

NOMBRE DE ALUMNO(A): GLORIBEL LÓPEZ SANTIZ.

**NOMBRE DEL PROFESOR(A): LIC. ERIKA CEDILLO
REYÉZ.**

**NOMBRE DEL TRABAJO: RESUMEN DE ASPECTOS
GERIÁTRICOS, MAPA MENTAL DEL ADULTO MAYOR CON
PROBLEMAS DE INMOVILIDAD Y CON PROBLEMAS
CARDIACOS Y RESPIRATORIOS.**

MATERIA: ENFERMERÍA GERONTOGERIÁTRICA.

PASIÓN POR EDUCAR

CARRERA: LIC. ENFERMERÍA.

GRADO: 6° CUATRIMESTRE.

GRUPO: A

OCOSINGO, CHIAPAS A 03 DE JULIO 2020.

RESUMEN DE LOS DIFERENTES SÍNDROMES GERIÁTRICOS.

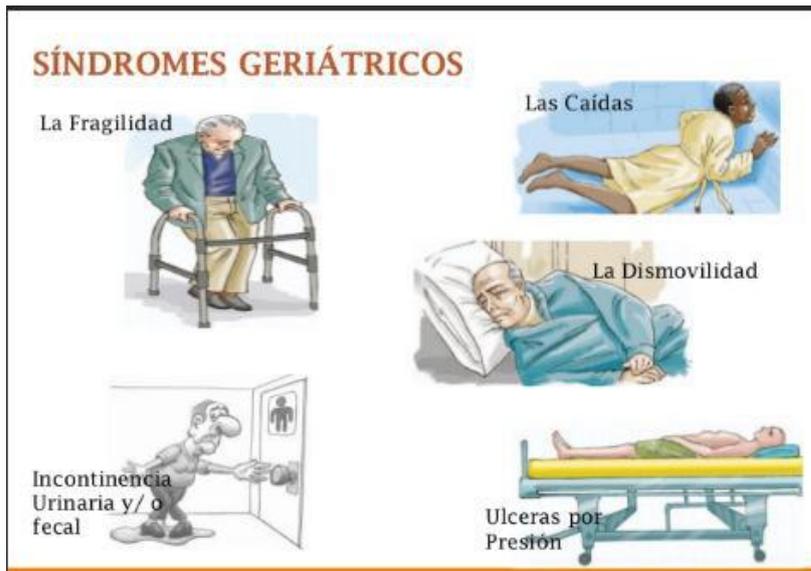
Los síndromes geriátricos se tratan de un conjunto de signos y síntomas habitualmente originados por una o diversas enfermedades que cuentan con una mayor prevalencia en el adulto mayor y que son, además, el frecuente origen de incapacidades funcionales, sociales o, incluso, la muerte. Dada su alta incidencia y sus repercusiones, es preciso que estén siempre en la mente de los profesionales de la salud.

El término síndrome geriátrico se refiere a las formas de presentación más frecuentes de las enfermedades del adulto mayor. Se deben a condiciones de salud multifactorial, propias del paciente anciano. Estos ocurren como consecuencia de los efectos de la acumulación de deterioros en múltiples sistemas volviendo a una persona vulnerable ante las demandas fisiológicas o patológicas, incluyendo los procedimientos quirúrgicos.

La esencia de la medicina geriátrica en la esfera biopsicosocial hacia el adulto mayor, la hace diferente y peculiar del resto de las especialidades, pues las actitudes terapéuticas, abordaje, prevención y diagnóstico en el adulto mayor son muy diferentes, con un razonamiento complejo que parte de muchos puntos y perspectivas que el médico geriatra contempla.

El conocimiento de los síndromes geriátricos no es opcional para todo aquel profesional de la salud que esté dedicado al manejo y tratamiento del adulto mayor. Es vital su conocimiento para una correcta y profesional valoración geriátrica integral.

Los adultos mayores de hoy que sufren de diversas enfermedades que amenazan su independencia, por lo que resulta indispensable poner mucha mayor atención en el cuidado de sus patologías y su calidad de vida, pues entender mejor sus propias enfermedades terminará por crear una mejor conciencia sobre cómo deben enfrentarse sus procesos a fin de seguir disfrutando su anatomía con una calidad de vida deseada.



Dado que existen múltiples síndromes geriátricos, sería imposible abordarlos en su totalidad en este artículo; es por ello que decidimos incluir a los cinco más relevantes y útiles para el personal médico no geriatra. Iniciaremos con el síndrome de fragilidad, componente esencial de la fisiopatología de otros síndromes geriátricos, ya que refleja un estado de vulnerabilidad orgánica asociado al envejecimiento. Posteriormente continuaremos con síndrome de caídas, deterioro funcional, incontinencia urinaria y delirium.

✚ Fragilidad

Existen múltiples definiciones y controversias alrededor de la fragilidad. Suele ser referida como un estado no específico de incremento de riesgo, el cual refleja cambios fisiológicos multisistémicos que se encuentran altamente asociados con la edad.

En el Cardiovascular Health Study, Fried y cols. desarrollaron un fenotipo de fragilidad que ha permitido unificar los criterios para el diagnóstico de este síndrome desde una perspectiva biológica, con la limitante de no incluir las esferas psicológicas y sociales que comprometen la integridad del adulto mayor.

Los criterios del fenotipo de fragilidad propuesto por estos autores incluyen:

- pérdida de peso involuntaria de al menos 5 kg en el último año.
- autorreporte de agotamiento.
- disminución de la fuerza muscular (evaluado por dinamometría en la fuerza de prensión de la mano no dominante)
- actividad física reducida (reflejada en el consumo de calorías por semana) y e) velocidad lenta para la marcha en un recorrido de 15 pies (4.57 m)

Un adulto mayor se considera frágil cuando presente tres de los criterios mencionados anteriormente de forma simultánea, teniendo cada uno de los criterios el mismo valor.

Existen cuatro pilares en la fisiopatología de la fragilidad: la sarcopenia, la disminución en la tasa metabólica en reposo, la disminución en el consumo total de energía y la desnutrición crónica.

La sarcopenia es la más estudiada de ellas y se define como la pérdida de dos desviaciones estándar de la masa muscular magra en comparación con un control sano joven de la misma estatura y talla. Con la pérdida de la masa muscular asociada al envejecimiento se disminuye el consumo de energía corporal y, consecuentemente, la tasa metabólica en reposo. Estos cambios afectan adversamente al apetito y se asocian con un consumo inadecuado de alimentos que potencia una mayor pérdida de masa muscular, lo que conforma el ciclo de la fragilidad.

La vulnerabilidad de un adulto mayor frágil incrementa el riesgo de desarrollar deterioro funcional al ser expuesto a un evento estresante como una infección aguda (neumonía, infección de vías urinarias), el descontrol de una enfermedad crónica (diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal) o una situación social o familiar adversa (muerte del cónyuge, maltrato).

Hasta el momento no existe un tratamiento específico para revertir la fragilidad.

CAÍDAS

Una caída se define como la falla para mantener una adecuada posición estando sentado, acostado o de pie, con la recolocación abrupta e indeseada en el piso. Habitualmente, el cambio de nivel experimentado es de un metro o mayor. El síndrome geriátrico de caídas se define, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, como la presencia de dos o más caídas durante un año.

Los principales factores de riesgo para presentar una caída son la debilidad muscular, las alteraciones en la marcha y el equilibrio, el uso de auxiliares de la marcha de forma inadecuada como bastones y andaderas, las alteraciones visuales, la depresión, el deterioro cognitivo y la dependencia funcional.

INMOVILIDAD

La inmovilidad es una forma de presentación frecuente de las enfermedades en el anciano y es considerada uno de los grandes síndromes en geriatría. La evolución negativa del inmovilismo puede evitarse con un tratamiento correcto del paciente por el equipo cuidador.

Se estima que después de los 65 años el 18% de las personas tiene problemas para moverse sin ayuda, y a partir de los 75 años más de la mitad tiene dificultades para salir de la casa, estando un 20% confinado a su domicilio. De los ancianos con inmovilidad aguda, entendida como la pérdida rápida de la

independencia en la movilidad durante un mínimo de tres días, el 33% muere en un plazo de tres meses y más de un 50% a los 12 meses.

La inmovilidad en el adulto mayor es la disminución de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria como consecuencia del deterioro de las funciones motoras, relacionadas con el sistema neuro-músculo-esquelético. Situación que afecta de manera imprescindible la independencia del individuo. Se caracteriza por una reducción marcada a la tolerancia del ejercicio (respuesta taquicárdica, hipertensión o disnea), progresiva debilidad muscular, y en casos extremos pérdida del automatismo y los reflejos posturales que imposibilitan la deambulación.

Hay 2 tipos de inmovilidad

- Relativa: Aquella en la que el anciano lleva una vida sedentaria, pero es capaz de movilizarse con mayor o menor independencia. Riesgo: estar en cama de forma crónica.
- Absoluta: Implica estar encamado en forma crónica, estando muy limitada la variabilidad postural. Riesgo: institucionalización y morbimortalidad.

DETERIORO FUNCIONAL

Definido como la pérdida de la independencia en las actividades de autocuidado o deterioro de las habilidades para el autocuidado, el deterioro funcional se caracteriza por la pérdida de una o más de las actividades básicas (baño, vestido, aseo personal, transferencias, continencia y alimentación) o instrumentadas (uso de teléfono, transporte, manejo de finanzas, control de medicamentos, compras, actividades domésticas y preparación de alimentos) de la vida diaria en un periodo de tiempo específico. También suelen encontrarse afectadas de forma conjunta las funciones mentales, las capacidades de comunicación y de movilidad en el medio ambiente.

Son múltiples las causas asociadas al desarrollo de deterioro funcional

En el caso de las enfermedades crónicas, el deterioro asociado suele presentarse de forma escalonada con episodios de mayor afección representados por los eventos de exacerbación. Las enfermedades terminales – como la de Parkinson y las neoplasias– mantienen un nivel adecuado de funcionamiento en las etapas iniciales y posteriormente sufren un declive abrupto conforme progresa la enfermedad. Por otra parte, los adultos mayores con fragilidad presentan desde etapas tempranas niveles más bajos de funcionalidad, los cuales se van perdiendo progresivamente de forma insidiosa hasta que se presenta la muerte.

Existen dos tipos de deterioro funcional: el agudo y el subagudo. El deterioro agudo suele tener un inicio súbito con una evolución de días a semanas, suele

estar asociado con enfermedades intercurrentes, complicaciones o descompensación de enfermedades crónicas o crisis sociales y psicológicas. Es recomendable en estos casos evaluar la hospitalización del paciente, ya que su pronóstico depende del tiempo requerido para la identificación, manejo y rehabilitación del factor responsable. El deterioro crónico suele tener un inicio insidioso y una duración de semanas o meses; entre los factores asociados con su desarrollo se encuentra el deterioro de enfermedades crónicas habitualmente progresivas, la emergencia de enfermedades nuevas no detectadas o posibles iatrogenias, asociadas principalmente a medicamentos. El pronóstico del deterioro crónico es reservado y depende de la posibilidad de tratamiento curativo y rehabilitación de las causas identificadas.

INCONTINENCIA URINARIA

Definida como la pérdida involuntaria de orina en suficiente cantidad o frecuencia que se convierte en un problema de salud y social, la incontinencia urinaria es uno de los síndromes geriátricos más frecuentes. Se presenta entre 14 a 25% de los adultos mayores en comunidad y es más frecuente en las mujeres.

La incontinencia urinaria es una enfermedad común con un impacto significativo en la salud y bienestar del anciano frágil y de sus cuidadores. Existen más de 200 millones de individuos en el mundo que tienen problemas asociados a la incontinencia urinaria y se considera como la segunda causa de internamiento en casas de ancianos.

La incontinencia urinaria es uno de los síndromes geriátricos cardinales. Su prevalencia en la población mayor es alta y aumenta con la edad, a pesar de ello no debe considerarse una consecuencia normal de la vejez. Sin embargo, con el paso del tiempo se producen cambios en la vejiga y las estructuras pélvicas que pueden contribuir, junto con otras alteraciones, a alterar el funcionamiento de las vías urinarias bajas.

La incontinencia urinaria puede ser clasificada de múltiples formas. Una de ellas es en relación al tiempo de evolución del padecimiento, siendo aguda o transitoria cuando se presenta de forma súbita y es causada por enfermedades potencialmente reversibles y/o tratables. Se considera la incontinencia urinaria como crónica o persistente en aquellos casos con más de 6 semanas de evolución, cuando las causas asociadas a su desarrollo no pueden ser resueltas de forma definitiva.

-  Incontinencia urinaria de esfuerzo La IU de esfuerzo (IUE) se define como la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico que provoca un aumento de la presión abdominal (como por ejemplo toser, reír, correr, andar). Se produce cuando la presión intravesical supera la presión uretral

como consecuencia de un fallo en los mecanismos de resistencia uretral, por dos causas no excluyentes:

- Por hipermovilidad uretral, en el que fallan los mecanismos de sujeción de la uretra que desciende de su correcta posición anatómica.
- Por deficiencia esfinteriana intrínseca, en la que existe una insuficiente coaptación de las paredes uretrales que produce una disminución de la resistencia de la uretra.

✚ Incontinencia urinaria de urgencia La IU de urgencia (IUU) es la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de urgencia. Por urgencia se entiende cuando el paciente se queja de la aparición súbita de un deseo miccional claro e intenso, difícil de demorar. Esta sensación de urgencia es consecuencia de una contracción involuntaria del detrusor vesical. Cuando estas contracciones involuntarias se ponen de manifiesto en un estudio urodinámico se denomina detrusor hiperactivo, cuya causa puede ser una enfermedad neurológica (hiperactividad del detrusor neurogénica) o sin causa detectable (hiperactividad del detrusor idiopática).

✚ Incontinencia urinaria mixta La incontinencia urinaria mixta (IUM) es la percepción de pérdida involuntaria de orina asociada tanto a urgencia como al esfuerzo. Se estiman en 30-40% las mujeres con IU que tienen síntomas de IUM. Estos datos confirman previos estudios en los que se concluía que la IUE es un problema frecuente en mujeres jóvenes y premenopáusicas, mientras que los síntomas de urgencia y la IUU se hacen más predominantes en el rango de edad postmenopáusica.

❖ DELIRIUM

Es un síndrome caracterizado por alteraciones en la conciencia, atención y percepción, acompañados de un cambio en las funciones cognitivas y que se desarrolla de forma aguda, fluctúa a lo largo del día y no es atribuible a un estado demencial, aunque puede presentarse en pacientes con deterioro cognitivo.

Es una patología frecuente en adultos mayores, la prevalencia en ancianos hospitalizados se encuentra entre 8 a 12%, en áreas médicas de hospitalización asciende a 30% y en áreas quirúrgicas oscila entre 10 y 60%, siendo más frecuente en el postoperatorio y en las cirugías ortopédicas de urgencias.

Existen diversos factores que predisponen a que un adulto mayor desarrolle delirium: edad mayor de 65 años, género masculino, alteraciones visuales y auditivas, demencia, deterioro cognitivo, antecedente de delirium, depresión,

dependencia funcional, inmovilidad, baja actividad física, historia de caídas, deshidratación, desnutrición, polifarmacia, abuso de alcohol, enfermedad aguda severa, múltiples comorbilidades, enfermedad renal o hepática crónica, antecedente de enfermedad vascular cerebral, alteraciones metabólicas, fracturas, trauma y enfermedad terminal. Estos factores predisponentes habitualmente son encontrados en adultos mayores vulnerables o frágiles.

Los efectos del envejecimiento en el aparato respiratorio son similares a los que se producen en otros órganos: la funcionalidad máxima se va perdiendo gradualmente.



La insuficiencia cardíaca se produce cuando el corazón se debilita y no puede bombear la sangre correctamente, lo que dificulta el suministro a los tejidos del organismo de la sangre y el oxígeno que necesitan para funcionar.

Los cambios relacionados con la edad en los pulmones incluyen

- *Disminución del flujo de aire máximo y del intercambio de gases
- *Disminución en indicadores de la función pulmonar como la capacidad vital
- *Debilitamiento de los músculos respiratorios
- *Disminución de la efectividad de los mecanismos de defensa del pulmón

Como personales de salud debemos identificar dichas necesidades para establecer una forma de actuación para tratar estos pacientes, y poder proporcionar así un cuidado excelente.

- *Inicio del circuito de atención rápida: Aviso al médico responsable, y aplicación inmediata del ABC del soporte vital avanzado.
- *Canalización Vía venosa periférica y extracción de muestra sanguínea para analítica urgente más GSA.
- *administración de medicamentos y oxigenoterapia
- *toma de signos vitales. Realización de ECG y RX de tórax
- *Cuidados de comunicación: Apoyo emocional. Informar inicialmente al paciente sobre la necesidad de establecer un plan de cuidados entre él y el profesional de enfermería.
- *Monitorizar la temperatura corporal y color de la piel.
- *Tranquilizar al paciente y la familia.
- *realizar baño tibio y de esponja, si procede.
- *Registro de acciones y actividades.

ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR CON PROBLEMAS CARDÍACOS Y RESPIRATORIOS.

La observación y valoración física realizada por la enfermera se inicia con la asistencia al dolor; debe valorar el tipo de dolor, localización, duración y causa que lo desencadena.

- *Realizar examen físico evaluando periódicamente la aparición de los signos y síntomas de la enfermedad.
- *Mantener las vías aéreas permeables.
- *Monitorear y observar estrictamente los signos vitales (como frecuencia cardíaca, respiratoria y tensión arterial).
- *Valorar cambios respiratorios que son signos de mal pronóstico
- *Monitorizar electrocardiográficamente en forma permanente y valorar constantemente para detectar arritmias.
- *Tomar muestra para laboratorio: CH, glicemia, química cada 24 horas y enzimas cardíacas cada 8 horas, cada 12 horas y luego cada 24 horas.
- *Realizar aseo de cavidades, mantener la piel seca y limpia para evitar úlceras por presión.
- *Verificar llenado capilar
- *Ofrecer alimentos con buena presencia, rico en calorías e hiposódica.



Para evaluar la capacidad física son útiles:

- Índice de Katz y Barthel para medir las actividades básicas de la vida diaria.
- Escala de Lawton Brody para medir las actividades instrumentales de la vida diaria.
- Escala de Tinetti para medir marcha y balance

Los sistemas más afectados por la inmovilidad son el cardiovascular y musculoesquelético.

La inmovilidad en el adulto mayor es la disminución de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria como consecuencia del deterioro de las funciones motoras, relacionadas con el sistema neuromusculo-esquelético.

Las principales causas de inmovilidad en el adulto mayor son la falta de fuerza o debilidad, la rigidez, el dolor, alteraciones del equilibrio, reposo prolongado en cama, caídas, fractura de cadera y problemas psicológicos. entre otros.



Etiquetas diagnósticas de riesgo en el paciente con síndrome de inmovilidad

Valoración de enfermería

- *Anamnesis:
- *Examen físico:
- *Para evaluar la capacidad psíquica son útiles. Función cognitiva:
- Test Minimental Examinations (Folstein)

- Para evaluar la función afectiva es útil:
- Escala de depresión geriátrica (Yessavage)
- Para evaluar la capacidad social del anciano son útiles:
- Escala de Recursos Sociales OARS
 - Family Apgar
 - Social Disfunctionig Rating Scale

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

- Realizar la valoración de riesgo inmediatamente al ingreso y de forma periódica.
- Para valorar el riesgo es preciso de utilizar las escalas validadas.
- Realizar cambios posturales y mantener la alineación corporal y fisiológica.
- Utilizar ácidos grasos hiperoxigenados en las zonas de riesgo de úlceras por presión.
- Utilizar sistemas de alivio local de la presión, como apósitos, almohadillas especiales de gel o botines específicos
- Utilizar protectores de codo, almohadillas y taloneras.
- Realizar cuidados a la piel a todos aquellos pacientes hospitalizados.

ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR CON PROBLEMAS DE INMOVILIDAD

Riesgo de caídas

- Conocer el historial de caídas previas.
- Evaluar el riesgo de caídas en el paciente teniendo en cuenta su estado mental y nutricional, uso de medicación, marcha, conocimientos sobre prevención de lesiones, habitaciones oscuras, exceso de muebles.
- Evaluar el riesgo de caídas utilizando una escala validada en pacientes institucionalizados.
- Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones como utilizar barandillas laterales de longitud y altura.
- Identificar déficit cognoscitivo o físico del paciente que pueda aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.
- Tener presente los efectos adversos de los medicamentos durante la administración de los mismos

Riesgo de estreñimiento

- Realizar ejercicios respiratorios con inspiraciones profundas y espiración frenada, acompañadas de los miembros superiores, utilizar técnicas del soplido y tos controlada.

- *Riesgo de caídas
- *Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
- *Riesgo de disfunción neurovascular periférica
- *Riesgo de estreñimiento
- *Riesgo de síndrome de desuso
- *Riesgo de aislamiento social

Riesgo de disfunción neurovascular periférica

- Comprobar el signo de Homans para determinar la presencia de tromboflebitis o trombosis en extremidad inferior.
- Realizar cambios de posición.

Riesgo de Contracturas articulares

- Determinar el rango de movilidad libre, el arco doloroso, los flexos y las articulaciones inestables (especialmente en cadera, rodilla y tobillo).
- Movilizar las articulaciones de los miembros superiores e inferiores, otorgando ayuda cuando así se requiera.
- Realizar cambios posturales cada 2- 3 horas vigilando la posición correcta y protegiendo las zonas de presión.