

TEMA 30 VALORACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ANCIANO.

AGUSTÍN-ANGEL GARCÍA MUÑOZ

ENVEJECIMIENTO

- **Introducción.**

Si por envejecimiento tomamos la definición del Diccionario de la Lengua Española: "acción y efecto de envejecer"; y como tal "hacer vieja a una persona", la ciencia y la técnica médicas con la prolongación de la vida están haciendo posible el envejecimiento.

La vejez se ha convertido en los últimos tiempos en un fenómeno característico de las sociedades occidentales.

ENVEJECIMIENTO

En los últimos años, varias son las circunstancias propulsoras de la gran expansión de la GERIATRÍA y de la GERONTOLOGÍA.

En esta expansión hay que tener en cuenta la conjunción de diversos factores:

ENVEJECIMIENTO

- **Un factor demográfico, consecuencia del progresivo envejecimiento de la población.**
- **Un factor social.**
- **Un factor médico: preocupación clínica por el geronte, que ha cristalizado en una nueva especialidad de la medicina: la Geriatria y la Gerontología médica.**
- **Un factor epidemiológico: aumento de la frecuencia absoluta de enfermedades en el anciano.**
- **Un factor terapéutico.**
- **Un factor economicista: La vejez es la etapa de la vida en las que más patologías se presentan y en la que mayor gasto se origina.**

APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

- **Criterio cronológico.**

Se puede decir que no hay acuerdo unánime para establecer el comienzo de la vejez.

En la actualidad, la edad de 60 años se utiliza como frontera entre la madurez y la vejez en los estudios epidemiológicos y sociológicos.

La vejez para la Real Academia Española es la persona que cumplió 70 años.

APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

- **Criterio social y cultural.**

El concepto de vejez ha ido cambiando con los tiempos “siendo el medio social el que en definitiva crea la imagen de sus viejos, a partir de las normas y de los ideales humanos de la época”.

APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

- **Criterio médico y biológico.**
Desde una concepción biologista-funcional la "vejez se inicia cuando los cambios biológicos, parenquimatosos (atrofia de órganos y tejidos, infiltración grasa, etc.) y glandulares originan desordenes funcionales"; sería, "la serie de modificaciones morfológicas, bioquímicas, psicológicas y funcionales que origina el paso del tiempo sobre los seres vivos".

APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

- **Criterio antropológico.**
En nuestra sociedad, y desde el punto de vista antropológico, la vejez está intrínsecamente determinada por el proceso de producción, por el consumo de determinadas tendencias, y también por los ritmos vitales impuestos por la industrialización.

APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

- **Criterio político.**

A nivel político, a la vejez se le hace coincidir con el inicio de la jubilación, cuya determinación no es unánime en todos los países y depende fundamentalmente de criterios económicos y políticos.

APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

- **Criterio ético.**

El enfermero tendrá que demostrar su competencias en áreas como el derecho del anciano a recibir o a limitar distintas formas de tratamiento, o en aplicación del derecho a morir incluso dignamente.

APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

- **Criterio económico.**

Desde el punto de vista economicista, la vejez es una etapa de la vida en la que la persona deja de generar recursos económicos, pierde la capacidad de producir bienes, en definitiva, es económicamente inactivo, hecho coincidente con la jubilación.

APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

- **Criterio psicológico.**

La vejez podría caracterizarse psicoanalíticamente por “la imposibilidad que cada uno tendrá al encontrarse, antes o después, haciendo frente a las elaboraciones requeridas por pérdidas demasiado numerosas”.

ETAPAS DEL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso fisiológico del ciclo vital humano, que acompaña a los seres vivos desde el momento de su nacimiento, y que solo se reconoce por un conjunto de atributos de involución orgánica.

El envejecimiento puede ser tardío o precoz, fisiológico y patológico.

ETAPAS DEL ENVEJECIMIENTO

- **Madurez tardía, que se caracteriza por una serie de alteraciones biológicas, parenquimatosas, glandulares y desórdenes funcionales.**
- **La senectud, es la persistencia de la vejez con sus atributos.**
- **La decrepitud senil, acaecen procesos degenerativos, neoplasias secuelas de enfermedades, etc.**

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

En nuestro país se considera que una persona cruza la frontera de la ancianidad al cumplir los 65 años. Basado en esto, se establecen tres niveles demográficos de población:

- **Baja senilidad. 65-70. Anciano joven.**
- **Senilidad. 71-80. anciano viejo.**
- **Alta senilidad. Más de 80 años. Anciano muy viejo.**

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Para poder cuantificar al grupo de población anciana es necesario conocer una serie de términos:

- **Demografía.**
- **Censo de población.**
- **Padrón municipal.**
- **Tasa o índice de envejecimiento.**
- **Crecimiento vegetativo.**
- **Esperanza de vida al nacer.**

INDICADORES DE ENVEJECIMIENTO

- **Pirámides de Bulgdofer: Pueden ser, Triangular, Ojival y Ánfora.**
- **Índice de Sundbarg. Toma el grupo de población de 15 a 50 años como el 100% y relaciona con él los muy jóvenes (de 1 a 15 años) y los mayores (más de 50 años). De esta forma clasifica a la población de – Población progresiva. –Población estacionaria. –Población regresiva.**

ASISTENCIA GERIÁTRICA

La Asistencia Geriátrica es el conjunto de niveles de atención que, desde una óptica sanitaria y social, debe garantizar la calidad de vida de los ancianos habitantes en un área sectorizada, proporcionando respuestas adecuadas a las diferentes situaciones de enfermedad o de dificultad social que aquellos presenten.

Su objetivo prioritario es el conseguir que el anciano permanezca, o se reintegre, a su domicilio habitual en suficientes condiciones de bienestar y seguridad.

ASISTENCIA GERIÁTRICA

La asistencia geriátrica debe ser integral, es decir, preventiva, asistencial, rehabilitadora y social.

Los niveles de asistencia geriátrica son:

- **Primer nivel. Atención Primaria.**
- **Segundo nivel. Atención hospitalaria.**
- **Tercer nivel. Hospitales geriátricos y Residencias Gerontológicas asistidas.**

ASISTENCIA GERIÁTRICA

Para una asistencia geriátrica idónea han de elaborarse:

- **Programas de promoción de salud.**
- **Programas de diversificación de servicios asistenciales.**
- **Dispositivos asistenciales.**

ASISTENCIA GERIÁTRICA

Los dispositivos de carácter social o de apoyo a la convivencia son:

- **Instituciones cerradas**
- **Instituciones abiertas.**
- **Dispositivos de apoyo domiciliario.**

ASISTENCIA GERIÁTRICA

Los dispositivos de carácter sanitario son:

- **Nivel primario de atención. Centros de Salud.**
- **Nivel secundario y terciario. Red de Hospitales Generales y Unidades de Geriatría.**

ASISTENCIA GERIÁTRICA

Los dispositivos geriátricos de primer nivel se realizaría en los Centros de Salud de Atención Primaria mediante la elaboración de programas específicos para el seguimiento de enfermos ancianos con patología crónica y que conllevan una serie de etapas como el censo de población de ancianos, elaboración de programas, determinar prevalencias de enfermedades crónicas, etc.

ASISTENCIA GERIÁTRICA

Las principales causas de consulta extrahospitalaria en los ancianos son:

- **Artrosis, reumatismo, enfermedades degenerativas.**
- **Cardiovasculares.**
- **Respiratorias.**
- **Consumo de fármacos.**

ASISTENCIA GERIÁTRICA

Los dispositivos geriátricos de segundo nivel son los Hospitales de día geriátricos, y sirven como puente entre la asistencia hospitalaria y la domiciliaria. Los tipos de anciano que se reciben más son:

- Aquellos que necesitan recuperación física.
- Los que requieren recuperación o mantenimiento físico especializado.
- Ancianos que requieren recuperación o soporte psicológico.
- Los que necesitan afianzamiento y recuperación de actividades básicas o instrumentales.
- Ancianos que necesitan cuidados sanitarios que no pueden ser prestados en su domicilio.

ASISTENCIA GERIÁTRICA

Los dispositivos geriátricos de tercer nivel correspondería a los hospitales de cuidados continuados, y las funciones de estos hospitales son: Asistencial, Docencia e Investigación. Y los objetivos serían:

- Evaluar y diagnosticar los problemas de salud del paciente.
- Establecer cuidados tendentes al tratamiento y recuperación funcional.
- Establecer cuidados paliativos al paciente con mal pronóstico.
- Promover la reinserción social.

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

La valoración geriátrica se ocupa de cuantificar todos los atributos y alteraciones importantes en la esfera médica, funcional, mental y social del anciano para conseguir un plan racional y coordinado de tratamientos y recursos.

El enfermero puede efectuar la valoración en la primera visita en unos 45-60 minutos.

OBJETIVOS DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA

- **Conseguir un diagnóstico clínico, funcional, mental y social del anciano, antes y después del tratamiento.**
- **Diferenciar la alteración funcional debida al envejecimiento y la ocasionada por la enfermedad.**
- **Realizar screening para detectar factores de riesgo o problemas sin diagnosticar.**
- **Situar al paciente en el nivel médico y social más adecuado.**
- **Mejor utilización de la medicación con menor número de medicamentos y dosis.**
- **Mejorar el uso de los servicios sociales comunitarios.**
- **Mejorar la calidad de vida.**

¿A QUIEN VA DIRIGIDA LA VALORACIÓN GERIÁTRICA?

La valoración geriátrica va dirigida al anciano débil o de alto riesgo.

Las ventajas de la valoración geriátrica son:

- **Conocer mejor la situación actual del anciano.**
- **Poder ubicarle en el medio más adecuado.**
- **Decidir con mayor precisión la actitud terapéutica óptima.**
- **Mejorar su situación funcional de forma inmediata.**
- **Reducir significativamente la mortalidad.**
- **Menor utilización de los servicios institucionales.**
- **Ahorro en costes sanitarios.**

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Para elaborar una correcta Historia clínica a un anciano es fundamental seguir un orden de ejecución y valorar los distintos aspectos del paciente.

Tras la realización de la historia y ya conocidos los diagnósticos, debe confeccionarse una lista de problemas para facilitar el establecimiento de prioridades.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Es importante conocer las causas de muerte y el padecimiento de enfermedades de los familiares más cercanos.

ANTECEDENTES PERSONALES

Recoger toda la información posible sobre intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones previas, recientes o no, y el motivo de las mismas.

MEDICACIÓN

Reunir todos los detalles posibles sobre medicación presente y pasada.

Los ancianos suelen estar sobremedicados. Los casos de interacciones medicamentosas y errores por defecto o por exceso en la medicación son frecuentes.

EXAMEN FÍSICO

- **Tener en cuenta que no todo se puede achacar al envejecimiento.**
- **Ser amable y considerar el pudor del enfermo en el momento de la exploración.**
- **Hacer siempre referencia en la exploración al nivel funcional basal.**

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En ausencia de síntomas parece que estaría claramente indicado inicialmente:

- **Sistemático de sangre.**
- **Perfil bioquímico.**
- **Análisis de orina.**
- **EKG.**
- **Rx de tórax.**

VALORACIÓN FUNCIONAL FÍSICA

Consiste en examinar la habilidad funcional del anciano para vivir independientemente en su ambiente, valorando las dependencias de las actividades de la vida diaria (AVD) básicas e instrumentales.

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (AVD-B)

Son aquellas funciones esenciales del autocuidado: comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse y la incontinencia.

Las escalas más ampliamente utilizadas son:

- **Índice de Katz.**
- **Escala de Incapacidad Física de la Cruz Roja.**
- **Escala de Barthel.**
- **Escala de Plutchik.**

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AVD-I)

Son actividades más complejas, que suelen implicar un mayor grado de independencia y representan actividades funcionales necesarias para adaptarse independientemente a su medio ambiente (usar el teléfono, manejar el dinero y la medicación, usar transporte público, et.).

La escala más frecuentemente utilizada es la Escala del Centro Geriátrico de Filadelfia (Lawton y Brody).

VALORACIÓN DEL ESTADO MENTAL EN EL ANCIANO

- **Estado cognitivo.** Abarca el conocimiento y la identificación de los cambios normales del envejecimiento, los estados confusionales y la demencia.
- **Estado afectivo.** En la valoración deben destacarse dos posibles problemas: la ansiedad y la depresión.

VALORACIÓN COGNITIVA

Las funciones cognitivas afectadas mayormente durante el proceso de envejecimiento son las relacionadas con la velocidad y la precisión del procesamiento de la información.

El valor fundamental de los cuestionarios en Atención Primaria es su capacidad de detectar deterioros en su fase precoz.

Existen dos tipos de cuestionarios, los que se aplican directamente sobre el anciano: MMSE, de Folstein y el SPMSQ de Pfeiffer. Y los que se realizan a familiares y allegados: Test de Blessed, Escala de Incapacidad Psíquica de la Cruz Roja y el CDR de Hughes.

VALORACIÓN AFECTIVA

Parece existir un tipo de anciano especialmente predispuesto a presentar trastornos afectivos. Podemos identificar como anciano afectivamente frágil aquel que presenta alguna de estas características:

- Antecedentes de enfermedad afectiva previa.
- Enfermedad crónica, terminal o incapacitante.
- Aislamiento social, marginación social, viudedad reciente, etc.
- Presencia de deterioro cognitivo.

Las escalas utilizadas son: Escala de Goldberg, GSD de Brink y Yesavage, y Rating Scale for Depression de Hamilton.

VALORACIÓN SOCIAL

El funcionamiento social se correlaciona con el físico y el mental, por lo que cambios o alteraciones en la vida social pueden alterar la salud física y mental. Los problemas clínicos que pueden estar producidos o agravados por circunstancias sociales son:

- Problemas de depresión agudizada por soledad.
- Ancianos malnutridos por problemas económicos.
- Ancianos con múltiples caídas por barreras arquitectónicas.
- Ancianos que no son capaces de llevar por sí solo el tratamiento prescrito.

Cuando el enfermero detecta un problema social, deberá recurrir al Asistente Social para buscar solución al problema.

La escala de recursos sociales OARS es la medida mejor del funcionamiento social.

PROBLEMAS SOCIALES QUE SE PUEDEN DETECTAR

- **Secundarios al aislamiento social del anciano: Vive solo, su acompañante está igual o es más incapaz, agresiones familiares, abuso en el anciano, abandono o semiabandono, rotación de domicilio con cada hijo**

PROBLEMAS SOCIALES QUE SE PUEDEN DETECTAR

- **Derivados de las condiciones de la vivienda: Insalubres, humedad, barreras arquitectónicas, lugares poco iluminados, escaleras, inadecuados servicios higiénicos.**

PROBLEMAS SOCIALES QUE SE PUEDEN DETECTAR

- **Precarios medios económicos: Alimentación insuficiente o inadecuada, falta de calefacción, enfriamientos.**

PROBLEMAS SOCIALES QUE SE PUEDEN DETECTAR

- **Derivados de demencias e incapacidades: Necesidad permanente de un cuidador a veces en iguales condiciones que el anciano, cambio brusco en su situación de dependencia funcional, anciano muy incapacitado y con gran necesidad de atención, con demencia y precisa SNG, cambios posturales, etc.**

MODIFICACIONES FISIOLÓGICAS EN EL ANCIANO

- **Modificaciones de la piel. Se vuelve descolorida, delgada, arrugada, seca y frágil, lo que conlleva una disminución de grasa corporal. También tiene lugar un aumento del grosor de los vasos sanguíneos, la piel es muy susceptible de sufrir UPP.**

MODIFICACIONES FISIOLÓGICAS EN EL ANCIANO

- **Modificaciones de nariz, garganta y lengua. Disminución de los sentidos del gusto y del olfato. Por ello se produce gran riesgo de intoxicaciones por la ingesta de alimentos en mal estado. Pérdida de apetito o anorexia y por consiguiente la disminución de peso.**

MODIFICACIONES FISIOLÓGICAS EN EL ANCIANO

- **Modificaciones musculares y esqueléticas. La columna vertebral experimenta modificaciones anatómicas por la compresión de los discos y cuerpos vertebrales (disminución de estatura). Aparición de una posición encorvada. Aparece también debilidad muscular.**

MODIFICACIONES FISIOLÓGICAS EN EL ANCIANO

- **Modificaciones de la boca y dentadura. Son frecuentes las varices bucales de la lengua y las caries dentales que dan lugar a la caída de los dientes. También es frecuente la atrofia gingival y mandibular.**

MODIFICACIONES FISIOLÓGICAS EN EL ANCIANO

- **Modificaciones cardiovasculares: Con respecto al corazón, con respecto a la arteria aorta, con respecto a las arterias, con respecto a las venas y con respecto a las modificaciones funcionales cardiovasculares.**

MODIFICACIONES FISIOLÓGICAS EN EL ANCIANO

- **Modificaciones respiratorias. Con respecto a la caja torácica y con respecto a las modificaciones funcionales respiratorias.**

MODIFICACIONES FISIOLÓGICAS EN EL ANCIANO

- **Modificaciones digestivas. A nivel de esófago, a nivel de estómago, a nivel de intestino delgado y a nivel de intestino grueso.**

MODIFICACIONES FISIOLÓGICAS EN EL ANCIANO

- **Modificaciones urinarias. El riñón experimenta una pérdida de volumen, disminuyendo también el número de glomérulos y nefronas. Se produce una reducción del filtrado glomerular. La vejiga se vuelve hipotónica. El músculo vesical se fibrosa, etc.**

MODIFICACIONES FISIOLÓGICAS EN EL ANCIANO

- **Modificaciones en el sistema nervioso. El peso del cerebro se reduce en un 11%. La corteza cerebral se estrecha. Las neuronas sufren degeneración de su estructura. La conducción en los nervios periféricos se enlentece. Aparece el temblor senil, rápido y fino. Esclerosis de los vasos sanguíneos de la base cerebral, etc.**

MODIFICACIONES FISIOLÓGICAS EN EL ANCIANO

- **Modificaciones visuales y auditivas. Disminución de la agudeza visual. Disminuye el campo periférico de visión. Aparición de cataratas, degeneración macular, glaucoma, retinopatía diabética, etc. Disminución en la percepción de las frecuencias altas, etc.**

MODIFICACIONES PSICOLÓGICAS EN EL ANCIANO

La pérdida de memoria tiene un efecto negativo a nivel psíquico y le preocupa de manera especial.

Es frecuente una disminución de la autoestima del anciano, relacionada con su jubilación, disminución de las condiciones socio-económicas y muerte de su pareja.

Puede desarrollar mecanismos:

- **De separación o alejamiento.**
- **De integración.**
- **De actividad.**

MODIFICACIONES SOCIALES

La jubilación supone el aislamiento social en muchos casos. La dependencia de la familia y cuidadores hace que el anciano experimente angustia y fatiga. También puede experimentar signos y síntomas de deterioro de la relación con la persona que lo cuida: -Aislamiento, Miedo, Depresión, Confusión y Hostilidad declarada.

PLAN GERONTOLÓGICO NACIONAL

El Plan Gerontológico fué elaborado entre los años 1988-1991, iniciándose su andadura en 1992

Se estructuró en cinco áreas: Pensiones, Salud y Asistencia Sanitaria, Servicios Sociales, Cultura y Ocio, y Participación.

Dentro del Plan Gerontológico Nacional, llevaba escrito en su enunciado: "No debe considerarse este Plan como un documento cerrado, sino que por el contrario, se trata de un Plan abierto y dinámico que, a lo largo del tiempo recogerá las modificaciones y mejoras que en sus objetivos y medidas se juzgue oportuno ir introduciendo".
Plan de Acción para Personas Mayores 2003-2007.

ESTRUCTURA Y CONTENIDO DEL PLAN DE ACCIÓN

- **AREA 1. IGUALDAD DE OPORTUNIDADES:**
- **Objetivo 1- Promover la autonomía y la participación plena de las personas mayores en la Comunidad, en base a los principios del "envejecimiento activo".**
- **Objetivo 2- Avanzar en las políticas de protección a las personas mayores en situación de dependencia.**

ESTRUCTURA Y CONTENIDO DEL PLAN DE ACCIÓN

- **ÁREA II. COOPERACIÓN.**
- **Objetivo 1- Establecer mecanismos o instrumentos estables y permanentes de cooperación interadministrativa y mejorar los existentes para el logro de objetivos que exigen una actuación conjunta.**
- **Objetivo 2- Impulsar mecanismos de cooperación y de participación con la sociedad civil.**
- **Objetivo 3- Desarrollar mecanismos eficaces de cooperación internacional a favor de las personas mayores.**

ESTRUCTURA Y CONTENIDO DEL PLAN DE ACCIÓN

- **ÁREA III. FORMACIÓN ESPECIALIZADA.**
- **Objetivo 1- Impulsar la formación y cualificación de profesionales.**
- **Objetivo 2- Desarrollar programas de acciones formativas dirigidas a la mejor capacitación de los cuidadores no formales.**

ESTRUCTURA Y CONTENIDO DEL PLAN DE ACCIÓN

- **ÁREA IV. INFORMACIÓN E INVESTIGACIÓN.**
- **Objetivo 1- Garantizar a los diferentes sectores de la sociedad el acceso a una información adecuada sobre las personas mayores, desde una perspectiva integral.**
- **Objetivo 2- Garantizar a las entidades públicas y privadas interesadas, a través del Observatorio de Personas Mayores, una información suficiente, validada y comparable sobre diversos aspectos relacionados con dicho sector de población.**
- **Objetivo 3- Impulsar la investigación gerontológica interdisciplinar y el intercambio de experiencias en esta materia, a nivel estatal e internacional.**

GRANDES SINDROMES GERIÁTRICOS: CAIDAS, INMOVILISMO, INCONTINENCIA

El paso del tiempo influye sobre determinadas funciones fisiológicas propiciando una alteración de las mismas. Sin embargo estas modificaciones no deben de confundirse con procesos patológicos, aunque distintas enfermedades puedan influir sobre el proceso de envejecimiento.

CAÍDAS

Se entiende por caída cualquier precipitación al suelo, repentina, involuntaria e insospechada, con o sin lesión secundaria, confirmada por un paciente o un testigo.

El riesgo de caídas se agrava con la edad, de tal manera que en la sexta década de la vida su frecuencia aumenta de forma considerable convirtiéndose tanto en un problema médico como social.

CAÍDAS

Las consecuencias más destacables de las caídas pasan por:

- Las lesiones. Partes blandas y fracturas.
- La hospitalización. Corriendo el riesgo de inmovilismo, UPP, etc.
- La incapacidad.
- La institucionalización.
- La muerte.

FACTORES DE RIESGO

Podemos afirmar que las causas que desencadenan, los factores de riesgo, las caídas son siempre multifactoriales.

El conjunto de factores que influyen en la causa de una caída podemos dividirlo en dos grandes grupos, factores intrínsecos al individuo y factores extrínsecos derivados de la actividad o entorno.

Los ancianos activos sufren caídas relacionadas con factores extrínsecos, mientras que los factores intrínsecos tienen una mayor importancia en los ancianos enfermos.

FACTORES INTRÍNSECOS

Los factores de riesgo intrínsecos están relacionados con las condiciones generales del individuo y se dividen en factores fisiológicos, relacionados con la edad y el proceso de envejecimiento y factores patológicos secundarios a la presencia de enfermedades agudas o crónicas.

FACTORES INTRÍNSECOS

Factores fisiológicos

- Alteraciones oculares.
- Alteraciones auditivas.
- Disminución de la sensibilidad propioceptivas.
- Trastornos del aparato locomotor.
- Modificaciones del equilibrio.

Factores patológicos

- Patología cardiovascular.
- Patología neurológica.
- Patología del aparato locomotor.
- Patología sensorial.
- Patología sistémica.

FACTORES EXTRÍNSECOS

Cuando hablamos de factores extrínsecos debemos de considerar el entorno donde se desenvuelven el anciano y su propia actividad.

Los factores de riesgo son:

- Iluminación del hogar.
- Estados y materiales de los suelos.
- Escaleras. Materiales, diseño y pasamanos.
- Mobiliario en general.
- Condiciones del W.C. y materiales.
- Características del dormitorio.
- Barreras arquitectónicas en la calle.
- Transportes públicos adecuados.
- La soledad del mayor.

PREVENCIÓN

El desarrollo de mecanismos de prevención debe de ir dirigidos tanto a evitar que personas de riesgo caigan por primera vez como a impedir las recaídas de personas igualmente susceptibles y que previamente ya habían sufrido alguna caída.

Las medidas a desarrollar irán encaminadas a disminuir los factores de riesgo tanto intrínsecos como extrínsecos.

INMOVILISMO

El inmovilismo afecta al mayor y su entorno condicionando su calidad de vida, aumentando la morbimortalidad, afectando al entorno familiar, es responsable de un importante coste económico y social, y con frecuencia el anciano con síndrome de inmovilidad termina ingresado en una institución.

Es importante mantener inactivo el menor tiempo posible a un anciano.

La inmovilidad se define como la disminución o interrupción de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras o también como la incapacidad para desplazarse de forma independiente en su espacio vital.

CAUSAS DEL INMOVILISMO

Causas físicas:

- Enfermedades musculoesqueléticas.
- Enfermedades neurológicas.
- Enfermedades cardiorrespiratorias.
- Alteraciones de la marcha y el equilibrio.
- Pérdidas sensoriales auditivas y de visión.
- Enfermedades endocrinometabólicas.
- Enfermedades agudas.
- La incontinencia.

CAUSAS DEL INMOVILISMO

Causas Psíquicas:

- La depresión.
 - Las demencias.
 - Los estados confusionales.
- Otras causas aparte serían:
- Las recomendaciones erróneas de reposo.
 - El consumo de determinados fármacos.
 - La hospitalización.
 - Las barreras arquitectónicas en el domicilio y en el exterior.
 - La ausencia de ayudas técnicas.
 - La falta de apoyo social.
 - La soledad y el aislamiento.

CONSECUENCIAS DEL INMOVILISMO

Las repercusiones de la inmovilidad son múltiples en el anciano:

- **En la función respiratoria.**
- **En la función motriz.**
- **En la función gastrointestinal y metabólica.**
- **En la función urinaria.**
- **En la integridad cutánea.**
- **En la función cognitiva.**
- **En lo que se refiere a sus relaciones con el entorno.**

PLAN DE CUIDADOS

El plan de cuidados debe de ajustarse a las características particulares de cada paciente. Algunos de los elementos a revisar y en su caso evitar son:

- **El uso de restricciones físicas.**
- **Revisar el uso de fármacos que potencien el riesgo de caídas.**
- **Valorar la vía de administración de medicamentos.**
- **El aumento de la actividad debe de realizarse por el día.**
- **Evitar la confusión nocturna.**
- **Acondicionar el entorno para evitar caídas y riesgos de traumatismos.**

PLAN DE CUIDADOS

Los pasos a seguir en el modelo de aumento de la actividad son:

- **Movilización de los pacientes mientras estén encamados.**
- **Sedestación.**
- **Bipedestación.**
- **Trasferencias (cama-sillón a silla de ruedas a W.C.).**
- **Deambulación.**
- **Utilización de ayudas técnicas a la deambulación.**
- **Programa de mantenimiento.**

INCONTINENCIA

Son múltiples los factores que pueden contribuir a la presencia de trastornos en la eliminación, no solo el envejecimiento fisiológico que comporta una serie de cambios anatómicos y funcionales, sino que además pueden verse favorecidos por la presencia de pluripatologías, unido a la plurifarmacia, a las modificaciones físicas y mentales y a los factores ambientales que rodean al anciano.

INCONTINENCIA URINARIA

Se podría definir la incontinencia urinaria como la pérdida involuntaria de orina demostrable objetivamente, producida en un momento y lugar no adecuados, y que provoca en la persona que la sufre un problema higiénico, social y psíquico, así como una importante limitación de su actividad laboral, educacional, familiar e individual.

¿PORQUÉ SE PRODUCE LA INCONTINENCIA?

- **Porque la uretra pierde su capacidad de cierre durante el llenado de la vejiga.**
- **Porque la vejiga se contrae y vacía. Sin poderlo evitar, la persona pierde el control voluntario sobre su vejiga.**
- **Por un mal funcionamiento combinado de la vejiga y la uretra.**

Estos problemas de dependencia no afectan a todas las personas por igual, son las transformaciones fisiológicas unidas al envejecimiento las que pueden contribuir a la aparición de tales problemas en presencia de otros factores.

FACTORES

- **Las transformaciones del aparato genitourinario.**
- **Las transformaciones del aparato locomotor.**
- **La hidratación inadecuada.**
- **La polifarmacología.**

TIPOS Y CAUSAS DE INCONTINENCIA URINARIA

- **Incontinencia transitoria o agua. Es de corta duración, inferior a 4 semanas y las causas principales son el síndrome confusional agudo, la impactación fecal, los procesos infecciosos, la inmovilidad, la polifarmacia, etc.**

TIPOS Y CAUSAS DE INCONTINENCIA URINARIA

- La incontinencia crónica o establecida. La evolución es superior a 4 semanas:
 1. Incontinencia de estrés. Son pequeñas pérdidas al toser, reír, etc. y las causas más comunes son el prolapso de las estructuras pélvicas en la mujer y la debilidad o lesión del esfínter.
 2. Incontinencia de urgencia. Incapacidad de retrasar el vaciamiento, y las causas son la vejiga inestable, tumores, cálculos, etc.
 3. Incontinencia por rebosamiento. Pérdida de pequeñas cantidades de orina para disminuir la presión de la vejiga. Las causas son la obstrucción, la obstrucción anatómica, etc.
 4. Incontinencia funcional. Falta de ganas de acudir al W.C. a tiempo. Las causas son el deterioro de la movilidad, aseo inaccesible, etc.
 5. Incontinencia total. Se caracteriza por la falta completa del control sobre la micción. Las causas son las lesiones nerviosas y las demencias graves.

VALORACIÓN DEL ANCIANO CON INCONTINENCIA URINARIA

La incontinencia en el anciano es un problema multifactorial en el que pueden confluír factores funcionales, psíquicos, sociales, etc. Por tanto es preciso hacer una valoración global para determinar el grado de dependencia y las posibles causas de dificultad.

HISTORIA CLÍNICA

Además de recoger los antecedentes previos, y los problemas actuales, se centrará en las características de la incontinencia urinaria:

- **Comienzo.**
- **Frecuencia.**
- **Datos específicos de cada tipo de incontinencia.**
- **Síntomas asociados.**
- **Consumo de fármacos.**
- **Antecedentes quirúrgicos.**
- **Dificultades para acceder al aseo.**
- **Dificultades para vestirse y desvestirse.**
- **Presencia de barreras arquitectónicas en el domicilio.**

EXPLORACIÓN FÍSICA

Se debe valorar la movilidad, la capacidad de traslado y la destreza manual. Y también la inervación lumbosacra, motora, sensorial y refleja de las extremidades inferiores, la sensación perianal y genital y el reflejo bulbocavernoso.

- **Exploración abdominal.**
- **Exploración genitourinaria femenina y masculina.**

La exploración se debe completar con una evaluación de la capacidad cognitiva y de la independencia en el autocuidado.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Para completar toda la valoración deben realizarse todas las pruebas de laboratorio necesarias como una bioquímica hemática, sedimento de orina y urocultivo si hubiere sospecha de infección.

Otros tipos de pruebas son:

- **Citoscopia.**
- **Flujometría de orina.**
- **Cistometría.**
- **Perfil de presión uretral.**
- **Cistouretrografía miccional.**
- **Electromiografía del esfínter.**

OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN LA INCONTINENCIA URINARIA

Una vez realizada la valoración y detectadas las posibles causas del problema, se deben plantear unos objetivos y un plan de cuidados. Las intervenciones varían en función del tipo de incontinencia.

Es importante establecer metas que sean aceptables y que sean alcanzables para cada paciente, ya que en ocasiones la prioridad del paciente difiere del criterio que tienen los profesionales.

OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN LA INCONTINENCIA URINARIA

- **Vida diaria con incontinencia urinaria.** El grado de incontinencia tiene un impacto desigual sobre la vida diaria. Los que padecen una incontinencia de esfuerzo y viven en la comunidad, generalmente se manejan bien sin restringir sus actividades diarias y sociales. Cuando no existe ningún control urinario, la vida diaria se ve afectada de una forma importante.
- **Influencia de la incontinencia urinaria en las actividades de la vida diaria:** En la alimentación, en el movimiento, en el reposo y sueño, en la higiene, etc.

MEDIDAS GENERALES. TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

- **Medidas socioambientales.**
- **Medidas personales.**
- **Dispositivos de ayuda.** Absorbentes, sistemas de recolección externa, dispositivos de cierre uretral, pesarios, sondaje vesical.
- **Técnicas de modificación de conducta.** Hoja de registro de micciones, entrenamiento vesical, entrenamiento del hábito.

INCONTINENCIA FECAL

La incontinencia fecal es la incapacidad para controlar la salida del gas y las heces por el ano. Es el estado en que el individuo experimenta un cambio en los hábitos normales de eliminación caracterizado por la evacuación involuntaria de heces.

Cualquier trastorno que altere la función de control del esfinter anal puede producir incontinencia fecal.

TIPOS Y CAUSAS DE INCONTINENCIA FECAL

- **Incontinencia por rebosamiento.**
- **Incontinencia por función anorectal alterada. Prolapso rectal, enfermedades del esfinter anal.**
- **Incontinencia por sobrecarga del esfinter. Enfermedad inflamatoria intestinal.**
- **Incontinencia neurógena. ACV, tumores.**
- **Incontinencia funcional. Demencias, traumatismos, tumores.**

VALORACIÓN DEL ANCIANO CON INCONTINENCIA FECAL

- **Historia, recogida de datos y entrevista:** -recogida de datos sobre la función intestinal, - historia médica y quirúrgica, - consumo de alimentos y líquidos, - medicamentos que consume, - creencias familiares y culturales, - nivel de actividad.

VALORACIÓN DEL ANCIANO CON INCONTINENCIA FECAL

- **Exploración física.** - Examen neurológico completo. -Examen de las funciones mentales. - Exploración abdominal. - Existencia de impactación fecal, hemorroides, fisuras, etc. - Valoración funcional y ambiental. -Examen de la piel.

VALORACIÓN DEL ANCIANO CON INCONTINENCIA FECAL

- **Pruebas de laboratorio y complementarias. Hay que obtener muestras para analítica de heces, así como de orina. Conviene también realizar otra serie de pruebas como Rx, anoscopia, manimetría anal, electromiografía, etc.**

OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN LA INCONTINENCIA FECAL

El objetivo debe centrarse en mantener el mayor grado de independencia en la satisfacción de la necesidad de eliminación, pero las intervenciones varían en función de la causa subyacente al problema de control intestinal.

- **Influencia de la incontinencia fecal en las actividades de la vida diaria: - en la alimentación, - en el movimiento, -en el reposo y sueño, -en la higiene.**

INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

- **Control de la dieta e ingesta de líquidos.**
- **Ejercicio y actividad física.**
- **Los medicamentos.**
- **Horario de eliminación intestinal.**
- **Utilización de laxantes.**
- **Utilización de productos absorbentes.**

ESTREÑIMIENTO

El estreñimiento es considerado como una alteración del patrón intestinal normal de la persona.

El estreñimiento crónico es el síntoma, después del dolor, que con más frecuencia expresan los ancianos sobre todo los mayores de 70 años. El estreñimiento crónico no es más que un síntoma, que puede derivar de diferentes causas.

ESTREÑIMIENTO

Hay 4 variables que cabe tener en cuenta para valorar la normalidad o anormalidad de la deposición de las heces:

- **Frecuencia de la defecación. La normalidad es entre 3 y 21 deposiciones por semana.**
- **Consistencia de las heces. Contenido hídrico del 70% del total.**
- **Esfuerzo defecatorio. Esfuerzos en más del 25% de las deposiciones.**
- **Satisfacción postevacuadora. Debe estar presente en el 75% de las deposiciones.**

ESTREÑIMIENTO

Resumiendo, el anciano presenta síntomas de estreñimiento cuando:

- **Defeca menos de 3 veces por semana.**
- **Heces de consistencia dura.**
- **Con gran esfuerzo en más del 25% de las defecaciones.**
- **Con insatisfacción postevacuadora tras más de 25% de las defecaciones.**

FACTORES DE RIESGO Y ETIOLOGÍA

Los factores de riesgo en el estreñimiento son: -Sexo femenino. -Edad avanzada. -Residente en sociedad industrializada. -Bajo nivel socioeconómico. -Alimentación pobre en fibra.

Las causas de estreñimiento son: -Alteraciones estructurales del rectocolon. -Como síntoma secundario a enfermedades sistémicas o sus tratamientos. -Por alteraciones funcionales del intestino grueso o de la zona puborectal.

TRATAMIENTO

En el tratamiento del estreñimiento deben tenerse en cuenta, en primer lugar, las causas que lo han producido. En lo que primero se piensa para aliviar el estreñimiento son en los laxantes, enemas y supositorios. La ingesta de líquidos y de alimentos ricos en fibra, así como realizar ejercicio de forma periódica, deben tenerse en cuenta también.

IMPACTACIÓN FECAL

La impactación fecal o fecaloma consiste en una masa dura y compacta de materia fecal en el recto que el individuo no puede expulsar.

La impactación fecal es muchas veces enmascarada por una falsa diarrea secundaria a la expulsión de moco manchado de heces por la impactación y por incontinencia fecal.

El tratamiento de la impactación fecal implica la eliminación manual de los fecalomas con o sin enemas oleosos previos para ablandarlos.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y DETERIORO COGNITIVO DEL ANCIANO

Los accidentes en el anciano constituyen la primera causa de lesiones e incapacidad y la quinta causa de mortalidad en personas de más de 75 años.

Las caídas es la causa más frecuente de accidentes en el anciano. De cada sujeto que sufre una caída, del 5 al 25% presenta lesiones importantes, y de los que ingresa en hospital el 50% sobrevive un año más.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y DETERIORO COGNITIVO DEL ANCIANO

Existen unas medidas para prevenir accidentes.

- **Medidas a tomar para prevenir caídas son las siguientes: -Actuar sobre la patología de base si existe. -Actuar sobre la vivienda.**
- **Medidas para prevenir el envenenamiento por gas.**
- **Medidas para prevenir las quemaduras.**
- **Medidas para evitar accidentes en la calle.**
- **Medidas para prevenir la aparición de depresión en el anciano.**

ORIENTACIÓN PARA EL AUTOCAUIDADO. HÁBITOS DIETÉTICOS

El paciente anciano va desarrollando a lo largo de los años sus propios hábitos de vida. No debemos modificar dichos hábitos, siempre que sea posible, por el hecho de estar ingresado en el hospital. El anciano requiere unos cuidados para sentirse bien y evitar la aparición de problemas.

CUIDADOS QUE REQUIERE EL ANCIANO

- **Cuidados de la boca.**
- **Cuidados del pelo.**
- **Cuidados de las uñas.**
- **Baño parcial o total.**
- **Cuidados de los pies.**
- **Cuidados de la piel.**
- **Cuidados respiratorios.**
- **Cuidados nutricionales.**
- **Cuidados de eliminación.**

CUIDADOS DE LA BOCA

Los cuidados de la boca van dirigidos a conservar en buenas condiciones la cavidad bucal y a evitar el deterioro y caída de los dientes, con el fin de mantener sus hábitos nutricionales y su autoimagen. Estos cuidados incluyen:

CUIDADOS DE LA BOCA

- **Revisión cada 6 meses de la cavidad bucal.**
- **Los alimentos lácteos fortalecen la mandíbula inferior y las sopas previenen la sequedad de boca.**
- **Cepillarse los dientes después de cada comida.**
- **Explicarle los signos y síntomas de las afecciones de la boca: -Mal aliento. -Saliva pegajosa. -Intolerancia al frío y calor. - Poco apetito.**
- **Forma de cepillarse los dientes.**
- **Sugerir enjuagues bucales con zumo de limón o menta.**
- **Hidratar los labios con una crema hidrosoluble.**
- **Los cuidados bucales incluyen también los cuidados de la dentadura postiza: -Adaptarse a la nueva dentadura. -Enseñarle a colocarse la dentadura. - Enseñarle a limpiar la prótesis dental.**

CUIDADOS DEL PELO

- **Cepillar el pelo dos veces al día.**
- **Lavar el pelo una vez a la semana con un champú que no reseque y no irrite los ojos.**
- **Cortar el pelo una vez al mes.**
- **Tras el lavado secarlo con una toalla y si se desea usar una loción fijadora.**
- **Si utiliza laca usar pulverizadores y no spray de aerosol.**
- **Si hay signos de calvicie utilizar gorros, sombreros, peluca o peluquín.**

CUIDADOS DE LAS UÑAS

- **No sumergir las manos en agua y si es necesario colocarse guantes.**
- **Hidratar uñas y cutícula cada día para mantenerlas blandas y evitar que se rompan.**
- **Masajear las uñas para facilitar la circulación.**
- **Realizar la manicura una vez a la semana.**

CUIDADOS EN EL BAÑO

El baño de limpieza, método de higiene corporal, constituye un medio para favorecer la eliminación de las toxinas y dar vitalidad a los tejidos. Desengrasa la piel y permite evitar más fácilmente las úlceras.

En el baño, el anciano debe ser vigilado y acompañado en todo momento. Se cerrarán las ventanas y se caldeará la estancia. Se colocará una alfombra antideslizante para evitar que resbale.

Incidencias: Si el enfermo se mareo dentro de la bañera y no puede salir, se le sostendrá la cabeza fuera del agua, se vaciará la bañera y se recubrirá a la persona con mantas mientras se va a buscar ayuda. Mientras, se realizarán los cuidados básicos de actuación ante el mareo o síncope.

EL BAÑO EN PACIENTES ENCAMADOS

Es el aseo que se realiza al enfermo que no puede levantarse. Se comienza preparando todo lo necesario:

- **Guantes.**
- **Hule, sábanas pequeñas y manta de baño, dos toallas y esponjas.**
- **Palangana, un jarro, agua caliente, agua fría y jabón neutro.**
- **Tijeras, peine, crema hidratante.**
- **Material para el aseo de la boca.**
- **Material para el afeitado.**
- **Ropa limpia para el enfermo y para la cama.**

EL BAÑO EN PACIENTES ENCAMADOS

El aseo se hace por zona del cuerpo:

- **Cara y cuello.**
- **El tórax.**
- **Extremidades.**
- **El vientre y órganos genitales.**

CUIDADOS DE LOS PIES

Para un buen cuidado de los pies es necesario informar al paciente de:

- La importancia de realizar visitas al podólogo de forma regular.
- Utilizar calcetines de algodón o nylon.
- Utilizar zapatos cerrados y antideslizantes, de piel natural y plantillas almohadilladas.
- Eliminar del calzado todo lo que produzca roces o ampollas.
- Cuando utilice un calzado nuevo no mantenerlo puesto mas de media hora.
- Examinar los pies a diario prestando atención a enrojecimiento, heridas, callos, etc.
- Tras el lavado aplicar una loción.
- Una vez a la semana dar baños de agua caliente realizando ejercicios de movilidad.
- Frotar los talones con una piedra pómez.
- Cortar las uñas en línea recta.
- Dar masajes en dedos y planta para favorecer la circulación.

CUIDADOS DE LA PIEL

Debido al papel esencial que desarrolla la piel en el funcionamiento del organismo, hay que mantenerla en perfecto estado de limpieza. La piel necesita una limpieza regular (baño y ducha) para mantenerla flexible y protectora.

Basta el agua jabonosa para disolver los cuerpos grasos y eliminar de la piel la grasa sucia y maloliente. Los baños fríos y calientes, no deben de ser muy largos o las temperaturas demasiado extremas.

Ciertas partes del cuerpo merecen una atención especial; las manos deben estar siempre limpias incluyendo uñas, cara, nariz, boca y dientes, que deben limpiarse frecuentemente; la región perineal debe lavarse varias veces al día.

La ropa blanca y la ropa interior deben estar limpias, y ser permeables al aire para poder absorber el sudor.

Hay que evitar el sol excesivo y las corrientes de aire.

Con una higiene cuidadosa y diaria se puede conservar la piel en excelente estado.

CUIDADOS RESPIRATORIOS

Para prevenir los problemas respiratorios es necesario:

- Enseñar al anciano las técnicas de respiración profunda y expectoración. La respiración profunda mejora la expansión pulmonar y la expectoración evita el aumento de secreciones.
- Si el paciente está encamado cambiarle de posición cada dos horas, comprobando que le permite una respiración adecuada.
- Animar al paciente a consumir comidas ligeras y frecuentes ya que la abundancia de alimentos dificulta la respiración.
- Si el paciente tiene secreciones aconsejarle que beba líquidos y suprima los lácteos.
- Aconsejar al paciente un examen físico al año.

CUIDADOS NUTRICIONALES. HABITOS DIETÉTICOS

Las personas de edad avanzada pueden presentar problemas específicos debido a las modificaciones fisiológicas propias del envejecimiento, a trastornos que afectan a la ingestión, digestión y absorción de los alimentos o a la metabolización de las sustancias nutritivas.

NECESIDADES NUTRITIVAS

- **Energía:** Con el descenso del metabolismo basal y de la actividad física existe una disminución del gasto energético. La disminución de los requerimientos calóricos puede hacer disminuir la ingesta de nutrientes esenciales, por esto se ha de recomendar la ingesta de grasas saturadas, hidratos de carbono simples, y aumentar los alimentos nutritivos como cereales, frutas, verduras y carnes poco grasas.

NECESIDADES NUTRITIVAS

- **Proteínas:** Se recomienda aumentar la ingesta de proteínas de alto valor biológico y aumentar la cantidad de calcio en la dieta.
- **Vitaminas:** Es recomendable dar dosis suplementarias de vit. C y aumentar el consumo de hígado y carne y de frutas y verduras.

NECESIDADES NUTRITIVAS

- **Minerales:**
- **Calcio:** Se aconseja la ingesta de 1500 mg al día.
- **Magnesio:** Se recomiendan de 300 a 400 mg al día.
- **Sodio:** Se recomienda la reducción del consumo de sal.
- **Hierro.** Se recomienda una ingesta superior a 10 mg por día.
- **Fibra:** Es recomendable una dieta rica en fibra con frutas y verduras.

FACTORES QUE AFECTAN AL ESTADO NUTRICIONAL DEL ANCIANO

- **Factores socioeconómicos y culturales.**
- **Defectos bucales.**
- **Factores fisiológicos.**
- **Reservas insuficientes de vitaminas y minerales.**

CUIDADOS EN LA ELIMINACIÓN

- Explicar al paciente que no siempre es necesaria una deposición al día, ya que con el aumento de los años hay una pérdida del tono muscular.
- Se puede realizar un programa para ayudar al paciente a controlar el patrón intestinal suprimiendo los enemas y laxantes.
- Informar al paciente que es bueno beber medio vaso de zumo de ciruela antes del almuerzo.
- Informar al paciente de la posición adecuada para defecar.
- Elaborar una dieta adecuada al paciente.
- Estimular al paciente a ingerir de dos o tres litros de líquido al día y a tomar frutas y verduras.

CUIDADOS EN LA ELIMINACIÓN

A pesar de que la incontinencia urinaria no es un trastorno propio del envejecimiento, sí es una de las situaciones más frecuentes.

- Descartar que exista cualquier tipo de patología en el paciente.
- Facilitar al paciente el acceso al baño.
- El aseo debe disponer de medidas de seguridad.
- Asegurarse de que tenga fácil acceso al timbre de llamada.
- Informarle de la necesidad de estar bien hidratado.
- Valorar la posibilidad de usar pañales, contenedores urinarios, etc.
- Vigilar los signos y síntomas de infección.

PRINCIPALES PROBLEMAS DEL ANCIANO

- **Conceptos:**
- **Envejecer no es lo mismo que enfermar, aunque se acompaña de un mayor número de padecimientos.**
- **Un anciano no es estrictamente un adulto mayor, porque durante el envejecimiento se han producido cambios muy importantes en sus órganos y sistemas tanto fisiológica, funcional, y psicológica como socialmente.**

CARACTERÍSTICAS DEL ANCIANO

- **Pluripatología y mayor tendencia a la cronicidad e invalidez.**
- **Más vulnerable a las agresiones porque sus mecanismos de defensa son más limitados y tienen menor reserva fisiológica.**
- **Las enfermedades se manifiestan, se diagnostican y tratan de distinta forma.**
- **Mayor implicación social y mayor repercusión psíquica.**

CONCEPTO DE EDAD EN GERIATRÍA

No todos envejecemos de igual forma, ni en cuanto a la morfología ni en cuanto a la función se refiere, de forma que podemos clasificar la edad según tres conceptos distintos.

EDAD CRONOLÓGICA

Es la determinada en función del tiempo transcurrido desde el nacimiento, se refiere al tiempo de vida de las personas y son los que se consideran de forma legal en nuestra sociedad: mayoría de edad, derecho al voto y jubilación.

EDAD BIOLÓGICA

Corresponde al estado funcional de los órganos de nuestro cuerpo comparados con patrones estándar establecidos para cada edad o grupos de edad. No es siempre concordante con la edad cronológica.

EDAD FUNCIONAL

Expresa la capacidad de mantener los roles personales y la integración social del individuo en la comunidad para lo que se precisa conservar razonables cotas de capacidades físicas.

El proceso de envejecimiento no es uniforme a lo largo de los años de vida de un individuo, produciéndose además entre los órganos y sistemas.

ANCIANO FRÁGIL

Se caracteriza por encontrarse en una situación inestable que le predispone a un deterioro importante o incluso a ingresar en una institución de por vida. Según la OMS un anciano frágil es aquel que se caracteriza por:

- **Presentar patologías crónicas e invalidantes.**
- **Edad superior a los 80 años.**
- **Residentes en instituciones.**
- **Sexo femenino.**
- **Pobreza.**

ANCIANO SANO

No presenta patología, alteración funcional, psíquica o problemas sociales.

ANCIANO ENFERMO

Padece una enfermedad ya sea aguda o crónica sin problemática funcional, mental o social y no cumple criterios de anciano de alto riesgo o anciano frágil.

PACIENTE GERIÁTRICO

- **Edad superior a 75 años.**
- **Pluripatología relevante.**
- **El proceso o enfermedad principal tiene carácter incapacitante.**
- **Patología mental acompañante o predominante.**
- **Problemática social en relación con su estado de salud.**

ENVEJECIMIENTO FISIOLÓGICO

- **Alteración de los sistemas sensoriales.**
- **Inestabilidad vasomotora.**
- **Disminución de la fuerza muscular y capacidad aeróbica.**

PROCESOS AGUDOS Y CRÓNICOS

La presencia de pluripatologías, enfermedades agudas, enfermedades con tendencia a la cronicidad, y de determinados problemas geriátricos disminuyen la reserva fisiológica de los ancianos, favoreciendo la aparición prematura de limitaciones funcionales.

ABUSOS Y DESUSOS

Abusos:

- **Factores sociales:** malas condiciones de vivienda, etc.
- **Factores económicos.**
- **Estilos de vida.**
- **Hábitos tóxicos.**

Desusos:

- **Inactividad, inmovilidad.**
- **Factores nutricionales.**
- **Reposo en cama de forma prolongada.**

REPERCUSIONES EN EL CUIDADOR DE ANCIANOS DEPENDIENTES

- **El estrés personal y emocional.**
- **Pena.**
- **Culpa.**
- **Enojo.**
- **La violencia y la agresión.**

Sugerencias:

- **Mantenga la calma.**
- **Trate de derivar la atención de la persona a una actividad serena.**
- **Concédele a la persona mas espacio.**
- **averigüe qué causó esa reacción y trate de evitarlo en el futuro.**
- **Si la violencia ocurre a menudo, pida ayuda.**

REPERCUSIONES EN EL CUIDADOR DE ANCIANOS DEPENDIENTES

- **Cuidarse de uno mismo.**
- **Comparta sus problemas.**
- **Tiempo para uno mismo.**
- **Conozca sus límites.**
- **Vergüenza.**
- **Soledad.**
- **Ayuda para el cuidador: -Ayuda médica con el diagnóstico y el cuidado. -Ayuda en las tareas de cuidado. -Descansos para el cuidador. - Controles regulares de salud para el cuidador. -Cuidado en casa, centros diurnos o casa de salud.**

REGLAS PARA LOS CUIDADORES

- **Dormir lo suficiente.**
- **Seguir una dieta saludable.**
- **Hacer ejercicio físico regularmente.**
- **No abusar de bebidas alcohólicas ni de drogas.**
- **Llevar una vida social activa con familiares y amigos.**
- **Conseguir objetivos propios.**
- **Buscar ayuda en la familia, amigos, etc.**
- **Utilizar la ayuda a domicilio.**

REGLAS PARA LOS CUIDADORES

No hay que olvidarse que es normal sentirse enfadado, frustrado o deprimido de vez en cuando, o que las emociones empiezan a estar fuera de control, hay que tomar las siguientes determinaciones:

- **Alejarse de la situación en cuestión.**
- **Comentar el caso con alguien de confianza.**
- **Solicitar los servicios de "Ayuda a domicilio".**
- **Consultar con un médico u otro profesional de la salud.**
- **Escribir los sentimientos en un diario.**
- **Utilizar los grupos de ayuda para cuidadores.**