



NOMBRE DEL ALUMNA:

DOLORES HORTENCIA DOMÍNGUEZ LÓPEZ

NOMBRE DEL TEMA:

***resumen inmovilidad, retención urinaria,
inestabilidad y caídas***

3 PARCIAL

6 SEMESTRE

NOMBRE DE LA MATERIA:

Geriatría

NOMBRE DE DOCENTE: Dr. Darinel Navarro

MEDICINA HUMANA

INMOVILIDAD

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 o también la definicion la encontramos como síndrome de inmovilidad se define como el descenso de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras. Se caracteriza por la reducción de la tolerancia a la capacidad física, debilidad muscular progresiva y en casos graves, perdida 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 inmovilidad.

En la vida no existe inmovilidad como tal con alg3n paciente encamado ya que existe etapas como la etapa de latente donde la capacidad de ser trasladados y la movilidad aut3noma pasiva o vegetativa.

Factores de riesgo:

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 psicol3gicos, entre otros. El paciente geriátrico presenta una serie de características especiales que obligan a valorar y detectar problemas médicos, funcionales, psicol3gicos y sociales.

Escalas de valoraci3n:

La evaluaci3n geriátrica integral es un proceso diagn3stico multidisciplinar, dinámico, y pluridimensional, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales, que provocan alteraciones que con frecuencia llevan al adulto mayor a la incapacidad como a la inmovilidad.

a) 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

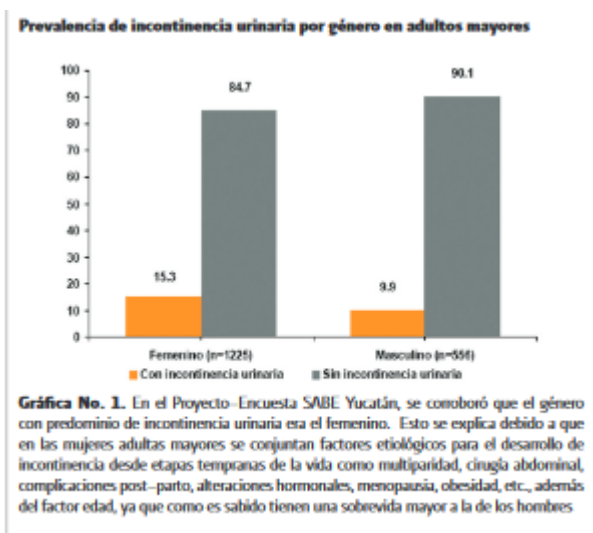
Etiquetas diagn3sticas de riesgo en el paciente con síndrome de inmovilidad

- Riesgo de caídas
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
- Riesgo de disfunci3n neurovascular periférica
- Riesgo de estreñimiento
- Riesgo de síndrome de desuso
- Riesgo de aislamiento social

INCONTINENCIA URINARIA

La incontinencia urinaria (IU) es un síndrome común en la etapa de la vejez ya que su etiología obedece a múltiples factores que coinciden en los adultos mayores, sin embargo y a pesar de ser común en este grupo etario, no debe ser tomada como una situación normal o esperada ya que no es un resultado inevitable del proceso de envejecimiento. Su presencia es anormal a cualquier edad, grado de movilidad y situación mental o física, generando frecuentemente, sentimientos de vergüenza, retraimiento, estigmatización y regresión, es por ello, que habitualmente el paciente con incontinencia urinaria no acude al médico por este problema, ni facilita la información de manera voluntaria para poder elaborar el diagnóstico, produciéndose en el paciente adulto mayor, múltiples problemas psicológicos, sociales, higiénicos y médicos, mismos que contribuyen a promover el aislamiento social. Esta serie de problemas hacen de la IU un síndrome heterogéneo que debe ser abordado, en su momento, por un equipo multidisciplinario, además de buscarse intencionadamente desde el primer nivel de atención, ya que en muchos casos es tratable y dependiendo de la causa, puede ser curable. Por todo lo anterior, es de primordial importancia en la valoración clínica integral, interrogar a todo paciente adulto mayor, si en su vida cotidiana existe pérdida involuntaria de orina, cambios en la frecuencia con que acude a orinar o bien tiene que utilizar un protector, toalla o paño higiénico.

Ya que IU, es la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, que es objetivamente demostrable y cuya cantidad o frecuencia constituye un problema higiénico, social y de salud. Puede variar desde una fuga ocasional hasta la incapacidad total para retener cualquier cantidad de orina. De acuerdo a una cierta grafica la IU en la PAM que viven en la comunidad, la prevalencia de IU es de 13.6% siendo la más alta en lo que son mujer que en relación con los hombres.



De Esfuerzo: Este término se refiere a la pérdida involuntaria de orina seguido al aumento de la presión intra-abdominal en ausencia de contracción del detrusor.

Con Urgencia: Se caracteriza por incontinencia debida a contracciones involuntarias del detrusor durante la fase de llenado, y que pudiese ser espontánea o provocada, es acompañada o inmediatamente precedida por urgencia que es el deseo súbito e inminente de expulsar orina y difícil de dominar, de este hecho se explica su nombre.

Por Rebosamiento: Aquí se presenta un volumen residual excesivo resultante de la retención urinaria secundaria a causas neurogénicas u anatómicas. Se produce pérdida de orina, generalmente de pequeños volúmenes, que es secundaria a una dificultad del vaciamiento vesical por obstrucción mecánica o falla vesical.

CUADRO CLINICO

se debe remarcar que la IU en el adulto mayor, constituye un síndrome heterogéneo cuyas manifestaciones clínicas no se circunscriben sólo a la “pérdida involuntaria de orina, objetivamente demostrable”; sino que deben considerarse en la integración diagnóstica todo el cortejo sindromático y “extraurinario” que pudiese acompañarla; ya que esto puede constituir un fuerte auxiliar para encontrar la etiología y en consecuencia iniciar un tratamiento adecuado. Debido a que las manifestaciones de la incontinencia urinaria de etiología urológica son similares en el adulto joven y el adulto mayor.

Infecciones del tracto urinario: Disuria, poliaquiuria, pujo y tenesmo vesical, prurito, fiebre y malestar general son datos clínicos característicos de una infección del tracto urinario, sin embargo, en el adulto mayor, es posible que el síndrome febril se encuentre ausente y como primera manifestación de infección urinaria se presenten episodios súbitos de incontinencia.

Vaginitis o uretritis atrófica: Son comunes entre las mujeres adultas mayores y pueden cursar con disuria, urgencia y aumento en la frecuencia de la micción lo que puede contribuir a la incontinencia, además de lo anterior, los signos clínicos incluyen eritema localizado aumento de la vascularidad en los labios menores así como el epitelio vaginal, Petequias y friabilidad.

Grupo Farmacológico	Mecanismo para la producción de incontinencia
Antihipertensivos (Prazosina, terazosina, alfametildopa, reserpina)	Disminución de la presión uretral
Antipsicóticos (Tioridazina, clorpromazina, haloperidol, clozapina)	Sedación del paciente
Benzodicepinas (Diacepam, clonazepam, bromacepam)	Sedación del paciente
Diuréticos (Furosemida, hidroclorotiacida)	Aumento de la producción de orina y en consecuencia aumento de la presión intravesical- poliaquiuria, urgencia
Fármacos con efecto anticolinérgico (Cisaprida, osetiprina)	Retención urinaria, impactación fecal, deterioro de la atención y otras funciones mentales superiores
Antihipertensivos inhibidores de la ECA (Captopril, esartapril)	Efectos indirectos como la generación de tos
Antidresivos (Amitriptilina, fluoxetina, citalopram)	Sedación, delirium, efectos anticolinérgicos
Otras sustancias activas como cafeína y alcohol.	Irritación vesical, poliuria, poliaquiuria, delirium, inmovilidad.

En todos los pacientes se debe realizar un interrogatorio completo y detallado, respecto al inicio de la incontinencia y posibles factores desencadenantes, precipitantes, exacerbanes y/o atenuantes, las manifestaciones clínicas asociadas, el listado completo de los medicamentos utilizados por el paciente

INESTABILIDAD Y CAIDAS

la inestabilidad de la marcha y las caídas configuran uno de los principales motivos de consulta de la población geriátrica, y la causa más frecuente de accidente en este grupo. Se define caída en el adulto mayor a la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al paciente al suelo o a otro nivel inferior en contra de su voluntad. Cerca del 30% de los adultos mayores de 65 años experimentan una caída cada año. Durante la primera caída, hasta un 25% de los pacientes mayores experimentan complicaciones significativas, tales como fracturas, traumatismos craneoencefálicos, lesión medular, síndrome poscaída y lesiones de los tejidos blandos, adicionalmente, el riesgo de presentar un segundo episodio asciende el 66% durante el primer año poscaída

FACTORES DE RIESGO

Intrínseco: son propios que serán determinados por los cambios fisiológicos de la edad.

- Disminución de la agudeza visual
- Sordera
- Enf. Aguda o crónica
- Polimedicación
- Aspectos psicosociales

Extrínsecos: corresponde a los llamados factores ambientales del entorno arquitectónico

- Barreras arquitectónicas en el domicilio
- Sedentarismo

CONSECUENCIAS DE LAS CAIDAS

Aproximadamente se producen fracturas en un 6% de las caídas, siendo la fractura de cadera la más frecuente de todas y la que mayor morbimortalidad genera. El pronóstico va a depender en parte a los factores de riesgo y del tiempo de permanencia en el suelo, empeorando este cuando el tiempo es superior a los 60 minutos. La dificultad para levantarse se produce en el 50% de los pacientes, lo cual puede provocar deshidratación, infecciones y trastornos psicológicos. Las consecuencias comprenden:

- Limitación funcional que puede llevar a la inmovilidad con todas sus complicaciones,
- Síndrome Post-caída, caracterizado por la falta de confianza del paciente en si mismo, por miedo a volver a caerse y la restricción de la deambulaci3n, llegando al aislamiento y a la depresi3n.

MEDIDAS DE PREVENCI3N

Lo más eficaz es realizar una intervenci3n multifactorial, el cual se puede dividir en tres grandes rangos de prevenci3n

Prevenci3n primaria: el objetivo es evitar la caída

Prevención secundaria: conocer y reducir factores de riesgo

Prevención terciaria: disminuir las consecuencias producidas por las caídas

bibliografías

Alvares rodrigues L. síndrome de caídas en el adulto mayor, revista medica de costa rica y centroamericana LXXI (2015), 807-810 pp

Páginas web:

- Instituto gerontológico de salud. <http://www.igerontologico.com/salud/sindromes-geriatricos/caidas-6444.htm>

<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/703GRR.pdf>

http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/Guia_primer_nivel_incontinencia_urinaria.pdf