



www.academia-adn.es

@academia_adn.es

**30: ATENCIÓN Y CUIDADOS EN EL ANCIANO:
CONCEPTO DE ANCIANIDAD, CAMBIOS FÍSICOS
ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO. APOYO A LA
PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EDUCACIÓN
SANITARIA. MEDIDAS DE APOYO A LA PERSONA
CUIDADORA DEL DEPENDIENTE**

Eduardo J. Galiano Monteserín.



I: CONCEPTOS GENERALES

Concepto de envejecimiento

*“Serie de modificaciones **morfológicas, psicológicas, bioquímicas y funcionales** que aparecen como consecuencia de la acción del **tiempo** sobre los seres vivos”*

Biner y Bourline

*“La consecuencia de la **acumulación** de una gran variedad de **daños moleculares y celulares** a lo largo del **tiempo**, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente, a la **muerte**»*

OMS

*"**Proceso fisiológico** que comienza en la **concepción** y ocasiona **cambios** en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una **limitación de la adaptabilidad del organismo** en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales"*

ADeN
LEYNOFOR

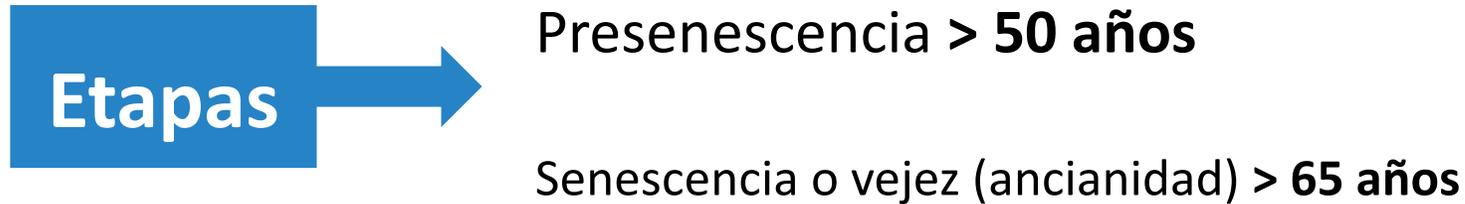
ΓΕΛΙΟΓΡΟΒ
ADeN

Tipos de envejecimiento

- **Envejecimiento Fisiológico:** envejecimiento de órganos y tejidos, **con adaptación** al medio.
- **Envejecimiento Saludable:** déficit funcional mínimo. Prevención temprana de enf. y discap.
- **Envejecimiento Patológico:** incidencia procesos patológicos alteran e **impiden adaptación** al medio.
- **Envejecimiento Activo:** “proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen” OMS



Concepto de envejecimiento



Gerontología: ciencia que estudia el **proceso de envejecimiento** en todos sus aspectos (**fisiológico + psicológico + sociales**).

Geriatría: rama de la Medicina y Gerontología. Preventivo, clínico, terapéutico. Valoración + diagnóstico + tratamiento + recuperación + rhb patología aguda y crónica.

Senilidad: paciente mayor con afectación mental



MADRID 2014. P. 16:



Servicio Madrileño de Salud

Comunidad de Madrid

¿Qué es la gerontología?, Indique la respuesta correcta:

- a. Es la ciencia que se ocupa de mantener la salud en los ancianos
- b. es la ciencia que se ocupa de estudiar todos los aspectos sanitarios, sociales y legales que afectan a los ancianos
- c. es la ciencia que se ocupa de estudiar todos los aspectos sanitarios, que afectan a los jóvenes
- d. es la ciencia que estudia el medio en el que se encuentra el anciano

ADeN
LEYNOFOR

ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΑ
ADeN

MADRID 2019. P. 84:

El concepto de ancianidad se considera:

- a. A la edad de 65 años
- b. A la edad de 80 años
- c. A la edad de 70 años
- d. no tiene edad

ANDALUCÍA 2019. P. 92:

La Gerontología:

- a. Es la rama de la medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales en la salud y enfermedad de los ancianos
- b. Estudia el proceso del envejecimiento en general, las modificaciones fisiopatológicas, que de forma más o menos acusada se producen en esta etapa
- c. Estudia el índice de dependencia que influye en el gasto social general procedente de l sistema de pensiones o de otro sistema social de mantenimiento de los ancianos
- d. Todas las anteriores son respuestas correctas

II CLASIFICACIÓN DE LA PERSONA MAYOR



Clasificación de >65 años

Persona mayor sana: aquellas cuyas características físicas, funcionales, mentales y sociales, están de acuerdo con su edad cronológica. Se mantiene en **equilibrio inestable** pero es capaz de adaptar su funcionamiento a las propias posibilidades.

Persona mayor enferma: presenta **alguna afección**, aguda o crónica, **no invalidante** y que no cumple criterios de paciente geriátrico.



Clasificación de >65 años según la OMS (debe cumplir 3*)

Persona mayor en riesgo/FRAGIL: por determinadas condiciones, presenta una disminución en su funcionalidad y reserva fisiológica, y más riesgo de eventos adversos como morbilidad y mortalidad.

- ✓ Edad superior a 80 años*
- ✓ Vivir solo
- ✓ Viudez reciente(<1año), cambios de domicilio
- ✓ Patología crónica, depresión, deterioro cognitivo...
- ✓ >3 fármacos
- ✓ Ingreso hospitalario (<1año).
- ✓ Atención médica o enf. domicilio 1vez/mes
- ✓ Incapacidad funcional
- ✓ Situación económica precaria

FRAGILIDAD

Test de
BARBER
(rural/urbano)
1 punto:
riesgo

ADeN
LEYNFOR

ГЕΛΙΟΛΟΓΙΑ
ADeN

Cuestionario de Barber (detección de anciano de riesgo)

1. ¿Vive solo?
2. ¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si precisa ayuda?
3. ¿Hay más de 2 días a la semana que no come caliente?
4. ¿Necesita de alguien que lo ayude a menudo?
5. ¿Le impide su salud salir a la calle?
6. ¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo?
7. ¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?
8. ¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?
9. ¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?

Clasificación de >65 años

Paciente geriátrico

**Si ≥ 3
criterios**

- > 75 años
- **Pluripatología relevante**
- Incapacidad
- Patología mental /deterioro cognitivo
- Limitación social

**MUY
importante
para TTO**

GALICIA 2019. P. 4:

¿Qué significa en geriatría el término de "anciano frágil"?

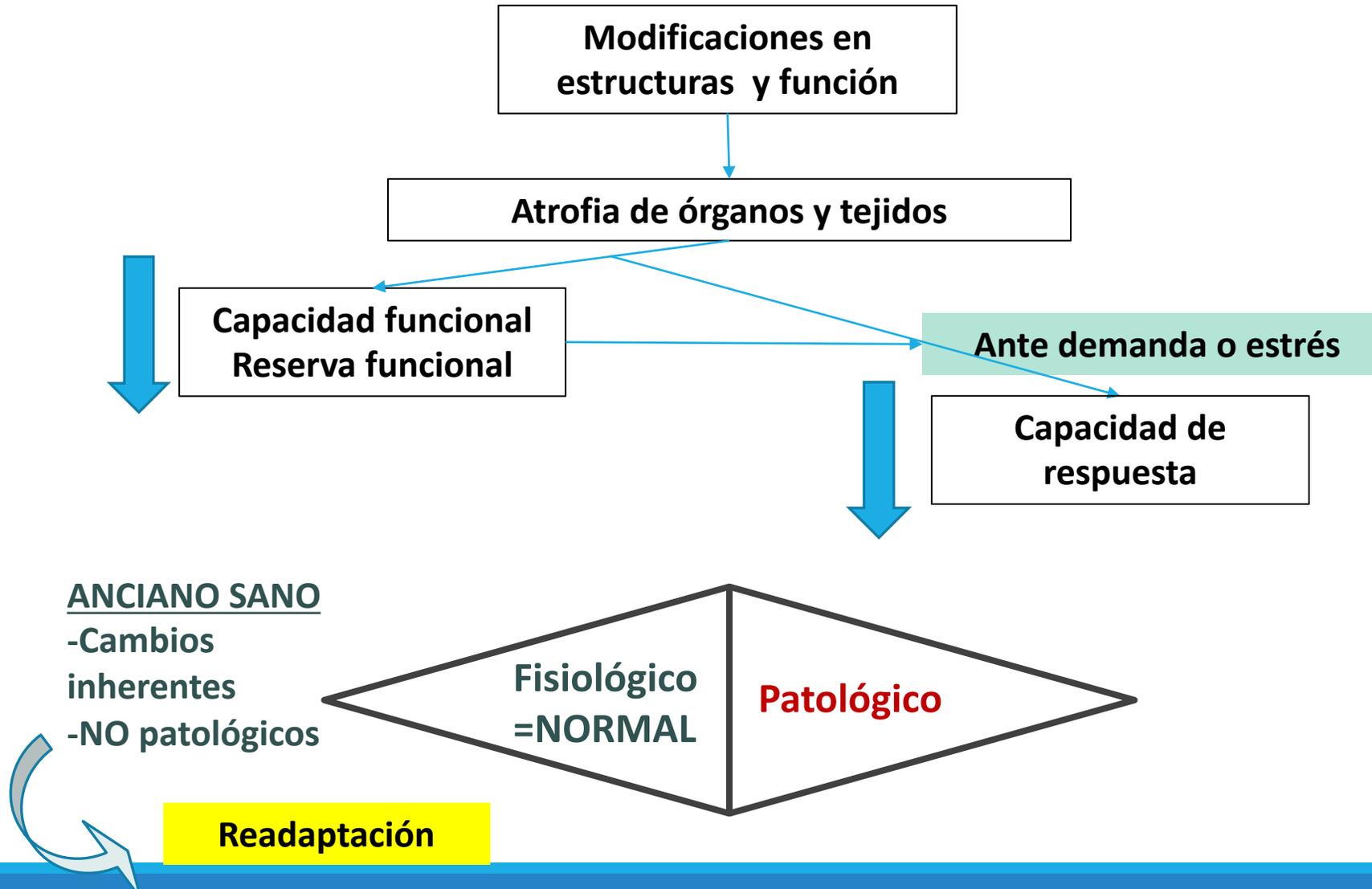
- a. hace referencia a una situación de alto riesgo al deterioro
- b. el término frágil no es suficientemente descriptivo
- c. hace referencia a una situación de bajo riesgo de deterioro
- d. las respuestas a y b son correctas



III: ENVEJECIMIENTO

CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y ANATÓMICOS

Cambios durante el envejecimiento



Cambios durante el envejecimiento: ANCIANO SANO



- **Elasticidad** e hidratación de los tejidos
- Agua corporal total
- **Metabolismo basal** (GMB 30%)
- Volumen y peso de los órganos
- Vascularización capilar
- Retraso en la diferenciación y crecimiento celular



GENERALES



- **Tiempo cicatrización**
- **Masa grasa en relación a la masa magra y.....**

REDISTRIBUCIÓN



Cambios durante el envejecimiento: ANCIANO SANO



- **Atrofia** glándulas sudoríparas y sebáceas—**PIEL SECA** y apergaminada
- Nº melanocitos—MENOR PROTECCIÓN UVA
- Termorregulación—HIPOTERMIA e INSOLACIÓN
- **Masa grasa subcutánea** 
- Receptores de tacto y presión—UPP y quemaduras.

PIEL



- Tejido conectivo---**ARRUGAS**
- Lentigos = pecas
- Palidez
- Bolsas en párpados inf, descenso superior, y áng. externo



PELO: canoso, pérdida.

Disminuye **vello** en axila, pubis y piernas y aumenta en mentón, supralabial.

Disminuye agua intracelular, alteraciones en la termorregulación, disminuye mecanismo de la sed-→ **Riesgo de deshidratación.**

Cambios durante el envejecimiento: ANCIANO SANO

SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO



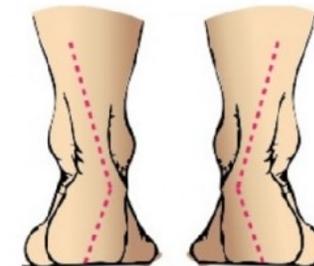
- Talla
- Masa ósea y muscular y fuerza (sarcopenia)
- Braceo con la marcha.



- **Descalcificación y Osteoporosis ideopática tipo II o senil (FX cadera)**
- Fragilidad ósea—**Fracturas**
- Cifosis dorsal
- Desplazamiento del centro de gravedad hacia delante
- **Energía gastada**
- Alteraciones de la marcha—**FR CAIDAS**



Posición **valgo** de los pies



ADeN
LEYNOFOR

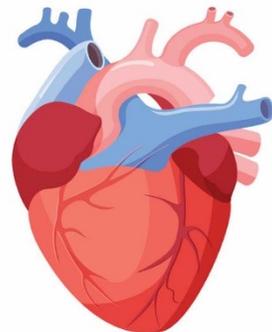
ΓΕΛΙΟΕΘΟΣ
ADeN

Cambios durante el envejecimiento: ANCIANO SANO

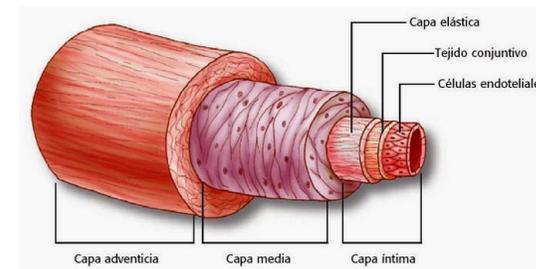
SISTEMA CARDIOVASCULAR



- Nº Células nodo S/ conducción
- **FC**
- **GC** (VS X FC) y enlentecimiento circulación.
- Elasticidad
- Adaptabilidad de vasos



- Riesgo de arritmias
- Rigidez arterial (por disminución de elasticidad)
- **TA**
- **Resistencias vasculares**
- Calibre de aorta
- Grosor de la íntima (por ateroma y esclerosis)



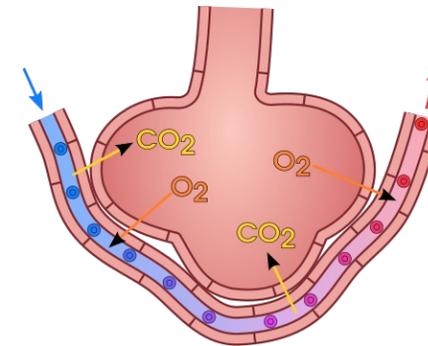
Cambios durante el envejecimiento: ANCIANO SANO

SISTEMA RESPIRATORIO

- Fuerza caja torácica.
- **Elasticidad** tejido **pulmonar** + caja torácica
- **Distensibilidad** pared torácica
- Calibre V aérea
- **CV/CPT (4,5l/6l), ventilación x minuto**
- Reflejo tusígeno
- **Nº alveolos, cilios, macrófagos**
- Intercambio gaseoso y pO₂



- **Rigidez** caja torácica
- **Engrosamiento** membrana alveolo-capilar
- **VR**
- Riesgo de **Infecciones respiratorias**



RESPIRACIÓN ABDOMINAL
(músculos accesorios)

Cambios durante el envejecimiento: ANCIANO SANO

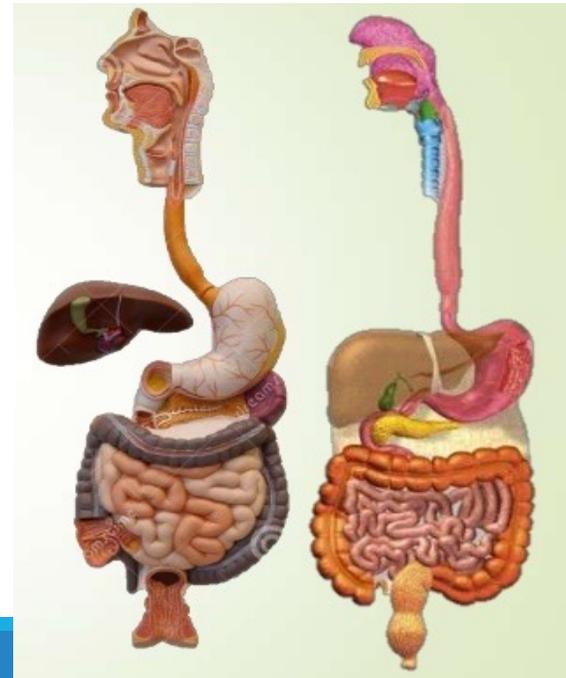
APARATO DIGESTIVO



- Flujo salivar— **XEROSTOMÍA**
- Papilas gustativas y adelgazamiento m. oral
- Capacidad para masticar y deglutir
- Esmalte y dentina
- **Atrofia** mucosa gástrica y cél. parietales.
- **Ácido clorhídrico, pepsina**
- Capacidad de absorción de intestino
- Motilidad y peristaltismo— **ESTREÑIMIENTO**
- **Vaciamiento gástrico** y secreción bilis— **DIG. PESADAS**



- **Ph gástrico**—**BÁSICO**
- **Reflujo** gastroesofágico EEI (asintomático)



Cambios durante el envejecimiento: ANCIANO SANO

APARATO URINARIO



- Nº nefronas y funcionamiento (30-40%)
- Peso y volumen riñón.
- Lecho vascular renal (1200ml/min a 600ml/min)
- **Filtrado glomerular**—
CREATININA SÉRICA NORMAL
- Función tubular y **aclaramiento renal de creatinina**—**ORINA 24 H**
- Tono detrusor--**INCONTINENCIA**



- Arteriosclerosis art.renales
- Volumen residual orina
- **Riesgo de ITUs**



Cambios durante el envejecimiento: ANCIANO SANO

APARATO GENITAL



- Atrofia** endometrio, cuello y vagina, elasticidad, vello púbico, **secreción vaginal**.
- Prolactina, estrógenos y progestágenos.**



- Mamas, prolapso uterino.
- LH y FSH**



- Vello púbico
- Tamaño **testículo**.
- Erección lenta
- Testosterona**



- Tamaño prostático
- Tamaño bolsa escrotal
- Periodo refractario eyac.
- LH y FSH**



Cambios durante el envejecimiento: ANCIANO SANO



SISTEMA ENDOCRINO

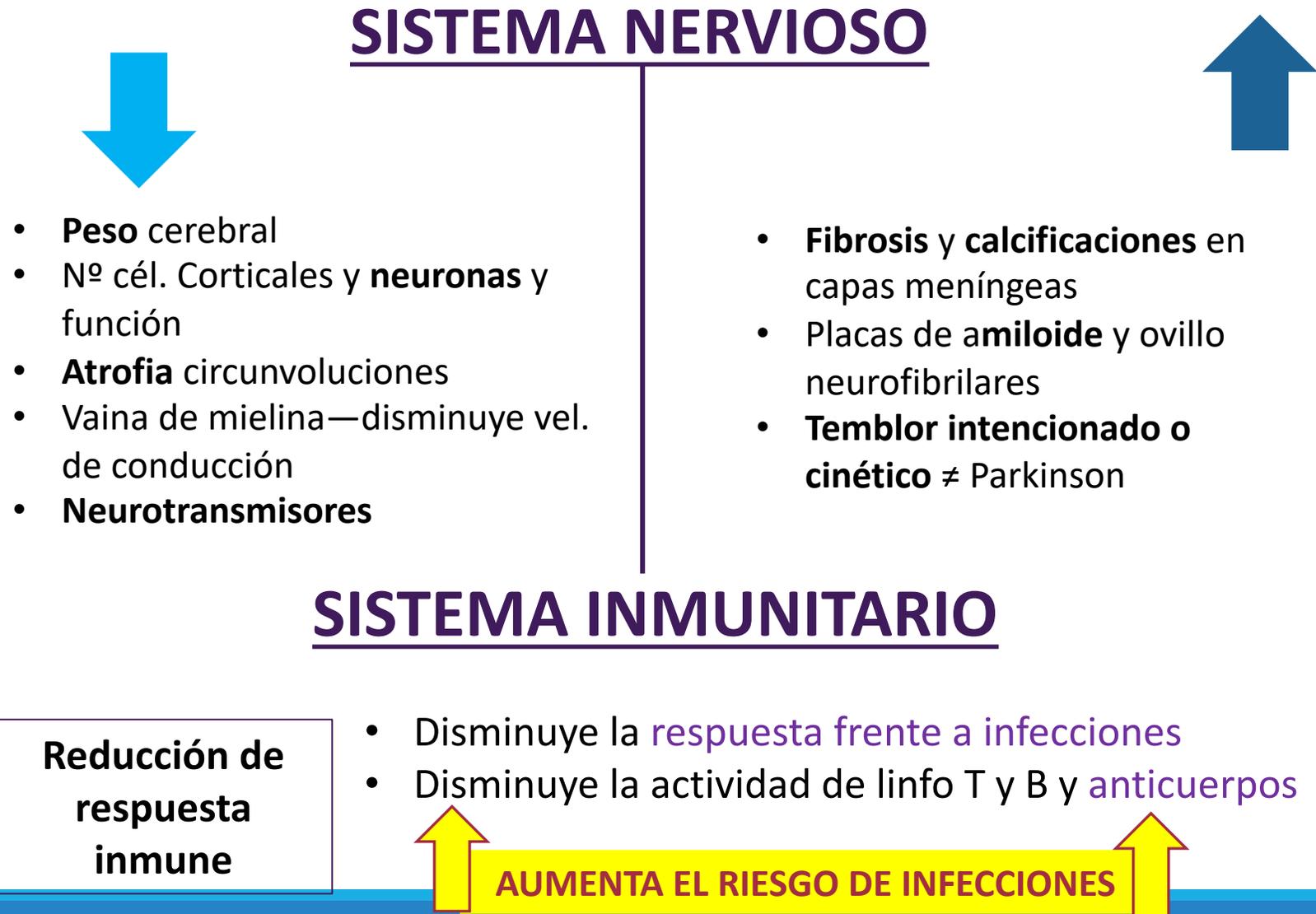


- Producción de **hormonas** (aldosterona, estrógenos, insulina).
- Tolerancia a la glucosa
- Sensibilidad de receptores insulínicos—**RESISTENCIA A LA INSULINA**
- Conversión de T4 en T3 y testosterona libre.
- Vasopresina(ADH)

- Resistencia a la insulina—**DIABETES MELLITUS II o INTOLERANCIA A HdC**



Cambios durante el envejecimiento: ANCIANO SANO



Cambios durante el envejecimiento: ANCIANO SANO

ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS



-Capacidad **olfatoria**



-Degeneración **nervio olfatorio**
-Tamaño cartílago nariz
-Nº y grosor de **vibrisas=pelos**



-Saliva y nº papilas---**Riesgo de condimentar las comidas**
-Sensación de sed: hipofunción del hipotálamo



-Umbral **SABOR SALADO**



-Audición (frecuencias altas
→**PRESBIACUSIA**) bilateral y progresiva.
(todas las frecuencias→**HIPOACUSIA**.
Sordera total =**COFOSIS**)
-**Tinnitus/acúfenos**



-Tamaño del pabellón oreja (OE)
-Cambios degenerativos cad.
huesecillos
-Engrosamiento **m. timpánica** (OM)
-Atrofia órg. de Corti (OI)
-**Cerumen**

Cambios durante el envejecimiento: ANCIANO SANO

ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS



- Elasticidad del musculo orbicular → **Ptosis palpebral**
- Secreción lacrimal → **ojo seco e irritado.**
- Tamaño de pupila
- Capacidad acomodación cristalino, Agudeza visual → **presbiopía/ presbicia—cataratas, degeneración macular**



- Degeneración músculo elevador y pérdida grasa orbitaria → **(enofalmo)**
- Aumenta depósito de lípidos en iris → **gerontoxon o anillo/arco senil**
- Lípidos en los párpados → **Xantelasmas**
- Presión intraocular → **Glaucoma!**



-Capacidad **discriminación**
sensación **térmica, dolor...**

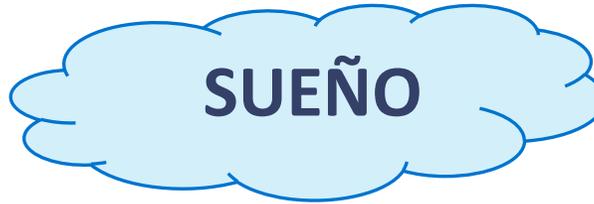


-Riesgo de **heridas, úlceras**
y **quemaduras.**

ADeN
LEYNFOR

ΓΕΛΙΟΛΟΓΙΑ
ADeN

Cambios durante el envejecimiento: ANCIANO SANO



Modificaciones en cantidad y calidad-SUBJETIVA/PERCEPCIÓN

Requerimientos de **sueño nocturno**

Fases 3,4 (profundas) y REM



24h = adulto

5-6h sueño nocturno



- Latencia de sueño
- Fases 1 y 2 (inducción) alargadas
- Despertares nocturnos

Tendencia a mala higiene del sueño y hábitos dietéticos.



INSOMNIO E HIPERSOMNIA



Cambios durante el envejecimiento: ANCIANO SANO



PSICOLÓGICOS/COGNITIVOS

¿¿1ª alteración??

MEMORIA

CORTO PLAZO

MEMORIA DE TRABAJO → **Mayores tiempos de reacción**

LARGO PLAZO

M. EXPLÍCITA EPISÓDICA (eventos, cuándo, cómo...) → **Mayores tiempos de reacción**

M. EXPLÍCITA SEMÁNTICA (hechos) → Sin cambios

M. IMPLÍCITA PROCEDIMENTAL → Sin cambios



Cambios durante el envejecimiento: ANCIANO SANO



PSICOLÓGICOS/COGNITIVOS

RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS disminuida

LENGUAJE: dificultad para encontrar las palabras. No patológico.

ATENCIÓN: **selectiva y dividida** (disminuye), sostenida (=)

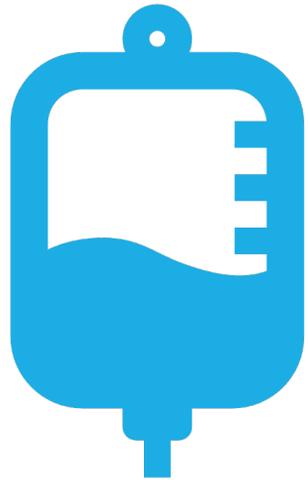
PERSONALIDAD: motivación y creatividad (=)



CASTILLA – LA MANCHA 2018. P. 48:

La pérdida de la memoria reciente en el anciano se atribuye a:

- a. Envejecimiento cerebral
- b. Institucionalización
- c. Incomunicación, falta de información, desinterés e hipofunción cerebral
- d. Ingresos en centros hospitalarios



IV: VALORACIÓN EN EL ANCIANO

4.1: Valoración física- funcional

ABVD

-Baño
-Vestido
-Uso del WC
-Movilidad
-Continencia
-Alimentación
-Comunicación

- **Índice de Katz**
- **Índice de Barthel**
- Escala de incapacidad física de la Cruz Roja
- Escala Plutchik

AIVD

-Uso del teléfono
-Ir de compras
-Preparación comida.
-Cuidado de la casa.
-Lavado ropa.
-Uso de transporte.
-Manejo de medicación
-Manejo del dinero
-Subir y bajar escaleras.

- **Escala de Lawton y Brody**/Escala del Centro Geriátrico de Filadelfia de Lawton)

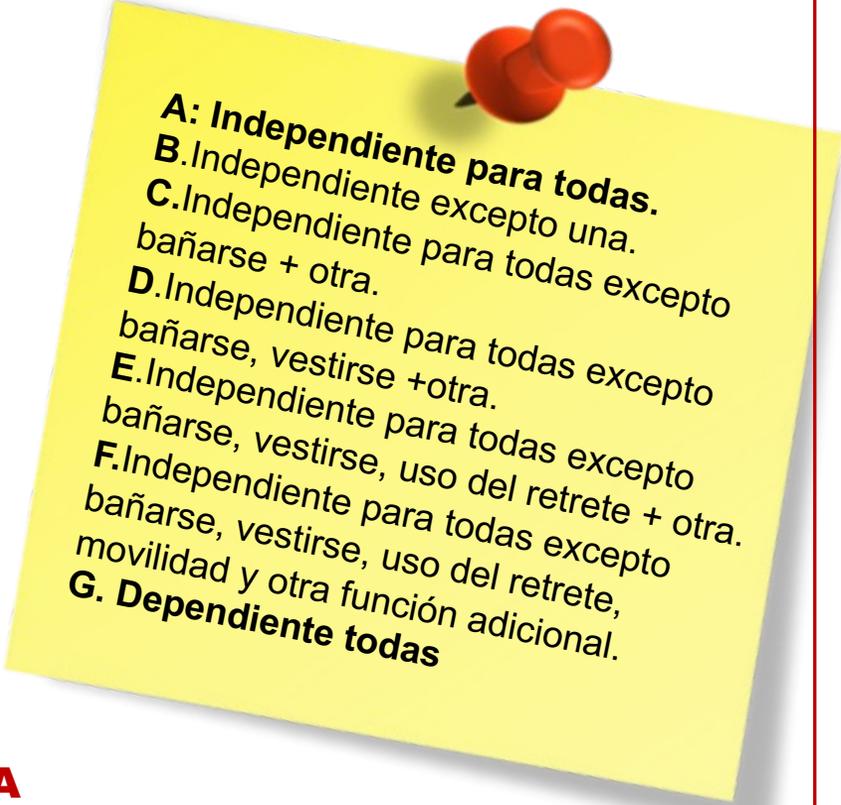
AAVD

-Viajes
-Negocios.
-Trabajo.
-Ocio/ Deportes.
-Aficiones.
-Participación en grupos.

Índice de Katz

6 ítems

Baño
Vestido
Ir al WC
Movilidad
Continencia
Alimentación

- 
- A: Independiente para todas.
 - B. Independiente excepto una.
 - C. Independiente para todas excepto bañarse + otra.
 - D. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse + otra.
 - E. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete + otra.
 - F. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional.
 - G. Dependiente todas

INDEPENDENCIA

DEPENDENCIA

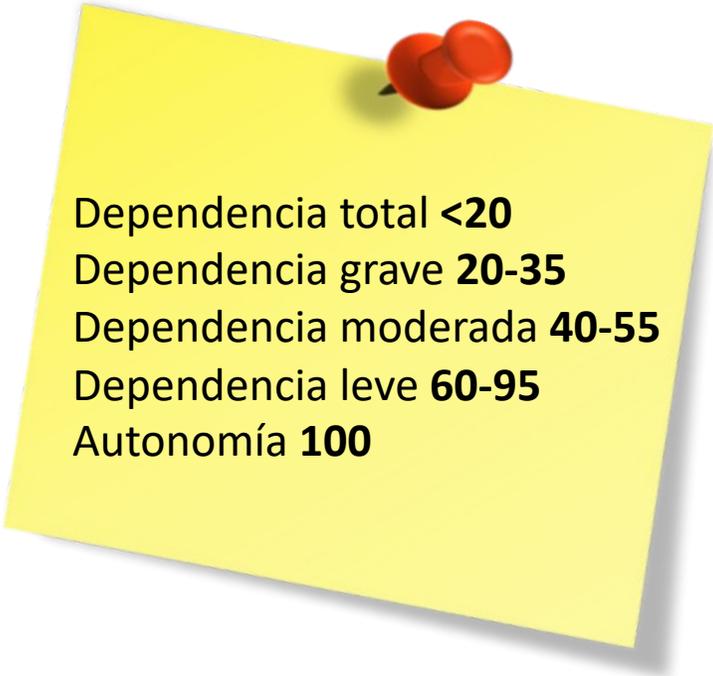
1. Baño	Independiente: Se baña solo o precisa ayuda para lavar alguna zona, como la espalda, o una extremidad con minusvalía
	Dependiente: Precisa ayuda para lavar más de una zona, para salir o entrar en la bañera, o no puede bañarse solo
2. Vestido	Independiente: Saca ropa de cajones y armarios, se la pone, y abrocha. Se excluye el acto de atarse los zapatos
	Dependiente: No se viste por sí mismo, o permanece parcialmente desvestido
3. Uso del WC	Independiente: Va al WC solo, se arregla la ropa y se limpia
	Dependiente: Precisa ayuda para ir al WC
4. Movilidad	Independiente: Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo, y puede levantarse de una silla por sí mismo
	Dependiente: Precisa ayuda para levantarse y acostarse en la cama o silla. No realiza uno o más desplazamientos
5. Continencia	Independiente: Control completo de micción y defecación
	Dependiente: Incontinencia parcial o total de la micción o defecación
6. Alimentación	Independiente: Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente (se excluye cortar la carne)
	Dependiente: Precisa ayuda para comer, no come en absoluto, o requiere alimentación parenteral

Índice de Barthel

10 ítems

Alimentación
Baño
Vestido
Aseo
Deposición
Micción,
WC
Sillón-cama
Deambulación
ESCALONES !j

Puntuación **0-5-10-15**
(múltiplos de 5!!)



Dependencia total <20
Dependencia grave 20-35
Dependencia moderada 40-55
Dependencia leve 60-95
Autonomía 100

0 → 100

Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente (la comida está al alcance de la mano)	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	5
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	5
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	5
	3. Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	10

Índice de Lawton y Brody

8 ítems

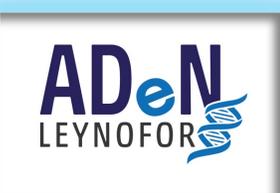
Teléfono
Compra
Comida
Casa
Ropa
Transporte
Medicación
Dinero



Puntuación **0-1**

0 → 8

Item	Aspecto a evaluar	Puntos
1	<p>Capacidad para usar el teléfono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utiliza el teléfono por iniciativa propia - Es capaz de marcar bien algunos números familiares - Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar - No es capaz de usar el teléfono 	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>0</p>
2	<p>Hacer compras:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realiza todas las compras necesarias independientemente - Realiza independientemente pequeñas compras - Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra - Totalmente incapaz de comprar 	<p>1</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>
3	<p>Preparación de la comida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente - Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes - Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada - Necesita que le preparen y sirvan las comidas 	<p>1</p> <p>0</p> <p>0</p> <p>0</p>
4	<p>Cuidado de la casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) - Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas - Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza - Necesita ayuda en todas las labores de la casa - No participa en ninguna labor de la casa 	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>0</p>
5	<p>Lavado de la ropa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lava por sí solo toda su ropa - Lava por sí solo pequeñas prendas - Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro 	<p>1</p> <p>1</p> <p>0</p>
6	<p>Uso de medios de transporte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche - Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte - Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona - Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros - No viaja 	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>0</p> <p>0</p>



4.2: Pruebas de ejecución

❑ Velocidad de la marcha: <0,8m/s

❑ Short **Physical** Performance Battery (SPPB)

- prueba jerárquica de equilibrio (pies juntos, semitandem y tándem)
- un corto paseo de 4m a ritmo habitual
- levantarse de una silla cinco veces consecutivas



Table 1. Classification of Limitations Based on Short Physical Performance Score

Score	Classification
0-3	Severe limitations
4-6	Moderate limitations
7-9	Mild limitations
10-12	Minimal limitations

Classification from Guralnik JM, Ferrucci L, Simonsick EM, Salive ME, Wallace RB. Lower-extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability. *N Engl J Med.* 1995;332:556-561.

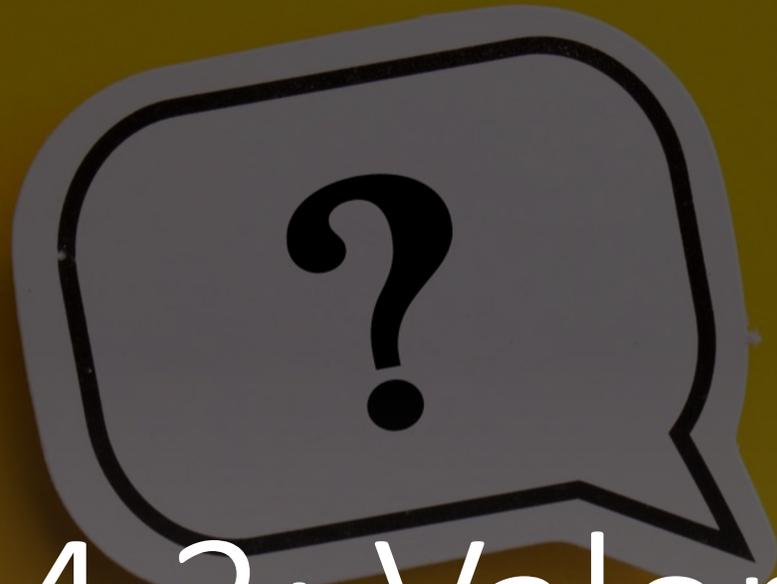
Fragilidad



NAVARRA 2020. P. 68:

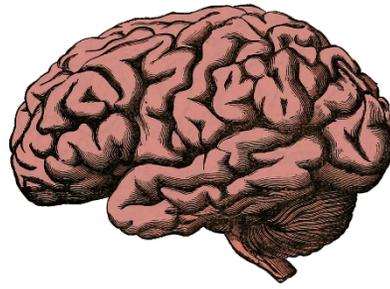
Señale la escala que mide la actividad instrumental:

- a. Índice de Katz
- b. Escala de la Cruz Roja
- c. Escala de Barthel
- d. Escala de Lawton



4.3: Valoración mental





COGNITIVA

- Memoria** (inmediata, reciente, remota)
- DC/demencia
- Pensamiento
- Percepción
- Orientación tiempo, espacio y persona



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

AFECTIVA

- Estado de ánimo
- Depresión



- Escala de depresión geriátrica de **Yesavage**
o **GDS**
- **Escala Goldberg**
- Escala de Beck Depression Inventory
- Escala de Zung

COGNITIVA



Test de Pfeiffer: evalúa DC

10 preguntas

Fecha, día, edad, nº tlf
apellido madre,
presidente del gobierno...

1 Punto por error

0 → 10 errores

Normal 0-2
DCL 3-4
Deterioro moderado 5-7
Deterioro importante 8-10

Sesgo del nivel educativo y edad

MMSE Folstein (30) o MEC-LOBO (35): evalúa DC

30 ítems

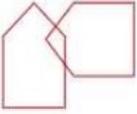
Orientación
Cálculo
Memoria
Concentración
Lenguaje
Lectura/escritura
Construcción gráfica

≤23: déficit cognitivo

0 → 30/35

Preguntas	Respuestas	Errores
¿Qué día es hoy? (día, mes, año)		
¿Qué día de la semana es hoy?		
¿Dónde estamos ahora?		
¿Cuál es su número de teléfono?		
¿Cuál es su dirección? (sólo si no tiene teléfono)		
¿Cuántos años tiene?		
¿Cuál es su fecha de nacimiento? (día, mes, año)		
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?		
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?		
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?		
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar a 0		
Puntuación total		

Pfeiffer

Concepto	Puntuación	
	Paciente	Máximo
Orientación Dígame el día _____ fecha _____ mes _____ estación _____ año _____ Dígame el hospital (o el lugar) _____ planta _____ ciudad _____ provincia _____ nación _____		(5) (5)
Memoria de fijación Repita estas 3 palabras: peseta – caballo – manzana (repetirlas hasta que las aprenda)		(3)
Concentración y cálculo Si tiene 30 euros y me va dando de 3 en 3: ¿Cuántos le van quedando?: _____ - _____ - _____ - _____ Repita estos números: 5 – 9 – 2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás: _____ - _____ - _____		(5) (3)*
Memoria ¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?: _____ - _____ - _____		(3)
Lenguaje y construcción Mostrar un bolígrafo: ¿Qué es esto? Repetirlo con el reloj Repita esta frase: «En un trigal había cinco perros» Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde? _____ ¿Qué son un perro y un gato? _____ Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa		(2) (1) (2)* (3)
Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS Escriba una frase _____		(1) (1)
Copie este dibujo 		(1)
	Puntuación total MEC-35	(35)
	Puntuación total MEC-30	(30)

*Se suprimen para la versión de 30 ítems.

Nivel de conciencia (marcar): _____
Alerta – Obnubilación – Estupor – Coma

MEC Lobo

Yesavage (escala de depresión Geriátrica)



Respuestas SI/NO

*Otras escalas: Beck, Zung...

0 → 15

Normal 0-5
Depresión leve 6-9
≥10 depresión establecida

Goldberg : ansiedad/depresión

Subescala ansiedad 0-9

Subesala depresión 0-9

0 → 9

Ansiedad >4
Depresión >3

Respuestas SI/NO (SI 1 punto)

NAVARRA 2020. P. 43:

Pedirle a un anciano que repita palabras, evalúa:

- a. Orientación
- b. Memoria reciente
- c. Memoria tardía
- d. Capacidad de conversación

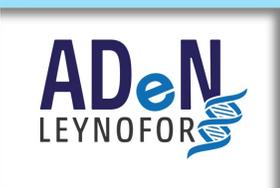
Pregunta a realizar	Respuesta
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
¿Siente que su vida está vacía?	SI
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
¿Sufre molestias por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
¿Se siente feliz muchas veces?	NO
¿Se siente a menudo abandonado?	SI
¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO

¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI
¿Se siente lleno de energía?	NO
¿Siente que su situación es desesperada?	SI
¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO

SUBESCALA DE ANSIEDAD	RESPUESTAS	PUNTOS
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?		
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse		
Puntuación Total (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)		
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
PUNTUACIÓN TOTAL		

SUBESCALA DE DEPRESIÓN	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Se ha sentido con poca energía?		
¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
Puntuación Total (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)		
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
¿Se ha sentido usted enlentecido?		
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
PUNTUACIÓN TOTAL		

Goldberg



4.4: Valoración social / familiar

Cuestionario de Barber: anciano frágil o de alto riesgo (9 preg. SI/NO)
rural/urbano **0-9** **1 punto indica riesgo**

Test Apgar familiar: apoyo/FUNCIÓN familiar

Escala OARS: recursos sociales (DUKE UNC11)

Escala Gijón de Valoración Socio-familiar: 5 áreas (situación familiar, económica, vivienda, relaciones sociales y apoyos de la red social)

< 10 puntos: normal o riesgo social bajo
10-16 puntos: riesgo social intermedio
> 17 puntos: riesgo social elevado (problema social)



1999
García-González JV
y Díaz-Palacios E
Autores



ADeN
LEYNOFOR



ΓΕΛΙΟΛΟΓΙΑ
ADeN
LEYNOFOR

APGAR FAMILIAR - ADULTOS

Función	Nunca (0 Puntos)	Casi Nunca (1 punto)	Algunas veces (2 puntos)	Casi siempre (3 puntos)	Siempre (4 puntos)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor, etc.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos b) los espacios de la casa, c) el dinero					
PUNTAJE PARCIAL					
PUNTAJE TOTAL					

Apgar familiar, Gijón, Duke - OARS

Apellidos _____ Nombre _____

Entrevistador/a _____ Fecha _____

Me gustaría que respondiese algunas preguntas acerca de su familia y amigos:

¿Cuál es su estado civil?

1. Soltero

2. Casado

3. Viudo

4. Separado

No responde

¿Vive su cónyuge en la residencia?

1. Sí

2. No

No responde

Durante el último año, ¿con qué frecuencia salió de la residencia para visitar a la familia o amigos en fines de semana o vacaciones, de compras o de excursión?

1. Una vez a la semana o más

2. Una a tres veces al mes

3. Menos de una vez al mes o sólo en vacaciones

0. Nunca

No responde

¿Con cuántas personas tiene la suficiente confianza para visitarlos en su casa?

3. Cinco o más

2. Tres o cuatro

1. Una o dos

0. Ninguna

No responde

¿Cuántas veces habló (amigos, familiares u otros) por teléfono durante la última semana? (Si la persona no tiene teléfono la pregunta también es válida.)

3. Una vez al día o más

2. Dos veces

1. Una vez

0. Ninguna

No responde

¿Cuántas veces durante la semana pasada le visitó alguien que no vive con usted, fue usted de visita o realizó alguna actividad con otra persona?

3. Una vez al día o más

2. De dos a seis veces

1. Una vez

0. Ninguna

No responde

¿Hay alguna persona en la que tenga confianza?

2. Sí

0. No

NS/NC

¿Con qué frecuencia se siente solo?

0. Bastante a menudo

1. Algunas veces

2. Casi nunca

3. NS/NC

¿Ve a sus familiares y amigos tan a menudo como quisiera o está algunas veces triste por lo poco que vienen a verle?

1. Tan a menudo como deseo

2. Algunas veces me siento triste por lo poco que vienen

No responde

¿Hay alguien que le ayudaría en cualquier cosa si se pusiera enfermo o quedara incapacitado (por ejemplo, marido/mujer, otro familiar, amigo)? (Ancianos en residencias: la persona debe ser ajena al centro)

1. Sí

0. Nadie dispuesto y capaz de ayudarme

No responde

Si es «Sí», preguntar a y b.

a) ¿Hay alguien (ancianos en residencias: ajeno a la residencia) que cuidaría de usted tanto tiempo como lo necesitase o sólo por un corto espacio de tiempo u ocasionalmente (por ejemplo, acompañarle al médico)?

1. Alguien que cuidaría de mí indefinidamente.

2. Alguien que me cuidaría durante un breve espacio de tiempo.

3. Alguien que me ayudaría de vez en cuando.

No responde.

b) ¿Quién es esa persona?

Nombre _____

Relación _____

A. Situación familiar	
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
B. Situación económica	
Más de 1.5 veces el salario mínimo	1
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
LISMI – FAS – Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior	5
C. Vivienda	
Adecuada a necesidades	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción...)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivenda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	5
D. Relaciones sociales	
Relaciones sociales	1
Relación social sólo con familia y vecinos	2
Relación social sólo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4
No sale y no recibe visitas	5
E. Apoyo de la red social	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5
PUNTUACIÓN TOTAL	

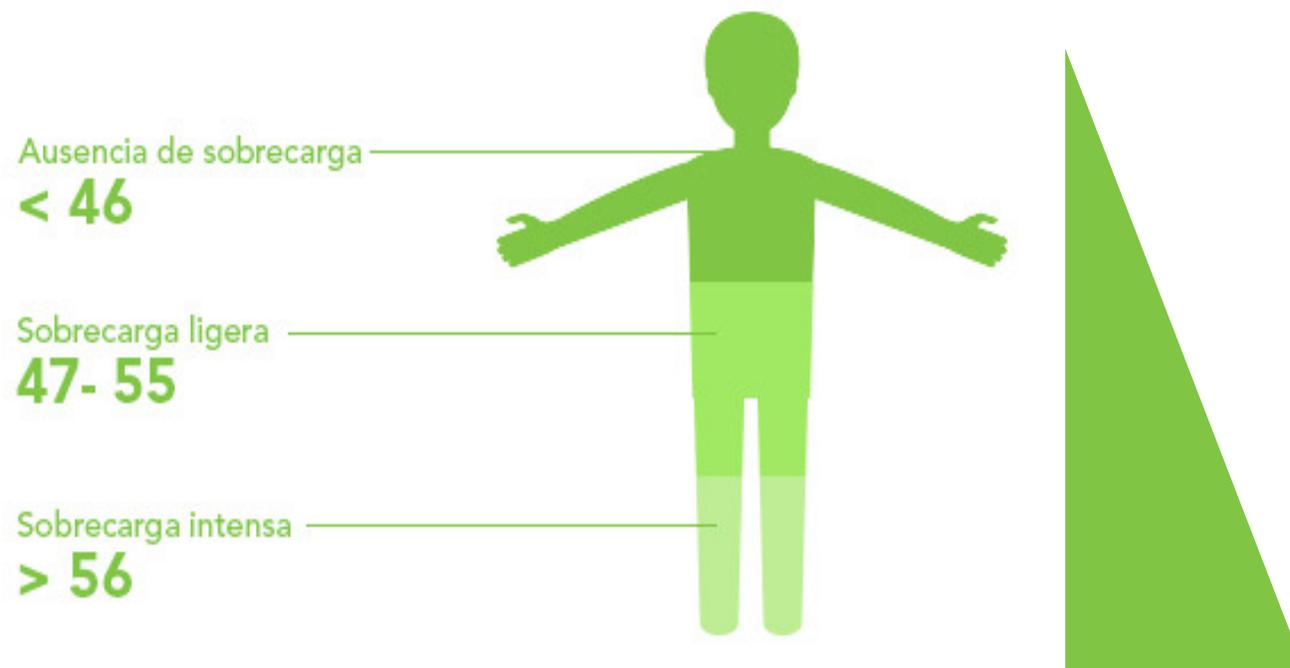
MADRID 2014. P. 27:

Señale la respuesta correcta, ¿qué escala es la más utilizada para evaluar la sobrecarga del cuidador?

- a. Escala De Fast
- b. Escala De Zarit
- c. Escala De Karnofsky
- d. Índice De Katz

VGI: Valoración SOCIAL/FAMILIAR

ESCALA ZARIT de valoración de la sobrecarga familiar. 22 preguntas. Likert 1-5 (22-110)



CUESTIONARIO ICUB 97 de Calidad de Vida/Cuidados de los Cuidadores Informales

Nombre _____	Fecha _____	Expediente _____
<p>Instrucciones: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted, así, nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.</p> <p>0 = Nunca 1 = Rara vez 2 = Algunas veces 3 = Bastantes veces 4 = Casi siempre</p>		
1A. ¿Cree que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	<input type="checkbox"/>	
2A. ¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	<input type="checkbox"/>	
3A. ¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades en su trabajo o su familia?	<input type="checkbox"/>	
4B. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	<input type="checkbox"/>	
5B. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	<input type="checkbox"/>	
6B. ¿Piensa que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de su familia?	<input type="checkbox"/>	
7A. ¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su familiar?	<input type="checkbox"/>	
8A. ¿Cree que su familiar depende de usted?	<input type="checkbox"/>	
9B. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	<input type="checkbox"/>	
10A. ¿Cree que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	<input type="checkbox"/>	
11A. ¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar?	<input type="checkbox"/>	
12A. ¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?	<input type="checkbox"/>	
3A. ¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades debido a su familiar?	<input type="checkbox"/>	
14A. ¿Cree que su familiar parece esperar que usted sea la persona que le cuide, como si usted fuera la única persona de quien depende?	<input type="checkbox"/>	
15C. ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	<input type="checkbox"/>	
16C. ¿Cree que será incapaz de cuidarle/a por mucho más tiempo?	<input type="checkbox"/>	
17B. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar?	<input type="checkbox"/>	
18B. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otros?	<input type="checkbox"/>	
19B. ¿Se siente indeciso sobre que hacer con su familiar?	<input type="checkbox"/>	
20C. ¿Cree que debería hacer más por su familiar?	<input type="checkbox"/>	
21C. ¿Cree que podría cuidar mejor de su familiar?	<input type="checkbox"/>	
22A. Globalmente, ¿qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	<input type="checkbox"/>	

Desde que cuida:

Oxigenación <input type="checkbox"/> Tiene sensación de falta de aire. <input type="checkbox"/> Fuma más. <input type="checkbox"/> Ha empezado a fumar.	Nutrición <input type="checkbox"/> Come a destiempo. <input type="checkbox"/> Ha perdido el apetito. <input type="checkbox"/> Tiene malas digestiones. <input type="checkbox"/> Ha perdido /aumentado peso. <input type="checkbox"/> Bebe más alcohol.	Eliminación <input type="checkbox"/> Tiene alteraciones en el ritmo intestinal. <input type="checkbox"/> Tiene alteraciones en el ritmo menstrual. <input type="checkbox"/> Toma laxantes.
Movimiento <input type="checkbox"/> Practica menos actividad física. <input type="checkbox"/> Se le hinchan los pies/piernas. <input type="checkbox"/> Tiene dolor de espalda. <input type="checkbox"/> Toma analgésicos para el dolor.	Descanso y sueño <input type="checkbox"/> Está más cansado. <input type="checkbox"/> Duerme/descansa menos. <input type="checkbox"/> Se despierta a menudo. <input type="checkbox"/> Toma medicación para dormir.	Vestirse y desvestirse <input type="checkbox"/> Tiene dificultades para vestirse como lo hacía habitualmente.
Termoregulación <input type="checkbox"/> Tiene dificultades para mantener la temperatura corporal.	Higiene y protección de la piel <input type="checkbox"/> Dedicar menos tiempo al cuidado personal.	Evitar peligros <input type="checkbox"/> Siente desinterés por su entorno. <input type="checkbox"/> Se nota irritado. <input type="checkbox"/> Se nota más nervioso. <input type="checkbox"/> Se siente impotente. <input type="checkbox"/> Se siente ansioso. <input type="checkbox"/> Está deprimido. <input type="checkbox"/> Toma medicamentos. <input type="checkbox"/> Toma medidas de auto-protección.
Comunicarse <input type="checkbox"/> Come a parte del resto de la familia. <input type="checkbox"/> Tiene menos relaciones sociales <input type="checkbox"/> Tiene dificultades para expresar sus sentimientos. <input type="checkbox"/> Tiene alteraciones en la vida sexual.	Vivir según sus creencias <input type="checkbox"/> Han cambiado sus creencias y/o valores.	Trabajar y realizarse <input type="checkbox"/> Tiene dificultades para distribuirse su tiempo <input type="checkbox"/> Tiene dificultades para promocionarse laboralmente. <input type="checkbox"/> Trabaja menos tiempo fuera del hogar. <input type="checkbox"/> Ha adaptado su trabajo de fuera del hogar para cuidar. <input type="checkbox"/> Ha abandonado su trabajo. <input type="checkbox"/> Se ha alterado su vida familiar. <input type="checkbox"/> Se ha reducido su economía.
Recreación <input type="checkbox"/> Tiene menos tiempo libre. <input type="checkbox"/> Ha modificado sus actividades de ocio.	Aprender <input type="checkbox"/> Necesita conocimientos y/o habilidades para cuidar. <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para satisfacer su necesidad de aprender.	

La primera parte "Cuidados que presta el cuidador" consta de 48 ítems en los cuales se marca con una cruz aquellos cuidados que presta la persona cuidadora. El rango oscila entre 0-48 puntos de modo que a mayor puntuación, mayor es la intensidad de cuidados.

La segunda parte trata de las "repercusiones de cuidar en el cuidador" entendida como calidad de vida de la persona cuidadora. Contiene 42 ítems que recorren dicho objetivo, por lo tanto su rango oscila entre 0-42 puntos. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es el nivel de sobrecarga.



V: PRINCIPALES PROBLEMAS DEL ANCIANO

PRINCIPALES SÍNDROMES GERIÁTRICOS

Principales problemas en el anciano

Síntomas de las enfermedades

Atípica

Banalizada

Silente

Patologías más frecuentes

HTA, ACV, Bronconeumonías, Enf. Osteoarticulares , IC, Cardiopatía isquémica, DM II, demencia, depresión, digestivas y urinarias.

Índice de
Charlson

COMORBILIDAD
(2 o > enf. Concurrentes)

ADeN
LEYNOFOR

ΓΕΛΙΟΛΟΓΙΑ
ADeN

NAVARRA 2020. P. 70:

Pueden ocasionar problemas psicológicos al anciano:

- a. Incontinencia urinaria
- b. Síndrome de inmovilidad
- c. Enfermedad de Alzheimer
- d. Todas son correctas

5.1: Caídas

ANDALUCÍA 2019. P. 62:

Según la OMS, la caída es:

- a. La pérdida involuntaria del equilibrio
- b. La pérdida accidental del equilibrio
- c. El desvanecimiento
- d. La consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad



CAÍDAS

OMS “Consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite a la persona al suelo contra su voluntad”

- ✓ Accidentes **5ª causa de muerte** > 65 años.
- ✓ **CAIDAS** accidente **más frecuente** y la 1ª causa de muerte.
- ✓ Asociadas a morbilidad, mortalidad, deterioro funcional e institucionalización
- ✓ Más prevalente en mujeres (relación 3:1)
- ✓ Dormitorios, baños y cocina
- ✓ Multicausal
- ✓ Efecto acumulado

- 1: Tumores
- 2: Cardiovasculares
- 3: Respiratorias
- 4: Sistema nervioso
- 5: Accidentes





CAÍDAS

OMS “Consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite a la persona al suelo contra su voluntad”

Consecuencias de las caídas

- Complicaciones médicas /muerte:** deshidratación, rhabdomiolisis, UPP...
- Lesiones:** heridas y fracturas (fémur, humero, colles...), TCE...
- Hospitalización**
- Incapacidad:** consecuencia de lesión/complicación + síndrome post-caída/STAC (síndrome de temor a caer)

Limitación AVD y ↓ capacidad funcional

↑
Riesgo de nuevas CAIDAS

ADeN
LEYNOFOR

ΓΕΛΙΟΛΟΓΙΑ
ADeN



CAÍDAS: factores de riesgo

FR **INTRÍNSECOS** (r/c anciano)

- Cambios del envejecimiento: debilidades MMII, rigidez, inestabilidad postural, alteración marcha, déficit visual..
- Enfermedades: crónicas o agudas
- Fármacos: polifarmacia y psicofármacos (antipsicóticos, hipnóticos y sedantes, BZD, antidepresivos), hipoTA (diuréticos y bloq.) antiarrítmicos (digoxina), opioides y AINES.



Anciano enfermo

FR **EXTRÍNSECOS** (r/c actividad-entorno)

Durante actividades cotidianas, obstáculos, calzado inadecuado.

Domicilio: suelos deslizantes, iluminación insuficiente, escaleras, suelos resbaladizos...

Calle: pavimento mal estado, desniveles, charcos...

FACTORES AMBIENTALES



Anciano sano

ADeN
LEYNOFOR

ΓΕΛΙΟΛΟΓΙΑ
ADeN

CAÍDAS: evaluación funcional

TINETTI
19-24 riesgo de
caídas
<19 alto riesgo

Evaluar riesgo de caídas: movilidad y marcha

- **Test Tinetti:** equilibrio (estático y dinámico)/16 y marcha/12 (0-28)
- **Test Downton** (caídas previas, medicamentos, déficit sensorial, estado mental y deambulación) (0-5) ≥ 3 riesgo de caídas.
- **Prueba “levanta y anda” (Test get up and go):** lev. silla-3m-sent. silla (≤ 20 seg. normal) (>20 seg elevado riesgo)
- **Signo de Romberg:** equilibrio, sensibilidad propioceptiva (bipedestación, pies juntos, 1º ojos abiertos, despues 30sg ojos cerrados):
+ con ojos cerrados se balancea y pierde equilibrio, - si aguanta posición.

5.2: Malnutrición

MALNUTRICIÓN

- Alta frecuencia en **hospitalizados e institucionalizados** (deterioro funcional).



Principal manifestación: **pérdida de peso.**

FACTORES DE RIESGO: fisiológicos, defectos bucales y gástricos (deterioro de la mucosa oral, pérdida de piezas dentales, disminución capacidad olfativa y gustativa, presbifagia, digestión lenta....), enfermedades crónicas, trastornos cognitivos, fármacos, **socioeconómicos y culturales** (aislamiento, inmovilidad, bajos recursos económicos...).

MALNUTRICIÓN

Valoración nutricional

- **Anamnesis** (dificultad para comer, pérdida de apetito y/o aumento de necesidades)

Cuestionarios cribado y valoración

- Formula Harris-Benedict
- Fórmula OMS
- Fórmula “conozca su salud nutricional”
- Valoración Global Subjetiva (VGS)
- Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)**—*IMC, pérdida de peso y enf. aguda*

0 riesgo bajo: asistencia habitual
1 riesgo intermedio: observación
≥2 riesgo alto: tratamiento

- El Mini Nutritional Assesment (MNA)**

MNA: Cribaje + Evaluación

De 24 a 30 puntos estado nutricional normal

De 17 a 23.5 puntos riesgo de malnutrición

Menos de 17 puntos **malnutrición**

Composición corporal

- Antropometría:** talla, peso, IMC, circunferencia brazo o pantorrilla y pliegue tricípital (subescapular).
- Bioquímicos:** albúminemia (<3,5g/dl) y transferrinemia (<175mg/dl) y colesterol (<180 g/dl)

Marcadores en hospitalizados:

Índice CONUT → albúmina, colesterol y linfocitos (<1600 cel/ml)

MADRID 2014. P. 46:

En el anciano, la disminución de la actividad física y de la intensidad de su metabolismo reduce el número de calorías necesarias para mantener el peso normal, por lo que, señale la respuesta correcta:

- a. La ingestión de proteínas debe permanecer sin cambios en el anciano
- b. los hidratos de carbono complejos no son necesarios
- c. la dieta tiene que tener alto contenido en sodio
- d. los hidratos de carbono no deben aportar más del 40% de las calorías diarias de la dieta

5.3: Disfagia

Disfagia orofaríngea

DISFAGIA OROFARÍNGEA (DO)

- 27% ancianos de la comunidad
- 51% ancianos institucionalizados
- 84% en pacientes con Alzheimer o demencia
- Pacientes con ictus → 40 - 81%

Signos: tos, atragantamiento, babeo, cambios en voz, deglución fraccionada, carraspeo....

Cribado DO: test EAT-10

Diagnóstico: test volumen-viscosidad (MECV-V)

Recomendaciones (DO a líquidos)

- Espesar líquidos según textura tolerada (néctar, pudding)
- Postural: comer siempre sentado y permanecer sentado al menos 30min después.
- No usar pajitas.
- Evitar texturas mixtas de alimentos.
- Correcta higiene cavidad oral.

(broncoaspiración → Neumonía aspirativa)
DISFAGIA es un problema que se nos ATRAGANTA

5.4: Insomnio

INSOMNIO

Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento

- ✓ Alta frecuencia en **MUJERES**
- ✓ Insomnio r/c **mayor morbilidad y mortalidad**

Clinofilia
Tendencia a
permanecer en la
cama



ADeN
LEYNOFOR

ΓΕΛΙΟΓΕΟΒ
ADeN

INSOMNIO

Tratamiento no farmacológico: higiene del sueño

- **Limitar** la ingesta de **líquidos** por la tarde (diuréticos)
- Exposición a luz solar y pasear
- Valorar **medicación** con efecto **estimulante o sedante**.
- Practicar **ejercicio físico** en momentos **alejados AA**.
- Mantener un horario fijo para acostarse y levantarse.
- Evitar la **siesta**.
- Evitar las bebidas que contienen **cafeína, alcohol y tabaco**.
- Mantener el dormitorio a una **temperatura** agradable
- El hambre y las comidas copiosas pueden alterar el sueño.
- Evitar realizar en la **cama actividades** como: ver la televisión, leer o escuchar la radio.
- Asegurarse de que los dispositivos como **gafas o audífonos** se han retirado
- Establecer una serie de **rutinas previas al sueño**.



Alprazolam, lorazepam...

Tratamiento farmacológico: benzodiazepinas vida media CORTA y antidepresivos con efecto hipnótico.

**CONTRAINDICAD
O EL EJERCICIO
FÍSICO Y/O
MENTAL ANTES
DE ACOSTARSE**

LEYNOFOR 

ΓΕΛΙΟΦΟΡ
ADON 

5.5: Deterioro cognitivo

DEMENCIA - ALZHEIMER

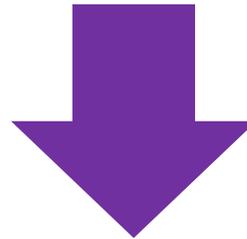
Deterioro Cognitivo → Demencia

DCL: dificultades leves en las pruebas cognoscitivas (memoria, orientación, percepción, comprensión.....), NO alteran funcionalidad. Mnésico (mas prevalente)



Rendimiento de las capacidades cognitivas

**Varias funciones mentales:
memoria, lenguaje,
abstracción, habilidades,
emociones, personalidad**



Alteraciones funcionales

DEMENCIA

Estado patológico de debilitamiento físico y mental que padecen algunas personas ancianas y que sobrepasa el grado de pérdida de facultades propio de la vejez.

DEMENCIA ≠ Senilidad

TIPOS

- Enfermedad de Alzheimer (Prevalencia: 48-66% España)
- Demencia vascular (21,8%)
- Demencias mixtas (25,7%)
- Enfermedad cuerpos de Lewy
- Demencia frontotemporal

ADeN
LEYNOFOR

ΓΕΛΙΟΓΡΑΦ
ADeN

MURCIA 2019. P. 19:

¿Qué enfermedades neurológicas están asociadas al envejecimiento?

- a. Demencia
- b. Parkinson y Alzheimer
- c. Depresión
- d. A y B son correctas

Demencia



- **Alteración de Memoria** (corto y largo) **Afasia** (deterioro lenguaje), **Apraxia** (mov. Incoordinados), **Agnosia** (incapacidad reconoc objetos-lugares-personas), **Deficiencia en la función ejecutiva** (planificación y organización)

Cambios personalidad, torpeza, cambios humor, errores repetición, desarreglo personal, disimular pérdidas, melancolía...

Demencia
Insidioso,
Estable,
Prolongado



Delirium / SCA
Agudo
Fluctuante
Corta
Nivel de conciencia

ADeN
LEYNOFOR

ΓΕΛΙΟΓΡΟΒ
ADeN

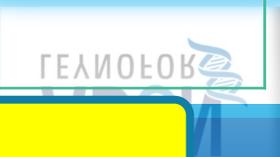
Demencia

Enfermedad de Alzheimer



DCL por Alzheimer/ Fase prodrómica

	FASE 1 -Leve	FASE 2-Moderada	FASE 3-Grave
	<p>Pérdida memoria corto plazo, preguntas reiteradas, Desconfianza y desorientación Lenguaje pobre, anomias. Mantiene autonomía.</p>	<p>Fallos memoria corto y largo. Desorientación. Deterioro en comunicación. Afasia, apraxia y agnosia. Desinhibición, vagabundeo Ayuda/dependencia parcial.</p>	<p>Dependencia total. Incontinencia doble Ausencia Lenguaje, Apraxia, pérdida reflejos, Desorientación completa</p>
	ACTIVIDADES		
	<ul style="list-style-type: none"> -Mejorar memoria/comprensión entorno -Fomentar comprensión información -Fomentar identidad personal -Recuerdo sucesos, sentimientos, personas -Ayuda en adaptación a factores estresantes -Aumentar su valía 	<ul style="list-style-type: none"> -Modificación entorno para evitar riesgos -Facilitar cognición y orientación -mejorar comunicación -Afrontar comportamientos: agitación -Aumentar sistemas de apoyo 	<p>Medidas contra estreñimiento, UPP, secreciones, alimentación, control del entorno.</p>



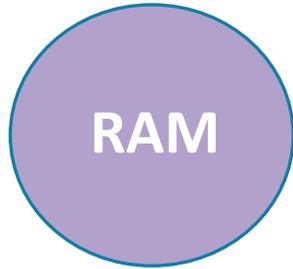
NAVARRA 2020. P. 80:

Señale en qué fase de la enfermedad de Alzheimer da inicio la agnosia:

- a. Fase inicial
- b. Fase avanzada
- c. Fase final
- d. Fase intermedia

5.6: Otros

POLIFARMACIA, INCONTINENCIA, ESTREÑIMIENTO, UPP



POLIFARMACIA

≥ 5 fármacos

- Diuréticos:** deshidratación, incontinencia, hipopotasemia, hiponatremia, hiperglucemia, hiperuricemia, hipotensión.
- Antihipertensivos:** hipotensión ortostática, síncope, depresión, insuficiencia cardiaca.
- Digitálicos:** alteraciones gastrointestinales, arritmias, síndrome confusional.
- Antidepresivos:** efectos anticolinérgicos, confusión, insuficiencia cardiaca.
- Neurolépticos y sedantes:** depresión respiratoria, caídas, hipotensión, delirium, inmovilidad.



INCONTINENCIA URINARIA

Pérdida involuntaria de orina que condiciona un problema higiénico y/o social y/o de salud y que se puede demostrar de forma objetiva

Repercusiones: médicas, psicológicas, sociales y económicas

EL ENVEJECIMIENTO NO ES UNA CAUSA DE INCONTINENCIA

Clasificación según duración:

IU TRANSITORIA O AGUDA (< 4 semanas)

Posibles causas (**DRIP**)

D-Delirium, drogas y fármacos.

R-retención aguda de orina, restricción ambiental.

I-Infección, inflamación, impactación, inmovilidad.

P-Poliuria, polifarmacia.

IU ESTABLECIDA O CRÓNICA

ESTREÑIMIENTO



Paciente geriátrico >riesgo que en anciano sano.

-Tto: aumentar **ingesta de fibra** y líquidos, **ejercicio físico**.

Enemas o laxantes. Si fecaloma **desimpactación** con enemas y si no, manual.

UPP (úlceras por presión)

Principal FR de UPP es la inmovilización. Fuerzas de presión, fricción y cizallamiento. **Estadíos I, II, III, IV.** Valoración del riesgo: **Norton, Braden, Emina...PREVENCIÓN:** control de presión, humedad, nutrición y movilización.



www.academia-adn.es

@academia_adn.es

25: ATENCIÓN Y CUIDADOS AL PACIENTE EN SITUACIÓN TERMINAL EN SITUACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS: CONCEPTO DE ENFERMEDAD TERMINAL, PRINCIPALES PROBLEMAS, CUIDADOS FÍSICOS Y PSÍQUICOS. DUELO, TIPO Y MANIFESTACIONES. APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL Y FAMILIA. CUIDADOS POST MORTEM

Eduardo J. Galiano Monteserín.



Historia de los cuidados paliativos



Cuidados diseñados para proporcionar **bienestar y confort**, soporte a los **pacientes y sus familias** en las fases finales de una **enfermedad terminal**.

Años 60
Cicely Saunders



- Sin dolor
- Control de síntomas
- Atención psicológica, sociales, espirituales.

Decatexis:
momento exacto de la muerte



Morir con dignidad y sin sufrimiento



El inicio de los cuidados paliativos tuvo lugar en el año **1982 en el Hospital Universitario Marques de Valdecilla de Santander.**

1987, se instauran en Cataluña las unidades de Cuidados Paliativos del Hospital de la Santa Creu de Vic en 1987 y la del Hospital Arnau de Villanova de Lleida en 1989,

En el mismo año se pone en marcha la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital El Sabinal de las Palmas de Gran Canaria

En 1990, la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón



Historia de los cuidados paliativos



Bases de los cuidados paliativos

- Atención **individualizada**, **continuada** e **integral**, a través de un equipo multidisciplinar.
- **Familia y paciente**: unidad
- Respetar la dignidad del enfermo: **autonomía**.

CALIDAD DE VIDA Y CONFORT ANTES DE LA MUERTE

ADeN
LEYNOFOR

ΓΕΛΙΟΛΟΓΙΑ
ADeN

Concepto de enfermedad terminal

Curso **progresivo, gradual**, con diverso grado de afectación de la autonomía y de la calidad de vida, **con respuesta variable al tratamiento específico.**
Muerte a medio plazo.

**Enfermedad
AVANZADA
(incurable)**

PACIENTE SEAT: Paciente en situación de enfermedad avanzada terminal

Evolutiva e **irreversible** con **síntomas múltiples**, impacto emocional, pérdida de autonomía, con **muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico** y con un **pronóstico de vida limitado a corto plazo**, en un contexto de fragilidad progresiva.

**Enfermedad
TERMINAL**

No implica la no existencia de tto

Precede a la muerte cuando ésta se produce de forma gradual, y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y **pronóstico de vida en horas o días.**

**Situación de
AGONÍA**

SUD: Situación de últimos días

ADeN
LEYNFOR

ΓΕΛΙΟΛΟΓΙΑ
ADeN

Concepto de enfermedad terminal (SECPAL)

1. Presencia de una enfermedad **avanzada, progresiva, incurable.**
2. **Falta** de posibilidades razonables de **respuesta** al **tratamiento** específico.
3. Presencia de numerosos **problemas o síntomas** intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
4. Gran **impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico**, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
5. **Pronóstico** de vida **limitado.**

Si un paciente es POTENCIALMENTE CURABLE....NO ES TERMINAL



Signos de Menten (2004)

Nariz fría o pálida

Extremidades frías

Livideces

Labios cianóticos

Estertores

Apneas superiores a 15 segundos

Anuria inferior a 300 ml/h

Somnolencia superior a 15 h/ día



*Presencia de 4 o más signos:
Fallecimiento inminente*



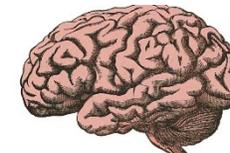
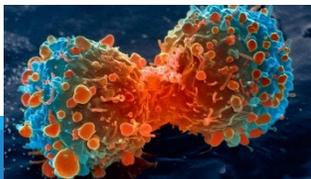
Concepto de cuidados paliativos (CP)

*“Los CP son los cuidados **activos, totales e integrales** que se proporcionan a los pacientes con **una enfermedad en fase avanzada y progresiva, potencialmente mortal a corto plazo** y que **no responden al tratamiento curativo**”.*

EAPC (Sociedad Europea de Cuidados Paliativos)

Pacientes subsidiarios de CP

Cáncer (terminal)	Enfermedades crónicas progresivas (VIH, IRC, IC, enf. Resp y hepáticas crónicas...)	Enfermedades neurológicas degenerativas (esclerosis, ELA, demencias..)
-----------------------------	---	--



Valoración y evaluación de SÍNTOMAS: escalas

❖ Sistema de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS)

Mínimo síntoma	Intensidad	Máximo síntoma
Sin dolor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo dolor
Sin cansancio	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo cansancio
Sin náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima náusea
Sin depresión	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima depresión
Sin ansiedad	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima ansiedad
Sin somnolencia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima somnolencia
Buen apetito	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sin apetito
Máximo bienestar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máximo malestar
Sin falta de aire	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima falta de aire
Sin dificultad para dormir	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Máxima dificultad para dormir

Cuestionario autoadministrado (paciente) o heteroadministrado (familia o personal sanitario)



Valoración y evaluación FUNCIONAL: escalas

❖ **Escala de Karnofsky (KPS):** actividad, trabajo y autocuidado.

Escala	Valoración funcional
100	Normal, sin quejas, sin indicios de enfermedad
90	Actividades normales, pero con signos y síntomas leves de enfermedad
80	Actividad normal con esfuerzo, con algunos signos y síntomas de enfermedad
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a término actividades normales o trabajo activo
60	Requiere atención ocasional, pero puede cuidarse a sí mismo
50	Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Encamado menos del 50% del día
40	Inválido, incapacitado, necesita cuidados y atenciones especiales. Encamado más del 50% del día
30	Inválido grave, severamente incapacitado, tratamiento de soporte activo
20	Encamado por completo, paciente muy grave, necesita hospitalización y tratamiento activo
10	Moribundo
0	Fallecido

KarNOFsky-----Funcional ONcológico

Valoración y evaluación FUNCIONAL: escalas

- ❖ Índice ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group): capacidad para deambular y necesidad de cuidados.

0	Actividad normal sin restricción ni ayuda
1	Actividad restringida. Deambula.
2	Incapacidad para cualquier actividad laboral. Menos del 50% del tiempo encamado.
3	Capacidad restringida para los cuidados y el aseo personal. Más del 50% del tiempo encamado.
4	Incapacidad total. No puede cuidar de sí mismo. El 100% del tiempo encamado.
5	Difunto

Pronóstico

Deterioro funcional/pronóstico → Toma de decisiones sobre terapias y evaluar respuestas

Valoración y evaluación FUNCIONAL: escalas

- ❖ Escala Paliativa de Funcionalidad (Palliative Performance Scale-PPS): Movilidad, Actividad y evidencia de enfermedad, Autocuidado, Ingesta y Nivel de conciencia

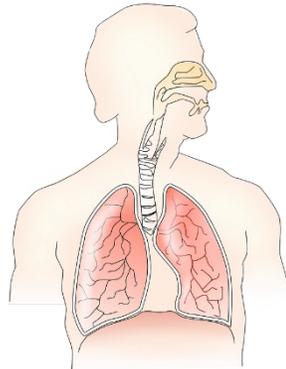
% PPS	Movilidad	Actividad y evidencia de enfermedad	Autocuidado	Ingesta	Nivel de conciencia
100	Completa	Actividad y trabajo normal Sin evidencia de enfermedad	Total	Normal	Total
90	Completa	Actividad y trabajo normal Algo de evidencia de enfermedad	Total	Normal	Total
80	Completa	Actividad normal con esfuerzo Algo de evidencia de enfermedad	Total	Normal o reducido	Total
70	Reducida	Incapaz de realizar trabajo normal Enfermedad significativa	Total	Normal o reducido	Total
60	Reducida	Incapaz de realizar hobbies o trabajo doméstico Enfermedad significativa	Necesita asistencia ocasional	Normal o reducido	Total o confuso
50	Principalmente sentado o recostado	Incapaz de realizar cualquier trabajo Enfermedad extensa	Requiere asistencia considerable	Normal o reducido	Total o confuso
40	Principalmente en cama	Incapaz de realizar la mayoría de las actividades Enfermedad extensa	Asistencia en casi todo	Normal o reducido	Total o somnoliento ± confuso
30	Postrado en cama	Incapaz de realizar cualquier actividad Enfermedad extensa	Cuidados permanentes	Normal o reducido	Total o somnoliento ± confuso
20	Postrado en cama	Incapaz de realizar cualquier actividad Enfermedad extensa	Cuidados permanentes	Mínimo o sorbos	Total o somnoliento ± confuso
10	Postrado en cama	Incapaz de realizar cualquier actividad Enfermedad extensa	Cuidados permanentes	Sólo cuidado oral	Somnoliento o coma ± confuso
0	fuerte	-	-	-	-

VALORACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ENFERMO TERMINAL

Síntomas respiratorios

- ❖ **DISNEA:** dificultad para respirar o falta de aire. Principal y más frecuente resp. 50-70%. Factor de mal pronóstico. Ansiedad.

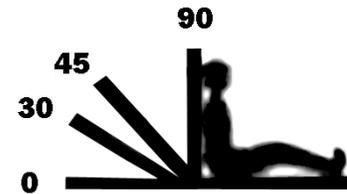
Recomendaciones



Realizar ejercicios respiratorios



Técnicas de relajación



Medidas posturales.
Posición cómoda
Fowler o semiFowler



Ventilación
Ambiente
tranquilo

Fármacos indicados: O₂ (hipoxia), morfina, benzodiacepinas, corticoides.



VALORACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ENFERMO TERMINAL

Otros síntomas respiratorios

- ❖ **Tos:** expulsión súbita , ruidosa y violenta de aire de los pulmones.
Exacerba otros síntomas

Recomendaciones



Aumentar ingesta hídrica.
Mejorar humedad ambiental



Enseñar a toser

-Nunca en supino
-Eliminar prendas
constrictivas



Fármacos: mucolíticos (tos húmeda productiva),
antitusígenos como codeína o morfina

- ❖ **Hipo:** metoclopramida o clorpromacina
- ❖ **Estertores premortem:** oscilación de las secreciones (**Escopolamina**)

ADeN
LEYNOFOR

ΓΕΛΙΟΓΡΑΦ
ADeN

VALORACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ENFERMO TERMINAL

Síntomas digestivos

❖ NAÚSEAS Y VÓMITOS (40-30%)

Recomendaciones



Dieta a la carta/ a demanda
Raciones pequeñas, blanda y fraccionada
Líquidos frescos y fuera de comidas
Evitar olores fuertes
Posición adecuada (prevención broncoaspiración)

Fármacos: emetizantes

❖ ESTREÑIMIENTO (60%)



Ejercicio físico (si es posible)

Ingesta de líquidos
Atención al deseo de defecar
Obj 1dep/1-3 días
Evitar fibra farmacológica
Laxantes, estimulantes del peristaltismo, enemas.
Extracción manual de fecalomas

Vigilar impactación fecal

VALORACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ENFERMO TERMINAL

Otros síntomas digestivos

Recomendaciones

❖ ANOREXIA (60/70%):

incapacidad para comer normalmente

- Preparación adecuada de los alimentos. Buena presentación
- Platos pequeños.
- Raciones pequeñas.
- Alimentos fríos

Fármacos: antidepresivos, procinéticos, megestrol (160 mg, 2 a 3 veces día) y corticoides (dexametaxona 2-4 mg/día)

❖ CAQUEXIA (30%): pérdida peso y muscular, lipólisis, astenia.

- Paciente debe comer lo que quiera y cuando quiera.

VALORACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ENFERMO TERMINAL

Otros síntomas digestivos

- ❖ **Problemas de la CAVIDAD BUCAL:** micosis, aftas, ulceraciones mucosas, tumoraciones, xerostomía (boca seca).



Cuidados de enfermería

- Valoración diaria de la boca
- Limpieza diaria cepillo suave (infantil)
- Aumentar ingesta hídrica
- Retirar prótesis dentarias/noche

VALORACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ENFERMO TERMINAL

Otros síntomas digestivos

❖ Problemas de la CAVIDAD BUCAL

❑ Boca seca/xerostomía: ↑ salivación y humidificar mucosas

Recomendaciones: **fruta fresca**, **chicles** sin azúcar, **caramelos** ácidos de limón, masticar **piña** natural, trocitos de **hielo**, pilocarpina, saliva artificial con mucina, enjuagues con **manzanilla y limón**. Hidratación labial.



VALORACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ENFERMO TERMINAL

Otros síntomas digestivos

❖ Problemas de la CAVIDAD BUCAL

- Presencia de infecciones bucales:** higiene y soluciones antisépticas (enjuagues con povidona yodada diluida) NO usar con alcohol.
- Boca dolorosa:** enjuagues con manzanilla, anestésicos locales (lidocaína viscosa) Adecuar textura y líquidos FRIOS.
- Boca sucia/sarro:** limpiar con torunda y solución SF + agua oxigenada o bicarbonato.
- Boca micosis:** enjuagues con nistatina.



Higiene bucal

Garantiza CONFORT

Educar a paciente y familiares en higiene bucal

ADeN
LEYNOFOR

ΓΕΛΙΟΛΟΓΙΑ
ADeN

VALORACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ENFERMO TERMINAL

Otros síntomas neuropsicológicos

❖ **INSOMNIO:** alteración reposo-sueño



Dolor
Ansiedad

Recomendaciones

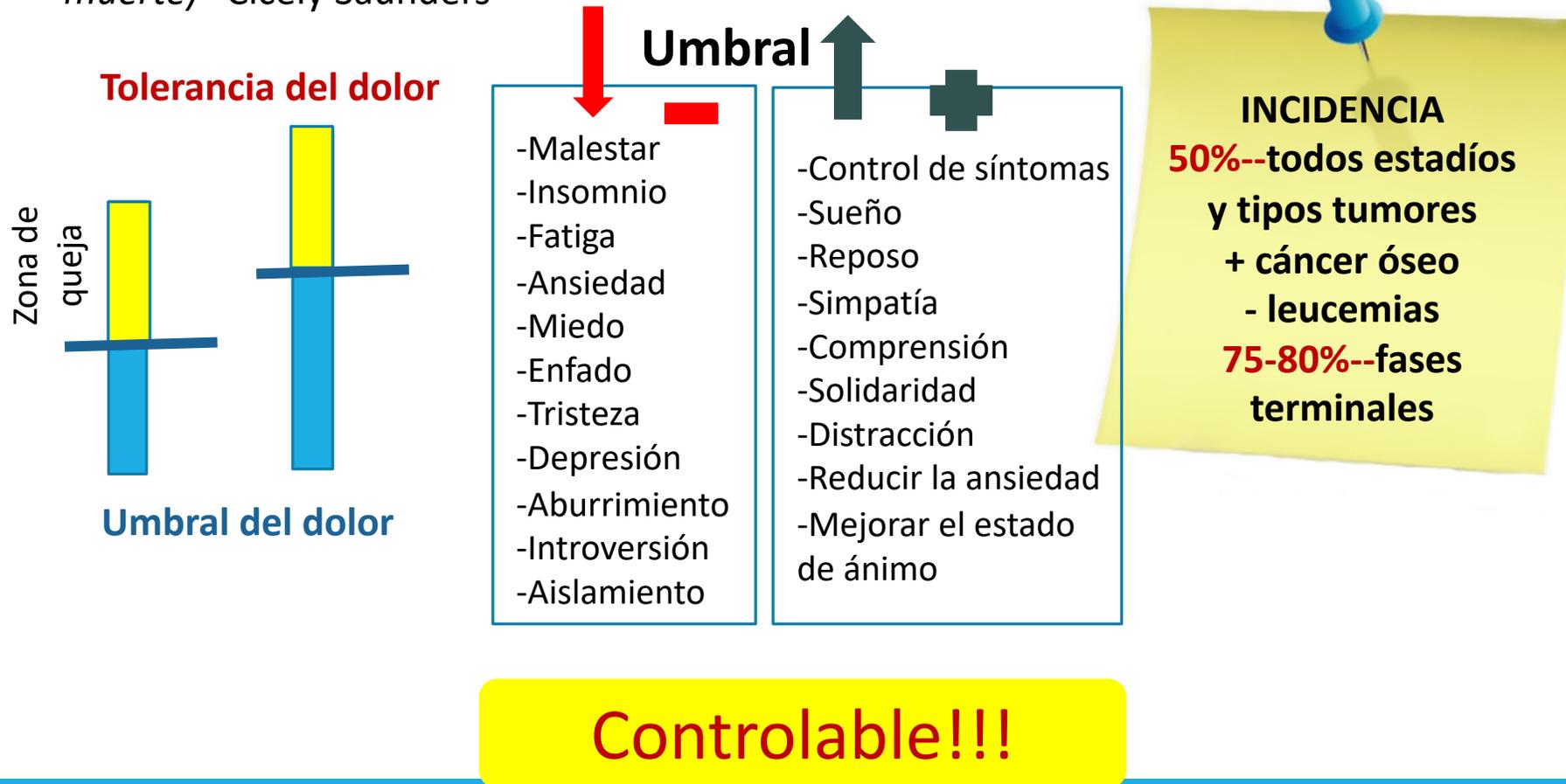
- Conocer ritmo sueño-vigilia
- Horarios regulares
- Evitar ruidos, iluminación excesiva, temperatura 18-22º
- Facilitar presencia de familiares
- Benzodiacepinas e hipnóticos



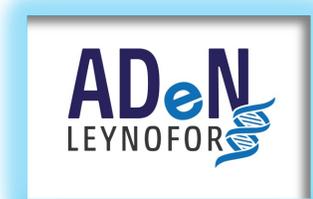
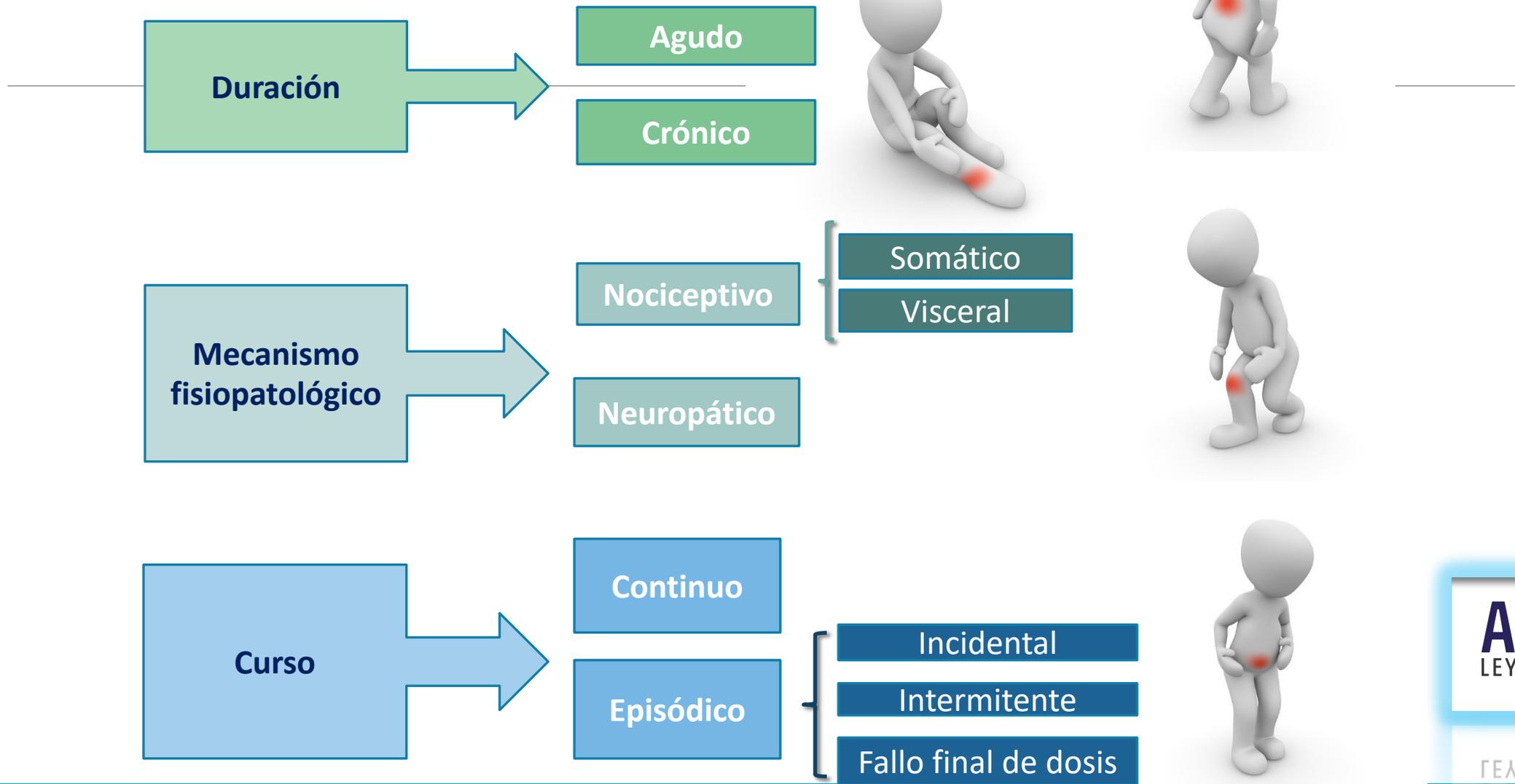
DOLOR

Experiencia desagradable, sensorial y emocional, asociada a una lesión tisular real o potencial.

“**Dolor total** porque tiene **componentes físicos** (daño tisular, compresión nerviosa..) **emocionales** (depresión, insomnio, enfado...) **sociales** (pérdida de la posición social) **y espirituales** (Autorreflexión, reproches e inseguridad ante la muerte)” Cicely Saunders



Clasificación del dolor



Conceptos

Parestesia: sensación anormal que NO es experimentada como desagradable.

Disestesia: sensación anormal desagradable.

Hiperalgnesia: respuesta exagerada al dolor ante un estímulo que normalmente causa dolor.

Alodinia: dolor producido por un estímulo que normalmente no causa dolor.

Hiperestesia: sensibilidad aumentada a la estimulación.



Valoración del dolor

1. Historia Clínica

P, Q, R, S, T

Precipitante

Qarácter

R región/Irradiación

S severity/gravedad

T temporal

Unidimensionales

Agudo

-Escala numérica de intensidad dolor.

-Escala visual analógica (EVA).



-Escala categórica numérica.

-Escala de expresión facial (FPS-Faces Pain Scale o escala de caras de Wong-Baker (niños > 3 años).

2. Exploración física

3. Estudio diagnóstico (si opciones de mejora)

Escala de rostros de dolor					
0	2	4	6	8	10
Muy contento; sin dolor	Siente sólo un poquito de dolor	Siente un poco más de dolor	Siente aún más dolor	Siente mucho dolor	El dolor es el peor que puede imaginarse (no tiene que estar llorando para sentir este dolor tan fuerte)



Principios básicos del tratamiento del dolor

Si dice que duele,
DUELE

Elección del
analgésico **según**
intensidad del dolor.

Pautas “si dolor”
como rescate.
SIEMPRE pautas
dosis e intervalos
fijos.

Vía oral, siempre que
sea posible.



Placebos NO

Uso de **fármacos**
coadyuvantes (no
rutinariamente)

Evaluar

Participación familia

Medidas no
farmacológicas

Dolor crónico
necesita tto
preventivo

****Fármacos coanalgésicos:** antidepresivos, anticonvulsivantes...

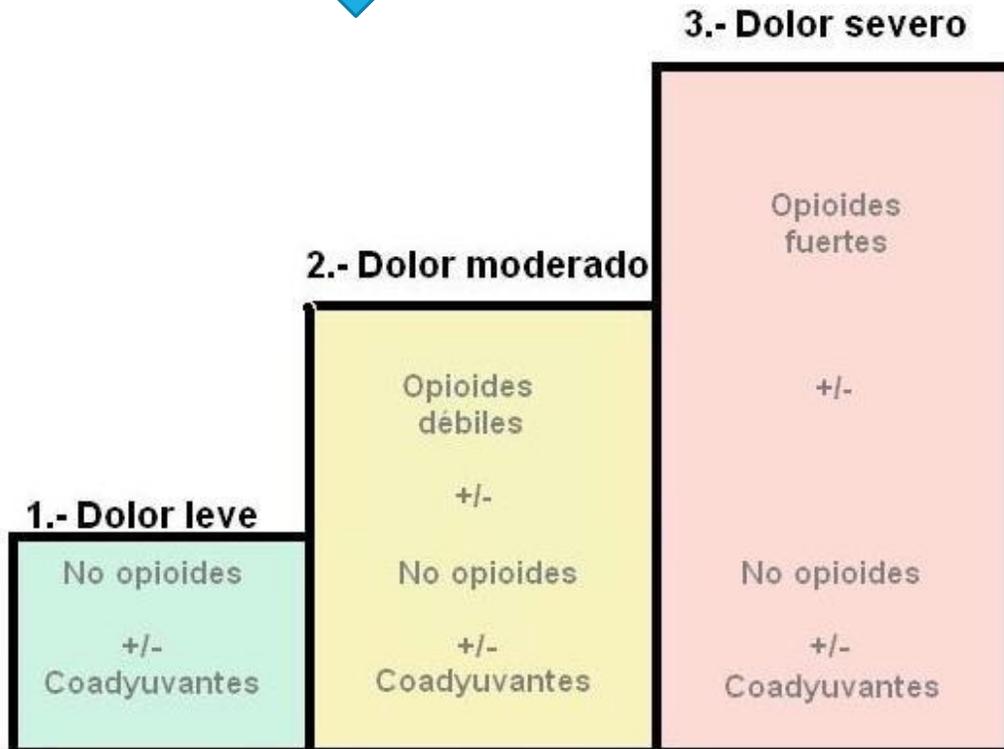
****Coadyuvantes:** antidepresivos, ansiolíticos....

Medidas no farmacológicas: información, medias ambientales y organizativas, aplicación local de calor, frío. Masajes, relajación, meditación, musicoterapia....

Tratamiento farmacológico del dolor.

Escalera analgésica de la OMS

+ Recomendable: Oral
- Recomendable: intramuscular



Dolor grave-opioides fuertes (morfina, metadona y fentanilo) +/- No opioides +/- coadyuvantes

Dolor moderado-opioides débiles (Codeína, dihidrocodeína y tramadol) +/- No opioides +/- coadyuvantes.

Dolor leve - No opioides (aspirina, paracetamol, metamizol AINES) +/- coadyuvantes

IMPORTANTE! No mezclar nunca los opioides débiles (CODEINA), con los opioides potentes (MORFINA), ni tampoco los opioides potentes entre sí.

ADeN
LEYNOFOR

ΓΕΛΙΟΛΟΓΙΑ
ADeN

Morfina

- Fármaco de elección del 3er escalón.
- **Vía oral** (liberación inmediata y controlada),rectal, **sc, iv....**

Usos:

- Dolor.
- Disnea.
- Tos.
- Diarrea.

Efectos secundarios:

- Estreñimiento.
- Náuseas y vómitos
- Boca seca.
- Astenia.
- Sudoración.
- Confusión con obnubilación
- Retención urinaria
- Temblores

Antieméticos y laxantes

Sin techo terapéutico

Vida media oral inmediata (Sevredol): ¡ 4 HORAS ¡

Vida media oral controlada (MST) 12 horas¡

Vida media Cloruro mórfico (1% y 2% IV ampollas) 4horas

EQUIVALENCIAS

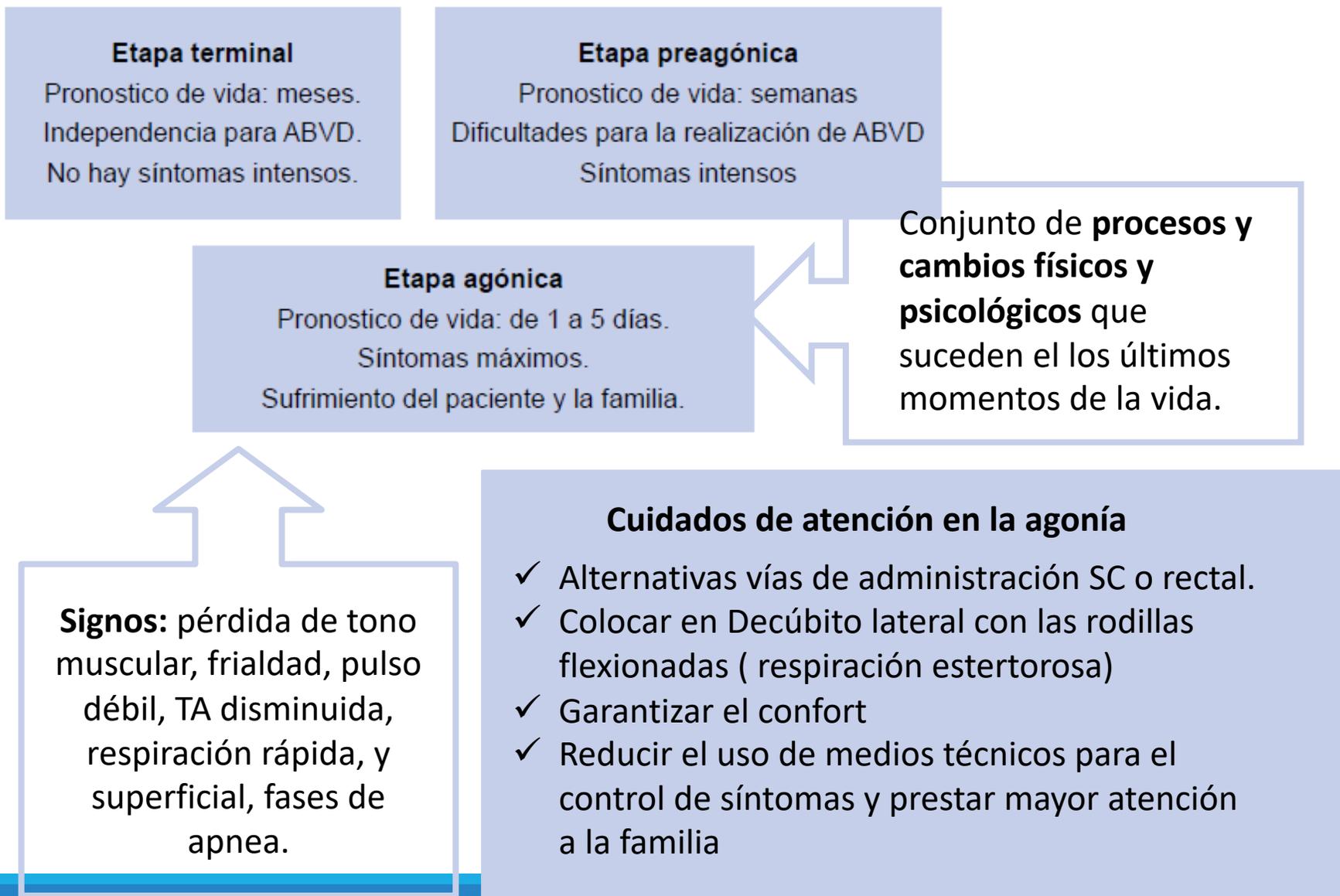
Vía oral a vía rectal, la relación es **1:1**.

Vía oral a vía subcutánea, la relación es **2:1**

Vía oral a vía endovenosa, la relación es **3:1**

*Asociación Europea de Cuidados Paliativos

Evolución de la enfermedad terminal



Apoyo al cuidador principal y familia

- ✓ Enfermedad y muerte → **ADAPTACIÓN**
- ✓ Prioridad → **CALIDAD de vida**
- ✓ Familia → Participación activa en los cuidados
- ✓ Enfermedad terminal → Impacto emocional → **RECONOCER** y abordar **FAMILIA Y CUIDADOR PRINCIPAL**: información sobre enfermedad, evolución, cuidados, mejora de la interrelación, apoyos físico, emocional y económico.

INTERVENCIÓN EQUIPO

- 1º- Valoración de la situación familiar
- 2ª Planificación de la integración plena de la familia

Situación de últimos días-Intervención con la familia

- ❖ Información continua y asequible
- ❖ Aliviar sentimientos de culpa
- ❖ Animar, si lo desean, expresar sentimientos al enfermo.
- ❖ Respetar la libre manifestación de sentimientos.
- ❖ Facilitar la presencia de la familia (niños).
- ❖ Permitirles participar en los cuidados.
- ❖ Si domicilio: anticiparse a las necesidades.

El duelo

“Estado **de pensamiento, sentimiento y actividad** como consecuencia de la pérdida de persona o cosa amada + **síntomas físicos y emocionales**”

SECPAL

Características

- **Factores asociados a la causa y modalidad de la muerte**
Edad, duración de la enfermedad, carácter de la muerte....
- **Factores preexistentes a la enfermedad terminal.**
Tipo de relación afectiva, grado de parentesco, personalidad, estado psíquico, soporte social, presencia o no de otras experiencias de duelo, fe religiosa...
- **Sentimiento de culpa**



El duelo

Manifestaciones del duelo- sentimientos y conductas normales

Sentimientos: tristeza, enfado, culpa, ansiedad, soledad, fatiga, impotencia, shock...

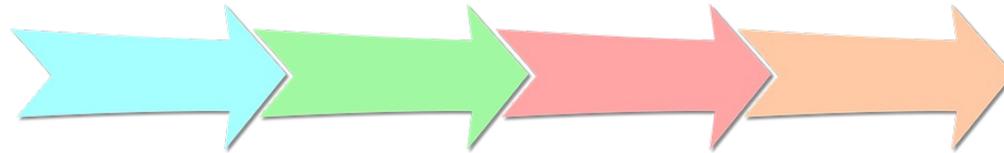
Cogniciones/pensamientos: incredulidad, confusión, preocupación, alucinaciones...

Sensaciones físicas: opresión en el pecho garganta, sensación de despersonalización, falta de aire, debilidad muscular, falta de energía, sequedad de boca...

Conductas/comportamientos: trastornos de sueño, alimentarios, aislamiento social, soñar con el fallecido, suspirar, llorar, guardar objetos del fallecido....

Fases del duelo

- ✓ **Tiempo en volver a fase normal o de equilibrio.**
- ✓ **Varían** según autor.
- ✓ Se puede pasar de una **fase a otra o varias veces.**
- ✓ **No** necesariamente **secuencial.**



☐ Según E. Kübler-Ross

NEGACIÓN
IRA o enojo/rabia
NEGOCIACIÓN o pacto
DEPRESIÓN
ACEPTACIÓN



Fases del duelo

☐ Según M. Gómez Sancho

COMIENZO/primeros momentos → choque
ETAPA CENTRAL/núcleo → depresión
FINAL (ETAPA FINAL)

☐ Según Wilson Astudillo

PARÁLISIS o shock
RESENTIMIENTO
RECUERDO
REPARACIÓN

☐ Según C. M. Sanders (Teoría integradora del duelo)

AFLICCIÓN AGUDA o shock
CONCIENCIA DE LA PÉRDIDA
CONSERVACION/AISLAMIENTO
CICATRIZACIÓN
RENOVACIÓN

☐ Según Engel (proceso curativo)

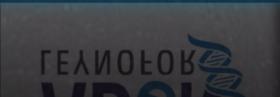
CONMOCIÓN e incredulidad
Desarrollo de la CONCIENCIA de pérdida
RESTITUCIÓN
RESOLUCIÓN de la pérdida
IDEALIZACIÓN
RESOLUCIÓN

☐ Según Niemeyer

EVITACIÓN
ACOMODACIÓN
ASIMILACIÓN

Tipos de duelo

- v **Duelo normal:** tristeza. Tiempo variable.
- v **Duelo anticipado:** aparece antes de la pérdida. Angustia.
- v **Duelo retardado, inhibido o negado:** no se afronta la pérdida. Inicial: control, sin sufrimiento aparente. Reacciones inexplicables. Euforia/hiperactividad.
- v **Duelo complicado o patológico:** manifestaciones y mecanismos de defensa intensos, conductas desadaptativas (agotamiento, dependencia a fármacos y alcohol, sin duelo de pérdida). Requiere ayuda profesional y terapéutica.
 - Viudas jóvenes, escaso apoyo social, muertes traumáticas, antecedentes enf. Mental
- v **Duelo crónico:** se extiende durante años.



Duelo Patológico y Fin del duelo

duelo patológico:

- más de dos años con síntomas persistentes
- 22% en España.
- ESAD: visita a la familia a los 15 días del fallecimiento

fin del duelo:

- hablar del fallecido sin mostrar emociones y normalización de la vida.



Intervención de enfermería en el duelo

Counselling (ayudar desde los aspectos psicológicos a las personas que atraviesan algún conflicto o crisis o buscan un mayor nivel de bienestar) **+ relación de ayuda.**

Técnicas comunicativas

Escucha activa

Parafrasear

Resumir

- **Ayudar y acompañar** a la familia/cuidador.
- Fomentar **la escucha y comunicación.**
- Favorecer la **expresión de emociones, pensamientos y dudas.** Evitar dar consejos o crear falsas expectativas.
 - Identificar reacciones fuera de la normalidad.
 - Comprender y conocer las fases:
 - Fase de shock/choque: realizar un **acompañamiento silencioso** demostrando aceptación.
 - Fase de negación: **explicación sencilla y verdadera** de la situación. Tolerar y aceptar la negación.
 - Fase de rabia o ira: obj. reducir la ansiedad, aceptar las expresiones de hostilidad y fomentar la **expresión de sentimientos.**
 - Fase de aceptación: ayudaremos a **incorporar la pérdida a su vida.**

Atención después de la muerte

Presencia junto a la familia

Objetivos

- Tratar el cuerpo con actitud de respeto.
- Reducir la ansiedad de la familia, proporcionándole la información y el ambiente adecuado.
- **Escuchar** los deseos expresados familia según su propia cultura.
- **Respetar** las manifestaciones de **duelo**.
- **Favorecer la expresión de sentimientos** de la familia a fin de poder aceptar la pérdida real.

La familia permanecerá con el fallecido el tiempo que necesite para manifestar sus emociones y despedirse.

Atención después de la muerte

- Asegurarse que el paciente haya recibido la ayuda espiritual necesaria según sus creencias.
- Colocar una cortina separadora si el fallecido comparte habitación, procurando cierta **intimidad**. Si es posible debe estar en habitación individual.
- Pueden surgir sentimientos de culpa en la familia, debemos **aliviarlos** haciéndoles ver que han hecho todo lo necesario y que sus cuidados han contribuido al bienestar del fallecido. Habilitar espacios para la intimidad de la familia.
- **Cuidados post-mortem** (aseo, retirada de catéteres, tubos, sondas...)

Centros: Protocolos exitus y protocolos de seguimiento del duelo

Atención después de la muerte

Se debe tratar el cuerpo con respeto y sin brusquedades

No manipular al paciente en presencia de familiares

Se debe aislar la unidad del paciente en caso que la habitación sea compartida (biombos, cortinas...etc.)

Prestar los cuidados antes que aparezca el “rigor mortis” (rigidez del torso y extremidades)

Retirar sondas, drenajes, catéteres, apósitos...etc.

Recursos materiales

Sudario /mortaja. Sábanas

Vendajes, apósitos, empapadores, toallas...etc.

EPI según proceda (guantes, gorro, mascarilla, bata...etc.)



Protocolo de actuación

Retirar pertenencias y enseres del paciente a una bolsa. Identificarlas y entregarlas posteriormente a familiar

Dejar al cuerpo en posición supina para realizar higiene. Especial cuidado en orofaringe (sangrado, sequedad, secreciones...etc.)

Controversia: venda sobre mentón y cerrar los ojos

Fijar muñecas y tobillos con una venda.

Pegar identificación del paciente en el cuerpo y sobre el sudario (según protocolo del centro)

Colocar el cadáver sobre el sudario y cerrar cremallera (sólo visible la cara si la familia así lo desea)

Cerrar puertas de otras habitaciones durante el traslado





www.academia-adn.es

@academia_adn.es

TEST

Eduardo J. Galiano Monteserín.



MADRID 2019. P. 4:



Servicio Madrileño de Salud

 Comunidad de Madrid

¿Cuál es un signo de muerte cierta?

- a. Miosis
- b. pulso débil
- c. Midriasis
- d. actividad en el electrocardiograma



ADeN
LEYNOFOR



ADeN
LEYNOFOR

MADRID 2019. P. 37



Servicio Madrileño de Salud

 Comunidad de Madrid

-
- a. El enfermo terminal puede sufrir diferentes tipos de dolor, indique la respuesta correcta:
El dolor somático es una sensación subjetiva inventada por el paciente
 - b. el dolor visceral está causado por lesión directa de estructuras nerviosas, ya sea por invasión directa tumoral o por infección de un paciente debilitado
 - c. el dolor neuropático lo describe como sensaciones quemantes, punzantes, de acorchamiento, hormigueo, tirantez, prurito o presión
 - d. el dolor somático es frecuente que se asocie a náuseas, vómitos y sudoración

ADeN
LEYNOFOR 

ΓΕΛΙΟΓΡΑΦ
ADeN 

MADRID 2019. P. 38:



Servicio Madrileño de Salud

 Comunidad de Madrid

Si un paciente en fase terminal lleva más de tres días sin hacer deposición, señale lo que sería más indicado:

- a. Se realizará un tacto rectal con el objetivo de descartar impactación rectal
- b. se reducirá la ingesta de líquidos del paciente
- c. se retirarán de inmediato los tratamientos que pudieran producir el estreñimiento
- d. si el paciente presenta oclusión o suboclusión intestinal se aumentará el aporte de fibra a la dieta del paciente

ADeN
LEYNOFOR 

ΓΕΛΙΟΦΟΡ
MADA 

MADRID 2019. P. 73:

Un diagnóstico de enfermedad terminal confirmada presenta las siguientes características:

- a. Enfermedad avanzada, incurable y progresiva, síntomas concretos, cambiantes e intensos.
- b. Pronóstico de vida inferior a 1 años
- c. gran impacto emocional tanto en el paciente, familia y equipo que le asiste
- d. no responde al tratamiento curativo ni paliativo. Su pronóstico de vida es inferior a 3 meses
el miedo a la muerte limita la calidad de los cuidados

MADRID 2014. P. 8:



Servicio Madrileño de Salud

 Comunidad de Madrid

Los cuidados post mortem se efectuarán

- a. después de la muerte aunque, el médico no haya firmado el certificado de defunción
- b. después de la muerte y cuando ha aparecido el rigor mortis
- c. después de que el médico ha firmado el certificado de defunción
- d. antes de producirse el óbito y el rigor mortis



ADeN
LEYNOFOR



ADeN
LEYNOFOR

MADRID 2014. P. 57:



Servicio Madrileño de Salud

 Comunidad de Madrid

Los cuidados físicos del paciente terminal incluyen entre otros:

- a. Alimentación, higiene y empatía
- b. movilización, descanso y comprensión
- c. alimentación y eliminación
- d. descanso y sueño, movilización y comunicación no verbal



ADeN
LEYNOFOR



ADeN
LEYNOFOR

MADRID 2014. P. 66:



Servicio Madrileño de Salud

 Comunidad de Madrid

Según las etapas de duelo de Kübler Ross, ¿qué etapa se da, cuando el paciente es consciente de que su enfermedad progresa y no se cura?

- a. Negación
- b. Ira
- c. Negociación
- d. depresión

ADeN
LEYNOFOR 

ΓΕΛΜΟΛΟΓΙΑ
M^eDA 

ANDALUCÍA 2019. P. 97:

Cual de éstos párrafos es correcto, hablando de Cuidados Paliativos:

- a. La opinión y participación del paciente no es importante en el proceso de toma de la toma de las decisiones terapéuticas que adopta el equipo multidisciplinar que lo atiende. Las decisiones deben sustentarse en su conocimiento sin tener presente su opinión
- b. Para mejorar la calidad de vida, no basta con la correcta administración del tratamiento y no basta con tener controlados todos los síntomas que van surgiendo. Los Cuidados Paliativos son, además, unos cuidados intensivos de confort
- c. Ante la inminencia del fallecimiento, debemos dejar de intervenir, pues no hay nada que podamos aportar al paciente ni a sus familiares
- d. Se dirigen solo a pacientes oncológicos

ANDALUCÍA 2019. P. 98:

En el momento de la muerte, la orientación básica de los profesionales que estén presentes, irá encaminada a:

- a. Dar apoyo moral a los familiares y resolverles problemas concretos
- b. Ante una explosión emocional, presencia confortable
- c. Actitud de escucha y afecto, respetando las manifestaciones de duelo de la familia
- d. Todas son respuestas correctas



ANDALUCÍA 2019. P. 99:

¿Quién fue la pionera mundial en la atención a los pacientes con enfermedades en fase terminal?

- a. Lorraine Sherr
- b. E. Kübler-Ross
- c. Cicely Saunders
- d. Patricia Kelley



ANDALUCÍA 2019. P. 100:

Los objetivos generales de los cuidados post-mortem son:

- a. Garantizar la dignidad del fallecido y el respeto a su familia
- b. Limpiar heridas y cambiar apósitos sucios
- c. Ayudar a la familia a afrontar el proceso de muerte, para desarrollar un duelo funcional
- d. A y C son respuestas correctas

ARAGÓN 2019. P. 37:

Según la doctora Kübler-Ross, la fase en la cual, el paciente va aceptando la idea de la muerte, pero está dispuesto a cualquier cosa si el médico o dios le ayuda y le salva de esta situación en la búsqueda del último recurso posible se denomina:

- a. Aceptación
- b. Ira
- c. Negación
- d. negociación

ARAGÓN 2019. P. 104:

En el paciente terminal, no se considera un signo inminente de muerte:

- a. Aceleración de la circulación sanguínea
- b. disminución de movimientos oculares
- c. aumento de la sudoración, fría y pegajosa
- d. aparición de palidez

ASTURIAS 2019. P. 43:



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Según Kübler-Ross, ¿cuál es la última etapa del duelo que desarrolla un paciente terminal?

- a. Ira
- b. Pacto
- c. Aceptación
- d. negación

ADeN
LEYNOFOR

ΓΕΛΙΟΓΡΑΦ
MADA

ASTURIAS 2019. P. 44:



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

En la atención al duelo tras el fallecimiento:

- a. Informar a la familia de los procedimientos, ayudando a la expresión de los sentimientos con respeto y comprensión
- b. como TCAE, la competencia termina con el amortajamiento
- c. ha de respetarse la presencia de la familia durante el amortajamiento
- d. restaremos dramatismo si comparamos con otras muertes



ASTURIAS 2019. P. 45:



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

¿Cuál es el diagnóstico cierto de muerte, en términos legales?

- a. El cese de la actividad cardiaca
- b. el cese de las respiraciones
- c. electrocardiograma plano
- d. electroencefalograma plano

ADeN
LEYNOFOR

ΓΕΛΜΟΛΟΓΙΑ
MADA

ASTURIAS 2019. P. 60:



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Señale la respuesta correcta. En el caso de pacientes en situación terminal:

- a. Mantener limpia y protegida la herida para evitar infecciones
- b. mantener rigurosamente los cambios posturales para evitar la formación de las UPP
- c. evitar técnicas agresivas y que no aportan beneficios curativos
- d. en la mayoría de los casos las upp son un problema evitable

ADeN
LEYNOFOR

ΓΕΛΙΟΓΟΡ
ADeN

CASTILLA – LA MANCHA 2018. P. 37:

La muerte puede establecerse en los pacientes a partir de unos signos, señale la respuesta correcta:

- a. Parada cardiorrespiratoria y midriasis
- b. parada cardiaca
- c. electromiograma plano
- d. enfriamiento del cuerpo

CASTILLA – LA MANCHA 2018. P. 47:

En los cuidados generales del paciente terminal, se considera un síntoma digestivo:

- a. Caquexia
- b. Hipo
- c. Secreciones
- d. estertores pre-mortem

CASTILLA Y LEÓN 2019. P. 68:



¿Con qué se corresponde el algor mortis en condiciones normales de un cadáver? (Señale la respuesta correcta)

- a. Con el descenso de medio grado centígrado de temperatura por hora
- b. con la presencia de livideces cada hora, en diferentes lugares y su desaparición a aparecer otras
- c. con el descenso de un grado centígrado de temperatura por hora
- d. con la contracción ordenada y progresiva de los miembros en sentido próximo-distal



EXTREMADURA 2019. P. 55:

Indique la definición correcta de enfermo terminal:

- a. Paciente que ha alcanzado la fase final de su enfermedad, siendo la llegada de la muerte cierta y el tratamiento se aborda desde un aspecto paliativo y no curativo
- b. paciente que ha alcanzado la fase final de su enfermedad, siendo la llegada de la muerte incierta y el tratamiento se aborda desde un aspecto paliativo y no curativo
- c. paciente que ha alcanzado la fase final de su enfermedad y el tratamiento se aborda desde un aspecto curativo
- d. paciente que ha alcanzado la fase inicial de su enfermedad y el tratamiento se aborda desde un aspecto paliativo y curativo

GALICIA 2019. P. 7:

La asistencia en los cuidados paliativos se realiza según unos principios básicos de bioética, que son:

- a. Autonomía, higiene y actividad física
- b. reposo y sueño
- c. cuidados espirituales, relajación y bienestar
- d. justicia, beneficencia, autonomía y no maleficencia

GALICIA 2019. P. 76:

En la planta 10 acabamos de tener un éxitus. Los cuidados post-mortem:

- a. Se efectuarán una vez el médico firma el certificado de defunción
- b. no se debe manipular el cadáver en presencia de los familiares o de otros pacientes
- c. hay que prestar los cuidados antes de que aparezca el rigor mortis
- d. todas las respuestas son correctas

MURCIA 2019. P. 16:

Los objetivos de los cuidados paliativos irán encaminados a:

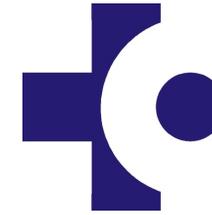
- a. Bienestar espiritual
- b. bienestar social y psicológico
- c. bienestar físico
- d. todas las anteriores son correctas

EUSKADI 2018. P. 45:

Entre los signos de agonía no se encuentra:

- a. Palidez y sudoración pegajosa
- b. la respiración lenta con estertores agónicos
- c. pérdida de sensibilidad
- d. la respiración de Biot

EUSKADI 2018. P. 46:



Osakidetza

Es un signo tardío de muerte:

- a. Algor mortis
- b. Putrefacción
- c. livor mortis
- d. todas las respuestas son correctas

*Con posterioridad a la **muerte** del individuo aparecen fenómenos cadavéricos inmediatos o **signos** positivos de **muerte**: a) enfriamiento corporal (algor mortis); b) rigidez cadavérica (rigor mortis); c) livideces cadavéricas o manchas de posición (livor mortis); d) deshidratación*

ADeN
LEYNFOR

ΓΕΛΙΟΛΟΓΙΑ
ADeN

GRACIAS
Feliz
verano

