



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

---

---

PARTICIPACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN  
LOS SÍNDROMES GERIÁTRICOS EN RESIDENCIA DE DÍA  
“TEODORO GILDRED “ IAP.

# TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A:

MARIA DEL SOL AYALA TORRES



ASESORO:

L.E JOSÉ LUIS GONZALEZ ISIDRO



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## DEDICATORIA

Ante todo está primero Dios que Él es el único que sabe todo lo que ocurría en mi interior, que no sabía el motivo de las cosas y pruebas que me pusiste, por permitirme llegar a escribir estas palabras que para mí era algo incierto. Gracias por mi vida, por la vida de Valentina y de mi familia.

Valentina si tan solo te imaginaras cuanto significas para mí, que llegaste cuando sentía poder comerme al mundo y ahora lo exploro contigo, eres una personita muy inteligente, me sorprendes día con día, siempre contaras conmigo ante cualquier situación. Te amo Valentina. Gracias por ser una gran motivación en mi vida.

A mis padres que son piezas claves en mi formación personal, que me han guiado con valores. Gracias por cuidar de Vale, por su cansancio, paciencia, palabras de aliento, por apoyarme cuando más lo necesitaba. Por demostrarme la valentía y fuerza de afrontar las cosas con la cabeza siempre en alto. Gracias por confiar en mí. Los quiero.

Madrina a ti más que a nadie mis respetos y admiración, te quiero muchísimo Nina, siempre has estado a mi lado sin importar lo que venga después, que Dios te cuide y te bendiga con salud para que estés a mi lado mucho más tiempo. Gracias por ser mi otra mamá, por amar a Vale, por ser un ángel en mi vida.

A mis hermanos por el apoyo y las risas. Los quiero mucho.

A Don Armando Argüero (+) por haber sido como un abuelito para mí, por sus sabios consejos, que hubiera deseado escucharlos antes y donde este espero que sea feliz. Lo extraño, gracias por haberme permitido entrar a su vida y haber sido su estilista personal, extraño recortar su bigote.

**Infinitamente gracias a todos.**

## INDICE

1. DEDICATORIA .....	2
2. INTRODUCCIÓN.....	4
3. OBJETIVOS .....	5
Objetivo General .....	5
Objetivos Específicos.....	5
4. JUSTIFICACIÓN .....	6
5. MARCO TEORICO.....	7
SINDROMES GERIATRICOS .....	9
PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES.....	10
6. Síndrome de Inmovilidad .....	12
Figura 2. Consecuencias de las caídas en el adulto mayor .....	14
Úlceras por presión .....	14
Tratamiento de las úlceras por presión .....	16
Manejo del inmovilismo.....	16
7. Síndrome de Inestabilidad y caídas.....	20
• Síndrome pos caídas.....	20
8. Síndrome de Polifarmacia .....	30
9. SINDROME DE INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL.....	36
10. SINDROME DETERIORO COGNITIVO .....	45
Síndromes asociados al deterioro cognitivo .....	49
DEPRESION .....	49
DELIRIUM .....	51
DIFERENCIA DEL DELIRIUM Y LA DEMENCIA.....	54
DEMENCIA.....	54
11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....	61
12. METODOLOGÍA .....	63
13. CONCLUSIÓN.....	64
14. ANEXOS .....	65
15. Bibliografía .....	76

## INTRODUCCIÓN

En 1989 se inaugura la Residencia Teodoro Gildred IAP con la misión de promover la excelencia en atención a las personas de la tercera edad, a través de un equipo de profesionales especializados, amplios espacios iluminados e instalaciones pensadas especialmente para nuestros residentes.

Tienen como prioridad brindar calidad de servicio, el cual brinda confort, tranquilidad, seguridad y lo más importante, un ambiente propicio para sentirse bien.

Bien estaba formada anteriormente por un grupo de religiosas que ponían muy en alto su testimonio de fe y así mismo formaban una comunidad religiosa para como fin apoyo emocional y espiritual en los adultos mayores, sin embargo en Agosto de 2016 se hace cambio de administración y ya no es atendido por religiosas.

Durante el Servicio social estuve a cargo en el área de varones, brindado cuidados de calidad, fomentando los hábitos benéficos para la salud así mismo como el valor del autocuidado con un total de 24 pacientes. La mayoría de ellos semi (Parcialmente) dependientes.

La Residencia Teodoro Gildred ubicada en la delegación Azcapotzalco, cuenta con todos los servicios, se divide en tres áreas fundamentales que son: Área de cuidados especiales, Área de Mujeres y Área de varones, cuenta también con Área de terapia física, Área de terapia ocupacional, manualidades y Capilla.

El incremento del número de personas mayores en nuestro país, muchas de ellas en situación de dependencia, hace imprescindible la introducción de cambios importantes en la red de servicios de atención a este colectivo.

Como Licenciados en Enfermería en etapa formativa, durante el Servicio Social, se tuvo la experiencia de trabajar con la persona mayor con esta problemática y por ende su apoyo en la Geriatria como disciplina, para entender más sobre este tema. Debemos conocer y entender la problemática del adulto mayor así procurando su pleno desarrollo como persona como encaminar sus cuidados a la promoción, recuperación y rehabilitación de su salud.

No cabe duda que a lo largo de la historia de la humanidad, los conceptos de vejez y de envejecimiento se han visto envueltos en cambios continuos, evolucionando al mismo

tiempo que la sociedad, es decir que el concepto de ser un adulto mayor tiene un significado totalmente diferente en la Edad media y en nuestra actualidad.

La manera en que consideramos el envejecimiento y a los adultos mayores tiene que ver también con las experiencias agradables o negativas que hemos vivido, la mayoría de nosotros como profesionales cuidaremos pacientes geriátricos en algún momento y que debemos de estar preparados para dar cuidados de calidad.

## **OBJETIVOS**

### ***Objetivo General***

- Analizar los diferentes Síndromes geriátricos que tienen mayor impacto en residencias de retiro (Teodoro Gildred) IAP

### ***Objetivos Específicos***

- Conocer las alteraciones psicológicas, sociales, económicas y espirituales de los Síndromes geriátricos así como el cuidado de enfermería integrando a la familia.
- Participar en los cuidados de Enfermería holística en la atención de Síndromes Geriátricos en residencia de día.

## JUSTIFICACIÓN

Este trabajo es de vital importancia en mi formación profesional, que permite identificar los Síndromes geriátricos, que presentan los Adultos Mayores, como causa de su proceso de Envejecimiento y otras Enfermedades a fines, entender sus necesidades como persona y por ende proporcionar un cuidado humano y calidad de vida hasta lo último de este ciclo vital.

En lo particular al realizar este trabajo, me dio la oportunidad de conocer más fondo la problemática que presenta la persona Adulto Mayor, en (residencias de retiro) no solo como una situación pasajera sino como un fenómeno de alta importancia en nuestro país Y a nivel mundial.

Es importante conocer los cambios que surgen en la vejez y como son manifestados en su conducta y su sentir, desafortunadamente aún no existe o es más difícil tener una comprensión debido a que ahora la catalogan como una perdida integral, un deterioro y no como un progreso del cual podemos enorgullecer y aprender.

Poder contribuir, mejorar y reforzar mejores modelos de vida con diferentes parámetros de solución, con el propósito de que el adulto mayor termine su vida con calidad y dignidad, así mismo exhortar al personal de enfermería y médicos que están a cargo de los cuidados que implica y necesita el adulto mayor, de concientizar la gran responsabilidad que con lleva ser parte de la vida de cada paciente, de no caer en la rutina, en la indiferencia o apatía, porque son seres humanos que necesitan de una charla agradable, de 5 minutos de nuestro tiempo, de una sonrisa, un abrazo; y no solo de toma de signos vitales. En fin considero que la experiencia que me da este trabajo mejorara parte de mi actividad profesional y crecimiento personal.

## MARCO TEORICO

En México 16% de los adultos mayores sufre rasgos de abandono y maltrato, el aislamiento de los ancianos es cada vez más patente en una sociedad inmersa que crece cada a día la competitividad y que está caracterizada por procesos de deshumanización en muchos sentidos.

Así mismo un 20% de ellos viven en soledad, no solo olvidados por el gobierno o la sociedad, sino también por sus propias familias que no pueden llevar la carga y optan por dejarlos en residencias de día o públicas, lo que a medida va contribuyendo a su deterioro cognitivo, moral y físico.

La vejez es un fenómeno que forma parte del ciclo vital del ser humano, es la etapa final del proceso de desarrollo donde se continúan manifestando cambios biológicos, psicológicos y sociales.

La presencia más evidente de estos cambios comienza a partir de los 60 años.

Un envejecimiento saludable se relaciona con la adaptación a pérdidas vitales, al sufrimiento de enfermedades, al proceso del retiro laboral, reconciliación con los logros y fracasos, a la superación del duelo por la muerte de familiares y aceptación de la propia.

La vejez implica mantener la "integridad personal", evitando la desesperanza que puede ser ocasionada por la percepción de falta de sentido de la vida.

Para el adulto mayor estar en estancias de residencia se puede observar pérdida de interés por las cosas que los rodea, debido a su dificultad de adaptación, es posible que tengan que enfrentarse a problemas de convivencia, salud física, inactividad y la soledad. Por ello es importante que el personal profesional en esta área de salud busque estrategias de afrontamiento para ayudar al adulto mayor a lidiar con los cambios biopsicosociales.

### **FACTORES BIOPSIICOSOCIALES-ESPIRITUALES.**

La falta de salud no es una característica del envejecimiento ni de la vejez, aunque existen múltiples factores que inciden en esto.

En cuanto a lo biológico se producen cambios a escala celular, molecular en órganos y tejidos. Asimismo ocurren cambios que afectan la capacidad de defensa y recuperación



del organismo de los cuales los más afectados son del sistema neuromuscular y las enfermedades crónicas.

El envejecimiento psicológico se expresa en el efecto del paso del tiempo, dentro de estas se incluyen la forma en que el adulto mayor percibe su realidad ya que condiciona la forma de reaccionar desde su estructura, existe una alta prevalencia de alteraciones en la forma de pensar, sentir y actuar que pueden ser determinantes para la vida del anciano.

En los adultos mayores son frecuentes los estados de ánimo, las alteraciones de ansiedad generalizadas son tan comunes que se van complicando en síntomas depresivos y enfermedades físicas.

En la depresión intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales, la OMS refirió que la depresión es el problema de salud más común de la tercera edad, más frecuente en las mujeres que en los hombres y es difícil identificarla porque pasa inadvertida. En el adulto mayor la depresión puede presentar formas atípicas con manifestaciones somáticas, hipocondriacas, pérdida de peso, dolores persistentes, trastornos de conducta y polifarmacia. En casos más severos una depresión puede llegar a un delirium e incluso al suicidio.

Las fuentes principales de estrés en el a.m. están relacionadas con las pérdidas de capacidades, estatus, familiares y amigos, aspectos socioculturales, estilos de vida, si es que existe apoyo emocional por parte de su familia, que esta constituye la mayor fuente de estrés o estabilidad para ellos.

### **El bienestar psicológico en la vejez**

La autoestima es uno de los elementos psicológicos más importantes en la valoración del adulto mayor, sobre la cual se requiere especial atención y fortalecimiento en el trabajo diario. Es un importante indicador de salud, que se define generalmente como una actitud o sentimiento positivo o negativo, radica en que es un factor clave en el desarrollo de un buen ajuste emocional, cognitivo y práctico.

### **La autoeficacia en la vejez**

La autoeficacia se entiende como el conjunto de creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir determinados logros o resultados. La importancia de esta radica en que se hace referencia a la confianza que tiene la persona mayor en realizar resultados deseados.

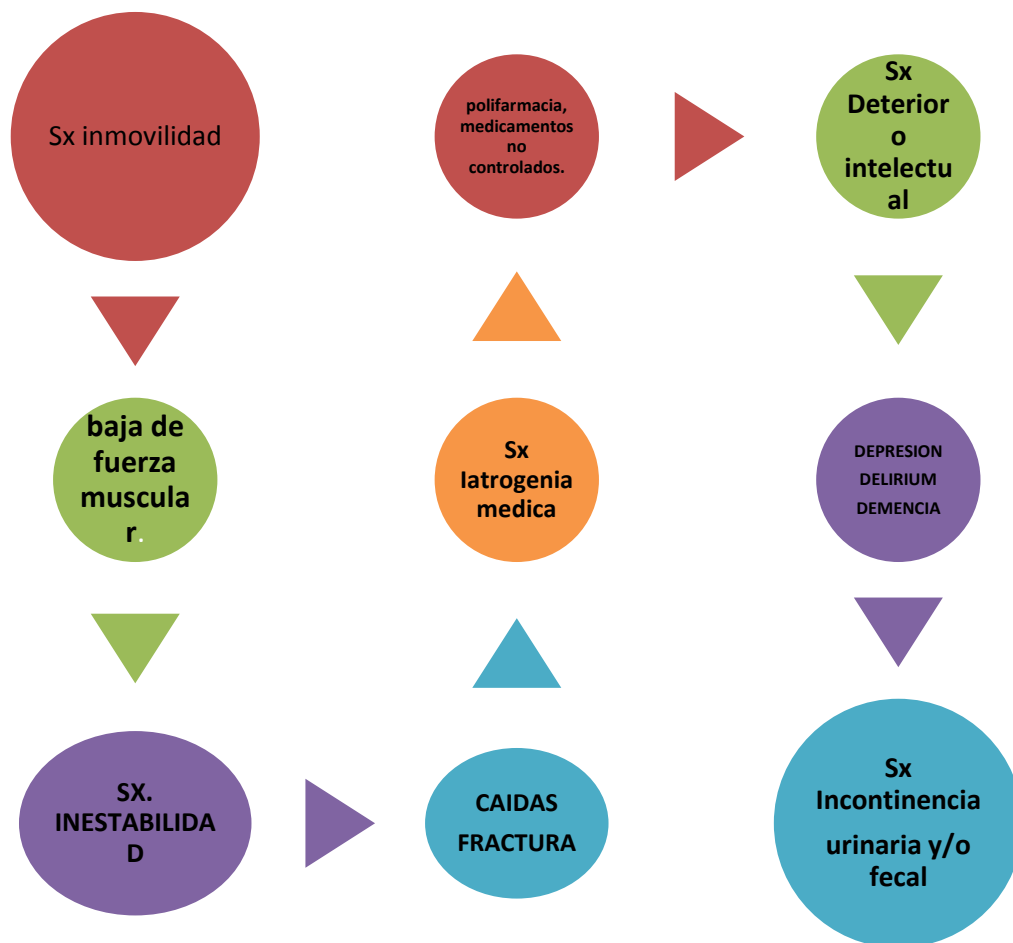
Es vital importancia para obtener un envejecimiento exitoso, junto con la contribución que enfermería hará en este ámbito para obtener adultos mayores con grados elevados de autocuidado, funcionalidad y alta motivación para el desarrollo de sus potencialidades personales.

## **SÌNDROMES GERIÀTRICOS**

Son un conjunto de cuadros, originados por la conjunción de una serie de enfermedades de alta prevalencia en los ancianos y causantes de la aparición de incapacidad funcional y social.

Los Síndromes (Figura 1) geriátricos deben ser considerados como entidades nosológicas específicas con alta frecuencia de presentación en la población anciana. Deben ser incluidos dentro de las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento de la medicina geriátrica.

Las 5 -S” Inmovilidad, Inestabilidad, deterioro Intelectual, Iatrogenia Médica, Incontinencia urinaria y fecal.



## **Figura 1. Síndromes Geriátricos**

### **Importancia de conocer los Síndromes Geriátricos**

- Identificación de estos
- Prevenir complicaciones
- Prevenir que aparezcan
- Tratamiento correcto
- Seguimiento

### **FISIOPATOLOGÍA**

Características de la enfermedad en las personas mayores las enfermedades en los ancianos tienen unas características especiales, que deben ser tenidas en cuenta a la hora de planificar su atención. Así, procesos como las demencias, patologías cardiovasculares (insuficiencia cardíaca, accidentes cerebrovasculares), del aparato locomotor (artrosis, osteoporosis), órganos de los sentidos (cataratas, hipoacusia) entre muchas otras enfermedades responden a este patrón, apareciendo la mayor parte de los casos en ancianos. En algunos casos la edad avanzada es por sí misma un factor de riesgo de padecerlas y pueden llegar a constituir graves problemas de salud pública al llegar a afectar a un gran porcentaje de la población anciana.

Las enfermedades pueden presentarse de una forma atípica muy diferente del cuadro clínico clásico que se describe en los adultos jóvenes. Pueden faltar los síntomas más típicos como la fiebre o el dolor, o la sintomatología presente puede ser muy vaga e inespecífica.

### **PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES**

Se calcula que el 80% de las personas mayores padecen alguna enfermedad crónica como diabetes, hipertensión, artrosis, insuficiencia cardíacas, siendo las principales causas de hospitalización en las personas mayores los accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca, enfermedades respiratorias agudas y crónicas, fracturas principalmente de cadera y enfermedades neoplásicas. Aproximadamente, el 36% tienen más de tres enfermedades crónicas, lo que hace emplear un alto número de medicamentos durante largos periodos de tiempo.

Este hecho tiene implicaciones importantes en la aparición de reacciones adversas a medicamentos y de interacciones. Así mismo dificulta el cumplimiento de la terapia farmacológica.

A parte de estos diagnósticos principales, durante la hospitalización, tanto la enfermedad que motiva el ingreso como la propia hospitalización pueden presentar complicaciones, que pueden ser causas de invalidez o de aumento del grado de dependencia, es decir la propia hospitalización es un factor de riesgo para las personas mayores, sobre todo si los profesionales que le atienden no conocen el organismo anciano y sus características.

Las principales complicaciones son:

– Inmovilización. Puede dar lugar a:

- Úlceras por presión
- Contracturas articulares
- Enfermedad tromboembólica
- Pérdida de fuerza muscular
- Hipotensión ortostática
- Descalcificación ósea

– Confusión mental

– Desnutrición y deshidratación (favorece la aparición de úlceras por presión, afecta al estado inmunitario)

– Caídas

– Incontinencia urinaria y fecal

– Estreñimiento

– Reacciones adversas a medicamentos

– Deterioro funcional, psíquico y/o social, que da lugar a incapacidad y dependencia.

### **Presentación tardía de la enfermedad**

En el curso evolutivo de algunos procesos patológicos pueden aparecer cuadros confusionales o trastornos depresivos que contribuyen a un reconocimiento tardío de otras enfermedades. Cuando se habla de presentación silente de una

enfermedad, se está considerando la ausencia o atenuación de los síntomas más característicos del proceso.

De modo que es necesario un equipo de trabajo multidisciplinario para llevar a cabo intervenciones e incorporar todos los cuidados tanto de profesionales de medicina, enfermería, psiquiatría, nutrición y fisioterapeutas.

Otro aspecto muy importante es que las condiciones clínicas generen dificultades diagnósticas, por lo que se tendría que usar una metodología de la práctica clínica geriátrica, la valoración integral que permita mejorar la seguridad diagnóstica.

## **SÍNDROME DE INMOVILIDAD**

La movilidad es la capacidad de desplazamiento en el medio que nos rodea, nos da autonomía y es un componente esencial de la vida del hombre.

El inmovilismo es el descenso de la capacidad para moverse por si mismo, en los ancianos se define como la disminución de la capacidad para desempeñar las actividades de la vida diaria, por deterioro de las funciones motoras. Su aparición depende de la interacción entre factores propios de cada individuo, como habilidad y destreza motoras, la capacidad cognitiva y la sensorio-perceptiva, el grado de salud del paciente, autoconfianza, recursos externos (arquitectónicos, físicos y relaciones emocionales con la familia).

La capacidad de movilización es un indicador del nivel de salud del adulto mayor y de su calidad de vida, ya que determina su grado de independencia.

El riesgo de la inmovilidad relativa es el encamamiento, mientras que la inmovilidad absoluta es un factor de riesgo de institucionalización, de morbi-mortalidad y de aparición del Síndrome del cuidador.

La inmovilidad aumenta con la edad, el 20% mayores de 65 años tienen problemas para moverse sin ayuda, y a partir de los 80 años más del 50% no pueden deambular solos. Esta alta de prevalencia existe relacionada con el propio envejecimiento biológico, psíquico y social que colocan al adulto mayor en una situación vulnerable.

### **Aspectos del envejecimiento que favorecen la inmovilidad:**

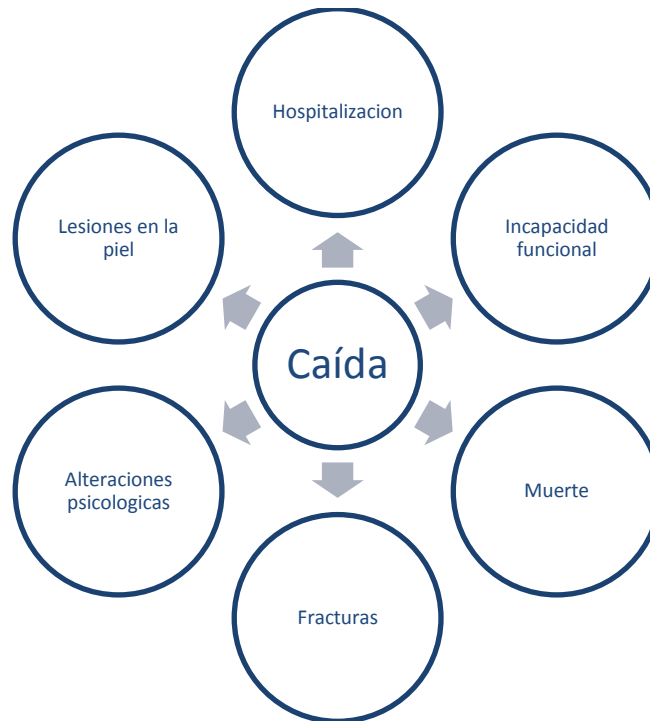
- Atrofia muscular, fibrosis.
- Menos actividad física
- Disminución de la agudeza visual
- Alteración de la percepción
- Disminución de la reserva funcional
- Alteraciones de la marcha

La inmovilidad y las úlceras por presión predisponen al adulto mayor a ser una paciente de alto riesgo ocasionándoles numerosas complicaciones.

Esta se divide en tres tipos:

- **Inmovilidad aguda:** cuando aparece de forma brusca y requiere un encamamiento durante pocos días.
- **Inmovilidad absoluta:** encamamiento prolongado y posturas limitadas.
- **Inmovilidad relativa:** limitación de determinados movimientos y ejercicios musculares que no impide realizar una vida normal.

**Figura 2. Consecuencias de las caídas en el adulto mayor**



### **Úlceras por presión**

Es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y en los tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea que se produce en cualquier parte del cuerpo en la que se ejerce una presión prolongada sobre un plano duro. Generalmente, se producen en zonas de aplastamiento tisular entre un plan duro externo y una protuberancia ósea.

Las úlceras por presión son unas de las consecuencias más frecuentes y graves relacionadas directamente con el inmovilismo

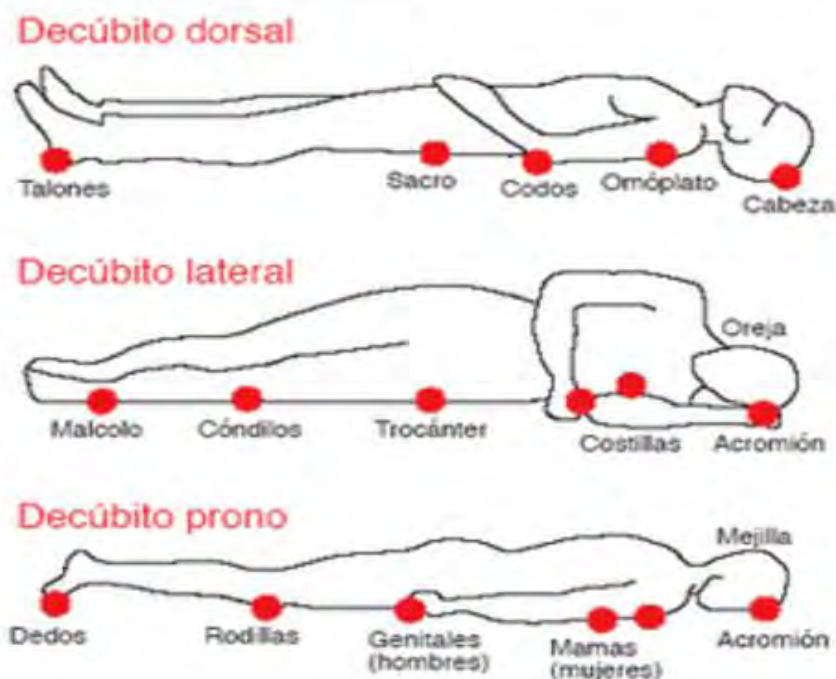
Mantener un buen estado en la integridad de la piel es fundamental para el desarrollo de las actividades del enfermo. Cualquier alteración en su continuidad

provoca un gran discomfort, agrava el estado de la persona, y en caso de estar hospitalizado, alarga su estancia con las consecuencias que eso comporta.

Es una de las complicaciones más frecuentes secundarias a la movilidad, su manejo es un indicador de calidad y todo un reto para el personal de enfermería. El 70% de los pacientes hospitalizados o encamados desarrollaran en las dos primeras semanas alguna alteración cutánea dando paso para una posible formación de U.P.P.

### Estadios:

- **Estadio 1:** epidermis y dermis lesionadas, pero no destruidas.
- **Estadio 2:** epidermis y dermis destruidas, con lesión que afecta posiblemente capas subcutáneas.
- **Estadio 3:** capa subcutánea destruida, con deterioro celular en epidermis, dermis y capa subcutánea, que provoca una cavidad.
- **Estadio 4:** tejido muscular y óseo invadido, células dérmicas, tejido subyacente y estructuras destruidas





## **Tratamiento de las úlceras por presión**

Los principios fundamentales para el tratamiento de las úlceras son limpieza y reparación.

- Limpieza y secado de la herida.
- Desbridamiento del tejido necrótico con productos autolíticos, enzimáticos o de forma quirúrgica.
- Prevención y abordaje de la infección bacteriana.
- Favorecer la cicatrización.
- Disminuir la presión en la zona afectada.
- Paliar el dolor.

## **Manejo del inmovilismo**

Hay que tener en cuenta que las consecuencias de la inmovilidad se empiezan a evidenciar rápidamente, por lo que la actuación diagnóstica y terapéutica tiene que ser eficaz.

El adulto mayor deberá tener si es que la rehabilitación es posible 3 días de rehabilitación teniendo en cuenta las condiciones adecuadas como la hidratación, nutrición, ritmo intestinal, control del dolor.

### **Medidas generales**

- Movilización precoz y deambulacion temprana
- Cambios posturales con posiciones adecuadas
- Aporte hidroelectrolítico y calórico
- Apoyo emocional al paciente
- Confianza al adulto mayor para que pueda continuar su vida relativamente normal

El 50% de los pacientes ancianos que quedan en inmovilidad por un proceso absoluto fallecen en un plazo de 6 meses.

## **Actividades realizadas en la Residencia Teodoro Gildred durante el servicio social**

Durante mi estancia en la residencia, al principio del Servicio Social fui parte del equipo de trabajo en el área de Cuidados Especiales, el servicio estaba a cargo de 3 enfermeras y teníamos un total de 19 adultos mayores, los cuales dependían 100% del trabajo y cuidados que Enfermería proporcionaba.

Es indudable que la disminución de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras aumenta la dependencia y el desarrollo de padecimientos que afectan la calidad de vida de los adultos mayores.

Por lo que resulta de fundamental utilidad un abordaje por el personal de enfermería que permita determinar la etapa en que se encuentra el síndrome, y a su vez asumir una actitud activa, para fortalecer, rehabilitar o prevenir complicaciones y especialmente evitar el confinamiento y la institucionalización del adulto mayor fortaleciendo su autonomía y por consecuencia mejorar su calidad de vida.

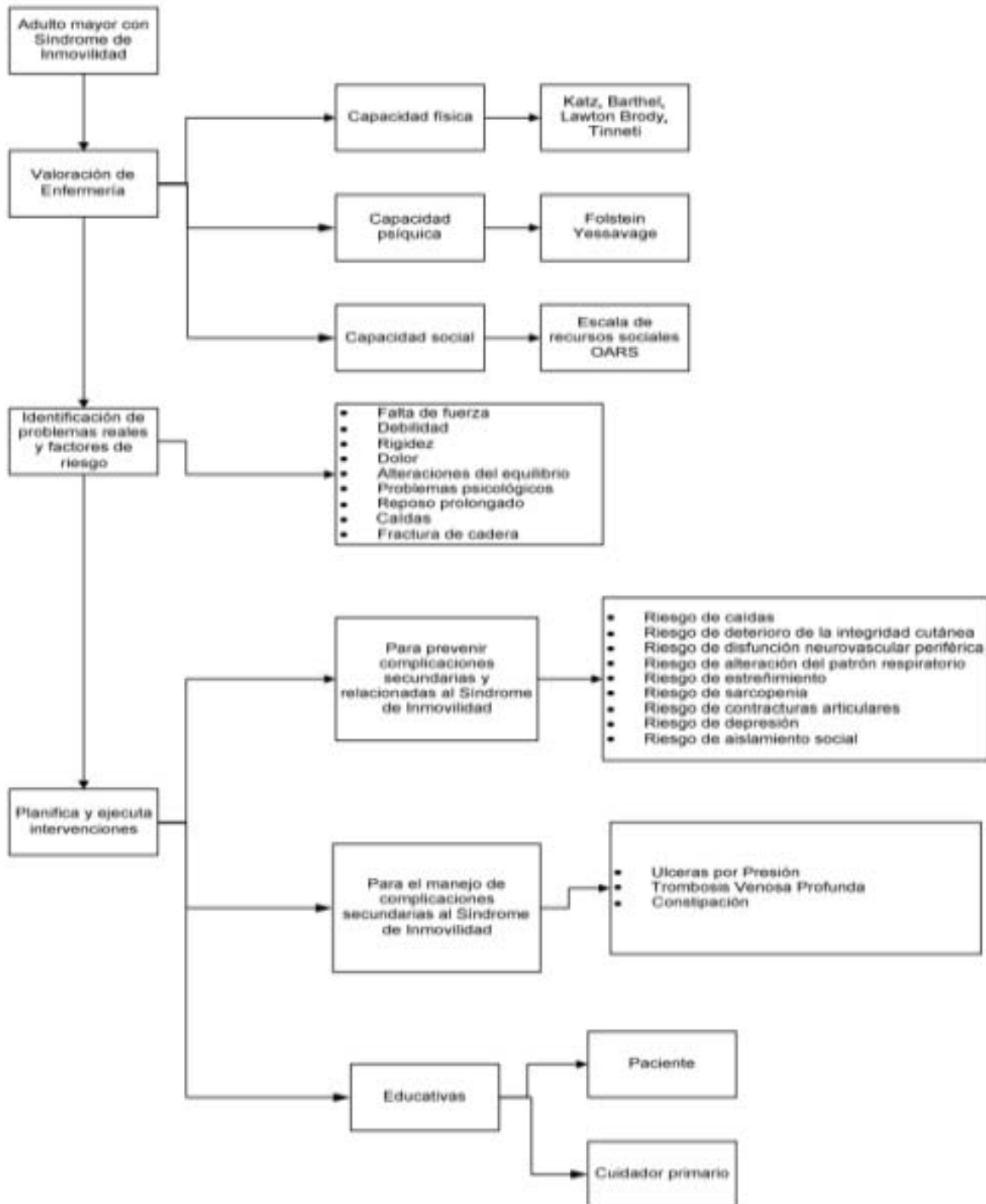
Mi estancia era de lunes a viernes de 7 am- 3pm, sin embargo por la alta demanda de trabajo y poco personal se llegaba a requerir más tiempo de lo establecido. Comenzando con mi rol de pasante hago mención mis siguientes actividades:

1. Baño diario del adulto mayor
2. Vestir al paciente
3. Ministración de medicamentos conforme a las indicaciones médicas.
4. Toma de signos vitales
5. Apoyo a la hora del desayuno
6. Cambio de pañal
7. Cambio de posición en pacientes postrados.
8. Ejercicios pasivos a pacientes postrados
9. Curación de U.P.P.
10. Prevención y manejo de U.P.P.
11. Manejo de hoja de Enfermería
12. Apoyo en la hora de la comida
13. Preparación de medicamentos
14. Reportar eventualidades

El cambio de posición se realizaba cada 2 horas, observaba si había zonas de enrojecimiento o solución de continuidad de la piel. Se proporcionaba los dispositivos adecuados para mantener los talones y prominencias óseas libres de presiones.

En el área de Cuidados Especiales era fundamental el trabajo en equipo con las fisioterapeutas, así como el trabajo con la terapeuta ocupacional. Debía consultar a la fisioterapeuta para determinar la posición óptima del paciente durante el ejercicio y el número de veces que debe realizar cada movimiento. Utilizar ejercicios de movimientos articulares activos para aliviar la tensión muscular de acuerdo al estado físico y edad del adulto mayor.

Diagrama de flujo # 1



## SÍNDROME DE INESTABILIDAD Y CAÍDAS

La inestabilidad en la marcha del adulto mayor puede venir dada por los cambios orgánicos del envejecimiento: cambios en el sistema musculoesquelético (pérdida de masa ósea y muscular, disminución de la fuerza, cambios en la marcha, etc.), cambios en los órganos de la vista y el oído (alteraciones del equilibrio), cambios neurológicos y senso-receptivos, etc. A esto se le puede sumar el consumo de fármacos que por sí solos o de manera sumativa den lugar a la lentitud de los reflejos, mareo y confusión y dificultades para mantenerse en pie o en equilibrio.

Los adultos mayores constituyen el grupo de población donde las caídas son más numerosas y sus consecuencias son grandes, tanto para el propio individuo con lesiones, como para la sociedad, debido al elevado gasto sanitario que genera.

Las caídas aumentan de forma progresiva con la edad y son una de las causas principales de la discapacidad. Suele ser la 6ª causa de muerte en mayores de 65 años.

Las caídas se pueden clasificar en dos grupos fundamentales, las accidentales y las no accidentales. La caída accidental es cuando un factor extrínseco actúa sobre una persona que está en estado de alerta y sin ninguna alteración para caminar originando un tropezón o resbalón con resultado de caída.

Las caídas no accidentales pueden ser de dos tipos: aquellas en las que se produce una situación de pérdida súbita de conciencia en un individuo activo y aquellas que ocurren en personas con alteración de la conciencia por su estado clínico, efectos de medicamentos o dificultad para la deambulación.

- **Síndrome pos caídas**

Es un síndrome caracterizado por el miedo que padece la persona tras sufrir una caída y que entraña temor por la posibilidad de volver a caerse. Ese temor, más o menos intenso en función de las características de la caída/s previa/s puede comprometer la actividad de la persona, que puede disminuir esta y mantenerse más quieto o inmóvil para evitar caerse.

Es necesario detectar la existencia de este temor e iniciar medidas de prevención tras una caída reciente, encaminadas a favorecer la seguridad de la persona, darle dispositivos con los que pueda sentirse seguro o estable y trabajar cómo levantarse adecuadamente si vuelve a ocurrir.

- **Marcha**

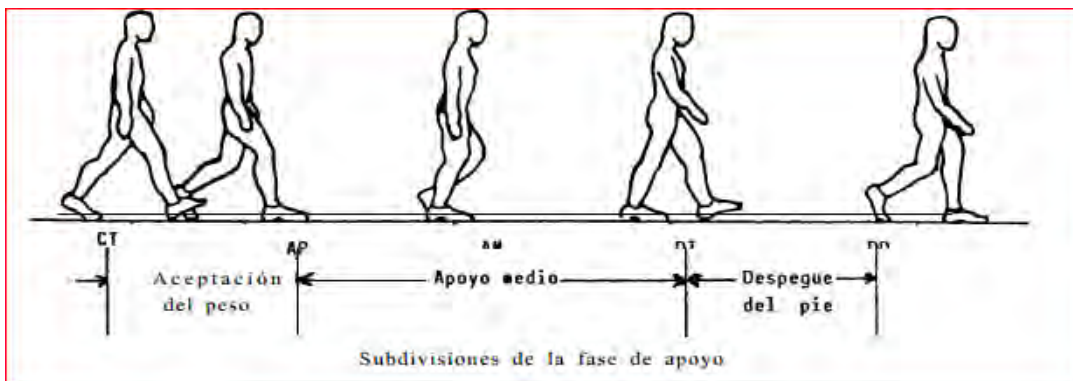
En ella se encuentran implicados todo el sistema musculo esquelético y diversos reflejos posturales. Las respuestas posturales, resultado de la integración de los estímulos aferentes visuales, vestibulares y propioceptivos, son de carácter voluntario, aunque sometidas a ajustes inconscientes.

Los componentes básicos de la marcha son: flexión de cadera, flexión de rodilla, interacción de rodilla y tobillo, rotación de la pelvis alrededor de un eje vertical y báscula lateral de la pelvis. En términos generales, se puede dividir el mecanismo de la marcha en tres fases: despegue, avance y apoyo:

— Despegue. Mientras la rodilla se encuentra bloqueada en extensión, el sóleo y los gemelos impulsan la extremidad, levantando el talón del suelo, al mismo tiempo que la musculatura abductora y el cuádriceps del miembro contralateral evitan que bascule la pelvis manteniéndola fija.

— Avance. Con la extremidad contralateral soportando toda la carga, la de referencia se eleva y se desplaza hacia delante. Para ello se flexionan progresivamente la cadera y la rodilla, mientras que el tobillo y el pie se van extendiendo paulatinamente para evitar el roce con el suelo.

— Apoyo en el suelo. Se inicia con el talón e inmediatamente implica a la totalidad de la planta del pie, manteniendo la rodilla ligeramente flexionada. En este momento comienza la fase de despegue de la extremidad contralateral



- **Etiología de la marcha**

Por problemas neurológicos Afectan al 20-50% de las personas mayores y son una de las causas más comunes de caídas.

- 1) **Marcha hemipléjica o de segador:** Está causada por hemiplejia o paresia de extremidad inferior como consecuencia de un ictus u otra lesión cerebral. La extremidad inferior está flexionada a la cadera y extendida a la rodilla y el pie en flexión plantar. La persona tiene que balancear la pierna en un arco hacia fuera para asegurar el despegue (circunducción). A la vez hay flexión lateral del tronco hacia el lado sano. Mantienen una base de sustentación pequeña y, por lo tanto, riesgo alto de caídas.
- 2) **Marcha parkinsoniana:** La marcha típica de la enfermedad de Parkinson es bradicinética, con pasos cortos y muy lentos y mal para residentes. Efectos de la edad sobre la marcha Disminución de la velocidad. Disminución de la longitud de la zancada y aumento de su anchura. Disminución de la longitud del paso. Disminución de la cadencia. Disminución del ángulo del pie con el suelo. Suele haber pérdida de equilibrio hacia delante, puesto que el cuerpo comienza a moverse antes que los pies. Con la progresión del movimiento, los pasos se suelen hacer más rápidos y, a veces, tienen dificultades para parar, pudiendo perder el equilibrio con mucha facilidad.
- 3) **Marcha atáxica (taloneante):** Típica de lesiones cordonales posteriores. Base amplia y pisadas fuertes. Suele haber una pérdida del sentido de la posición, por lo que estas personas no saben dónde están sus pies y los lanzan hacia delante y al exterior. Los talones tocan primero el suelo y se oye la patada.
- 4) **Marcha vestibular:** Los pacientes que presentan esta alteración de la marcha, cuando se les pide que caminen unos pasos hacia delante y los mismos hacia atrás, van produciendo una desviación angular que será izquierda o derecha en dependencia de la localización de la lesión.
- 5) **Marcha prudente.** Es la típica de la persona anciana con miedo a caer. Adoptan una postura de flexión hacia delante y piernas algo flexionadas para mantener el centro de gravedad bajo; marcha a pasos cortos con los pies separados y vuelta en bloque. Puede ser la marcha que con más frecuencia se sigue de caída

## **Epidemiología**

Las caídas en la población anciana son un problema importante de salud pública, con consecuencias médicas y económicas notables.

Se calcula que en el año 2020 el costo que generarán será de unos 30.000 millones de dólares. El riesgo de caer y hacerlo más veces aumenta con la edad. Aproximadamente el 30% de las personas mayores de 65 años, independientes y autónomas, sufren una caída una vez al año. Este porcentaje, asciende hasta el 35% en los mayores de 75 años y el 50% en los mayores de 80 años. La tasa de fallecimiento por caídas aumenta de forma exponencial con el aumento de edad en ambos sexos, y en todos los grupos raciales por encima de los 75 años.

## **Factores de riesgo**

Analizamos a continuación algunos factores que pueden predisponer a las caídas:

— Alteraciones oculares: La privación visual contribuye en un 50% a la inestabilidad. Los problemas visuales se relacionan con el 25- 50% de las caídas. El envejecimiento habitualmente supone la aparición de cataratas, disminución de la percepción y agudeza visual, disminución de la capacidad para discriminar colores, trastornos en la tolerancia a la luz y adaptación a la oscuridad. Se calcula que un anciano de 80 años ha perdido un 80% de su agudeza visual.

Alteraciones vestibulares: Con la edad se produce una pérdida de cilios en el oído interno, angioesclerosis y alteraciones bioeléctricas que se traducen en una respuesta deficiente del reflejo vestibulo-ocular (ayuda a mantener el equilibrio durante el movimiento) y del reflejo de enderezamiento.

Alteraciones de la propiocepción: La sensibilidad propioceptiva es la que permite al cuerpo orientarse en bipedestación y en movimiento con respecto al suelo y a las partes del cuerpo. Se produce un deterioro progresivo de los mecanos receptores de las articulaciones

Alteraciones musculo esqueléticas: Con la edad, disminuye progresiva la masa magra muscular (sarcopenia). Ésta a su vez se traduce en una disminución progresiva de la fuerza muscular que se centra.



Patología degenerativa articular: Facilitan la aparición de caídas el dolor, la inestabilidad articular y la aparición de posiciones articulares viciosas.



Patología del pie: artrosis, procesos inflamatorios, hallux valgus, dedos en garra, deformidades de las uñas, problemas isquémicos o neurológicos, etc. También es importante evaluar el tipo de calzado, ya que en muchas ocasiones es inapropiado, aumentando la inestabilidad y, por tanto, el riesgo de caída.

Deterioro cognitivo. La demencia puede acrecentar el número de caídas por tener alterada la capacidad de percepción visio-espacial, comprensión y orientación geográfica. En general, toda la patología del SNC (sistema nervioso central) y periférico condiciona un mayor riesgo de caída.

#### Factores extrínsecos

Nos referimos en este apartado a los factores ambientales que acompañan a la caída.

- Domicilio
- Calles
- Medios de transportes

Se estima que sólo el 1% de las caídas producen fractura; sin embargo, en el 90% de las fracturas encontramos el antecedente de caída previa. El 90% de las fracturas de cadera, pelvis y muñeca en ancianos se asocia a caídas de bajo impacto.

Al igual que en el resto de fracturas, la incidencia de fractura de cadera aumenta con la edad y en el sexo femenino. La fractura de cadera es la principal causa de mortalidad relacionada con caídas. Dicha mortalidad se debe a la comorbilidad y a las complicaciones derivadas de la inmovilidad.

#### **Evaluación de la caída en un paciente anciano**

Resulta de vital importancia realizar una adecuada valoración del anciano que sufre caídas, incluyendo los siguientes aspectos:

1. Anamnesis detallada. Debemos preguntar acerca de síntomas prodrómicos o acompañantes, circunstancias de la caída, la actividad que estaba realizando, las consecuencias, si permaneció en el suelo y cuánto tiempo.

2. Valoración geriátrica integral:

- Esfera biomédica. Recogeremos los antecedentes médicos y patológicos, hábitos tóxicos, historia farmacológica detallada y estado nutricional.
- Esfera funcional. Conocimiento del nivel de dependencia para las actividades básicas e instrumentadas de vida diaria, ya que éste se asocia a un mayor riesgo de caídas. Preguntaremos también sobre el grado de movilidad, pues existe una fuerte correlación entre la pérdida de movilidad y el riesgo de caída directamente proporcional.
- Esfera mental y psicoafectiva. Tanto el deterioro cognitivo como los estados depresivos son situaciones que se asocian a caídas.
- Esfera social. Apoyo familiar presente, convivencia y recursos sociales de que dispone el paciente, así como las características de la vivienda

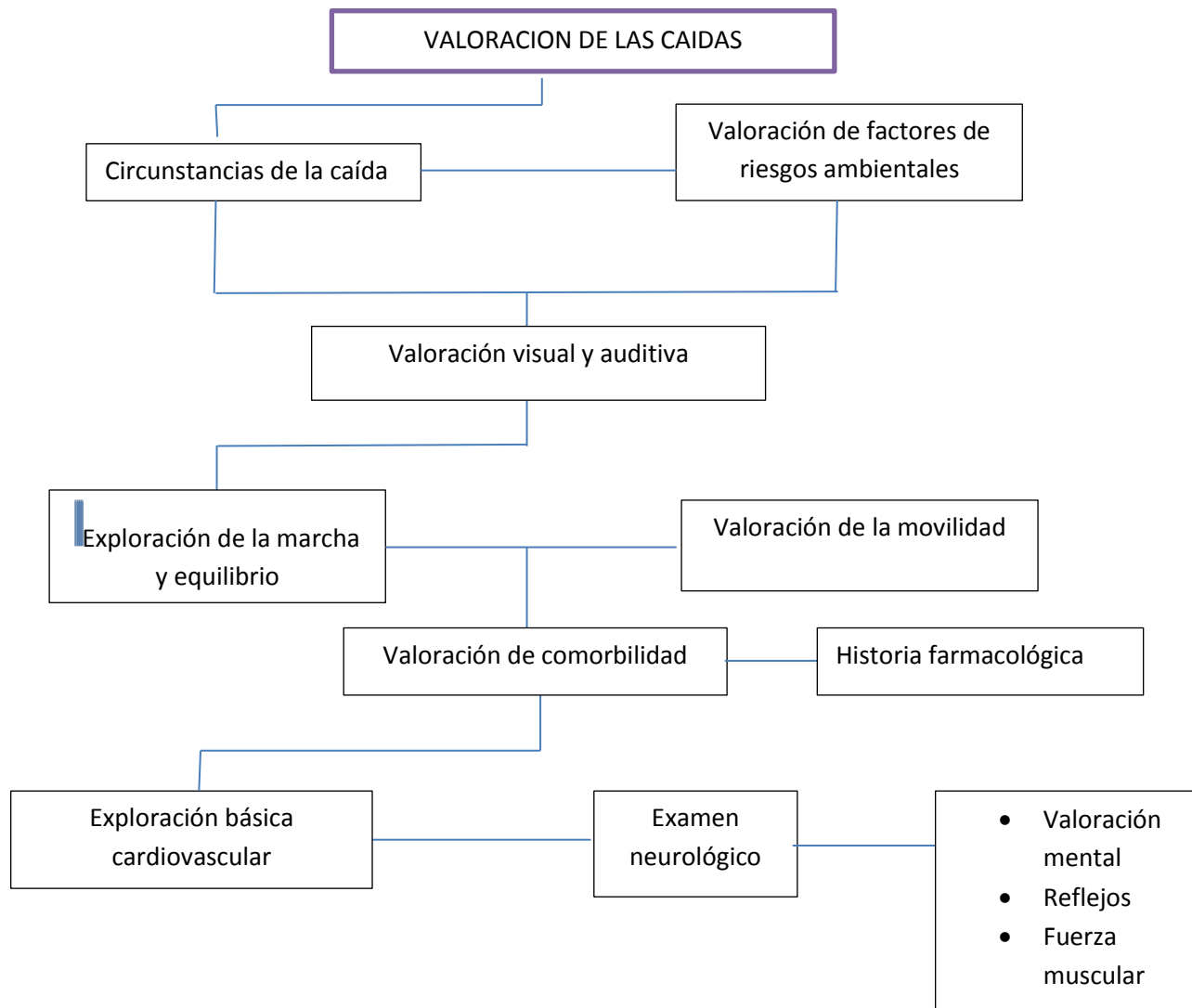
Otras pruebas sencillas de realizar son las siguientes:

Escala de Tinetti: Consta de dos subescalas para la marcha y para el equilibrio. Identifica individuos con alto riesgo de caídas, pero no detecta pequeños cambios. Puntuaciones entre 19 y 24 representan riesgo de caídas, siendo éste elevado por debajo de 19.

Test up and go: Se mide en segundos el tiempo que el paciente tarda en levantarse de una silla con brazos, caminar tres metros y volver a la silla. La mayoría lo hacen en menos de 10 segundos, entre 10 y 20 segundos; emplean los individuos frágiles, y más de 20 aquellos que tienen alto riesgo de caídas.

Test de Romberg: es una prueba de equilibrio estático, se coloca al paciente con los pies juntos y los ojos cerrados. Durante 30 segundos se valora los desplazamientos o caídas, hacia un lado o ambos lados.

## Evaluación del adulto mayor con caídas o alteraciones de la marcha o equilibrio



### Prevención y tratamiento de las caídas

Una de las grandes metas de la geriatría es conseguir un envejecimiento saludable con el tiempo más corto posible de morbilidad, incapacidad y dependencia: esperanza de vida libre de enfermedad.

Los objetivos de la prevención de caídas son conseguir la máxima movilidad del anciano, reducir el riesgo de caídas y su morbimortalidad. Como en otros aspectos de la geriatría,

el abordaje debe ser interdisciplinar, coexistiendo actuaciones médicas, rehabilitadoras, psicosociales y del entorno ambiental.

### **Prevención primaria**

Educación para la salud. Son todas aquellas actuaciones que tienen como objetivo promover un estado físico, mental y social óptimo de la población, así como la prevención de enfermedades. La promoción de la salud en la persona mayor tiene como objetivo último prolongar el período de vida independiente, potenciar la calidad y mantener al individuo en su entorno el mayor tiempo posible.

### **Prevención secundaria**

Destinada a prevenir nuevas caídas en aquellos ancianos que previamente ya han sufrido alguna. Su finalidad es actuar a nivel de las causas que la han generado. Se trata de un punto muy importante de la prevención, pues recordemos que el haber presentado una caída es el principal factor de riesgo para que se produzca otra.

Incluye:

- Valoración de factores intrínsecos y extrínsecos relacionados.
- Corrección de las causas.

### **Prevención terciaria**

Están encaminadas a disminuir el grado de incapacidad como consecuencia de las caídas, ya sean físicas o psicológicas. El objetivo primordial es hacer un abordaje adecuado de:

- Devolver al adulto mayor a la situación funcional previa a la caída
- Rehabilitar la marcha y el equilibrio
- Enseñar a tener precauciones adecuadas para el momento de la caída y en el momento que hay q levantarse.
- Tratar el síndrome postcaída

## ***Actividades realizadas en la Residencia Teodoro Gildred durante el servicio social***

En el segundo mes del Servicio Social fui asignada y encargada del área de Varones donde finalice mi estancia en la residencia. Dando inicio con 16 adultos mayores y finalizando con un total de 24 adultos mayores.

El área contaba con todos los servicios en función para los pacientes. Comenzando con mi rol de pasante de Enfermería hago mención mis siguientes actividades:

1. Apoyo en la vestimenta
2. Toma de signos vitales
3. Apoyo con algunos pacientes en el comedor (desayuno)
4. Ministración de medicamentos conforme a las indicaciones medicas
5. Apoyo emocional
6. Escucha y charla activa con los adultos mayores
7. Preparación de charola de medicamentos
8. Llevar pacientes a terapia funcional y otros a terapia ocupacional
9. Cambio de protector sanitario
10. Aseo bucal
11. Aseo de manos y pies
12. Corte de cabello
13. Llevar a los pacientes al comedor (comida)
14. Llenado de hoja de Enfermería
15. Reportar eventualidades
16. Entrega de servicio

Es fundamental realizar un programa adaptado a cada paciente, para optimizar los resultados y disminuir los riesgos derivados del ejercicio.

Estas actividades permiten: Retrasar el proceso de involución debido al envejecimiento. Mantener y desarrollar las capacidades físicas y por tanto, disminuir la posibilidad de caída. Conservar y mejorar las capacidades funcionales introduciendo ejercicios que faciliten las actividades de la vida diaria.

*Tornado de Síndrome de Inestabilidad*



## SINDROME DE POLIFARMACIA

El manejo terapéutico del anciano requiere amplios conocimientos de los fármacos habitualmente utilizados en la práctica médica, que rebasan las posibilidades de este capítulo, por lo que se comentarán los aspectos más relevantes para la prevención de complicaciones iatrogenas, por el mal uso de aquellos. Se denomina reacción adversa a medicamentos (RAM) cualquier efecto perjudicial producido por un fármaco utilizado a las dosis habituales y que requiere tratamiento, obliga a la suspensión de aquel o hace que su utilización posterior suponga un riesgo inusualmente elevado. Las RAM pueden ser responsables de un 10% de los ingresos hospitalarios y de estancias hospitalarias prolongadas. Hasta el 25% de los pacientes octogenarios ingresados pueden presentar una RAM, que será grave en un 20% de casos (es en los ancianos en los que se produce un 50% de las muertes por RAM).

La cifra de pacientes afectados se eleva a un 35% si consideramos todos los que padecen efectos secundarios a fármacos, incluso en algunos estudios se observa un 60% si se prolonga la estancia hospitalaria más de dos semanas. En gran parte son prevenibles, ya que casi en la mitad de los casos se debieron a dosis excesivas

### **Factores de riesgo de RAM**

Los ancianos son un grupo de alto riesgo de RAM por la frecuente asociación de múltiples factores predisponentes y hay que mantener un alto grado de sospecha diagnóstica si coexisten varios de ellos:

- Edad muy avanzada, por los cambios farmacocinéticas y farmacodinámicos relacionados con el envejecimiento, siendo frecuente una mayor vida media de los fármacos y de sus niveles plasmáticos, más si se asocia malnutrición.
- Pluripatología sobre todo si existen varios procesos agudos intercurrentes, destacando la insuficiencia renal y/o hepática y alteraciones metabólicas.
- Polifarmacia: es el principal factor de riesgo de RAM. Se incrementan exponencialmente las RAM con el número de fármacos tomados: 5% si toma uno a 100% si toma diez o más. También influyen el tipo de fármacos, las dosis empleadas y la duración del tratamiento.
- Antecedente de RAM previa.

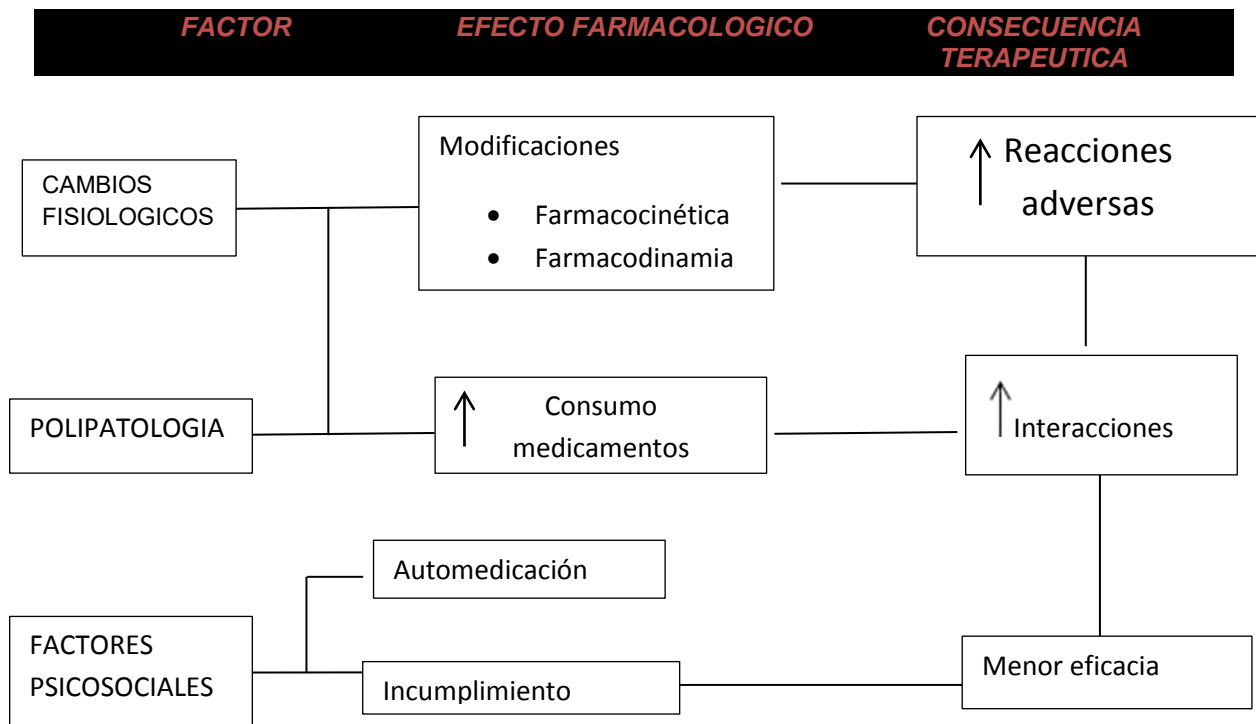
- Factores psicosociales: la falta de apoyo social puede conllevar un mal cumplimiento terapéutico por errores en la toma y automedicación, más si se asocia deterioro cognitivo, déficit neurosensorial o mala destreza manual.

### Presentación clínica de la RAM

Ante la aparición de cualquier tipo de erupción cutánea hay que considerar siempre la posibilidad de un origen medicamentoso. Las toxicodermias pueden manifestarse desde prurito, eritemas o urticaria hasta púrpuras, eritrodermis o necrosis epidérmica tóxica.

Pero, por otra parte, en el anciano son habituales presentaciones atípicas de RAM, principalmente en forma de síndromes geriátricos: delirium, deterioro cognitivo, depresión, inestabilidad y caídas, retención urinaria e incontinencia de esfínteres, estreñimiento o diarrea y parkinsonismo.

### Factores que modifican la respuesta farmacológica en el anciano





## Fármacos más utilizados en los adultos mayores en residencia

Deterioro cognitivo/ delirium	Benzodiacepinas (sobredosis)
Depresión	Corticoides, estimulantes del SNC
Incontinencia de esfínteres	Diuréticos, antibióticos
Caídas	Psicofármacos, hipotensores, anti arrítmicos
Inmovilidad	corticoides

## Fármacos responsables de la mayoría de la RAM en adultos mayores

Fármacos	Efectos adversos
Penicilinas, cefalosporinas	Reacciones alérgicas, «síndrome del hombre rojo».
Aminoglucósidos	Insuficiencia renal, hipoacusia.
AINEs	Gastritis/hemorragia digestiva, reacciones alérgicas.
Corticoides	Hiperglucemia, insuficiencia suprarrenal.
Anticoagulación oral	Complicaciones hemorrágicas.
Digoxina	Síntomas digestivos, insuficiencia cardiaca por bradiarritmia.
Amiodarona	Hiper o hipotiroidismo.
Diuréticos, otros antihipertensivos	Hipotensión, deshidratación, insuficiencia renal.
Aminofilina, salbutamol	Temblor, gastritis, taquiarritmias.
Levodopa	Hipotensión ortostática, náuseas, delirium.
Psicofármacos sedantes	Sobresedación, agitación paradójica, delirium, caídas.
Opiáceos	Estreñimiento, náuseas, vómitos.

## Normas de prescripción

La prescripción en asistencia geriátrica tiene unas características propias, entre ellos se debe destacar los siguientes:

1. Individualizada: cada paciente tendrá su mediación idónea, con la dosis adecuada, para mejorar sus alteraciones concretas. Que sean legibles y entendibles las indicaciones tanto para el paciente, familiar y personal de enfermería.
2. Incumplimiento terapéutico: se calcula que el 50% de los adultos mayores toma mal la medicación prescrita. Las causas pueden ser error, olvido, desinterés, reacciones adversas, confianza y comunicación.
3. Valoración social: existen diferencias a la hora de prescribir los fármacos a los ancianos depende de su situación social de paciente.

Otros factores que influyen en el cumplimiento del tratamiento son el deterioro cognitivo, enfermedades neuropsiquiátricas, la pérdida de visión, artritis (dificulta la destreza manual para poder abrir los envases) y sordera que le impida escuchar las indicaciones terapéuticas.

## **Reacciones**

Estas reacciones pueden ser dosis dependientes, por interacciones con otros fármacos y por la insuficiencia renal que puede producir acumulación de fármacos o alteraciones de la respuesta homeostática.

Pero la mayoría de los casos de iatrogenia se debe a la potenciación de los fármacos, o bien el exceso de dosis o toma de forma prolongada sin que se lleve el seguimiento y suspensión de este a su debido tiempo, por ello uno de los retos también del personal de enfermería geriátrica es eliminar todos aquellos fármacos que no sean esenciales e intentar que no exceda más de 4 fármacos.

Las reacciones iatrogénicas pueden ser de tres tipos:

- 1) Alérgicas
- 2) No alérgicas
- 3) Idiosincrásicas

También puede existir una relación entre las reacciones adversas y el lugar donde es atendido el adulto mayor así como las reacciones adversas en el hospital son sobre todo con la digoxina, los amino glucósidos, los anticoagulantes, sobredosis de insulina, aspirinas, corticoides y en las residencias geriátricas suelen ser tranquilizantes, sedantes-hipnóticos, antiácidos, hipoglucemiantes, aspirina.

## **Fármacos anticolinérgicos**

Múltiples fármacos de uso común tienen efecto anticolinérgico, al que son muy sensibles los ancianos: antihistamínicos, antieméticos, espasmolíticos, biperideno, antidepressivos tricíclicos, oxibutina, etc. Los síntomas incluyen: delirium, sequedad de mucosas, visión borrosa, estreñimiento o íleo paralítico, retención urinaria y alteración de la marcha. Su uso debe ser restringido, como otros fármacos no recomendados a edades avanzadas.

## **Principios generales para la prescripción de fármacos en el adulto mayor**

Para intentar prevenir RAM es muy útil tener en cuenta las siguientes recomendaciones a la hora de pautar un tratamiento.

- Pautar el menor número de fármacos posibles y con un claro objetivo terapéutico: aumentar la supervivencia y sobre todo mejorar la calidad de vida del paciente, con un adecuado control sintomático y lograr la mayor recuperación funcional posible.
- Utilizar una pauta simplificada, que incluya todos los fármacos que debe tomar y ordenados por grupos farmacológicos para evitar duplicidad (por ej., según patologías de mayor a menor relevancia clínica). Explicar en detalle al personal de enfermería, pero también al paciente y a sus cuidadores su correcta administración, especialmente al alta hospitalaria.
- Comenzar con dosis inferiores a las habituales para adultos e incrementarla de forma progresiva y lenta.
- Revalorar periódicamente, en cada visita médica, el tratamiento completo, manteniendo cada fármaco el mínimo tiempo posible y suspendiendo fármacos innecesarios o ineficaces.
- Conocer en detalle los posibles efectos adversos e interacciones medicamentosas (éstas son más frecuentes en fármacos metabolizados en el hígado).
- Evitar el uso simultáneo de fármacos de efecto y toxicidad similar.
- Utilizar tratamientos no farmacológicos de apoyo: por ej., fisioterapia respiratoria y movilización precoz, medidas físicas antitérmicas, vendajes compresivos y tratamiento postural en caso de edemas, terapias conductuales, sujeción mecánica supervisada, etc.

— Confirmar el buen cumplimiento terapéutico y valorar posibles dificultades, por comprobación directa y a través de la información facilitada por los cuidadores y el personal sanitario. Modificar pautas y formas de presentación si es preciso.



### ***Actividades realizadas en la Residencia Teodoro Gildred durante el servicio social***

Podremos determinar que más del 90% de los adultos mayores toma medicamentos una vez a la semana, más del 50% toman alrededor de 5 medicamentos a la semana y más del 15% toman 10 medicamentos o más en la semana.

En la residencia Teodoro Gildred los medicamentos que más utilizaban los adultos mayores por prescripción médica eran los antidepresivos, anticonvulsivos, benzodiazepinas, antihipertensivos, analgésicos, antiinflamatorios, vitaminas (complejo B), protectores gástricos, antimicóticos, antibióticos y laxantes.

Los medicamentos que más utilizábamos en el área de varones eran los siguientes:

- Ácido acetilsalicílico
- Captopril
- Citalopram

- Clonazepam
- Complejo B
- Diclofenaco
- Enalapril
- Ketorolaco
- Loperamida
- Loratadina
- Losartan
- Metformina
- Metoprolol
- Omeprazol
- Paracetamol
- Predisona
- Valproato de magnesio

Desafortunadamente existía un problema en cuanto a los medicamentos, no todos los pacientes tenían actualizado el cardex, lo que representaba un desafío único para el personal de enfermería, por cuestiones de tiempo, apatía, falta de comunicación y de trabajo en equipo no realizaban dichos cambios.

El uso racional de un medicamento exige no solo que se prescriba el medicamento apropiado en dosis, intervalo y duración, sino que haya demostrado eficacia y seguridad para el paciente.

## **SINDROME DE INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL**

La incontinencia, tanto urinaria como fecal, es por su frecuencia, repercusiones y magnitud un importante problema de la sociedad. Afecta a todos los grupos pero más frecuentemente en mujeres y ancianos. Es por tanto como sabemos uno de los grandes síndromes geriátricos y más frecuentes., esto debido a que deteriora la calidad de vida, limita la autonomía personal, predispone a mayor morbilidad y un enorme gasto entre otros.

Según la NANDA consiste en: -Respuesta humana que pone de manifiesto una alteración en la necesidad de eliminación y que lleva asociados problemas higiénicos y sociales que contribuyen a deteriorar la calidad de vida del individuo, con influencia en el entorno familiar y de relación en el grado de independencia y abocando a una situación de aislamiento por la sensación de vergüenza, con pérdida de autoestima e incremento de la dependencia de tercera persona”

Se ha descrito la como segunda causa de institucionalización de ancianos cuando va unido con incontinencia urinaria.

La prevalencia media estimada ronda el 20%-30% en términos generales, con una elevación de hasta el 30%-40% en las personas de mediana edad y de hasta un 30%-50% en los ancianos. La incidencia de IU aumenta linealmente con la edad hasta ser considerada como uno de los síndromes geriátricos, tanto por su elevada prevalencia en mayores de 65 años como por el impacto negativo que ocasiona en el anciano que la sufre.

### **Fisiopatología**

Para que se mantenga la IU, es condición necesaria que la presión intrauretral sea mayor que la presión intravesical. Así, durante la fase de llenado vesical, la continencia está asegurada por el músculo liso y estriado de la uretra proximal, que mantiene una presión más elevada que la existente en la vejiga. La continencia, es el resultado de una perfecta función y coordinación del tracto urinario inferior así como de la integridad del sistema nervioso, responsable de su actividad. El control voluntario de la micción, supone mecanismos neurológicos de gran complejidad y aún no perfectamente conocidos del

En cuanto al tipo de incontinencia, desde un punto de vista sintomático y de acuerdo con las directrices de la ICS, ésta puede clasificarse de diferentes formas:

#### **1. Incontinencia de urgencia**

Es la forma más común de IU en pacientes mayores de 75 años, sobre todo en el sexo masculino. Se caracteriza porque la pérdida involuntaria de orina aparece precedida de necesidad imperiosa de orinar. Este tipo clínico de incontinencia, se asocia generalmente a la presencia de contracciones involuntarias del detrusor evidenciadas durante el estudio urodinámico («urgencia motora»).

Los procesos etiológicos más frecuentes de la IU de urgencia en el anciano son :

Defectos en el control por el sistema nervioso central: enfermedad cerebrovascular, Demencia, enfermedad de Parkinson, tumores, hidrocefalia, etc. Cuando se demuestran las contracciones involuntarias del detrusor asociadas a lesión neurológica se denomina hiperreflexia vesical.

- Obstrucción del tracto urinario inferior: tanto en el sexo masculino (hiperplasia prostática, estenosis uretral) como en el femenino (estenosis uretral, prolapso genital).
- Patología orgánica vesical: infección, inflamación, litiasis, tumor.

## **2. Incontinencia de esfuerzo**

Es común en mujeres mayores y supone probablemente la forma más común de IU en las mujeres menores de 75 años. Este tipo de IU se caracteriza por la pérdida de orina con los aumentos de la presión intra-abdominal (por ej. con la tos, los estornudos, y la risa).

En algunas mujeres puede aparecer al ponerse de pie, al andar o al coger pesos. La obesidad y la tos crónica pueden contribuir también a su aparición. Desde el punto de vista etiológico, es debida casi siempre a una alteración de las estructuras que rodean la base vesical y la uretra, así como a una hipermovilidad del cuello vesical y uretra proximal, que descienden por debajo del pubis.

La participación de una serie de factores como: hipoestrogenismo (produciendo atrofia muscular, de los ligamentos, fascias e incluso del urotelio), obesidad, partos múltiples, atrofia de la musculatura perineal con la edad, influirían sobre este mecanismo de soporte alterado. En el anciano varón este tipo de IU es rara, y generalmente se asocia a la cirugía pélvica como la cirugía prostática, tanto resección transuretral como abdominal.

## **3. Incontinencia sin percepción del deseo miccional:**

En ocasiones, el anciano no percibe el deseo miccional, por lo que sufre escapes de orina sin poder relacionarlos a una situación concreta. Este tipo de IU se relaciona con una situación de sobre distensión vesical, y aunque supone menos del 10% de los casos de IU en la población geriátrica, es importante reconocerla ya que la retención urinaria crónica puede dar lugar a infecciones recurrentes y lesión del tracto urinario superior.

Este tipo de IU se presenta sólo con grandes volúmenes de orina dentro de la vejiga, y ocurre cuando la presión intravesical supera a la uretral independientemente de cualquier aumento de presión intra-abdominal (incontinencia por rebosamiento).

## **Diagnóstico de IU**

La IU del anciano puede constituir un proceso complejo y de origen multifactorial, por lo que será preciso abordar su diagnóstico de una forma multidimensional (aspectos físicos, psíquicos, funcionales, sociales e inclusive del hábitat).

Actualmente está suficientemente estandarizada la valoración diagnóstica del anciano con IU, incluyendo los siguientes componentes:

- Historia médica general.
- Historia médica dirigida.
- Valoración funcional.
- Exploración física.
- Estudio analítico.
- Exploraciones complementarias

### Tratamiento en la IU en el adulto mayor

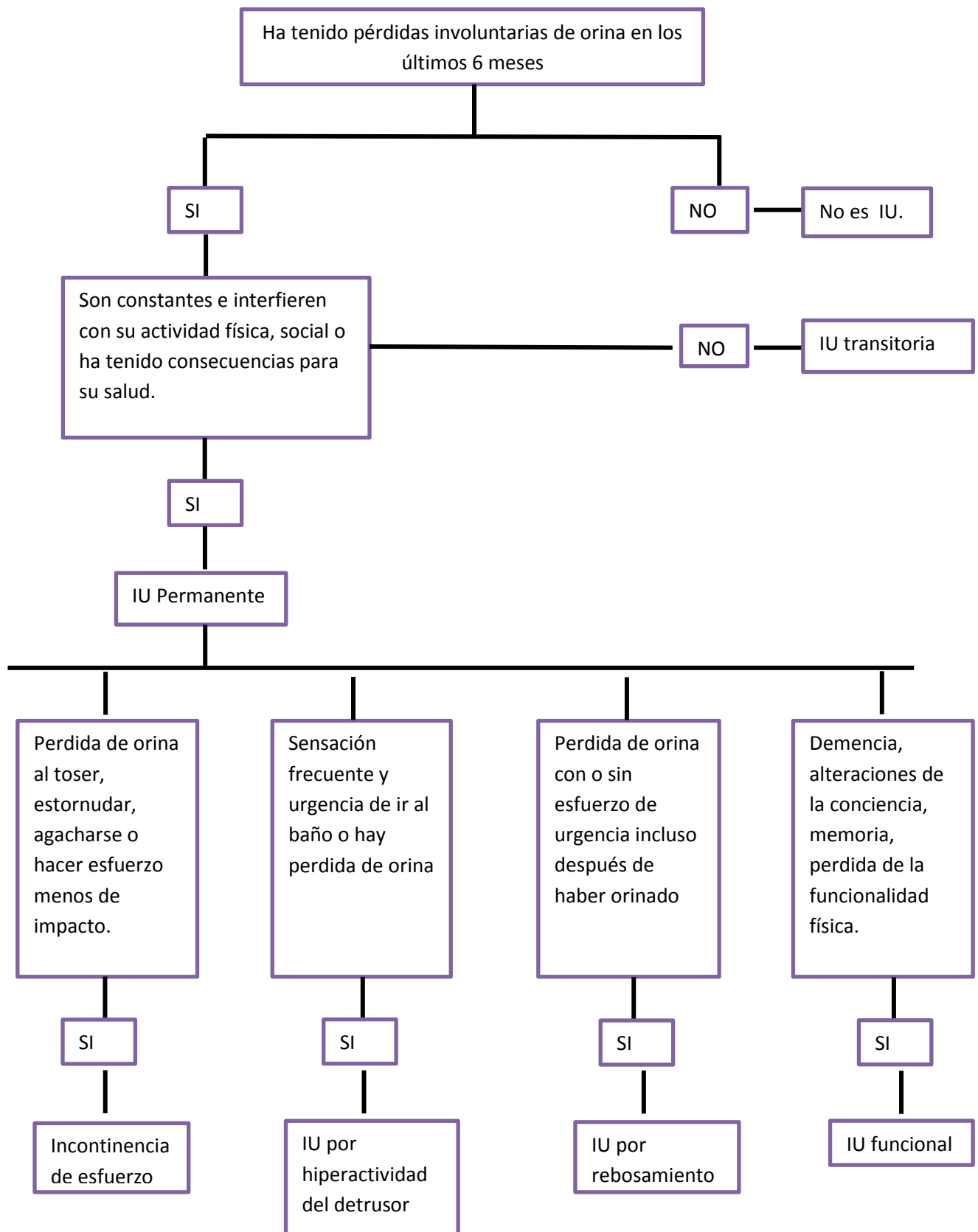
En el manejo terapéutico de la IU se incluyen diversas alternativas, sin que deban considerarse como excluyentes entre sí, si no que al contrario, pueden y deben ser usadas de forma complementaria para obtener los mejores resultados terapéuticos. Es por ello, por lo que para decidir el tratamiento más adecuado en cada paciente, se deberá valorar el tipo de incontinencia, las condiciones médicas asociadas, la repercusión de la incontinencia, la preferencia del paciente, la aplicabilidad del tratamiento y el balance entre los beneficios/riesgos de cada tratamiento.

### Clasificación clínica de la incontinencia urinaria

INCONTINENCIA TRANSITORIA		INCONTINENCIA ESTABLECIDA
Reglas mnemotécnicas		
DRIP	DIAPPERS	
<b>D</b> Delirium Drogas y Fármacos <b>R</b> Retención urinaria Restricción ambiental <b>I</b> Infección Inflamación Impactación fecal Inmovilidad <b>P</b> Poliuria Polifarmacia	<b>D</b> Delirium <b>I</b> Infección <b>A</b> Atrófica (vaginitis) <b>P</b> Polifarmacia <b>P</b> Psicológicas <b>E</b> Endocrinopatías <b>R</b> Restricción movilidad <b>S</b> Stool (fecal) impactación	<ul style="list-style-type: none"> <li>· HIPERACTIVIDAD VESICAL</li> <li>· INCONTINENCIA DE ESTRÉS</li> <li>· INCONTINENCIA POR REBOSAMIENTO</li> <li>· INCONTINENCIA FUNCIONAL</li> </ul>



## Algoritmo de incontinencia urinaria en adultos mayores



## ***Incontinencia fecal***

La incontinencia fecal es la pérdida parcial o total de la capacidad para controlar voluntariamente la expulsión de gases y materias fecales. Representa un serio problema que invalida física y socialmente al enfermo. La posibilidad de una inesperada evacuación en cualquier momento o circunstancia le obliga a permanecer constantemente cerca de un sanitario; las alteraciones emocionales que sufren estos enfermos los llevan a la pérdida de su potencial de desarrollo físico y mental y, con frecuencia, al aislamiento familiar y social.

El grado de la incontinencia fecal hace aún más difícil conocer su incidencia, dado que el manchado de la ropa interior, la incontinencia a gases, la descarga anal y aun la pérdida del control fecal, son quejas comunes, por lo que sujetos poco escrupulosos pueden no inquietarse por ser leve o moderada.

La incontinencia fecal es consecuencia de la alteración de uno o más de los mecanismos que normalmente aseguran la continencia; así, de acuerdo con su etiología, se puede clasificar en: idiopática, traumática, neurológica y congénita. El porcentaje exacto de incontinencia atribuible a cada una de estas causas se desconoce.

Hace poco tiempo se denominaba como incontinencia fecal idiopática a aquella en que no era posible determinar alguna etiología específica. Los avances en el estudio de la fisiología ano rectal han demostrado que este tipo de incontinencia generalmente es secundaria a daño neurológico distal. Las lesiones traumáticas del complejo esfinteriano pueden ocurrir después de heridas con sección total o parcial del anillo ano rectal con o sin lesión nerviosa asociada.

### **FISIOPATOLOGÍA**

La IF frecuentemente es consecuencia de múltiples anormalidades anatómicas y fisiológicas del ano-recto, y rara vez se debe a una sola alteración. Un estudio prospectivo demostró que 80% de los pacientes con IF tienen más de una anormalidad.

Estas anormalidades se pueden categorizar en:

1. Estructurales.
2. Funcionales.
3. Alteraciones en las características de las heces.
4. Misceláneos

**CUADRO 1**  
MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS DE LA INCONTINENCIA FECAL

Categoría	Causa	Efecto
<b>Anormalidades estructurales</b>		
<b>Musculares</b>		
EAI	Trauma o lesión (ej. esfinterectomía), atrofia	Pérdida del reflejo de muestreo
EAE	Trauma o lesión (ej. lesión obstétrica), atrofia (envejecimiento)	Debilidad del esfínter
Músculo puborrectal	Trauma o lesión (ej. desgarros, descenso perineal excesivo), atrofia	Debilidad del esfínter Ángulo anorrectal obtuso
Recto	Anormalidades de la mucosa, inflamación debida a radiación, CUCI, Crohn	Pérdida del acomodamiento Pérdida de sensación
<b>Nervios</b>		
Nervio pudendo	Neuropatía debida a lesión obstétrica/ quirúrgica	Hipersensibilidad Debilidad del esfínter Pérdida sensitiva Reflejos anormales
Nervios autonómicos, médula espinal, SNC	Trauma (pelvis, médula espinal, espalda, cabeza) Enfermedades neurológicas (ej. EM, accidente vascular cerebral) Enfermedades sistémicas (ej. diabetes)	Reflejos dañados Pérdida sensorial Pérdida del acomodamiento Miopatía secundaria
<b>Anormalidades funcionales</b>		
Sensaciones anorrectales	Trauma obstétrico o quirúrgico Lesiones del SNC y periférico	Pérdida de alerta sobre las heces Agnosia rectoanal
Impacto fecal	Defecación disinérgica	Sensación dañada Retención fecal con rebosamiento
<b>Características de las heces</b>		
Volumen y consistencia	Infección, CUCI, Crohn, SII, medicamentos, metabólicas	Diarrea y apremio Transporte rápido de heces Acomodamiento dañado
Irritantes Retención/heces duras	Mala absorción de sales biliares, laxantes Defecación disinérgica/medicamentos	Diarrea Retención fecal con desbordamiento
<b>Misceláneos</b>		
Medicamentos	Anticolinérgicos Laxantes Medicamentos antidepresivos	Estreñimiento Diarrea Sensación alterada
Intolerancia a alimentos	Lactosa/fructosa/sorbitol Cafeína	Mala absorción/diarrea/gases Relajación del tono del esfínter
Función cognitiva/movilidad alterada	Envejecimiento, demencia, invalidez	Cambios multifactoriales

**Alteraciones en las características de las heces y misceláneos**

La consistencia, volumen, frecuencia, y presencia de agentes irritantes en las heces juegan un papel importante en la patogénesis de los síntomas asociados a IF. En presencia de heces líquidas y voluminosas, que con frecuencia transitan por el intestino delgado rápidamente, la continencia sólo puede mantenerse a través de una sensibilidad intacta y una barrera esfintérica fuerte.

De manera similar, en pacientes con malabsorción de sales biliares, intolerancia a lactosa o fructosa, el tránsito colónico es demasiado rápido tanto para los contenidos gaseosos como de heces y puede sobrepasar los mecanismos de la continencia. Los estimulantes como los productos con cafeína, suplementos de fibra o laxantes también pueden causar diarrea, desencadenando así IF.

### **Exploración física**

El primer paso en la evaluación de IF es establecer una buena relación médico-paciente. Los pacientes por lo general son reacios a admitir sus síntomas y, por lo tanto, todos los pacientes con diarrea, estreñimiento u otros problemas ano-rectales deben ser interrogados intencionadamente sobre la presencia de IF.

Una evaluación del tiempo y duración, la naturaleza (es decir, incontinencia de gases, heces líquidas o sólidas) y su impacto en la calidad de vida es importante. El uso de toallas sanitarias u otros dispositivos y la capacidad de discriminar entre heces formadas o no formadas y gas deben ser documentados. Un interrogatorio detallado sobre la historia obstétrica y enfermedades asociadas como diabetes mellitus, radiación pélvica, problemas neurológicos, daño de la médula espinal, hábitos higiénico-dietéticos, así como la coexistencia de incontinencia urinaria es indispensable.

La inspección perineal y el tacto rectal se deben realizar con el paciente acostado en posición lateral izquierda y con buena iluminación. Una vez inspeccionado, la presencia de materia fecal, hemorroides prolapsadas, dermatitis, cicatrices, excoriación de la piel, ausencia de crestas perianales o un ano hipotónico deben ser notadas. El tacto rectal debe evaluar el tono del esfínter en reposo, el largo del canal anal, la integridad y relajación de la cintilla pubo-rectal, el ángulo ano-rectal y la fuerza del esfínter.

### **Tratamiento**

El objetivo del tratamiento en los pacientes con IF es restaurar la continencia y mejorar la calidad de vida. Las medidas de apoyo incluyen modificaciones dietéticas como la reducción de cafeína o alimentos irritantes, una adecuada higiene de la piel y cambios en

el estilo de vida. Los suplementos de fibra como el psyllium son con frecuencia recomendados en un intento de incrementar el volumen de las heces y reducir las heces líquidas. Sin embargo, no existen estudios que respalden este hecho, y la fibra puede empeorar la diarrea al incrementar la fermentación colónica de fibra no absorbible.

### **Tratamiento quirúrgico**

Al haber sobrepasado las posibilidades del tratamiento conservador, algunos pacientes serán candidatos a tratamiento quirúrgico. Esto representa un problema complejo por la diversidad de causas de este padecimiento y, en ocasiones, un verdadero reto quirúrgico.

En años recientes, se ha intentado la inserción de un esfínter artificial, que incluye artefactos electrónicos. Los precursores de estos procedimientos informan diferentes grados de éxito. Sin embargo, en la actualidad, la comunidad quirúrgica y los pacientes sometidos a estas técnicas no se encuentran totalmente satisfechos con sus resultados.

Como último recurso en pacientes con incontinencia fecal grave en los que no ha sido posible su manejo con medicamentos, dieta o cualquiera de las variantes quirúrgicas ya expuestas, puede ser necesaria la creación de una colostomía.

### ***Actividades realizadas en la Residencia Teodoro Gildred durante el servicio social***

La mayoría de los residentes usaba pañal, debido a que presentaban algún tipo de incontinencia urinaria y en ocasiones incontinencia fecal, sin embargo con la presencia de este Síndrome era evidente que dentro de las consecuencias sociales están el aislamiento, disminución de la actividad física y a su vez la sobrecarga de trabajo que se hacía para nosotros como enfermeros.

Por lo que mis actividades eran las siguientes:

1. Determinar la causa física de la IU o IF.
2. Cambio de pañal

3. Mantener la cama y ropa limpia.
4. Control de líquidos y manejar una dieta idónea para cada adulto mayor
5. Evitar alimentos que causen diarrea.
6. Informar al médico acerca de cualquier aumento en frecuencia y/o sonidos intestinales agudos.
7. Control de la integridad cutánea del paciente (lubricación).
8. Darle la confianza al adulto mayor.
9. Identificar los posibles factores que contribuyen a episodios de incontinencia
10. Enseñar al paciente responder a la urgencia de orinar o defecar sin hacerlo sentir culpable de la situación presente.
11. Se propone la baja ingesta de líquidos a la hora de dormir.

## **SINDROME DETERIORO COGNITIVO**

Síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como la memoria, orientación, calculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad.

La prevalencia de trastornos psicopatológicos aumenta con la edad y es una de las causas más frecuentes de institucionalización. Estos trastornos constituyen problemas de salud que tiene un gran impacto sobre la calidad de vida del paciente, contribuyen con frecuencia a un deterioro de su situación con frecuencia a un deterioro de su situación funcional y pueden condicionar la aparición o modificar la evolución de otras enfermedades y síndromes geriátricos.

El adulto mayor con frecuencia se ha tenido que enfrentar a la pérdida de capacidad funcional, autonomía, pérdida de posición social, económica, pérdida del cónyuge, amigos, familiares, etc. muestra mayor dificultad para el aprendizaje.

La memoria inmediata puede verse interferida por los trastornos de los sentidos que aparecen a cierta edad. La memoria a largo plazo se ve afectada en su componente de memoria episódica, es decir, la que permite recordar hechos ligados a un contexto de espacio y tiempo determinado.

Alrededor del 15% de los adultos de más de 60 años del mundo sufren algún trastorno mental, y depresión y demencia son los dos más comunes. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en ese grupo de edad

La depresión afecta a nivel mundial al 7% de ellos y la demencia al 5%. Le siguen los trastornos de ansiedad (3,8%) y los problemas por abuso de sustancias psicotrópicas (casi al 1%). Asimismo, aproximadamente una cuarta parte de las muertes por daños auto infligidos corresponden a personas de este grupo de población.

### **Factores pronósticos**

Por lo que respecta a nuestra propia actuación médica, es indudable que podríamos mejorar el pronóstico al actuar más tempranamente; además, ello nos permitiría conocer las decisiones del paciente sobre sus cuidados futuros. Por otra parte, es destacable reseñar que el deterioro cognitivo leve se asocia con una significativa morbimortalidad, duplicando el riesgo de fallecimiento en los siguientes años respecto al de la población sin deterioro, triplicándose, asimismo, el riesgo de institucionalización.

### **Evaluación de deterioro cognitivo**

Para evidenciar si realmente existe declinar cognitivo es necesario conocer las pérdidas cognitivas existentes en el envejecimiento normal.

Las modificaciones carentes de patología en el individuo sano son:

— Memoria: se afecta la memoria de trabajo, episódica y de recuerdo libre, mientras que la memoria icónica (a corto plazo), el reconocimiento, recuerdo facilitado, memoria semántica, implícita y prospectiva se mantiene preservada.

— Lenguaje: se deteriora la denominación y disminuye la fluencia verbal, pero se conserva la sintaxis y el léxico.

— El razonamiento, la capacidad de resolver problemas y la velocidad de procesado de la información declinan con la edad.

### **Historia clínica**

Es fundamental para el diagnóstico una historia dirigida a identificar distintos aspectos de deterioro cognitivo, como algunos de los siguientes:

— Dificultad en aprender y retener la información nueva.

- Dificultad con tareas complejas especialmente de planificación.
- Capacidad de razonamiento (ser resolutivo en problemas imprevistos).
- Orientación.
- Lenguaje (disnomias, anomias, parafrasis).
- Comportamiento. Se debe incidir en el inicio de los síntomas cognitivos, ritmo de la progresión, empeoramientos recientes y factores relacionados, historia y presencia de síntomas psiquiátricos acompañantes, fármacos y sustancias tóxicas que consume o ha consumido, cambios en la personalidad

### **Exploración física**

Dirigida a descubrir la causa de la demencia y las posibles enfermedades asociadas que pudieran contribuir al deterioro.

Examen cardiovascular (TA, FC, auscultación de soplos carotídeos o cardíacos, detectar arritmias). Realizar exploración general exhaustiva con intención de descartar posibles causas de delirium . En la exploración neurológica se observará:

- Nivel de atención, orientación, colaboración.
- Evaluación de los sentidos, principalmente la audición y visión.
- Tono muscular, temblor u otros movimientos anormales.
- Reflejos: presencia de reflejos de liberación frontal (hociqueo, presión, globular), ausencia de los mismos, reflejo cutáneo plantar patológico.
- Anormalidad de la marcha o de postura que nos puede orientar hacia patología cerebrovascular o parkinsonismo.
- Equilibrio.
- Hallazgos focales en neuronas motoras superiores que podrían implicar un proceso vascular.

### **Envejecimiento patológico y patología geriátrica**



Diferentes factores pueden interferir en el proceso de envejecimiento fisiológico, entre los que podemos encontrar enfermedades del propio sistema nervioso, factores con repercusión mental o factores extrínsecos al individuo en relación con su entorno socio-familiar.

### ***Actividades realizadas en la Residencia Teodoro Gildred durante el servicio social***

Como parte de mi rol de pasante, puedo mencionar el tiempo que estuve en el área de Cuidados Especiales donde más del 85% de los adultos mayores presentaba deterioro cognitivo, lo que significaba una sobrecarga de trabajo y cuidados de mayor calidad y dedicación para los pacientes.

Hago mención de las actividades realizadas:

1. Independientemente que el paciente tuviera demencia o depresión, se le llamaba por su nombre.
2. Se disponía de un tiempo adecuado de supervisión para el paciente
3. Se informaba al paciente sobre quienes lo visitaban para evitar su frustración
4. Se fomenta el uso de dispositivos de ayuda (lentes, dispositivos de audición y dentales.)
5. Se animaba a la familia a participar en los cuidados, necesidades y preferencias de su familiar.
6. Cambio de pañal
7. Cuidado de la integridad cutánea
8. Cambio de posición
9. Ministración de medicamentos
10. Ejercicios pasivos y de relajación muscular
11. Prevención de U.P.P.
12. Curación de U.P.P.
13. Baño asistido
14. Alimentación por sonda gástrica y nasogástrica
15. Preparación de medicamentos
16. Apoyo nutricional
17. Reportar eventualidades

## ***Síndromes asociados al deterioro cognitivo***

### ***DEPRESION***

Los trastornos depresivos son una entidad nosológica incluida dentro de los trastornos del estado de ánimo junto a los trastornos bipolares, trastornos adaptativos.

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en el anciano y tiene diversas formas clínicas que tiene en común la presencia de tristeza y reducción de la vitalidad del paciente. Es una enfermedad que no solo disminuye la calidad de vida, sino que aumenta el riesgo de mortalidad.

#### **Epidemiología**

Actualmente en México se señala que dentro de los estudios de prevalencia disponibles, el 7.8 % se adjudica a episodios depresivos presentando evidencia indirecta de una probabilidad de padecer depresión en adultos mayores. Por otro lado, dentro del ámbito hospitalario -en el Instituto Nacional de la Nutrición- la frecuencia de síntomas depresivos rebasa el 30%, mientras que la frecuencia por falla cerebral por padecimientos demenciales en la consulta geriátrica es aproximadamente del 20 %.

En pacientes atendidos en instituciones la prevalencia de síntomas depresivos es de 30 a 40 %.

Los episodios de depresión breve, frecuentes en los ancianos, incluyen síntomas depresivos moderadamente graves y que son coherentes con los criterios (DSM-IV), excepto por su duración de aproximadamente 2 semanas.

Entre los trastornos médicos relacionados con la depresión en el adulto mayor se pueden citar:

- Las enfermedades neoplásicas
- Enfermedades cardiovasculares
- Trastornos endocrinos

- Trastornos neurológicos
- Enfermedades metabólicas y/o de la nutrición
- infecciones como la hepatitis, infección por VIH, herpes zoster, etc.
- Abuso de alcohol, cocaína u otras drogas ilícitas • efectos adversos de algunos fármacos como los antihipertensivos
- La demencia, especialmente de etiología vascular o de Alzheimer.
- La enfermedad de Parkinson y la Corea de Huntington.
- Las situaciones vitales desfavorables, particularmente la viudez.

Está demostrado que algunas circunstancias psicoecológicas influyen en la conducta de los ancianos, así, en su bienestar y confort y en la forma de manifestarse en muchos actos de la vida diaria influye la territorialidad o espacio personal de que disponen, tanto si están en familia, en una residencia u hospital, planteando unas necesidades de espacio e intimidad mínimas para desenvolverse como persona con cierta libertad o discreta autonomía.

La depresión en la vejez tiende a ser crónica y recurrente. El suicidio es la consecuencia más alta oscila entre los adultos mayores que en gente más joven. El 60 al 90 % de los adultos mayores de 75 años o más que se suicidan son diagnosticados con depresión.

Frente a la sospecha clínica, la historia médica y social del enfermo suele aportar pistas de la presencia de depresión. Es importante diagnosticar la depresión debido a la elevada probabilidad de respuesta al tratamiento.

Estos son cuatro síntomas frecuentes que están relacionados con la depresión en el adulto mayor:

1. Ansiedad.
2. síntomas somáticos.
3. falta de interés en las cosas que antes le agradaban.
4. Irritabilidad.

## ***DELIRIUM***

Se caracteriza por ser un trastorno agudo de la atención y la cognición que afecta a individuos de cualquier edad y condición social, particularmente al adulto mayor, sobre todo en aquellos frágiles (baja reserva homeostática) o con demencia (Burns J, 2004).

Prácticamente se presenta en todos los sitios que atienden ancianos: residentes en la comunidad, en asilos o casas de asistencia, en servicios de urgencias, de hospitalización y quirúrgicos, así como en unidades de cuidados intensivos y unidades de cuidados paliativos. Su incidencia se incrementa con la edad siendo más frecuente a partir de los 75 a 80 años de edad e inusual por debajo de los 60 años (Perello C, 2010). Es un problema costoso, poco reconocido y a menudo fatal.

En México, las instituciones de salud pública se ha reportado una prevalencia de delirium 38.3% de los adultos mayores hospitalizados y una incidencia del 12%, de los cuales casi la mitad tienen como antecedentes demencia, dolor no controlado o un procedimiento quirúrgico reciente (Villalpando-Berumen JM, 2013; Chávez-Delgado ME, 2014).

Los adultos mayores que presentan al menos un cuadro de delirium tienen un elevado riesgo de demencia a 3-5 años. La prevalencia del delirium en adultos mayores con demencia que viven en la comunidad es del 13%, pero puede variar de 22% a 85% según la población estudiada, incrementando considerablemente la utilización y los costos de la atención médica. La resolución del delirium en adultos mayores con demencia es más lenta que en aquellos sin demencia: 18.2% vs 53.9% a los 3 días y 50% vs 83% a los 7 días.

En los adultos mayores con coexistencia de fragilidad y deterioro cognoscitivo se debe implementar un plan integral para tratar de mejorar el pronóstico. Básicamente se debe aumentar la actividad física, la ingesta alimentaria y limitar la prescripción de fármacos que interfieran con la cognición, causen mareo o afecten el músculo. Debe ser valorado adicionalmente por el médico Geriatra para optimizar el manejo de la fragilidad y la demencia.

En cuanto a la fisiopatología del delirium en cada individuo existe una causalidad multifactorial del delirium, teniendo un conjunto de factores contribuyentes, por lo que un sólo mecanismo no ha sido descubierto. Se han propuesto diversos mecanismos que interactúan entre sí ocasionando disfunción cognoscitiva aguda. Algunos de los

principales mecanismos incluyen alteraciones en los neurotransmisores y mediadores inflamatorios, el estrés fisiológico, las alteraciones metabólicas, los trastornos de electrolitos y algunos factores genéticos. Entre las alteraciones en los neurotransmisores implicados tenemos la deficiencia colinérgica, el exceso de dopamina o ambos, lo que correlaciona con los eventos adversos de los fármacos anticolinérgicos o dopaminérgicos (Inouye S, 2014).

Existen otros neurotransmisores involucrados en la fisiopatología del delirium por ejemplo la disminución de la actividad GABA y el incremento en la liberación de glutamato y noradrenalina (O'Regan N, 2013). Por otro lado, los eventos de trauma, infección, sepsis y cirugía causan un aumento en la liberación de citosinas y otras sustancias pro inflamatorias, desencadenando una respuesta exagerada de la microglia lo que causa inflamación cerebral.

Existen 3 tipos de Delirium:

- 1. Hipoactivo (Hipoalerta o letárgico).
- 2. Hiperactivo (Hiperalerta o agitado).
- 3. Mixto (Alternancia en las características de ambos).

El delirium hipoactivo es descrito como silencioso y se caracteriza por una actividad psicomotora disminuida, los pacientes se muestran deprimidos, sedados, somnolientos o letárgicos.

El delirium hiperactivo es descrito como agitado, se caracteriza por una actividad psicomotora aumentada, los pacientes se muestran inquietos, irritables, preocupados, ansiosos o combativos.

### **Diagnóstico**

Para el diagnóstico de delirium en el adulto mayor en estancias de día o hospitalizado, los estudios de laboratorio se deben de considerar como coadyuvantes y asociarlos a los factores precipitantes para así orientar las causas a tratar o modificar.

La confusión, la inquietud, la ansiedad y la agitación pueden ser manifestaciones comunes en los pacientes y esto no constituye por si solo el diagnóstico de delirium, sin embargo pueden ser contribuyentes para desarrollarlo en lo subsecuente.

La intervención en delirium debe de incluir la valoración de un equipo interdisciplinario que este entrenado y familiarizado con la presentación de delirium (ej. Especialista en geriatría, si se cuenta con el recurso) para orientar las acciones de acuerdo con las necesidades específicas del paciente.

***Fármacos frecuentemente asociados al desarrollo de delirium***

CLASE FARMACOLOGICA	EJEMPLOS COMUNES	CLASE FARMACOLOGICA	EJEMPLOS COMUNES
<b>Agentes gastrointestinales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antieméticos (metoclopramida)</li> <li>• butilioscina</li> <li>• ranitidina</li> <li>• Loperamida</li> </ul>	<b>Dopaminergicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amantadina</li> <li>• Bromocriptina</li> <li>• Levodopa</li> <li>• Pramipexol</li> </ul>
<b>Analgésicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AINEs (todos)</li> <li>• Opioides (nalbufina)</li> </ul>	<b>Sedantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barbitúricos</li> <li>• Benzodiacepina</li> <li>• Zolpidem</li> </ul>
<b>Antibióticos y antivirales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aciclovir</li> <li>• Cefalosporinas</li> <li>• Ciprofloxacino</li> <li>• Isoniazida</li> <li>• Macrólidos</li> <li>• Metronidazol</li> <li>• Penicilinas</li> <li>• Sulfonamidas</li> </ul>	<b>Antidepresivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mirtazapina</li> <li>• Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina</li> <li>• Antidepresivos tricíclicos</li> </ul>
<b>Anticolinérgicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atropina</li> <li>• Difenhidramina</li> <li>• Trihexifenidilo</li> <li>• Biperideno</li> </ul>	<b>Otros</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disulfiram</li> <li>• Inhibidores de la Colinesterasa</li> <li>• Donepezilo</li> <li>• Litio</li> <li>• Fenotiazinas</li> </ul>
<b>Anticonvulsivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carbamazepina</li> <li>• Levetiracetam</li> <li>• Fenitoina</li> <li>• Valproato</li> </ul>	<b>Herbolario</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valeriana</li> <li>• Gingsen</li> <li>• Hierba de San Juan</li> <li>• Belladona</li> </ul>

<b>Antihipertensivos cardiovasculares</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anti arrítmicos</li> <li>• Betabloqueadores</li> <li>• Digoxina</li> <li>• Diuréticos</li> <li>• Alfa Metildopa</li> </ul>	<b>Cortico esteroides</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prednisona</li> <li>• Metilprednisolona</li> </ul>
---	---	-------------------------------	---

### ***DIFERENCIA DEL DELIRIUM Y LA DEMENCIA***

La demencia y el delirio son ambas afecciones de salud que cambian el estado mental de una persona. Comparten algunas señales y síntomas similares. Pero tienen causas, tratamientos y resultados diferentes.

La demencia es una enfermedad crónica que ocurre lentamente con el tiempo. El delirium es una emergencia médica que debe tratarse de inmediato. El delirium a menudo puede confundirse con demencia. En algunos casos, el delirio y la demencia pueden tener lugar al mismo tiempo. Infórmese sobre los rasgos según los cuales son diferentes y lo que puede hacer para ayudar a una persona que tiene signos de una o ambas afecciones.

### ***DEMENCIA***

En el comienzo de un nuevo siglo aparece como grave problema en el área de salud, y sobre todo en los países más avanzados, el aumento vertiginoso de casos de sujetos afectados por una enfermedad terriblemente discapacitante como es la demencia.

Es una enfermedad ligada a la edad, por lo que uno de los factores que han contribuido a incrementar su incidencia y prevalencia en las últimas décadas se deriva del envejecimiento progresivo de la población. La demencia es un síndrome que ha de entenderse como un declinar de las funciones superiores, entre ellas la memoria, en relación con el nivel previo de los pacientes.

El síndrome demencial debe cumplir las siguientes características: presentar un nivel de conciencia normal, ser adquirido y persistente en el tiempo, afectar a diferentes funciones y ser de suficiente intensidad como para tener repercusión en el funcionamiento personal, laboral o social.

Debemos tener en cuenta que la demencia no suele ser establecida como causa principal de muerte, sino que suelen serlo los procesos intercurrentes asociados.

### Clasificación

La demencia es un síndrome que puede ser causado por múltiples etiologías que, a veces, más aún en el paciente anciano, se interrelacionan. La causa más frecuente de demencia en el sujeto anciano occidental es la enfermedad de Alzheimer por lo tanto 6 de cada 1000 pacientes la tiene.

### Criterios de la demencia

a) Desarrollo de déficit cognoscitivo múltiple que se manifiestan por:

1. Alteración de la memoria: alteración en la capacidad de aprender nueva información o recordar información previamente aprendida.

2. Una o más de las siguientes alteraciones cognoscitivas:

a) Afasia.

b) Apraxia.

c) Agnosia.

d) Alteración de la función ejecutiva (capacidad para el pensamiento abstracto y para planificar, iniciar, secuenciar, monitorizar y detener un comportamiento complejo).





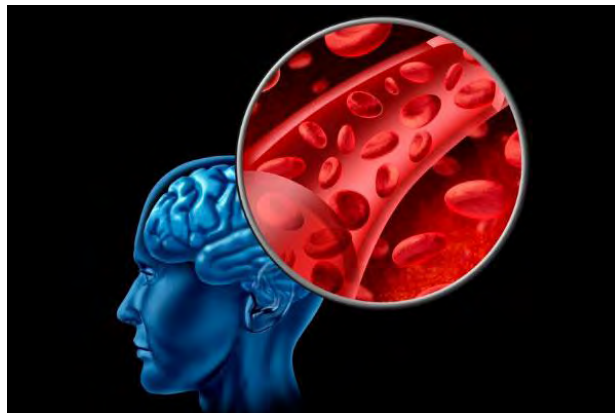
## ***Tipos de Demencia***

### ***Demencia vascular***

Después de las enfermedades degenerativas, la demencia causada por enfermedad cerebrovascular o demencia vascular es la más frecuente. El cuadro clínico de la demencia vascular depende del calibre de los vasos y de los territorios de irrigación afectados. Debido a la fisiopatogénesis de las demencias vasculares se propuso la siguiente clasificación:

- 1) Infarto único estratégicamente situado.
- 2) múltiples infartos en territorios de vasos grandes
- 3) enfermedad de vasos sanguíneos pequeños: lagunas y la enfermedad de Binswanger.
- 4) Hipo perfusión con isquemia de territorios terminales.
- 5) Hemorragia cerebral.

La demencia vascular causada por la enfermedad de vasos pequeños es más difícil de diferenciar de las demencias degenerativas si únicamente se considera la información y los datos clínicos. Se requiere además información radiológica.



### ***Demencia tipo Alzheimer***

La EA es una entidad clínico-patológica de naturaleza degenerativa y evolución progresiva, que se caracteriza clínicamente por deterioro cognitivo y demencia y

neuropatológicamente por la presencia de ovillos neurofibrilares y placas neuróticas. Es el tipo de demencia más frecuente, representa hasta el 70% de los casos de demencia.

En la mayoría de casos la presentación es esporádica pero existen casos familiares, algunos de los cuales se asocian a mutaciones conocidas de transmisión autosómica dominante.

El síntoma fundamental de la EA es la pérdida de memoria episódica, que se manifiesta inicialmente con una mayor dificultad para el registro de nueva información. Posteriormente se afectan aspectos del lenguaje, habilidades visioespaciales, capacidades constructivas, praxis motoras y funciones ejecutivas.

Con la evolución de la enfermedad hay una pérdida progresiva de autonomía en las actividades habituales de la vida diaria.

### **Criterios para el diagnóstico de la enfermedad tipo Alzheimer**

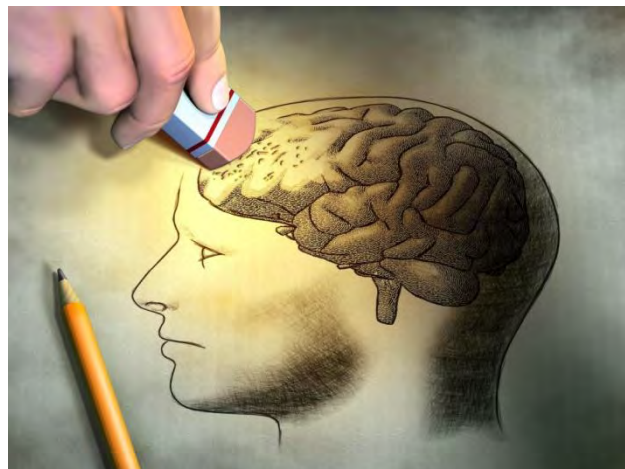
- Demencia.
- Empeoramiento progresivo de la memoria y de otras funciones cognitivas.
- Comienzo entre los 40 y los 90 años, con mayor frecuencia después de los 65 años.
- Ausencia de alteraciones sistémicas u otras enfermedades cerebrales que pudieran producir el deterioro progresivo observado de la memoria y de las otras funciones cognitivas. Apoyan el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer probable:
- Deterioro progresivo de alguna función cognitiva específica (afasia, apraxia, agnosia).
- Alteraciones conductuales y en la realización de las actividades diarias habituales.
- Antecedentes familiares de trastorno similar, especialmente si obtuvo confirmación anatomía patológica.
- Pruebas complementarias: TAC craneal atrofia cerebral, líquido cefalorraquídeo y electroencefalograma normal. Aspectos clínicos compatibles con el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer probable:
- Mesetas en la progresión de la enfermedad.

- Otras alteraciones neurológicas, especialmente en fases avanzadas, hipertonía, mioclonías, alteración de la marcha y convulsiones.
- Síntomas asociados de depresión, insomnio, incontinencia, ideas delirantes, ilusiones, alucinaciones, accesos emocionales, físicos o verbales, alteraciones de la conducta sexual, pérdida de peso.
- TAC cerebral normal para la edad del paciente

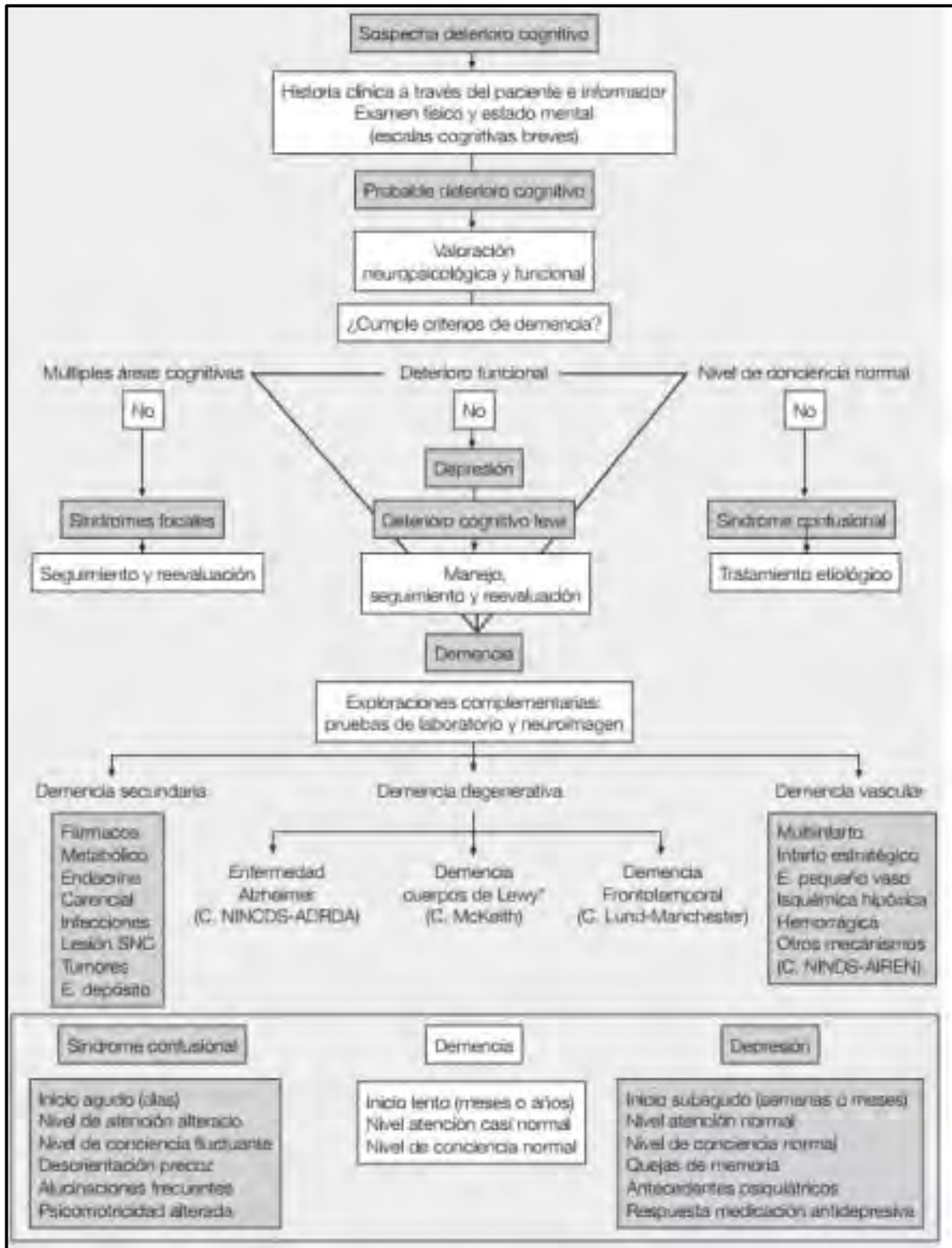
### ***Demencia de lobulares fronto-temporales***

Las DLFT son un grupo de enfermedades neurodegenerativas que se caracterizan clínicamente por alteraciones prominentes del comportamiento y/o del lenguaje, y patológicamente por atrofia cerebral focal habitualmente de los lóbulos frontales y/o temporales que puede ser simétrica o asimétrica. Aunque es poco frecuente, constituye la segunda causa de demencia en menores de 65 años después de la EA. No se suele afectar de manera predominante la memoria ni las habilidades espaciales.

En la práctica clínica se distinguen tres grandes síndromes: la variante frontal (DLFT) cuando predomina el trastorno conductual de tipo frontal, y la demencia semántica (DS) y la afasia progresiva no fluente (APNF) cuando predomina el trastorno del lenguaje. Hay algunas formas menos frecuentes en las que predomina un síndrome de apraxia progresiva.



# ALGORITMO DIAGNOSTICO DE DEMENCIA



CARACTERÍSTICA	DELIRIUM	DEMENCIA	DEPRESIÓN
<b>Características descriptivas</b>	Confusión e inatención.	Pérdida de memoria.	Tristeza, anhedonia.
<b>Aparición</b>	Aguda, sub-aguda, depende de los factores predisponentes y precipitantes.	Crónica, generalmente insidiosa, dependiente de la causa.	Coincide con cambios en la historia de vida, a menudo abrupta, pero puede ser lenta.
<b>Curso</b>	Corto, fluctuante durante el día, generalmente empeora por la noche, en la oscuridad y al despertar.	Largo, sin efectos diurnos, síntomas progresivos pero relativamente estables en el tiempo.	Por lo general peor por la mañana, con variaciones según la situación pero más leves que el delirium.
<b>Progresión</b>	Abrupta.	Lenta pero progresiva.	Variable, rápida/lenta.
<b>Duración</b>	Entre horas y menos de 1 mes, rara vez más tiempo.	Entre meses y años.	Al menos dos semanas, puede durar meses o años.
<b>Consciencia</b>	Reducida.	Clara.	Clara.
<b>Alerta</b>	Fluctuante, dependiendo del tipo: hiperactivo, hipoactivo, mixto.	Habitualmente normal.	Normal.
<b>Atención</b>	Alterada, reducida, fluctuante.	Habitualmente normal, alterada en casos graves.	Deterioro mínimo, pero presenta distractibilidad.
<b>Orientación</b>	Alterada, fluctúa en intensidad, generalmente deteriorada.	Puede verse afectada.	Desorientación selectiva.
<b>Memoria</b>	Deterioro a corto plazo, la reciente o inmediata.	Deterioro a corto y largo plazo de la memoria inmediata y reciente más que la remota.	Deterioro selectivo o parcial.
<b>Pensamiento</b>	Desorganizado, distorsionado, fragmentado, divagante, incoherente.	Dificultad para el pensamiento abstracto, pobreza de pensamiento, falta de claridad en el juicio.	Intacto, con ideas de desesperanza, impotencia, indefensión o autodesprecio.
<b>Lenguaje</b>	Incoherente, lento o rápido.	Alterado por afasia, con errores leves.	Normal, lento o rápido.
<b>Percepción</b>	Distorsionada, ilusiones, delirios y alucinaciones visuales (generalmente) o auditivas, dificultad para distinguir entre la realidad y percepciones distorsionadas.	No distorsionada.	Intacta, alucinaciones solo en casos extremos de depresión psicótica usualmente auditivas.
<b>Cambios psicomotores</b>	Sí, dependen del tipo incrementado, reducido, cambiante.	No, normal.	Sí, variables de hipo a hiperactividad.
<b>Reversibilidad</b>	Usualmente.	No.	Posible.

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	AGOSTO 2016	OCTUBRE- NOVIEMBRE 2016	FEBRERO- MARZO 2017	ABRIL 2017	MAYO – JUNIO 2017	JULIO- AGOSTO	SEPTIEMBRE 2017
DIAS/ SEMANAS	1RA SEMANA	1RA , 2DA SEMANA	1RA, 2DA, 3RA SEMANA	1RA,2DA, SEMANA			
Selección del título							
Selección del paciente							
Planeación del trabajo							
Valoración del paciente							
Elaboración del P.E.							
Cambio de trabajo para titulación							
Recolección de información							
Objetivos, justificación del trabajo							
Elaboración de marco teórico							
Metodología							

1era revisión de trabajo							
Revisión final							
Entrega de trabajo							

## **METODOLOGÍA**

Este proceso se inicia con la selección del trabajo (Síndromes Geriátricos) en el campo asignado, y por las características del mismo se identifica el tema.

Se estructura, la planeación, se recolectan datos a través de la experiencia y la práctica clínica durante el servicio social. Se planean los objetivos para la revisión y su justificación del mismo. Se acude a la biblioteca a recolectar la información, en relación al tema, para elaborar el Marco teórico, referencial y por la asesoría del tutor.

Se planea la revisión del trabajo en las fechas asignadas por el asesor del mismo, para llegar al final y la revisión para su presentación en la fecha asignada.



## CONCLUSIÓN

Para nuestra profesión es importante conocer la percepción del bienestar en las personas mayores, ya que conociendo la real situación que viven, se puede intervenir a este grupo en forma integral, con el fin de que, los adultos mayores eleven su autoestima, y calidad de vida, con un alto índice de responsabilidad de su autocuidado, que me dejó de experiencia en esta parte importante del servicio social, identifique los grados de dependencia elevados, como resultados de los Síndromes geriátricos que se estudiaron, . Razón por la cual, Enfermería enfrenta un nuevo escenario y retos donde se resta importancia a la cantidad, y no para favorecer la calidad de vida humana. de estas personas en Residencias de Día.

De este modo el profesional de Enfermería que egresa de la FES Iztacala UNAM, deben fortalecer y fomentar, a través del cuidado y la educación, todas aquellas acciones dirigidas al fortalecimiento de las actividades de autonomía e independencia en el adulto mayor.

En resumen, el cuidado del adulto mayor con Síndromes Geriátricos, requiere incrementar la interacción positiva de la persona con su entorno, es decir, se concibe el cuidado dirigido al bienestar tal y como la persona lo entiende; entonces la intervención de enfermería va dirigida a dar respuesta a las necesidades del adulto mayor desde la perspectiva holística, respetando sus valores culturales, creencias y convicciones para el éxito de estos.

## ANEXOS

### 1.- Escala de Lawton y Brody

	MUJER	VARON
<b>1. CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO</b>		
UTILIZAR EL TELEFONO POR INICIATIVA PROPIA	1	1
ES CAPAZ DE MARCAR BIEN ALGUNOS NUMEROS FAMILIARES	1	1
ES CAPAZ DE CONTESTAR EL TELÉFONO PERO NO MARCAR	1	1
NO UTILIZA EL TELEFONO	0	0
<b>2. HACER COMPRAS</b>		
REALIZA TODAS LAS COMPRAS NECESARIAS INDEPENDIEMENTE	1	1
REALIZA INDEPENDIEMENTE PEQUEÑAS COMPRAS	0	0
NECESITA IR ACOMPAÑADO PARA REALIZAR CUALQUIER COMPRA	0	0
TOTALMENTE INCAPAZ DE COMPRAR	0	0
<b>3. PREPARACIÓN DE LA COMIDA</b>		
ORGANIZA, PREPARA Y SIRVE LAS COMIDAS POR SI SOLO ADECUADAMENTE	1	1
PREPARA, ADECUADAMENTE LAS COMIDAS SI SE LE PROPORCIONAN LOS INGREDIENTES	0	0
PREPARA, CALIENTA Y SIRVE LAS COMIDAS PERO NO SIGUEN UNA DIETA ADECUADA	0	0
NECESITA QUE LE PREPAREN Y SIRVAN LAS COMIDAS	0	0
<b>4. CUIDADO DE LA CASA</b>		
MANTIENE LA CASA SOLO CON AYUDA OCASIONAL (PARA TRABAJOS PESADOS)	1	1
REALIZA TAREAS LIGERAS , COMO LAVAR LOS PLATOS O HACER LAS CAMAS	1	1
REALIZA TAREAS LIGERAS, PERO NO PUEDE MANTENER UN ADECUADO NIVEL DE LIMPIEZA	1	1
NECESITA AYUDA EN TODAS LAS LABORES DE LA CASA	1	1
NO PARTICIPA EN NINGUNA LABOR DE LA CASA	0	0
<b>5. LAVADO DE LA ROPA</b>		
LAVA POR SI SOLO TODA SU ROPA	1	1
LAVA POR SI SOLO PEQUEÑAS PRENDAS	1	1
TODO EL LAVADO DE ROPA DEBE SER REALIZADO POR OTRO	0	0
<b>6. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE</b>		
VIAJA SOLO EN TRANSPORTE PUBLICO O CONDUCE SU PROPIO COCHE	1	1
ES CAPAZ DE TOMAR UN TAXI, PERO NO USA OTRO MEDIO DE TRANSPORTE	1	1
VIAJA EN TRANSPORTE PUBLICO CUANDO VA ACOMPAÑADO POR OTRA PERSONA	1	0
UTILIZA EL TAXI O EL AUTOMÓVIL SOLO CON AYUDA DE OTROS	0	0
NO VIAJA EN ABSOLUTO	0	0
<b>7. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN</b>		
ES CAPAZ DE TOMAR SU MEDICACIÓN A LA HORA Y DOSIS CORRECTA	1	1
TOMA SU MEDICACIÓN SI LA DOSIS ES PREPARADA PREVIAMENTE	0	0
NO ES CAPAZ DE ADMINISTRARSE SU MEDICACIÓN	0	0
<b>8. MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONOMICOS</b>		
SE ENCARGA DE SUS ASUNTOS ECONOMICOS POR SI SOLO	1	1
REALIZA LAS COMPRAS DE CADA DIA, PERO NECESITA AYUDA EN LAS GRANDES COMPRAS Y EN LOS BANCOS	1	1
INCAPAZ DE MANEJAR DINERO	0	0

## 2.- Escala de Barthel

### Índice De Barthel

**Actividades básicas de la vida diaria**  
Se puntúa la información obtenida del cuidador principal

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (Valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (Valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa..	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0
<b>Total</b>		

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Severo
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

### 3.- Escala de Katz

ÍNDICE DE KATZ			
Información obtenida		Actividad	Guía para evaluación
Paciente	Informante		
I A D Puntuación: _____	I A D Puntuación: _____	<b>Bañarse</b>	I = Se baña completamente sin ayuda, o recibe ayuda sólo para una parte del cuerpo, por ejemplo: la espalda. A = Necesita ayuda para más de una parte del cuerpo, para entrar o salir de la bañera o aditamentos especiales en la bañera. D = Completamente incapaz para darse un baño por sí mismo
I A D Puntuación: _____	I A D Puntuación: _____	<b>Vestirse</b>	I = Capaz de escoger ropa, vestirse/desvestirse, manejar cinturones/sujetadores; se excluye el atarse los zapatos. A = Necesita ayuda pues solo está parcialmente vestido. D = Completamente incapaz de vestirse/desvestirse por sí mismo.
I A D Puntuación: _____	I A D Puntuación: _____	<b>Apariencia Personal</b>	I = Capaz de peinarse, afeitarse sin ayuda A = Necesita ayuda para peinarse, afeitarse D = Completamente incapaz de cuidar su apariencia
I A D Puntuación: _____	I A D Puntuación: _____	<b>Usar el inodoro</b>	I = Capaz de ir al inodoro, sentarse y pararse, ajustar su ropa, limpiar órganos de excreción; usa orinal solo en la noche. A = Recibe ayuda para acceder a y usar el inodoro; usa orinal regularmente. D = Completamente incapaz de usar el inodoro.
I A D Puntuación: _____	I A D Puntuación: _____	<b>Continencia</b>	I = Micción/defecación auto controlados. A = Incontinencia fecal/urinaria parcial o total, o control mediante enemas, catéteres, uso regulado de orinales. D = Usa catéter o colostomía
I A D Puntuación: _____	I A D Puntuación: _____	<b>Trasladarse</b>	I = Capaz de acostarse/sentarse y levantarse de la cama/silla sin asistencia humana o mecánica A = Necesita ayuda humana o mecánica. D = Completamente incapaz de trasladarse; necesita ser levantado
I A D Puntuación: _____	I A D Puntuación: _____	<b>Caminar</b>	I = Capaz de caminar sin ayuda excepto por bastón. A = Necesita asistencia humana/andador, muletas D = Completamente incapaz de caminar; necesita ser levantado
I A D Puntuación: _____	I A D Puntuación: _____	<b>Alimentarse</b>	I = Capaz de alimentarse completamente a sí mismo. A = Necesita ayuda para cortar o untar el pan, etc. D = Completamente incapaz de alimentarse por sí mismo o necesita alimentación parenteral.
<b>Total:</b>	<b>Total</b>	<b>CÓDIGOS:</b> I = INDEPENDIENTE A = REQUIERE ASISTENCIA D = DEPENDIENTE	<b>PUNTUACIÓN</b> I = 2 A = 1 D = 0

#### 4.- Escala de Tinetti

EVALUACIÓN DE LA MARCHA Y EL EQUILIBRIO ESCALA DE TINETTI	
<b>MARCHA</b>	
Instrucciones: El paciente permanece de pie con el examinador, camina por el pasillo o por la habitación (unos 8 metros) a "paso normal" luego regresa a "paso ligero pero seguro".	
<b>1.- Iniciación de la marcha</b> (inmediatamente después de decir que ande).	
Algunas vacilaciones o múltiples para empezar	0
No vacila	1
<b>2. Longitud y altura de peso</b>	
Movimiento del pie derecho	
No sobrepasa el pie izquierdo con el paso	0
Sobrepasa el pie izquierdo	1
El pie derecho no se separa completamente del suelo con el peso	
El pie derecho se separa completamente del suelo	1
Movimiento del pie izquierdo	
No sobrepasa el pie derecho con el paso	0
Sobrepasa al pie derecho	1
El pie izquierdo no se separa completamente del suelo con el peso	
El pie izquierdo se separa completamente del suelo	1
<b>3.- Simetría del paso</b>	
La longitud de los pasos con los pies derecho e izquierdo no es igual	0
La longitud parece igual	1
<b>4. Fluidez del paso</b>	
Paradas entre los pasos	0
Los pasos parecen continuos	1
<b>5. Trayectoria</b>	
(observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 metros)	
Desviación grave de la trayectoria	0
Leve/moderada desviación o uso de ayudas para mantener la trayectoria	1
Sin desviación o ayudas	2
<b>6. Tronco</b>	
Balanceo marcado o uso de ayudas	0
No se balancea pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar	1
No se balancea, no se reflexiona, ni otras ayudas	2
<b>7. Postura al caminar</b>	
Talones separados	0
Talones casi juntos al caminar	1
<b>PUNTUACIÓN MARCHA: 12 PUNTUACIÓN TOTAL: 28</b>	

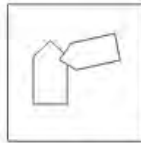
**EQUILIBRIO**

Instrucciones: El paciente está sentado en una silla dura sin apoyabrazos. Se realizan las siguientes maniobras

1.-Equilibrio sentado	
Se inclina o se desliza en la silla	0
Se mantiene seguro	1
2. Levantarse	
Imposible sin ayuda	0
Capaz, pero usa los brazos para ayudarse	1
Capaz de levantarse de un solo intento	2
3. Intentos para levantarse	
Incapaz sin ayuda	0
Capaz pero necesita más de un intento	1
Capaz de levantarse de un solo intento	2
4. Equilibrio en bipedestación inmediata (los primeros 5 segundos)	
Inestable (se tambalea, mueve los pies), marcado balanceo del tronco	0
Estable pero usa el andador, bastón o se agarra u otro objeto para mantenerse	1
Estable sin andador, bastón u otros soportes	2
5. Equilibrio en bipedestación	
Inestable	0
Estable, pero con apoyo amplio (talones separados más de 10 cm) o usa bastón u otro soporte	1
Apoyo estrecho sin soporte	2
6. Empujar (el paciente en bipedestación con el tronco erecto y los pies tan juntos como sea posible). El examinador empuja suavemente en el esternón del paciente con la palma de la mano, tres veces.	
Empieza a caerse	0
Se tambalea, se agarra pero se mantiene	1
Estable	2
7. Ojos cerrados ( en la posición 6)	
Inestable	0
Estable	1
8. Vuelta de 360 grados	
Pasos discontinuos	0
Continuos	1
Inestable (se tambalea, se agarra)	0
Estable	1
9. Sentarse	
Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla	0
Usa los brazos o el movimiento es brusco	1
Seguro, movimiento suave	2

**PUNTUACIÓN EQUILIBRIO: 16**

## 5.- Escala de Folstein

CUADRO 1. MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL (MMSE) FOLSTEIN		Puntaje
<p><b>1-ORIENTACIÓN (tiempo) (5 puntos)</b>                      Preguntar día de la semana (1), fecha (1), mes (1), año (1) y estación del año (1).                      Se puede considerar correcta la fecha con <math>\pm 2</math> días de diferencia.</p>		
<p><b>2-ORIENTACIÓN (lugar) (5 puntos)</b>                      Preguntar sobre lugar de la entrevista (1), hospital (1), ciudad (1), provincia (1), país (1).</p>		
<p><b>3-REGISTRO DE TRES PALABRAS (3 puntos)</b>                      Pedir al paciente que escuche con atención porque le va a decir tres palabras que debe repetir después (por cada palabra repetida correcta se otorga 1 punto).                      Avisar al mismo tiempo que deberá repetir las palabras más tarde.                      Casa (1), zapato (1) y papel (1).                      Repita las palabras hasta que el paciente aprenda las tres.</p>		
<p><b>4-ATENCIÓN y CALCULO (5 puntos)</b>                      Serie de 7. Pedir al paciente que reste de a 7 a partir de 100 y continúe restando de a 7 hasta que usted lo detenga.                      Por cada respuesta correcta dar 1 punto, detenerse luego de 5 repeticiones correctas.                      Comience preguntando ¿cuánto es 100 menos 7?                      Otra variante, no equivalente a la serie de 7 es pedir al paciente que deletree la palabra mundo de atrás hacia delante.                      Por cada letra correcta recibe 1 punto.</p>		
<p><b>5-RECALL de tres palabras (3 puntos)</b>                      Pedir al paciente que repita los objetos nombrados anteriormente. Por cada repetición correcta se da un punto.</p>		
<p><b>6-NOMINACIÓN (2 puntos)</b>                      Mostrar una lapicera y un reloj, el paciente debe nombrarlos, se otorga 1 punto por cada respuesta correcta.</p>		
<p><b>7-REPETICIÓN (1 punto)</b>                      Pida al paciente que repita la siguiente oración: tres perros en un trigal.</p>		
<p><b>8-COMPREENSIÓN (3 puntos)</b>                      Indique al paciente una orden simple. Por ejemplo: toma un papel con su mano derecha (1 punto), dóblelo por la mitad (1 punto) y póngalo en el suelo (1 punto).                      Por cada acción correcta el paciente recibe 1 punto.</p>		
<p><b>9-LECTURA (1 punto)</b>                      Pida al paciente que lea la siguiente orden (escrita previamente), y la obedezca, no debe decirlo en voz alta (Debe explicar este ítem del test sólo una vez).                      "Cierre los ojos"</p>		
<p><b>10-ESCRITURA (1 punto)</b>                      Pida al paciente que escriba una oración, debe tener sujeto y predicado. Se acepta como válido el sujeto tácito.                      La oración debe tener un sentido.</p>		
<p><b>11-DIBUJO (1 punto)</b>                      Debe copiar un dibujo simple (dos pentágonos cruzados, el cruce tiene 4 lados).                      Se considera correcto si las dos figuras tienen 5 lados y el cruce tiene 4 lados.</p>		
<p><b>Puntuación:</b>  <b>24 a 18: Deterioro leve 15 a 17: Deterioro moderado 7: Deterioro severo</b></p>		

## CUADRO 2 TEST DEL RELOJ

**INSTRUCCIONES:** Dibuje un reloj de manecillas, coloque todos los números que lleva y marque con agujas la hora "11:10"

**PUNTUACION:**

**Dibujo del reloj** **Máximo = 10pts**

- 2= El círculo está bien dibujado
- 1= El círculo está dibujado pero de manera irregular
- 0= Figura irregular o no compatible con un círculo o semicírculo

**Presencia y secuencia de los números** **Máximo =4 puntos**

- 4= Todos los números están presentes. Puede aceptarse un error mínimo en la disposición espacial
- 3= Todos los números están presentes. Errores en la disposición espacial
- 2= Algunas de las siguientes:
  - Números faltantes o adicionales
  - Los números están ubicados en sentido antihorario
  - Los números están presentes pero hay una seria alteración en la disposición general (ejemplo: heminegligencia)
- 1= Números faltantes o adicionales y errores espaciales serios
- 0= Ausencia o pobre representación de los números.

**Presencia y ubicación de las agujas** **Máximo = 4 puntos**

- 4= Las agujas están en la posición correcta y la diferencia en tamaño esta respetada
- 3= Errores discretos en la representación de las agujas o la diferencia de tamaño entre las agujas
- 2= Errores mayores en la ubicación de las agujas de manera significativa ( incluyendo 10 a 11)
- 1= Se dibuja solamente una aguja o el dibujo de ambas agujas es notoriamente pobre
- 0= No se dibujan las agujas o se dibujan varias de manera perseverativa

### INTERPRETACIÓN

- 9-10 Normal
- 8 Déficit Limite
- 6-7 Déficit Leve
- 4-5 Déficit Moderado
- 0-3 Déficit Severo

**Fuente:** Salazar-García C, Villar-Rodríguez CS. Evaluación psicológica e intervención en demencias: La enfermedad de Alzheimer. Centro de asesoramiento y apoyo psicológico.2007. pp 127.



## 6.- Escala de Yesavege (Depresión)

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESSAUGE	
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

Valoración global: Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue:

0-10: **Normal**. 11-14: **Depresión** (sensibilidad 84%; especificidad 95%) +14: **Depresión** (sensibilidad 80%; especificidad 100%).

## 7.- Escala de Pfeiffer

	(+)	(-)
1. ¿Qué día es hoy? (Día, mes y año)		
2. ¿Qué día de la semana es hoy?		
3. ¿Dónde estamos ahora?		
4. ¿Cuál es su número telefónico? o ¿Cuál es su dirección? (preguntar solo si el paciente no tiene teléfono)		
5. ¿Cuántos años tiene?		
6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento? (día, mes y año)		
7. ¿Quién es ahora el presidente del gobierno?		
8. ¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?		
9. ¿Cuáles son los 2 apellidos de su madre?		
10. Restar de 3 en 3 al número 20 hasta llegar a 0		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL:</b>		
<b>INTERPRETACIÓN</b>		
Normal	0 – 2 errores	
Deterioro cognitivo leve	3 – 4 errores	
Deterioro cognitivo moderado	5 – 7 errores	
Deterioro cognitivo severo	8 – 10 errores	
Nota: Se permite 1 error de más si no ha recibido educación primaria Se permite 1 error de menos si ha recibido estudios superiores		

## 8.- Escala de Braden (Ulceras por presión)

<b>PERCEPCIÓN SENSORIAL</b> Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión.	<b>1. Completamente limitada.</b> Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.	<b>2. Muy limitada.</b> Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.	<b>3. Ligeramente limitada</b> Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.	<b>4. Sin limitaciones</b> Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.
<b>EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD</b> Nivel de exposición de la piel a la humedad	<b>1. Constantemente húmeda</b> La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.	<b>2. A menudo húmeda</b> La piel está a menudo, pero no siempre húmeda. La ropa de cama se ha de caminar al menos una vez en cada turno.	<b>3. Ocasionalmente húmeda</b> La piel está ocasionalmente húmeda: requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.	<b>4. Raramente húmeda</b> La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.
<b>ACTIVIDAD</b> Nivel de actividad Física	<b>1. Encamado/a</b> Paciente constantemente encamado/a.	<b>2. En silla</b> Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.	<b>3. Deambula ocasionalmente</b> Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en silla de ruedas.	<b>4. Deambula frecuentemente</b> Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.
<b>MOVILIDAD</b> Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	<b>1. Completamente inmóvil</b> Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad.	<b>2. Muy limitada</b> Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo.	<b>3. Ligeramente limitada</b> Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a.	<b>4. Sin limitaciones</b> Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.
<b>NUTRICIÓN</b> Patrón usual de ingesta de alimentos	<b>1. Muy pobre</b> Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos, o está en ayuno y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.	<b>2. Probablemente inadecuada</b> Raramente come una comida completa y generalmente como solo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, o recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.	<b>3. Adecuada</b> Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.	<b>4. Excelente</b> Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos
<b>ROCE Y PELIGRO DE LESIONES</b>	<b>1. Problema</b> Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo por completo sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.	<b>2. Problema potencial</b> Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.	<b>3. No existe problema aparente</b> Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama.	<b>Puntuación:</b> Sin riesgo de úlceras por presión: 19 o más • <b>Riesgo bajo:</b> menor a 75 años: 16 o más puntos. 75 o más años: 15 o más puntos. • <b>Riesgo moderado:</b> 13-14 puntos • <b>Riesgo alto:</b> 12 o menos puntos

## 9.- Escala de Zarit (Cuidador / Enfermero)

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

**Fuente:** Odriozola Gojenola M et al. Índice de esfuerzo del cuidador: test diagnóstico de sobrecarga en cuidadores de enfermos con demencia. SEMERGEN. 2008;34(9):438.

Cada ítem se valora así:

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

**Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, y de "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56.**

## Bibliografía

1. Gaceta UNAM. Tema : –Abandono y maltrato de adultos mayores”, Junio 2017
2. Flores-Carrasco J, Gastelum-Ruiz MG, Verdugo-Orduño M, Medina-Zazueta RE, CorralQuiroz RJ. Conocimiento de la enfermera sobre el cuidado del adulto mayor con síndromes geriátricos. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2015; 23(1):27-30.
3. Revista IMSS. Cuidados a paciente geriátrico y manejo de síndromes geriátricos. Año 2009.
4. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2010 [Internet]. Disponible en: [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx)
5. H. Bayarre Calidad de vida en la tercera edad y su abordaje desde una perspectiva cubana. Revista cubana de Salud Pública, 35 (4) (2009), pp. 110-116
6. Y. Cartillo, P.B. Verjan Programa de envejecimiento saludable. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 14 (4) (2009), pp. 206-209
7. C.A. González, R. Ham-Chande Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. Salud Pública Méx, 49 (2007), pp. S448-S458
8. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadísticas vitales y esperanza de vida en los Estados Unidos Mexicanos, 2008.
9. Alonso Galván Patricia. Envejecimiento Poblacional y Fragilidad en el Adulto Mayor. Revista Cubana de Salud Pública. 2007; 33
10. Miralles R. Incontinencia urinaria y fecal: causas, tratamiento, consecuencias; Rev. Española Geronto 2011. 46 5-10.
11. Grupo de Demencias Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Demencias en Geriatria. Madrid: Natural Ediciones; 2005. Peña-Casanova
12. J, Gramunt Fombuena N, Vich Fullá J. Test neuropsicológicos, fundamentos para una neuropsicología clínica basada en evidencias. Barcelona: Masson; 2004.
13. <https://www.google.com.mx/search?dcr=0&source=hp&q=TIPOS+DE+DEMENCIA+PDF&q=TIPOS+DE+DEMENCIA+PDF>
14. <https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF>
15. [http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista\\_enfermeria/article/view/21/23](http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/21/23)
16. [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144\\_GPC\\_DEMENCIA\\_AM/Imss\\_144\\_08\\_grr\\_demencia\\_am.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMENCIA_AM/Imss_144_08_grr_demencia_am.pdf)