

Título del trabajo:

**Resumen ULCERAS POR PRESIÓN, EXTREÑIMIENTO,
MAL NUTRICIÓN Y SARCOPENIA**

Unidad IV

Nombre del alumno: Karla Zahori Bonilla Aguilar

Nombre de la asignatura: Geriatria

Semestre y grupo: 6° Semestre Grupo "A"

Nombre del profesor: Ricardo Acuña de Saz

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 26 de Junio de 2020.

Úlceras por presión

Las úlceras por presión son lesiones consecutivas en particular a la presión, no controlada y prolongada, ejercida sobre la piel y ocasiona un daño en los tejidos subyacentes. Dichas lesiones son agudas y prevenibles y pueden producirse en 1 a 2 h tras una presión sostenida de 55 a 65 mmHg, casi siempre en la piel que recubre a estructuras óseas prominentes y en individuos vulnerables, frágiles o con un estado de salud deteriorado.

Fisiopatogenia: Existen cambios en la piel del anciano que favorecen la aparición



de úlceras por presión: menor fuerza de unión de las células de la epidermis, retraso en su regeneración y menor riego sanguíneo de la dermis, adelgazamiento de todas las capas de la piel y pérdida de elasticidad y colágena de los tejidos que la componen. Se presentan con más frecuencia en todas las situaciones en las que se establecen pérdidas de consideración: desequilibrio nitrogenado e hipoproteïnemia, anemia u

otro déficit nutricionales.

Clasificación: El sistema de clasificación recomendado es el de European Pressure Ulcer Advisory Panel, que clasifica las úlceras por presión en cuatro grados de acuerdo con su profundidad.

Valoración de lesión

- Localización.
- Clasificación, profundidad y tejido lesionado.
- Dimensiones.
- Existencia de tunelización, excavaciones o trayectos fistulosos.
- Estado de la piel perilesional.
- Secreción.
- Dolor.
- Curso-evolución de la lesión.

Tratamiento del dolor en el anciano con úlceras por presión: El dolor puede presentarse al desprender el apósito de la úlcera; la sulfadiazina de plata o la vaselina blanca sólida son útiles puesto que impiden que el apósito se adhiera a la úlcera y se lesione además tejido sano, lo cual modificaría la cicatrización.

Estreñimiento



Dificultad o la infrecuencia evacuatoria y representa un síntoma subjetivo con un elevado componente social. Actualmente los criterios de Roma III se consideran para su definición.

Epidemiología: Su incidencia aumenta junto con la edad, en especial después de los 65 años y se considera endémico en la población de edad avanzada. La prevalencia varía de 3.4 a 27.2%, según

sean la definición y la población estudiada.

Etiología: Aunque los factores etiológicos son múltiples, la causa más frecuente es aún el mal consumo de fibra y agua; otras causas son las alteraciones de la motilidad gastrointestinal o el efecto de padecimientos agregados neurológicos.

Cuadro clínico: Comienza casi siempre de manera insidiosa sin un episodio inicial obvio, con evacuaciones infrecuentes o difíciles; conforme progresa en gravedad, se añaden la distensión y los calambres abdominales o cólicos, que empeoran después de las comidas y casi nunca mejoran con la defecación; en la forma crónica se agregan fatiga, malestar general y anorexia, como en el estreñimiento por tránsito lento.

Valoración: Es recomendable realizar una colonoscopia ante la sospecha de una lesión orgánica como causa del estreñimiento (cáncer) y verificar la presencia de signos de alarma, como antecedentes de cáncer pélvico, pérdida de peso, fiebre o síntomas graves del tracto digestivo, sangrado o anemia, y presencia de moco en las heces.

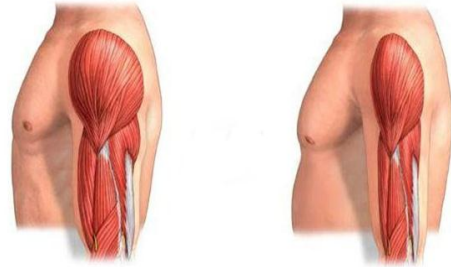
Tx: El propósito terapéutico es restaurar la frecuencia y consistencia de las heces normales, eliminar las molestias habitualmente vinculadas con el estreñimiento, mantener un hábito evacuatorio razonablemente; El control básico inicial incluye: a) consumo adecuado de líquidos y aumento de la fibra en la dieta; b) mantener una ingestión calórica adecuada; c) reentrenar el hábito intestinal, y d) practicar ejercicio físico con regularidad. Uso de laxantes y por última consideración intervención quirúrgica, dependerá de las causas subyacentes de estreñimiento.

Nutrición y Sarcopenia

El peso suele estabilizarse después de los 60 años y puede mantenerse un tiempo, pero conforme avanza la edad cada vez es más difícil conservarlo, sobre todo después de los 75 años cuando es posible una pérdida de peso paulatina.

Sarcopenia

La sarcopenia (del griego sarco, músculo, y penia, deficiencia) del envejecimiento se refiere a la pérdida gradual de masa muscular y es un proceso distinto al de la atrofia muscular observada como consecuencia de procesos mórbidos que causan inmovilidad o afectan directamente al tejido muscular, como en el caso de las enfermedades del aparato locomotor y el sistema nervioso central.



Epidemiología: El factor más importante relacionado con la disfagia en el adulto mayor lo determina el paso del bolo alimenticio desde la faringe hasta el esófago. Estudios con fluoroscopia han demostrado que hasta 60% de los pacientes mayores de 65 años, sin disfagia, presenta alguna irregularidad.

Requerimiento nutricional

Energía: el gasto energético es menor, aproximadamente 33% menor que en la segunda y tercera décadas, 10% por cada decenio a partir de los 35 años. Se consumen 12 calorías menos por día por cada año a partir de los 30 años.

Proteínas: adultos: 0.8 a 1 g × kg; al parecer, ésta es la cantidad necesaria para mantener el equilibrio nitrogenado. Las necesidades pueden modificarse debido a enfermedad aguda o superposición de afecciones,

Lípidos. Los requerimientos de grasas se calculan en relación con el porcentaje de calorías totales y la necesidad de cubrir las demandas de ácidos grasos esenciales omega 6.

Carbohidratos: se recomienda que los carbohidratos aporten la mayor parte de la energía (55 a 60%).

Tx. Apoyo nutricional, una vez calculados los requerimientos de calorías, deben calcularse las necesidades de proteínas, vitaminas y oligoelementos.

Bibliografía

Rosalía Rodríguez García . (2011). Practica de la geriatría . Mexico: interamericana .