

LICENCIATURA EN ENFERMERIA



ALUMNO: Bautista Molina Gabino Gabriel

**Materia:
ENFERMERIA GERONTOGERIATRICA**

**Maestr@:
E.E.Qx. Miguel Angel Lopez Lopez**

**Grado:
6to Cuatrimestre**

Fecha:17/06/2024

UNIDAD IV ALTERACIONES GERIÁTRICAS

Alteraciones musculo-esqueléticas

Artritis reumatoide

La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria sistémica autoinmune, caracterizada por una inflamación persistente de las articulaciones, que típicamente afecta a las pequeñas articulaciones de manos y pies, produciendo su destrucción progresiva y generando distintos grados de deformidad e incapacidad funcional. La artritis reumatoide es un trastorno inflamatorio crónico que puede afectar no solo tus articulaciones. En algunas personas, el trastorno también puede dañar una gran variedad de sistemas del cuerpo, como la piel, los ojos, los pulmones, el corazón y los vasos sanguíneos. A diferencia del desgaste que provoca la artrosis, la artritis reumatoide afecta el revestimiento de las articulaciones, lo que produce una hinchazón dolorosa que, finalmente, puede causar erosión ósea y deformidad de la articulación.

Síntomas

Los signos y síntomas de la artritis reumatoide pueden incluir los siguientes:

- Articulaciones doloridas, calientes e hinchadas
- Rigidez de las articulaciones que generalmente empeora a la mañana y después de un tiempo de inactividad
- Fatiga, fiebre y pérdida de peso

Alrededor del 40 por ciento de las personas que tienen artritis reumatoide también experimentan signos y síntomas que no están relacionados con las articulaciones. La artritis reumatoide puede afectar muchas estructuras diferentes de las articulaciones, por ejemplo, las siguientes:

- Piel • Ojos • Pulmones • Corazón • Riñones • Glándulas salivales • Tejido nervioso • Médula ósea • Vasos sanguíneos

Artrosis

También denominada osteoartritis, osteoartritis (OA) e, incluso, enfermedad articular degenerativa, según la Sociedad Española de Reumatología (SER) podemos considerar la artrosis como una patología articular degenerativa caracterizada por un proceso de deterioro del cartílago, con reacción proliferativa del hueso subcondral e inflamación de la membrana sinovial.

ETIOPATOGENIA

El elemento clave en la homeostasis del cartilago es el condrocito, responsable del metabolismo de la matriz cartilaginosa en el que la síntesis y la destrucción deben guardar un equilibrio.

Es importante diferenciarla de la artritis, ya que en ésta es la inflamación la causante de la enfermedad y en la artrosis es el "desgaste". Son dos enfermedades que cursan con dolor, en ocasiones hinchazón y rigidez, pero en la artrosis el dolor es de tipo mecánico (es decir, se desencadena con los movimientos y mejora con el reposo).

Fracturas

Una fractura es una ruptura, generalmente en un hueso. Si el hueso roto rompe la piel, se denomina fractura abierta o compuesta.

Tipos de fracturas óseas son los siguientes:

- Oblicua - fractura en ángulo con el eje del hueso.
- Conminuta - fractura en muchos fragmentos relativamente pequeños.
- Espiral - fractura dispuesta alrededor del eje del hueso.
- Compuesta o abierta - fractura que rompe la piel.

Los síntomas de una fractura son:

- Dolor intenso.
- Deformidad: La extremidad se ve fuera de lugar.
- Hinchazón.
- Hematomas.
- Dolor alrededor de la herida.
- Problemas al mover la extremidad. Diagnóstico

• Pueden diagnosticarse partir de una historia clínica y una exploración física.

• Radiografía

• Gammagrafía ósea.

• Imágenes por resonancia magnética (IRM).

Prevención

- Incluir regularmente alimentos ricos en calcio y vitamina D en tu dieta.
- Evitar la vida sedentaria ejercitándonos al menos 30 minutos diarios.
- Realizar ejercicio físico moderado.(para evitar estrés).
- Visita a tu médico para saber el real estado de salud de tus huesos.
- Usa zapatos cómodos y con suela antideslizante

Osteoporosis

La osteoporosis es una enfermedad en la que la masa ósea está disminuida, se afecta la microarquitectura del hueso y hay un aumento de la fragilidad ósea. Esta combinación patológica aumenta el riesgo de fractura principalmente en la cadera, columna y muñeca.

La osteoporosis se puede dividir en:

- Primaria
- Secundaria

Enfermedades más comunes que causan osteoporosis secundaria:

- Insuficiencia renal
- Insuficiencia hepática
- Mieloma múltiple
- Hiperparatiroidismo
- Hipertiroidismo

PATOGENESIS

En todos los tipos de osteoporosis la anomalía básica es una alteración de la secuencia de remodelación ósea normal a nivel tisular en la que:

- La reabsorción ósea excede a la formación.
- Hay una pérdida de cantidad de masa ósea.
- Aumenta el riesgo de fractura, ya que la masa ósea es el determinante principal del riesgo de fractura.

FACTORES DE RIESGO

Si bien no existen factores patogénicos específicos, hay once factores de riesgo para osteoporosis que actúan de modo independiente o por combinación de ellos. Los más importantes son:

- Privación de estrógenos.
- Déficit de calcio.
- Inactividad.
- No haber alcanzado el nivel de masa ósea máximo durante la adolescencia.

Los enfermos se pueden clasificar de tres maneras:

- 1) Paciente asintomático que posee factores de riesgo aumentados para osteoporosis.
- 2) El paciente con FRACTURAS por osteoporosis.
- 3) El paciente con osteoporosis que presenta LUMBAGO.

EPIDEMIOLOGÍA

Es una enfermedad común en los mayores de 50 años. La prevalencia de fracturas por compresión vertebral en población caucásica es del 20% en las mujeres postmenopáusicas. La incidencia de las fracturas de cadera aumenta exponencialmente después de los 50 años en las mujeres y después de los 60 en los hombres. A un tercio de todas las mujeres de más de 80 años se les fracturará la cadera. Para una mujer el riesgo de fractura de cadera durante su vida es del 15%. La mortalidad por fractura de cadera es alta, varía entre 15% y 37% en el año que sigue a la fractur

Consecuencias Sistema Cardiovascular: disminución de la tolerancia al ejercicio, reducción del volumen circulante y de la reserva funcional, trombosis venosa.

Sistema Respiratorio: Disminución de la capacidad vital, aumento producción de secreciones, se altera la movilidad ciliar y reflejo tusígeno, neumonías por aspiración.

Sistema Musculosquelético: La Pérdida de fuerza muscular, calculada en un 20% semanal.

Sistema Genitourinario: Retención, incontinencia, cálculos, infecciones urinarias.

Sistema Nervioso: Deprivación sensorial, mayor deterioro cognitivo, alteración del equilibrio y la coordinación, trastornos de la atención y falta de motivación.

Sistema Digestivo: trastornos de la deglución y enlentecimiento digestivo, tendencia al reflujo gastroesofágico, impacción fecal.

Piel: Áreas cutáneas dolorosas y eritematosas, maceración y atrofia, úlceras por presión (principal complicación de la inmovilidad).

Síndrome de inmovilidad en el adulto mayor

El 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.

Síndrome de Inmovilidad

Problema geriátrico caracterizado por una reducción marcada de la tolerancia al ejercicio (respuesta taquicardizante, hipertensión arterial, disnea), progresiva debilidad muscular y en casos extremos, pérdida de los automatismos y reflejos posturales que imposibilitan la deambulaci3n.

Clasificaci3n Inmovilidad

- Relativa
- Absoluta

Casusa

- Falta de fuerza o debilidad

- La rigidez

- Alteraciones del equilibrio

- Reposo prolongado en cama

- Caídas

- Fracturas

- Enfermedades reumatológicas

- Enfermedades musculoesqueléticas

- Enfermedades cardíacas y respiratorias

- Mala nutrici3n

Consecuencias Sistema Cardiovascular: disminución de la tolerancia al ejercicio, reducción del volumen circulante y de la reserva funcional, trombosis venosa.

Sistema Respiratorio: Disminuci3n de la capacidad vital, aumento producci3n de secreciones, se altera la movilidad ciliar y reflejo tusígeno, neumonías por aspiraci3n.

Sistema Musculosquelético: La Pérdida de fuerza muscular, calculada en un 20% semanal.

Sistema Genitourinario: Retenci3n, incontinencia, cálculos, infecciones urinarias.

Sistema Nervioso: Deprivaci3n sensorial, mayor deterioro cognitivo, alteraci3n del equilibrio y la coordinaci3n, trastornos de la atenci3n y falta de motivaci3n.

Sistema Digestivo: trastornos de la degluci3n y enlentecimiento digestivo, tendencia al reflujo gastroesofágico, impacci3n fecal.

Piel: Áreas cutáneas dolorosas y eritematosas, maceraci3n y atrofia, úlceras por presi3n (principal complicaci3n de la inmovilidad).

La temperatura corporal se mantiene en unos márgenes muy estrechos, regulada por una serie de mecanismos complejos coordinados en el hipotálamo anterior.

Regulaci3n de la temperatura corporal

La temperatura corporal es la resultante de un balance entre la producci3n y la eliminaci3n de calor.

Emanaci3n 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 exposici3n a temperaturas ambientales bajas y sin lesi3n de los centros termorreguladores4,5.

Etiología de la hipotermia accidental

Pueden diferenciarse dos causas fundamentales de hipotermia accidental que, con frecuencia, existen de forma simultánea: 1) la p3rdida excesiva de calor por exposici3n ambiental y 2) la producci3n insuficiente del mismo por disminuci3n del metabolismo, trastornos de la termorregulaci3n o inducida por fármacos.

Fisiopatología de la hipotermia

La hipotermia produce un amplio abanico de alteraciones fisiológicas nocivas que se resumen en la tabla 3. En términos generales, el efecto neto es un enlentecimiento y depresi3n progresivos de las funciones vitales, que conduce a un colapso circulatorio con hipoxia tisular, acidosis láctica, insuficiencia renal y hepática, alteraciones de la coagulaci3n y del nivel de conciencia, secuestro de líquidos y deshidrataci3n.

Tratamiento de la hipotermia

Una de las tareas más complicadas ante un paciente con hipotermia grave es certificar su muerte, ya que los signos de muerte en el paciente normotérmico no tienen utilidad en esta circunstancia.

Trastornos por exposici3n al calor

La patología asociada a la exposici3n a temperaturas ambientales elevadas es relativamente frecuente en nuestro medio, sobre todo en los meses de verano15. Existen amplios sectores de la poblaci3n susceptibles a los efectos del calor, bien por realizar actividades físicas intensas en circunstancias ambientales adversas, o bien por presentar alguno de los factores predisponentes a los trastornos por calor.

Alteraciones de la termorregulaci3n

Síndromes menores por exposici3n al calor

Existen una serie de síndromes por exposici3n al calor en los que, en general, los mecanismos de regulaci3n de la temperatura corporal permanecen intactos.

Edemas por calor

Son edemas con fóvea de extremidades que aparecen tras exposici3n al calor, desaparecen tras la aclimataci3n y mejoran con medidas posturales.

Tetania por calor

Puede ocurrir en el contexto del agotamiento por calor o del golpe de calor (GC), o bien en pacientes que no presentan otra sintomatología.

Calambres por calor

Son calambres musculares asociados a la realizaci3n de ejercicio físico intenso, con sudoraci3n profusa, en un entorno cálido.

Síncope por calor

Representa una forma clínica peculiar de hipotensi3n ortostática.

Agotamiento por calor

Es un cuadro intermedio entre los anteriores y el GC, lo que refleja el solapamiento clínico existente entre estos síndromes.

Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas típicas del GC incluyen hipotermia extrema (> 41 °C), alteraci3n del nivel de conciencia, que puede llegar al coma, y anhidrosis20,22.

Hipotermia maligna

La hipotermia maligna (HM) es una enfermedad muy rara del músculo esquelético, que clínicamente se caracteriza por rigidez muscular, hipertermia y rhabdomi3lisis, precipitadas por la exposici3n a anestésicos halogenados inhalados (halotano, enflurano, isoflurano) y relajantes musculares despolarizantes (succinilcolina, decametonio).

Trastornos por exposici3n al calor

La patología asociada a la exposici3n a temperaturas ambientales elevadas es relativamente frecuente en nuestro medio, sobre todo en los meses de verano15. Existen amplios sectores de la poblaci3n susceptibles a los efectos del calor, bien por realizar actividades físicas intensas en circunstancias ambientales adversas, o bien por presentar alguno de los factores predisponentes a los trastornos por calor.

Piel: Áreas cutáneas dolorosas y eritematosas, maceraci3n y atrofia, úlceras por presi3n (principal complicaci3n de la inmovilidad).

Vértigo

La trascendencia que tienen los trastornos del equilibrio en el anciano está determinada por dos factores principales: el aumento de la poblaci3n 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.

Generalidades

El vértigo se define como la expresi3n subjetiva de la p3rdida de orientaci3n espacial. El mantenimiento de ciertas coordenadas espaciales y del equilibrio corporal son el resultado de la integraci3n en el sistema nervioso central de informaci3n proveniente de receptores vestibulares periféricos integrados, a su vez, por el utrículo, el sáculo y los canales semicirculares, informaci3n procedente a su vez de los propioceptores del aparato osteomusculoesquelético y las aferencias ópticas.

Lo que parece claro es que si no hay sensaci3n de movimiento, de que gira a una velocidad importante, no hay vértigo. De forma habitual y desde los puntos de vista clínico y etiológico se acepta la clasificaci3n del vértigo en 2 tipos:

- 1.- Vértigo central.
- 2.- Vértigo periférico

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

El diagnóstico de vértigo es fundamentalmente clínico. Para el médico de Atención Primaria como para el médico especialista, la anamnesis es la herramienta más potente de que dispone para el diagnóstico.

VALORACI3N INICIAL Y SEGUIMIENTO.

Tras realizar una anamnesis en profundidad es imperativo llevar a cabo una exploraci3n física:

- a) General.
- b) ORL.
- c) Otoneurrológica.
- d) Neurológica.

TRATAMIENTO

En principio y durante la fase aguda, en ausencia de focalidad neurológica, resultará prioritario tranquilizar al paciente y conseguir las condiciones ambientales apropiadas para el reposo y la adopci3n de una postura que disminuya el vértigo. Conviene desdramatizar la situaci3n. Disponemos de distintos fármacos que alivian los síntomas y acortan la clínica.

Existen distintos grupos farmacológicos que enumeramos a continuaci3n y que deben ser usados en funci3n de los síntomas y las características del paciente:

- Neurolépticos fenotiacínicos
- Antihistamínicos anticolinérgicos como el po3ular dimenhidrinato, conocido por su acci3n preventiva de la cinetosis.
- Benzodiacepinas como el diazepam y el clorzepato dipotásico.
- Antagonistas del calcio como la flunarizina y la cinarizina. • Sustancias como el sulpiride o análogos de la histamina como la betahistina.
- Dieta absoluta.
- Fármacos

Vértigo

La trascendencia que tienen los trastornos del equilibrio en el anciano está determinada por dos factores principales: el aumento de la poblaci3n 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.

Generalidades

El vértigo se define como la expresi3n subjetiva de la p3rdida de orientaci3n espacial. El mantenimiento de ciertas coordenadas espaciales y del equilibrio corporal son el resultado de la integraci3n en el sistema nervioso central de informaci3n proveniente de receptores vestibulares periféricos integrados, a su vez, por el utrículo, el sáculo y los canales semicirculares, informaci3n procedente a su vez de los propioceptores del aparato osteomusculoesquelético y las aferencias ópticas.

Lo que parece claro es que si no hay sensaci3n de movimiento, de que gira a una velocidad importante, no hay vértigo. De forma habitual y desde los puntos de vista clínico y etiológico se acepta la clasificaci3n del vértigo en 2 tipos:

- 1.- Vértigo central.
- 2.- Vértigo periférico

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

El diagnóstico de vértigo es fundamentalmente clínico. Para el médico de Atención Primaria como para el médico especialista, la anamnesis es la herramienta más potente de que dispone para el diagnóstico.

VALORACI3N INICIAL Y SEGUIMIENTO.

Tras realizar una anamnesis en profundidad es imperativo llevar a cabo una exploraci3n física:

- a) General.
- b) ORL.
- c) Otoneurrológica.
- d) Neurológica.

TRATAMIENTO

En principio y durante la fase aguda, en ausencia de focalidad neurológica, resultará prioritario tranquilizar al paciente y conseguir las condiciones ambientales apropiadas para el reposo y la adopci3n de una postura que disminuya el vértigo. Conviene desdramatizar la situaci3n. Disponemos de distintos fármacos que alivian los síntomas y acortan la clínica.

Existen distintos grupos farmacológicos que enumeramos a continuaci3n y que deben ser usados en funci3n de los síntomas y las características del paciente:

- Neurolépticos fenotiacínicos
- Antihistamínicos anticolinérgicos como el po3ular dimenhidrinato, conocido por su acci3n preventiva de la cinetosis.
- Benzodiacepinas como el diazepam y el clorzepato dipotásico.
- Antagonistas del calcio como la flunarizina y la cinarizina. • Sustancias como el sulpiride o análogos de la histamina como la betahistina.
- Dieta absoluta.
- Fármacos

Vértigo

La trascendencia que tienen los trastornos del equilibrio en el anciano está determinada por dos factores principales: el aumento de la poblaci3n 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.

Generalidades

El vértigo se define como la expresi3n subjetiva de la p3rdida de orientaci3n espacial. El mantenimiento de ciertas coordenadas espaciales y del equilibrio corporal son el resultado de la integraci3n en el sistema nervioso central de informaci3n proveniente de receptores vestibulares periféricos integrados, a su vez, por el utrículo, el sáculo y los canales semicirculares, informaci3n procedente a su vez de los propioceptores del aparato osteomusculoesquelético y las aferencias ópticas.

Lo que parece claro es que si no hay sensaci3n de movimiento, de que gira a una velocidad importante, no hay vértigo. De forma habitual y desde los puntos de vista clínico y etiológico se acepta la clasificaci3n del vértigo en 2 tipos:

- 1.- Vértigo central.
- 2.- Vértigo periférico

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

El diagnóstico de vértigo es fundamentalmente clínico. Para el médico de Atención Primaria como para el médico especialista, la anamnesis es la herramienta más potente de que dispone para el diagnóstico.

VALORACI3N INICIAL Y SEGUIMIENTO.

Tras realizar una anamnesis en profundidad es imperativo llevar a cabo una exploraci3n física:

- a) General.
- b) ORL.
- c) Otoneurrológica.
- d) Neurológica.

TRATAMIENTO

En principio y durante la fase aguda, en ausencia de focalidad neurológica, resultará prioritario tranquilizar al paciente y conseguir las condiciones ambientales apropiadas para el reposo y la adopci3n de una postura que disminuya el vértigo. Conviene desdramatizar la situaci3n. Disponemos de distintos fármacos que alivian los síntomas y acortan la clínica.

Existen distintos grupos farmacológicos que enumeramos a continuaci3n y que deben ser usados en funci3n de los síntomas y las características del paciente:

- Neurolépticos fenotiacínicos
- Antihistamínicos anticolinérgicos como el po3ular dimenhidrinato, conocido por su acci3n preventiva de la cinetosis.
- Benzodiacepinas como el diazepam y el clorzepato dipotásico.
- Antagonistas del calcio como la flunarizina y la cinarizina. • Sustancias como el sulpiride o análogos de la histamina como la betahistina.
- Dieta absoluta.
- Fármacos

Síncope

El síncope, definido como una p3rdida transitoria de conciencia que cursa con recuperaci3n espontánea y sin secuelas que se debe a una hipoperfusi3n cerebral general y transitoria, es un cuadro clínico muy prevalente.

Con el objetivo de intentar estandarizar y optimizar el manejo diagnóstico y terapéutico de estos pacientes, en los últimos años se han publicado varias guías de actuaci3n clínica sobre el síncope A pesar de ello, sigue habiendo aspectos no resueltos, así como nuevas aportaciones, que hacen que el manejo de los pacientes con síncope siga siendo, en no pocas ocasiones, un reto de difícil respuesta.

Definici3n 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 definici3n se incluían los conceptos fundamentales del síncope, es decir, que hubiera p3rdida de conciencia, que dicha p3rdida de conciencia fuera transitoria y que el paciente se recuperara de ella espontáneamente, sin necesidad de una intervenci3n terapéutica y sin secuelas. Asimismo, en esa definici3n se estableció que, para que un episodio de p3rdida transitoria de conciencia se pudiera etiquetar de síncope, el mecanismo tenía que ser una hipoperfusi3n cerebral transitoria.

Síncope y epilepsia

Desde el punto de vista de la descripci3n clínica, ambas entidades comparten muchas de las características que definen los episodios sincopales, ya que en la epilepsia hay p3rdida de conciencia transitoria de la que el paciente se recupera espontáneamente y sin secuelas.

Síncope y caídas

Otra entidad que hay que diferenciar del síncope es la de las caídas accidentales (falls en la literatura médica inglesa). 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 p3rdida importante de independencia y de calidad de vida.

Seudósíncope psiquiátrico

Hay pacientes que presentan episodios de caídas con aparente falta de conexi3n con el medio y en los que no hay alteraci3n de perfusi3n cerebral.

Estratificaci3n de riesgo y diagn3stico etiológico

Una vez se ha confirmado que lo que el paciente ha presentado es un síncope se debe valorar la actitud diagn3stica.

Clasificaci3n etiológica

El síncope puede deberse a tres diferentes etiologías un mecanismo reflejo o neuromediado, un origen cardíaco que puede producirse por una arritmia o algún tipo de cardiopatía estructural, o hipotensi3n ortostática que puede deberse a una disfunci3n autonómica primaria, secundaria a una patología de base o desencadenada por fármacos hipotensores o hipovolemia.

Síncope

El síncope, definido como una p3rdida transitoria de conciencia que cursa con recuperaci3n espontánea y sin secuelas que se debe a una hipoperfusi3n cerebral general y transitoria, es un cuadro clínico muy prevalente.

Con el objetivo de intentar estandarizar y optimizar el manejo diagnóstico y terapéutico de estos pacientes, en los últimos años se han publicado varias guías de actuaci3n clínica sobre el síncope A pesar de ello, sigue habiendo aspectos no resueltos, así como nuevas aportaciones, que hacen que el manejo de los pacientes con síncope siga