

CASO CLINICO : MALTRATO Y ABANDONO EN ADULTO MAYORES

GEDIATRIA

MEDICINA HUMANA


GUADALUPE DEL CARMEN COELLO SALGADO

OBJETIVO PRINCIPAL

Conocer oportunamente el maltrato en los adultos mayores puesto que El lugar de mayor ocurrencia de maltrato hacia el adulto mayor es el hogar. Este maltrato es generado por miembros cercanos de la familia, principalmente por los hijos

QUE ES ?

La OMS define maltrato del anciano como “cualquier acto aislado o repetitivo o la falta de acción apropiada, ocurrida en cualquier relación de la que se espera confianza, que causa daño o malestar a la persona mayor” Es importante notar, que esta definición excluye actos de violencia o conducta criminal contra los adultos mayores.



¿Cómo se presenta ?

Este tipo de violencia constituye una violación de los derechos humanos y puede manifestarse en forma de maltrato físico, sexual, psicológico o emocional; maltrato por razones económicas o materiales; abandono; desatención; y del menoscabo grave de la dignidad y el respeto.

“Maltrato físico: cualquier forma de agresión intencionada, realizada a una persona anciana, que le produzca daño físico, desfiguración o muerte”.

“Maltrato psicológico: toda conducta que provoque angustia mental en el anciano”.

“Abuso sexual: dado por cualquier forma de intimidación sexual realizada sin consentimiento de la persona y donde se utilice la fuerza o amenaza de fuerza”.

“Maltrato económico: impedimento o uso y control de su dinero de terceros, exploración financiera y chantaje económico”.

“Maltrato social: todas las acciones que produzcan al no reconocimiento del anciano como figura de valor y la falta de opciones recreativas”.

“Negligencia y abandono: toda acción de descuido intencional o por desconocimiento que pueda provocar daño físico, angustia o daño mental”.

TIPOS DE MALTRATO MÁS COMUNES QUE SUFREN LOS ADULTOS MAYORES

ABUSO ECONÓMICO

USO ILEGAL O IMPROPIO DE SUS FONDOS ECONÓMICOS, BIENES, PROPIEDADES Y/O POSESIONES DE LA PERSONA MAYOR.

MALTRATO FÍSICO

USO DE FUERZA FÍSICA PARA DAÑAR O LASTIMAR COMO GOLPES, EMPUJONES, PATADAS, QUEMADURAS, CASTIGOS FÍSICOS, ETC.

NEGLIGENCIA

CONDUCTA QUE MUESTRA RESTRICCIONES, AUSENCIAS O DEFICIENCIAS EN PROVISIÓN DE COMIDA, BEBIDA, ROPA, HIGIENE, ASEO, REFUGIO, MEDICACIÓN O SEGURIDAD DEL ADULTO MAYOR.

ABUSO SEXUAL

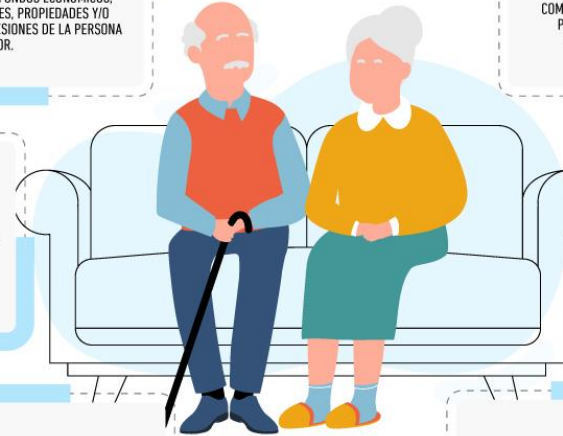
CUALQUIER TIPO DE CONTACTO SEXUAL OBLIGADO, NO ACEPTADO, NI CONSENSUADO (VIOLACIÓN, FROTACIÓN, DESNUDEZ OBLIGADA, ETC.)

ABANDONO

DESAMPARO POR LA PERSONA A CARGO DE SU CUSTODIA (ABANDONO EN HOSPITALES, RESIDENCIAS Y CLÍNICAS, ASÍ COMO EN LA VÍA PÚBLICA.)

ABUSO PSICOLÓGICO

USO DE AMENAZAS, INSULTOS, MENOSPRECIO, DESCALIFICACIÓN O CONDUCTAS DE DOMINIO Y DISCRIMINATIVAS.

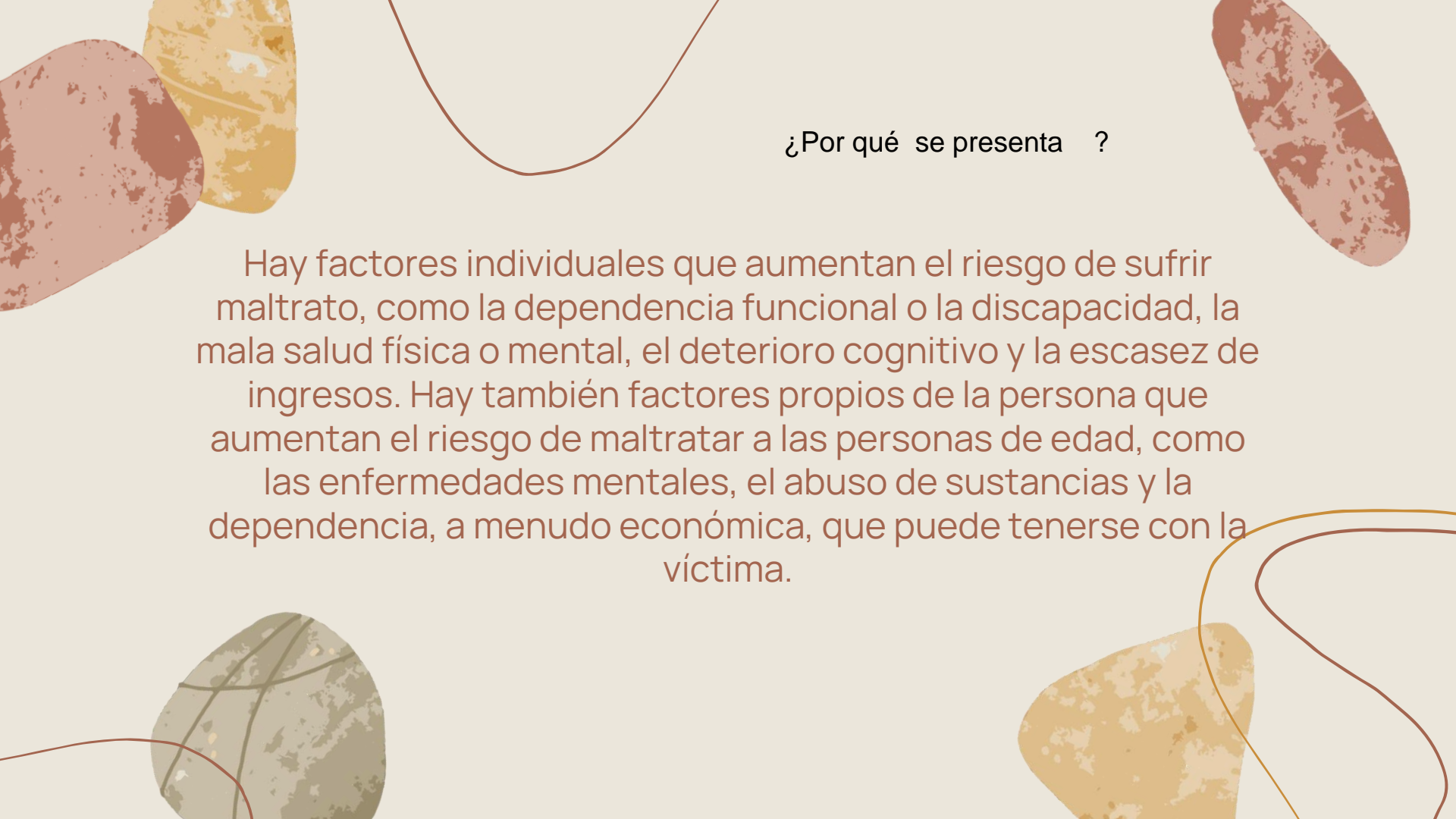


Epidemiología

En el último año, se denunciaron 15,7% de personas mayores de 60 años que sufrieron algún tipo de maltrato.


Se denunció maltrato a las personas de edad en entornos comunitarios en los últimos 12 meses.

Tipo de maltrato	Maltrato a las personas de edad en entornos comunitarios (1)	Maltrato a las personas de edad en entornos comunitarios (2)	
	Notificado por personas de edad	Notificado por personas de edad y sus representantes	Notificado por trabajadores
Prevalencia general	15,7%	No hay suficientes datos	64,2%, o dos de cada tres trabajadores
Maltrato psicológico	11,6%	33,4%	32,5%
Maltrato físico	2,6%	14,1%	9,3%
Maltrato económico	6,8%	13,8%	No hay suficientes datos
Desatención	4,2%	11,6%	12,0%
Abusos sexuales	0,9%	1,9%	0,7%



¿Por qué se presenta ?

Hay factores individuales que aumentan el riesgo de sufrir maltrato, como la dependencia funcional o la discapacidad, la mala salud física o mental, el deterioro cognitivo y la escasez de ingresos. Hay también factores propios de la persona que aumentan el riesgo de maltratar a las personas de edad, como las enfermedades mentales, el abuso de sustancias y la dependencia, a menudo económica, que puede tenerse con la víctima.



El maltrato a las personas de edad puede tener graves consecuencias físicas, mentales, económicas y sociales, por ejemplo: lesiones corporales, defunción prematura, depresión, deterioro cognitivo, ruina económica y necesidad de ingreso en una residencia de ancianos.



Como se diagnostica

La detección y la intervención ante un caso de posibles malos tratos se suele realizar desde el ámbito sanitario y desde el ámbito social, si bien cabe señalar que existen los 3 mecanismos institucionales para que cualquier persona pueda realizar una denuncia sobre un posible caso de malos tratos. La Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales



EL PROCESO METODOLÓGICO DE INTERVENCIÓN

La sospecha de malos tratos pone en marcha la primera fase del proceso metodológico de intervención en trabajo social:

En el momento que un profesional del trabajo social tiene sospechas de un caso de posibles malos tratos ha de iniciar un proceso de investigación social de forma rápida para esclarecer los hechos, valorar el riesgo y poner en marcha un plan de acción.

El encuadre profesional- institucional desde el que se realice la intervención va a delimitar en gran medida las técnicas o instrumentos a emplear, así como puede requerir de la colaboración directa de otros profesionales, tanto sanitarios, como de lo social.

TÉCNICAS A EMPLEAR PARA EL CONOCIMIENTO DE LA REALIDAD



OBSERVACIÓN

Se destaca la importancia de recoger tanto la información verbal como la no verbal



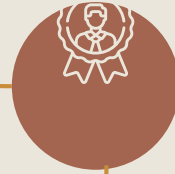
LA VISITA A DOMICILIO

visita a domicilio suele realizarse por parte de los servicios sociales comunitarios



ENTREVISTA

es un entramado complejo de relaciones, reglas, fidelidades, secretos, etc, que suelen involucrar de manera comprometida a sus miembros



REGISTRO, ANÁLISIS Y TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

segunda fase del proceso metodológico de intervención en trabajo social


Principios generales para el manejo de un caso de sospecha de maltrato al adulto mayor

- Respetar al adulto mayor y ganar su confianza.
- Respetar las decisiones del adulto mayor.
- Confrontar la resistencia a la intervención, manejar el miedo y entender su pesimismo.
- Proteger a la víctima en caso de ambiente desfavorable.
- Evaluar el riesgo de muerte o de lesión grave para la víctima en caso de continuar la exposición con el agresor, y si se precisa, realizar una intervención urgente.
- Cuidar la comunicación entre los integrantes del equipo.
- Evaluar si el maltrato es secundario a una actuación intencionada por parte del agresor.
- Evitar posiciones anticipadas por el personal que intervenga, o ligar su actuación a prejuicios.
- Evitar la confrontación entre el equipo y los afectados que resulte en una negación a recibir la atención.
- Concientizar al adulto mayor con sospecha de maltrato que se encuentra en una situación anormal, peligrosa y que tiene solución.
- Expresarle que el personal de salud se preocupa por su bienestar y el riesgo de lesiones.
- Asesoramiento al cuidador, así como transmitirle que es normal que se sienta sobrecargado ante la situación de dependencia del adulto mayor.
- Intentar que el responsable acepte que es parte del problema y de la solución.
- Buscar la colaboración de personas del entorno del adulto mayor (vecinos, amistades, otros familiares).

Semiología

Hallazgos consistentes con maltrato físico en los adultos mayores:


- Dermoabrasiones.
- Marcas de mordeduras.
- Lesiones múltiples y en estadios variables.
- Quemaduras (especialmente con bordes bien definidos).
- Alopecia traumática.
- Evidencia de restricción física.
- Fracturas.
- Hematomas.
- Laceraciones.
- Úlceras por presión (comúnmente necróticas o infectadas).
- Múltiples heridas en varios estadios de curación.
- Miedo al cuidador.



Hallazgos psicológicos generales en un caso con Hallazgos psicológicos posible maltrato en adultos mayores:

- Aislamiento social.
- Depresión.
- Alteraciones del sueño o en la ingesta de alimentos.
- Miedo al cuidador.

malnutrición malnutrición malnutrición y sospecha de sospecha de maltrato: maltrato • Aquel adulto mayor que es incapaz de procurar o preparar sus propios alimentos. • Cuando el cuidador no se toma el tiempo suficiente para alimentar al adulto mayor



Laboratoriales

Balance Ureico Nitrogenado (BUN), urea, creatinina y electrólitos séricos (evalúa deshidratación).

- Biometría hemática completa (anemia).
- Albúmina, perfil de lípidos (evaluación nutricional).
- Análisis toxicológico.
- Niveles séricos disponibles de los medicamentos prescritos

Estudios de gabinete

BIOMETRÍA HEMÁTICA COMPLETA

FÓRMULA ROJA	RESULTADOS	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA	
			HOMBRES	MUJERES
ERITROCITOS	4.84	Millones mm ³	4.6 - 6.0	4.2 - 5.6
HEMOGLOBINA	12.9	gr/100 ml	14 - 18	12 - 16
HEMATOCRITO	42.9	%	43 - 55	40 - 47
V.G.M.	88.8	Micras Cúbicas	84 - 103	84 - 103
C.M.Hb.G	26.6	%	30 - 35	30 - 35

OBSERVACIONES: NINGUNA.

FÓRMULA BLANCA

LEUCOCITOS	5,200	por mm ³	4,000 - 10,000
LINFOCITOS	18	%	20 - 40
MONOCITOS	4	%	3 - 5
EOSINOFILOS	5	%	1 - 5
BASOFILOS	0	%	0 - 1
NEUTROFILOS	73	%	50 - 70
SEGMENTADOS	73	%	45 - 65
EN BANDA	0	%	0 - 7
MIELOCITOS	0	%	0
METAMIELOCITOS	0	%	0

OBSERVACIONES: NINGUNA

PLAQUETAS:	126,000	Por mm ³	150,000 - 400,000
------------	---------	---------------------	-------------------

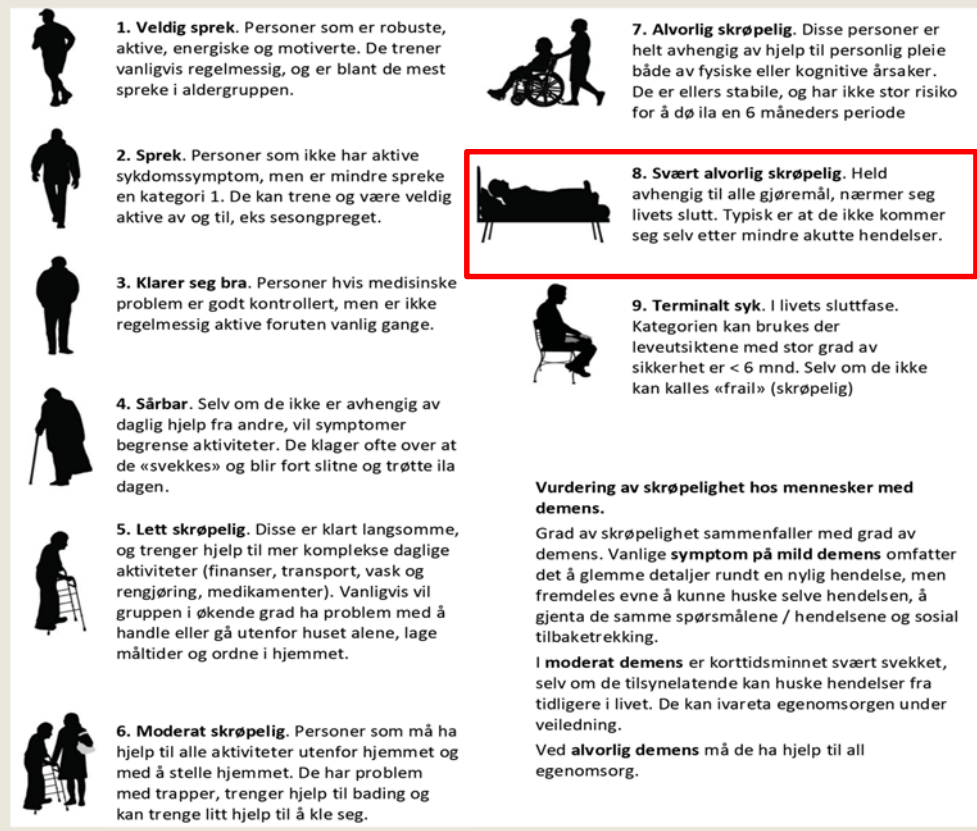
OBSERVACIONES: NINGUNA.

L.Q.C. ALEJANDRO MORA RODRÍGUEZ

ATENTAMENTE

PROFESIONALISMO, PRECISIÓN Y SEGURIDAD EN SUS RESULTADOS™

Figur 1. Clinical frailty scale – norsk versjon



K. Rockwood et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173:489-495.

Oversatt til norsk januar 2018 av Hans Flaatten (dr.med) og Britt Sjøbø (MSc), Intensivmedisinsk seksjon, Kirurgisk serviceklinikk, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen, Norge.

Kilde: Den norske legeforening, Norsk forening for geriatri (10). Gjengitt med tillatelse.

Ítem	Actividad básica de la vida cotidiana	Puntos
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente. Entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones*	- Continente	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinente	0
Micción*	- Continente o es capaz de cuidarse de la sonda	10
	- Ocasionalmente, máximo un episodio de incontinencia en 24 horas, necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinente	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al váter, quitarse y ponerse la ropa	10
	- Necesita ayuda para ir al váter, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión	10
	- Gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para subir y bajar escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión	5
	- Dependiente	0

* Valorar la semana previa.

Puntuación total: _____



GDS y el CESD-20

VERSIÓN REDUCIDA		
¿En general está satisfecho/a con su vida?	SI =0	NO =1
¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI =1	NO =0
¿Siente que su vida está vacía?	SI =1	NO =0
¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI =1	NO =0
¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI =0	NO =1
¿Teme de algo malo pueda ocurrirle?	SI =1	NO =0
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI =0	NO =1
¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	SI =1	NO =0
¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	SI =1	NO =0
¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	SI =1	NO =0
¿En este momento, piensa que es estupendo estar vivo?	SI =0	NO =1
¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI =1	NO =0
¿Piensa que su situación es desesperada? ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI =1	NO =0
¿Se siente lleno/a de energía?	SI =0	NO =1
¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que Vd?	SI =1	NO =0
TOTAL		

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg

Subescala de depresión	SI	NO
1. ¿Se ha sentido con poca energía?	✗	
2. ¿ha perdido usted el interés por las cosas?	✗	
3. ¿Ha perdido la confianza en si mismo?	✗	
4. Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		✗
Subtotal (si hay dos o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	✗	
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	✗	
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		✗
8. ¿se ha sentido usted enlentecido?	✗	
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	✗	
Total depresión		

8 Puntos

(2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión). Los puntos de corte son mayor o igual a 4 para la escala de ansiedad, y mayor o igual a 2 para la de depresión. En población geriátrica se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte ≥ 6 .

Triada

01

Agente

Descuido y desinterés de los familiares

02

Huésped

Personas mayores de 60 años

03

Ambiente

En personas que cursan con una o muchas enfermedades degenerativas

Periodo patogénico

Síntomas específicos :
alopecia
traumática, evidencia de
restricción física,
fracturas, hematomas,
laceraciones,
úlceras por presión

Signos inespecíficos
perdida de peso
Insomnio

Complicaciones
aislamiento social,
depresión, alteraciones
del sueño o en la ingesta
de alimentos, miedo al
cuidador, inicio de
desórdenes psiquiátricos

Cronicidad aislamiento
social, miedo al
cuidador, fracturas
ulceras por presión
traumatismo,
desnutrición severa,
uñas largas y sucias,
mala higiene
corporal, mala
higiene dental o piezas
dentales incompletas
o con caries,
impactación fecal,
depresión,

Muerte
Traumatismos
Infecciones
abandono
Depresión
Falla
cardíaca

Prevención primaria

Promoción a la salud

integrar e implementar diseños ambientales que permitan la movilidad física, y que cuenten con ayudas para personas con discapacidad auditiva o visual.

Protección específica

Manejo conjunto de pacientes geriátricos en los servicios de cirugía ortopédica, cirugía vascular, cirugía cardíaca y cuidados oncológicos. • Un equipo geriátrico especializado en pacientes con problemas de conducta secundario a delirium o demencia

Prevención secundaria

Diagnostico precoz
Reconocer: Reconocer: el maltrato y nunca ignorarlo, factores de riesgo, tipo de abuso, signos y síntomas que sugieran posible maltrato,

Tratamiento oportuno
Responder: Responder: realizar una valoración clínica exhaustiva, reunirse con el trabajador social para obtener mayor orientación, revisar la legislación estatal para determinar el manejo correcto del caso.
Reportar: Reportar: Se debe de informar al paciente/abusador sobre la intención de reportar, dependiendo del tipo de maltrato establecer si amerita derivar a instancia legal,

Prevención terciaria

Limitación del daño

Disminuir la carga en el cuidado
de paciente
Ayuda terapéutica
Ir a instituciones
gubernamentales

Rehabilitación

Reubicarlo en alguna
institución gubernamental
o proceder legalmente

Caso clinico

José de 72 años de edad quien ingresa a al servicio de urgencias ,por ulceras por presión el cual refiere dolor muy intenso in soportable al ingreso se presenta con datos de crisis hipertensiva e hiperglucemia



Ingreso a urgencias



Datos clínicos al ingreso

FECHA:	23/08/02
NOMBRE:	
T/A:	160/ 120
PULSO:	45
RESPIRACION:	23
TEMPERATURA:	36.5
PESO:	45kg
TALLA:	
ENFERMERA (O):	
GLUCOSA	367

BH	
HEMOGLOBINA 14-17.5	13
HEMATOCRITO 42-50	45
PLAQUETAS 150-450	600
LEUCOSITOS 4.4 -11.3	12.5
NEUTROFILOS 40-85	70



Antecedentes personales no patológicos

Don José, trabajo en de mecánico , cuenta con casa propia de material con todos los servicios básico ,solo concluyo la primaria fue alcohólico por 10 años recurrente niega alergias y sin hallazgos de toxicomanías

Sobre el entorno familiar

el paciente refiere haber perdido a su esposa hace más de 10 años con la cual tuvo 3 hijos, los cuales a uno de ellos no sabe nada de él y su otra hija debe en cuando lo visitaba, su tercera hija con la cual vive en casa de señor José nos comenta que él cuenta con el apoyo de 65 y más que implemento el gobierno, pero no hace uso de ese dinero ya que su hija mayor con la que vive es la que cobra y administra el dinero. Él refiere que con ese dinero ayuda los gastos de la casa. su hija mayor es la que se queda en casa para atender a sus hijos sin embargo no atiende a don José en sus necesidades, el esposo de su hija es alcohólico y no cuenta con un trabajo estable don José también nos refiere que no puede aportar mucho a la casa ya que no puede caminar

Antecedentes patológicos

En la actualidad don José presenta:

DM2

HTA

GLAUCOMA Y CATARATAS

DESNUTRICION

ULCERAS POR PRESION

2 INFARTOS ANTERIORES

Tratamientos previos

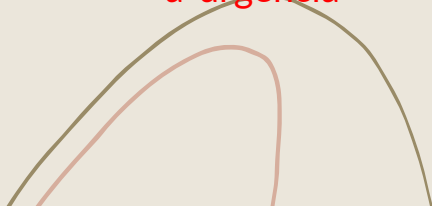
Metformina	1 tableta al día 500mg
losartan	1 tableta al día 50mg
Curaciones	




Exploración física

En la elaboración de la historia clínica nos percatamos de que no tiene ningún control de las enfermedades metabólicas que presenta también su estado mental deteriorado

Sin embargo los familiares de don José no se localizaron después del ingreso a urgencia



Se solicita el apoyo del servicio de trabajo social con las autoridades correspondientes



Diagnósticos

- DX 1: Anemia DISMINUSION DE HEMOGLOBINA POR UNA DIMINUCION DE ALIMENTOS POR PERDIDA DENTARIA
- DX2: Depresión Y ANCIEDAD YA QUE ESTA EN UN ESTADO DE ABANDON POR PARTE DE SU FAMILIA
- DX 3: CETOASIDOSIS DIABETICA POR DIABETES DESCONTROLADA

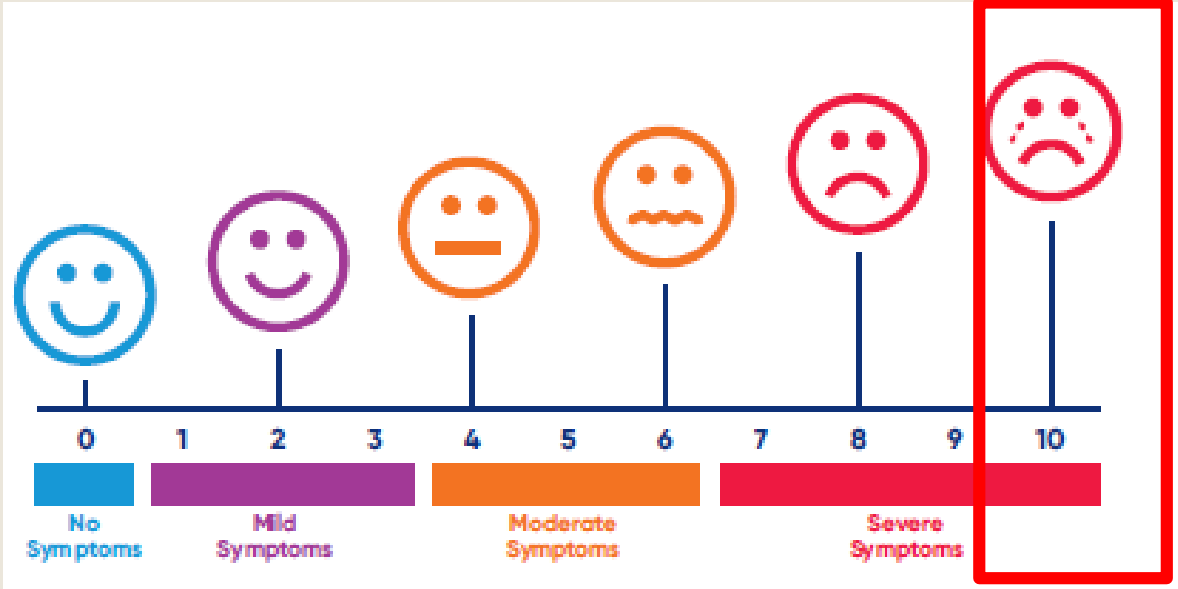
DIAGNOSTICO DESCARTADOS

NEUMONIA

PARASITOSIS

TRAUMATISMOS

Ya que en la exploración no se encuentra ningún dato que alarma para estas complicaciones



ÚLCERAS POR PRESIÓN

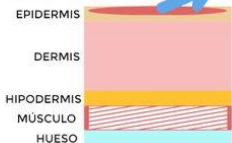
Clasificación de UPP NPUAP/EPUAP

@Creative_Nurse

Categoría I

ERITEMA NO BLANQUEABLE

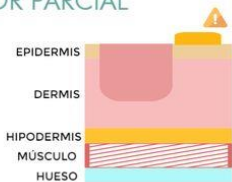
- * Piel intacta con enrojecimiento no blanqueable
- * La piel oscura pigmentada puede no tener palidez visible
- * Área dolorosa, firme, suave, más caliente o fría en comparación con el tejido adyacente



Categoría II

ÚLCERA DE ESPESOR PARCIAL

- * Pérdida de espesor parcial de la dermis
- * Úlcera abierta poco profunda, herida rojo-rosada, sin esfacelos ni hematomas
- * Posible flictena o blister intacta llena de suero o rota
- * No describe laceraciones, dermatitis asociada a incontinencia, maceración o excoriación



Categoría III

PÉRDIDA TOTAL DEL GROSOR DE LA PIEL

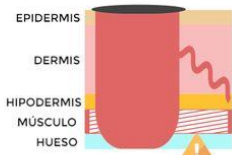
- * Pérdida completa del tejido
- * Posible grasa subcutánea visible y esfacelos
- * Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones
- * El hueso o tendón no son visible o directamente palpable



Categoría IV

PÉRDIDA TOTAL DEL ESPESOR DE LA PIEL

- * Tejido con hueso expuesto, tendón o músculo visible
- * Presenta esfacelos o escara
- * Incluye cavitaciones y tunelizaciones
- * Riesgo de osteomielitis o osteítis



ÚLCERAS POR PRESIÓN

@Enfermerapresente

ESTADIO I

- Edema y enrojecimiento.
- Afecta: epidermis y dermis.
- Importante la prevención.

ESTADIO III

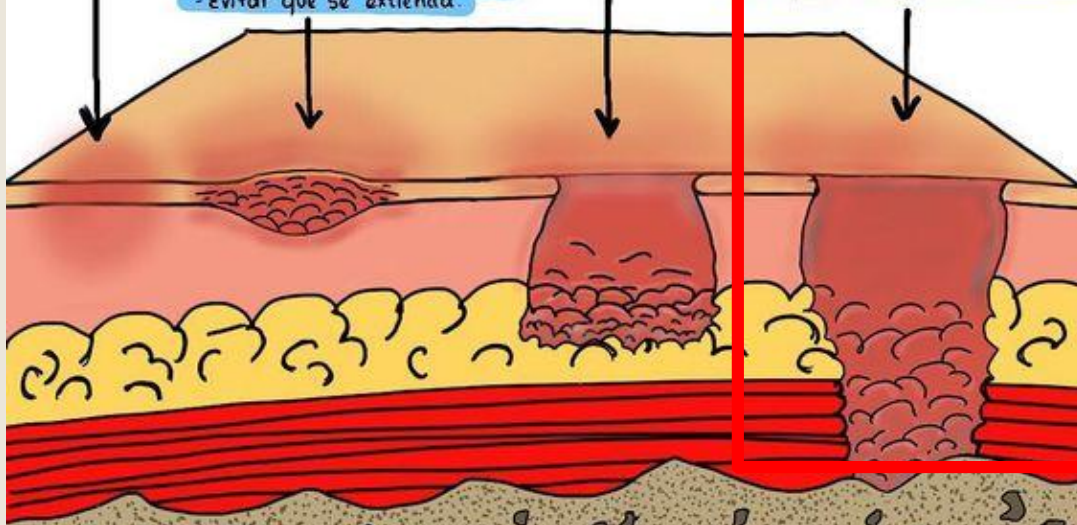
- Se forma flictena
- Herida enrojecida
- Aparición de esfacelo
- Afecta: Epidermis, dermis e hipodermis
- Se implementa desbridamiento químico

ESTADIO II

- Se forma un eritema
- Afecta: Epidermis y dermis.
- Evitar que se extienda.

ESTADIO IV

- Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa y necrosis del tejido.
- Afecta: Hasta tejido muscular y hueso.
- Importante desbridamiento



Escala de valoración riesgo: Escala de Braden:

PERCEPCIÓN SENSORIAL.	Completamente Limitada (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD.	Constante Humedad (1).	A menudo Humedad (2).	Ocasionalmente Humedad (3).	Raramente Humedad (4)
ACTIVIDAD.	Encamado/a (1).	En Silla (2).	Deambula Ocasionalmente (3).	Deambula Frecuentemente (4).
MOVILIDAD.	Completamente	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada	Sin Limitaciones (4).

Clasificación de Riesgo:

- **Alto Riesgo:** Puntuación Total < 12.
- **Riesgo Moderado:** Puntuación Total 13 – 14.
- **Riesgo Bajo:** Puntuación Total 15 – 16 si es menor de 75 años.
Puntuación Total 15 – 18 si es mayor o Igual de 75 años.

Rec
m

ESCALA NOVA 5

0 puntos.....sin riesgo.
 De 1 a 4 puntos.....riesgo bajo.
 De 5 a 8 puntos.....riesgo medio.
 De 9 a 15 puntos.....riesgo alto.

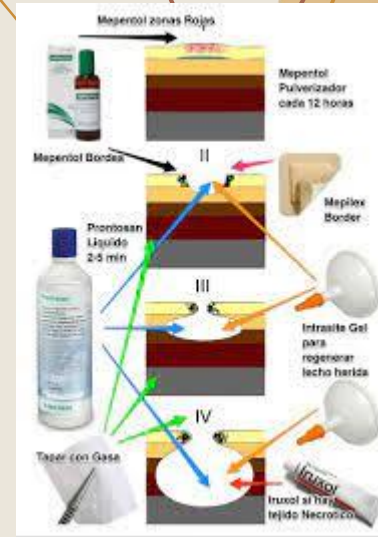
PUNTOS	Est. Mental	Incontinencia	Movilidad	Nutrición Ingesta	Actividad
0	ALERTA	NO	COMPLETA	CORRECTA	DEAMBULA
1	DESORIENTADO	OCASIONAL/ LIMITADA	LIGERAMENTE INCOMPLETA	OCASIONALMENTE CON AYUDA	DEAMBULA CON AYUDA
2	LETÁRGICO	URINARIA O FECAL IMPORTANTE	LIMITACIÓN	INCOMPLETA, SIEMPRE CON AYUDA	DEAMBULA SIEMPRE PRECISA AYUDA
3	COMA	URINARIA Y FECAL	INMÓVIL	NO INGESTA ORAL, NI ENTERAL NI PARENTERAL SUPERIOR A 72 H. Y/O DESNUTRICIÓN PREVIA.	NO DEAMBULA, ENCAMADO

15 puntos

Inicio del tratamiento

Se inicia tratamiento con clonixato de lisina 100 mgs intramuscular para las úlceras por presión con el control de DM2 Y TA

Para el control de la glucosa se le ingresa 30ui de insulina puesto que al ingreso presentaba 478 de glucosa en sangre se le administran también una carga de betanol en bolo iv



Don José después de 12 días en el nosocomio presenta una sepsis tras tratamiento con antibiótico se le administra Daptomicina 4mg/kg/24h/iv

transfusión de sangre alogénica y la estimulación de la eritropoyesis con eritropoyetina humana recombinante (rHuEPO) o hierro intravenoso. Tras valoración grave de anemia ferropénica se coloca hidratación vi

Tras una biometría hemática se diagnostica sepsis por lo que empieza un tratamiento con imipenem 1 g, cada 8 horas

Cuadro N° 3
Tratamiento de la sepsis nosocomial

Foco infeccioso	Microorganismo	Antibioterapia
Sin foco evidente ni sospecha de infección por catéter	BGN, incluido <i>P. aeruginosa</i> .	Betalactámico con actividad anti-pseudomonas más menos aminoglucósido. En paciente crítico con sepsis grave, considerar añadir equinocandina si hay factores de riesgo de candidiasis.
Sin foco evidente con posibilidad de infección por catéter	<i>Staphylococcus</i> spp. BGN	Vancomicina* más aminoglucósido + equinocandina**
Posibilidad de foco abdominal	Flora mixta anaerobia BGN anaerobios	Piperacilina-tazobactam. Si hay factores de riesgo de enterococos, <i>P. aeruginosa</i> o BLEE: Imipenem + aminoglucósido. En casos de alergia tigeclina

*Si existe sospecha de *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SARM) con concentración mínima inhibitoria (CMI) mayor a 2 o insuficiencia renal.

**Si tiene catéter femoral.

Tomado de Llinares P, Sousa D, Sanchez E, Miguez E. Tratamiento empírico de la sepsis. *Medicine*. 2010; 10(49): 3334-5. Modificado.




Tras 20 días de cuidado don José no sobrevive por complicaciones de la sepsis

Pronostico del caso




Desde el ingreso a urgencias el pronostico era reservado sin embargo al paso de los días el pronostico paso a malo

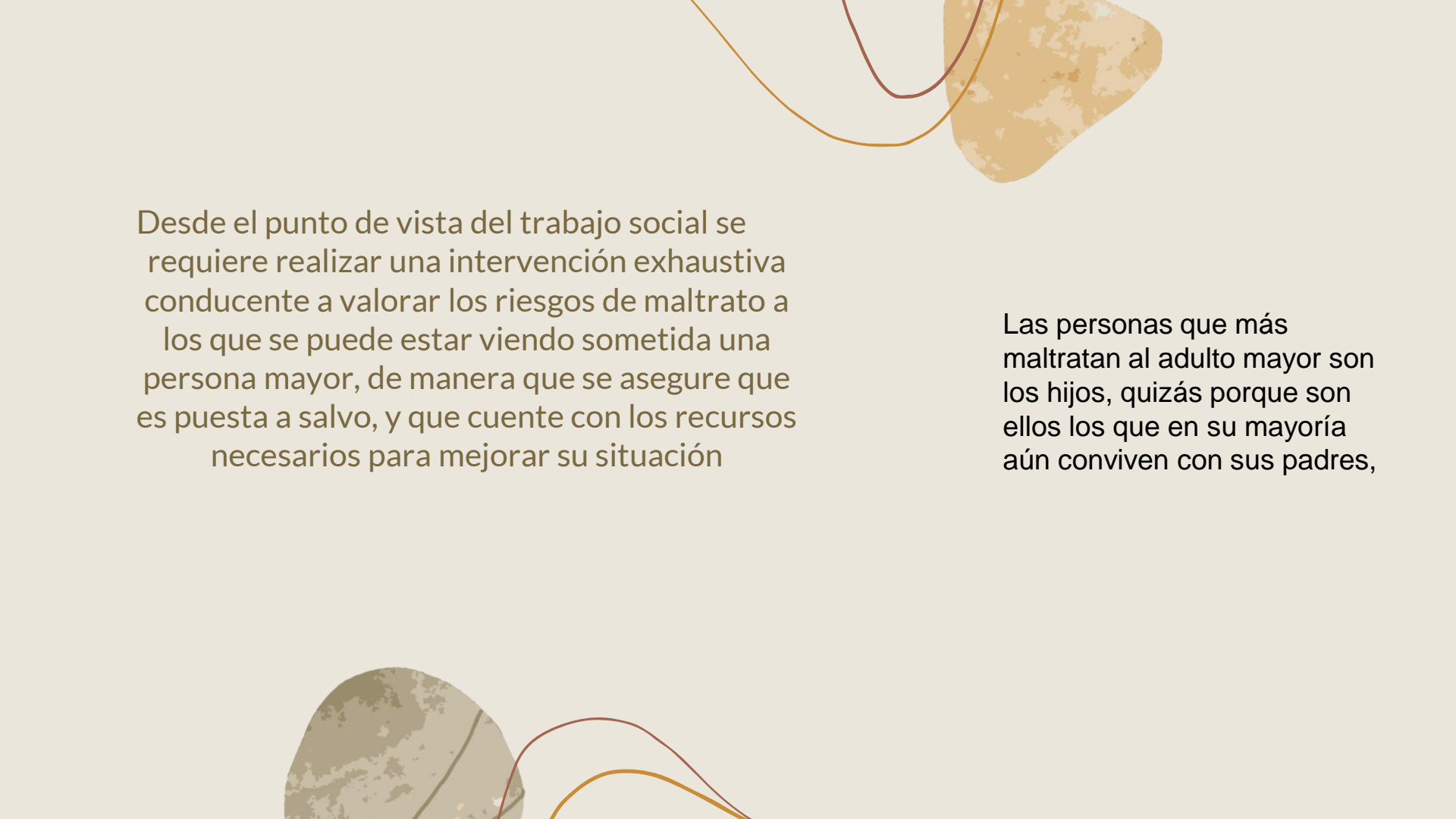




Conclusiones

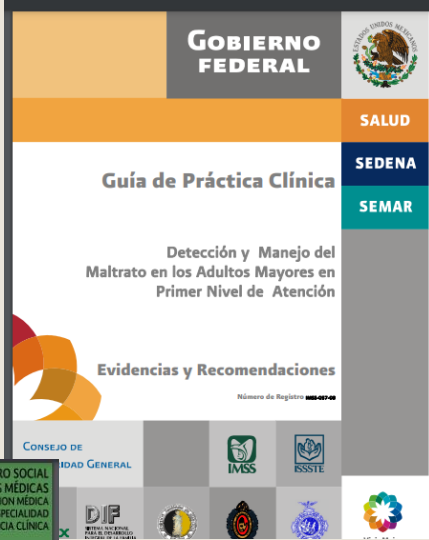
Las situaciones de maltrato que afectan directamente a las personas mayores requieren de una actuación específica, rápida y coordinada entre diferentes profesionales, administraciones e instituciones (públicas y/o privadas) con la predominancia de los profesionales de la rama médico- sanitaria y del trabajo social.





Desde el punto de vista del trabajo social se requiere realizar una intervención exhaustiva conducente a valorar los riesgos de maltrato a los que se puede estar viendo sometida una persona mayor, de manera que se asegure que es puesta a salvo, y que cuente con los recursos necesarios para mejorar su situación

Las personas que más maltratan al adulto mayor son los hijos, quizás porque son ellos los que en su mayoría aún conviven con sus padres,



Bibliografía

