi için kan beyin bariyerini geçmeyen ilaçlar tercih edilebilir.

Stres inkontinansın etkin bir medikal tedavisi yoktur. Konservatif tedavi (kilo verilmesi, öksürük varsa tedavisi, kaçağı önlemek için pelvik kasların Kegel egzersizleri ile güçlendirilmesi veya bacakların çapraz yapılması gibi fiziksel manevralar, tampon kullanımı) uygulanabilir. Üretral obstrüksiyon durumunda ilaç kullanılabilir. Tedaviye yanıt alınamayan hastalarda cerrahi tedavi veya kateterizasyon gerekli olabilir. Alfa blokerler özellikle ilk dozlarda belirgin ortostatik hipotansiyona neden olabildiğinden hasta ve yakınları bu konuda ayrıntılı bir şekilde bilgilendirilmelidir.

## **1.4. Düşmeler**

Yaşlıların 1/3'ünden fazlası, her yıl düşmektedir ve bunların yarısında düşmeler tekrarlayıcıdır. Düşmeye neden olan faktörler; kas güçsüzlüğü, düşme öyküsü, yürüme sorunları, denge problemleri, yardımcı cihaz kullanımı, artrit, depresyon, ortostatik hipotansiyon, kognitif fonksiyon bozuklukları, görme sorunları, günlük yaşam aktivitelerinde bozulma ve polifarmasidir.

- Tüm yaşlılar ve yakınları bilgilendirilmelidir.

- Hastanın kullanmakta olduğu ilaçların gözden geçirilmesi ve özellikle gerekli olmayan ilaçların kesilmesi gerekebilir. Özellikle antiaritmik, antihipertansif ve psikotropik ilaçlara dikkat edilmelidir.

- Her yaşlı postüral hipotansiyon varlığı yönünden araştırılmalı, eğer postural hipotansiyon saptanırsa etiyojisi araştırılmalı, ilaçları gözden geçirilmelidir.

- Yaşlılarda yaklaşık 1/3 oranında hipotansiyon görülür. Özellikle yemekten sonraki 30-60 dk.'lık sürede hızlı ayağa kalkılması ortostatik hipotansiyona neden olabilir.
- Duyu algılanmasında sorunu olan hastalarda yardımcı cihazlar ve uygun ayakkabılar kullanılarak algı artırılmalıdır.
- D vitamini replasmanı sağlandıktan sonra kemik mineral dansitesi taranmalı ve kırık riski yüksek hastalarda osteoporoz tedavisi uygulanmalıdır
- Tekrarlayan ve açıklanamayan düşmesi olan ve bradikardi yanıtı olanlarda kardiyak pacemaker takılarak düşmeler azaltılabilir.
- Özellikle ev içi düşmelerin önlenmesi için gece koridor ışığının açık bırakılması, banyoda kaydırmaz zemin temin edilmesi, yemek ve tuvalet gereksiniminin giderilmesi sonrasında dikkatli ve destek alarak ayağa kalkılması, sık kullanılan mutfak eşyalarının kolay erişilebilecek yerlere konması ve düşmeyi tetikleyebilecek yerdeki kablo ve oyuncak gibi eşyaların yeniden düzenlenmesi faydalı olabilir.
- Denge sorunu veya kas güçsüzlüğü saptanan hastalar denge ve kas güçlendirici egzersizlerden yararlanabilirler.

### **1.5. Deliryum**

Deliryum, akut olarak gelişen ve başta bilinç olmak üzere çeşitli bilişsel işlevlerde bozulmalarla kendini gösteren bir organik ruhsal bozukluktur.

### **1.6. Sarkopeni**

Sarkopeni, iskelet kas kütleindeki yaygın ve ilerleyici azalmayla birlikte kas gücü ve fonksiyonlarındaki kayıp olarak tanımlanmıştır.

### **1.7. Kırılgan Yaşlı**

Kırılgan yaşlı sendromu için çok farklı tanımlamalar yapılmaktadır. En fazla görüş birliğinin olduğu tanımlama; yaşa bağlı fizyolojik rezervlerde, nöromusküler, metabolik ve immun sistemde fonksiyon kaybına bağlı dış streslere artmış hassasiyettir. Bunun dışında mobilitenin değişmesi, gücün azalmasını, beslenme bozukluğunun olduğunu vurgulayan tanımlamalar da mevcuttur. Sendromun oluşmasındaki patofizyolojik nedenler; sarkopeni, immun yetersizlik ve nöroendokrin düzensizlik olarak kabul edilmektedir.

### **1.8. Ağrı**

Kronik ağrı kişinin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal hayatını, uyku, iştah ve günlük yaşam aktivitelerini belirgin olarak etkilenmektedir. İleri yaşta kalıcı ağrı; depresyon, anksiyete ve ajitasyon, sosyalizasyonda azalma, iştah azalması, kilo kaybı-malnütrisyon, uyku problemleri, sağlık hizmetlerinin kullanım ve maliyetinde artış, kondisyon bozukluğu ve patofizyolojik problemlere (derin ven trombozu, enfeksiyon, bası yarası, pulmoner emboli) neden olmaktadır. Ağrının düşme ile ilişkili olabileceği ancak mekanizmasının açık olmadığı belirtilmiştir. Kişinin ağrı sonrası günlük yaşam aktivitelerinde değişiklik yaptığı, bu değişikliğin denge ve fiziksel performans kaybına neden olduğu, bunun yanında kullanılan ilaçların da düşme için tetikleyici olabildiği düşünülebilir.

Bakımevlerinde kalan yaşlılarda ağrı tedavisinin yetersiz yapıldığı bu durumun kognitif fonksiyonları düşük kişilerde daha belirgin olduğu rapor edilmiştir. İleri yaş kişilerde de etkin ağrı tedavisinin etik bir zorunluluk olduğu akılda tutulmalı ve bu yönde duyarlı olunmalıdır.

### **1.9. Osteoporoz ve Kalça Kırığı**

Kemik kaybı 30 yaşlarında başlar, 80 yaşında kemik kitlesinin %30'u kaybedilmiştir. Yaşla birlikte kırık insidansı progresif olarak artmaktadır. Vertebral kompresyon kırığı; yaşam kalitesinin bozulmasına, gastrointestinal ve respiratuar sistem sorunlarında artışa, anksiyete, depresyon ve ölüme neden olabilmektedir. Çok daha önemli olan, bu hastalarda takip eden yıl içinde 5 kat fazla başka kırık riski olduğudur.

### **1.10. Uyku Bozuklukları**

### **1.11. İlaç Kullanımı**

### **1.12. İhmal Sendromu ve Suistimal**