

ASESORIA GERONTOLOGICA

CAPACITACION SUPERIOR EN GERIATRIA Y GERONTOLOGIA

“El anciano demenciado, sobrecarga al
cuidador y el entorno como factor
protector terapéutico”

Autor: Licenciada en Enfermería Daniela Feola

Profesor DR. Hugo Valderrama

Octubre de 2016

Montevideo, Uruguay

Introducción:

El presente trabajo fue realizado por una Licenciada en Enfermería que se desempeña en el ámbito de cuidado de adultos mayores en domicilio previniendo los ingresos hospitalarios en el contexto de la atención integral y personalizada a través de la conformación de un equipo interdisciplinario.

El tema de elección surge por el alto porcentaje de pacientes con deterioro cognitivo que asisto, más específicamente con diagnóstico de demencia. Valoro diariamente las dificultades de pacientes y familiares tras la búsqueda de las mejores condiciones y calidad de vida para todos los involucrados.

En el presente informe hago referencia más que nada a la Enfermedad de Alzheimer que se trata de la demencia más frecuente en la población, y que con el incremento de la esperanza de vida supone números muy alertadores para las décadas siguientes.

La idea consiste en integrar información y conocimientos adquiridos en el transcurso de la capacitación destacando las características demográficas de la población de América Latina, la proyección hacia el futuro y su impacto en la población general respecto a las demencias. Las características comunes y grados de la enfermedad, los métodos diagnósticos, los cuidados y tratamiento conjunto al familiar, el tratamiento farmacológico y no farmacológico, las redes de apoyo y los cuidados en el hogar.

Se ha podido identificar la necesidad en la creación de sistemas intermediarios o nexos como alternativa previa a la institucionalización de tiempo completo.

Desarrollo:

Según datos del Censo Nacional de Población y vivienda del año 2010, nos encontramos en un periodo de transición demográfica donde la natalidad está reducida y el aumento de la esperanza de vida determina un incremento de la población adulta y adulta mayor. La forma de la pirámide poblacional está invertida con un alto porcentaje de “viejos – viejos” o sea, envejecimiento del envejecimiento.

Se estima que la franja de los 80 años se duplicará en 20 años. El Uruguay así como Cuba se encuentran en proceso de envejecimiento avanzado. Los países de América Latina superan el 15 – 16% de los mayores de 65 años, edad a la cual por la definición de la OMS se considera adulto mayor.

La biología del envejecimiento se define como un conjunto de modificaciones morfológicas, bioquímicas y fisiológicas que ocurren en los seres vivos con el transcurso del tiempo. Por lo

anterior, podemos afirmar que ocurren cambios en el organismo, se dice que es una etapa de pérdidas, de la función social, de amigos y familiares, de ingresos económicos, y es aquí donde vemos la multidimensionalidad del proceso en la esfera biopsicosocial.

Desde esta perspectiva del individuo, el deterioro cognitivo es uno de los síndromes geriátricos que más lo afectan ya que interfiere con el correcto funcionamiento del resto de las funciones. La “demencia es un síndrome caracterizado por el deterioro adquirido de las funciones intelectuales respecto de un estado anterior conocido o estimado suficiente para intervenir ampliamente en la conducta del paciente respecto a las actividades de la vida diaria”. Puede detectarse a través de un examen cognitivo – conductual siendo que los estudios imagenológicos no son útiles en el diagnóstico pero puede mostrar la causa de la demencia.

Hay test de evaluación cognitiva que se deben realizar junto con la valoración geriátrica integral y el examen clínico para determinar el grado de deterioro como son el test de Pfeiffer que es básico, Mini Mental test que es más complejo y el test del reloj y que orientan a su diagnóstico.

La probabilidad de que sufra algún tipo de demencia ronda en torno al 20% luego de los 80 años donde podemos encontrar deterioro intelectual, desorganización de la personalidad e incapacidad progresiva para llevar a cabo actividades de la vida diaria.

Las podemos clasificar desde la edad de inicio (senil y presenil), su etiología (primaria o secundaria) y su evolución (reversible o irreversible). Respecto a la localización, corticales, vasculares o subcorticales. Dentro de las demencias corticales nos encontramos con la más común que es la enfermedad de Alzheimer representa entre un 50 – 75 % de las demencias.

Vamos a referirnos específicamente a este tipo ya que así como se estima un aumento en la población adulta mayor, también habrá un aumento en su prevalencia y sus consecuencias.

Se define como una atrofia cortical que produce una serie de lesiones cerebrales en forma de nudos u ovillos neurofibrilares y una sustancia amiloide que forma placas neuríticas o seniles en la corteza cerebral que en conjunto impiden la normal transmisión y recepción de los estímulos. La causa exacta de la enfermedad es desconocida, tiene un componente genético acompañada de cambios en el entorno y solamente se puede realizar un diagnóstico concluyente luego de fallecido el paciente o por biopsia.

El déficit que encontramos generalmente son dificultades en el lenguaje, la memoria y el cálculo.

Se presentan en distintos estadios:

- Prediagnóstico: suele confundirse con el envejecimiento “normal” con olvidos sobre todo de la memoria episódica errores de cálculo simples.

- Segunda: Desorientación temporo espacial, pérdida de memoria más pronunciada, sospechan de abusos o negligencia por parte de sus allegados, olvidos frecuentes de actividades instrumentales de la vida diaria y algunas actividades básicas.
- Tercera: se agudizan los síntomas apareciendo afasia (trastornos del lenguaje), agnosias (trastornos en la interpretación de estímulos aprendidos), prosopagnosia (no se reconocen a ellos mismos en el espejo).
- Cuarta: deterioro más pronunciado, se vuelven incontinentes, pierden peso, no responden a estímulos, alucinaciones visuales, crisis epilépticas. Puede existir mutismo.

Cabe destacar que su comienzo es insidioso y por lo general se diagnostica cuando ya está en un estadio avanzado pudiendo pasar rápidamente la siguiente etapa. Se trata de una enfermedad irreversible que no tiene cura, pero es relevante mencionar que no es la enfermedad la que termina con la vida del paciente sino la comorbilidad.

Habiendo nombrado de las características generales de la enfermedad en el individuo, tenemos que situarnos en el entorno y la familia del paciente que está cursando una enfermedad que es muy compleja y que demanda cuidados específicos.

Es una patología que altera toda la dinámica diaria y que conduce innecesariamente a cambios en el ambiente familiar. Genera sentimientos encontrados de ansiedad, impotencia, rechazo, enojo, etc. En las últimas etapas, el anciano desconoce su enfermedad y muchas veces la situación se torna insostenible para sus familiares lo que determina la institucionalización del paciente en un centro de larga estadía con sentimientos de culpa, frustración y angustia.

Es importante el apoyo a los familiares sobre todo cuando se le da el diagnóstico sin abrumarlo con información y por sobre todo vincularlo a redes de apoyo y sistemas de ayuda. Lo ideal sería integrar a las familias o responsables a la asistencia del paciente pero esto muchas veces no es posible por falta de tiempo, por no estar capacitados para enfrentar la enfermedad de su ser querido, o por el desborde que conlleva la convivencia con el paciente.

La asistencia para estos pacientes trasciende al individuo, requiere de un equipo interdisciplinario que trabaje conjuntamente con la familia y el paciente.

Se van perdiendo las actividades de las más complejas hasta las más simples o instintivas. Requiere de paciencia y conocimientos, es muy difícil tratar a un paciente con demencia y más aún convivir con él si no se tiene la suficiente capacitación e información ya que produce desgaste y desborde de las personas que conviven con el enfermo.

Aparecen trastornos de conducta, se trata de una alteración de las conductas habituales con aparición de agresión física, verbal o social al balance que mantiene el paciente con el entorno. Son comunes las alteraciones de memoria como hemos mencionado, la repetición de preguntas

por lo tanto, olvidos, acusaciones de robo y persecución, pueden haber situaciones que ponen en peligro la vida del paciente y allegados como por ejemplo dejar abierto el gas. Es común la afasia, agnosia, apraxia, vagabundeo y fuga, agitación, agresiones, inquietud, llanto. Pueden presentarse delirio y alucinaciones, trastornos del sueño, incontinencia, conductas inapropiadas, trastornos alimentarios.

Existe tratamiento farmacológico para este tipo de demencia con medicación específica sobre todo es muy conocido el uso de antipsicóticos. Tan importante como el tratamiento farmacológico lo es el tratamiento no farmacológico. Esta última puede ser definida como una intervención no química, teóricamente sustentada, focalizada y replicable, realizada sobre el paciente o el cuidador y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante. Pretenden mejorar la calidad de vida de las personas sanas o enfermas y en muchos casos retardar el deterioro inminente

Es importante preservar las funciones que el individuo conserva ejercitándolas. La realización de actividades sistemáticas de la vida diaria como realizar las camas, ordenar la ropa, tareas de limpieza, practicar la reminiscencia mirando álbumes de fotografías, controlar la alimentación ya que muchas veces se olvidan de masticar y como ya se ha dicho pierden peso, la estimulación cognitiva de todo tipo, física y espiritual pueden retardar el avance de la enfermedad y sobre todo prevenir el avance del deterioro cognitivo en general.

Mientras el paciente se encuentre en su domicilio, va a requerir un cuidador permanente y modificar los espacios para hacerlos seguros. Es importante que el paciente tenga un carné identificatorio como ocurre con otras enfermedades ya que las fugas son frecuentes. Retirar objetos peligrosos, adecuar cerraduras, retirar alfombras. Las canillas monocomando no son aconsejables ya que se mueven para el agua caliente con facilidad. Almanagues que orienten al paciente en el día así como relojes pueden ayudar en etapas no muy avanzadas. Tener más de un juego de llaves por si la llegan a agarrar y la esconden, señales dentro de la casa, luces nocturnas, puertas y placares con cartel que indiquen que lugar de la casa es, ropero con ropa imprescindible y de estación ordenada según el lugar donde se coloque, etc.

Hay un sinnúmero de adecuaciones para realizar en el hogar para facilitar la convivencia y evitar peligros. Otro aspecto a destacar es que el paciente puede estar ansioso o agresivo. Lo importante es no discutir con el paciente y tratar de desviarlo del tema de conversación. La confrontación solo trae más ansiedad y puede desencadenar situaciones violentas o mayor insistencia. Lo principal en esta enfermedad tan cruel es el afecto y el apego. El contacto físico suele ser de gran ayuda y el cariño es percibido por todo individuo.

Los índices acordados como relevantes para la medición del efecto de una terapia no farmacológica son la calidad de vida, la cognición, las actividades de la vida diaria, la conducta,

la afectividad, el dominio fisicomotor, el bienestar y la calidad de vida del cuidador, la institucionalización y los costos.

Dentro de las actividades terapéuticas se las puede agrupar en grupos de actividades: psíquicas, cognitivas, de expresión y comunicación, de artes plásticas, socioculturales, domésticas y espirituales.

Es importante conocer los gustos anteriores o labores que realizaba el paciente para estimularlo a que realice actividades similares dependiendo de sus posibilidades actuales.

Difiere también el tipo de actividades si la persona es activa o pasiva. Se debe tener en cuenta la adecuación de los participantes, adecuación a los objetivos de la intervención, adecuación a la realidad del grupo, adecuación al entorno.

Si se trata de personas activas, hay actividades deportivas, terapias físicas, relaciones públicas, de vigilancia y mantenimiento, visitas a enfermos, musicoterapia, teatro, trabajos manuales, excursiones, exposiciones, juegos, coleccionismo, etc. Todo tipo de estímulos dependiendo siempre del estado del paciente y del deterioro que presente.

En caso de ser validados pasivos, pueden participar de espectadores de los activos. Siempre considerar actos que tengan interés a fin de que se amplíe su campo de aficiones.

Todas estas terapias son de mucha ayuda como ya mencionamos tanto para pacientes con demencia como para pacientes sin demencia.

Pueden realizarse tanto en instituciones como en el propio hogar del paciente y pueden ser las actividades de respiro para los familiares en domicilio.

Otro aspecto que quisiera destacar es el usuario y el sistema gerontológico. Cuando fallan las terapias medicamentosas y no farmacológicas o ya no contienen al paciente en muchas ocasiones es trasladado a residencias de tiempo completo debido a la sobrecarga del cuidador. Lo más importante es haber transitado por todas las opciones de tratamiento lo que supone que se ha hecho todo por ese paciente. No es posible cuidar a este tipo de paciente sin estar capacitado. Es un síndrome que puede enfermar también a quienes lo rodean. Contamos con muy pocos centros diurnos, clubes de jubilados, residencias de mediana estadía, círculos para la para la edad de aprendizaje, talleres, sociedades, etc. Y he aquí a continuación la propuesta concluyente del presente informe.

Conclusiones:

De todo lo mencionado, cabe resaltar el crecimiento exponencial de la población adulta y la importancia de la gerontolización de las profesiones para lograr mejorar la calidad de la

población anciana. En todas las disciplinas que trabajan con adultos mayores vamos a encontrar pacientes con demencias y sobre todo con Enfermedad de Alzheimer. Es el tratamiento conjunto del paciente y su familia o del paciente y su cuidador o responsable el que hace la diferencia para asistir a estos pacientes satisfactoriamente ya que trasciende al grupo familiar y en definitiva al entorno. Toda una serie de modificaciones en el hogar si es que compatible para que permanezca allí deben ser tomados en cuenta para la seguridad de todos y para no desencadenar la cascada de síndromes geriátricos del propio individuo enfermo lo que le traería más morbilidad incluso pudiendo determinar su muerte. La búsqueda de redes de apoyo con personas que tengan la misma patología y familiares en similar situación puede brindar estrategias de cuidado y apoyo mutuo.

La propuesta a implementar sería entonces crear sistemas nexo o intermediarios con personal capacitado luego de la realización de una valoración geriátrica integral a los pacientes por el equipo interdisciplinario domiciliario y los test de valoración de la función cognitiva, actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y test de valoración de la función motora como el up and go.

Fomentar sistemas de respiro para evitar la institucionalización en centros de tiempo completo para que el impacto de la separación sea menos nocivo y gradual pudiendo retornar a su domicilio luego de finalizadas las actividades en el centro. Si se trata de un sistema de respiro, que se realice en una habitación separada, sin presencia de familiares ni interrupciones.

En el Uruguay contamos con una asociación psicogeriatrica que brinda servicios diurnos tanto matutinos como en la tarde con opción a horario completo. Es claro que lo ideal sería poder mantener al paciente con demencia el mayor tiempo posible en su domicilio mientras las condiciones así lo permitan. Existen pocos clubes para la tercera edad, habiendo centros extranjeros que realizan actividades físicas, talleres de memoria y expresión plástica.. El paciente que no presenta demencia o tiene demencia leve y no realiza actividades también debería concurrir a estos centros a fin de mantener las funciones que conserva.

Lamentablemente predominan los depósitos de ancianos donde se deposita el problema y tenemos demasiados ancianos “aburridos” y que “no me dejan hacer nada” (palabras textuales) que podrían estar haciendo uso de estos sistemas con el único fin de mejorar su calidad de vida y la de sus allegados.

Bibliografía:

+ PROF. DR. HUGO VALDERRAMA, “Capacitación Superior en Geriátrica y Gerontología”.