

COMPETENCIAS DE TCAE EN EL MANEJO DE ANCIANOS. FUNCIONES DE GERIATRÍA

GUÍA DIDÁCTICA

Modalidad del curso: Online

Se enviará a su correo electrónico el temario en PDF y el examen.

Cuando finalice el curso nos debe enviar las respuestas a cursos@sinfsa.com,

Cuando se compruebe que ha superado el 70% del examen se le enviará un correo electrónico de confirmación.

Durante la realización del curso podrá resolver dudas, propias del curso, a través del correo electrónico: cursos@sinfsa.com en el asunto del email, se especificará cual es el curso sobre el que se tiene la duda.

Horas de la acción formativa:

El curso constará de 125 horas lectivas en modalidad online.

Objetivos del curso

• Objetivos Generales

- Formar a los trabajadores en materias que incorporen un cierto grado de especialización, y que capaciten para desarrollar competencias y cualificaciones en puestos de trabajo que conlleven cierto grado de responsabilidad de concepción y de dirección y/o gestión.
- Mejorar la calidad y atención al paciente dotando de mayor cualificación a los profesionales sanitarios.
- El objetivo del curso es aplicar los cuidados auxiliares de enfermería según las necesidades bio-psico-sociales del anciano en los diferentes ámbitos de atención, así como realizar el control de los recursos materiales y la organización de la unidad/servicio.

• Objetivos Específicos

- Aplicar la asistencia especializada en el anciano.
- Aplicar las técnicas de cuidado básico al anciano, atendiendo sus necesidades fundamentales como ser bio-psico-sociales.

- Aplicar las técnicas de comunicación necesarias para establecer el contacto con pacientes, familiares y personal colaborador.
- Reconocer las características del lenguaje en la vejez, describir las patologías que afectan un funcionamiento normal de las partes implicadas en el lenguaje y familiarizarse con programas de intervención.
- Realizar una introducción al constructo “calidad de vida”.

Bloques de contenidos de la acción formativa

UNIDAD DIDÁCTICA 1: INTRODUCCIÓN Y CONCEPTOS.

- Introducción.
- Conceptos Generales.
 - Geriatría.
 - Gerontología.
 - Envejecimiento.

UNIDAD DIDÁCTICA 2: CAMBIOS EN EL ENVEJECIMIENTO.

- Cambios en los órganos de los sentidos.
- Cambios en el Sistema Cardiovascular.
- Cambios en el Sistema Nervioso.
- Cambios en el Sistema Respiratorio.
- Cambios en el Aparato Digestivo.
- Cambios en el Aparato Locomotor.
- Cambios en el Sistema Excretor.
- Cambios en el Aparato Genital.

UNIDAD DIDÁCTICA 3: ATENCIÓN AL PACIENTE GERIÁTRICO

- Centros de asistencia al anciano.
 - Centros de Día.
 - Residencias.
- Ayuda a domicilio.
- Teleasistencia.

UNIDAD DIDÁCTICA 4: SÍNDROMES GERIÁTRICOS.

- Deterioro cognitivo.
- Trastorno depresivo.
- Delirio
- Inestabilidad y caídas.
- Inmovilización y úlceras por presión.
- Malnutrición.
- Estreñimiento.
- Incontinencia urinaria.
- Incontinencia fecal.

Índice:

UNIDAD DIDÁCTICA 1: INTRODUCCIÓN Y CONCEPTOS.

Introducción y conceptos.....pág 4

UNIDAD DIDÁCTICA 2: CAMBIOS EN EL ENVEJECIMIENTO.

Cambios en los órganos de los sentidos.....pág 13

Cambios en el Sistema Cardiovascular.....pág 16

Cambios en el Sistema Nervioso.....pág 18

Cambios en el Sistema Respiratorio.....pág 19

Cambios en el Aparato Digestivo.....pág 19

Cambios en el Aparato Locomotor.....pág 21

Cambios en el Sistema Excretor.....pág 23

Cambios en el Aparato Genital.....pág 23

UNIDAD DIDÁCTICA 3: ATENCIÓN AL PACIENTE GERIÁTRICO

Centros de asistencia al anciano.....pág 25

Ayuda a domicilio.....pág 35

Teleasistencia.....pág 37

UNIDAD DIDÁCTICA 4: SÍNDROMES GERIÁTRICOS.

Deterioro cognitivo.....pág 39

Trastorno depresivo.....pág 42

Delirio.....pág 45

Inestabilidad y caídas.....pág 46

Inmovilización y úlceras por presión.....pág 48

Malnutrición.....pág 50

Estreñimiento.....pág 51

Incontinencia urinaria.....pág 52

Incontinencia fecal.....pág 53

Bibliografía.....pág 55

UNIDAD DIDÁCTICA 1: INTRODUCCIÓN Y CONCEPTOS.

1.- CONCEPTOS

Edades de interés geriátrico	
45 – 60 años	Edad de en medio
60 – 72 años	Senectud gradual
72 – 90 años	Vejez declarada
Más de 90 años	Grandes viejos

A) ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso gradual y continuo de cambio natural que se inicia en la edad adulta temprana. Durante la edad mediana temprana muchas funciones del cuerpo comienzan a disminuir gradualmente.

Proceso de cambios morfofuncionales que se producen en el ser vivo en relación al paso del tiempo. Dicho proceso de envejecimiento puede ser contemplado desde dos perspectivas principales, la referida a los cambios fisiológicos o esperados para todos los individuos independientemente de sus experiencias vitales, o la referida a los cambios patológicos, propios de cada individuo y relacionados con las alteraciones del equilibrio orgánico en relación al desarrollo de procesos morbosos. En el proceso de envejecimiento van a intervenir múltiples factores, tanto genéticos, como ambientales. Se estima que únicamente entre el 20 y el 25% de la variabilidad en la edad de fallecimiento vendrá determinado por los factores genéticos, de los cuales unos se constituirán en factores de supervivencia, mientras que otros serán factores predisponentes para el padecimiento de ciertas enfermedades crónicas, entre las que podríamos destacar las enfermedades coronarias, algunos tipos de cáncer, la diabetes mellitus o algunas demencias como la enfermedad de Alzheimer.

Envejecer es un hecho incuestionable que va a afectar a todas las especies, dependiendo, en gran medida, del estado en el que lleguemos a edades avanzadas y de la forma en la que hayamos vivido en los años anteriores; considerando, además, la posibilidad de incrementar nuestra supervivencia modificando los hábitos anómalos. De las personas mayores, considerando como tales, de acuerdo a la concepción general, a aquellas cuya edad se encuentra por encima de los 65 años, unas van a envejecer de acuerdo a lo esperado (envejecimiento fisiológico), mientras que otras van a presentar un estado de salud más frágil, resultado de la suma de elementos clínicos, sociales y funcionales (envejecimiento patológico), denominándose entonces pacientes geriátricos o ancianos frágiles, que van a ser los más necesitados de atención.

La pregunta de cuándo envejece una persona se puede responder de varias maneras:

1.- Edad cronológica: la edad cronológica se fundamenta únicamente en el paso del tiempo. Es la edad de una persona expresada en años. La edad cronológica tiene poco sentido en términos de salud. Sin embargo, la probabilidad de desarrollar un problema de salud aumenta a medida que las personas envejecen y la principal causa de pérdida funcional durante la vejez son los problemas de salud, más que el envejecimiento normal. Dado que la edad cronológica contribuye a padecer muchos problemas de salud, se emplea en el campo legal y en el económico.

2.- Edad biológica: la edad biológica se refiere a las modificaciones que experimenta el organismo y que se presentan, generalmente, con el paso de los años. Dado que estos cambios afectan a algunas personas antes que a otras, algunas personas son viejas desde el punto de vista biológico a los 65 años mientras que otras no lo son hasta transcurrida una década o más. Sin embargo, la mayoría de las diferencias notables en la edad aparente entre personas de edad cronológica similar son causadas por el estilo de vida, los hábitos y los efectos sutiles de ciertas enfermedades en lugar de por las diferencias en el envejecimiento real.

3.- Edad psicológica: la edad psicológica se refiere a cómo se comportan y se sienten las personas. Por ejemplo, un octogenario que trabaja, hace proyectos, espera con ilusión acontecimientos futuros y participa en muchas actividades es considerado una persona joven psicológicamente.

Envejecimiento normal: Lo que constituye el envejecimiento normal no está siempre claro. Los cambios que se producen con el envejecimiento normal hacen a las personas más propensas a desarrollar determinados trastornos; sin embargo, en algunos casos, se pueden adoptar medidas para compensar estos cambios. Por ejemplo, las personas mayores son más propensas a perder dientes. No obstante, acudir al dentista periódicamente, comer menos dulces, cepillarse y utilizar hilo dental regularmente suelen reducir el riesgo de pérdida de dientes. Por lo tanto, aunque la pérdida de dientes es frecuente con el envejecimiento, pueden evitarse pérdidas dentales importantes.

Además, en algunos casos, el deterioro de las funciones que conlleva el envejecimiento parece similar al deterioro funcional que forma parte de un trastorno. Por ejemplo, el deterioro leve de la capacidad mental es casi universal en personas de edad avanzada y se considera como parte del envejecimiento normal. Este deterioro consiste en una dificultad mayor para el aprendizaje de nuevos idiomas, reducción del intervalo de atención y pérdidas de memoria más frecuentes. Por el contrario, el deterioro de la capacidad mental en la demencia es mucho más grave. Por ejemplo, las personas que envejecen de forma normal pueden extraviar cosas u olvidar detalles, pero las personas que padecen demencia olvidan acontecimientos enteros.

Envejecimiento saludable: La expresión «envejecimiento saludable» hace referencia al aplazamiento o a la disminución de los efectos no deseados del envejecimiento. Los objetivos de un envejecimiento saludable son mantener la salud física y mental, evitar los trastornos y continuar en un estado activo e independiente. Para la mayoría de las personas, mantener un buen estado general de salud requiere más esfuerzo a medida que aumenta la edad.

El envejecimiento saludable se define como el proceso de optimizar las oportunidades de salud física, mental y social que permiten a la gente mayor participar activamente

en la sociedad, sin padecer discriminación y gozar de una calidad de vida buena e independiente. Es el proceso de desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez.

Términos principales del envejecimiento saludable:

La capacidad funcional comprende las capacidades que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Hay cinco dominios clave de la capacidad funcional, que los factores ambientales pueden ampliar (o restringir). Estas capacidades son: satisfacer las necesidades básicas; aprender, crecer y tomar decisiones; tener movilidad; establecer y mantener relaciones, y contribuir a la sociedad.

Tener la posibilidad de vivir en entornos que apoyan y mantienen la capacidad intrínseca y la capacidad funcional es fundamental para el envejecimiento saludable. La capacidad funcional se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características.

La capacidad intrínseca es la combinación de todas las capacidades físicas y mentales de una persona e incluye su capacidad de caminar, pensar, ver, oír y recordar. Distintos factores influyen sobre la capacidad intrínseca como la presencia de enfermedades, los traumatismos y los cambios relacionados con la edad.

El entorno comprende el hogar, la comunidad y la sociedad en general. En el entorno se encuentra una serie de factores que abarcan el entorno construido, las personas y sus relaciones, las actitudes y los valores, las políticas de salud y sociales, los sistemas que las sustentan y los servicios que prestan.

Proceso propuesto para la *Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030*: pasos hacia el lanzamiento

Asegurar una *Década del Envejecimiento Saludable* participativo, centrado en las voces, las capacidades y las necesidades de las personas mayores



Versión preliminar 16 de marzo del 2019

Características del envejecimiento:

Aunque los caracteres externos del envejecimiento varían dependiendo de los genes, y de una persona a otra, se pueden citar algunas características generales del envejecimiento humano:

- Alteración del sueño.
- Pérdida de la agilidad y capacidad de reacción refleja.
- Degeneración de estructuras osteoarticulares.
- Aparición de trastornos cognitivos.
- Pérdida de la capacidad de asociación de ideas.
- Distensión creciente de los tejidos de sostén muscular por efecto de la gravedad terrestre (caída de los senos en la mujer, pérdida de la tonicidad muscular).
- Pérdida progresiva de la fuerza muscular y de la vitalidad.
- Aumento de la presión arterial.
- Aumento, en los varones, de volumen de la Próstata, con riesgo de cáncer.
- Disminución de las respuestas inmunitarias.
- Disminución del colágeno de la piel, aparición de arrugas y flacidez.
- Pérdida progresiva de los sentidos del gusto, la audición y la visión.
- Pérdida progresiva de la libido, andropausia en el hombre, menopausia en la mujer.

Teorías del envejecimiento:

Teorías sociológicas:

Teoría del retraining, teoría de la actividad, teoría del medio social (Gubrium), teoría de la continuidad (Atchley), teoría de los ancianos como subcultura o grupo minoritario, teoría de la estratificación social.

Teorías psicológicas:

Teorías cognitivas, Teorías implícitas, Teorías integradoras (Orwon y Perimuter). Las teorías psicológicas estudian el efecto que el paso del tiempo produce en las funciones psicológicas como la atención, percepción, aprendizaje, memoria, afectividad y la personalidad, entre otros fenómenos psicológicos.

Teorías Biológicas:

Las teorías biológicas estudian el fenómeno envejecimiento desde los aspectos genéticos y/o ambientales que influyen en el proceso de envejecer, ya que pueden alterar el funcionamiento de sistemas o aparato.

Las Teorías Genéticas (deterministas) se basan en la programación del ciclo vital de una forma predeterminada. Este concepto se relaciona con otras teorías que otros autores consideran como no genéticas. Es cierto que la duración de la vida es una característica propia de cada especie, y que existen características genéticas

que se asocian a la duración de la vida (como a mayor tamaño corporal, mayor longevidad). También hay datos que demuestran que hay familias más longevas que otras, pero este punto puede ser discutible ya que aquí intervienen los estilos de vida que se transmiten de padres a hijos.

Dentro de las teorías biológicas, las teorías ambientales (no genéticas), a pesar de reconocer la importancia del genoma, consideran que el envejecimiento está condicionado por otros procesos primarios de carácter ambiental, intra y extracelulares.

La Teoría del envejecimiento celular se interesa por la pérdida de información que sufren las células del cuerpo en el nivel de la molécula de ADN (ácido desoxirribonucleico). Esta teoría sostiene que el envejecimiento es el resultado de la muerte de un creciente número de células del cuerpo. El ADN es responsable de ciertos procesos del metabolismo y de la reproducción de las células. Toda pérdida de información o toda codificación deficiente de las células determinada por un “defecto de las moléculas de ADN” puede provocar la muerte de las células. Las investigaciones han demostrado que la reproducción celular no es infinita, pues sólo pueden sufrir un determinado número de divisiones (Hayflick) que está programado en su bagaje genético.

La teoría de los radicales libres está apoyada por las observaciones directas realizadas en 1980 sobre el envejecimiento mitocondrial por Miquel y cols., surgiendo así, en 1982, la teoría mitocondrial de Fleming y cols. Esta teoría se basa en que los radicales libres reducen la molécula de oxígeno a la forma O₂⁻ (radicales superóxido), que provoca la aparición de otras moléculas reactivas y cuyo estado oxidativo provoca daño en el ADN mitocondrial (ADNmt) incrementando más aún la producción de moléculas reactivas oxidativas. Este círculo vicioso llega a producir un declive en el funcionamiento celular

B) GERIATRÍA

Rama de la medicina que estudia, previene, diagnostica y trata las enfermedades de las personas adultas mayores. El concepto ha ido evolucionando hasta considerar un enfoque más integral, que no solo se centra en la enfermedad, sino en la salud total del adulto mayor.

La atención Integral del adulto mayor a que hace referencia la definición comprende: la evaluación, diagnóstico y plan de cuidado, considerando las esferas física, psicológica, social y funcional. La rehabilitación precoz hace referencia al proceso de aprendizaje, simultáneo al tratamiento de patologías, que considera las cuatro esferas mencionadas, siendo su meta restaurar la función y mejorar la calidad de vida.

La geriatría es el resultado del reconocimiento de que **la vejez no es en sí misma una enfermedad**, sino un periodo más del ciclo vital con sus particularidades. En sus inicios, los pioneros de la geriatría observaron cómo con cuidados adecuados, aquellas personas a las que prácticamente se había desechado por “viejos” mejoraban. Eso sucedió cuando comenzaron a ser **atendidos por su enfermedad y no ignorados por su edad**. Así lograban que muchos de ellos alcanzaran nuevamente la autonomía personal.

Tradicionalmente se ha visto al geriatra como un médico que se especializa en la atención a los adultos mayores, pero ya adelantamos que en realidad

esto ha ido cambiando y **muchos profesionales de la salud se han especializado en geriatría**, por ejemplo enfermeras, auxiliares o fisioterapeutas. Entre las **funciones de los profesionales de la geriatría** se encuentran:

- Prevenir la ocurrencia de enfermedades en las personas adultas mayores que están bajo su cuidado.
- Mantener la autonomía funcional de sus pacientes durante el mayor tiempo posible.
- Valorar el estado de salud del paciente. Diagnosticar las enfermedades que pueden estar afectándolo.
- Tratar las enfermedades de los adultos mayores, teniendo especial capacidad para abordar aquellas de alta prevalencia en la vejez, como demencia, osteoporosis o diabetes.

Con el aumento de la población mayor, **el número de profesionales que deciden optar por especializarse en la atención a los adultos mayores se ha disparado**. Alrededor de una sociedad que envejece se han creado nuevas ramas del conocimiento y también nuevas empresas y servicios. En las próximas décadas esa tendencia solo puede consolidarse e ir a más.

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

Es una herramienta básica realizada por el esfuerzo coordinado del equipo de salud, que permite una aproximación sistemática a todos aquellos datos que facilitan una evaluación del estado de salud y desempeño funcional, logrando un plan de cuidado global, optimizando el uso de recursos y garantizando continuidad de cuidados.

Una de las características de esta herramienta es su alta eficacia en adultos mayores frágiles.

Con el concepto de fragilidad se hace referencia a una condición personal en la que se ven afectados los aspectos fisiológicos y neurosensoriales de un individuo, implicando pérdida de las reservas que permiten mantener el equilibrio con el medio y / o recuperarlo luego de un evento negativo.(descrito por Christian Lalive D'Epinay)

El estado de fragilidad se define por la afectación de cinco dimensiones y se comprueba que el compromiso de por lo menos dos de ellas, determina que un Adulto mayor (AM) sea frágil.

Estas dimensiones se relacionan con los siguientes aspectos:

Sensorial: fundamentalmente visión y audición.

Neuro-locomotor: relacionado con los componentes estructurales y funcionales de la movilidad.

Cognitivo: relacionado con la salud mental.

Metabólico Energético: relacionado con un equilibrio del medio interno inestable y próximo a los límites entre lo normal y lo patológico.

Enfermedades: de las personas mayores de 60 años, que se encuentran en proceso de fragilización, según las circunstancias, algunas llegarán a la dependencia más temprano que otras. La fragilidad es una realidad visible en la práctica médica asistencial y preventiva, su identificación permite actuar racional y oportunamente en la prevención de las discapacidades y en la protección de la independencia o autonomía personal.

Otro concepto a tener en cuenta es el de Vulnerabilidad Socio Sanitaria que es definida como "la situación que se caracteriza por la pérdida del equilibrio psicofísico y la falta de continencia familiar o la carencia de recursos económicos o habitacionales suficientes para cubrir las necesidades básicas de autosostenimiento".

La combinación de fragilidad y pobreza aumenta el riesgo socio sanitario de los AM por cuanto suma desventajas sanitarias, económicas y sociales para alcanzar una vida y una vejez saludable.

CAUSAS DE DETERIORO EN EL ENVEJECIMIENTO		
1/3	1/3	1/3
DETERIORO NORMAL POR LA EDAD Ligado a la genética de la especie	POR ENFERMEDADES	POR MALOS HÁBITOS DE VIDA
NO SE PUEDE HACER NADA 1/3	SE PUEDE HACER ALGO PARA MEJORAR 2/3	

La clave para actuar sobre los 2/3 que pueden mejorar es la PREVENCIÓN

La valoración geriátrica integral es un proceso diagnóstico multidimensional en la que se toman en cuenta una serie de factores:

- La historia clínica y vital del anciano, que abarca aspectos médicos psicofísicos, funcionales y sociales.
- La pesquisa de los factores de riesgo o predisponentes a contraer enfermedades, discapacidades y muertes.
- Un examen físico paciente, detallado y completo.
- Una buena relación del médico con el paciente y el grupo familiar.
- Una evaluación del ambiente en que se desenvuelve el paciente.

El objetivo final de es por un lado, la evaluación integral de toda la problemática de cada paciente mayor, y por otro, la identificación de aquellos que se encuentran en situación de alto riesgo (sicofísico. funcional o social), para encarar acciones preventivas.

B.1) **Anciano frágil:** es aquel anciano que conserva su independencia de manera precaria y que se encuentra en situación de alto riesgo de volverse dependiente. Se trata de una persona con una o varias enfermedades de base, que cuando están compensadas permiten al anciano mantener su independencia básica, gracias a un delicado equilibrio con su entorno socio-familiar.

Hoy sabemos que la salud de las personas mayores debe medirse más por la función que por la propia enfermedad en sí. La función es un factor mucho más predictivo para determinar los efectos adversos de salud, la discapacidad, la institucionalización, la hospitalización, la expectativa y la calidad de vida, el consumo así como de los apoyos que precisará cada persona; que la propia enfermedad, la pluripatología o la comorbilidad en sí mismas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), criterios de anciano frágil, se debe cumplir al menos uno de los siguientes:

Mayor de 80 años
Vivir solo
Pérdida de la pareja hace menos de un año
Ancianos sin hijos
Vulnerables económicamente
Institucionalizados
Patología incapacitante o pluripatología
Anciano con polifarmacia
Sexo femenino más que masculino
Caídas frecuentes o en el último año



C) GERONTOLOGÍA

Etimológicamente, es la ciencia que se ocupa del estudio de los viejos (*geron*). La historia de este saber es bastante corta si se compara con otras ciencias. Sus comienzos, hay que buscarlos en Estados Unidos, poco antes de 1950. Es una ciencia que tiene como objetivo el estudio del proceso de envejecimiento en toda su extensión.

Se trata de una disciplina multidisciplinar compuesta de muchos saberes distintos y complementarios. Engloba a ciencias como la geriatría, la gerontología

social, la biología del envejecimiento, la psicología del envejecimiento y todas aquellas disciplinas que tienen por objeto el estudio científico del envejecimiento tanto individual como social. Por esta razón, los distintos profesionales siempre hemos de estar preparados para participar en las decisiones de manera conjunta.

La Gerontología, se contempla desde un modelo bio-psico-social; siendo una ciencia claramente interventiva: trata de mejorar las condiciones de vida de las personas mayores.

Se distinguen cuatro subdisciplinas:

1. Gerontología biológica o experimental o del envejecimiento: pretende conocer tanto los mecanismos del envejecimiento como su etiopatogenia. En el objetivo de retardar el envejecimiento, ocupa un lugar destacado la gerontología biológica preventiva, que se divide en diferentes apartados: prevención farmacológica. Con la utilización de medicamentos como los antioxidantes, vitaminoterapia E, etc. prevención dietética, prevención higiénica, prevención psicológica.

2. Gerontología clínica o geriatría: ciencia médica cuyo fin es el diagnóstico de las enfermedades de la vejez, su curación, rehabilitación y reinserción del enfermo en su hábitat a lo que hay que añadir la prevención de dichas enfermedades.

3. Gerontología social: es la que corrientemente se conoce como Gerontología y abarca todos los problemas sociales, políticos, económicos y sanitarios del ambiente relativo a los mayores. Es también multidisciplinar y en ella intervienen: trabajadores sociales, economistas, abogados, arquitectos y políticos. Como ciencias auxiliares, cuenta con la demografía y la epidemiología.

4. Gerontopsiquiatría o psicogerontología: estudia los aspectos psicológicos y psiquiátricos del anciano. Se destacan las demencias y las depresiones como patologías características que van a marcar la muerte del anciano.

SOCIEDAD

ANITARIA



GERONTOLOGICAL

UNIDAD DIDÁCTICA 2: CAMBIOS EN EL ENVEJECIMIENTO.

A) CAMBIOS EN LOS ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS

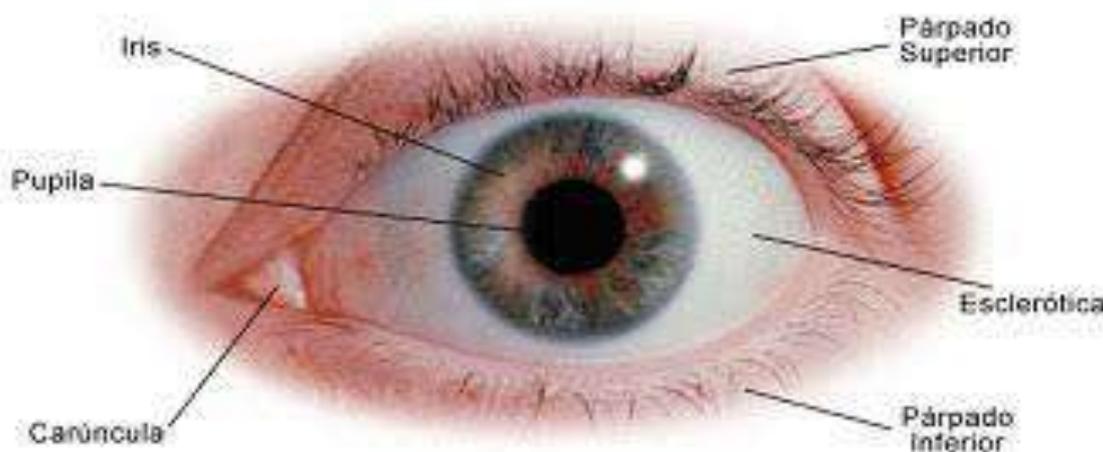
1.- Cambios en la vista:

La visión se presenta cuando la luz es procesada por el ojo e interpretada por el cerebro. La luz atraviesa la superficie transparente del ojo (córnea). Continúa a través de la pupila, la abertura hacia el interior del ojo. La pupila se vuelve más grande o más pequeña para controlar la cantidad de luz que entra a este órgano. La parte coloreada del ojo se denomina iris. Se trata de un músculo que controla el tamaño de la pupila. Después de que la luz atraviesa la pupila, llega al cristalino. El cristalino enfoca la luz sobre la retina (la parte posterior del ojo). La retina convierte la energía luminosa en una señal nerviosa que el nervio óptico lleva al cerebro, donde se interpreta.

Todas las estructuras del ojo cambian con la edad. Hacia los 60 años de edad, las pupilas pueden disminuir a aproximadamente un tercio del tamaño que tenían a los 20 años de edad. Las pupilas pueden reaccionar más lentamente en respuesta a la oscuridad o a la luz brillante. El cristalino se vuelve amarillento, menos flexible y ligeramente opaco. Las almohadillas de grasa que brindan soporte al ojo se reducen y los ojos se hunden en las órbitas. Los músculos oculares se vuelven menos capaces de rotar completamente el ojo.

La nitidez de la visión (agudeza visual) puede disminuir gradualmente. El problema más común es la dificultad para enfocar los ojos en objetos cercanos. Esta afección se denomina presbiopía.

Otras modificaciones: atrofia de la musculatura parpebral y/o caída del párpado. Disminución del tamaño pupilar. Palidez de la conjuntiva. Pérdida de la elasticidad. Aumento de la probabilidad de padecer cataratas. Ojos hundidos por pérdida del contenido graso de la órbita.



2.- Cambios en la audición:

Los oídos tienen dos funciones: una es oír y la otra es mantener el equilibrio. La audición se presenta después de que las vibraciones sonoras cruzan el

tímpano hacia el oído interno. Las vibraciones se convierten en señales nerviosas en el oído interno y son transportadas al cerebro por medio del nervio auditivo.

El equilibrio se controla en el oído interno. El líquido y las pequeñas vellosidades en el oído interno estimulan al nervio auditivo. Esto le ayuda al cerebro a mantener el equilibrio.

Las estructuras dentro del oído comienzan a cambiar y sus funciones disminuyen. La capacidad para captar los sonidos disminuye. También puede presentar problemas para mantener el equilibrio cuando se sienta, se para o camina.

La pérdida de audición relacionada con la edad se denomina presbiacusia. Afecta a ambos oídos. La audición, generalmente la habilidad de escuchar sonidos de alta frecuencia, puede disminuir. También pueden aparecer problemas para notar las diferencias entre ciertos sonidos. O puede haber problemas para escuchar una conversación cuando hay ruido de fondo.

El tapón de cerumen impactando en el conducto externo del oído puede llevar a hipoacusias.

La mayoría de las hipoacusias del anciano, se resuelven bien mediante audífonos.



3.- Cambios en el gusto y en el olfato:

Los sentidos del gusto y el olfato trabajan juntos. La mayor parte de los sabores están asociados con olores. El sentido del olfato comienza en los receptores nerviosos ubicados en la parte alta del revestimiento de la nariz.

El número de papilas gustativas disminuye con la edad. Cada papila gustativa que queda también comienza a encogerse. La sensibilidad a las 5 sensaciones gustativas a menudo disminuye después de la edad de 60 años. Además, la boca produce menos saliva a medida que se envejece. Esto puede causar resequedad en la boca que puede afectar el sentido del gusto.

El olfato puede disminuir, especialmente después de la edad de 70 años. Esto puede estar relacionado con la pérdida de terminaciones nerviosas y la menor producción de moco en la nariz. El moco ayuda a que los olores permanezcan en la

nariz el tiempo suficiente para que sean detectados por las terminaciones nerviosas. También ayuda a eliminar los olores de dichas terminaciones.



4.- Cambios en la piel y el tacto:

El sentido del tacto lo pone al tanto de vibraciones, dolor, temperatura, presión y posición del cuerpo. La piel, los músculos, los tendones, las articulaciones y los órganos internos tienen terminaciones nerviosas (receptores) que detectan estas sensaciones. Algunos de los receptores le dan al cerebro información acerca de la posición y estado de los órganos internos que ayudan a identificar cambios.

El cerebro interpreta el tipo y cantidad de sensación táctil. También interpreta la sensación como placentera (como, por ejemplo, estar cómodamente caliente), desagradable (como, por ejemplo, estar muy caliente) o neutral (como ser consciente de que se está tocando algo).

Con la edad, las sensaciones pueden verse reducidas o modificadas. Estos cambios pueden suceder debido a una disminución del flujo sanguíneo a las terminaciones nerviosas o a la médula espinal o al cerebro. La médula espinal transmite señales nerviosas y el cerebro las interpreta.

Con la disminución de la sensibilidad a la temperatura, puede ser difícil establecer la diferencia entre fresco y frío o caliente y tibio, favoreciendo congelaciones o quemaduras.

La reducción de la capacidad para detectar la vibración, el tacto y la presión aumenta el riesgo de lesiones, como úlceras de decúbito. Después de la edad de 50 años, muchas personas presentan una reducción de la sensibilidad al dolor.



B) CAMBIOS EN EL SISTEMA CARDIOVASCULAR

Las principales características del envejecimiento del Sistema Cardiovascular reflejan cambios anatómicos y estructurales a nivel de la pared de los vasos sanguíneos, la relajación miocárdica, el llenado ventricular y la respuesta a catecolaminas.

TABLA 1. Principales cambios morfológicos cardíacos durante el envejecimiento

Aumenta el grosor de las paredes del ventrículo izquierdo

Los miocitos o células cardíacas disminuyen en número y su tamaño aumenta

Aparecen calcificaciones en las válvulas mitral y aórtica y en el correspondiente aparato subvalvular

La válvula mitral, y en menor medida la tricúspide, tienden a la degeneración mixoide

Aparecen áreas de fibrosis (expresión de microinfartos)

Aumenta la cuantía del colágeno intersticial y se modifican sus características

Tiene lugar una presencia creciente de depósitos de tejido amiloide (sobre todo en las personas muy ancianas: mayores de 85 años)

Se reduce el número de células sinusales

Se produce la pérdida de receptores adrenérgicos

Las coronarias se hacen más rígidas y estrechas por la pérdida de tejido elástico

Se forman depósitos de calcio, fosfolípidos y esteres de colesterol en su íntima

Tienen lugar cambios en la disposición de las células endoteliales

Se producen modificaciones en la capa media

El corazón aumenta de tamaño y peso. Por lo que respecta al músculo cardíaco, quizás lo más llamativo sea el aumento del grosor de las paredes del ventrículo izquierdo, especialmente de la pared posterior. Entre las principales causas de este fenómeno destacan el aumento de la presión arterial sistólica o máxima, los

cambios en la aorta (por la mayor rigidez de sus paredes), y el aumento de la actividad simpática y de la insulinoresistencia, asociadas a la edad y también a factores genéticos.

Aumento en el grosor de las válvulas aórtica y mitral, con tendencia en ambos casos a la calcificación. La aparición de esclerosis y calcificación degenerativa (endurecimiento) de la válvula aórtica va a favorecer el desarrollo de la enfermedad conocida como *estenosis aórtica degenerativa o senil*.

Por lo que respecta al sistema eléctrico del corazón, el número de células marcapasos (que dan origen a cada contracción cardíaca con una cadencia regular y reglada) se reduce en un 90% entre los 20 y los 75 años, lo que no es un obstáculo para que habitualmente el anciano se mantenga en un ritmo normal (ritmo sinusal).

TABLA 2. Principales cambios funcionales cardíacos que se producen con el envejecimiento

Aumentan la tensión arterial sistólica y la poscarga

Tiene lugar un acortamiento de la diástole a expensas de una reducción en su fase de llenado rápido

Existen peor llenado ventricular y peor perfusión coronaria

La aurícula tiene una mayor participación en el llenado ventricular

Se produce una incapacidad progresiva para alcanzar frecuencias cardíacas máximas muy altas con el ejercicio

El mantenimiento de un volumen minuto normal con el ejercicio ocurre a expensas de un aumento del volumen de eyección (mecanismo de Frank Starling)

Se produce una reducción progresiva del consumo máximo de oxígeno (capacidad aeróbica)

La respuesta barorreceptora es más pobre

Se modifican los niveles de las hormonas reguladoras:

- **Se elevan las catecolaminas y el péptido atrial natriurético**
- **Se reducen la renina, la angiotensina y la aldosterona, así como la producción de óxido nítrico por parte de las células endoteliales**

La función sistólica (la capacidad del corazón para contraerse) se mantiene bastante bien en el anciano sano, sin que en reposo se hallen modificaciones en los parámetros utilizados para evaluarla, como el volumen de eyección o el volumen minuto o fracción de eyección. Esto hace que el sujeto que envejece sano pueda satisfacer adecuadamente sus necesidades.

La novedad más importante y con mayor trascendencia a la hora de interpretar los cambios funcionales cardíacos durante la vejez se refiere al acortamiento de la diástole cardíaca. Se trata de un hecho que carece de trascendencia clínica en circunstancias normales. Sin embargo, en situaciones de estrés o de enfermedad puede afectar al llenado del ventrículo y limitar la irrigación coronaria.

La masa y la fortaleza musculares tienden a reducirse durante toda la vida a razón del 1% anual, aunque existe una gran variabilidad personal, que guarda una buena relación con el nivel de actividad física previo mantenido a lo largo de toda la vida. Los beneficios de la actividad física a cualquier edad están claramente asentados.

C) CAMBIOS EN EL SISTEMA NERVIOSO

El cerebro y la médula espinal pierden peso y neuronas (atrofia). Las neuronas pueden comenzar a transmitir mensajes más lentamente que en el pasado. Los productos de desecho se pueden acumular en el tejido cerebral, a medida que las neuronas se descomponen. Esto puede causar que se formen cambios anormales en el cerebro llamados placas y ovillos neurofibrilares. Un pigmento graso de color marrón (lipofuscina) también se puede acumular en el tejido nervioso.

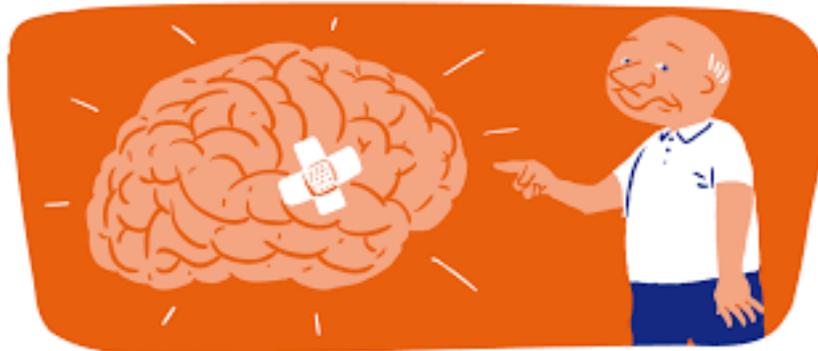
La reducción en el pensamiento, la memoria y la capacidad cognitiva es una parte normal del envejecimiento. Estos cambios no son iguales en todas las personas. Algunas presentan muchos cambios en los nervios y en el tejido cerebral. Otras tienen pocos cambios. Estos cambios no siempre están relacionados con efectos en su capacidad para pensar.

Los cambios más significativos a nivel del sistema nervioso en el envejecimiento son:

- Disminución en el tamaño y peso del cerebro.
- Pérdidas de neuronas.
- Enlentecimiento generalizado del movimiento.
- Aparición del llamado temblor senil.
- Alteración en el sueño, pudiendo aparecer somnolencia y/o insomnio.
- Alteración en la memoria reciente.

Otros cambios patológicos que se dan en la vejez y a tener en cuenta, ya que necesitarán de más cuidado por parte del cuidador y de la familia son:

- Demencias tipo Alzheimer que pueden cursar con agresividad.
- Delirio, que puede venir dado en ocasiones por iatrogenia por la polifarmacia.



D) CAMBIOS EN SISTEMA RESPIRATORIO

El proceso senescente del sistema respiratorio compromete su función desde diferentes vertientes en la medida que afecta los diferentes órganos y su relación entre sí.

El proceso osteoporótico, los posibles hundimientos vertebrales, la calcificación de los cartílagos costales y condroesternales, y el aumento de la cifosis asociada a la edad, disminuyen la capacidad de expandir la caja torácica durante la inspiración y dispone al diafragma en una posición inadecuada para generar una contracción efectiva.

Hay una **disminución de la elasticidad de los bronquios**, los pulmones disminuyen peso y volumen, hay una disminución del número de alveolos, así como una disminución de la movilidad del tórax por las alteraciones esqueléticas y musculares; esto hace que el volumen de aire movilizado por respiración sea menor. Dando lugar a lo que se llama pulmón senil.

También hay un **aumento del tejido fibroso** entre los alveolos, lo que dificulta el paso del oxígeno a la sangre y del dióxido de carbono al aire espirado.

Asimismo, se producen **cambios en el sistema de defensa**, con una disminución de los cilios en el árbol bronquial (las “escobas” que intentan expulsar las partículas de suciedad que contiene el aire) y un aumento de la producción de moco, lo que puede llegar a obstruir el paso del aire hacia los alveolos.

Por todo esto se observa que la función respiratoria de las personas mayores, aún sin ser patológica, es diferente de la de los jóvenes. El volumen de aire movilizado es menor y el intercambio de gases es menos eficiente; esto conlleva una **menor resistencia y capacidad de adaptación al ejercicio** y una menor reserva funcional para recuperar la respiración tras hacer deporte.

El realizar actividad física de forma constante y mantenida retrasa la pérdida de elasticidad, mejorando la capacidad y función pulmonar.

E) CAMBIOS EN EL APARATO DIGESTIVO:

El **aparato digestivo** va desde la boca hasta el ano, pasando por el esófago, el estómago, los intestinos delgado y grueso, el hígado y el páncreas en sus funciones de secreción de sustancias necesarias para la **digestión**.

Cada una de estas partes tiene una forma y una arquitectura especial orientada a ejercer de la mejor forma su función. Así, en la **boca** nos encontramos los **dientes y la lengua** (que contiene las papilas gustativas, para detectar los sabores de los alimentos); en el **esófago** hay una capa de mucosa simple y otra de musculatura más importante; en cambio, el **estómago** tiene una mucosa especial que secreta ácido para la digestión y también el moco que la protege de este ácido. El **intestino**, para poder llevar a cabo su función, dispone de una mucosa especial con vellosidades (excrecencias en forma de pelos) que facilitan la digestión y la absorción; en el **intestino delgado** se absorben los nutrientes y en el **grosso** (o colon) se recupera principalmente agua.

Las personas mayores presentan cambios debidos al **paso del tiempo** en todos los **tejidos y órganos del aparato digestivo**, de la boca hasta el intestino grueso, cambios que tienen múltiples implicaciones en su funcionalidad y salud.

1.- Boca

Con el paso del tiempo en la boca suele haber un adelgazamiento de las encías y una disminución de la resistencia del esmalte dentario; ambos hechos llevan a la **pérdida de piezas dentarias**. Hay también una disminución del número de papilas gustativas y de la producción de saliva, lo que conlleva una menor percepción del sabor de los alimentos y una disminución de la sensación de sed. Por pérdida de masa muscular puede haber **dificultad en la masticación y la deglución**.

2.- Esófago

A nivel esofágico hay una disminución de la motilidad (peristaltismo) y el cierre entre esófago y estómago es menos efectivo. Ambas cosas producen aumento de los episodios de reflujo gastroesofágico, con paso de ácido del estómago hacia esófago o incluso hasta más arriba, hacia zonas que no disponen de una mucosa preparada para protegerse del ácido.

Es frecuente la aparición de varicosidades.

3.- Estómago

En el estómago también se da un descenso de la movilidad y una menor secreción ácida, lo que causa digestiones más lentas y con un retraso en el vaciado gástrico. Asimismo, el moco protector de la capa interna del estómago deviene de menor calidad, con lo que la probabilidad de padecer **úlceras gástricas** aumenta.

4.- Hígado

El hígado, con el tiempo, presenta una mayor dificultad para metabolizar sustancias, y disminuye la producción de bilis, que se espesa. La **vesícula biliar** tarda más en vaciarse y aumenta el riesgo de que se formen piedras en su interior. Sin embargo, parece ser que la función exocrina del páncreas, (la producción de sustancia que participan en la digestión) se mantiene relativamente intacta.

A partir de los 50 años el hígado presenta una disminución de su tamaño, su peso y su funcionalidad dando lo que se conoce como hígado senil.

5.- Intestino delgado e intestino grueso

El intestino delgado no sólo recibe un menor riego sanguíneo sino que también ve disminuida su movilidad y padece una cierta atrofia de la mucosa, con lo

cual puede darse, a pesar de una ingesta correcta, una malabsorción de nutrientes como si hubiera carencias en la alimentación.

En el colon también se produce una disminución del peristaltismo, de la movilidad, y **la mucosa se atrofia**, con lo que se altera la absorción de agua de las heces, hecho que produce tendencia al estreñimiento. Sin embargo, a causa de alteraciones neurológicas y de la musculatura de los esfínteres, pueden darse situaciones de incontinencia fecal.



F) CAMBIOS EN APARATO LOCOMOTOR:

Entre los 30 y 40 años se alcanza el máximo de altura, disminuyendo luego el 5 mm por año a partir de los 50; siendo este cambio más acentuado a las mujeres.

El peso alcanza su máximo a los 50 años y luego disminuye. El compartimento de tejido graso sufre un aumento de 15 a 30 por ciento entre los 40 y 55 años para luego disminuir a aproximadamente un 20 por ciento promedio.

Entre los 30 y 80 años se pierde de un 30 a 40 por ciento de la masa muscular. Dicha pérdida no es lineal y se acelera con la edad. La fuerza muscular disminuye asimismo con los años ya que las fibras tipo II (rápidas) disminuyen más que las fibras tipo I y las unidades motoras reducen su densidad. Las enzimas glicolíticas reducen su actividad más que las oxidantes. La menor actividad de la hormona de crecimiento y andrógenos contribuye a la disfunción muscular.

La remodelación de tendones y ligamentos se vuelve más lenta.

El sistema esquelético lo componen los huesos, que confieren un punto de apoyo a los músculos, así como protección a órganos vitales (por ejemplo, el cráneo protege al cerebro, y las articulaciones, las uniones entre los huesos. De éstas las hay fijas, que sólo son uniones simples entre dos huesos (por ejemplo, las del cráneo), o móviles.

Las articulaciones móviles son unas estructuras complejas, ya que para que se realice el movimiento que producen los músculos son necesarios ligamentos para dar estabilidad, líquido articular para lubricar las estructuras (producido por la membrana sinovial), y cartílagos que recubra el hueso articular para dar resistencia y flexibilidad.

Con el paso del tiempo hay una disminución de la densidad del hueso a causa de una pérdida del calcio óseo, mucho más evidente en las mujeres tras la menopausia (por la disminución de los estrógenos femeninos), pero también presente

en los varones, ya que el equilibrio de renovación de hueso se decanta por la destrucción. Esta pérdida de masa ósea hace que el hueso sea más frágil, con mayor riesgo de fractura ante traumatismos mínimos en los casos más extremos. Dicha osteopenia se presenta con diferente intensidad en los diversos huesos y es evidente que la fragilidad no sólo dependerá del grado de afectación del hueso, sino también de las fuerzas a las que estará sometido.

También es muy frecuente la aparición de desgaste articular, la artrosis. Este desgaste se inicia con la deshidratación del cartílago articular, que pierde sus propiedades elásticas y de absorción de los traumatismos. De esta manera el cartílago se va degradando, desgarrando y en último extremo puede llegar a desaparecer. El hueso articular se engrosa y deforma para soportar las fuerzas que ya no absorbe el cartílago. Éstas y otras alteraciones más sutiles son las responsables de la disminución del arco de movimiento, del dolor al realizar algún ejercicio físico (y a veces en reposo), de la deformidad y de la inestabilidad y la pérdida de la función articular.

La marcha y el equilibrio y la alineación corporal se modifican debido a un aumento de base de sustentación y disminución del braceo. La deambulación del anciano, supone una serie de diferencias típicas en la marcha:

- Cabeza inclinada
- Encorvamiento columna vertebral
- Brazos en semiflexión
- Manos en semiflexión
- Menor amplitud del paso
- Pisada con todo el pie (pérdida de elasticidad)
- Menor movilidad de la cadera
- Menor angulación de la rodilla y el tobillo.

La debilidad muscular contribuye a la fatiga, debilitamiento y disminución de la tolerancia a la actividad. El ejercicio es una de las mejores maneras de retardar o evitar los problemas articulares, musculares y óseos.



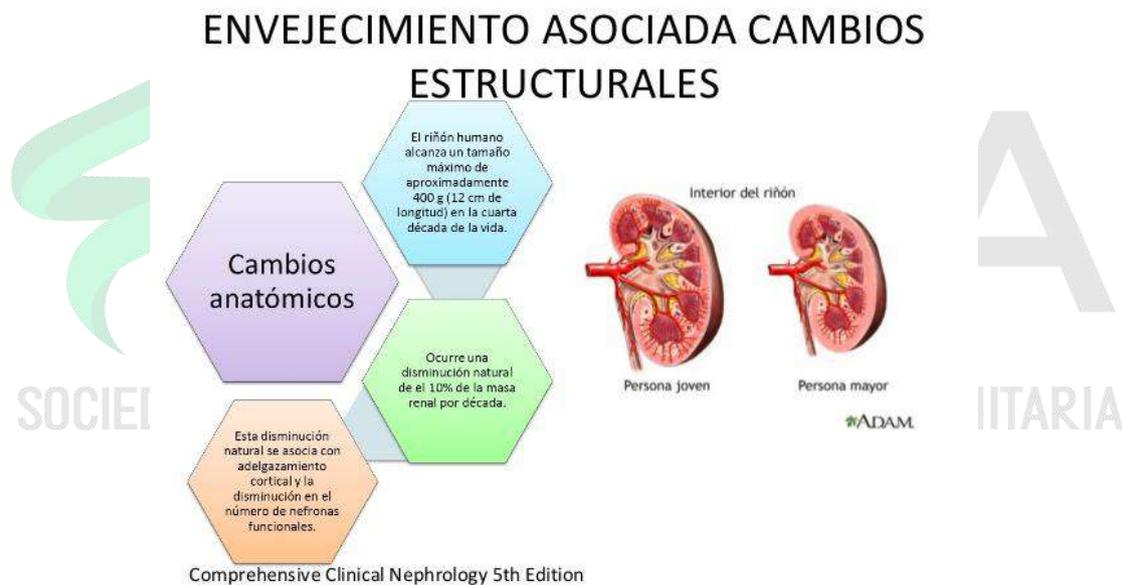
G) CAMBIOS EN EL SISTEMA EXCRETOR:

Los riñones sufren importantes cambios con el envejecimiento (disminuyen en tamaño y en peso), los cuales no se hacen notorios dada la gran reserva funcional de estos órganos; sin embargo situaciones de estrés para la actividad excretora de este sistema, tales como hipoperfusión, uso de nefrotóxicos o patologías que afecten directamente al riñón pueden provocar la aparición de insuficiencia renal.

Cerca de un 50% de las nefronas desaparecen entre los 30 a 70 años, se produce una esclerosis de los glomérulos y una dilatación de los túbulos renales, se produce una hipoperfusión y de la tasa de filtración glomerular.

En cuanto a las vías urinarias estas se ven afectadas por una mayor tendencia a la producción de cálculos, la presencia de obstrucción prostática por crecimiento normal de la glándula en los hombres y los cambios producidos por la caída de los estrógenos en mujeres.

Así mismo se produce una disminución del esfínter de la uretra y la vejiga pierde tono muscular y se pierde la capacidad de vaciamiento completa.



H) CAMBIOS EN EL APARATO GENITAL:

1.- Aparato genital femenino

Se dan principalmente por cambios hormonales.

La menopausia es un signo de envejecimiento en la mujer, los ovarios detienen la liberación de óvulos y los períodos menstruales cesan, proceso que la mayoría de las mujeres experimentan alrededor de los 50 años de edad, aunque se puede presentar antes de los 40 años en el 8% de las mujeres.

Se producen los siguientes cambios:

- Pérdida de vello púbico

- Atrofia de labios mayores, vulva, clítoris y vagina.
- Disminución del tamaño de los ovarios, trompas de Falopio y útero.
- La vagina se hace más corta, menos elástica y lubricada lo que puede llevar a coitos dolorosos (coitalgia) y a mayor número de infecciones vaginales.
- Retracción de las glándulas mamarias, los pechos se vuelven más pequeños.

2.- **Aparato genital masculino**

Los cambios en el aparato reproductor masculino por el envejecimiento pueden abarcar cambios en el tejido testicular, producción de espermatozoides y función eréctil. Estos cambios usualmente ocurren de manera gradual.

A diferencia de las mujeres, los hombres no experimentan un cambio repentino en su fertilidad a medida que envejecen, sino que los cambios se presentan en forma gradual, en un proceso que algunas personas denominan andropausia.

Los cambios en el sistema reproductivo masculino por el envejecimiento se presentan principalmente en los testículos, cuya masa tisular disminuye. El nivel de la hormona masculina testosterona permanece igual o se reduce muy poco y puede haber problemas con la función eréctil.

Se producen los siguientes cambios:

- Pérdida de vello púbico
- Disminución del tamaño de los testículos
- Distensión de bolsa escrotal (colgante)
- Aumento del tamaño de la próstata.
- Disminución de la sensibilidad del pene.

UNIDAD DIDÁCTICA 3: ATENCIÓN AL PACIENTE GERIÁTRICO

A) CENTROS DE ASISTENCIA AL ANCIANO

El Consejo de Europa define la dependencia como “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”.

Esta definición, que ha sido ampliamente aceptada, plantea la concurrencia de **tres factores** para que podamos hablar de una situación de dependencia:

- La existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona.
- La incapacidad de la persona para realizar por sí mismo las actividades de la vida diaria.
- La necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero.

La dependencia puede entenderse, por tanto, como el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal como consecuencia de una enfermedad o accidente. Este déficit comporta una limitación en la actividad. Cuando esta limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provoca una restricción en la participación que se concreta en la dependencia de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana.

En las últimas décadas, la dependencia ha dejado de verse como un problema exclusivamente individual o familiar, para pasar a percibirse como un problema que afecta a la sociedad en su conjunto, derivando en una nueva percepción que hace de la dependencia una carga que es a la vez social y familiar, y abriendo un nuevo campo de intervención social que pone a prueba la capacidad de la sociedad y de sus instituciones para adaptarse a las nuevas realidades de fragilidad social.

Los diversos **tipos de servicios asistenciales** han sido ideados para adaptarse a las situaciones específicas de cada persona: su movilidad, mayor o menor grado de autonomía o de dependencia, estado de salud, enfermedades y problemas que padece... Los **cinco tipos** de servicio a la dependencia son el servicio de Teleasistencia, el servicio de ayuda a domicilio, el servicio de centro de día, los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal y de noche y el servicio de atención residencial.

La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal están orientadas a la consecución de una mejor calidad de vida y autonomía personal, en un marco de efectiva igualdad de oportunidades, de acuerdo con los siguientes **objetivos**:

- Facilitar una existencia autónoma en el medio habitual del dependiente todo el tiempo que desee y sea posible.

- Proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social, facilitando su incorporación activa en la vida de la comunidad.

1.- Centros de día:



Los **centros de día** son instalaciones especializadas en la tercera edad, donde un grupo de profesionales se dedica a la prevención, tratamiento y cuidado de las personas mayores. Los mayores pueden continuar en sus casas, pasando las noches y fines de semana, de este modo no existe una desvinculación total con su ambiente de referencia, su entorno, ya que no se encuentran en situaciones de total dependencia. Los centros de día podrían considerarse el eslabón intermedio entre la total independencia del mayor y la estancia en residencias. Constituyen un factor importante para mejorar la calidad de vida, ralentizando síntomas propios de la edad.

Los Centros de Días, **son equipamientos diurnos de atención sociosanitaria donde las personas mayores con algún grado de deterioro físico o cognitivo** (Alzheimer), discapacidad sensorial y de movilidad, reciben atención especializada con una finalidad preventiva y rehabilitadora.

Los/as usuarios/as disponen de **atención y seguimiento individualizado y actividades programadas en función de sus necesidades**. Una vez incorporados al centro de Día, se elabora un Plan de Atención Personalizado consensuado por el equipo multidisciplinar con los equipos sanitarios, sociales y con la persona atendida y su familia o cuidadores.

Objetivo principal es proporcionar a las personas mayores un apoyo técnico y especializado en horario diurno para que puedan desarrollar con mayor autonomía las actividades de la vida cotidiana.

Son centros dependientes de los servicios sociales comunitarios destinados a ancianos que presentan cierto grado de discapacidad funcional, psíquica o social, dificultades para que le atienda su familia y para el acceso a una adecuada vida social y comunitaria.

Estos centros de día tienen, por tanto, un funcionamiento diurno, son un nivel social, están destinados a ancianos del sector o distrito, que presentan disminución de su autonomía funcional en las actividades de la vida diaria (AVD) básicas o instrumentales y/o en la deambulación, un posible deterioro cognitivo leve (que no altere la convivencia en el centro) y/o carencias familiares, sociales o de relación social.

A los ancianos se les debe proporcionar un cuidado integral y coordinado, rehabilitación de mantenimiento, cuidados sociales (personales, familiares, integración en la comunidad, etc.), cuidados médicos de valoración, acción preventiva, supervisión médica y cuidados continuados y seguimiento con valoraciones periódicas para conseguir que sigan viviendo en la familia y en la comunidad y evitar la institucionalización.

-Servicios ofertados:

La duración de la estancia de los ancianos en un Centro de Día es siempre prolongada, de varios meses a años, durante un tiempo de 8-9 horas en días laborables, por lo que se puede considerar como una semiinstitucionalización, como un sustituto de su hogar. Transcurre en el Centro la mayor parte de su vida por lo que tiene que dominar la vida social y de relación. No debe ser un Centro terapéutico donde se pretendan conseguir unos objetivos a corto plazo, pero sí se le debe proporcionar una serie de programas preventivos de rehabilitación, de mantenimiento, socio-culturales, de ocio, de higiene y vigilancia

En los Centros de día existe gran variedad de actividades a realizar:

Servicios básicos:

- Servicio de transporte: adaptado y con supervisión en el traslado desde su domicilio al Centro y viceversa.
- Servicio de alimentación y nutrición: desayuno, comida y merienda con el régimen de alimentación que precisen.
- Servicio de higiene: sala para realizar el aseo personal y baño diario.
- Servicio de supervisión y promoción de la salud: incluido dentro del programa sanitario.
- Actividades recreativas y sociales: incluidas dentro del programa social.
- Servicio administrativo: planificado por el director y el asistente social del Centro.
- Servicio de atención directa: de trascendental importancia, llevado a cabo por las auxiliares del Centro de Día y/o voluntarios. Ayudan y vigilan al anciano durante toda su permanencia en el Centro, en todas sus actividades (social, de rehabilitación, etc.) en los programas diseñados por el equipo al que transmiten información de los cambios o alteraciones que se produzcan en el anciano.

Servicios especiales:

Es conveniente que simultáneamente se realicen dos o más programas para que el anciano se integre según su estado físico, anímico, etc., si bien se estimulará a los ancianos a realizar las actividades propuestas y de las que más se puedan beneficiar. En estos programas irán rotando por períodos según la indicación y el consejo del equipo multidisciplinar (médico, terapeuta ocupacional (TO), asistente social, etc.). Cada programa tendrá una duración máxima de una hora e irá seguido de

un período de descanso. Se realizarán dos o tres actividades antes de la comida y después solamente una.

- Programa de asistencia sanitaria: control y supervisión del tratamiento médico, de higiene y baños.
- Dietas especiales. Consejo dietético a ancianos y familiares. Derivación a podología.
- Programa de terapia ocupacional: gimnasia de mantenimiento. Rehabilitación de mantenimiento. Psicomotricidad, ejercicios de coordinación, práctica de deambulación.
- Terapia recreativa; pintar, realizar manualidades, hacer periódicos, comentario de libros, grupos de discusión, etc.
- Ludoterapia, juegos en grupo, musicoterapia (juegos de cartas, loterías, etc.).
- Programa de relaciones sociales: y animación socio-cultural
- Programas de apoyo social, intervención con las familias (formación y programas de apoyo a las familias).
- Aspectos educativos y de acceso a la cultura; información y formación.
- Participación socio comunitaria; voluntariado, potenciación de la comunidad, etc.
- Utilización del tiempo libre. Excursiones.
- Fisioterapia.
- Podología.
- Promoción de salud
- Actividades preventivas

-Perfil del anciano usuario del Centro de día:

- Anciano frágil (edad, patología, etc)
- Anciano de alto riesgo (soledad, patología de base, edad, etc)
- Anciano con cierto nivel de discapacidad.
- Anciano con dependencia funcional y/o psicosocial.

Que no altere la convivencia y no pueda ser atendido debidamente en el seno familiar.

En este baremo se consideran tres elementos o factores básicos:

A) Autonomía personal

A₁ Presenta limitaciones ligeras.

A₂ Presenta limitaciones severas.

A₃ Presenta gran dependencia.

B) Situación sociofamiliar

B₁ Recibe atención suficiente. Ocasiona leves problemas.

B₂ Recibe atención suficiente. Ocasiona graves problemas.

B₃ Recibe atención insuficiente o nula.

C) Situación económica

D) Otros factores

Necesidad de descanso de los cuidadores, alta hospitalaria, próxima derivación a otro recurso social, etc.

Situación de vivienda: que sea inadecuada.

Los factores A y B son los que tienen mayor peso a la hora de definir el tipo de anciano que presenta mayores necesidades para su ingreso. Del cruce de los subgrupos de estos dos factores A₁, A₂, A₃ y B₁, B₂, B₃ resulta que cuando las situaciones de un anciano estén incluidas en A₃ + B₂, A₂ + B₃, A₂ + B₂, A₁ + B₂ o B₃ puede considerarse como anciano tipo de Centro de Día.

	A ₁	A ₂	A ₃
B ₁			
B ₂			
B ₃			

Como situaciones excluyentes podemos resaltar:

- Padecer enfermedad infecto-contagiosa.
- Sufrir trastornos mentales que impidan la normal convivencia en el Centro.
- Los ancianos que precisen algún nivel sanitario geriátrico.

-Objetivos del Centro de día:

Lograr un mayor nivel de autonomía y/o autocuidado en el anciano y unas condiciones de vida dignas. Como en todo nivel gerontológico, social o sanitario se les proporcionará una atención integral: funcional, social, mental y sanitaria, de mantenimiento y de atención continuada o de seguimiento.

A los familiares del anciano se les facilitará un apoyo psicosocial para que el anciano pueda permanecer en su entorno familiar, dentro de la comunidad, y evitar la institucionalización.

Objetivos más específicos son:

Para el anciano, mantener el máximo grado posible de independencia personal y proporcionarle un marco donde pueda desarrollar relaciones y actividades sociales. Seguir viviendo en su entorno habitual.

Para la familia: apoyo social y asistencial y proporcionarle la información y habilidades necesarias para realizar el cuidado a su anciano.

Para los poderes públicos: al facilitar al anciano la máxima integración en la comunidad se evita el ingreso en instituciones, con el consiguiente ahorro de costes.



2.- Residencia de Mayores:

Son centros de carácter social que ofrecen alojamiento, convivencia y atención integral. Tienen una función sustitutoria del hogar familiar, ya sea de forma temporal o permanente para personas mayores en situación de dependencia.

Una **residencia de personas mayores** o **residencia de ancianos** es una institución (en ocasiones administrada como centro gerontológico, también llamada Residencia geriátrica o permanente, en ocasiones como casa particular con o sin servicios médicos adicionales), en donde viven temporal o permanentemente personas mayores en la mayoría de los casos con determinado grado de dependencia. En las residencias se ofrecen servicios de desarrollo personal y atención sociosanitaria.

Los Servicios y Centros deberán estar adaptados funcionalmente a las condiciones de sus personas usuarias, así como a los programas y prestaciones que en los mismos se desarrollen. Garantizarán los derechos legalmente reconocidos a las personas usuarias, sin perjuicio de las limitaciones existentes en virtud de resolución administrativa o judicial.

Los motivos más comunes por los que los mayores van a vivir a una residencia:

- por necesidad de compañía

- motivos de salud (deterioro de salud, disminución de autonomía personal)
- por no poder valerse por sí mismo/a
- por no molestar a la familia.

A la hora de ingresar en la residencia, tiene más importancia evitar la soledad para las personas de mayor edad (85 años y más). La salud, sin embargo, es más importante entre las mujeres, sobre todo las menores de 85 años, mientras que los motivos familiares cobran importancia a mayor edad del residente. Entre las personas que están en la residencia sólo temporalmente, los motivos familiares, especialmente los de salud, cobran mayor importancia.

-Características de los centros:

- Adecuación los centros se adecuarán a las necesidades de las personas atendidas en situación de dependencia, según su grado y nivel.
- Normalización el modo de vida de las personas usuarias deberá ajustarse lo más posible a la conducta y pautas de comportamiento consideradas como cotidianas para la ciudadanía.
- Estimulación. favoreciendo el desarrollo de la autonomía.
- Intimidad. la actuación e intervención con las personas usuarias respetarán y protegerán el derecho a la intimidad.
- Integración tanto en el ámbito social como cultural.
- Participación. se deberá potenciar la participación de las personas usuarias en las actividades y funcionamiento del centro.
- Globalidad. la atención que se preste deberá ser integral, abarcando los aspectos sanitarios, psicológicos, sociales, culturales, ambientales y análogos.
- Profesionalización. el personal de los centros deberá tener la cualificación técnica correspondiente a su nivel profesional, sin perjuicio de la labor del voluntariado social debidamente coordinado.
- Atención personalizada. se prestará una atención personalizada adaptada a las necesidades de cada persona.
- Prevención a nivel sanitario y social, llevando a cabo, de forma coordinada, actuaciones de promoción.
- Confidencialidad, por parte de todo el personal remunerado o voluntario respecto a todo aquello que se refiera a las personas usuarias.
- Colaboración con la administración debiendo aportar todos los datos, e informes que se soliciten con carácter periódico o puntual.

-Servicios ofertados:

- **ATENCIÓN SOCIAL.** Tiene como objeto informar, orientar y asesorar respecto a recursos sociales, el afrontamiento y resolución de conflictos, favoreciendo la convivencia en el centro, fomentando la participación y la realización de actividades estimuladoras de las relaciones entre las personas usuarias, diseñando programas de intervención, coordinación con profesionales y recursos sociales y sanitarios del entorno.
- **SEGUIMIENTO SANITARIO.** Se realizará una valoración inicial al ingreso de la persona residente, con relación al historial sanitario previo y actual de la persona usuaria, con indicaciones para las actividades de la vida diaria, para la rehabilitación funcional y cognitiva necesarias, así como el Programa de Salud a seguir y seguimiento de la atención sanitaria especializada que pudiera requerir. Los Centros Residenciales de personas mayores en situación de dependencia deberán ofrecer a los residentes servicios de atención, seguimiento y vigilancia con independencia de los derechos que les correspondan en la sanidad pública.
- **ATENCIÓN SOCIO-FAMILIAR.** Tiene por objeto informar, orientar, asesorar y acompañar a la familia durante el proceso de atención de la persona usuaria.
- **ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.** Dirigida a la prestación de cuidados de enfermería, tales como preparación y administración de medicamentos, curas, sondajes, otros.
- **ATENCIÓN PSICOLÓGICA.** Conjunto de actuaciones dirigidas a la acogida y adaptación de la persona mayor en situación de dependencia, entrenamiento en estrategias para mejorar la memoria, estimulación del lenguaje, entrenamiento en actividades de relajación, prevención e intervención en situaciones de depresión, desarrollo de habilidades sociales, etc. Con especial atención en las personas con problemas psicogeriátricos y demencias.
- **ATENCIÓN SOCIAL INDIVIDUAL GRUPAL Y COMUNITARIA**
La atención individual incluye la acogida y adaptación al centro, tramitación de documentación, seguimiento de los procesos de incapacitación, integración en la comunidad y en el centro, seguimiento de hospitalizaciones, elaboración de programas específicos y tramitación de ayudas técnicas. La atención grupal se orienta a la convivencia en el centro y al fomento de actividades de estimulación de las relaciones entre los usuarios. La atención comunitaria se basa en la coordinación con profesionales y recursos del sistema de servicios sociales y del sistema sanitario, al objeto de establecer cauces de comunicación, rentabilizar recursos, establecer las oportunas derivaciones y diseñar programas de prevención, así como realizar las actuaciones necesarias para lograr una integración,

participación e interrelación entre las personas usuarias y el entorno donde se ubica el centro.

- **ACTIVIDADES DE TERAPIA OCUPACIONAL.** Cuyo objetivo es la prevención del deterioro y el mantenimiento de las aptitudes de las personas usuarias.



- **ACTIVIDADES DE REHABILITACIÓN.** Los centros deberán ofrecer un servicio que incluya la rehabilitación preventiva, de mantenimiento y terapéutica.
- **ATENCIÓN NUTRICIONAL.** Los centros deberán asegurar el cumplimiento de una adecuada nutrición de las personas usuarias, la cual se especificará en una carta de menús, que deberá estar supervisada por un/a médico/a o especialista en dietética o nutrición. Esta se someterá a criterios dietéticos, atendiendo las necesidades en cuanto a cantidad, calidad y variedad, contemplando la elaboración de dietas especializadas para aquellas patologías que así lo requieran. Diariamente se elabora un menú “normal”, el de diabéticos, hipertensos, dieta blanda, triturado y fácil masticación atendiendo a las diferentes necesidades de los usuarios.
- **MEDIDAS HIGIÉNICO-SANITARIAS** Se procederá al cambio diario de la ropa interior, previa ducha y aseo personal, y, al menos semanalmente, al de la ropa de cama, lencería, toallas y ropa de comedor y, en todo caso, cuando las circunstancias así lo requieran.
- **AYUDA EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA** Aseo personal, ayuda en la alimentación, movilidad y la realización de todas aquellas actividades que el usuario no pueda realizar por sí mismo.



- **LAVANDERÍA** El centro garantizará el lavado y planchado de la ropa.
- **ANIMACIÓN SOCIOCULTURAL** Conjunto de actividades de relación y ayudas encaminadas a la autopromoción individual o grupal, que faciliten el desarrollo de las inquietudes culturales, intelectuales, etc.



- **SERVICIOS OPCIONALES.** Los centros podrán ofrecer servicios y atenciones especializadas y complementarias, como peluquería, podología, etc., así como cualquier otro servicio que se considere necesario para la atención adecuada de la persona usuaria.

-Equipo profesional:

El equipo profesional es multidisciplinar, necesario para cubrir las necesidades de los residentes.

Los trabajadores de las Residencias tienen que estar formados correctamente para una adecuada actividad, ofreciendo calidad y cercanía en el trato al residente, ya que en muchas ocasiones son el nexo de unión con el exterior. En otras ocasiones son parte importante de su vida, convirtiéndose en lo más parecido a su familia. Se convierte en un apoyo fundamental para el residente, por lo que es necesario cualidades como la empatía, cercanía, simpatía.



El equipo sanitario de la residencia formado por enfermería, Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) y medicina, deben controlar y manejar la geriatría, como es los grandes síndromes geriátricos, la polifarmacia y la pluripatología. Los dos primeros en concreto llevan el mayor peso de la residencia ya

que realizan turnos rotatorios cubriendo las 24 horas, por su parte el médico suele realizar turnos de mañana de lunes a viernes, quedando la residencia cubierta por el Equipo de Urgencias del Sistema que corresponda a la zona el resto de horarios de la semana.

El TCAE, debe tener nociones de sondaje vesical, de cambio de bolsa, de realización de lavados vesicales, de controlar sueroterapia, cambios de suero si fuese necesario, manejo de oxigenoterapia. Control y manejo de las úlceras por presión con la prevención mediante los cambios posturales y aceites preventivos. Uso adecuado de grúas para ayuda a la movilización del residente, si fuera necesario.



B) AYUDA A DOMICILIO:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la atención domiciliaria es aquella modalidad de asistencia programada que lleva al domicilio del paciente, los cuidados y atenciones biopsicosociales y espirituales.

No debemos olvidar que el domicilio es el hábitat natural de las personas, en el se ubica el núcleo familiar, es el sitio de referencia del paciente y llega a constituir la parte más importante de su historia personal. El domicilio se constituye en el espacio de calidez, intimidad, de acompañamiento, de comprensión permanente e incondicional, aspecto que cobra mayor importancia en el caso de pacientes con enfermedades crónicas y/o terminales, cuya carga emocional y espiritual se intensifica en los últimos momentos de su vida.⁵

La atención a domicilio se constituye en una opción por parte del usuario dependiente de recibir atención continuada, integral y multidisciplinaria, agrupada en un conjunto de servicios que se prestan desde los equipos de salud, mediante funciones y tareas sanitarias y sociales.

La atención a domicilio tiene como particularidad principal que la consulta se realiza en el domicilio del paciente, fuera del entorno sanitario, por lo que el material complementario para realizar el diagnóstico es limitado.

La **asistencia a domicilio** es un servicio que se lleva a cabo con el objeto de atender a las personas mayores y/o dependientes a realizar sus actividades diarias. Con esta prestación, los mayores disfrutarán de autonomía para hacer ciertas tareas del hogar y de su vida diaria.

El Servicio de Ayuda a Domicilio lo constituye el conjunto de actuaciones preventivas, formativas, y rehabilitadoras llevadas a cabo por profesionales cualificados en el propio domicilio, con el objetivo de atender en las actividades básicas de la vida diaria que necesite la persona en situación de dependencia.

Las tareas de un servicio de atención domiciliaria son muy diversas. La más común es la relacionada con el **cuidado de personas a domicilio, básicos**. Este trabajo se realiza por profesionales del sector que ofrecen no solo un servicio de calidad sino también un trato cercano y de confianza. A las personas mayores les ofrecerá una ayuda para recuperar su autonomía, atención personal y atención doméstica. En el caso de las personas dependientes desempeñarán las labores del hogar, les asistirán para cuidar de sus condiciones físicas, psíquicas y sociales, les acompañarán a la hora de realizar tareas rutinarias como la compra y le suministrarán sus medicamentos si fuese necesario.

El **auxiliar de ayuda a domicilio es un profesional cualificado** que ofrece servicios integrales a personas mayores, dependiente, enfermas que necesiten asistencia especial para su cuidado sanitario o que requieran servicios domésticos y/o sociales. Como hemos visto, son diversas las funciones que hacen estos profesionales, sin embargo, son muchas las que nos hemos dejado en el tintero. Por otra parte se encuentran las **personas encargadas de la limpieza**. Ambos son dos perfiles diferentes y no hay que confundirlos entre ellos. Cada uno tiene sus labores específicos y son profesionales en su campo.

Según el grado de dependencia del anciano, así se le dará en número de horas de la ayuda a domicilio, los grandes dependientes tienen hasta 4 horas diarias, las dependencias menores tienen una o 2 horas diarias.

El trabajo que realiza la o el auxiliar en la ayuda a domicilio es imprescindible para el anciano a la hora de acompañarlo en el día a día, controlar en ocasiones la medicación que toma, otras asegurarse de una correcta comida, evitando desnutrición, así como para un respiro familiar.



C) TELEASISTENCIA:

La Teleasistencia se configura como un servicio esencial para facilitar la permanencia de las personas en situación de dependencia en el entorno en el que desarrollan su vida, en algunos casos como instrumento suficiente para mantener su autonomía personal, y en otros, como servicio complementario a otros recursos.

Consiste en la atención directa y personalizada ante situaciones de emergencia, inseguridad, soledad o aislamiento, a través de profesionales especializados/as que proporcionan los apoyos necesarios para poder resolver situaciones de diversa naturaleza, movilizándolo los recursos más adecuados para cada caso.

Se trata de un dispositivo especial conectado a la línea telefónica que permite contactar de forma inmediata con el servicio a través de un pulsador (tipo colgante o pulsera) desde cualquier lugar del domicilio.

-Actuaciones que ofrece el servicio:

- Atención profesionalizada y directa, conociendo en cada momento las circunstancias personales y familiares en las que se encuentra la persona. Además se habilitan los recursos necesarios para el aviso a los servicios sanitarios y de seguridad ciudadana o en el caso de extrema gravedad derivándolas a los servicios de emergencias del 061, así como a los familiares designados/as previamente por la persona interesada.
- Contacto periódico con las personas beneficiarias del servicio, aportándoles confianza, seguridad y compañía.
- Seguimiento personal de cada persona beneficiaria, que garantiza una mejor prestación del Servicio.

-Intensidad del servicio:

La atención profesionalizada que ofrece este servicio permite a las personas beneficiarias mantener el contacto verbal a través de la línea telefónica, con sólo apretar un botón, las 24 horas al día, todos los días del año y sin moverse de su domicilio.

-Perfil del usuario:

Pueden acceder a este servicio todas las personas en situación de dependencia, indistintamente del grado de dependencia que tengan reconocido.

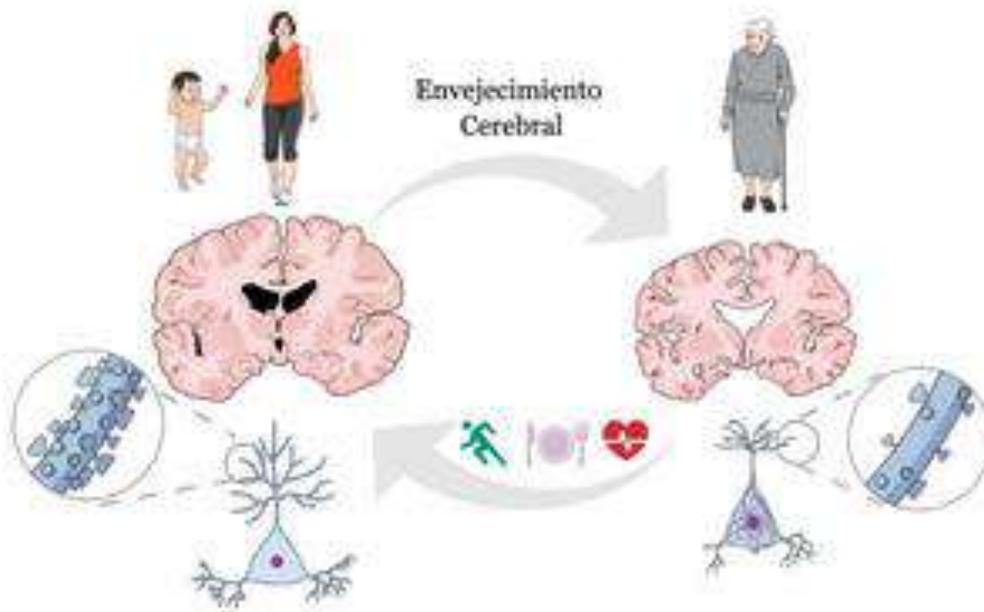
Se requiere únicamente que residan en su domicilio habitual y que cuenten con línea telefónica fija.

UNIDAD DIDÁCTICA 4: SÍNDROMES GERIÁTRICAS

El envejecimiento es un proceso universal, continuo, heterogéneo, de carácter lento y complejo. Durante el mismo, el gradual deterioro de las capacidades funcionales hace a los individuos, debido a las pérdidas de capacidad homeostática, particularmente susceptibles y vulnerables ante una gran variedad de alteraciones patológicas. La heterogeneidad se puede abordar tanto desde el punto de vista filogenético como ontogénico. Esta notable variabilidad interindividual e intraindividual con respecto a la velocidad y cantidad del envejecimiento resulta de una compleja interacción entre genética, medio ambiente y factores estocásticos.

El envejecimiento del cerebro muestra cambios característicos que plantean la cuestión de si representan aspectos menores del envejecimiento, que no afectan considerablemente a su función, o si son precursores de trastornos neurodegenerativos. El encéfalo, desde el punto de vista neural, es un órgano posmitótico, aunque sabemos que en determinadas regiones persisten fenómenos neurogénicos. Como consecuencia de esta característica, cuando las neuronas se pierden por cualquier causa, son difícilmente recuperables, por lo que el número total de neuronas y el peso global del encéfalo disminuye de forma progresiva con el envejecimiento. A partir de los 60 años de edad el cerebro pierde de 2 a 3 g de peso anualmente.

También es importante considerar no solo el número de neuronas, sino lo que ocurre durante el envejecimiento con la arborización dendrítica neuronal y la densidad de espinas, sustrato morfológico de los contactos sinápticos. La neuroplasticidad (posibilidad de incrementar el árbol dendrítico, las espinas y los contactos sinápticos) no se pierde con el envejecimiento. Hace más de 30 años se pudo comprobar que la preservación del fenómeno de neuroplasticidad continuaba presente en la corteza del hipocampo de octogenarios y, sin embargo, desaparecía en ancianos con deterioro cognitivo.



A) DETERIORO COGNITIVO

El término deterioro cognitivo leve fue introducido en 1988 por Reisberg y definido en 1991 por Flicker como una situación de disfunción cognitiva, que no alcanza el grado de demencia en el contexto clínico inicial de la enfermedad de Alzheimer.

El Deterioro cognitivo leve describe la alteración en uno o más dominios de la cognición superior/es a lo esperado en una persona de la misma edad y nivel educativo, pero que no es de suficiente intensidad como para establecer el diagnóstico de demencia.

Alrededor del 80% de las personas que viven edades muy avanzadas no experimentan una pérdida importante de la memoria ni de otros síntomas de demencia pero es una realidad que casi todas las funciones cognoscitivas declinan con la edad. La naturaleza y ritmo de declinación varía de unas personas a otras, dependiendo de la causa, el nivel educativo, el nivel de actividad y el estado general de salud.

La pérdida o deterioro de las capacidades mentales se denomina demencia. Las personas con demencia muestran múltiples cambios que difieren de los que se observan en el proceso normal del envejecimiento. Las habilidades que en mayor medida se ven afectadas en las personas con demencia son la memoria verbal y no verbal, las capacidades perceptuales y de organización, las habilidades de comunicación y la función psicomotora.

-Factores de riesgo:

- Edad: duplicándose cada 5 años hasta los 85 años.
- Sexo: no está clara su influencia.
- Factores cardiovasculares: Tensión Arterial, Diabetes, Fibrilación Auricular.
- Índice de Masa Corporal (IMC): elevado y disminuido son predisponentes.
- Estilo de vida: sedentarismo, alcoholismo.

-Valoración diagnóstica:

- Comienzo.
- Naturaleza y evolución en el tiempo de la sintomatología.
- Fármacos utilizados por el paciente.
- Comorbilidad.
- Exploración clínica y neurológica.
- Valoración cognitiva, mental y funcional

Vamos a centrarnos en la valoración cognitiva:

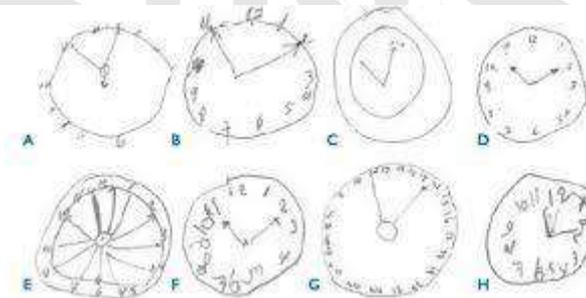
El deterioro cognitivo ha de detectarse y diagnosticarse mediante pruebas que pongan en juego las capacidades cognitivas del paciente, dentro del marco

tradicional, pero insustituible, del método clínico, en el que cobran especial relevancia la información aportada por una persona allegada al paciente y el examen del estado mental.

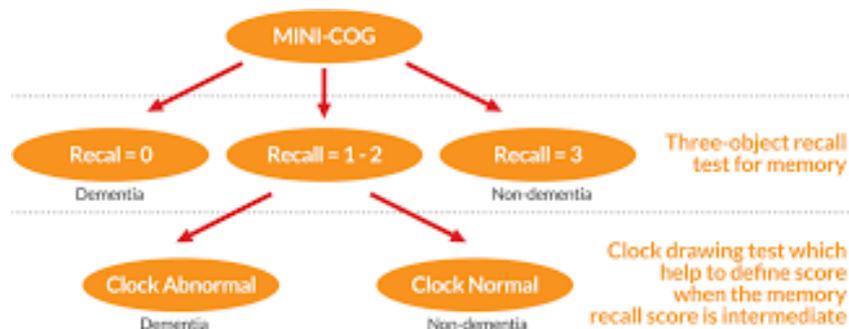
El ámbito de la Atención Primaria (AP), por su accesibilidad, proximidad y perspectiva longitudinal, es el entorno idóneo para la detección y abordaje inicial del deterioro cognitivo. El segundo nivel asistencial confirmará el diagnóstico y la etiología, e iniciará el tratamiento específico.

Test usados:

- Test de las Fotos o Fototest: es el test cognitivo breve más estudiado en España en la detección de deterioro cognitivo. Consta de una tarea de denominación, una de fluidez verbal y una de recuerdo libre y facilitado de seis fotografías, siendo apto para ser aplicado a sujetos iletrados.
- Test de Alteración de la Memoria (T@M): incluye ítems relacionados con el recuerdo libre y facilitado, orientación temporal y, en menor proporción, ítems de memoria remota/ semántica.
- Eurotest: evalúa lenguaje, memoria, cálculo, capacidad de abstracción y función ejecutiva.
- Test episódico: es de reciente creación y validado en una muestra de pacientes para Deterioro cognitivo leve amnésico y Enfermedad de Alzheimer.
- Test del reloj: evalúa el área o capacidad visuo-espacial y las funciones ejecutivas.



- Mini-Cog: incluye las áreas que más frecuentemente se ven alteradas al inicio del deterioro cognitivo. Une para ello una prueba de aprendizaje de tres palabras similar a la del test Mini-Mental State de Folstein (memoria episódica) y el test del reloj.



Mini-Cog scoring algorithm (Borson S et al., 2000)

-Terapias no farmacológicas:

Es en estas terapias donde el papel del técnico en cuidados auxiliar de enfermería, trabajando día a día con el anciano, en actividades y fomentando su memoria e independencia.

Es aquella desarrollada sin fármacos o agentes químicos y que pretenden mejorar la calidad de vida de las personas que por diferentes patologías ven afectadas sus capacidades cognitivas.

Algunas de las técnicas más usadas son las siguientes:

- Estimulación cognitiva. Facilitación general y temática de operaciones cognitivas basadas en evocación, relación y procesamiento.
- Entrenamiento cognitivo. Aprendizaje o refuerzo de operaciones cognitivas específicas.
- Rehabilitación cognitiva. Aprendizaje o refuerzo de operaciones cognitivas altamente individualizado, dirigido a mantener o a recuperar capacidades funcionales o sociales relevantes para el enfermo.
- Reminiscencia. Elaboración cognitiva y afectiva a partir de acontecimientos o experiencias del pasado remoto (acontecimientos vividos, hechos del pasado, canciones antiguas, etc.).
- Intervenciones sensoriales. Utilización de estímulos dirigidos a los cinco sentidos, con la finalidad de favorecer las operaciones cognitivas o de mejorar la afectividad o la conducta.
- Ejercicio físico. El ejercicio regular ayuda a potenciar la movilidad, trabajar la respiración y mejorar significativamente los patrones cardiovasculares, evitando problemas de este tipo que pudieran hacer avanzar el deterioro.
- Nuevas tecnologías. Desarrollo y trabajo con programas de estimulación a través de ordenador, tabletas o videojuegos.



B) TRASTORNO DEPRESIVO.

La depresión en el anciano presenta una prevalencia del 1%, pero en grupos determinados como los que se encuentran en residencias geriátricas, la proporción se incrementa considerablemente hasta un 20-25%.

Un trastorno depresivo puede enmascarar el comienzo de otra enfermedad por lo que es fundamental realizar correctamente el diagnóstico diferencial.

Es un trastorno que se diagnostica poco y tarde, algunas de las razones son que la persona mayor que la padece rara vez busca ayuda médica y cuando lo hace, puede estar enmascarado por quejas físicas inespecíficas, síntomas de deterioro cognitivo, alteraciones conductuales inespecíficas, aumento de la irritabilidad, intolerancia, aislamiento social.

La depresión es un ejemplo de enfermedad de presentación atípica e inespecífica en la población geriátrica. Dada la pluripatología de estos pacientes la depresión coexiste con otras enfermedades físicas. La principal causa de pérdida de peso en el anciano es la depresión.

Las pérdidas funcionales, las alteraciones cognitivas y la privación sensorial puede predisponer a la depresión.

Síntomas comunes: estado de ánimo triste, anergia, anhedonia, pérdida de interés por las cosas, pesimismo, disminución de la atención, alteración de la conducta, ideas de muerte, síntomas somáticos y psicóticos, trastornos de conducta, del sueño, del apetito y sexuales.

El tratamiento de la depresión en el anciano se debería abordar complementando la psicoterapia y los psicofármacos, ya que combinados existe una menor tasa de abandonos, mejor aceptación del tratamiento y más rápida mejoría de los síntomas.

-Características especiales de la depresión en el anciano:

- I. Acentuación patológica de rasgos premórbidos
- II. Escasa expresividad de la tristeza
- III. Tendencia al retraimiento y aislamiento
- IV. Dificultad para reconocer los síntomas depresivos
- V. Deterioro cognitivo frecuentemente asociado
- VI. Expresión en forma de quejas somáticas. Hipocondría
- VII. Mayor frecuencia de síntomas psicóticos. Delirio
- VIII. trastornos conductuales posibles. Irritabilidad.
- IX. Presencia de comorbilidad. Pluripatología.
- X. Enfermedad cerebrovascular frecuente
- XI. Presencia de polifarmacia

-Formas de presentación clínica más frecuente:

Los siguientes síntomas pueden presentarse en el anciano con una frecuencia mayor, llegando a dominar el cuadro.

- I. Deterioro cognitivo
- II. Trastornos de conducta:
 - i. Ansiedad
 - ii. Irritabilidad
 - iii. Agitación /retardo psicomotriz
- III. Síntomas psicóticos: ideas delirantes, alucinaciones
- IV. Abuso de alcohol u otras sustancias
- V. Trastornos del comportamiento
- VI. Síntomas somáticos: dolor, fatiga, cefalea...
- VII. Pérdida de iniciativa y de la capacidad de resolver problemas
- VIII. Deterioro del cuidado personal
- IX. Culpa, obsesiones, compulsiones u otros síntomas neuróticos.
- X. Acentuación de rasgos de personalidad

La valoración del riesgo de suicidio es fundamental en la evaluación de la depresión en el anciano. Entre el 60-90% de las personas >75 años que se suicidan tienen diagnóstico de depresión. La tasa de suicidio en el anciano dobla la de adultos jóvenes.

- Factores de riesgo de suicidio en el paciente anciano con depresión:

- I. Sexo masculino
- II. Edad avanzada
- III. Raza blanca
- IV. Historia de intentos previos
- V. Viudedad reciente
- VI. Presencia de planes o actuaciones concretas (modificación de testamentos)
- VII. Consumo abusivo de alcohol u otras sustancias
- VIII. Enfermedades somáticas crónicas y discapacitantes, especialmente si existe dolor
- IX. Rasgos anómalos de personalidad (impulsividad, introversión)
- X. Soporte social deficiente (soledad)
- XI. Presencia de síntomas: insomnio marcado, agitación psicomotriz, ideación delirante, desesperanza...

XII. Limitación funcional



El ejercicio con regularidad probablemente ayuda a disminuir la depresión de varias maneras, que incluyen:

- La liberación de sustancias químicas en el cerebro que ayudan a sentirse bien que pueden disminuir la depresión (neurotransmisores, endorfinas y endocannabinoides).
- La reducción de sustancias químicas en el sistema inmunológico que pueden empeorar la depresión.
- El incremento de la temperatura corporal, que puede tener efectos calmantes.

Ejercitarse con regularidad también tiene muchos beneficios emocionales y psicológicos.



C) DELIRIO

El síndrome confusional agudo, llamado también delirio corresponde a una alteración en el estado mental que se caracteriza por ser aguda y reversible. El delirio es uno de los desórdenes cognitivos más importantes en el adulto mayor, tanto por su prevalencia como por su pronóstico.

El desarrollo de un síndrome confusional agudo no rara vez es el primer signo de compromiso de la función cerebral, además puede ser la forma clínica de presentación de una enfermedad física grave o aparecer como complicación seria de una enfermedad o de su tratamiento. La falta de diagnóstico y tratamiento oportuno pudiera resultar en daño cerebral permanente o muerte.

El delirio en el anciano es un síntoma, y por lo tanto, obliga a buscar la enfermedad de base desencadenante.

-Características del delirio:

- Alteración de la consciencia, que aparece habitualmente como somnolencia, letargia o estupor, pero que también se puede presentar como hipervigilancia o como déficit de atención.
- Déficit cognitivo: pérdida de memoria, desorientación, alucinaciones o alteraciones en el lenguaje o en la percepción.
- El delirio es agudo y fluctuante. Se desarrolla durante horas o días y habitualmente de forma más severa al anochecer.
- Presencia de una o más causas médicas como enfermedad aguda o toxicidad farmacológica.

-Factores que aumentan la vulnerabilidad:

- Edad avanzada.
- Enfermedad crónica cerebral: demencia, accidente cerebrovascular, enfermedad de Parkinson.
- Alteraciones de los sentidos.

-Factores que pueden precipitar delirio:

- Fármacos.
- Otras complicaciones: infección, deshidratación, inmovilidad, malnutrición, uso de sondas vesicales.

El tratamiento del delirio es psicofármacos, y buscar la causa que provoca el cuadro confusional agudo.

D) INESTABILIDAD Y CAÍDAS

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. Según avanza la edad se modifican el centro de gravedad, la coordinación, los reflejos, el equilibrio, la fuerza, la flexibilidad, etc. 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.

La marcha normal consta de una fase estática que constituye el 60% de la misma y ocurre cuando una pierna sufre carga y está en contacto con el suelo, y una fase de balanceo o dinámica (40%) cuando avanza la otra pierna para dar el paso siguiente. Mientras tanto, los brazos se desplazan hacia delante y hacia atrás en dirección opuesta a la de las piernas (por ej., el brazo izquierdo se desplaza con la pierna derecha hacia delante, mientras el brazo derecho lo hace hacia atrás). Los componentes básicos de la marcha son: flexión de cadera, flexión de rodilla, interacción de rodilla y tobillo, rotación de la pelvis alrededor de un eje vertical y báscula lateral de la pelvis. En términos generales, se puede dividir el mecanismo de la marcha en tres fases: despegue, avance y apoyo:

- Despegue. Mientras la rodilla se encuentra bloqueada en extensión, el sóleo y los gemelos impulsan la extremidad, levantando el talón del suelo, al mismo tiempo que la musculatura abductora y el cuádriceps del miembro contralateral evitan que bascule la pelvis manteniéndola fija.
- Avance. Con la extremidad contralateral soportando toda la carga, la de referencia se eleva y se desplaza hacia delante. Para ello se flexionan progresivamente la cadera y la rodilla, mientras que el tobillo y el pie se van extendiendo paulatinamente para evitar el roce con el suelo.
- Apoyo en el suelo. Se inicia con el talón e inmediatamente implica a la totalidad de la planta del pie, manteniendo la rodilla ligeramente flexionada. En este momento comienza la fase de despegue de la extremidad contralateral.

Al explorar la marcha de un individuo, deberemos fijarnos tanto en sus componentes espaciales, como temporales que van a sufrir cambios en función de la edad, sexo, hábito corporal, movilidad, fuerza y tipo de calzado.

Aunque no todos los ancianos experimentan cambios en su mecánica de marcha, el deterioro físico inherente al envejecimiento o incluso la prudencia que el temor a caer despierta en las personas mayores hace que éstos sean frecuentes y de muy diversa índole.

Efectos de la edad sobre la marcha:

- Disminución de la velocidad.
- Disminución de la longitud de la zancada y aumento de su anchura.
- Disminución de la longitud del paso.

- Disminución de la cadencia.
- Disminución del ángulo del pie con el suelo.
- Prolongación de la fase bipodal.
- Reducción de tiempo de balanceo/tiempo de apoyo.
- Aumento de la anchura del paso y disminución de la altura.
- Pérdida del balanceo de los brazos.
- Reducción de las rotaciones pélvicas.
- Menor rotación de cadera y rodilla.

La etiología de los trastornos de la marcha es multifactorial y, por ello, va a ser fundamental aprender a explorarla lo mejor posible. No obstante, la mera observación nos va a orientar hacia el origen del trastorno predominante.

La inestabilidad de la marcha pueden darse por:

- Problemas neurológicos (marcha hemipléjica, parkinsoniana, en tijera, danzante, apráxica, atáxica, vestibular, equina, multisensoriales, prudente,
- Problemas circulatorios (marcha claudicante).
- Problemas musculoesqueléticos (dismetría, marcha antiálgica, marcha de pingüino)

Las caídas representan el 90% de los accidentes del anciano. Aproximadamente sólo el 50% de las personas mayores de 70 años hospitalizadas después de sufrir una caída sobreviven transcurrido un año. Se suelen caer los primeros días de hospitalización o de ingreso.

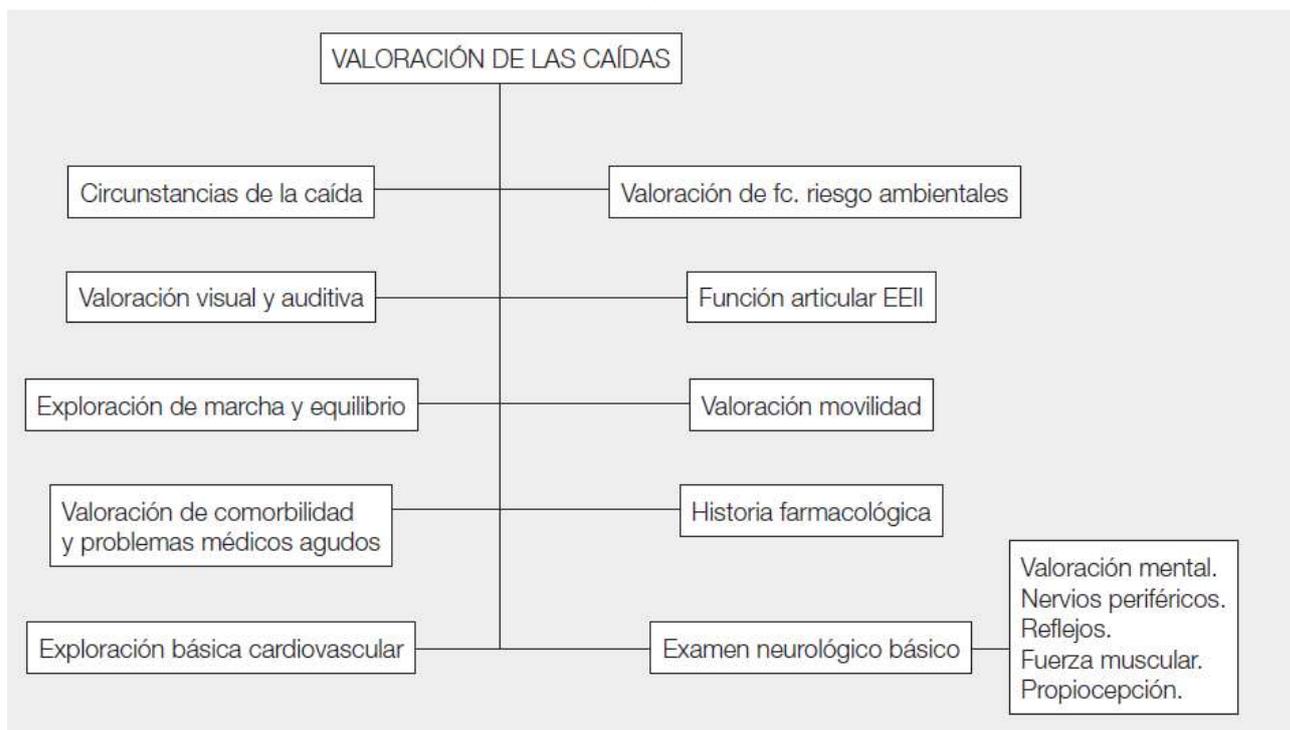
Los factores relacionados con las caídas pueden ser intrínsecos (alteraciones en la marcha, en el control postural, patologías que favorecen las caídas) o extrínsecos (ambientales, iatrogénicos).

Las caídas pueden tener diversas consecuencias como la pérdida de movilidad, miedo a volver a caer, restricción de la actividad, aislamiento social, aumento del consumo de medicamentos, alteraciones psíquicas (depresión, ansiedad), desvalorización de la autoimagen.

Las caídas pueden conducir a una pérdida de la autonomía. Serán factores pronóstico de esta pérdida de autonomía el no poder levantarse sólo tras la caída, permanecer en el suelo más de una hora y antecedentes de caídas previas.

La actitud del médico ante un paciente que se ha caído, más si las caídas son múltiples, no debe ser de indiferencia. La caída en muchas ocasiones debe considerarse una señal de alerta que traduce una situación de fragilidad y, por tanto, debemos tratar de conocer las causas, las consecuencias y las circunstancias en que se ha producido. Puede ser la primera manifestación de una enfermedad aguda en el anciano. Ante una caída debemos:

- 1, valorar de forma global al anciano;
- 2, identificar los factores de riesgo intrínsecos-extrínsecos y circunstancias de la caída;
- 3, estimar precozmente las consecuencias a corto y largo plazo.
- 4, prevenir nuevas caídas.



E) INMOVILIZACIÓN Y ÚLCERAS POR PRESIÓN.

El inmovilismo es el descenso de la movilidad normal hasta el extremo de afectar el normal desempeño de las actividades básicas de la vida diaria. Se considera un síndrome geriátrico ya que en el anciano el reposo prolongado puede empeorar la capacidad funcional y producir efectos secundarios de gravedad.

Causas de inmovilismo:

- Las enfermedades agudas en general.
- Las enfermedades crónicas que producen invalidez: músculoesqueléticas, neurológicas, cardiovasculares.
- Los déficits sensoriales.
- Antecedentes de caídas.
- Iatrogenia farmacológica.
- Las barreras arquitectónicas.
- Conflictiva situación social.

Consecuencias del inmovilismo:

- Alteraciones cardiovasculares: hipotensión ortostática, reducción del volumen circulante, reducción de la reserva funcional, tromboembolismo.
- Alteraciones respiratorias: neumonía, disminución de la capacidad vital, menor actividad ciliar, descenso del reflujo tusígeno.
- Alteraciones músculoesqueléticas: atrofia por desuso, debilidad muscular, contracturas, osteoporosis.
- Alteraciones genitourinarias: retención urinaria, cálculos, incontinencia urinaria, infecciones urinarias.
- Alteraciones digestivas: estreñimiento, impactación fecal, incontinencia fecal, inapetencia.
- Alteraciones cutáneas: úlceras por presión, dermatitis.
- Alteraciones del sistema nervioso: deterioro cognitivo, ansiedad, depresión, cuadro confusional y menor equilibrio.

Úlcera por presión:

Mantener un buen estado en la integridad de la piel es fundamental para el desarrollo de las actividades del enfermo. Cualquier alteración en su continuidad provoca un gran discomfort, agrava el estado de la persona, y en caso de estar hospitalizado, alarga su estancia con las consecuencias que eso comporta.

Estas alteraciones son las llamadas úlceras y que puedan aparecer cuando hay presiones superiores a la presión capilar normal (16-33 mm Hg) en un área limitada y en un tiempo prolongado, sobre todo en prominencias óseas. Esta presión provoca una reducción del flujo sanguíneo, disminuyendo el aporte de O₂ y dando lugar a una isquemia. Se inicia un proceso inflamatorio activo que al mismo tiempo produce una hiperemia reactiva, la cual si no desaparece en 30' puede considerarse una úlcera: Presión + Tiempo = Úlcera.

Definimos una úlcera como la solución de continuidad con destrucción o pérdida de sustancia en los tejidos orgánicos.

Existen factores de riesgo que pueden conllevar a la persona ingresada a presentar alteraciones de la piel.

A pesar del aumento de la tecnología sanitaria, las úlceras continúan siendo uno de los aspectos menos favorables y más costosos del cuidado de los pacientes. Por ello la prevención de las úlceras se ha convertido en una prioridad.

Debemos valorar aquellos pacientes con factores de riesgo y aplicar medidas de prevención.

Tratamiento de las úlceras por presión

Los principios fundamentales para el tratamiento de las úlceras son limpieza y reparación.

- Limpieza y secado de la herida.
- Desbridamiento del tejido necrótico con productos autolíticos, enzimáticos o de forma quirúrgica.
- Prevención y abordaje de la infección bacteriana.
- Favorecer la cicatrización.
- Disminuir la presión en la zona afectada.
- Paliar el dolor.

En la actualidad el concepto de cura convencional, según el cual las heridas para curar han de secar y hacer costra, ha sido sustituido por un nuevo concepto, el de la cura húmeda basada en el mantenimiento de humedad y temperatura para curar las úlceras. En este caso utilizaremos apósitos adecuados a cada situación clínica.

La finalidad de los apósitos oclusivos o semioclusivos es mantener el grado de humedad ideal bajo los mismos de tal manera que favorezca la cicatrización de la úlcera; al mismo tiempo mantienen secos los bordes de la misma y confiere un aislamiento térmico y bacteriano.



F) MALNUTRICIÓN

La importancia que tienen los problemas de alimentación en el anciano va más allá del simple aspecto estético, se refiere a un problema de patología relacionada y aspectos de prevención tanto primaria, secundaria como terciaria. Existen estudios en los cuales tras un seguimiento longitudinal, aquellos ancianos que realizaban ingestas superiores o inferiores a las recomendadas, tenían mayor riesgo de enfermar, mayor discapacidad e incluso mayor mortalidad.

La etiología de este gran síndrome geriátrico es multifactorial, viéndose implicados, además de los procesos fisiológicos propios del envejecimiento, factores de otra índole, como los socio-económicos o psicológicos, y aquellos secundarios a la pluripatología característica del anciano.

La malnutrición es una situación endémica en las personas mayores y que las deficiencias proteico-calóricas y de micronutrientes pueden conllevar una disminución de las defensas inmunes, de la respuesta al estrés, de la función cognitiva y de la capacidad para el autocuidado.

Peculiaridades del anciano respecto a la nutrición.

En general podemos decir que con el envejecimiento hay una menor necesidad de energía, ya que se realiza menor actividad física y hay una pérdida de masa muscular relacionada con la menor tasa de síntesis proteica. Se debe incrementar el aporte de los micronutrientes (vitaminas y oligoelementos), o por lo menos asegurar la ingesta, por existir en muchos casos más dificultad para la absorción (por ejemplo: Vitamina B, Calcio, Hierro), o menor síntesis (por ejemplo: Vitamina D). Las necesidades de fibra y de agua son mayores al existir problemas de regulación a nivel intestinal y renal.

Métodos de detección y conocimiento del estado nutritivo:

No existe un único indicador específico de salud nutricional, ni tampoco una prueba adecuadamente sensible o específica para ello, por lo que el uso de categorías de riesgo y herramientas de cribado nos ayudarán a identificar las personas a riesgo, para posteriormente hacer un estudio más exhaustivo de desnutrición.

La valoración del estado nutricional requiere un estudio minucioso y selectivo de todos los parámetros disponibles. Habitualmente tiene cuatro componentes:

- Medidas antropométricas: pliegue tricipital y subescapular, circunferencia muscular del brazo, peso, talla.
- Exploración física: estado de hidratación, valoración de la dentadura, capacidad de deglución.
- Antecedentes nutricionales.
- Pruebas de laboratorio: albúmina, transferrina, recuento linfocitario, colesterol.

Entre los índices de cribado el Mini Nutritional Assesment (MNA) es el de mayor difusión. Sirve para la detección precoz de casos sobre los que intervenir, es fiable, estratificado, rápido, aceptado su utilización y además barato. Consta de 18 ítems, que abarcan aspectos antropométricos, dietéticos y parámetros subjetivos. Los puntos de corte son: < 17: malnutrido; 17 -23.5: individuo a riesgo; 24 - 30: normal.

G) ESTREÑIMIENTO

No existe evidencia concluyente de que exista una reducción en la velocidad del tránsito colónico en los ancianos sanos. Por otra parte, tanto la capacidad rectal como la presión del esfínter anal en reposo disminuye con la edad. Es posible que la función anorrectal contribuya substancialmente a los síntomas de estreñimiento asociados con el envejecimiento. El estreñimiento se relaciona con una serie de situaciones en la tercera edad.

Es muy importante tener en cuenta causas iatrogénicas; muchos medicamentos, especialmente anticolinérgicos, fármacos antiparkinsonianos, antagonistas del calcio (por ejemplo, verapamil), antiácidos con aluminio cálcico y antidepresivos tricíclicos pueden causar un estreñimiento agudo en los ancianos, así como también el uso continuado de laxantes.

Se considera normal hacer deposición desde una vez cada dos días hasta 2-3 deposiciones día. El estreñimiento, según se define normalmente, es una interpretación subjetiva de cambios en las costumbres intestinales.

Los pacientes pueden quejarse de una evacuación demasiado infrecuente, una evacuación difícil, un sentimiento de evacuación incompleta o deposiciones demasiado pequeñas o duras. Aproximadamente un tercio de los pacientes exhibirán una combinación de estos síntomas.

Prevención y tratamiento

Prevención. La educación es crucial para evitar el estreñimiento en la vejez. El ritmo normal de costumbres intestinales no es un dato universalmente conocido, y los pacientes deben de ser informados sobre los peligros del uso prolongado de laxantes, particularmente de aquellos de tipo irritante. Los fármacos que causan estreñimiento deberán ser evitados en la medida de lo posible. Finalmente, el papel que juega la dieta, particularmente el consumo suficiente de fibra y líquidos debe tenerse muy en cuenta, tanto para la prevención como para el tratamiento del estreñimiento.

Medidas generales

- Evitar los laxantes irritantes y consumir cantidades adecuadas de líquido: ingerir al menos 1,5 litros de líquidos al día, incrementando esta cantidad en verano.
- La fibra se encuentra en el grano y el cereal, y los pacientes deberían consumir al menos 10g y posiblemente más de 25 g diarios de fibra.
- Otro componente de la terapia, especialmente en el caso de los pacientes institucionalizados es la educación del paciente en programar la evacuación a una hora concreta.
- Si es posible, la realización de ejercicios también puede ser beneficiosa; en caso de que los pacientes tengan limitación en su movilidad, puede ser útil el mantener una posición erecta.
- Masticación correcta: es esencial para un correcto tránsito intestinal y repercute en los hábitos de evacuación.

Tratamiento farmacológico.

Los lubricantes, como el aceite mineral, pueden ser efectivos, pero el riesgo de aspiración implica que los pacientes con dificultades para tragar deberán evitar estos productos.

Los agentes osmóticos, particularmente el hidróxido de magnesio o la lactulosa en una dosis de 15-60 ml/d, incrementan la cantidad de agua en la deposición. Estos agentes pueden ser especialmente útiles en el caso de aquellos pacientes con estreñimiento debido al uso de analgésicos narcóticos.

La terapia local en forma de supositorios o enemas puede ser especialmente eficaz en aquellos pacientes que experimentan dificultades al eliminar deposiciones blandas por el recto. Deberá evitarse el uso de estimulantes y jabón en los enemas; la utilización de agua de grifo es suficiente.

Los enemas de retención de aceite pueden ayuda en el caso de impactación.

Complicaciones

Las complicaciones importantes del estreñimiento en la tercera edad son impactación fecal, megacolon idiopático, vólvulo sigmoide, incontinencia fecal y hemorroides.

La presencia de impactación puede ser difícil de distinguir de los casos de obstrucción intestinal debidos a otras causas. Puede manifestarse como estreñimiento persistente, diarrea paradójica, estado confusional agudo, obstrucción intestinal aguda o como incontinencia urinaria.

Los hemorroides pueden dar lugar a un sangrado serio y pueden ser tratados quirúrgicamente o con ligadura.

H) INCONTINENCIA URINARIA

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina que produce un problema higiénico y social y que se puede demostrar objetivamente.

La prevalencia de incontinencia aumenta con la edad, el 20% de los ancianos de la comunidad y casi el 50% de los institucionalizados son incontinentes.

La incontinencia urinaria es uno de los grandes síndromes geriátricos, tanto por su elevada prevalencia en la población anciana, como por el impacto negativo que genera en la calidad de vida del anciano que la sufre.

La incontinencia tiene una gran repercusión sobre el entorno social y familiar del paciente. La persona incontinente tiende a ser institucionalizada con el consecuente gasto social. Algunos estudios han hallado que las personas incontinentes muestran un deterioro en la percepción de su calidad de vida y un aumento de trastornos emocionales y aislamiento social.

El manejo de la incontinencia urinaria está basado en diferentes aspectos terapéuticos que generalmente deben utilizarse de forma complementaria para mejorar los resultados. Estas terapias son:

- Medidas generales: higiénico-dietéticas, reducción o cambio de los fármacos potencialmente implicados, modificación del hábitat del anciano.
- Técnicas de modificación de conducta: ejercicios del suelo pélvico (Kegel), reentrenamiento vesical, entrenamiento del hábito miccional, programación de las micciones.

- Tratamiento de las causas transitorias
- Tratamiento de la hiperactividad vesical: fármacos (oxibutinina, cloruro de trospio, flavoxato, doxepina, tolterodina) y otras opciones como estimulación eléctrica; cirugía.
- Tratamiento de la incontinencia de esfuerzo: cirugía, conos vaginales, en algunos caso pueden ser de ayuda los fármacos (imipramina, estrógenos)
- Tratamiento de la incontinencia por rebosamiento: cirugía en caso de obstrucción a la salida, y cateterismo vesical en caso de alteración contráctil.
- Medidas paliativas: no solucionan el problema pero lo hacen más tolerable. Los dispositivos más utilizados son: sondas permanentes, colectores de orina, bolsas de orina y absorbentes.



I) INCONTINENCIA FECAL

La incontinencia fecal es la falta de control voluntario de la defecación, que con frecuencia causa también aprensión, desconcierto y puede conducir a la soledad, con lo cual se interfiere en las actividades y en la socialización de las personas mayores.

Las principales causas de incontinencia fecal en personas mayores son las siguientes:

- Impactación fecal: es la principal causa en las personas mayores institucionalizadas.
- Deterioro funcional físico o psíquico.
- Disminución de la capacidad de reservorio rectal: causado por la edad, radiaciones, tumores, isquemias, resección quirúrgica.
- Disminución de la sensibilidad a nivel rectal: causado por diabetes, megarecto, impactación fecal.
- Deterioro funcional del músculo puborectal y del esfínter anal: causado por traumas, cirugía, neuropatías u otras causas.

El único fármaco que ha sido evaluado es la loperamida, que reduce los episodios de incontinencia e incrementa la presión basal del esfínter anal.

El biofeedback es una técnica de reentrenamiento neuromuscular anorrectal que estimula el cumplimiento de la función anorrectal en pacientes cuya incontinencia fecal está relacionada con la pérdida de la función del esfínter anal.

La cirugía debe considerarse en pacientes en los que falla el tratamiento farmacológico y se encuentra dañado el esfínter anal.



Bibliografía

<https://www.msmanuals.com/es/hogar/salud-de-las-personas-de-edad-avanzada/envejecimiento-del-organismo/introducci%C3%B3n-al-envejecimiento>

https://www.who.int/docs/default-source/documents/decade-of-health-ageing/decade-healthy-ageing-update1-es.pdf?sfvrsn=d9c40733_0

<https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/que-es-geriatria-concepto-y-diferencias-con-la-gerontologia>

<http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/Unidad-5-Salud-Adulto-Mayor-V-2013.pdf>

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/004013.htm#:~:text=Los%20m%C3%BAsculos%20Oculares%20se%20vuelven,los%20ojos%20en%20objetos%20cercanos.>

https://www.fbbva.es/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon_cap21.pdf

<http://neumologiaysalud.es/descargas/R5/R5-3>

<http://www.grupoasistencialcoruna.es/15289707875b223e3d65421-CUIDADOS+EN+EL+ANCIANO+.+APARATO+LOCOMOTOR+1++PARTE.+TEMA+2+CAMBIOS+ASOCIADOS+AL+ENVEJECIMIENTO>

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-centros-dia-personas-mayores-un-13006103>

[http://posgrados.ugr.es/dependencia/pages/carmen-asensio-y-mariola-hita/constitucionyfuncionamientodeunaresidenciademayores/!](http://posgrados.ugr.es/dependencia/pages/carmen-asensio-y-mariola-hita/constitucionyfuncionamientodeunaresidenciademayores/)

<https://www.segg.es/media/descargas/Consenso%20deteriorocognitivoleve.pdf>