



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
PASIÓN POR EDUCAR.**

**NOMBRE DEL ALUMNO:
ROSA ISELA BAUTISTA GÓMEZ.**

**NOMBRE DEL MAESTRO (a):
JUANA INES HERNANDEZ LOPEZ**

**MATERIA:
ENFERMERIA GERONTOGERIATRICA**

**GRADO:
6TO CUATRIMESTRE.**

CONCEPTOS DE PATOLOGIAS

VILLAHERMOSA, TABASCO A 04 DE JUNIO DEL 2021

1.-Termorregulacion

A medida que envejecemos, los cambios en el cuerpo se hacen más notorios. La termorregulación es un proceso base del cuerpo humano. Al alcanzar la tercera edad, la temperatura puede cambiar de manera drástica.

Durante el proceso de envejecimiento, la piel se adelgaza y el sistema regulador que controla la temperatura del cuerpo se vuelve menos eficiente. Esto causa que el cuerpo de las personas mayores no responda correctamente a la exposición de cambios bruscos de temperatura.

Ciertas enfermedades y patologías como la demencia pueden incentivar los cambios de temperatura corporal en las personas mayores.

Es habitual que en la tercera edad la temperatura corporal oscila entre 33. 5° y 35°. Es muy importante prestar atención a la temperatura corporal de las personas mayores, ya que si desciende en exceso podría provocar un caso de hipotermia. Debemos ser conscientes de que un cambio brusco de temperatura en el cuerpo de una persona puede conllevar hasta la muerte, sobre todo en la tercera edad.

La hipertermia y la hipotermia suelen ser una reacción por la exposición a condiciones climáticas extremas. No obstante, las personas de la tercera edad no son necesario que se expongan a estas circunstancias para verse afectados.

2.- Vértigo

En el adulto mayor el impacto de las alteraciones del sistema vestibular, no solo está en la incapacidad de quien lo padece, sino también en las producciones de caídas, fracturas óseas discapacidad secuela mayor e incluso la muerte.

El proceso de envejecimiento a nivel del sistema nervioso central afecta de similar manera a los receptores coclear y vestibular. Este fenómeno que esta también asociado a la patología cerebrovascular difusa produce a nivel de receptor vestibular modificaciones tróficas con pérdida de células ciliadas y modificaciones estructurales de las maculas otolíticas y crestas de los canales semicirculares.

La oscilopsia que se produce por hipofunción de los receptores vestibulares es el síntoma crónico frecuente y consiste en la inestabilidad de la imagen en la retina cuando el paciente está en movimiento generando discapacidad y riesgo de caída.

3.- Síncope

El síncope se define como la pérdida temporal de la conciencia retirada del tono postural y recuperación espontánea, sin déficits neurológicos. La causa cardiovascular es implícita, por lo que cuando se desconoce la etiología, se debe denominar “pérdida de conocimiento de breve duración”. Es un motivo de consulta frecuente, desconcertante, al cual el médico práctico se enfrenta repetidamente. Su incidencia es alta, más del 3% de la población adulta sufre de síncope recurrente. En internados crónicos se ha descrito una incidencia anual de 6% con un índice de recurrencia de 30% aproximadamente.

La prevalencia del síncope aumenta con la edad, observándose desde 0.7% en hombres de 35-44 años a 4.5 en pacientes de 75 años o más. En pacientes añosos esta entidad es más compleja por los numerosos diagnósticos a considerar, desde cuadro benignos hasta enfermedades graves. En 1996, en la población mayor de 65 y 85 años se incrementó 104% y 185%, respectivamente, en comparación con 1963. Este hecho tiene implicaciones sanitarias y económicas, no solo por la incidencia del síncope sino por sus consecuencias: deterioro de la calidad de vida, traumatismos, consultas repetidas, internaciones y períodos de hospitalización prolongados. También se ha descrito al síncope como responsable de accidentes de tráfico.

4.- Alzheimer

Uno de los factores de riesgo más relacionados a esta patología actual es el envejecimiento.

Esta población de ancianos, experimenta el proceso irreversible del envejecimiento y con el paso del tiempo, las células se ven sometidas a un deterioro morfofuncional que puede conducir a la muerte. Todos los órganos y sistemas del individuo presentan este proceso, incluido el sistema nervioso. El cerebro presenta una serie de modificaciones estructurales, tanto micro como macroscópicas y bioquímicas, entre las que se encuentran: descenso del peso del cerebro; disminución del volumen cerebral con aumento del tamaño de los surcos y disminución del volumen cerebral con aumento del tamaño de los surcos y disminución de las circunvoluciones cerebrales; atrofia y muerte neuronal; degeneración granulovacuolar y neurofibrilar; formación de placas neuríticas, disminución de los niveles de neurotransmisores y receptores con el consecuente deterioro de estos circuitos, entre otros. Todos estos cambios, contribuyen en gran medida a la proliferación creciente de un

número importante de enfermedades crónicas en este grupo etareo, entre las que el síndrome demencial (SD) ocupa un lugar relevante.

Definir el envejecimiento cognitivo normal es complejo, pero la mayoría de los investigadores afirma que el anciano normal, es decir, sin ninguna enfermedad, no tiene deterioro cognitivo. Por tanto, es un error pensar que una pérdida de memoria en el adulto mayor no presupone normalidad, sino, por el contrario, enfermedad. Los síntomas en la fase inicial de la enfermedad de Alzheimer (EA) son leves y se superponen con los cambios atribuibles al envejecimiento.

A pesar de todo el desarrollo alcanzado en el diagnóstico de la EA, y los múltiples ensayos clínicos para su control, no se ha logrado aún detectar o revertir su evolución, por lo que se ha hecho necesaria la detección temprana de esta terrible afección. En este contexto, para muchos el Deterioro Cognitivo Leve (DCL) es considerado como el escalón previo a la aparición de la misma, debido al alto porcentaje de pacientes en esta condición que convierten a dicha enfermedad.

Es de suma importancia entonces, poder evaluar tempranamente los cambios cognitivos que se presenten en los ancianos, población de mayor riesgo a desarrollar una Enfermedad de Alzheimer. Con ello, se contribuiría al diagnóstico oportuno y mejor caracterización de los pacientes con DCL, así como también a la identificación de aquellos con mayor riesgo a la enfermedad. Esto además conlleva a enlentecer su progresión y de este modo permitir al paciente y su familia planificar el futuro de cara a la incapacidad total, proporcionándoles soporte y monitoreo en los aspectos de juicio y seguridad para que el paciente pueda continuar independiente y viviendo en la comunidad tanto como sea posible.

5.- Artritis reumatoide

La artritis reumatoidea se define como una enfermedad inflamatoria crónica de las articulaciones diartrodiales, determinada por hipertrofia de la membrana sinovial, pérdida osteocartilaginosa y deformación articular. Aparte de las articulaciones puede comprometer cualquier otro órgano, y comportarse extraarticularmente en cerca del 30% de los casos. Debido al compromiso articular y extrarticular, así como el riesgo de infecciones y osteoporosis, la artritis reumatoidea limita ampliamente la calidad de vida de los pacientes y provoca en estos una significativa secuela sobre el estado fisiológico, físico y social. Las enfermedades discapacitantes crónicas en tanto, poseen mayor incidencia en el adulto mayor; ya que la Artritis reumatoidea en varios casos provoca esta discapacidad; por otra

parte, las patologías sobre la polimialgia reumática y la osteoartritis se encuentran asiduamente en este grupo de edades avanzadas.

La artritis reumatoidea se define como crónica, dolorosa e invalidante y aborda a las personas en la mayoría de los casos, entre los 30 y 50 años, en plena edad laboral, lo que provoca un notable impacto psicológico para el paciente, sus familiares y en el desempeño en el trabajo. En el dolor, e incluso en la naturaleza inherente a la artritis reumatoidea, la depresión, la angustia y la irritación se manifiestan como variables significativas. En otro sentido, los casos con esta patología despliegan distintos grados de incapacidad funcional, lo que beneficia la identificación de resultantes emocionales negativos (angustia, cólera, desanimo, depresión) que modifican el dolor y el curso de este padecimiento.

El envejecimiento intensifica transformaciones en la laringe como atrofia y arqueamiento de las cuerdas vocales, hiatos con forma de huso durante la fonación, apófisis en vocales prominentes, y edema en las cuerdas vocales, este último sobre en el sexo femenino.

La artritis reumatoidea puede causar alteraciones secundarias en la voz. Los trastornos depresivos, además, pueden originar como síntoma somático a la disfonía, manifestada como voz soplada, afonía o escasas ocasiones, disfonía ventricular. Las lesiones orgánicas como parálisis laríngea, pólipos, laringitis por reflujo y el cáncer de laringe provocan, además, alteraciones vocales. Secundarios a la alteración en la voz, se pueden manifestar cambios funcionales compensatorios que alteran todavía más la calidad de la voz.

La artritis reumatoide del adulto mayor, como enfermedad inflamatoria, sistémica y progresiva, afecta además a las articulaciones distales y a los órganos que comparten la presencia de tejido conjuntivo, entre ellos el aparato ocular. La agudeza visual afecta con mayor frecuencia de manera leve; la manifestación de ojo seco se puede estimar en casos con más de 5 años de evolución de la enfermedad. El incremento del periodo de evolución de la enfermedad interviene negativamente en la salud visual de los casos con artritis reumatoide, por lo que resulta imprescindible la evaluación vinculada entre reumatólogos y oftalmólogos en esta clase de enfermos.

La artritis reumatoidea se encuentra relacionada estrechamente en el adulto mayor con la osteoporosis y su resultante complicación: la fractura, que afecta a una alta cifra de adultos mayores, por lo que se establece como una inquietud para enfermos y especialistas de la salud. Además, la artritis reumatoidea se relaciona con hipertensión arterial, Diabetes

mellitus, úlcera gastroduodenal, Enfermedad pulmonar crónica obstructiva, Hepatopatías crónicas, Asma bronquial, Trastorno del tiroides, Anemia, entre otras.

La artritis reumatoidea en el adulto mayor se concibe como un padecimiento habitual que debe diagnosticarse y manejarse de manera oportuna y apropiada, ya que el pronóstico y la calidad de vida estriban en estos. Resulta imprescindible que los médicos de primer contacto dominen las manifestaciones y los rasgos que suelen manifestar dichos casos para que sean derivados de forma pertinente al especialista y se eviten dentro de lo posible las secuelas del padecimiento.

Los pacientes con artritis reumatoidea presentan una elevada tasa de depresión. La relación y el sostén que reciben de su entorno familiar permiten que sus vidas sean más llevaderas y, sobre todo en los ejemplos de larga evolución, su calidad de vida mejore. El tratamiento integral de estos pacientes no es solo un requerimiento sino más bien una obligación por parte de los especialistas encargados de su atención, para establecer la conservación del bienestar físico y psicológico.

Aún quedan muchas preguntas sobre la artritis reumatoidea en el adulto mayor, no obstante, resulta imprescindible tomar en cuenta lo que se conoce hasta la fecha para desarrollar la visión y que con el progreso investigativo se ahonde más en los diferentes subtemas de la enfermedad.

6. Hipertensión arterial

El 60 a 70% de los pacientes en edad geriátrica padece hipertensión arterial (HTA), y más de la mitad de ellos tiene hipertensión sistólica aislada (HSA) (elevada presión sistólica con diastólica normal o descendida) como la variante más prevalente. La HTA del adulto mayor suele ser primaria. De las formas secundarias se destaca en este grupo etario la estenosis aterosclerótica de la arteria renal, que por descenso del flujo arterial renal da origen a una elevada síntesis de renina con aumento de la transformación de angiotensinógeno plasmático hacia angiotensina I, y su ulterior transformación en angiotensina II por la enzima convertidora endotelial. Otra causa secundaria menos frecuente en el gerente es el hiperaldosteronismo primario a causa de una hiperplasia o a un adenoma suprarrenal, y muy raramente por un carcinoma.

Se considera que un adulto mayor es hipertenso cuando su valor de presión arterial es mayor o igual que 140/90. Se considera que el paciente tiene una hipertensión sistólica

exclusiva cuando la presión sistólica es mayor a 140 con presión diastólica normal o descendida. La hipertensión sistólica aislada (HSA) en el adulto mayor fue considerada hasta hace más de 3 décadas por muchos autores como un mecanismo fisiológico gracias al cual el adulto mayor mantenía una presión de perfusión tisular adecuada. La pseudohipertensión puede presentarse en el anciano y se debe a la rigidez parietal de una arteria humeral calcificada, que no se ocluye a valores de insuflación del manguito que corresponde al valor de Presión Arterial Sistólica (PAS), sino a presiones de compresión mayores que esta.

7.- Insuficiencia renal crónica

La enfermedad renal crónica (ERC) del adulto se define como la alteración estructural o funcional renal de más de 3 meses de duración. Actualmente, su incidencia ha aumentado en la población mayor de 65 años. A partir de los 60 años ocurre una disminución progresiva en la excreción urinaria de creatinina, reflejo del descenso en la masa muscular propia del envejecimiento. En la actualidad no existe un consenso claro sobre el mejor método para estimar el FG en el anciano.

8.- Alteración sensorial

Se entiende por síndrome de privación sensorial en el adulto mayor a la afección total o parcial de la función visual, auditiva, gustativa u olfatoria, que además de limitar uno o más sentidos, genera disfunción en la esfera biológica, psicológica y social, con repercusión directa en la independencia.

El síndrome de privación sensorial es un problema común en el envejecimiento y cada vez más será más necesario combatirlo adecuadamente por los cambios demográficos que está sufriendo todo el mundo, especialmente los países en desarrollo.

Dada la multipatología en los adultos mayores, aunado a problemas psico-sociales y polifarmacia, el síndrome de privación social es subestimado. Sin embargo, la mayoría de las ocasiones el déficit en la audición, visión, olfacción y gusto se correlacionan directa e indirectamente con otros síndromes geriátricos y/o forman parte de los mismos, por lo que la identificación del trastorno se hace complejo, favoreciendo un subdiagnóstico y, por lo tanto, un retraso en el tratamiento, afectando la integridad del paciente y condicionando diferentes grados de dependencia funcional.

Por lo anterior, el realizar una búsqueda intencionada de los problemas y déficits en los sentidos, a través de herramientas de tamizaje, permitirá un manejo integral y oportuno, evitando las consecuencias y favoreciendo una calidad de vida en el adulto mayor.

9.- Incontinencia urinaria

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 tiene problemas asociados con la incontinencia urinaria y se considera como la segunda causa de internamiento en casa de ancianos. La incontinencia urinaria es catalogada, por una gran mayoría, como un fenómeno normal asociado al envejecimiento. Esta creencia hace más lenta la búsqueda de ayuda por parte del paciente, y más difícil la realización de un diagnóstico y tratamiento oportunos.

La incontinencia urinaria leve típicamente se define como la fuga de escasas gotas de orina algunos días al mes; la incontinencia urinaria moderada, la fuga diaria de gotas de orina, y la incontinencia urinaria severa de Sandvik se calcula multiplicando la frecuencia reportada por el volumen medido de orina fugada. 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. El proceso de envejecimiento se asocia con cambios significativos de la función vesical y la sintomatología clínica, así como con disfunciones en el vaciamiento, considerados los problemas gerontológicos más comunes.

La incontinencia urinaria es una patología a la cual todo médico que atiende a pacientes adultos se enfrentara frecuentemente. Es indispensable el conocimiento de todo lo que implica el paciente incontinente, incluyendo las opciones terapéuticas que le podrán ofrecer a este. Es importante saber el momento indicado de derivarlo a un médico urólogo para asegurar su manejo adecuado y oportuno. La farmacología, endoscopia, neurofisiología y cirugía avanzan rápidamente con nuevas opciones que beneficiaran a nuestros pacientes si estos han sido bien estudiados y catalogados.

10.- Incontinencia imperiosa

Ocurre cuando se tiene una necesidad fuerte y repentina de orinar que no se puede contener. La vejiga se contrae o tiene espasmos, y se elimina la orina.

Con la incontinencia imperiosa, se presenta fuga o escape de orina, debido a que los músculos de la vejiga se aprietan, o contraen, en momentos equivocados. Estas contracciones a menudo suceden sin importar la cantidad de orina que haya en la vejiga. Aunque la incontinencia imperiosa puede presentarse en cualquier persona, a cualquier edad, es más común en mujeres y adultos mayores.

11.- Incontinencia por rebosamiento

Es el goteo de orina cuando la vejiga está demasiado llena. El volumen es generalmente pequeño, pero la fuga puede ser constante, lo que ocasiona grandes pérdidas totales.

Incontinencia por esfuerzo: es la pérdida de orina debido a aumentos bruscos en la presión intra-abdominal (por ejemplo, la que se produce al toser, estornudar, reír, flexionarse o levantar un peso). El volumen de la fuga es generalmente de bajo a moderado.

12.- Incontinencia por esfuerzo

Es la pérdida de orina debido a aumentos bruscos en la presión intra-abdominal (por ejemplo, la que se produce al toser, estornudar, reír, flexionarse o levantar un peso). El volumen de la fuga es generalmente de bajo a moderado.

13.- Fragilidad y consecuencias de la fragilidad

La fragilidad física constituye un síndrome médico con múltiples causas y factores que contribuyen a su desarrollo, caracterizado por la disminución de la fuerza, resistencia y funciones fisiológicas reducidas, que aumentan la vulnerabilidad de un individuo en el desarrollo de la dependencia funcional y/o su muerte. Existen diferentes procesos fisiopatológicos multisistémicos involucrados en la patogénesis del síndrome de fragilidad, siendo uno de los más importantes la pérdida de masa muscular asociada al envejecimiento o sarcopenia. Diversos estudios indican que la fragilidad física se incrementa con la edad. El ejercicio físico constituye la mejor forma de intervención en la prevención y tratamiento de la fragilidad. En el adulto mayor con enfermedades crónicas identificar la fragilidad es muy importante para la toma de decisiones, individualizando el manejo y considerando sus valores y preferencias de cuidado.

Existen diferentes procesos fisiopatológicos multisistémicos en la patogénesis del síndrome de fragilidad, uno de los más importantes es la pérdida de masa muscular o sarcopenia asociada al envejecimiento. Fragilidad y sarcopenia se superponen: la mayoría de las personas de edad avanzada que son frágiles presentan sarcopenia y algunas personas de edad avanzada con sarcopenia también son frágiles.

La fragilidad está asociada a eventos adversos en los adultos mayores, por lo que es necesario que todos los profesionales de salud, especialmente los de atención primaria, identifiquen este grupo de adultos mayores para poder intervenir. El ejercicio físico constituye la mejor forma de intervención en la prevención y tratamiento de la fragilidad. Es necesario realizar estudios de investigación para validar instrumentos de cribado que sean aplicables en nuestro país. En el adulto mayor con enfermedades crónicas identificar la fragilidad es muy importante para la toma de decisiones, individualizando el manejo y de acuerdo con sus valores y preferencias del cuidado.

14.- Terapia ocupacional

La terapia ocupacional, ligada a la geriatría desde sus inicios, analiza, evalúa, gradúa y adapta las actividades de la vida diaria para facilitar la autonomía de las personas. En el caso de las personas mayores se convierte, por tanto, en una herramienta esencial para su salud y calidad de vida.

Cuando se habla de terapia ocupacional en el ámbito de las residencias para personas mayores, normalmente se trabaja principalmente para recuperar la autonomía en las actividades básicas de la vida diaria.

Además, el terapeuta ocupacional también se encarga de promover la estimulación cognitiva de la persona mayor con la que trabaja para mejorar la atención, la memoria y las habilidades sociales.

15.- Síndrome geriátrico los cuatro grandes

Los grandes síndromes geriátricos, también conocidos como los 4 gigantes de la Geriatría, incluyen: inmovilidad, inestabilidad-caídas, incontinencia urinaria y deterioro cognitivo.

Tras su aparición, todos ellos originan un importante deterioro en la calidad de vida de las personas que lo padecen, y a menudo, generan o incrementan la dependencia de otras

personas, produciéndose un aumento de las necesidades de asistencia sanitaria y de apoyo social, que si no se cubren, favorecen el aislamiento social y la institucionalización del anciano.

16.- Los tipos de envejecimiento según la OMS

Se establece cuatro tipos o formas de envejecimiento: ideal, activo, habitual y patológico, a partir de indicadores que incluyen enfermedades crónicas diagnosticadas, deterioro cognitivo, capacidad funcional, autopercepción del estado de salud, consumo de alcohol y tabaco y actividad física.

- Envejecimiento ideal: las personas de este grupo son completamente capaces en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; no se les ha diagnosticado ninguna enfermedad crónica; se perciben un muy buen estado físico; su deterioro cognitivo no está presente y llevan un estilo de vida positivo, es decir, no consumen alcohol o tabaco y realizan actividad física.
- Envejecimiento activo: a estas personas se les ha diagnosticado alguna enfermedad crónica; presentan dificultad en alguna AIVD; consideran su estado de salud bueno; no tienen deterioro cognitivo, y su factor de riesgo es bajo.
- Envejecimiento habitual: personas que presentan más de una enfermedad crónica; perciben su estado de salud regular; tiene una ligera incapacidad funcional que no causa dependencia; su deterioro cognitivo puede ser ligero o no estar presente, y tienen factores de riesgo bajo o medio.
- Envejecimiento patológico: las personas de este grupo presentan una mala autoevaluación del estado de salud; tienen deterioro cognitivo y se les han diagnosticado enfermedades crónicas. Los factores de riesgo en este tipo de envejecimiento hacen diferencia, ya que el estado de salud está afectado en varias dimensiones, cualesquiera que sean los hábitos y comportamientos. En este grupo se encuentran esencialmente personas cuya sobrevivencia depende de terceros.