

## UNIDAD 1

### *Conceptos Generales*

Objetivos específicos:

- Definir el objeto de estudio de gerontología y geriatría
- Descubrir sus bases conceptuales de la enfermería G y G
- Determinar el concepto de envejecimiento a través de distintas teorías actuales
- Identificar la importancia de la edad de interés geriátrico
- Conocer la esperanza de vida en las distintas áreas del mundo y la problemática que se plantea ante el hecho del envejecimiento de las poblaciones.

### **TEMA 1:**

### *Conceptos generales*

**Gerontología:** Ciencia que estudia el proceso de envejecimiento dentro de criterios biológicos de normalidad

Incluye el concepto de investigación del envejecimiento fisiológico y por lo tanto de los modos de envejecer patológicos

Diferentes ramas: (incluidas dentro de la gerontología)

Gerontología experimental  
Gerocultura  
Citogerontología  
Gerontología clínica  
Gerontología social

**Geriatría:** rama de la medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales en la salud y enfermedad de los ancianos

Objetivos de la geriatría:

- Valoración adecuada de todas las personas mayores (individualizada y comunitaria) para adecuar los recursos a esas necesidades (individuales o comunitarias) para satisfacerlas
- Movilización de los recursos existentes en el área de tal manera que las personas mayores puedan permanecer más tiempo en sus domicilios, satisfaciendo sus necesidades tanto en estado de salud como de enfermedad
- Asistencia a patologías crónicas, invalidantes....
- Docencia: formación de profesionales
- Investigación en todas las áreas referentes a las personas mayores

**Valoración geriátrica:** cuantificación de las alteraciones importantes de la esfera médica, funcional, mental y social, para conseguir un plan racional de tratamiento y recursos adecuados para tratar

Siempre utilizar **escalas** validadas, por lo que va a ser muy fácil ver de qué manera evoluciona el paciente en cuanto a su problema de salud, nivel de adaptación.... tiene que ser capaz (la escala) de extrapolar, transmitir datos para que otras personas los entiendan y puedan trabajar con ellos.

### Objetivos de la valoración:

- Diagnostico medico/ enfermeria
- Diagnostico funcional
- Diagnostico mental (desorientación o desconexión con la realidad)
- Diagnostico social (recibe visitas, vive solo)

### Instrumentos de una valoración:

- Salud física
- Capacidad funcional: Escalas Indice de Katz, de Lawton
- Función mental
- Función social

1. Entrevista, observación, palpación, datos objetivos, subjetivos

2. Escalas validadas que cuiden la capacidad funcional:

Índice de Katz: escala jerarquizada que abarca 6 áreas; baño, vestido, higiene, alimentación, eliminación y movilidad. Las últimas actividades que se pierden son las primeras que se recuperan y viceversa, las primeras que se pierden son las últimas que se recuperan.

Índice de Barthel: escala mucho más completa que Katz, desglosa la eliminación y da un resultado numérico, la movilización es mucho más completa (presencia de escaleras...) valora 10 esferas, desglosa la eliminación en urinaria, y fecal, la movilidad la desglosa en 3: transferencias sillón-cama, deambulación, subir y bajar escaleras

Puntuación de Barthel: de 0 a 100

Índice de Barthel 100: totalmente independiente

Índice de Lawton: escalera que valora las actividades instrumentales de la vida diaria, sobre todo es importante en ancianos que vivan solos y sin apoyos institucionales.

Mide la capacidad del anciano para vivir con total autonomía en su domicilio. La escala mide 8 items:

- Usa el teléfono
- Comprar solo
- Lavar ropa
- Uso de medios de transporte
- Manejo de su economía
- Toma medicación
- Hacer la comida
- Cuida la casa

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

3. La función mental se determina por medio de la entrevista (hay tb escalas validadas)(si vive solo, hijos cerca, relación con la familia, medios...)con preguntas organizadas

### ***Enfermería geriátrica:***

Se ocupa de la valoración de las necesidades de las personas ancianas, la planificación y la implementación de los cuidados de enfermería para satisfacer esas necesidades, y de la evaluación de la eficacia de dichos cuidados en el logro y mantenimiento de un nivel de bienestar acorde con las limitaciones impuestas por el proceso de envejecimiento

***Papel de la enfermera:*** soporte y ayuda en la promoción de estilos de vida sanos. Ha de tener en cuenta recursos, capacidades, voluntad y apoyos con que cuenta la persona y donde se sitúe la persona (punto neutro, alto nivel de bienestar, muerte prematura...)

### ***Enfermería geriátrica (gerontológica):***

#### ***Objetivos de la atención de enfermería en el cuidado de los ancianos:***

1. Concepción Integral: autonomía, dignidad y calidad de vida, valores fundamentales a tener en cuenta
2. Cuidados:
  - a. Características individuales, pasado, presente y futuro
  - b. Participación: **podemos asesorar pero el paciente siempre es el que decide**
  - c. Planificar y ejecutar
3. Visión dinámica del proceso de envejecimiento: **nadie envejece igual**

### ***¿Quién es el anciano?***

Sociedad occidental = 65 años → jubilado

Para delimitar la ancianidad podemos hacer referencia a 4 edades que confluyen en la misma persona:

1. ***Edad cronológica:*** la del calendario. Por si sola no va a darnos ningún dato. Nos sirve para establecer un plan de cuidado, **nunca se debe obviar**
2. ***Edad fisiológica*** = Edad funcional. Criterio indispensable que debe llevar escrito el PAE.  
.....los distintos sistemas corporales que le permiten mantener un determinado nivel de independencia. Nos marca el riesgo de patología, es la edad funcional, habla de la calidad de vida del anciano y de su funcionalidad (problemas de salud, movilidad...)
3. ***Edad Psicológica:*** Alteraciones psíquicas van a ser desencadenantes de alteraciones de la funcionalidad. Por ello es muy importante hacer una valoración de el estado cognitivo de la persona mayor. Nos indica la manera de pensar del anciano, esto va a condicionar el tipo de cuidados que va a requerir.  
Los ancianos presentan una gran labilidad emocional, a causa de un simple cambio en los hábitos de vida estos pueden presentar fácilmente un estado confusional.
4. ***Edad social:*** socialmente hay unas expectativas de cómo debe ser una persona mayor. Somos mas permisivos con el comportamiento de los jóvenes. En el ámbito social circula la idea de que las personas mayores son mas conservadoras. El rol que se espera de la gente mayor en la ciudad es distinto al que se espera en el ámbito rural (desempeñan las mismas tareas que en su juventud como cuidar vacas, trabajar en el campo...)  
Esto nos indica el rol que posee el anciano, a los 65 años se deja de trabajar, en el campo el anciano sigue manteniendo una serie de actividades mientras que en la ciudad se encuentran desocupados y con una gran cantidad de tiempo libre.

## **TEMA 2: Teorías del envejecimiento**

1. Definición de envejecimiento
2. Teorías del envejecimiento
  - a. Teorías Históricas
  - b. Teorías Biológicas
    - i. Orgánicas
      - Teoría **nerviosa** del envejecimiento
      - Teoría autónoma
      - Teoría de los radicales libres
      - Teoría del colágeno de **Burger**
    - ii. Genéticas
      - Teoría de la programación genética
      - Teoría **mutacionista** o de acumulación de errores
    - iii. Teorías psicológicas

### **Definición de envejecimiento:**

El envejecimiento es una sucesión de modificaciones morfológicas, fisiológicas, psicológicas y sociales de carácter irreversible, que se presentan antes de que las manifestaciones externas den al individuo aspecto de anciano.

### **Características:**

- Universal
- Constante
- Irregular
- Irreversible
- Individual
- Autoinmune

### **Conceptos generales:**

**Teorías históricas:** Son simples y lógicas, son las más antiguas.

- **Teoría del desgaste de los órganos:** envejecimiento como consecuencia del desgaste de los órganos
- **Teoría de la auto- intoxicación:** merma la capacidad de eliminación de los productos de deshecho, de manera que estos son responsables de la auto intoxicación y causa en envejecimiento.

## **Teorías biológicas:**

- **Orgánicas:**
  - **Teoría nerviosa del envejecimiento:** se enuncio a partir de la premisa de que las células nerviosas no se renuevan, siendo esto responsable del envejecimiento de nuestro organismo (pero en últimos avances en monos se descubrió que si se renuevan)
  - **Teoría autoinmune:** las reacciones autoinmunes, actúan debilitando nuestro sistema inmunitario. La disminución de la inmunocompetencia va a estar controlado por los linfo T y los linfoblastos va a desproteger a la células de tal forma que va a hacer que tenga 1 envejecimiento prematuro.
  - **Teoría de los radicales libres:** en cualquier reacción oxidación – reducción: en todos los organismos vivos aerobios se producen reacciones de oxidación – reducción, que generan radicales libres, altamente contaminables con cualquier otra reacción metabólica que se produzca en el organismo de un ser vivo y su acumulacion es la causa de que se produzca el envejecimiento.
  - **Teoría del colágeno de Burgner:** va a relacionar la producción de radicales libres con la formación de uniones que se hacen en el interior de la célula o entre distintas células (ínter e intramoleculares )a través del ADN y del colágeno, y va a formar membranas celulares que serán mucho menos permeables y que van a dificultar la nutrición de esa célula. El colágeno a su vez va a precipitar dentro de la célula y junto con calcio y colessterina van a formar membranas que van a ser cada vez menos permeables de tal manera que dificultan el intercambio nutricional.
- **Genéticas:**
  - **Teoría de la programación genética:** desde que nacemos tenemos una determinada información genética, en la que esta incluida la longevidad del organismo
  - **Teoría mutacionista** o de acumulación de errores: el ADN es el encargado de transmitir información genética para que nazcan nuevas células. Si alteramos el ADN del individuo la duplicación de las células seria anómala ( por ejemplo en radiaciones ionizantes o con citostaticos). Relaciona las mutaciones del ADN por efecto de sustancias físicas o químicas con el sufrimiento de patologías y la muerte.

Ninguna de estas teorías son excluyentes las unas de las otras.

**Teoría de la termodinámica:** intercambio de E en el ambiente, dependiendo de los cambios de este medio ambiente ejerce un biofeedback continuo. engloba a todas las anteriores.

El ser humano esta incluido en un ambiente determinado en un momento determinado y unas circunstancias determinadas, hay un intercambio de energía ( no solo con las funciones vitales, sino tb en su familia, en su domicilio). **DIBUJO**

Cualquiera de las otras teorías se va a ver influenciada por esta.

Factores bióticos y abióticos van a estar interaccionando entre ellos y con el individuo y constituyendo como va a ser su envejecimiento.

## TEMA 3:

## *Demografía de la ancianidad*

- Introducción
- Índice de envejecimiento
- Índice de dependencia de la población anciana
- Esperanza y expectativa de la vida
- Factores que influyen en el aumento del índice de envejecimiento
- Problemas que plantea

### ***Introducción:***

Hay dos hechos característicos:

Se prevé que en el 2010, más del 20% de la población total española sean > 65 años. Esto si no existe variación en dos hechos: Aumento del índice de fecundidad de la población española y que no se produzcan migraciones masivas exteriores.

Índice de envejecimiento prioritario > 80 años, ya que es el índice de envejecimiento que más va a aumentar y con una mayor proporción. Es el colectivo más desfavorecido y el que demanda una mayor prestación de cuidados.

La vejez no es solamente un problema de cifras, un problema demográfico, es sobre todo el problema de cada uno de nosotros.

Si hoy es el problema de los otros, mañana será nuestra condición común. Los ancianos de mañana han nacido hoy.

### ***Índice de Envejecimiento.***

Es un índice muy sensible, mide el desarrollo del país.

Es la relación porcentual entre la población de 65 años o más y la población de 0-15 años. Los expertos sostienen que una población es deseable desde el punto de vista demográfico si tiene más de un 25% de jóvenes <15 años y menos del 12% de > 65 años.

$$IE = \frac{\text{Población } > 65 \text{ años}}{\text{Población } 0-15 \text{ años}} \times 100$$

El índice de envejecimiento más selectivo va a ser el que se refiere a mayores de 80 años. Los más jóvenes cobrarán más que los mayores, pq los últimos años cotizados de unos no son iguales que lo de los otros.

### ***Índice de Dependencia de la población anciana:***

Es un índice en alza, hay diferencias significativas en diferentes regiones de un mismo país. Los expertos sostienen que la población deseada, desde el punto de vista demográfico, debe tener más de un 25% de jóvenes menores de 15 años y menos de un 12% de mayores de 65 años, así garantizamos el relevo generacional.

Se establece a partir de un cociente entre el segmento de la población de 65 o más años de edad a la que cabe considerar como laboralmente inactiva, por cien, con el comprendido entre las personas con edades entre los 16 y 64 años, población laboralmente activa.

$$ID = \frac{\text{Población } > 65 \text{ años}}{\text{Población 15-64 años}} \times 100$$

### ***Envejecimiento de la población:***

- Envejecimiento del envejecimiento: (colectivo de > 80 años), Edades extremas donde aumenta la dependencia y la prevalencia de patologías crónicas.
- Esperanza y expectativa de vida: a mayor edad, más fragilidad, y mayor demanda de cuidados, mayor grado de inválidos y mayor número de personas que viven solas y menor retribución económica. Máxima posibilidad de vida de una especie, en el ser humano se sitúa sobre los 120 años.

### ***Esperanza y Expectativa de vida:***

- Esperanza de vida: expectativa de años máximos de vida de un ser
- Expectativa de vida: relacionado con la calidad de vida. Mide la previsión media en años de una persona inmersa en unas condiciones determinadas (ambiente, cultura, factores sociales...)

Delimita la probabilidad de años a vivir a partir de una edad determinada, en un ambiente determinado y sujeto a unas condiciones de vida determinadas. Hoy en día la diferencia en la expectativa de hombres y mujeres se está reduciendo debido a los nuevos hábitos de la mujer.

Las mujeres tienen una expectativa de vida de 81-82 años, y los hombres de 75 años.

Factores hormonales de la mujer inciden en una mayor expectativa de vida.

Factores de hábitos nocivos, trabajo... son los que marcan la distinta expectativa de vida en hombres y mujeres.

### ***Factores que influyen en el aumento del índice de envejecimiento:***

- Descenso de la tasa de natalidad: en España es uno de los más bajos junto con Italia. Hay una involución demográfica: se invierte la base de la pirámide poblacional pq nacen menos niños pero aumenta el número de gente envejecida. O sea el número de jóvenes disminuye y el de ancianos aumenta.
- Disminución de la mortalidad infantil
- Avances tecnológicos: industriales, sanitarios, calidad de vida.... (proporcionan calidad de vida)
- Factores ambientales: cultura, comportamiento social, economía
- Movimientos migratorios: puede influir de dos formas:
  - Emigrante: aumenta el índice de envejecimiento pq se va la gente joven y queda la mayor
  - Inmigrante: sudamericanos, argentinos, etc...

En AP es muy importante conocer el porcentaje de población que se tiene (< o >) para conocer las demandas de prestaciones que van a necesitar)

- Aumento de la duración de la vejez

### ***Problemas que plantea:***

- Déficit de las estructuras socioeconómicas:
  - El ámbito sociosanitario aun esta sin desarrollar
  - No hay profesionales específicos para tratar ni para cubrir estas carencias.
  - Disminución de las estructuras de ámbito social ( no comedores para mayores, no centros de día, no hogares de pensionistas, no residencias de validos/ asistidos, no profesionales para asistencia domiciliaria...)
  - Economía deficitaria de la gente ( tanto a nivel individual por el propio anciano como a nivel general en cuanto a la viabilidad del sistema de pensiones)

- Aumento de la demanda de servicios sanitarios:

Conforme aumentan los años, aumentan las enfermedades crónicas, invalideces, complicaciones, patologías añadidas. Aumenta la demanda de recursos sociales ( asistencia domiciliaria en cuanto a traslados, cuidados en casa, etc)

- Transformación del rol social de los valores y sistemas:

Estamos en una sociedad capitalista en la que se valoran cosas individualistas ( se cotiza mucho la producción) hay una competitividad brutal, la mujer se incorpora al mundo laboral y deja el cuidado de la gente mayor. Como consecuencia de la individualidad no hay vecindad ( no nos conocemos entre vecinos) y los vecinos-amigos que ayudan y los mayores no pueden recurrir a esos vecinos. Toda esta transformación social repercute en la gente mayor que no tiene un soporte en momentos de necesidad. Debido a la incorporación de la mujer al mercado laboral, el alto valor de la vivienda, el cambio en el tipo de familia... hace que el anciano sea marginado de la unidad familiar y viva solo y aislado.

- Aumento de la demanda de formas de vida independientes:  
Necesidad de tener ayuda parcial, total, asistencia. Así se necesitan profesionales para cubrir esas necesidades.

### ***Expresión y análisis de datos:*** (fotocopias de tipos de pirámides de población)

- Se distribuyen por edades y por sexo.
- Al interpretar la pirámide no nos da solo una lectura de la estructura de la población demográficamente, sino tb podemos tener mediante la interpretación de una pirámide la lectura de la sanidad de un lugar determinado
- Los varones se sitúan a la izquierda y las hembras a la derecha
- Nos van a ofrecer datos sobre el desarrollo y el nivel sanitario de un país. Podemos diferenciar tres tipos de pirámides de población:



**Pagoda:** Se trata de países en constante subdesarrollo. Tasa de natalidad muy elevada y tasa de mortalidad infantil tb muy elevada.

**Campana:** disminución de la tasa de nacidos, la base se acorta, el carácter sanitario mejora. Hay un movimiento con respecto a la base y disminución paulatina. Un ejemplo es España. Poblaciones estacionales o envejecidas.

**Hucha:** países con mayor nivel de desarrollo social y sanitario. Escandinavia, y en general todo el norte de Europa. Disminuye la natalidad. Se ensancha el centro de la campana y disminuye al vértice. Poblaciones regresivas (aumento del índice de envejecimiento)

*Fotocopia de la pirámide de población española (1 marzo de 1981) figura 4-2*

**Índice de Friz:** (figura 4-4)

- Correlaciona 2 grupos de edad específicos:
  - 0-20 años
  - 30- 50 años
- Al grupo de 30 –50 se le da un valor 100: por cada 100 individuos comprendidos entre 30 y 50 años ¿cuántos nos encontramos de...
- Establece 3 tipos de población: joven, madura y envejecida.
  - Si el índice de 0-20 es  $> 160$  estaremos ante una población **joven**
  - Si el índice de 0-20 esta entre 60 y 160 estaremos ante una población **madura**
  - Si el índice de 0-20 es  $< 60$  estaremos ante una población **envejecida**
- Figura 4-5 : índice de Friz en España 1981(población madura)

**Índice de Sundbarg:** (figura 4-6)

- Establece tres grupos de edad:
  - 0-15 años
  - 15-50
  - de 50 en adelante
- El valor 100 se le da al grupo de 15-50
- **P. Progresiva o joven:** el valor de 0-50  $>$  que el de 50 en adelante
- **P. Estacionaria o Madura:** valores similares
- **P. Regresiva o vieja:** el valor de 50 en adelante es muy superior al de 0-15

Figura 4-2: se nota en la edad de 40 años que hay  $<$  que en los de 55 y esto es debido a la Guerra Civil. Esas mellas son por catastrofes o por guerras, por ello las pirámides tb nos indican la cronología o sucesos de una población.

**Pregunta de examen:**

Galicia tiene la población mas envejecida de España.

El porcentaje de personas  $< 15$  años en la C. Autónoma Gallega es del 12'5% mientras que el de  $>65$  asciende a 19'9%

¿en la actualidad tiene Galicia una población deseable?

No, pq tiene  $<$  de 12'5 % de población joven y  $> 12\%$  de ancianos. Consultar [www.ine.es](http://www.ine.es) : revista censal.

## **Tema 5 Sociología del Envejecimiento**

1. Introducción
2. Principales condicionantes sociales en las personas de edad avanzada:
  - a. Jubilación e ingresos
  - b. Vivienda
  - c. Aislamiento
  - d. Ocio y tiempo libre
3. Conclusiones
4. Cambios sociales:
  - a. Cambio de rol individual:
    - i. Como individuo único
    - ii. Como integrante del grupo familiar
    - iii. Como persona capaz de afrontar las pérdidas
  - b. Cambio de rol en la comunidad:
    - i. Rol laboral
    - ii. Rol social.

Muy importante: aplicación práctica de recursos sociales.

### ***Factores sociológicos que afectan al envejecimiento:***

- Nivel económico
- Nivel cultural (muchos ancianos por cuestiones culturales esperan que sus hijos los cuiden puesto que es su obligación)
- Circunstancias personales
- Entorno social
- Entorno étnico
- Época histórica

“Los españoles no planifican su vejez, porque no fueron educados en la idea de que tenían que ser responsables e independientes en el último cuarto de su vida”

### ***Principales condicionantes sociales en las personas de edad avanzada:***

#### **a) *Jubilación***

Cese parcial o total de la actividad laboral del individuo que da como resultado el cobro de una prestación económica parcial o total. las jubilaciones en España son muy escasas para la mayoría de los pensionistas puesto que algunas como las no contributivas se sitúan por debajo del salario mínimo interprofesional (la pensión media en personas mayores es de 52000 pts en hombres y en mujeres 10000 pts menos). Entonces la satisfacción de las necesidades básicas primarias (ropa, comida y vivienda) son deficitarias en la gente mayor.

Pero la jubilación no es solo un condicionante económico sino que también social, la mayoría de nuestros mayores no está preparado para la jubilación, no saben que hacer con el tiempo libre y se sienten inútiles.

Tanto salud como economía condicionan el cese de la actividad laboral, pues la salud obliga y la economía condiciona.

b) ***Vivienda***

Las viviendas de los ancianos suelen ser viviendas viejas y mal acondicionadas puesto que sus medios económicos no alcanzan para reformarlas, en muchos casos esto afecta a su salud. También existen ancianos que no poseen vivienda o que la suya está inhabitable y tienen que vivir temporadas en casas de hijos o familiares. Escaleras, pasamanos, suelos, características de los muebles, condicionan la calidad de vida de la gente mayor.

c) ***Aislamiento***

Las limitaciones económicas, de movilidad y de salud impiden muchas veces a los ancianos establecer relaciones con los demás, también existen ancianos que viven solos, no tienen hijos o estos viven muy lejos. En una encuesta del INSERSO, tras la salud y economía, a lo que daban 3ª importancia era a la compañía. El índice de malos tratos a mayores es altísimo y no denuncian a sus hijos pq no saben como hacerlo debido a la vergüenza que representa que sean sus propios hijos o sus cónyuges. Por ello es muy importante la visita domiciliaria, para valorar como se encuentra el anciano en su casa, con su familia, amigos....

Si en el ámbito hospitalario dudásemos de malos tratos, se debe avisar al centro de salud para que hagan una valoración a través de la asistencia domiciliaria de las condiciones familiares del anciano.

d) ***Ocio y tiempo libre***

Las ofertas de ocio y tiempo libre no están muy desarrolladas en las áreas rurales o si lo están la población no recibe la información de la existencia de estas actividades, muchos ancianos se sienten solos y se consideran una carga para la sociedad porque ya no son útiles.

En general se encuentran 3 problemas: la disminución importante de ingresos, la de relaciones sociales y la de aumento de tiempo libre.

***Cambios sociales en el anciano:***

Los cambios sociales en el envejecimiento se van a producir tanto en la esfera individual como en el ámbito de la comunidad, así aparecen diferencias a nivel generacional, de adaptación y de comportamiento social.

o Cambio del rol individual:

- Debemos pensar en el anciano como individuo único que posee unas características propias que condicionan su adaptación al envejecimiento. Su modo de vida, su vida anterior, hace q la jubilación no sea vivida de igual forma pq cada uno es un ser único. La cultura, la educación, las creencias religiosas, experiencias a lo largo de su vida, estado físico en el que se encuentre y grado de dependencia, todo esto condiciona una respuesta individual.
- El anciano como integrante del grupo familiar, en la primera etapa del envejecimiento el anciano se siente útil y es independiente, en la segunda etapa del envejecimiento el anciano depende de los cuidados de la familia y pierde su independencia, cambia por completo su rol y la situación familiar. Concepto de Abuelo Itinerante: va de casa en casa

de los hijos. El deterioro de la persona que cambia continuamente de hogar es más rápido, la desorientación, el deterioro físico y mental, etc.

- El anciano como persona capaz de afrontar las pérdidas, los ancianos pierden muchas cosas durante el proceso de envejecimiento, la fuerza, autoestima, movilidad, independencia pero pierden algo muchísimo más importante puesto que ven morir a todos los que le rodean (amigos, parientes, incluso hijos).

○ Cambio del rol en la comunidad:

- Rol laboral: la jubilación, se abandona el puesto de trabajo y esto produce un cambio muy importante en la vida del anciano.
- Rol social: varían las costumbres, el estilo de vida y la concepción de la propia vida, a los ancianos se los aparta de la vida social, sus opiniones no valen por que ellos “no entienden” lo que pasa. *Estereotipos negativos sobre la vejez*:
  - Que la vejez es una enfermedad
  - Que los viejos se vuelven niños
  - Que los viejos son viejos y no adultos
  - Que la vejez significa pérdida
  - Que la vejez va unida a la cronicidad
  - Que se es viejo a partir de la edad de retiro
  - Que ser anciano es estar asistido

Fotocopia de : *problemática social en la población anciana*.

#### ***Acciones llevadas a cabo por el Estado:***

κ Campañas de información dirigidas a la población en general y ancianos para erradicar prejuicios existentes contra la vejez:

κ Educación permanente de los ancianos con relación a:

Cambios de salud  
Aspectos sanitarios y fisiológicos  
Cambios socioeconómicos  
Aspectos lúdicos y de ocio

κ Creación de órganos de expresión de jubilados (consejo de mayores)

κ Respetar el derecho a opinar y decidir sobre su vivienda

κ Adecuar distintos recursos como el transporte...

κ Desarrollar los aspectos por áreas geográficas controladas (áreas de dotación)

#### ***Servicios sociales de Atención Primaria:***

⇒ Elemento básico para:

- Prevención
- Detección

- Análisis de necesidades
  - Prestación de servicios específicos en cuanto al área social
- ⇒ **Objetivos:**
- Detección y análisis de necesidades
  - Información y asesoramiento
  - Prevención
  - Mejora de la autonomía personal del individuo.
- ⇒ **Dependen del ayuntamiento:**
- Creación y gestión de servicios sociales
  - Colaboración con iniciativa social
  - Voluntariado
  - Coordinación de los servicios sociales.

**Artículo 50 de la Constitución Española:**

*“los poderes públicos promoverán el bienestar de las personas > mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”.*  
*“la formación del concepto sociosanitario permite el desarrollo de un amplio abanico de recursos”*

**diferencia entre centro publico y centro privado:**

- ⇒ *Publico: entregar el 75 % de la pensión independientemente de la cuantía de la pensión*
- ⇒ *Concertados: el nivel de calidad y atención tiene que pasar por un examen de calidad y cobertura de infraestructuras > que los públicos. Se puede solicitar una ayuda económica individual para ingresar.*

**Ofertas sociales:**

**1. Ayudas económicas individuales no periódicas: se publican en el DOGA**

No son renovables, se suelen conceder sobre todo a aquellas pensiones que sean inferiores al salario mínimo interprofesional, son ayudas puntuales que se deben pedir cada vez que se precisen, se emplean para:

- Adquisición de prótesis dentales
  - Adquisición de ayudas técnicas (silla de ruedas, zapatos ortopédicos)
  - Atención en residencias
  - Atención en centros de día
  - Adquirir prótesis auditivas
  - Adaptación funcional del hogar (reforma de caldera de ducha, cambiar bañera por plato, reposición de electrodomésticos de 1ª necesidad)
- |      cuantía para los 12 meses del año

**2. Bonocheque asistencial:**

Sirve para sufragar:

- ⇒ Ayuda a domicilio
- ⇒ Ingreso en una residencia
- ⇒ Ingreso en un centro de día (40% y la familia 60%)

- ⇒ Ingreso temporal en un centro residencial (aunque en un centro publico no haya plaza, por vacaciones o por cirugía por ejemplo, se puede ingresar en un privado que es tb sufragado por la seguridad social) también cuando hay un cansancio excesivo del cuidador. Los centros públicos están obligados a guardar un mínimo de camas para estancias temporales. La estancia mínima es de 15 días y la máxima de 2 meses.

La persona aporta un 60% de los gastos y el estado el 40% aunque estos porcentajes varían dependiendo de la cuantía de la pensión.

### 3. *Permanencia en el hogar:*

1. **Comedor y comida sobre ruedas** (se ofertan en centros de jubilados, centros municipales de servicios sociales a precios módicos, la comida sobre ruedas la ofertan catering privados y cruz roja donde te llevan la comida preparada a casa). No son extensivos a todos los ayuntamientos.
  - ⇒ **Comedor social:** comedor específico que por un precio módico se le ofrece la comida diaria al anciano. dirigido exclusivamente a > 65 presentando el DNI. Los hogares de pensionistas tb tienen servicio de comedor para >65 pero tb pueden asistir los <65.
  - ⇒ **Servicio de comida sobre ruedas:** lleva la comida a casa del anciano cuando le sea imposible salir. Actualmente hay empresas de catering para gente mayor. Los requisitos mínimos es tener microondas y certificado medico conforme no puede salir de casa.
2. **Lavandería** (lo ofertan centros gerontológicos y ayuntamientos que recogen la ropa y la devuelven al día siguiente, depende de quien lo oferte pagas o no el servicio)
3. **Teleasistencia** dirigidos a ancianos solos o que viven en familia pero pasan muchas horas solos, el anciano lleva permanentemente una pulsera o un collar conectado a un teléfono manos libres que a su vez está conectado a una centralita operativa las 24 horas del día donde un voluntario se pone en contacto con el anciano en el momento en que se presione la pulsera, estos centros poseen todo el historial de la persona. Por ejemplo personas > mudas, sordas y pacientes demenciados no pueden tener este tipo de asistencia. Garantiza la asistencia los 365 días del año y 24h/día. Proporciona mucha seguridad. También se encarga de recordar citas medicas, etc.
4. **Servicio de ayuda a domicilio** (lo ofrecen ayuntamientos en convenio con otras asociaciones) dos modalidades:
  - ⇒ Básica: cuidadores que van al domicilio y realizan la higiene del anciano, lo levantan, le hacen las cosas de la casa y le preparan la comida, normalmente son unas dos horas diarias de lunes a viernes. Personas con cursos específicos de atención a personas > o minusválidos.
  - ⇒ Complementaria: puede combinarse con el básico, es un servicio de compañía y ayuda en la vida diaria (acompañar al anciano al banco, echar una mano con la compra...). gestionado por voluntarios y se encargan de subir periódico, pan, cobrar la pensión del anciano.
5. **Centros de día** (están pensados para ancianos que no tengan un nivel de dependencia muy elevado, suelen funcionar de lunes a viernes excepto centros privados que ofrecen

horarios más amplios, nocturnidad y sábados. Suelen disponer de transporte adaptado para recoger a los enfermos y llevarlos a su domicilio. Suelen dar dos o tres comidas al día, hacen ejercicios de rehabilitación, seguimiento médico y farmacológico, baños adaptados para realizar la higiene. En los públicos y concertados se cobra al anciano una proporción que depende de la cuantía de su pensión)

6. ***Convivencia entre universitarios y mayores*** (son programas que suelen ofertar muchas universidades para que estudiantes con pocos recursos puedan acceder a un alojamiento gratuito al convivir con un mayor que vive solo). También llamados ***Programas d convivencia intergeneracional***
7. ***Apartamentos y pisos tutelados*** (indicados para ancianos con un nivel de dependencia no elevado que conviven con otros ancianos en pisos proporcionados por distintas organizaciones y que llevan un seguimiento)
8. ***Acogimiento en hogares ajenos*** (el anciano se va a vivir con una familia sin lazos de consanguinidad, a la que aporta un tanto por ciento de su pensión, el acogedor no puede ser mayor de 65 años. Otra modalidad que está experimentándose en Galicia es el acogimiento por el anciano que vive solo de familias extranjeras que vienen a vivir a España)
9. ***programa Nadal entre amigos***: pensado para gente > que vive sola en las fiestas de navidad, fin de año y reyes. Proporciona cena, comida y dormir en un hotel determinado como si fuese una convivencia para que no la pasen solos.

*“La enfermería debe conocer los recursos disponibles para informar y favorecer su utilización”*

a) Ayuda a gastos vivienda

- κ Telefónica: oferta para todos aquellos ancianos que, en la unidad familiar, sus ingresos sean inferiores al salario mínimo interprofesional, descuentos del 95% en el enganche de la línea y un 40% en la factura bimensual, siempre que no se exceda de un número determinado de llamadas.
- κ Ayuntamientos: ofrecen descuentos del 75% en el servicio de recogida de basura y otras ventajas como el bono bus.

## ***Tema 6 Aspectos económicos de la vejez***

### ***El mundo laboral:***

El estatus económico y social viene dado, en la vida adulta, por el puesto de trabajo que se desempeña, este puesto de trabajo también tiene repercusiones en la jubilación, para prevenir complicaciones de cara a la jubilación en el individuo adulto vamos a tener en cuenta el trabajo y su relación con él, podemos encontrar dos casos:

- ⇒ Persona satisfecha con su puesto de trabajo, tendrá problemas con su jubilación puesto que esta persona debe abandonar uno de los ejes de su vida.
- ⇒ Persona que no está satisfecha con su puesto de trabajo, la jubilación va a ser vivida como una jubilación.

### ***Jubilación:***

Situación en la que un individuo va a tener derecho a una remuneración o pensión después de haber cesado total o parcialmente su actividad laboral, profesión u oficio. Existen dos factores determinantes:

- Economía (opción individual)
- Salud (imposición)

La jubilación provoca alteraciones psíquicas y de adaptación a su nuevo rol en la vida a parte de los económicos y los relacionados con la salud.

Dos gerontólogos han estudiado la repercusión de la jubilación en el individuo, son Guillemard y Atalheya, estos afirman:

- ⇒ Guillemard establece tres rupturas en la persona que se jubila, estas son:

Desvalorización que supone para el propio anciano el cese del trabajo ya que lo va a vivir como una situación injusta de identidad social y de crisis personal.  
El individuo va a contar con un exceso de tiempo libre que no va a saber como llenar.  
En esta etapa de la vida hay una ausencia de socialización.

Guillemard afirma que el individuo va a sufrir trastornos físicos relacionados con estas tres rupturas y además afirma que los empleados de clase social baja van a adaptarse peor a la jubilación debido a la baja remuneración y los bajos recursos económicos y sociales.

- ⇒ Atalheya afirma que el mantenimiento del ocio y del tiempo libre puede llegar a constituir satisfacciones personales importantes que van a evitar que se provoquen crisis de identidad y baja autoestima. El jubilado tiene que llenar el tiempo libre con actividades lúdicas y no tendrá problemas adaptativos.

### ***Economía de la vejez***

1. Factores relacionados con el bajo ingreso económico:

- Sexo (la mujer cobra un 20% menos que el hombre)
- Raza
- Estado de salud
- Supervivencia del cónyuge
- Grado de educación
- Ahorros
- Inversiones



- Jubilación

### ***Factores que influyen en el desarrollo de la jubilación:***

- Factores demográficos: el porcentaje de personas en edad de jubilación es mayoritario, esta gran expansión demográfica hace cuestionar la supervivencia de las pensiones en el futuro.
- Factores económicos: avances tecnológicos que van a garantizar el aumento de la productividad, la necesidad de implantar la jornada de 35 horas.
- Especialización del trabajo: los cambios tan rápidos que se suceden en el trabajo hacen que el trabajador pierda el ritmo. En tareas muy especializadas, se busca a jóvenes que se adapten mejor a los cambios y a las nuevas tecnologías.
- Tamaño grupos industriales: no se tiene en cuenta las actitudes individuales para desempeñar el trabajo.

### ***Preparación para la jubilación:***

Los equipos que ofrezcan estos cursos, charlas o mesas redondas dirigidas a orientar y preparar la jubilación deben ser multidisciplinares y siempre tener en cuenta la profesión de los asistentes a los cursos.

Se debe conocer el nivel económico de los asistentes, el nivel de salud, en función de las características se deberá adaptar la información. Se debe prestar especial atención a estos cuatro puntos:

#### ***a) Como proyectar el futuro financiero:***

La mayor preocupación de los jubilados es la cuantía económica de su pensión y como va a afectar esto a su calidad de vida. Se debe dar información sobre los trámites, papeleos y gestiones para solicitarla así, como para solicitar recursos sociales a los que pueden acceder. Es importante dar información sobre entidades o asociaciones como Club del Jubilado o Hogares del Jubilado que ofertan prestaciones a ancianos.

#### ***b) Como ocupar el tiempo libre:***

Esto está relacionado con su estado de salud y con su funcionalidad que van a limitar las actividades a realizar en su tiempo libre.

Es recomendable la práctica de algún deporte, el más indicado es caminar para aquellas personas que en a lo largo de su vida no hubieran realizado un deporte específico, para las que si lo realizasen se recomienda que lo sigan haciendo pero adecuándolo a u estado de salud actual. Indicar como, cuando, donde, el precio de las actividades deportivas o de ocio.

Los ayuntamientos y otras asociaciones ofertan actividades de ocio y tiempo libre como gimnasia, informática o manualidades a las que los jubilados pueden acceder.

#### ***c) Conocimiento de alteraciones o problemas de salud:***

Son variaciones en cuanto a cuidados o alteraciones como consecuencia del proceso de envejecimiento normal como insomnio, deterioro de la movilidad, deterioro cognitivo,

disminución de la resistencia y la fuerza, estreñimiento, sin presentar ninguna enfermedad grave, HTA, presbicia, presbiacucia, fisiológicos.

Se debe informar sobre estos síntomas y como actuar ante ellos, cuidados, dietas y prevención de enfermedades, ejercicios recomendados, desaconsejar hábitos dañinos y aconsejar la realización de reconocimientos periódicos (detección precoz de cáncer de mama, próstata, etc)

d) ***Enfermedades más frecuentes:***

Debemos hacer hincapié sobre las patologías más frecuentes como son accidentes cerebrovasculares, demencias y patologías coronarias así como también sobre patologías que conlleven un grado de cronicidad.

***Cambios en la jubilación:***

a) Cambios cuantitativos

- Reducción de la edad de jubilación: multitud de empresas ofertan a sus empleados jubilaciones anticipadas con un buen nivel adquisitivo. En estos momentos se empieza a hablar del alargamiento de la edad de jubilación. Prejubilación.
- Alargamiento de la expectativa de vida

b) Cambios cualitativos

- Grupos de trabajadores más educados: preparados para la jubilación, la formación cultural es más elevada, los jubilados con mayor nivel cultural serán los que demanden mayores prestaciones sociales.
- Mayor nivel económico: las prestaciones asistenciales han mejorado pero todavía son insuficientes.
- Participación activa: surgen asociaciones para jubilados, formadas por los mismos jubilados.
- Relaciones sociales satisfactorias
- Actuación política responsable

***Las pensiones:***

Regímenes que componen la seguridad social:

- κ Régimen general
- κ Autónomos
- κ Régimen especial agrario
- κ Trabajadores del mar
- κ Minería del carbón
- κ Trabajadores ferroviarios
- κ Empleadas del hogar

En España coexisten o mejor dicho subsisten regímenes de pensiones públicas dispares:

a) Predominantemente contributivas

- κ Sistema de la seguridad social
- κ Régimen de previsión de funcionarios de la administración local

b) En regímenes de autoaseguramiento

- κ Régimen de clases pasivas del estado

c) No contributivas

- κ Régimen de pensiones asistenciales
- κ Prestación a favor de minusválidos
- κ Ayudas anuales renovables para emigrantes, ancianos o incapacitados.

**Impacto del entorno arquitectónico:**

*Como puede la concepción arquitectónica de una obra contribuir a mejorar las condiciones de vida de las personas de edad avanzada:*

- Compensando capacidades reducidas: como la arquitectura puede mejorar la calidad de vida de una persona adecuando la casa a sus necesidades para compensar capacidades funcionales y sensoriales debidas a un envejecimiento fisiológico (persona de 80-85 años vieja pero sana)
- Prevención de caídas y accidentes
- Atenuando la invalidez del anciano, para que con su invalidez sea lo más independiente posible.
- Adaptando la estructura
- Facilitando la existencia de espacios solidarios, como zonas verdes, para que el anciano pueda desarrollar las relaciones sociales.

**Déficits sensoriales y problemas que plantean:**

*Características de la persona mayor sana: involución de órganos de los sentidos y deterioro fisiológico.*

**a) Capacidad visual**

Alteración de:

- Adaptación a la oscuridad y a la luz, la pupila pierde capacidad de contracción, se producen deslumbramientos si pasan de la oscuridad a la luz y pueden caer.
- Cualidad para discriminar colores, el cristalino pierde elasticidad y capacidad de acomodación. En pacientes con un alto grado de dependencia se recomienda emitir señales con colores calientes, los colores fríos son colores sedantes que favorecen el sueño.
- Capacidad de acomodación (glaucoma, cataratas, desprendimiento de retina...) aparece presbicia, los ancianos van a tener un déficit de adaptación del cristalino a la luz, pierde elasticidad, esto da como resultado la deficiencia para ver objetos de cerca.

Actuación:

- Lámparas de flujo orientable e intensidad regulable, es recomendable que al anciano tenga luz natural en su vivienda.
- Evitar diferencias excesivas (sobre todo entre objetos y fondos para poder diferenciarlos mejor) de luz
- Prevenir la fatiga visual
- Utilización de colores sedantes (fríos como azules y verdes)
- Evitar la iluminación leve

- Luces piloto
- Interruptores suficientes

#### b) *Capacidad auditiva*

Para la gente mayor un ruido fuerte de fondo puede ser un factor desorientante, así como el silencio absoluto también es angustiante.

Alteraciones:

- Presbiacusia: disminución de la agudeza auditiva debido a un envejecimiento fisiológico, ocasionada por un deterioro de las células sensoriales del órgano de Corti. Afecta sobre todo a la audición de sonidos de frecuencias altas (tonos agudos), se puede corregir con un audífono, pero el anciano debe saber manejarse con él (limpiarlo, cambiarle la pila)

Actuación:

- Buena acústica, suelos, paredes y tabiques adecuados
- Reducción de fenómenos de resonancia
- Evitar fuentes de sonidos que perturben
- Suelos enmoquetados, cortinajes gruesos
- Hablar cerca con la persona mayor, emplear el lenguaje corporal
- Adecuar la funcionalidad del entorno

#### c) *Capacidad de termorregulación*

Debido a alteraciones hipotalámicas, hay una mala adaptación a la temperatura de la gente >, por ello tienen tendencia marcada a la hipotermia (a veces no alcanzan los 36°C)

Alteraciones:

- Problemas circulatorios periféricos, sensación de frío menos sensible. Se queman con más facilidad porque no detectan bien la temperatura debido a la vascularización y la disminución de la transmisión nerviosa a nivel periférico.
- Tendencia a la hipotermia (<36°C) baja el metabolismo, la masa ósea y la muscular

Actuación:

- Temperatura en alojamientos para ancianos de 21-24°C
- Mantenimiento de la capacidad de adaptación (paseos en invierno en las horas centrales del día y en verano a primera hora de la mañana o última de la tarde)
- Ropa suficiente (la ropa de cama so debe ser muy pesada y evitar la movilidad, la ropa debe ser de algodón suficiente y abrigada)
- Vigilar costumbres peligrosas como braseros, bolsas de agua caliente y mantas eléctricas.
- Evitar situaciones extremas.
- Revestimientos de las habitaciones con corcho (más barato) alfombras y cortinas, suelos, etc, casa orientada al sur es más soleada.

### *Prevención de caídas:*

Las caídas en los ancianos son una de las causas de morbilidad y mortalidad más importante.

#### a) Actuación

- Poner barandillas (son muy baratas) a la altura del trocánter mayor
- Facilitar el desplazamiento dentro de la vivienda:
  - Adecuada iluminación
  - Gente > se mueve de una habitación a otra con aseidad
  - Pensar en las zonas de paso de esas estancias (pasamanos, libres de muebles, suelos adecuados, sin desniveles)
- Pasillos amplios (evitar el exceso de muebles y objetos en los pasillos)
- Superficies regulares (evitar los cableados sueltos, las alfombras deben tener antideslizantes). Arreglo de parqués levantados, alfombras grandes bien fijadas con dispositivos o muebles, ningún tipo de cableado suelto
- Escalones no de más de 14cm de altura y sus bordes marcados con colores saturados para diferenciarlos, solados hápticos (bandas rugosas que en el caso de resbalones frenan la caída)
- **Baños** a la altura adecuada, sistemas de apoyo, espacio suficiente...
  - Sustitución de bañera por ducha
  - Son la primera causa de muerte en gente >
  - Dispositivos elevadores de la taza del water
  - Luz suficiente y adecuada
  - Ducha manual, silla o banco.
  - Ducha manual, silla o banco plegable o fijo a la pared
  - Agarraderas en el inodoro a ambos lados para reducir el esfuerzo al sentarse o levantarse, también existen elevadores de inodoro.
  - Alfombras antideslizantes en bañera y plato de ducha
  - Colocar adecuadamente el espejo del baño de acuerdo con la altura del anciano
  - Procurar una buena iluminación que permita ver los suelos mojados
  - Alfombras de baño que no se deslicen por el suelo
- Suelos lavables (incontinencias)

#### b) Mobiliario

- Sillas y bancos estables, cuando el anciano se deje caer la silla no debe desplazarse, poner topes antideslizantes y apoyarla contra la pared

- Dimensiones y formas adaptadas a las necesidades individuales.
- Altura pertinente en camas, sillas... bien poniendo tacos o cortando las partes
- Respaldo sólido
- Ángulos protegidos y redondeces
- Roperos bien contruidos, las cosas deben estar a mano (elementos de uso común a una altura máxima del nivel de los ojos)
- Hay que evitar por encima de todo que el anciano se suba a escaleras o taburetes.

*Si se reconoce como uno de los objetivos prioritarios el conseguir el grado máximo posible de independencia para que el anciano pueda llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se reconocerá también la influencia positiva o negativa que puede ejercer el medio en la consecución de dicho objetivo.*

*El bienestar estará ligado pues a las posibilidades y recursos con que cuente el anciano para desenvolverse.*

Fotocopia de : Valoración del entorno físico “prevención de accidentes”

Importante en examen: valoración de si un anciano es dependiente o no, si necesita recursos sociales, cuales de ellos y si tras gozar de ellos es altamente independiente.

## UNIDAD 3:

## EL ANCIANO SANO

### NECESIDADES BASICAS ASOCIADAS AL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO.

#### Tema 8

#### Concepto de anciano sano

##### Definiciones:

Es la persona que dentro de las alteraciones propias de la edad es capaz de mantenerse autosuficiente para las actividades de la vida diaria y muestra satisfacción y adaptación real.

Aquel sujeto con alteraciones funcionales, al límite entre lo “normal” y lo “patológico” en equilibrio inestable y con adaptación de los trabajos funcionales a sus posibilidades reales de rendimiento.

La salud de los senescentes está condicionada básicamente por:

- Estado de salud anterior
- Medicina preventiva
- Nutrición
- Ejercicios físicos
- Evitación de hábitos dañinos
- Factores ambientales

En la dualidad *carencia/ demanda* de cuidados se consideran tres factores principales:

- Las aptitudes individuales (no somos todos iguales, cada persona es independiente y demanda cuidados específicos)
- Entorno (recursos socioeconómicos, familia)
- Nivel de desarrollo del individuo (costumbres, educación, madurez personal.)

La relación *dependencia/ independencia* está condicionada a los recursos individuales: (de tal forma que establecemos los conceptos en cuanto a la persona utilice los recursos a su disposición)

Anciano independiente: se considera anciano independiente a aquel que es capaz de solucionar las dificultades que le presenten las actividades de la vida cotidiana.

Anciano dependiente: se considera anciano dependiente a aquel que es incapaz de resolver las dificultades que le genera la actividad diaria.

##### Autonomía:

Buscamos no solo gente > independiente, sino tb gente > autónoma. Pueden ser independientes sin tener un alto nivel de autonomía. Así diferenciamos independencia de autonomía:

Independencia: nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer necesidades básicas de acuerdo con su situación de vida.

Autonomía: se trata de la capacidad física y psíquica de la persona que le permite satisfacer necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.



## ***Cambios inherentes al proceso de envejecimiento:***

Consideración biopsicosocial del hombre:

- Cambios biológicos “ser viejo”
- Cambios psicológicos “sentirse viejo” (cambios en el comportamiento, la autoestima, la propia percepción, en las reacciones)
- Cambios sociales “ser considerado viejo”

## ***Envejecimiento psicológico:***

El envejecimiento psicológico supone:

- Cambios en el comportamiento: se hacen más conservadores y aparece un sentimiento de miedo e inseguridad ante los cambios.
- Cambios en la autopercepción: va a haber un descenso de la autoestima relacionado con la pérdida de autonomía
- Cambios de reacciones específicas: el anciano se va a adaptar de forma diferente a las nuevas situaciones, a las patologías.

El envejecimiento de las funciones psicofisiológicas varía de un sujeto a otro y depende de las siguientes premisas:

- Entrenamiento durante su vida
- Medio cultural en que se haya desenvuelto
- Nivel intelectual de la persona

Las modificaciones psíquicas más aparentes en el proceso de envejecimiento se dan a nivel de:

- Capacidad intelectual
- Rasgos de la personalidad y el carácter

Está demostrado que las personas con mayor nivel cultural padecen menos alzheimer, en estos momentos se está potenciando los talleres de memoria para personas mayores.

## ***Capacidades intelectuales:***

### **Inteligencia**

Hay un enlentecimiento en los tiempos de reacción, cuando se enfrentan a un problema se bloquean si les exigimos rapidez.

### **Lenguaje**

Solo si el paciente sufre una patología a nivel central puede existir una afectación del lenguaje, si no existe esta afectación no tiene porque haber afectación del lenguaje.

## **Creatividad y capacidad imaginativa**

No esta deteriorada en la vejez, de hecho hay estudios que demuestran que hay un florecimiento de estas capacidades, al desaparecer las ideas estresantes sobre el trabajo, niños la persona desarrolla la creatividad y la imaginación.

## **Memoria**

Hay cambios en la memoria, sobre todo en la memoria a corto plazo debido al envejecimiento fisiológico neuronal. Se les debe incentivar para mejorar la MCP. En cuanto a la MLP aparece lo que se llaman “reminiscencias”.

## **Personalidad y carácter**

La personalidad se acusa pero no hay cambios y otro tanto ocurre con los rasgos del carácter.

### *Paciente autónomo e independiente*

La **autonomía** es la capacidad física o psíquica de la persona que le permite satisfacer necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

La **independencia** es el nivel óptimo de desarrollo de una persona para satisfacer necesidades básicas de acuerdo con su sistema de vida

Una persona es independiente cuando tiene sus necesidades cubiertas, pero estas pueden ser cubiertas por él mismo o por otras personas (un bebé es independiente puesto que tiene todas sus necesidades cubiertas pero no es autónomo puesto que no las cubre por sí mismo).

Una persona autónoma es aquella que tiene todas sus necesidades cubiertas por el mismo.

*Características del envejecimiento del sistema cardiocirculatorio y respiratorio:*

*Cambios morfológicos*

- ⇒ Aumento del diámetro anteroposterior del tórax
- ⇒ Cifosis (característica en la zona dorsal que se va a ver agravada si la persona sufre problemas de osteoporosis o aplastamiento de vértebras)
- ⇒ Osteoporosis (esta patología se debe controlar en las personas mayores por pérdida de Ca importante)
- ⇒ Aplastamiento de vértebras (todas y sobre todo las dorsales que forman la caja torácica)
- ⇒ Limitación de los movimientos costales (los cartílagos costales se hacen mucho más rígidos y los movimientos son más dificultosos, esto limita el llenado pulmonar)
- ⇒ Disminución de la distensibilidad de la pared torácica
- ⇒ Los músculos que intervienen en la respiración son menos efectivos
- ⇒ La respiración torácica se sustituye por una respiración abdominal
- ⇒ Disminución del peso y volumen del pulmón (se produce de una manera natural un llenado parcial incluso en situaciones de reposo) debido a la deshidratación del pulmón y su consiguiente rigidez y peor capacidad de distensión.
- ⇒ Reducción del número de alvéolos (los tabiques alveolares se destruyen y los alvéolos se hacen más grandes, es decir, se dilatan. Esto se traduce en una menor superficie de contacto alveolo- capilar, que produce un menor intercambio O<sub>2</sub>-CO<sub>2</sub>).
- ⇒ Dilatación de los bronquiolos y conductos alveolares
- ⇒ Alteraciones del parénquima pulmonar
- ⇒ Marcada ineficiencia ciliar (los cilios que eliminan secreciones se vuelven ineficaces, se disminuye su movilidad y su vibración)
- ⇒ Deficiencia del reflejo tusígeno (la tos no es efectiva)
- ⇒ Retención de secreciones (en ancianos postoperatorios se ve aumentada la dificultad para eliminar secreciones, esta retención es el primer paso para que se produzca una atelectasia que acabe en neumonía, se debe prevenir mediante ejercicios respiratorios como la respiración diafragmática, la respiración de labios fruncidos o el incentivador, de la misma manera se debe enseñar al paciente la propiocepción de sentir su cuerpo y notar como el aire llega a la base de los pulmones). Vacuna antineumococica + antigripal.
- ⇒ Bloqueo del intercambio gaseoso
- ⇒ Disminución de la difusión alveolo-capilar
- ⇒ Disminución de la función respiratoria

## **Capacidad funcional**

- ⇒ Disminución de la capacidad vital
- ⇒ Disminución del volumen expiración máximo forzado (VEMS)
- ⇒ Disminución del índice de Tiffeneau (VEMS/CV)
- ⇒ Aumento del volumen residual (por llenado parcial del pulmón)
- ⇒ Aumento de la capacidad residual funcional y del espacio muerto fisiológico (el EMF es mayor en los ancianos que en los adultos)

## **Características del Envejecimiento a nivel del sistema cardiocirculatorio**

### **Corazón y vasos:**

#### **a. Cambios morfológicos**

- ⇒ Disminución del peso y volumen del corazón
- ⇒ Reducción de la elasticidad de los vasos (aparece rigidez de la aorta lo que eleva la TA)
- ⇒ Aumento de depósitos en las paredes vasculares (ateroesclerosis, depósitos calcáreos)
- ⇒ Aumento del calibre de la aorta (para compensar la rigidez)
- ⇒ Aparición de rigideces vasculares (tricúspide afecta al llenado GC)
- ⇒ Esclerosis de los vasos medianos y pequeños
- ⇒ Reducción de la red capilar en todo el organismo

#### **b. Capacidad funcional**

Por todo lo anterior la dinámica cardiocirculatoria está modificada, va a existir una **insuficiencia del fuelle aórtico** (aumento de la TAS) que junto con el **aumento de las resistencias periféricas** (aumento de la TAD) provocado por la esclerosis de los vasos y la disminución de la red capilar aumentará la tensión arterial.

- ⇒ Disminución de la tensión venosa (disminuye la velocidad de circulación venosa por lo que aparece éxtasis venoso y edemas en miembros inferiores)
- ⇒ Disminución de la velocidad de circulación
- ⇒ Disminución del gasto cardíaco entre un 30 y un 40% lo que provoca un déficit de irrigación de los tejidos (el ventrículo izquierdo se engrosa y pierde capacidad de contracción)
- ⇒ Aumento del tiempo de recuperación después del esfuerzo (el corazón anciano es incapaz de aumentar la FC en situaciones de esfuerzo) En condiciones basales no varia, pero en condiciones de esfuerzo, si.
- ⇒ Hipertrofia ventricular izquierda
- ⇒ Baroreceptores menos sensibles: aparece hipotension ortostatica. Cuidado en cambios de posición bruscos (hacerlos gradualmente)

**c. Hipertensión arterial**

⇒ **HTA sistólica aislada** : mas prevalente en la vejez, se produce cuando la TAS >160 y la TAD <90

⇒ **HTA esencial**: la persona que tiene la TAS >160 y la TAD >95

*Hipertensión de bata blanca: el anciano se pone muy nervioso en la consulta al tomarle la tensión y esto repercute en los resultados de la toma, en estos casos se debe hacer un seguimiento de los valores de la tensión en esta persona.*

*Nota: recomendaciones higienico- dieteticas*

*Características del envejecimiento del aparato digestivo*

*Cambios morfológicos*

Boca:

- Pérdida de piezas dentarias (los ancianos cuidan poco la boca y los servicios del dentista no están incluidos en la seguridad social), retracción de la encía por la deshidratación.
- Deshidratación de la encía (los dientes parecen más grandes y se produce una retracción de la encía)
- Reducción de la secreción de saliva (los ancianos tienen problemas para producir el bolo, xerostomía: boca seca x respirar con boca abierta, fármacos, beber poco) o saliva mas espesa.
- Pérdida importante de papilas gustativas (sobre todo la percepción del sabor salado)

Esófago

- Descoordinación faringoesofágica (provoca dificultad para tragar adecuadamente el alimento, apareciendo atragantamiento y aspiración)
- Disminución del peristaltismo
- Facilidad para que el contenido gástrico vuelva al esófago produciendo quemazon.
- Retardo del vaciamiento

Estómago

- Disminución de la producción de jugos gástricos (Hcl, factor intrínseco: anemia por falta de B12)
- Atrofia de la mucosa gástrica
- Disminución del moco
- No hay dificultad de absorción de alimentos a nivel gástrico pero si hay trastornos de motilidad gástrica, peristaltismo y vaciamiento gástrico con lo que pueden aparecer problemas de absorción de hierro, ácido fólico, B<sub>12</sub>, calcio, algún tipo de grasas y algunas proteínas.

Intestino

- V, biliar: La bilis se espesa debido a la pérdida de agua y hay un enlentecimiento del vaciado de la vesícula biliar
- Páncreas: Disminución de la producción de jugo pancreático que afecta a la digestibilidad de algunas sustancias (disminuye la secrecion de amilasa y lipasa)
- Reducción del tono muscular de la pared abdominal que favorece el estreñimiento junto con la pérdida de agua

- Atrofia general del intestino grueso (estreñimiento)
- Varicosidades en el I. Grueso.

Hígado

- Disminución de peso y volumen
- Disminución del flujo sanguíneo (< vascularización)
- Disminución del nº de células hepáticas (se debe tener cuidado con los fármacos que se metabolizan a nivel hepático)
- Disminución de la absorción de las vitaminas liposolubles y de la metabolización de fármacos.

### *Capacidad funcional*

- Dificultad en la masticación (malas digestiones, sensación de ardor o quemazón)
- Disminución en la producción de ácido clorhídrico, gastrina y enzimas
- Disminución de la motilidad
- Lentitud en el vaciado vesicular
- Disminución de la absorción de hierro, B<sub>9</sub>, B<sub>12</sub>, calcio
- Dificultades en la absorción de las vitaminas liposolubles

En términos generales el anciano tiene trastornos digestivos e intestinales por **tres causas** básicas:

- Disminución de las secreciones (ácido clorhídrico, jugo pancreático, factor intrínseco, pepsinogeno, bilis...)
- Disminución en la capacidad de absorción (Fe, Ca, B12, A. Fólico, proteínas, grasas)
- Hábitos alimenticios defectuosos (se debe hacer una valoración de recursos económicos gustos costumbres, limitación de la movilidad para ir a la compra, falta de motivación, limitación en la movilidad de manos para cocinar, etc.)

Nota: el déficit de secreciones + alteración de la motilidad = mayor déficit de absorción.

### *La dieta en el anciano (requerimientos nutricionales)*

Según Exton Smith los requerimientos nutricionales en la dieta de las personas ancianas están condicionados por:

- Reducción de requerimientos fisiológicos: Disminución del metabolismo basal debido a:
  - Disminución de la masa muscular
  - Disminución de la masa ósea
  - Disminución del movimiento
- Enfermedades: Esto condiciona los requerimientos por mayor presencia de enfermedades y patologías en estas edades.

- Factores psicológicos: Depresión, demencias, pérdida de un ser querido, ingreso en una residencia... estos factores alteran la nutrición.
- Factores sociológicos: Costumbres, religión, profesión, soledad, aislamiento, recursos económicos.

### *Necesidades calóricas*

Anciano medio varón → 2000 – 2500 Kcal/ día (70 kg y 65 años)

Anciana media → 1500 – 2000 kcal/ día (58 kg y 65 años)

### *Necesidad de principios inmediatos*

- Hidratos de carbono: 55-60% del total calórico (mejor complejos que simples)
- Grasas: no más del 30% del total calórico, no exceder de 300mg/día de colesterol. Disminuir la ingesta de grasas saturadas (origen animal). Aporte adecuado de pescado azul como protector vascular, efecto antiinflamatorio y antiagregante plaquetario. Los pescados azules son mas baratos.
- Proteínas: no más del 15% del total calórico (proteínas animales 40% y proteínas vegetales 60%). Mezclando cereales y legumbres aumenta la calidad proteica (arroz + guisantes, lentejas + arroz)

### *Valoración nutricional*

En caso de pérdida de peso superior al 5% en un mes o al 10% en tres meses, se debe consultar al médico puesto que esto puede indicar un problema de salud grave, sobre todo si la persona sigue ingiriendo la misma dieta.

- Dentición: estado de la boca, falta de dientes, prótesis mal adaptadas, xerostomía)
- Disgeusia: pérdida del sentido del gusto y del olfato. La digoxina, la teofilina y los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) alteran las percepciones de gusto y olfato.
- Disfagia: presencia de tos, dificultad de deglutir, riesgo de atragantamiento. Sobre todo en personas con problemas neurológicos como dementes o parkinson .
- Diarrea: raramente pueden disminuir de peso por la diarrea, a no ser que sea aguda probablemente por intolerancia alimentaria.
- Disease (enfermedad): broncopatías crónicas, insuficiencia cardiaca congestiva: la mala alimentación puede agravar aun mas la enfermedad.
- Disfunción: problemática social que hace que el anciano se alimente peor:

Pérdida del cónyuge  
 Ingreso en una residencia  
 Imposibilidad de ir a la compra, preparar la comida.  
 Recursos económicos



- Demencia: puede haber dos tipos:
  - Que come a todas horas compulsivamente pq no sabe cuando comió
  - Que rechaza la comida, se niega a comer y beber.
- Drugs (fármacos): Son varios los medicamentos cuyos efectos secundarios limitan la ingesta calorica en ancianos:
  - Antidepresivos triciclicos y diuréticos: pueden producir sequedad de boca que interfiere con el sentido del gusto y la deglución
  - AINES y Teofilina pueden producir dispepsia/ nauseas que disminuyen o alteran el apetito.
  - Digoxina + IECA: van a influir y deteriorar el sentido del gusto y olfato, por tanto la apetencia se va a ver alterada
  - Alcohol: como sustituto de la ingesta calorica.

### ***Fármacos:***

Son varios los medicamentos cuyos efectos secundarios limitan la ingesta calorica en ancianos:

- Antidepresivos triciclicos y diuréticos: pueden producir:
  - Sequedad de boca
  - Interfieren con el sentido del gusto y deglución
- AINES y Teofilina:
  - Dispepsia /nauseas que disminuyen o alteran el apetito.
- Digoxina + IECA
  - Deterioran el sentido del gusto y olfato por tanto menor apetencia
- Alcohol: sustituto de la ingesta calorica.

### ***La sed***

El anciano suele beber muy poco, existe una menor sensibilidad en el centro de la sed situado en el hipotálamo.

La cantidad de agua recomendada en el adulto es de 1,5 a 2 litros diarios, al anciano le recomendaremos que beba ocho vasos de agua diarios.

El anciano mayor de 80 años la cantidad diaria de agua puede ser menor al 60%. Los ancianos tienen tendencia a la deshidratación por:

- Pérdida de agua sistémica (aumento de la diuresis)
- Pérdida de la sensación de sed
- Diarreas
- Mala termorregulación

Hay cuatro cambios principales relacionados con la edad que van a predisponer a los ancianos a la deshidratación y a la hipernatremia:

- Disminución del agua corporal
- Alteración importante de la sensación de sed
- Disminución en la capacidad de los riñones para concentrar la orina (se pierde agua)
- Disminución de la eficacia de la ADH para reabsorber agua.

***Estreñimiento***

El estreñimiento se define como el retraso en la emisión de las heces o la dificultad para su expulsión.

Definición de estreñimiento en personas mayores: emisión retardada e infrecuente de heces de menos de tres veces a la semana o heces anormalmente secas, duras y a menudo difíciles de expulsar.

Un hábito defecatorio normal será el comprendido entre tres deposiciones no líquidas al día y una deposición durante 72 horas indolora y con sensación de evacuación completa.

Carácter subjetivo (síntoma): lo que le pasa

Carácter objetivo (signo) lo que vemos

***Factores de riesgo***

- Edad avanzada (se beben menos líquidos, disminuye el ejercicio)
- Inmovilismo
- Deterioro de la función cognitiva
- Dieta pobre en fibras, líquidos...
- Hospitalización(o cambios de residencia, cambio de hábitos)
- Pluripatología
- Polifarmacia
- Ignorar el hábito

***Fisiopatología del estreñimiento***

- Estreñimiento idiopático. Estreñimiento idiopático crónico (no hay ninguna causa que lo desencadene, en ancianos se asocia a múltiples causas, en mucha gente mayor se asocia al estilo de vida)
- Estreñimiento secundario(a una enfermedad que se pueda revertir)
- Según el curso evolutivo:
  - Agudo <3-6 meses
  - Crónico >6 meses

***Complicaciones***

- Impactación fecal
- Síntomas asociados a la impactación (fiebre >38,5°, taquipnea, anorexia, náuseas, dolor abdominal, falsas diarreas)
- Incontinencia fecal (puede producirse por fecalomas impactados)
- Úlcera por decúbito
- Obstrucción colon
- Necrosis de la pared del recto
- Esfuerzo excesivo (arritmia, angina de pecho...) administrar laxante.
- Infección urinaria
- Aumento de la Tª (38'5) Tª normal entre 35-36
- Taquipnea.

### ***Valoración de enfermería***

- Historia clínica: patología, tto.
- Historia intestinal (número de deposiciones, características)
- Historia dietética (dieta rica en fibras, verduras, frutas...)
- Medicamentos (AINES, antiácidos con hidróxido de aluminio, antihipertensivos, diuréticos, anticolinérgicos, narcóticos y opiáceos)
- Capacidades funcionales y entorno (dificultades para llegar al baño, agotamiento)
- Examen físico (exploración anal y abdominal, hemorroides..)

### ***Valoración***

- Patrón de eliminación previo
- Antecedentes de impactación fecal
- Frecuencia con que ocurre
- Abuso de laxantes
- Estado de la piel
- Ingesta habitual
- Deficiencias cognitivas
- Disminución o pérdida de la autoestima
- Falta de sensación de ganas de defecar
- Patología intestinal, lesiones del recto o ano, debilidad del esfínter anal (sobre todo en >95 años)
- Barreras y obstáculos físicos

### ***Tratamiento***

- Tratamiento higiénico dietético (dieta, ejercicio, eminentemente preventivo, ingesta y actividad física)
- Tratamiento conductual (entrenamiento del hábito, reflejo gastrocólico después de la ingesta donde aumenta la motilidad intestinal, horario regular e intentar conseguir una eliminación intestinal sin prisa y creando un hábito)
- Tratamiento psicológico (en paciente demenciados o con alteraciones psicológicas van a tener más estreñimiento puesto que ignoran la necesidad de defecar) Antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos, mayor retención de agua que aumenta el estreñimiento.
- Tratamiento farmacológico (la recomendación de laxante debe ser el último escalón del tratamiento del estreñimiento). Laxantes basados en aceites vegetales que producen una menor absorción de vit liposolubles.
- Tratamiento quirúrgico (cuando se produce impactación fecal o fecalomas que no se resuelven manualmente)

***Fecalomas:*** Es la complicación principal del estreñimiento, puede causar:

- Estreñimiento persistente
- Diarrea paradójica (falsa diarrea)
- Estado confusional agudo
- Obstrucción intestinal aguda
- Incontinencia urinaria

### *Desimpactación fecal*

Se debe hacer este procedimiento con mucho cuidado puesto que al realizar un tacto en el recto podemos provocar una reacción vagal por ello debemos controlar la FC y TA antes, durante y después del tacto puesto que podemos provocar una bradicardia.

El médico debe estar advertido de cuando se va a realizar el tacto, sobre todo si la persona tiene problemas cardiacos. Se aconseja hacer es tacto con un lubricante anestésico, la desimpactación está contraindicada en paciente con problemas cardiacos inestables. NUNCA usar vaselina sola, por el dolor. Administrar un enema tras la desimpactacion (procedimiento en hojas)

El paciente se debe colocar en decúbito lateral izquierdo, como para la introducción de un enema. Después de la desimpactación se debe tener en cuenta:

- Hipersensibilidad abdominal
- FC (comparándola con la previa)
- Después del procedimiento se debe volver a realizar un tacto para comprobar la completa evacuación.

### *Medicamentos que producen o agravan el estreñimiento:*

- Diuréticos (furosemida)
- Suplementos de Fe/Ca
- Opiáceos
- Anticolinérgicos
- Antiácidos
- Antipsicóticos
- Antiparkinsonianos (amantadina)
- Antihistamínicos
- Antagonistas del Ca (verapamilo)
- Antidepresivos tricíclicos
- Anticonvulsivos (idantoina)
- Antidiarreicos
- Analgésicos no esteroideos (paracetamol, ibuprofeno)

### *Incontinencia fecal*

Es la emisión involuntaria de heces, es la segunda causa más frecuente de hospitalización. Tiene importante repercusiones físicas, psicológicas y sociales y económicas.

Etiología (son los factores de relacion de los Dx)

- Impactación fecal
- Ausencia de mecanismo continente (enfermedades neurológicas)
- Alteración del mecanismo continente (s.colon irritable, enfermedad diverticular...)
- Depresión y “protesta sucia” (pacientes que no están de acuerdo con los cuidados que les prestan, el plan de cuidados se basará en el abordaje psicológico)

### *Actividades de enfermería (pueden ser recomendaciones a la familia)*

- Existe sistema de alerta próximo a la expulsión (retortijones, ventosidades...)
- Registro de ingesta y deposiciones (posible relación, se suelen producir deposiciones después de la ingesta debido al reflejo gastrocólico)
- Nutrición e hidratación adecuadas, alimentos y bebidas astringentes, preferencias y recursos.
- Factores que contribuyan
- Recomendación de uso asiduo de WC o cuña (después de las comidas)
- Programar el uso del WC (normalmente hay un ritmo cíclico de defecación)
- Desaconsejar el uso de pañales
- Higiene perianal minuciosa.

### *Diagnósticos de enfermería*

- Datos objetivos y subjetivos
- Características definitorias:
  - Defecación inferior a tres veces por semana
  - Insuficiente cantidad de heces como para producir una sensación de evacuación completa.
  - Defecación incompleta
  - Defecación de heces duras y secas
  - Molestias en la defecación más del 25% de las veces
- Factores de relación que contribuyen al estreñimiento en adultos mayores:
  - Ingesta inadecuada en la dieta de fibra y/o líquidos
  - Movilidad física limitada
  - Impedimentos ambientales para el aseo
  - Medicaciones que afectan a la movilidad, la hidratación o el apetito
  - Afectación cognoscitiva que afecte a la independencia en relación con la defecación
  - Enfermedades médicas

*Cambios fisiológicos que intervienen en la necesidad de eliminación:*

*Cambios morfológicos*

- Reducción de peso y volumen
- Disminución del número de nefronas funcionantes
- Esclerosis de los glomérulos (afectación en el filtrado)
- Dilatación de los túbulos (proximal, distal y asa de Henle)
- Aumento del tejido intersticial (dificulta la función de filtrado renal)
- Cambios ateroscleróticos a nivel del árbol vascular
- Debilitamiento del esfínter uretral
- Reducción del tono muscular de la vejiga (no hay un vaciamiento total de la vejiga, el músculo detrusor está disminuido de tono en un % muy alto, quedando un volumen residual postmiccional. Aparece un riesgo mayor de sufrimiento de infecciones de orina y necesidad aumentada de miccionar, polaquiuria y nicturia por lo que pueden aumentar las caídas durante la noche, la aparición de episodios de incontinencia urinaria y mayor riesgo de aparición de infecciones urinarias que pueden evolucionar a incontinencia. (en las hojas)

*Modificaciones funcionales*

- Disminución de la velocidad de filtración glomerular (que afecta a la eliminación de algunas sustancias como fármacos)
- Reducción del flujo hemático y plasmático
- Pérdida en la capacidad de concentrar la orina (la orina está más diluida y pérdida de la capacidad de hidroxilar por parte del riñón el 25-hidroxicalciferol a 1,25-dihidroxicalciferol, metabolito activo de la vitamina D, importante para la absorción de calcio, e influye en la descalcificación de la gente >)
- Aumento de la resistencia vascular (por la presencia de placas de ateroma)
- Las funciones tubulares pierden efectividad (a nivel de la rama ascendente del asa de Henle, donde se retiene todo el sodio en un riñón sano, en el anciano pierde efectividad y no absorbe todo el sodio entonces se elimina por la orina, con lo que se pierde más sodio y aumenta la probabilidad de deshidratación, sobre todo en ancianos cardiopatas con restricción de líquidos y sodio y ancianos sometidos a diuréticos por lo que no se deben hacer restricciones muy severas de sodio en la dieta)
- Permeabilidad del filtro glomerular. Proteinuria leve fisiológica que puede producir HTA que no provoca daño renal, ya que es fisiológica en gente de edad avanzada.
- Incompetencia del Asa de Henle.

### ***Causas de la IU por categorías:***

- ⇒ Iatrogénicas: cuidados inadecuados, fármacos.
- ⇒ Ambientales: barreras arquitectónicas
- ⇒ Ginecológicas: prolapsos uterinos, tismos pélvicos
- ⇒ Urológicas
- ⇒ Neurológicas: lesión medular, esclerosis múltiple, ACV, parkinson
- ⇒ Funcionales: deterioro físico o cognitivo
- ⇒ Psicológicas: falta de motivación, depresión.

### ***Fisiología vesical***

#### ⇒ Repleción vesical

Debe haber una relajación adecuada del detrusor (músculo vesical) cuando se empieza a acumular orina en la vejiga y una contracción voluntaria cuando la vejiga está al límite de su capacidad. El volumen normal de la vejiga es de 350-500 ml.

#### ⇒ Continencia vesical: Está garantizada por:

##### ▪ Elementos estáticos:

- ⇒ Ángulo, que de una manera natural, forma la vejiga con la uretra: debe ser el adecuado para garantizar la continencia. Cuando se producen anomalías en esta posición debido al prolapso de útero, tumores a nivel intestinal o vesical, embarazo... puede aparecer incontinencia.
- ⇒ La fijación vesico- uretral.

##### ▪ Elementos dinámicos:

Esfínter externo (estriado) e interno (liso) que deben ser capaces de mantener presiones altas en la vejiga para garantizar la continencia.

#### ⇒ Micción propiamente dicha: Con un llenado y un vaciado correcto de la vejiga.

### ***Incontinencia urinaria***

Pérdida involuntaria de la orina, que es objetivamente demostrable y que constituye para la persona un problema social e higiénico.

- Incontinencia urinaria aguda: Inicio brusco, relacionado con una patología aguda o tto que remitirá al solventarse el problema que la ocasiona (por ejemplo: infección de orina, impactación fecal)
- Incontinencia urinaria persistente: Una incontinencia aguda pasa a ser persistente cuando al resolverse la patología que la ha producido esta persiste (más de 3 semanas y no relacionada con proceso agudo)

Cuando la incontinencia urinaria no tiene relación con ninguna patología y persiste más de tres semanas.

### ***Tipos de incontinencia urinaria persistente***

Las incontinencias urinarias más prevalentes en la población anciana son la incontinencia urinaria de urgencia, de esfuerzo y la incontinencia urinaria funcional. (pregunta de examen)

#### ⇒ ***Incontinencia urinaria de esfuerzo***

Pérdida involuntaria de orina en pequeñas cantidades que van a coincidir con maniobras físicas de esfuerzo o de estrés (levantar pesos, estornudar, toser) que aumenten la presión abdominal.

Se producen sobre todo por una incompetencia del esfínter o por incompetencia de los músculos del suelo pélvico (debilidad de los msp), muy común en mujeres postmenopausicas y excepcionalmente en hombres operados de próstata.

Causas:

- Traumatismo pélvico
- Vaginitis atrófica
- Prolapso uterino
- Embarazo gemelar

Se ve agravada por episodios de tos crónica y obesidad.

Se da casi siempre de día (por la noche disminuye o no hay pérdidas).

Cursa con volumen residual postmiccional bajo.

#### ⇒ ***Incontinencia urinaria de urgencia***

Pérdida involuntaria de orina asociada con un deseo intenso de orinar, el anciano siente una sensación urgente de orinar y no le da tiempo de llegar al aseo.

Se diferencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo debido a que en este caso, cuando se realizan maniobras que aumentan la presión intraabdominal éstas desencadenan la sensación de urgencia y la posterior pérdida.

Se da tanto de día como de noche. Pueden aparecer acompañadas de signos de polaquiuria, disuria... el volumen postmiccional de la incontinencia de esfuerzo es bajo.

Causas:

Inestabilidad motora del detrusor (hiperactividad) de forma que el músculo se va a contraer involuntariamente antes de que la vejiga esté completamente llena.

En pacientes afectados por una patología neurológica (ACV, parkinson, demencia, tumor cerebral) si sufre un proceso de incontinencia se habla de “***hiperreflexia del detrusor.***”

En pacientes que sufren un episodio de incontinencia urinaria de urgencia y la causa sea una anomalía de tracto urinario inferior (cistitis, uretritis, estenosis uretral, litiasis, diverticulosis) se va a hablar de “***inestabilidad motora del detrusor.***”

Se pueden dar las dos juntas, llamándose ***mixta*** (incontinencia urinaria de esfuerzo e incontinencia urinaria de urgencia)



⇒ ***Incontinencia urinaria por rebosamiento:***

Cuando hay una retención urinaria la presión en la vejiga es tan grande que hay pérdidas.

⇒ ***Incontinencia urinaria funcional***

Emisión involuntaria de orina asociada a incapacidad por parte del anciano para ir al aseo o para utilizar sus sustitutos por falta de motivación, deterioro físico (afectación de las destrezas) o cognitivo, barreras arquitectónicas o existencia de factores ambientales que dificulten la utilización del aseo por parte del anciano. En este caso no existe urgencia urinaria.

***Como diagnosticar los tipos de IU:***

- 4 o mas de este tipo afirmativos nos orientan a ***IU Esfuerzo***.
  - Sensación de peso en la zona central
  - Si se escapa la orina al toser
  - Al reír
  - Al bajar escaleras
  - Al estornudar
- 3 o mas respuestas afirmativas nos orientan a ***IU Urgencia***:
  - ganas de orinar y el servicio esta ocupado. ¿se le escapa la orina?
  - ¿tiene que correr al servicio en determinado momento para orinar?
  - si tiene ganas de orinar, ¿siente que es urgente?
  - ¿tiene que salir corriendo?

***Valoración de la incontinencia urinaria persistente***

La incontinencia urinaria en ancianos va a ser un problema multifuncional, con múltiples causas. Por ello debemos valorar datos tanto funcionales como personales.

***A. Historia clínica:***

- Encuadrar la incontinencia
- En que momento comienza
- Factores que desencadenan o agravan o precipitan
- Factores que ayudan a controlarla.
- Intensidad, frecuencia (nº veces al día) y duración
- Sintomatología
- Están o no presentes síntomas urinarios (fiebre, hematuria) que denoten inflamación o infección.
- Hay estreñimiento
- Problemas médicos de la persona
- Fármacos que consume:
  - Relajantes musculares
  - Hipnóticos
  - Sedantes
  - Diuréticos: aumentan el vol de orina, entonces aumentan frecuencia y urgencia.
  - Antidepresivos

- Alcohol
- Trankilizantes
- Antipsicoticos
- Anticolinergicos: favorecen la RU y pueden producir una IU Rebosamiento.
- Antihipertensivos
- Bloqueadores de canales de calcio
- Antecedentes quirúrgicos (urológicos, ginecológicos)
- Ambiente o barreras arquitectónicas.

### **B. Ficha de incontinencia (ejemplo en fotocopias)**

Con la ficha de incontinencia podemos conocer los episodios, cada cuanto, la cantidad... la evolución del enfermo , y puede ser cubierta por el auxiliar de enfermería, el cuidador o la familia o por el propio paciente.

La ficha o diario de incontinencia sirve para valorar el nivel y grado de incontinencia o para controlar su tto. Por tanto sirve tanto de Evaluación como de seguimiento de la IU (gracias a S,m,M)

Para recuperar la incontinencia es preciso que el paciente este:

- Conectado en el espacio y tiempo (colaborador)
- Motivado
- Bien cognitivamente

### **C. Examen físico (rutinario)**

- Palpación abdominal (para detectar globo vesical)
- Visualización del Área vulvo-vaginal (una vaginitis atrófica) enrojecida o descamada.
- Tacto rectal (fecalomas)
- Valorar el volumen residual postmiccional:
  - Volumen postmiccional bajo: < 100 ml
  - Volumen postmiccional alto: > 100 ml (remitir al urólogo)
- Maniobras de estrés (mandar al anciano toser así aumenta la presión intrabdominal, si hay pérdidas sería una incontinencia de esfuerzo)
- Zona perineal (irritación...)

### **D. Valoración funcional**

- Capaz de moverse bien, levantarse.
- De llegar al baño sin problemas
- Las ropas que usa son adecuadas (abrochar, subir ropa)
- Existen obstáculos que impiden el acceso al baño o lo dificultan (escalones, iluminación)

### ***E. Valoración cognitiva***

- Está posicionado en tiempo y espacio
- Está motivado para solucionar el problema
- Cree que la incontinencia es irreversible

### ***F. Valoración ambiental:***

- Educar, aconsejar, motivar y buscar colaboración
- Controlar todos los factores desencadenantes o precipitantes de la incontinencia.
- Suprimir sustancias excitantes (cafeína, teína, alcohol, colas)
- Incidir en la importancia de reforzar un hábito miccional cada cierto tiempo por medio de terapias de conducta
- Refuerzo positivo (ficha de incontinencia)
- Reestructurar el ambiente

### ***Terapias de conducta***

Las terapias de conducta que se pueden aplicar a los problemas de incontinencia urinaria son:

- Regímenes de micción regular para mantener al paciente seco o preservar y recuperar la incontinencia: (*fotocopias*)
  - Entrenamiento o reentrenamiento vesical
  - Entrenamiento del hábito
  - Micción programada
  - Micción estimulada
  - Ejercicios de suelo pélvico
  - Biofeedback o biofeedback
  - Conos vaginales

### ***Biofeedback:***

Pretende lo mismo que los ESP. Se introduce un electrodo en el introito vaginal, que informe si las contracciones se realizan correctamente.

### ***Tto de la IU Esfuerzo: (por orden de idoneidad)***

1. ESP
2. Conos vaginales
3. Biofeedback
4. Técnica coadyuvante: entrenamiento o reentrenamiento vesical

### ***Tto de la IU Urgencia:***

1. Entrenamiento o reentrenamiento vesical, micciones programadas (solo en pacientes con deterioro)
2. Técnicas Coadyuvantes: ESP, conos vaginales y biofeedback

### ***Tto de la IU Funcional:***

No se usan terapias de conducta. Promoción de la continencia durante el ingreso hospitalario (fotocopias)

## ***Tema 13 Necesidad de mantener la temperatura corporal***

### ***Factores que afectan a la Tasa Metabólica Basal:***

- Ejercicio muscular: disminuye la masa muscular y aumenta el tejido adiposo
- Ingestión reciente de alimentos: los ancianos no están por lo gral bien alimentados
- T<sup>a</sup> ambiental alta o baja
- Altura, peso y área corporal
- Sexo: las mujeres > TMB que los hombres ( debido al componente graso)
- Edad
- Estado emocional
- T<sup>a</sup> corporal
- Embarazo o menstruación
- Concentración de H. tiroideas circulantes
- Concentración de adrenalina y noradrenalina

### ***Producción de calor por el organismo***

- Metabolismo de los alimentos
- Actividad física
- Aumento de la producción de tiroxina (lo que disminuye la T<sup>a</sup>)
- Termogénesis química

### ***Pérdida de calor por el organismo***

- Radiación
- Conducción
- Transmisión
- Vaporización

### ***Mecanismo hipotalámico:***

Lo importante es que la persona mayor sea capaz de encontrar equilibrio corporal entre mecanismos d producción y mecanismos de pérdida de calor. En las personas > el mecanismo hipotalámico regulador esta alterado de forma fisiológica.

### ***Factores que afectan a la temperatura corporal***

- Edad
- Hora del día (la > T<sup>a</sup> es por la tarde, relacionado con la comida)

- Sexo (mujeres mayor T<sup>a</sup> que hombres: hormonal)
- Emociones
- Ejercicio
- Dieta, líquidos y tabaco (el tabaco disminuye la T<sup>a</sup>)
- Ambiente

### ***Cambios fisiológicos que intervienen en la necesidad de mantener la temperatura corporal***

Cambios morfológicos:

- Adelgazamiento de la dermis y de la epidermis
- Disminución del número de fibras elásticas y de fibras de colágeno
- Reducción de la capa de grasa subcutánea
- Dermis avascular: debido a la disminución de capilares periféricos disminuye la cesión de T<sup>a</sup> a la periferia, además hay una gran facilidad de extravasación por fragilidad capilar)
- Reducción de glándulas sudoríparas: mayor dificultad para eliminar las altas T<sup>a</sup>
- Disminución de la sensibilidad (riesgo de quemaduras o congelación): debido a la disminución del n° de terminaciones nerviosas periféricas (aumenta entonces el umbral de sensibilidad)

***Aspectos fisiológicos*** en relación con la edad que condicionan la susceptibilidad del anciano a la hipotermia:

- Afectación del S. Vegetativo en el Centro Vasomotor
- Disminución de escalofríos termogenicos en respuesta al frío
- Afectación a la percepción térmica y alteración de la discriminación de T°
- Disminución de la respuesta de la sudoración al calor
- Disminución de la función constrictora al frío
- Desincronización de ritmos circadianos a la T<sup>a</sup> corporal
- Presencia de patología en otros sistemas y uso de fármacos que afectan a la capacidad de termoreguladora.

### ***Hipotermia***

Disminución de la temperatura corporal por debajo de 35°C generalmente tomada en el recto.

La hipotermia leve comprende desde los 32°C a los 35°C, las manifestaciones son:

- Debilidad
- Bradipsiquia (lentitud y apatía) a la hora de hablar.
- Bradicinesia (disminución de la movilidad automática)
- Apatía (confuso)
- Piel muy fría

Se debe retirar a la persona de la fuente que produce y someterlo a un calentamiento pasivo con mantas, radiadores en la habitación. La subida de la temperatura debe ser gradual, el aumento de golpe puede producir taquicardia.

### ***Causas de la Hipotermia en el anciano:***

Causas exógenas:

- Exposición prolongada al frío
- Inmersión el agua fría
- Caídas con permanencia prolongada en el suelo

Causas endógenas:

- Tornos de la termorregulación
- Acción de drogas sobre SNC ( alcohol, barbitúricos, fenotiacinas, hipotensores, anti-tiroideos)
- Tornos neurológicos (ACV, lesiones hipotalámicas)
- Cuadros demenciados (delirium)
- Infecciones
- Procesos que producen inmovilidad (parkinson, fracturas, hemiplejias)
- Tornos endocrinos (hipotiroidismo, hipopituitarismo)
- Tornos circulatorios (shock)

***El prototipo de paciente anciano*** susceptible de sufrir hipotermia es:

- Anciano Varón
- Soltero o viudo
- Vive solo
- Sin calefacción en el domicilio
- Algun problema de I nocturna
- Importante alteración de la movilidad
- Afectado por Insomnio
- Tendencia a sufrir caídas

### *Hipertermia (golpe de calor)*

La hipertermia se define como un proceso agudo en el que la temperatura corporal se eleva por encima de 40.6°C.

#### Causas del golpe de calor

Alteración de la pérdida de calor producida por la disminución o ausencia de sudoración

Factores ambientales

#### Signos y síntomas

- Pérdida de conciencia
- Debilidad
- Cefalea
- Náuseas
- Piel caliente
- Temperatura corporal elevada

#### Diagnóstico de enfermería

Hipertermia relacionada con exposición a una temperatura elevada y depleción del volumen de líquido, que se demuestra por una temperatura de 40.6°C.

#### Objetivos

El paciente identificará la importancia de la hidratación y los riesgos de la exposición a temperaturas extremas.

Reconoce y realiza medidas preventivas de hipertermia.

#### Factores de riesgo

- Edad avanzada
- Sexo femenino
- Vivir solo
- Confusión mental
- Escasa sensibilidad a cambios de temperatura
- Alcoholismo
- Enfermedad cardíaca o diabetes
- Disminución de la ingesta de líquidos
- Tranquilizantes o fármacos anticolinérgicos.

***Fases del sueño***

***Sueño REM o MOR (sueño paradójico)***

- No es pasivo
- Ensoñaciones vivenciales
- Movimientos oculares rápidos
- FC, FR y irregulares
- Movimientos musculares irregulares
- T<sup>a</sup> variable
- Secreción gástrica aumentada
- Liberación de esteroides

***Sueño no REM (profundo)***

- Ausencia de ensoñaciones
- Descanso profundo
- TA, FR, tasa metabólica disminuida
- Movimientos oculares pendulares y lentos.

***Etapas no REM del sueño***

**Transición**

- Fase de vigilia del sueño
- Fase de fácil despertar

**Sueño ligero**

- Actividad decreciente de procesos orgánicos

**Disminución brusca de:**

- FC y FR
- Procesos orgánicos
- Difícil despertar

**Sueño profundo**

- Difícil despertar
- Durmiente muy relajado
- Etapa de fácil restauración del organismo

***En el anciano disminuye el tiempo de sueño e 3<sup>o</sup> y 4<sup>a</sup> fase y el sueño MOR y en los ciclos del sueño.***



## ***Ciclos del sueño***

El desarrollo habitual del sueño es:

1. Preponderancia del sueño lento, fases 3 y 4 al principio de la noche
2. Aparición del sueño paradójico, cada 90 minutos.

Sucesión de 4-6 ciclos, de los que el sueño lento es la parte más baja y el REM está en la cresta.

Objetivo: que sea integrativo y restaurador

Necesario:

- Equilibrio mental y emocional
- Bienestar de la persona

Actúa sobre:

- Estrés
- Ansiedad y tensión
- Recuperar energía para la realización de AVD

Necesario:

*Al anciano le cuesta conciliar el sueño, despierta a las pocas horas y le cuesta volver a dormir. Fatiga diurna. Irritabilidad. Probablemente disminuye el rendimiento en AVD. No es un sueño reparador y hay muchos casos de insomnio entre las personas mayores.*

*A partir de los 30 años comienzan a haber cambios en el sueño, va a haber más tiempo de vigilia nocturna y el tiempo de insomnio va a cobrar más importancia que los periodos de descanso.*

*En el anciano, antes de comenzar con tratamiento medicamentoso, se debe realizar una terapia conductual. Valoraremos su patrón de sueño y aquellos factores que lo alteran para poder realizar actividades encaminadas a solucionar el problema.*

## ***Trastornos de sueño específicos***

Trastornos del inicio y mantenimiento del sueño (4 tipos de insomnio)

### ***Insomnio***

Es un signo o síntoma que suele ir relacionado con otro problema (enfermedad o situación). Los pacientes experimentan:

- Dificultad para dormirse
- Frecuentes despertares
- Incapacidad para volver a dormir
- Fatiga diurna importante
- Somnolencia
- Irritabilidad
- Problemas de concentración
- Problemas de bajo rendimiento
- Caídas al día siguiente
- Estado de ánimo decaído
- Problemas para centrar la atención.

## 1. *Insomnio transitorio:*

Es un insomnio relacionado con otra situación como es estrés, pérdida del cónyuge, traslado de residencia, dolor, molestia, ingreso en geriátrico .etc... que ocasiona un trastorno transitorio que remite cuando cede la causa, pero si la causa no cede puede evolucionar a insomnio persistente. (dura mas o menos una semana , 15)

No hacen falta fármacos para solucionar el problema de insomnio. Solo algunas veces hay que derivar al paciente para que le recete fármacos hasta que controle la causa.

No se debe utilizar el tratamiento con hipnóticos durante un periodo mayor a 15 días, ya que el paciente se acostumbra y se puede producir un efecto de *insomnio rebote* (si lo suprime radicalmente) con trastornos de 1 sueño. Lo que se debe hacer es ir retirando la dosis progresivamente tras los 15 días de tratamiento para retirarlo de forma gradual. Lo ideal es enseñar medidas higiénico- dietéticas antes de cualquier tipo de tto farmacológico.

Las actividades que se deben realizar son:

- Controlar la ingesta de alcohol
- No tomar hipnóticos de libre dispensación
- Incidir en que el anciano debe ir al baño antes de acostarse
- Evitar la realización de ejercicio extremo antes de irse a la cama
- Evitar el consumo de cafeína, teína y otras sustancias excitantes.

## 2. *Insomnio persistente*

Se produce cuando el insomnio se descuelga de la causa desencadenante y constituye por si solo un problema de salud y no somos capaces de controlarlo. El paciente tiene muchos problemas para conciliar el sueño, despierta muchas veces y no es un sueño reparador. 4-5 semanas y luego desaprenden las conductas adecuadas de sueño.

En este tipo de insomnio vamos a aplicar terapias conductuales, modificación de las conductas en la cama, desprenderse de conductas ya establecidas respecto al descanso y al sueño:

- Control del estímulo: la cama es para dormir única y exclusivamente. Si el paciente se acuesta y tarda más de 10 minutos en conciliar el sueño el paciente debe levantarse e iniciar cualquier actividad (lectura, televisión...) hasta que se vuelva a notar cansancio.
- Tiempo de restricción del sueño: es muy importante restringir el tiempo de sueño, debe haber un horario regular, esta desaconsejado para la gente con insomnio siestas o cenas copiosas o pesadas. No se deben realizar actividades muy fuertes o agotadoras antes de meterse en la cama.
- Rutinización de actividades: actividades que inducen al descanso y el sueño (un vaso de leche caliente, ducha o baño antes de irse a la cama)
- Relajación: escuchar la radio, música relajante...
- Evitar siestas diurnas

Si el problema no es capaz de solucionarlo mediante estas técnicas, ha de derivarse al medico para recetar fármacos sedantes.

Estudio polisomniografico: para conocer la causa del insomnio. Se hace como ultima medida, cuando fracasan las medidas higienico- dietéticas y el tto farmacológico.

### **3. *Insomnio asociado a depresión***

Se precisa un tratamiento médico antidepresivo a parte del tratamiento específico del insomnio.

### **4. *Insomnio asociado al consumo al consumo de algún fármaco***

Los ancianos consumen muchos fármacos, la morfina, codeína, suprimen el sueño MOR, produce somnolencia , sueños desagradables o pesadillas y a veces insomnio diurno.

La cafeína, teofilina y teina producen retardo importante del comienzo del sueño y aumento del periodo de vigilia (despertares nocturnos)

Los antihipertensivos (diuréticos: furosemida) producen vigilia, nicturia (despertares frecuentes). Sobre todo si la dosis se toma a última hora del día.

La digoxina produce alteraciones importantes del sueño como alucinaciones, pesadillas y somnolencia diurna más o menos importante.

Es importante que cuando hagamos una valoración tengamos en cuenta el consumo de fármacos que pueden interferir en el sueño.

## **B) *Trastornos de somnolencia excesiva (hipersomnias)***

Se denomina así a la ***apnea obstructiva del sueño*** (ASO) es peligrosa, se da en pacientes varones, obesos, entre 45 y 65 años con intensa desaturación de oxígeno a lo largo de la noche y pueden agravar situaciones preexistentes como anginas de pecho o IAM.

*Es muy fácil de solucionar con una mascarilla con presión positiva externa que impide la obstrucción, se tratan en las unidades del sueño.*

## **C) *Tornos del ritmo sueño- vigilia:***

Malos hábitos higiénicos de sueño, ya que durante el día toman siestas, dormitan y por la noche no dan dormido. Además se levantan y acuestan con horarios totalmente distintos e irracionales. El tto se basa en mejorar los hábitos higiénicos del sueño, enseñar a los pacientes.

## **D) *Disfunciones asociadas al sueño (parasomnias)***

Se ocasionan en pacientes con incontinencia urinaria de urgencia y nicturia estos van a ser los condicionantes para que aparezcan trastornos del sueño (parasomnias). Se debe controlar la nicturia para solucionar el problema.

Otro tipo: También se producen en ancianos demenciados, se denomina ***síndrome del anocheecer***, pacientes que a última hora de la tarde presentan un nivel elevado de agitación lo que conllevan serios problemas para conciliar el sueño por la noche. Estos pacientes responden muy bien a la rutinización de tareas.

## ***Fármacos y sueño***

La combinación de alteraciones del sueño, patologías del sueño y farmacología geriátrica se traduce en un mayor riesgo de insomnio inducido por fármacos y de adormecimiento diurno excesivo de las personas mayores.

- ★ No fármacos hipnóticos sedante en la población anciana (según algunos expertos es mejor la toma de leche caliente, etc)
- ★ Abordajes no farmacológicos antes de prescribir medicamentos para conciliar el sueño.
- ★ Benzodiacepinas:

A) **De acción prolongada** (vida media larga entre 20 y 100 horas) adormecen al anciano y acrecientan la inmovilidad. Por tanto están totalmente desaconsejadas.

Diacepam (Valium ®)  
Fluracepam (Dalmane ®)

B) **De acción intermedia** (vida media entre 9 - 10 horas)

Loracepam (Ativan ®)  
Temacepam (Restoril ®)  
Oxacepam (Serax ®) es el mas recomendado.

C) **De acción corta** (vida media de 3-5 horas) cubriríamos toda la noche, son las recomendadas para utilizar con la gente anciana.

Triazolam (Halción ®)

El empleo de una medicación para dormir en personas mayores debe conllevar un uso juicioso, una atenta supervisión y monitorización, evaluaciones frecuentes y una interrupción precoz

*Hidrato de Cloral: disparidad en su aplicación o controversia según el autor. No deprime el S. Respiratorio y proporciona un sueño reparador.*

Para la enfermera es muy importante conocer:

- La vida media de los medicamentos
- Las interacciones
- Los demás medicam. Que toman
- Leer los prospectos

## Tema 15 Necesidad de movimiento y mantener una postura adecuada

### Cambios fisiológicos que intervienen en el S. Osteoarticular:

#### Óseo

- ★ La masa ósea disminuye y se desmineraliza. Se denomina *osteoporosis senil o primaria* y las causas son:
  - Ingesta de calcio insuficiente
  - Pérdida excesiva de calcio (por > excreción de Ca por el riñón)
  - Trastornos endocrinos
  - Inmovilismo

*La pérdida de calcio es mayor en las mujeres y aumenta con la menopausia.*

- ★ Disminución de la talla corporal y cambios en la silueta de una persona (unos 5 cm). Es debido a:
  - Estrechamiento del cuerpo vertebral a todos los niveles
  - Adelgazamiento del disco intervertebral (este es hidrófilo y con la pérdida de agua de la ancianidad se deshidrata y acorta su estructura)
  - Las apófisis espinosas se levantan (por la disminución de tamaño de las vértebras) produciendo Cifosis Dorsal (**jiba**)
- ★ Cambio de postura: es debido a que el plano frontal se desplaza hacia delante, por tanto,
  - Hay una flexión de miembros inferiores (rodillas y caderas)
  - Acortamiento de la distancia occipito-humeral
  - Aumento de los brazos (efecto óptico o visual solamente)
- ★ El centro de gravedad se modifica: se coloca a nivel de la sínfisis del pubis.
- ★ Estrechamiento del plano transversal (se acorta e inclina)
- ★ Cifosis dorsal: como consecuencia del aumento del diámetro anteroposterior.
- ★ Modificación del eje mecánico del mmii (dedos en martillo...)
- ★ Desgaste articular: es más evidente en:
  - Articulación coxo-femoral
  - Articulación de la rodilla.
- ★ Desplazamiento del triángulo de sustentación corporal.
- ★ Alteración del equilibrio corporal, alineación y marcha.

#### Articular

- ★ Deterioro de la superficie articular (por el roce, la presión y el uso continuo)
- ★ Deshidratación del tejido cartilaginoso (por la pérdida de agua fisiológica)
- ★ Crecimiento óseo articular en los bordes articulares (provocan crepitaciones, roces)
- ★ Disminución de la elasticidad de los ligamentos.

## **Muscular**

- ★ Pérdida gradual de fuerza (es lo más fácil de recuperar o prevenir, con bicicleta estática)
- ★ Disminución de la masa muscular, muchas veces no se aprecia por,
- ★ Aumento del tejido adiposo
- ★ Aumento del líquido intersticial
- ★ Reducción significativa de la actividad y tensión muscular

Por tanto la enfermera deberá incidir en los ejercicios para recuperar la fuerza muscular

### ***Importancia de la movilidad:***

Hay que darle mucha importancia a la movilidad teniendo en cuenta su edad, capacidades físicas y funcionales

Una persona sentada continuamente podrá tener una alteración de todas estas necesidades:

- ★ Problemas digestivos como estreñimiento, digestiones lentas
- ★ Incontinencia urinaria
- ★ UxP
- ★ Mala circulación,
- ★ Edemas en mm.ii,
- ★ Dificultad para eliminar mucosidades
- ★ Contracturas, anquilosis muscular
- ★ Pérdida de equilibrio, con el consiguiente riesgo de caídas
- ★ Mala regulación de la T<sup>a</sup>, insomnio.....

Todo esto se puede prevenir incidiendo en el mantenimiento de la movilidad

Es importante luchar contra la idea de cuando están enfermos se encamen (simplemente por un catarro por ejemplo) y tb disminuye la alimentación. Es importante retrasar el máximo posible el encamamiento y la inmovilidad.

Solo para cuando esta indicado el reposo, y en estos casos recurriremos a las movilizaciones de miembros y a los cambios posturales.

Es muy importante en el postoperatorio la realización de movilizaciones activas y pasivas para evitar el TEP. Movilizaciones tanto de flexoextensión como de rotación en mmii (tanto activas como pasivas, las cuales favorecen el retorno venoso y activan la circulación.

### ***Envejecimiento y movilidad:***

- ★ Cambios osteo-articulares
- ★ Cambios musculares
- ★ Disminución de la agudeza visual
- ★ Disfunción vestibular (equilibrio)
- ★ Disminución de la sensibilidad propioceptiva, vibratoria, velocidad de conducción nerviosa (puede aparecer una hipotensión)
- ★ Disminución de la reserva cardiopulmonar para una actividad física máxima.

### ***Cambios en la deambulación:***

- Enlentecimiento de la marcha (para aumentar la velocidad tiene que dar más pasos no más grandes)
- Velocidad máxima aumentando el nº de amplitud de pasos
- Desplazamiento del centro de gravedad abajo y adelante
- Cabeza (balanceo en sentido lateral. Disminución de la amplitud de movimientos articulares)
- Consumo mayor de energía con al deambulación en el anciano

***Causas de la inmovilidad o del inmovilismo:***

1. Enfermedades frecuentes:

- Enfermedades neurológicas (ACV, parkinson, demencias)
- Enfermedades cardiovasculares (anginas, arteriopatías periféricas, infarto...)
- Neoplasias en fase terminal
- Enfermedades osteoarticulares o reumatológicas (artrosis, artritis, osteoporosis)
- El anciano cuando pasa algún tiempo encamado se olvida de cómo caminar, como moverse...

2. Trastornos de la marcha:

- Trastorno idiopático de la marcha (se agudizan los cambios fisiológicos del envejecimiento y el anciano camina peor de lo que debiera)
- Síndrome de defecto sensorial múltiple (para caminar adecuadamente hay que ver, oír, tener equilibrio... si hay un déficit sensorial se agrava el peligro de caídas)
- Vértigo posicional benigno (de causa desconocida, se produce de forma aguda con el cambio de postura) que puede provocar caídas o accidentes
- Síndrome post-caída (si el anciano se ha caído con anterioridad tiene miedo a que esto se repita)

3. Otras:

- Sobrepeso
- Falta de motivación
- Síndrome confusional agudo
- Estado depresivo
- Demencias (en su estado inicial)
- Falta de información de cómo debe reiniciarse la movilidad (enseñar a usar muletas y andadores)
- Déficit visual
- Hospitalización o cambios de domicilio
- Consumo de fármacos (neurolépticos, sedantes, hipnóticos antihipertensivos) que favorecen los episodios de inmovilidad.

***Causas del inmovilismo***

- Dolor y patología osteo-articular
- ACV
- Debilidad generalizada
- Alteraciones mentales
- Déficit visual y auditivo
- Inestabilidad y miedo a las caídas
- Incontinencia
- Yatrogenia
- Hospitalización
- Barreras arquitectónicas.

***Riesgos y complicaciones de las movilizaciones en el anciano:***

Relacionadas con la duración y la intensidad del ejercicio pueden provocarse riesgos

- ★ Tos persistente
- ★ Sibilancias respiratorias
- ★ Sudoración profusa
- ★ Lipotimias
- ★ Dolor muscular o fatiga que persista mas de 30 min tras haber cesado el ejercicio

**Contraindicaciones de la movilización**

- ★ Deterioro severo del equilibrio
- ★ Fases agudas de procesos artríticos (pq hay mucho dolor y la movilización lo aumenta)
- ★ Dolor incontrolable
- ★ Falta absoluta de motivación
- ★ Agravación de patología subyacente

Aunque no se pueda levantar al paciente, si podemos hacer movilizaciones pasivas excepto en el caso de la patología subyacente, ya que a lo mejor, según el caso, ni siquiera estas estarían indicadas.



## ***EL ANCIANO ENFERMO.***

### ***CARACTERÍSTICAS DE LAS ENFERMEDADES EN EL ANCIANO. PROCESOS PATOLÓGICOS MAS FRECUENTES EN EL ANCIANO.***

#### ***Tema 23***

#### ***Concepto de anciano enfermo***

En el estudio “El medico y la 3ª edad”, las enfermedades de los ancianos de la población española mas habituales son:

1. Hipertensión
2. Enfermedad cerebrovascular circulatoria cerebral
3. Bronconeumonías crónicas
4. Artrosis
5. Insuficiencia cardiaca

#### ***Concepto de paciente geriátrico:***

Aquella persona, generalmente mayor de 65 años, que padece una o varias enfermedades que tienden a la incapacidad o la invalidez, y cuya evolución está condicionada por factores psíquicos y/ o sociales.

#### ***Características del paciente geriátrico:***

- ★ La edad: de por si no sirve para catalogar a una persona como paciente geriátrico. Hay personas con 70 años que tienen alguna enfermedad que no le lleva a la invalidez, no son considerados pacientes geriátricos y otros con 58 si.
- ★ Pluripatología: un problema de salud puede dar lugar a otras patologías. Hay ttornos cardiacos que producen enf cerebrovasculares (ej). O sea son problemas que afectan a otros órganos

Con la edad y la falta de recursos aparecen:

- Alteración de la homeostasis: debido a un daño en el centro regulador del hipotálamo
- Interacción de unos sistemas con otros: que se debe precisamente a la accion del hipotálamo.
- Periodos de latencia: de las enfermedades en las personas mayores es mayor, hace que se puedan superponer otros problemas a esa patología latente.
- Alteraciones inmunitarias: hace que sean mas susceptibles a enfermedades.
- Inmovilidad y Yatrogenia: hace que se agraven las patologías.

- ★ Peculiaridad sintomática: los síntomas en las personas mayores son peculiares

Las enfermedades en el anciano son oligosintomáticas, no dan sintomatología o esta es muy deficiente, ya que cursan con signos y síntomas casi inexistentes.

Responden al siguiente patrón:

- Frustrados o incompletos : no cursan con síntomas característicos (el dolor en un infarto no es grave)
- Es atípica: hay signos que se van a presentar que en los adultos no se van a dar (el infarto puede mostrarse con un dolor abdominal)
- Banalizada (en Galicia si te duele algo son los nervios o la reuma, el propio anciano banaliza los síntomas)
- Silentes: no hay ningún signo ni síntoma, lo único significativo es un síndrome confusional agudo o una incontinencia repentina

Síntomas más peculiares:

- Dolor : el umbral del dolor es más alto, por tanto si le duele mucho indicará que la patología es grave
- Temperatura: si su temperatura basal es menor de 35° una temperatura de 37°C puede ser una fiebre importante. Solo existen tres cuadros que den fiebre alta, con la infección aguda de pulmón, corazón y riñón, cuando tienden a la supuración rondan los 40° e incluso los supera
- Poliuria, nicturia y polaquiuria: estos síntomas pueden existir como algo normal.
  - Nicturia y polaquiuria sin poliuria puede indicar hipertrofia prostática.
  - Nicturia y polaquiuria con disuria indica infección urinaria.
- Diarrea y estreñimiento: no suelen ser patológicas. El estreñimiento es habitual en la gente mayor debido a la inmovilidad. La diarrea en cambio, es indicativo de un problema osmótico.
- Incontinencia de esfínteres
- Debilidad general: atribuida a la edad extrema (80-90 años), signo de infección, anemia, hemorragia y también reacción a hipnóticos y sedantes.
- Disnea: puede deberse a trastornos respiratorios, hematológicos, neurológicos, cardiovasculares. En personas mayores con edades extremas es un signo normal., debido al envejecimiento fisiológico.
- Edema en las piernas: evidencia una inmovilidad, mal retorno venoso, tono muscular inadecuado. En los ancianos es habitual por la inmovilidad, por tanto, el tto adecuado sería el cambio postural.
- Disminución de la agudeza sensorial: es común
- Trastornos del sueño: son debidos al envejecimiento
- Trastornos mentales: debe hacerse una valoración continua del estado psíquico del anciano.

- Tendencia a la incapacidad: característico de todas las personas mayores.

Cualquier patología si persiste en el tiempo ocasiona alteraciones funcionales y organicas.

Interfieren en las AVD

Interfieren en su calidad de vida

Son responsables de modificar habitos de vida

Provocan que necesiten recursos sociales o apoyo continuado para seguir llevando a cabo estas actividades

- ★ Factores psicológicos y /o sociales: muy importante no desligar las patologías psíquicas de: la problemática social y de los problemas o afectaciones psicológicas. Los problemas psicológicos y sociales aumentan: la dependencia, la patología y la invalidez.

### ***Manifestaciones de dependencia***

- Inmovilidad/ hipoactividad: gran repercusión en todas las esferas. Ambos tienen que ser valoradas adecuadamente para evitar dependencias
- Incontinencia: crea cuadros de dependencia importantes. Tanto la IU como la IF son la 3ª causa de ingreso en una institución
- Confusión: un “***síndrome confusional agudo***” en donde el anciano no conoce, no reconoce, no es capaz de discernir y puede mermar sus capacidades fisiológicas.

El síndrome confusional agudo es un síndrome mental generalizado que suele comenzar de forma aguda o subaguda que va a provocar alteraciones importantes en la persona mayor ocasionada por una obtusión mental, lentitud en las percepciones y una afectación importante en los procesos de orientación e identificación.

Lo que ocurre es como una disolución mas o menos completa de toda conciencia del anciano: no sabe discernir, ni transmitir, ni recibe ni contesta.

Es muy importante en estos casos ***manipular el ambiente*** (siempre que no este causado por una patología), en cuanto a luces, ruidos, personas, no hablarle a gritos y algo importantísimo: ***reposicionarlo en tiempo y espacio.***

En una persona mayor ingresada en el H puede aparecer en uno o dos días. No atar. No dejar solos a oscuras en una habitación. Enseñar a su familia a como reposicionarlos.

Repercusiones del SCA:

- ★ Alteración importante de la capacidad de discernir
- ★ Atención/reflexión totalmente alterada
- ★ Juicios no adecuados: inconexos y desordenados
- ★ Lenguaje y expresión pueden ser totalmente confusos
- ★ Totalmente desorientados en espacio/ tiempo
- ★ Agitado e incluso violento/ agresivo
- ★ Apático, indiferente, totalmente absento

- Insomnio:
- Aislamiento. Desarraigo social: un anciano solo, sin familia ni amigos no será capaz de resolver todos los problemas que se presentan en su vida diaria.

Es importante que se sientan útiles, necesitados o queridos.

Reacciones adversas o interacciones medicamentosas que se producen en el anciano a causa de la medicación:

- ★ Modificaciones en la farmacocinética y farmacodinamia (ni se absorbe ni se elimina ni se metaboliza igual)
- ★ Alteraciones de la homeostasis: dificultad para mantener el equilibrio interno dentro de valores normales por tanto los medicamentos pueden alterar ese medio interno ya inestable y producir reacciones adversas
- ★ Pluripatología
- ★ Poli medicación
- ★ Episodios de pérdida de memoria y confusión (toman 4 o5 pastillas al día y no saben lo que toman). Intoxicaciones, interacciones medicamentosas. Importante tener en cuenta deficits sensoriales a la hora de explicar la toma de medicación
- ★ Pérdidas sensoriales, artrosis y temblor (a la hora de dosificar cucharadas, cortar pastillas, etc...)
- ★ Dificultades en la absorción y en la deglución.

Hay mayor posibilidad de interacción en el anciano por:

- ★ Se incrementa con la edad
- ★ Son mas factibles en ancianos que toman mas de una medicación
- ★ Las mujeres tienen mayor riesgo de intoxicación que los hombres debido al aumento de la grasa corporal
- ★ En Ancianos con poco peso (ajustar dosis según el peso del anciano)
- ★ Ancianos con disminución de:
  - Función renal
  - Irrigación periférica: en especial:
    - Perfusión cerebral
    - Ventilación pulmonar.

### ***Interacciones farmacocinéticas:***

#### ***Absorción***

Cambios fisiológicos:

- ★ Disminución del HCL
- ★ Disminución de la motilidad intestinal
- ★ Disminución del flujo sanguíneo intestinal
- ★ Disminución del número de células de la pared intestinal
- ★ Aumento de las Patologías (nauseas, vómitos, disfagia, dispepsia)

Se ha evidenciado que donde hay problemas es en transporte activo no en la difusión pasiva. Hay una disminución del flujo sanguíneo y grasa corporal. Debido a esto puede alterarse la absorción de ciertos medicamentos:

Paracetamol: absorción pasiva

Vitaminas : absorción activa

En cuanto al tipo de admón., la admón. SC o ID puede no absorberse adecuadamente, debido a la alteración de la circulación

En la gente mayor, la vascularización en el dorso de la mano esta muy disminuida, por tanto hay un cambio en cuanto a la absorción/ administración.

Cambios farmacocinéticos:

- ★ No existe con algunos fármacos
- ★ Disminuye la velocidad de absorción de la digoxina. Se absorbe por transporte activo y entonces habrá una disminución relativa en la absorción de esta medicación.

## ***Distribución***

Cambios fisiológicos:

- ★ Pérdida de agua corporal
- ★ Pérdida de masa corporal
- ★ Aumento de la grasa corporal
- ★ Descenso de albúmina plasmática

Cambios farmacocinéticas:

- ★ Disminución del volumen de distribución de fármacos hidrofílicos: ya que el volumen de agua en los mayores disminuye hasta incluso el 20 %)  $A < \text{volumen de liquido}, > [ ]$ , por tanto:  $>$  riesgo de intoxicación  
La digoxina es hidrofílica
- ★ Aumento del volumen de distribución de fármacos lipofílicos: ya que la grasa corporal aumenta, pero una administración durante mucho tiempo acaba acumulándose. Un m. lipofílico es las benzodiazepinas
- ★ Aumento del volumen de distribución de fármacos ligados a la albúmina plasmática: algunos m. actúan uniéndose a la albúmina plasmática. Como en los mayores disminuye la AP, entonces hay una mayor  $[ ]$  de medicación libre en plasma.

## ***Metabolismo***

Cambios fisiológicos:

- ★ Disminución de la masa hepática
- ★ Disminución del flujo hepático
- ★ Disminución del nº de cels hepáticas
- ★ Disminución de enzimas hepáticas
- ★ Fármacos que se deben prescribir con niveles,
  - Teofilina
  - Antiarrítmicos
  - Antihistamínicos
  - Anticoagulantes orales
  - Psicofármacos
  - Fármacos liposolubles= metabolización hepática
- ★ Por tanto a la hora de administrar un m. que se metaboliza hepáticamente, se recomienda empezar por la ½ de la dosis y después de observar sus efectos ir aumentándola gradualmente de forma individual

## ***Eliminación***

Cambios fisiológicos:

- ★ Disminución del flujo sanguíneo renal
- ★ Disminución del filtrado glomerular
- ★ Disminución de la excreción tubular.

Cambios farmacocinéticos:

- ★ Disminución de la excreción renal: las sustancias que son eliminadas principalmente por eliminación renal suelen tener una vida media más larga en la población mayor.

Fármacos que se eliminan de forma renal:

- ★ Digoxina
- ★ Penicilinas
- ★ Tetraciclinas
- ★ Litio
- ★ Zimetidina

## ***Problemas de la medicación en ancianos***

- ★ Polimedición
- ★ Automedicación

### ***Polimedición:***

- ★ > consumo que cualquier otro sector de la población
- ★ Al mismo tiempo un solo anciano consume mas cantidad de medicación a la vez
- ★ El consumo farmacéutico de los ancianos era cuatro veces superior al resto de la población
- ★ El 62% del gasto farmacéutico esta originado por el consumo de los pensionistas
- ★ Polimedición: totalmente relacionado con las pluripatologías

### ***Automedicación:***

- ★ > Frecuencia en la gente anciana
- ★ > % en mujeres que en hombres
- ★ > consumo en las mujeres ancianas de analgésicos y tranquilizantes por su cuenta
- ★ > % entre los ancianos de un nivel cultural elevado
- ★ < % en ancianos analfabetos

### ***Efectos adversos de los fármacos en los ancianos:***

- ★ Riesgo de interacciones medicamentosas
- ★ Riesgo de intoxicación
- ★ Efectos iatrogénicos (facil solución): los efectos secundarios de una medicación

## ***Signos y síntomas de las reacciones adversas medicamentosas***

- ★ Somnolencia\*
- ★ Temblor
- ★ Disartria\*
- ★ Mareos
- ★ Confusión\*
- ★ Debilidad
- ★ \*: comunes a RA medicamentosas

## ***Normas prescripción en pacientes geriátricos***

- ★ Reducción al mínimo del número de fármacos
- ★ Revisar todos los tratamientos
- ★ Valorar los nuevos fármacos (respuesta del anciano, tolerancia)
- ★ Considerar alternativas al fármaco,



- No farmacológicos ( medidas higienico-dieteticas)
  - Fármacos menos tóxicos
  - Formas farmacéuticas mejor toleradas
  - Pautas simples y cómodas
- ★ Ajustar las dosis (empezar con pequeñas dosis e ir aumentándolas en función del paciente) o disminuir las dosis si es posible
  - ★ Educar al paciente siempre y, ultimísimo caso al familiar
  - ★ Revisar la necesidad de tratamiento de forma periódica

### ***Seguimiento del tratamiento en ancianos***

Debemos tener en cuenta algunos aspectos para ayudar a cumplir el tto:

Capacidades y condiciones físicas y psíquicas  
 Condición social  
 Lugar en el que vive

Controlar el tto:

#### ***a) Tarjeta de medicación***

Herramienta muy útil en el control del tratamiento del anciano. Debe llevarla siempre consigo. En ella se anotan los datos del anciano, tales como:

- ★ Nombre del fármaco
- ★ Inicio administración
- ★ Fin de la administración
- ★ Horario
- ★ Vía de administración

La tarjeta debe estar siempre actualizada. La debe llevar consigo siempre el anciano, así cumple dos funciones: por una parte la persona no se olvida de lo que está tomando y por otra parte el facultativo también conoce lo que está tomando para no recetar medicación solapada.

#### ***b) Facilitar la comprensión***

Explicar claramente al paciente por qué toma ese tipo de medicación, efectos secundarios, horarios, vía de administración, el fin que se quiere obtener al tomar el tto, cuando comenzar, cuando suspenderlo.

Es importante hacer una valoración completa antes de explicarle al anciano el uso del tto, valorando:

- ★ Capacidades intelectuales
- ★ Capacidades físicas
- ★ Situación social

### **c) Facilitar el cumplimiento**

- ★ Revisión periódica del tratamiento (detectar dosis incorrectas, horarios inadecuado preparaciones comerciales, efectos secundarios)
- ★ Anotar todo en la tarjeta de medicación
- ★ Favorecer la autonomía del paciente (si tiene capacidad debe gestionar su medicación)

#### **Valoración de las dificultades:**

Cualquier persona mayor que siga un tto hay que tener en cuenta las dificultades con las que se encuentra para seguirlo. La dificultad mas frecuente son los déficit de memoria

### **a) Déficit de memoria**

- Etiquetar los envases. Las etiquetas deben llevar nombre, utilidad, dosis y horario y tiempo que tiene q tomarla.
- Adecuar las tomas a su ritmo de vida (intentar que estas coincidan con las comidas para favorecer el recuerdo)
- Tabla/ gráfico de administración:
  - Lo 1º y mas importante es hacerla conjuntamente con la persona mayor.
    - ★ Nombre fármaco (empírico: seguril)
    - ★ Indicación (en palabras que entienda)
    - ★ Características externas (comprimido amarillo, capsula roja...)
    - ★ Horario (dibujos)
    - ★ Instrucciones para tomarlo
    - ★ Efectos secundarios
    - ★ Diseño por medio de colores (si no supiera leer)
    - ★ Colocar en un lugar visible, próximo a los fármacos.
    - ★ Horario de las tomas.

### **b) Dificultades manipulación:** son productos que palian estas dificultades.

- ★ Quitar el tapón de seguridad (no cambiar el medicamento de su envase, pero si cambiar el tapón). NUNCA cambiar el contenido de su frasco original.
- ★ Líquidos
  - Adaptador en la botella
  - Jeringa de medición oral
  - Vasitos dosificadores
- ★ Cortapastillas
- ★ Dispositivos dosificadores (bolígrafo de insulina)
- ★ Lente de aumentos (se adapta a las jeringas medidoras)

La prescripción y seguimiento del tratamiento facilitan la autonomía e independencia del paciente.

### **Tema 33:**

### ***El Parkinson o Parálisis Agitante***

Es una patología que aumenta con la edad en ambos sexos por igual. Su pico máximo de prevalencia en pacientes ancianos es alrededor de los 70

No es una enfermedad exclusiva de gente mayor. Entre los 30- 40 puede también aparecer y cada vez es mas frecuente.

Es una enfermedad del sistema nervioso que afecta a las estructuras que se encargan del control y mantenimiento del movimiento, así como del mantenimiento del tono muscular y postural adecuado. Encargada de estas funciones está la Sustancia negra, en la cual está la Dopamina:

La dopamina es un Neurotransmisor cuya presencia es fundamental para la regulación del movimiento. Si no tenemos D, dentro de unos niveles adecuados no habrá movimientos de forma ágil, armónica y efectiva.

Etiopatogenia:

No se conoce la causa (es Idiopática) del porque de la disminución de Dopamina.

Patogenicamente hay unos niveles disminuidos de D, debido a que se alteran los sistemas de neurotransmisión Dopaminérgica, que puede ser de dos formas:

- ★ Por destrucción de las neuronas pigmentadas de la sustancia negra
- ★ Porque existe una alteración importante en la Síntesis, Almacenamiento o en la Liberación de la dopamina en los receptores Postsinápticos.

***Anatomía patológica:***

En el cerebro observándolo microscópicamente se observa una despigmentación o total o parcial a nivel de la sustancia negra (que aparece blanca)

Aparecen unos corpúsculos o cuerpos de Lewyn característicos de la enfermedad de Parkinson.

***Clasificación:***

- ★ ***Idiopática o Primaria:*** producida por el déficit de dopamina, pero no se conoce su causa
- ★ ***Secundaria*** (potencialmente reversible)
  - Infecciones: postencefalitis
  - Tóxicos : monóxido de carbono (CO), manganeso, fenotiacinas
  - Postraumático (traumatismo craneoencefálico)
  - Hiperparatiroidismo
  - Arterioesclerosis

### **Clínica:**

- ★ Temblor
- ★ Bradicinesia
- ★ Rigidez
- ★ Postura en flexión
- ★ Marcha festinante
- ★ Inestabilidad y tendencia a sufrir caídas
- ★ Disfunción autonómica

**Temblor:** suele empezar en los dedos de una mano y luego pasar al brazo y extenderse por ese lado (unilateral) del cuerpo, por ultimo aparece en el lado contrario del cuerpo

**Bradicinesia:** disminuye la amplitud del movimiento, también la velocidad de los movimientos. Aparece una falta de expresión en los músculos de la cara sobre todo. Y se afecta la movilización del paciente, al hablar, al tragar, al parpadear...

**Rigidez:** manifiesta como de “Rueda dentada”, ocasiona molestias y dolor

**Marcha Festinante:** marcha característica del paciente parkinsoniano, caracterizada por un titubeo inicial (le cuesta arrancar o iniciar la marcha) seguida de pasos cortos debido a la postura, en los cuales va arrastrando cada vez mas los pies y acelerándose hasta que quiere seguir caminando y no puede (bloqueo)

**Disfunción anatómica:** sialorrea, hiperhidrosis (sudoración excesiva), incontinencia urinaria de urgencia.

Tto: no es curable y los fármacos solo se administran para mejorar los síntomas.

#### 1. Farmacológico:

- ★ L. Dopa: controla el temblor y la bradicinesia
- ★ Bromocriptina
- ★ Seleginina (Depremil)
- ★ Anticolinergicos

#### Diagnósticos de enfermería:

- ★ Riesgo de aspiración
- ★ Riesgo de estreñimiento
- ★ Riesgo de alteración de la eliminación urinaria
- ★ Deterioro de la movilidad física
- ★ Deterioro de la comunicación verbal
- ★ Riesgo de alteración del patrón de sueño
- ★ Dolor
- ★ Riesgo de déficit de autocuidado en el vestido
- ★ Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
- ★ Riesgo de alteración de os patrones de sexualidad
- ★ Afrontamiento individual inefectivo
- ★ Riesgo de baja autoestima situacional
- ★ Riesgo de aislamiento social
- ★ Ansiedad

- ★ Déficit de conocimientos (relacionado con todas las actividades para mejorar síntomas y signos, fármacos a tomar, efectos secundarios, etc. Estos enfermos precisan amplia educación sanitaria)

Objetivos de los cuidados de enfermería:

- ★ Estimular y preservar la capacidad residual
- ★ Independencia en el autocuidado
- ★ Hábitos de micción y defecación adecuados
- ★ Mayor grado de bienestar posible
- ★ Implicación en su proceso terapéutico

Cuidados de enfermería:

A) Mejorar movilización:

- ★ **Programa progresivo de ejercicios** : de tal forma que podamos mantener una amplitud articular ( a nivel de cualquier articulación). Con movimientos de flexo -extensión que por medio del movimiento se mantenga. Ejercicios musculares y posturales. Programa de estiramientos en todas las articulaciones y en todas las posiciones (sentado, acostado, etc)

Mediante mesoterapia, masajes, piscina climatizada, baños calientes que disminuyen la rigidez, minimiza las contracturas y la anquilosis

- ★ **Entrenamiento de la marcha**: estos pacientes al perder el automatismo de la marcha, tienen que pensar como tienen que andar, los movimientos uno a uno.

Lo primero que tienen que hacer es separar adecuadamente los pies.

Luego apoyar el talón

Después la punta de los dedos

Que intenten bracear al caminar

Que levanten los pies (que intenten no arrastrarlos).

Así conseguiremos disminuir el riesgo de caídas

Luego, cuando empiece a notar que arrastra los pies y que apura la marcha, que pare, fije los talones al suelo, separe unos 20 cm los pies y que reinicie la marcha.

Cuando nota el bloqueo, no debe intentar luchar contra el, debe relajarse y separar los pies, empezar a balancear de izquierda a derecha sin echarse hacia atrás ( por peligro de caída). Intentar reiniciar otra vez la movilidad cuando note que cesa el bloqueo. Si lleva algún acompañante, este debe ir a su ritmo.

Los giros deben enseñarse a girar haciendo un círculo con los pies separados.

- ★ **Mejorar la rigidez y los espasmos**
- ★ **Cambios ambientales**: adecuación del baño, mobiliario, para evitar las caídas. La restructuración del ambiente se hace para no afectar a su movilización y para aumentar su independencia

B) Adquirir independencia en el autocuidado:

- ★ **Autonutrición:** debido a la pérdida del automatismo y a los temblores, bradicinesia, tienen muchos problemas a la hora de alimentarse correctamente, tanto por la alteración del proceso de deglución y del habla, como por la utilización de utensilios para comer.

Caídas de platos, vasos, etc. Lo ideal es no tomar sólidos sólidos, si pueden con turmix (semisólidos). Como deben comer:

- Sentados (erguidos)
- Dieta semisólida
- Líquidos espesos como gelatinas, helados, líquidos con espesantes

Enseñar a deglutir:

- ★ Respire antes de deglutir
- ★ Ponga la comida en el centro de la lengua
- ★ Cierre los labios y dientes
- ★ Empuje con la lengua y trague.

Instruir sobre el uso de utensilios de autoalimentación (plato térmico, plato con ventosa, vasos adaptados para personas con problemas en las manos. Cubiertos de mango ancho pq pierden la destreza fina del agarre. Todo lo necesario para que se alimente por si mismo hasta los estadios mas avanzados posibles de la enfermedad.

- ★ **Vestido:** hacer desaparecer la ropa de broche fino, botones pequeños, lazadas, sujetadores que abrochen en la espalda, pantalones sin botones. Poner velcros, cremalleras cómodas, botones de clip que puedan facilitarse el autocuidado.
- ★ **Higiene personal:** suelos hapticos, suelos rugosos, adecuación del baño, etc.

C) Desarrollar hábitos adecuados en la micción y defecación.

- ★ IU o Retención urinaria: la retención puede ser efecto 2ª de los anticolinergicos. La incontinencia se soluciona con reentrenamiento vesical
- ★ Estreñimiento

D) Integración social del paciente:

- ★ Mejora de la comunicación : habla monótona, en bajo, rápida y agolpada, difícil de comprender. Incidir en el aspecto de mejorar la comunicación. Fotocopia.
- ★ Brindar apoyo al paciente
- ★ Brindar apoyo a la familia: desde el principio. Informar sobre la existencia de asociaciones de pacientes con enfermedades crónicas.

E) Contribuir a la implicación del paciente en su proceso terapéutico y rehabilitador

**Definición según la OMS:**

Aparición de manifestaciones focales globales que se van a instaurar generalmente de forma brusca y que van a aparecer como consecuencia de alteraciones del flujo circulatorio en una determinada zona del cerebro.

**Tipos según su etiología:**

- ★ ACV oclusivo o Isquemico
- ★ ACV no oclusivo o Hemorrágico

**Según su perfil cronológico:**

- ★ Accidente isquemico transitorio (AIT): se resuelve a las 24 horas de evolución. Alteraciones focales tras la aparición brusca que se resuelve a las 24 h.
- ★ Infarto cerebral progresivo: déficit neurológico con mas de 24 horas de evolución. Suele evolucionar al empeoramiento.
- ★ Infarto cerebral con recuperación completa: DNIR (deterioro neurológico isquemico reversible): cuadro clínico que dura mas de 24 horas de evolución. Existe recuperación total de todas las funciones neurológicas después de las tres primeras semanas de afectación.
- ★ Infarto cerebral Establecido: el déficit neurológico no se modifica en las primeras 48 horas de afectación y va a persistir en un tiempo superior a las tres semanas. Pacientes que son incapaces de recuperar la movilidad de un mmss o la movilidad de una parte determinada. Quedan con una afectación pero se estabilizan. La afectación depende de la zona lesionada y de la extensión de la lesión.

**Según su topografía:**

- ★ De hemisferio derecho o izquierdo
- ★ Carotideo o vertebrobasilar

**Epidemiología:**

- ★ Tercera causa de muerte
- ★ 200 casos cada 100 mil habitantes
- ★ Riesgo promedio de mortalidad: 30% el primer mes
- ★ Supervivencia a los 5 años: 35- 45%
- ★ Tendencia a la recidiva: 30-50% de los casos
- ★ Proporción entre formas isquemicas y hemorrágicas: de 8 a 1
  
- ★ 81% de los casos de accidente isquemico transitorio (AIT) se sitúan en territorio de la arteria carótida, el resto en la A. Vertebrobasilar

Dependiendo de si esta producido por causas hemorrágicas o isquémicas los cuidados de enfermería serán distintos.

Si es por causa hemorrágica, controlar mucho las CV y hacer lo posible para que disminuya el edema cerebral.

Si es de causa isquémica (ictus), en edades muy avanzadas no se les administran tto fibrinolíticos

Las 6 primeras horas son fundamentales, ya que se puede destruir el trombo y recuperar la circulación

### ***Factores de riesgo:***

- ★ Edad avanzada
- ★ HTA
- ★ Cardiopatías
- ★ Diabetes
- ★ Poliglobulia
- ★ Obesidad
- ★ Tabaquismo

***Manifestaciones clínicas:*** dependen del tamaño y localización de la lesión y del tipo de lesión:

- ★ Alteración del lenguaje: si la lesión afecta al hemisferio cerebral izquierdo que es la zona que regula el lenguaje. Si afecta al área de Broca comprende pero no puede hablar bien ni puede hacerse entender, si esta afectada el área de Vernicke no comprenderá pero hablara bien
- ★ Parálisis central del nervio facial: la boca se tuerce hacia el lado sano hacia la comisura. Imposible cerrar el párpado del lado afectado.
- ★ Disfagia: dificultad para tragar. Todos los músculos faríngeos. Las primeras 24 horas estarán a dieta absoluta. Valorar si hay afectación de la musculatura faríngea dándole una cucharada de Yogurt para comprobar si deglute bien o mal. Tiene un gran riesgo de aspiración sobre todo las primeras horas.
- ★ Disfunciones visuales: diplopía, hemianopsia homónima (ver de lado). Es muy importante tener en cuenta la afectación visual por peligro de lesiones, etc.

Por tanto, los cuidados que hagamos al paciente han de realizarse del lado afectado para que mire y reconozca su lado afectado, que lo integre pq no lo reconoce. Lo único que debemos dejar del lado sano es el timbre. Tanto las visitas,, como la tele, sillón, mesilla, cuña, cuidados han de estar del lado afecto. La zona hemipléjica debe quedar en el centro de la habitación. La finalidad es integrar en el cuidado diario la rehabilitación del lado afectado del paciente

Es muy importante recordar que el paciente vuelve a tener el Reflejo Tónico – cervical o reflejo Tónico asimétrico del cuello (este se basa en que al girar la cara hacia un lado, se le eleva el brazo de ese lado: ocurre en bebés) este vuelve a estar presente en el paciente hemipléjico de tal forma que cada vez que el paciente mire hacia el lado afectado será capaz de extender el miembro superior afectado por esa Sinergia Flexora Espástica.



- ★ **Diagnostico:** desadaptacion unilateral. Es muy importante tocar y palpar durante la higiene y los cambios posturales para detectar posible tumor, rubor, calor, que indicaría un trombo en una extremidad.
- ★ **Hemiplejia:** depende de la afectación. Disminuye la fuerza. Alteración de la sensibilidad mayor o menor o seria afectación de la movilidad.
- ★ **Incontinencia de esfínteres:** IU funcional y de urgencia.
- ★ **Labilidad emocional:** pasan rápidamente de la risa al llanto

Los primeros días aparece una **Fase Flácida** en la que debemos prever extravasaciones de líquidos (48-72 horas) pq esa musculatura esta sin innervación y ni se contrae ni se relaja y se extravasa liquido q pasa al tejido (brazos y piernas muy hinchados). Debemos hacer cambios posturales correctos. Colocar almohadas en mmii y mmss. Colocar los miembros en una posición de flexión fisiológica ( nunca totalmente estirada) y elevarlos con almohadas.

Un miembro flácido es imposible de rehabilitar. Si dura mas de 6 semanas será imposible, pq quedara en fase flácida (sin sensibilidad) y será un mal pronostico para la rehabilitación.

Después aparece la llamada **Fase Espástica**, en la cual el miembro se encuentra en una flexión que es casi incapaz de estirar. Miembro agarrotado casi imposible de articular.

Se suele rehabilitar el mmii mejor que el mmss (pq una pierna puede quedar en extensión y podemos andar con ella igual)

El mmss adopta un patrón de Sinergia Flexora y el mmii de Sinergia Extensora

Es importante posicionarlos cuando estén en decúbito supino, evitando:

- ★ **La rotación externa de la cadera:** colocando un rodete a nivel del trocánter mayor.
- ★ **El pie equino:** con férulas adecuadas

### **Caso: paciente con ACV de 24 horas ¿qué hacer?**

1. Saber si es hemorrágico o isquémico:
  - a. Hemorrágico: cabecera elevada
  - b. Isquémico: mínima elevación
2. Control de CV, valoración neurológica, etc
3. Fase Flácida: si hay extravasación/ edema. Elevar toda la zona afectada con almohadas. ,mmii en semiflexion. Almohadas pa evitar el pie equino y la rotación externa de la cadera, tener en cuenta zonas de presión en los cambios posturales.
4. Fase Espástica: sinergia flexora que adopta la mano (agarrotada) y el codo (flexionado). El miembro espástico reacciona a la presión con mayor espasticidad, lo que tenemos que hacer es dar golpes en el dorso de la mano y así conseguimos abrirla y colocarla así encima de la

almohada. Enseñar a la familia a hacerlo continuamente, pues facilita la posterior rehabilitación.

***Situación de atención en para la enfermería:***

Fase aguda:

- ★ Protección de la piel
- ★ Movilización y mantenimiento de una postura correcta
  - Disposición de la habitación
  - Medidas posturales

En posición sentada:

- ★ Rodillo en pierna a nivel del trocánter mayor
- ★ Almohada debajo de mmss ( apoyada en una mesa) con el mmss en semiflexion
- ★ Almohadas en espalda para que estén rectos
- ★ Tacos en sillas para facilitar la postura (para mantener 90°)

Colocación en decúbito lateral:

- ★ Lado sano debajo: poner almohada para el mmss siempre en ligera semiflexion
- ★ Lado afectado debajo: estirar el brazo.

**Definición:**

Síndromes de naturaleza orgánica caracterizados por un deterioro progresivo y global de las funciones cerebrales de tipo intelectual con conservación de la conciencia, de tal intensidad que van a ser capaces de interferir con la vida social y laboral de ese individuo y tb la vida familiar (afectando a las ABVD)

**Existen dos tipos diferenciados:**

- ★ Degenerativa o Enfermedad de Alzheimer
- ★ Vascular o Dolencia Multiinfarto

Puede confluir en la misma persona una demencia vascular y una degenerativa, llamándose mixta.

Existen tb:

- ★ Psiquiátricas
- ★ Infecciosas
- ★ Metabólicas
- ★ Carenciales
- ★ Tóxicas (vacas locas)
- ★ Neoplásicas
- ★ Traumáticas
- ★ Hidrocefalia obstructiva

**Enfermedad de Alzheimer:**

De ella podemos extrapolar los cuidados a cualquier otro tipo de demencia y los cuidados de enfermería son los mismos

Es un proceso neurodegenerativo progresivo del SNC cuya etiología es heterogénea, que puede ser causado por mutaciones de los cromosomas 1, 14, 21, así como por causas desconocidas.

Deterioro progresivo de las funciones cerebrales

Se ven afectados los procesos humanos esenciales:

- ★ Pensamiento
- ★ Creatividad
- ★ Sensibilidad
- ★ Lenguaje
- ★ Movilidad

### ***Epidemiología:***

- ★ No existen marcadores biológicos que permitan la detección de la EA
- ★ Macroscopicamente: atrofia cerebral importante
- ★ Microscópicamente: pérdidas neuronales, ovillos neurofibrilares, placas neuríticas y angiopatía amiloide
- ★ Diagnóstico cierto solo mediante estudio necroscópico

### ***Enfermedades más letales en países desarrollados:***

- ★ Cardiopatías
- ★ Cáncer
- ★ ACV
- ★ Alzheimer
- ★ El 60 % de los demenciados son EA

### ***Factores de riesgo:***

- ★ A mayor edad, mayor prevalencia, de forma que a los 65 años se muestra una posibilidad de entre 25 de padecer la enfermedad y a partir de los 80-85 es de una cada 2 individuos

### ***Manifestaciones clínicas:***

Para el Dx solo nos podemos basar en los signos y los síntomas. Es un síndrome caracterizado por:

- Múltiples déficits cognitivos:
    - Alteración de la memoria y al menos uno:
      - Afasia: dificultad de explicar y entender lenguaje
      - Apraxia: dificultad de movimientos
      - Agnosia: dificultad para reconocer útiles o personas.
      - Alteración de la función ejecutiva: son incapaces de realizar actividades que conlleven atender continuamente, abstracción mental...)
  - No todos presentan los mismos síntomas ni evolucionan de igual forma.
1. Afecta a AVD Complejas: actividad laboral, hobbies, conducir...
  2. AVD instrumentales: medicación, utilización de transporte público, teléfono, lavar la ropa....
  3. ABVD: incontinencia urinaria y fecal, lavarse por sí mismo, vestirse por sí mismo...

### ***Evolución y características clínicas: de todas las demencias:***

- ★ Fase I: Etapa Inicial o Demencia Leve
- ★ Fase II: Etapa Intermedia o Demencia Moderada
- ★ Fase III: Etapa terminal Final o Demencia Grave

Antes de la confirmación del diagnóstico:

Ya que puede confundirse con otro tipo de dolencias como depresión o la toma de fármacos, debido a los efectos secundarios de: neurolépticos, sedantes e hipnóticos, por tanto comprobar antes del Dx la toma de fármacos.

Otro signo es que el paciente demenciado no busca ayuda por sí solo  
El paciente deprimido va por el mismo al médico  
Hasta que lo diagnostiquen de demencia pueden pasar entre 5 años

### ***Síntomas y signos:***

- ★ Torpeza
- ★ Aturdimiento
- ★ Errores de repetición: economía del hogar
- ★ Sentimiento de pérdidas
- ★ Disimulo de pérdidas: para que no se note
- ★ Autoestima disminuida
- ★ Cambios de humor: de alegría a tristeza
- ★ Aturdimiento

Valoración de la enfermedad según el modelo de VH en personas mayores afectadas de enfermedad de Alzheimer:

### ***N. Oxigenación:***

- ★ Etapa inicial: no aparece ningún problema
- ★ Etapa intermedia: sobre todo riesgo de asfixia, debido a Agnosia y Apraxia. No reconoce los útiles, no sabe para que sirven (como niños de 2-3 años). Meter pan o canica en nariz....
- ★ Etapa terminal: encamamiento, inmovilismo y es frecuente que pueda haber una aspiración de secreciones gastrointestinales al árbol traqueobronquial. La mitad de los pacientes con EA mueren por una infección respiratoria (por pasar los sólidos al árbol y causar neumonía. Tienen serias dificultades para eliminar las secreciones por la inmovilidad y cualquier catarro les causa una neumonía que les lleva a la muerte.

#### ○ Valoración de N. Oxigenación:

- Características de la FR
- Ruidos respiratorios añadidos
- Signos de esfuerzos respiratorios
- Presenta sensación de ahogo
- Se atraganta con facilidad
- Tose al comer
- Tabaco. Cuanto fuma

## ***N. Alimentación:***

- ★ I: olvidos de saber si han comido o no, como hacer la compra o como hacer la comida
- ★ Pueden presentar o compulsión a comer o apatía- negación total a ingerir líquidos.

Agnosia relativa a útiles para comer pues no reconocen ni el cuchillo ni el tenedor...

Apraxia: dificultad para mantenerse sentado, postura erguida, que dificulta la alimentación

- ★ Necesitan otra persona que los alimenten debido a su encamamiento.

Disfagia: sobrecarga familiar por miedo a asfixia.

El dilema ético se presenta a la hora de decidir poner o no SNG, que depende de la familia y de lo que deseaba el paciente antes de enfermar (testamento vital), ya que colocarla mantendría la agonía del paciente durante uno o dos años mas en unas condiciones dramáticas y terribles.

### ○ Valoración de la N. Alimentación:

- Peso y talla
- Dieta habitual
- Perdida de peso, de apetito
- Realiza la compra, prepara la comida
- Dificultad para masticar. Disfagia
- Rechaza la ingesta de líquidos, la comida.
- Presenta apraxia, agnosia
- Necesita ayuda. Especificar de que tipo
  
- ***Dx: déficit de autocuidado: alimentacion***