



UNIVERSIDAD DEL SURESTE



CAMPUS TABASCO

LIC. EN ENFERMERÍA

TEMA:

PROBLEMAS GERIÁTRICOS Y CONCEPTOS

NOMBRE DEL ALUMNO: URIEL DE JESÚS MARTÍNEZ HERNÁNDEZ

6 CUATRIMESTRE

GRUPO: D

DOCENTE: JUANA INÉS HERNÁNDEZ LÓPEZ

VILLAHERMOSA, TABASCO A 05 DE JUNIO DEL 2021.

TERMORREGULACIÓN

La termorregulación, regulación térmica o regulación de la temperatura es la capacidad que tiene un organismo biológico para modificar su temperatura dentro de ciertos límites, incluso cuando la temperatura circundante es bastante diferente del rango de temperaturas.

Alteraciones de la termorregulación

La temperatura corporal se mantiene en unos márgenes muy estrechos, regulada por una serie de mecanismos complejos coordinados en el hipotálamo anterior. Las alteraciones de la termorregulación engloban una serie de entidades en cuya sintomatología destaca la alteración de la temperatura corporal, sin que existan trastornos de los mecanismos de termorregulación.

En la hipotermia accidental existe un descenso de la temperatura del organismo por debajo de los 35°C, generalmente asociada a la exposición a temperaturas ambientales bajas. En la hipertermia se produce un aumento de la temperatura, bien por aumento de la producción de calor o bien por una alteración en la eliminación del mismo. Los síndromes de mayor trascendencia clínica son los trastornos por exposición al calor, hipertermia maligna, síndrome neuroléptico maligno y síndrome serotoninérgico. Se revisan la fisiopatología, manifestaciones clínicas y tratamiento de estas entidades, que deben diagnosticarse y tratarse en los servicios de urgencias.

Regulación de la temperatura corporal

La temperatura corporal es la resultante de un balance entre la producción y la eliminación de calor. El ser humano, como otros animales homeotérmicos, es capaz de mantener su temperatura en unos márgenes muy estrechos, independientemente de los cambios ambientales. El centro encargado del control térmico se encuentra en grupos neuronales del núcleo preóptico del hipotálamo anterior, que reciben información de los receptores térmicos cutáneos, de los situados en grandes vasos, vísceras abdominales y médula espinal, y de la sangre que perfunde el hipotálamo. Cuando aumenta la temperatura central, el centro termorregulador activa fibras eferentes del sistema nervioso autónomo que aumentan la pérdida de calor al producir vasodilatación cutánea (convección) y aumento de la sudoración (evaporación).

La fiebre se define como una temperatura axilar superior a 38 °C o rectal superior a 38,8 °C. Es una respuesta compleja e inespecífica mediada por mecanismos neuroendocrinos, inmunológicos, autonómicos y conductuales, que representa un reajuste al alza del centro termorregulador.

Emanación de la temperatura corporal. hipotermia accidental

La hipotermia se define como un descenso de la temperatura central del organismo por debajo de los 35 °C. Se denomina accidental o primaria a la no intencionada, generalmente en el contexto de exposición a temperaturas ambientales bajas y sin lesión de los centros termorreguladores^{4,5}. La hipotermia secundaria representa una complicación de otro trastorno subyacente. Es un problema clínico potencialmente muy grave, que requiere un diagnóstico temprano y un tratamiento agresivo, ya que se han descrito casos de recuperación sin secuelas con temperaturas corporales por debajo de 20 °C y tras períodos prolongados de asistolia.

Etiología de la hipotermia accidental

Pueden diferenciarse dos causas fundamentales de hipotermia accidental que, con frecuencia, existen de forma simultánea: 1) la pérdida excesiva de calor por exposición ambiental y 2) la producción insuficiente del mismo por disminución del metabolismo, trastornos de la termorregulación o inducida por fármacos. En la tabla 2 se detallan las principales causas o factores que predisponen a la hipotermia accidental. La exposición al frío sucede en personas previamente sanas expuestas a temperaturas bajas sin preparación adecuada.

VÉRTIGO

Es una sensación giratoria repentina que se manifiesta de forma interna o externa, y que suele producirse al mover la cabeza rápidamente.

La trascendencia que tienen los trastornos del equilibrio en el anciano está determinada por dos factores principales: el aumento de la población anciana y la elevada prevalencia de anomalías para este grupo de edad, con consecuencias devastadoras como el abatimiento funcional, aislamiento, caídas y fractura de cadera. Los trastornos del equilibrio son un problema habitual de la consulta cuando se atiende a pacientes ancianos, ya que afectan a 30% de las personas mayores de 65 años y en algunos estudios son el motivo de consulta más frecuente en individuos mayores de 75 años.

Las caídas son un efecto frecuente de los trastornos del equilibrio. Alrededor de un tercio de las personas mayores de 65 años sufre una caída al menos una vez al año y esta cifra se incrementa a 50% cuando la edad supera los 80 años. Tales porcentajes son aún mayores en los pacientes institucionalizados. Hasta 10 a 15% de las caídas en los ancianos representa complicaciones importantes, sean de corto plazo (fracturas, lesiones de partes blandas, traumatismo craneal) o de largo plazo (trombosis venosa profunda, úlcera por presión, abatimiento funcional).

Las consecuencias funcionales y psicosociales pueden ser incluso más trascendentes; el trauma psicológico y el miedo a caer producen un círculo vicioso que reduce la actividad del anciano y su movilidad, y aumentan el riesgo de

futuras caídas (síndrome poscaída). Las complicaciones de las caídas son la principal causa de muerte por accidente en los sujetos mayores de 65 años.

Generalidades

El vértigo se define como la expresión subjetiva de la pérdida de orientación espacial. El mantenimiento de ciertas coordenadas espaciales y del equilibrio corporal son el resultado de la integración en el sistema nervioso central de información proveniente de receptores vestibulares periféricos integrados, a su vez, por el utrículo, el sáculo y los canales semicirculares, información procedente a su vez de los propioceptores del aparato osteomusculoarticular y las aferencias ópticas. La alteración de cualquiera de estos sistemas de forma aislada o combinada puede ser causa de vértigo o alteraciones del equilibrio.

SINCOPE

El síncope es una pérdida brusca y temporal de la conciencia y del tono postural, de duración breve y con recuperación espontánea. El síncope se produce por una disminución transitoria del flujo sanguíneo al cerebro. Es un problema frecuente en la población general.

El síncope, definido como una pérdida transitoria de conciencia que cursa con recuperación espontánea y sin secuelas que se debe a una hipoperfusión cerebral general y transitoria, es un cuadro clínico muy prevalente. Esta definición permite diferenciar el síncope de otras entidades que cursan con pérdida de conciencia transitoria, real o aparente, en las que el mecanismo no es una hipoperfusión cerebral, como la epilepsia, las caídas accidentales o el seudosíncope psiquiátrico. Se revisa la clasificación etiológica del síncope, con especial hincapié en que el síncope reflejo es el más frecuente y tiene buen pronóstico, mientras que el síncope cardiogénico aumenta con la edad y tiene peor pronóstico. Se hace una revisión crítica de las principales exploraciones, con especial énfasis en las dudas sobre la interpretación del masaje del seno carotideo, las limitaciones de la prueba en tabla basculante, la estrategia a seguir en pacientes con síncope y bloqueo de rama, la administración de adenosina y el papel de la monitorización electrocardiográfica prolongada. Así mismo se revisa el estado actual del tratamiento y se destaca la importancia de establecer unidades de síncope con la finalidad de mejorar el proceso diagnóstico optimizando los recursos.

Definición y contexto clínico

Una de las primeras definiciones sobre qué es el síncope se publicó en las guías de la Sociedad Europea de Cardiología de 2001. En esa definición se incluían los conceptos fundamentales del síncope, es decir, que hubiera pérdida de conciencia, que dicha pérdida de conciencia fuera transitoria y que el paciente se recuperara de ella espontáneamente, sin necesidad de una intervención

terapéutica y sin secuelas. Asimismo, en esa definición se establecía que, para que un episodio de pérdida transitoria de conciencia se pudiera etiquetar de síncope, el mecanismo tenía que ser una hipoperfusión cerebral transitoria.

Síncope y epilepsia

Desde el punto de vista de la descripción clínica, ambas entidades comparten muchas de las características que definen los episodios sincopales, ya que en la epilepsia hay pérdida de conciencia transitoria de la que el paciente se recupera espontáneamente y sin secuelas. Las crisis epilépticas cursan con convulsiones tonicoclónicas, pero los pacientes con síncope pueden presentar, durante el episodio sincopal, contracciones musculares que pueden llevar a confundirlo con una crisis epiléptica.

En la epilepsia las convulsiones aparecen desde el inicio del cuadro, son generalizadas y presentan movimientos amplios que afectan a toda la extremidad, mientras que en el síncope, los pacientes presentan inicialmente hipotonía muscular y sólo tras varios segundos de hipoperfusión cerebral pueden aparecer unos movimientos musculares, de menor amplitud que en las crisis epilépticas y que habitualmente afectan a la parte más distal de las extremidades superiores.

Síncope y caídas

Otra entidad que hay que diferenciar del síncope es la de las caídas accidentales. Los pacientes ancianos sufren frecuentes caídas inexplicadas, muchas de ellas causantes de fracturas que pueden marcar el inicio del deterioro clínico del paciente, con una pérdida importante de independencia y de calidad de vida. En la mayoría de las ocasiones se asume que la caída es casual o debida a una pérdida de equilibrio, ya que frecuentemente, dado lo fugaz del episodio, tanto el paciente como la familia suelen negar que haya habido pérdida de conciencia.

El hecho de que muchos de estos pacientes sean atendidos directamente en servicios de urgencias de traumatología, donde la sospecha de síncope es menor que en servicios de urgencias médicos, hace que probablemente haya bastantes episodios sincopales que queden sin diagnosticar.

La importancia de este hecho radica en que reconocer la causa del síncope puede permitir establecer un tratamiento específico que evite nuevos episodios y sus consecuencias.

ALZHEIMER:



La enfermedad de Alzheimer es la principal causa de demencia entre los adultos mayores. Se trata de una enfermedad de compleja patogenia, a veces hereditaria, que se caracteriza desde el punto de vista anatómico, por la pérdida de neuronas y de la conexión que existe entre ellas, a lo cual denominamos “sinapsis”.

Este deterioro se expresa clínicamente como una demencia de comienzo insidioso y lentamente progresivo, que habitualmente se inicia con fallas de la memoria reciente y termina con un paciente postrado en cama y totalmente dependiente.

El diagnóstico de la EA debiera ser lo más precoz posible, ya que esto nos proporciona una mejor oportunidad para realizar ensayos terapéuticos y disminuye el sufrimiento familiar derivado del mal manejo de los trastornos conductuales.

Al ser una patología de difícil diagnóstico, por la falta de exámenes biológicos útiles en la práctica clínica habitual, se corre el riesgo tanto de omitir el diagnóstico como de catalogar como enfermos a personas que no tienen una EA.

La duración de la EA es muy variable; se ha visto pacientes que fallecen postrados antes de los 4 años de iniciada la enfermedad, y otros que sobreviven más de 12 o 15 años. La sobrevivencia promedio es de 7 a 8 años.

Durante la evolución de la enfermedad de Alzheimer pueden reconocerse 3 etapas:

La primera se caracteriza por las fallas de la memoria. La falla más evidente es la pérdida de memoria episódica reciente, lo cual podemos comprobar al interrogar sobre sucesos recientes o con pruebas de aprendizaje de serie de palabras

En la segunda etapa se agregan los trastornos del lenguaje y las apraxias, que son la pérdida de la capacidad de llevar a cabo alguna función que se desea realizar. Es decir, se produce una disociación entre la idea (el paciente sabe lo que quiere hacer) y la ejecución motora (el paciente carece del control de la acción).

(En esta etapa el problema de la familia es cuidar al paciente.)

Y en la tercera etapa, el paciente queda incapacitado, postrado en cama. En esta última fase, la familia enfrenta dos graves problemas: el cuidado permanente que requiere un paciente totalmente dependiente y saber qué hacer si se presentan complicaciones con riesgo vital.

ARTRITIS REUMATOIDE:



La presencia de osteoartritis sintomática en rodilla y manos es de alrededor del 30 % en pacientes mayores de 65 años. Así también, otras artropatías como la artritis reumatoide y las enfermedades microcristalinas, como la gota, consiguen además su máxima prevalencia en adultos mayores. La totalidad de estos padecimientos provoca discapacidad en un número notable de casos. Habitualmente, la enfermedad articular se ha relacionado con limitación funcional, independientemente de otras comorbilidades. Según Bordon,¹⁰ la artritis reumatoidea se define como crónica, dolorosa e invalidante y aborda a las personas en la mayoría de 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, desánimo, depresión) que modifican el dolor y el curso de este padecimiento.

La artritis reumatoide 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

Los pacientes con ARPM presentan mayor compromiso de grandes articulaciones en relación con ARPm que compromete más articulaciones pequeñas. Barragán, plantea 3 clases de ARPM:

AR clásica: se manifiesta como el origen y la evolución de la enfermedad seropositiva en cualquier otra etapa de la vida.

Artritis simétrica relacionada con síndrome de Sjögren: se identifica por sinovitis leve, mejor respuesta al tratamiento y por consiguiente mejor pronóstico.

La similar a la polimialgia reumática: se determina por un cuadro de poliartritis con factor reumatoide negativo si bien con reactantes de fase aguda positivos. Esta clase de AR suele manifestar un control positivo con el tratamiento con escasos cambios radiográficos y evolución lenta de la enfermedad.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN GERIÁTRICOS:



por aumento en la rigidez de las paredes arteriales. La presión arterial diastólica (PAD) se eleva hasta los 50 años aproximadamente. Esto explica que la hipertensión arterial sistólica sea la forma más prevalente en adultos mayores (1).

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 (1). 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 geronte es el hiperaldosteronismo primario a causa de una hiperplasia o a un adenoma suprarrenal, y muy raramente por un carcinoma. En estos casos la aldosterona en sangre está patológicamente elevada, y la concentración de renina plasmática muy disminuida o no detectable. Las otras causas de hipertensión secundaria en el adulto mayor son de muy rara observación.

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 ≥ 140 con presión diastólica normal o algo 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.

Desde la década de 1990 se sabe que esta variante de hipertensión arterial expone a todas las complicaciones cardiovasculares y muerte al adulto en edad geriátrica(1) (3-8). La hipertensión sistólica que tiene máxima prevalencia en el adulto mayor, aumenta marcadamente el riesgo de ACV e insuficiencia cardiaca.

La hipertensión sistólica aislada (HSA) genera mayor mortalidad cardiovascular y general en este grupo etario. La presión del pulso es la diferencia entre la PAS y la PAD y es más fuerte predictor de riesgo de complicaciones vasculares que la presión arterial media (PAM)

La variabilidad de registros de PA en ancianos es altamente prevalente e incrementa el riesgo de sufrir ACV y muerte aun estando tratados (12), esto exige que deban ser más frecuentemente controlados.

A pesar de esto ante valores elevados, el criterio médico puede ser iniciar el tratamiento con modificaciones en el estilo de vida y aún con fármacos y estricta vigilancia según cada caso, esto incluye los resultados y su contraste con los objetivos terapéuticos fijados en cuanto al valor de presión arterial deseada, con controles iniciales más frecuentes que los habituales. La elección de los fármacos depende principalmente de las comorbilidades del enfermo. La evidencia a favor de tratar la hipertensión arterial en ancianos es abrumadora (16-45), incluida con énfasis la necesidad de tratar la hipertensión sistólica aislada (16-19) (24) (26) (30-32) (37-39), que es la forma más prevalente en el adulto mayor. Sin embargo la

excesiva reducción de la presión arterial en este grupo etario elevó la incidencia de complicaciones tales como el infarto de miocardio. Por ello se remarca el objetivo de tratar la hipertensión en el adulto mayor con estrictos controles y fijando un objetivo a valores muy poco por debajo de 140/85 mm Hg, logrado paulatinamente, con controles aproximadamente cada 3 semanas, y siempre evaluando la tolerancia (29).

Tratamiento no farmacológico 1) Restringir la sal: la ingesta de 6 g Cl Na lleva a un descenso aproximado de 2-8 mm Hg. Evitar alimentos salados y enlatados. 2) Limitar la ingesta de alcohol a 15 g de alcohol/día o menos. 3) Bajar de peso si el paciente está por sobre un BMI de 25 Kg/m² de superficie corporal. Cada 10 Kg de pérdida de peso la PA se reduce 5-20 mm Hg. 4) Incrementar la actividad física. Dieta DASH (frutas, vegetales, bajo contenido graso en especial de ácidos grasos saturados). La sal aumenta más en proporción la Presión Arterial en adultos mayores que en adultos menores. La dieta hiposódica resulta por eso más efectiva en el adulto mayor para el descenso de la PA (49-52) y los adultos mayores tienen más adherencia a la dieta hiposódica que los adultos menores (50-51). La eficacia para disminuir la mortalidad cardiovascular, los eventos cardíacos mayores y el accidente vascular encefálico, es bastante similar con el uso de los diuréticos, β bloqueantes, y los demás antihipertensivos de primera línea siempre que todos alcancen los objetivos en reducción del valor de presión arterial (40) (42). La hipotensión postprandial es más frecuente en adultos mayores. Ocurre entre 20 min y 2 horas luego de la ingesta, se asocia a mareos y es causa de síncope 56 J. Berreta y col. Revista Argentina de Gerontología y Geriatria, Vol. 31, N° 2. subdiagnosticado en estadio postprandial, aún así el paciente puede ser un hipertenso un hipertenso a quien se le suma este problema (53-54) .

Enfoque del tratamiento farmacológico de la hta del adulto mayor teniendo en consideración las comorbilidades y la lesión de órgano blanco

IECA: inhibidores de la enzima conversora de Angiotensina I a Angiotensina II.

BRA: Bloqueantes de los receptores A-T1 de Angiotensina II.

BCCDHP: Bloqueantes de los canales de calcio dihidropiridínicos, y no dihidropiridínicos (BCC no DHP)

Los diuréticos a bajas dosis (12.5 a 25 mg/día de hidroclorotiazida), los β bloqueantes, los bloqueantes cálcicos, los IECA, los BRA, reducen la incidencia de enfermedad coronaria (IAM fatal y no fatal), ACV fatal y no fatal, insuficiencia cardíaca, y la muerte cardiovascular) cuando se los compara con placebo o control.

Recomendaciones farmacológicas en base a comorbilidades 1) Pacientes con insuficiencia cardíaca por disfunción sistólica: primera línea para IECA, o, BRA si

los primeros no son bien tolerados, β -bloqueantes y diuréticos de asa, y agregado de antagonistas de aldosterona.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:



Fundamento: la insuficiencia renal crónica se define como el daño estructural o funcional del riñón, evidenciado por marcadores de daño (orina, sangre o imágenes) por un período igual o mayor a tres meses. Entre el 8 al 10 % de la población general adulta tiene algún daño renal.

Objetivos: conocer la incidencia y prevalencia de la enfermedad renal crónica en el adulto mayor, en el Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández.

Métodos: se realizó un estudio de tipo, longitudinal, descriptivo, retrospectivo. La muestra la constituyó 274 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. Las variables utilizadas fueron: edad, sexo, color de la piel, peso, antecedentes patológicos personales, las causas de ingreso, los factores de progresión de la enfermedad renal crónica, hábitos tóxicos y valor de la creatinina. Para organizar los indicadores obtenidos se aplicó el método estadístico descriptivo, analizando la información mediante tablas de distribución de frecuencia, gráficos y las medidas de resumen como la media y la moda para las variables cuantitativas, y los números absolutos y el porcentaje para las variables cualitativa.

Resultados: alta prevalencia hospitalaria de la enfermedad renal crónica en el adulto mayor, más frecuente en el sexo femenino, coexisten muchos factores de riesgo, predominando hipertensión arterial, cardiopatías, diabetes mellitus, edad y hábito de fumar. Los factores de progresión más frecuentes encontrados fueron hipertensión arterial descompensada, hipoperfusión renal y sepsis.

ALTERACIÓN SENSORIAL:



Se entiende por “Síndrome de Privación sensorial en el adulto mayor” a la afectación 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 y la calidad de vida.

Es un problema común en el envejecimiento.

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 mejor calidad de vida en el adulto mayor.

DÉFICIT AUDITIVO



Es una de las condiciones crónicas más comunes en los adultos mayores , su prevalencia se estima en 90% en personas de 80 o más años. Los factores asociados a las pérdida de la agudeza auditiva son: sexo. Soltería, edad avanzada , hipertensión arterial sistematica, diabetes mellitus, enfermedad cerebro-vascular, tabaquismo, deterioro cognoscitivo, exposición a ruido ocupacional.

El deterioro de la agudeza auditiva puede ser clasificado en:

- 1.-Neurosensorial: afección del oído interno, coclea y nervio vestíbulo coclear(VIII).
- 2.- Conductiva: afección del oído externo, oído medio o ambos.
- 3.- mixta: combina la afección neurosensorial y conductiva.

Recomendación: realizar tamizaje de la agudeza auditiva en todos los adultos mayores que acudan a consulta.

ALTERACIONES DEL OLFATO Y DEL GUSTO EN EL ADULTO MAYOR.



La función olfatoria declina a través del proceso de envejecimiento y no solo se pierde la agudeza olfatoria, si no también la habilidad para discriminar entre diferentes olores, se ha reportado que más del 75% de los adultos mayores de 80 años presentan evidencia de alteraciones en el sentido del olfato. Otros factores que incrementan la prevalencia de déficit olfatorio son: tabaquismo activo, epilepsia, congestión nasal e infección del tracto respiratorio superior.

INCONTINENCIA URINARIA:



La incontinencia urinaria (IU) se define como la pérdida involuntaria de orina desde la vejiga. Esta pérdida ocurre habitualmente por vía uretral, pero también puede haber escape de orina a través de fistulas

La incontinencia puede afectar a hombres y mujeres de cualquier edad, pero es más común en las mujeres y las personas mayores, afectando aproximadamente al 30% de las mujeres de edad avanzada y al 15% de los hombres de edad avanzada. Aunque la incontinencia es más común entre las personas mayores, no forma parte del proceso normal del envejecimiento. La incontinencia puede ser repentina y temporal, como cuando se está tomando un medicamento que tiene un efecto diurético, o puede ser de larga duración (crónica). Incluso la incontinencia crónica a veces tiene tratamiento.

Hay varios tipos de incontinencia:

La incontinencia funcional es la pérdida de orina debido a un problema mental o a un impedimento físico no relacionado con el control de la micción. Por ejemplo, una persona con demencia debido a la enfermedad de Alzheimer puede no reconocer la necesidad de orinar o no saber dónde está el baño. Una persona que está postrada en cama puede ser incapaz de caminar hasta el baño o alcanzar una cuña.

A menudo, sin embargo, a un paciente se le asocian más de un tipo de incontinencia. En este caso se habla de una incontinencia mixta.

Causas

Hay varios mecanismos que pueden llevar a la incontinencia urinaria. Con frecuencia está presente más de un mecanismo:

Debilidad del esfínter urinario o de los músculos de la pelvis (incompetencia del tracto de salida de la vejiga)

Obstrucción del camino de salida de la orina desde la vejiga (obstrucción del tracto de salida de la vejiga)

Espasmo o hiperactividad de los músculos de la pared de la vejiga (a veces denominada vejiga hiperactiva)

Debilidad o hipoactividad de los músculos de la pared de la vejiga

Falta de coordinación entre los músculos de la pared de la vejiga y el esfínter urinario

Aumento del volumen de orina

Problemas funcionales

Cuándo acudir al médico

Cuando aparecen signos de alarma se debe acudir al servicio de urgencias inmediatamente. Aquellos que no tienen signos de alarma deben llamar a su médico. El médico decidirá la rapidez con que necesitan ser atendidos en función

de la presencia de otros síntomas y otros trastornos conocidos. En general, si la incontinencia es el único síntoma, un retraso de una semana, no es perjudicial.

La mayoría de los pacientes sienten vergüenza al mencionar al médico su incontinencia. Algunos creen que la incontinencia es una parte normal del envejecimiento. Sin embargo, la incontinencia, incluso si ha estado presente durante algún tiempo o afecta a una persona mayor, puede mejorar con el tratamiento. Si los síntomas de la incontinencia son molestos, interfieren con las actividades de la vida diaria o hacen que el paciente limite sus actividades sociales, se debe consultar con el médico.

INCONTINENCIA IMPERIOSA:

La incontinencia imperiosa es la pérdida incontrolada de orina (en cantidad entre moderada e importante) que se produce inmediatamente después de presentar una necesidad irreprimible y urgente de orinar. La necesidad de levantarse a orinar durante la noche (nicturia) y la incontinencia nocturna son frecuentes.

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

Causas

A medida que la vejiga se llena de orina proveniente de los riñones, se expande para crear espacio para la orina. Usted debe sentir las primeras ganas de orinar cuando hay un poco menos de 1 taza (240 mililitros) de orina en la vejiga. La mayoría de las personas pueden soportar más de 2 tazas (480 mililitros) de orina en la vejiga.

Hay dos músculos que ayudan a impedir el flujo de orina:

El esfínter es un músculo alrededor de la abertura de la vejiga. Se contrae para evitar que la orina se filtre hacia la uretra. Este es el conducto por donde pasa la orina desde la vejiga hacia el exterior.

El músculo de la pared vesical se relaja para que la vejiga se pueda expandir y contener la orina.

INCONTINENCIA REBOSAMIENTO:

La 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:

La incontinencia de 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.

De esfuerzo Fuga de orina leve a moderada secundaria a un aumento en la presión intraabdominal por toser, reír o hacer ejercicio. El esfínter uretral falla en proteger contra la pérdida de orina, ya sea por debilidad intrínseca o por falla en la contracción.

FRAGILIDAD Y CONSECUENCIAS DE LA FRAGILIDAD:

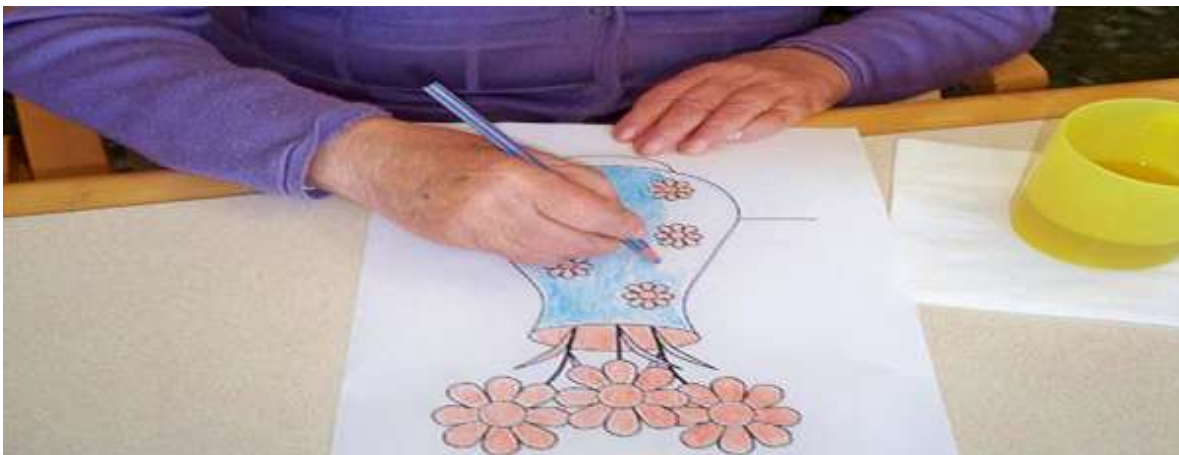


Pero en general se acepta que es un término en medicina geriátrica que describe la presencia de deterioro multi-sistémico, vulnerabilidad que se expande y que desafortunadamente no ha emergido como un síndrome clínico con una definición consensuada, En términos prácticos, el paciente frágil es aquel que se encuentra delicado de salud, débil y no es vigoroso o robusto. Es un síndrome que conlleva un riesgo alto de mortalidad, discapacidad, institucionalización (conceptos centrales en la práctica de la Geriátrica), así como hospitalizaciones, caídas, fracturas, complicaciones postoperatorias, mala salud e incluso tromboembolismo venoso. Además de lo anterior, la fragilidad es considerada un continuo entre el envejecimiento normal y un estado final de discapacidad y muerte, con un estado previo como lo es la pre-fragilidad.

Los principales factores de riesgo para el desarrollo de fragilidad son: Generales y sociodemográficos: edad avanzada, sexo femenino, baja escolaridad, ingresos familiares bajos y no tener una adecuada autopercepción de salud. Médicos: enfermedad coronaria, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad vascular cerebral, insuficiencia cardíaca congestiva, diabetes mellitus, hipertensión arterial, artritis, anemia, depresión, tabaquismo, uso de terapia de reemplazo hormonal, polifarmacia y deficiencia de vitamina D. Funcionales: hospitalización

reciente, dos o más caídas en los últimos doce meses, fractura de cadera después de los 55 años de edad, fuerza disminuida en las extremidades superiores, deterioro cognoscitivo, índice de masa corporal menor a 18.5kg/m² o mayor a 25kg/m² y dependencia en al menos una actividad básica de la vida diaria. (Ver Figura 1). La población de adultos mayores de origen latinoamericano tiene un riesgo incrementado para el desarrollo de fragilidad, debido a las deficientes condiciones socioeconómicas con las que crecieron en la infancia como la pobreza, malnutrición y en general a malas condiciones de salud, que se perpetúan en la adultez por una mala educación, empleos de gran esfuerzo físico, con malas condiciones laborales y mal remuneradas.

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.

¿Cómo trabaja el terapeuta ocupacional?

Una vez detectadas las necesidades, trabaja con la persona de manera individual, adaptándose a sus capacidades, con el objetivo de prevenir la pérdida, mantener, o mejorar la autonomía funcional.

Algunos ejemplos de las tareas que hace el terapeuta ocupacional son:

Hacer un entrenamiento de acciones que tienen que ver con la higiene y el cuidado de la propia imagen como ducharse, peinarse, vestirse, etc.

Dar instrucciones sobre cómo utilizar y cuidar de las ayudas técnicas que utiliza la persona, tales como audífonos, andadores, bastones, silla de ruedas, ortesis, prótesis...

Proponer ejercicios de economía articular para evitar la sobrecarga de las articulaciones.

Trabajar con la persona para adaptar el entorno inmediato a sus necesidades.

Entrenar la realización de transferencias, es decir, cómo sentarse o levantarse de la silla, la cama...

Conseguir un buen control de la postura en decúbitos, es decir, cuando se está encamado, etc.

SINDROME GERIATRICO LOS 4 GIGANTES:



Síndromes geriátricos: los cuatro gigantes de la geriatría

Un artículo de Iván García Pérez, enfermero y director del centro de día STIMA Embajadores.

La educación para la salud es una herramienta básica y muy útil para que nuestros mayores se puedan ver beneficiados, puesto que el conocimiento en dicha materia es básico para poder prevenir y promocionar hábitos de vida que conlleven a la mejora del estado de salud de nuestros mayores.

Los síndromes geriátricos son el conjunto de síntomas y signos vinculados a una o más patologías de diferentes procesos causales, asociados a la vejez. También se pueden definir como el conjunto de cuadros originados por la conjunción de una serie de enfermedades que, alcanzan una enorme prevalencia en el mayor y que, frecuentemente, derivan en incapacidad social o funcional, traduciéndose por ello en una pérdida de la autonomía personal y por tanto en la calidad de vida.

Es muy importante comprender que un síndrome geriátrico puede aparecer por varias causas, o que una sola causa desencadene varios síndromes geriátricos, incluso se puede dar la etiología en cascada donde unos síndromes desarrollen otros. Los conocidos como los cuatro gigantes de la geriatría, son los síndromes geriátricos más comunes en las personas mayores, que son: la incontinencia urinaria, las caídas, el deterioro cognitivo y la inmovilidad.

1.- La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina que provoca una alteración del día a día a los mayores. Durante la vejez se producen una serie de cambios en las estructuras implicadas en la micción, es decir en los riñones, la vejiga, la uretra y el suelo pélvico:

Los riñones disminuyen su filtrado alterándose la dilución y concentración de la orina.

La vejiga pierde tono muscular por lo que pierde la capacidad de contracción, esto provoca un aumento del volumen residual, lo que puede favorecer la aparición de infecciones de orina.

Los órganos de la Pelvis también sufren cambios, los cuales contribuyen de forma negativa en la contención de la orina.

2.-Las caídas es uno de los síndromes geriátricos que más perjudica a la persona mayor, por las consecuencias posteriores a la misma. Es muy importante conocer los factores que las provocan, puesto que de esa forma se podrá reducir las mismas si se incide en dichos factores de riesgo. Existen factores intrínsecos y extrínsecos. Los primeros de ellos hacen referencia a las alteraciones fisiológicas del mayor, enfermedades que padecen, así como los fármacos que incrementan riesgo de caída. Con el paso de los años las personas presentan alteraciones oculares, vestibulares, de propiocepción y musculoesqueléticas, las cuales pueden proceder de enfermedades que padecen o de la propia edad.

3.- El deterioro cognitivo es la reducción o pérdida de las funciones mentales superiores, lo cual también conlleva una gran pérdida de la autonomía personal, y llevo asociados otro tipo de síndromes o cuadros como por ejemplo la ansiedad y la depresión. El deterioro cognitivo se identifica en los mayores cuando se produce una alteración en los siguientes niveles: "Atención y concentración, lenguaje, gnosias, memoria, praxias, funciones visoespaciales, funciones ejecutivas y conducta".

4.- Por último, la inmovilidad, es la restricción del desplazamiento a causa de problemas físicos, funcionales o psicosociales, afectando por tanto a todas las actividades desarrolladas en el día a día. Debido a los cambios que se producen durante el envejecimiento, las personas mayores suelen tender a la inmovilidad, lo cual provoca consecuencias a nivel musculo-esquelético (rigidez articular, debilidad muscular, atrofas...), a nivel respiratorio (acumulación de secreciones que dan lugar a infecciones respiratorias), gastrointestinal (enlentecimiento en el tránsito intestinal que puede dar lugar a estreñimiento, impactaciones fecales), a nivel cardiovascular (bombeo menos eficaz, hipotensión ortostática, tromboembolismos), sistema nervioso (pérdida reflejos corporales, mayor deterioro cognitivo), sistema urinario (cálculos e infecciones urinarias), alteraciones metabólicas, deshidratación (debido a la menor ingesta de líquido por

hipoperfusión cerebral que disminuye la sed), hipotermia (por inactividad) y lesiones de la piel (ulceras por presión).

LOS TIPOS DE ENVEJECIMIENTO SEGÚN LA OMS:

Se establecen cuatro tipos o formas de envejecimiento: ideal, activo, habitual y patológico. la primera edad, relacionada con la infancia y la juventud; la segunda, vinculada a la vida activa y reproductiva; la tercera, referida a la etapa activa de retiro, y la cuarta que alude a la fase de declinación, mayor dependencia y deterioro acelerado.

- 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 en 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; tienen 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 de estado de salud; tienen deterioro cognitivo y se les ha diagnosticado enfermedades crónicas. Los factores de riesgo en este tipo de envejecimiento no 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.

Como parte de los supuestos sobre las diferencias en la forma y el ritmo de envejecimiento se incluyen las variables de edad, sexo y condición urbana o mixta.

Edad

Las condiciones de salud y bienestar en las edades avanzadas varían entre individuos y dependen de muchas circunstancias, de tal manera que no es posible delimitarlas mediante edades fijas y convencionales. Sin embargo, también se sabe que estas condiciones están fuertemente correlacionadas con la edad, así que la fragilidad y el grado de riesgo se incrementan conforme se es mayor. De esta manera, y para fines analíticos, se crearon tres grupos dentro de las edades avanzadas.

- 50 a 64. Este grupo se encuentra en la transición hacia la vejez. En su mayor parte se encuentran en buen estado físico, con capacidad y autonomía y en condiciones productivas y activas. Incluir a esta población en la prevejez permite un análisis más completo de las edades avanzadas, con posibilidad de vislumbrar las condiciones de salud que tendrá la población de más de 65 años en un futuro.
- 65 a 74. Se establece como la tercera edad. Es cuando se notan las mermas en las condiciones físicas, los papeles sociales y en la actividad económica, pero aún en condiciones aceptables de funcionalidad y salud.
- 75 y más. Este grupo es la cuarta edad. La mayoría de la población presenta decremento en salud y funcionalidad, causa dependencia social y familiar, lo que afecta seriamente la vida y el bienestar.

Bibliografía

<https://siemprechile.cl/noticias/alzheimer-en-el-adulto-mayor/>

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1817-59962019000300007&script=sci_arttext&tlng=pt

<http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2017/08/RAGG-08-2017-52-59.pdf>

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242013000400001#:~:text=Fundamento%3A%20la%20insuficiencia%20renal%20cr%C3%B3nica,adulta%20tiene%20alg%C3%BA%20da%C3%B1o%20renal.

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS_611_13_SXDEPROVACIONSENSORIAL/611GRR.pdf

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/611GRR.pdf>

<https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/trastornos-renales-y-del-tracto-urinario/trastornos-de-la-micci%C3%B3n/incontinencia-urinaria-en-adultos>

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001270.htm>

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/479_GPC_Sxn_dromeFragilidad/GRR_sindrome_de_fragilidad.pdf

<https://atencionmayores.org/terapia-ocupacional-gente-mayor/#:~:text=La%20terapia%20ocupacional%2C%20ligada%20a,salud%20y%20calidad%20de%20vida>

<https://www.geriatricarea.com/2020/05/03/sindromes-geriatricos-los-cuatro-gigantes-de-la-geriatria/#:~:text=Los%20conocidos%20como%20los%20cuatro,deterioro%20cognitivo%20y%20la%20inmovilidad.>

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000003#:~:text=MATERIAL%20Y%20M%C3%89TODOS%3A%20Se%20establecen,y%20tabaco%20y%20actividad%20f%C3%ADsica.