

ENSAYO

ASPECTOS GENERALES DE PACIENTES GERIATRICOS

MAESTRO: VELAZQUEZ PEREZ ALFONSO

ALUMNO (A): GARCIA ROBLEDO BERENICE

MATERIA: GERIATRIA

GRADO: 6TO CUATRIMESTRE

MODALIDA: LIC .EN ENFERMERIA Y NUTRICION

GRUPO: "A"

CAMPUS FRONTERA COMALAPA CHIAPAS.

16 DEMAYO 2020.

INTRODUCCIÓN Una constante que se observa en los países en desarrollo es la preocupación por el número de personas adultas mayores, que va en aumento con el paso de los años. La pirámide poblacional en México nos dice que en 1970 el 50 % tenían menos de 15 años de edad. En el 2000 solo una tercera parte de la población tenía menos de 15 años y cerca del 60 % tenía entre 15 y 59 años, para el 2010 se presenta una pirámide más abultada ya que refleja el aumento del número de personas en edades jóvenes y laborable así como una base más estrecha que es el resultado de la disminución de la proporción de niños de 0-4 años de edad. Las cuantiosas generaciones que nacieron en la época de alta fecundidad (1960-1980) comenzarán a engrosar la parte superior de la pirámide conforme alcanza la edad de 60 años esto sucederá a partir de este año 2020, reflejando así el aumento de adultos mayores en las próximas décadas siguientes se estima que el porcentaje se incremente al 12 % y para el 2050 28% .El aumento de envejecimiento en México no es reversible ,pues los adultos de mañana ya nacieron y posteriormente la demanda de servicios en medicina familiar se incrementara en 3.64% anual de manera acelerada en los últimos 40 años a partir del 2010. De tal manera se incrementarían frecuentemente pacientes con enfermedades crónicas degenerativas como (diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiacas, enfermedades mentales, obesidad, enfermedad obstructiva crónica, osteoporosis, caídas y otras). Las cuales frecuentemente se acompañan de alguna discapacidad y que generan dependencia y pérdida de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (ABVD) y como consecuencia un alto costo en la atención médica. Por tal la atención del adulto mayor se debe de atender de, forma integral valorando las **cuatro esferas de conciencia** (AGI) la cual es una herramienta fundamental que permite identificar desde la primera consulta las necesidades de atención de cada uno de los pacientes geriátricos, no importando el tipo de nivel de atención en conjunto con la historia clínica de la persona adulta mayor, este permite también identificar las necesidades de atención, tanto de problemas médicos comunes como de aquellos donde se ve involucrado el aspecto psicológico, del paciente .Se hace necesario desarrollar herramientas para identificar necesidades, detectar riesgos y otorgar una atención especializada con el objeto de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de acuerdo a los problemas que el anciano presente. Los adultos mayores por su condición de salud ellos requieren atención multidisciplinaria con modelos de atención centrados en ***cuidar*** más que en el ***curar*** .Los cuales deben estar orientados a mantener la salud, controlar factores de riesgo, promover la autonomía del adulto mayor, su independencia funcional y su inserción en la familia y comunidad.

DESARROLLO

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes 11 longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad.

El término **gerontología** proviene etimológicamente del griego, **geron** = viejo y **logos** = estudio. Ciencia aplicada y multidisciplinaria que estudia el proceso de envejecimiento humano y los fenómenos que lo caracterizan.

Geriatría: Es parte importante del desarrollo de la investigación en biología del envejecimiento. Especialidad médica dedicada al estudio de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades en las personas de la tercera edad. Con un enfoque interdisciplinario en el abordaje del estudio de la enfermedad crónica al envejecer, reconociendo que el principal factor de riesgo para muchas de las enfermedades crónicas no transmisibles es precisamente la edad.

Envejecimiento: Proceso que resulta de la interacción de factores genéticos, influencia del medio ambiente y estilos de vida de una persona. Es la suma de todos los cambios que normalmente ocurren en un organismo con el paso del tiempo. El objetivo principal de la valoración geriátrica integral ((VGI)). La cual es diseñar un **plan** individualizado **preventivo, terapéutico y rehabilitador**, con el fin de lograr el mayor nivel de independencia y calidad de vida del anciano. Se puede decir que tanto en el ámbito hospitalario como en el de atención primaria la (VGI) es el mejor instrumento, el cual puede facilitar una práctica médica familiar con una visión holística que garantice una atención médica adecuada, efectiva y de calidad. También se recomienda realizar una valoración geriátrica integral a los pacientes de preferencia a partir de 70 y más años. También es importante tomar en cuenta los **cuidados paliativos**; Estos son cuidados total y activos de los pacientes cuya enfermedad ya no responde a tratamientos curativos; donde el control del dolor, síntomas, acompañantes y la atención de problemas psicológico, sociales y espirituales es primordial presente desde 1980 según la OMS. para un diagnostico precoz ,para realizar una evaluación integral adecuada y por qué no dar alivio al dolor y otros síntomas ,muerte como un proceso natural no acelerar ni retrasar la muerte ,integrar aspectos espirituales y sociales y estar como un sistema de soporte, tratar de ayudar a la familia.

Para ello debemos conocer las principales características de cada uno de los ancianos para poder hacer una valoración estructurada con base científica el cual debe ser, **activo, dinámico, sistemático, estructurado** y lo más importante el paciente debe ser **reevaluado** para lograr el propósito de ambas partes en cuestión de la salud del adulto mayor . Para poder llevar a cabo con éxito y dar al paciente geriátrico la mejor calidad de vida .Tomando en cuenta que los pacientes geriátricos cuentan con síndromes que son patologías frecuentes con que cursan y que tienen que ser identificados ya que son consecuencia o deficiencia las cuales no fueron detectadas en su momento oportunamente como ;**son Inestabilidad de la marcha y caídas, inmovilidad, úlceras por presión incontinencia urinaria y fecal ,síndrome confusional agudo ,deterioro cognitivo, demencia ,infecciones ,desnutrición, deshidratación ,malnutrición, alteración en vista y oído, estreñimiento e impactación fecal, depresión e insomnio, ansiedad, trastorno del sueño, inmunodeficiencia ,impotencia o alteraciones sexuales ,polifarmacia (más de 5 medicamentos), fragilidad, y por ultimo abuso y maltrato.** Existencia de enfermedad o proceso patológico de tipo **mental**. Problemática **social** relacionada con su condición de salud. Los objetivos de la **VGI** son 4: Mejorar la exactitud del diagnóstico este contempla áreas **clínicas, funcionales, mentales y sociales.**

Identifica problemáticas relacionadas no diagnosticadas previamente. Establece un manejo integral cuádruple adecuado y adaptado a las necesidades particulares de cada una de las persona. Mejorar la funcionalidad tanto física como mental, con mediciones objetivas. Como Mejorar la calidad de vida. Conocer y reconocer los recursos del paciente y su entorno social, accesibilidad a las actividades que promuevan la salud. Situar al paciente en el nivel médico social adecuado a sus necesidades. Para determinar qué profesionales de la salud deben involucrarse. Reducir ingresos hospitalarios e institucionales, manteniendo en el hogar las mejores condiciones de vida para el paciente. **Determinar la situación actual del cuidador, su actividad y problemas ya que es parte importante del paciente.** Esto nos lleva a tener una serie de metas claras y precisas: Generar nuevos diagnósticos, reconociendo problemas antes no considerados. Al egresar, obtener mejores resultados con base en la evaluación del estado funcional y evaluación **cognitiva/afectiva**. Disminuir los días de estancia en instituciones de salud. Disminuir costos de atención médica, reducir el número de medicamentos al manejar la intervención multidisciplinaria. Mejorar la calidad y supervivencia del paciente.

1.- LA VALORACIÓN CLÍNICA.

Debemos contemplar ciertas circunstancias de la consulta que serán importantes en la forma de realizar cada valoración: por ejemplo ¿El paciente se encuentra solo o acompañado de un familiar/cuidador? (esto ya nos habla de la relación familiar y de la necesidad o del querer compartir su problemática); ¿por qué acude y cómo acude al consultorio? (el motivo de la consulta); ¿un padecimiento crónico o algún dato adicional que apareció recientemente?; ¿quién lo comunica? (la persona o el familiar; se le permite explicar o es el familiar quien contesta); conocer las prioridades del paciente; si llegó a pie, caminó bien; si se encuentra en buena posición, puede levantarse, subir o bajar de la mesa de exploración (estos datos pueden indicar pérdida de condición física).

En conjunto con la realización de .La **anamnesis** es complicada debido a los problemas de comunicación, la presencia de déficits sensoriales (auditivos y visuales predominantemente), además de que los posibles deterioros, intelectual y psicomotriz, dificultan entrevistas completas (largas). Es probable que se requieran varias entrevistas clínicas para lograr realizar completa la VGL Es frecuente encontrarse delante de múltiples quejas y una descripción vaga de los síntomas. Como en cualquier historia clínica, se deben registrar los antecedentes personales, la revisión por aparatos y sistemas, la historia farmacológica y la historia nutricional (dieta habitual, número de comidas al día, dietas prescritas)

.La exploración física no difiere de la que se realiza en un adulto. Se inicia con la inspección general: aspecto, cuidado, aseo, colaboración. Se identifican las constantes vitales (temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria, y se consignan peso y talla). Posteriormente se hace una revisión topográfica, algunos puntos a resaltar en el adulto mayor son:

Cabeza: evaluación de arterias temporales, boca (estado dental, prótesis, micosis, tumoraciones), ojos (capacidad visual y presencia de cataratas, entropión y ectropión), capacidad auditiva. **Cuello:** presencia de bocio, adenopatías, ingurgitación yugular, soplos, rigidez cervical. **Tórax:** auscultación cardiaca, pulmonar, palpación de mamas en la mujer y presencia de deformidades en columna (xifosis dorsal). **Abdomen:** igual que el adulto (inspección, palpación, percusión y auscultación). **Tacto rectal:** en busca de hemorroides, impacto fecal y revisión prostática en el hombre. **Extremidades:** fuerza y tono muscular, presencia de pulsos y reflejos, y búsqueda intencionada de edema o deformidades articulares (incluyendo dedos de los pies) **Neurológico:** Trastornos del habla, temblor,

rigidez, acinesia, equilibrio, marcha, sensibilidad. **Piel:** lesiones tróficas, úlceras, tumoraciones. Una vez realizada la valoración clínica habitual se realizan pruebas complementarias de **laboratorio y gabinete**; éstas pueden ser básicas o incrementarse en número, en función de lo que buscamos. Las más habituales son: biometría hemática (hemograma), química sanguínea (glucosa, creatinina, urea, ácido úrico, colesterol, triglicéridos, albumina y fosfatasa alcalina), electrolitos séricos, examen general de orina, electrocardiograma y placa de tórax, y riesgo de fractura por fragilidad ósea. Cuando hay sospechas de algún padecimiento neurológico de tipo degenerativo se agregan pruebas tiroideas, medición de ácido fólico y vitamina B12. Nunca hay que olvidar que debemos valorar, antes del envío de cualquier examen complementario, su precio y su justificación por un probable tratamiento. La VGI integra una serie de evaluaciones adicionales que complementan la valoración clínica; entre ellos está el área funcional, la esfera mental (depresión y cognición), la social (incluye al cuidador) y la mencionada nutricional.

2.- VALORACIÓN FUNCIONAL

Se dan a conocer Las escalas más utilizadas para evaluar las ABVD son: Índice de actividades de la vida diaria (KATZ). Índice de Barthel. Escala de incapacidad física de la Cruz Roja. — Escala Plutchik. La escala más utilizada para evaluar las AIVD es el índice de Lawton y Brody.

Nos permite conocer la capacidad del anciano para realizar sus actividades de la vida diaria **básicas (AVDB)**, que incluyen: baño, vestirse, uso del retrete, movilidad, continencia y alimentación, las actividades de la vida diaria **instrumentales (AVDI)** (que son las actividades de interrelación con el medio ambiente, como el uso del teléfono, ir de compras, preparar alimentos, realizar tareas del hogar, lavar la ropa, utilizar transportes, control de sus medicamentos y manejo del dinero), y algunos consideran las actividades de la vida diaria **avanzadas (AVDA)** (aquellas donde la persona contribuye en actividades sociales, recreativas, de trabajo, viajes y ejercicio intenso). A mayor grado de dependencia, mayor riesgo de mortalidad, mayor número de ingresos hospitalarios, mayor consumo de medicamentos, aumenta el riesgo de institucionalizarse y se incrementa la necesidad de recursos sociales. Escala de actividades instrumentales de la vida cotidiana (**AIVC**) de Lawton

Existen muchas otras escalas y cada persona o centro deberán seleccionar la que más se adapte a sus actividades. Es importante utilizar siempre la misma para poder comparar resultados entre pacientes y como estadística del mismo centro. Desempeño físico. Una medición objetiva del funcionamiento físico permite conocer la posibilidad de realizar movimiento o actividades específicas (se valoran repeticiones de movimientos o la medición cronometrada de la actividad). La Organización Mundial de la Salud cataloga a las personas como válidas, con deficiencia, discapacidad o minusvalía en función de los resultados obtenidos. Una de las que se pueden realizar es la prueba corta de desempeño físico (SPPB). Tiene 3 componentes: pruebas cronometradas de balance en posición de pie un recorrido a pie de 4 metros y levantarse de una silla (si lo realiza en un solo movimiento se le solicita lo repita 5 veces). Su valoración va de 0 a 12 puntos, mientras más baja la puntuación menor capacidad.

Marcha y equilibrio. El movimiento es esencial; el organismo funciona con mayor eficacia cuando está activo, la pérdida de capacidad de marcha y equilibrio es indicativo de un alto riesgo para la salud. La escala de **Tinetti** permite evaluar ambos puntos, ya que a mayor puntuación, mejor funcionamiento; la máxima puntuación para la subescala de la marcha es de 12, y para el equilibrio, de 16. La suma de ambas puntuaciones da como resultado la puntuación final, que nos permite determinar el riesgo de caídas (< 19, riesgo alto de caídas; 20-24, riesgo de caídas; > 24, menor riesgo de caídas).

Escala de Tinetti para **equilibrio**: el sujeto está sentado en una silla rígida, sin apoyo para brazos.

Escala de Tinetti para la **marcha**: el paciente está de pié, debe caminar a lo largo, inicialmente con su paso habitual, luego con un paso más rápido pero seguro, puede utilizar sus auxiliares de la marcha.

3.- VALORACIÓN MENTAL

Se compone del área **cognitiva** y **afectiva**, con esto conoceremos las variables implicadas en la fragilidad de ambas áreas. La parte cognitiva depende de muchos factores, entre otros están los factores orgánicos, psicosociales, las patologías que tiene la persona (hipertensión, diabetes, problemas tiroideos, etc.), los factores de riesgo de anciano y, la más frecuente, la depresión.

La prevalencia de problemas en la esfera mental es muy grande, cerca del 25% de las personas sufren de algún trastorno psiquiátrico, y se suma un porcentaje similar de problemas demenciales a los 80 años de edad (20% sufren de demencias); este tipo de problemas con lleva a la aparición de una gran cantidad de síndromes geriátricos (inmovilidad, incontinencia, caídas, impacto fecal, úlceras de decúbito). Todo nos lleva a tener que evaluar el compromiso en esta área, ya que desde el hecho de hacer un diagnóstico hasta el de dar indicaciones terapéuticas tendrán como base la comprensión por parte del paciente o de su cuidador-familiar. La elección de la prueba para valorar estas áreas dependerá del nivel asistencial en que nos encontremos, el más utilizado es el Mini Mental ,es una prueba de tamizaje que valora la orientación temporoespacial, la memoria reciente y la fijación de la misma, la atención, cálculo, capacidad de abstracción lenguaje y praxis. Una puntuación por abajo de 24 indica deterioro cognitivo, aunque se debe recordar que se ajusta en función de la escolaridad.

Examen cognitivo breve (**Mini-Mental de Folstein**) A la hora de explorar la esfera cognitiva, debemos interrogar acerca de: * Nivel de escolarización, profesión. * Presencia de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes, fibrilación auricular). *Historia familiar de demencia. * Antecedentes psiquiátricos. *Consumo de fármacos y tóxicos. * Motivo de consulta, forma de inicio y evolución de los síntomas. * Orientación. * Quejas de deterioro de memoria. * Problemas en reconocimiento de familiares y amigos. Lenguaje. * Capacidad de abstracción/juicio. * Trastornos de conducta (en buena medida determinan la calidad de vida del paciente y la de sus familiares y/o cuidadores): delirios, agitación psicomotriz, alucinaciones, ritmo vigilia-sueño, hipersexualidad, vagabundeo, auto/heteroagresividad física y/o verbal. Para la valoración de la esfera cognitiva contamos con múltiples test, de los que destacamos, por su amplia difusión en nuestro medio, comodidad y sencillez de aplicación, los siguientes Cuestionario de Pfeiffer (Short Portable Mental Status, Mini-Mental). Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo. Test del reloj. Test de los siete minutos.

VALORACIÓN AFECTIVA

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente; puede encontrarse en 20% de los hombres y hasta en 40% de las mujeres, y tiene importantes repercusiones en la calidad de vida. El diagnóstico aparece muchas veces en la entrevista clínica, donde se interroga sobre estado de ánimo, labilidad emocional, anergia, trastornos del apetito y sueño, signos de ansiedad, ideación de muerte, quejas somáticas. Para valorar estas esferas contamos con diferentes pruebas, la más empleada es la **Escala de Depresión de Yesavage** que

comprende 30 test ; existe una versión corta de 15 test que es la más recomendada para tamizaje. Para su interpretación, el punto de corte se sitúa en 5/6: una puntuación de 0 a 5 puntos indica normalidad; entre 6 y 9, probable depresión, y más de 10, depresión

4.- VALORACIÓN SOCIAL

A pesar de que la valoración se considera parte del trabajo de una trabajadora social, el médico debe considerar algunos aspectos para conocer la relación del adulto mayor con su entorno. Para ello se presenta la escala OARS de recursos sociales en conjunto Escala de valoración socio familiar de Gijón. Los aspectos relacionados con el hogar y la familia deben considerarse en el plan de cuidados y atención. ¿Qué debemos conocer? Estado civil (casado, viudo o divorciado, soltero). ¿Tiene hijos?, en su caso cuántos y si vive cerca de ellos. ¿Con quién vive? ¿Tiene familiares, amigos, vecinos?, y con qué frecuencia los ve. Cómo es el domicilio donde vive. ¿Hay escaleras o elevador? ¿Precisa algún tipo de ayuda en su cuidado? ¿Quién es la persona que le ayuda preferentemente, y si ésta tiene un problema de salud? ¿Tiene ayuda informal? Esto ayudara al persona, con quien se cuenta. Para mantener una calidad de vida

Cuando exista algún grado de dependencia del adulto mayor y éste cuente con un cuidador primario, es necesario valorar si se encuentra en buen estado para continuar con el apoyo, ya que la sobrecarga de trabajo que reciben tanto física como mental puede inducir al maltrato; identificar que exista una sobrecarga es importante para que, en caso de existir, se tomen las medidas generales y, en caso de no existir, continuar con el plan terapéutico..Escala de sobrecarga del cuidador (test de ZARIT)

CONCLUSIÓN

Cada vez hay más adultos mayores, debido al aumento de la esperanza de vida al nacer y a la disminución de la tasa de fecundidad. Asimismo, el avance de la tecnología y de la medicina ha permitido aumentar los años de vida, esto es un logro para la medicina, sin embargo, al haber más población longeva, aumentan también las enfermedades crónicas y degenerativas. El objetivo no es prolongar más la vida, porque esto ya se consiguió, lo que se busca es dar calidad de vida e inculcar en la población la importancia de mantener un envejecimiento **activo y saludable**, donde se mantenga la **independencia y funcionalidad**, evitar la descompensación de males crónicos, evitar que aparezcan nuevas enfermedades y reducir el consumo de fármacos de ser posible. El crecimiento abrumador de esta población y las necesidades a las que se enfrenta hacen que los médicos, dentro de su ámbito de trabajo, se enfrenten a la problemática y al reto de atender al adulto mayor. La formación médica debe contar con herramientas que le permitan al médico un abordaje integral y multidimensional del adulto, y garantizar una **mejor atención y calidad de vida**. Si bien, valorar integralmente al adulto mayor lleva tiempo y probablemente más de una sesión de entrevista y análisis, esta valoración es una herramienta que permite tener una visión global y le da al médico y al equipo de salud la oportunidad de fijar metas y realizar programas individualizados de cuidado, que nos darán la posibilidad de otorgar una mejor calidad de vida al paciente geriátrico, sin importar qué tan mal o bien esté en el momento de la valoración.

Por ello es recomendable que el paciente o su cuidador principal nos dé respuestas asertivas y amplias sobre la enfermedad del adulto mayor para poder realizar en beneficio una racionalización de servicios, un ahorro en cuanto a servicios no necesarios y permita orientar el manejo a la realidad individual, lo que favorecería la calidad de vida.

Por otro lado el médico no debe olvidar que el ser humano no es solo órganos y sistemas que funcionan de manera coordinada, éste es un complejo **mente, cuerpo y ambiente**. Su interrelación es tan firme que cualquiera de los aspectos que rompa el equilibrio alterará la función y el bienestar de este creciente segmento de la población.

GLOSARIO

GERONTOLOGÍA: Ciencia aplicada y multidisciplinaria que estudia el proceso de envejecimiento humano y los fenómenos que lo caracterizan.

GERIATRIA: Rama de la medicina dedicada al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que se presentan en la vejez.

ENVEJECIMIENTO: Proceso que resulta de la interacción de factores genéticos, influencia del medio ambiente y estilos de vida de una persona. : Es la suma de todos los cambios que normalmente ocurren en un organismo con el paso del tiempo

ANCIANO O ADULTO MAYOR: Persona de 60 años y más.

ESPERANZA O EXPECTATIVA DE VIDA: Promedio de años de vida esperados de una persona desde su nacimiento o desde cualquier edad, que se especifique.

DEFICIENCIA: Es toda pérdida o anormalidad de función psicológica, fisiológica o estructura anatómica.

DISCAPACIDAD: Es toda restricción o pérdida (resultado de una deficiencia) de la habilidad para desarrollar una actividad en la manera considerada normal para un individuo.

MINUSVALIA: Es la desventaja que limita o impide el total desarrollo de su rol normal (dependiendo de la edad, sexo y factores socio-culturales) de un individuo.

ESTILO DE VIDA: Hábitos, consumos, conductas y exposiciones a factores extremos que afectan la salud.

ATENCION INTEGRAL: conjunto de acciones coordinadas con el fin de satisfacer las necesidades esenciales para preservar la vida y aquellas relacionadas con el desarrollo y aprendizaje humano, acorde con sus características, necesidades e intereses.

PACIENTE GERIATRICO: sujeto normalmente de edad avanzada, especialmente de cualquier tipo de agresión, con patologías crónicas múltiples y normalmente productoras de limitaciones funcionales físicas y psíquicas. Además de problemas sociales, sobreañadidos y con frecuencia trastornos de comportamiento.

VALORACIÓN GERIATRICA INTEGRAL: Instrumento de evaluación multidimensional: Biopsicosocial y funcional que permite identificar y priorizar de manera oportuna problemas y necesidades del anciano con el fin de elaborar un plan de tratamiento y seguimiento.

"Por un envejecimiento sano y activo".