



11226
66
2ej

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACION
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
CLINICA AZCAPOTZALCO

DIAGNOSTICO DE SALUD DE LA POBLACION GERIATRICA DE LA UNIDAD HABITACIONAL DE FOVISSSTE SAN ISIDRO

ISSSTE
SUBDIRECCION MEDICA
Jefatura de Enseñanza
Investigación y Difusión

T R A B A J O
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DRA. BEATRIZ LOPEZ POZOS

Asesor: Dr. Isaias Hernández Torres

MEXICO, D.F.

OCTUBRE DE 1999

2715 51

TESIS CON
FALLA DE ORIGIN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

PAG IN ACCION

DISCONTINUA.

DIAGNOSTICO DE SALUD DE LA POBLACIÓN GERIATRICA DE LA UNIDAD HABITACIONAL DE FOVISSSTE SAN ISIDRO

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar
presenta:

DRA. BEATRIZ LÓPEZ POZOS



DRA. EDITH GUADALUPE MONTES LÓPEZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICO GENERALES DEL ISSSTE EN

CLINICA AZCAPOTZALCO

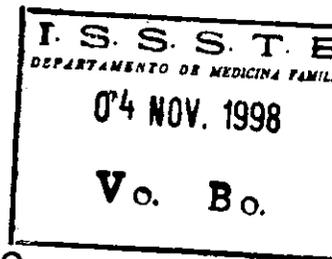
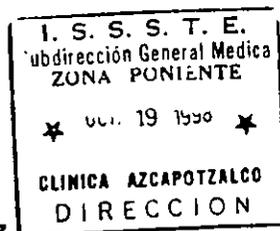
DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES

ASESOR DE TESIS
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.



DIAGNOSTICO DE SALUD DE LA POBLACIÓN GERIATRICA DE LA UNIDAD HABITACIONAL DE FOVISSSTE SAN ISIDRO

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar
presenta:

DRA. BEATRIZ LÓPEZ POZOS

AUTORIZACIONES



DR. MIGUELÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
ASESOR DE TESIS
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

D e d i c a t o r i a

Los hijos y los libros se parecen. Nacen de un acto voluntario y único para volverse el centro mismo de la existencia. Son puertas abiertas al misterio de la naturaleza, entrar en ellas es hacer un viaje interminable hacia derroteros inimaginables. Por eso pienso que la vida ha sido generosa conmigo: me ha dado dos boletos a esas dos aventuras deliciosas: una hija y la elaboración del presente trabajo.

A mis padres:

Inocencio López Hernández
Lorenza Pozos de la Cruz

A mis hermanos:

Angela.
Victoria.
Isaac.
Roberto.
Patricia.
Sonia.
Fernando.
Susana.

A mi hija:

Lorena Itzel López Pozos

A ellos por la oportunidad de ser dos veces. Gracias.

A g r a d e c i m i e n t o s

Son austeras las palabras cuando se pretende agradecer las bondades otorgadas. sólo mi agradecimiento infinito me alienta a trazar ciertas palabras: Al Dr. Isaias Hernández, que desde el primer momento aceptó la dirección de éste trabajo; a la Dra. Edith Montes López, Coordinadora del Curso de Especialización de Medicina Familiar, por su estímulo constante; a la Ing. Sonia López, por su asesoría en el "terrorífico" procesador de palabras; y a Susana López, por sus oportunas observaciones. A todos ellos por su generosa ayuda, gracias.

Mi agradecimiento se extiende a la Universidad Nacional Autónoma de México y al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, por la oportunidad de realizar la Especialización de Medicina Familiar.

INDICE GENERAL

	PAG
INTRODUCCION	4
MARCO TEORICO	3
I.- EPIDEMIOLOGIA	6
II. ASPECTOS ESPECIFICOS DEL DIAGNOSTICO EN LA PERSONA MAYOR	10
III. ASPECTOS FISIOPATOLOGICOS ESPECIFICOS RELACIONADOS CON EL DIAGNOSTICO	10
A). DISMINUCION DE LA RESERVA FUNCIONAL	11
B). DETERIORO DE LOS PROCESOS REGULADORES	12
C). PRESENTACION ATIPICA DE LA ENFERMEDAD	12
D). SINTOMAS INESPECIFICOS	12
E). PLURIPATOLOGIA	13
IV. SINDROMES GERIATRICOS	13
MODELOS DE ENFERMEDAD	14
A). EFECTO SINERGICO	14
B). EFECTO EN CASCADA	14
C). POR ATRIBUCION	15
D). POR EFECTO CLARIFICANTE	15
E). POR AGOTAMIENTO DEL CUIDADOR	15

V.	VALORACION GERIATRICA INTEGRAL	16
	A). VALORACION CLINICA	17
	a). ENTREVISTA CLINICA GERIATRICA	18
	b). HISTORIA CLINICA	20
	c). PUNTOS ESPECIFICOS EN LA EXPLORACION DEL ANCIANO	22
	B). VALORACION FUNCIONAL	25
	a). RELACION ENTRE FUNCION Y ENFERMEDAD	26
	b). ACTIVIDADES MEDIDAS Y SU RELACION	30
	C). VALORACION MENTAL	32
	a). VALORACION COGNITIVA	32
	b). VALORACION AFECTIVA	33
	D). VALORACION SOCIAL	35
	a). VULNERABILIDAD SOCIAL	36
	b). ASPECTOS DE LA FUNCION SOCIAL	36

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	38
JUSTIFICACION	39
OBJETIVOS	42
TIPO DE ESTUDIO	43
POBLACION. LUGAR Y TIEMPO	43
TIPO DE MUESTRA Y TAMANO DE LA MUESTRA	43
CRITERIOS DE INCLUSION	43
CRITERIOS DE EXCLUSION	44
CRITERIOS DE ELIMINACION	44
DEFINICION DE VARIABLES	44
CONSIDERACIONES ETICAS	45

RESULTADOS

DESCRIPCION DE RESULTADOS	46
ANALISIS DE RESULTADOS	50
CONCLUSIONES	57
SUGERENCIAS	58
ANEXOS	61
BIBLIOGRAFIA	68

INTRODUCCION.

Quando Buda era todavia el principe Sidharta, encerrado por su padre en un magnifico palacio, se escapó varias veces para pasearse en coche por los alrededores. En su primera salida encontró a un hombre achacoso, canoso, encorvado, apoyado en un bastón, balbuceante y tembloroso. Ante su asombro, el cocnero le explicó lo que es un viejo: "Qué desgracia, exclamó el príncipe, que los seres débiles e ignorantes, embriagados por el orgullo propio de la juventud, no vean la vejez. Volvamos rápido a casa. Dé que sirven los juegos y las alegrías si son la morada futura de la vejez."

La sociedad tiene para con las personas mayores el deber y la responsabilidad moral de retribuirles medios de vida, bienestar, agradecimiento y respeto, pues lo que ahora tenemos es fruto del esfuerzo y dedicación de las generaciones pasadas.

Defender los derechos de los ancianos no es un acto de caridad sino un deber de toda la sociedad, para que la vejez merezca ser vivida. La tercera edad es una etapa a la que, en la mejor de las perspectivas, todos arribaremos, por ello debemos esforzarnos, desde ahora en mejorar la calidad de vida de quienes ya están en ella.

La atención sanitaria del paciente mayor constituye un aspecto de la práctica médica general particularmente desafiante. Los ancianos pueden presentar una problemática clínica compleja que requiere cierta sofisticación médica; además los aspectos emocionales y sociales que comporta su cuidado resultan cruciales para permitir al paciente adaptarse a la enfermedad y a su

tratamiento. Las personas de edad avanzada no siempre aportan síntomas, quizá porque temen que pueda diagnosticarseles enfermedades graves o simplemente porque asumen sus problemas como parte del envejecimiento. A menudo, la exploración minuciosa de un síntoma aparentemente trivial revelará un proceso patológico. Y el médico debe estar muy prevenido ante indicios sutiles del problema oculto, teniendo en cuenta al mismo tiempo que su origen puede ser una situación de tensión física, social y emocional.

MARCO TEORICO

A medida que pasa el tiempo, aumenta la población total, es frecuente observar en la consulta diaria médico asistencial un gran aumento de la población de personas de la tercera edad. Fundamentalmente debido a una disminución en las tasas de mortalidad perinatal e infantil, así como una disminución en la tasa de natalidad, mejoras en la alimentación, en atención sanitaria básica y en el control de muchas enfermedades infecciosas.(1.2)

Epidemiología del Envejecimiento.

En el Contexto Internacional (1900 - 2050).

En 1990 había en México 4 988 158 ancianos (1% de los ancianos del mundo y 14.8% de los que habitan en Latinoamérica). Se ha estimado que para el año 2050 los ancianos de nuestro país alcanzarán la cifra de 37 589 000, casi el 2% de la población mundial y el 20.5% de la de L.A. Como podemos ver, el crecimiento proporcional de la población mexicana es muy pequeño (0.2% y 1.4% respectivamente). Esto significa que el proceso de envejecimiento en México será más rápido que el crecimiento de la población promedio.(1.3)

En México la proporción de población mayor de 59 años es más baja que la de todos los continentes del mundo (excepto África) y regiones en 1990. Sin embargo se ha proyectado que alcanzará 23.15% en 2050. Esta proporción será más alta que el promedio mundial y el promedio de los países en desarrollo.(3)

La razón de masculinidad disminuirá hasta el año 2050, pero habrá un incremento posterior. El nivel de dependencia senil se

incrementará en un 300% de 1990 a 2050. esto significa 40 ancianos por cada 100 personas. de 15 a 59 años.(4)

México se encuentra en el nivel más alto de la transición demográfica desde 1900 y la velocidad de envejecimiento se espera 3 veces más alta que en 1990 (14.8%) y alcanzará 119.4 ancianos por 100 individuos de 0 - 14 años. El crecimiento observado en esta tabla es más alto que el de la población mundial y seguramente igual a lo observado en otros países en desarrollo.

**Indicadores demográficos del envejecimiento de la Población
en México**

Indicador	1990	2000	2025	2050
Proporción de ancianos	5.62	6.40	12.60	3.15
Razón de masculinidad	83.25	77.60	76.21	79.61
Razón de dependencia	9.97	10.70	19.65	40.29
Razón de envejecimiento	14.79	18.97	54.12	119.42

Fuente: Datos procesados usando las proyecciones del Banco Mundial*

*Los datos presentados fueron expuestos en el Primer Curso de Gerontogeriatría por la Dra. Ma. del Carmen García Peña. Investigadora del Centro Médico Nacional S.XXI. Candidata a Doctorado por la Universidad de Londres Inglaterra.

En el Contexto Nacional

La población mexicana se ha incrementado de 1 005 803 (5.1% de la población total) en 1940 a 4 988 158 (6.1%) en 1990. La tasa promedio anual de crecimiento de la población de ancianos en el

período 1970-90 fué 3.1% mientras la tasa nacional fué de 2.6%. La proporción de ancianos es diferente en cada estado. Yucatán, Zacatecas, D.F., Navarrit v Oaxaca tuvieron las proporciones más altas. En 1990, el 11.8 % de los ancianos mexicanos vivían en el D.F., el 9.0% en el Estado de México, el 7.7% en Veracruz.

La razón de masculinidad nacional ha disminuido en los últimos 50 años. En 1940 hubo 94.4 hombres por 100 mujeres v en 1990 había 89. La razón de masculinidad es diferente según la edad.

La razón de envejecimiento se ha incrementado en casi cada estado La razón más alta fué observada en el D.F.(1.5)

El nivel educativo de los ancianos es más bajo que el resto de la población.

La población económicamente activa fué más baja en 1990 (28.8%) que en 1970.

Estados de Salud.

El estado de salud v la utilización de servicios en este grupo de población específico no ha sido estudiado en México. Sin embargo en 1994 fué desarrollada la Encuesta Nacional de Envejecimiento (ENE) y el 1995 la Dirección General de Estadística e Informática de la Secretaría de Salud emitió un documento donde se analiza desde el punto estadístico la situación de este grupo de población. De acuerdo con la ENE, el 32.2% de la población de 60 a 80 años y el 22.3% de los mayores de 80 años percibieron que su estado de salud era bueno.

La tasa de morbilidad aguda durante las últimas dos semanas fué de 20 por 1000 en la población de 60 - 64 años v 21 en los de 65 años v más. Los problemas de salud fueron percibidos como regulares en 44% de la población v 20.3% como graves. Las

limitaciones funcionales fueron observadas en las siguientes proporciones. 70% tenía problemas de visión, 32% de oído, 66.5% tenía problemas con sus dientes, 44% con sus piernas o brazos y 81% eran incontinentes. Las limitaciones funcionales se incrementaron de acuerdo con la edad.(1)

Las enfermedades infecciosas agudas fueron el grupo más frecuente. las enfermedades infecciosas intestinales fué el segundo grupo. la hipertensión arterial y la diabetes mellitus ocuparon el tercer y cuarto lugar.(1.4)

La tasa de mortalidad en ancianos ha disminuido en los últimos 50 años sin embargo la disminución ha sido más lenta que en la población en general. En 1993 las principales causas de muerte fueron: las enfermedades cardíacas y vasculares donde una tercera parte fué por infarto agudo al miocardio y una cuarta parte por enfermedad cerebrovascular. Las enfermedades endócrinas, metabólicas e inmunitarias donde la diabetes mellitus es la más frecuente con dos terceras partes de las muertes. Las neoplasias donde el cáncer de estómago, tráquea, bronquios, pulmón y próstata fueron los más frecuentes.(1.4,30)

Aunque la proporción de ancianos que recibieron atención médica antes de la muerte es alta (82.7%), hay diferencia por edad. A medida que la persona tiene más años es menor la atención que recibe.(4)

La Asamblea Nacional del Envejecimiento, propone desde su primera sesión que tuvo lugar en Viena en 1982, una política Social Gerontológica orientada a reeducar al individuo para que sea capaz de autocuidarse y procurarse una buena calidad de vida, dentro del núcleo familiar y en su comunidad (6.7). Y en 1997,

La Declaración en Geriatria INIA- ONU. México. propone el desarrollo de los programas de atención integral del adulto mayor debe incluir objetivos importantes en el Sistema de Atención primaria como medicina preventiva con enfoque gerontológico, autocuidado geriátrico, detección y control de enfermedades crónico degenerativas, entre otros.(8)

ASPECTOS ESPECIFICOS DEL DIAGNOSTICO EN LA PERSONA MAYOR

El diagnóstico de los frecuentes y diferentes procesos patológicos que presentan las personas de edad avanzada es la consecuencia obligada de una aproximación razonada a los mismos. Tomando además siempre en consideración aquellos aspectos, no específicamente clínicos que se entremezclan en la morbilidad del anciano.(9)

La geriatría dispone de una serie de instrumentos en general, no ligados a medios sofisticados, que constituyen su verdadera tecnología. Son básicamente, el acercamiento interdisciplinario a los problemas, la disponibilidad de diferentes niveles asistenciales en función de las distintas situaciones de enfermedad y la Valoración Geriátrica Integral (VGI) que abarca, en su apartado clínico, los aspectos más relacionados con las sucesivas fases del diagnóstico.(9.10)

ASPECTOS FISIOPATOLOGICOS ESPECIFICOS RELACIONADOS CON EL DIAGNOSTICO

El proceso de envejecimiento es el conjunto de cambios que se asocian al paso del tiempo y con ello tornan al individuo más vulnerable a su medio, merma su capacidad de adaptación. Este proceso es el resultado de la interacción de los siguientes

elementos: En principio se tiene un "bagaje" genético individual que determina nuestra predisposición a las enfermedades y nuestra longevidad. a lo anterior se suma el estilo de vida que puede resumirse en el uso, abuso y desuso que damos a nuestras características y capacidades. Por último interaccionan las enfermedades e imprevistos de salud, tomando en cuenta que puede ser de origen físico, emocional, mental o social, todo lo anterior es matizado y tamizado por cultura de cada grupo.

De aquí que el proceso de envejecimiento sea tan individual y diverso, lo que constituye uno de los retos más grandes. El poder determinar y en lo posible medir la reserva homeostática de las personas envejecidas para cada caso planear una intervención única y adecuada que reconociendo riesgos pueda ejercer una acción preventiva favoreciendo el buen envejecimiento. (11.12)

Si bien el paciente viejo es un paciente diferente, frágil, más que la curación se debe de basar en la calidad de vida, mantener la independencia: dicho de otra manera está en función de la funcionalidad. Para cumplir con estos preceptos necesariamente debe tener una técnica que abarque un todo, a la persona en toda su dimensión y justa medida, el propósito es de una salud total, misión que se pretende cumplir esencialmente a través de la creación y promoción de una cultura sobre el buen envejecimiento. (10.12)

1.- Disminución de la Reserva Funcional.

Con el envejecimiento se desarrollan, de forma gradual, una serie de cambios fisiológicos que la determinan, limitando la capacidad de respuesta ante un aumento de la demanda o una situación de estrés. El resultado de la función de un órgano en el anciano

depende tanto del grado de deterioro del mismo como de la exigencia requerida en un momento dado: la tendencia a la descompensación aparece más acentuada en el sistema cardiopulmonar, riñón y funciones cognitivas.(9,13)

2.- Deterioro de los Procesos Reguladores.

Que mantienen la integración funcional entre los diferentes órganos y sistemas de la economía. El envejecimiento no sería sólo la suma de la reducción individual de la reserva funcional de cada órgano, sino también una alteración de los mecanismos de control que regulan e integran sus funciones, originándose una situación de "equilibrio inestable" que afecta a las áreas que requieren una mayor integración y que, por ello, son más vulnerables.(9)

3.- Presentación Atípica de la Enfermedad.

Es una consecuencia de lo anterior, expresión de que los cambios fisiopatológicos ocasionan la desaparición o atenuación de la sintomatología típica de ciertas enfermedades (neumonía sin fiebre o tos, úlcera duodenal e infarto miocárdico no doloroso.

4.- Síntomas Inespecíficos

A diferencia de los jóvenes, en los que la enfermedad suele presentarse con quejas concretas que ayudan a localizar el órgano afectado, los ancianos tienden a manifestar síntomas inespecíficos y no necesariamente el cuadro típico de la enfermedad. Así en pacientes con deterioro cognitivo previo, una neumonía o pielonefritis puede expresarse únicamente como cambios en el comportamiento, y en el anciano previamente sano trastornos como un infarto de miocardio pueden cursar sólo como un cuadro confusional o anorexia. En cualquier caso, el hallazgo

de patologías en un órgano o sistema no siempre le hace responsable del deterioro de su función.(9)

5.- Pluripatología.

Si en el joven es habitual encontrar una explicación única para diferentes síntomas, en el anciano suelen ser atribuidas distintas causas. Además de dificultar el diagnóstico, ocasiona que el tratamiento de una de ellas emperore el curso de otra, máxime si ésta es desconocida (por ejemplo la administración de diuréticos para la insuficiencia cardíaca en un paciente con incontinencia urinaria) La pluripatología también es a menudo, causa de que una enfermedad en determinado órgano origine la descompensación de otro, contribuyendo a la presentación atípica de la enfermedad y explicando igualmente la presentación tardía y silente de determinadas enfermedades. Por ejemplo, pacientes con hemiparesia y dificultades para la movilización que padecen una cardiopatía isquémica permanecerán asintomáticas hasta estadios avanzados de la enfermedad. (9,13)

SINDROMES GERIATRICOS

El impacto de proceso de envejecimiento es tal que los problemas de salud de los viejos parecen totalmente diferentes, se suscitan eventualidades, imprevistos y cuadros incomprensibles, problemas médicos irrelevantes en el joven, son de graves consecuencias en los viejos, donde la vulnerabilidad, la polipatología y la adversidad del medio generan cuadros clínicos únicos, muchos de ellos que se repiten en la población envejecida y son atribuidos erróneamente al envejecimiento perdiendo la oportunidad de una intervención positiva. A éstas formas de enfermedad se les ha dado el nombre de Síndromes Geriátricos pero más que eso son

manifestaciones de enfermedad comunes en los viejos, un reto para que el médico especialmente si está poco habituado a encontrarse con signos y síntomas imbricados que enmascaran la realidad del proceso patológico y que por la especial situación de ancianos en nuestra sociedad requieren una evaluación multidimensional. (1.12.31)

No todos los cuadros o síndromes propios de la vejez son de tomar en cuenta como caídas, deterioro cognoscitivo, incontinencia e inmovilidad, sino todos aquellos problemas que por irrelevantes que parezcan pueden deteriorar la calidad de vida, asuntos como la salud oral, los pies, maltrato, cuidado terminal, deben ser examinados sistemáticamente e integrados para la toma de decisiones. (1.12)

MODELOS DE ENFERMEDAD

Debido a las formas atípicas como se manifiestan las enfermedades en geriatría y la muy especial forma en que han de analizarse para no perder un punto de vista horizontal, se han propuesto modelos que constituyen las formas comunes de presentación:

1.- Efecto Sinérgico:

Varias patologías que se entrelazan combinando síntomas, solapando otros y dando un resultado diferente al esperado. Por ejemplo, una incontinencia que resulta de inmovilidad por osteoartrosis y el uso de diuréticos por insuficiencia cardíaca.

2.- Efecto en Cascada

Muy común y temible, un problema inicial provoca un desequilibrio que lleva a un segundo problema y éste a otro, ocasionando un serio descontrol que con no pocas ocasiones lleva a la discapacidad e incluso a la muerte. El reto en este caso es

reconocer a tiempo el riesgo de una complicación y evitarla, además de ser en extremo cuidadosos con las consideraciones terapéuticas que con facilidad hacen daño por problemas colaterales. En éste modelo la intervención en las esferas sociales y psicológicas es especialmente relevante. Un ejemplo clásico es la caída y fractura de cadera: Con la hospitalización, aparece delirio, favorece polifarmacia, luego inmovilidad, que lleva a depresión, desnutrición, neumonía..., la rehabilitación a seis meses es extraordinariamente baja y la mortalidad muy alta, aún en casos de manejo acertado.

3.- Por Atribución.

La sintomatología simula otra enfermedad que no se identifica con precisión o se atribuye al proceso de envejecimiento, por lo que es tratado erróneamente dejando evolucionar el daño de la identidad no reconocido. Un ejemplo podría ser un dolor lumbar atribuido a enfermedad articular degenerativa que se detecta en otras partes del cuerpo, escondiendo una lesión por mieloma que no se diagnostica y por tanto tampoco se trata.

4.- De efecto clarificante

Una entidad patológica se diagnostica al estudiar o tratar problema manifiesto. Al usar antiagregantes plaquetarios preventivos, se desencadena un sangrado del aparato digestivo que al ser poco estudiado descubre una neoplasia hasta entonces oculta.

5.- Por Agotamiento del Cuidador

La tolerancia de la persona a cargo del cuidado primario, parece desvanecerse con quejas y llamadas excesivas, pérdida del control en el manejo del cuidado planeado. Todos los signos que alertan

a la aparición de un problema intercurrente agregado no reconocido en forma clínicamente abierta.

Es importante mencionar que las quejas que traen al paciente anciano al médico también tienen dificultades, por lo que el análisis global implícito en la evaluación geriátrica es imprescindible para el buen entendimiento de los problemas del paciente y la buena relación con el equipo de salud que lo atiende. (1.14)

VALORACION GERIATRICA INTEGRAL

La VGI es un proceso diagnóstico multidimensional, interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar problemas médicos, evaluar capacidades funcionales y psicosociales, alcanzar un plan de tratamiento global, optimizar la utilización de recursos y garantizar el seguimiento de los casos. (9.10.15.31)

El origen de la VGI, se remonta a los tiempos en que Marjorie Waren la practicaba, en el Middlessex Hospital de Londres, en 1940. Los geriatras ingleses la desarrollaron, practicaron y perfeccionaron como una técnica habitual de su trabajo, sin embargo en los últimos años es cuando se ha universalizado su conocimiento. (10)

Por definición, el concepto de valoración geriátrica integral lleva aparejada la necesidad de profundizar en las cuatro áreas geriátricas clásicas: Clínica, funcional, mental y social, evidentemente interrelacionadas. (10)

	Clínica	
	Valoración	
Física	Geriátrica	Mental
	Integral	
	Social	

VALORACION CLINICA

Su objetivo es cuantificar patologías sistemáticas, identificar patologías desconocidas, evaluar sus efectos sobre la función y planificar y priorizar la intervención terapéutica.

El paciente anciano, además de la atención tradicional, requiere un enfoque especial respecto a enfermos más jóvenes. Ello se debe no sólo a la existencia de patologías de especial prevalencia, sino también a la pluripatología, siendo la sumación de problemas más la regla que la excepción. La coexistencia de varias patologías ocasiona, además, que la expresión de una enfermedad, a menudo atípica en el anciano, modifique la de otros, ocultándolas o retrasando su identificación. (9.10)

En medicina geriátrica es importante conocer y distinguir los cambios debidos a enfermedad, lo cual nos permitirá evitar daños vatrogénicos y, por otra parte, tratar aquellas dolencias que sean potencialmente curables. Otro principio básico en el tratamiento del paciente geriátrico, será conocer el nivel funcional basal de cada paciente, que será totalmente distinto en cada uno.

El objetivo de la evaluación clínica del paciente anciano debe ir encaminado hacia la valoración del paciente en el contexto de

su historia vital.(10)

La incorporación de los hallazgos sociales y funcionales en la evaluación médica tradicional en ningún momento es tan necesaria como la valoración del paciente anciano. (10)

Frecuentemente, la evaluación clínica ocurre en momentos cruciales de la vida, tras la pérdida de un ser querido o del soporte familiar, al ingresar a una residencia, tras la pérdida de la independencia y autonomía por enfermedad o durante una enfermedad terminal. En estas circunstancias, los problemas que se manejan requieren una especial habilidad, tiempo y esfuerzo para alcanzar el mejor resultado para el paciente.

La Entrevista Clínica Geriátrica:

Frecuentemente, al entrevistar a los pacientes ancianos se requiere mayor tiempo y dedicación, en comparación con enfermos más jóvenes, para obtener toda la información necesaria. Generalmente suele estar presente algún miembro de la familia, que, no dificulte que el propio enfermo se exprese puede resultar positivo, sobre todo cuando el paciente sea incapaz de referir por sí mismo su proceso morboso, y nos confirmará los detalles de la historia.(1.2.10)

Es necesario conocer los diagnósticos, pero más importante es saber el grado de severidad de dicha enfermedad y cómo le afecta en su vida diaria, que limitaciones le ocasiona y que necesidades de ayuda tiene para solventar esas dificultades.

La historia debe incluir un perfil del paciente y la historia social. El perfil del paciente comienza con la razón general de la presentación del paciente hoy o motivo de consulta. Debe ser evaluada la actitud de la familia hacia el enfermo y viceversa.

El status social y la red de contactos sociales debe ser explorada.(1)

Una persona anciana sufre muchas pérdidas, que suelen causar un gran impacto en su salud o bienestar y deben evaluarse ya que puede haber experimentado la pérdida de la esposa, un hijo o un amigo, o pérdidas en el status social o de independencia debido a razones económicas o de salud.

El médico debe comentar con el paciente o sus familiares, sobre los deseos del paciente y sus actitudes hacia las decisiones médicas de prolongar la vida en situaciones agudas o crónicas, teniendo en cuenta sus opiniones y su escala de valores.

La Enfermedad Actual:(10)

Generalmente se identifican múltiples quejas, asociadas a múltiples problemas, debe realizarse una historia de cada una de ellas. La descripción médica de un síntoma dado debe relacionarse siempre con el grado de incapacidad producida en el paciente.

Examen de los Sistemas:

En el anciano se debe hacer un examen más de los síntomas que de los sistemas. Los diferentes sistemas pueden producir el mismo síntoma. Se deben incluir cuestiones relativas a:(10)

Síntomas generales: Anorexia, fatiga, sed, pérdida de peso.

Síntomas gastrointestinales: Vómitos, dolor abdominal, estreñimiento y diarrea.

Síntomas genitourinarios: Frecuencia, nicturia, disuria.

Síntomas cardiorrespiratorios: Dolor torácico, disnea, tos, edema, expectoración, hemoptisis.

Síntomas locomotores: Dolor de miembros, espalda o articulaciones.

Síntomas cerebrales: Confusión transtorno del lenguaje, parálisis, parestesias, convulsiones, dolor de cabeza, caídas, etc.

Historia de la Medicación:

Toda la medicación que toma o ha tomado el anciano debe ser tenida en cuenta. Debido a la pluripatología y a la tendencia de los médicos de recetar una medicación conforme el paciente refiere la más mínima queja, es muy frecuente que estén sobremedicados, llegando a una media de 3-4 medicinas por paciente, lo que unido a una menor tolerancia ocasiona con frecuencia toxicidad. Los casos de interacciones medicamentosas y errores son frecuentes. Otras causas que contribuyen a la polifarmacia, junto a la presencia de múltiples estados de enfermedad son el fallo en el seguimiento y la suposición de que las personas mayores nunca se ponen bien, lo que conduce a la medicación a largo plazo no revisada, produciéndose un aumento sobre la interacción con diversos medicamentos y los efectos secundarios peores que la molestia para molestia para la cual fué administrado. (24)(25)(26)

HISTORIA CLINICA

La obtención de datos útiles y significativos empieza por la elaboración de una detallada y completa historia clínica. Esta historia debe servir como una "ventana" a través de la cual se observa al paciente. Además de contener el estado de salud pasado y presente, debe incluir la forma como se percibe a sí mismo, en especial, de lo que él considera sus rasgos fuertes y sus debilidades. La HC constituye la base para interpretar los hallazgos físicos, así como la información relativa a la

comunidad, el hogar y los hallazgos de laboratorio: es la clave para diseñar el plan de cuidados de la salud. (10)

En la siguiente tabla se sintetizan, siguiendo recomendaciones sugeridas en la Conferencia Internacional sobre Geriatric Assessment Technology (Florencia, 1994), los puntos más específicos que deben evaluarse en el proceso diagnóstico del anciano (10.16) y que se detallan en el siguiente cuadro:

PUNTOS ESPECIFICOS EN LA EXPLORACION EN EL ANCIANO

(GAT. Conference. Florencia. 1994

AREA	OBJETIVO	GRADO	INTEVALO
			INDICACION REVISION
			(años)
1. Historia Clínica			
Nutrición	Malnutrición	1	1
	Obesidad		
Historia Farmacológica	Polifarmacia	1	1
Alcohol tabaco-drogas	Identificación	1	1
Actividad Física	Inactividad		
	Pérdida muscular	1	1
Prevención de accidentes	Caidas		
	Tráfico	1	3

2. Exploración Física

AREA	OBJETIVO	GRADO	INTERVALO
Tensión arterial	Hipertensión	1	1
	Obesidad		
Visión	Declinar visión	1	2
	Catarata, glaucoma		
	Degeneración macular		
Audición	Presbiacusia	1	2
	Alteraciones conducción		
Examen oral	Caries, pérdidas	1	1
	Cáncer		
Examen piel	Cáncer	1	1
Cardiovascular	Aterosclerosis	2	1
	Soplos, síncope		
Urinario	Prostatismo	2	1
	Infección		
Mamas	Cáncer	1	1
Recto	Pólipo, tumor	2	1
	Cáncer próstata		
Cérvix	Cáncer	1	3
Equilibrio	Caidas	2	2-3

3. Exámenes Complementarios

AREA	OBJETIVO	GRADO	INTERVALO
Hemograma	Anemia	2	5
Bioquímica	Múltiple	2	5
Lípidos	Aterosclerosis	2	5
Glucosa	Diabetes	2	5
TSH	Hipo-Hipertiroid	1	5
PSA	Cáncer próstata	2	5
Análisis de orina	ITU, albúmina	2	3
PPD test	Tuberculosis	2	10

GAT. Geriatric Assesment Technology

Grado 1: Evidencia adecuada para recomendación definitiva: Grado

2: aconsejable. No evidencia adecuada recomendación definitiva.

VALORACION FUNCIONAL

Se entiende por función la capacidad personal para adaptarse a los problemas que plantea la vida diaria. Su valoración es esencial para fijar un juicio clínico y un pronóstico adecuados, y para diseñar un tratamiento eficaz y planificar los cuidados geriátricos necesarios. (17,18)

El objetivo de la valoración es, pues, cualificar y cuantificar la capacidad para movilización y realización de las actividades de la vida diaria. Se trata en esencia, de la recogida e interpretación de datos que se refieren al nivel funcional de un individuo para hacer frente a las necesidades que le demanda el entorno familiar y la participación social. La evaluación de la función física desempeña un papel importante tanto en la clínica geriátrica como en la investigación del envejecimiento. (10)

El Colegio de Médicos Americanos, considera que el bienestar funcional de los ancianos es fundamental en la práctica médica, recomendando incluir en la rutina del manejo médico procedimientos de valoración de déficit e identificación de dependencias. Estos procedimientos se deben adaptar también a la rutina de la práctica hospitalaria, siendo de más ayuda su uso selectivo en pacientes ancianos geriátricos. El conocimiento del estado funcional del paciente no ayuda a mejorarlo si no va asociado a posibles intervenciones, al igual que el conocimiento de una enfermedad no lleva a su curación si no va asociado a un tratamiento. Los pacientes que más comunmente responden a las intervenciones en su estado funcional son: (9,10,18)

Ancianos frágiles: aquellos que han sufrido deterioros recientes

en su nivel funcional: pacientes con riesgo de incapacidad funcional debida a enfermedad aguda: ancianos con estres, lesiones o traumatismos: y los que padecen una enfermedad que afecta primariamente a la función.

Relación Entre Función y Enfermedad

La prevalencia de enfermedades y la pérdida funcional se ha incrementado con la edad, siendo común la asociación por la mayoría de los profesionales de la salud de que el número de enfermedades, identificadas en una lista de problemas, determina la severidad de la pérdida funcional. Sin embargo el cúmulo de enfermedades en un anciano no produce necesariamente alteración funcional, y si la produce no necesariamente paralela al grado de severidad de la enfermedad.(10)

Un estudio realizado en 1977 (27) muestra que el 66% de las personas mayores de 65 años padecen alguna enfermedad crónica y el 35% tienen algún tipo de limitación en su actividad. Una enfermedad subvacente no conocida puede ser la causa del deterioro de la función o del empeoramiento de ésta.

Muchos ancianos que viven independientemente tienen numerosos problemas médicos, la falta de diagnósticos es también un problema común al igual que los sobrediagnósticos.

El paciente anciano es muy propenso a sufrir pérdidas funcionales como resultado de una enfermedad aguda o de un ingreso hospitalario. La hospitalización en ellos produce una disminución de las reservas fisiológicas y resiente su capacidad de adaptación a situaciones no familiares. Asimismo, con la hospitalización se da un aumento de las de las complicaciones. El 72% de los pacientes ancianos hospitalizados desarrollan al

menos una complicación frente al 30% de los pacientes jóvenes (10).

Con demasiada frecuencia las disfunciones en la vejez se asumen como irreversibles, como procesos naturales debidos al envejecimiento. De acuerdo con ésta consideración errónea, los esfuerzos realizados van encaminados a ofrecer cuidados de soporte en vez de intentar restablecer la función mediante un plan diagnóstico y terapéutico apropiado hasta el máximo que sea posible, y evitar la incapacidad crónica.(10)

Para prevenir la incapacidad, el clínico debe investigar los factores de riesgo e intentar modificarlos (prevención primaria), detectar los signos iniciales de incapacidad (prevención secundaria) y evitar su progresión (prevención terciaria).

Buchner propone un modelo de fragilidad e incapacidad: en dicho modelo la incapacidad es predecible y, por tanto podemos tomar actitudes y realizar tratamientos preventivos. Sobre la fragilidad influyen, como factores de riesgo, procesos crónicos (enfermedad, inactividad, etc.) condiciones agudas y subagudas que pueden ser modificables.

En el proceso de recuperación hay que tomar en cuenta: Que las pérdidas patofisiológicas a niveles extremadamente bajos son la recuperación más tardía y que la recuperación está directamente relacionada con el nivel de capacidad previo. En los pacientes con capacidad funcional reducida, como es el caso de los ancianos frágiles, la recuperación será difícil y se requerirá un plan estructurado para su recuperación.

Utilidad de la Valoración Funcional:

La salud en el anciano, como mejor se mide, es en términos de

función. Con la valoración funcional obtenemos una serie de datos que nos van a ayudar a:

- Identificar inicialmente las áreas de deficiencia.
- Establecer regímenes rehabilitadores individualizados. La valoración funcional de la función física es la piedra angular de la rehabilitación.
- Valorar evolutivamente, tanto a los pacientes subsidiarios de intervención como a los que no lo son.
- Valorar la eficacia de las intervenciones aplicadas.
- Establecer pronósticos y expectativas de resultados en base a unas condiciones dadas.
- Indicar necesidad y tipo de cuidados a dispensar.

La mayoría de los ancianos no institucionalizados son funcionalmente independientes. El porcentaje de ellos que necesita ayuda para las actividades de la vida diaria (AVD) se duplican cada década hasta la edad de 80 años, triplicándose entre los 85 y 94 años. En personas mayores de 75 años, la restricción en su actividad es dos veces más común que entre las personas de 45 y 64 años. El 90% de las personas ancianas entre 75 y 84 años son independientes en las AVD básicas. (28)

A partir de los 85 años aumenta el requerimiento de cuidados de salud. El 46 % de los ancianos de esta edad que viven en la comunidad necesitan asistencia para las AVD. Un 18% son dependientes al menos en tres de las seis AVD básicas (baño, vestido, uso de retrero, movilización, continencia y alimentación) y un 10% son totalmente independientes (10).

El 50% de los ancianos entre 75 y 84 años son capaces de realizar tareas pesadas de la casa, frente al 79% entre 55 y 64 años.

La valoración funcional tiene mucho interés para el desarrollo de planes políticos de salud. Se sabe que las personas viven cada vez más años. ¿pero éstos años son de vida dependiente o independiente?, ¿las personas que sobreviven a los 85 años son más "sanas" que sus equivalentes de hace 30 años? Los estudios en éste terreno servirán para tomar medidas preventivas de salud pública, establecer cambios de dicha política, indicar diferentes tipos de cuidados según la evolución en el tiempo y establecer aquellas asociaciones necesarias para el desarrollo de intervenciones afectivas.

Asociaciones de la Valoración Funcional:

Se ha demostrado asociación de varias mediciones de función física con:(10)

- 1.- Mortalidad. El grado de habilidad en la función básica es pronóstico de mortalidad. La mayoría de datos publicados en la literatura en éste sentido demuestran que la mayor parte de los niveles básicos de función física y muy pocos de los niveles de actividades básicas más estrictos distinguen aquellos ancianos que tienen aumentada la posibilidad de muerte a corto plazo.
- 2.- Institucionalización. La mayoría de los niveles básicos de función física y una minoría de las funciones instrumentales muestran una asociación significativa con la posibilidad de institucionalización y de ingreso en residencia.
- 3.- Hospitalización. La disminución en las actividades básicas de la vida diaria están asociadas con hospitalizaciones sucesivas.
- 4.- Función física. Una disminución en la habilidad física está asociada con sucesivas disminuciones.

5.- Uso de servicios sanitarios. Las dependencias en las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales están claramente relacionadas con el aumento de los cuidados médicos.

Valoración Funcional:

Actividades medidas y su relación

Generalmente la capacidad para la realización de las funciones se divide en dos niveles, personas independientes y dependientes. Las primeras realizan las tareas sin ayuda, mientras que las segundas precisan ayuda humana para su realización. La mayoría de las escalas están basadas en el grado de independencia de cada función. Podemos dividir las funciones físicas en las siguientes categorías: (10,18)

1.- Actividades básicas de la vida diaria (AVD-B) son aquellas actividades funcionales esenciales para el autocuidado: Comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse y la continencia.

2.- Actividades instrumentales de la vida diaria (AVD-I). Son actividades más complejas que las AVD-B y representan actividades funcionales necesarias para adaptarse independientemente a su medio ambiente. Son actividades tales como: Escribir, leer, cocinar, limpiar, comprar, lavar o planchar, usar el teléfono, manejar la medicación, manejar el dinero, realizar tareas o trabajos fuera de casa, o viajar (Usar el transporte público o salir fuera de la ciudad).(10)

La interpretación de dichas escalas puede ser también difícil, ya que no todas las personas requieren una habilidad de manejo en el mismo nivel de complejidad. Las AVD-I son difíciles de medir en pacientes institucionalizados. Su máxima utilidad se presenta en los pacientes ambulatorios o en visitas domiciliarias. Sector

(29) considera que las AVD-B y las AVD-I se pueden combinar en una única escala jerarquizada, teniendo validez discriminativa y predictiva. Analiza tres trabajos realizados en pacientes que viven en comunidad obteniendo lo siguiente:

1.- Los ancianos que viven en comunidad presentan más frecuentemente dependencias sólo en las AVD-I que en las dependencias AVD-B y AVD-I.

2.- La proporción de ancianos dependientes en AVD-I y en AVD-B aumenta con la edad.

3.- Aquellos ancianos que son dependientes en AVD-I pasan a ser más frecuentemente dependientes en AVD-B que en aquellos ancianos que son inicialmente independientes.

4.- La proporción de muertes fué significativamente mayor entre ancianos que eran dependientes en AVD-I y AVD-B que entre los independientes.

5.- La proporción de hospitalizados aumenta con el nivel de disfunción. Fué de un 18% entre los ancianos independientes en AVD-I, mientras que entre los dependientes llegó al 27%. De los ancianos dependientes en ambas actividades, AVD-I y AVD-B fueron hospitalizados un 37%.

El índice de Katz de actividades de la vida diaria. Es uno de los test mejor conocidos, estudiados y validados. Es el resultado de estudios en pacientes ancianos con enfermedades crónicas, donde más de 2000 evaluaciones demostraron la utilidad de este índice como guía de evolución en las enfermedades crónicas, como utensilio en el estudio del envejecimiento y como ayuda de rehabilitación. Los pacientes se clasifican en siete grupos, de la A a la G, viendo de la máxima independencia a la máxima

dependencia. la independencia significa que el sujeto realiza la actividad o las actividades sin supervisión, dirección o asistencia personal activa. Se correlaciona con el grado de movilidad y confinamiento en casa después del alta hospitalaria, probabilidad de muerte, hospitalización e ingreso en instituciones. (9,10)

VALORACION MENTAL

En el área de la valoración de estado mental (VM) varios son los aspectos que el médico que trata pacientes de edad debe contemplar. Los principales son: El estado cognitivo y el afectivo. El primero de ellos abarca el conocimiento y la identificación de los cambios normales del envejecimiento, los estados confusionales y la demencia. En la valoración del estado afectivo deben destacarse o evaluarse dos posibles problemas: la depresión y la ansiedad. (9)(10)(16)

VALORACION CONGNITIVA

Dentro de los cambios mentales asociados al envejecimiento, se encuentra un deterioro de actividades integrativas y sensorio-perceptivas y una disminución de la memoria de fijación y de la inteligencia fluida. Al igual que lo que ocurre en otros órganos y sistemas, no todos los ancianos presentan modificaciones en su situación mental. En general cuando éstos cambios están presentes no son lo suficientemente acusados como para tener repercusiones en el funcionamiento social o laboral de los ancianos, no pueden considerarse situaciones de enfermedad y no requieren tratamientos, ya que no son modificables con éstos (1.10).

El deterioro cognitivo presenta una alta prevalencia en el anciano y condiciona no pocas situaciones de grave incapacidad.

amén de una muy seria problemática socioasistencial: baste recordar que la demencia senil tiene una prevalencia de 20% por encima de los 80 años y que es además el sustrato más adecuado para incidir sobre ella múltiples procesos agudos (infecciones, deshidratación, confusión) y frecuentes complicaciones en línea con los citados síndromes geriátricos (caídas, inmovilismo, incontinencias, impactación fecal, úlceras por presión, etc.). (9)

El término empleado en general para describir el complejo sintomático de deterioro intelectual en el adulto, se denomina "demencia" aceptado en 1980 en el DSM III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Los criterios del DSM-III incluyen una serie de síntomas que frecuentemente refieren al paciente o sus acompañantes, algunos signos que quizá haya que buscar activamente y algunas conclusiones del estudio del paciente. (10)

El comienzo de la demencia suele ser incidioso, aunque no siempre. El paciente o su familia observan pequeños olvidos, intranquilidad o apatía, y pequeñas alteraciones en las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria, como la tendencia progresiva a dejar las cosas descolocadas y una actitud repetitiva en su lenguaje o en su actividad. Los pacientes pueden comenzar a presentar un menor rendimiento, a medida que el proceso avanza, se manifiesta una desorganización mayor de su función cognitiva. El enfermo va necesitando un alto grado de control por parte de los que le rodean. (10.24)

VALORACION DEL ESTADO AFECTIVO

La evaluación de la situación afectiva del anciano puede ser una tarea complicada, y a menudo debe encomendarse a un psiquiatra

con entrenamiento y experiencia en el tratamiento de pacientes de edad avanzada.

La depresión en el anciano puede presentarse como una gran variedad de síntomas como humor triste, a veces enmascarado por quejas somáticas o manifestaciones ansiosas. pérdida de interés por las cosas y dificultad para experimentar placer, alteraciones de sueño, anorexia y pérdida de peso, bradipsiquia, dificultades en la atención y concentración, disminución de la capacidad de aprendizaje y trastornos de la motricidad, otras veces puede tener una presentación atípica.

Ante el anciano con un cuadro depresivo debe valorarse la posibilidad de que esté causado por una variedad de causas "orgánicas" o "médicas" que frecuentemente se presentan en dicho cuadro. Entre ellas figuran patologías frecuentes como algunas endocrinopatías, infecciones, procesos metabólicos, enfermedades neurológicas y fármacos de uso frecuente.

La soledad y el aislamiento social, la viudez, la jubilación, la salud precaria, la pérdida reciente de seres queridos, la personalidad dependiente y los antecedentes de depresión con intentos de suicidio constituyen, entre otros, factores de riesgo para nuevos intentos. (10,19,24)

El objetivo de la valoración mental es el identificar - cuantificar trastornos en las áreas cognitiva y afectiva que afecten o puedan afectar a la capacidad de autosuficiencia.

La metodología consiste, junto a la valoración no estructurada (apariciencia, comportamiento, ánimo, lenguaje, pensamiento, atención, etc) en la utilización de escalas específicas capaces de detectar precozmente las alteraciones de la esfera mental. (9)

Existen una gran variedad de instrumentos de valoración en los ancianos. Las escalas de valoración deben reunir una serie de cualidades que las harán más o menos útiles. deben tener validez y fiabilidad. En el presente trabajo el que se utiliza es el MMSE (Mini Mental State Examination) de Folstein requiere de 5 -10 minutos para su realización y explora y puntúa varias áreas, como la orientación temporal y espacial, la memoria inmediata y de fijación, la atención y el cálculo, la producción y repetición del lenguaje, la lectura y la habilidad visuoespacial. Su validación se llevó a cabo mediante la comparación con el diagnóstico clínico, en la que los sujetos dementes obtuvieron una puntuación menor de 20 sobre 30.(9)

VALORACION SOCIAL

La valoración social podría definirse como el proceso que pretende establecer la relación entre el anciano y el entorno o estructura social que le rodea. Las redes sociales son especialmente importantes para los ancianos y de forma particular para aquellos con alguna incapacidad.

La valoración social puede describirse a nivel individual como el manejo de los problemas funcionales y mentales de modo que comprometa lo menos posible el funcionamiento social; y a nivel social, promoviendo las estructuras sociales y familiares que mantienen al anciano y minimizando la sobrecarga de los cuidadores y la carga económica de los cuidados a la sociedad. El médico que trata al anciano debe conocer los aspectos sociales que afectan a sus pacientes y cuando detecta un problema deberá recurrir a otros profesionales, como trabajadoras sociales. El objetivo final del cuidado del anciano a menudo se expresa en

forma de conceptos sociales: Independencia, autonomía, mayor participación social, etc. (10)

El funcionamiento social se correlaciona con el físico y mental. Un cambio en los patrones de relaciones y actividades pueden afectar a la salud física o mental y viceversa. El mayor bienestar social aumenta la posibilidad de convivir con problemas de salud y mantener una cierta autonomía e independencia, a pesar de las limitaciones funcionales. (10)

A la hora de realizar la valoración social debe hacerse una selección y decidir qué factores sociales son más importantes para un correcto manejo del anciano. No existen a la fecha escalas o instrumentos simples que permitan estudiar en su totalidad la función social. (9,10)

VULNERABILIDAD SOCIAL: La posibilidad de que el anciano pueda vivir independientemente en la sociedad se basa en la capacidad de realizar una serie de actividades (aseo, salir fuera de casa, preparación de comida, lavado de ropa, etc.) Cuando el anciano no puede realizarlas, amigos, familiares y vecinos son generalmente capaces de proporcionar la ayuda necesaria. Como resultado, el anciano puede vivir en estado de equilibrio en la comunidad. (31)

ASPECTOS DE LA FUNCION SOCIAL

La función social podría definirse como el grado en el cual las personas tienen una función adecuada como miembros de una comunidad. Los aspectos más importantes serían: Actividades sociales, relaciones sociales, soporte social y recursos sociales.

El médico que trata al anciano debe conocer las relaciones

sociales de éste y el tipo, la frecuencia y los posibles cambios en el tiempo, se ha visto que la falta total o parcial de relaciones sociales constituye un factor de riesgo mayor asociado a mortalidad, junto con otros ya conocidos.(10)

La sociedad Británica de Geriatria y el Colegio de Médicos de Londres destacan una serie de indicadores sociales:

- 1.- Vivir solo
- 2.- Dificultades para el cuidado personal
- 3.- Dificultades para el manejo del entorno
- 4.- Percepción de las necesidades económicas
- 5.- Necesidad de cuidadores
- 6.- Déficit en servicios

El cual pretende identificar una serie de problemas que sería la fase inicial de una valoración más completa. Está indicado sobre todo en aquellos que regresan a su domicilio después de un ingreso hospitalario, aquellos que están en otras unidades del servicio de geriatría y los que están ingresados en otros servicios médicos o quirúrgicos hospitalarios.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La evaluación y el manejo del paciente geriátrico implican conocimiento y preparación en el envejecimiento, así como las condiciones psicológicas, sociales y económicas de las personas mayores.

La valoración geriátrica integral (VGI) constituye la fórmula estructurada y práctica de acercarse al conocimiento real de los problemas de salud que presentan los ancianos, sobre todo aquellas disfunciones: incapacidades o síndromes - en ocasiones reversibles - muchas veces originadas por enfermedades no relacionadas con la discapacidad.

Con el envejecimiento ocurren cambios fisiológicos que acarrearán una disminución de la reserva funcional; así como también ocurre deterioro de los procesos reguladores, lo que condiciona la presentación atípica de la enfermedad.

Otro inconveniente es que en el anciano ocurre con frecuencia la coexistencia de varias enfermedades.

Se ha universalizado su conocimiento (VGI) e importancia al valorar integralmente en las cuatro áreas geriátricas clásicas: Clínica, funcional, mental y social, obviamente interrelacionadas.

La aplicación debe enfocarse en el contexto de medicina integral a las personas mayores, a fin de reducir al mínimo, aliviar, prevenir, e incluso eliminar los efectos adversos físicos y sociales indeseables de las enfermedades en la vejez y retardar la incapacidad permanente y la dependencia. El concepto ideal es mantener al paciente mayor de edad con una buena calidad de vida, autosuficiente e independiente en su domicilio, en el seno de la

familia e integrado a la comunidad el mayor tiempo posible, dejando la institucionalización como el último recurso de atención, sólo cuando sea estrictamente indicado. (10,17)

El Programa para el Fortalecimiento del Primer nivel de Atención tiene como prioridad alcanzar un mejor nivel de salud en la derechohabencia y un radical cambio en el modelo asistencial. La forma de lograrlo es privilegiar a la medicina preventiva, así como el enfoque a la detección oportuna de los factores de riesgo. Para ello, se instalarán módulos de atención gerontológica los cuales proporcionarán atención integral a los derechohabientes de la tercera edad. En el censo realizado en la Unidad Habitacional de FOVISSSTE San Isidro Azcapotzalco, la población geriátrica ocupa el 5.5 % de la población total por lo que se considera un grupo importante de estudio.

Por lo anterior como problema a investigar en éste trabajo se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es el Diagnóstico de Salud de la población Geriátrica de la Unidad Habitacional San Isidro Azcapotzalco?

JUSTIFICACION

Los sesenta años es el parámetro cronológico para determinar el inicio de una vejez, asociada desafortunadamente esta etapa del ciclo vital con improductividad, deterioro biológico, enfermedad, desvinculación social y afectiva entre otros. Desconociendo así los aportes y experiencias vitales de las personas de edad, en los diversos y diferentes ámbitos de la sociedad en la que viven. Por lo tanto es necesario redefinir la edad adulta mayor o vejez como una etapa plena de posibilidades, reconociendo las

condiciones sociales v personales objetivas, modo de interpretarias v reaccionar frente a ellas.

Además de poseer una persona 60 años, es importante reconocer que la vejez "es la sumatoria de la carga genética, estilo de vida durante el ciclo vital v los factores socioeconómicos, ambientales e histórico culturales" (12)

A principios del siglo era un reto rebasar los 60 años, a puertas del siglo XXI éste reto puede convertirse en amenaza si no se toman las medidas pertinentes en seguridad social, salud, educación, investigación, vivienda, transportación v otros muchos aspectos que se verán afectados por un inevitable envejecimiento poblacional. En menos de 50 años México v el resto de América Latina estarán en un franco proceso de envejecimiento: con todas las consecuencias que ello conlleva.

El envejecimiento poblacional es una característica de una sociedad avanzada que ha logrado una mejor calidad de vida, debido al control de la mortalidad y el decenso de las tasas de natalidad fundamentalmente.

"En América Latina v el Caribe más de 32 millones de personas tienen en la actualidad por lo menos 60 años de edad; y más está aumentando a una tasa anual del 3%, en comparación con un aumento del 1.9% para la población total"

Nuestro país como el resto del mundo está enfrentando una transición demográfica determinada por el control de la natalidad v los avances medico sociales, que han establecido una reducción de la mortalidad y un aumento de la expectativa de vida hasta los 70 años. El incremento en la población adulta v en las personas mayores ha señalado una mayor frecuencia de enfermedades crónico

degenerativas y una nueva problemática médico, psicológica, social y económica planteada por los envejecientes en el campo de la atención de la salud.

En las condiciones actuales se puede asegurar que quienes trabajan en la esfera de la salud han de emplear cada vez mayor cantidad de su tiempo en la atención de estos pacientes. lo cual obliga a estar preparado para enfrentar la creciente demanda de cuidados especializados. Las condiciones patológicas de las personas mayores presentan diferentes matices y nuevas dimensiones. cuando se conjuga el punto de vista de la medicina interna con el complejo proceso de envejecer, es por ello que nos encontramos en la evolución de nuestra propia transición como profesionales en una sociedad envejeciente, en la que podemos ampliar los modelos terapéuticos con patrones de funcionalidad, autonomía, autosuficiencia y calidad de vida. (20)

La vejez es movimiento y debemos enfrentar el envejecimiento de nuestra sociedad y de nosotros mismos, en un entorno activo, en el cual debemos interactuar y aprender de nuestro destino inevitable.

OBJETIVO GENERAL

Especificar el Diagnóstico de salud en la población de la tercera edad de la Unidad Habitacional de FOVISSSTE. San Isidro Azcapotzalco, a través de una Valoración Geriátrica integral durante los meses de septiembre a diciembre de 1996.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Conocer edad y sexo de la población geriátrica adscrita, así como estado civil, ocupación y escolaridad.
- 2.- Conocer antecedentes heredofamiliares.
- 3.- Conocer antecedentes personales, patológicos y no patológicos.
- 4.- Conocer la valoración funcional a través de:
 - a) Valorar actividades instrumentadas y no instrumentadas.
 - b) Valorar actividades de la vida diaria (AVL).
 - c) Conocer factores de riesgo ambientales (extrínsecos de caídas).
 - d) Evaluar marcha y equilibrio.
- 5.- Conocer la valoración mental en el anciano a través de:
 - a) Evaluar las capacidades cognitivas:
 - Miniexamen mental de Folstein.
 - b) Evaluar capacidad afectiva a través de escala de depresión geriátrica.
- 6.- Valorar el estado clínico, detectando patologías agudas y crónicas por medio de:
 - a) Cuestionario breve de salud.
 - b) Indicadores de morbilidad
 - c) Escala de valoración acumulativa de enfermedades

d) Consumo actual total de medicamentos.

TIPO DE ESTUDIO

Es una investigación sociomédica va que va encaminada a generar nuevos conocimientos sobre la salud de la población y la respuesta social organizada a dichas condiciones.

Observacional. Ya que sólo describe y mide el fenómeno estudiado, por lo que no se pueden modificar la voluntad propia alguno de los factores que intervienen en el proceso.

Descriptivo. Se cuenta con una población, la cual se pretende describir en función de un grupo de variables.

Retrospectivo. Ya que la información se obtuvo anteriormente con fines ajenos al trabajo de investigación que se pretende realizar.

Transversal. Ya que las variables se midieron una sola vez, sin pretender evaluar su evolución.

POBLACION LUGAR Y TIEMPO

El estudio se realizó a todos los adultos mayores, habitantes de la Unidad Habitacional San Isidro Azcapotzalco, perteneciente a FOVISSSTE en el Módulo de Medicina Familiar dependiente de la Clínica de Medicina Familiar Azcapotzalco. En un período de septiembre a diciembre de 1996.

TIPO DE LA MUESTRA Y TAMANO DE LA MUESTRA

Se investiga a todo el universo de estudio, presentado por un total de 32 pacientes.

Criterios de inclusión.

Todos los pacientes mayores de 60 años, que residen en Unidad Habitacional.

Criterios de exclusión.

Los que estuvieron hospitalizados en el tiempo que se realizó la valoración individual.

Criterios de eliminación.

Aquellos que cambiaron lugar de residencia en el período de estudio.

Aquellos que durante la realización del estudio, fallecieron.

DEFINICION DE VARIABLES

Las variables consideradas en este estudio son las siguientes:

Edad

Sexo

Lugar de nacimiento

Con o sin pareja

Ocupación

Escolaridad

Antecedentes heredofamiliares

- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus
- Obesidad
- Infarto del miocardio
- Enfermedad cerebrovascular
- Litiasis vesicular
- Cáncer

Antecedentes personales

- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus
- Obesidad
- Infarto del miocardio

- Enfermedad cerebrovascular
- Litiasis vesicular
- Cáncer
- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Agudeza visual
- Percepción auditiva
- Enfermedad pulmonar
- Disnea de esfuerzo
- Claudicación intermitente
- Antecedente de caídas
- Antecedente de fracturas

Actividades no instrumentadas de la vida diaria

Actividades instrumentadas de la vida diaria (Katz)

Factores adicionales de riesgo intrínseco de caídas (Katz)

Factores adicionales de riesgo extrínseco de caídas (Katz)

Miniexamen del estado mental de Folstein

Escala de depresión geriátrica

Indicadores de morbilidad

Formulario de salud general

Índice de masa corporal

Consumo actual de medicamentos

Escala de valoración acumulativa de enfermedades (Linn)

CONSIDERACIONES ETICAS

De acuerdo a la Declaración de Helsinki, y por el Primer Congreso Internacional de Bioética, el presente trabajo es de valor ético aceptable por que, el deber del médico es: "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente". (21, 22)

DESCRIPCION DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos de los 32 pacientes valorados para éste estudio, mostró en cuanto a edad, una media de 73, con un rango de 26. La gráfica No. 1 muestra que el 81.25% (26 pacientes) pertenece al grupo etáreo de 60 - 69 años, y sólo el 6.25% (2 pacientes) pertenece al grupo de 80 años y más. En la distribución por sexo, observamos en la tabla No. 2 que el femenino es el más frecuente, pues ocupa el 78.12% (25 pacientes) y el 21.87% (7 pacientes) pertenece al masculino. En relación al lugar de nacimiento, observamos que el 21.87% (7 pacientes) nació en el Distrito Federal y el 78.12% (25 pacientes) en otros estados de la República. gráfica No. 3. En la tabla No.4 observamos que el 50% (16 pacientes) tiene pareja y el otro 50% no tiene. En el porcentaje por distribución por ocupación, vemos que el mayor porcentaje lo ocupa al que corresponde el de los pensionados siendo del 46.87% (15 pacientes), quienes se dedican a las labores del hogar, ocupan el 37.5% (12 pacientes) y 15.62% (5 pacientes) pertenece a la población económicamente activa, (gráfica 5). En relación a escolaridad, observamos en la gráfica No. 6: Que quienes terminaron la primaria ocupan el 46.87% (15pacientes), quienes terminaron un nivel técnico o profesional 25% (8 pacientes) y el 15.62% (5 pacientes) terminaron la secundaria. En antecedentes heredofamiliares: se puede observar que predomina el que corresponde a obesidad el cual es de 53.12% (17 pacientes); el segundo lugar lo ocupa el de DMII siendo de 46.87% (15 pacientes), y en menor proporción se encuentra el que corresponde a litiasis vesicular 18.75% (6 pacientes), tabla No.

7. En relación a antecedentes personales: en la gráfica No. 8, observamos que los que ocupan los tres primeros lugares: el 100% (32 pacientes), presentó disminución de la agudeza visual, el 84.37% (27 pacientes) con disminución de agudeza auditiva y el 65.32 % (21 pacientes) con alcoholismo positivo, sólo el 9.37% (3 pacientes) con antecedentes de cáncer. En cuanto a las actividades de la vida diaria (AVL), en las no instrumentadas se observa en la tabla No. 10 una mayor frecuencia 90.62% (29 pacientes) que son independientes a las seis actividades valoradas, y sólo el 3.12% (1 paciente) fué dependiente en todas (ver gráfica 9). En las AVL instrumentadas observamos que el mayor porcentaje lo ocupan quienes son independientes en las seis actividades siendo del 46.87% (15 pacientes) y sólo el 3.12% (1 paciente) fué dependiente en cuatro actividades al igual proporción (3.12%) fué dependiente en las seis actividades. En la distribución por factores adicionales de riesgo intrínseco de caídas el más frecuente fué el que corresponde al de problemas de los pies, ocupando el 93.75% (29 pacientes), y el 6.25% (2 pacientes) presentaban síncope como factor de riesgo (tabla No. 11). La falta de agarraderas, pisos resbalosos en el baño, grietas, salientes, y baches se consideró como el más importante factor de riesgo extrínseco de caídas ocupando el 43.75% (14 pacientes) asimismo la instalación y deficiencia en la iluminación no representó factor de riesgo (gráfica No. 12). Al realizar la valoración del estado mental (Folstein): el 34.37% (11 pacientes) presentó trastorno cognitivo moderado y el mismo porcentaje se reportó como normal, y el 31.25% (10 pacientes) se reportó como probable demencia (tabla 13). En la gráfica número

14. podemos observar que el 56.25% (18 pacientes) corresponde a pacientes no deprimidos y en la misma escala pero menor proporción 3.12% (1 paciente) presenta síndrome demencial. En los indicadores de morbilidad representados en la tabla 15, observamos que el 59.37% (19 pacientes) acude cada mes a consulta médica, y sólo el 3.12% (1 paciente) refiere que nunca acude; el 40.62% (13 pacientes) nunca ha sido hospitalizado, y el que en más ocasiones ha sido hospitalizado (cuatro internamientos) fue el 15.62% (5 pacientes). Durante el último año, que por motivos de salud haya estado en cama, el 3.12% (1 paciente) estuvo más de un mes; y el 78.12% (25 pacientes) refirieron no haber estado encamados durante el último año. En la gráfica número 16 observamos que en el 59.37% (19 pacientes) su salud es regular y sólo el 3.12% (un paciente) su salud era excelente. En el 65.62% (21 pacientes) no hubo limitaciones en sus actividades por enfermedad y el 15.62% (5 pacientes) su limitación a sus actividades fue mayor a tres meses. En el índice de masa corporal representado en la tabla 17: El mayor porcentaje 43.75% (14 pacientes) presentan sobrepeso moderado y el 9.37% (3 pacientes) están con sobrepeso mórbido). En relación al consumo actual de medicamentos observamos que el 18.75% (6 pacientes) no consumían medicamento alguno, y sólo en 3.12% (1 paciente) consumía un total de siete (gráfica 18). Al realizar la Valoración Acumulativa de Enfermedades, observados en la tabla 19, en padecimiento cardiovascular y respiratorio el mayor porcentaje corresponde al 68.75% (22 pacientes) que presentaban patología leve, y en el 6.25% (2 pacientes) no existe. El aparato digestivo, no existe patología en el 50% (16 pacientes) y fue

moderada en el 3.12 (1 paciente). En la tabla 19.III, vemos que no existe patología del aparato genitourinario y el 3.12% presenta patología severa. En músculos esqueléticos el 53.12% (17 pacientes) presenta su padecimiento en forma moderada, y en el 9.37% (3 pacientes) no existe. En la tabla 19.IV, vemos que el 62.5% (20 pacientes) no presentan padecimientos neuropsiquiátricos y el 3.12% (1 paciente) lo presenta en forma severa. En cuanto a aparatos y sistemas (endocrino, metabólica, e infecciones generalizadas) no se presenta en el 71.87% (23 pacientes) y en el 6.25% (2 pacientes) es en forma severa. En la gráfica 20, se muestra que el 56.25% (32 pacientes) en ningún momento presenta limitación en cuanto a sus actividades sociales y el 6.25% (2 pacientes) la presentan gran parte del tiempo.

**POBLACION GERIATRICA
UNIDAD HABITACIONAL
SAN ISIDRO AZCAPOTZALCO
1996**

**DISTRIBUCION POR SEXO
TABLA NO. 1**

SEXO	NUMERO	%
FEMENINO	25	78.12
MASCULINO	7	21.87
TOTAL	35	100

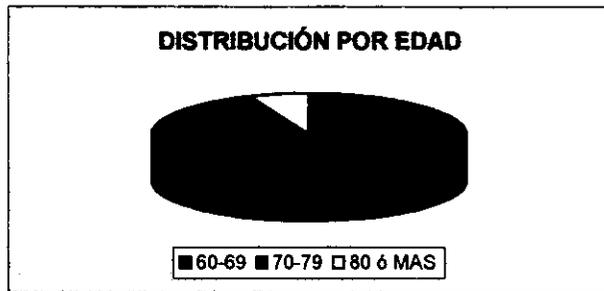


Fuente : Valoración Geriátrica Integral

**POBLACION GERIATRICA
UNIDAD HABITACIONAL
SAN ISIDRO AZCAPOTZALCO
1996**

**DISTRIBUCION POR EDAD
TABLA NO. 2**

EDAD	NUMERO	%
60-69	26	81.25
70-79	4	12.5
80 ó MAS	2	6.25
TOTAL	32	100



Fuente : Valoración Geriátrica Integral

**POBLACION GERIATRICA
UNIDAD HABITACIONAL
SAN ISIDRO AZCAPOTZALCO
1996**

**LUGAR DE NACIMIENTO
TABLA N°. 3**

LUGAR	NUMERO	%
D.F.	7	21.87
OTROS EDOS.	25	78.12
TOTAL	32	100



Fuente : Valoración Geriátrica Integral

**POBLACION GERIATRICA
UNIDAD HABITACIONAL
SAN ISIDRO AZCAPOTZALCO
1996**

**DISTRIBUCIÓN CON Y SIN PAREJA
TABLA Nº 4**

	NUMERO	%
SIN PAREJA	16	50
CON PAREJA	16	50
TOTAL	32	100

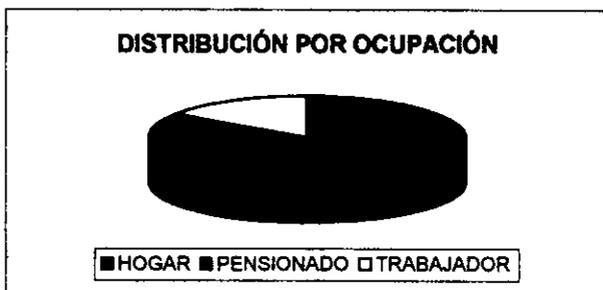


Fuente : Valoración Geriátrica Integral

POBLACION GERIATRICA UNIDAD HABITACIONAL SAN ISIDRO AZCAPOTZALCO 1996

DISTRIBUCIÓN POR OCUPACIÓN
TABLA Nº 5

OCUPACIÓN	NUMERO	%
HOGAR	12	37.5
PENSIONADO	15	46.87
TRABAJADOR	5	15.62
TOTAL	32	100



Fuente : Valoración Geriátrica Integral

POBLACION GERIATRICA UNIDAD HABITACIONAL SAN ISIDRO AZCAPOTZALCO 1996

**DISTRIBUCIÓN POR ESCOLARIDAD
TABLA N° 6**

ESCOLARIDAD	NUMERO	%
SABE LEER Y ESCRIBIR	2	6.25
PRIMARIA COMPLETA	15	46.87
SECUNDARIA	5	15.62
PREPARATORIA	2	6.25
TECNICO	8	25
TOTAL	32	100

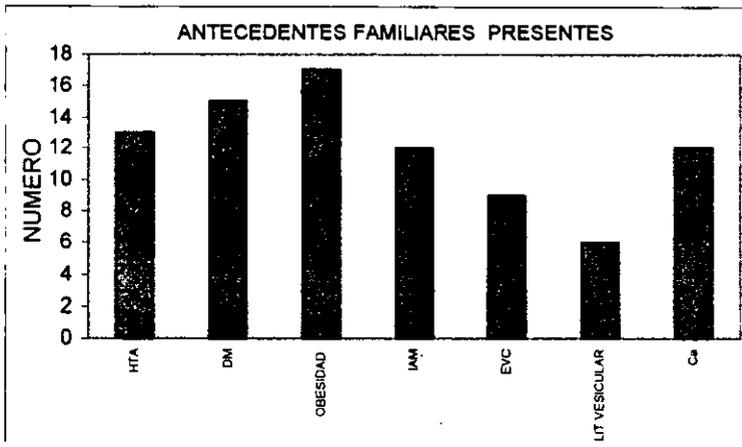


Fuente : Valoración Geriátrica Integral

**POBLACION GERIATRICA
UNIDAD HABITACIONAL
SAN ISIDRO AZCAPOTZALCO
1996**

**ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES
TABLA N° 7**

PADECIMIENTO	PRESENTE		AUSENTE	
	NUMERO	%	NUMERO	%
HTA	13	46.82	19	59.53
DM	15	46.87	17	53.12
OBESIDAD	17	53.12	15	46.87
IAM	12	37.5	20	62.5
EVC	9	28.12	23	71.87
LIT VESICULAR	6	18.75	26	81.25
Ca	12	37.5	20	62.5

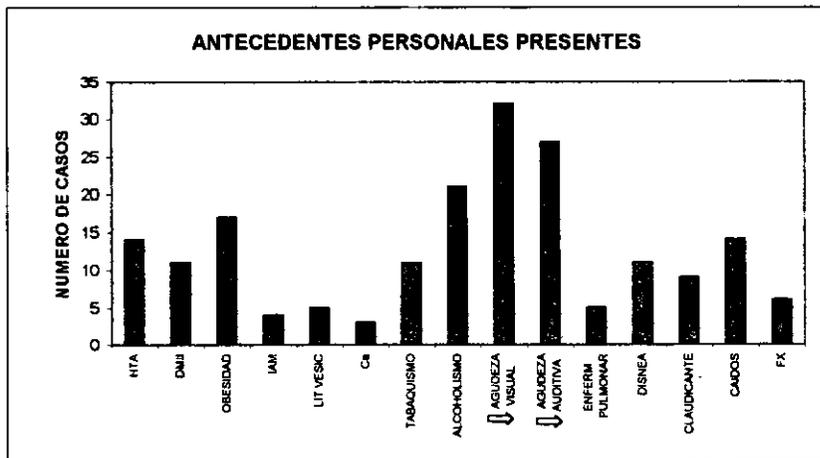


Fuente : Valoración Geriátrica Integral

**POBLACION GERIATRICA
UNIDAD HABITACIONAL
SAN ISIDRO AZCAPOTZALCO
1996**

**ANTECEDENTES PERSONALES
TABLA N° 8**

PADECIMIENTO	PRESENTE		AUSENTE	
	NUMERO	%	NUMERO	%
HTA	14	43.75	18	56.25
DMII	11	34.37	21	65.62
OBESIDAD	17	53.12	15	46.87
IAM	4	12.5	28	87.5
LIT VESIC	5	15.62	27	84.37
Ca	3	9.37	29	90.62
TABAQUISMO	11	34.37	21	65.62
ALCOHOLISMO	21	65.62	11	34.37
↓ AGUDEZA VISUAL	32	100	0	0
↓ AGUDEZA AUDITIVA	27	84.37	5	15.62
ENFERM. PULMONAR	5	15.62	27	84.37
DISNEA	11	34.37	21	65.62
CLAUDICANTE	9	28.12	23	71.87
CAIDOS	14	43.75	18	56.25
FX	6	18.75	26	81.25



Fuente : Valoración Geriátrica Integral

**POBLACION GERIATRICA
UNIDAD HABITACIONAL
SAN ISIDRO AZCAPOTZALCO
1996**

**ACTIVIDADES NO INSTRUMENTADAS
TABLA N° 9**

	NUMERO	%
A-1 INDEPENDIENTE P/ 6 ACTIVIDADES	29	90.62
B-2 INDEPENDIENTE P/ TODAS MENOS UNA	2	6.25
G-7 DEPENDIENTE EN LAS 6 ACTIVIDADES	1	3.12
TOTAL	32	100

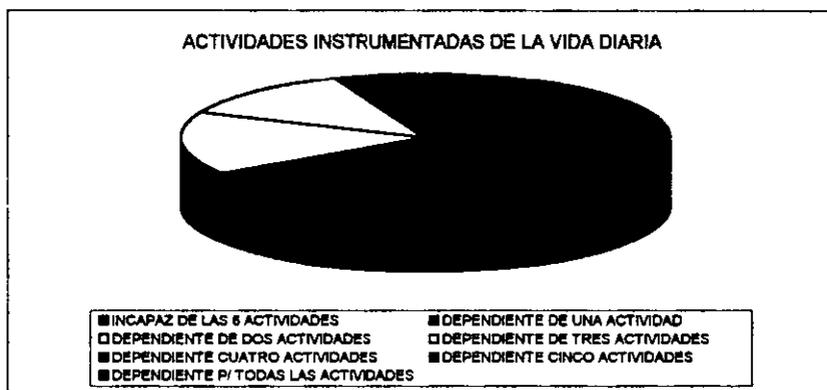


Fuente : Valoración Geriátrica Integral

POBLACION GERIATRICA UNIDAD HABITACIONAL SAN ISIDRO AZCAPOTZALCO 1996

**ACTIVIDADES INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA
TABLA Nº 10**

DEPENDIENTE O INCAPAZ DE	PRESENTE		AUSENTE	
	NUMERO	%	NUMERO	%
INCAPAZ DE LAS 6 ACTIVIDADES	15	48.87	17	53.12
DEPENDIENTE DE UNA ACTIVIDAD	6	18.75	26	81.25
DEPENDIENTE DE DOS ACTIVIDADES	5	15.62	27	84.37
DEPENDIENTE DE TRES ACTIVIDADES	4	12.5	28	87.5
DEPENDIENTE CUATRO ACTIVIDADES	1	3.12	31	96.87
DEPENDIENTE CINCO ACTIVIDADES	0	0	0	0
DEPENDIENTE P/ TODAS LAS ACTIVIDADES	1	3.12	31	95.87



Fuente : Valoración Geriátrica Integral

POBLACION GERIATRICA UNIDAD HABITACIONAL SAN ISIDRO AZCAPOTZALCO 1996

FACTORES ADICIONALES DE RIESGO INTRINSECO DE CAIDAS
TABLA Nº 11

FACTORES ADICIONALES	PRESENTE		AUSENTE	
	NUMERO	%	NUMERO	%
SINCOPE	2	6.25	30	93.75
MAREOS	10	31.25	22	68.75
HIPERTENSION	13	40.62	19	59.37
ENF. REUMÁTICAS	29	90.62	3	9.37
ENF. NEUROLÓGICAS	3	9.37	29	90.62
PROBLEMAS EN PIES	30	93.75	2	6.25



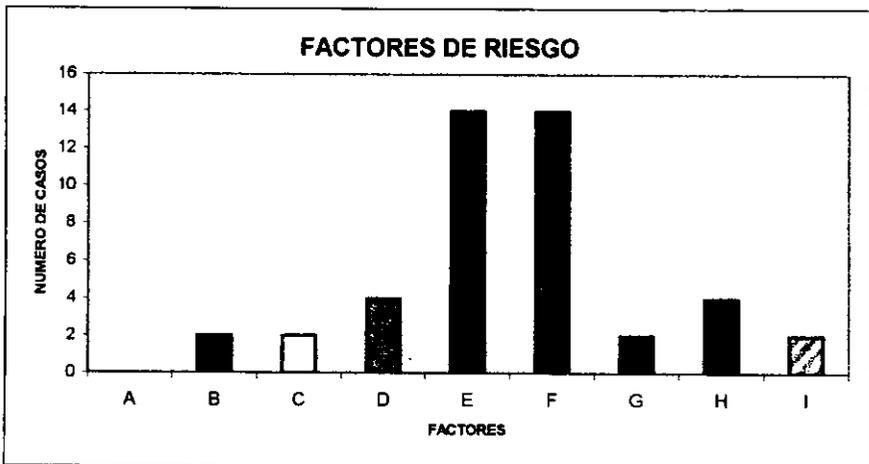
Fuente : Valoración Geriátrica Integral

POBLACION GERIATRICA UNIDAD HABITACIONAL SAN ISIDRO AZCAPOTZALCO 1996

**FACTORES DE RIESGO INTRINSECO DE CAIDAS
(RIESGOS AMBIENTALES)
TABLA N° 12**

FACTORES	A	B	C	D	E	F	G	H	I
ILUMINACIÓN E INSTALACIONES ELECTRICAS DEFICIENTES	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PISOS RESBALOSOS, ALPOMBRAS Y TAPETES SUELTOS	2	6.25	30	93.75					
ESCALERAS SIN BARANDALES, MAL ILIMINADOS Y ESCALONES ALTOS	2	6.25	30	93.75					
OBJETOS MUY ALTOS O BAJOS EN LA COCINA	4	12.5	28	87.5					
FALTA DE AGARRADERAS, PERO RESBALOSOS EN EL BAÑO	14	43.75	18	56.25					
GRIETAS, SALIENTES, BACHES Y AGUJEROS EN EL PATIO O SALIDA	14	43.75	18	56.25					
CAMAS MUY ALTAS O BAJAS	2	6.25	30	93.75					
ZAPATOS CON SUELAS RESBALOSAS Y TACONES	4	12.5	28	87.5					
CAMINA DESCALZO O CON CALCETINES EN CASA	2	6.25	30	93.75					

POSITIVO NEGATIVO



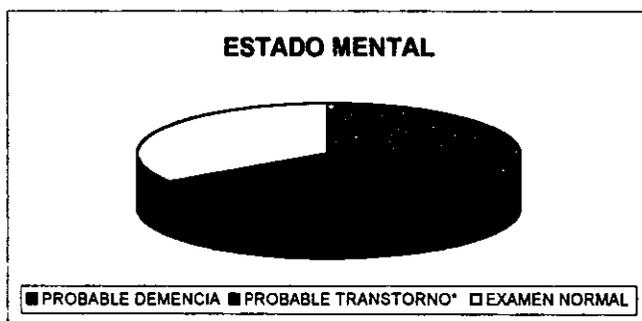
Fuente : Valoración Geriátrica Integral

POBLACION GERIATRICA UNIDAD HABITACIONAL SAN ISIDRO AZCAPOTZALCO 1996

ESTADO MENTAL (FOLSTEIN)
TABLA N° 13

PADECIMIENTO	NUMERO	%
PROBABLE DEMENCIA	10	31.25
PROBABLE TRANSTORNO*	11	34.37
EXAMEN NORMAL	11	34.37
TOTAL	32	100

*COGNOCITIVO MODERADO

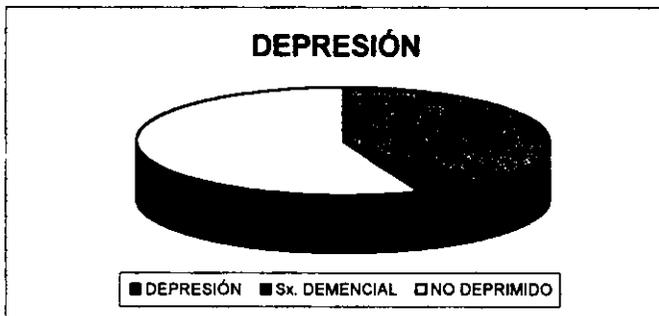


Fuente : Valoración Geriátrica Integral

POBLACION GERIATRICA UNIDAD HABITACIONAL SAN ISIDRO AZCAPOTZALCO 1996

**DEPRESION
TABLA No. 14**

PADECIMIENTO	NUMERO	%
DEPRESIÓN	13	40.62
Sx. DEMENCIAL	1	3.12
NO DEPRIMIDO	18	56.25



Fuente : Valoración Geriátrica Integral

POBLACION GERIATRICA UNIDAD HABITACIONAL SAN ISIDRO AZCAPOTZALCO 1996

INDICADORES DE MORBILIDAD TABLA N° 15

FRECUENCIA DE CONSULTA MEDICA

FRECUENCIA	NUMERO	%
NUNCA	1	3.12
CADA AÑO	3	9.37
CADA MES	19	59.37
CADA SEMANA	9	28.12
TOTAL	32	100



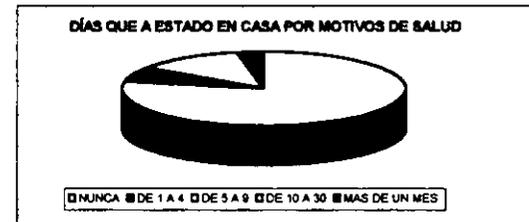
FRECUENCIA DE HOSPITALIZACIONES

FRECUENCIA	NUMERO	%
NUNCA	13	40.62
UNO	1	3.12
DOS	7	21.87
TRES	6	18.75
CUATRO	5	15.62



DÍAS QUE A ESTADO EN CASA POR MOTIVOS DE SALUD (EN EL ÚLTIMO AÑO)

FRECUENCIA	NUMERO	%
NUNCA	25	78.12
DE 1 A 4	2	6.25
DE 5 A 9	0	0
DE 10 A 30	4	12.5
MAS DE UN MES	1	3.12



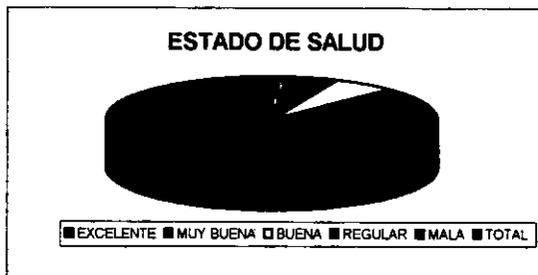
Fuente : Valoración Geriátrica Integral

POBLACION GERIATRICA UNIDAD HABITACIONAL SAN ISIDRO AZCAPOTZALCO 1996

FORMULARIO BREVE DE SALUD GENERAL TABLA N° 16

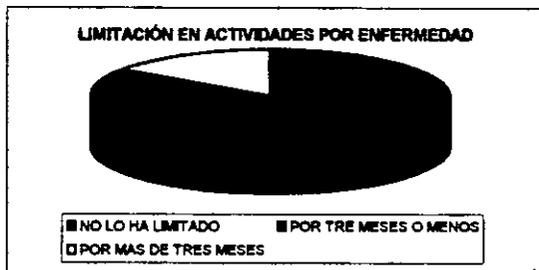
CONSIDERA QUE SU SALUD ES:

	NUMERO	%
EXCELENTE	1	3.12
MUY BUENA	3	9.37
BUENA	4	12.5
REGULAR	19	59.37
MALA	5	15.62
TOTAL	32	100



LIMITACIÓN EN SUS ACTIVIDADES POR ENFERMEDAD

TIEMPO	NUMERO	%
NO LO HA LIMITADO	21	65.62
POR TRE MESES O MENOS	6	18.75
POR MAS DE TRES MESES	5	15.62
TOTAL	32	100

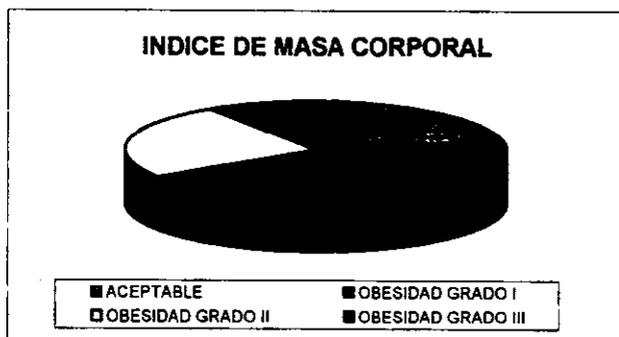


Fuente : Valoración Geriátrica Integral

POBLACION GERIATRICA UNIDAD HABITACIONAL SAN ISIDRO AZCAPOTZALCO 1996

**INDICE DE MASA CORPORAL
TABLA N° 17**

PESO	NUMERO	%
ACEPTABLE	7	21.87
OBESIDAD GRADO I	14	43.75
OBESIDAD GRADO II	8	25
OBESIDAD GRADO III	3	9.37
TOTAL	32	100



Fuente : Valoración Geriátrica Integral

POBLACION GERIATRICA UNIDAD HABITACIONAL SAN ISIDRO AZCAPOTZALCO 1996

**CONSUMO ACTUAL DE MEDICAMENTOS
TABLA N° 18**

# DE MEDICAMENTOS CONSUMIDOS	NUMERO DE PACIENTES	%
NINGUNO	6	18.75
UNO	2	6.25
DOS	6	18.75
TRES	6	18.75
CUATRO	7	21.87
CINCO	2	6.25
SEIS	2	6.25
SIETE	1	3.12
TOTAL	32	100



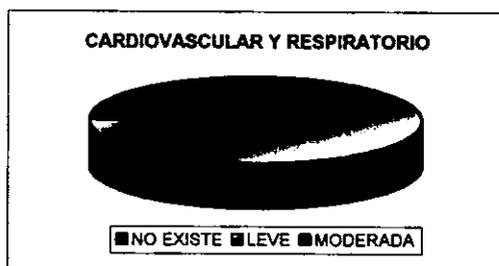
Fuente : Valoración Geriátrica Integral

POBLACION GERIATRICA UNIDAD HABITACIONAL SAN ISIDRO AZCAPOTZALCO 1996

VALORACION ACUMULATIVA DE ENFERMEDADES TABLA No. 19

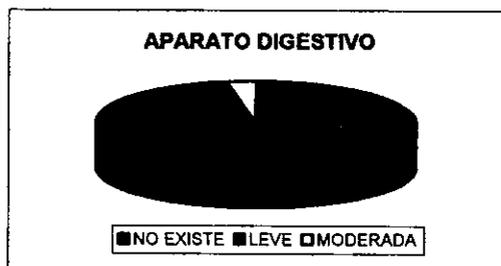
CARDIOVASCULAR Y RESPIRATORIO

VALORACION	NUMERO	%
NO EXISTE	2	6.25
LEVE	22	68.75
MODERADA	8	25
TOTAL	32	100



APARATO DIGESTIVO

VALORACION	NUMERO	%
NO EXISTE	16	50
LEVE	15	46.87
MODERADA	1	3.12
TOTAL	32	100

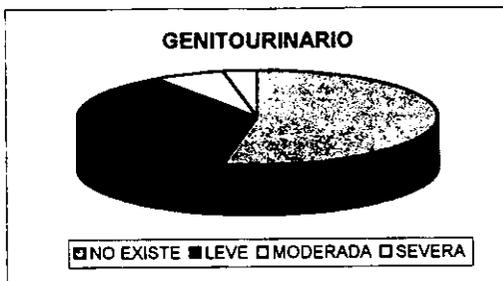


Fuente : Valoración Geriátrica Integral

GENITOURINARIO

III

PADECIMIENTO	NUMERO	%
NO EXISTE	17	53.12
LEVE	12	37.5
MODERADA	2	6.25
SEVERA	1	3.12
TOTAL	32	100



MUSCULO ESQUELETICAS / DERMATOLOGICAS

IV

PADECIMIENTO	NUMERO	%
NO EXISTE	3	9.37
LEVE	7	21.87
MODERADA	17	53.12
SEVERA	5	15.62
TOTAL	32	100



NEUROPSIQUIATRIA

V

PADECIMIENTO	NUMERO	%
NO EXISTE	20	62.5
LEVE	11	34.37
SEVERA	1	3.12
TOTAL	32	100



DE APARATOS A SISTEMAS (ENDOCRINO, METABOLICA E INFECCIONES GENERALES)

VI

PADECIMIENTO	NUMERO	%
NO EXISTE	23	71.87
MODERADA	7	21.87
SEVERA	2	6.25
TOTAL	32	100



POBLACION GERIATRICA UNIDAD HABITACIONAL SAN ISIDRO AZCAPOTZALCO 1996

**LIMITACIÓN DE ACTIVIDADES SOCIALES
TABLA Nº 20**

TIEMPO	NUMERO	%
TODO EL TIEMPO	3	9.37
CASI TODO EL TIEMPO	3	9.37
GRAN PARTE DEL TIEMPO	2	6.25
POCA PARTE DEL TIEMPO	6	18.75
EN NINGUN MOMENTO	8	56.25
TOTAL	32	100



Fuente : Valoración Geriátrica Integral

ANALISIS DE RESULTADOS

La OMS destaca como uno de los principales objetivos de la Geriatria y Gerontologia a nivel mundial, lograr que las personas senectas sean responsables de su propia salud (autocuidado) permaneciendo independientes y autosuficientes en sus hogares, ámbito familiar y dentro de su comunidad, dejando las casa hogar o asilos como último recurso para sus asistencia. Por lo que es necesario una Valoración Geriátrica la cual va a conseguir tras el diagnóstico, tratamientos cuádruples, dinámico o integral, sostener al paciente geriátrico en un nivel Hospitalario Geriátrico o nivel social mas idóneo en el que esté mejor atendido y tenga una digna calidad de vida. Lo ideal es en su propio domicilio con ayuda médica y social si fuera preciso. (1,2,8,10,15,32)

La población geriátrica ocupa un 5.5% del total de los habitantes de la Unidad Habitacional San Isidro Azcapotzalco, casi similar lo señalado a nivel Nacional que para 1990 se reporta de 6.1% (1). es importante señalarlo porque la tasa promedio anual de crecimiento de la población de personas mayores ha ido en aumento, lo que repercutirá en los aspectos sociales si no se toman las medidas pertinentes en seguridad social, salud, educación, investigación, vivienda, transportación y otros muchos aspectos que se verán afectados por el inevitable envejecimiento poblacional.

Los resultados obtenidos muestran que predomina el grupo perteneciente al de 60 - 69 años, que ocupa el 81.25%; y sólo el 6.25% tiene 80 años ó más, lo cual nos indica que conforme va

pasando el tiempo aumenta su fragilidad. además se menciona que a medida que la persona tiene más años es menor la atención médica que recibe y como consecuencia hay un aumento en el índice de mortalidad.(1)

La razón de masculinidad encontrada fué de 28. es decir 28 hombres por cada 100 mujeres. es cual es menor si se compara con la que se reporta en 1990 en el Distrito Federal que fué de 69.5 y en México que fué de 89 (1). Esto se explica porque la mujer en promedio vive seis años más que el varón y en nuestro medio es costumbre que lo haga con un hombre mayor de edad. teniendo ésto como consecuencia el aumento de mujeres viudas. que en su mayoría quedan desprotegidas económicamente y socialmente se les niega la posibilidad de rehacer emocionalmente su vida cuando son mayores de 60 años. Es importante conocer las relaciones sociales y uno de los más importantes es el conocer el estado civil (o si cuenta o no con una pareja) pues se considera un factor de riesgo mayor asociado a mortalidad. nuestro estudio mostró que el 50% tenían pareja de éstos el 21.87% eran hombres y el 28.12% estaba formado por mujeres y el otro 50% no contaba con una pareja. es importante considerarlo porque se sabe que los individuos menos integrados a la sociedad tienen menor salud física y mental: y a la inversa. las relaciones sociales pueden potenciar el estado de salud.(10,31,32)

Es importante conocer que los ancianos son los grupos económicamente más débiles de la sociedad (aún los que parecen de mejor posición). el retiro del trabajo productivo y la falta de capacidad generadora de ingresos son factores negativos para la salud (31). Los pensionados ocupan la mayor proporción

(46.87%) en nuestra población estudiada, casi similar a la considerada a nivel nacional que se reporta como el 43.5%, el 37.2% se dedica a las labores del hogar y sólo el 15.62% corresponde a la población económicamente activa, menor a la considerada a nivel nacional la cual fué de 28.8%. (1)

El nivel educativo fué mayor que a nivel nacional, encontrándose que un gran porcentaje (46.87%) terminó la primaria, el 25% con un nivel técnico o profesional, y el 15.62% terminaron la secundaria: contra las cifras reportadas en la población mexicana: 35% son analfabetas, 13.3% terminaron la primaria y 10.5% la secundaria. (10)

Conocer los antecedentes familiares es de gran valor sobre todo si consideramos que en ésta etapa es donde aparecen más componentes familiares. Nos indica la posibilidad de que el paciente desarrolle condiciones que ya están sufriendo sus hermanos y otros familiares, es importante conocer el padecimiento o no de algunas enfermedades: Los más frecuentemente encontrados fueron, el de obesidad ocupó el 53.12%, diabetes mellitus 46.87%, hipertensión arterial 40.62%, infarto agudo al miocardio 37.5% y cáncer en igual proporción, como causa de morbilidad son consideradas las enfermedades crónico degenerativas más frecuentes (1,2,30,31,32)

Determinar una historia clínica pasada es muy importante en nuestro paciente anciano y debe ser investigada con esmero: Se encontró que el 100% tenía disminución de agudeza visual, 84.37% de oído, y 65.62% problemas de alcoholismo, mayor al que se reporta en la literatura: 70% problemas de visión, 32% de oído (1) y en relación al alcoholismo se conoce su prevalencia entre

el 10 - 15% entre los que acuden en busca de ayuda médica (18)

La OMS considera que la salud del anciano como mejor se mide es en términos de función (6.8), por lo que la valoración funcional tiene interés para todos los profesionales que trabajan con los adultos mayores. El proceso de envejecimiento suele acompañarse de trastornos funcionales que a su vez llevan a la incapacidad. Las AVD son el reflejo de la independencia y autonomía que son básicos en la calidad de vida por lo que son la clave del diagnóstico. el 90.62% fueron independientes a las seis actividades valoradas no instrumentadas, y también un porcentaje importante, el 46.87% fué independiente a todas las actividades instrumentadas. Los factores adicionales ocupan un lugar importante, dentro de los intrínsecos se observó que el 93.75% tenía problemas en los pies, como factor extrínseco o ambiental la falta de agarraderas, pisos resbalosos en el baño, grietas, salientes y baches representó el 43.75%.

La reducción de la función cognoscitiva afecta, de manera virtual, todos los aspectos de la vida de las personas de la tercera edad. La capacidad para hacer una vida independiente, el manejo de los asuntos económicos, la habilidad para conducir vehículos y el cumplimiento de las indicaciones médicas, pueden estar todos afectados. A medida que progresa la edad la demencia se hace cada vez más frecuente, se ha informado que su prevalencia tiene un rango entre 5 y 15% en pacientes mayores de 65 años (18), mayor al reportado en nuestro estudio que fué de 31.25%, el 34.37% presentó trastorno cognitivo moderado y otro porcentaje similar fué reportado como normal.

Las pérdidas psicosociales y funcionales que acompañan el

envejecimiento pueden, con frecuencia, ser causa de depresión. A pesar de que la incidencia exacta no es muy clara, la depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en éstos pacientes (10.18). en nuestra población el 40.32% presentaba datos de depresión, es importante recordar que una persona anciana sufre muchas pérdidas, que pueden causar un gran impacto en su salud o bienestar y deben evaluarse ya que puede haber experimentado la pérdida de la esposa, un hijo o un amigo, o pérdidas en el status social o de independencia debido a razones económicas de salud, puede presentarse como una gran variedad de síntomas, como humor triste, a veces enmascarado por quejas somáticas o manifestaciones ansiosas, pérdida de interés por las cosas, y en ocasiones puede tener una presentación atípica. Al realizar la valoración clínica del anciano, se cualifican y cuantifican patologías sintomáticas, se identifican patologías en ocasiones desconocidas, nos permite evaluar sus efectos sobre la función, así como planificar y priorizar la intervención terapéutica. Se requiere un enfoque especial debido a la existencia de patologías de especial prevalencia, la pluripatología y la expresión atípica de la enfermedad. Los indicadores de morbilidad reportaron que el 59.37% acude a consulta médica una vez por mes; el 40.62% nunca ha sido hospitalizado; el 78.12% refirieron no haber estado encamados durante el último año, mostrando un estado de salud bueno. Asimismo la mayoría consideraron que su salud era regular. Los más importantes factores de riesgo encontrados fueron el de obesidad en nuestra población presentó más de la mitad con sobrepeso moderado y con sobrepeso mórbido. Toda la medicación

que toma o ha tomado el anciano debe ser tenida en cuenta. debido a la pluripatología y a la tendencia de muchos de los médicos de recetar algún medicamento es frecuente que estén sobremedicados, llegando a una media de 3 -4 medicamentos. en nuestro estudio lo que correspondió al 28.12% no consumía medicamentos. y un paciente (3.12%) que estaba en tratamiento con quimioterapia por cáncer tomaba siete medicamentos. con lo que remarca la importancia de la relación médico paciente. para evitar administrar medicamentos innecesarios.

La Valoración acumulativa de enfermedades mostró que en orden de frecuencia los padecimientos más importantes fueron: Padecimientos cardiovasculares y respiratorios 68.75%. músculoesqueléticas 53.12%. aparato digestivo el 50%. padecimientos neuropsiquiátricas 37.5%. aparatos y sistemas el 28.12%. aparato genitourinario 3.12%. Con lo que corroboramos la multipatología a la que está sujeto el adulto mayor.

El funcionamiento social se correlaciona con el físico y mental. Un cambio en los patrones de relaciones y actividades pueden afectar la salud física y mental o viceversa. El mayor bienestar social aumenta la posibilidad de convivir con problemas de salud y mantener una cierta autonomía e independencia. a pesar de las limitaciones funcionales. Durante mucho tiempo se ha hecho de manera informal. En nuestra valoración realizada el 65.62% refirió no tener limitaciones en sus actividades por enfermedad y el 56.25% no presentó limitaciones en sus actividades sociales. sin embargo es importante considerar que un grupo reducido que corresponde al 15.62% si presentó limitaciones en sus actividades por enfermedad. lo que los torna más vulnerables.

CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que se llegó en el presente estudio son las siguientes:

- El grupo de edad más frecuente de la población geriátrica fue la que corresponde a 60 -69 años. Predomina el sexo femenino. la minoría nació en el D.F. la mitad de ellos cuenta con una pareja. la mayoría son pensionados y el nivel educativo es más alto que el resto de la población nacional.
 - Los antecedentes familiares más frecuentes en orden de importancia fueron: Obesidad, Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensión Arterial.
 - Los antecedentes personales más importantes por su frecuencia fueron: disminución de agudeza visual, disminución de agudeza auditiva alcoholismo.
 - En la valoración de las actividades de la vida diaria la mayoría del grupo demostró ser apto para las actividades no instrumentadas pero no así para las instrumentadas. es decir que muchos ancianos son independientes, pero no fueron capaces de realizar los de la segunda categoría.
- Los problemas de los pies fue el factor adicional de riesgo intrínseco de caídas más frecuente. Así como la falta de agarraderas, pisos resbalosos en el baño y grietas representó el factor de riesgo extrínseco de caídas más frecuente.
- La valoración del estado mental y del afectivo mostraron que el transtorno cognitivo moderado y la depresión ocupan lugares importantes.
 - Los Indicadores de Morbilidad, nos indican que la mayoría de

los pacientes acude a consulta médica una vez al mes y un porcentaje alto nunca ha sido hospitalizado.

- El formulario de Salud General mostró que en la mayoría de los pacientes su estado de salud era regular.

- La valoración del Índice de Masa Corporal mostró que el sobrepeso moderado y el sobrepeso mórbido constituyen un porcentaje alto.

- El promedio del consumo de medicamento fué bajo.

- La Valoración acumulativa de enfermedades revela que los más frecuentes fueron: Padecimientos cardiovascular y respiratorio, musculoesqueléticos, y de aparato digestivo.

SUGERENCIAS

La vertiginosa tasa de transición epidemiológica muestra dramáticos cambios. El número de ancianos será superior al resto de la población. Los médicos de familia, internistas y el resto de los especialistas tendrán que aumentar su atención por lo tanto debería conocer las características semiológicas, clínicas, funcionales, mentales y sociofamiliares.

Una de las características de los ancianos es la disminución de su capacidad de adaptación, misma que se acentúa durante el padecimiento de una enfermedad física, funcional, mental o social. Se debería intentar la adaptación continua del anciano a las circunstancias y medio en que vive.

Se debe de evitar la aparición de la enfermedad, si ésta se presenta, prevenir su evolución hacia la cronicidad o invalidez. Conseguir que los casos que llegan a la dependencia total sean los estrictamente inevitables.

han introducido hace años introduciendo en sus programas de licenciatura el estudio de las características del envejecimiento y las directrices que deben conocer los alumnos de medicina para el buen cuidado de las personas ancianas. Los médicos de familia reciben formación en geriatría durante su especialización y, posteriormente, formación continuada en los cursos de actualización geriátrica, de una semana de duración que organizan anualmente los servicios de geriatría.

En relación a la Atención Primaria, los médicos de familia son los encargados de llevar a cabo la mayor parte de la asistencia geriátrica integral, tanto en el aspecto preventivo, como en el asistencial, médico y social en colaboración con los geriatras. Deben de solucionar el 95% de los problemas médicos asistenciales de los ancianos y se debe de dedicar no menos del 40% del trabajo profesional diario. Por lo que es imprescindible que los médicos de familia tengan suficientes conocimientos de geriatría, adquiridos durante los años de residentes y en los cursos de actualización geriátrica.

ANEXOS.

CEDULA DE VALORACION GERIATRICA INTEGRAL

FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre completo del paciente: _____

Sexo (F) (M) _____ Fecha de nacimiento _____

Lugar de nacimiento _____ Estado civil _____

Ocupación previa _____ Escolaridad _____

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Hipertensión arterial (si)(no) Infarto del miocardio (si)(no)

Diabetes mellitus (si)(no) Enf. cerebrovascular (si)(no)

Obesidad (si)(no) Litiasis vesicular (si)(no)

Cáncer (si)(no)

ANTECEDENTES PERSONALES

Hipertensión arterial (si)(no) Diabetes mellitus (si)(no)

Obesidad (si)(no) Infarto del miocardio (si)(no)

Enf. cerebrovascular (si)(no) Litiasis vesicular (si)(no)

Cáncer (si)(no) Tabaquismo (si)(no)

Agudeza visual (si)(no) Agudeza auditiva (si)(no)

Enf. pulmonar (si)(no) Disnea (si)(no)

Claudicación (si)(no) Caídas (si)(no)

Fracturas (si)(no)

ACTIVIDADES NO INSTRUMENTADAS E INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA.

El paciente es capaz de realizar las siguientes actividades en forma independiente o dependiente:

ADL No instrumentado		ADL Instrumentado	
Bañarse	(si)(no)	Hacer compras	(si)(no)
Vestirse	(si)(no)	Transportarse	(si)(no)
Ir al baño	(si)(no)	Preparar sus alimentos	(si)(no)
Trasladarse en casa	(si)(no)	Abrir puertas	(si)(no)
Continencia de esfínteres	(si)(no)	Hablar por teléfono	(si)(no)
Alimentarse	(si)(no)	Llevar sus gastos	(si)(no)

FACTORES (ADICIONALES) DE RIESGO INTRINSECO DE CAIDAS

Síncope	(si)(no)	Enfermedades reumáticas	(si)(no)
Mareos	(si)(no)	Enfermedades neurológicas	(si)(no)
Hipotensión	(si)(no)	Problemas en los pies	(si)(no)

FACTORES DE RIESGO EXTRINSECO DE CAIDAS (RIESGOS AMBIENTALES)

El paciente tiene alguno de los siguientes problemas en su domicilio o en el área cercana (se realiza visita para verificar)

- Iluminación e instalaciones deficientes	(si)(no)
- Pisos resbalosos, alfombras y tapetes sueltos	(si)(no)
- Escaleras sin barandales, mal iluminadas.	(si)(no)
- Objetos muy altos o muy bajos en la cocina	(si)(no)
- Falta de agarraderas, pisos resbalosos en el baño	(si)(no)
- Grietas, salientes, baches y agujeros en patios	(si)(no)
- Cama muy alta o muy baja	(si)(no)
- Zapatos con suelas resbalosas	(si)(no)
- Camina descalzo o en calcetines en casa	(si)(no)

MINIEXAMEN DEL ESTADO MENTAL DE FOLSTEIN

Texto	Puntuación: Máxima	Real
- Cual es la fecha de hoy?	5	()
- Cuál es su domicilio?	5	()
- Repita "la mesa, la silla, la ventana"	3	()
- Pídale al paciente que reste 100 - 7 hasta en cinco ocasiones.	5	()
- Pídale al paciente que le repita los tres objetos que le mencionó	3	()
- Muéstrole al paciente un bolígrafo y un llavero para que los identifique	2	()
- Cumplimiento de una orden de tres etapas: "Tome ésta hoja de papel, dóblela y entréguela".	3	()
- Obedecer orden escrita "cierre los ojos"	2	()
- Pídale al paciente que escriba su nombre	1	()
- Pídale al paciente que dibuje una casa, una flor y una estrella	1	()

Calificación total obtenida por el paciente en el MEMF _____

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA: Pídale al paciente que conteste SI o NO a las siguientes preguntas:

	SI	NO
- ¿Está usted básicamente satisfecho de su vida?	(0)	(1)
- ¿Ha dejado alguna vez sus actividades o intereses?	(1)	(0)
- ¿Siente que su vida está vacía?	(1)	(0)
- ¿Se siente aburrido con frecuencia?	(1)	(0)
- ¿Se siente de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	(0)	(1)
- ¿Tiene miedo de que algo malo le vaya a pasar?	(1)	(0)
- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	(0)	(1)
- ¿A menudo se siente indefenso?	(1)	(0)
- ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir o hacer cosas nuevas?	(1)	(0)
- ¿Siente que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	(1)	(0)
- ¿Piensa que es maravilloso estar vivo?	(0)	(1)
- ¿Considera que en la actualidad usted vale poco?	(1)	(0)
- ¿Se siente lleno de energía?	(0)	(1)
- ¿Considera que su situación no tiene esperanza?	(1)	(0)
- ¿Piensa que la mayoría de las personas están mejor que usted?	(1)	(0)

CALIFICACION TOTAL EN LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA _____

INDICADORES DE MORBILIDAD:

- ¿Con qué frecuencia acude a consulta médica (nu)(an)(me)(se)
- ¿En cuántas ocasiones ha sido hospitalizado? (nu)(1)(2)(3)(4)
- ¿Cuántos días ha estado en cama durante (nu)(1-4)(5-9)
el último año por motivos de salud? (10-30)(un mes ó más)

FORMULARIO BREVE DE SALUD GENERAL:

- En general, usted considera que su salud es:

Excelente () Muy buena () Buena ()
Regular () Mala ()

- ¿ Por cuánto tiempo (de ser así) su salud lo ha limitado en
cada una de sus actividades?

- Por más de tres meses ()
- Por tres meses o menos ()
- No lo ha limitado ()

- ¿ Cuánto tiempo en el mes pasado su salud ha limitado sus
actividades sociales (visitar amigos o familiares)?

- Todo el tiempo () Parte del tiempo ()
En ningún momento ()

CONSUMO ACTUAL DE MEDICAMENTOS

Escribir el nombre genérico o en su defecto el comercial de los
medicamentos que el paciente recibe en la actualidad. A la
derecha escriba la dosis:

- 1.-----
- 2.----- etc.

- El paciente consume medicamentos?-----
- Total de medicamentos que consume el paciente-----

INDICE DE MASA CORPORAL

- Peso-----
- Talia-----
- IMC -----

ESCALA DE VALORACION ACUMULATIVA DE ENFERMEDADES (Linn):

- 0 - No existe
- 1 - Leve
- 2 - Moderada
- 3 - Severa
- 4 - Muv severa, grave

CARDIOVASCULAR O RESPIRATORIA

- CARDIACA (solamente del corazón) ()
- VASCULAR (arterial, venosa, linfática, hamatológica) ()
- RESPIRATORIA (pulmonar, bronquial, traqueal) ()
- DE OJOS, OIDOS, NARIZ O GARGANTA ()

APARATO DIGESTIVO

- SUPERIOR (esófago, estómago, páncreas, vías biliares) ()
- INFERIOR (intestino, colon, hernias) ()
- DEL HIGADO EXCLUSIVAMENTE ()

GENITOURINARIAS

- RENALES EXCLUSIVAMENTE ()
- OTRAS (ureteros, vejiga, uretra, próstata) ()
- GINECOLOGICAS ()

MUSCULO ESQUELETICAS - DERMATOLOGICAS

- DE MUSCULOS, HUESOS O PIEL ()

NEUROPSIQUIATRICA

- NEUROLOGICA ()

- PSIQUIATRICA

()

DE APARATOS Y SISTEMAS

- ENDOCRINA. METABOLICA. INFECCIONES GENERALIZADAS

()

CALIFICACION TOTAL DE LAS CIRS

COMENTARIOS SOBRE EL PACIENTE (IMPRESION DIAGNOSTICA Y PLAN DE

TRATAMIENTO:-----

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Sociedad de Geriatria y Gerontologia de México A.C. Memorias del 1er. Curso de Gerontogeriatría. Julio 1998. México.
- 2.- González Aragón Joaquín. Introducción. Mundo Médico. Edición Especial. Noviembre 1996. 9-10.
- 3.- Monarrez Velazquez Sergio Omar. Y los viejos que? CONMÉDICA. 1996. 2(16) 6-7.
- 4.- Rocabado Fernando. Epidemiología del envejecimiento y su trascendencia. VIII Congreso de Geriatria 1993. 17-21.
- 5.- Gortari Eduardo de. Servicios de Salud para el anciano en México. VIII Congreso de Geriatria 1993. 21-25.
- 6.- Ortiz Quezada Federico. Editorial. Gerusia 1996. 1(1) 4.
- 7.- Gonzalez Aragón Joaquín. Los gobiernos y el tema del envejecimiento. VIII Congreso Nacional de Geritria y Gerontología de México. Medicina y Sociedad 1993. 13-16.
- 8.- Mamo Julián y col. Declaración en Geriatria. Mundo Médico. 1998 25(286) 22-30
- 9.- Guillen Llera. Aspectos específicos del diagnóstico en la persona mayor. Medicine. 1995. 6(87) 2327-2334.
10. Salgado Alba Alberto. Valoración del paciente anciano. Madrid. Masson. Salvat. 1993.
11. González Aragón Joaquín. Teoría social del envejecimiento. Gerusia. 1996 1(1). 49-55
12. Tierney. Laurence Jr. Medicina Geriátrica. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. Manual Moderno. 1996.

13. Alvarado Moctezuma Luis Eduardo. El internista. Medicina Interna para internistas. Asociación Medicina Interna. México. Mc Graw Hill. Interamericana. 1997.
14. Rotshchid, Henry. Factores de riesgo en la edad avanzada. La prensa Médica mexicana. S.A. 1987.
15. Anderson. W.F. "Medicina Preventiva en la vejez" en Brocklehorst J. C. Tratado de medicina geriátrica y gerontológica. Buenos Aires. Edit Médica Panamericana. 1975.
16. Doval Mezey y col. Evaluación de la salud en el anciano. La prensa médica mexicana. S.A. 1984.
17. Saigado Alberto, Guillen Francisco. Manual de Geriatria. Serie de manuales espiral. Salvat. México 1992. 1a. ed.
18. Fleming- Kevin C. Valoración funcional del adulto mayor. Mundo Medico. 1997. 24(273) 1997. 21-33.
19. Sanchez Rucobo Rosa María. Aislamiento y soledad. VIII Congreso. Nacional de Geriatria y Gerontología de México. 1993.
20. Gonzalez C Claudia. Algún día llegaremos. M.D. El tiempo de la experiencia 11(6) 96. 31-36.
21. Declaración de Helsinki. Recomendaciones para Guiar a los Médicos en la Investigación Biomédica en los seres humanos. Boletín de la OPS 1990. 108 (5 y 6): 626-637.
22. Comisión Nacional de Bioética. Primer Congreso Internacional. Ciudad de México. 3-6 octubre. 1994.
23. Diagnóstico de Salud de Módulo de Medicina Familiar San Isidro Azcapotzalco. 1996.

24. Van der Cammen. Manejo de fármacos e implicaciones para prescribirlos. En Van der Cammen. Manual clínico de Geriatria. Manual Moderno. México. 1994. 317-325.
25. Gurwitz. J.H. Medicación inadecuada en el anciano. La punta del iceberg. JAMA. 1995; 3 (2): 55-56.
26. Darrvi S. Chutka. y cols. Prescripción de Medicamentos en pacientes de la tercera edad. Mundo Médico. Edición Especial. 1996. 79 - 86.
27. Gallo JJ. Reichel W Andersen Functional assessment: aspen Publications. Rockville. 1988; 65-92.
28. Katz S: Assessing self-maintenance: Activities of living, morbidity, and instrumental activities of daily living. J Am Geriatr Soc. 1983. 309: 1218 - 1224.
29. Spector WD, Katz S, Murphy JB Fulton: The hierarchical relationship between activities of daily living and instrumental activities of daily living J. Chron Dis 1987. 40: 481-489.
30. Sandoval Ramiro Jesús. Epidemiología del Cáncer en México. En Primer Foro Nacional de Difusión Científica y Educación Para la Salud en la leucemia y los Cánceres más Frecuentes en México. Palacio de Medicina. 1995.
31. Sive Philip. La Senectud en Jack H. Medalie. Medicina Familiar. Principios y Prácticas. Noriega editores. México. 1987. 251 - 262.
32. Salgado Alberto. Guillén Francisco, Manual de Geriatria. Serie Manuales Espiral. España. 2a. 1994.