

ADeN

LEYNOFOR



Atención y cuidados en el anciano: concepto de ancianidad, cambios físicos asociados con el envejecimiento. Apoyo a la promoción de la salud y educación sanitaria. Medidas de apoyo a la persona cuidadora del dependiente.

Conceptos Generales

Concepto de Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso natural que experimentamos a lo largo de nuestras vidas y que conlleva cambios físicos, psicológicos y sociales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el envejecimiento como "el proceso de cambios en las funciones fisiológicas, psicológicas y sociales que ocurren con el tiempo y que se asocian con un incremento de la vulnerabilidad a enfermedades y discapacidades". Esta definición pone énfasis en los aspectos multidimensionales del envejecimiento y destaca la importancia de considerar no solo los cambios físicos, sino también los aspectos psicológicos y sociales que influyen en la calidad de vida de las personas mayores.

Por otro lado, Biner y Bourline, dos reconocidos expertos en gerontología, definen el envejecimiento como "un proceso continuo y gradual de transformación de los organismos que se inicia en el momento del nacimiento y continúa a lo largo de toda la vida". Esta perspectiva destaca que el envejecimiento no se limita a una etapa específica, sino que es un proceso que abarca todo el ciclo vital. Además, subraya la idea de que el envejecimiento implica cambios y adaptaciones constantes en el organismo, tanto a nivel físico como emocional y social.

Ambas definiciones resaltan la complejidad del envejecimiento y la necesidad de considerar sus múltiples dimensiones. El envejecimiento no se limita solo al deterioro físico, sino que involucra aspectos emocionales, sociales y cognitivos. Comprender estas definiciones nos permite tener una visión más amplia y enriquecedora del proceso de envejecimiento, promoviendo así una mejor atención y calidad de vida para las personas mayores.

Tipos de Envejecimiento

Existen diferentes tipos de envejecimiento que reflejan las distintas formas en que las personas pueden experimentar el proceso de envejecer. Uno de ellos es el envejecimiento fisiológico, que se refiere al envejecimiento natural de los órganos y tejidos del cuerpo, con la capacidad de adaptarse a los cambios del entorno.

Por otro lado, encontramos el envejecimiento saludable, que se caracteriza por un déficit funcional mínimo. En este tipo de envejecimiento, se prioriza la prevención temprana de enfermedades y discapacidades, promoviendo estilos de vida saludables, el cuidado de la salud y la atención integral.

Sin embargo, también existe el envejecimiento patológico, en el cual los procesos patológicos alteran e impiden la adaptación del individuo al entorno. En este caso, pueden presentarse enfermedades crónicas, discapacidades o condiciones de salud que limitan la calidad de vida y el bienestar de la persona mayor.

Por último, está el envejecimiento activo, un concepto desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que busca optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad a medida que las personas envejecen. El envejecimiento activo se centra en mejorar la calidad de vida de los adultos mayores a través de la promoción de la salud, la participación social y la seguridad en diferentes aspectos de sus vidas.

Conceptos:

Se refiere al *conjunto de cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que ocurren con el paso del tiempo y que tienen un impacto en la salud y el bienestar de las personas*. El envejecimiento se divide en diferentes etapas, siendo la **presenescencia** la etapa que abarca a partir de los 50 años y la **senescencia** o vejez (ancianidad) a partir de los 65 años.

La **gerontología** es la ciencia que se encarga de estudiar el proceso de envejecimiento en todos sus aspectos, incluyendo los aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. Esta disciplina busca comprender los cambios que ocurren durante el envejecimiento y promover estrategias para mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

Por otro lado, la **geriatria** es una rama de la medicina y la gerontología que se enfoca en el cuidado de la salud de las personas mayores. La geriatría tiene un enfoque preventivo, clínico y terapéutico, abordando la valoración, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación de las patologías agudas y crónicas que afectan a los adultos mayores.

Finalmente, la senilidad se refiere a la condición de un paciente mayor que presenta afectación mental. Esta puede manifestarse a través de deterioro cognitivo, pérdida de memoria, dificultades de comunicación y cambios en el comportamiento. La senilidad puede estar asociada a diferentes enfermedades, como la enfermedad de Alzheimer u otras demencias, y requiere una atención especializada y cuidados adecuados.

Clasificación de la Persona Mayor

Según su estado de salud.

Por un lado, se encuentran las **personas mayores sanas**, que se caracterizan por mantener un equilibrio inestable pero adaptativo en términos físicos, funcionales, mentales y sociales acorde a su edad cronológica. Estas personas son capaces de ajustar su funcionamiento a las posibilidades propias de su edad y gozan de un buen estado general de salud.

Por otro lado, nos encontramos con las **personas mayores enfermas**, quienes presentan alguna afección de carácter agudo o crónico, aunque no incapacitante, y que no cumplen con los criterios de ser considerados pacientes geriátricos. Estas afecciones pueden ser de diversa naturaleza y gravedad, pero no limitan de manera significativa su funcionalidad ni su capacidad de desenvolverse en la vida cotidiana.

Clasificación de >65 años según la OMS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece una clasificación específica para las personas mayores de 65 años, centrándose en aquellos que se encuentran en una situación de riesgo o fragilidad. Estas personas presentan ciertas condiciones que pueden llevar a una disminución en su funcionalidad y reserva fisiológica, aumentando así el riesgo de experimentar eventos adversos, como morbilidad y mortalidad.

El esquema de clasificación propuesto por la OMS incluye los siguientes factores de riesgo o indicadores de fragilidad:

1. **Edad superior a 80 años:** A medida que se avanza en edad, aumenta la vulnerabilidad y la probabilidad de desarrollar fragilidad.
2. **Vivir solo:** La falta de apoyo y cuidado de otras personas puede aumentar el riesgo de complicaciones y deterioro en la salud.
3. **Viudez reciente (<1 año), cambios de domicilio:** La pérdida de un cónyuge o los cambios bruscos en el entorno pueden generar estrés emocional y dificultades en la adaptación.
4. **Patología crónica, depresión, deterioro cognitivo:** La presencia de enfermedades crónicas, problemas de salud mental y deterioro cognitivo contribuyen a la fragilidad y a un mayor riesgo de complicaciones.
5. **Consumo de múltiples fármacos:** Tomar más de tres medicamentos puede aumentar el riesgo de interacciones medicamentosas y efectos adversos.
6. **Ingreso hospitalario (<1 año):** Un reciente ingreso hospitalario puede debilitar a la persona y hacerla más vulnerable a futuros eventos adversos.
7. **Atención médica o enfermería domiciliaria una vez al mes:** La necesidad de atención médica o de enfermería en el hogar con una frecuencia mensual indica un mayor nivel de fragilidad y dependencia.

8. **Incapacidad funcional:** La dificultad o la pérdida de capacidad para llevar a cabo actividades diarias básicas, como vestirse, bañarse o moverse, indica un mayor grado de fragilidad.
9. **Situación económica precaria:** La falta de recursos económicos adecuados puede limitar el acceso a la atención médica y a los cuidados necesarios.

Es importante tener en cuenta que cumplir con tres o más de estos indicadores de fragilidad no significa que una persona esté destinada a tener una mala calidad de vida, pero sí señala la necesidad de una atención y un cuidado especializados para preservar su bienestar y reducir los riesgos asociados a su situación de fragilidad.

Cuestionario de Barber:

El cuestionario de Barber es una herramienta utilizada en el ámbito de la gerontología y la geriatría para evaluar el riesgo de fragilidad en las personas mayores. Fue desarrollado por el médico y geriatra William Barber y consta de una serie de preguntas diseñadas para identificar diferentes aspectos que pueden indicar la presencia de fragilidad.

El cuestionario de Barber se enfoca en evaluar factores relacionados con la salud física, funcionalidad, salud mental, apoyo social y estado nutricional. Las preguntas abarcan temas como la presencia de enfermedades crónicas, dificultades para realizar actividades diarias, síntomas depresivos, uso de medicamentos, capacidad para caminar y movilidad, entre otros aspectos relevantes para la salud y el bienestar de las personas mayores.

Las respuestas obtenidas a través del cuestionario permiten obtener una puntuación que indica el nivel de fragilidad de la persona evaluada. Un puntaje más alto sugiere una mayor fragilidad y un mayor riesgo de complicaciones y eventos adversos. Esta evaluación puede ayudar a los profesionales de la salud a identificar a las personas mayores que requieren una atención y un cuidado más especializados, así como a implementar intervenciones preventivas y de apoyo para mejorar su calidad de vida y reducir los riesgos asociados a la fragilidad.

Paciente geriátrico:

Un paciente geriátrico se refiere a una persona que presenta una serie de características que requieren una atención y tratamiento específicos. La identificación de un paciente geriátrico es de gran importancia, ya que implica considerar y abordar de manera adecuada las particularidades y necesidades propias de la población de adultos mayores.

Existen varios criterios que se utilizan para determinar si un paciente puede ser considerado geriátrico:

1. Tener 75 años o más
2. presencia de pluripatología relevante. Esto significa que el paciente presenta múltiples enfermedades o condiciones médicas crónicas que requieren una gestión y seguimiento integral.
3. incapacidad funcional. Esto implica que el paciente tiene dificultades para llevar a cabo actividades cotidianas básicas por sí mismo, como vestirse, bañarse o moverse.
4. La presencia de patología mental o deterioro cognitivo. Esto incluye trastornos mentales como la depresión o la ansiedad, así como el deterioro de las funciones cognitivas, como la memoria o la capacidad de pensamiento.
5. limitación social. Esto se refiere a la falta de apoyo social o aislamiento, lo que puede tener un impacto significativo en la salud y el bienestar del individuo.

Es importante tener en cuenta que estos criterios no son excluyentes entre sí, sino que se consideran en conjunto para determinar si un paciente cumple con la clasificación de geriátrico. Identificar a un paciente como geriátrico permite que los profesionales de la salud diseñen un enfoque de tratamiento y cuidado adecuado a las necesidades específicas de la población de adultos mayores, teniendo en cuenta aspectos médicos, funcionales, mentales y sociales para brindar una atención integral y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Cambios Fisiológicos y Anatómicos durante el envejecimiento

Durante el proceso de envejecimiento, se producen una serie de cambios en el organismo que afectan tanto a nivel estructural como funcional. Estos cambios son parte natural del envejecimiento y pueden variar en cada individuo.

Uno de los cambios más evidentes es la atrofia de órganos y tejidos. Con el paso de los años, los órganos y tejidos tienden a disminuir en tamaño y perder parte de su función. Este proceso puede afectar a diferentes sistemas del cuerpo, como el cardiovascular, el musculoesquelético o el sistema nervioso.

Además de la atrofia, se produce una disminución en la capacidad funcional del organismo. Esto implica que ciertas funciones corporales pueden volverse menos eficientes o presentar dificultades. Sin embargo, es importante destacar que el cuerpo humano tiene una reserva funcional, que le permite adaptarse y responder ante demandas o situaciones de estrés. Aunque la capacidad funcional puede disminuir con la edad, esta reserva funcional puede ayudar al organismo a mantener un equilibrio y a responder adecuadamente a los desafíos.

Es fundamental tener en cuenta que estos cambios son inherentes al proceso de envejecimiento y no necesariamente indican la presencia de enfermedad o patología. Se consideran cambios fisiológicos normales que ocurren de manera gradual a lo largo de los años.

Sin embargo, es importante destacar que, a medida que envejecemos, también aumenta la susceptibilidad a desarrollar enfermedades y condiciones patológicas. La capacidad de respuesta y readaptación del organismo puede verse afectada, lo que implica que la recuperación de enfermedades o lesiones puede requerir más tiempo y esfuerzo en comparación con personas más jóvenes.

Cambios Generales en el anciano sano.

Durante el envejecimiento, se producen una serie de cambios en el organismo del anciano sano que son parte natural del proceso de envejecer. Estos cambios afectan a diferentes aspectos del cuerpo y pueden tener implicaciones en la salud y el bienestar del individuo.

Uno de los cambios más evidentes es la disminución en la elasticidad e hidratación de los tejidos. Con el paso de los años, la piel tiende a volverse más seca y menos flexible, lo que puede llevar a la aparición de arrugas y otros signos visibles de envejecimiento.

Además, se produce una disminución en el agua corporal total, lo que puede tener impacto en diferentes funciones del organismo, como la regulación de la temperatura corporal y el transporte de nutrientes y desechos.

El metabolismo basal también disminuye en el anciano sano. El metabolismo basal es la cantidad de energía que el cuerpo necesita para realizar sus funciones básicas en reposo. Esta disminución en el metabolismo basal implica que el cuerpo requiere menos energía para mantener su funcionamiento, lo que puede influir en el peso corporal y la composición corporal.

Otro cambio importante es la disminución en el volumen y peso de los órganos. A medida que envejecemos, los órganos pueden reducir su tamaño y peso, lo cual puede tener implicaciones en su funcionamiento.

La vascularización capilar también se ve afectada durante el envejecimiento. La capacidad de los vasos sanguíneos para transportar sangre y nutrientes a los tejidos puede disminuir, lo que puede tener consecuencias en la circulación y la oxigenación de los tejidos.

En cuanto a la respuesta celular, se observa un retraso en la diferenciación y crecimiento celular en el anciano sano. Esto implica que los procesos de regeneración y reparación celular pueden tomar más tiempo en comparación con personas más jóvenes.

Además de estos cambios, se observa un aumento en el tiempo de cicatrización de las heridas y una mayor proporción de masa grasa en relación con la masa magra. También se produce una redistribución de la grasa corporal, con una tendencia a acumular grasa en el abdomen y en otras áreas específicas.

Piel

- Atrofia de las glándulas sudoríparas y sebáceas: **piel seca** y apergaminada, aumento del riesgo de deshidratación.
- Ausencia de melanocitos: menor protección UVA, mayor vulnerabilidad a los efectos dañinos del sol.
- Dificultad en termorregulación: hipotermia e insolación, menor capacidad para regular la temperatura corporal.
- Aumento de masa grasa subcutánea: pérdida de definición de contornos faciales y corporales.
- Disminución de receptores de tacto y presión: mayor riesgo de úlceras por presión y quemaduras.
- Alteraciones en tejido conectivo: formación de arrugas y pérdida de elasticidad de la piel.
- Presencia de lentigos (pecas) y palidez: cambios en la pigmentación de la piel.
- Formación de bolsas en párpados inferiores y descenso del párpado superior: cambios en la apariencia de los ojos.

Pelo

- Canas y pérdida de cabello: disminución de pigmentación y adelgazamiento capilar.
- Disminución de vello en axilas, pubis y piernas: pérdida de densidad y grosor del vello.
- Aumento de vello en mentón y área supralabial: cambios en la distribución del vello facial.

Hidratación

- Disminución del agua intracelular: mayor propensión a la deshidratación.
- Alteraciones en el mecanismo de la sed: dificultad para reconocer y satisfacer la necesidad de líquidos.

Sistema musculoesquelético

- Talla: disminución debido a la pérdida de altura vertebral por desgaste y compresión de discos intervertebrales.
- Masa ósea y muscular y fuerza (sarcopenia): disminución de la masa y fuerza muscular, pérdida de densidad ósea.
- Braceo con la marcha: menor movimiento de los brazos al caminar.
- Descalcificación y Osteoporosis ideopática tipo II o senil: mayor fragilidad ósea, riesgo de fracturas, especialmente de cadera.
- Fragilidad ósea: aumento del riesgo de fracturas debido a la fragilidad de los huesos.
- Cifosis dorsal: aumento de la curvatura de la columna vertebral en la zona dorsal, dando una apariencia encorvada.
- Desplazamiento del centro de gravedad hacia delante: cambio en la distribución del peso corporal, afectando el equilibrio.
- Mayor energía gastada: incremento del esfuerzo y gasto energético durante las actividades diarias.

- Alteraciones de la marcha: cambios en el patrón y la estabilidad al caminar, mayor riesgo de caídas.
- Posición valgo de los pies: los pies tienden a orientarse hacia afuera en forma de "V" al caminar.

Sistema cardiovascular

Disminución:

- Número de células nodo sinusal de conducción: disminución de las células responsables de generar y transmitir los impulsos eléctricos en el corazón.
- Frecuencia cardíaca: disminución de la velocidad a la que late el corazón en reposo.
- Gasto cardíaco (volumen sistólico x frecuencia cardíaca) y enlentecimiento de la circulación: disminución del volumen de sangre expulsada por el corazón en cada latido y ralentización del flujo sanguíneo.
- Elasticidad: pérdida de la elasticidad de los vasos sanguíneos.
- Adaptabilidad de los vasos: disminución de la capacidad de los vasos sanguíneos para adaptarse a cambios en la presión arterial.

Aumento:

- Riesgo de arritmias: mayor probabilidad de desarrollar trastornos del ritmo cardíaco.
- Rigidez arterial (por disminución de elasticidad): endurecimiento de las arterias debido a la pérdida de elasticidad.
- Presión arterial: aumento de la presión arterial sistólica y diastólica.
- Resistencias vasculares: incremento de la resistencia al flujo sanguíneo en los vasos.
- Calibre de la aorta: dilatación de la aorta, especialmente en su porción ascendente.
- Grosor de la íntima (por ateroma y esclerosis): acumulación de placas de grasa y endurecimiento de la capa interna de los vasos sanguíneos.

Sistema respiratorio

Disminuye:

- Fuerza de la caja torácica: disminución de la fuerza muscular que participa en la expansión y contracción de la caja torácica durante la respiración.
- Elasticidad del tejido pulmonar y de la caja torácica: reducción de la capacidad de los pulmones y la caja torácica para expandirse y contraerse adecuadamente.
- Distensibilidad de la pared torácica: disminución de la capacidad de la pared torácica para expandirse durante la inspiración.
- Calibre de las vías aéreas: estrechamiento de las vías respiratorias, lo que dificulta el flujo de aire.
- Capacidad vital (CV) y capacidad pulmonar total (CPT): reducción en la cantidad de aire que se puede inhalar y exhalar en cada ciclo respiratorio, así como en la cantidad total de aire que los pulmones pueden contener.
- Reflejo tusígeno: disminución de la respuesta del sistema respiratorio a estímulos que provocan la tos.
- Número de alveolos, cilios y macrófagos: disminución de las estructuras y células involucradas en el intercambio gaseoso y la eliminación de partículas extrañas en los pulmones.
- Intercambio gaseoso y nivel de oxígeno (pO₂): disminución en la eficiencia del intercambio de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones.

Aumenta:

- Rigidez de la caja torácica: aumento en la rigidez de las estructuras óseas y musculares de la caja torácica.
- Engrosamiento de la membrana alvéolo-capilar: aumento en el espesor de la membrana que separa los alvéolos pulmonares y los capilares sanguíneos, lo que dificulta el intercambio de gases.
- Volumen residual: incremento en la cantidad de aire que queda en los pulmones después de una exhalación completa.

- Riesgo de infecciones respiratorias: mayor susceptibilidad a desarrollar infecciones en el sistema respiratorio debido a cambios en la función inmunológica y la capacidad de eliminación de microorganismos.

Aparato digestivo

Disminuye:

- Flujo salivar: disminución en la cantidad de saliva producida, lo que puede causar xerostomía (boca seca).
- Papilas gustativas: reducción en el número y función de las papilas gustativas, lo que afecta la capacidad de percibir los sabores.
- Grosor del músculo oral: adelgazamiento de los músculos en la cavidad oral, lo que puede afectar la capacidad para masticar y tragar adecuadamente.
- Esmalte y dentina: desgaste y deterioro de los tejidos dentales, lo que puede aumentar el riesgo de caries y sensibilidad dental.
- Mucosa gástrica y células parietales: atrofia de la capa mucosa del estómago y disminución en la función de las células parietales, lo que puede afectar la producción de ácido clorhídrico y pepsina en el estómago.
- Capacidad de absorción intestinal: reducción en la capacidad del intestino para absorber nutrientes de los alimentos.
- Motilidad intestinal y peristaltismo: disminución en la actividad muscular del intestino, lo que puede causar estreñimiento y dificultades en el tránsito intestinal.
- Vaciamiento gástrico y secreción de bilis: disminución en la velocidad de vaciamiento del estómago y en la secreción de bilis, lo que puede dar lugar a digestiones pesadas.

Aumenta:

- pH gástrico: incremento en la acidez del contenido gástrico, lo que puede contribuir al desarrollo de síntomas de reflujo gastroesofágico.
- Reflujo gastroesofágico en el esfínter esofágico inferior (EEI): relajación más frecuente y asintomática del EEI, lo que puede permitir el reflujo de ácido gástrico al esófago.

Aparato Urinario:

Disminuye:

- Número de nefronas y funcionamiento renal: disminución en la cantidad y función de las unidades filtrantes del riñón, lo que puede llevar a una reducción del 30-40% en la capacidad de filtración renal.
- Peso y volumen del riñón: disminución en el tamaño y masa renal debido a la pérdida de células y tejido.
- Lecho vascular renal: reducción en el flujo sanguíneo renal, que pasa de aproximadamente 1200 ml/min a 600 ml/min.
- Filtrado glomerular: disminución en la tasa de filtración de sustancias a través de los glomérulos renales, lo que se refleja en niveles normales de creatinina sérica.
- Función tubular y aclaramiento renal de creatinina: disminución en la capacidad de reabsorción y eliminación de sustancias por parte de los túbulos renales, lo que se evalúa mediante la medición del aclaramiento de creatinina en una muestra de orina de 24 horas.
- Tono del detrusor: disminución en la fuerza y control del músculo detrusor de la vejiga, lo que puede resultar en incontinencia urinaria.

Aumenta:

- Arteriosclerosis de las arterias renales: endurecimiento y estrechamiento de las arterias renales debido al depósito de placa de ateroma, lo que puede afectar el flujo sanguíneo y la función renal.

- Volumen residual de orina: aumento en la cantidad de orina que permanece en la vejiga después de la micción, lo que puede contribuir a la sensación de urgencia y la necesidad frecuente de orinar.
- Riesgo de infecciones del tracto urinario (ITU): mayor susceptibilidad a las infecciones del sistema urinario debido a cambios en la función y estructura del tracto urinario.

Aparato Genital:

En la mujer:

- Atrofia del endometrio, cuello uterino y vagina: adelgazamiento y disminución de la elasticidad de los tejidos del tracto genital.
- Disminución del vello púbico y secreción vaginal.
- Cambios hormonales: disminución de los niveles de prolactina, estrógenos y progestágenos.
- Mamas: pérdida de firmeza y posible prolapso uterino.
- Regulación hormonal: disminución de la liberación de LH (hormona luteinizante) y FSH (hormona estimulante del folículo) por la glándula pituitaria.

En el hombre:

- Vello púbico: disminución del vello en el área púbica.
- Tamaño de los testículos: posible disminución en el tamaño.
- Erección lenta: menor rapidez en la respuesta eréctil.
- Cambios hormonales: disminución de los niveles de testosterona, hormona responsable de la función sexual masculina.
- Tamaño de la próstata: posible aumento en el tamaño de la glándula prostática.
- Tamaño de la bolsa escrotal: posible disminución en la elasticidad y tamaño.
- Periodo refractario eyaculatorio: aumento en el tiempo necesario para recuperar la capacidad de alcanzar una erección después de la eyaculación.
- Regulación hormonal: disminución en la liberación de LH y FSH por la glándula pituitaria.

Sistema Endocrino:

Disminuye:

- Producción de hormonas como la aldosterona, estrógenos e insulina.
- Tolerancia a la glucosa.
- Sensibilidad de los receptores insulínicos, lo que lleva a resistencia a la insulina.
- Conversión de la hormona tiroidea T4 a T3 y disminución de los niveles de testosterona libre.
- Secreción de vasopresina (ADH).

Aumenta:

- Resistencia a la insulina, lo que puede conducir a la diabetes mellitus tipo 2 o intolerancia a los hidratos de carbono.
- Factores de riesgo para enfermedad cardiovascular.

Sistema Nervioso:

Reduce:

- Peso cerebral.
- Número de células corticales y neuronas, así como su función.
- Atrofia de las circunvoluciones cerebrales.
- Degeneración de la vaina de mielina, lo que disminuye la velocidad de conducción de los impulsos nerviosos.
- Niveles de neurotransmisores.

Aumenta:

- Presencia de fibrosis y calcificaciones en las capas meníngeas del cerebro.
- Formación de placas de amiloide y ovillos neurofibrilares, características de enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer.
- Manifestación de temblor intencionado o cinético, diferente al temblor propio de la enfermedad de Parkinson.

Sistema inmunitario:

- Disminuye la respuesta del sistema inmunitario frente a infecciones.
- Reducción de la actividad de los linfocitos T y B y la producción de anticuerpos.
- Aumento del riesgo de infecciones debido a la disminución de la respuesta inmune.

Órganos de los sentidos

1. Olfato:

- Disminución de la capacidad olfatoria.
- Degeneración del nervio olfatorio.
- Cambios en el tamaño del cartílago de la nariz.
- Disminución en el número y grosor de las vibrisas nasales (pelos), lo que puede afectar la filtración del aire inspirado.
- Reducción en la producción de saliva y disminución en el número de papilas gustativas, lo que puede alterar la percepción del sabor de los alimentos.

2. Gusto:

- Sensación de sed reducida debido a la hipofunción del hipotálamo.
- Umbral para percibir el sabor salado puede estar alterado.

3. Audición:

- Pérdida gradual de la audición en frecuencias altas, conocida como presbiacusia.
- Disminución de la audición en todas las frecuencias, lo que se conoce como hipoacusia.
- Posible aparición de tinnitus o acúfenos, que son la percepción de ruidos o zumbidos en los oídos.

4. Visión:

- Cambios en el tamaño del pabellón de la oreja.
- Degeneración de los huesecillos del oído medio.
- Engrosamiento de la membrana timpánica.
- Atrofia del órgano de Corti en el oído interno.
- Acumulación de cerumen en el canal auditivo externo.
- Disminución de la elasticidad del músculo orbicular, lo que puede llevar a la ptosis palpebral (caída del párpado).
- Reducción en la secreción lacrimal, lo que puede resultar en ojos secos e irritados.
- Cambios en el tamaño de la pupila, lo que puede afectar la adaptación a diferentes niveles de luz.
- Disminución de la capacidad de acomodación del cristalino y de la agudeza visual, lo que se manifiesta como presbiopía o presbicia (dificultad para enfocar de cerca) y puede estar asociado con la formación de cataratas y degeneración macular.
- Degeneración del músculo elevador y pérdida de grasa orbitaria, lo que puede dar lugar a enoftalmos (hundimiento del globo ocular).
- Aumento del depósito de lípidos en el iris, lo que se conoce como gerontoxon o anillo senil, y en los párpados, que se presenta como xantelasmas.
- Cambios en la presión intraocular, lo que aumenta el riesgo de desarrollar glaucoma, una enfermedad ocular grave.

5. Tacto:

- Disminución de la capacidad para discriminar sensaciones térmicas y de dolor, lo que puede dificultar la detección de heridas, úlceras y quemaduras.
- Mayor riesgo de sufrir heridas y lesiones cutáneas debido a la reducción de la sensibilidad táctil.

Sueño

El sueño experimenta modificaciones en cantidad y calidad en el proceso de envejecimiento, lo que puede tener un impacto en la percepción subjetiva del sueño y en los patrones de descanso. A continuación se describen los principales cambios relacionados con el sueño en el adulto mayor:

1. Cantidad y calidad del sueño:

- Modificaciones en la cantidad total de sueño, con una disminución de los requerimientos de sueño nocturno en comparación con los adultos jóvenes.
- Alteraciones en la arquitectura del sueño, con una reducción en la duración de las fases profundas del sueño (fases 3 y 4) y del sueño REM (movimientos oculares rápidos), y un alargamiento de las fases de inducción del sueño (fases 1 y 2).
- Mayor frecuencia de despertares nocturnos, lo que puede interrumpir el sueño y afectar la sensación de descanso.

2. Ritmo circadiano y horarios de sueño:

- Los ritmos circadianos se ven afectados en el adulto mayor, lo que puede resultar en una latencia prolongada para conciliar el sueño.
- Tendencia a una mayor fragmentación del sueño, con siestas diurnas más frecuentes y una menor consolidación del sueño nocturno.
- Reducción en la duración total del sueño, con un promedio de 5 a 6 horas de sueño nocturno.

3. Higiene del sueño y hábitos dietéticos:

- Existe una tendencia a una mala higiene del sueño en el adulto mayor, lo que incluye prácticas como la falta de rutinas de sueño regulares, consumo de estimulantes antes de dormir y exposición a dispositivos electrónicos antes de acostarse.
- Asociado a la mala higiene del sueño, pueden existir hábitos dietéticos inadecuados, como el consumo de alimentos y bebidas que pueden afectar la calidad del sueño.

4. Problemas del sueño:

- El insomnio, caracterizado por dificultad para conciliar o mantener el sueño, es común en el adulto mayor.
- La hipersomnia, que se manifiesta como una excesiva somnolencia diurna, también puede ser más prevalente en esta etapa de la vida.

Cambios psicológicos y cognitivos

1. Memoria:

- Alteraciones en la memoria a corto plazo, lo que puede resultar en una menor capacidad para retener información de forma temporal.
- Cambios en la memoria a largo plazo, con posibles dificultades para recordar eventos pasados o información almacenada de forma más duradera.
- Retraso en los tiempos de reacción en tareas que involucran la memoria de trabajo, que es responsable de mantener y manipular información en la mente durante un corto período de tiempo.
- Mayores tiempos de reacción en la memoria explícita episódica, que implica recordar eventos específicos, como cuándo y cómo ocurrieron.

- La memoria explícita semántica, que se refiere al conocimiento general de hechos y conceptos, generalmente no presenta cambios significativos.
- La memoria implícita procedimental, que se relaciona con habilidades aprendidas y automatizadas, generalmente no se ve afectada significativamente.

2. Resolución de problemas:

La capacidad para resolver problemas puede disminuir en el adulto mayor, lo que puede reflejarse en un proceso más lento y menos eficiente para encontrar soluciones a situaciones complejas.

3. Lenguaje:

Algunos adultos mayores pueden experimentar dificultades para encontrar las palabras adecuadas al expresarse, lo cual puede ser parte del proceso normal de envejecimiento y no necesariamente indicar una patología.

4. Atención:

- La atención selectiva y dividida tiende a disminuir en el adulto mayor, lo que implica una mayor dificultad para concentrarse en estímulos específicos o para dividir la atención entre varias tareas.
- La atención sostenida, que es la capacidad de mantener el enfoque en una tarea durante un período prolongado, generalmente se mantiene estable.

5. Personalidad:

La motivación y la creatividad suelen mantenerse estables en el adulto mayor, sin cambios significativos en la mayoría de los casos.

Valoración en el anciano

Valoración física-funcional

Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD):

1. Baño: Capacidad del individuo para realizar adecuadamente su higiene personal y bañarse de manera independiente.
2. Vestido: Habilidad para elegir y ponerse la ropa de forma autónoma.
3. Uso del WC: Capacidad para utilizar el inodoro o el baño de forma independiente.
4. Movilidad: Evaluación de la capacidad del anciano para moverse de un lugar a otro, incluyendo la capacidad de caminar, levantarse y sentarse.
5. Continencia: Evaluación de la capacidad de controlar la vejiga y el intestino.
6. Alimentación: Capacidad para alimentarse de forma autónoma, incluyendo la habilidad para manipular utensilios y masticar adecuadamente los alimentos.
7. Comunicación: Evaluación de la capacidad del individuo para expresarse y comprender el lenguaje de manera efectiva.

Para realizar la valoración física-funcional en el anciano, se utilizan diferentes herramientas y escalas de evaluación, como:

- Índice de Katz: Evalúa la independencia o dependencia del individuo en las actividades básicas de la vida diaria, asignando una puntuación a cada una de ellas.
- Índice de Barthel: Mide el grado de dependencia funcional en áreas como la alimentación, el baño, el vestido, la movilidad y el control de esfínteres.
- Escala de incapacidad física de la Cruz Roja: Proporciona una evaluación de la capacidad funcional en diferentes áreas, como la movilidad, el aseo personal, la alimentación y la continencia.

- Escala Plutchik: Evalúa el nivel de dependencia en las actividades de la vida diaria, incluyendo la capacidad para moverse, realizar tareas domésticas y cuidar de sí mismo.

Estas herramientas y escalas de evaluación son útiles para determinar el grado de autonomía y funcionalidad del anciano, proporcionando información importante para planificar y brindar el cuidado adecuado y necesario.

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).

1. Uso del teléfono: Capacidad para realizar y recibir llamadas telefónicas, manejar dispositivos móviles y comunicarse efectivamente.
2. Ir de compras: Habilidad para realizar compras de manera independiente, seleccionando productos, manejando el dinero y llevando las bolsas o carritos de compras.
3. Preparación de comida: Capacidad para planificar, preparar y cocinar comidas nutritivas, teniendo en cuenta los ingredientes, utensilios y habilidades culinarias necesarias.
4. Cuidado de la casa: Mantenimiento del hogar, incluyendo limpieza, orden y organización del espacio, así como realizar tareas domésticas básicas.
5. Lavado de ropa: Capacidad para realizar el lavado de la ropa, incluyendo seleccionar la ropa adecuada, utilizar la lavadora y secadora, y doblar o colgar la ropa limpia.
6. Uso de transporte: Habilidad para utilizar el transporte público o manejar un vehículo de manera segura y eficiente, cumpliendo con las normas de tránsito.
7. Manejo de medicación: Capacidad para gestionar correctamente la toma de medicamentos, siguiendo las indicaciones médicas en cuanto a dosis, horarios y posibles interacciones.
8. Manejo del dinero: Habilidad para administrar y manejar adecuadamente el dinero, realizar pagos, llevar un registro de gastos y mantener el equilibrio financiero.
9. Subir y bajar escaleras: Capacidad para utilizar las escaleras de forma segura, manteniendo el equilibrio y la coordinación durante el ascenso y descenso.

La Escala de Lawton y Brody o la Escala del Centro Geriátrico de Filadelfia de Lawton son herramientas de evaluación utilizadas para medir la capacidad del individuo para realizar estas actividades de manera independiente. Estas escalas proporcionan una guía para evaluar el nivel de funcionalidad en las AIVD y ayudan a identificar posibles áreas de intervención o apoyo para mejorar la autonomía y la calidad de vida en el anciano.

Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD)

1. Viajes: Capacidad para planificar y realizar viajes de manera independiente, ya sea dentro de la ciudad o fuera de ella, utilizando diferentes medios de transporte.
2. Negocios: Habilidad para participar en actividades relacionadas con el trabajo, como asistir a reuniones, realizar tareas administrativas o llevar a cabo actividades profesionales.
3. Trabajo: Capacidad para realizar actividades laborales remuneradas, ya sea a tiempo completo o parcial, y cumplir con las responsabilidades propias del puesto de trabajo.
4. Ocio/Deportes: Participación en actividades recreativas y de ocio, como practicar deportes, asistir a eventos culturales, realizar actividades artísticas o disfrutar de hobbies y pasatiempos.
5. Aficiones: Mantenimiento de actividades o intereses personales, como leer, escribir, pintar, tocar un instrumento musical, jardinería u otras aficiones que brindan satisfacción y enriquecimiento personal.
6. Participación en grupos: Involucramiento en grupos sociales, como clubes, asociaciones, organizaciones comunitarias o grupos de voluntariado, contribuyendo activamente a la comunidad y estableciendo relaciones sociales significativas.

La evaluación de las AAVD permite obtener una visión más amplia de la funcionalidad y el bienestar en la vida diaria de una persona mayor. Estas actividades reflejan aspectos importantes de su independencia,

autonomía, participación social y calidad de vida. Al evaluar las AAVD, se puede identificar la necesidad de apoyo adicional o intervenciones específicas para promover la participación activa en estas actividades y fomentar el envejecimiento saludable y satisfactorio.

Pruebas de ejecución:

La valoración física-funcional en el anciano también puede incluir medidas específicas para evaluar la velocidad de la marcha y el rendimiento físico. Algunas de estas medidas son:

1. **Velocidad de la marcha:** Se utiliza una medida de velocidad de la marcha para evaluar la capacidad de desplazamiento y movilidad del individuo. Una velocidad de la marcha inferior a 0,8 metros por segundo se considera un indicador de deterioro funcional y se asocia con un mayor riesgo de caídas y discapacidad.
2. **Short Physical Performance Battery (SPPB):** Es una prueba jerárquica que evalúa el equilibrio, la velocidad de la marcha y la capacidad de levantarse de una silla. Incluye realizar pruebas de equilibrio en diferentes posturas (pies juntos, semitandem y tándem), caminar una corta distancia de 4 metros a ritmo habitual y levantarse de una silla cinco veces consecutivas. Esta prueba proporciona una evaluación global del rendimiento físico y funcional.

Valoración Mental.

En la valoración cognitiva y afectiva en el anciano se pueden considerar diferentes aspectos y pruebas específicas. Algunos de ellos son:

Cognitivo:

- **Memoria:** Se evalúa la memoria en sus distintas modalidades, como la memoria inmediata, reciente y remota.
- **DC/demencia:** Se realiza una evaluación de las funciones cognitivas para detectar posibles déficits cognitivos o signos de demencia.
- **Pensamiento:** Se examina la capacidad de pensamiento lógico, razonamiento y resolución de problemas.
- **Percepción:** Se evalúa la percepción sensorial y la capacidad para interpretar y comprender estímulos.
- **Orientación:** Se verifica la orientación en tiempo, espacio y persona.

Algunas pruebas utilizadas para la evaluación cognitiva incluyen:

- Test de Pfeiffer
- Minimental State de Folstein (MMSE)
- MEC LOBO
- Test del reloj
- GDS Reisberg (específico para demencias)

Afectivo:

- Estado de ánimo y depresión: Se evalúa el estado emocional y la presencia de síntomas depresivos.
- Algunas escalas utilizadas para la evaluación de la depresión en personas mayores son:
- Escala de depresión geriátrica de Yesavage o GDS
- Escala Goldberg
- Escala de Beck Depression Inventory
- Escala de Zung

Estas pruebas y escalas permiten obtener información precisa sobre el estado cognitivo y emocional de los ancianos, facilitando así el diagnóstico y el seguimiento de posibles alteraciones cognitivas y afectivas en esta población.

Evaluación cognitiva

La evaluación cognitiva se puede realizar utilizando pruebas como el Test de Pfeiffer, el MMSE (Minimal State Examination) de Folstein o el MEC-LOBO. Estas pruebas permiten determinar el nivel de deterioro cognitivo y evaluar diferentes aspectos cognitivos como la orientación, el cálculo, la memoria, la concentración, el lenguaje, la lectura/escritura y la construcción gráfica.

El Test de Pfeiffer se utiliza para evaluar el deterioro cognitivo. Se asignan puntos según el número de respuestas incorrectas, y se considera que un puntaje de 0-2 es normal, 3-4 indica un deterioro cognitivo leve (DCL), 5-7 un deterioro moderado y 8-10 un deterioro importante.

El MMSE de Folstein y el MEC-LOBO son pruebas más completas para evaluar el estado cognitivo. El MMSE consta de 30 ítems y se asigna un puntaje máximo de 30. Un puntaje menor o igual a 23 se considera indicativo de un déficit cognitivo. El MEC-LOBO tiene un máximo de 35 puntos y evalúa diferentes áreas cognitivas.

Es importante tener en cuenta que estas pruebas pueden estar influenciadas por el nivel educativo y la edad de la persona evaluada, lo que puede generar un sesgo en los resultados. Sin embargo, son herramientas útiles para detectar posibles alteraciones cognitivas y determinar el grado de deterioro cognitivo en los individuos evaluados.

Valoración Afectiva:

La valoración mental y afectiva se puede realizar utilizando diferentes escalas y pruebas. Entre ellas se encuentran:

1. **Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage:** Esta escala evalúa la presencia y gravedad de síntomas depresivos en personas mayores. Se asignan puntajes de acuerdo a las respuestas, donde un puntaje de 0-5 se considera normal, 6-9 indica depresión leve y ≥ 10 indica depresión establecida.
2. Otras escalas como la **Escala de Depresión de Beck** y la **Escala de Zung** también se utilizan para evaluar la depresión en adultos mayores.
3. **Escala Goldberg:** Esta escala evalúa la ansiedad y la depresión. La subescala de ansiedad tiene un rango de puntaje de 0-9, donde un puntaje mayor a 4 indica presencia de ansiedad. La subescala de depresión también tiene un rango de puntaje de 0-9, donde un puntaje mayor a 3 indica presencia de depresión.

Estas escalas se basan en respuestas de sí o no, y cada respuesta afirmativa se puntúa de acuerdo a la escala correspondiente. Estas herramientas son útiles para evaluar el estado mental y afectivo de las personas mayores y pueden ayudar a identificar la presencia de síntomas de depresión y ansiedad.

Valoración Social / familiar

El cuestionario de Barber es una herramienta utilizada para evaluar el riesgo de fragilidad en personas mayores o aquellos con alto riesgo. Consiste en 9 preguntas de respuesta sí o no, y se asigna 1 punto por cada respuesta afirmativa. Un puntaje total de 0-9 indica bajo riesgo, mientras que un puntaje mayor a 1 indica riesgo.

El Test Apgar Familiar evalúa el apoyo y la función familiar. Proporciona una evaluación rápida de la situación familiar en base a cinco áreas: adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y resolución. Se asigna una puntuación de 0-2 en cada área, y un puntaje total de 0-10 indica el nivel de apoyo y función familiar.

La escala OARS (Duke-UNC-11) es una herramienta de evaluación de recursos sociales. Se utiliza para medir el grado de apoyo social y comunitario de una persona mayor. Evalúa aspectos como las relaciones sociales, el apoyo emocional, el apoyo instrumental y el apoyo financiero.

La escala Gijón de Valoración Socio-familiar es una herramienta que evalúa cinco áreas relacionadas con la situación socio-familiar de una persona mayor: situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyos de la red social. Se asigna una puntuación a cada área y el puntaje total se utiliza para determinar el nivel de riesgo social. Un puntaje menor a 10 indica bajo riesgo, de 10-16 indica riesgo intermedio, y mayor a 17 indica riesgo elevado o problema social.

La Escala Zarit es una herramienta de valoración que evalúa la sobrecarga familiar en los cuidadores de personas mayores. Consiste en 22 preguntas que se responden en una escala Likert de 1 a 5, donde se asigna un valor que va desde "nunca" hasta "siempre". El puntaje total puede variar de 22 a 110, y a medida que el puntaje se acerca a 110, indica una mayor sobrecarga en el cuidador.

El Cuestionario ICUB 97 se utiliza para evaluar la calidad de vida y los cuidados de los cuidadores informales. Contiene preguntas relacionadas con diferentes aspectos de la vida del cuidador, como la salud física y emocional, las actividades diarias, el apoyo social y la satisfacción general con el rol de cuidador. Proporciona información valiosa sobre la situación y las necesidades del cuidador informal.

Principales problemas del anciano

1. **Síntomas de las enfermedades:** En ocasiones, los síntomas de las enfermedades en los ancianos pueden presentarse de manera atípica, lo que dificulta su diagnóstico y tratamiento. Además, estos síntomas a veces pueden ser banalizados o ignorados, lo que puede retrasar la búsqueda de atención médica adecuada.
2. **Silente:** Algunas enfermedades en los ancianos pueden presentarse de forma silente, es decir, sin síntomas evidentes o con síntomas sutiles. Esto puede dificultar su detección temprana y provocar un diagnóstico tardío.
3. **Patologías más frecuentes:** Entre las enfermedades más comunes en los ancianos se encuentran la hipertensión arterial (HTA), los accidentes cerebrovasculares (ACV), las bronconeumonías, las enfermedades osteoarticulares, la insuficiencia cardíaca (IC), la cardiopatía isquémica, la diabetes tipo 2 (DM II), la demencia, la depresión y los problemas digestivos y urinarios.
4. **Índice de Charlson:** El índice de Charlson es una herramienta utilizada para evaluar la comorbilidad en los pacientes, es decir, la presencia de dos o más enfermedades concurrentes. Este índice tiene en cuenta diferentes enfermedades crónicas y asigna un puntaje a cada una de ellas, lo que permite evaluar la carga de enfermedad en un individuo.
- 5.

Caídas

Las caídas son un problema significativo en la población de personas mayores, siendo la quinta causa de muerte en personas mayores de 65 años. Son el accidente más frecuente y la principal causa de mortalidad en este grupo de edad. Además, están asociadas con morbilidad, deterioro funcional e institucionalización.

Las caídas son más prevalentes en mujeres, con una relación de 3 mujeres por cada hombre. Los lugares más comunes donde ocurren las caídas son los dormitorios, baños y cocinas. Son de naturaleza multicausal y su efecto puede acumularse con el tiempo.

Las consecuencias de las caídas pueden ser graves. Pueden resultar en complicaciones médicas e incluso la muerte, como deshidratación, rabdomiólisis o úlceras por presión. Las lesiones son también una consecuencia común de las caídas, como heridas y fracturas (fémur, húmero, muñeca), así como traumatismos craneoencefálicos. Las caídas pueden llevar a hospitalizaciones y provocar discapacidad, tanto como resultado directo de las lesiones como debido al síndrome post-caída, también conocido como síndrome de temor a caer. Este síndrome puede limitar la capacidad de realizar actividades de la vida diaria y afectar la funcionalidad general.

Existen **factores de riesgo intrínsecos** y extrínsecos asociados con las caídas. Los factores intrínsecos incluyen los cambios del envejecimiento, debilidades en las extremidades inferiores, rigidez, inestabilidad postural, alteraciones en la marcha y déficit visual. Las enfermedades crónicas o agudas y el uso de ciertos medicamentos, como la polifarmacia y los psicofármacos, también aumentan el riesgo de caídas. Los **factores extrínsecos** están relacionados con la actividad y el entorno, como obstáculos durante las actividades cotidianas y calzado inadecuado. El entorno del hogar y la comunidad también pueden tener factores ambientales de riesgo, como suelos deslizantes, iluminación insuficiente, escaleras y pavimentos en mal estado.

La evaluación funcional es crucial para identificar el riesgo de caídas en los ancianos. Se utilizan herramientas de evaluación como la **prueba de Tinetti**, que evalúa el equilibrio y la marcha, y el **Test de Downton**, que tiene en cuenta las caídas previas, los medicamentos, los déficits sensoriales, el estado mental y la deambulación. Otra prueba común es el "**levanta y anda**" (**Test get up and go**), que evalúa el tiempo necesario para levantarse de una silla, caminar una distancia corta y volver a sentarse. El **signo de Romberg**, que evalúa el equilibrio y la sensibilidad propioceptiva, también puede utilizarse para detectar problemas de equilibrio.

Malnutrición

La malnutrición es un problema frecuente en personas hospitalizadas e institucionalizadas, y está asociada con el deterioro funcional. La pérdida de peso es la manifestación principal de la malnutrición.

Existen diversos factores de riesgo que pueden contribuir a la malnutrición. Entre los factores fisiológicos se incluyen los defectos bucales y gástricos, como el deterioro de la mucosa oral, la pérdida de piezas dentales, la disminución de la capacidad olfativa y gustativa, la presbifagia y la digestión lenta. Las enfermedades crónicas, los trastornos cognitivos, el uso de ciertos fármacos, así como factores socioeconómicos y culturales, como el aislamiento social, la inmovilidad y los bajos recursos económicos, también pueden aumentar el riesgo de malnutrición.

La valoración nutricional es fundamental para identificar la presencia de malnutrición. Se realiza una anamnesis, prestando atención a la dificultad para comer, la pérdida de apetito y el aumento de las necesidades nutricionales.

También se utilizan cuestionarios de cribado y valoración, como la **fórmula de Harris-Benedict**, la **fórmula de la OMS**, la **fórmula "conozca su salud nutricional"**, la **Valoración Global Subjetiva (VGS)**, la **Herramienta Universal de Detección de Malnutrición (MUST)** que tiene en cuenta el IMC, la pérdida de peso y la presencia de enfermedades agudas (0 riesgo bajo: asistencia habitual 1 riesgo intermedio: observación ≥ 2 riesgo alto: tratamiento) y el **Mini Nutritional Assessment (MNA)** (de 24 a 30 puntos: estado nutricional normal, de 17 a 23.5 puntos: riesgo de malnutrición, menos de 17 puntos: malnutrición).

La composición corporal se evalúa mediante técnicas de antropometría, como la medición de la talla, el peso, el IMC, la circunferencia del brazo o la pantorrilla, y el pliegue tricipital o subescapular. También se pueden realizar análisis bioquímicos, como la medición de la albúmina ($<3,5\text{g/dl}$), la transferrina

(<175mg/dl) y el colesterol (<180 g/dl). En pacientes hospitalizados, se utilizan marcadores como el índice CONUT, que tiene en cuenta la albúmina, el colesterol y los linfocitos (<1600 cel/ml).

El MNA es una herramienta que combina el cribado y la evaluación nutricional. Un puntaje de 24 a 30 indica un estado nutricional normal, de 17 a 23.5 indica un riesgo de malnutrición y menos de 17 puntos indica malnutrición.

Es importante realizar una adecuada valoración nutricional y tomar medidas para prevenir y tratar la malnutrición en los ancianos, ya que puede tener un impacto significativo en su salud y calidad de vida

Disfagia

La disfagia orofaríngea (DO) es un trastorno de la deglución que se caracteriza por dificultades para tragar alimentos y líquidos, especialmente en la zona de la boca y la faringe. Los signos comunes de la DO incluyen tos, atragantamiento, babeo, cambios en la voz, sensación de deglución fraccionada y carraspeo.

Afecta a casi un 30% de los ancianos en general, pudiendo llegar al 84% en pacientes con Alzheimer, o representando a la mitad de los pacientes con ICTUS.

El cribado de la DO se realiza mediante el test EAT-10, que evalúa la presencia y gravedad de los síntomas relacionados con la disfagia. Para el diagnóstico preciso, se utiliza el test de volumen-viscosidad (MECV-V), que consiste en evaluar la capacidad de tragar diferentes volúmenes y consistencias de líquidos.

Una vez que se diagnostica la DO, es importante seguir ciertas recomendaciones para mejorar la alimentación y prevenir complicaciones como la broncoaspiración y la neumonía aspirativa. Algunas de estas recomendaciones incluyen espesar los líquidos según la textura tolerada, utilizando productos como néctar o pudding para facilitar la deglución. También se sugiere mantener una postura adecuada durante las comidas, siempre comiendo sentado y permaneciendo en esa posición durante al menos 30 minutos después de comer. Es importante evitar el uso de pajitas, ya que pueden aumentar el riesgo de aspiración.

Asimismo, se recomienda evitar las texturas mixtas de alimentos, ya que pueden dificultar la deglución. Es fundamental mantener una buena higiene de la cavidad oral para prevenir la broncoaspiración y las infecciones respiratorias.

Insomnio:

El insomnio es un trastorno que afecta la cantidad y calidad del sueño, lo cual puede resultar en un deterioro en el funcionamiento diario de las personas. Se caracteriza por dificultades para conciliar el sueño, despertares frecuentes durante la noche o despertar temprano en la mañana sin poder volver a dormir.

El insomnio tiene una alta prevalencia en la población, siendo más común en mujeres que en hombres. Además, se ha observado que el insomnio se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad, lo que subraya la importancia de abordar este trastorno de manera adecuada.

El tratamiento del insomnio incluye enfoques no farmacológicos, como la implementación de hábitos saludables de higiene del sueño. Estos incluyen limitar la ingesta de líquidos por la tarde, exponerse a la luz solar y realizar actividad física en momentos alejados de la hora de acostarse, mantener un horario fijo para dormir y despertar, evitar la siesta, evitar el consumo de sustancias estimulantes como la cafeína, el alcohol y el tabaco, mantener un ambiente de dormitorio confortable y establecer rutinas relajantes antes de dormir.

En algunos casos, cuando las intervenciones no farmacológicas no son suficientes, se puede considerar el uso de medicamentos para el tratamiento del insomnio. Las benzodiazepinas de vida media corta y los antidepresivos con efecto hipnótico son opciones farmacológicas que pueden ser utilizadas bajo prescripción médica.

Es importante destacar que el ejercicio físico y mental intensos antes de acostarse se contraindican, ya que pueden estimular el sistema nervioso y dificultar el sueño.

Demencia

Deterioro cognitivo leve

El deterioro cognitivo leve (DCL) se refiere a dificultades leves en las pruebas cognitivas, como la memoria, la orientación, la percepción y la comprensión, que no llegan a alterar significativamente la funcionalidad de la persona. Es importante destacar que el DCL no es una demencia, ya que no implica un deterioro global de las capacidades cognitivas ni afecta de manera sustancial la independencia y la calidad de vida.

El DCL puede manifestarse de diferentes formas, siendo la afectación mnésica (relacionada con la memoria) la más prevalente. Sin embargo, también puede haber un rendimiento disminuido en otras capacidades cognitivas, como el lenguaje, la abstracción, las habilidades visoespaciales, las emociones y la personalidad.

Por otro lado, la demencia se define como un estado patológico de debilitamiento físico y mental que afecta a algunas personas mayores y que supera el grado de pérdida de facultades propias del envejecimiento normal. Existen varios tipos de demencia, siendo los más comunes los siguientes:

1. **Enfermedad de Alzheimer:** Es la forma más prevalente de demencia, representando aproximadamente el 48-66% de los casos en España. Se caracteriza por el deterioro progresivo de las funciones cognitivas, principalmente la memoria, y suele manifestarse con dificultades en el lenguaje, la orientación y la toma de decisiones.
2. **Demencia vascular:** Esta demencia se produce debido a problemas en la circulación sanguínea del cerebro, lo que conlleva la aparición de múltiples lesiones cerebrales. La prevalencia de la demencia vascular se estima en un 21,8%.
3. **Demencias mixtas:** Algunas personas pueden presentar una combinación de varios tipos de demencia, como la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular. Estas demencias mixtas representan alrededor del 25,7% de los casos.
4. **Enfermedad de cuerpos de Lewy:** Es una forma de demencia caracterizada por la presencia de cuerpos de Lewy en las células cerebrales. Los síntomas incluyen fluctuaciones en la atención y la alerta, alucinaciones visuales y trastornos del movimiento similares a los de la enfermedad de Parkinson.
5. **Demencia frontotemporal:** Se caracteriza por el deterioro de las regiones frontal y temporal del cerebro, lo que conduce a cambios en la personalidad, el comportamiento y el lenguaje.

Demencia

La demencia es un trastorno caracterizado por la presencia de alteraciones cognitivas y funcionales que afectan la memoria (tanto a corto como a largo plazo), el lenguaje, la capacidad para realizar movimientos coordinados, el reconocimiento de objetos, lugares y personas (agnosia) y la función ejecutiva, que incluye la planificación y organización.

Además de los síntomas cognitivos, la demencia también puede provocar cambios en la personalidad, manifestándose en torpeza, fluctuaciones en el estado de ánimo, tendencia a cometer errores repetitivos, desorden en las actividades diarias, intentos de ocultar las pérdidas cognitivas y sentimientos de melancolía.

Es importante diferenciar la demencia del delirium y el síndrome confusional agudo (SCA). El delirium es un estado de confusión agudo y fluctuante que se caracteriza por un nivel de conciencia alterado, mientras que la demencia se desarrolla de forma insidiosa, es estable y de larga duración.

El diagnóstico de la demencia requiere una evaluación completa por parte de profesionales de la salud, que incluye pruebas neuropsicológicas, evaluación del estado mental, análisis de antecedentes médicos y pruebas de laboratorio. Existen diferentes causas de demencia, siendo la enfermedad de Alzheimer la más común, pero también hay otras como la demencia vascular, la demencia por cuerpos de Lewy y la demencia frontotemporal, entre otras.

El tratamiento de la demencia se enfoca en el manejo de los síntomas y en mejorar la calidad de vida de la persona afectada y de sus cuidadores. Puede incluir terapias cognitivas, medicamentos para controlar los síntomas, manejo de comorbilidades, apoyo psicológico y educación para los cuidadores.

Es fundamental brindar un ambiente seguro y adaptado a las necesidades de las personas con demencia, así como promover la participación en actividades estimulantes y mantener una comunicación afectuosa y comprensiva.

Enfermedad de Alzheimer

La fase prodrómica del deterioro cognitivo leve (DCL) por enfermedad de Alzheimer marca el comienzo de los cambios cognitivos y funcionales que caracterizan esta enfermedad. A medida que progresa, la enfermedad se divide en tres fases: leve, moderada y grave.

En la **fase leve**, se observa una pérdida de memoria a corto plazo, con tendencia a hacer las mismas preguntas de manera repetida. También pueden presentarse síntomas de desconfianza y desorientación. A pesar de estos cambios, la persona mantiene cierto grado de autonomía en sus actividades diarias.

En la **fase moderada**, se producen fallos tanto en la memoria a corto plazo como en la memoria a largo plazo. La desorientación es más pronunciada y se observa un deterioro en la comunicación, con dificultades en el lenguaje (afasia), movimientos incoordinados (apraxia) y dificultad para reconocer objetos, lugares o personas (agnosia). Además, pueden aparecer síntomas de desinhibición y vagabundeo. La persona requiere ayuda y puede experimentar dependencia parcial en algunas actividades.

En la **fase grave**, el deterioro cognitivo es más pronunciado. Hay una pérdida total de la memoria, incluyendo la capacidad para recordar eventos recientes y pasados. La desorientación es completa y se pierden los reflejos. El lenguaje se ve gravemente afectado, manifestándose en la incapacidad para hablar (afasia). La persona depende por completo de la ayuda de los demás y puede experimentar incontinencia doble.

Durante todas las fases de la enfermedad de Alzheimer, es importante llevar a cabo una serie de actividades y medidas de cuidado. Estas incluyen mejorar la memoria y la comprensión del entorno, fomentar la comprensión de la información, mantener la identidad personal a través del recuerdo de sucesos, sentimientos y personas significativas, adaptarse a factores estresantes, aumentar la autoestima, modificar el entorno para evitar riesgos, facilitar la cognición y la orientación, mejorar la comunicación y abordar los comportamientos problemáticos, como la agitación. También es fundamental establecer sistemas de apoyo adecuados y tomar medidas preventivas para problemas de salud asociados, como el estreñimiento, las úlceras por presión, las secreciones, la alimentación y el control del entorno.

Es importante destacar que las personas con enfermedad de Alzheimer también pueden experimentar síntomas conductuales y psicológicos en las demencias (SCPD), que pueden incluir agitación, ansiedad, depresión, delirios y alucinaciones. Estos síntomas requieren una evaluación y manejo adecuados para mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno de cuidado.

Otros

Polifarmacia

La polifarmacia se refiere al uso de múltiples medicamentos por parte de una persona, generalmente definido como el consumo de cinco o más fármacos de forma simultánea. Si bien el uso de medicamentos puede ser necesario para el tratamiento de diversas condiciones médicas, la polifarmacia también puede conllevar riesgos y efectos adversos conocidos como reacciones adversas a medicamentos (RAM).

A continuación, se mencionan algunos ejemplos de reacciones adversas asociadas a ciertos grupos de fármacos:

1. **Diuréticos:** Estos medicamentos se utilizan comúnmente para tratar la hipertensión y la retención de líquidos. Sin embargo, su uso prolongado puede llevar a deshidratación, incontinencia, desequilibrios electrolíticos como hipopotasemia e hiponatremia, así como alteraciones metabólicas como hiperglucemia e hiperuricemia. Además, pueden provocar hipotensión en algunas personas.
2. **Antihipertensivos:** Los medicamentos utilizados para tratar la hipertensión arterial pueden ocasionar efectos secundarios como hipotensión ortostática (descenso brusco de la presión arterial al ponerse de pie), síncope (pérdida temporal de la conciencia), depresión y en algunos casos, insuficiencia cardíaca.
3. **Digitálicos:** Estos fármacos se utilizan principalmente para tratar enfermedades cardíacas, pero pueden provocar efectos adversos como alteraciones gastrointestinales, arritmias cardíacas y síndrome confusional, especialmente en dosis elevadas.
4. **Antidepresivos:** Algunos antidepresivos, en particular aquellos que tienen propiedades anticolinérgicas, pueden producir efectos secundarios como confusión y deterioro cognitivo. En casos específicos, también pueden tener un impacto negativo en personas con insuficiencia cardíaca.
5. **Neurolépticos y sedantes:** Estos medicamentos se utilizan para tratar trastornos psiquiátricos, pero pueden tener efectos adversos significativos, como depresión respiratoria, caídas, hipotensión, delirium (estado confusional agudo) e inmovilidad, especialmente en personas mayores.

Es importante destacar que estos ejemplos de RAM no son exhaustivos y que los efectos adversos pueden variar según el fármaco específico y las características individuales de cada paciente. La polifarmacia aumenta el riesgo de interacciones medicamentosas y efectos secundarios, por lo que es fundamental que los profesionales de la salud realicen una revisión regular y exhaustiva de la medicación de cada paciente, teniendo en cuenta los beneficios y riesgos asociados a cada fármaco y ajustando el tratamiento de manera apropiada.

Incontinencia Urinaria:

La incontinencia urinaria se define como la pérdida involuntaria de orina que condiciona un problema higiénico, social y/o de salud, y que puede ser demostrada de forma objetiva. Esta condición puede tener repercusiones médicas, psicológicas, sociales y económicas en la vida de quienes la padecen.

Es importante destacar que el envejecimiento en sí mismo no es una causa directa de la incontinencia urinaria. Sin embargo, existen factores relacionados con el envejecimiento, como cambios fisiológicos y condiciones de salud asociadas, que pueden aumentar la predisposición a desarrollar incontinencia.

La incontinencia urinaria se puede clasificar según su duración en dos categorías principales:

1. **Incontinencia urinaria transitoria o aguda:** Se refiere a la pérdida involuntaria de orina de corta duración, generalmente menos de 4 semanas. Algunas posibles causas de este tipo de incontinencia incluyen:

- **Delirium:** Estado confusional agudo que puede estar relacionado con enfermedades, infecciones u otros factores.
 - **Drogas y fármacos:** Algunos medicamentos pueden tener efectos secundarios que afectan la función de la vejiga.
 - **Retención aguda de orina:** Dificultad para vaciar completamente la vejiga, lo cual puede estar asociado a obstrucciones urinarias o alteraciones neurológicas.
 - **Restricción ambiental:** Limitaciones en el acceso al baño o dificultades para llegar a él, lo que puede llevar a episodios de incontinencia.
 - **Infeción, inflamación, impactación e inmovilidad:** Estas condiciones pueden afectar la función de la vejiga y contribuir a la incontinencia.
 - **Poliuria y polifarmacia:** Producción excesiva de orina y el uso de múltiples medicamentos pueden influir en la frecuencia y el control de la micción.
2. **Incontinencia urinaria establecida o crónica:** Se refiere a la pérdida involuntaria de orina que persiste durante un período prolongado. Esta forma de incontinencia puede estar asociada a diversas causas, como debilidad del músculo del suelo pélvico, cambios hormonales, trastornos neurológicos, obstrucciones urinarias, factores genéticos, entre otros.

El tratamiento de la incontinencia urinaria depende de la causa subyacente y puede incluir cambios en el estilo de vida, ejercicios del suelo pélvico, medicamentos, dispositivos de ayuda y en algunos casos, procedimientos quirúrgicos.

Estreñimiento:

El estreñimiento es un problema común en los pacientes geriátricos y presenta un mayor riesgo que en los ancianos sanos. Se caracteriza por la dificultad para evacuar las heces de manera regular y puede estar asociado a diversos factores, como cambios en la dieta, falta de actividad física, efectos secundarios de medicamentos, debilidad del músculo del intestino, entre otros.

El tratamiento del estreñimiento en pacientes geriátricos se centra en varias estrategias:

1. **Aumentar la ingesta de fibra y líquidos:** Consumir una dieta rica en fibra, que incluya alimentos como frutas, verduras, legumbres y cereales integrales, puede ayudar a ablandar las heces y facilitar su paso a través del sistema digestivo. Además, es importante mantenerse hidratado bebiendo suficiente agua y otros líquidos saludables.
2. **Realizar ejercicio físico:** La actividad física regular, como caminar o realizar ejercicios suaves, puede estimular el movimiento intestinal y promover la regularidad en la evacuación.
3. **Uso de enemas o laxantes:** En casos de estreñimiento persistente, se pueden utilizar enemas o laxantes bajo la supervisión médica. Estos medicamentos ayudan a ablandar las heces y facilitar su expulsión. Es importante seguir las indicaciones del médico y utilizarlos de manera adecuada.
4. **Desimpacción fecal:** Si se forma un fecaloma (masa endurecida de heces) que impide la evacuación normal, puede ser necesaria la desimpacción. Esto puede realizarse mediante el uso de enemas o, en casos más severos, mediante una desimpacción manual realizada por un profesional de la salud.

Úlcera por presión

Las úlceras por presión (UPP) son lesiones de la piel y tejidos subyacentes causadas por la presión continua o repetida en áreas del cuerpo que están sometidas a presión y fricción. La inmovilización es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de UPP en pacientes con movilidad reducida o que pasan largos periodos de tiempo en la misma posición.

Las UPP pueden clasificarse en diferentes estadios, siendo los más comunes los estadios I, II, III y IV, que representan desde enrojecimiento de la piel hasta lesiones graves que afectan profundamente a los tejidos. Es fundamental llevar a cabo una valoración del riesgo de UPP utilizando escalas de evaluación como Norton, Braden o Emina, que tienen en cuenta diversos factores como la movilidad, la nutrición, la humedad y la capacidad de percepción sensorial del paciente.

La prevención de las UPP es clave para evitar su aparición. Algunas medidas importantes incluyen:

1. **Control de la presión:** Es esencial proporcionar una superficie de apoyo adecuada, utilizando colchones y cojines especiales que ayuden a distribuir la presión de manera uniforme y reducir los puntos de presión.
2. **Control de la humedad:** Mantener la piel limpia y seca, evitando la acumulación de humedad y el contacto prolongado con la orina o las heces. El uso de productos de cuidado de la piel, como cremas barrera, puede ser beneficioso.
3. **Nutrición adecuada:** Una dieta equilibrada y una buena hidratación son fundamentales para mantener la salud de la piel y favorecer su regeneración. Una adecuada ingesta de proteínas, vitaminas y minerales es importante para el proceso de cicatrización.
4. **Movilización y cambios de posición:** Realizar cambios de posición frecuentes y movilizaciones regulares para aliviar la presión en áreas específicas. Si el paciente tiene dificultades para moverse, es importante utilizar ayudas técnicas y contar con la asistencia de personal de salud capacitado.

Medidas de apoyo a la persona cuidadora del dependiente.

Cuando se cuida de una persona dependiente, es esencial reconocer y brindar un sólido apoyo a la persona cuidadora. El cuidado de una persona dependiente puede ser física y emocionalmente exigente, lo que puede llevar a la persona cuidadora a experimentar estrés, agotamiento y sentirse abrumada. Para garantizar el bienestar de la persona cuidadora, es fundamental implementar medidas de apoyo adicionales que aborden sus necesidades específicas. A continuación, se detallan algunas medidas de apoyo ampliadas que se pueden proporcionar:

1. **Información y educación:** Además de proporcionar información sobre la condición de la persona dependiente, es importante ofrecer a la persona cuidadora una comprensión más profunda de los aspectos médicos, emocionales y prácticos relacionados con el cuidado. Esto incluye brindar información sobre el manejo de síntomas específicos, técnicas de cuidado especializado y estrategias para lidiar con situaciones difíciles. También se pueden ofrecer recursos educativos, como libros, folletos y seminarios web, para ampliar el conocimiento y las habilidades de la persona cuidadora.
2. **Red de apoyo y grupos de ayuda:** Es fundamental conectar a la persona cuidadora con una red de apoyo sólida. Esto puede incluir la derivación a grupos de ayuda y asociaciones de cuidadores, donde puedan compartir experiencias, recibir apoyo emocional y obtener consejos prácticos de personas que se encuentran en situaciones similares. Además, se puede ofrecer asesoramiento individual o familiar para abordar las necesidades específicas de la persona cuidadora y ayudarla a desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas.
3. **Respiro o descanso:** Es importante informar de la necesidad e importancia del descanso. Esto puede implicar la organización de cuidadores de relevo dentro del núcleo familiar, o incluso la valoración de estancias cortas en centros residenciales, donde otro cuidador asuma la responsabilidad del cuidado durante un período más largo, permitiendo a la persona cuidadora principal tomarse un tiempo libre para descansar, recargar energías y dedicarse a sus propias necesidades.
4. **Apoyo emocional continuo:** El cuidado de una persona dependiente puede generar una amplia gama de emociones en la persona cuidadora. Por lo tanto, se debe proporcionar un apoyo emocional continuo para ayudar a la persona cuidadora a hacer frente a estos desafíos. Esto puede implicar sesiones regulares de asesoramiento o terapia individual o grupal, donde se aborden los aspectos emocionales y se brinde un espacio seguro para expresar sentimientos, preocupaciones y frustraciones.
5. **Capacitación en habilidades de cuidado:** Además de la información inicial, se pueden ofrecer programas formativos en habilidades de cuidado más completos y estructurados. Estos programas

pueden incluir sesiones prácticas que enseñen técnicas de cuidado, como movilización segura, manejo de medicamentos y primeros auxilios básicos. También se pueden proporcionar recursos adicionales, como manuales de cuidadores, videos instructivos y herramientas en línea para ayudar a la persona cuidadora a desarrollar y mejorar sus habilidades de cuidado.

6. **Coordinación de servicios y recursos:** La persona cuidadora puede beneficiarse de la coordinación de servicios y recursos disponibles en la comunidad. Esto implica ayudar a la persona cuidadora a acceder a servicios médicos, terapias especializadas, servicios de atención domiciliaria, equipos de apoyo, programas de rehabilitación y otros recursos que puedan contribuir al bienestar tanto de la persona dependiente como de la persona cuidadora. Un coordinador de cuidados o un trabajador social capacitado puede desempeñar un papel clave en esta coordinación.

Estas son solo algunas de las medidas de apoyo ampliadas que se pueden proporcionar a la persona cuidadora de un dependiente. Cada situación es única, por lo que es importante adaptar el apoyo a las necesidades específicas de la persona cuidadora y garantizar que se sienta respaldada, informada y cuidada en su rol como cuidadora. El objetivo es proporcionar un ambiente de apoyo integral que promueva la salud y el bienestar tanto de la persona dependiente como de la persona cuidadora.