

# ENFERMERÍA GERIÁTRICA

---

Cuarto semestre.

## **Tema 1: Generalidades.**

En los últimos años y desde diferentes niveles, se han realizado en nuestro país diversos análisis sobre la estructura de la población que permite constatar lo que hoy en día es un hecho en todos los países vecinos: el progresivo envejecimiento de la población.

Este envejecimiento se produce a ritmos diferentes en función de las características de cada zona. Las diversas proyecciones, a su vez, permiten constatar que esta tendencia se va a mantener e incluso irá en aumento en las próximas décadas.

El ritmo de envejecimiento es diferente dependiente de cada zona. Va a ir en aumentar en los próximos años. No está claro que la inmigración aumente la natalidad, ya que tienden a la reagrupación familiar (traen a los padres) y esto hace aumentar el envejecimiento. Además, los inmigrantes siempre tienen la expectativa de que la situación en su país mejorará para volver allí, por lo que volveríamos a los mismos valores de envejecimiento.

### **Geriatría:**

Rama de la medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos y sociales en la salud y la enfermedad de los ancianos. Para conseguir estos objetivos es necesario que se desarrolle de forma multidisciplinaria.

\* La primera referencia que se tiene de enfermera en el campo de la geriatría es de Marjorie Warren quien hace 50 años en el hospital Midlecey Hospital pudo demostrar que algunos ancianos crónicos podían empezar a valerse por sí mismos.

### **Gerontología:**

Ciencia multidisciplinaria y multiprofesional que estudia el proceso de envejecimiento de los seres vivos y del ser humano, donde intervienen diferentes disciplinas, con el fin de alcanzar los diferentes aspectos sociales, demográficos, psicológicos, culturales, económicos, ..., que rodean la vejez.

\* El geriatra a parte de medicina, tendrá que saber gerontología; el proceso de envejecimiento.

### **Paciente geriátrico:**

Persona mayor de 65 años con una o varias enfermedades que tienden a la incapacidad o invalidez y cuya evolución está condicionada por factores psíquicos y/o sociales.

\* Pluripatología/plurifarmacia

### **Geratrización sanitaria:**

La geratrización de la atención sanitaria se puede definir como el progresivo incremento del consumo de recursos sociosanitarios por parte de la población anciana, lo que se traduce en una mayor frecuentación de las personas ancianas tanto en el ámbito de la AP como en el mundo hospitalario. En Atención Hospitalaria, la geriatría sobrepasa el 50% de la ocupación por parte de las personas ancianas (podríamos decir que ya llega al 80%) y también repercuten en el gasto farmacéutico, ya que consumen un 60% del total.

## ¿Quién es anciano?

En la sociedad occidental se dice que uno es anciano cuando se jubila entre 60 y 65 años.

Tipos de edades:

- **Edad cronológica:** Número de años transcurridos desde que nacemos. No se es anciano de un día para otro; se envejece progresivamente. El grupo de los viejos se caracteriza por englobar un amplio abanico de edades. **Pietro de Incola** hace la siguiente clasificación:
  - 45-40 años: edad crítica, presenil o primer envejecimiento.
  - 60-72 años: senectud gradual (*jubilación*)
  - 72-92 años: vejez declarada.
  - Más de 90: grandes viejos.
  
- **Edad fisiológica:** Estado de funcionamiento orgánico es el que determina en los individuos su edad biológica y por tanto el grado de funcionalidad y de deterioro de sus órganos y tejidos. No todos los órganos envejecen al mismo tiempo. El hecho de envejecer hace que tengamos más probabilidades de enfermar.
  - \* *Edad de deterioro del cuerpo*
  
- **Edad psíquica:** Los efectos psicológicos que el paso de los años representan para ellos: las vivencias, cómo se siente la persona,...
  
- **Edad social:** Establece y designa el rol individual que se debe desempeñar en la sociedad en que cada individuo se desenvuelve. Esta forma de clasificar puede considerarse discriminatoria, ya que no tiene en cuenta las aptitudes y actitudes personales frente a la resolución de las actividades de la vida cotidiana y sólo está marcada por el cese de la actividad laboral.
  - \* *Edad que el grupo de pertenencia le reconoce.*
  - \* *La edad social en relación a la edad cronológica determina quién es viejo.*

## **Tema 2: Evolución histórica de la concepción social de la ancianidad:**

En los últimos años la ancianidad se ha convertido en un problema social importante. La sociedad no estaba acostumbrada a que un porcentaje tan alto de la población fuese de edad avanzada. Pero la sociedad, no obstante, también preocupa a los propios ancianos ya que son ellos los que reciben gran parte de las consecuencias negativas de ésta; los ancianos no han creado el problema de la ancianidad, son parte de él.

Las formas sociales de producción han influido en todas las culturas sobre la suerte del anciano. Aunque la vejez en situaciones de poder es respetada, no es amada ni deseada a lo largo de la historia. Se considera al viejo como un ser que ya no es de este mundo y debe renunciar a las satisfacciones y placeres de la vida.

En la historia de las civilizaciones se demuestra que el anciano siempre ha sido despreciado.

### **Pueblos primitivos:**

En las tribus primitivas, la vejez era alcanzada por pocos, ya que los viejos, por su debilitamiento físico, les resultaba mucho más difícil hacerse con los requerimientos vitales, sobretodo al formar parte de un grupo de supervivencia diaria con la naturaleza.

En algunas tribus los ancianos eran eliminados o abandonados (Yakutas siberianos, Fang de Gabón, Chunkees del Litoral de Liberia...) y en otras tribus se les aceptaba y respetaba (Yagane de Tierra de Fuego), y como eran considerados como mejores los conocedores del más allá por su cercanía a la muerte, fueron elegidos para asumir la función de curar y alejar los males, convirtiéndose en hechiceros y brujas. Practicando una medicina primitiva, llegaron a la aceptación del grupo como depositarios de sabiduría.

### **Civilizaciones antiguas:**

La búsqueda de la explicación para el origen de las enfermedades evolucionó hacia la idea de que estas eran consecuencia del incumplimiento de los deseos divinos o de algún tipo de transgresión moral. A través de la religión se dictaban las conductas y las buenas costumbres. Se dictaron normas de conducta hacia los pobres, enfermos y afectados por la vejez.

Los cuidados a ancianos sobre todo entre los hebreos y en Grecia, eran dispensados por el contexto familiar, por los propios hijos, sirvientes o esclavos.

Los dirigentes de estas civilizaciones pretendían que sus gentes fuesen respetuosos con los ancianos y que cuidaran de ellos cuando por debilidad física o mental, dejaban de valerse por si mismos.

- **Escuela Hipocrática:** la vejez comenzaba después de los 50 años. Era consecuencia del desequilibrio de humores. Se dan normas de higiene

corporal, se dice que la temperatura de los ancianos no suele ser alta y que los hábitos intestinales cambian.

- **Aristóteles:** la vida se pierde poco a poco en la vejez por la pérdida del calor interno, siendo la senescencia un enfriamiento progresivo de la fuerza vital acumulada en el desarrollo. Envejecer para el varón era perder el acceso a los placeres de la vida, el amor, el vino y las mujeres. Aristóteles creía que los ancianos debían ser apartados del poder y decía que la vejez era una bella edad siempre que no hubiese invalidez, mientras que **Platón** abogaba por la gerontocracia, ya que creía que en la vejez se reunían más conocimientos y las personas se acercaban a la verdad.

### **Inicio de la era cristiana**

La decadencia del sistema oligárquico hizo que los privilegios de los viejos, salvaguardados por el Senado, disminuyeran. Se liberaba el oficio de esclavo viejo e inválido, a quien su amo dejaba sin recursos. Varios médicos se preocuparon de las afecciones de la vejez, entre ellos **Galeno**, que postulaba la vejez como pérdida de calor interno y como consecuencia, la deshidratación y alteración de los humores. De esta teoría derivaron los fundamentos de los cuidados aplicados a los viejos, evitar su enfriamiento, la pérdida de líquidos y la alteración de los humores. La práctica de la caridad estableció una continuidad asistencial a los ancianos desvalidos. La **doctrina de Cristo** basada en obras de misericordia dirigidas a todos los necesitados, entre ellos los ancianos.

Los gerontokomios eran hogares para ancianos integrados en establecimientos conocidos como xenodocheion destinados a atender a todo tipo de necesitados.

### **La edad Media**

Retroceso en la evolución social de la humanidad y ello repercutió en la situación de la ancianidad. Difíciles condiciones de vida que no permitían a muchos llegar a viejos. Los viejos estaban excluidos de la vida pública, eran los jóvenes quienes dominaban.

- En el campo, el padre no conservaba la autoridad al envejecer y era suplantado por su hijo mayor.
- Los viejos que no tenían familia eran socorridos por el seños o por el asilo y en las ciudades por la corporación y su cofradía religiosa.
- En la Europa Occidental fueron surgiendo diversos hospitales, como el Hotel Dieu, algunos de los cuales cuidaban ancianos por su propia condición de vida o por ser considerados pobres.
- En España hay referencias de centros destinados a la atención de pobres o ancianos, atendidos exclusivamente por religiosos con la finalidad de atender sus necesidades.

Por otra parte, al mismo tiempo que la práctica de la caridad movía la asistencia a los ancianos, en las postrimerías de la Edad Media resurgió el razonamiento científico médico adormecido desde los escritos de Galeno, que facilitaron el avance de los conocimientos geronto-geriátricos.

### **Renacimiento y Edad Moderna:**

El avance de la burguesía y su incipiente capitalismo hicieron variar el sistema de valores de la sociedad dando importancia a los contratos y escrituras comerciales y no a las armas. Todo ello influyó en la situación de los viejos, quienes por acumulación de riqueza podían realmente ser poderosos.

Dante decía que la principal preocupación de los ancianos debía ser bajar las velas, porque la vejez era un momento de asegurar la salvación.

La visión materialista criticaba a los viejos que se enriquecían y acaparaban poder, dinero y mujeres. La sexualidad del viejo era comentada con cierta repugnancia.

Comenzaron a ser elegidos los Papas ancianos.

En aquella época aparecieron dos comunidades religiosas destacadas por su labor en pro de los ancianos: las Hijas de la Caridad y los Hermanos de San Juan.

### **La revolución industrial:** **(Siglos XVIII y XIX)**

\* En estos siglos aumentó la población mundial gracias a factores como la mejora de la higiene, la medicina y la alimentación.

Se puede hablar de dos clases de ancianos según la clase social de procedencia.

- En la burguesía se creó una ideología que mejoraba el concepto de la vejez, los ancianos participaban en la vida pública y en las diversiones de su clase. Los abuelos eran una figura importante para la familia. La acumulación de experiencias y conocimientos era un valor. Didero afirmaba que la vejez era honrada pero no amada.
- En las clases obreras, aunque en menor medida que en la burguesía, también aumentaban y por primera vez la literatura se interesa por los viejos pobres. Se produjo un aumento de mendigos viejos en las calles, con lo que la burguesía respondió con beneficencia.

En el campo, en cuanto a los campesinos acomodados, el padre conservaba un gran poder que podía llegar a ser tiránico. Para los demás, la situación era de mera subsistencia y era frecuente deshacerse de los ancianos.

La mayoría de los asilos eran obra de entidades religiosas o instituciones filantrópicas privadas, de forma caritativa.

Por lo tanto, y como resumen, podemos observar cuatro **grandes tendencias**:

- **Supervivencia:** los cuidados de ancianos se supeditaban a la conservación y supervivencia del grupo.
- **Obligatoriedad moral y cívico:** mediante el vínculo moral se asegura el cuidado del anciano.
- **Caritativo:** la caridad acristiana supone la atención altruista a los necesitados a través del ejercicio de obras de misericordia.

- **Profesional:** la práctica de enfermería empieza a planearse mediante la razón lógica y a aprenderse en las escuelas: profesionalización en los cuidados proporcionados con una determinada metodología, que implica conocimientos y habilidades especiales. Constituye un servicio a la sociedad, al anciano.

## **Tema 3: Envejecimiento**

### **Envejecimiento:**

Es el conjunto de transformaciones y/o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida. Es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Estos cambios son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales.

### **Proceso de envejecimiento:**

Es un proceso universal que afecta a todos los seres vivos. Desde el mismo momento de nacer se inicia el proceso de senescencia que es continuo, según Bourliere, y que presenta una serie de modificaciones orgánicas y funcionales. Éstas, se manifiestan gradualmente a lo largo de la vida y con variaciones en su aparición, según el medio ambiente en el que se desarrolle el individuo y sus condiciones y calidad de vida. Es decir, el envejecimiento es un fenómeno individual, que aunque conocido sorprende cuando se evidencia en uno mismo. Según Langarica Salazar, el envejecimiento es una sucesión de modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas de carácter irreversible que se presentan antes que las modificaciones externas.

*\* La genética y el entorno influyen en el tiempo, manera y consecuencias del envejecimiento.*

*\* No todos los órganos empiezan a la vez.*

*\* Es un proceso continuo e inverso al de la infancia: desde el nacimiento se va construyendo el cuerpo (anabolismo) hasta que llega un proceso catabólico de descenso (vejez).*

### **Precusores:**

- **Platón:** Representa una visión individualista e intimista de la vejez, resalta la idea de que se envejece como se ha vivido y de la importancia de cómo habría que prepararse para la vejez en la juventud.  
Visión positiva de la vejez.
- **Aristóteles:** Etapas del ser humano:
  - o La primera, la infancia
  - o Segunda, la juventud.
  - o Tercera, la adulta, la más prolongada.
  - o Cuarta, la senectud.Considera la vejez como una enfermedad normal.
- **Cicerón:** en su obra Senectute, presenta un panorama positivo de la vejez planteando, a través de ejemplos de personajes históricos griegos y romanos, las realizaciones logradas por personas de edades avanzadas y se recrea en las virtudes que adornan a los mayores.
- **Séneca:** Siguiendo la línea de Aristóteles, piensa que la vejez es una enfermedad incurable y que lleva consigo la decrepitud mental y física.

- **Bacon:** La vida humana se prolongaría en el momento en el que la higiene y otras condiciones sociales y médicas mejorasen.
- **Quetelet:** es el primero que expresa de los principios que rigen el proceso a través del cual es ser humano nace, crece y muere.
- **Stanley May:** Psicólogo que hizo la comprensión de la naturaleza y las funciones de la vejez.
- **Pavlov:** menor conductividad de vías nerviosas.

### **Senescencia:**

Pérdida progresiva de estabilidad de los sistemas biológicos, la cual incrementa la probabilidad de fallo del sistema.

### **Teorías del envejecimiento:**

Aunque la base de ellas es de naturaleza biológica, no se debe de considerar la influencia psicológica en las transformaciones relacionadas con la edad.

- **Teorías fisiológicas:** tratan de explicar el envejecimiento apoyándose en mecanismos fisiológicos.
  - o Teorías del deterioro o desgaste orgánico: deterioro de los sistemas por su utilización a lo largo del tiempo.  
Se basa en que el organismo termina por gastarse, influido por actividades negativas y positivas; *lo positivo y lo negativo dependerán más de cómo se percibe que de su propia naturaleza* (Seyle).
  - o Teoría nerviosa del envejecimiento: Está basada en la falta de regulación del proceso homeostático. Esta teoría explica que, a diferencia de las otras células, las neuronas no se renuevan ni son sustituidas por lo que sufren una lenta y progresiva destrucción.
  - o Teoría inmunológica: el deterioro inmunitario, que se observa una disminución de la capacidad de las células de defensa para producir anticuerpos, provoca la consiguiente disminución de la respuesta inmune de los organismos frente a los agentes externos.
  - o Teoría del estrés: pérdidas en la capacidad de respuesta del organismo, como resultado de la tensión a la que nos vemos sometidos durante la existencia.
- **Teorías bioquímicas y metabólicas:** explican los cambios en las moléculas y en los elementos estructurales de las células, que producen la alteración de sus funciones:

- Teoría de la acumulación de productos de desecho: con el paso del tiempo, se van acumulando varios cuerpos pigmentados, como la lipofucsina, en el interior de las células, especialmente en células que no se dividen como las neuronas o las fibras musculares estriadas, que a la larga afectan a las funciones celulares.
  - Teoría de los radicales libres: (DENMA Harman)  
Los radicales libres están implicados en el envejecimiento. Dietas hipocalóricas con poca producción de radicales libres disminuyen la aparición de determinadas enfermedades y aumentan la longevidad en muchas especies.  
De esta teoría, parte la de los radicales libres mitocondriales.
  - Teoría de las interconexiones o del entrecruzamiento: Relaciona los radicales libres con la formación de uniones cruzadas inter e intramoleculares a nivel del ADN y del colágeno. Éste se precipita con cúmulos de calcio y colesteroína, formándose membranas menos permeables que dificultan el flujo de nutrientes y la eliminación de productos de desecho.
- **Teorías genéticas**: Los fenómenos biológicos relacionados con la edad parecen tener su base en acontecimientos que se producen en el sistema genético.
- \* Expectativa de vida máxima potencial (EVMP): es constante para cada especie, pero muy diferente en relación con las demás, de tal modo que a mayor expectativa de vida, menor velocidad de envejecimiento.
- Teoría de la acumulación de errores: pérdidas de secuencias únicas de ADN que darían lugar al deterioro.
  - Teoría mutacional: Se fundamenta en las alteraciones que sufre el ADN, debidas a la acción de agentes mutágenos de origen químico y físico (radicales libres, radiaciones,...). Al ser el ADN responsable de transportar la información genética necesaria para la formación de proteínas específicas de cada organismo, los agentes mutágenos actúan afectando la información genética, por lo que se forman nuevas células con características distintas a las células originarias.  
Si se vive muchos años, la proporción de estas nuevas células aumenta con respecto a las células originales y esto explica la llamada "muerte por envejecimiento".

## **Tema 4: Demografía**

Demografía: Ciencia que estudia las poblaciones humanas.

La OMS la define como la "ciencia cuyo objetivo es el estudio de las poblaciones humanas: dimensión, estructura, evolución, caracteres generales..."

*Son los cambios que sufren las poblaciones con el paso del tiempo.*

### **Envejecimiento poblacional**

Proceso global de cambios demográficos por aumento de la proporción de personas mayores de 65 años con respecto al número total de habitantes.

### **Indicadores sintéticos**

- Mediana de edad: Dos grupos iguales (jóvenes – viejos)
- Índice de envejecimiento: Relación entre las personas de 0-15 años con los mayores de 65 años.
- Índice de dependencia: Población activa/ población pasiva (0-15 años y >65 años)

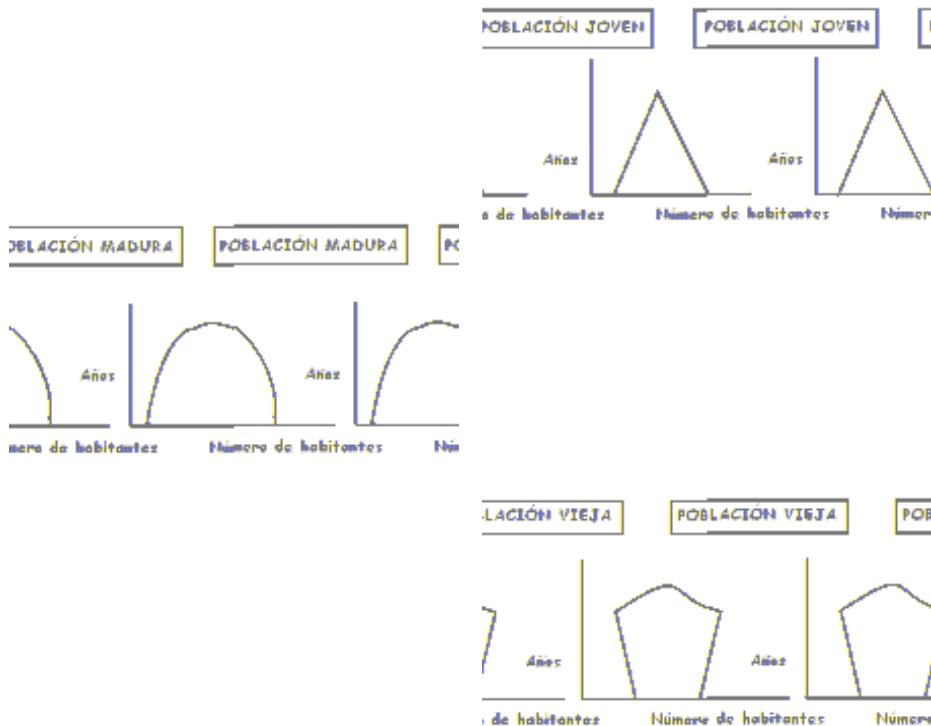
### **Índices de envejecimiento**

- Población joven: índice de envejecimiento inferior al 7%  
*Países jóvenes*
- Población adulta: índice de envejecimiento 7-11%  
*Países en transición*
- Población envejecida: índice de envejecimiento >12%  
*Países envejecidos*

### **Índices estadísticos:**

- Esperanza de vida: Tiempo estimado o esperado para un individuo perteneciente a un grupo determinado en el momento de su nacimiento.  
*Tiempo que se espera que viva un individuo. Nacimiento/media de vida.*
- Duración media de vida: Resultado de la distribución del número de años que le correspondería vivir a un individuo dentro de un grupo de edad determinado, entre todos los componentes de dicho grupo. El mejor indicador de envejecimiento es la población.  
*Promedio de duración de vida de un grupo determinado.*

## Pirámides de población



Con las pirámides de población podemos saber si se trata de una población joven o vieja.

## Coefficientes:

- C. De ancianidad: Proporción de personas de edad avanzada en la población total.
- C. De ancianidad elevada: Proporción de personas muy ancianas >80 años en relación a la población anciana >65 años (“la vejez de la vejez”)
- C. De dependencia: Razón entre población pasiva y activa.
- C. De renovación: Razón entre el número de personas mayores de 65 años y la población infantil < 15 años

## Causas del envejecimiento

- Descenso de la tasa de natalidad.
- Descenso de la tasa de mortalidad (por los avances tecnológicos)
- Avances tecnológicos (Penicilina, trasplantes, prótesis...)
- Movimientos migratorios:
  - o La llegada de inmigrantes rejuvenece la población porque llega gente joven y tienen más hijos (flujo positivo).
  - o En el lugar de origen, la población envejece.

- La segunda generación de inmigrantes compensa la natalidad pero cuando el inmigrante está aposentado se trae a los padres (vuelve a envejecer la población)
- Factores ambientales.
- Aumento de la duración de la vejez.
- Aumento de la esperanza de vida

*Se produce por la relación entre todos los factores. Aislados no producirían el envejecimiento de la población.*

### **Consecuencias del envejecimiento**

- Existencia de familias multigeneracionales
- Una proporción de ancianos sin hijos
- En zonas rurales y urbanas van apareciendo sectores y barriadas de personas de edad
- Déficit de estructuras socioeconómicas: El aumento de población pasiva con respecto la población activa no permite distribuir equitativamente los recursos sociales de los diversos países entre la propia población que deberá consumirlos.
- Aumento de la demandad de servicios sanitarios: Incremento enfermedades degenerativas y estados de invalidez.
- Aumento de la demanda de formas de vida dependientes

## **Tema 5: El anciano sano: cambios**

### **GENERALIDADES:**

#### **Anciano sano:**

Generalmente mayor de 65 años. Es la persona con alteraciones funcionales, al límite entre lo normal y lo patológico. Mantiene equilibrio inestable, con adaptación de los trabajos funcionalmente a sus posibilidades de rendimiento (Pietro de Incola).

#### **Anciano independiente:**

Es aquél que es capaz de solucionar las dificultades que se le presentan en las actividades de la vida diaria, utilizando los recursos que tiene a su alcance para satisfacer sus necesidades.

#### **Anciano dependiente:**

Aquél que **no** es capaz de solucionar las dificultades que se le presentan en las AVD.

#### **Anciano frágil:**

Persona mayor de 75 años que sufre una o más enfermedades con riesgo de incapacidad, vive en su domicilio y sigue tratamiento farmacológico y necesita atención profesional domiciliaria, o que en los últimos meses ha tenido un cambio de domicilio o ha estado ingresado.

Con recursos socioeconómicos limitados.

#### **Anciano geriátrico:**

Persona mayor de 75 años que sufre una o más enfermedades que tienden a la incapacidad o invalidez y cuya evolución está condicionada por factores psíquicos y/o sociales.

El anciano geriátrico además de cumplir los requisitos de fragilidad, sugre problemas mentales y/o sociales y requiere institucionalización.

### **Cambios del envejecimiento fisiológico:**

La influencia que el paso del tiempo tiene sobre el ser humano nos lleva a plantear y analizar los cambios que se producen a lo largo del proceso de envejecimiento desde tres perspectivas:

- **Cambios biológicos:** cambios en la estructura anatomofisiológica del organismo. (*ser viejo*)
- **Cambios psíquicos:** Incluyen cambios del comportamiento, la autopercepción y las reacciones frente al fenómeno de envejecer, los problemas de la relación con los demás y los conflictos, creencias y valores del propio individuo y de su visión de la vida y de la muerte. (*sentirse viejo*)

- **Cambios sociales:** Se estudia la dimensión del rol del anciano en la sociedad desde la concepción individual hasta el papel del grupo de ancianos en la propia comunidad (*ser considerado viejo*)

## **Tema 6: cambios físicos en el anciano sano**

### **Cambios biológicos, modificaciones a nivel celular:**

- Disminución del peso y volumen de órganos y tejidos.
- Retraso en la división, diferenciación y crecimiento celular.
- Disminución gradual del número total de células.
- Pérdida de agua intracelular y disminución de la elasticidad.
- Aumento del tejido adiposo, disminución del tejido muscular.

### **Modificaciones del aspecto externo:**

#### **Piel:**

- Pérdida de elasticidad e hidratación.
- Aparición de arrugas.
- Atrofia de las glándulas sudoríparas y sebáceas.
- Menor vascularización, con lo cual más tiempo de cicatrización
- Palidez y aumento de manchas cutáneas, lentigo, en manos y cara.

#### **Cabello:**

- Disminución de la velocidad de crecimiento.
- Falta de coloración, canas.
- Aumento del vello facial, en la cara en mujeres y orejas en hombres.
- Disminución del vello púbico.

#### **Uñas:**

- Crecimiento más lento.
- Fragilidad y dureza, especialmente en los pies.
- Estrías longitudinales.

### **Modificaciones músculo-esqueléticas:**

#### **Envejecimiento óseo:**

- Disminución y desmineralización ósea: osteoporosis
  - o 25 % en la mujer (por la disminución de estrógenos en la menopausia, principalmente).
  - o 12% de los hombres

#### **Causas:**

- o Falta de movimiento
  - o Deficiente absorción e ingesta de calcio
  - o Pérdida excesiva de calcio
  - o Trastornos endocrinos.
- Disminución de la talla corporal debido a la pérdida de agua de los fibrocartílagos intervertebrales y meniscos.
    - o A partir de los 40 años, unos 1-2 cm por década.
  - Cifosis dorsal.
    - o Flexionan las rodillas y las caderas para compensar esta cifosis.
    - o Apariencia de alargamiento de las extremidades superiores.

- Reducción de la distancia occisito-humeral:
  - o Tendencia a inclinar la cabeza hacia delante.
- Modificación del eje mecánico del miembro inferior.
- Desplazamiento del triángulo de sustentación corporal.
- Alteración del equilibrio corporal, alineación y marcha.

#### **Envejecimiento muscular:**

- Pérdida gradual de fuerza.
- Disminución de la masa muscular.
- Redistribución de la grasa total del organismo.
- Tensión muscular disminuida.

#### **Envejecimiento articular:**

- Deterioro de las superficies articulares.
- Disminución de la estatura: 1cm/10 años al disminuir la columna vertebral.
- Cambios en la curvatura de la columna: cifosis torácica
  - o Aumenta el diámetro anteroposterior
  - o Disminuye el diámetro transversal
- Deshidratación del tejido cartilaginoso
- Cambios en los planos corporales: inclinación
  - o Plano sagital hacia abajo
  - o Plano frontal hacia delante
  - o Plano transversal hacia delante
- Crecimiento óseo irregular en los bordes de las articulaciones.
- Desplazamiento del centro de gravedad del ombligo a la sínfisis púbica.
  - o Flexión de caderas y rodillas.
  - o Inclinación de la cabeza.
- Modificación del triángulo de sustentación; hacia el arco interno del pie.

#### **Modificaciones del sistema cardiocirculatorio:**

##### **Envejecimiento del corazón y de los vasos:**

##### Estructura anatómica

- Disminución del peso y el volumen del corazón
- Reducción elasticidad de los vasos
- Aumento depósitos en las paredes vasculares
- Aumento calibre de la aorta

- Aparición de rigidez valvular (por el engrosamiento y la pérdida de elasticidad)
  - o Esclerosis de vasos medianos y pequeños y reducción red capilar.
  - o Atrofia y esclerosis con disminución peso y volumen.

#### Capacidad funcional

- Insuficiencia fuelle aórtico
- Aumento resistencias periféricas (por la esclerosis de los vasos y la disminución de la red capilar, que provoca disminución y variaciones de la frecuencia cardiaca).
- Disminución tensión venosa y la velocidad.
- Reducción gasto cardíaco (menos riego sanguíneo a los órganos y tejidos).
- Aumento tiempo de recuperación tras esfuerzo.

#### **Envejecimiento pulmonar:**

##### Estructura anatómica

- Disminución peso y volumen
- Reducción número alvéolos.
- Dilatación bronquiólos y conductos alveolares.
- Disminución distensibilidad pared torácica:
  - o Debido al incremento del diámetro del tórax, de la cifosis, de la limitación de movimiento costal y la dificultad de contracción de músculos inspiratorios.

##### Capacidad funcional

- Alteración parénquima pulmonar con reducción de intercambios gaseosos.
- Disminución de la función respiratoria.
- Reducción de actividad ciliar.
- Disminución reflejo tusígeno.
- Disminución del oxígeno a nivel tisular.
- Disminución de la difusión alveolocapilar.
- Se reduce la eficacia de la tos, dificultando la expulsión de secreciones y dejando al anciano vulnerable a infecciones respiratorias.

#### **Cambios composición sangre**

- Alteración hematíes.
- Reducción de tasa de hemoglobina.
- Disminución respuesta leucocitaria frente a infecciones.

#### **Modificaciones del aparato digestivo:**

##### Estructura anatómica:

- Pérdida de piezas dentarias
- Deshidratación de las encías
- Reducción de la secreción de saliva
- Atrofia de la mucosa gástrica

- Reducción del tono muscular en la pared abdominal.
- Aparición de varicosidades
- Disminución del tamaño del hígado.
- Atrofia del intestino grueso.

Capa funcional:

- Dificultades en la masticación (prótesis).
- Dificultad en la dilución de los alimentos
- Disminución de la producción de ácido clorhídrico
- Disminución de la motilidad.
- Lentitud del espacio vesicular
- Hipoperistaltismo

**Modificaciones del sistema genitourinario:**

**Sistema urinario**

Estructura anatómica:

- Disminución peso y volumen del riñón y pérdida de capacidad de concentración de orina.
- Reducción número de neuronas.
- Esclerosis de los glomérulos.
- Dilatación de los túbulos.
- Aumento del tejido intersticial.
- Reducción tono muscular de la vejiga
  - o No se vacía totalmente: aumento probabilidad de infección.

Capacidad funcional:

- Disminución filtrado glomerular.
- Disminución flujo hemático y plasmático.
- Aumento resistencia vascular.

**Órganos genitales:**

- Mujer:

- o Disminución del vello púbico.
- o Atrofia de la mucosa vaginal.
- o Disminución del tamaño de la vulva, labios menores y clítoris.
- o Acortamiento de la vagina.
- o Disminución de la secreción hormonal.

- Hombre:

- o Disminución del vello púbico.
- o Distensión de la bolsa escrotal.
- o Disminución del tamaño de los testículos.
- o Aumento del tamaño de próstata.

## **Modificaciones del sistema nervioso y sentidos:**

### **Sistema nervioso:**

- Disminución del tamaño y peso del cerebro
- Pérdida de la función neuronal
- Enlentecimiento generalizado del movimiento
- Aparición de un ligero temblor senil
- Alteraciones en las características del sueño.
- Disminución de la sensibilidad.

### **Tendencia a atrofia:**

- Disminución del peso y volumen en los órganos.
- Disminución del contenido hídrico
- Aumento del tejido conectivo
- Reducción de la vascularización capilar.

### **Órganos de los sentidos:**

- Gusto y olfato:
  - Disminución del rojo de los labios.
  - Disminución del número de papilas gustativas.
  - Adelgazamiento de las membranas mucosas.
  - Atrofia de la lengua.
  - Fragilidad dental y sequedad en las encías.
  - Deterioro de la raíz del diente.
  - Degeneración del nervio olfativo.
  - Aumento del tamaño de la nariz.
  - Proliferación de pelos rígidos en fosas nasales.
- Vista:
  - Disminución de la agudeza visual
  - Arco senil: depósito de lípidos que forma un círculo blanco a nivel del borde externo del iris.
  - Atrofia de la musculatura palpebral
  - Pérdida de la elasticidad cutánea
  - Palidez de las conjuntivas
  - Agrandamiento del cristalino
  - Disminución de la secreción lacrimal
- Oído:
  - Pérdida de la agudeza auditiva
  - Degeneración del nervio auditivo
  - Aumento del tamaño del pabellón de la oreja
  - Engrosamiento de la membrana timpánica
  - Proliferación de pelos
  - Depósito de cera.

## **Tema 7: cambios psíquicos en el anciano sano**

### **Inteligencia:**

No parece ser un factor que se modifique con la edad. La inteligencia afluida guarda relación con el aprendizaje y precisa de una base neurofisiológica. La creatividad y el comportamiento innovador permiten al individuo la resolución de problemas nuevos.

**Inteligencia cristalizada:** la relacionamos con el aprendizaje y la reflexión. Vinculada a aspectos culturales, educacionales y de experimentación. Estará aumentada.

**Inteligencia fluida:** depende de la capacidad de adaptarse rápida y eficazmente a situaciones nuevas. Estará disminuida.

### **Memoria:**

**Memoria reciente:** sufren una pérdida, que parece ser el signo característico de los cambios psíquicos, durante el envejecimiento.

A la persona le resulta difícil evocar sucesos recientes y sufre además pequeños olvidos. Se producen cambios neurológicos y circulatorios que afectan a la función cerebral, la oxigenación y la nutrición celular, a la motivación, el interés por el entorno, los sentimientos de impotencia, los estados depresivos, el desacuerdo con la situación de vida actual, vivencias de duelos, ...

No se conocen cuales son sus causas.

**Memoria a largo plazo o remota:** Está bien conservada. Los ancianos recuerdan situaciones y hechos antiguos, pero también acontecimientos nuevos almacenados en su memoria remota.

Son capaces de evocar con detalle hechos que tuvieron lugar en otra época; época que por otro lado, seguramente significaba en su historia de vida.

La memoria remota permite recordar y conservar el vocabulario, las experiencias, los recuerdos y mucha más información útil sobre el mundo que les rodea y sobre si mismos.

Memoria visual: se conserva intacta durante más tiempo.

**Memoria auditiva:** relaciones témporo-espaciales.

### **Resolución de problemas y creatividad:**

Suele disminuir la capacidad de respuesta, sin embargo sus soluciones suelen ser mucho más tácticas y valiosas cuando ponen en práctica sus experiencias de vida y su sabiduría.

**Creatividad:** No hay límites de edad. Pueden descubrir un potencial creativo a través de nuevas experiencias o nuevas actividades.

**Motivación:**

Procurar que las actividades que desarrollen les hagan ser útiles y participantes en la sociedad.

**Personalidad:**

Se remarca con la edad.

**Personalidad madura:** es la personalidad que se mantiene estable si no aparece ningún problema o enfermedad.

## **Tema 8: Cambios sociales en el anciano sano**

Los cambios sociales que se producen se refieren principalmente al cambio de rol del anciano en el ámbito individual y de la propia comunidad.

El desarrollo del papel del anciano va ligado a la capacidad de adaptación y aceptación del proceso de envejecimiento, el ser consciente de las limitaciones.

### **Cambio de rol individual:**

Los cambios en su dinámica se plantean desde tres dimensiones: como individuo único (capaz de decidir, con opiniones, creencias y valores...), como individuo integrante de un grupo familiar y como persona receptora y dadora de afecto, que debe ser capaz de afrontar las pérdidas.

### **El anciano como individuo único**

Se hace patente la conciencia de que la muerte está más cerca. La concepción de la vida y la muerte adquiere un nuevo sentido. Este sentido está condicionado por factores como creencias religiosas, cultura, factores educacionales, las propias experiencias y el estado físico.

La muerte es vivida por los ancianos de diferentes maneras:

- Como liberación (final de una vida de lucha y preocupaciones)
- Como una alternativa mejor aceptada que el deterioro o la enfermedad
- Puede producir una situación de rechazo.

### **El anciano como integrante del grupo familiar**

Las relaciones entre el anciano, sus hijos y nietos pasan por dos etapas diferentes:

- La primera cuando el anciano es independiente y no tiene problemas de salud, se dedica a ayudar a los hijos y realiza tareas domésticas y cuidado de los nietos.
- La segunda en el momento en que aparecen problemas de salud y dependencia donde el anciano pasa de proporcionar ayuda a recibirla y de cuidar a ser cuidado.

### **El anciano como persona capaz de afrontar las pérdidas**

Etapla caracterizada por las pérdidas (facultades físicas o psíquicas, afectivas y económicas).

De estas vivencias, la consecuencia que ocasiona más problemas es la soledad. Los viudos y viudas deben adaptarse a la nueva situación y puede acarrear ciertos cambios: alejamiento de amigos, cambio de residencia, nuevas responsabilidades...

### **Cambio de rol en la comunidad**

La sociedad en general valora sólo a las personas activas, sin embargo, debemos considerar que los miembros no activos tienen más posibilidades de aportar conocimientos y realizar tareas de ayuda comunitaria.

**Rol laboral:** Gran cambio a partir del momento de la jubilación.

- **Jubilación:** Situación de una persona que tiene derecho a una remuneración o pensión, después de haber cesado total o parcialmente en su profesión u oficio.

**Rol social:** Los cambios sociales producen en el anciano la sensación de no pertenencia al grupo escogido, al mismo tiempo que el joven no es capaz de integrarlo en este grupo social, las costumbres, estilo de vida y concepción de la propia vida separan las generaciones.

Como consecuencia, proliferan los grupos paralelos formados por ancianos únicamente lo que causa mayor distanciamiento intergeneracional.

### La jubilación

La jubilación representa el cese obligatorio de la actividad laboral y la percepción económica de una pensión.

Constituye cambios importantes cuyas consecuencias pueden ser desfavorables para la salud física, psíquica y mental, modificando situaciones personales y familiares.

### **Ley de la jubilación**

La jubilación esta regida por la Ley 35/2002, de 12 de julio, de medidas para el establecimiento de un sistema de jubilación gradual y flexible.

La finalidad de esta ley es la mejora y el desarrollo del sistema de protección social para establecer un conjunto de medidas en relación a la flexibilidad de la edad de jubilación para dotarla con caracteres de gradualidad y progresividad.

Esta ley hace una clasificación de los tipos de pensión:

- **Pensiones contributivas:** Son prestaciones económicas y con duración indefinida, con una relación previa con la Seguridad Social y el cumplimiento de unos requisitos. La parte que recibe la persona jubilada esta determinada en función de las aportaciones del trabajador y el empresario.
- **Pensiones no contributivas:** Son los ingresos económicos mensuales que el Estado garantiza a las personas que no tienen los recursos suficientes para su subsistencia y no pueden acogerse por falta de cotización de la Seguridad Social a las pensiones contributivas.
  - o Son las pensiones de jubilación (65 años o más) y de invalidez (18 –64 años)

### **Consecuencias negativas de la jubilación**

Estrés, depresión, sentimiento de pérdida de valor personal, problemas económicos, disminución de relaciones sociales, aburrimiento, disminución autonomía, disminución del control sobre unos mismo y sobre el ambiente, soledad, aislamiento, baja autoestima, problemas de salud y dificultad para encontrar actividades gratificantes.

### **Consecuencias positivas de la jubilación**

Realización de actividades recreativas, culturales y de ocio, más libertad, más tiempo, oportunidad de relación más frecuente con la pareja, tranquilidad y descanso.

### **Preparación para la jubilación**

A través de los programas de preparación a la jubilación se intenta realizar una transición de objetivos vitales, del trabajo a otros que llenen de sentido la vida por lo que los objetivos de los programas es enseñar a la persona los conocimientos útiles para una nueva etapa vital, pretender alcanzar un aprendizaje de hábitos y alicientes nuevos, ya que esta etapa se considera de formación permanente y establece un proceso educacional.

Los contenidos de estos programas son:

- Ingresos, finanzas y pensiones
  - o Cómo proyectar el futuro financiero
  
- Salud
  - o Conocimiento de alteraciones y/o problemas de ésta que se puedan presentar con la edad.
  
- Dimensión educativa, cultural y del ocio, relaciones sociales y actividades
  - o Cómo ocupar el tiempo libre.
  
- Profesionales implicados en los programas:
  - o Pedagogo social
  - o Médicos
  - o Dietistas
  - o Abogados
  - o Economistas

## **Tema 9: El paciente geriátrico**

\* La edad no condiciona al paciente geriátrico porque si alguien sufre una patología o un envejecimiento patológico también puede ser considerado paciente de geriatría (antes de los 65 años).

El envejecimiento se convierte en patológico cuando las desviaciones del estado fisiológico son de tal naturaleza que alteran los límites de normalidad e impiden o dificultan la adaptación.

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

- **Pluripatología:** en los ancianos, la aparición de una enfermedad predispone o facilita la aparición de otras.
- **Peculiaridad sintomática:**
  - o Frustrada o incompleta: no se cumplen todos los síntomas típicos de una enfermedad.
  - o Tendencia a la invalidez.
  - o Atípica: enfermedad que cursa con síntomas no característicos a ésta.
  - o Banalizada: los ancianos no le dan importancia porque todo lo achacan a la vejez. Se describen de forma ambigua.
  - o Silente: muchas no muestran sintomatología y se descubren en exploración rutinaria.  
Ejemplo: las infecciones de orina.
- **Tendencia a la incapacidad:** limitaciones orgánicas y funcionales que impiden realizar ciertas actividades.

### **Características de la enfermedad en el anciano:**

- Las enfermedades suelen ser más crónicas y degenerativas con procesos agudos de las enfermedades crónicas (tienden a la incapacidad y la invalidez).
- Se caracterizan por una pluripatología ya que la presencia de una enfermedad predispone o favorece la aparición de otras. Esto conlleva al tratamiento plurifarmacológico, ya que dependerá de muchos fármacos para mejorar estas patologías que padece.
- El anciano mantiene un equilibrio, pero cuando éste se rompe, aparece el llamado efecto dominó: uno se rompe el fémur, ingresa, presenta un cuadro confusional\*, se hace pipí en el pañal, aparecen úlceras por presión, deshidratación, ... y tarda más en recuperarse por el enlentecimiento y el deterioro del organismo.
- En las enfermedades y su evolución, los ancianos están condicionados por aspectos físicos y sociales que mueven a la persona.
  - o Cuando una persona no puede cuidar al anciano necesita ayuda de recursos sociales (ayuda al domicilio o residencia).
  - o Cuando los ancianos le surgen problemas no se sienten tan seguros y les afecta para afrontar la situación y aquí se debe

plantear si viven solos o se los llevan a casa, ponen un cuidador, ayuda en el domicilio o residencia.

\*Diferenciar entre:

- Cuadro de demencia: aparece de forma paulatina y es irreversible
- Cuadro de confusión: aparece de forma brusca y es reversible.

**Síntomas habituales en geriatría:**

- **Dolor:**

Hay una percepción alterada por una disminución de la sensibilidad. Es más típico el dolor crónico que el agudo. El umbral del dolor es menor que en los jóvenes.

- o Migraña: es importante porque cuando se quejan puede aparecer un ataque isquémico. Al no ser por la cefalea, tomar TA rápidamente.
- o Dolor torácico: por enfermedad inflamatoria del músculo esquelético, enfermedades degenerativas o por colecistitis o pancreatitis aguda.
- o Dolor abdominal: puede estar ausente o solapado. Por lo tanto, especial importancia: obstrucción intestinal seguida de colecistitis o por afectación cardíaca.
- o Disuria (emisión dolorosa de orina): observar si hay gases o quejidos al miccionar porque ellos no lo van a decir.
- o Dolor desproporcionado: confusión mental o por llamar la atención. Indica el estado psicológico del paciente, nunca debe estar desatendido. En las zonas con disminución de aporte sanguíneo, el dolor está disminuido.
- o Mayor dolor crónico y menor dolor agudo.

- **Temperatura:**

El mecanismo termorregulador (en el hipotálamo) está alterado. Su temperatura interna es más baja de lo normal (menos de 37°C).

- o La elevación de la temperatura muestra: infección, toxicidad o sudoración. Hay que estar atentos cuando eleven la temperatura ya que es poco frecuente.

- **Poliuria, disuria, polaquiuria:**

- o Indica infección urinaria.
- o Relacionado con la medicación.

- **Dispepsias:**

Disminución de la secreción salival, disminución del estómago, disminución de encimas y HCl, cosas que dificultan la digestión.

- o Acidez, aerofagia, eructos.

- **Diarrea y estreñimiento:**

- Pocas heces, poca consistencia por cambios nutricionales y alimenticios.
  - La diarrea se da por la tensión de la pared abdominal.
  - Aparición de falsas diarreas o fecaloma: extraer realizando un tacto real, con la mano, y al final poner enema para terminar y limpiar.
- **Incontinencia de esfínteres**
- **Debilidad general:**  
Se atribuye a la vejez pero se ha de mirar si hay alguna causa subyacente (anemia, deshidratación, infección, ...)
- Fatiga
  - Efectos secundarios a fármacos.
- **Disnea:** Más frecuente con mínimos esfuerzos
- **Edema en las piernas:** Por problemas de circulación
- **Disminución agudeza sensorial:** Oído, vista y piel sensible a cambios.
- **Prurito:**
- Insuficiencia renal o hepática, medicamentos, mal cuidado de la piel...
- **Temblores:**
- Parkinson: Se nota en reposo y calma con las acciones
  - No parkinsoniano: En reposo no se nota, tiembla con las acciones.
  - Hay que distinguir entre el temblor senil y el de parkinson.
- **Trastornos del sueño:** Fase REM alterada + tranquilizantes
- Insomnio tardío
  - Hipersomnia ( $\uparrow$ CO<sub>2</sub>)
  - Somnolencia diurna
- **Trastornos mentales:** Fiebre alta, golpe de calor...
- Confusión
  - Desorientación

### **Principales manifestaciones de dependencia:**

#### **Grandes síndromes geriátricos**

La inmovilidad, incontinencia urinaria/fecal, confusión y aislamiento están relacionados, pero también pueden aparecer de forma aislada:

- Una persona inmóvil acaba sienta aislada.

- Una persona con incontinencia se acaba aislando porque le da vergüenza.
- Una persona aislada puede desarrollar confusión.

### **Inmovilidad:**

Aquella situación en la que aparece una restricción voluntaria de los movimientos y de la capacidad de actuación del individuo anciano.

#### Causas físicas: Problemas que afectan la movilidad

- Inmovilidad prolongada (involuntaria)
- Patología cardiorrespiratoria
  - o Dineia (IC izquierda): Limitan el movimiento porque sino aumenta la dineia.
  - o EPOC
  - o Se aconseja que realicen las diferentes actividades diarias poco a poco y parcialmente.
- Hipotensión ortostática: Bajadas de TA y mareos en levantarse.
- Patología renal/patología hepática: En muchos casos, las personas mayores sufren un aumento del líquidos que los hace aumentar el peso habiendo distensión abdominal y produce disnea.
- Patología musculoesquelética: Dolor. Restricción del movimiento voluntario.

#### Causas psicológicas: Problemas que afectan la motivación.

- La intolerancia a la actividad puede ser intolerancia psicológica a ciertas actividades:
- Los desórdenes psicoemocionales: Depresión, ansiedad, miedo, pérdida y duelo, desvalorización personal, aislamiento...

#### Consecuencias:

- En la **frecuencia respiratoria**: el anciano que no se mueve presenta una disminución en los requerimientos de oxígeno y tiende a respirar de forma más lenta y superficial. La capacidad ventilatoria disminuye por lo que hay un aumento de gases residuales.
- Pueden acumularse secreciones y favorecer el medio para el crecimiento bacteriano.
- Puede producirse acidosis metabólica.
  
- En la **función motriz**: pérdida del tono muscular, unida a la posibilidad de aparición de contracturas y de dolor, alterando o lesionando el tejido muscular.
  
- En la **función cardiovascular**: pueden aparecer trombos.
  
- En la **función gastrointestinal y metabólica**: alteraciones nutricionales, deshidratación por la inadecuada ingesta de agua o líquidos.
  
- En la **función urinaria**: alteración del vaciado vesical.

- En la **piel**: úlceras por presión.

Diagnósticos de enfermería:

- **Respirar**
  - *Función respiratoria ineficaz r/c inmovilidad (disminución capacidad de ventilación)*
  - *Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c acúmulo de secreciones.*
- **Comer y beber**
  - *Déficit nutricional*
- **Eliminar**
  - *Incontinencia urinaria funcional r/c dificultad de acceso al baño*
  - *Estreñimiento r/c falta de ejercicio*
- **Dormir y reposo**
  - *Alteración del patrón de sueño r/c falta de ejercicio*
- **Vestirse**
  - *Incapacidad parcial para vestirse r/c dolor del movimiento.*
- **Temperatura**
  - *Hipertermia/hipotermia*
- **Higiene**
  - *Déficit de autocura parcial*
  - *Alteración de integridad cutánea (Úlceras por presión)*
- **Movimiento**
  - *Úlceras*
  - *Atrofia muscular por inmovilidad (hay que hacer movimientos pasivos)*
  - *Rigidez /anquilosamiento de la estructura musculoesquelética.*
- **Evitar peligros**
  - *Alteración de la imagen corporal r/c pérdida reciente de una función secundaria a AVC.*
- **Comunicarse**
  - *Aislamiento social r/ handicap físico o psíquico*
- **Vivir según creencias y valores**
  - *Sufrimiento espiritual*
- **Ocuparse y sentirse realizado**
  - *Sentimiento de impotencia r/c incapacidad para cumplir las actividades de vida cotidiana.*
- **Recrearse**
  - *Déficit de actividades recreativas r/c inmovilidad.*

**Incontinencia URINARIA:**

Pérdida involuntaria de orina, producida en un momento y en un lugar no adecuados y que provoca que la persona sufra un problema social, higiénico y psíquico, así como una importante limitación de su actividad laboral, educativa, familiar e individual.

\* El 90% de las incontinencias se pueden remitir.

Tipos y causas de la incontinencia:

– **Incontinencia de estrés:**

Se caracteriza por un aumento brusco y momentáneo de la presión intraabdominal que provoca el goteo de pequeñas cantidades de orina (reír, toser, estornudar, con la actividad física...). Se recomiendan los ejercicios de Kegel o de suelo pélvico.

Frecuente en mujeres (relajación del esfínter tras el parto y la menopausia).

– **Incontinencia de urgencia:**

Deseo intenso de orinar con la incapacidad de retrasar el vaciado. Al no disponer del suficiente tiempo para ir al baño, desde que aparece la urgencia de orina, se producen goteos de orina. Se recomienda reeducación vesical.

– **Incontinencia por rebosamiento:**

De origen neurológico. La plenitud vesical está deteriorando y el paciente no siente deseo de orinar, por lo que se produce la liberación de pequeñas cantidades de orina por rebosamiento, independientemente de cualquier presión abdominal.

Indicado pañal o sondaje vesical.

– **Incontinencia funcional:**

Incapacidad física o falta de ganas para acudir al cuarto de baño a tiempo. Es la incontinencia más frecuente en los ancianos. Se recomienda la reeducación vesical.

– **Incontinencia total:**

Falta de control sobre la micción por lesiones nerviosas. Se utiliza pañal.

– **Incontinencia mixta:**

De orina y heces. Los ancianos dementes suelen tener incontinencia total y mixta por lo que tendrán que llevar pañales. Hay que tener precaución, ya que el uso de pañales aumenta el riesgo de infección urinaria y la aparición de úlceras por presión.

**\* Ejercicios de Kegel:**

Para fortalecer la musculatura pélvica. Es un trabajo de contracción y relajación de la musculatura del suelo pélvico constante.

Pauta:

- 3 o 4 veces al día: 20 contracciones de pie o sentado.
- De pie: con los pies hacia arriba.
- Sentado: tirado un poco hacia delante.

Los primeros días sin aguantar mucho tiempo la contracción, pero a medida que la musculatura coge fuerza, aguantar 10 segundos aproximadamente.

**\* Reeducación vesical:**

Saber cada cuanto hay escape de la micción en un periodo de 2 o 3 semanas y hacer un promedio.

El objetivo es adelantarse a este escape. Llevas al paciente al baño antes de la sensación de micción y reeducas la vagina a orinar cada cierto tiempo. Este tiempo está controlado.

Cuando se hace reeducación vesical se hacen **pautas de hidratación**. Damos agua para llenar la bufeta y se calcula la hora en que realiza la micción. Al cabo de 2 horas damos agua en una cantidad controlada y calculamos a qué hora va a miccionar, marcando nosotros el ritmo.

Además de las pautas de hidratación, ponemos limón al agua para acidificar la orina, porque la orina de los ancianos es más básica y hay más riesgo de infección.

- Por un litro de agua, un limón exprimido.

### **Incontinencia FECAL:**

Incapacidad para controlar la salida de gas y heces por el ano.

El individuo experimenta un cambio en los hábitos normales de eliminación caracterizado por la evacuación involuntaria de las heces.

Tipos:

- **Incontinencia por rebosamiento:**
- Es producido porque existen falsas diarreas por un fecaloma. Si es así, tenemos que extraerlo manualmente a través de un tacto rectal hasta deshacerlo todo y como último poner enema de limpieza, para terminar de limpiar.
- **Incontinencia por función anorectal alterada**
- **Incontinencia por sobrecarga de esfínteres**
- **Incontinencia neurógena:**
  - Por un tumor, diabetes, ...
- **Incontinencia funcional:**
  - En demencias

Repercusiones:

- Micciones más frecuentes
- Retención de orina por presión abdominal
- Retención de orina por heces

### **Confusión:**

Síndrome mental generalizado, casi siempre de comienzo agudo, caracterizado por la disolución más o menos completa de la conciencia, lentitud de las percepciones y en procesos de orientación.

Es la expresión de un estado tóxico o infeccioso que cursa como una insuficiencia mental cuantitativa aguda o subaguda, preferentemente capaz de regresión.

El síndrome confusional agudo se recupera, a diferencia del cuadro confusional producido por la demencia, que no se recupera.

### **Causas**

- Deshidratación
- Cambios de ambiente

- Déficit de oxígeno
- Aumento de urea
- Descompensación diabética
- Intoxicación medicamentosa o alcoholica
- Infección urinaria
- Bronquitis
- AVC
- Alteraciones afectivas
- Disminución percepción de estímulos sensoriales
- 

Repercusiones:

- Lenguaje y expresión, que pueden ser confusos.
- Desorientación
- Alteración de la conducta

**Insomnio:**

El anciano cuando duerme no llega al sueño profundo, es por esto que duermen menos, se sienten cansados y por eso van echando cabezadas durante el día.

El anciano se duerme rápida pero al poco rato se despierta y luego le cuesta volver a dormirse. Esto puede producirle estados de ansiedad, pudiendo provocar al anciano inquietud, nerviosismo, irritabilidad, ..., que pueden provocar situaciones de riesgo para él o la gente que le rodea.

También hay dificultades de adaptación a situaciones de pérdida por la falta de descanso y el sueño que padece.

**Aislamiento:**

Estado o situación de desvinculación, de soledad.

Es el inicio subjetivo, voluntario, que está producido por situaciones de pérdida que suelen caracterizar esta etapa de la vida y de forma paulatina convierten al anciano en un individuo socialmente dependiente.

Existen dos desvinculaciones:

- Desvinculación social: disminuye el número y duración de las relaciones sociales.
- Desvinculación afectiva: disminuyen los compromisos emocionales.

Causas:

- Cambios físicos y pérdidas funcionales: pérdidas auditivas, visión, artrosis...
- Proceso de enfermedad: enf. Degenerativas, mutilantes, confusión...
- Cambios de estructura social: rol laboral o social, modo de vida...
- Conductas basadas en sentimiento de inutilidad y muerte inminente

Repercusiones:

- Dificultan el funcionamiento autónomo del anciano.
- Pérdidas del rol laboral y del rol social.

- Fuente de desvaloración personal.

## **Tema 10: Valoración geriátrica integral:**

### Introducción

La valoración geriátrica integral es la evaluación multidisciplinar en la cual se detectan, describen y se aclaran los múltiples problemas del anciano, se registran los recursos y posibilidades del individuo y se asesora sobre las necesidades de servicios y se lleva a cabo un plan de cuidados.

Los profesionales realizan la valoración de la situación del anciano, establecen unos objetivos y unas estrategias adecuadas para la consecución de la situación en la que se encuentra.

### Valoración física

Se pretende evaluar la capacidad funcional del anciano para relacionarse y adaptarse a los elementos del entorno y desarrollar las actividades diarias.

Esta valoración tiene como objetivo calificar y cuantificar la capacidad de la autocura.

Las escalas que se usan son:

- **Escala de Katz:** Mide el grado de independencia para el desarrollo de las actividades diarias. Con la puntuación obtenida se indica qué actividad no puede realizar y en cuál necesita ayuda.
- **Escala de incapacidad física de Cruz Roja:** Clasifica al paciente desde independiente (CRF=0) hasta dependiente total (CRF=5) evaluando la movilidad, control de esfínteres y capacidad de autocura.
- **Escala de Barthel:** valora lo físico y las actividades de la vida diaria para saber el nivel de dependencia que tiene al realizar estas actividades. Los valores que se asignan a cada actividad dependen del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo

### Valoración psíquica

Se pretende valorar el funcionamiento cognitivo del estado afectivo de los ancianos. Su objetivo es detectar, ayudar al diagnóstico y cuantificar su influencia en relación al estado funcional.

Se utilizan las siguientes escalas:

- **Escala de demencia de Blessed:** Valora el deterioro cognitivo y aporta una evaluación conductual. Consta de dos partes: Entrevista al cuidador y el "Information -Memory- Concentration -Test", entrevista al paciente. El test valora la orientación-formación, memoria y concentración.
- **Escala de Pfeiffer:** Detección del deterioramiento cognitivo de los ancianos. Valoración de las funciones básicas: memoria a corto y largo plazo, atención, orientación, capacidad matemática, hechos cotidianos...

- **Mini- Examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo:** Valora las áreas cognitivas más importantes: memoria, orientación, lenguaje, cálculo, construcción y atención. Evalúa la orientación tiempo-espacio, recuerdo inmediato, memoria a medio plazo y habilidades de sustracción serial o deletreo hacia atrás.

### Valoración social

Se evalúa la relación entre el anciano y el medio social en que se desenvuelve. La función social se divide en tres partes: Relaciones, actividades sociales y recursos, bienestar y adaptación personal en el medio y Entorno social.

Se utilizan las siguientes escalas:

- **La escala de Filadelfia:** Más importancia en el bienestar y adaptación al medio. Evalúa la actitud frente al envejecimiento, la insatisfacción de la soledad y la ansiedad para medir la satisfacción del anciano.
- **Escala sociofamiliar de Gijón:** Valora la situación social y familiar de los ancianos que viven en su domicilio. El objetivo es detectar situaciones de riesgo y problemas sociales de la comunidad.
- **La escala OARS:** para la valoración social. Proporciona información sobre estructura familiar, recursos sociales, recursos económicos, salud mental, salud física y capacidades para la realización de actividades de la vida diaria. La asistenta social valora las necesidades básicas sociales que necesita la persona.
- **La Escala de Zarit:** Mide el grado en el que el cuidador percibe que su trabajo de asistencia al enfermo con demencia altera su propia salud física y emocional, así como la situación económica. Explora el sufrimiento del cuidador principal en áreas de salud física, psíquica, actividad social y recursos económicos.

Nosotros optamos por el equipo interdisciplinario, por lo tanto, se hace una valoración conjunta todos los profesionales a través de las tablas de valoración global del anciano.

La valoración de estas tablas por si solas es escasa, porque son tablas que utiliza el equipo, no un profesional, como hacen algunas enfermeras. Se debe hacer la valoración enfermera según Virginia Henderson, realizar el PAE y registrarlo.

Es una lucha de las residencias ya que con la escala de Barthel no se trata a la persona de manera integral.

## **Tema 11: Valoración enfermera según Virginia Henderson (por necesidades)**

### **Necesidad de respirar normalmente:**

- Respiración silenciosa, rítmica y sin esfuerzo.
- Buen funcionamiento del aparato respiratorio y buena ventilación pulmonar.
- FC: 70-80p/min
- El ánimo influye.

### **Dimensión fisiológica:**

Modificación de la caja torácica y pérdida de elasticidad.

\* Evaluar en qué grado influyen estas modificaciones al anciano.

### **Dimensión psicológica:**

- Estado emocional: estrés, ansiedad, depresión...
- Efectos secundarios de la medicación: tranquilizantes, sedantes, neurolépticos...

### **Posibles etiquetas:**

- Limpieza de las vías aéreas (obstrucción por secreciones).
- Patrón respiratorio ineficaz (uso de músculos accesorios para la respiración).
- Riesgo de asfixia (fumar, fuga de gas...).
- Riesgo de aspiración (deterioro de la deglución, efecto tusígeno).

### **Recomendaciones prácticas:**

- Actividad moderada pero continua.
- Aireación, humedad, temperatura.
- Evitar la obesidad.
- Ingesta de líquidos 1500ml/día, para fluidificar las secreciones.
- Desaconsejar el tabaco.
- Evitar hábitos que dificulten el retorno venoso.
- Chequeos periódicos.

### **Necesidad de alimentación adecuada:**

- Dieta equilibrada
- Acto social.
- Han de poseer los conocimientos sobre qué alimentos les garantizan una dieta equilibrada y saludable.

**Posibles etiquetas:**

- Alteración de la nutrición por exceso, superior a la talla corporal, sedentarismo, aburrimiento.
- Alteración de la nutrición por defecto, dificultad para inferir, digerir o absorber nutrientes.
- Riesgo de alteración de la nutrición por exceso, comer en respuesta a claves distintas del hambre.
- Riesgo del déficit del volumen de líquido.
- Deterioro de la deglución.

**Recomendaciones prácticas:**

- Comidas ligeras y fáciles de digerir.
- Ingesta de líquidos 1500-2000 ml/día.
- Aumentar la proporción de hidratos de carbono complejos.
- Limitar el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco porque disminuyen el calcio del organismo.

**Necesidad de eliminación:**

**Manifestaciones de dependencia:**

- Goteo o incontinencia leve de orina.
- Urgencia urinaria y/o eliminación antes de llegar a tiempo.
- Polaquiuria (más de una micción cada 2 horas).
- Nicturia (más de dos micciones en la noche).
- Esfuerzo excesivo y/o doloroso para defecar.
- Disminución del volumen y/o frecuencia de las heces.

**Posibles etiquetas diagnósticas:**

- Incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Incontinencia urinaria de urgencia.
- Incontinencia urinaria funcional.
- Retención urinaria.
- Estreñimiento.
- Incontinencia fecal.
- Déficit de autocuidado: uso del retrete, incapacidad para realizar la higiene propia y del hábitat tras la evacuación.

**Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas:**

Actividad física moderada pero continuada:

- Cambios en el sistema osteoarticular.
- La pérdida de masa aumenta el riesgo de lesiones.

### **Dimensión psicológica:**

La actividad física en si es un elemento motivador para la autoestima del anciano, a que le proporciona una autopercepción positiva de la imagen corporal y garantiza una alta satisfacción de las necesidades de movimiento.

### **Posibles etiquetas:**

- Deterioro de la movilidad física.
- Deterioro en la deambulación.
- Deterioro de la movilidad en silla de ruedas.
- Deterioro de las habilidades motoras.
- Intolerancia a la actividad.
- Fatiga.
- Riesgo de intolerancia a la actividad.

### **Necesidad de mantener una temperatura corporal adecuada:**

La termorregulación se debe a la acción de dos mecanismos opuestos: la termogénesis o termólisis o la eliminación del calor por diferentes mecanismos corporales como la transpiración o la respiración, regulados por el hipotálamo.

- Temperatura 35° C.
- Vulnerabilidad mayor a la hipertermia e hipotermia.
- Los trastornos emocionales pueden afectar a la termorregulación.

### **Posibles etiquetas:**

- Riesgo de alteración de la temperatura corporal.
- Hipotermia e hipertermia.
- Termorregulación ineficaz.
- Evitar la exposición prolongada a temperaturas extremas, así como a cambios bruscos.
- Evitar las corrientes de aire.
- Retirar inmediatamente la ropa mojada.
- Mantener la piel seca y limpia.
- Uso de ropa adecuada en cantidad.
- Controlar los efectos de la medicación que cause vasodilatación, vasoconstricción o sedación.
- Educación para que el anciano conozca los factores de riesgo de la hipotermia y la hipertermia.

### **Necesidad de mantener la higiene corporal:**

- La pérdida de elasticidad y la deshidratación cutáneas hacen la piel más vulnerable.
- La reducción de la movilidad influye de forma negativa en la satisfacción de esta necesidad.

**Manifestaciones de dependencia:**

- Aspecto externo descuidado.
- Deterioro en la piel y/o mucosas, con presencia de manchas, lesiones, heridas, úlceras, ...
- Olor corporal desagradable.
- Manchas en la ropa (sudor, orina, restos de comida)
- Prótesis sucias, mal cuidadas y/o mal ajustadas.
- Placa dental y/o halitosis.

**Etiquetas diagnósticas:**

- Alteración de la mucosa oral.
- Deterioro de la integridad cutánea.
- Prolongada humedad, prominencias óseas.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
- Déficit del autocuidado.

**Recomendaciones prácticas:**

- Planificar hábitos higiénicos saludables de forma sistemática.
- Uso de jabón neutro, champú suave y crema hidratante.
- El uso sistemático de la piedra pómez.
- Las uñas cortadas sin apurar demasiado y en forma recta.

**Necesidad de comunicarse con los demás y expresar su sexualidad y sus emociones:**

La manifestación de dependencia sería presentar dificultad para comunicarse, como pueden ser dificultad para formar palabras o frases, tartamudeo, hipoacusia, o no gozar con el contacto con otras personas.

**Posibles etiquetas diagnósticas:**

- Deterioro de la comunicación verbal.
- Deterioro de la interacción social.
- Aislamiento social.
- Riesgo de soledad.
- Disfunción sexual.
- Alteración de los patrones de sexualidad.
- Alteraciones sensorio-perceptivas.

**Recomendaciones prácticas:**

- Educación sanitaria para que pueda realizar una comunicación efectiva.
- Animarle a que visite recursos socioculturales para poder establecer relaciones con otras personas.

### **Necesidad de vivir con las propias creencias y valores:**

Cuando llega la etapa de la vejez, al igual que en otras áreas, las creencias y valores parecen adquirir más intensidad en la vida del anciano.

Le ayuda a analizar el momento histórico y el contexto donde se encuentran.

### **Posibles etiquetas diagnósticas:**

- Sufrimiento espiritual.
- Riesgo de sufrimiento espiritual.
- Conflicto en la toma de decisiones.
- Desesperanza.
- Impotencia.
- Duelo disfuncional.
- Aflicción crónica.
- Ansiedad.
- Temor.
- Ansiedad ante la muerte.

### **Recomendaciones prácticas:**

- Conocer las creencias y valores del anciano.
- Ayudar al anciano a través de charlas y encuentros con otras personas, para que pueda entender otros valores que existen en la sociedad.
- Respetar los tiempos que el anciano dedica a la práctica de sus creencias.
- No realizar juicios de valor respecto a las creencias que presente el anciano.

### **Necesidad de estar ocupado y participar en actividades recreativas para realizarse:**

Un anciano tiene que mantenerse ocupado, con actividades que le permitan convertirlo en tiempo de desarrollo personal, sintiéndose con ello útil a los demás, a la vez que se divierte y desarrolla su creatividad.

### **Manifestaciones de dependencia:**

- Verbaliza expresiones negativas sobre si mismo.
- Intenta superar racionando los fracasos y/o proyectando las culpas.
- No practica la autocrítica como método de superación de dificultades.

### **Posibles etiquetas:**

- Alteración en el desempeño del rol.
- Afrontamiento individual inefectivo.
- Deterioro de la adaptación.
- Negación ineficaz.

- Afrontamiento defensivo.
- Trastorno de la autoestima.
- Alteración de los procesos familiares.

#### **Recomendaciones prácticas:**

- Ayudarle a definir el patrón actual y habitual de ocupación y entretenimiento.
- Actividades manuales, deportivas, educativas, recreativas, ...
- Recomendar ue siempre que sea posible se realicen actividades grupales y fuera del domicilio, ya que se fomenta además de la comunicación, la actividad física.
- Contemplar periodos de inactividad para el descanso y el relax. El ocio forzado también puede ser estresante.

#### **Necesidad de aprender y descubrir:**

- El anciano es capaz de relacionar los acontecimientos o destrezas adquiridos a lo largo de su vida con nuevas demandas referidas a las actividades de la vida diaria.  
Manifiesta interés por aprender. Es capaz de identificar sus propias carencias de conocimientos útiles o significativos para él.
- La conversación con otras personas, tratar temas actuales o relacionar los saberes del anciano con el conocimiento actual, son prácticas que facilitan la integración de nuevos conocimientos en el anciano.
- Un buen estado anímico como motivador para enfrentarse a nuevos conocimientos.  
También el valor y el sentido práctico que el anciano otorga a esos nuevos conocimientos, que debe tenerse en cuenta.

#### **Posibles etiquetas:**

- Manejo inefectivo del régimen terapéutico personal.
- Elecciones de vida diaria ineficaces para cumplir objetivos de un tratamiento o programa de prevención.
- Incumplimiento del tratamiento.
- Déficit de conocimientos.
- Deterioro de la memoria, incapacidad para aprender o retener nuevas habilidades y/o información.

#### **Recomendaciones prácticas:**

- Valoración periódica de la memoria y la inteligencia.
- Orientar sobre estrategias o técnicas sencillas que les mantengan activos intelectualmente.
- Procurar un ambiente estimulante, de conversación, contacto con otros grupos sociales, intercambio y/o confrontación de ideas.

## **Tema 12: La medicación en el anciano**

### **Tenemos que tener en cuenta...:**

#### **Modificaciones farmacocinéticas:**

- Absorción: la disminución del HCl hace que el paso a través del estómago sea más lento y no hace el mismo efecto. Se realiza a nivel de duodeno y yeyuno.

#### **Modificaciones en la eliminación:**

- La eliminación tiene lugar en el hígado y como todo va más lento, el fármaco puede permanecer allí el tiempo suficiente para producir la toxicidad.
- En el anciano, una disminución del funcionalismo renal puede ser compatible con una cifra de creatina en el plasma normal.

$$\text{Aclaramiento de creatina} = \frac{(140 - \text{años en edad}) \times \text{peso en kg}}{72 \times \text{creatina sérica (mg \%)}}$$

- En la mujer debe multiplicarse el resultado por 0,85.
- Permite identificar la disminución renal y permite valorar y modificar las dosis de los fármacos que son eliminados en el riñón.
- Intoxicación digitálica: un cuadro de urgencias típico en ancianos que da problemas cardíacos (arritmias importantes).

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

- Polimedicación: los ancianos consumen un número elevado de medicamentos que cualquier otro sector de la población, y además, a la vez.
- Automedicación: debido a la pluripatología. Deciden tomársela a su manera: o reducen o aumentan las dosis prescritas por el médico.

### **Cómo ayudar a cumplir el tratamiento:**

La enfermera debe proporcionar gráficas, tablas sobre la pauta de la medicación de manera escrita y que el anciano lo entienda.

Para los que no saben leer, se utilizan símbolos.

## **Tema 10: La rehabilitación en el anciano**

Tener en cuenta que su capacidad de respuesta es más lenta y que hay mayor probabilidad de aparición de problemas añadidos.

En geriatría se tienen en cuenta tres aspectos:

- Aspecto físico: por el proceso de envejecimiento o de enfermedad.
- Aspecto psíquico: motivación individual del anciano y familiar para recuperar su interés.
- Aspecto social: para facilitar relaciones interindividuales y de grupo poniendo a su alcance todos los recursos para facilitar su integración.

## **Tema 14: Procesos terminales en el anciano**

La familia tiene que ser objeto de todos los cuidados enfermeros, ya que con la proximidad de la muerte de un miembro de la familia, genera una situación de estrés.

Cuando el anciano se encuentra terminal, el rol de cada miembro de la familia se modifica. La enfermera debe identificar al cuidador principal e incorporarlo como miembro esencial del equipo de cuidados paliativos.

Puede producirse claudicación familiar que si no se soluciona se corre el riesgo de desarrollar patología crónica o depresión. La claudicación familiar está considerada como urgencia paliativa y requiere una respuesta rápida de los profesionales, trasladando al paciente a una institución adecuada a sus demandas provisionalmente.

El manejo del dolor: la potencia del analgésico que hay que utilizar la determinará la intensidad del dolor que es manifestado por el paciente.

### **Mitos de la morfina**

- “La morfina es peligrosa porque causa depresión respiratoria.”  
Es así siempre que no se ajuste la dosis individualizada y que el dolor del paciente sea sensible a este analgésico.
- “La morfina provoca euforia”  
El anciano, al ser aliviado de su dolor, expresará una sensación de bienestar frente al disconfort que manifiesta como consecuencia del dolor.
- “La morfina provoca acostumbamiento.”
- “La tolerancia a la morfina se desarrolla muy rápidamente.”  
El aumento del analgésico está en relación directa con el dolor que se sienta, no de la tolerancia. Ejemplo: con el crecimiento de un tumor.
- “Si a un paciente le han prescrito morfina quiere decir que se está muriendo.”  
Antes era un método para moribundos en las últimas horas de vida, pero actualmente no es así.
- “La morfina en el domicilio puede ser un riesgo de robo.”

### **Efectos secundarios:**

- Sequedad de boca
- Estreñimiento
- Somnolencia
- Vómitos
- Incontinencias
- Mioclonia.

### **Urgencias paliativas**

Situación extrema provocada por la brusca aparición o por el repentino agravamiento de un síntoma como: hemorragia masiva, disnea aguda terminal, crisis de agitación.

El impacto de las urgencias paliativas suele producir confusión, pánico y sufrimiento en el paciente y en la familia.

Las vías utilizadas en el domicilio son generalmente la subcutánea y la rectal. En ocasiones el tratamiento idóneo es la sedación activa, cuando el sufrimiento del paciente es intenso y la muerte se considera inminente.

La familia necesita irse preparando psicológicamente y tiene que adquirir destrezas para la aplicación de los cuidados.

### **La muerte como fin de la etapa vital**

El miedo a la muerte no aumenta con los años cercanos a ella; los ancianos se sienten menos afectados por las consecuencias de su muerte.

La persona mayor suele sufrir pérdidas de sus seres queridos, de salud, libertad y de capacidades que no le permiten recuperarse para afrontar un número de procesos de duelo.

### **El duelo: etapas**

Según Kubler – Ross, son 5 estadios hasta la aceptación de la muerte:

- Negación y aislamiento (comienzo de la enfermedad)
- Ira (sentimientos de rabia, de envidia)
- Pacto
- Depresión
- Aceptación

### **Control de síntomas:**

- Dolor: tratamiento prescrito: opiáceos.
- Diseña: provocada por ansiedad, angustia, morfina.

### **El duelo en la familia:**

La familia experimenta respuestas emocionales como consecuencia de una pérdida.

### **Duelo formal:**

Tiempo entre 6 meses – 2 años considerado normal.

Es un proceso adaptativo para devolver el equilibrio.

- Experimentar pena y dolor.
- Sentir miedo, culpa, ira y resentimiento.
- Experimentar apatía, tristeza y desinterés.

- Comenzar a mirar con esperanza la reconstrucción de la vida sin el ser querido.

**Duelo disfuncional:**

Toda la vida sufriendo.

Fracaso o prolongación en el uso de respuestas intelectuales o emocionales mediante las cuales los individuos intentan superar el proceso de modificación del autoconcepto provocado por una pérdida.

- Prevenir experiencias pasadas.
- Expresión del sufrimiento
- Expresión de culpa
- Alteración del sueño y hábitos alimentarios
- Ausencia de contactos sociales.

## **Tema 15: Soporte familiar**

### **Recursos formales:**

Persona que tiene estudios para proporcionar cuidados. Enfermeras que trabajan en centros geriátricos.

\* Los gerocultores o cuidadores normalmente no tienen estudios pero han hecho pequeños cursos o formaciones para proporcionar cuidados.

El papel de la enfermera con el cuidador es el de informar, dar pautas de cuidados y apoyo respecto a la claudicación del cuidado, ya que cuidar trae problemas al cuidador (cansancio, tristeza, ...) que pueden acabar en enfermedades. Por eso la enfermera en el trato con el cuidador informal debe valorar si esta persona puede entrar en claudicación, y en el caso que así fuere, darles su apoyo.

En residencias y centros sociosanitarios hay camas de descarga familiar o descanso familiar en disposición de las personas que cuidan en peligro de claudicación: se ingresa al paciente dos o tres semanas para que el cuidador se pueda recuperar. Estas camas también son para la gente que lleva años cuidando al anciano y se le ingresa para que la familia pueda ir por lo menos 15 días de vacaciones o de descanso, para resolver los problemas que puedan tener como cuidadores, que se podrán solucionar en dos semanas, un mes, un mes y medio, ...

El inconveniente es que hay muy pocas camas y están muy buscadas. Es la enfermera comunitaria o del PADES la que se pone en contacto con la asistente social para buscar dichas camas.

Hay que tener en cuenta que suelen haber muchos conflictos entre el cuidador principal y el resto de la familia porque es el que se enfrenta al anciano diariamente. La enfermera da soporte al cuidador principal y apacigua al resto, hace de mediadora para arreglar conflictos.

### **Recursos informales:**

Persona que no tiene estudios para proporcionar cuidados. Suele ser un persona de la familia, amigos,... Normalmente es característico que sean mujeres con pocos estudios y amas de casa.

La estructura social ha cambiado, existen muchas familias monoparentales, éstos no tienen estructuras de apoyo y por eso vamos a tener que dar más asistencia (no tienen apoyo familiar: son solteros, viven solos, sin núcleo familiar, ...).

Los servicios de base son escasos, es por esto que hay que dar asistencia según las necesidades y optar como último escalón el ingreso en una residencia cuando el enfermo sea dependiente.

Existen malos tratos por parte de la familia y residencias (abandono, no les dan de comer, les dejan todo el día sin cambiar el pañal, ...).

## **Tema 16: Modelo socio-sanitario en Cataluña**

No obstante el envejecimiento no es una enfermedad, es cierto que las personas mayores aumentan la incidencia y prevalencia de muchas enfermedades, su autonomía y su bienestar físico y psíquico, limitados progresivamente, requieren medidas de soporte que no siempre es posible atender en el si de una comunidad, en la cual se han de adivinar importantes cambios sociales y culturales.

El Departamento de Sanidad y Seguridad Social de Cataluña creó el programa "Vida als anys" que integraba servicios sociales y sanitarios en una misma y única prestación (Orden del 29 de mayo de 1986).

### **Personas que requieren la atención sociosanitaria:**

Los usuarios definidos como sociosanitarios son, mayoritariamente, pacientes con enfermedades no curables, afectados por unos factores comunes que confirman esa circunstancia: presencia de la muerte, sentimiento de inutilidad, sentimiento de no productividad, falta de autoestima y dificultades en la adaptación de su dependencia y medio institucional, si están ingresados. El concepto de una terapia activa es básico para tratar estas situaciones.

- Personas mayores con enfermedades crónicas y con problemas de rehabilitación funcional, dependencia o déficit y falta de soporte familiar y social.
- Personas afectadas con enfermedades crónicas, evolutivas y progresivamente invalidadas.
- Personas con enfermedades psíquicas crónicas, entre otras, demencia senil.
- Enfermos terminales oncológicos o con otras enfermedades.
- Personas que, habiendo superado la enfermedad en su fase aguda, necesitan cura o terapias de rehabilitación antes de reintegrarse nuevamente en la comunidad.

### **Atención del modelo:**

- Integral
- Global
- Interdisciplinario
- Harmónico

### **Participación del enfermo en su propio proceso:**

La dignidad de los pacientes hace que los objetivos específicos se establezcan conjuntamente con el enfermo, la familia y el equipo.

- Rehabilitación y confort: máximo grado de autonomía posible del enfermo, física y psíquicamente y de relación.
- Trabajo con la familia y el entorno: entorno activo.

- Importancia de la relación: la relación afecta tanto a los elementos directamente implicados en la terapéutica (enfermo, familia y equipo), como los intercambios entre este sistema y todos los elementos exteriores (diferentes niveles asistenciales) y la sociedad. Es muy importante la relación enfermo – familia – equipo.

### **Proceso de atención:**

- Domicilio.
- Hospital de agudos.
- Centro sociosanitario.

### **Servicios de internamiento: centros socio-sanitarios**

#### **Unidad de larga estancia:**

Tiene como función la rehabilitación, paliativa y de curas, de profilaxis de complicaciones, así como también el tratamiento a personas mayores con enfermedades crónicas de larga evolución, con el fin de conseguir la máxima autonomía que permita la situación del enfermo.

Son unidades diferenciadas de psicogeriatría.

#### **Unidad de convalecencia:**

Tiene como objetivo restablecer esas funciones o actividades que han estado afectadas totalmente o parcialmente por diferentes patologías.

Generalmente se tratad e personas mayores con enfermedades de base que necesitan una recuperación funcional después de sufrir un proceso quirúrgico o traumatológico o enfermos crónicos con frecuentes descompensaciones y situación basal de dependencia, con los que tenemos que reeducar en las actividades de la vida diaria y ayudar a la adaptación de los cambios que la enfermedad comporta.

#### **Unidad de curas paliativas:**

Tratamiento paliativo y de confort a pacientes con cáncer avanzado u otras enfermedades incurables en fase terminal.

El control de síntomas, el apoyo emocional al enfermo y a la familia son los objetivos que ha de perseguir esta unidad.

#### **Unidad de SIDA:**

Pacientes con fase terminal de la enfermedad y que en todo momento reciben el tratamiento paliativo, tanto a los pacientes como a las familias.

Las curas paliativas en atención de los enfermos de SIDA tienen que ser más individualizado.

#### **Hospital de día:**

Servicio de asistencia interdisciplinaria, principalmente sanitario, donde el paciente con enfermedades incapacitantes físicas o psíquicas sólo acude por las mañanas, para recibir tratamiento integral y volver luego a su domicilio.

Disminuye el peso de la carga familiar y mejora la calidad de vida del paciente.

El equipo está formado por: médico, enfermeras, rehabilitador, terapeuta ocupacional, psicólogo, trabajador social, ...

Funciona generalmente de lunes a viernes de 9 de la mañana a 6 de la tarde.

### **Servicios alternativos:**

#### **Programa de atención domiciliaria: Equipo de soporte (PADES).**

Programas de atención domiciliaria que dan soporte a equipos de atención primaria a personas mayores con enfermedades, enfermos crónicos con dependencia y enfermos terminales en un sector poblacional.

No tiene carácter sustitutorio de la Atención Primaria.

*37 equipos de PADES en 1990.*

#### **Unidades interdisciplinarias sociosanitarias (UFISS):**

Equipos de soporte desplegados en la Atención Primaria. Están emplazadas en hospitales de agudos, generales o comarcales, o en centros sociosanitarios, y tienen como objetivo mejorar la atención en su ámbito de referencia.

No disponen de camas asignadas.

Su trabajo va dirigido a la atención de casos complejos en el campo de la geriatría o las curas paliativas, el soporte y la consulta de los profesionales y el resto de hospitales, la docencia, la protocolarización y la conexión con los recursos y los profesionales externos al centro.

Interdisciplinarias: formadas por médicos, enfermeras, trabajadores sociales y en algunas unidades, de psicólogos, terapeutas ocupacionales y fisioterapeuta.

- **UFISS de geriatría:**

Equipos de soporte situados en los hospitales de agudos, con una misión específica en el ámbito de la geriatría.

Están inscritos al servicio de medicina interna e intervienen en la atención de los casos más complicados, en la formación y la docencia y en la conexión con las relaciones externas de los demás servicios comunitarios.

\* Actualmente hay 6 UFISS geriátricas en Cataluña.

- **UFISS de curas paliativas:**

Equipos de soporte situados en los hospitales de agudos, con una misión específica en el ámbito de las curas paliativas.

- **UFISS mixtas:**

Un médico y una enfermera participan en la asistencia de curas paliativas y de geriatría desplazándose a los hospitales de agudos.

El asesoramiento en los hospitales de agudos, la evaluación de pacientes y la preparación del alta tienen lugar en 15 UFISS mixtas repartidas en todo el territorio catalán.

## **Tema 17: Plan de Acción para Personas Mayores 2003-2007**

Este Plan de Acción viene precedido por el Plan Gerontológico del 1992, llevado a cabo con satisfactorios logros, que se estructuró en cinco áreas de actuación: Pensiones, Salud y Asistencia Sanitaria, Servicios Sociales, Cultura y Ocio y Participación.

El incremento de población mayor de 65 años, el aumento de personas dependientes, las nuevas realidades que viven estas personas junto con los diferentes informes y orientaciones de las diferentes Asambleas Internacionales y Nacionales sobre las personas mayores establecerán las directrices de lo que será el Plan de Acción.

### **1. Igualdad de oportunidades**

Pretende garantizar el reconocimiento de los derechos del anciano ya que el papel del anciano se ve menospreciado debido al concepto equívoco de inutilidad que se le da a aquellas personas que no desempeñan una tarea laboral, llegando a afectar a los jubilados que ya no son productivos y no son capaces de disfrutar de su libertad por no asumir el cambio de rol.

Se proponen conceptos como el "envejecimiento activo" junto con la mayor participación de la Comunidad por parte de nuestros mayores. Para esto, se utilizan estrategias como garantizar un mínimo respaldo económico que les permita ser capaces de desarrollar otro tipo de actividades para participar en comunidad y para que se sientan activos.

Se propone un nuevo enfoque del anciano para evitar el aislamiento, la protección frente al maltrato y prestación de servicios adecuados a aquellas personas con dependencia, evitando así muchas situaciones de desamparo de ancianos sin familia, además supone un apoyo a las familias con personas dependientes.

### **2. Cooperación**

Pretende establecer las líneas de colaboración entre diferentes administraciones que tienen poder de decisión sobre los servicios y prestaciones de los ancianos.

Se pretende solventar los inconvenientes de tener diferentes presupuestos supervisados por diferentes equipos de gobierno, como sucede actualmente, aunando los esfuerzos y presupuestos de modo que se establezcan servicios y programas eficientes y efectivos.

### **3. Formación especializada**

Se pretende garantizar la mayor calidad de servicios a las personas mayores por lo que se trabaja a dos niveles: Asistencia profesional y cuidados no formales.

Se exigirá a los profesionales titulación y conocimientos especializados en atención gerontológica lo que proporcionará una asistencia de cuidados especiales como la que se prestaba hasta ahora a otros

grupos que merecen especial atención por su vulnerabilidad y número, como la niñez.

Por otro lado se elaboran programas para la capacitación de cuidadores y familias de personas dependientes.

Por todo ello se pretende ofrecer una atención continuada de asistencia mínimamente preparada, ya que muchas veces los familiares desconocen o no comprenden la situación del anciano ni sus cuidados.

#### **4. Información e investigación**

Se impulsa la información a la población sobre las personas mayores, así como a las diferentes entidades cuyas actividades se vinculan a personas mayores.

Mediante la realización y difusión de estudios estadísticos o investigaciones gerontológicas se pretende conocer y divulgar numerosas y desconocidas repercusiones de la edad avanzada en las personas por lo que es fundamental un estudio y preparación para estar preparado y poder prestar atención adecuada a esta nueva situación del cuerpo humano, así como las repercusiones psicológicas y sociales.

## **Tema 18: La Ley de Dependencia**

Hay una mala utilización de los recursos, ya que son los paciente geriátricos los que deben estar institucionalizados, en cambio, se encuentran muchos ancianos frágiles en residencias. Para evitar la sobresaturación de las instituciones y del sistema, hay que potenciar las medidas y ayudas intermedias.

El objetivo de esta ley es para que el paciente frágil pueda ser cuidado en casa y no en residencias y estas queden para los que realmente lo necesitan, los pacientes geriátricos.

Los ancianos frágiles pueden ser ayudados gracias a esta ley (servicios sociales).

Esta ley valorará el grado de dependencia del paciente y le otorgará un nivel (severa, moderada o grave) y , en función de este nivel, le otorgará una cantidad económica mayor o menor respectivamente. Esta ayuda económica se le paga a los cuidadores (hija, cuidadora...) y éstos deben:

- Hacer un curso gratuito obligatoriamente.
- Garantizar las curas del paciente.

Estas curas serán supervisadas y evaluadas por un inspector que evaluará cada 2 años al paciente para ver si ha aumentado su grado de dependencia.

## **Tema 19: Competencias de las enfermeras en la atención a gente anciana:**

Las competencias de las enfermeras en el campo de la atención a las personas mayores se basan en proporcionar una atención integral a este grupo de población, ya que se trata al individuo de manera holística, teniendo en cuenta el conjunto de sus necesidades en cualquier situación que se encuentren.

La enfermera gerontológica debe realizar los siguientes puntos para poder desarrollar el objetivo principal:

1. Debe tener unos conocimientos teóricos específicos en este ámbito. (formación específica)
2. Una enfermera que tenga una formación reconocida debe gestionar los servicios gerontológicos, planificarlos y organizarlos.
3. Debe saber utilizar los Diagnósticos de Enfermería más comunes y elaborar y desarrollar un plan de cuidados individualizado, considerando factores externos, necesidades, limitaciones, posibilidades de funcionamiento autónomo, historia de vida y recursos disponibles.
4. Debe mantener, reestablecer y potenciar las capacidades del individuo, prevenir o retrasar las complicaciones e incapacidades, ofrecer continuidad de seguimiento de los tratamiento en situaciones crónicas y adaptarse a las nuevas situaciones.
5. Debe ser capaz de evaluar sobre la realización de los cuidados, a partir de un análisis continuado de sus intervenciones.
6. Proporcionar una atención integral dentro de un equipo multidisciplinar.
7. Realizar trabajos de investigación.

## **Tema 20: Principios de las Naciones unidas**

### **Independencia:**

- Acceso a la alimentación, agua, vivienda, vestimenta, atención de salud adecuada, apoyo familiar, de la comunidad, ingresos propios o de su autosuficiencia.
- Jubilación flexible y voluntaria, acceso a programas educativos, seguridad en el entorno, adaptable a sus cambios y preferencias, residiendo en su domicilio por tanto tiempo como sea posible.

### **Participación:**

- Integración en la sociedad participando en la formulación de políticas que afecten a su bienestar y compartiendo conocimientos y habilidades con otras generaciones.
- Aprovechar oportunidades de prestar servicio a la comunidad como voluntarios.
- Formar movimientos y asociaciones específicas.

### **Cuidados:**

- Cuidados y protección familiar y de la comunidad según los valores sociales.
- Acceso a servicios sociales y sanitarios.

### **Autorrealización:**

- Aprovechar las oportunidades que les permitan desarrollar su potencial, teniendo acceso a los recursos educativos, culturales y recreativos.

### **Dignidad:**

- Vivir con dignidad y seguridad, libre de explotaciones y malos tratos.

