



Nombre del alumno: Ingrid Karen Morales

Nombre del profesor: Ludbi Isabel Ortiz

Nombre del trabajo: Mapa Conceptual: Unidad I

Materia: Enfermería Gerontogeriatrica

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: Enfermería 6to Cuatrimestre - Domingo

Grupo: "B"

GERONTOLOGIA Y VALORACION GERIATRICA

GERONTOLOGIA

Es definida como

La ciencia que estudia el envejecimiento en todos sus aspectos, e incluye las ciencias biológicas y médicas, psicológicas y sociológicas.

Proviene del griego

Geron = viejo y logos = estudio.

Según la OMS las personas de

60 a 74 años son consideradas de edad avanzada.

75 a 90 viejas o ancianas.

Las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos.

Rama de la gerontología

LA GERIATRÍA

Es

Es una ciencia práctica aplicada.

Se ocupa de los

De los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos, y sociales en la salud y enfermedad de los ancianos.

Los objetivos que persigue la geriatría son

Realizar una prevención eficaz y activa para las patologías relacionadas con la vejez detectando los posibles síndromes geriátricos.

Posponer o impedir las situaciones de dependencia, promoviendo la autonomía de las personas mayores y por tanto su bienestar.

Desarrollar un servicio de atención integral a través de la colaboración con otros profesionales y la valoración geriátrica global.

Ofrecer cuidados continuos, desde el diagnóstico hasta la rehabilitación si fuera necesaria. Asimismo, la persona mayor puede disponer de la atención en los distintos niveles asistenciales como hospitales, centros de día o atención domiciliaria.

VALORACION GERIATRICA

Incluye

Valoración geriátrica integral: se define como un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que pueda presentar el anciano, con objeto de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas, así como la óptima utilización de recursos con los cuales afrontarlos.

Valoración clínica: toda valoración clínica debe iniciar con una adecuada anamnesis, cuyo contenido no difiere del empleado en población adulta en general. Para su ejecución, se interroga al paciente

Incluye

Órganos de los sentidos:

Cardiovascular: disnea, disnea súbita, síncope, mareos, parestesias o frialdad de extremidad, edemas, dolor u opresión precordial, palpitaciones.

Gastrointestinal: disfagia, atagantamientos, dolor epigástrico, pirosis, regurgitación, hábito intestinal, color y consistencia de las heces.

Genitourinario: frecuencia miccional, polaquiuria, disuria, dificultad para la micción, hematuria.

Músculo esquelético: debilidad proximal, mialgias, rigidez matinal, fracturas recientes, caídas, dolores articulares, alteraciones de la marcha, dolores dorsales.

Neurológico: pérdida de conciencia, mareos, confusión, rigidez, temblor, alteraciones de la memoria y función cognitiva, déficit motor reciente.

Valoración nutricional: Debería evaluarse si hay causas y factores de riesgo de malnutrición en todos los adultos mayores.

Valoración cognitiva: el objetivo de esta valoración consiste en identificar algún deterioro cognitivo que pueda afectar la autosuficiencia del adulto mayor y así establecer estrategias de intervención de forma anticipada.

Valoración afectiva: una de las condiciones subvaloradas a menudo en los adultos mayores es la afectiva o emocional. El objetivo principal de la valoración afectiva debe ser identificar y cuantificar posibles trastornos que afecten o puedan comprometer la autosuficiencia del anciano.

Valoración psicosocial: es la evaluación del entorno familiar, las redes de apoyo y los recursos externos del paciente, que pueden jugar un papel relevante en el proceso de atención y cuidado del paciente geriátrico.

Valoración funcional: se estima que 25% de los mayores de 65 años y 50% de aquellos mayores de 85 requieren ayuda en sus actividades básicas, razón por la cual la capacidad funcional debe ser interrogada y evaluada en estos pacientes.

DEMOGRAFÍA DEL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento demográfico es una de

Las características más destacadas en la dinámica reciente de la población del Estado de México.

Este fenómeno es resultado de

1. El descenso sostenido en los niveles de fecundidad.

2. La disminución de la mortalidad en general.

3. La inmigración interna.

4. Aumento en la esperanza de vida de la población.

La combinación de estos factores

Ha dado pie a la consolidación del envejecimiento de la población, en el que las personas mayores de 60 años incrementan su participación dentro de la pirámide de edades.

De acuerdo con

Las Proyecciones de Población que elabora el Conapo, en el 2017 la población adulta mayor (65 años o más) asciende a poco más de 8 millones de personas.

De los cuales

54.4% es mujer

45.6% es hombre

Además

Se estima que para el 2050 esta población aumentará a 24.4 millones; en términos relativos, la proporción de este grupo etario crecerá de 7.2 a 16.2 por ciento.

ASPECTO FISICO Y PSICOSOCIAL

Aspecto

FISICO

Características fisiológicas del envejecimiento

Se acepta el criterio de considerar que una persona se encuentra en la tercera edad a partir de los 65 años,

Existen claras diferencias entre

La forma y estructura corporal de un organismo joven y de un anciano.

Estos cambios

se producen con el paso de los años y a un ritmo muy diferente según las personas.

Influyen factores

.GENETICOS
.AMBIENTLES
.DEL ENTORNO EN QUE SE VIVE

En esta etapa es frecuente que

.Se alteren los patrones del sueño.
.Se altere la retención de grasas.
.La masa muscular se atrofie significativamente.
.Haya un tipo de digestión más lenta y pesada.
.Tanto la visión como la audición suelen resentirse.
Aparezcan problemas posturales y debilitamiento de huesos.

En las mujeres

La pre vejez llega aproximadamente con la finalización de la menopausia, la cual genera una serie de alteraciones hormonales que afectan tanto mediante síntomas físicos como otros de carácter emocional vinculados a cómo se experimenta este evento.

PSICOSOCIAL

Durante la edad avanzada

Tienen lugar cambios en la mayor parte de funciones y procesos psicológicos.

Durante la tercera edad

Existen cuatro aspectos psicológicos más estudiados.

Son

1. ATENCIÓN: si bien se ha identificado de forma clara un declive en el funcionamiento de los procesos atencionales a lo largo de la vejez, estos cambios no se dan por igual en todos los tipos de atención.

2. MEMORIA: la memoria sensorial, el más inmediato de los almacenes de memoria, muestra generalmente un declive ligero como consecuencia del envejecimiento.

3. INTELIGENCIA: A pesar de que se han encontrado diferencias en la inteligencia en función de la edad, éstas son diferentes en función de si se investigan de forma transversal (comparando dos grupos de edades diferentes en un mismo momento temporal) o longitudinal (a lo largo del tiempo en los mismos individuos).

Fluida

Hace referencia al conocimiento acumulado y a su manejo, no deja de aumentar a lo largo de la vida, excepto si se padece un trastorno amnésico.

Cristalizada

Está asociada a la eficiencia de la transmisión neuronal y otros factores biológicos, muestra un deterioro intenso al menos desde los 70 años.

La creatividad se define como la capacidad humana para generar ideas nuevas y soluciones originales a través de la asociación entre contenidos mentales ya existentes. Aunque las investigaciones en torno a la evolución de la creatividad en función de la edad son escasas, sus resultados sugieren que se mantiene e incluso mejora con el paso del tiempo en las personas que la ejercitan.

SÍNDROMES GERIÁTRICOS

Definición

Los síndromes geriátricos son cuadros (conjuntos de signos y síntomas) con múltiples etiologías y de una alta prevalencia en el mayor.

En la vejez

El cuerpo sufre una serie de cambios progresivos, que hacen que el cuerpo del mayor reaccione de otra manera a la enfermedad y produzca por tanto, otros síntomas.

Por ejemplo

Parénquima de los órganos, la tendencia es a perder células funcionales.

Como

Cerebro pierde neuronas, que son sustituidas por células de la glía.

Trastornos de la motilidad, que aumenta el tiempo de vaciamiento, competencia de esfínteres que provocan reflujos.

Células cardíacas contráctiles, que mueren y se convierten en tejido fibroso.

Aparato gastrointestinal, con disminución de la salivación, pérdida de papilas gustativas, que conlleva riesgo de desnutrición.

Sistema inmune, con menor producción de sustancias pirógenas y menores picos de inmunoglobulinas, con menor respuesta inmune y febril a la infección.

Se disminuye la capacidad contráctil del miocardio.

Algunos síndromes

SÍNDROME DE FRAGILIDAD

Es un síndrome clínico que

SÍNDROME DE CAIDAS

Es un conjunto de

SÍNDROME DE INMOVILIDAD

En las personas mayores

OSTEOPOROSIS Y ULCERAS POR PRESIÓN

Representa un continuo entre el adulto mayor saludable hasta aquel extremadamente vulnerable en alto riesgo de morir y con bajas posibilidades de recuperación.

Síntomas y signos clínicos que se caracterizan por la disminución de la capacidad de reserva de órganos y

Por la presencia de enfermedades como las musculoesqueléticas, cardiovasculares o por el menor estímulo social, es una disminución paulatina de la actividad física.

Síntomas y signos

Cuando la

La inmovilidad en personas mayores

OSTEOPOROSIS

ULCERAS POR PRESIÓN

Disminución de las actividades.
Agotamiento, fatiga.
Dificultad para caminar.

Fragilidad se acentúa surge el síndrome del declive, marcado por la pérdida de peso involuntaria, el aumento de la debilidad general y la dependencia para las actividades básicas de la vida.

se suele dar a partir de los 65 años, un 18% de los individuos tienen problemas para salir de casa y de ellos el 20% queda confinado en el domicilio.

Es una enfermedad

Son

En la que la masa ósea está disminuida, se afecta la microarquitectura del hueso y hay un aumento de la fragilidad ósea. Esta combinación patológica aumenta el riesgo de fractura principalmente en la cadera, columna y muñeca.

Se diferencian varios factores como

Áreas de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo, por fricción y cillazamiento.

Dolor
Anemia.

1. Pérdida muscular. De las fracturas de cadera aumenta exponencialmente después de los 50 años en las mujeres y después de los 60 en los hombres.
2. Deterioro de la capacidad funcional física, trastornos del equilibrio y de la marcha.

En la persona con inmovilidad, Comúnmente se forman úlceras por presión.

La osteoporosis se puede dividir en

Donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas.

PRIMARIA: aquellas asociadas con enfermedades hereditarias o adquiridas o a una alteración.

SECUNDARIA: osteoporosis postmenopáusica en las mujeres y osteoporosis senil en hombres.

Enfermedades más comunes que la causan

Cambios posturales en personas mayores, estos son los signos de advertencia de UPP

- .Arteriosclerosis.
- .Diabetes.
- .Insuficiencia cardíaca.

3. Insuficiencia renal.
4. Aislamiento social.

- . Insuficiencia renal
- . Insuficiencia hepática
- . Mieloma múltiple
- . Hiperalcúria
- . Artritis inflamatorias
- . Hipertiroidismo

- . Cambios inusuales en el color o la textura de la piel
- . Hinchazón
- . Drenaje similar al pus
- . Una región de la piel que se siente más fría o cálida al tacto que otras
- . Zonas sensibles

Normales las actividades de las células óseas: osteoblastos responsables de la formación de hueso y los osteoclastos responsables de la reabsorción ósea.

Una causa evidente de pérdida ósea, por ejemplo, uso de corticoesteroides o hipogonadismos con testosterona baja.

Factores de riesgo

Prevención de complicaciones músculo-esqueléticas: Se debe prestar atención a la postura y a la alineación corporal, así como a la inmovilidad mediante ejercicios activos o pasivos, según la situación del paciente.

Inmovilidad: Podría deberse a problemas de salud, una lesión de la médula espinal u otras causas.

Prevención de complicaciones cardiovasculares: Buscar alteraciones del ritmo cardíaco en busca de alteraciones del ritmo, así como evitar embolismos pulmonares y flebitis.

Pérdida de percepción sensorial: Las lesiones de la médula espinal, los trastornos neurológicos y otras enfermedades pueden ocasionar una pérdida de sensibilidad.

Prevención de complicaciones respiratorias: fisioterapia respiratoria, informar y animar al paciente a que realice inspiraciones profundas, toser y expectorar, drenajes posturales.

Nutrición e hidratación deficientes. Las personas necesitan suficientes líquidos, calorías, proteínas, vitaminas y minerales en su dieta diaria para mantener una piel saludable y prevenir la degradación de los tejidos.

Prevención de problemas de salud general: la dieta debe ser suficiente, equilibrada, rica en fibras, variada, de fácil ingestión, digestión y absorción.

Enfermedades que afectan el flujo sanguíneo. Los problemas de salud que pueden afectar el flujo sanguíneo, como la diabetes y la enfermedad vascular, aumentan el riesgo de daño a los tejidos.

Prevención de las complicaciones renales: evitar el uso de medicamentos que dañen los riñones, pues favorecerían las infecciones urinarias y la formación de cálculos.

Prevención de problemas psicológicos: Debemos favorecer la expresión de los sentimientos y animar a compartir las emociones, así como mantener la motivación planteando objetivos accesibles a corto y medio plazo.

Clasificación de los enfermos

1. Paciente asintomático que posee factores de riesgo aumentados para osteoporosis.

2. El paciente con FRACTURAS por osteoporosis.

3. El paciente con osteoporosis que presenta LUMBAGO.

. ENCAMINAMIENTO.
. SEDESTACION.
. BIPEDE.
. DEAMBULACIÓN.

La incidencia



Las complicaciones de las úlceras por presión



Celulitis: las personas con lesión a los nervios a menudo no sienten dolor en la zona afectada por la celulitis.

Infecciones óseas y articulares: Una infección de una úlcera de decúbito puede traspasar las articulaciones y los huesos.

Cáncer: Las heridas crónicas que no se curan pueden evolucionar y transformarse en un tipo de carcinoma epidermoide.

Septicemia: en raras ocasiones, las úlceras de la piel producen septicemia.

Estrategias para ayudar a prevenir las UPP

Reposicionamiento en una cama o una silla:

- . Cambia el punto de apoyo del peso con frecuencia. Si usas una silla de ruedas, intenta cambiar el punto de apoyo del peso cada 15 minutos.
- . Si puedes, levántate. Si tienes suficiente fuerza en la parte superior del cuerpo, haz flexiones en la silla de ruedas: levanta el cuerpo del asiento empujándote de los brazos de la silla.
- . Busca una silla de ruedas especial
- . Escoge almohadones o un colchón que alivien la presión. Usa almohadones o un colchón especial para aliviar la presión y asegurarte de que el cuerpo esté bien posicionado. No uses almohadones con forma de rosquilla ya que pueden centrar la presión en los tejidos circundantes. .
- . Ajusta la elevación de la cama. Si la cama puede elevarse en la parte de la cabeza, súbela hasta 30 grados. Esto ayuda a prevenir el cizallamiento.

Consejos para cuidar la piel

- . Mantén la piel limpia y seca.
- . Lávate la piel con un limpiador suave y sécala con golpecitos. Realiza esta rutina de limpieza de forma regular para limitar la exposición de la piel a la humedad, la orina y las heces.
- . Usa talco en polvo puro para proteger la piel en los puntos de fricción,
- . Aplica una loción sobre la piel seca, cámbiate la ropa y reemplaza las sábanas con frecuencia, de ser necesario.
- . Presta atención a los botones en la ropa y las arrugas en las sábanas que puedan irritar la piel.
- . Examina la piel a diario y con detenimiento en busca de signos de úlceras de decúbito.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PREVENTIVAS DE DEPENDENCIAS

El cuidado de

Los adultos mayores requiere de una mirada transdisciplinaria y de profesionales comprometidos con su cuidado e instruidos en el trabajo en equipo.

Son un grupo

Vulnerable dentro de la población, los cuales se enfrentan a cambios biológicos y psicológicos propios de la edad y donde la influencia del entorno familiar y el medio social es primordial para lograr alcanzar una adecuada calidad de vida unido a una longevidad satisfactoria.

El personal de enfermería tiene como

Premisa fundamental el cuidado de los pacientes Para esto debe tener presente un orden metodológico, aspectos que se consideran necesarios para cumplir con calidad los cuidados que se proponen realizar en cada paciente, tanto en centros externos, en la comunidad, como en los centros internos de salud.

Protocolo de atención

OJOS:

- . Chequeo permanente de los ojos, precisando estado de los mismos si lo presenta hundidos y laxos (se produce por una pérdida de las estructuras de soporte del ojo).
- . Observación del estado de lagrimeo.
- . Observación de malestar ocular descartando aumento de la presión intraocular.

OÍDOS:

- . Valorar el riesgo de caída por pérdidas del equilibrio y del control postural.
- . Valorar el control postural reflejo a los tonos.
- . Valorar la tolerancia a los tonos altos.

BOCA:

- . Valorar la causa de pérdida del apetito insistiendo en molestias a la ingestión.
- . Pérdida del sentido del gusto por sequedad de las mucosas referida.
- . Valorar la habilidad en el proceso masticatorio.

APARATO RESPIRATORIO:

- . Valorar mediante la observación el proceso respiratorio.
- . Observación del tipo de tos que presente.
- . Observación de algún tipo de molestia dolorosa a la respiración o movimiento al nivel de los pulmones o la parte alta de la espalda.

SISTEMA CARDIOVASCULAR:

- . Valoración del sistema circular arterial.
- . Control de la tensión arterial.
- . Valorar tipos de ritmo cardiacos que se pudiera presentar según nivel de actividad de formas anormales: taquicardia, bradicardia.

SISTEMA OSTEOMIOARTICULAR:

- . Valorar nivel de reducción de los movimientos rápidos.
- . Valorar nivel de amplitud de los movimientos debido a la rigidez muscular.

SISTEMA NEUROLÓGICO:

- . Observación desde el punto de vista neurológico en busca de signos que pudieran apuntar hacia causa de demencia.
- . Prestar atención a través de la exploración del estado mental para detectar déficit cognitivo que evidenciara la posible aparición de la demencia.

ALIMENTACIÓN:

- . Estimular la ingesta hídrica, ya que el adulto es más susceptible de caer es deshidratación por las alteraciones que se producen con la edad en cuanto a la capacidad de dilución y concentración de agua.
- . Control de la disminución del índice de masa corporal exagerada.
- . Estimular a la ingestión de la dieta de forma integra.

ACTIVIDAD Y REPOSO:

- . Valorar la necesidad de desarrollar actividades de la vida diaria.
- . Incentivar al ejercicio moderado según su estado de salud, recomendar realizar pequeñas
- . Caminatas diarias.
- . Educar sobre el equilibrio entre la actividad y el reposo.

Afectividad:

- . "Dar afecto en todas las actividades de la vida estimulando a los logros positivos obtenidos durante su vida.
- . "Lograr que nunca pierdan la autoestima, proporcionando importancia a las actividades a desarrollar.
- . "Lograr que el adulto mediante afecto participe de su propio cuidado.

También

PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

Los objetivos que

Persigue la enfermería geriátrica centran en satisfacer las necesidades de las personas mayores.

Por ejemplo

PROMOVER LA ATENCIÓN INTEGRAL

Una enfermera geriátrica trabaja con

Unos valores imprescindibles. Como son la dignidad de las personas mayores, su bienestar y su calidad de vida, la autonomía, etc.

Unos valores que

Le permiten atender a las personas cuidando sus necesidades, características e intereses. Así consigue una atención integral teniendo en cuenta todos los ámbitos, atendiendo de forma global.

CUIDADOS DE CALIDAD

La enfermería tiene en cuenta varios aspectos como

- . Las diferencias individuales, lo que diferencia a cada persona. Y las historias de vida, la historia personal y las vivencias de cada uno.
- . La participación activa de las personas mayores. Es decir, hacerlas partícipes por ejemplo en la toma de decisiones y en la organización y planificación.
- . El plan de cuidados. Organizar, desarrollar e implementar un plan de cuidados adecuado para cada persona.

Funciones de la enfermería geriátrica

ASISTENCIAL: la enfermería de geriatría se centra en atender a las personas mayores de forma individualizada. También promoviendo el autocuidado, fomentando la autonomía y por tanto retrasando las situaciones de dependencia.

GESTORA: esta función se trata de la coordinación del equipo de enfermería y redacción de los informes relacionados con los cuidados. Así mismo, se organizan los recursos disponibles (materiales y personales) y se realizan funciones administrativas.

DOCENTE: La docencia en enfermería geriátrica trata de formar y reciclar a los enfermeros y enfermeras. También tiene en cuenta las necesidades de los profesionales, de las personas mayores y de sus familiares.

INVESTIGADORA: a través de esta función, la profesional participa en proyectos de investigación de esta y otras disciplinas.

BIBLIOGRAFIA

- . Gutiérrez-Robledo, L. M., La salud de los mexicanos: implicaciones para la salud del envejecimiento de la población en México. En: Ruiz de ChavezM, Vazques C, eds., La salud de los mexicanos en el siglo XXI: un futuro con responsabilidad de todos, México: Funsalud, 2005.
- . Gutiérrez Robledo, L. M., Conclusiones. En: Gutiérrez Robledo L. M, Giraldo Rodríguez, L., coords., Realidades y expectativas frente a la nueva vejez. Encuesta Nacional de Envejecimiento. Colección Los Mexicanos vistos por sí mismos. Los grandes temas nacionales 7, México: UNAM, 2015, pp. 187-200.
- . Gutiérrez Robledo, L. M., García Peña, C., Jiménez Bolón, J., Envejecimiento y dependencia. Realidades y previsión para los próximos años. Documento de postura. México: Academia Nacional de Medicina de México, Colección de Aniversario 150 años Academia Nacional de Medicina.
- . Gutiérrez Robledo, L. M., México y la revolución de la longevidad. En: Gutiérrez Robledo, L. M, Gutiérrez Ávila, H., eds., Envejecimiento humano: Una visión transdisciplinaria, México: Instituto de Geriátría, 2010, pp. 21-36.
- . García González, J., García Peña, C., Franco Marina F., Gutiérrez Robledo, L. M., A frailty index to predict the mortality risk in a population of senior Mexican adults, BMC Geriatrics, 2009, 3;9:47.
- . INEGI. Censo de población y vivienda 2010. Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2011.
- . Rodríguez Ábrego, G.; Escobedo de la Peña, J., Zurita, B., Ramírez, T. J., Esperanza de vida saludable en la población mexicana con seguridad social. Perinatol. Reprod. Hum. [online]. 2006, 20; 1-3.
- . Barrantes Monge, M., García Mayo, E. J., Gutiérrez Robledo, L.M., MJ., Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos, Salud Pública de México, 2007; 49(sup 4):459- 466.
- . Dorantes-Mendoza, G., Ávila Funes J.A., Mejía Arango, S., Gutiérrez Robledo, L. M., Factores asociados con la dependencia funcional en las personas mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, Revista Panamericana de Salud Pública, 2007;22(1):1–11.
- . Díaz-Venegas, C., De la Vega S., Wong, R., Transitions in activities of daily living in Mexico, 2001-2012, Salud Pública de México, 2015;57 Suppl 1:S54-61. 12. Mejía Arango, S.