



MEDICINA HUMANA

Nombre del alumno: Jhonatan Sanchez Chanona

Docente: Dr. Osmar Emmanuel Vazquez Mijangos

Nombre del trabajo: Resumen

Materia: Geriatría

Grado: 6°

PASIÓN POR EDUCAR

Grupo: "B"

Comitán de Domínguez Chiapas a 25 de abril de 2023

Introducción

Hay pérdidas pasajeras de movilidad que en algún momento de nuestra vida hemos experimentado todos y que dificultan el desplazamiento de forma muy importante, como pueden ser las consecutivas a caídas con lesiones, que requieran inmovilización con escayola o reposo, o situaciones de desequilibrio por enfermedades agudas. Todas ellas producen en el individuo una sensación de inseguridad que le hace más dependiente durante una temporada y precisan de una recuperación posterior, tanto de la marcha como del equilibrio. Con el envejecimiento, el deterioro de la marcha va a ser progresivo y definitivo, agravado en la mayoría de las ocasiones por la presencia de diferentes enfermedades que van haciendo acto de presencia conforme el individuo se hace mayor. Las alteraciones de la marcha van a ocasionar aumento de morbilidad, riesgo de caídas, limitación psicológica del anciano por miedo a caer, y, en definitiva, son un factor de riesgo muy importante de institucionalización. Se define síndrome de inmovilización como el descenso de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria, por el deterioro de las funciones motoras. Se caracteriza por la reducción de la tolerancia a la capacidad física, debilidad muscular progresiva y en casos graves, pérdida de los automatismos y reflejos posturales necesarios para la deambulaci3n. Se clasifica en inmovilidad relativa (en la cual se presenta una vida sedentaria pero la persona si es capaz de moverse) y absoluta. En la vida en realidad no existe inmovilidad como tal, aun con un paciente encamado en las 3ltimas etapas; existe latente la capacidad de ser trasladados y la movilidad aut3noma pasiva o vegetativa (cardiovascular, ocular, respiratoria y digestiva). Por lo que se llega a la conclusi3n que un ser humano deja de moverse solamente al morir. Debido a esta explicaci3n nace otra definici3n para sustituir el concepto de inmovilidad, la cual es dismovilidad o movilidad dificultosa, que se define como "la molestia, dificultad y/o imposibilidad para movilizar parte del cuerpo y/o trasladarse secundario a situaciones patol3gicas diversas de origen biol3gico, ps3quico, social, espiritual y/o funcional que afecta la calidad de vida y/o tiene riesgo de progresar. Las escaras (tambi3n llamadas 3lceras por presi3n y 3lceras de dec3bito) son lesiones en la piel y el tejido inferior que resultan de una presi3n prolongada sobre la piel. En la mayor3a de los casos, las escaras se manifiestan en la piel que recubre las partes 3seas del cuerpo, como talones, tobillos, caderas y coxis. Las personas que corren mayor riesgo de tener escaras tienen afecciones m3dicas que limitan su capacidad para cambiar de posici3n o que les hacen pasar la mayor parte del tiempo en una cama o una silla.

CAÍDAS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo, contra su voluntad.

Es

una patología muy frecuente en la población anciana,

La

Evaluación de las causas de una caída

Consecuencias de las caídas

Evaluación de la caída en un paciente anciano

Prevención y tratamiento de las caídas

Es

el resultado de la interacción de factores

Son

Físicas

Psicológicas

Socioeconómicas

La

- Anamnesis detallada.
- Valoración geriátrica integral:
 - Esfera biomédica.
 - Esfera funcional.
 - Esfera mental y psicoafectiva.
 - Esfera social.
- Exploración cardiovascular.
- Exploración neurológica.
- Exploración del sistema locomotor.
 - Valoración de flexores plantares.
 - Valoración de extensores de la cadera.
 - Valoración de abductores de la cadera.
- Exploración de los órganos de los sentidos.
 - Escala de Tinetti.
 - Timed up and go.
 - Alcance funcional.
- Evaluación del entorno.
- Pruebas complementarias.

La

Prevención primaria

La

Prevención secundaria

La

Prevención terciaria

Tanto

intrínsecos (trastornos individuales)

extrínsecos (riesgos medioambientales)

circunstanciales (relacionados con la actividad que se está realizando).

Las

contusiones, heridas, desgarros, fracturas, traumatismos craneoencefálicos, torácicos y abdominales.

La

más importante es el síndrome poscaída, que se caracteriza por miedo a volver a caer.

Los

ancianos que han sufrido una o más caídas visitan con mayor frecuencia a su médico

Los

cambios y trastornos relacionados con el envejecimiento

Esto

afectan a las funciones necesarias

Son

Factores ambientales que acompañan a la caída.

los

más importantes en la génesis de una caída

La

hipotermia, deshidratación, rabdomiólisis, úlceras por presión, trombosis venosa profunda, infecciones y otras secuelas de la inmovilidad.

Es

Inicialmente, el dolor por las contusiones actúa de factor limitante de la movilidad.

Acuden

más a los servicios de urgencias, ingresan más frecuentemente en hospitales y residencias geriátricas independientemente de la edad y sexo.

La

reducción de la movilidad favorece la rigidez de las articulaciones y la debilidad, lo que, a su vez, compromete aún más la movilidad.

Como

- Educación para la salud.
- Aumento de la seguridad ambiental.
- Detección precoz de determinadas patologías.

Su

finalidad es actuar a nivel de las causas que la han generado.

Como

- Adecuado tratamiento de las complicaciones físicas y psicológicas de la caída.
- Rehabilitación de la marcha y el equilibrio.
- Enseñar a levantarse tras una caída.

Como

- En el domicilio.
- En la calle.
- En los medios de transporte.

Se

trata de un punto muy importante de la prevención, pues recordemos que el haber presentado una caída es el principal factor de riesgo para que se produzca otra.

La

- Valoración de factores intrínsecos y extrínsecos relacionados.
- Corrección de las causas.

Existe

dos factores de riesgo directamente relacionados con la posibilidad de sufrir una caída

la

disminución del diámetro de la pantorrilla y la imposibilidad para mantenerse sobre una pierna durante cinco segundos.

factores

que pueden predisponer a las caídas:

Son

- Alteraciones oculares
- Alteraciones vestibulares
- Alteraciones de la propiocepción.
- Alteraciones musculoesqueléticas.
- Cambios cardiovasculares:
- Patología degenerativa articular:
- Deterioro cognitivo.

Inmovilidad

Disminución de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras.

Fisiología del envejecimiento

- A nivel del sistema cardiovascular disminuye el gasto cardíaco, la fracción de eyección y la distensibilidad del ventrículo izquierdo.
- Referente al sistema respiratorio disminuye la capacidad vital y la presión de O₂, además de alterarse el reflejo tusígeno junto con la función ciliar.
- En el sistema musculoesquelético se observa disminución de la fuerza muscular, puede existir osteoporosis y marcha senil.
- a nivel del sistema nervioso cabe destacar la alteración del sistema propioceptivo y los reflejos de corrección.

Factores predisponentes

Tabla 1. Factores predisponentes intrínsecos de inmovilidad

- Enfermedades musculoesqueléticas: osteoartritis, fractura de cadera, osteoporosis, aplastamientos vertebrales, artritis, polimialgia reumática, patología podológica, entre las más frecuentes.
- Enfermedades neurológicas: ACV (accidente cerebrovascular), enfermedad de Parkinson, demencias en fase avanzada y depresión.
- Enfermedades cardiovasculares.
- Enfermedades pulmonares.
- Enfermedades endocrinas: DM (diabetes mellitus), hipotiroidismo.
- Déficit sensoriales.
- Causas psicológicas: síndrome postcaída.

Tabla 2. Factores predisponentes extrínsecos de inmovilidad

- Factores yatrogénicos: prescripción de reposo, medidas de restricción física, sobreprotección, fármacos (principalmente neurolépticos, benzodiacepinas, antihipertensivos y diuréticos).
- Factores ambientales: hospitalización, barreras arquitectónicas.
- Factores sociales: falta de apoyo social y estímulo.

Exploración de la movilidad

- los Cambios posturales y transferencias
 - Se examinará la movilidad en la cama, capacidad de girar e incorporarse a la posición de sedestación y posteriormente, a bipedestación.
- la Evaluación de la marcha y del equilibrio
 - Se valora el equilibrio del paciente anciano en tándem (situando un pie delante del otro) o semitándem (pies paralelos pero medio pie por delante del otro), también habría que valorar la marcha (tipo y tiempo) mediante la observación de la deambulación en un espacio de unos 2,5 m, la capacidad para levantarse de una silla sin apoyarse

Riesgos y contraindicaciones de la movilización

El cansancio extremo, HTA (hipertensión arterial), muerte súbita, IAM (infarto agudo de miocardio) y lesiones. Habrá que prestar atención a cualquier signo de alarma que pueda relacionarse con dichas patologías.

Prevención del síndrome de inmovilidad

- la **Primaria**
 - Señala el ejercicio físico como principal factor para prevenir la inmovilidad.
 - El **Ejercicio físico**
 - Son
 - Los ejercicios de potencia o fuerza muscular
 - ejercicios de resistencia
 - ejercicios de flexibilidad
 - ejercicios de mantenimiento
 - ejercicios de equilibrio

Tratamiento y manejo de la inmovilidad

- Son
 - Tratamiento de la causa de la inmovilidad.
 - Plan de rehabilitación encaminado al tratamiento de la inmovilidad existente y a evitar su progresión.
 - Uso de ayudas y adaptaciones en el hogar.
 - Prevención de las complicaciones asociadas.
- El
 - Plan de trabajo a realizar ha de ser individualizado y progresivo sin sobrepasar la capacidad funcional del enfermo:
 - Encamamiento
 - Sedestación
 - Transferencias
 - Bipedestación
 - Deambulación

Ayudas técnicas

- Bastones
- Muletas
- Caminadores
- Sillas de ruedas

- Puertas:
- Habitaciones y pasillos:
- Mobiliario:
- Barandillas:
- Iluminación:
- Suelo:
- Lavabo:
- Higiene personal:
- Vestido:
- Sillas:
- Cama:
- Cubiertos:

Como

nivel práctico habría que tener en cuenta los siguientes aspectos:

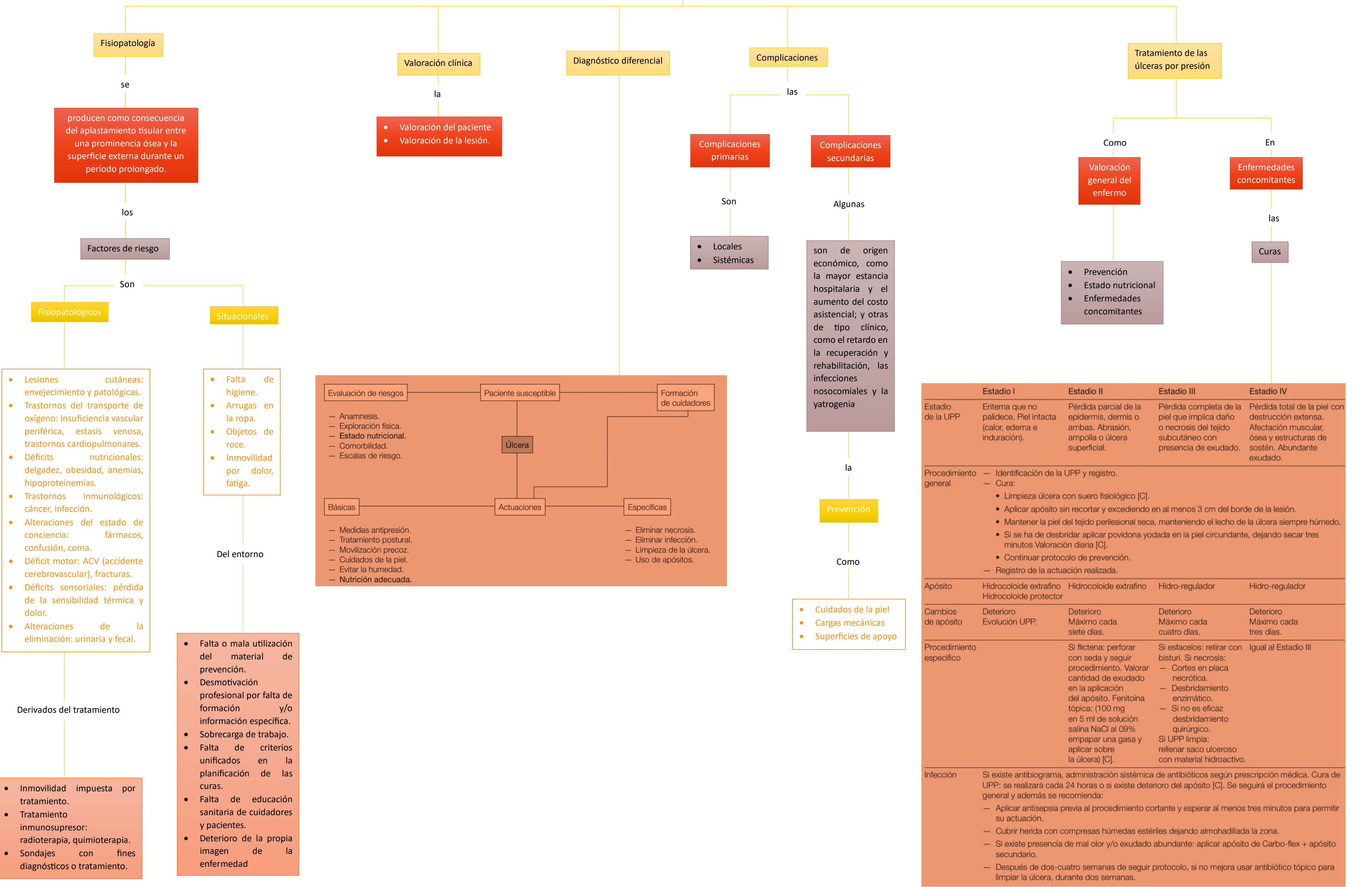
incluye el tratamiento de complicaciones, como contracturas articulares, rigidez o anquilosis articulares, atrofia muscular, osteoporosis por inmovilidad y las alteraciones a nivel del resto de sistemas anteriormente mencionadas.

Cambios fisiopatológicos asociados a la inmovilidad

- El
 - Sistema cardiovascular
 - la alteración del flujo sanguíneo que puede provocar tendencia sincopal y fatigabilidad, pérdida de fluidos con aparición de ortostatismo; intolerancia al ejercicio y riesgo de desarrollar complicaciones tromboembólicas
 - Sistema musculoesquelético
 - Se observa atrofia muscular de predominio en músculos flexores y en EEII (extremidades inferiores), disminuye la masa ósea predisponiendo a la aparición de osteoporosis por desuso y aparecen contracturas musculares y osificaciones heterotópicas de predominio en zonas proximales articulares.

ULCERAS POR INMOVILIDAD

es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes



Fisiopatología

se

producen como consecuencia del aplastamiento tisular entre una prominencia ósea y la superficie externa durante un período prolongado.

los

Factores de riesgo

Son

Fisiopatológicos

- Lesiones cutáneas: envejecimiento y patológicas.
- Trastornos del transporte de oxígeno: Insuficiencia vascular periférica, estasis venosa, trastornos cardiopulmonares.
- Déficits nutricionales: delgadez, obesidad, anemias, hipoproteinemias.
- Trastornos inmunológicos: cáncer, infección.
- Alteraciones del estado de conciencia: fármacos, confusión, coma.
- Déficit motor: ACV (accidente cerebrovascular), fracturas.
- Déficits sensoriales: pérdida de la sensibilidad térmica y dolor.
- Alteraciones de la eliminación: urinaria y fecal.

Situacionales

- Falta de higiene.
- Arrugas en la ropa.
- Objetos de roce.
- Inmovilidad por dolor, fatiga.

Del entorno

- Falta o mala utilización del material de prevención.
- Desmotivación profesional por falta de formación y/o información específica.
- Sobrecarga de trabajo.
- Falta de criterios unificados en la planificación de las curas.
- Falta de educación sanitaria de cuidadores y pacientes.
- Deterioro de la propia imagen de la enfermedad

Derivados del tratamiento

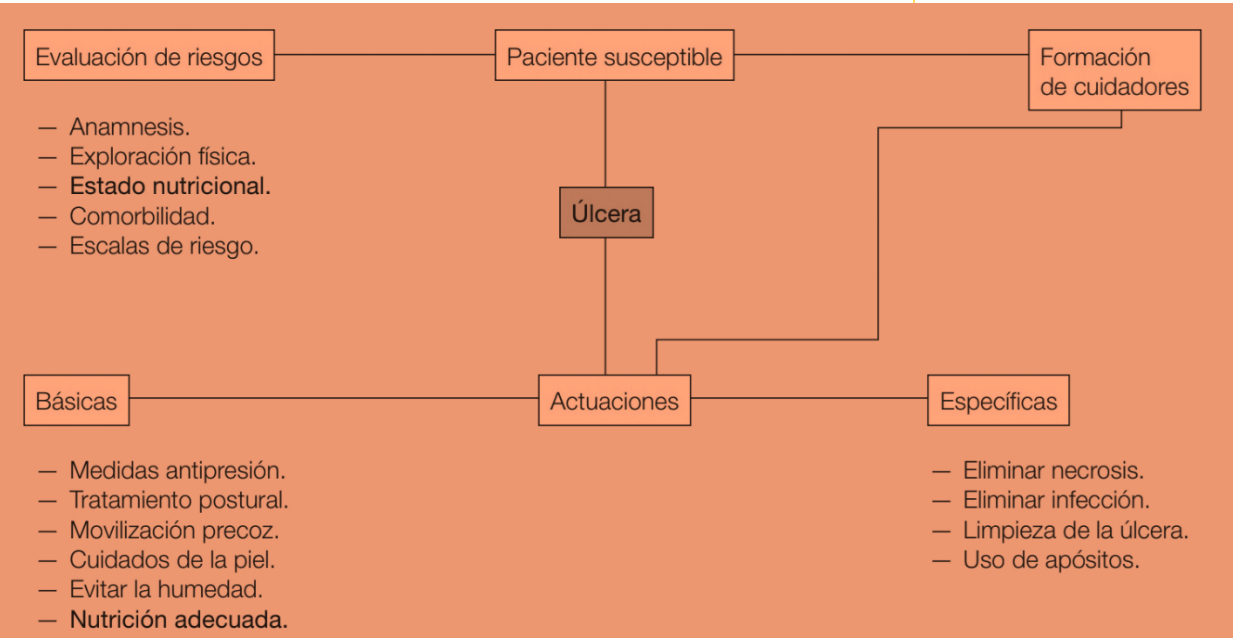
- Inmovilidad impuesta por tratamiento.
- Tratamiento inmunosupresor: radioterapia, quimioterapia.
- Sondajes con fines diagnósticos o tratamiento.

Valoración clínica

la

- Valoración del paciente.
- Valoración de la lesión.

Diagnóstico diferencial



Complicaciones

las

Complicaciones primarias

Son

- Locales
- Sistémicas

Complicaciones secundarias

Algunas

son de origen económico, como la mayor estancia hospitalaria y el aumento del costo asistencial; y otras de tipo clínico, como el retardo en la recuperación y rehabilitación, las infecciones nosocomiales y la yatrogenia

la

Prevención

Como

- Cuidados de la piel
- Cargas mecánicas
- Superficies de apoyo

Tratamiento de las úlceras por presión

Como

Valoración general del enfermo

- Prevención
- Estado nutricional
- Enfermedades concomitantes

En

Enfermedades concomitantes

las

Curas

	Estadio I	Estadio II	Estadio III	Estadio IV
Estadio de la UPP	Eritema que no palidece. Piel intacta (calor, edema e induración).	Pérdida parcial de la epidermis, dermis o ambas. Abrasión, ampolla o úlcera superficial.	Pérdida completa de la piel que implica daño o necrosis del tejido subcutáneo con presencia de exudado.	Pérdida total de la piel con destrucción extensa. Afectación muscular, ósea y estructuras de sostén. Abundante exudado.
Procedimiento general	— Identificación de la UPP y registro. — Cura: <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza úlcera con suero fisiológico [C]. • Aplicar apósito sin recortar y excediendo en al menos 3 cm del borde de la lesión. • Mantener la piel del tejido perilesional seca, manteniendo el lecho de la úlcera siempre húmedo. • Si se ha de desbridar aplicar povidona yodada en la piel circundante, dejando secar tres minutos Valoración diaria [C]. • Continuar protocolo de prevención. — Registro de la actuación realizada.			
Apósito	Hidrocoloide extrafino Hidrocoloide protector	Hidrocoloide extrafino	Hidro-regulador	Hidro-regulador
Cambios de apósito	Deterioro Evolución UPP.	Deterioro Máximo cada siete días.	Deterioro Máximo cada cuatro días.	Deterioro Máximo cada tres días.
Procedimiento específico		Si flictena: perforar con seda y seguir procedimiento. Valorar cantidad de exudado en la aplicación del apósito. Fenitoína tópica: (100 mg en 5 ml de solución salina NaCl al 09% empapar una gasa y aplicar sobre la úlcera) [C].	Si esfacelos: retirar con bisturí. Si necrosis: <ul style="list-style-type: none"> — Cortes en placa necrótica. — Desbridamiento enzimático. — Si no es eficaz desbridamiento quirúrgico. Si UPP limpia: rellenar saco ulceroso con material hidroactivo.	Igual al Estadio III
Infección	Si existe antibiograma, administración sistémica de antibióticos según prescripción médica. Cura de UPP: se realizará cada 24 horas o si existe deterioro del apósito [C]. Se seguirá el procedimiento general y además se recomienda: <ul style="list-style-type: none"> — Aplicar antisepsia previa al procedimiento cortante y esperar al menos tres minutos para permitir su actuación. — Cubrir herida con compresas húmedas estériles dejando almohadillada la zona. — Si existe presencia de mal olor y/o exudado abundante: aplicar apósito de Carbo-flex + apósito secundario. — Después de dos-cuatro semanas de seguir protocolo, si no mejora usar antibiótico tópico para limpiar la úlcera, durante dos semanas. 			

Conclusión:

Una caída se define cuando una persona aparece en el suelo o en un nivel inferior en diversas ocasiones, una parte del cuerpo se golpea contra un objeto que interrumpe la caída. Típicamente es provocado por un evento causado por un trastorno agudo que ponen en riesgo la independencia de los ancianos y causan una cascada de consecuencias individuales y socioeconómicas. Con el paso de tiempo la edad puede ver afectados los sistemas comprometidos en mantener el equilibrio y la estabilidad, por ejemplo, mientras el paciente está de pie, camina o está sentado y aumentar el riesgo de las caídas. Por otra parte, los procesos de inmovilidad nos ayudan a identificar cuando un paciente adulto mayor se encuentra en un mal estado, mediante los factores de riesgo ayudan a dar las posibles causas de que impiden la inmovilidad de un paciente, y con ello llevar una buena valoración y un tipo de tratamiento diseñado para cada adulto mayor. Se caracteriza por la reducción de la tolerancia a la capacidad física, debilidad muscular progresiva y en casos graves, pérdida de los automatismos y reflejos posturales necesarios para la deambulaci3n. En la vida en realidad no existe inmovilidad como tal como menciona el libro, aun con un paciente encamado en las 3ltimas etapas existe latente la capacidad de ser trasladados y la movilidad aut3noma pasiva o vegetativa ya sea cardiovascular, ocular, respiratoria y digestiva. Por otra parte, la inmovilidad hace dif3cil realizar actividades de la vida diaria que sol3an realizar los adultos mayores, dentro de esto nos da una forma de como manejar a un paciente con impedimentos de inmovilidad, dando un buen manejo terap3utico y rehabilitatorio. De la misma forma la inmovilidad genera ulceras en las 3reas que se encuentran en un mismo espacio ya que los pacientes suelen mantener una misma posici3n, por ende, se nos permite como valorar y tratar las diversas ulceras, dando un buen manejo y una terap3utica farmacol3gica.

Bibliografía

1. Teresa Villar San Pío, M.a Pilar Mesa Lampré, Ana Belén Esteban Gimeno, Ana Cristina Sanjoaquín Romero, Elena Fernández Arín. Alteraciones de la marcha, inestabilidad y caídas. Capítulo 19. Tratado de geriatría. Pag 199-209.
2. Rosalía Torres Haba, M.a Dolores Nieto de Haro. Inmovilidad. Capítulo 20. Tratado de geriatría. Pag 211-2016.
3. Claudia Arango Salazar, Olga Fernández Duque, Blanca Torres Moreno. Ulceras por presión. Capítulo 21. Pag 217-226