

ANCIANO FRAGIL

Guía de Actuación Clínica en A. P.

AUTORES

Alejandro L. Suay Cantos

Médico de Familia del Centro de Salud de Vinaroz

Mireia Ortega Roig

Residente de Medicina de Familia de la Unidad Docente de Castellón

Olga Mendo Serrano

Enfermera del Centro de Salud de Vinaroz

M^aDolores Simó Falco

Médico Especialista en Medicina Interna del Centro de Salud Caslduch, Castellon.



CONCEPTO DE ANCIANO FRÁGIL

Anciano Frágil es aquél que presenta uno o más de los siguientes factores:

- Mayor de 80 años.
- Vive solo
- Pérdida reciente de su pareja (menos de 1 año).
- Patología crónica invalidante. Fundamentalmente:
 - ACV
 - Cardiopatía isquémica
 - Enfermedad de Parkinson
 - O.C.F.A.
 - Artrosis o Enfermedad osteoarticular avanzada
 - Déficit auditivo o visual importantes.
- Caídas
- Polifarmacia.
- Ingreso hospitalario en el último año
- Demencia u otro deterioro cognitivo o depresión.
- Deficiencia económica.
- Insuficiente soporte social.

El instrumento de trabajo que permitirá la correcta evaluación de los problemas de salud planteados en el anciano en sus correspondientes áreas biomédicas, funcionales, mentales y sociales es la Evaluación Geriátrica Exhaustiva (Comprehensive geriatric assesment), que consiste en un conjunto de técnicas que facilitan la valoración del paciente y como consecuencia la aplicación de medidas terapéuticas adecuadas.

Los beneficios obtenidos como resultado de la utilización de la Evaluación Geriátrica, son los siguientes:

Mayor precisión diagnóstica

Disminuye el número de hospitalizaciones por procesos agudos

Reduce el número de ancianos institucionalizados

Mejora las decisiones sobre la ubicación óptima del paciente

Mejora el estado funcional

Mejora la situación cognitiva y afectiva

Disminuye el número de prescripciones medicamentosas y de reacciones adversas

Disminución del coste asistencial

Aumento de la supervivencia.

Como contrapartida, se incrementa la utilización de servicios de atención domiciliaria.

PRESENTACION ATIPICA DE ENFERMEDADES EN EL ANCIANO

El anciano presenta en muchas ocasiones, una forma peculiar de manifestar las enfermedades. Por consiguiente, para llegar a la obtención de un correcto diagnóstico, es precisa la valoración cuidadosa de la sintomatología en el paciente geriátrico.

A continuación, se describe por órganos, aparatos y sistemas las presentaciones clínicas atípicas más frecuentes e importantes en el paciente de edad.

A. SISTEMA CARDIOVASCULAR

1. Cardiopatía isquémica. En ancianos es con más frecuencia indoloro. Considerar que la diabetes (que es también causa de infarto indoloro), es más prevalente a esta edad. Dolor abdominal, debilidad, confusión, disnea y síncope pueden ser formas atípicas de manifestación, sobre todo en mayores de 85 años. Complicaciones como la Insuficiencia Cardíaca y el Shock son más frecuentes (también son más habituales los infartos de localización anteroseptal).

2. Estenosis Mitral. Síntomas menos evidentes. A veces se encuentra en mujeres diagnosticadas de broncopatía crónica de causa desconocida.

3.Auscultación cardiaca. Es menos valorable. Los soplos cardíacos no patológicos son frecuentes. La intensidad del primer tono está disminuido como consecuencia de la disminución del gasto cardíaco.

4.Hipertensión arterial. Se diagnostica en exceso dada la rigidez arterial que ocasiona un aumento de 10-20 mm Hg en la medición con esfigmomanómetro (pseudohipertensión). Esta posibilidad se descarta mediante la maniobra de Osler, que es positiva cuando la arteria braquial o radial es palpable mientras el manguito de tensión está inflado por encima de la tensión sistólica.

B.APARATO RESPIRATORIO

1.Asma Bronquial. Puede carecer de los típicos “pitos” o sibilantes. Puede presentarse simplemente como tos episódica o disnea paroxística nocturna.

2.Enfermedades Intersticiales. Frecuentemente, la tos seca crónica es el único hallazgo orientador. Suele acompañarse de otros signos y síntomas inespecíficos como astenia, anorexia, malestar general y pérdida de peso.

3.Tromboembolismos Pulmonares (TEP). La forma habitual de manifestarse es mediante disnea no súbita, taquipnea, broncoespasmo o fiebre. Sólo una quinta parte de los ancianos presentan el cuadro del TEP mediante la clínica clásica.

C.APARATO DIGESTIVO

1.Abdomen Agudo. En el paciente geriátrico puede manifestarse con signos y síntomas de menor gravedad, debido a una menor irritación del peritoneo, así como a una menor percepción del dolor y una localización más imprecisa de este; sobre todo en la isquemia mesentérica y en la obstrucción del intestino delgado. La fiebre elevada y la leucocitosis, son también menos frecuentes. Todas estas circunstancias suelen traducirse en una mayor dilación a la hora de decidir un tratamiento quirúrgico, lo que conlleva un incremento en la mortalidad. Precaución especial en colecistitis y apendicitis aguda, que pueden perforarse, abscesificarse o gangrenarse con gran frecuencia.

2.Reflujo gastroesofágico y esofagitis. Se manifiestan como dolor torácico, clínica respiratoria (ocasionada por microaspiraciones que producen broncoespasmo) y dolor abdominal.

3. Enfermedad péptica. Se puede manifestar como un síndrome constitucional de astenia, anorexia, pérdida de peso y anemia, lo que obliga a descartar una neoplasia digestiva. En otras ocasiones se producen náuseas y flatulencia. Además, la ausencia de dolor es frecuente; sobre todo en pacientes que toman AINES (que además de gastroerosivos son analgésicos), lo que ocasiona en las úlceras, un aumento del número de hemorragias digestivas y de perforaciones.

4. Pancreatitis. Puede manifestarse desde con un dolor mínimo inespecífico hasta con distrés respiratorio o incluso el shock.

D. APARATO GENITOURINARIO

1. Pielonefritis. Es infrecuente que se produzca el típico cuadro de dolor, fiebre, disuria y leucocitosis. Lo más habitual es que se manifieste con signos y síntomas inespecíficos, como confusión, taquipnea, bacteriemia o hipotensión. Es sugerente el hecho de encontrar el mismo germen en el hemocultivo y en el urinocultivo.

2. Enfermedad prostática. Se producen fundamentalmente, signos irritativos (polaquiuria, tenesmo o disuria) sin los típicos síntomas obstructivos.

E. ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Habitualmente la clínica suele ser inespecífica. Se puede manifestar como anorexia, somnolencia, confusión y alteración del estado general.

1. Neumonía. Es una enfermedad que puede pasar desapercibida. Si no existe fiebre, la taquipnea es un signo de valor. La auscultación puede no aportar datos relevantes. Analíticamente, es menos frecuente la leucocitosis. Los signos radiológicos pueden retrasarse (sobre todo si coexiste con deshidratación). La medicación utilizada también puede enmascarar la neumonía.

2. Tuberculosis. Son más frecuentes los signos generales (pérdida de peso, vértigo, disnea) que los locales (rara la hemoptisis). En la Rx de tórax son más frecuentes los infiltrados en ambos pulmones que el clásico infiltrado en lóbulos superiores que se produce en pacientes más jóvenes.

3. Meningitis. La disminución del nivel de conciencia junto con una punción lumbar con resultado analítico revelador, suelen ser los puntos más importantes a valorar. Puede no existir fiebre, ni cefalea. La rigidez de nuca puede no estar presente. La rigidez de nuca es de

difícil valoración en el anciano que habitualmente puede presentar patología degenerativa de tipo cervicocráneo.

F. APARATO OSTEOARTICULAR

1. Artritis Reumatoide. Se puede presentar igual que en la persona más joven. Pero lo más usual es que lo haga de forma brusca y con síntomas polimialgicos, afectando hombros y caderas. Es menos frecuente la presencia del factor reumatoide positivo y nódulos, así como la afectación de articulaciones pequeñas.

Otras formas de presentación en el anciano son la forma aguda sistémica (fiebre, mialgias, pérdida de peso y rigidez articular), que suele tener buen pronóstico y la artritis reumatoide seronegativa de grandes articulaciones (responde a esteroides y parece una variante del complejo polimialgia reumática-arteritis de células gigantes).

2. Lesiones Oseas. Es preciso distinguir el origen de los aplastamientos vertebrales, tan frecuentes en la osteoporosis, pero que pueden corresponder a tumores de próstata o de mama.

G. SISTEMA ENDOCRINO.

1. Hipertiroidismo. Es aproximadamente 7 veces más frecuente en ancianos que en jóvenes, pero es muy importante pensar en dicha posibilidad diagnóstica ya que su presentación clínica es distinta con respecto al paciente más joven; siendo esta, una enfermedad potencialmente controlable. Puede manifestarse únicamente por una fibrilación auricular crónica o un síndrome de astenia o pérdida de peso, por lo que el médico puede pensar sólo en una enfermedad de origen cardíaco o tumoral. La clínica típica de fatiga, intolerancia al calor, nerviosismo, palpitaciones y oftalmopatía es mucho menos frecuente en el anciano. Por el contrario el bocio en ancianos no es orientador y el temblor se atribuye habitualmente a la edad. A veces la clínica sugiere un cuadro abdominal ya que el paciente presenta anorexia, náuseas, vómitos, disfagia y dolor abdominal. Además, en lugar de diarrea es más frecuente el estreñimiento. Por todo ello, el médico deberá valorar cuidadosamente la clínica que presente el paciente y considerar esta posibilidad diagnóstica.

2. Hipotiroidismo. Sólo una tercera parte de los pacientes presentan la clínica típica (bradipsiquia, intolerancia al frío, ronquera) y hasta en cerca del 70% sólo se encuentra un cuadro inespecífico de apatía (que no se debe confundir con demencia) y debilidad generalizada. Otras manifestaciones clínicas en el anciano, pueden ser vértigo, alteraciones hematológicas como macrocitosis y en ocasiones hasta coma.

3. Diabetes Mellitus. La mitad se suelen diagnosticar mediante un control analítico programado o a partir de un proceso intercurrente. Como en tantas otras ocasiones en el anciano, en este caso, la típica sintomatología de poliuria, polidipsia, polifagia puede estar ausente. Así, en la persona de edad avanzada, es

más frecuente la anorexia. Por otro lado, cambios producidos por la edad a nivel del hipotálamo, hacen que ante una situación de aumento de la osmolaridad, la respuesta con frecuencia sea inadecuada y exista una conducta restrictiva en la toma de líquidos que puede llevar al paciente a un coma hiperosmolar inicial, como debut de esta enfermedad. Otros síntomas inespecíficos son: cambios de humor, personalidad o del estado mental y alteraciones del ritmo sueño-vigilia, tan frecuentes por otro lado en el anciano.

H.SISTEMA NERVIOSO

1.Depresión. Más frecuentes los signos somáticos (pérdida de peso) y menos los sentimientos de pérdida.

2.Meningitis.Ya comentado en infecciosas.

3.Tumores intracraneales.La hipertensión cerebral es menos frecuente y más tardía en el paciente geriátrico, ya que el tumor necesita mayor tamaño para producir manifestaciones clínicas, considerando la menor cantidad de sustancia en el cerebro del anciano.

ASPECTOS DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN EL ANCIANO

INTRODUCCION

Se calcula que los mayores de 65 años consumen el 30% de los fármacos. Se prevé que en la mitad del siglo XXI, España será uno de los países más envejecidos de Europa y del mundo. En la Comunidad Valenciana, los mayores de 65 años censados suman la cifra de 600.000 personas. El número es mayor si consideramos los visitantes o residentes mayores no censados pero que residen habitualmente en nuestro territorio.

INFORMACION SOBRE EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS

Pese a que muchos de los fármacos que habitualmente se comercializan tienen como objetivo el tratamiento de enfermedades en este segmento de edad, en realidad, los estudios realizados antes de la comercialización de nuevos medicamentos, no suelen incluir a población geriátrica, por lo que se deberá tener un especial cuidado en el manejo de fármacos en pacientes de edad avanzada. Mientras que en la población de edad inferior a 55 años, el porcentaje de reacciones adversas es del 5-10%, en la población geriátrica es del 20%. El mecanismo responsable del incremento de estas reacciones adversas, se debe a alteraciones metabólicas cuya causa primaria está por establecer. Por ejemplo, el sistema

citocromo P450 disminuye su actividad con la edad, pero no es fácil cuantificar con exactitud su contribución a las reacciones adversas, dada su gran complejidad y diversidad de localizaciones.

MODIFICACION DE LA FARMACOCINETICA EN EL PACIENTE GERIATRICO

Los cambios más importantes en la fisiología del anciano en relación con la farmacocinética de los medicamentos, a nivel de su absorción, distribución y eliminación y siguiendo el Boletín Farmacoterapéutico Valenciano de Octubre del año 2000, son los siguientes:

Cambios fisiológicos

Disminución de la absorción pasiva

Disminución del transporte activo

Disminución del flujo entérico del
del 40-60%

Aumento del tejido adiposo (33%
en el varón y 45% en la mujer)

Disminución del agua corporal

Disminución de proteínas plasmáticas
(Albúmina)

Disminución de la desmetilación e
Hidroxilación hepática

Disminución del flujo hepático

Medicamentos afectados

Disminuye diazepam

Disminuye clordiacepóxido

Sin variación en los aminoácidos

Disminuye glucosa

Disminuyen los aminoácidos

Disminuye el calcio

Disminuye el hierro

Disminuye la tiamina

Disminución de la absorción de
fármacos liposolubles

Aumento del volumen de
distribución de fármacos
liposolubles (diazepam, tolbutamida,
clordiazepóxido, lidocaina y
digoxina)

Disminución del volumen de
distribución de fármacos
hidrosolubles (etanol)

Aumento de la fracción de fármaco
libre (fenitoina y warfarina)

Aumento de la biodisponibilidad de
levodopa, propranolol, labetalol y
clormetiazol

Aumento de la biodisponibilidad de
fármacos con alto aclaramiento
hepático (lidocaina, propranolol y
verapamilo)

Disminución del aclaramiento renal

Disminución de la velocidad de eliminación de aminoglucósidos, penicilina, etambutol, tetraciclinas, digoxina, procainamida, litio, fenobarbital y metotrexato

REACCIONES ADVERSAS MAS FRECUENTES A LOS MEDICAMENTOS EN LA EDAD GERIATRICA

En el anciano es frecuente encontrar tratamientos que utilizan los siguientes fármacos, por lo que se debe tener cuidado en prevenir y valorar sus reacciones adversas.

1.Glucósidos cardiotónicos.

Pueden ocasionar trastornos gastrointestinales, arritmias, trastornos de la visión, confusión y psicosis.

2.Diuréticos.

Son frecuentes los trastornos electrolíticos (hipopotasemia), alteración del equilibrio, calambres, caídas e hipotensión. También se puede ocasionar deshidratación con clínica de fallo renal y alteración neurológica.

3.Betabloqueantes y antihipertensivos.

Hipotensión. Bradicardia. Bloqueo de conducción A-V. Broncoespasmo. Alteraciones del metabolismo lipídico e hidrocarbonado.

4.Anticoagulantes.

Hemorragia, interacciones medicamentosas

5.Psicofármacos.

Se trata de un grupo amplio de fármacos que incluye antidepresivos, neurolépticos, sedantes, etc.

6.Hipnóticos.

Confusión, somnolencia, delirio.

7.Hipoglucemiantes orales.

Hipoglucemia, molestias digestivas, alteración mental.

8.AINES.

Hemorragia gastrointestinal, anemia hipocroma. Fracaso hepatorenal. Administración cuidadosa en pacientes con función renal deteriorada.

9.Anticolinérgicos.

Confusión mental, psicosis, sequedad de mucosas, hipotensión ortostática, visión borrosa, estreñimiento, íleo paralítico, retención urinaria, trastornos de la marcha.

10.Esteroides.

Riesgo de osteoporosis y fracturas. Retención de sodio, hiperglucemia y psicosis.

NORMAS GENERALES DE PRESCRIPCIÓN EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

Se deben seguir las siguientes pautas de tratamiento:

- Prescribir el menor número de fármacos posible.
- Dosis terapéuticas adecuadas
- Control en la repetición del tratamiento.
- Valorar los posibles efectos indeseables y las interacciones medicamentosas
- Evitar la prescripción por complacencia.
- Buscar la dosis mínima eficaz
- Intentar si es posible, la dosis única diaria o en su defecto, el menor número posible de tomas diarias.
- Explicar muy claramente como se debe administrar un tratamiento hasta que el paciente lo entienda (se recomienda que el personal sanitario tenga altas dosis de paciencia, humanidad y empatía).
- Resulta práctico solicitar al paciente que acuda a la consulta con toda la medicación que esta tomando.
- Precaución ante la posible automedicación del paciente (sobre todo con el uso de laxantes, ansiolíticos y analgésicos).

ALTERACIONES ANALÍTICAS EN EL ANCIANO

Los cambios analíticos más significativos pero sin relevancia clínica, son los siguientes: aumento ligero de la creatinina plasmática, la disminución leve de la albúmina y el incremento de la velocidad de sedimentación. El hematócrito puede

descender con la edad, un 5% en el hombre y un 1% en la mujer. La T3, puede descender hasta un 20% sin que por ello se encuentren variaciones en la TSH.

BIBLIOGRAFIA

Gil Gregorio P. Problemas clínicos más relevantes en el paciente geriátrico. En Rozman C. Medicina Interna; 14 ed. Madrid: Ediciones Harcourt, 2000; 1498-1511

American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; 4ª ed. Washington D.C. American Psychiatric Association, 1994

Tallis R, Fillit H, Brocklehurst J C. Geriatric Medicine and Gerontology. Edimburgo, Churchill-Livingstone, 1998

Cruz Jentoft A. Síndromes Gerátricos Específicos. Curso de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Madrid, Editores Médicos, S.A. 1995

Cruz Jentoft A. Evaluación Funcional del anciano. En: Uriach editorial. 1997. Geriátrica en Atención Primaria. 2ª ed. 17-25.

García Alhambra M.A. Cruz Jentoft A: Presentación atípica de enfermedades. En: Uriach editorial. 1997. Geriátrica en Atención Primaria. 2ª ed. 27-33.

Helfand M, Redfern C. Clinical Guideline, Part 2. Screening for thyroid disease: An update Ann Intern Med 1998; 129: 144-158

García Fernández J.L.: Características de las enfermedades en geriatría. Enfermedades más frecuentes. Complicaciones de las enfermedades en geriatría. Historia clínica en los ancianos. En: Masson-Salvat Medicina 1ª ed. 1990. Manual de Geriátrica. 1ª ed. 157-163.

Tulloch AJ. Evaluation of geriatric screening: a review. En: Occasional paper 35. London. The Royal College of General Practitioners. 1998: 35-37

De la Serna de Pedro I. Sáiz Ruiz J. Demencia. En: Masson editorial. 2000. Manual de Psicogeriatría clínica. Psiquiatría Médica. 1ª ed. 173-215.

Benítez del Rosario M.A.: Atención de salud en el paciente anciano. En: Martín Zurro A.; Cano Pérez J.F. Harcourt Brace ed. Atención Primaria: Conceptos, Organización y Práctica Clínica. 4ª ed. 1999. 1595-1623.

Verdú Jordá L.: Tratamiento Farmacológico en el paciente geriátrico. Boletín Farmacoterapéutico Valenciano. Volumen 1. Nº 6. 2000; 25-28.

Espinosa Almendro J; Landa Goñi J. Equipo de trabajo de Valoración Geriátrica de la semFYC. Programas Básicos de Salud. 1ª ed. 2000

Campbell C. Tratado de Enfermería. Diagnósticos y métodos. Barcelona: Doyma, 1987.

Alvarez Solaz M. La atención sanitaria del anciano: ¿Qué hacer desde la Atención Primaria? Dimensión Humana, 1997; 1 (3).

ANEXO 1: SINDROMES GERIATRICOS ESPECIFICOS

DETERIORO INTELECTUAL

Incluye delirio, depresión y demencia (este último se trata en tema a parte).

DELIRIO.

Concepto.

Es un síndrome transitorio de comienzo agudo, casi siempre reversible, que manifiesta una disfunción cerebral. La disfunción cerebral es secundaria a una enfermedad sistémica o a trastornos cerebrales primarios, caracterizados por síntomas de embotamiento intermitente de la conciencia, falta de atención y trastornos del ciclo vigilia/sueño y de la memoria.

Clasificación.

La clasificación actual del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) ha establecido criterios y terminologías estrictos:

- Disminución del nivel de conciencia.
- Presencia, como mínimo, de dos de los siguientes trastornos:
 - Alteración de la percepción
 - Lenguaje incoherente
 - Alteración del sueño
 - Aumento o disminución de la actividad psicomotriz
 - Desorientación y alteración de la memoria
 - Desarrollo en un corto período de tiempo y fluctuaciones a lo largo del día.
 - Evidencia de causa orgánica en anamnesis, examen clínico o de laboratorio.

Etiología

En la mayoría de los casos las causas son múltiples y pueden actuar simultáneamente. Se pueden distinguir cuatro grupos causales:

1-Alteración intracraneal primaria.

Hematoma subdural crónico, tumores intracraneales y accidente cerebrovascular isquémico.

2-Enfermedades sistémicas.

La insuficiencia cardíaca, el infarto de miocardio, las arritmias, los procesos infecciosos, los trastornos metabólicos, la deshidratación, la insuficiencia renal, la impactación fecal y la malnutrición.

3-Agentes tóxicos exógenos.

La causa más frecuente es la intoxicación por fármacos, en especial los que presentan actividad anticolinérgica. Otros fármacos responsables de cuadros confusionales son: digoxina, cimetidina, hipotensores, antiinflamatorios no esteroideos, benzodiazepinas etc.

4-Factores ambientales.

Cambios en la ubicación y deprivaciones sensoriales pueden desencadenar confusión.

Clinica

Aunque suele ser de comienzo brusco, puede tener pródomos: pensamiento oscurecido, pérdida de atención, de memoria y alteración del sueño. La señal característica del delirio es la falta de atención. Se han diseñado dos pruebas específicas para los trastornos de la atención, que son la prueba de los números y la prueba del reconocimiento de las letras.

-Prueba de los números.

Se le pide al paciente que repita siete números que el médico le recita, la incapacidad para repetir al menos cinco de dichos números se considera anormal.

-Prueba del reconocimiento de las letras. Se le pide al paciente que levante la mano cuando oiga la letra "a".

Desde una perspectiva clínica se pueden distinguir tres variantes:

a) tipo hiperactivo-hiperalerta. El paciente está inquieto y agitado, suele ser diagnosticado de demencia;

b) tipo hipoactivo-hipoalerta. Aparece letárgico, tiende a ser diagnosticado de depresión.

c) tipo mixto: presenta un comportamiento impredecible.

Valoración y seguimiento

Es necesario un alto índice de sospecha, sobre todo en pacientes de alto riesgo, como es el caso de los ancianos intervenidos quirúrgicamente y los que sufren deprivación sensorial. En la evaluación del paciente es importante recoger todos los fármacos ya que la toxicidad por ellos, sobre todo los anticolinérgicos, representan el 30% de todos los casos de delirio.

Se procederá a una cuidadosa exploración física. Como pruebas complementarias se determinarán los electrolitos, creatinina, función hepática, VSG y análisis de orina; si no se llega al diagnóstico debe ampliarse el estudio a ECG, Rx de tórax y abdomen, determinación de magnesio, calcio, fósforo, gasometría y osmolaridad. Cuando se observan signos neurológicos de focalidad, se realizará una TAC craneal.

Tratamiento

Los objetivos del tratamiento son:

- 1-Corregir la causa subyacente.
- 2-Proporcionar un ambiente tranquilo y de apoyo.

3-Garantizar la seguridad del paciente. Cuando existe agitación acusada, alucinaciones, inquietud o miedo, está indicado la utilización de antipsicóticos, que se iniciaran a dosis bajas. Entre los antipsicóticos más utilizados en el anciano estan la tioridazina 100 mgr/d y el halopurinol a dosis de 0,5-2mgr/d.Los hipnóticos, tranquilizantes menores y antidepresivos deben evitarse, pues pueden perpetuar e intensificar el delirio.

ESTADOS DEPRESIVOS

De acuerdo con los criterios establecidos en la DSM-IV, aproximadamente el 15% de los mayores de 65 años presentan trastornos del estado de ánimo, un 4% tiene criterios depresión mayor y el 6,5% cuadro depresivo asociado a otras enfermedades médicas.

Clínica

El anciano tiende a negar o minimizar la disforia, más que quejas de infelicidad, el paciente suele estar apático y solitario. Suele manifestar sentimientos de irritabilidad, pérdida de autoestima, alteraciones perceptivas, de la memoria, transtornos del sueño, alteraciones de la motricidad y alteraciones somáticas. Las formas de presentación atípicas son: depresión hipocondríaca, depresión pseudodemencial y depresión paranoide.

Criterios diagnósticos

El diagnóstico de los estados depresivos es clínico, debe cumplir los criterios que establece la DMS-IV. Para apoyar el diagnóstico se han de utilizar varias escalas o tests. Entre ellos la más utilizada y validada en la población anciana es la Escala de Depresión Gerátrica (GDS) de Yesavage et al.

Interconsulta

Cualquier médico puede asumir el manejo y tratamiento de la mayoría de los pacientes ancianos, siendo aconsejable la remisión al especialista cuando concurren algunas de las siguientes circunstancias:

- gravedad de la sintomatología
- problemas de diagnóstico
- riesgo de suicidio
- fracaso del tratamiento

- presencia de graves efectos colaterales
- falta de colaboración del paciente.

Tratamiento

Fármacos de los que se dispone:

-Antidepresivos tricíclicos.

Son fármacos eficaces que se introdujeron en el mercado en los años 50. Sin embargo producen efectos colaterales anticolinérgicos, sedación, arritmias cardíacas e hipotensión ortostática, por lo que su uso resulta poco atractivo.

-Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO).

Su mecanismo de acción consiste en aumentar la concentración de noradrenalina endógena, noradrenalina y serotonina. No se consideran fármacos de primera elección, debido a sus posibles interacciones con otros fármacos y alimentos.

-Inhibidores de la recaptación de serotonina.

En la actualidad son los fármacos de elección en el tratamiento de los ancianos con cuadro depresivo. Esto se debe a su perfil de efectos colaterales comparativamente más bajo, aunque no ausente. Entre ellos se encuentra la presencia de náuseas, anorexia, irritabilidad e insomnio. Este grupo farmacológico incluye: fluoxetina, sertralina, paroxetina y fluvoxamina.

-Antidepresivos atípicos

-Maprotilina. Es un antidepresivo tetracíclico que inhibe la recaptación presináptica de noradrenalina.

-Bupropión. Inhibe la recaptación de dopamina. Tiene mínimos efectos sedantes, anticolinérgicos y cardiovasculares.

-Trazodona. Inhibe la recaptación de serotonina y antagoniza con los receptores postsinápticos de la misma, esta última acción le otorga un efecto sedante.

-Nefazodona. Similar a la anterior.

-Venlafaxina. Inhibe la recaptación de serotonina y noradrenalina. Se utiliza cuando han fracasado otros antidepresivos, es de segunda línea.

INCONTINENCIA URINARIA

Definición y clasificación

Se puede definir como la pérdida involuntaria de orina que provoca un problema higiénico y/o social demostrable objetivamente. Tipos de incontinencia urinaria:

-Incontinencia transitoria

Se trata de pérdidas de orina transitorias. Las causas son múltiples, pero las principales son: infecciones del tracto urinario, delirio, vaginitis o uretritis atrófica, fármacos (sedantes, diuréticos, anticolinérgicos, antagonistas del calcio), disfunción psicológica, trastornos endocrinos (hiperglucemia e hipercalcemia), inmovilidad e impactación fecal.

-Incontinencia de urgencia

También conocida como inestabilidad del detrusor, es el tipo de incontinencia urinaria más frecuente (65% de los casos) entre las personas mayores. Esta incontinencia se produce cuando las contracciones no inhibidas del detrusor se producen espontáneamente y superan la resistencia de la uretra, lo que permite la pérdida de pequeñas cantidades de orina. Los ancianos presentan urgencia súbita de orinar y un residuo postmiccional, con frecuencia, menos de 50 ml. Existen cuatro mecanismos responsables de este tipo de incontinencia: a) defectos en la regulación por parte del SNC, b) obstrucción del tracto urinario inferior, c) afección orgánica vesical y d) inestabilidad idiopática.

-Incontinencia por rebosamiento

Ocurre cuando la presión del llenado vesical excede a la uretral, pero sólo con grandes volúmenes de orina dentro de la vejiga. Suele corresponder a la etapa final de la obstrucción del tracto urinario inferior y se caracteriza por un residuo postmiccional superior a 100 ml. Dentro de este grupo se puede incluir el diagnóstico urodinámico del detrusor acontractil, suele asociarse a lesiones neurológicas tipo accidente vascular cerebral, neuropatía diabética, etc.

-Incontinencia de estrés

Se produce cuando el aumento de presión intraabdominal supera la resistencia uretral, permitiendo la expulsión de pequeñas cantidades de orina. Entre sus causas se incluye la deficiencia estrogénica, la debilidad de los músculos pelvianos, la debilidad del esfínter uretral y la obesidad. Clínicamente existen pequeñas pérdidas de orina después de la tos o de un acceso de risa. El residuo postmiccional es mínimo.

-Incontinencia funcional

La función del tracto urinario inferior se encuentra conservada, pero existen situaciones externas que precipitan la incontinencia. Por ejemplo, un deterioro de la

movilidad o una demencia en estadio grave en la que el anciano es incapaz de alcanzar el baño.

Valoración inicial y Seguimiento

Se comenzará por una historia clínica lo más completa posible. En la exploración física se prestará especial atención a la sensibilidad anal y perianal, con observación del introito vulvar, evaluación prostática, motricidad y reflejos bulbocavernoso y cremastérico.

Realizaremos una valoración funcional básica que incluya movilidad y función mental; así como estudio analítico básico (glucosa, iones, calcio, función renal), sedimento y cultivo de orina.

Se recomienda una valoración del residuo postmiccional en todo anciano con incontinencia y se sugiere el estudio urológico en pacientes con más de 100 ml. El estudio urodinámico formal (cistomanometría, flujometría, prueba de presión detrusor / flujo miccional, perfil uretral) no se debe realizar habitualmente durante la evaluación inicial. Las indicaciones para la práctica de este estudio son: incontinencia tras cirugía prostática, antes de cirugía de la incontinencia, ausencia de respuesta médica, aumento del residuo postmiccional y existencia de grandes dudas diagnósticas.

Tratamiento

Los programas terapéuticos deben ser individualizados en función del paciente y de su situación fisiopatológica. Aunque el tratamiento de los casos complejos deben reservarse al especialista, el médico de cabecera debe conocer algunas medidas generales y técnicas que se explican a continuación:

-Medidas generales:

Algunas medidas higiénicas son recomendables en cualquier paciente incontinente, como la reducción del consumo de excitantes (café, té, alcohol) o la reducción de la ingesta vespertina (desde la merienda) de líquidos en las incontinencias de predominio nocturno. Se puede actuar sobre el hábitat, haciendo el servicio accesible al anciano y eliminando barreras arquitectónicas, si no es posible, puede recurrirse al orinal o la cuña que evitan el desplazamiento. Cuando no hay remedio pueden utilizarse medidas paliativas como los pañales absorbentes desechables, o los colectores externos (en varones sin obstrucción al tracto de salida), para minimizar la repercusión de la incontinencia.

-Técnicas de modificación de la conducta:

El objetivo de estas técnicas es restablecer un patrón normal de vaciamiento vesical, promoviendo así la continencia. Son sumamente eficaces, consiguiéndose una disminución de la incontinencia en un 50% de los casos.

-Reentrenamiento vesical:

Pretende restablecer el hábito miccional mediante el vaciado de la vejiga antes de percibir el deseo miccional. La periodicidad de vaciamiento se recomendará

individualmente en base al esquema miccional de cada paciente (para ello es muy útil la hoja de registro miccional), aunque puede iniciarse con una micción cada hora. De forma progresiva se va prolongando la frecuencia de vaciamiento vesical, conforme se incrementa su capacidad, hasta lograr una micción cada 3-4 horas en los mejores casos.

Los ejercicios de musculatura pélvica (Kegel); consisten en la realización de contracciones repetidas de los músculos del suelo pélvico, debiendo efectuarse unas 3 ó 4 tandas diarias con 20-25 contracciones. Puede enseñarse haciendo que el paciente interrumpa una micción normal. Han demostrado ser muy útiles en la incontinencia de esfuerzo, si bien el período de tiempo necesario para que se produzcan resultados puede ser largo (semanas).

-Incontinencia de urgencia:

Los tratamientos básicos incluyen la terapia de modificación de la conducta y los fármacos. Se utilizan los anticolinérgicos y con propiedades antiespasmódicas del tipo oxibutina, propantelina, flavoxato, imipramina (antidepresivo tricíclico de acción agonista alfa –adrenérgico y anticolinérgico). Los antagonistas del calcio actúan reduciendo las contracciones del detrusor. La tolterodina es un fármaco con propiedades anticolinérgicas y bloqueadoras de los canales del calcio; es bien tolerado por los ancianos.

-Incontinencia por rebosamiento:

En los casos de obstrucción del tracto urinario de salida se debe plantear una corrección quirúrgica de la obstrucción (prostatectomía etc.).El tratamiento farmacológico no suele ser eficaz. Emplearemos bloqueantes alfa-adrenérgicos en la hipertrofia benigna de próstata y betanecol (que estimula la contractibilidad del detrusor) en caso de adinamia.

-Incontinencia de estrés:

Los ejercicios de musculatura pélvica mejoran la incontinencia de estrés en el 60% de los pacientes. El tratamiento farmacológico está basado en la utilización de alfa-adrenérgicos(fenilpropanolamina) o imipramina, bien solos o asociados con estrógenos. En este tipo de incontinencia se puede utilizar la estimulación eléctrica para aumentar la resistencia de la musculatura pélvica. El tratamiento quirúrgico consiste en elevar la unión uretero vesical por encima del pubis.

-Incontinencia funcional:

Se debe intentar mejorar las condiciones físicas y/o mentales del anciano, los cuidadores deben establecer un programa de micciones programadas (cada 2 horas), así disminuye la severidad de la incontinencia y se evitan las complicaciones.

INESTABILIDAD Y CAÍDAS:

Introducción

Las caídas son un problema clínico importante entre los ancianos por su frecuencia y por sus consecuencias físicas, psíquicas y sociales. La incidencia depende de la ubicación del anciano. En el domicilio se producen 0,5 caídas/persona/año.

Clasificación

Para una mejor comprensión, las caídas se dividen:

1-Caídas accidentales

Constituyen el 37% de las caídas. Los accidentes ocurren habitualmente en presencia de una situación subyacente que incrementa la posibilidad de que se produzcan, hay que vigilar que no haya agua en el suelo para que no resbale, que tenga iluminación correcta, que el baño no tenga barreras etc.

2-Caídas sin síncope

Son el 20-25% de las caídas. Hay que considerar la hipotensión ortostática que suele ser asintomática, existen varias situaciones en que puede ser sintomática (situaciones de bajo gasto cardíaco, disfunción del sistema nervioso autónomo, deterioro del retorno venoso, permanencia en cama y utilización de determinados fármacos.

Las enfermedades neurológicas como la de Parkinson o las neuropatías periféricas producen alteración de la marcha y del control postural que pueden facilitar las caídas.

Existe correlación directa entre el número de fármacos que toma el anciano y la frecuencia de las caídas. Los sedantes, al disminuir los reflejos y el sensorio, son los que se asocian más a menudo a caídas. También diuréticos, hipotensores, antagonistas de calcio, hipoglucemiantes, ácido acetilsalicílico etc..

3-Caídas con síncope

Los síncope causan el 1% de las caídas. El 50% de ellos son de origen cardiovascular. Las arritmias sólo causan síncope y caídas cuando se asocian a alteraciones de la irrigación cerebral. Otras causas cardíacas son el infarto agudo de miocardio de presentación atípica, la miocardiopatía hipertrófica y la estenosis aórtica.

Entre las causas de síncope vasovagales, incremento del tono vagal con bradicardia e hipotensión, se encuentran la tos, la micción, la hiperventilación y la defecación.

Valoración inicial y seguimiento

El paciente que ha sufrido una caída debe ser valorado él y el medio que le rodea, con el fin de minimizar el riesgo de nuevas caídas, sin comprometer la movilidad y la independencia funcional.

Las primeras medidas terapéuticas consistirán en mejorar el estado de salud, tratar las lesiones que se hayan producido y revisar los fármacos por si alguno hubiera favorecido la caída. Mediante terapia física se intentará mejorar la marcha y fortalecer la musculatura.

En cuanto al medio se procurará que no haya obstáculos, iluminación adecuada y las modificaciones en el hogar que sean precisas a fin de evitar las caídas.

ALTERACIÓN DE LA MOVILIDAD

Introducción

La prevalencia y la incidencia de los problemas de movilidad aumentan en la edad avanzada. Según un estudio realizado en Boston ,el 9,3% de los varones y el 11,6% de las mujeres entre 65 y 69 años presentan dificultad para la deambulación, y en las personas mayores de 85 años estas cifras alcanzan el 26,1% en los varones y el 32,7% en las mujeres.

Causas

-Enfermedades musculoesqueléticas

Procesos degenerativos de las articulaciones que soportan el peso corporal, trastornos del pie, osteoporosis y las fracturas predisponen a la inmovilidad.

-Enfermedades cardiovasculares

Que restringen la actividad y pueden llevar al encamamiento.

-Fármacos

Pueden llevar a disminuir la actividad física, destacan los sedantes e hipnóticos.

-Factores psicológicos y ambientales

La depresión lleva al anciano a disminuir su actividad, el miedo a las caídas, las alteraciones sensoriales (pérdida de visión) y la existencia de un medio ambiente peligroso favorecen la inmovilidad.

Valoración y seguimiento

Las consecuencias de la inmovilidad son graves y numerosas. El reposo en cama debe reservarse para aquellas situaciones clínicas en las que el riesgo inherente a mantener una actividad física sobrepasa los riesgos de la inmovilidad. La inactividad prolongada o la permanencia en cama entrañan consecuencias físicas, psicológicas y sociales adversas. Las principales son:

-Alteraciones del metabolismo.

Incluye balance cálcico y nitrogenado negativo, alteración de la tolerancia a la glucosa y modificaciones farmacocinéticas.

-Trastornos psicológicos

Del tipo depresión y desarrollo de delirio.

-Alteraciones musculoesqueléticas

Incluyen fatiga, contracturas, atrofas musculares y disminución de la densidad ósea.

-Complicaciones cardiopulmonares

Hipotensión postural, tromboflebitis, embolismo pulmonar, neumonía, atelectasias, comportan elevada morbimortalidad.

-Consecuencias gastrointestinales y genitourinarias

Estreñimiento, impactación fecal, incontinencia urinaria y/o fecal, infección urinaria.

Se procederá a una evaluación del estado funcional del paciente. Esta evaluación debe incluir una detallada historia clínica y una valoración en las áreas física, mental (cognitiva y psicológica) y social.

Los componentes de la valoración física comprenden las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y de la movilidad. Esta última puede realizarse a través del test de “levantarse y andar” de Tinetti, que consiste en que el paciente se levante de la silla, camine 10 pasos, se dé la vuelta y se siente.

Tratamiento

Conocido el grado de capacidad existente, se propondrán objetivos realizables. La fisioterapia debe ir dirigida a aliviar el dolor, aumentar la fuerza, el endurecimiento muscular, la amplitud articular y a mejorar la marcha. La terapia ocupacional busca mejorar la capacidad funcional con ayudas y adaptaciones del propio hogar.

MALNUTRICIÓN

Introducción

Existen ciertos grupos de ancianos que tiene mayor riesgo de desarrollar malnutrición: individuos con bajos ingresos económicos, formación cultural deficiente, personas recluidas en su domicilio, viudos, incapacitados físicamente o con alteraciones psiquiátricas.

Valoración inicial y seguimiento

En general se recomienda una dieta rica y variada. Para la valoración nutricional se hace una historia dietética de los alimentos ingeridos en los últimos tres días. En cuanto a la exploración física se valoran los parámetros antropométricos (talla, peso, pliegue tricipital), movilidad y existencia de úlceras.

Pruebas bioquímicas:

-Albúmina. Valores inferiores a 3 se asocian a elevada morbimortalidad.

-Transferrina

-Prealbúmina

-Linfocitos totales: cifras inferiores a 1500 indican moderado estado de desnutrición y cifras inferiores a 900 grave malnutrición.

-Otros: colesterol a menos de 160 mgr/dl, valores bajos de hemoglobina, folato, sideremia, vitamina B12 sérica deben hacer sospechar malnutrición.

Tratamiento

Hay que recordar que el anciano tiene dificultad para masticar los alimentos. Se procurará que la textura de ellos sea la adecuada. Dar abundante agua. Hacer la comida atractiva, agradable y lo más social posible. Si el paciente puede comer, la mejor medida para tratar la malnutrición es la administración de suplementos nutricionales naturales (tapioca, clara de huevo etc.), también pueden utilizarse los suplementos dietéticos para aportar proteínas, vitaminas y minerales, existen varias marcas de diverso sabor y consistencia.

Si el anciano no ingiere se dispone de la sonda nasogástrica que permite la alimentación intermitente con la adecuada cantidad de líquidos y de nutrientes. La nutrición parenteral debe reservarse para pacientes hospitalizados.

ULCERAS POR PRESIÓN

Introducción

Se producen sobre áreas del cuerpo que están expuestas a una presión elevada y prolongada. Es la situación más común, prevenible y tratable de las que acompañan al anciano inmóvil. Se estima que, después de tres semanas de encamamiento, la prevalencia es del 7,7%. El 71% de las úlceras por presión aparecen en pacientes mayores de 70 años.

Causas

El principal factor de riesgo es la inmovilidad, bien por encamamiento bien por sedestación persistente. Los cambios que ocurren en la piel asociados al envejecimiento, como la pérdida de vasos de la dermis, el adelgazamiento de la

epidermis, el aplanamiento de la línea de unión dermoepidérmica, la pérdida de fibras elásticas y el aumento de la permeabilidad cutánea, incrementa la susceptibilidad al desarrollo de úlceras.

Igual ocurre con los trastornos nutricionales, como la hipoproteinemia y los déficits de cinc, hierro y ácido ascórbico. La incontinencia, tanto urinaria como fecal, multiplica por cinco el riesgo, al igual que todo tipo de fracturas, sobre todo de cadera. Otros factores de riesgo son la presencia de deterioro cognitivo, enfermedades neurológicas tipo enfermedad de Parkinson, la insuficiencia vascular periférica y la anemia.

Cuatro son los elementos implicados en la génesis de estas úlceras: la presión, las fuerzas de cizallamiento-estiramiento-fricción, y la humedad. La fricción y la humedad son los factores más importantes en el desarrollo de lesiones superficiales de la piel, mientras que la presión y cizallamiento lesiona los tejidos profundos.

Clasificación:

Las úlceras por presión se clasifican según el grado de lesión tisular. Las nuevas recomendaciones de la Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) establecen cuatro estadios:

-Estadio I: Piel intacta pero eritematosa que no blanquea con la presión.

-Estadio II: Pérdida parcial del espesor cutáneo, con afectación de la epidermis y la dermis. La úlcera es superficial.

-Estadio III: Pérdida completa del espesor de la piel, con afectación del tejido celular subcutáneo. La lesión puede extenderse hasta la fascia subyacente, pero no atravesarla.

-Estadio IV: Pérdida de la piel en todo su espesor, con destrucción extensa, necrosis tisular o lesión de los músculos, huesos o estructuras de soporte.

Al clasificar las úlceras es importante señalar que los músculos y el tejido subcutáneo están más predispuestos a la lesión que la epidermis. Por tanto, el clínico debe sospechar una afectación mayor de la que puede indicar la lesión de la superficie cutánea.

Tratamiento

-Medidas generales: la mejor medida es la movilización continuada del paciente cambiando de posición cada 2 horas, no elevar la cabecera de la cama más de 30° (salvo para comer) ya que aumentan las fuerzas de cizallamiento en las zonas de apoyo. Si está sentado, levantarlo cada 10 minutos durante 10 segundos.

-Medidas antipresión: el objetivo de los diferentes métodos existentes es reducir la presión sobre las estructuras óseas a valores inferiores a 32 mm Hg, ya que es la presión a partir de la cual puede cesar el flujo sanguíneo y producirse isquemia.

Los medios se pueden clasificar en estáticos y dinámicos. Los estáticos sólo ejercen su función cuando se moviliza al paciente, y entre ellos se incluyen geles, espumas y algunas camas de aire. Los dinámicos requieren un sistema de energía adicional. Entre ellos destacan las camas de aire con presión alternante, el sistema de soporte de baja pérdida de aire, las camas de aire fluidificado y los modernos sistemas de microsferas. Su utilización reduce a menos de la mitad la incidencia de úlcera por decúbito en pacientes hospitalizados.

-Medidas sistémicas: los factores nutricionales son de gran valor, establecer una dieta rica en calorías y aminoácidos con suplementos vitamínicos (vitamina C). Se ha comprobado que uno de los mejores factores de cicatrización de las úlceras es el establecimiento de un balance nitrogenado positivo.

Los antibióticos administrados por vía sistémica están indicados en presencia de sepsis, celulitis u osteomielitis y como profilaxis de la endocarditis. En el 20-30% de los casos están causados por más de un germen. Por tanto, están indicados los antibióticos de amplio espectro que cubran grampositivos, gramnegativos y anaerobios.

-Medidas locales: el tratamiento local depende de la extensión de daño tisular.

A) Desbridamiento: si existe material necrótico está indicado un desbridamiento local sin lesionar el tejido de cicatrización. La utilización de preparaciones enzimáticas tipo colagenasa, fibrinolisisina, desoxirribonucleasa, y estreptocinasa-estreptonordasa pueden ayudar al desbridamiento quirúrgico. Es razonable usar un antiséptico local durante un periodo corto. Los que han demostrado ser bactericidas y no citotóxicos son: la povidona yodada al 0,001% y el hipoclorito sódico al 0,005%.

B) Curas oclusivas: los apósitos hidrocoloides oclusivos han demostrado ser útiles en las heridas superficiales, pero no en las profundas. Son el tratamiento óptimo para las úlceras en estadio II.

C) Cirugía: se escinde la úlcera en bloque con amplios márgenes hasta el hueso y se efectúa un injerto rotando una placa de espesor completo, con grasa y músculo para cubrir la herida. Este tipo de tratamiento se debe valorar en los estadios III y IV.

D) Apósitos húmedos: el desbridamiento quirúrgico y enzimático y las gasas no selectivas retrasan la epitelización. Por tanto, deben suspenderse cuando se haya eliminado el material necrótico y sólo se observe tejido de granulación sano. Cuando la herida está limpia se requiere un ambiente húmedo para que se produzca la migración de las células epiteliales hacia la superficie desde el tejido de granulación profundo.

ANEXO 2: VALORACION GERIATRICA GLOBAL

La Valoración Geriátrica global o evaluación geriátrica exhaustiva es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario que pretende cuantificar las capacidades y problemas médicos, psicológicos, funcionales y sociales del anciano, con el fin de elaborar un plan exhaustivo para el tratamiento y el seguimiento a largo plazo.

Los objetivos son: obtener una mayor sensibilidad diagnóstica, mejorar la selección del tratamiento, aumentar la capacidad de predicción pronóstica y mejorar los resultados objetivos de la atención del paciente. Los ancianos que más parecen beneficiarse con este enfoque son los que presentan alguna incapacidad, los cercanos a la institucionalización, los de peor nivel socioeconómico o aquellos con un soporte social más precario.

ESCALAS DE EVALUACION

Son un medio rápido y reproducible de acceder a información importante dentro de la evaluación global del anciano. Deben elegirse las escalas más adecuadas al ámbito de trabajo y al tipo de enfermos que se van a ver y sólo deben aplicarse escalas ya validadas en la literatura científica.

Datos que debe recoger la evaluación geriátrica exhaustiva

Datos biomédicos

- Diagnósticos médicos actuales y pasados, señalando su duración y estimando su impacto sobre la capacidad funcional del paciente y sobre su esperanza de vida.
- Datos nutricionales (dieta, apetito, dentadura, cambios en el peso, parámetros antropométricos y bioquímicos)
- Medicamentos utilizados, incluyendo la duración y efectos secundarios o reacciones adversas.
- Función renal (cálculo de aclaramiento de creatinina)

Datos funcionales

- Capacidad de realizar AVD básicas (alimentación, baño, vestido...)
- Capacidad de realizar AVD instrumentales (cuidado de la casa, compras, fármacos, dinero...)
- Capacidad de realizar AVD avanzadas (profesionales, culturales, lúdicas...)
- Trastornos de la marcha, caídas
- Fundación perceptiva, incluyendo audición, visual, habla

Datos mentales

- Función cognitiva, utilizando alguna prueba para la detección precoz del deterioro de la memoria y otras funciones superiores.
- Función afectiva, incluyendo búsqueda de depresión, paranoia o alucinaciones, y el tipo de personalidad.
- Capacidad de adaptación.

Datos sociales

- Capacidad de relación social, incluyendo existencia y relación de pareja, relación con la familia y amigos, existencia de algún confidente, aceptación de la ayuda
- Sistema de soporte, existencia de un cuidador primario, uso de soporte organizado, entorno social
- Medios económicos, vivienda, acceso a los servicios sociales y sanitarios
- Necesidades percibidas

Escala de valores

Incluyendo directrices para el caso de incapacidad

Resulta evidente el papel del médico de Atención Primaria en la valoración de los ancianos: el uso de las técnicas adecuadas en la atención de los pacientes mayores, tendrá una repercusión positiva inmediata en la calidad de la asistencia. En la aplicación de la evaluación geriátrica deben además colaborar necesariamente otros profesionales, especialmente de enfermería, trabajo social, psicología, fisioterapia, terapia ocupacional y nutrición.

Evaluación de la función cognitiva

Llamamos función cognitiva o cognoscitiva a la capacidad de realizar funciones intelectuales (pensar, recordar, percibir, comunicar, orientarse, calcular, comprender y resolver problemas) de forma suficiente para permitir el papel social normal del individuo. Esta función puede verse afectada por numerosas enfermedades de forma lenta y progresiva (demencia) o de forma rápida y fluctuante (delirio o cuadro confusional). La disfunción cognitiva constituye un síndrome que necesita una cuidadosa evaluación diagnóstica etiológica y una actitud terapéutica, si es posible, de las causas subyacentes.

El valor fundamental de los cuestionarios en Atención Primaria es su capacidad de detectar deterioros en su fase precoz, en la población entre la que mayor éxito puede esperarse de cualquier intervención terapéutica. El más sencillo es el de

Pfeiffer, que tiene sólo diez preguntas. También se utiliza ampliamente el Miniexamen cognoscitivo, versión Española del Mini-Mental State Exam de Folstein. Ambos son sencillos, rápidos y moderadamente sensibles en la detección del deterioro cognitivo, ninguno es capaz de detectar deterioros muy incipientes y ambos tienen ciertas limitaciones en personas de nivel cultural previo muy alto o muy escaso. La escala de la Cruz Roja es también un instrumento muy utilizado, aunque con marcado carácter intuitivo, para valorar el índice mental o cognitivo.

Cuestionario abreviado sobre el estado mental de Pfeifer

- 1.¿cuál es la fecha de hoy(día,mes y año)?
 - 2.¿qué día de la semana es hoy?
 - 3.¿cuál es el nombre de este sitio?
 - 4.¿cuál es su número de teléfono?
4..(si no tiene teléfono)¿cuáles son sus señas?
 - 5.¿qué edad tiene?
 - 6.¿dónde nació?
 - 7.¿cómo se llama el presidente de gobierno?
 - 8.¿cómo se llamaba el anterior presidente del gobierno?
 - 9.Dígame el primer apellido de su madre.
 - 10.Reste de 3 en 3 desde 20 Cada error suma un punto;5 o más puntos sugieren deterioro cognitivo.
- La puntuación máxima es de 10. (0-2 errores se interpreta como intacto); (3-4 errores se interpreta como leve deterioro intelectual); (5-7 errores se interpreta como moderado deterioro intelectual); (8-10 errores se interpreta como grave deterioro intelectual).

Escalas de Cruz Roja de incapacidad física y mental

Grados de incapacidad física

Totalmente normal

Realiza las actividades de la vida diaria. Deambula con alguna dificultad

Alguna dificultad para realizar actos diarios. Deambula con ayuda de bastón o similar.

Grave dificultad para los actos de la vida diaria. Deambula con extrema dificultad ayudado por una persona. Incontinencia ocasional.

Necesita ayuda para casi todos los actos. Deambula ayudado con extrema dificultad por dos personas. Incontinencia habitual.

Inmovilizado en cama o sillón. Incontinencia total. Necesita cuidados continuos de enfermería.

Grados de incapacidad psíquica

Totalmente normal.

Algunas “rarezas”, ligeros trastornos de desorientación en el tiempo. Se puede hablar con él “cuerdamente”.

Desorientación en el tiempo. La conversación es posible, pero no perfecta. Conoce bien a las personas aunque a veces olvide alguna cosa. Trastornos de carácter, sobre todo si se le disgusta. Incontinencia ocasional.

Desorientación. Imposible mantener una conversación lógica. Confunde las personas. Claros trastornos del humor. Hace cosas que no parecen explicables a veces o a temporadas. Frecuente incontinencia.

Desorientación. Claras alteraciones mentales que la familia o el médico han etiquetado ya de demencia. Incontinencia habitual o total.

Demencia senil total, con desconocimiento de las personas, etc, Vida vegetativa agresiva o no. Incontinencia total.

Miniexamen cognoscitivo(versión de Lobo)

Orientación

“Dígame el día.....Fecha...Mes...Estación.....año...”(5)

“Dígame dónde estamos.....Planta.....(5)

Ciudad.....Provincia.....Nación.....(5)

Fijación

“Repita estas 3 palabras:peseta-caballo-manzana”(repetirlas hasta que las aprenda).....(3)

Concentración y cálculo

“Si tiene 30 ptas.y me van dando de 3 en 3.¿Cuántas le van quedando?.....(5)

“Repita estos números :5-9-2 “(hasta que los aprenda). “Ahora hacia atrás”(3)

Memoria

“¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?”(3)

Lenguaje y construcción

Mostrar un bolígrafo “¿qué es esto?” Repetirlo con el reloj.....(2)

“Repita esta frase”: “En un trigal había cinco perros”(1)

“Una manzana y una pera son frutas ¿verdad?; ¿ qué son el rojo y el verde?¿qué son un perro y un gato?”(2)

“Coja este papel con la mano derecha,dóblelo y póngalo encima de la mesa”(3)

“Lea esto y haga lo que dice”,CIERRE LOS OJOS.....(1)

“Escriba una frase”(1)

“Copie este dibujo”:.....(1)

(un punto por cada respuesta correcta)

PUNTUACIÓN TOTAL.....(35)

El punto de corte es 23/24. Igual o menor de 23 se interpreta como fallo cognitivo.

Evaluación de la función afectiva.

La evaluación del estado afectivo del anciano es importante por la frecuencia con que se altera, y por sus efectos sobre las distintas áreas funcionales. Es fundamental buscar la presencia de síntomas depresivos o ansiosos. La evaluación afectiva encuentra problemas particulares en los ancianos, que tienden a negar sus sentimientos de depresión o ansiedad, y a presentar con mayor frecuencia molestias somáticas con base orgánica real, que se confunden con facilidad con las asociadas a estos dos problemas, y se incorporan a los efectos de determinados fármacos de uso común en estas edades. Por otro lado, es el grupo de máximo riesgo de suicidio, muchas veces en el seno de cuadros depresivos no detectados.

- **Depresión:** para poderla diagnosticar correctamente es imprescindible realizar una evaluación clínica detallada, que no puede ser sustituida por un cuestionario breve, aunque éstos son útiles en la detección y como ayuda en el diagnóstico de los estados depresivos. En Atención Primaria es especialmente útil una escala que puede ser rellenada por el propio paciente y fue desarrollada para enfermos de edad avanzada: la Geriatric Depresión Scale de Yesavage; es un buen método de screening, aunque plantea problemas con enfermos con demencia.

- **Ansiedad:** es un problema frecuente, tanto cuando se encuentra aislada como asociada a un trastorno depresivo. Existen diversas escalas para medir en grado de ansiedad, pero ninguna se ha popularizado lo suficiente como para recomendar aún su uso extenso. Debería valorarse expresamente el grado de ansiedad en cada paciente anciano.

Geriatric Depresión Scale(Yesavage), versión corta

1.¿Está satisfecho con su vida?	SI	NO
2.¿Ha renunciado a muchas actividades?	SI	NO
3.¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4.¿Se encuentra aburrido/a a menudo?	SI	NO
5.¿Tiene buen ánimo a menudo?	SI	NO
6.¿Teme que le pase algo malo?	SI	NO
7.¿Se siente feliz muchas veces?	SI	NO
8.¿Se siente abandonado/a a menudo?	SI	NO
9.¿Prefiere quedarse en casa a salir?	SI	NO
10.¿Cree tener más problemas de memoria que el resto de la gente?	SI	NO
11.¿Piensa que es maravilloso vivir?	SI	NO
12.¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	SI	NO
13.¿Se siente lleno/a de energía?	SI	NO
14.¿Siente que su situación es desesperada?	SI	NO
15.¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI	NO

PUNTUACIÓN TOTAL*

*Sumar un punto por cada respuesta marcada en negrita.

0-5 normal 6-9 depresión leve ≥ 10 depresión establecida

Evaluación de la función social.

La integración y soporte social son elementos claves en la recuperación de la enfermedad, y del mantenimiento de un anciano en la comunidad, sobre todo de los ancianos frágiles. Se ha relacionado el aislamiento social como un factor de riesgo de un incremento en la mortalidad y morbilidad. Las escalas que estudian en su totalidad la función social son complejas y extensas, y, por lo tanto, de escasa utilidad en la práctica clínica cotidiana, y ésta es la causa de que no tengan un uso tan extendido como en el resto de áreas. Es imprescindible adaptar la evaluación al ámbito de trabajo, y cada médico o equipo debe decidir por sí mismo qué datos debe recoger en la población a la que atiende. Algunos aspectos resultan de indudable interés, como son los recursos materiales de los que dispone el anciano (dinero, vivienda, condiciones de ésta), las relaciones familiares, las actividades sociales que el sujeto frecuenta y la ayuda externa que recibe. Es importante analizar también la carga que impone el cuidado del anciano sobre el núcleo familiar.

Evaluación biomédica.

Se aparta, en algunos aspectos, de la evaluación médica tradicional, y es imprescindible para poder comprender los hallazgos en el paciente, un profundo conocimiento de los cambios normales relacionados con el envejecimiento (cambios en la configuración general del cuerpo, alteraciones de la pared arterial, cambios en la respuesta de los distintos receptores, modificaciones en el sistema regulación hidroelectrolítica y el sistema inmunológico...). Así, valora el estado de cada sistema del organismo, sus déficits y capacidades potenciales y recoge, además, los medicamentos que consume habitualmente el paciente.

Evaluación de la función física.

Valora el grado de dependencia en la realización de las actividades de la vida diaria (AVD) básicas e instrumentales. La dependencia se relaciona con la mortalidad y con la necesidad de institucionalización. Las AVD básicas miden los niveles más elementales de la función física (comer, moverse, asearse, contener esfínteres); la pérdida de estas funciones se produce de forma ordenada, e inversa a su adquisición en la infancia. El índice más utilizado es el índice de Katz. En España existe una escala global de incapacidad, desarrollada en el Hospital de la Cruz Roja.

Las AVD instrumentales son actividades más complejas, que suelen implicar un mayor grado de independencia y la capacidad previa de hacer las AVD básicas. Son más útiles en la detección precoz de inicio de deterioro funcional de una persona, y por ello, son las más interesantes en la consulta de atención primaria. Una escala útil es la de Laxton y Brody.

Indice de Katz de independencia en las actividades vida diaria(Katz et al,1963)

A.Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse

B.Independiente para todas las funciones anteriores excepto una

C.Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional

D.Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional

E. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional

F.Dependiente en las seis funciones

Otros. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C,D,E o F.

(Se debe considerar que un paciente que se niega a realizar una función, no hace esa función, aunque se considere capaz).

Indice de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria(Philadelphia Geriatric Center,1969)

A.Capacidad para usar el teléfono.

1.Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números..... 1

2.Marca unos cuantos números bien conocidos..... 1

3.Contesta el teléfono, pero no marca..... 1

4.No usa el teléfono en absoluto..... 0

B.Ir de compra.

1.Realiza todas las compras necesarias con independencia..... 1

2.Compra con independencia pequeñas cosas..... 0

3.Necesita compañía para realizar cualquier compra..... 0

4.Completamente incapaz de ir de compras..... 0

C.Preparación de la comida.

1.Planea,prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia..... 1

2.Prepara las comidas adecuadas si se le dan los ingredientes..... 0

3.Clienta,sirve y prepara las comidas o las prepara pero no mantiene una dieta adecuada..... 0

4.Necesita que se le prepare y sirva la comida..... 0

D.Cuidar la casa

- 1.Cuida la casa solo o con ayuda ocasional (en trabajos duros,ayuda doméstica).....1
- 2.Realiza tareas domésticas ligeras como fregar los platos o hacer las camas.....1
- 3.Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable.....1
- 4.Necesita ayuda con todas las tareas de la casa.....0
- 5.No participa en ninguna tarea doméstica..... 0

E.Lavado de ropa

- 1.Realiza completamente el lavado de ropa personal.....1
- 2.Lava ropas pequeñas, aclara medias, etc.....1
- 3.Necesita que otro se ocupe de todo el lavado.....0

F.Medio de transporte

- 1.Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio coche.....1
- 2.Capaz de organizar su transporte utilizando taxis, pero no usa otros transportes públicos.....1
- 3.Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona.....1
- 4.Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros.....0
- 5.No viaja en absoluto.....0

G.Responsabilidad sobre la medicación

- 1.Es responsable en el uso de la medicación en las dosis correctas y a las horas correctas.....1
- 2.Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis separadas.....0
- 3.No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación.....0

H.Capacidad de utilizar el dinero

- 1.Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuestos, rellena cheques, paga recibos y facturas, va al banco),recoge y conoce sus ingresos.....1
- 2.Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos1
- 3.Incapaz de manejar dinero.....0

Puntuación (de un máximo de 8)

ANEXO 3: INTERVENCIÓN DESDE ENFERMERIA ORIENTADA AL PACIENTE GERIATRICO.

Los profesionales de enfermería desempeñan un importante papel en el cuidado de los pacientes geriátricos, considerándolo que la mayor parte de los problemas que presentan estos pacientes se ajustan a los diagnósticos de la NANDA (enfermería de la North American NURSING Diagnosis Association).

Diversas encuestas realizadas entre geriatras muestran la importancia en la atención del anciano por enfermería, sobre todo cuando se trata de asistencia domiciliaria.

En función del modelo teórico de Virginia Herdenson, se atribuyen 14 necesidades fundamentales:

Necesidades fundamentales del individuo (V. Herdenson)

Respirar.

Beber y comer.

Eliminar.

Moverse y mantener la postura adecuada.

Dormir y descansar.

Vestirse y desvestirse.

Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.

Estar limpio y aseado y tener los tegumentos protegidos.

Evitar los peligros.

Comunicarse con sus semejantes.

Actuar según sus creencias y valores.

Ocuparse para realizarse.

Recrearse

Aprender.

En ocasiones , el individuo no es capaz de satisfacer independientemente estas necesidades. Esto es debido a la aparición de dificultades que Henderson agrupa en 3 categorías.

-Dificultades de fuerza.

-Dificultades de conocimiento.

-Dificultades de voluntad.

Para Henderson la independencia conlleva la satisfacción de necesidades para el ser humano.

El rol de enfermería apunta, por tanto, a conseguir la mayor independencia del individuo para conseguir cada una de las 14 necesidades.

Manifestaciones de independencia en función de las necesidades fundamentales del individuo.

Necesidad de respirar normalmente.

Debemos obtener información acerca de :

Patrón habitual de satisfacción de esta necesidades y cambios recientes en él.

Frecuencia respiratoria (persona mayor : 15-25/ mín.) y cardiaca.: cifras y constantes, así como si se mantiene durante la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

TA: cifras, regulación y mantenimiento.

Coloración rosada de piel y mucosas.

Reflejo de tos: positivo.

Mucosidades : características y facilidad para su liberación.

Circunstancias que influyen en la respiración.: Ausencia o presencia de hábitos, problemas, medicación, tabaquismo, disnea, fatiga, oxigenoterapia, aerosolterapia, inhaladores

Recursos que conoce y utiliza para facilitar su oxigenación.

Dificultad observada o expresada para satisfacer esta necesidad y la fuente de la dificultad.

Necesidad de comer y beber adecuadamente.

Se debe obtener información acerca de :

Condiciones de la boca : Dientes blancos, alineados y en número suficiente, prótesis dental en buen estado, mucosa bucal rosa y húmeda, lengua rosada, encías rosadas y adheridas a los dientes.

Capacidad para masticar, tragar y beber.

Ingesta de líquido/ día: 1000-1500 cc.

Capacidad para comprar y preparar la comida.

Digestión lenta (4 horas), sin malestar.

Hábitos alimentarios: 3 comidas al día, cada 4-5 horas; 30-45 mín/ comida.

Necesidad de eliminar por todas las vías corporales.

Se obtendrá información acerca de :

Orina: Color (paja, ambar , transparente); Olor / aromática débil); Ph entre 4'5 y 7'5; Densidad entre 1,010 y 1,025 Sg/cm³, cantidad entre 1200-1400 ml/ día; Frecuencia entre 6 y 8 veces/ día.

Heces: coloración (marrón); olor (difiere entre personas); consistencia (blanda y dura); frecuencia 1 vez/ 1-2 días.

Sudor: cantidad mínima, olor variable.

Aire expirado: evaporación de Agua a través de la espiración.

Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas

Se debe obtener información acerca de:

Movimientos, si realiza con normalidad las actividades de la vida diaria.

Recursos que conoce y utiliza para facilitar su comodidad y movimientos.

TA: 140-150 a 60-80 mmHg.

Pulsaciones: 70-75 latidos/mínuto.

Si mantiene una buena postura corporal ante las diversas situaciones de la vida.

Necesidad de dormir y descansar.

Se obtendrá información acerca de:

Hábitos de sueño: 6-8 horas diarias, reparador, sin pesadillas ni interrupciones habituales.

Circunstancias que influyen en su descanso: ausencia o presencia de hábitos, problemas, medicación, insomnio, somnolencia diurna, si presenta sueroterapia, sondas.....

Necesidad de usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse:

Aspecto que presenta en cuanto adecuación, comodidad, limpieza de ropas, calzado y complementos.

Exigencias de intimidad.

Capacidades físicas para vestirse y desvestirse.

Talla y peso.

Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.

Obtendremos información acerca de :

Temperatura corporal entre 35-37 °C.

Si tiene sensación de uniformidad de la temperatura corporal.

Temperatura ambiental entre 18-25°C.

Si experimenta sensación de calor/frío de acuerdo con los cambios de la temperatura corporal.

Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.

Se obtendrá información acerca de :

Hábitos higiénicos: frecuencia, modalidad, útiles de preferencia.

Estado de limpieza de: piel, uñas, cabello, boca, dentadura, prótesis....

Recursos que conoce y utiliza para mantener una piel limpia y en buen estado.

Necesidad de evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas.

Se obtendrá información acerca de :

Seguridad física: prevención de accidentes, enfermedades, infecciones y agresiones al medio.

Seguridad psicológica: reposo, relajación y control de las emociones.

Seguridad sociológica: salubridad del medio, calidad y humedad del aire, temperatura ambiente.

Orientación temporo-espacial.

Necesidad de comunicarse con los demás, expresando emociones.

Se obtendrá información acerca de:

Si entiende y se hace entender.

Factores biológicos: funcionamiento adecuado de los órganos de los sentidos.

Factores psicológicos: facilidad de expresión de sus necesidades, ideas, opiniones y emociones.

Factores sociológicos: pertenencia a grupo, relaciones armónicas en la familia, trabajo y emociones.

Si es capaz de expresar y vivir su sexualidad.

Necesidad de vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores.

Se obtendrá información (siempre con empatía y sensibilidad) acerca de:

Su filosofía de vida.

Si encuentra sentido a la vida.

Su actitud ante la muerte.

La importancia de la religiosidad/espiritualidad en su vida.

La creencia y valores relacionados con la salud y enfermedad.

Necesidad de ocupación y ocio para autorrealizarse.

Se obtendrá información acerca de sus características:

Biológicas: funciones biológicas óptimas.

Psicológicas: manifestaciones de sentimientos, correcta autocrítica, autoestima y autoimagen.

Si lleva a cabo actividades de ocio según sus gustos (deportes, lectura, bricolaje...).

Tiempo que dedica a estas actividades.

Necesidad de aprendizaje

Se obtendrá información acerca de:

Su deseo e interés por aprender.

Recursos educativos de su entorno socio sanitario.

Adquisición de habilidades para el mantenimiento de su salud.

OTROS RECURSOS

Una vez realizada la valoración del anciano, el tipo de atención se ofertará, en principio, en el domicilio considerando que según la evolución y circunstancias del paciente, existe la posibilidad de derivación a otros servicios.

Es importante conocer los recursos existentes en el entorno para poderlos ofrecer, hay que conocer la realidad de lo que se tiene en cuanto a :

Ayuda domiciliaria.

Residencias de corta estancia.

Hospital de día (rehabilitación, tratamiento etc.).

Camas de crónicos.

Comida sobre ruedas.

Alojamiento compartido.

Vela nocturna y/o arropamiento etc.

Sobre este tema es primordial la relación constante entre los asistentes sociales y el personal de enfermería.

Determinar el objetivo básico que pretendemos en un primer contacto es primordial. Siempre debemos ofertar contenido a 3 niveles: asistenciales, de apoyo familiar y educativos.



ANCIANO FRAGIL

DIAGNOSTICO/SEGUIMIENTO

Anciano Frágil es aquél que presenta uno o más de los siguientes factores:

Mayor de 80 años.

Vive solo

Pérdida reciente de su pareja (menos de 1 año).

Patología crónica invalidante, fundamentalmente: ACV, cardiopatía isquémica, enfermedad de Parkinson, O.C.F.A., Artrosis o enfermedad osteoarticular avanzada y déficit auditivo o visual importantes.

Caídas

Polifarmacia.

Ingreso hospitalario en el último año

Demencia u otro deterioro cognitivo o depresión.

Deficiencia económica.

Insuficiente soporte social.

La valoración geriátrica global (VGG) plantea unos objetivos mediante el estudio de unas áreas específicas:

Identificar la población anciana de riesgo

Medicina preventiva sobre dicha población

Sensibilidad diagnóstica en las áreas de deficiencia

Optimizar la eficiencia en el tratamiento

Fomentar la independencia

Ubicar al paciente en el contexto médico-social más favorable

Documentar la historia clínica

Las áreas que abarca la Valoración Global del Anciano (VGG), son las siguientes:

Area Biomédica. Se valorarán especialmente los problemas médicos que planteen el paciente, así como los cambios fisiológicos específicos que se plantean a edades avanzadas. También se considerarán las características formas especiales de manifestarse las enfermedades en el anciano, a diferencia del sujeto adulto que se encuentra en la madurez. También se considerarán los efectos de los fármacos

en esta población, que se ven condicionados por la edad, sin olvidar que frecuentemente estamos hablando de una población polimeditada.

Area funcional. Se valora la capacidad de realizar actividades básicas e instrumentales en su vida diaria.

Area mental. Valorando fundamentalmente su función afectiva y cognitiva.

Area Social. Se valoran los recursos y las necesidades sociales, así como la situación económica, la vivienda y el acceso a servicios sanitarios.

Los beneficios obtenidos como resultado de la utilización de la Evaluación Geriátrica, son los siguientes:

Mayor precisión diagnóstica

Disminuye el número de hospitalizaciones por procesos agudos

Reduce el número de ancianos institucionalizados

Mejora las decisiones sobre la ubicación óptima del paciente

Mejora el estado funcional

Mejora la situación cognitiva y afectiva

Disminuye el número de prescripciones medicamentosas y de reacciones adversas

Disminución del coste asistencial

Aumento de la supervivencia.

Como contrapartida, se incrementa la utilización de servicios de atención domiciliaria.

Existen modificaciones en la farmacocinetica y las reacciones adversas a los medicamentos pueden ser mas frecuentes en la edad geriátrica

Como síndromes geriátricos específicos se incluyen:

Deterioro intelectual: Delirio, depresión y demencia

Incontinencia urinaria

Inestabilidad y caídas

Alteración de la movilidad


Malnutrición

Ulceras por presión

Es necesario conocer que en muchas ocasiones distintas enfermedades se pueden presentar de forma atípica en los ancianos (Ver Guía)

DERIVACIÓN/INTERCONSULTA

Se realizará cuando se necesiten recursos médicos (diagnósticos o terapéuticos) y



sociales que no puedan ser manejados o utilizados en el contexto de la Atención Primaria. Estará en función de las circunstancias de cada caso. Los criterios de derivación ante los problemas más habituales se describen en la Guía

TRATAMIENTO

El tratamiento del Anciano Frágil es pluridisciplinar. Se tendrán que movilizar recursos médicos y sociales, así como facilitar a la persona de edad de un adecuado soporte afectivo y emocional. De nada sirve un excelente diagnóstico y un acertado tratamiento médico si luego, por ejemplo, el paciente no disfruta de una capacidad funcional adecuada, vive en soledad y no se toma la medicación.

