

Material Imprimible

Curso Auxiliar en gerontología

Módulo Envejecimiento del ser humano

Contenidos:

- Anatomía y fisiología del adulto mayor
- Envejecimiento
- El adulto mayor y su familia
- Empatía profesional
- Motricidad de los adultos mayores
- Valoración Geriátrica Integral

Características anatómicas y fisiológicas que van cambiando a lo largo de la vida

Hay muchas discusiones sobre la expectativa de vida y la duración de la misma. El tiempo máximo de vida se refiere al número máximo de años que los seres vivos han vivido. La expectativa de vida, por el contrario, es la duración de la vida promedio para una población determinada que vive en un lugar determinado, y la misma está basada en variables ambientales, socioeconómicas, entre otras.

El aumento en la expectativa de vida puede atribuirse, en gran parte, a la mejora de la morbimortalidad de algunas enfermedades. A su vez, el estado nutricional también afecta a la expectativa de vida, debido al consumo de alimentos sanos o cuando se lleva una alimentación a base de comida chatarra.

El **envejecimiento** es un proceso que afecta a todo el cuerpo. De a poco, cada uno de los órganos va perdiendo su función e independencia, lo que lleva a que el cuerpo se vuelva senil.

Existen muchos componentes físicos y químicos que se realizan en todo este proceso de envejecimiento, y se sabe que el mismo puede variar en caso de raza, genética, y género. Se sabe también que los factores ambientales pueden influenciar, pero, a ciencia cierta, no se sabe bien de qué manera afectan al envejecimiento.

Para intentar explicar el proceso del envejecimiento de los seres humanos se han propuesto varias teorías, que no deben considerarse como excluyentes entre sí, sino como complementarios. Estas son:

- La teoría estocástica, que señala que los cambios en el envejecimiento ocurren de manera aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo.

Dentro de esta teoría podemos encontrar:

- la teoría del error catastrófico, en la que se propone que la acumulación de errores en la síntesis de proteínas, ocasiona daño en la función celular
- la teoría del entrecruzamiento, que propone un entrecruzamiento entre las proteínas y otras macromoléculas celulares, como responsables del envejecimiento
- la teoría del desgaste, que plantea que la acumulación de daño en las partes vitales lleva a la muerte de células, tejidos, órganos y finalmente, del organismo

- la teoría de los radicales libres, que afirma que el envejecimiento es el resultado de la inadecuada protección contra el daño que ocasionan a cada uno de los tejidos los radicales libres y el estrés oxidativo a lo largo de la vida. Los radicales libres son moléculas inestables que tienen uno o más electrones no apareados, lo que las vuelve altamente reactivas y les da la capacidad de producir daño a su alrededor a través de reacciones oxidativas
- También podemos encontrar la teoría no estocástica, y es aquella que supone que el envejecimiento está predeterminado, e incluye la genética, según la que se considera que la edad está genéticamente determinada y que los individuos tienen un reloj interno que programa su longevidad

El amplio proceso de envejecimiento sobre el que estamos estudiando comienza en la concepción y finaliza en la muerte.

Durante los periodos de crecimiento se desarrolla un metabolismo llamado anabólico o anabolismo, lo que permite el crecimiento del cuerpo, de los tejidos, y de los órganos. A medida que avanzan los años, este metabolismo se transforma en metabolismo catabólico o catabolismo.

Pero... ¿qué es el catabolismo? este implica la ruptura de los tejidos, la degradación, la pérdida de masa muscular, de fuerza y la probabilidad de enfermarse debido a la disminución en las funciones del sistema inmunológico. En el envejecimiento se desarrolla este proceso, el de catabolismo.

Envejecimiento

Primeramente podemos decir que se dan cambios en los órganos de los sentidos. Los sentidos del tacto, olfato, vista y audición disminuyen rápidamente y a muchísima velocidad.

La disminución del gusto se llama disgeusia, y la del olfato, hiposmia, y son comunes en los ancianos debido a varios factores, como el exceso de toma de medicamentos y algunas enfermedades como el Alzheimer. También por intervenciones quirúrgicas, exposición ambiental y tratamiento con radioterapia.

La disfunción del gusto y del olfato inicia a los 60 años aproximadamente, y se vuelven más intensas y marcadas a partir de los 70.

Esta pérdida de los sentidos no solo reduce el placer de, por ejemplo, sentir el olor a una flor o comer alimentos, sino que, en muchos casos, es un factor de riesgo en caso de intoxicaciones alimentarias o la exposición ambiental a sustancias tóxicas.

A su vez, debido a que la estimulación del gusto y el olfato producen cambios en el estómago, como aumentar la secreción de los jugos gástricos y también de la saliva, esto altera a los procesos metabólicos.

La pérdida de la visión también es común en las personas de edad avanzada y pueden generar una reducción del apetito, equivocación a la hora de alimentarse por no ver adecuadamente, caídas, quemaduras, golpes, entre otros. Y también, en muchos casos, la incapacidad de alimentarse por sí mismos.

La xerostomía es la sensación que tienen los ancianos de pérdida de secreción salival, es decir, de hiposalivación. Generalmente afecta a más del 70% de ellos y altera mucho su función nutricional, ya que les cuesta mucho formar el bolo alimenticio, lo que dificulta tragar y, en muchos casos, pueden ahogarse. Por eso, para estos casos, es fundamental una buena hidratación mientras se alimentan.

Asimismo, las caries dentales no tratadas y sobre todo los implantes, pueden generar infecciones en la boca. Por dicho motivo es que hay que tener en cuenta que es importante una adecuada higiene bucal o de la prótesis, para evitar las infecciones.

También se generan alteraciones en los procesos gastrointestinales. Son muchos los cambios que se llevan a cabo dentro de los órganos que incluyen este sistema, por ejemplo, empieza a descender una enzima llamada lactasa, que interfiere a la digestión y a la absorción de la lactosa, que es el azúcar de la leche, y que, a la vez, al suprimir los lácteos, se corre el riesgo de contraer osteoporosis.

Otro cambio es la presencia de la gastritis, que se manifiesta como molestias y ardor en la zona de la boca del estómago, lo que causa que, muchas veces, el anciano no quiera comer o que rechace ciertos alimentos. Para ello se utiliza medicación complementaria, para atenuar los dolores y molestias.

Además, en algunos casos, la gastritis puede causar una atrofia en las células que producen el ácido clorhídrico, lo que genera una hipocloremia. Esto genera un aumento bacteriano en la zona del estómago, dolor, malestar y una clara dificultad para digerir adecuadamente los alimentos.

Por su lado, la reducción en la absorción de los nutrientes, como el calcio, el hierro y la vitamina D y B12, es crítica.

El calcio es un mineral esencial en los ancianos, y la resorción ósea de manera normal genera que el calcio de los huesos se dirija a la sangre y que los huesos se vuelvan más débiles, con amplia probabilidad de fracturas. Por ello es importante monitorear el calcio y la vitamina D.

La vitamina D es la encargada de fijar el calcio en los huesos, por lo tanto, es fundamental que los valores de calcio y vitamina D sean los adecuados. En caso de déficit podría generar osteopenia y osteoporosis. Además es importante la exposición solar para activar la vitamina D, y que la misma pueda fijar el cambio en los huesos.

Otro de los cambios a nivel gastrointestinal es el estreñimiento, que es una de las molestias digestivas más comunes y frecuentes. Esto se produce por un tránsito lento que, muchas veces, puede deberse a una alimentación con bajo aporte de fibras y por una inadecuada hidratación, o también puede relacionarse con una insuficiente ingesta de energía o por factores psicológicos.

La alimentación y la farmacología pueden ayudar en estas situaciones, y a menudo se puede mejorar la situación. Los laxantes se usan en los ancianos pero también hay que controlar que no causan distensión ni diarrea, ya que, en estos casos, corremos el riesgo de deshidratación y de empeorar el caso.

Ahora nos preguntamos... ¿Qué pasa con las funciones metabólicas? Claramente como ya adelantamos, estas disminuyen notoriamente, como la tolerancia a la glucosa, lo que muchas veces puede generar una diabetes de tipo 2 o, simplemente, una hiperglucemia constante. En estos casos se tiende a realizar una alimentación baja en azúcares para evitar las subas bruscas de azúcar en sangre.

Respecto a la tasa metabólica, se sabe que la misma se reduce entre un 15 a un 20% durante toda la vida, principalmente a causa de los cambios corporales y la reducción de la actividad física. Aquí es importante aclarar que en las mujeres. La tasa metabólica debe ser mucho menor que en los hombres.

Las enfermedades cardiovasculares, por su parte, también son muy comunes en las personas de la tercera edad. Si bien veremos en detalle a las enfermedades en general más adelante, podemos decir que las enfermedades cardiovasculares siguen siendo una de las principales causas de enfermedad y muerte que inician en la mediana edad.

Cuando empiezan los procesos de envejecimiento, los vasos sanguíneos se vuelven menos elásticos y aumenta la resistencia periférica, lo que conlleva a un mayor riesgo de

hipertensión. La presión arterial aumenta, sobre todo, en las mujeres mayores de 80 años, ya que son mucho más propensas que los hombres. Por otro lado, los niveles de colesterol tienden a aumentar en pacientes mayores a 60 años y haciéndose más notorio después de los 70.

Asimismo, el consumo de alcohol, el tabaquismo y la glucosa con valores altos que pueden llegar a pronosticar valores altos en triglicéridos, sobre todo en mujeres post menopáusicas.

En lo que se refiere a la función renal y a la tasa de filtrado glomerular, esta se reduce en un 60% entre los 30 y los 60 años debido a la reducción de la cantidad de nefronas encargadas de la formación de la orina y también por la incapacidad de poder mantener el equilibrio hídrico.

El envejecimiento también produce cambios notables en la composición corporal por una reducción de la masa magra o muscular y aumento de la grasa corporal.

La sarcopenia es una pérdida del músculo esquelético y causa una disminución de la fuerza muscular, que afecta a la marcha, al equilibrio y a la pérdida de la movilidad con el riesgo de contraer enfermedades crónicas, como la artrosis y la artritis.

La disminución de la movilidad genera, a su vez, que se produzcan atrofas en los músculos y que al paciente le cueste cada vez más moverse.

La masa corporal magra declina alrededor de entre el 2 y 3% por año. El porcentaje de grasa promedio en los varones aumenta casi el 15% y llega hasta el 25% cuando cruzan la barrera de los 60 años. En las mujeres aumenta de un 18 a un 23% en la juventud y hasta un 32% llegando a los 60 años. Como ya dijimos, este aumento de grasa corporal se debe a la falta de actividad física y movilidad.

De igual manera, el nivel de proteínas de los ancianos es un indicador de estado nutricional que también tiene que ver con la masa magra, ya que las proteínas se almacenan, principalmente, en los músculos. Sin embargo, se sabe que la actividad física, por mínima que sea, mejora el tono muscular y las funciones óseas.

Por su lado, la función neurológica, generalmente, es la más lábil en esta edad, sobre todo los estados de confusión, que muchas veces tienen múltiples causas.

Podemos encontrarnos con enfermedades comunes como Alzheimer, Parkinson y demencias seniles de diferentes grados. La disminución de la lucidez o los olvidos son

factores de gran riesgo, sobre todo cuando un anciano vive solo, ya que puede olvidarse, por ejemplo, el gas encendido y provocar una tragedia. Por dicho motivo es hay que prestar mucha atención en estos casos, ya que nos reflejan que el anciano no puede vivir solo.

La función del sistema inmunológico también es un tema importante a tener en cuenta, dado que en los ancianos, el sistema de defensas ha disminuido, lo que genera que pueda enfermarse más seguido y contagiarse. De allí la importancia de mantener el calendario de vacunación completo.

Asimismo, estos poseen gran dificultad para combatir las enfermedades y hasta una simple gripe, en muchos casos, puede ser muy grave. Para ello se recomienda la suplementación con vitamina E y vitamina C, que son dos vitaminas que mejoran el sistema de defensas.

La depresión, la soledad, y los cambios en la actividades cotidianas, sobre todo en lo que se refiere a su alimentación en la preparación y cocción de alimentos, el peso y el nivel de energía también son características de esta edad y suelen presentar muchas dificultades. A esto se suma la falta de socialización, la poca integración familiar, la pérdida de familiares y amigos, entre otros. Estas circunstancias dificultan su interacción y generan riesgos sociales, ya que las personas de edad avanzada suelen encerrarse en sus casas por temor a ser víctimas de alguna agresión o por miedo al medio externo, lo que hace que se incremente la inmovilidad. Por ello es importante el apoyo social, de los amigos y de la familia para no caer en soledad y depresión.

Otro aspecto no menor es la situación económica, que muchas veces los puede llegar a limitar en la compra de insumos, alimentos o medicamentos, lo que genera que, muchas veces, necesiten ayuda familiar en este aspecto o que realicen una selección muy extrema de los alimentos, lo que trae como consecuencia un déficit nutricional.

Por todo ello, muchas veces no es fácil y seguro que los ancianos que presentan algunas de las dificultades citadas anteriormente pueden ser independientes y vivir solos.

En la actualidad hay muchas residencias y centros de día donde los ancianos pueden alojarse, compartir, estar en comunicación con otras personas y, por sobre todo, ser

cuidados cuando ellos no tienen la capacidad para hacerlo por sí mismos. Esto da mucha seguridad a los familiares.

Estos centros tienen diferentes actividades lúdicas que permiten mantener la mente despierta, activa y puedan ser adecuadamente cuidados. Esa será la función de ustedes, asistentes en gerontología, es decir, prestar servicios de salud en prevención, acompañamiento, apoyo, contención y asistencia en las actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores.

Teniendo en cuenta todas estas características que aprendimos podrán ver las funciones degenerativas que tiene el anciano. Es importante también mantenerse capacitado respecto a las enfermedades y a su tratamiento para poder cuidar a cada uno de los ancianos, sea en su casa o en una residencia. En estos casos, el amor, la comprensión y la escucha son pilares fundamentales.

Para cada una de estas características o patologías que puedan presentar los adultos mayores, es importante la administración de los fármacos. Si bien nos referiremos a estos más adelante, podemos anticiparnos a saber que los medicamentos más utilizados en los ancianos son las estatinas, para la regulación del colesterol, los analgésicos para los dolores de cabeza o dolores musculares, también los anticoagulantes, ya que con gran frecuencia se van observado casos o antecedentes de accidentes cerebrovasculares en donde es importante anticoagular a la persona para evitar la formación de coágulos indeseados.

De igual manera, se utilizan mucho los fármacos para el estreñimiento, ya que, como aprendimos anteriormente, es una sintomatología muy habitual, y en estos casos los enemas o los laxantes son de utilidad. Los mismos se administran en cortos plazos hasta esperar la evolución del paciente.

Por otro lado también encontramos los medicamentos para controlar la presión arterial, como el losartán, que tiene como función mantener la presión estable, sobre todo para aquellos pacientes que tienen hipertensión arterial.

Asimismo, en muchos casos también se utilizan los medicamentos psiquiátricos en casos de demencia senil, Alzheimer, Parkinson y demás enfermedades del sistema nervioso. No obstante, es importante aclarar que estos no curan la enfermedad, sino que la medicación solo ayuda a mantener la calma, manejar la ansiedad o los nervios y permitir una interacción social.

En todos los casos debemos tener en cuenta que es el médico de cabecera el que debe indicar qué medicación y en qué dosis se debe administrar al adulto mayor, y los asistentes en gerontología serán los responsables de que la persona tome adecuadamente y correctamente su medicación sin sustituciones ni suspensión de su tratamiento.

El adulto mayor, su familia, y la importancia de la relación entre ellos

Existen muchos tipos de familia, y esta cumple muchas funciones específicas. Sin embargo, hay tres que son sumamente importantes:

- La primera tiene que ver con lo afectivo. Una de las necesidades que tiene el anciano es poder sostener sus sentimientos, emociones, y el hecho de poder expresar siempre lo que sienten en su estado
- La segunda tiene que ver con los aspectos materiales, que está relacionado con poder vivir bien
- Y la tercera está relacionada con solventar las crisis que pueden llegar a tener los adultos mayores, con sus patologías, crisis funcionales, físicas, emocionales, cognitivas, crisis social y espiritual.

En este último aspecto es importante la socialización, que se liga a la familia y a los amigos, y las crisis deben ser solventadas. Por eso son muy importantes las características de la familia que acompaña al adulto mayor.

A veces puede pasar que la misma familia no comprenda los cambios fisiológicos que está teniendo su familiar, o que no los quiera ver o los niegue. Es ahí cuando las personas se pregunta, por ejemplo “¿qué está pasando con mi mamá?” o “¿qué está pasando con mi papá?”

Si el adulto mayor observa que no lo integran se puede generar depresión u otro trastorno psiquiátrico, y se envuelven en un círculo. Por eso es esencial que la familia cumpla las tres funciones anteriormente citadas, y es fundamental que el medio clínico o gerontólogo oriente a las familias en estas situaciones.

Ahora bien. ¿Por qué les parece que el adulto mayor necesita pertenecer a un grupo de referencia? ¿en qué lo beneficiaría? El adulto mayor necesita pertenecer a un grupo para sentirse acompañado, y el grupo debe ser la familia, es decir, lo debe aceptar e incluirlo

en ella. Para ello se ayuda a la familia y se la orienta, para que aprendan y puedan integrarlo.

La familia debe saber que cada uno de los integrantes de la misma tiene que ayudar al adulto mayor en cada una de las crisis, pero también el adulto mayor debe comprender y tener pensamientos positivos dentro de las situaciones que esté atravesando de una manera proactiva.

La empatía profesional

Cuando hablamos y definimos la palabra **empatía** nos referimos a ponerse en el lugar del otro. Es decir, más allá de que no estemos atravesando las situaciones del otro, podemos entenderlo, ayudar y comprender qué le está pasando. La empatía es una emoción muy importante que nos permite unirnos con el otro. Es, simplemente, una forma de ser.

El aspecto más importante de la empatía es poder entender a las personas mayores desde su punto de vista, sin interponer la opinión personal. Aquí es necesario que el profesional que trate con personas adultas pueda experimentar y compartir simpatía por sus sentimientos y percepciones.

En particular sabemos que las personas mayores necesitan mucha empatía, mucho amor y cariño, y por sobre todas las cosas, mucha paciencia, no solo con terceros, sino también, como aprendimos, con la familia.

Mantener un buen vínculo, un trato digno, amable y correcto es muy importante. Por ello, los profesionales de geriatría deben estar adecuadamente calificados y capacitados para brindar amor y paciencia a cada uno de los abuelos. Esto va a permitir mantener un vínculo adecuado y ameno entre ellos, y sobre todo, en el plano humano además del profesional.

Por todo lo dicho se sabe que la empatía es, justamente, esa capacidad, la de poder interactuar de manera amable y comprender lo que ellos están pasando en este momento. Interpretar y entender pensamientos, reconocer sus logros, saber escuchar cuando muchas veces son reiterativos con la historia de su vida y siempre sin dar opiniones personales ni prejuicios sobre lo que nos digan.

Estos profesionales también tienden a motivar a las personas adultas a realizar actividades que le guste, como jugar a juegos de mesa, tejer, coser, pintar, modelar, cantar y demás actividades que los motiven y que, principalmente, los haga mantener la mente activa.

Otra gran capacidad observable en los centros de día o centros geriátricos es la resiliencia, tema que muchas veces cuesta, ya que no es fácil para un residente habituarse a un lugar nuevo, con nuevas compañías y personas, más si psíquicamente se encuentra en condiciones óptimas.

Soltar su lugar, su casa, sus cosas y sus hábitos no es tarea fácil para los ancianos, ya que generalmente tienden a extrañar su casa, sus rutinas y sus horarios.

Pero... ¿qué es la **resiliencia**? es la capacidad de todo ser humano consciente de poder adaptarse a cambios de manera positiva en su vida, ante las adversidades.

Quizás en un principio se pensaba que la resiliencia era algo innato, pero con el tiempo descubrieron que es algo que se va adquiriendo con el tiempo y que hay técnicas para poder adquirirla.

Si hablamos específicamente de las personas mayores, la resiliencia puede tener que ver con el estrés que le genera a la persona este nuevo cambio de vida, muchas veces no deseado, y la forma de llevar su vida y su condición en caso de estar enfermo. Por este motivo, los profesionales que estén en contacto con adultos mayores deben aplicar la empatía y la resiliencia para poder influir positivamente en ellas, tanto en su salud física como psíquica.

Ahora nos preguntamos... ¿cómo podemos hacer para mejorar la capacidad de empatía? Para ello hay tres puntos importantes:

- En primer lugar, escuchar atentamente, tratando de entender al otro y saber qué es lo que le está pasando
- En segundo lugar, partir de la base de que la forma en la que nosotros vemos las cosas no es la única, sino que hay otras maneras de ver las cosas y también eso es válido y se debe respetar.
- Por último, aprender a manejar nuestras propias emociones para poder manifestarlas adecuadamente a los demás.

La motricidad en los adultos mayores

Cuando hablamos de **motricidad** nos referimos, por definición, a la habilidad que tienen, en este caso los adultos mayores, a coordinar los movimientos que ayudan a que puedan ejercitarse los sistemas relacionados con el aparato locomotor, como los huesos, las articulaciones y los músculos.

Dentro de la motricidad podemos distinguir dos grupos: la motricidad fina y la gruesa.

La motricidad fina se relaciona con la habilidad que pueden llegar a tener para coordinar los movimientos del aparato óseo-articular mediante movimientos pequeños y cortos. Algunas de las actividades que se sugieren para mejorar la motricidad fina son: hacer joyas, hacer origami, cocinar, armar rompecabezas, realizar artesanías y manualidades, pintar con los dedos, y hacer prácticas con plastilina.

Estas son las actividades más importantes y recomendadas, ya que son dinámicas y permiten que el anciano se ejercite física y mentalmente porque estimulan el aprendizaje y además permite adquirir nuevas habilidades. Asimismo, estas estimulan la coordinación de los movimientos de los ojos y las extremidades, potenciando al máximo su creatividad y sus aptitudes.

Con las actividades lo que se busca es reforzar la autoestima, que se sientan cómodos y felices, mejorar la salud, la mente, la independencia y la autoestima, así como también mejorar las relaciones interpersonales cuando el trabajo es grupal.

Por su parte, la motricidad gruesa tiene que ver con los movimientos que hace todo el cuerpo, es decir, el aparato psicomotor completo, como por ejemplo, bailar, cantar, hacer algún tipo de gimnasia autorizada, caminar, correr, pedalear, saltar, entre otras.

Esta motricidad se trabaja ya que con el correr de los años es probable que se pierdan el equilibrio y los reflejos debido a la presencia de alguna enfermedad o simplemente por una dificultad para moverse por los cambios en su cuerpo.

Valoración geriátrica integral

¿Alguna vez escucharon hablar de este término? La **valoración geriátrica general** incluye varias de las disciplinas en las que se trabaja en geriatría. A continuación los invitamos a conocer cómo se realiza una valoración a un anciano a fin de saber cómo se encuentra física y psíquicamente.

Es muy frecuente que las personas de la tercera edad tengan lo que se denomina pluripatología, es decir, un conjunto de enfermedades que generalmente se manifiestan uno a consecuencia de otro.

Para evitar la presencia de alguna de estas enfermedades y prevenirlas, es fundamental esta valoración geriátrica integral, que se conoce bajo las siglas VGI.

En el caso de los centros de día o residencias, la misma debe hacerse al momento del ingreso por cada uno de los profesionales que ejercen en dicho centro y que estarán a cargo de la atención del anciano.

En muchos casos, la primera entrevista, también llamada anamnesis de inicio, suele ser algo dificultoso y en muchos casos se realiza con los familiares o cuidadores, quienes responden a las diversas preguntas, produciéndose un primer acercamiento con el anciano.

Esta anamnesis debe integrar datos personales, antecedentes personales de salud, en donde se deben valorar diagnósticos pasados y presentes, ingresos hospitalarios o en centros sociosanitarios, e intervenciones quirúrgicas. También se debe realizar una consulta sobre la enfermedad actual o si presenta signos o síntomas.

Otro punto importante es la historia farmacológica, es decir, el tratamiento que esté realizando en ese momento, con tipo de fármaco, dosis y tiempos de administración. Esto es fundamental, ya que siempre los ancianos llevan en su historia medicamentos para situaciones específicas o para patologías crónicas.

Como aprendimos anteriormente, los medicamentos más frecuentes que se utilizan son diuréticos, antihipertensivos, antidepresivos, neurolépticos y sedantes.

En lo que respecta a la evaluación nutricional corresponde a la interpretación de datos antropométricos, bioquímicos, clínicos y dietéticos para determinar el estado de salud del anciano.

Existen tres formas de obtener los datos: las encuestas, la vigilancia y el cribado.

Mediante las encuestas nutricionales se pueden obtener muchos datos para saber cuál es su estado nutricional, es decir, si es adecuado o si está desnutrido. La vigilancia nutricional, por su lado, es el control continuo de las indicaciones nutricionales para evaluar la posible realización de cambios o en caso de proponer e indicar nuevas medidas. Por su parte, el cribado nutricional consiste en un proceso para determinar factores de riesgo que están asociados a problemas dietéticos nutricionales con el fin de determinar si algún anciano está en proceso de malnutrición o si tiene riesgo de presentarlo.

Asimismo, los cambios fisiológicos que llegan con la edad, los valores de laboratorio, la albúmina, los signos físicos, los síntomas y los valores bioquímicos demuestran y orientan el tipo de alimentación que necesitan los pacientes.

En caso de que el anciano no esté postrado, el peso se determina mediante una balanza tradicional. Se lo toma libre de ropa y zapatos, y preferentemente a primera hora de la mañana, antes de desayunar.

Un cambio significativo de pérdida de peso es entre 1 y 2% en una semana, 5% en un mes, 7,5% en tres meses y 10% en seis meses.

A su vez, el peso relativo también se puede calcular, y tiene que ver con el porcentaje de la variación de peso. La fórmula es peso actual por 1.000 dividido el peso medio para la talla. Un valor de 125% revela un estado de obesidad en grado variable, y entre el 80 y 90% del peso ideal es una pérdida de peso leve.

Otra forma de calcular si el anciano está en buenas condiciones de salud nutricional o si tiene riesgo es el cálculo del índice de masa corporal, que se calcula dividiendo el peso actual por la talla al cuadrado, es decir, la talla por la talla siempre en metros.

Un índice de masa corporal entre 21 y 24 serían valores dentro de la normalidad. En valores menores a 20 puede haber riesgo de desnutrición, y valores mayores a 25 podrían indicar sobrepeso.

Los valores de laboratorio son indicadores de estado nutricional y, por ejemplo, la hemoglobina, el hematocrito y el valor proteico son importantes indicadores de estado. La albúmina es un tipo de proteína sérica muy sensible que es indicador de desnutrición proteica y tiene una vida media entre 14 y 22 días. En personas mayores, los valores no deben ser menores a 3,5%, y en caso de tener un valor menor a 3% nos está indicando un estado de malnutrición.

Por su parte, la transferrina sérica es una proteína que transporta el hierro y los valores deben ser mayores a 200 miligramos por decilitro.

Otro valor importante que indica el estado nutricional es el valor de la creatinina, que está relacionada con el funcionamiento de los riñones al momento de filtrar los desechos de la sangre. Este valor debe ser igual o menor a 1.

Respecto a la talla o altura podemos decir que es un hecho muy observable que la altura de una persona vaya disminuyendo a medida que envejece. Se estima una pérdida entre 1,2 a 2,4 centímetros cada 20 años. Pero... ¿por qué se da esta disminución? Debido a la cifosis de la columna vertebral, la osteoporosis y al adelgazamiento general corporal.

Muchas veces es muy difícil medir a una persona que está postrada, en silla de ruedas y o que, simplemente, no puede mantenerse en una posición erecta para una correcta medición. En estos casos el nutricionista utiliza tablas específicas y realiza lo que llamamos como medición de rodilla o altura de rodilla.

La exploración de los adultos mayores no difiere de la realizada en el adulto, pero lleva más tiempo debido al mayor número de hallazgos exploratorios.

En primer lugar se hace una observación general del estado del paciente, y luego se constatan los signos vitales, como por ejemplo, la función respiratoria y cardíaca, la temperatura, y la presión arterial.

Asimismo, se observa la boca, las piezas dentarias, el estado de la boca, la dentadura y las encías, y se determina si hay o no dificultades para la deglución. También se observan los ojos, las pupilas, se explora la vena yugular y se realizan acciones para determinar si la visión es correcta o no.

A continuación, en el tórax se realiza una auscultación pulmonar y cardíaca, donde se evalúan las funciones de estos dos órganos. De esta manera, se puede determinar si el paciente presenta solo arritmias o dificultad respiratoria. En el caso de las mujeres se realiza palpación en las mamas, y también se observan las vértebras a la altura cervical.

A la altura del abdomen se siguen los pasos clásicos: inspección, palpación, percusión y auscultación. Luego se puede hacer tacto rectal para descartar la presencia de impactación fecal, hemorroides o tumoraciones.

Respecto a las extremidades se valora la circulación, si existen o no edemas, pulsos en las arterias periféricas o deformidades en las articulaciones.

Por su parte, neurológicamente se estudia la marcha, el equilibrio, el tono muscular, la fuerza y la sensibilidad, pero no hay que olvidar valorar la presencia de trastornos del habla, temblor, rigidez, acinesia y reflejos de liberación frontal.

En una valoración inicial se solicitarán: hemograma, ionograma, bioquímica, en la que se analizará glucemia, urea, creatinina, ácido úrico, colesterol, albúmina, fosfatasa alcalina, también sedimento de orina, electrocardiograma, radiografía de tórax y abdomen.

En el estudio de demencia añadiremos la petición de serología de lúes, vitamina B12, ácido fólico y TSH, que es la hormona tiroidea. De igual manera, no debemos olvidar algunas de las exploraciones complementarias, como el enema opaco, gastroscopia, colonoscopia, broncoscopia, arteriografía, y tomografía axial computarizada.

Por último, es imprescindible interrogar acerca de la dependencia o independencia a la hora de comer, de vestirse, de realizar el aseo personal, la necesidad de pañales, sondas o colectores por incontinencia de esfínteres, sin olvidar conocer aspectos relacionados con la capacidad para la deambulacion con o sin ayuda, ya sea de un cuidador o mecánica, como bastones, muletas, andadores, silla de ruedas, la capacidad para movilizarse solo o no, y si hay antecedentes de caídas en caso de que tuviese.

Lo que se utiliza es el índice de Katz, que tiene el objetivo de identificar el grado de independencia de la persona mayor para la realización de actividades básicas de la vida diaria.

Dicho índice incluye un total de seis ítems a valorar, referidos cada uno de ellos a una de las habilidades básicas de la vida diaria. Estos son el hecho de lavarse o bañarse, vestirse, ir al baño, moverse, la continencia urinaria y fecal, y la alimentación.

Se puntúa de 0 a 100, lo que le confiere mayor facilidad para el uso estadístico de los datos. Para una mejor interpretación, sus resultados se han agrupado en cuatro categorías:

- Si la puntuación es menor de 2, hay dependencia total
- Si la puntuación está entre 20 a 35, hay dependencia grave
- Si la puntuación está entre 40 y 55, hay dependencia moderada
- Y si la puntuación es igual o mayor a 60, la dependencia es leve

Ahora hablaremos de la valoración cognitiva, y sobre esta podemos decir que la prevalencia de deterioro cognitivo en el anciano es alta, aunque varía en función de la población estudiada y en función de la metodología empleada en el estudio.

La importancia del deterioro cognitivo viene dada no sólo por su elevada prevalencia, sino por la tendencia a la asociación con trastornos conductuales por la mayor utilización de recursos sociosanitarios, apareciendo durante su curso alguno de los principales síndromes geriátricos, como inmovilidad, incontinencia, caídas, impactación fecal, úlceras por presión, entre otros.

Es muy importante conocer el grado de **deterioro cognitivo**, ya que por medio del mismo podemos estimar la calidad de la información que aporta el paciente sobre sí mismo y su enfermedad y valorar su capacidad para comprender la información que recibe.

La evaluación cognitiva, además, permite detectar los cambios en el nivel cognitivo a lo largo del tiempo, lo que influirá en las decisiones diagnósticas, terapéuticas y de ubicación futuras. Asimismo, se necesita saber expresamente cuál es el nivel cognitivo ya que esa es la única forma de poder trabajar con cada uno de los pacientes.

Por lo general, es probable que el proceso de diagnóstico se inicie ante la queja del paciente o de sus familiares de pérdida de memoria. En estos casos pueden observarse situaciones de depresión, apatía, ideas delirantes y alteraciones del comportamiento.

El paciente con deterioro cognitivo no suele ser consciente de sus fallos y encuentra excusas para sus olvidos, pero sí se da cuenta de todo esto su familia, que es la que

observa, por lo que casi siempre son ellos quienes solicitan la consulta. Sin embargo, sigue siendo frecuente encontrar ancianos con deterioro cognitivo grave con una familia que nunca ha detectado problemas de memoria o lo justifican por una u otra razón.

Por este motivo, independientemente de lo que diga tanto la familia como el paciente, resulta conveniente hacer una pequeña exploración mental que, a modo de *screening*, permita detectar cualquier problema a este nivel.

La entrevista clínica comienza con una clara observación, desde su forma de caminar e inestabilidad al sentarse, pasando por su atuendo, aseo personal, el tono y melodía de la voz, por quién viene acompañado, hasta la temperatura y fuerza de la mano cuando nos saluda.

También otros datos importantes son el nivel de escolarización, profesión, la presencia de factores de riesgo cardiovascular, como hipertensión, diabetes y fibrilación auricular, y la historia familiar de demencia. Asimismo, los antecedentes psiquiátricos, el consumo de fármacos y tóxicos, el motivo de consulta, forma de inicio y evolución de los síntomas, la orientación, las quejas de deterioro de memoria cuando el paciente está consciente y los problemas para reconocer a los familiares cercanos.

Otro aspecto que se evalúa y se pregunta tiene que ver con los hábitos de sueño, ya que muchos de los ancianos tienden a tener dificultades para conciliar el mismo.

A su vez, se evalúan los trastornos de conducta, ya que, en buena medida, determinan la calidad de vida del paciente y la de sus familiares y/o cuidadores. Acá se analizan los delirios, agitación psicomotriz, alucinaciones, ritmo vigilia-sueño, hipersexualidad, vagabundeo, auto/heteroagresividad física y/o verbal.

Además, como dijimos, se explora la fluidez verbal, es decir, cómo habla y cómo se desarrolla la conversación con los ancianos. Se hace una prueba breve y generalmente bien aceptada por los pacientes, con gran utilidad en pacientes analfabetos o con déficit sensorial.

En esta prueba se le pide al paciente que diga tantos nombres como pueda recordar de cada una de cuatro categorías: colores, animales, frutas y ciudades. Se obtiene 1 punto por cada ítem correcto, con un máximo de 10 ítems puntuables en cada set. El tiempo máximo de que dispone el paciente por categoría es de un minuto, y las repeticiones o los nombres que no correspondan a la categoría pedida no puntúan, aunque es interesante anotar todas las respuestas para el seguimiento evolutivo.

La puntuación oscila entre 0 y 40 puntos, considerando el resultado normal para adultos de 29 o más aciertos, y de 27 o más si se trata de ancianos. Este test se usa a menudo por los médicos o los terapeutas orientados en psicología.

Otro punto relacionado con la evaluación neurológica tiene que ver con las diferencias entre demencia subcortical y cortical. La primera afecta partes del cerebro situadas por debajo del córtex. En estos casos, son más frecuentes como manifestaciones iniciales la disminución en la capacidad de atención y lentitud del pensamiento, así como variaciones significativas en el estado de ánimo. Por su parte, la demencia cortical afecta principalmente el córtex cerebral, la capa más externa del cerebro, que desempeña un papel crucial en los procesos cognitivos, como la memoria y el lenguaje.

Como aprendimos anteriormente, la ansiedad, junto con la depresión, son uno de los principales síntomas emocionales que puede presentar un anciano y constituye un estado emocional de malestar y aprehensión desproporcionada al estímulo que la desencadena. A su vez, en muchos de los casos tiene repercusiones sobre la calidad de vida, el rendimiento en funciones cognoscitivas, agrava los cuadros depresivos y molestias físicas.

En el anciano es más frecuente la ansiedad como síntoma que como enfermedad, y al igual que los síndromes depresivos, la ansiedad es difícil de detectar en el anciano, dado que se puede presentar mediante síntomas localizados en cualquier órgano o sistema, y por ello es muy importante tenerlo en cuenta para poder identificar algunas patologías, como la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardíaca, el hipertiroidismo, entre otras. Otros trastornos a útiles a evaluar son el estado anímico, la labilidad emocional, la anergia/hipoergia, la anhedonia/hipohedonia, el trastorno del apetito, los signos de ansiedad, la ideación de muerte, la ideación o tentativas autolíticas y las quejas somáticas.

Ahora nos preguntamos... ¿Qué preguntas deberíamos hacer como geriatras a un paciente para conocer su situación social? Veamos.

- ¿Es Soltero, casado o viudo?
- ¿Tiene hijos?; en caso afirmativo, ¿cuántos?, ¿viven en la misma ciudad?
- ¿Con quién vive?
- ¿Tiene contactos con familiares, amigos o vecinos? ¿Con qué frecuencia?
- ¿Cómo es el domicilio donde vive?
- ¿Tiene ascensor el edificio donde vive?
- ¿Precisa algún tipo de ayuda para su autocuidado?

- ¿Quién es la principal persona que le ayuda o le cuida?, ¿tiene esa persona algún problema de salud?
- ¿Recibe algún tipo de ayuda formal?

Todo lo mencionado es lo que se debe preguntar, pero como dijimos, muchas veces el anciano no puede o no sabe responder, por eso es fundamental la ayuda y el aporte de las familias para que los profesionales puedan elaborar la Valoración Integral.

Finalmente vamos a manifestar que si recientemente el anciano ha estado hospitalizado, es fundamental solicitar una epicrisis.

La **epicrisis**, del griego epikrisis, es el resumen que realiza un profesional sobre lo que ha estado atravesando un paciente durante sus días en el hospital.

La epicrisis siempre se da al alta de la internación y lleva toda la información necesaria, desde la exploración física, estudios, laboratorios, medicamentos y demás evolución del paciente. Además, las observaciones sobre algunos aspectos respecto al estado anímico. Como dijimos, esta epicrisis siempre se le brinda con obligatoriedad al momento del alta a cualquier familiar o responsable, y es imprescindible que se presente en el lugar donde será atendido el anciano, sea una residencia o un centro de día, ya que aporta datos muy importantes.