

MASTER de GESTIÓN y ASISTENCIA SOCIO SANITARIA DE ANCIANOS EN CENTROS GERIÁTRICOS y DOMICILIARIA.

JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento fisiológico es algo inherente del ser humano y tiene que adaptarse a esos cambios, sin tener que lamentarse de los mismos, para evitar caer en trastornos psicossomáticos evitables.

El envejecer no es sinónimo de enfermedad, a pesar que menguan algunas facultades físicas: la función locomotora, renal, metabólica, cardiovascular, neurológica, endocrina, gastrointestinal, para las cuales debemos buscar soluciones o alternativas que nos puedan hacer llegar lo más lejos posible de la enfermedad y disfrutar de una vida psico-física lo más sana posible, es por lo que se habla de una trilogía: dieta, ejercicio e hidratación como soportes de una vida sana y duradera en el tiempo.

La casi inversión de la pirámide poblacional en nuestro país, ha sido el motivo de la creación de la Ley de Dependencia, pues el envejecimiento poblacional nos planteará, desde el punto de vista biológico y cronológico, a la sociedad del futuro, problemas de supervivencia y de reparto de cargas económicas y sociales, al vivir dentro de un engranaje sociopolítico y económico. El decrecimiento de la población joven y, por tanto, de población activa, tendrá que asumir la responsabilidad financiera de mantener al número cada vez más elevado de Personas Mayores e incluso plantearse la prórroga de la edad de jubilación o productividad de nuestros ancianos, que actualmente ronda el 17% de la población española, mayor de 65 años.

El cansancio psíquico, alimentado por la soledad, con las implicaciones que ello conlleva y que actualmente en nuestro país ronda 1.400.000 personas

ancianas que nutren, aún más, esta dolencia, haciendo que la persona caiga en un círculo cerrado de inactividad psico-física, pocas ganas de comer e ingerir alimentos, estos últimos que también se pueden ver alterados en su composición, elaboración y absorción, por la evolución natural de la vida, es por lo que debemos estimular nuestro organismo, a desarrollar actividades físicas, nutrirse e hidratarse adecuadamente. Esto ocurre también al no consumir adecuadamente la medicación.

La situación sociolaboral actual, así como la gran peregrinación a los núcleos urbanos de los más jóvenes, seguidos por los añosos que buscan el cobijo familiar como antaño, pueden llegar a plantear una problemática relacionada con la dinámica social de este nuevo grupo de población con unas necesidades diferentes a las de sus padres y abuelos, donde surgen unos nuevos conceptos de salud y atención sanitaria, que ha originado una mejor calidad de vida y consecuentemente ha incrementado la vida media alrededor de los 85 años y los 87 años de edad para los que viven en los centros geriátricos.

El tratamiento de estas personas, puede suponer un importante coste económico dependiendo de la situación del momento, pero no debemos de olvidar el aspecto social y familiar, que como profesionales debemos de tener presentes para afrontar las situaciones que se presenten, las cuales no suelen ser iguales y muchos ancianos viven solos a lo largo del día. Nuestra preparación ante cualquier adversidad que se pueda presentar es crucial en la buena atención socio-asistencial de nuestros pacientes y lleva apareado un buen cumplimiento terapéutico, pues de ello depende unos buenos resultados terapéuticos, tanto en farmaeconomía directa como indirecta. Es decir, una persona que no se olvida de tomar su medicación antihipertensiva tendrá una incidencia mucho menor de padecer accidentes cerebrovasculares, entre otras complicaciones, las cuales serán una consecuencia indirecta de no ahorro o bien de gasto socio-sanitario, ya que a los recursos asistenciales, hay que añadirles el coste social y familiar, simplemente por no recordarse que debe tomar la medicación en un momento dado del día.

Nuestra sociedad, se va haciendo exigente en lo que a calidad socioasistencial se refiere, pero realmente, no están informados ni usuarios ni muchos profesionales, sobre lo que se entiende por servicio socioasistencial, incluso los programas o planes de actuación geriátricos tanto autonómicos como nacionales se convierten en complejos y dificultad en su ejecución como es el caso de la popularmente conocida como Ley de dependencia, en su apartado de formación, donde no está logrando los objetivos marcados. Ni tampoco en las exigencias en lo que a la acreditación de los centros geriátricos y su personal se refiere, con unos plazos contemplados entre 2011 y 2013 se refiere para regularizar su situación, en cuanto a conocimientos se refiere.

Este master, no sólo va dirigido a médicos de residencias sino también de AP y otras especialidades médicas, ya que muchos centros de salud son los responsables de atender centros geriátricos, así como en algunos casos compartir con los médicos de residencias la responsabilidad, además de la suya propia cuando acude al domicilio del anciano.

El master pretende desengranar las actividades sociosanitarias que giran entorno al anciano institucionalizado y que salga fuera del ambiente residencial su conocimiento, logrando con ello una mejor calidad asistencial a nuestros mayores, así como una mayor y mejor comprensión terapéutica por parte de la AP hacia las personas institucionalizadas en estos centros de corta, media y larga estancia, pudiendo hacer extensible los conocimientos adquiridos al anciano ambulatorio o en su domicilio, logrando un mejor aprovechamiento y distribución de los recursos humanos y materiales.

OBJETIVOS

Generales

- a. Realizar un programa formativo para médicos de centros geriátricos y de AP que dispensen una atención sociosanitaria al anciano.
- b. Establecer un marco de referencia para la consulta e información específica sobre los temas tratados, su desarrollo y aplicación posterior.
- c. Proyectar pautas y criterios de actuación por los facultativos que atienden a la persona en edad geriátrica.

- d. Establecer un marco de actuación para realizar y promover programas de actuación sociosanitaria en beneficio de la población geriátrica en general.

Específicos

Realizar una auténtica gestión de los servicios y asistencia sociosanitaria que afecta a la población geriátrica, buscando su mejor aprovechamiento y rendimiento, formando adecuadamente al personal facultativo que los atiende.

METODOLOGÍA

Para el mejor desarrollo del mismo y facilitar su acceso, la realización del master es vía online, con jornadas presenciales cuatrimestralmente y tutores vía online. Para la obtención del master es necesario realizar todos los bloques con una duración de 20 meses, los cuales se deben hacer cronológicamente según programa. Debiendo realizar al finalizar cada módulo un examen de evaluación vía online consistente en un trabajo o bien cuestionario de respuestas múltiples, debiendo superar el 70% de la prueba y entrega de proyecto final del master que contemple en su contenido un 25% de gestión en aprovechamiento y mejor rendimiento de los recursos. También la asistencia presencial es muy importante, ya que no debe ser inferior del 90%.

Habrán unas clases presenciales obligatorias de dos jornadas consecutivas, que tratará algunos de los temas más destacados y talleres de habilidades, relacionados con el módulo tratado. Seleccionando profesores de reconocido prestigio y habilidades docentes. Las jornadas, serán en locales de la SEMER, la Universidad y otras ciudades donde exista una representatividad de los alumnos inscritos.

Se les entregará documentación online, material informático y escrito para su mejor comprensión y realización del master, pudiendo compilar un material, que en el futuro podrá irlos actualizando con cursos post master, de forma mixta (online y presencial). No debiendo superar los 36 meses desde la

obtención del master, para obtener su actualización, manteniendo vivo el master, según los planes formativos del plan Bolonia.

DIRIGIDO

Médicos que trabajan en centros geriátricos de corta, media y larga estancia, así como de AP y otras especialidades médicas interesadas.

NÚMERO DE PLAZAS

60 plazas, cuya elección será por orden de puntuación según autobarefacción hasta completar el cupo, los que queden fuera de esta primera convocatoria se dejarán por orden con la puntuación obtenida para la siguiente convocatoria pudiendo actualizar su baremo.

Las siguientes convocatorias del master será de 50 plazas y 10 de reservas para los nuevos autobaremos que se incorporen pasadas esta primera convocatoria.

CONVOCATORIAS

Se iniciará este primer master segunda quincena de abril 2011. Sujeto a posibles cambios por temas organizativos y en cuyo caso se anunciaría con un mes de antelación como mínimo y las siguientes convocatorias comenzarían sucesivamente el 15 de febrero de cada año a partir del 2012.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Buscando una política de igualdad y paridad, habrá una solicitud explicando los motivos, su curriculum y BAREMO específico para el master, donde contempla como ventaja el haber cursado estudios en la Universidad Cardenal Cisneros y ser socio de SEMER. Se entregará vía online.

El plazo de entrega solicitud y autobarefacción es el 30 de enero 2011.

Los seleccionados deberán aportar originales si son requeridos, siendo obligatorio la compulsión del título de licenciado en medicina aunque no para la solicitud

El listado de seleccionados según la puntuación autobaremación se publicará el 15 de febrero y para respetar la confidencialidad se hará por su DNI el resto de los solicitantes se pondrán también según la autobaremación presentada para que sepan en qué lugar del listado se encuentra.

INSCRIPCIÓN

Una vez admitido al master y comprobada la documentación del autobaremo. Puede inscribirse en el boletín que se adjuntará a primeros de enero, donde figura la forma de pago. En este sentido se propondrá entidades bancarias que ofrecen facilidades de pago. Para los socios SEMER en su momento se le indicará otras formas de conseguir subvenciones y que figurará en la zona de socios de la web a partir del 20 de enero 2011. El precio inicial del master que son 100 créditos ECTS plan Bolonia con una duración de 22 meses, son cercanos a los 6000 € que intentamos sean menores si se encuentra patrocinios.

CRONOGRAMA

El objetivo es iniciar finales abril 2011 con sesión presencial de fin de semana, que le seguirán otra primera quincena de septiembre, de diciembre 2011, segunda quincena de marzo, de junio 2012, primera de septiembre, octubre 2012 y entrega titulaciones enero del 2013.

Fecha tope entrega autobaremación 30 enero 2011.

Listado admitidos 15 febrero 2011.

Inicio inscripciones 20 febrero 2011 hasta 30 marzo 2011.

AVALES

El master está avalado por la Universidad Cardenal Cisneros de Madrid, adscrita a la Universidad Complutense de Madrid, y es la que emite las titulaciones. Además de Sociedades Médicas y entidades que se van incorporando al proyecto.

FINALIDAD DEL MASTER

1. Sea referente como preparación de los profesionales que atienden las personas dependientes, Tal y como exige la propia Ley.
2. Forme parte y tenga el reconocimiento como parte del currículo personal dentro de la formación médica continuada.
3. Sea valido como elemento evaluador positivo para sumar méritos dentro de la carrera profesional.
4. Tenga reconocimiento por parte de la administración pública y privada como elemento favorable en suma de valores para obtención de plazas residenciales y de AP, con su elemento retributivo correspondiente.
5. Cubra las necesidades actuales de profesionales formados en la atención al anciano institucionalizado y el domicilio, no proporcional con el crecimiento poblacional añoso.

ÁMBITO

Es Nacional e internacional, ya que el online no tiene fronteras, siempre y cuando respete la modalidad de la convocatoria del master si eso es lo que persigue, o bien simplemente instruirse, en cuyo caso no le será expedido la certificación del master.

PROFESORADO DEL MASTER

Todos/as son personas cualificadas en la docencia y reputado prestigio en sus materias, con reconocimiento por los profesionales del sector que representan. Lo constituyen mas de 60 docentes distribuidos por toda la geografía nacional y muchos de ellos con reconocimiento y prestigio internacional.

TEMARIO

BLOQUE I

Coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. Gestión de personas. Comunicación.

Introducción

Corren tiempos nuevos de cambios en las estructuras de la gestión de recursos para la atención médica de las personas mayores en centros de larga estancia,

centros residenciales o socio-sanitarios tanto de gestión pública como privada, e inexorablemente uno se siente Mayor, en años, en experiencias, en ilusiones y en expectativas. Los profesionales que llevan años de su vida en el cuidado de las Personas Mayores, hace una reflexión de anteriores expectativas y de antiguas ilusiones sobre los cuidados integrales a la dependencia, sobre las apuestas presupuestarias para dichos cuidados, sobre la necesidad urgente de coordinar servicios socio-sanitarios, sobre el derecho de toda persona con dependencia a poder elegir servicios dignos.

Coordinar, gestionar, son materias no tratadas durante el período de formación y forman parte de una realidad en nuestros tiempos, donde el profesional de la medicina no sólo debe brindar asistencia que saber gestionar los recursos, darles un mejor aprovechamiento material y de recursos humanos. Este bloque pretende dar los conocimientos necesarios teórico prácticos.

1. Definición de centro sociosanitario. Desarrollo e implicaciones nacionales e internacionales.
2. Funciones del médico en un centro geriátrico y del bienestar del anciano.
3. Concepto y funciones del equipo multidisciplinar.
4. Atención al mayor: Ley de Dependencia.
5. Modelo de gestión de la Dirección Médica, social, sanitaria y ejecutiva del centro. Desarrollo de programas asistenciales.
6. Derivación otras redes asistenciales. Intermediación con la administración.
7. Generalidades del derecho sanitario. LOPDS.
8. La medicina alternativa.
- 9. GESTIÓN DE PERSONAS.**
 - 9.1 Liderazgo, Motivación y Estilos de Dirección.
 - 9.2 Reuniones Operativas y Gestión Eficaz del Tiempo.
 - 9.3 Técnicas de Negociación.
 - 9.4 COMUNICACIÓN.

BLOQUE II

La atención médica en centros Sociosanitarios y el domicilio.

Introducción

Es posiblemente el momento adecuado para plantearnos cual es el papel que juegan estas instituciones en nuestra sociedad con un proceso de envejecimiento creciente y como consecuencia del mismo la emergencia de fenómenos como la dependencia, el aislamiento o la soledad.

Es preciso avanzar, por un lado que la dinámica organizativa asistencial de los centros Gerontológico está cambiando en relación con las nuevas necesidades y demandas, ampliando su cobertura sanitaria y flexibilizando tanto su carácter de centros de atención a la Dependencia (con unidades de estancias temporales, unidades de media estancia, plazas de recuperación funcional, etc), como su interrelación con los centros hospitalarios de referencia y unidades de atención primaria de su entorno.

Esta nueva dinámica de intervención y cuidados socio-sanitarios, se fundamenta en una estructura de trabajo interdisciplinaria a través de diversos equipos de valoración que en cada caso definen protocolos, articulan planes de intervención y seguimiento conjunto con características gerontológicas y, en definitiva, dan cuerpo a la **ATENCIÓN INTEGRAL SOCIO-SANITARIA** en el marco de una Residencia para Personas Mayores.

Esta dinámica de atención clínica gerontológico unida a las prestaciones psico-sociales con programas dirigidos a usuarios y familias basados en criterios de adaptación e integración, conforman la base técnica, que funciona cotidianamente sobre una estructura hostelera que se comporta en el momento actual como marco referente de habitabilidad altamente cualificada. La alta complejidad de gestión de las estructuras funcionales antes definidas, dan origen a nuevos conceptos y formas de trabajar que en muchos casos aún no se reconocen claramente por todos los sectores sociales, y en pocos de ellos por las propias administraciones públicas, por lo que de gran esfuerzo financiero y estructural suponen las mismas.

Es indudable que este nuevo perfil conceptual de Centros tiene por objetivo fundamental proporcionar seguridad y confianza a la población en general que en un momento determinado precise de atención especializada para si mismo o para un familiar.

Y es en este marco en el que un grupo de profesionales con amplísima experiencia en el manejo clínico en centros residenciales de la comunidad gallega afronta el reto de redactar este módulo, con la simple pretensión de servir como guía básica de aquellos profesionales que quieran acercarse al entorno de los cuidados continuados a personas mayores.

- tema 1 La institucionalización de personas mayores en centros de larga estancia. Ingreso. Periodo de Adaptación, integración
- tema 2 Historia clínica en residencias. Peculiaridades
- tema 3 Ancianidad versus enfermedad . Formas de presentación. Síndromes geriátricos
- tema 4 Síndrome de Inmovilidad
- tema 5 UPP Prevención y tto integral
- tema 6 Vértigo, inestabilidad y caídas .
 - a. Valoración diagnóstica ante una caída.
 - b. Grupos de especial riesgo: Neurológicos, Locomotor, Cardiovascular.
 - c. Manejo Integral del paciente con caídas
 - d. Sujeciones en el medio Residencial
- tema 7 Prevención y rehabilitación funcional.
 - a. Fisioterapia Rehabilitadora y de mantenimiento. La importancia de los pequeños logros.
 - b. Terapia ocupacional Rehabilitadora y de mantenimiento. Ludoterapia y actividades de animación . Musicoterapia y risoterapia.
- tema 8 Valoración geriátrica y establecimiento de un plan de cuidados
- tema 9 Metodología de los Cuidados Prolongados

tema 10 Valoración Multidimensional Integrada. Trabajo en equipo, importancia del equipo multiprofesional.

Taller 1 comunicación: Manejo de grupos. Gestión de quejas. Comunicación con residente y familia en situaciones difíciles.

Haber rotado mínimo 10h en centro geriátrico y cinco en un centro de día de su localidad acreditado u otras.

BLOQUE III

Principios de actuación en las patologías más habituales de los ancianos institucionalizados I.

Introducción

Por lo extenso del temario de las patologías más frecuentes en el anciano se tratan en dos bloques, buscando en ello el carácter práctico y la experiencia del autor para facilitar su puesta al día.

Taller 5 Instrumentalización básica en oftalmología y otorrinolaringología.

BLOQUE IV

Principios de actuación en las patologías más habituales de los ancianos institucionalizados II.

tema 1 Principales Infecciones en el anciano.

a. Infecciones más prevalentes en residencias y en el anciano.

Infecciones partes blandas.

b. vacunaciones. prevención y cuidados.

c. SIDA. TB. Hepatitis B y C

tema 2 Nefro - urología en residencias

a. Insuficiencia renal,

b. I.T.U.

c. Incontinencia.

d. Cólicos renales.

tema 3 Dermatología.

c. Prurito senil.

d. Eczemas

e. Patología infecciosa

f. Parasitosis.

g. Oncología dermatológica.

tema 4 Traumatología en el anciano. Fracturas más frecuentes.

Osteoporosis senil, prevención. El pie del anciano. Prótesis y órtesis. Rehabilitación del aparato locomotor.

tema 5 Farmacología geriátrica. Farmacocinética y farmacodinamia.

Fórmulas galénicas adecuadas.

Taller 6 Manejo quirúrgico básico:

a. Hilos y Suturas

b. Técnicas básicas de exploración en traumatología.

Infiltraciones. Reducción de luxaciones.

c. Inmovilización de urgencia. Vendajes funcionales

BLOQUE V

DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS EN GERIATRÍA.

Introducción

Según la enfermedad avanza y alcanza su fase final, las expectativas de una curación desaparecen y es el cuidado la única alternativa que le queda al médico. Sin embargo, el control de los síntomas es complejo y requiere una especial cualificación.

Los cuidados paliativos nacen para cubrir esta necesidad y han adquirido gran auge y desarrollo en los últimos años en nuestro país. Se han creado unidades hospitalarias de cuidados paliativos, se ha aumentado la atención en domicilio desde atención primaria y se han constituido unidades específicas de cuidados

paliativos a domicilio, potenciando cada vez más la atención domiciliaria.

Se establece así consonancia con la opinión de múltiples expertos y de la propia Organización Mundial de la Salud que establecen, como uno de los objetivos de los cuidados paliativos, que los pacientes con enfermedades en fase terminal pasen el mayor tiempo posible en su domicilio.

En este contexto las residencias, lugar de domicilio de los usuarios, con personal sanitario (DUE habitual y médico en muchos casos) durante las 24 horas, han visto en la última década, como han disminuido los pacientes válidos o escasamente asistidos que optan por institucionalizarse, toda vez que los equipos de atención a domicilio cubren sus expectativas de cuidado con un adecuado apoyo familiar, y han aumentado hasta ser mayoría absoluta, los pacientes con enfermedades en fase final o terminal los que ocupan nuestras camas.

La consecuencia ha sido que los cuidados paliativos se han impuesto en nuestro trabajo diario, y se atiende al paciente hasta que muere, la mayoría de las veces, en la residencia.

La disponibilidad de historia clínica y de poder realizar en todo momento una valoración geriátrica exhaustiva, la sencilla tecnología habitualmente empleada en cuidados paliativos para la resolución de los problemas más comunes al alcance de los centros, el estrecho contacto con el paciente, la disponibilidad de un equipo multidisciplinar, junto a una actitud positiva frente a la atención de este tipo de enfermos y la formación adecuada del personal, convierten a las residencias en un recurso sociosanitario adecuado para desarrollar programas de cuidados paliativos y atender con suficiente calidad a los ancianos enfermos subsidiarios de ellos.

El modelo de atención que se va imponiendo es de "cuidados continuos", concepto desarrollado en el campo de la oncología y que se adapta bien a las necesidades de nuestros pacientes. Estos "cuidados continuos" implican aplicar cuidados paliativos a la enfermedad en fase final, sin unos criterios de terminalidad claramente definidos y con una expectativa de vida muy variable y aplicar cuidados curativos a las complicaciones intercurrentes que aparezcan y que puedan suponer un claro deterioro en la calidad de vida del enfermo. En definitiva se combina el cuidado curativo con el paliativo.

En el caso de pacientes con múltiples complicaciones causantes de sufrimiento

intenso que desborden las posibilidades de una adecuada atención en la residencia con los medios y formación de su personal, se debe plantear una mayor coordinación (en la actualidad es escasa o nula) con las unidades específicas de cuidados paliativos hospitalarios, que sus mayores disponibilidades técnicas y humanas pueden controlar al enfermo y devolverlo a la residencia, donde será atendido de una forma mas cálida y próxima y donde se permitirá a la familia dar todo el apoyo afectivo que desee hasta su fin.

Tema1.- EL DOLOR EN EL ANCIANO. POSIBLES ETIOLOGÍAS. ALTERACIONES QUE PRODUCE. TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL ANCIANO.

Tema 2.- ONCOLOGÍA GERIÁTRICA. TUMORES MÁS FRECUENTES.

Tema 3.- LA TERMINALIDAD EN EL ANCIANO NO ONCOLÓGICO. TOMA DE DECISIONES. MEDICINA PALIATIVA EN RESIDENCIAS Y EL DOMICILIO.

Tema 4.- CONTROL GENERAL DE SÍNTOMAS. VÍAS DE ACCESO Y ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS. ESCALERA ANALGÉSICA DE LA OMS. MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS.

Tema 5.- CONTROL ESPECIFICO DE SÍNTOMAS.

Tema 6.- COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA EN EL PACIENTE TERMINAL.

Tema 7.- ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL DEL ENFERMO TERMINAL AL PROCESO DE MORIR.

Tema 9.- ATENCIÓN A LA FAMILIA Y AL CÓNYUGE. EL PROCESO DE DUELO.

Tema 10.- EL TRABAJO EN EQUIPO. ENFERMERÍA, TERAPIA OCUPACIONAL Y FISIOTERAPIA EN CUIDADOS PALIATIVOS.

TEMA 11.- ASPECTOS BIOÉTICOS EN EL ANCIANO TERMINAL oncológico y neurodegenerativa.

BLOQUE VI.

NUTRICIÓN EN GERIATRÍA. SU APLICACIÓN EN EL DOMICILIO Y LOS CENTROS GERIÁTRICOS.

Introducción

La nutrición es el pilar básico y fundamental de la persona, ya que es la encargada de suministrar los aportes necesarios para el correcto funcionamiento del organismo.

Nuestros mayores actuales han pasado mucha hambruna y vivido situaciones de desasosiego por lo que este elemento se hace aún mas importante, incluso desde el punto de vista psíquico. Muchos de nuestros mayores no saben nutrirse adecuadamente y algunos incluso no saben hacer comidas, dependiendo de otras personas para satisfacer esas necesidades diarias.

En los centros geriátricos la edad media está alrededor de 87 años y va subiendo, siendo uno de los causantes, la ingesta adecuada de los alimentos, así como su preparación acorde a las necesidades particulares de cada persona, contando para ello de profesionales cada vez mas preparados y especializados, puesto que no se trata solamente de preparar un menú adecuado, indicar un suplemento o recomendar un preparado comercial, hay que estudiar cada caso en particular y realizar una valoración individual donde deben estar presentes una infinidad de factores y uno de ellos es el hábito de vida de la persona.

Cuando se habla de nutrición en el anciano, debemos tener presente que es un abordaje multidisciplinar, si bien es cierto, debe existir un Coordinador de las actuaciones que supervise la correcta ejecución de las normas pautadas a cada caso estudiado, muchas veces nada fácil si tenemos en cuenta la cantidad de creencias populares e incluso profesionales que se tienen por costumbrismo sin seguir un criterio. Por consiguiente, hay que involucrar al mayor número posible de personas que brindan su atención al anciano institucionalizado de larga o corta estancia e incluso el ambulatorio, para que todos juntos puedan ofrecer la mejor alternativa a cada caso.

El módulo de nutrición que nos ocupa trata la misma desde los diferentes puntos de vista que se debe abordar este tema, como único beneficiario “nuestros mayores”, a través de la formación continuada de los profesionales que les atendemos, para mejorar la misma y ello se lo debemos agradecer a los autores de la misma, así como la encomiable colaboración y elaboración del Coordinador que ha sabido captar estas necesidades para llevarlas a feliz termino

Capítulo 1: Importancia del proceso de alimentación en el anciano institucionalizado. Generalidades.

Capítulo 2: Modelo alimentario de las personas mayores. Comportamiento alimentario.

Capítulo 3: Restauración. Conceptos y su influencia en la calidad alimentaria en personas institucionalizadas. Transformación de los alimentos y cómo influye sobre el valor nutritivo. Factores institucionales y su influencia en nutrición. Comportamiento social.

Capítulo 4: El proceso de la alimentación en una residencia. Los diferentes departamentos implicados. Peculiaridades particulares y coordinación entre los mismos. La alimentación como acto social.

Capítulo 5: Principales Grupos de Alimentos. El agua como alimento-nutriente. Requerimientos. Guías alimentarias. Particularidades y objetivos en los ancianos.

Capítulo 6: Principios inmediatos energéticos y no energéticos.

Capítulo 7: Valoración nutricional. Instrumentos de valoración.

Capítulo 8: Malnutrición. Diagnostico. Factores que influyen en la malnutrición de los ancianos: aspectos médicos y psicosociales. Otros déficits nutricionales. Sobrepeso y Obesidad.

Capítulo 9: Disfagia como causa de malnutrición. Patologías secundarias a la disfagia: Aspiraciones y microaspiraciones.

Capítulo 10: Elaboración de dietas en residencias. Menús. Importancia de las preparaciones culinarias. Alimentos funcionales.

Capítulo 11: Dietas terapéuticas. Código de Dietas. Abordaje de dietas por patologías. nociones básicas y generales.

Capítulo 12: Nutrición artificial. Nutrición enteral. Sondas enterales. Fórmulas comerciales. Cuidados y precauciones en residente portador de sonda enteral Aspectos éticos de la nutrición enteral.

Capítulo 13 Legislación Reguladora de la Alimentación y Nutrición Enteral.

Capítulo 14 Interacción medicamento y alimentos.

TALLER: Valoración nutricional y cálculo aporte energético. Valoración y preparación de menús saludables: cardíacos, renales, neurológicos

BLOQUE VII

RADIOLOGÍA EN ANCIANOS.

INTRODUCCIÓN

La radiología en las personas ancianas en condiciones normales puede llevar a equívocos diagnósticos, ya que lo que puede ser normal a estas edades por la evolución fisiológica normal del ser humano, se pueda interpretar en un momento determinado como patológico. Por todo lo anterior, es importante diferenciar lo normal de lo patológico a estas edades, así como lo que se puede encontrar dentro de la normalidad de un proceso crónico tratado adecuadamente.

La radiología simple ha evolucionado favorablemente y está al alcance de cualquier unidad de Atención Primaria, es por lo que pretendemos sea muy práctico y resolutivo en nuestra práctica diaria, para ello nos apoyaremos en nuestra web, para que puedas consultar en cualquier momento las dudas que te surjan en la consulta.

1. ANATOMIA RADIOLÓGICA sin contraste:

a. Tórax.

- Proyecciones mas usadas y su funcionalidad.

- Descripción anatómica visceral, vascular y ósea.
 - Medidas radiológicas: cardíacas. Mediastino.
 - Planos anatómicos radiológicos
 - Parenquima pulmonar.
- b. Abdomen:
- Anatomía por compartimentos.
 - Proyecciones simple y bipedestación su razón.
 - Medidas radiológicas: riñón. Diafragma. Próstata.
 - Densidad radiológica. Disposición de las asas.
- c. Cráneo:
- Estructura anatómica claves: orbitas, senos, mastoide, huesos propios.
 - Proyección útil.
- d. Columna vertebral:
- Cervical: proyecciones útiles. Descripción funcional.
 - Dorsal: Parrilla costal.
 - Lumbar: Tamaño radiológico cuerpos vertebrales. Densidad.
 - Sacra-Coxígea: descripción anatómica.

2. PATOLOGÍAS RADIOLÓGICAS MÁS FRECUENTES EN EL ANCIANO.

a. TÓRAX:

- Neumonías: Patrones definitorios. Aspiración.
- BNOC: EPOC. BRONQUIECTASIAS.
- ASMA.
- Derrames pleurales.
- Derrames pericárdicos.
- Neumotórax.
- Fractura costal y vertebral.
- Osteopenia y signos indirectos de osteoporosis.
- Tuberculosis pulmonar.
- Atelectasias.
- Masas tumorales parénquima pulmonar. Descripción y signos de malignidad.

- Masas mediastínicas.
- b. La mama (aunque está situada en el tórax le daremos un trato especial).
- Parénquima normal.
 - Descripción anatómica por cuadrantes radiológicos.
 - Mamografía. Interpretación.
 - Como medida de Screening en mayores de 65 años.
- c. Abdomen:
- Perforación.
 - Masas: tumorales y quísticas.
 - Abdomen agudo.
 - Organomegalias.
 - Disminución tránsito intestinal.
 - Estreñimiento. Fecalomas.
 - Pared abdominal.
 - Neumoperitoneo.
 - Dispositivos (SNG) o injertos.
- d. Cráneo:
- Fracturas: orbita. Mastoides. Huesos propios.
 - Inflamaciones: sinusitis. Mastoiditis.
 - Piezas dentales: flemones. Raíces dentales.
- e. Columna vertebral y pelvis:
- Mega-apófisis.
 - Compresión agujeros conjunción.
 - Compresión vertebrobasilar.
 - Sospecha de herniación.
 - Microfracturas cuerpos vertebrales.
 - Región pélvica: fracturas.
 - Inflamación ósea.
 - Tumores benignos: quistes. Exostosis.
 - Tumores malignos y metástasis óseas.
 - Artropatía degenerativa.
 - Artropatía metabólica y sistémica: ac. Úrico. Crohn. Psoriasis.

- Rechazo prótesis.

3. COMPARATIVA ENTRE PATOLÓGICO Y NORMAL PARA LA EDAD, ASÍ COMO MANIFESTACIONES PROPIAS DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA EN EL ANCIANO.

a. TÓRAX:

- Infiltrados.
- Engrosamientos cisuras.
- Derrames pulmonares.
- Cardiomegalia.
- Rigidez caja torácica.
- Calcificaciones: cartilaginosas y vasculares.

b. ABDOMEN:

- Organomegalias.
- Flebolitos.
- Calcificaciones viscerales, vasculares y depósito vesical.
- Meteorismo.
- Psoas.

c. CRÁNEO:

- Mucosidad senos nasales.
- Solidez zona aérea.

d. ESTRUCTURA ÓSEA:

- Esclerosis.
- Artropatía degenerativa propia de la edad.
- Cierre cartilaginoso y su calcificación.
- Engrosamiento cortical.

4. CASOS CLÍNICOS

BLOQUE VIII

RESPUESTA A LAS URGENCIAS EN RESIDENCIAS Y ATENCIÓN AL ANCIANO.

INTRODUCCIÓN

Las urgencias en residencias de ancianos no sólo se presentan en ellos sino muchas veces en su propio personal, los familiares y visitantes que acuden. El personal sanitario de los centros geriátricos sufre frecuente rotación lo que hace tener poca formación en este terreno de la medicina que no deja de ser una acción intervencionista urgente/emergente y que ante una situación de estrés no se sepa tomar las decisiones adecuadas en un momento dado.

- I. Insuficiencia respiratoria aguda.
 1. Actuación ante la reagudización del EPOC.
 2. Crisis asmática, intervención terapéutica.
 3. Cuerpos extraños. Atragantamientos.
- II. Reacción alérgica.
 1. Tratamiento médico urgente.
 2. Seguimiento Terapéutico.
 3. Tratamiento dietético.
- III. Shock anafiláctico.
 1. Causas y prevención.
 2. soporte terapéutico.
- IV. Patología cardiovascular urgente
 1. Intervención ante una descompensación ICC.
 2. tratamiento urgente ante un edema agudo de pulmón.
 3. Crisis hipertensiva.
 4. Hipertensión arterial.
 5. Coronariopatía aguda, su tratamiento urgente y derivación al hospital.
 6. Protocolos de actuación ante el ICTUS.
- V. Función Renal.
 1. Infecciones del tracto urinario. PNF. Sind. Confusional.

2. actuación ante el fracaso renal agudo.
- VI. Patología dermatológica urgente más frecuente en ancianos.
 1. descripción y medidas terapéuticas de las quemaduras.
 2. pénfigo ampoloso.
- VII. Traumatismos.
 1. TCE. Intervención terapéutica y diagnóstica. Cuándo derivar al hospital. Nivel de conciencia (Glasgow).
 2. Fracturas cadera y zona pélvica.
 3. Tratamiento médico.
 4. Inmovilizaciones.
- VIII. Metabólicas
 - a. Coma cetoacidótico, tratamiento urgente para su traslado y cuándo se debe hacer.
 - b. Actitud ante una hipoglucemia por ADO e Insulina. Método de actuación.
 - c. Hiperglucemia en la diabetes mellitus. Intervención.
 - d. Hipotermia.
 - e. Deshidratación.
- IX. Parada cardiorrespiratoria en el anciano.
 1. Soporte Básico.
 2. Soporte vital avanzado.

BLOQUE IX

LECTURA ECG y ACTUACIÓN EN LA CLÍNICA GERIÁTRICA

1. INTRODUCCIÓN
2. Recuerdo electrofisiológico
3. Lectura e interpretación electrocardiográfica.
4. Arritmias más frecuentes.
 - a. Clasificación.

- b. Diagnóstico.
 - c. Electrofisiología del estímulo.
 - d. Etiopatogenia, manifestaciones clínicas y tratamiento.
 - e. Enfermedad del Nodo.
 - f. Marcapasos.
 - g. Arritmias hiperactivas.
5. Insuficiencia cardiaca (IC) dentro de la pluripatología del anciano.
- a. Concepto.
 - b. Epidemiología.
 - c. Etiología.
 - d. Clínica.
 - e. Clasificación de las IC.
 - f. Diagnóstico.
 - g. Tratamiento.
6. Manejo de los síndromes coronarios agudos (dolor torácico).
7. Anticoagulación y antiagregación en geriatría.

Casos clínicos.

BLOQUE X

CURSO DE NEUROLOGÍA Y PSICOGERIATRÍA.

Introducción

En las conversaciones previas a esta «alianza científica» todos los autores coincidíamos en que el diferente soporte que damos a muchas de las patologías crónicas que abordamos en nuestros Centros, con respecto al aplicado en el paciente ambulatorio, estaba dando lugar a diferentes evoluciones a las descritas en los textos de referencia, caracterizadas genéricamente por una prolongación de este tiempo de evolución y por la aparición de nuevos retos y complicaciones hasta ahora no descritos en estos textos.

En el ánimo de solventar estas carencias, en este texto el lector podrá encontrar el relato de los aspectos epidemiológicos, etiopatogénicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos de los textos de otras disciplinas junto a los rasgos específicos observados en nuestros ancianos residentes.

El desarrollo de los pertinentes estudios científicos en nuestro medio residencial, otra de nuestras asignaturas pendientes, debe enriquecer en un futuro, esperemos que próximo, los conocimientos presentados en este texto. Otro objetivo de la obra consiste en otorgar la dimensión real que corresponde a cada una de las patologías y que siempre debe ser proporcional a la dimensión multifactorial del sujeto que envejece, en este caso nuestros residentes. En este sentido, junto a los aspectos puramente médicos, hemos querido abordar también los aspectos funcionales, psicológicos, sociofamiliares y legales mediante la concurrencia de aquellos profesionales con los que compartimos «cartel» diariamente y que contribuyen de forma tan definitiva a mejorar la calidad de vida de los pacientes que compartimos. La aportación estratégica de otros profesionales que desarrollan su tarea fuera del medio residencial ha resultado también fundamental para alcanzar los objetivos planteados con esta obra.

1. Recuerdo Anatómico y fisiológico del S.N.C.
2. Envejecimiento del Sistema nervioso.
3. Exploración neurológica en el anciano.
4. Técnicas de neuroimagen.
5. Enfermedad vascular cerebral aguda
6. Enfermedad de Parkinson y otros trastornos extrapiramidales.
7. Epilepsia y otros trastornos neurológicos menos prevalentes (esclerosis lateral amiotrófica, miopatías, neuropatía periférica, neoplasias intracraneales).
8. Envejecimiento psicológico normal y patológico.
9. Valoración de la función mental.
10. Trastornos Afectivos en el anciano. Insomnio.

11. Trastornos psicóticos. Sexualidad en el anciano.
12. Demencias. Concepto y Clasificación.
Epidemiología. Deterioro cognitivo leve.
13. Enfermedad de Alzheimer. Patogenia. Clínica.
Síntomas cognitivos, psicológicos, conductuales
y funcionales. Diagnóstico. Tratamiento
farmacológico.
14. Demencia vascular y otras demencias. Demencia
por cuerpos de Lewy. Demencia frontotemporal.
Demencias secundarias. Otras demencias.
15. Abordaje multidisciplinar del paciente con patología
neurogeriátrica.
16. Recursos asistenciales en el paciente con
patología neurogeriátrica.

BLOQUE XI

ACTUACIONES MÉDICO-LEGALES EN EL EJERCICIO PROFESIONAL.

INTRODUCCIÓN

Los tiempos cambian y con ellos las leyes, de ahí la importancia en actualizar los conocimientos médico-legales adquiridos durante la licenciatura de medicina y de obligado aprendizaje.

El desconocimiento o ignorancia de la ley, no es eximente de responsabilidad. Hay que conocer la terminología legal actual que rodea el ejercicio profesional de la medicina: incapacidad psíquica, física, ingreso involuntario, lex artis, parte de lesiones, parte de detenidos, malos tratos (psíquicos, físicos, violencia de genero).

TEMARIO

TEÓRICO:

- I. Ley general de sanidad.
 - a) El derecho de ser informado.
 - b) Donantes universales según ley.
 - c) Deberes de los pacientes.
- II. Código Civil.
 - a) La pauta de diligencias exigibles, lex artis.
 - b) Arbitraje y soluciones extrajudiciales.
 - c) Obligación de comunicaciones de incapacidades psíquicas y físicas.
- III. Código Penal y actualidad sanitaria.
 - a) Imprudencia temeraria punible.
 - b) Falsedad documental.
 - c) Supuestos jurisprudenciales de responsabilidad penal.
- IV. Actuación ante los malos tratos psíquicos y físicos.
 - a) Modo de actuaciones y obligatoriedad.
 - b) Seguimiento de las comunicaciones al juzgado.
- V. Las defunciones: Inhumaciones e incineraciones.
 - a) Actuaciones médico legales. Suicidio
 - b) Últimas voluntades. Eutanasia activa – pasiva.
 - c) Confidencialidad.
- VI. La autoridad sanitaria del médico ante los internamientos involuntarios.
 - a) Aplicación del artículo 763 del Código Civil, su aplicación.
 - b) Responsabilidad del internamiento involuntario.
- VII. Actitud frente a una denuncia judicial. Pasos a seguir.
 - a) Responsabilidad extra y contractual.
 - b) Responsabilidad y defensa de las negligencias.
 - c) Medidas preventivas de los actos médicos.
- VIII. La historia clínica. Su custodia.

IX. Expedición de certificados e informes médicos.

Casos prácticos y formularios.

Proyecto final del master.