

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de medicina
Hospital Regional Universitario José María Cabral y Báez
Residencia de Geriátría

Prevalencia de Síndromes Geriátricos en Pacientes evaluados en una consulta privada,
Distrito Nacional, junio – octubre 2013.

Tesis de post grado para optar por el título de especialista en:

MEDICO GERIATRA



Sustentante:

Dra. Ana Digna Acosta Ángeles

Asesores:

Dra. Claridania Rodríguez (Metodológico)

Dra. Rose Nina (Clínico)

Los conceptos emitidos en la presente tesis de post grado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante del mismo.

Distrito Nacional: 2015

INDICE

Agradecimiento	
Dedicatoria	
Resumen	
Abstract	
	Pág.
I. Introducción	-
II. Planteamiento del problema	01
III. Objetivos	-
III.1. Generales	03
III.2. Específicos.....	03
IV. Marco teórico.....	-
IV.1 Historia	05
IV.2 Definición.....	07
IV.3 Etiología de los síndromes geriátricos	10
IV.4 Consecuencias de los síndromes geriátricos	10
IV.5 Actuación general ante los síndromes geriátricos	11
IV.6 Abordaje	-
IV.6.1. Valoración geriátrica integral	12
IV.6.2. Propósitos de la valoración geriátrica	13
IV.6.3. Instrumentos de valoración.....	-
IV.6.3.1. Índice de Barthel.....	13
IV.6.3.2. Escala de la Cruz Roja de Madrid	14
IV.6.3.3. Mini Nutritional Assessment.....	14
IV.6.3.4. Escala de depresión de Yesavage	15
IV.6.3.5. Confusional Assessment Method (CAM)	15
IV.7 Clasificación	-
IV.7.1. Riesgo de caídas	15
IV.7.2. Nutrición	17
IV.7.3. Incontinencia fecal.....	18
IV.7.4. Depresión	19
IV.7.5. Incontinencia urinaria.....	21

IV.7.6. Estreñimiento.....	24
IV.7.7. Presbicia y alteraciones oculares	26
IV.7.8.Hipoacusia	26
IV.7.9. Demencia	28
IV.7.10. Síndrome Confusional	31
IV.7.11. Trastornos funcionales	32
IV.7.12. Inmovilismo.....	34
IV.7.13. Úlcera por presión	35
IV.7.14. Latrogenia / polifarmacia	35
IV.7.15. Trastorno del sueño.....	36
IV.7.16. Síndrome del cuidador.....	39
IV.7.17. Síndrome de fragilidad.....	41
V. Hipótesis.....	44
VI. Material y método	-
VI.1. Tipo de estudio	45
VI.2. Área de Estudio	45
VI.3. Universo	46
VI.4. Muestra.....	46
VI.5. Criterios de inclusión	46
VI.6. Criterios de exclusión	46
VI.7. Instrumento de recolección de datos	46
VI.8. Procedimiento.....	47
VI.9. Tabulación	47
VI.10. Criterios éticos.....	47
VII. Operacionalización de las variables	48
VIII. Resultados.....	-
VIII.1. Tabla 1. Prevalencia de síndromes geriátricos.....	51
VIII.2. Tabla2.Edad	52
VIII.3. Tabla3. Estado Civil.....	53
VIII.4. Tabla 4. Procedencia.....	54
VIII.5. Tabla 5. De acuerdo a su cuidador.....	55
VIII.6. Tabla 6. Síndromes Geriátricos	56
VIII.7. Tabla 7. Diagnósticos	59

VIII.8. Tabla 8. Medicamentos	61
VIII.9. Tabla 9. Escala Mental de la Cruz Roja.....	63
VIII.10. Tabla 10. Escala Física de la Cruz Roja.....	64
VIII.11. Tabla 11. Índice de Barthel.....	65
VIII.12. Tabla 12. Índice de Nutrición	66
VIII.13. Tabla 13. Índice de Norton	67
IX. Discusión	68
X. Conclusión.....	70
XI. Recomendaciones.....	72
XII. Referencias	73
XIII. Anexo	-
XIII.1. Cronograma.....	76
XIII.2. Instrumento de recolección de la información	-
XIII.2.1. Formulario Consulta Privada	77
XIII.2.2. Consentimiento Informado para Inv. Post-grado	78
XIII.2.3. Formulario EMCR / EFCR	79
XIII.2.4. Formulario CAM – ICU	80
XIII.2.5. Formulario NORTON	81
XIII.2.6. Formulario INDICE BARTHEL.....	82
XIII.2.7. Formulario MINI NUTRICIONAL ASSEMENT	83
XII.2.8. Formulario ESCALA DE SARIT	84
XIII.3. Costos y recursos	86
XIII.4. Evaluación	87

AGRADECIMIENTO

Al culminar este gran proyecto, agradezco primero a Dios, porque definitivamente sin el nada es posible, de igual forma a cada una de las personas que han sido parte de este proceso de aprendizaje, a todos los que han sido puerta de bendición en mi camino. Hoy se cosechan los frutos de tanto esfuerzo.

Inicio por reconocer mi agradecimiento a la Clínica Abreu y todo su personal por el apoyo brindado, muy en especial a: **Dr. MANUEL GARCIA SUGRAÑES; Dr. LUIS ROJAS; Dr. ROBERTO RAVELO; Dr. JACINTO MAÑÓN; Dr. MANUEL TRONCOSO, y Dr. JOSE LUIS ABREU**, ellos fueron la fuente de inspiración para lograr mis objetivos, a ellos la gran honra por su apoyo desde los primeros momentos de mi decisión hasta éste que es, el disfrute de todo el esfuerzo.

Una mención especial al **Dr. GUILLERMO ALFAU**, quien se mantuvo desde el primer momento con la seguridad de que si era posible lograrlo y quien además fue como libro de consulta en mis momentos de apuros.

Hago una mención a mi hermano **JOSE ANTONIO ACOSTA** y a mi hija **AMALY ABREU** por su dedicación y cariño para que pueda lograr con éxito esta meta. Así como al **DR. FABIAN CRUZ** por el apoyo incondicional en todo momento.

DEDICATORIA

A Dios porque me ha dado la oportunidad de concluir esta especialidad y de adquirir nuevos conocimientos dentro del campo de la medicina.

A mi madre Liria Mercedes Ángeles, ya que sin su apoyo no hubiera sido posible haber alcanzado este nivel académico.

A mis hijos Amaly y Jaime por su colaboración, comprensión y apoyo durante todo este proceso.

A mis hermanos, porque la familia es el motor que nos impulsa a ser mejores cada día.

Ana Digna Acosta Ángeles

RESUMEN

Determinar la prevalencia de los síndromes geriátricos en los ancianos evaluados en una consulta privada, conocer cuáles son los más frecuentes y la distribución en los diferentes grupos etéreo. Métodos: se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo de cohorte transversal, que incluyo a 96 pacientes ancianos evaluados en una consulta privada de geriatría en el periodo Junio-Octubre 2013. Los datos se obtuvieron mediante un formulario, el cuál fue llenado a partir de la revisión de los pacientes evaluados que visitaron la consulta privada de geriatría. Resultados: se encontró que la mayoría de los ancianos evaluados tenían más de 85 años, 32.64 por ciento era de sexo femenino y 8.64 por ciento de sexo masculino. El 52.8 por ciento presentó al menos un síndrome geriátrico, el más frecuente encontrado en el sexo femenino fue la polifarmacia con un 30.72 por ciento y el sexo masculino con un 22.08 por ciento, seguido del riesgo de caída en el sexo femenino con 26.88 por ciento y en el sexo masculino con un 9.6 por ciento.

En cuanto estado civil el 30.72 por ciento era casado, 78.72 por ciento procedente de zona urbana, 25.92 por ciento vivía con sus hijos. El diagnostico más frecuente de la evaluación fue la hipertensión con 75.84 por ciento y 73.92 por ciento usaba anti-hipertensivo previamente. Según el índice de Barthel, 27.84 de los ancianos era totalmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria. La prevalencia de síndromes geriátricos en nuestro medio es alta, su frecuencia es mayor conforme avanza la edad. Conocer la prevalencia de estas afecciones en nuestro medio permite conocer las características de nuestra población y planear soluciones para necesidades futuras.

Palabras clave: síndromes geriátricos, ancianos, prevalencia.

ABSTRACT

To determine the prevalence of geriatric syndromes in elderly evaluated in a private practice, know what are the most frequent and distribution in the various ethereal groups. A retrospective, descriptive study cohort, who included 96 elderly patients evaluated in private practice geriatrics in the period from June to October 2013. Data were collected using a form, which was filled was made from review of the evaluated patients who visited the private practice of geriatrics. Results: We found that most of the assessed elderly had more than 85 years, 32.64 percent were female and 8.64 percent of men. 52.8 percent had at least a geriatric syndrome; the most common found in females was polypharmacy with 30.72 percent and the male with 22.08 percent, followed by the risk of falling in women with 26.88 per percent and in males with 9.6 percent.

Marital status as the 30.72 percent were married, 78.72 percent from urban areas, and 25.92 percent lived with their children. The most frequent diagnosis was hypertension evaluation with 75.84 percent and 73.92 percent previously used anti-hypertensive. According to the Barthel index, 27.84 for the elderly were totally dependent for activities of daily living. The prevalence of geriatric syndromes in our country is high; its frequency is higher with increasing age. The prevalence of these conditions in our country can know the characteristics of our population and planning solutions for future needs.

Keywords: geriatric syndromes, elderly, prevalence.

I. INTRODUCCION

Los síndromes geriátricos son enfermedades casi propias o específicas de los adultos mayores; pueden ser mucho más frecuentes en ellos que en cualquier otro grupo de población o pueden ser frecuentes a cualquier edad, pero con características específicas en su evolución, diagnóstico y tratamiento en los adultos mayores.

Los cambios en el funcionamiento de los diferentes órganos y sistemas asociados al envejecimiento simplifican la respuesta del cuerpo humano a diferentes agentes agresores, por lo que múltiples patologías suelen manifestarse de forma similar.

Es indispensable que el médico cuente con los conocimientos básicos de estos cambios asociados al proceso de envejecimiento para que puedan detectar y manejar de forma oportuna las enfermedades en los adultos mayores, asegurando así una atención eficiente y de calidad.

Los adultos mayores suelen presentar manifestaciones atípicas de enfermedades que también afectan a poblaciones más jóvenes, lo que dificulta su diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado, muchas veces no tienen los síntomas típicos de cada enfermedad (entendiéndose como típicos aquellos que se dan en adultos jóvenes o de mediana edad).

En los mayores aparecen con más frecuencia síntomas inespecíficos, que no indican claramente de qué enfermedad se trata, pero que dicen que la persona mayor está enferma.

Muchas veces, en lugar de fiebre o dolor, lo que se advierte es un cambio en la conducta o una pérdida de la capacidad de valerse por sí mismo. La persona se encuentra mal, pero sus síntomas no orientan bien al médico sobre dónde está el problema.

Cuando el problema aparece de forma rápida, suele buscarse ayuda. Sin embargo, en ocasiones aparece de forma lenta, y el mayor enfermo o su familia pueden pensar que se trata de la edad (especialmente si es mayor de 80 años) y no de una enfermedad que quizás pueda mejorarse o curarse.

Las formas atípicas de presentación de las enfermedades en las personas mayores aparecen muchas veces como una disminución en la capacidad funcional de la persona. La pérdida de la capacidad funcional va ligada a la pérdida de independencia. Otras presentaciones de muchas enfermedades pueden ser las caídas, la depresión, la confusión, la incontinencia de esfínteres, la desnutrición o la dificultad para caminar.

Los síndromes geriátricos y las presentaciones atípicas de la enfermedad crean muchos problemas a los mayores, a sus familias y a sus médicos. Casi siempre provocan al final la temida pérdida de independencia. Sin embargo, la pérdida de función no se correlaciona con el órgano enfermo.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

La calidad de vida adecuada en la población anciana, es uno de los problemas más graves y urgentes con que se enfrentan los sistemas de salud y de seguridad social en el mundo. El incremento es cada vez más frecuente en el número de personas que arriban a los 60 años y con ello aumenta la presencia del síndrome geriátrico.

Después de los 60 años se dobla la frecuencia de algún tipo de incapacidad y a partir de los 80 esa cifra se triplica. Esto permite considerar la incapacidad física, mental y social, una de las grandes epidemias que se debe enfrentar en el planeta en los próximos años, sabiendo como tal que los pacientes geriátricos han sido inadecuadamente tratados y con frecuencia continúan recibiendo una atención insuficiente, si es que reciben alguna y peor aún siendo sus problemas y patologías diagnosticadas.

Los síndromes geriátricos son situaciones de enfermedad expresadas por un conjunto de síntomas. Son en definitiva, un conjunto de cuadros originados por la concurrencia de una serie de enfermedades que tienen su expresión a través de cuadros patológicos no encuadrados en las enfermedades habituales pueden ser causa o efecto de distintas afecciones, frecuentemente se correlacionan entre sí, y tienen grandes repercusiones en la morbilidad y mortalidad del anciano.

Según la publicación de la OMS, «Aspecto de La Salud Pública en los ancianos y en la población», como mejor se mide la salud en los ancianos es en términos de función, así que, un menoscabo funcional no se debe de contemplar como una cuestión aislada y como un acompañante inevitable de la vejez. El hecho de que un 40 por ciento de los mayores de 80 años sean funcionalmente robustos, significa que elevada edad y deterioro funcional, no son sinónimos.

La presencia de cada síndrome geriátrico, traduce tanto el estado actual del paciente como el potencial pronóstico, por lo cual se exige una cuidadora, valorando el significado y etiología para realizar un correcto tratamiento, sea cuál sea la edad del paciente.

III. OBJETIVOS DEL TEMA DE INVESTIGACION

General

Determinar cuál fue la prevalencia de los síndromes geriátricos en pacientes evaluados en una consulta privada de Geriatria en el período Junio –Octubre 2013

Específicos

Mencionar los aspectos socio-demográfico (edades, sexos, estado civil, procedencia) de los pacientes evaluados en una consulta privada de Geriatria en el período junio – octubre 2013

Categorizar el sexo más afectado por los síndromes geriátricos, en los pacientes evaluados en una consulta privada de Geriatria en el período Junio – Octubre 2013

Analizar la edad más afectada por los síndromes geriátricos en los pacientes evaluados en una consulta privada de Geriatria en el período Junio – Octubre 2013

Justificar la capacidad funcional de los pacientes evaluados en una consulta privada de Geriatria en el período Junio – Octubre 2013

Interpretar los síndromes geriátricos más comunes en pacientes evaluados en una consulta privada de Geriatria en el período Junio – Octubre 2013

Examinar los grupos de fármacos más usados por estos pacientes; evaluados en una consulta privada de Geriatria en el período Junio –Octubre 2013

Especificar los diagnósticos más frecuentes al momento de su evaluación en una consulta privada de Geriátría en el período Junio –Octubre 2013

Enumerar que cantidad de pacientes tenía cuidador al momento de su evaluación en una consulta privada de Geriátría en el período Junio –Octubre 2013

Demostrar si el cuidador o el familiar del paciente presentaron Síndrome del cuidador aplicando la escala de Zarit

IV. MARCO TEORICO DE LA INVESTIGACION

IV.1. Historia

La mayoría de los conceptos básicos que dan origen a la Geriatria se desarrollan en el Reino Unido durante la segunda mitad del siglo XX. A partir de la Segunda Guerra Mundial se manifiesta un grupo de médicos que proponen una asistencia sanitaria para los ancianos de la misma calidad que para los adultos más jóvenes. En aquellos años existía la idea entre los profesionales sanitarios de que la vejez y la enfermedad eran conceptos sinónimos y de que no había expectativas preventivas ni terapéuticas para los ancianos enfermos. Como consecuencia de ello, se producía un inadecuado manejo de sus patologías agudas y muchos problemas se veían cronificados. Antes o después aparecían complicaciones que se atribuían equivocadamente a la propia edad de los pacientes, en lugar de una falta del tratamiento adecuado en el momento oportuno.¹

El término de geriatria se incorpora a la terminología médica hacia el año 1909, fecha en la que I. L. Nascher publica en el *New York Medical Journal* un artículo titulado: «*Geriatrics: The diseases of the old age and their treatments*», solicitando una medicina específica y distinta de la tradicional para la mejor atención de los pacientes ancianos. La medicina geriátrica moderna surge en Gran Bretaña en torno a 1935, de la mano de la doctora Marjory Warren, cuando fue destinada al West Midd- Lessex Hospital encargándose de la asistencia del adyacente hospital-asilo de los pobres a los que diagnosticó, evaluó y rehabilitó como pudo, logrando metas no sospechadas que no pasaron inadvertidas por sus colegas.⁹

La doctora Warren en una de sus publicaciones, en 1946, sobre ancianos y pacientes crónicos incapacitados decía: «No hay duda en absoluto que estos pacientes han sido inadecuadamente tratados en el pasado y con frecuencia continúan recibiendo una atención insuficiente y escasa, si es que reciben alguna, en una atmósfera que pierde la comprensión con su edad y condición. La profesión médica, habiendo tenido éxito en la prolongación de la

vida del hombre, no debe seguir fallando en asumir su responsabilidad con el anciano enfermo o que se vuelve débil. Se necesita urgentemente, un cambio en la actitud del cuidado y tratamiento de los enfermos crónicos». Algunas ideas, hoy consideradas obvias, en su época fueron revolucionarias, tales como que la vejez no es una enfermedad, que es esencial hacer diagnósticos concretos en los ancianos, y que el reposo prolongado en la cama puede ser peligroso.⁹

Bernard Isaacs, del Hospital *Royal Infirmary* de Glasgow, publica en 1969, un importante trabajo comparativo en el que describe que los factores médicos que caracterizan a los pacientes geriátricos son la mayor frecuencia de una serie de problemas a los que denominó «síntomas» y que eran los ictus, las caídas, la pérdida de la deambulación, la incontinencia y las alteraciones mentales. Ésta es, probablemente, la primera descripción científica de lo que conocemos hoy como síndromes geriátricos. Unos años más tarde, el mismo autor hace ya una exposición más refinada y teórica del tema describiendo a los que llama los 4 «gigantes de la Geriatría» y que considera el campo de acción de la especialidad, como son: la inmovilidad, la inestabilidad, la incontinencia y el deterioro intelectual. El término de manejo inadecuado en la asistencia de los ancianos incluye aspectos diagnósticos y terapéuticos, y según Salomón (1988) se produce cuando en el paciente anciano concurre algunas de las siguientes circunstancias:

- Diagnóstico médico incompleto.
- Sobre prescripción de medicamentos.
- Infrautilización de la rehabilitación.
- Institucionalización inadecuada.
- Pobre coordinación entre servicios que imposibilitan la continuidad de cuidados.

Por lo tanto, la medicina geriátrica poseerá características que aseguren: el diagnóstico médico completo (valoración geriátrica integral), coordinación mediante niveles asistenciales que garanticen la continuidad de cuidados, así

como la supervisión de los ancianos institucionalizados. Esta metodología de trabajo, ofrece un tratamiento al paciente anciano que se ajuste a sus necesidades en función de la fase del proceso patológico que presenta.⁹

IV.2. Definición

El Anciano es un individuo en el que existe un deterioro de la reserva homeostática de cada sistema orgánico, con un déficit gradual desde el punto de vista físico, psicológico, sexual y consecuentemente con detrimento en el aporte económico. El criterio de edad es una definición que ha cambiado con el tiempo, no sólo por los cambios en la esperanza de vida sino también por la evolución que ha tenido la sociedad en todos los niveles.⁶

El envejecimiento es un proceso intrínseco, progresivo y universal, condicionado por factores raciales, hereditarios, ambientales, higiénico-dietéticos y sanitarios. Es multifactorial, multiforme y asincrónico, no sigue una ley única, lo que se traduce en una lentitud e incluso imposibilidad de adaptarse a situaciones de restricción o sobrecarga biológicas, físicas, psicológicas, ambientales y sociales.⁷

El envejecimiento es una disminución de ciertas capacidades funcionales del individuo, que le dificultan o le impiden superar retos de origen internos o externos. De acuerdo a esta definición, el envejecimiento es la consecuencia de dos procesos asociados pero no idénticos: la pérdida de la funcionalidad y la pérdida de adaptabilidad o resistencia frente al estrés. El envejecimiento poblacional abre grandes retos en las sociedades que acogen a los ancianos, si el envejecimiento es la consecuencia de los grandes logros sociales y sanitarios en los países envejecidos.⁷

Con relativa frecuencia los ancianos tienden a manifestar síntomas inespecíficos y no necesariamente el cuadro típico de la enfermedad concreta. Presentan enfermedades con signos y síntomas diferentes a como lo hacen los jóvenes (por ej., Parkinson como caídas y no tener temblor). (Harrison 2001)

Esta forma de presentación atípica de las enfermedades en los ancianos, es la responsable de los denominados síndromes geriátricos, sin caer en el error de considerar a éstos única y exclusivamente como una manifestación atípica de una enfermedad, sino que deben ser considerados en algunos casos como entidades nosológicas específicas con alta frecuencia de presentación en los ancianos, siendo incluidos dentro de las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento de la medicina geriátrica. Estos síndromes pueden generar mayor morbilidad y consecuencias, en ocasiones más graves que la propia enfermedad que los produce (ejemplo síndrome de inmovilidad generado por un ACV [accidente cerebro vascular], sin una buena prevención de las úlceras de decúbito éstas pueden aparecer y generar más problemas).

Sólo un estrecho conocimiento de estos patrones de presentación atípicos, pero típicos en los ancianos, en la manera de enfermar nos conducirá a un correcto diagnóstico. Su detección sistemática en forma de quejas o problemas debe ser incluida en la anamnesis de la historia clínica del anciano sano (prevención) o del enfermo (tratamiento) ⁶

Los síndromes geriátricos han sido definidos como «un conjunto de cuadros originados por la conjunción de una serie de enfermedades que alcanzan una enorme prevalencia en el anciano y que son frecuente origen de incapacidad funcional o social». La Comisión Nacional de la Especialidad de Geriátrica los define como síndromes a los que se llega como consecuencia de enfermedades de alta prevalencia en los ancianos, a veces con manifestaciones atípicas o inadecuadamente controladas y en avanzado estado de evolución y que conllevan una notable pérdida de la autonomía personal y de la calidad de vida, asociándose frecuentemente a problemas sociales.¹

Los síndromes geriátricos son magníficamente definidos por Kane, en 1989, en su libro *Essentials of Clinical Geriatrics* como problemas geriátricos,

permitiendo a través de una regla nemotécnica su memorización por medio de la regla de las «ies»:

Inmovilidad, inestabilidad y caídas, incontinencia urinaria y fecal, demencia y síndrome Confusional agudo, infecciones, Inanición/desnutrición, alteraciones en vista y oído, estreñimiento, Impactación fecal, depresión/insomnio, iatrogenia, inmunodeficiencias e impotencia o alteraciones sexuales.^{6, 9}

Los síndromes geriátricos comparten entre sí una serie de características que les son comunes. Son las siguientes:

En primer lugar, su elevada frecuencia. Su incidencia y prevalencia son elevadas entre la población mayor de 65 años en general, claramente mayor que entre los adultos más jóvenes. Pero aumenta aún más si consideramos determinados grupos, como son los mayores de 80 años o las personas hospitalizadas o residentes en instituciones.

En segundo lugar tienen en común su carácter sindrómico: cada uno de ellos constituye una forma de presentación (conjunto de síntomas y signos) de diferentes procesos causales. Casi cualquier enfermedad puede presentarse en el anciano como uno de estos síndromes. Por ello, el abordaje de estos problemas permite llegar al diagnóstico de enfermedades no conocidas previamente.

Una vez que aparecen, todos ellos generan un importante deterioro en la calidad de vida de las personas que los padecen y a menudo generan o incrementan la dependencia de otras personas. Su aparición aumenta las necesidades de asistencia sanitaria y de apoyo social e incluso favorece el aislamiento social y la institucionalización del anciano. En muchos casos su aparición es prevenible y cuando son bien estudiados y diagnosticados son susceptibles de tratamiento prácticamente siempre.

Su abordaje diagnóstico y terapéutico requiere de los principales instrumentos de la Geriátrica: la valoración integral, el trabajo en equipo interdisciplinario y el correcto uso de los niveles asistenciales, desde la hospitalización de agudos hasta la atención domiciliaria.¹

IV.3. Etiología de los síndromes geriátricos

Existe un número importante de procesos, circunstancias y fármacos que actúan como causas potenciales de varios de los síndromes. De manera que en ocasiones la etiología de un síndrome geriátrico es múltiple pero en otras, una misma causa puede provocar diferentes síndromes.

Esta situación de etiología multifactorial ocurre con frecuencia en muchos problemas clínicos del anciano. Un ejemplo de la segunda situación (la de una sola causa para consecuencias múltiples), sería el de una paciente en la que una fractura de cadera provoca una caída, inmovilidad secundaria y un síndrome Confusional durante el ingreso hospitalario para la intervención quirúrgica. También puede ocurrir que la presencia de un síndrome geriátrico sea un factor causal para la aparición de otro diferente.

Otra vía frecuente de producción es la conocida como «la cascada de la incapacidad y la dependencia» que consiste en que una vez que aparece un problema de salud o funcional su sola presencia puede generar otro, y éste otro más y así sucesivamente, desencadenando un fenómeno en cascada que va deteriorando progresivamente la situación del anciano.

IV.4. Consecuencias de los síndromes geriátricos

La aparición de problemas con los síndromes geriátricos no termina con la presencia de éstos. Por el contrario, como hemos dicho anteriormente, cada síndrome geriátrico genera nuevos problemas de salud y sociales, comparten, además, la condición de provocar una merma en la calidad de vida del anciano pues se trata de problemas tan importantes como ansiedad, depresión,

aislamiento social, necesidad de ayuda de otras personas o institucionalización (ingreso en residencias de ancianos).

Muchas de las consecuencias provocadas por los diferentes síndromes geriátricos se encuentran también entre las causas generadoras de éstos, por lo que la situación creada puede adquirir la dinámica de un círculo vicioso que se auto perpetúa, provocando un progresivo deterioro en la situación del anciano.

IV.5. Actuación general ante los síndromes geriátricos

Las posibilidades de actuación de los profesionales sanitarios en los pacientes que presentan grandes síndromes geriátricos comprenden varios pasos en los que es posible una intervención eficaz:

En primer lugar, el planteamiento más eficaz es la prevención primaria. Si se previene con éxito su aparición se evitarán tanto las consecuencias como la entrada en el círculo vicioso que auto perpetúa y magnifica los problemas. En segundo lugar, una vez que está presente un síndrome geriátrico, el siguiente reto es su detección. Con frecuencia el conocimiento de su presencia es tardío, cuando el problema está ya evolucionado. Los motivos para que esto ocurra son varios. Por un lado, los ancianos no suelen referir los síndromes geriátricos como problemas de salud, bien porque no los consideran como tales («son cosas de la edad») o porque su expresión suscita vergüenza o reparo (típicamente en el caso de la incontinencia). Por otro lado, la historia clínica clásica no es suficiente para percibir muchos de estos problemas y es preciso aplicar una valoración integral para detectarlos.

Una vez que se ha detectado la presencia de un síndrome geriátrico es necesario realizar un diagnóstico etiológico. Siempre existe una o varias causas subyacentes, como hemos visto. Si no se tratan y corrigen estas causas se pierde la posibilidad de un tratamiento curativo, se mantiene el riesgo del problema que han provocado, y sigue existiendo una alta

probabilidad de que se presenten otros síndromes diferentes y asociados de nueva aparición.

En la mayoría de los casos de síndromes geriátricos, además del tratamiento etiológico va a ser preciso el tratamiento fisiopatológico y funcional del problema con el fin de recuperar el nivel de función previo.

La prevención terciaria, una vez que ya ha aparecido y ha sido detectado un síndrome geriátrico, tiene por objeto reducir al mínimo sus complicaciones. Por ejemplo, si una paciente padece una caída con fractura de cadera, la correcta práctica clínica consiste en la reducción del tiempo de inmovilidad mediante una corrección quirúrgica temprana, el tratamiento de fisioterapia para la de ambulación precoz, la prevención y tratamiento inmediato de las complicaciones intrahospitalarias que son frecuentes en estas pacientes como el estreñimiento, la incontinencia funcional, el delirium, la desnutrición proteica, los problemas de la piel de apoyo, el síndrome pos caída con miedo de volver a caer o incluso el aislamiento social que puede aparecer cuando se pierde la autonomía para la de ambulación.

Por último, incluso en los casos con evolución tórpida hacia la cronificación de estos problemas, la asistencia geriátrica de calidad abarca el seguimiento continuado del paciente, en coordinación con los equipos de Atención Primaria y los servicios sociales de la comunidad (ayudas a domicilio) o institucionales (residencias de ancianos), con el objetivo de mejorar en lo posible la dignidad y la calidad de vida de estos pacientes¹.

IV.6. Abordaje

IV.6.1. Valoración Geriátrica Integral

Es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que pueda presentar el anciano, con el objeto de desarrollar un plan

de tratamiento y seguimiento de dichos problemas, así como la óptima utilización de recursos para afrontarlos.

Es considerada la piedra angular en el día a día de la práctica geriátrica y la herramienta principal de trabajo, y como tal su finalidad es, entre otras, facilitar el abordaje al paciente anciano y, en concreto, al paciente geriátrico. Por paciente geriátrico entendemos aquel que cumple tres o más de los siguientes criterios:

- Edad superior a 65 años.
- Presencia de pluripatología relevante.
- El proceso o enfermedad principal posee carácter incapacitante.
- Existencia de patología mental acompañante o predominante.
- Presencia de problemática social en relación con su estado de salud.⁶

IV.6.2. Propósitos de la evaluación geriátrica

- Evaluar la magnitud de la enfermedad y de la disfunción.
- Seleccionar racionalmente el tratamiento y otras intervenciones de salud, teniendo en cuenta no sólo la entidad, sino las capacidades funcionales presentes y futuras de estos individuos.
- Evaluar las necesidades de fuente de apoyo que tendrán estos pacientes en la comunidad.
- Conocer el efecto que tendrán estas interacciones en la política de salud.
- Emitir pronósticos de salud y estado funcional.

IV.6.3. Instrumento de valoración

IV.6.3.1. Índice de Barthel de AVD (Actividades de la Vida Diaria):

El índice de Barthel es un instrumento ampliamente utilizado para este propósito y mide la capacidad de la persona para la realización de diez

actividades básicas de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto. El Índice de Barthel se ha venido utilizando desde que fue propuesto en 1955 y ha dado lugar a múltiples versiones, además de servir como estándar para la comparación con otras escalas. Es una medida fácil de aplicar, con alto grado de fiabilidad y validez, capaz de detectar cambios, fácil de interpretar y cuya aplicación no causa molestias. Por otra parte, su adaptación a diferentes ámbitos culturales resulta casi inmediata. A pesar de tener algunas limitaciones, el Índice de Barthel puede recomendarse como un instrumento de elección para la medida de la discapacidad física, tanto en la práctica clínica como en la investigación epidemiológica y en Salud Pública.

IV.6.3.2. Escala de la cruz roja de Madrid

Creada en 1972, en el Servicio de Geriatria del Hospital Central de la Cruz Roja, incluye la escala de incapacidad física y mental, que catalogan al paciente en 6 posibles grados. Permite la graduación del nivel de incapacidad y no su exploración exhaustiva. Sencilla en su manejo y práctica para evaluar el estado funcional. Algunos problemas al aplicarla son que la precisión de los ítems se va perdiendo en los grados intermedios y la subjetividad de algunas de las definiciones de sus grados.

IV.6.3.3. Mini Nutritional Assessment

El objetivo de esta escala es determinar si hay un riesgo de malnutrición y así permitir una precoz intervención nutricional y detectar la presencia de franca desnutrición tratando de acercarse a sus causas, permitiendo el establecimiento de intervenciones multidimensionales para corregir factores de riesgo y mejorar el estado nutricional y de salud de los ancianos evaluados. Ha sido diseñado para un uso sencillo por médicos generales y también por profesionales de la salud relacionados con la admisión de pacientes geriátricos en hospitales y residencias y su empleo se recomienda especialmente en el caso de ancianos frágiles y enfermos o incapacitados.

IV.6.3.4. Escala de depresión de Yesavage

Es la escala recomendada por la *British Geriatrics Society* para evaluar la depresión en los ancianos.

- Evaluación de la severidad del cuadro depresivo.
- Monitorización de la respuesta terapéutica.

Para la interpretación de esta escala, el punto de corte se sitúa en 5/6; una puntuación de 0 a 5 puntos indica normalidad; entre 6 y 9 puntos indican depresión probable, y una puntuación igual o superior a 10, depresión establecida.⁹

IV.6.3.5. Confusional Assessment Method (CAM)

Se basa en los criterios del DSM III y se adapta bien a los criterios del DSM IV. Recoge el inicio agudo con curso fluctuante, inatención, pensamiento desorganizado y nivel de conciencia alterado. Es sencillo y eficaz; además puede ser usado por personal no facultativo. Tiene una sensibilidad del 94 por ciento y una especificidad del 100 por ciento.⁹

IV.7. Clasificación

IV. 7.1 Riesgo de Caídas

Las caídas representan uno de los problemas más importantes dentro de la patología geriátrica. Son, tal vez el prototipo mas caracterizado de los llamados síndromes geriátricos.

Son muy frecuentes Son en la vejez y tanto su prevalencia como su incidencia han sido objeto de estudio desde hace más de medio siglo. Constituyen el tipo de accidente más frecuente y más letal en las personas mayores. Además de una elevada mortalidad, pueden dar lugar a deterioro

funcional, mayor frecuentación de los servicios de urgencias, y hospitalizaciones e ingresos en residencias. Con el aumento de la esperanza de vida, se ha transformado en un problema médico de primera magnitud. La prevención para reducir este síndrome geriátrico y las intervenciones para reducir la incidencia de caídas son un reto para todos los profesionales que estamos en contacto con el paciente anciano.

Los estudios epidemiológicos demuestran la capacidad de predicción para generar una dependencia funcional e incluso para la mortalidad que tiene el hecho de presentar caídas de repetición, si bien la mayoría asocian este síndrome con cierto grado de discapacidad y comorbilidad.

Es difícil precisar, por tanto, el riesgo específico atribuible a la propia caída sin considerar la fragilidad de la población anciana al mismo tiempo. Las principales consecuencias tras una caída pueden ser agrupadas de la siguiente forma:

Consecuencias inmediatas	Fracturas Contusiones Heridas Tirones y desgarros Traumatismo Craneoencefálico
Consecuencias de permanecer Caído durante un tiempo prolongado	Hipotermia Deshidratación Rabdomiolisis Infecciones Miscelánea

Además de la historia clínica y examen físico completo, se debe evaluar el equilibrio, sobre todo el comportamiento con los cambios de postura y la

marcha. Una forma simple de evaluación es observar cómo se levanta de la silla, camina por la pieza, gira sobre sí mismo y vuelve a sentarse en la silla. Hay otras pruebas más complejas, que toman más tiempo para evaluar el balance, la postura y la marcha, que no analizaremos.

La rehabilitación del paciente que presenta caídas frecuentes comienza con un análisis diagnóstico de sus causas y removiéndolas si es posible. Para ello es importante la colaboración de un equipo multiprofesional para implementar ejercicios graduales que permitan recuperar y mantener una mejor posición vertical, evitar la hipotensión arterial, mejorar la confianza y enseñar el uso de un bastón u otro elemento de ayuda, si fuera necesario. Debemos lograr que el paciente vuelva a su hogar y continúe realizando la terapia indicada. Se debe enseñar y practicar como levantarse del suelo si es que vuelve a presentar una caída, así como el uso seguro de la escala.

Los planes de prevención primaria, destinada a la población anciana que vive en la comunidad, debe estar enfocada a promover el ejercicio físico regular, caminar y mantenerse activo para lograr la mejor función muscular posible, evitando así la atrofia por desuso.

En la prevención secundaria, es necesario pesquisar a los que se han caído, para evaluarlos y efectuar un plan de rehabilitación, identificando y modificando los factores de riesgo, sobre todo los externos. No hay datos apropiados en la literatura que permitan predecir prospectivamente aquellos que presentarán nuevas caídas. Actualmente hay elementos electrónicos y sistema de aviso a través de teléfonos conectados a una central que acude en caso de caídas en el hogar.

IV. 7.2 Malnutrición

Al igual que otros síndromes geriátricos, la malnutrición en el adulto mayor (AM) es, muchas veces, infravalorada, pasada por alto y, en ocasiones, considerada como parte normal del envejecimiento. Sin embargo, la relación

entre envejecimiento y estado nutricional es de particular importancia, no solo por la alta frecuencia de malnutrición en la población adulta mayor sino porque el estado nutricional puede modular el envejecimiento, es determinante por la longevidad y es sustrato para el desarrollo y descompensación de enfermedad crónicas.

El proceso de transición epidemiológica que se produce a nivel mundial, determinado por la disminución de las tasas de mortalidad, fecundidad y natalidad que se refleja en el aumento de la esperanza de vida, exige a los profesionales de la salud y la comunidad en general, deben estar capacitados para responder a las necesidades de salud del adulto mayor, así como para el correcto desarrollo de programas para promover un envejecimiento saludable desde etapas tempranas de la vida.

La desnutrición tiene impacto e influencia sobre todas las dimensiones de la valoración geriátrica integral. Además de impedir alcanzar el "mayor estado de bienestar físico, mental, social con funcionamiento adecuado", es decir, la salud es frecuentemente una característica de minorías y marginados.

El término malnutrición se utiliza para referirse a los trastornos producidos por el desequilibrio, exceso o déficit de nutrientes o calorías en relación con las necesidades metabólicas y tisulares.

La hipernutrición se presenta cuando hay un exceso de disponibilidad de nutrientes en relación a las necesidades tisulares. La obesidad es ejemplo de hipernutrición energética procedente de grasas, carbohidratos, proteínas o alcohol.

IV.7.3 Incontinencia fecal

La incontinencia fecal es la pérdida involuntaria de heces, independientemente de la frecuencia o severidad. Al igual que ocurren en la

incontinencia de orina, este problema afecta en mayor medida a los pacientes mas incapacitados tanto física como mentalmente.

Es difícil precisar la prevalencia de la incontinencia anal, porque la gran mayoría de ancianos que padecen no consultan por este problema. No obstante, se estima que sobre un 5-10% de los ancianos que viven en sus domicilios padecen de este problema, incrementándose de forma espectacular en caso de severa incapacidad (residencias, hospitales), llegando a alcanzar el 50-60%.

La incontinencia fecal (IF) se define como el pasaje recurrente e incontrolable de materia fecal o gases por el ano, que ocurre durante más de un mes, en personas con una edad de desarrollo mental de a lo menos 4 años. Aunque las consecuencias físicas de la incontinencia (por ej. la dermatitis perianal) pueden ser tolerables, las psico-sociales son a menudo abrumadoras, e incluyen disminución de la autoestima, aislamiento social y ansiedad ante episodios inesperados. Los pacientes con incontinencia fecal arriesgan la pérdida del empleo, confinamiento en su hogar y reclusión en instituciones.

IV. 7.4 Depresión

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en el anciano y una de las principales consultas médicas, aun cuando su presencia puede pasar desapercibida; el ánimo triste no forma parte del envejecimiento normal y no es un acompañamiento natural e inevitable del declive de la actitud social.

La depresión disminuye de forma sustancial, la calidad de vida del anciano y puede abocar en discapacidad. Parece claro que un deterioro en la salud abogue hacia un ánimo deprimido, pero no se admite tanto que los síntomas depresivos complican el tratamiento de las enfermedades físicas y aumentan el riesgo de presentar nuevas enfermedades.

La depresión en geriatría, a diferencia del adulto, muestra menor grado de asociación con el sexo femenino, invirtiéndose incluso la proporción en los muy ancianos, encontrándose también mayor asociación con estado civil de divorcio o separación conyugal, nivel socioeconómico bajo, escaso apoyo social, presencia de acontecimientos vitales recientes adversos e inesperados y problemas de salud que dan lugar a incapacidad (patologías neuronales, endocrinas, respiratoria, cardíaca, tumoral, etc.).

La depresión es probablemente el ejemplo de presentación inespecífica y atípica de enfermedad en la población geriátrica. Los síntomas y signos pueden resultar de una variedad de enfermedades físicas tratables, y, de este modo, frecuentemente la depresión y las enfermedades físicas coexisten y se exacerban en estos pacientes. Muchos síntomas físicos pueden ser causa de una depresión: fatiga, anorexia, insomnio, palpitaciones, dolor torácico, dolor abdominal, estreñimiento, dolor músculo-esquelético difuso, cefalea, parestesias, por lo que el examen ha de ser cauteloso en ambos sentidos. Los síntomas, como la tristeza o inutilidad, pueden ser somatizados de manera característica por el paciente anciano.

La principal causa de pérdida de peso en la vejez es la depresión (se ha asociado a pérdida de masa ósea y es un factor de riesgo para un pobre estado de salud). Por otra parte, la depresión se asocia a una alteración funcional debida quizás a una alteración emocional, a un declive en la función cognitiva y física. Produce incapacidad y dependencia, siendo a su vez la incapacidad un claro factor de riesgo para la propia depresión. Se pueden resaltar algunas características especiales de la depresión en el anciano: acentuación patológica de los rasgos premórbidos, escasa expresividad de la tristeza, tendencia al retraimiento y aislamiento, dificultad para reconocer los síntomas depresivos, deterioro cognitivo frecuentemente asociado, expresión en formas de quejas somáticas, mayor frecuencia de síntomas psicóticos, delirio, posibles trastornos de conducta, irritabilidad, presencia de comorbilidad, pluripatología, enfermedad cerebro vascular frecuente, presencia de polifarmacia, la depresión vascular, asociada a accidentes isquémicos

cerebrales, requiere inexcusablemente para su diagnóstico el evidenciar clínicamente enfermedad.

Entre los fármacos asociados con depresión se encuentran: digoxina, Carbamacepina, tiacidas, fenitoína, propranolol, penicilina G y ampicilina, amantadina, antituberculostáticos, bromocriptina, sulfamidas, levodopa, metoclopramida, haloperidol, hormonas anabolizantes, benzodiacepinas, ranitidina, barbitúricos, antineoplásicos.

Los pacientes con demencia desarrollan depresión en mayor frecuencia que la población general, y a su vez los síntomas depresivos son muy frecuentes entre los pacientes con demencia. Por otra parte, está bien demostrado que la depresión es un factor de riesgo para padecer enfermedad de Alzheimer a los cinco años. Se puede caracterizar por los siguientes síntomas: ánimo deprimido, anhedonia, aislamiento social, disminución del apetito, insomnio, alteración psicomotora, fatiga o falta de energía, sentimiento de inutilidad y pueden estar presentes ideas de suicidio.⁶

IV.7.5 Incontinencia Urinaria

La incontinencia urinaria es una función básica que se adquiere en la infancia (entre los 2 y los 6 años) y que en el anciano sano se debe mantener, independientemente de su edad. Por lo tanto, la pérdida de esta función básica debe ser interpretada como un síntoma de una disfunción, bien del tracto urinario inferior o de algún otro sistema integrado en el mantenimiento de la continencia urinaria. En ese sentido, es importante insistir en que la incontinencia urinaria no es un fenómeno normal del envejecimiento.

La IU es una condición clínica cuyo tratamiento es problemático en el ámbito de la medicina familiar. A pesar de que es común, muchos médicos de familia han recibido una formación mínima en cuanto a su manejo. Los pacientes no informan la presencia de IU y en un interrogatorio rutinario los médicos no suelen preguntar acerca de ello, lo que lleva al subtratamiento de

esta afección. Una encuesta realizada a médicos de familia en 2002 encontró que solo el 37% de los encuestados tenía un enfoque organizado para manejar el problema, y un porcentaje similar dijo sentirse cómodo con el manejo que practicaba. Casi el 50% de los encuestados manejaba a sus pacientes mediante **interconsultas**, preferentemente al urólogo. En general, tenían muy poco conocimiento de los recursos disponibles, tales como las Nurse Contenance Advisors (Enfermeras Asesoras sobre Continencia). A pesar de estos problemas, se ha demostrado que los médicos de familia pueden mejorar los síntomas y la calidad de vida de los pacientes con UI.

Aunque la IU no es parte del "envejecimiento normal", es común en los pacientes de edad avanzada. En una muestra de pacientes en atención domiciliaria de Canadá, casi el 20% sufre IU, llegando al 25% en los pacientes de mayor edad hospitalizados y hasta el 50% en los residentes en hogares de ancianos. Este documento se ocupa principalmente del manejo de los pacientes debilitados de más edad, pero los principios básicos son válidos para todos los pacientes.

El médico debe considerar si la IU es reciente o crónica, debido a que las causas posibles pueden ser diferentes. En el siguiente cuadro se registran las causas transitorias de IU.

Causas transitorias de IU

- Delirio
- Infección
- Vaginitis atrófica
- Productos farmacéuticos
- Psicológicas
- Diuresis excesiva (por ej., hiperglucemia, hipercalcemia)
- Movilidad reducida o retención
- Impactación de heces (bolo fecal)

La historia no siempre es sencilla, y en los ancianos debilitados no se puede correlacionar bien con los mecanismos causales. Un cuestionario de 3 preguntas, en el que se indaga por si, cuándo y con qué frecuencia los pacientes experimentan las pérdidas de orina, el cual se utiliza en combinación con un análisis de orina, ha demostrado que en las mujeres ancianas y de mediana edad la IU se puede identificar y clasificar con razonable precisión.

Existen otros cuestionarios para la tercera edad. Es importante aclarar los antecedentes obstétricos y quirúrgicos, sobre todo con la incontinencia de esfuerzo o la pérdida urinaria. Las estrategias intentadas por los pacientes pueden brindar una percepción de los mecanismos y las opciones terapéuticas para su uso. Las preguntas relacionadas con el estilo de vida son importantes, especialmente las relacionadas con la ingesta de cafeína y de líquidos; la confección de un diario de micciones vesicales puede ayudar a desarrollar estrategias de manejo.

En las pacientes de edad avanzada, los medicamentos recetados y de venta libre pueden tener efectos considerables en la función vesical y deben ser considerados una parte esencial de la evaluación.

Medicamentos comunes y el mecanismo por el que afectan la función vesical	
Medicamentos	Mecanismo del efecto
Anticolinérgicos (antidepresivos tricíclicos, medicamentos para la incontinencia de urgencia, antihistamínicos, relajantes musculares, antiparkinsonianos, antipsicóticos)	Inhiben la contracción vesical y dan lugar a la retención urinaria; sedación
Opiáceos	Relajación vesical; borbocata; sedación
Diuréticos	Diuresis aumentada; pueden tener un efecto importante en los ancianos
Sedante e hipnóticos	Deterioro cognitivo; incontinencia funcional
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina	Pueden causar tosa y precipitar la incontinencia de esfuerzo
Bloqueantes de los canales de calcio	Relajan la vejiga; pueden causar retención
Agentes adrenérgicos α	Aumentan el tono del esfínter; favorecen el rebosamiento o la retención
Bloqueantes adrenérgicos α	Disminuyen el tono del esfínter; favorecen la incontinencia de esfuerzo
AINE selectivo de la COX-2 y tiazolidinonas	Retención de líquidos y nocturia
AINE: antiinflamatorios no esteroideos; COX: ciclooxigenasa	

IV.7.6 Estreñimiento

El estreñimiento no es una enfermedad, sino únicamente un síntoma que motiva frecuentes consultas médicas, tanto a especialistas como a médicos de familia. El estreñimiento o constipación se define como la evacuación de heces excesivamente secas, escasas (menos de 50 g/día) o infrecuentes (menos de dos deposiciones a la semana). La prevalencia del estreñimiento aumenta especialmente después de los 60 años, y es más frecuente en mujeres que en hombres. Representa uno de los grandes síndromes geriátricos por su prevalencia, sus graves complicaciones y su importante incidencia en la calidad de vida del anciano.

Las causas de estreñimiento en el paciente anciano son múltiples y, en muchas ocasiones, coexisten varias causas a la vez, lo que debe tenerse en cuenta a la hora de plantear un diagnóstico y un tratamiento.

Algunas causas de estreñimiento están:

- Alteraciones postquirúrgicas: vólvulos, herniaciones.
- Funcionales. Enfermedad diverticular, dieta inadecuada en fibras, proctitis, fisura anal, prolapso anal, hemorroides, colitis isquémica, colon irritable.
- Enfermedades del SNC: párkinson, demencia, ictus y depresión.
- Estreñimiento crónico idiopático. Es la forma más frecuente de estreñimiento de larga evolución. Engloba diferentes situaciones clínicas en las que no es posible identificar ninguna causa orgánica. Es el más frecuente en ancianos. En estos pacientes es frecuente la existencia de alguna de las siguientes alteraciones funcionales:
 - Inercia colónica: Consiste en una disminución de los movimientos del colon que produce un enlentecimiento del tránsito de las heces a lo largo

del intestino grueso. Puede ser difusa (en todo el colon) o segmentaria (sobre todo, colon descendente o sigma).

- Disminución de la percepción rectal: Pacientes ancianos con sensibilidad rectal disminuida, es decir, aunque las heces lleguen al recto no las perciben y, por tanto, no sienten el deseo de defecar. En estos sujetos, el volumen intrarrectal necesario para inducir la percepción y el deseo defecatorio es superior a lo normal. Esta alteración es debida a trastornos neurológicos o al hecho de haber inhibido voluntariamente el acto de la defecación durante años.
- Anismo: En condiciones normales durante la defecación se produce una relajación del esfínter anal externo y de la musculatura del suelo pélvico. En sujetos con anismo en el intento de defecar no se produce relajación o incluso se produce contracción del esfínter anal con lo que se impide la expulsión de las heces.
- Impactación fecal (fecaloma). Es una de las complicaciones más infra diagnosticadas en el anciano. Puede ocurrir tanto a nivel rectal como colónico. Clínicamente se caracteriza por dolor de características cólicas en hipogastrio y puede aparecer diarrea paradójica.
- Úlceras colónicas. Son el resultado de la necrosis de la pared colónica debido a la presión de la masa fecal inmóvil. No suele dar manifestaciones clínicas, excepto en los casos crónicos donde, puede ocurrir una pequeña rectorragia que suele llevar al diagnóstico.
- Fisura anal. Ocurre en aquellos pacientes en los que, como consecuencia de los esfuerzos realizados para la defecación, se ha producido congestión pasiva de la mucosa cerca del margen anal.
- Prolapso de la mucosa anal se produce como consecuencia de la repetición y exageración de la maniobra de Valsalva. Hernias, como consecuencia de los continuos aumentos de la presión intraabdominal.

- Alteraciones circulatorias, como hemorroides internas y externas e incluso dilataciones varicosas en extremidades.

IV. 7.7 Presbicia y alteraciones oculares

Los adultos mayores presenta alteraciones oculares que les son propias tales como presbicia, cataratas, el glaucoma y la degeneración macular relacionada con la edad.

Glaucoma en el anciano

El glaucoma es una enfermedad común y es la principal causa evitable de ceguera en el mundo. La pérdida de visión por glaucoma es permanente e irreversible. Sin embargo, si esta enfermedad se detecta precozmente, los tratamientos médicos y quirúrgicos pueden evitar su progresión.

Se presenta en muchas formas, su característica fundamental es el incremento inestable o mantenido de la presión intraocular que el ojo no puede soportar sin que se dañen sus estructuras o se afecte su función.

Cataratas

Alteración progresiva del cristalino que cursa con opacidad del mismo y pérdida de la visión.

Oclusiones vasculares: Embolia de la arteria central de la retina donde hay pérdida de visión fulminante, y por oftalmoscopio se aprecia palidez de la retina con mancha rojo cereza (la mácula).

IV.7.8 Hipoacusia

Sordera: La sordera tiene un efecto adverso sobre las funciones cognitivas, conducta emocional y bienestar social, y puede ser un factor con peso específico considerable para llevar una vida independiente. Cerca de un

25 por ciento de las personas de 65-74 años y hasta el 50 por ciento de los mayores de 75 años sufren pérdida de la audición.

Tapón de cerumen: El Paciente que refiere hipoacusia (de transmisión) y/o inestabilidad y mareos, así como sensación de ocupación y autofonía. Por otoscopia se visualizará el tapón de cerumen obstruyendo el conducto auditivo externo (CAE). La Actitud terapéutica será la extracción.⁷

Perforación timpánica: El Paciente que consulta por hipoacusia (de transmisión), otalgia, drenaje por el oído y acúfenos. Entre sus antecedentes personales destaca otitis media o traumatismo mecánico o barotrauma. En otoscopia se visualiza la perforación timpánica. La reparación quirúrgica está indicada cuando: hipoacusia de conducción significativa, infección crónica y otorrea, presenta riesgo de aparición de colesteatoma. La edad avanzada no es una contraindicación para la reparación en un paciente que esté por lo demás sano.⁷

Otitis externa: El Paciente que consulta por OTALGIA (al presionar el trago), hipoacusia (de transmisión) y en ocasiones prurito (cuando la etiología es otomicosis).⁷

Otitis externa maligna o necrotizante: El Anciano diabético o inmunodeprimido que consulta por otitis externa pertinaz y progresiva. El cuadro se puede acompañar de focalidad neurológica (parálisis facial periférica). El cuadro es producido por pseudomona aeruginosa.

Queratosis seborreica: Consulta por lesión elevada, irregular, untuosa al tacto, con formación de quistes y surcos que pueden sangrar. El Tratamiento será extirpación quirúrgica.⁷

Queratosis senil: Aparición de elevación de la piel sobre el pabellón auricular y el conducto auditivo externo mal delimitada y superficie áspera, intacta y parcialmente cubierta, con costras que no infiltra el cartílago. Carecen

de fositas y surcos característicos de la queratosis seborreica. Es la lesión precancerosa más frecuente en el anciano. El Tratamiento por extirpación quirúrgica.

Oído medio: Otitis media aguda. El paciente presenta hipoacusia, autofonía, acufenos y otalgia. En la Otoscopia: tímpano hundido y/o congestivo. Ante todo anciano que presenta una otitis aguda o serosa, especialmente si es unilateral, se debe explorar el cavum para descartar patología tumoral en la parte superior de la faringe.

Otitis media crónica: Se caracteriza por la aparición de procesos infecciosos que se prolongan durante más de seis semanas o bien cuando los episodios se presentan tres o más veces al año. Ausencia de dolor e hipoacusia. Otoscopia: perforación del tímpano y supuración fétida. Para el tratamiento usamos antibioterapia y plantear cirugía. Oído interno: Presbiacusia. El paciente presenta hipoacusia de percepción pura es decir, no hay separación entre la conducción ósea y aérea. Es bilateral y aproximadamente simétrica. Comienzo insidioso, nunca bruscamente; precozmente aparecen dificultades para la audición de sonidos agudos (timbre del teléfono, pájaros...). Alteraciones de discriminación en ambientes ruidosos o en conversaciones cruzadas. Oyen pero no entienden. Para el diagnóstico esta la audiometría tonal y verbal: La curva total desciende gradualmente y bilateral de las frecuencias agudas con conservación de las graves. Hay discordancia entre la inteligibilidad, la discriminación y la curva tonal. El tratamiento médico: carece de terapia eficaz.

IV.7.9 Demencia

Fue definida como un debilitamiento psíquico global, profundo y progresivo, de causa orgánica, que altera las funciones intelectuales y desintegra las conductas sociales.

La clasificación de los cuadros demenciales resulta dificultosa debido a que no siempre se logra una total coincidencia entre los diferentes criterios etiopatogénicos y clínicos considerados. Se estudian demencias primarias y trastornos demenciales secundarios.

Entre las demencias primarias se incluyen: la demencia senil tipo Alzheimer (DSTA), demencia multi-infart (DMI), la enfermedad de Pick y la demencia coreica. Entre las demencias secundarias se consideran aquellos trastornos demenciales debidos a: Traumatismos, infecciones, tumores, intoxicaciones, desordenes metabólicos, vitamínicos y déficit nutricionales, el síndrome de Hakim-Adams y la evolución demencial de la enfermedad de Parkinson.

La edad promedio del comienzo de los trastornos demenciales es aproximadamente los 70 años.

Demencias Primarias

Demencia Senil tipo Alzheimer (DSTA); es la causa más frecuente de demencia en edad avanzada. Sus características esenciales son el comienzo insidioso y el curso progresivo. El diagnóstico se realiza a menudo por la exclusión de otras causas reconocidas de demencia. En la mayoría de los casos la DSTA comienza después de los 70 años, pero en ocasiones puede iniciarse antes de los 65 años.

La etiología es desconocida. En el examen macroscópico del cerebro revela una marcada atrofia cortical, siendo la dilatación ventricular leve o moderada un hallazgo constante. Desde el punto de vista microscópico, los hallazgos más característicos son la degeneración neurofibrilar de Alzheimer, las placas seniles y los cuerpos granulovacuolares de Simchowic.

Desde el punto de vista neuroquímico, las modificaciones más notables se producen a nivel de la neurotransmisión colinérgica.

El comienzo de la enfermedad es lento y progresivo comprobándose modificaciones del carácter y trastornos de la memoria. Se observan olvidos, negligencia e indiferencia en relación con intereses habituales y se acentúan rasgos caracterológicos como el egoísmo, la avaricia, la imperiosidad, la indolencia y otros.

La DSTA evoluciona en forma progresiva, desintegrando de un modo global la personalidad del enfermo. En el periodo terminal sobreviene una profunda alteración de todas las funciones orgánicas que conducen a la caquexia y a la muerte.

Demencia Multi-infarto (DMI); la edad de esta demencia suele ser más temprana que la DSTA. Entre los factores predisponentes se incluyen la HTA, la enfermedad vascular extracraneal y las enfermedades embolígenas. La DMI es más común en hombres que en mujeres, y suele tener un comienzo brusco de evolución típicamente escalonada y fluctuante, con rápidos cambios en el cuadro clínico.

De ordinario se inicia por un estado Confusional, pueden existir también episodios delirantes, como manifestación de ictus sin repercusión neurológica evidente. El síndrome demencial no es completo y con frecuencia el paciente tiene una conciencia dolorosa de su decadencia y de sus dificultades amnésicas e intelectuales. En el estado demencial se encuentran alteraciones de la atención, la orientación y la memoria. El curso del pensamiento es lento, ideas difíciles, pobres y monótonas.

Enfermedad de Pick; es una enfermedad rara que usualmente comienza entre los 50 y 60 años de edad, siendo su evolución lenta y de mal pronóstico. Los factores genéticos son determinantes aquí.

Los síntomas más relevantes son los que afectan al comportamiento, a la afectividad y a las funciones simbólicas.

Las alteraciones del lenguaje son constantes, Esta enfermedad evoluciona de forma inexorable al gatismo y a la muerte.

Demencia Coreica; es una afección hereditaria que se transmite en forma autosómica dominante. Es un trastorno degenerativo que comienza entre los 30 y 45 años y que evoluciona lentamente en 20 y 30 años. Se caracteriza por la asociación de un síndrome coreico crónico y de un cuadro demencial. Los trastornos psiquiátricos están constituidos por alteraciones de carácter, irritabilidad y cólera, gran ansiedad y episodios depresivos graves.

Demencias Secundarias

Los procesos patológicos que más frecuentemente llevan a la aparición de un síndrome demencial en los ancianos son los siguientes:

- Traumatismos encefálicos: concusión, contusión, hematoma subdural.
- Infecciones: sífilis, meningitis.
- Tumores.
- Intoxicaciones: alcohol, plomo, litio, drogas anticolinérgicas.
- Trastornos metabólicos, endocrinos: déficit nutricional, hipoxia, hipoglucemia.
- Hidrocefalia.
- Evolución demencial de la enfermedad de Parkinson.

IV.7.10 Síndrome Confusional

Constituye un cuadro de permanente vigencia debido a su frecuente aparición en los pacientes de edad avanzada. Confusión mental primitiva, psicosis Confusional, delirium o encefalopatía metabólica, son los términos más comúnmente empleados.

El síndrome Confusional puede ser definido como un cuadro de insuficiencia mental transitoria, que se presenta en el curso de enfermedades crónicas.

La etiología del síndrome Confusional es multifactorial. Debe considerarse también la existencia de factores predisponentes y precipitantes. Las modificaciones del SNC propias de la vejez, la presencia de daño orgánico cerebral crónico, el parkinsonismo incipiente, así como el debilitamiento de las funciones cardiovasculares, hepáticas, renales y déficit nutricional, favorecen en gran medida la aparición de trastornos confusionales en las personas de edad avanzada.

Los factores que actúan como precipitantes de los estados confusionales en los ancianos son de muy diversa índole y naturaleza. Globalmente pueden ser agrupados en causas tóxicas, traumáticas, metabólicas, infecciosas y tumorales.

Este síndrome puede instalarse de forma brusca o progresiva. Los síntomas prodrómicos incluyen inquietud y agitación nocturna, que alternan con somnolencia diurna, bradipsiquia y trastornos de la memoria.

La evolución tiende a la curación sin secuelas. Cuando así ocurre, se observa una mejoría concordante del estado físico y mental del paciente. En ciertos casos, puede observarse en el enfermo anciano la aparición de recaídas confusionales o la instalación de un cuadro Confusional crónico.

IV.7.11 Trastornos funcionales

Las características de las enfermedades en el anciano son pluripatología, cronicidad, presentación atípica y deterioro funcional. Este último es el punto final de muchas enfermedades en los ancianos, desde las más leves, hasta las más graves. Un amplio porcentaje de los ancianos pasa un tiempo más o menos largo de incapacidad previa a la muerte, especialmente las mujeres, cuya esperanza de vida es mayor a expensas de un mayor tiempo de dependencia funcional.¹ En muchas ocasiones no hay una relación directa entre enfermedad y deterioro funcional, ya que un trastorno menor puede

resultar en mayor deterioro que una enfermedad de peor pronóstico, más grave o crónica.

Sin embargo, la dependencia funcional puede ser el síntoma inicial de un proceso patológico en los pacientes ancianos y, en algunas instancias, puede ser el único síntoma. Este deterioro puede afectar considerablemente la calidad de vida y puede tener influencia en los cuidados futuros. Ettinger evaluó a 3 654 pacientes mayores de 65 años y encontró que la causa más frecuente de deterioro funcional fue la enfermedad osteomuscular, seguida de la diabetes en ambos sexos.

En la cohorte de Boomsman, se estudiaron 591 pacientes mayores de 85 años; las enfermedades crónicas que causaron mayor inestabilidad para la marcha fueron: enfermedad vascular cerebral (EVC), problemas cardíacos, diabetes mellitus y fractura de cadera.³ Black y Rush Ronald estudiaron el deterioro funcional y cognitivo en tres grupos étnicos mayores de 75 años, en los que incluían a hispanoamericanos que representaron 32.9% de la muestra. Las enfermedades que tuvieron asociación estadística con el deterioro funcional en el grupo de hispano fueron: fractura de cadera, EVC y diabetes.⁴ En otro estudio en la comunidad, en el que se evaluaron 275 ancianos, las enfermedades asociadas con mayor deterioro funcional fueron: la enfermedad de Parkinson, fractura de cadera y osteoporosis.⁵ Markides y colaboradores evaluaron el autorreporte del estado funcional de 3 050 ancianos, no institucionalizado, en el sureste de Estados Unidos. En este grupo de pacientes, las condiciones médicas con mayor asociación con el deterioro funcional fueron: enfermedad vascular cerebral y fractura de cadera.⁶ Peek y colaboradores evaluaron a ancianos mexicoamericanos que residían en el sureste de Estados Unidos; el deterioro cognitivo y la alteración emocional fueron causas de alteración funcional en este grupo.

En 2000, en México, se reportaron 217 084 defunciones en mayores de 65 años. Las causas de las mismas fueron las enfermedades cardíacas, diabetes mellitus, neoplasias y enfermedad cerebrovascular.⁸ En 2001 las

defunciones aumentaron a 224 068 en el mismo grupo de edad, cuyas causas principales de mortalidad en general fueron las enfermedades cardíacas, los tumores malignos, la diabetes mellitus, los accidentes, las enfermedades hepáticas y cerebro vascular que, en su conjunto, representaban 60% de los decesos.

La esperanza de vida en México ha aumentado y junto con ella la prevalencia de las enfermedades crónicas. No conocemos la repercusión funcional de estas últimas; sin embargo, tomando en cuenta los reportes de mortalidad en 2000 y 2001, podríamos afirmar que el impacto funcional de las mismas no es una cifra despreciable; que constituyen un problema de salud; aumentan los gastos en los servicios médicos, y, peor aún, provocan una mala calidad de vida en los adultos mayores de 65 años. Por lo tanto, es necesario conocer las enfermedades crónicas e incidir tempranamente en ellas.

IV.7.12 Inmovilismo

La capacidad de moverse es un indicador de salud en el anciano. Es una función compleja e integral, que afecta a múltiples capacidades, interrelacionadas entre sí.

Clínicamente, podemos definirla como la capacidad de caminar o desplazarse, la posibilidad de subir escaleras o vencer obstáculos, y la capacidad de realizar transferencias desde una posición a otra (levantarse o acostarse, sentarse)

Ettinger define la movilidad como "la facultad para moverse uno mismo en su medio". Es una función compleja e integrada por múltiples dominios o funciones interrelacionados. Desde una perspectiva clínica, la movilidad puede ser conceptualizada como la realización de tres funciones, caminar, subir escaleras y pasar de la posición de estar sentado a bipedestación.

La inmovilidad es el descenso de la capacidad de la realización de las actividades de la vida diaria (AVD), por deterioro de las funciones motoras.

Siendo este un indicador importante del nivel de salud del anciano que determina su calidad de vida.

IV.7.13 Ulcera por Presión

Es toda lesión que se produce en cualquier parte del cuerpo que sufre, o sobre la que se ejerce una presión prolongada sobre un plano duro, aunque no sea necesariamente intensa o independientemente de la posición en la que permanezca el paciente.

Es una de las complicaciones más frecuentes secundarias al inmovilismo. Las lesiones por presión son de origen isquémico, producidas entre una superficie dura externa y una protuberancia ósea.

Las úlceras por presión son un síndrome geriátrico y representan un problema clínico y de enfermería importante. El 3-11% de los pacientes que ingresan en los hospitales desarrollarán úlceras por presión y, aproximadamente, el 70% de ellas se producirán en las dos primeras semanas de ingreso.

IV.7.14 Iatrogenia / polifarmacia

El progresivo envejecimiento de la población nos obliga a profundizar en el conocimiento de la medicina geriátrica. Los ancianos presentan como peculiaridades la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, con tendencia a la incapacidad progresiva, coincidiendo, con frecuencia, varias enfermedades en un mismo paciente, lo que conocemos como pluripatología. En ocasiones, las patologías se presentan en clínica de forma atípica. Y los mayores, con frecuencia, presentan deterioro cognitivo, y problemas sociales añadidos que dificultan la entrevista clínica.

IV.7.15 Trastorno del Sueño

A lo largo de la vida, la estructura del sueño se modifica. Conforme el individuo envejece la cantidad total de tiempo que se invierte en el sueño lento se reduce y en consecuencia aumenta el tiempo de sueño ligero (fases 1 y 2). También sucede que el primer período de sueño REM se inicia con una latencia más prolongada y el tiempo total que se invierte en sueño REM se reduce. En general los pacientes ancianos tardan más tiempo en dormirse y se despiertan más fácilmente, experimentan frecuentes despertares por la noche y a primera hora de la mañana lo que les hace más proclives a echar siestas durante el día. Los cambios en el ritmo circadiano también hacen que la conciliación del sueño sea más temprana en personas mayores. Todos estos cambios pueden conllevar menor nivel de alerta y vigilancia diurna, excesiva tendencia a dormir durante el día, cambios de humor y aumento del riesgo de caídas. Aunque son las mujeres las que presentan más quejas en referencia a su sueño, los estudios polisomnográficos han mostrado que la arquitectura del sueño en mujeres ancianas se preserva más que en los varones.

La historia clínica es fundamental en el abordaje de los trastornos del sueño en el anciano: se deben recoger datos sobre enfermedades médicas, consumo de tóxicos (cafeína, alcohol) o fármacos y preguntar sobre enfermedades psiquiátricas. La exploración física debe prestar atención al estado general, postura, exploración orofaríngea y exploración neurológica.

Las principales causas de los trastornos del sueño en los ancianos incluyen los cambios fisiológicos del sueño descritos anteriormente, las alteraciones del sueño relacionadas con otras enfermedades que afectan a este grupo de edad y sus correspondientes tratamientos, los trastornos primarios del sueño y la combinación de varios de estos factores^{5,6}. Las enfermedades más frecuentes que pueden alterar el sueño porque sus síntomas fragmentan el sueño o impiden su conciliación son la úlcera péptica, el reflujo gastroesofágico, la insuficiencia cardíaca, la hiperplasia de próstata, la artritis reumatoide, etc.

Los trastornos del sueño más comunes en edades geriátricas se resumen en la tabla 1.

Tabla 1. Principales trastornos del sueño en los ancianos.

- Síndrome de apneas-hipopneas del sueño
- Síndrome de piernas inquietas
- Movimientos periódicos de las piernas durante el sueño
- Insomnio
- Síndrome de fase adelantada de sueño
- Trastorno de conducta del sueño REM

Los trastornos respiratorios del sueño aumentan su prevalencia con la edad y por lo tanto son frecuentes en edades avanzadas y afectan a 1 de cada 4 personas mayores. El síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) cuya definición, manifestaciones clínicas y fisiopatología se describen ampliamente en otros capítulos es más frecuente en ancianos. Así el 24% de los pacientes de más de 65 años experimentan 5 ó más apneas por hora de sueño.

En edades medias de la vida la aparición de pausas de apnea durante el sueño es de 2 a 3 veces más común en hombres que en mujeres. Después de la menopausia, la incidencia de este cuadro aumenta de forma importante en las mujeres. Los pacientes ancianos con grave SAHS tienen una supervivencia media menor. La hipoxemia crónica o repetida nocturna puede conllevar riesgo de complicaciones cardíaco y cerebro vasculares (como ya se ha expuesto detalladamente en otros capítulos). Los factores asociados a la edad que pueden determinar una mayor prevalencia y gravedad del SAHS incluyen la alteración de los reflejos respiratorios asociada a enfermedades neurológicas degenerativas, la obesidad y las anomalías de la vía aérea que aparecen con la edad. La hipersomnolia diurna se ha considerado un factor importante en la patogenia del deterioro cognitivo que puede aparecer en pacientes ancianos con SAHS. De hecho el SAHS se ha postulado como uno de los diagnósticos diferenciales de las demencias reversibles. El tratamiento de este trastorno se aborda con detalle en otros capítulos.

Los movimientos periódicos de las piernas durante el sueño y el síndrome de piernas inquietas también aumentan en incidencia con la edad. Se estima que hasta un 45% de pacientes ancianos pueden sufrir estos trastornos. Los movimientos periódicos de las piernas afectan al 35% de las personas a partir de los 65 años. Son movimientos repetitivos, típicamente en las piernas, que ocurren cada 5 a 40 segundos, agrupados en episodios que duran a su vez desde varios minutos a horas. El síndrome de las piernas inquietas consiste en una sensación desagradable como de hormigueo profundo en los músculos de los muslos o gemelos que obliga al paciente a revolverse en la cama o a levantarse para caminar y sentir alivio; puede reaparecer la misma sensación varias veces a lo largo de la noche.

El insomnio es el trastorno del sueño más frecuente en los ancianos. El 40% de las personas mayores de 60 años experimentan insomnio, despertares frecuentes y sueño fragmentado. Hay que tener en cuenta en este apartado la importante contribución causal de las enfermedades médicas, psiquiátricas y los fármacos. Entre los fármacos que pueden producir insomnio destacamos algunos antidepresivos (fluoxetina, venlafaxina), los corticoesteroides, la cimetidina y la ranitidina, el propranolol, las anfetaminas, la levo-dopa y los agonistas dopaminérgicos y la tiroxina¹.

Dentro de las anomalías del ciclo circadiano el síndrome de fase adelantada de sueño es el que con más frecuencia aparece en los ancianos. Consiste en acostarse pronto por la noche y despertarse temprano. El tratamiento se basa en la exposición a luz intensa a altas horas de la tarde, así la fototerapia parece que retrasa la instauración del sueño. La melatonina, neuropéptido segregado por la glándula pineal sincroniza el ritmo interno circadiano y conforme los individuos envejecen se reduce su secreción. Por eso se ha postulado el tratamiento con melatonina para el síndrome de fase adelantada de sueño y para el insomnio en ancianos aunque la terapia con melatonina es controvertida ya que no se conocen las dosis óptimas y algunos datos sobre su seguridad.

La parasomnia que afecta con más frecuencia a los ancianos es el trastorno de conducta del sueño REM (TCSR) que se caracteriza por la ausencia de atonía muscular que caracteriza a esta fase del sueño, los pacientes experimentan una intensa actividad motora durante el sueño REM que oscila de movimientos simples a cuasi-intencionados y violentos. Esta parasomnia se asocia a diversas entidades clínicas como la demencia por cuerpos de Lewy y la enfermedad de Parkinson. También se ha visto en lesiones isquémicas del segmento pontino.

IV.7.16. Síndrome del cuidador

Cuando hablamos de enfermedad, lo primero que se piensa es en las “personas enfermas”. Sin embargo, los especialistas aconsejan no olvidar a todos aquellos que dedican una parte muy importante de su tiempo a cuidarlas. Ellos son los encargados de las necesidades básicas y psicosociales del enfermo y pueden sufrir, como señala el geriatra del Hospital Clínico Universidad de Chile Dr. Rafael Jara “una serie de problemas físicos, mentales, socioeconómicos y la alteración de su capacidad para atender a su asistido a causa de esta labor, definiendo la sobrecarga” o síndrome del cuidador.

“Es un trastorno común que presenta variados síntomas, se da en aquellas personas encargadas de cuidar y cubrir las necesidades básicas del enfermo. El síndrome del cuidador suele estar provocado por la dificultad que trae para el cuidador el cambio radical de su modo de vida y el desgaste que provoca ver cómo un ser querido va perdiendo progresivamente sus facultades físicas y mentales, conforme avanza el curso de la enfermedad. Entre las áreas más afectadas están: el físico, ya que sufren cansancio, cefaleas y dolores articulares. En lo psíquico: depresión, trastornos del sueño, ansiedad e irritabilidad. En el área social: disminución o pérdida del tiempo libre, soledad y aislamiento. Así, el cuidador va perdiendo paulatinamente su independencia, porque el enfermo cada vez le absorbe más. Se desatiende a sí misma: no toma el tiempo libre necesario para su ocio, abandona sus aficiones, no sale con sus amistades, etc. y acaba paralizando, durante largos años, su proyecto

vital, por ello explica el Dr. Jara resulta tan preocupante, algo como lo ocurrido con una pareja de adultos mayores de quinta normal que terminaron suicidándose.

Aunque cada persona, cada enfermo y cada familia son diferentes, se exponen a continuación algunas de las perturbaciones del carácter que pueden afectar al cuidador principal:

TRISTEZA: A pesar de lo doloroso de la situación, el cuidador no debe abandonarse a la tristeza. La tristeza es normal, pero no puede vivirse como un sentimiento único o prioritario.

PREOCUPACION Constantemente le abrumba el futuro. Lo que sea será y por pensarlo y darle vueltas, no va a tener mejor solución. Es inevitable que se encuentre preocupado no hay que dejar de vivir el presente por pensar en el futuro.

SOLEDAD: Es vital no sentirse solo. Debe buscar amigos y compañía allí donde pueda: vecinos, amigos, familiares, agrupaciones, asociaciones, etc.

IRRITABILIDAD: Porque está cansado de hacerse cargo del enfermo, nadie le ayuda o así lo siente, porque está postergándose.

CULPABILIDAD: Culpabilidad por los propios errores. Debe asumirlos como inevitables y tratar de mejorar, dentro de lo que cada uno puede dar.

DEPRESION: Cuando la tristeza, la preocupación, la soledad y la desesperanza se viven sin otra alternativa puede darse cabida a la depresión.

¿Qué señales pueden ser consideradas señales de alerta?

El geriatra Dr. Rafael Jara indica que entre las señales se cuentan:
Problemas de sueño (despertar de madrugada, dificultad para conciliar

el sueño, demasiado sueño, etc.). Pérdida de energía, fatiga crónica, sensación de cansancio continuo, aislamiento. En muchos casos también está el consumo excesivo de bebidas con cafeína, alcohol o tabaco, pastillas para dormir u otros medicamentos.

Puede ser que los mencionados se sumen problemas físicos: palpitaciones, temblor de manos, molestias digestivas, problemas de memoria y dificultad para concentrarse, menor interés por actividades y personas que anteriormente eran objeto de interés. También comenta que puede haber aumento o disminución del apetito, la persona puede enfadarse fácilmente o dar demasiada importancia a pequeños detalles. Puede tener cambios frecuentes de humor o de estado de ánimo, propensión a sufrir accidentes, dificultad para superar sentimientos de depresión o nerviosismo y tratar a otras personas de la familia de forma menos considerada que habitualmente.

IV.7.17. Síndrome de fragilidad

El estado de fragilidad es un síndrome clínico-biológico caracterizado por una disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto mayor ante situaciones estresantes, a consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas fisiológicos, causando mayor riesgo de sufrir efectos adversos para la salud como: caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte. La prevalencia reportada oscila entre un 7 y un 12 % en la población mayor de 65 años. La mayoría de los autores coinciden en que las manifestaciones clínicas más comunes son una disminución involuntaria del peso corporal, de la resistencia y de la fuerza muscular, trastornos del equilibrio y de la marcha y una declinación de la movilidad física. Varios estudios han relacionado el síndrome de fragilidad con biomarcadores y reactantes de fase aguda, inflamación, metabolismo y coagulación, en particular: proteína C reactiva, altos niveles del factor VIII de coagulación y fibrinógeno, insulina, glicemia, lípidos y proteínas como la albúmina.

Para los médicos que en su trabajo cotidiano asisten a personas ancianas, el término de fragilidad suele resultar familiar, pero difícil de conceptualizar, y en muchas ocasiones lo asocian a envejecimiento, discapacidad o comorbilidad. En los últimos 15 años el interés por la fragilidad ha ido en aumento.¹ Si en los años 60-70 se iniciaron las bases de la evaluación del adulto mayor y en los 80 se demostró la utilidad de la valoración geriátrica integral, en la década de los 90 el interés se concentra en la evaluación de la fragilidad en el anciano.² Una búsqueda en MEDLINE reveló que la fragilidad fue citada en 335 artículos desde 1989 hasta 1992, y en 563 artículos, desde 1992 hasta enero de 1996.³ Desde 1996 hasta la fecha el número de artículos publicados es impresionante y trabajoso de cuantificar. En los países más desarrollados existe una incesante búsqueda de marcadores clínicos y biológicos de fragilidad en el adulto mayor. La identificación de ancianos frágiles y con riesgos de declinación funcional constituye una parte esencial de la evaluación geriátrica.

El estado de fragilidad es un síndrome clínico-biológico caracterizado por una disminución de la resistencia y de las reservas fisiológicas del adulto mayor ante situaciones estresantes, a consecuencia del acumulativo desgaste de los sistemas fisiológicos, causando mayor riesgo de sufrir efectos adversos para la salud como: caídas, discapacidad, hospitalización, institucionalización y muerte.³⁻⁹ La definición tiene 2 aspectos: 4, 10-12

Existe una disminución de las reservas fisiológicas en múltiples áreas o dominios, como la resistencia, la flexibilidad y la fuerza muscular, el balance o equilibrio, el tiempo de reacción, coordinación, funcionamiento cardiovascular, audición, visión, nutrición y funcionamiento cognitivo.

Existe una predisposición para sufrir efectos adversos para la salud ante situaciones estresantes de la vida cotidiana, donde la magnitud de la situación no siempre está en correspondencia con el menoscabo que origina en la salud, produciéndose gran deterioro funcional.

Buchner y Wagner han sugerido que las alteraciones de varios sistemas fisiológicos, incluyendo la disfunción del sistema músculo-esquelético, del control neurológico y del metabolismo energético, en presencia de un estímulo fisiológico, influye en el desarrollo de este desorden.⁵ La mayoría de los autores coinciden en que las manifestaciones clínicas más comunes son una disminución involuntaria del peso corporal, de la resistencia y de la fuerza muscular, trastornos del equilibrio y de la marcha y una declinación de la movilidad física.^{4, 5, 9,13-15}

V. HIPOTESIS

Basándonos en las evaluaciones medicas provistas por una consulta geriátrica privada, aplicada a pacientes mayores de 65 años, que están a cargo del cuidado de sus hijos y que residen en la zona urbana, los mismos son poco capaces de realizar actividades cotidianas por si solos.

Podemos decir que después de haber observado los porcentajes arrojados por estas evaluaciones, el porcentaje mayor corresponde al síndrome geriátrico de la polifarmacia con el 52.8% de la población total de pacientes geriátricos evaluados en una consulta privada.

Dicho esto, el 52.8% de los pacientes geriátricos mayores de 65 años, están sobre medicados, muchos de ellos con medicamentos para dolencias de las cuales no padecen o solo han presentado un cuadro ocasional o emocional en un momento específico, no recurrente.

La Hipertensión arterial fue el diagnostico arrojado más recurrente en la evaluación de una consulta geriátrica privada, realizada a pacientes mayores de 65 años.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de Estudio

Estudio prospectivo y descriptivo, basado en la prevalencia de síndrome geriátrico en pacientes evaluados en una consulta privada en el distrito nacional en el periodo junio – octubre 2013.

VI.2. Área de estudio

La investigación se realizó en una consulta privada de geriatría. Está situado en la calle Fabio Fiallo # 153 ciudad nueva. Está delimitado, al Norte, por la calle Independencia; al Este, por la Padre Billini; al Sur, por la Beller y al Oeste, por la Dr. Delgado.



VI.3. Universo

El universo estuvo compuesto por los pacientes que acudieron a la consulta privada de Geriátrica durante el periodo junio – octubre 2013.

VI.4. Muestra

La muestra estuvo representada por los pacientes con algún síndrome geriátrico que fueron a esta consulta privada.

VI.5. Criterios de inclusión

Los criterios para incluir los pacientes en este estudio serán:

- Pacientes que fueron evaluados en una consulta privada en el 2013.
- Mayores de 65 años
- Ambos sexos

VI.6. Criterios de exclusión

Los criterios para excluir los pacientes en este estudio fueron:

- Menores de 65 años.

VI.7. Instrumento de recolección de datos

Se elaboró un formulario el cual consta de un total de 13 ítems. En la descripción detallada de cada ítem encontramos que el primero se refiere a los datos socio-demográficos del individuo estudiado, en el segundo, los Diagnósticos, el tercero, los antecedentes patológicos, cuarto la valoración funcional, quinta el síndrome geriátrico y sexto, los grupos de fármacos utilizados.

VI.8. Procedimiento para la recolección de la información

El formulario de recolección de datos aplicado en este estudio fue llenado en el momento que el paciente acudió a la consulta privada incluyendo los pacientes nuevos y los que ya se encuentran en el archivo que acudieron a su cita de rutina. En el periodo Junio – Octubre 2013. Este formulario fue llenado por la sustentante de esta investigación y el paciente o el familiar autorizo firmando el consentimiento informado.

VI.9. Tabulación y análisis

La tabulación de los datos se realizó por medios de programas computarizados, Epi-info y la producción de cuadros y gráficos se procesó por frecuencia y porcentaje haciendo uso de Microsoft Word y Excel.

VI.10. Aspectos éticos

Se utilizaron los datos de los expedientes correspondientes a los pacientes, garantizando la confidencialidad y manejo seguro de los mismos. Y con consentimiento del mismo.

VII. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

<u>Variable</u>	Definición	Indicador	Escala
<u>Edad</u>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento del paciente hasta el momento de la llegada en el centro asistencial.	65-100	Ordinal
<u>Sexo</u>	Género al que pertenece el paciente	Femenino Masculino	Nominal
<u>Procedencia</u>	Lugar de origen del paciente.	Urbana Rural	Nominal
<u>Estado civil</u>	Condición jurídica en la familia y la sociedad	Casado Soltero Viudo Unión libre	Nominal
<u>Cuidador</u>	Persona responsable de la atención del paciente	Cónyuge Hijos Otro familiar Solos Cuidador	Nominal
<u>Motivo de consulta</u>	Condición clínica que motivo de consulta del paciente		Nominal
<u>Estado funcional</u>	Capacidad del paciente para realizar las actividades básicas de	ECRM ECRF Barthel	Nominal

	la vida diaria	Nutricional Norton	
<u>Síndrome geriátrico</u>	Condición mórbida que menoscaba la calidad de vida del anciano	Riesgos de caídas Nutrición Incontinencia fecal Depresión Incontinencia Urinaria Estreñimiento Visión Audición Demencia Sx Confusional Trastornos Funcionales Prob. Familiares Inmovilismo Úlcera por presión Iatrogenia / polifarmacia Trastorno del sueño Síndrome del Cuidador	Nominal
<u>Medicamentos</u>	Drogas utilizadas por el paciente	Antihipertensivos Diuréticos Analgésicos Insulina Sedante Hipnóticos Hipoglucemiantes	Nominal

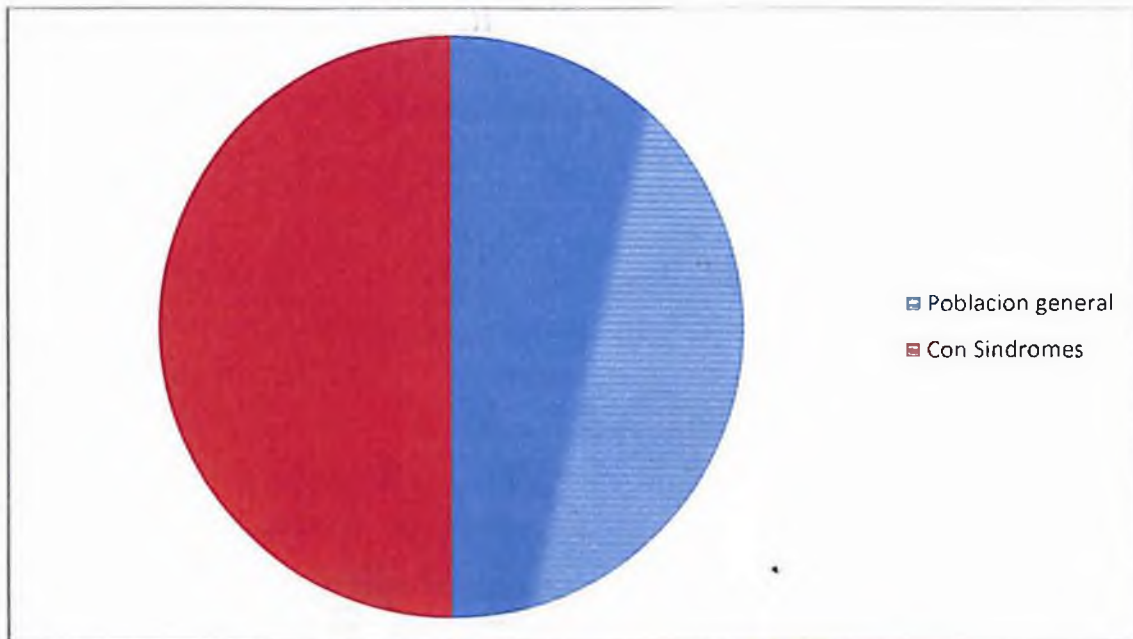
		Antibióticos Antieméticos Laxante Betabloqueadores Antiinflamatorios Esteroides Vasodilatadores Antiarrítmicos Anticonvulsivos Antiagregantes Vitaminas Mucolítico Antiparkinsoniano Anticoagulantes neurofarmacos	
<u>Antecedentes patológicos</u>	Situación que agrava y alarga el curso de la enfermedad y que no es propio de ella.	HTA DM Demencias Enf. De Parkinson Asma EPOC ACV Cardiomiopatías Cáncer Insuficiencia Vascular	Nominal

VIII. RESULTADOS

VIII.1. Tabla 1 se observa la prevalencia de los síndromes geriátricos con relación a la población general.

	Total	Por ciento
Población general	96	95.04%
Con síndromes	96	95.04%

Fuente: Cuestionario aplicado a 96 adultos mayores de la consulta privada en los meses junio-octubre 2013.

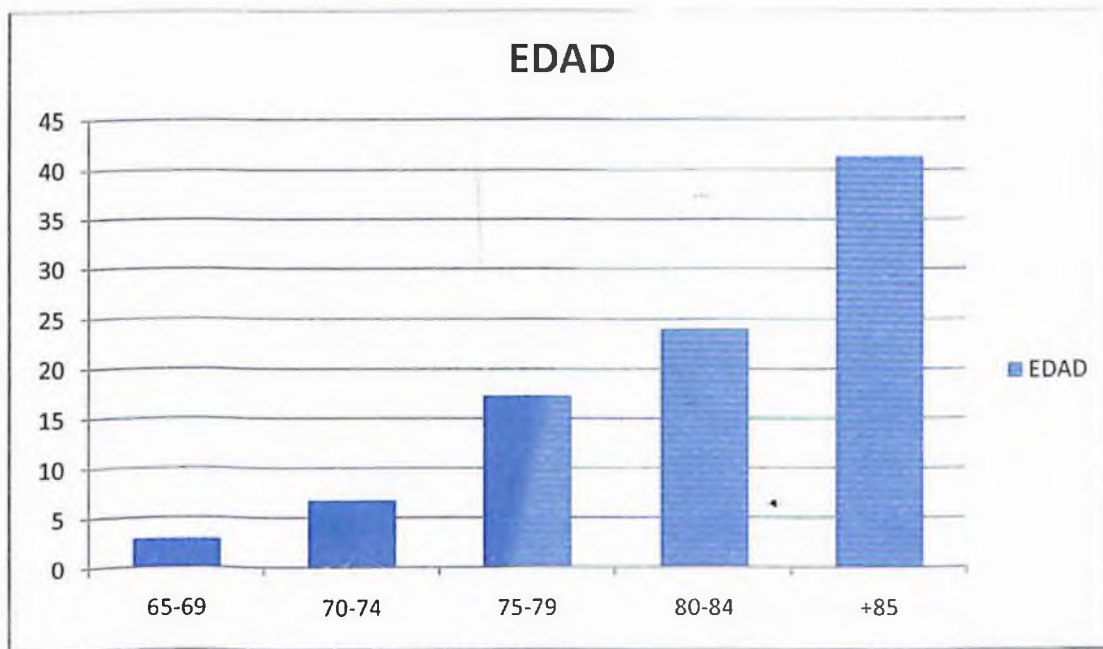


Análisis: el 100% de los pacientes evaluados en consulta privada tienen síndromes geriátricos.

VIII.2. Tabla 2. Distribución de pacientes geriátricos según edad y sexo.

Edad (años)	Masculino (%)	Femenino (%)	Total (%)
65-69	0%	2.88%	2.88%
70-74	3.84%	2.88%	6.72%
75-79	4.8%	12.48%	17.28%
80-84	5.76%	18.24%	24%
+85	8.64%	32.64%	41.28%
Tota;	23.04	69.12%	92.15%

Fuente: Cuestionario aplicado a 96 adultos mayores de la consulta privada en los meses junio-octubre 2013.

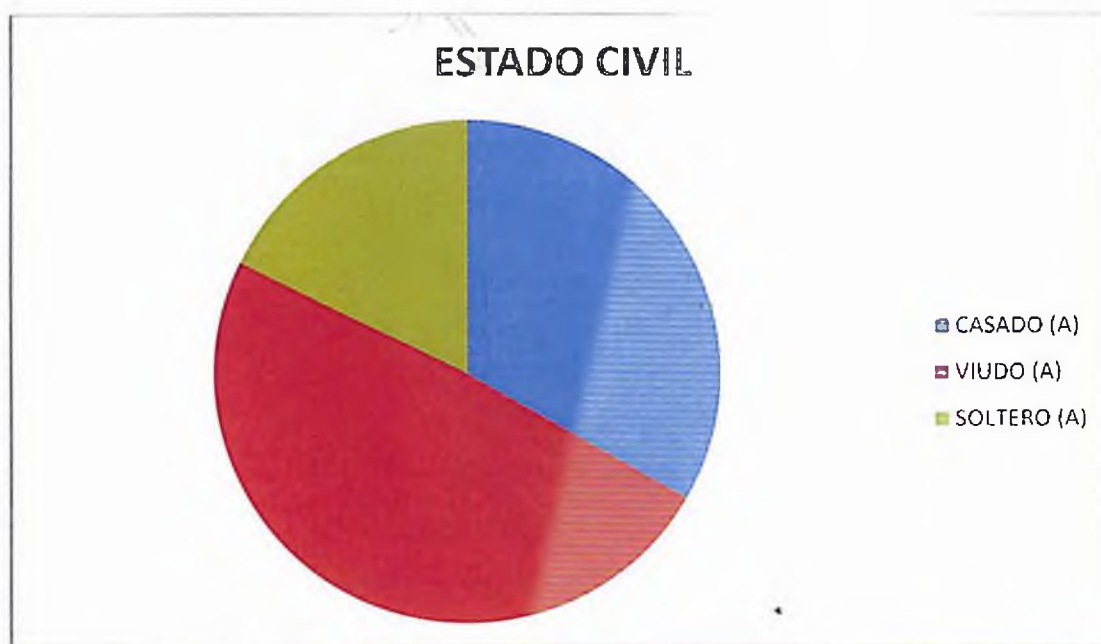


Análisis: el 2.88% de los pacientes tienen edades entre 65-69, el 6.72% tienen edades entre 70-74, el 17.28% entre 80-84, y el 41.28% comprenden edades de +85 años, pacientes evaluados en consulta privada de geriatría.

VIII.3.Tabla 3. Distribución de los pacientes geriátricos de acuerdo al estado civil.

Estado civil	No	%
Casado (a)	32	30.72%
Viudo (a)	47	45.12%
Soltero (a)	17	16.32%

Fuente: Cuestionario aplicado a 96 adultos mayores de la consulta privada en los meses junio-octubre 2013.

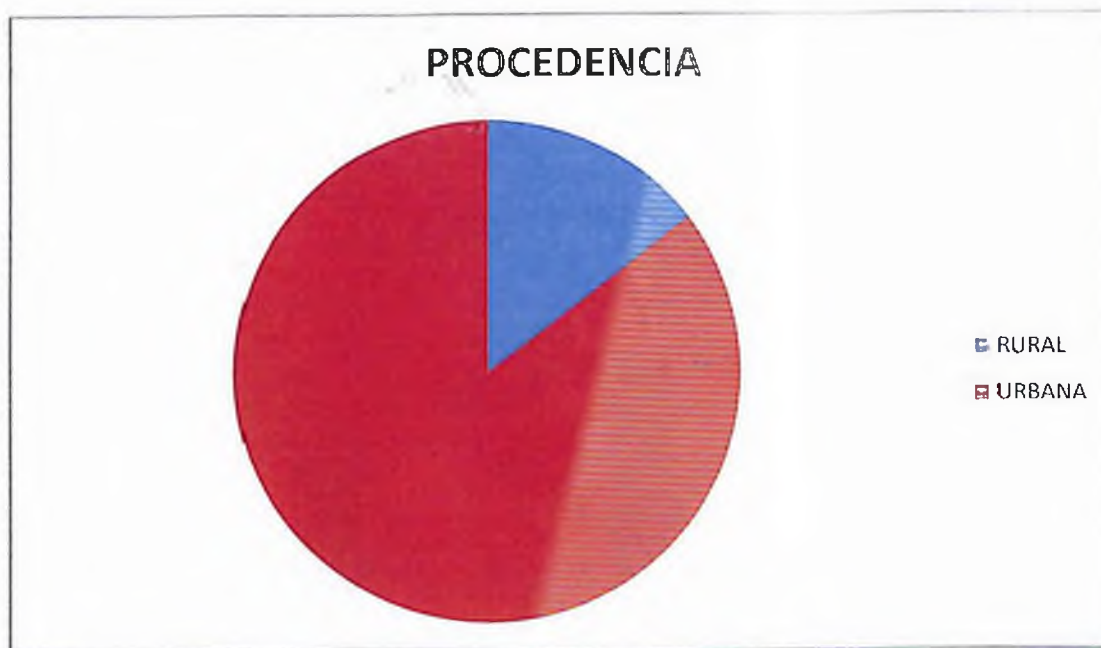


Análisis: el 30.72% de los pacientes evaluados en consultas privadas tienen el estado civil de casados, el 45.12% de los pacientes evaluados en consultas privadas tienen el estado civil de viudo y el 16.32% de los pacientes evaluados en consultas privadas son solteros.

VIII.4.Tabla 4. Distribución de los pacientes geriátricos según la procedencia.

Procedencia	No	%
Rural	14	13.44%
Urbano	82	78.72%

Fuente: Cuestionario aplicado a 96 adultos mayores de la consulta privada en los meses junio-octubre 2013.

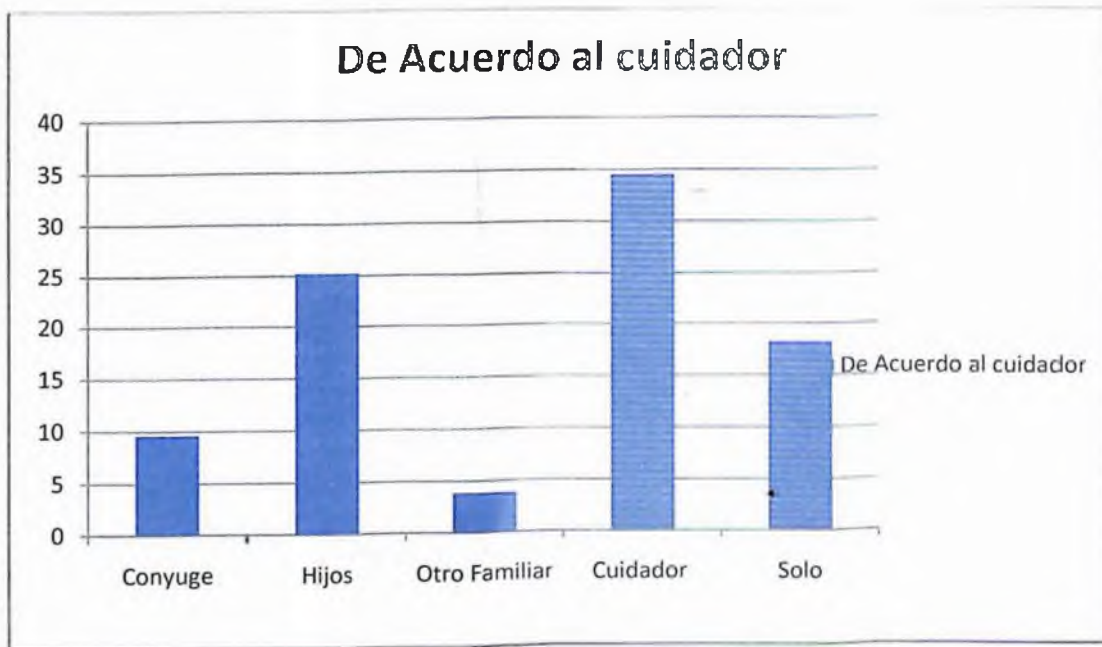


Análisis: el 78.72% de los pacientes evaluados en consultas privadas con de procedencia urbana y el 13.44% son de procedencia rural.

VIII.5. Tabla 5. Distribución de los pacientes geriátricos de acuerdo a su cuidador.

Sexo	Cónyuge	Hijos	Otro familiar	Cuidador	Solo	Total
Masculino	5.76	2.88	1.92	8.64	3.84	23.04
Femenino	3.84	23.04	1.92	29.92	14.4	69.12
Total	9.6	25.2	3.84	34.56	18.24	95.04

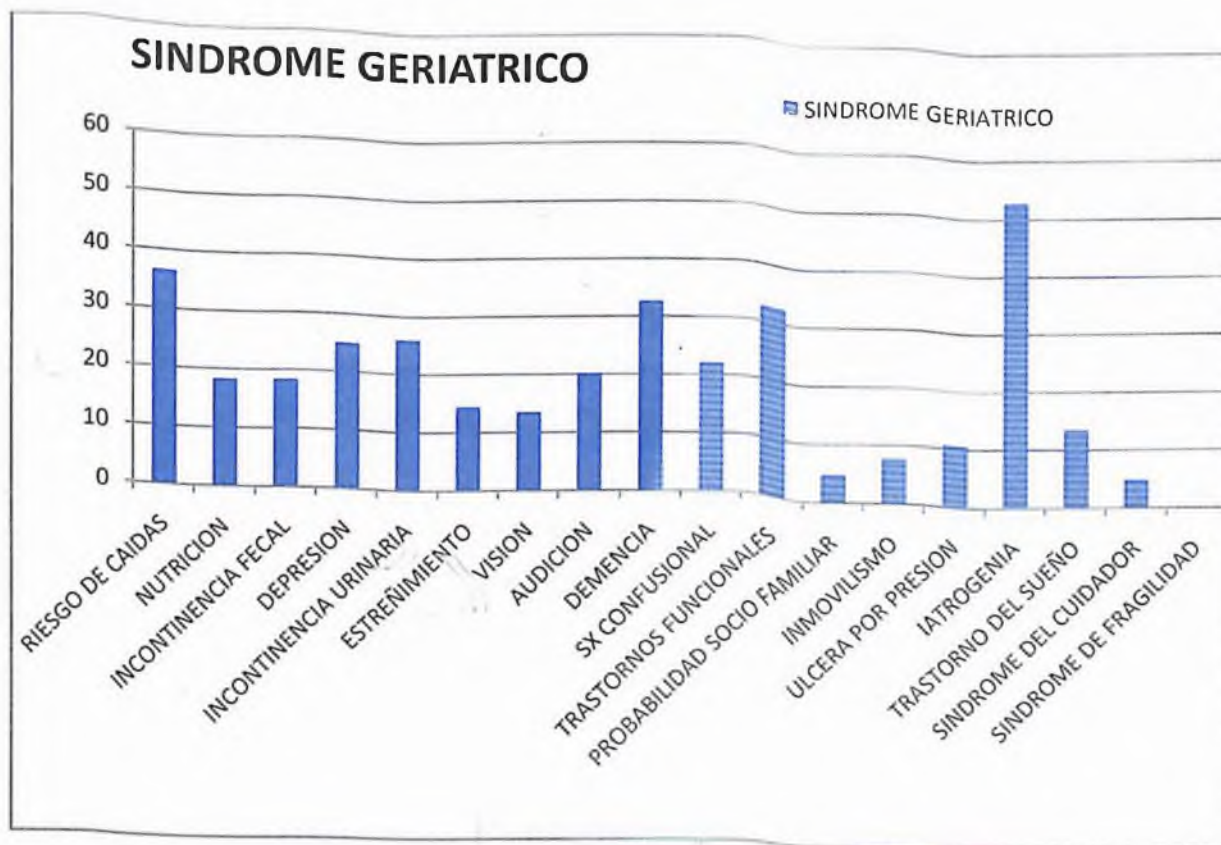
Fuente: Cuestionario aplicado a 96 adultos mayores de la consulta privada en los meses junio-octubre 2013.



VIII.6. Tabla 6. Distribución de los Síndromes Geriátricos de acuerdo al sexo, más frecuentes que presentan esos pacientes que acudieron a la consulta privada 2013.

Síndrome Geriátrico	Masculino No %	Femenino No %	Total No %
Riesgo de caídas	9.6%	26.88%	36.48%
Nutrición	1.92%	16.32%	18.24%
Incontinencia fecal	5.76%	12.48%	18.34%
Depresión	3.84%	21.12%	24.96%
Incontinencia urinaria	7.68%	18.24%	25.92%
Estreñimiento	5.76%	8.64%	14.41%
Visión	1.92%	11.52%	13.44%
Audición	6.72%	13.44%	20.16%
Demencia	8.64%	24%	32.64%
Sx Confusional	5.76%	16.32%	22.08%
Trastornos funcionales	4.8%	27.84%	32.64%
Probabilidad socio familiar	0%	4.8%	4.8%
Inmovilismo	0%	7.68%	7.68%
Ulcera por presión	0.96%	9.6%	10.56%
Iatrogenia / polifarmacia	22.08%	30.72%	52.8%
Trastornos del sueño	7.68%	5.76%	13.44%
Síndrome del cuidador	0%	4.8%	4.8%
Síndrome de fragilidad	0%	0%	0%

Fuente: Cuestionario aplicado a 96 adultos mayores de la consulta privada en los meses junio-octubre 2013.



Análisis:

El 52.8% de los pacientes geriátricos evaluados en una consulta privada, presenta el síndrome geriátrico de Polifarmacia. El 36.48% de los pacientes geriátricos evaluados en una consulta privada, presenta el síndrome geriátrico de riesgo de caídas. El 32.64% de los pacientes geriátricos evaluados en una consulta privada, presenta el síndrome geriátrico de demencia. El 32.64% de los pacientes geriátricos evaluados en una consulta privada, presenta el síndrome geriátrico de Trastornos Funcionales. El 25.92% de los pacientes geriátricos evaluados en una consulta privada, presenta el síndrome geriátrico de Incontinencia Urinaria. El 24.96% de los pacientes geriátricos evaluados en una consulta privada, presenta el síndrome geriátrico de Depresión. El 22.08% de los pacientes geriátricos evaluados en una consulta privada, presenta el síndrome geriátrico de Síndrome Confusional. El 20.16% de los pacientes geriátricos evaluados en una consulta privada, presenta el síndrome geriátrico de Audición

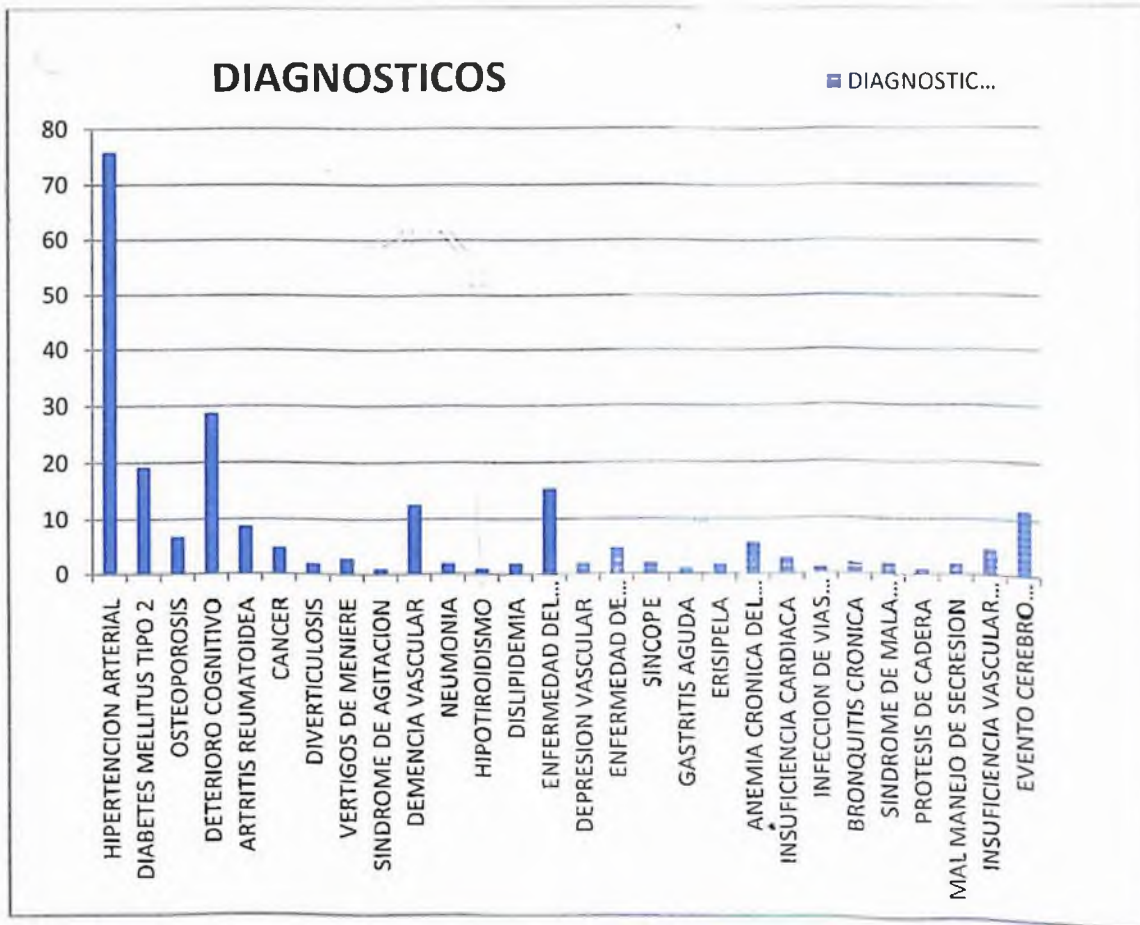
El 18.34% de los pacientes geriátricos evaluados en una consulta privada, presenta el síndrome geriátrico de Incontinencia Fecal. El 18.24% de los pacientes geriátricos evaluados en una consulta privada, presenta el síndrome geriátrico de Nutrición. El 14.41% de los pacientes geriátricos evaluados en una consulta privada, presenta el síndrome geriátrico de Estreñimiento. El 13.44% de los pacientes geriátricos evaluados en una consulta privada, presenta el síndrome geriátrico de Visión. El 13.44% de los pacientes geriátricos evaluados en una consulta privada, presenta el síndrome geriátrico Trastornos del Sueño. El 10.56% de los pacientes geriátricos evaluados en una consulta privada, presenta el síndrome geriátrico de Ulcera por Presión. El 7.68% de los pacientes geriátricos evaluados en una consulta privada, presenta el síndrome geriátrico de Inmovilismo. El 4.8% de los pacientes geriátricos evaluados en una consulta privada, presenta el síndrome geriátrico de Probabilidad Socio Familiar. El 0.0% de los pacientes geriátricos evaluados en una consulta privada, presenta el síndrome geriátrico de fragilidad.

VIII.7. Tabla 7. Distribución de los diagnósticos más frecuentes que presentan esos pacientes que acudieron a la consulta privada 2013.

Diagnósticos	Masculino	Femenino	Total
Hipertensión arterial	17.28%	58.56%	75.84%
Diabetes mellitus tipo 2	0.96%	18.24%	19.2%
Osteoporosis	0%	6.72%	6.72%
Deterioro cognitivo	7.68%	21.12%	28.8%
Artritis reumatoidea	0%	8.64%	8.64%
Cáncer	3.84%	0.96%	4.8%
Diverticulosis	0%	1.92%	1.92%
Vértigos de meniere	0.96%	1.92%	2.88%
Síndrome de agitación	0%	0.96%	0.96%
Demencia vascular	8.64%	3.84%	12.48%
Neumonía	0%	1.92%	1.92%
Hipotiroidismo	0.96%	0%	0.96%
Dislipidemia	0%	1.92%	1.92%
Enfermedad de Alzheimer	5.76%	9.60%	15.36%
Depresión vascular	0%	1.92%	1.92%
Enfermedad de Parkinson	2.88%	1.92%	4.8%
Sincope	0.96%	0.96%	1.92%
Gastritis aguda	0.96%	0%	0.96%
Erisipela	0.96%	0.96%	1.92%
Anemia crónica del anciano	1.92%	3.84%	5.76%
Insuficiencia cardiaca	0%	2.88%	2.88%
Infección de vías urinarias	0%	0.96%	0.96%
Bronquitis crónica	0.96%	0.96%	1.92%
Síndrome de mala absorción	0%	1.92%	1.92%
Prótesis de cadera derecha	0%	0.96%	0.96%
Mal manejo de secreción	0.96%	0.96%	1.92%
Insuficiencia vascular	0%	4.8%	4.8%

periférica			
Evento cerebro vascular	5.76%	5.76%	11.52%

Fuente: Cuestionario aplicado a 96 adultos mayores de la consulta privada en los meses junio-octubre 2013.

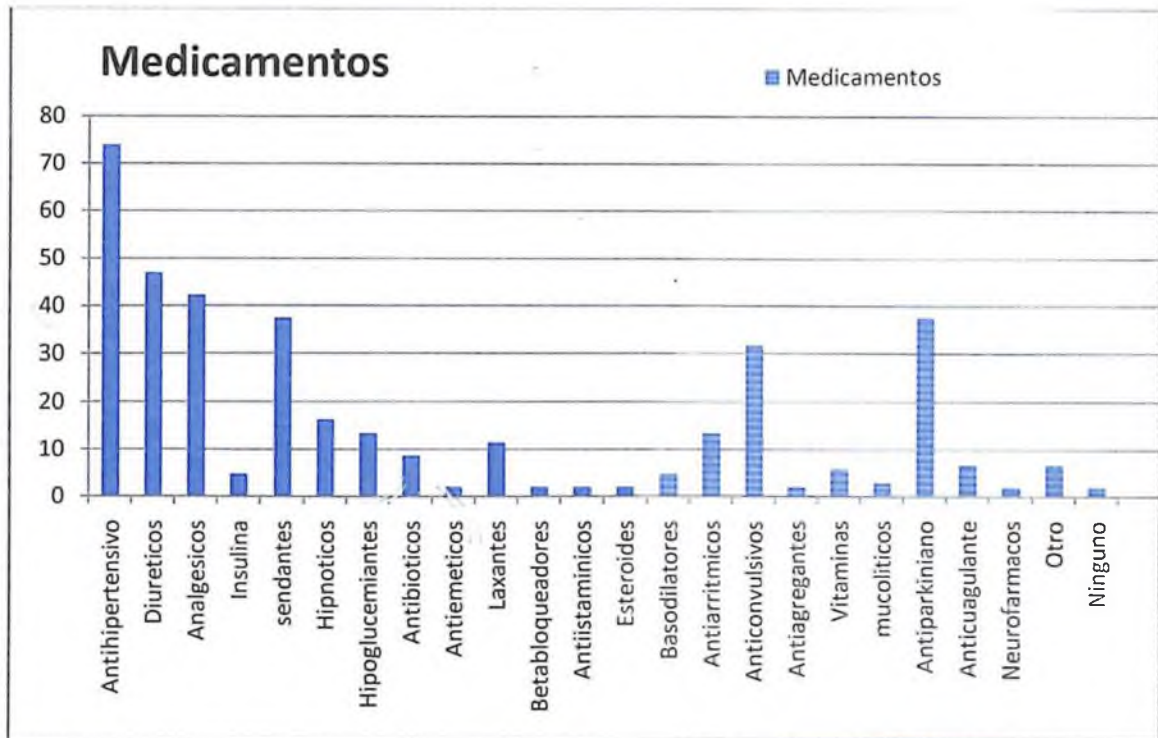


Análisis: el 75.84% de los pacientes evaluados en consultas privadas sufren de Hipertensión Arterial.

VIII.8. Tabla 8. Distribución de los grupos de fármacos más utilizados.

Medicamentos	Masculino	Femenino	Total
Anti-Hipertensivo	16.32	57.6	73.92
Diuréticos	5.76	41.28	47.04
Analgésicos	6.72	35.52	42.24
Insulina	0	4.8	4.8
Sedante	3.84	33.6	37.44
Hipnóticos	2.88	13.44	16.32
Hipoglucemiantes	0.96	12.48	13.44
Antibióticos	0.96	7.68	8.64
Antieméticos	0	1.92	1.92
Laxante	2.88	8.64	11.52
Betabloqueadores	0.96	0.96	1.92
Antiinflamatorios	0	1.92	1.92
Esteroides	0	0	0
Vasodilatadores	0	1.92	1.92
Antiarrítmicos	0.96	3.84	4.8
Anticonvulsivos	0.96	0.96	1.92
Antiagregantes	5.76	7.68	13.44
Vitaminas	8.64	23.04	31.68
Mucolíticos	0.96	0.96	1.92
Antiparkinsoniano	2.88	2.88	5.76
Anticoagulante	0.96	1.92	2.88
Neurofarmacos	10.56	24.96	37.52
Otros	2.88	3.84	6.72
Ninguno	0.96	0.96	1.92
Total	80.73	290.88	371.61

Fuente: Cuestionario aplicado a 96 adultos mayores de la consulta privada en los meses junio-octubre 2013.

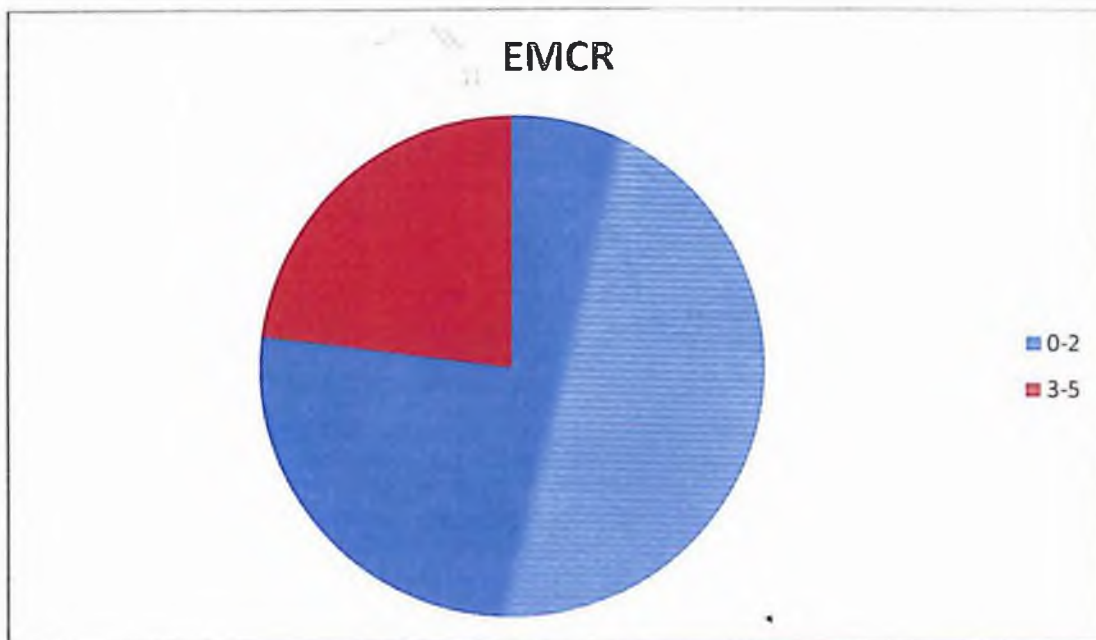


Análisis: El 73.92% de los medicamentos usados en los pacientes que fueron evaluados en la consulta privada, fueron antihipertensivos.

VIII.9. **Tabla 9.** Distribución de los pacientes geriátricos de acuerdo a la escala Mental de Cruz Roja y el sexo.

EMCR	Masculino	Femenino	Total
0-2	18.24%	52.8%	71.04%
3-5	4.8%	16.32%	21.12%

Fuente: Cuestionario aplicado a 96 adultos mayores de la consulta privada en los meses junio-octubre 2013.

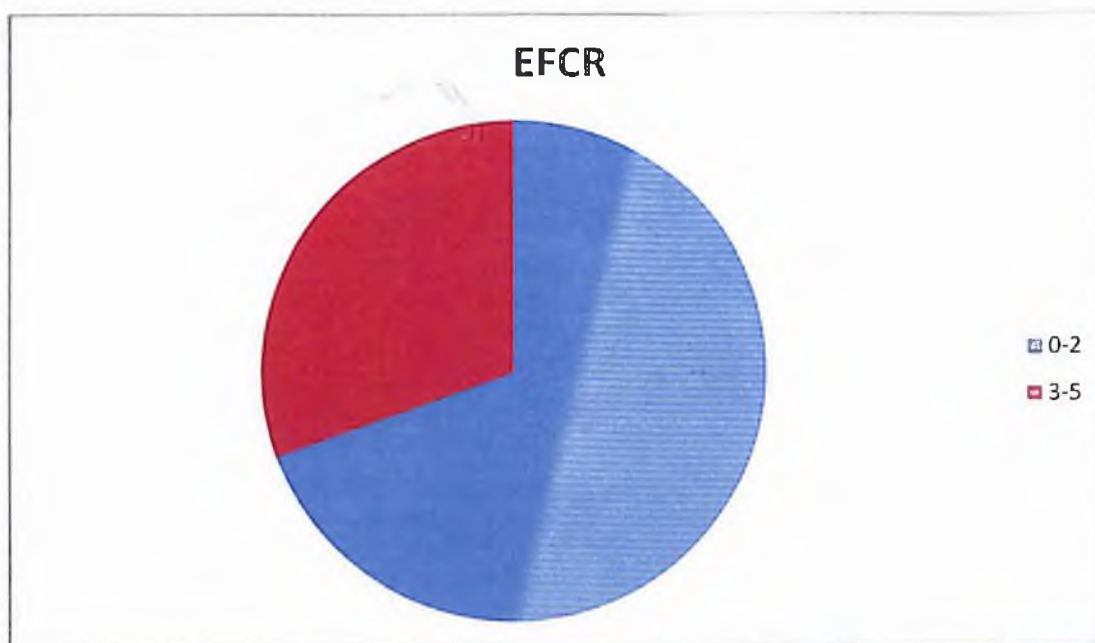


Análisis: el 71.04% de los pacientes evaluados en consultas privadas tienen entre 0-2 en la Escala Mental de la Cruz Roja, y el 21.12% entre 3-5.

VIII.10. **Tabla 10.** Distribución de los pacientes geriátricos de acuerdo a la escala Física de la cruz Roja y el sexo.

EFCR	Masculino	Femenino	Total
0-2	16.32%	47.04%	63.36%
3-5	5.76%	22.08%	27.84%

Fuente: Cuestionario aplicado a 96 adultos mayores de la consulta privada en los meses junio-octubre 2013.

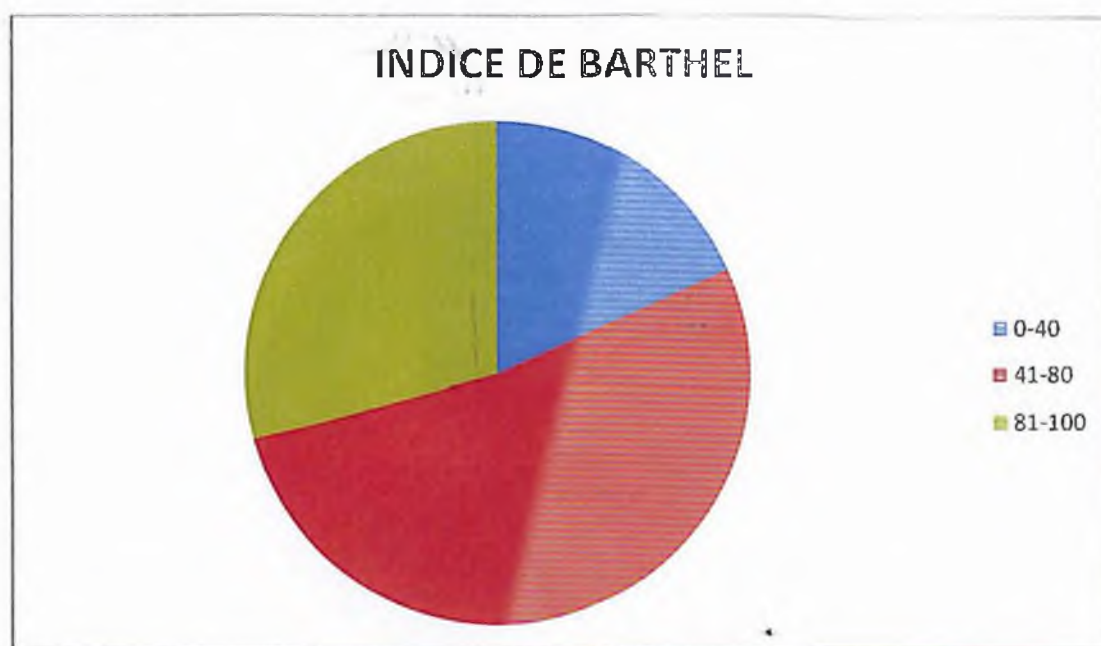


Análisis: el 71.04% de los pacientes evaluados en consultas privadas tienen entre 0-2 en la Escala Mental de la Cruz Roja, y el 21.12% entre 3-5.

VIII.11. **Tabla 11.** Distribución de los pacientes geriátricos de acuerdo al índice de Barthel y el sexo.

Barthel	Masculino	Femenino	Total
0-40	4.8%	12.48%	17.28%
41-80	10.56%	39.36%	49.92%
81-100	6.72%	21.12%	27.84%

Fuente: Cuestionario aplicado a 96 adultos mayores de la consulta privada en los meses junio-octubre 2013.

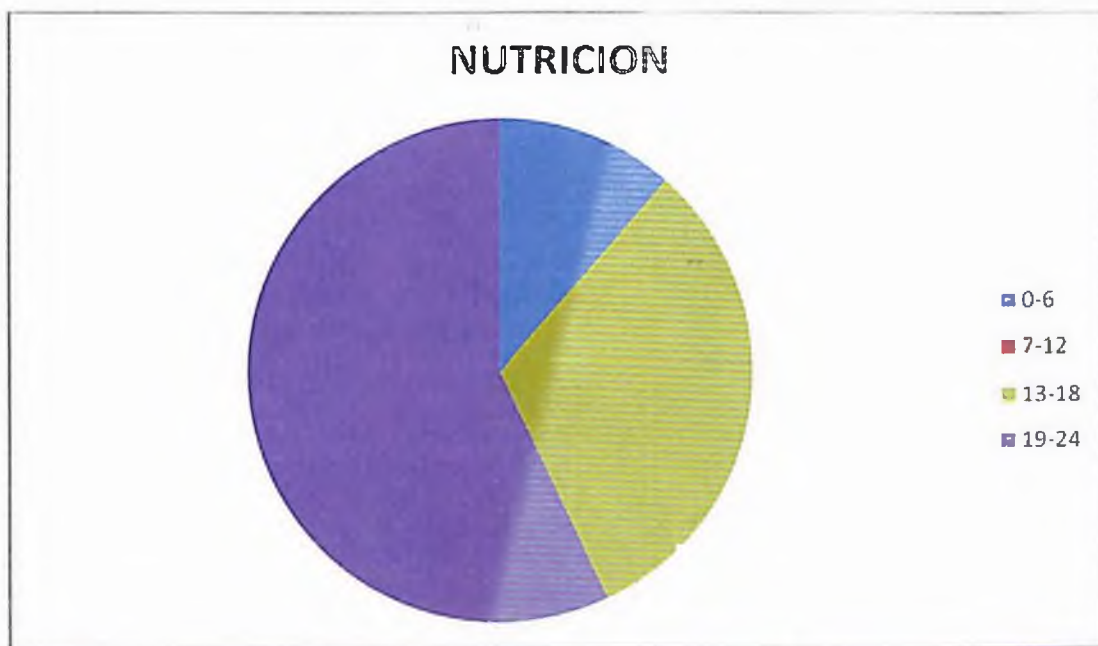


Análisis: el 49.92% de los pacientes evaluados en consulta privada tenían el índice de Barthel entre 41-80.

VIII.12. Tabla 12. Distribución de los pacientes geriátricos de acuerdo al índice de Nutrición y el sexo.

Nutrición	Masculino	Femenino	Total
0-6	0%	8.64%	8.64%
7-12	0%	0%	0%
13-18	2.88%	21.12%	24%
19-24	11.52%	31.68%	43.2%

Fuente: Cuestionario aplicado a 96 adultos mayores de la consulta privada en los meses junio-octubre 2013.

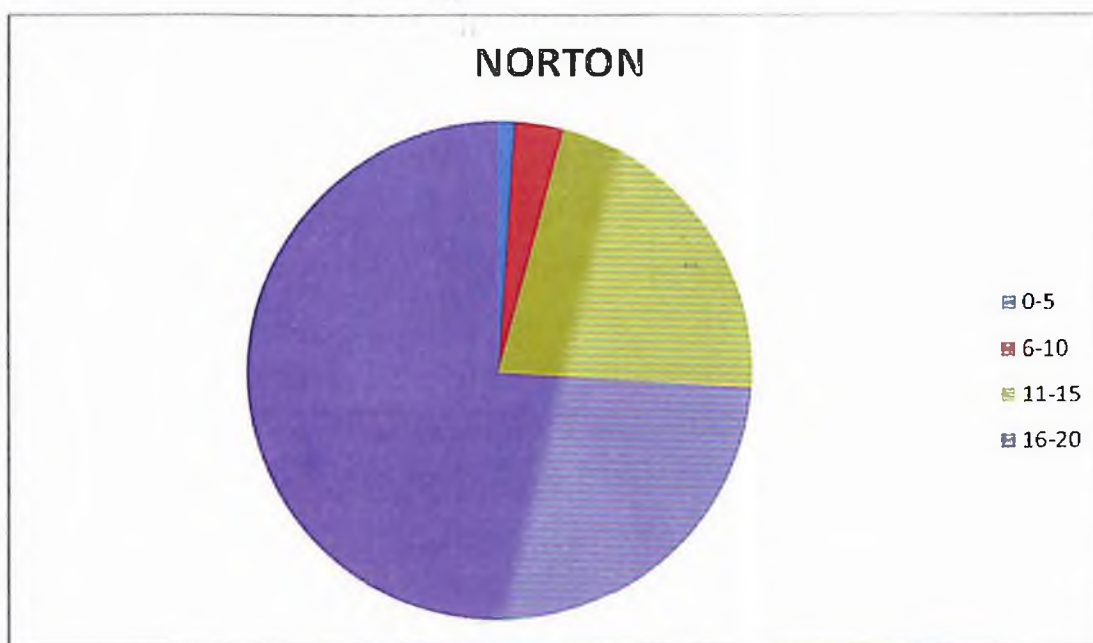


Análisis: el 43.2% de los pacientes evaluados en consulta privadas tenían un porcentaje del 19-24 en nutrición.

Tabla 13. Tabla 13. Distribución de los pacientes geriátricos de acuerdo al índice de Norton y el sexo.

Norton	Masculino	Femenino	Total
0-5	0.96%	0%	0.96%
6-10	0.96%	1.92%	2.88%
11-15	4.8%	15.36%	20.16%
16-20	16.32%	51.84%	68.16%

Fuente: Cuestionario aplicado a 96 adultos mayores de la consulta privada en los meses junio-octubre 2013.



Análisis: el 68.12% de los pacientes evaluados en consulta privada tenían un porcentaje del 16-20 en el Índice de Norton.

IX. DISCUSION

Los síndromes geriátricos son signos y síntomas que ocurren de forma frecuente en los ancianos. Pueden ser manifestaciones de diversos padecimientos, o bien ser enfermedades per se; pueden ser causa o efecto de distintas afecciones, frecuentemente se correlacionan entre sí, y tienen grandes repercusiones en la morbilidad y mortalidad del anciano. La presencia de cada síndrome traduce tanto el estado actual de un paciente geriátrico como su potencial pronóstico.

Los síndromes geriátricos representan uno de los mayores pilares del estudio del anciano: son padecimientos a los que está propenso tanto por los cambios vinculados con el envejecimiento como por las afecciones que coexisten en este grupo de edad. A pesar de su relevancia, no se ha logrado darles la difusión requerida, no se citan en la literatura médica ni geriátrica y por lo tanto no se diagnostican ni se tratan en gran parte del mundo médico. No existe en la literatura un reporte de todos los síndromes geriátricos en su conjunto, ya que sus características epidemiológicas y clínicas suelen abarcarse de forma individual. Más aún, es raro encontrar reportes de cualquiera de los síndromes en ancianos mayores de 80 años.

En este trabajo hacemos un enfoque sobre la prevalencia de cada uno de estos síndromes.

De los pacientes estudiados 96% por ciento presento por lo menos un síndrome geriátrico. En cuanto al sexo hubo un predominio de las femeninas, con 72% por ciento. Y un 24% fueron del sexo masculino.

La frecuencia de síndrome geriátrico aumenta con la edad, en este estudio encontramos que en los que tenían 85 años o más, la prevalencia fue más alta con un 41.28% por ciento.

En el 25.92 por ciento de los casos los pacientes se encontraban bajo el cuidado de sus hijos, esto se explica por la alta prevalencia de viudez y las características propias de las familias nuestras.

En este estudio se encontró que el síndrome geriátrico más prevalente fue la iatrogenia / polifarmacia con un 52.8 por ciento. Los síndromes con menor prevalencia fueron el Síndrome de Fragilidad, la probabilidad socio familiar, síndrome del cuidador, inmovilismo y la presbicia.

Las caídas en personas mayores de 65 años, se dan en un 30 por ciento y aumentan a más del 50 por ciento en mayores de 80 años. En nuestro estudio se encontró en 36.48 por ciento de los pacientes.

El estreñimiento representa uno de los grandes síndromes geriátricos por su prevalencia, sus graves complicaciones y su importante incidencia en la calidad de vida del anciano. En este estudio estuvo presente en 14.41 por ciento.

En cuanto a los grupos de fármacos hubo una mayor prevalencia en el uso de antihipertensivos con un 73.92 por ciento, que se explica por la alta prevalencia de Hipertensión Arterial.

X. CONCLUSION

Haber tenido la oportunidad de trabajar en este tema con el objetivo de presentar el Anteproyecto de tesis, ha sido la gran experiencia dentro del aprendizaje de lo que será en lo adelante la puesta en ejecución dentro de mi carrera como profesional de la Medicina y especialmente en lo que tiene que ver con el área a la que a partir de completado dicho proceso, dedicaré lo que serán mis años de trabajo en pos de darlo el todo por el todo por aquellos ancianos que formen parte de los pacientes con quienes pondré en ejecución dicho aprendizaje.

Los términos desglosados en todo este Anteproyecto, y que son la parte esencial de haber realizado un trabajo que considero ha sido de grandes logros en mi carrera profesional, han sido minuciosamente analizados con el objetivo único de hacerlos entendibles no solo a quien ha tenido la oportunidad de trabajar con ellos, sino a todos aquellos que de una u otra forma puedan adentrarse en su lectura y que se pueda obtener el mayor conocimiento posible en lo expuesto.

El tema con que se presenta este Anteproyecto "Prevalencia de Síndromes Geriátricos en Pacientes evaluados en una consulta privada, Distrito Nacional, junio – octubre 2013", me ha dado la oportunidad de poder trabajar con un numero de ancianos en edades comprendidas entre los 60 y 100 años, con los que cuales he adquirido los conocimientos necesarios como para desarrollar la especialidad de MEDICO GERIATRA, sin temor a descuidar la garantía de lo adquirido para hacer posible la mejoría en todo caso o cura en los que fuese necesario de la casi totalidad de padecimientos de los mismos.

En el proceso de desarrollo del tema en cuestión y discusión para concluir con esta Tesis, se tomó muy en cuenta cada uno de los temas utilizados, con el objetivo de que los mismos no caigan en contradicciones con lo que habrá de ser la puesta en ejecución de lo aprendido.

Habiendo aclarado que el Anciano es un individuo en el que existe un deterioro de la reserva homeostática de cada sistema orgánico, habremos de tener ya en nuestras manos el mecanismo esencial para hacer de cada caso que se nos presenta un buen diagnóstico que nos permita ejecutar el tratamiento más adecuado con el objetivo de lograr el mejor de los resultados a fin de ayudar a preservar su salud.

XI. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al Estado Dominicano por mediación del Ministerio de Salud, crear programas educacionales a fin de poder llevar un mensaje a los familiares de los ancianos sobre cuál es el tratamiento a ejecutar en los casos más comunes.
2. Que los familiares de los ya declarados pacientes tomen a tiempo la decisión de hacerlos ver por un patentado en la materia. En este caso el Medico geriatra.
3. Concienciar a los colegas de las diferentes áreas sobre la medicina geriátrica integral y que los mismos hagan los referimientos a tiempo.
4. Buscar que se ejecute una acertada promoción sobre la especialidad de Geriatria dentro de la Medicina como tal, a fin de que más ciudadanos se interesen en el estudio de la misma.
5. Hacer que las instituciones que se dedican al manejo de los ancianos en los diferentes centros de atención tengan un mayor apoyo no solo del Estado, sino de empresas que dedican parte de sus beneficios en obras de bien.

XII. REFERENCIAS

1. González – Montalvo, JL. Grandes síndromes geriátricos concepto y prevención de los más importantes. Rev. Esp. De Geriatria y Gerontología. 2003, 08 (108) p. 5778 - 5785
2. García- Zenón T, López- Guzmán J A, Villalobos- Silva J A, D'Hyver- Deses de las C. Prevalencia de síndromes geriátricos en ancianos hospitalizados. Med Int Mex 2006; 22(5): 369-374
3. Ruíz- hidalgo D. La Valoración Geriátrica en los Hospitales: De la quimera a la necesidad. Rev Mult Gerontol 2005;15(1):36-39.
4. Villar, D; Varela, L; Chigne, O. Evaluación geriátrica integral en pacientes hospitalizado y ambulatorio. Bol Soc Perú Med Interna; 2000; 13:143-50.
5. Mieses, K et al. Valoración Funcional de los pacientes ingresados en el área de Geriatria. Congreso de Residentes Hospital Regional Universitario José María Cabral Báez Santiago, R.D. noviembre 14-17 de 2007, Santiago, (Rep.Dom.), 2007
6. Kane R, Ouslander J y Abrass I. Geriatria Clínica. 3.ª ed. New York: McGraw Hill; 2000
7. Medrano, M. Los síndromes geriátricos. En: Medrano, M: Introducción a la geriatría. (1ªEd), Santiago de los Caballeros (República Dominicana): Universidad Tecnológica de Santiago. 1992
8. Pimentel, RD. Tesis guía para su elaboración y redacción. 2da ed Santo Domingo (Rep. Dom.) Medabyte S.A., 2001:347
9. Sanjoaquin- Romero A C. et al. Tratado de geriatría para residentes, 13ava ed., Madrid (España) International Marketing & Communication, S.A. (IM&C), 2004: 21- 255.
10. González Montalvo JI. Grandes síndromes geriátricos. La tarea de cada día. Care of the elderly. Ed. esp. 1994;69-72.
11. Beers M y Jones T. *The Merck manual of health and aging*. Unite state of america: Merck and co., inc; 2005

12. Bliss M, Hanlon J, Gosney M, Malone-Lee J, Fink H, Morgan K et al. Problemas asociados a la medicina geriátrica, En: Brocklehurst J Geriatria. Madrid (España): Elsevier inc; 2005: vol. II, p.1289- 1407..
13. Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ, Nourhashemi F, Bennahum D^s, Lauque S et al. Mini Nutritional assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts Res Gerontology* 1994; (2):15-59.
14. Hauser S, Longo DL, Jameson L, Isselbacher KJ, Kasper DL, Braunwal E y Fauci AS. Harrison principios de medicina interna, 15^a Edición. McGraw-Hill Interamericana de España 2001.
15. Gómez –Juanola M, Machín- Díaz M, Roque- Acanda K y Hernández- Medina G. Consideraciones acerca del paciente geriátrico. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2001; 17(5):468-72
16. Murtagh, J. (1996) *Prácticas de Medicina General*. (1^aEd) México DF, McGraw Hill interamericana editores S.A.
17. Gómez- Ramos M J, González -Valverde F M, Sánchez- Álvarez C. Estudio del estado nutricional en la población anciana hospitalizada Hospital San Carlos. *Nutr. Hosp* 2005; 20 (4): 286-292
18. Cigolle C, Langa K, Kabeto M, Tian Z, Blaum C. Geriatric Conditions and Disability: -The Health and Retirement Study. *Ann Intern Med*. 2007; 147: 156-164
19. Kane RA, Bayer AJ. *Assessment of functional status*. In: Pathy MSJ, editor. Principles and practice of geriatric medicine. 2nd ed. Chichester: John Wiley & Sons; 1991. p. 265-71
20. Angelo G y Claroy M. *Diccionario de medicina* Océano Mosby (4^a Ed.) Barcelona, (España): Océano grupo Editorial; 2001.
21. <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-imss/e-im2007/e-im07-4/em-im074c.htm>
22. <http://www.medicinageriatrica.com.ar/viewnews.php?id=EkkuklkyEuywSrKBF&tmpl=viewnews>
23. <http://www.medicinageriatrica.com.ar/viewnews.php?id=EkkFZZyyluvjYERPcC&tmpl=viewnews>

24. <http://www.medicinageriatrica.com.ar/viewnews.php?id=EkKEIEAyyEPHYDAWDj&tmpl=viewnews>
25. <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2003/marabr03/47-48.html>
26. <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-fisica/e-mf2001/e-mf01-3/em-mf013b.htm>
27. [Ruiz-Jiménez D, Colás-Taugis M, Padín-Minaya C, Morell R, López-Pisa M, Enfermería clínica, ISSN 1130-8621, 2006;16 \(1\). 27-34](#)
28. <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v13n3/Evaluacion.htm>
29. <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/osteoporosis/CaidasAncianos.html>
30. <http://dra-adela-b-kohan.webnode.com.ar/news/incontinencia-urinaria-en-ancianos/>
31. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272007000200014&script=sci_arttext&lng=en
32. <http://fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2003/mayjun03/23-37.html>
33. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251998000400002&script=sci_arttext
34. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252004000400009&script=sci_arttext

XIII. ANEXOS

XII.1. Cronograma

Variables	Tiempo: 2013
Selección del tema	
Búsqueda de referencias	2013
Elaboración del anteproyecto	
Sometimiento y aprobación	
Ejecución de las encuestas	
Tabulación y análisis de la información	
Redacción del informe	2013
Revisión del informe	
Encuadernación	
Presentación	

XII.2. Instrumento de recolección de la información



Instrumento de Recolección de la Información

Prevalencia de síndrome geriátrico en una consulta privada de Geriatría.

I. Aspectos socio demográficos:

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Record _____ Estadocivil _____ Procedencia: _____
Días de la evaluación: _____ Cuidador: _____

II. Diagnósticos:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

III. Antecedentes:

HTA _____ DM _____ Demencias _____ Enf. De Parkinson _____
EPOC _____ ACV _____ Cardiopatías _____ Cáncer _____

IV. Valoración funcional:

ECRM _____ ECRF _____ Barthel _____ Nutricional _____ Norton _____

V. Síndrome geriátrico (marca con una x lo positivo):

Riesgo de Caídas _____ Nutrición _____ Incontinencia fecal _____ Depresión _____
Incontinencia Urinaria _____ Estreñimiento _____ Visión _____ Audición _____
Demencia _____ Sx Confusional _____ Trastornos funcionales _____
Prob. Socio Familiares _____ Inmovilismo _____ Úlcera por Presión _____
Iatrogenia / polifarmacia _____ Trastornos del sueño _____ Síndrome del Cuidador _____

VI. Medicamentos utilizados (marcar con una x lo positivo):

Antihipertensivos _____ Diuréticos _____ Analgésicos _____ Insulina _____
Sedante _____ Hipnóticos _____ Hipoglucemiantes _____ Antibióticos _____
Antieméticos _____ Antiarrítmicos _____ Anticonvulsivos _____ Antiagregantes _____
Vitaminas _____ Antiparkinsoniano _____ Mucolítico _____ Neurofarmacos _____
Otros: _____



**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA INVESTIGACIÓN DE POS GRADO**

Numero de Historia Clínica: _____

Se me informa que se hará un estudio con los pacientes que acuden a esta consulta privada de Geriatria con propósito de determinar la prevalencia de los síndromes geriátricos y su repercusión socio-familiar. Considerando que los síndromes geriátricos son situaciones de enfermedad expresadas por un conjunto de síntomas. En definitiva, son un conjunto de cuadros originados por la concurrencia de una serie de enfermedades que tienen su expresión a través de cuadros patológicos no encuadrados en las enfermedades habituales pueden ser causa o efecto de distintas afecciones, frecuentemente que correlacionan entre sí, y tienen grandes repercusiones en la morbilidad y mortalidad del anciano.

Por la presente YO _____ Identificado con Cédula de identidad y electoral (pasaporte) No. _____ en pleno uso de mis facultades mentales e intelectuales y con suficiente criterio para autorizar libre y voluntariamente a la: **DRA. ANA DIGNA ACOSTA ÁNGELES** portadora de la cedula de identidad y electoral 001-0245216-6 para realizar dicha investigación en su consultorio.

La **DRA. ANA DIGNA ACOSTA ÁNGELES** me ha explicado la naturaleza, beneficio y propósitos de este estudio. Certifico que he leído, comprendo perfectamente y acepto lo anterior y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre albedrío.

Fecha: _____ Firma del Paciente: _____
Cédula de identidad y Electoral (pasaporte) No. _____

Firma del familiar, acudiente o persona responsable: _____
Cédula de identidad y electoral (pasaporte) No. _____
Grado de Parentesco _____

Firma del médico: _____
DRA. ACOSTA



Instrumento de Recolección de la Información

Formulario EMCR / EFCR

Prevalencia de síndrome geriátrico en una consulta privada de Geriatria.

Servicio de Geriatria

Nombre _____ Fecha _____

Edad _____ # Record _____ Cama _____

Escala de Incapacidad Física de la Cruz Roja

Grados / Situación funcional

Grado _____

0 Totalmente normal

1 Realiza las actividades de la vida diaria.

- Deambula con alguna dificultad.

2 Alguna dificultad para realizar los actos de la vida diaria.

- Deambula con ayuda de un bastón o similar

3 Grave dificultad para realizar los actos de la vida diaria.

- Deambula con dificultad ayudado por una persona.

-Incontinente ocasional.

4 Necesita ayuda para casi todas las actividades de la vida diaria.

-Deambula con extrema dificultad ayudado por dos personas.

-Incontinente habitual.

5 Dependiente total.

-Inmovilidad en cama o sillón

-Necesita cuidados. continuos de enfermería.

Escala de Incapacidad Mental de la Cruz Roja

Grados / Situación mental y funcional

Grado _____

0 Totalmente normal

1 Ligera desorientación en el tiempo.

-Mantiene correctamente una conversación

2 Desorientación en el tiempo.

-Conversación posible, pero no perfecta.

-Trastornos de carácter.

-Incontinencia Ocasional.

3 Desorientación.

-No puede mantener una conversación lógica.

-Confunde a las personas.

-Claros trastornos del humor.

-Frecuente incontinencia.

4 Desorientación.

-Claras alteraciones mentales

-Incontinencia habitual o total.

5 Vida vegetativa, con o sin agresividad.

-Incontinencia total.



Instrumento de Recolección de la Información Formulario CAM –ICU

Prevalencia de síndrome geriátrico en una consulta privada de Geriátría.

DRA. ANA DIGNA ACOSTA
Servicio de Geriátría

Nombre _____ Fecha _____
Edad _____ # Record _____ Cama _____

Escala CAM-ICU

Criterios y descripción del CAM-ICU

1. Inicio agudo o curso fluctuante Ausente Presente

A. ¿Hay evidencia de un cambio agudo en el estado mental sobre el estado basal?

B. ¿Ha fluctuado el comportamiento (anormal) en las últimas 24 horas, es decir, tiende a aparecer y desaparecer, o aumenta y disminuye en severidad evidenciado por la fluctuación en una escala de sedación (p.e. RASS), Escala de Glasgow, o evaluación previa del delirio?

2. Inatención Ausente Presente

¿Tuvo el paciente dificultad para fijar la atención, evidenciada por puntajes menores a 8 en cualquiera de los componentes visual o auditivo del Examen de Tamizaje para la Atención (ASE)?

3. Pensamiento desorganizado Ausente Presente

¿Hay evidencia de pensamiento desorganizado o incoherente evidenciado por respuestas incorrectas a 2 o más de las 4 preguntas, y/o incapacidad para obedecer órdenes?

Preguntas (Alternar grupo A y grupo B):

Grupo A Grupo B

1. ¿Podría flotar una piedra en el agua? 1. ¿Podría flotar una hoja en el agua?
2. ¿Existen peces en el mar? 2. ¿Existen elefantes en el mar?
3. ¿Pesa más una libra que dos libras? 3. ¿Pesan más dos libras que una libra?
4. ¿Se puede usar un martillo para pegarle a un clavo? 4. ¿Se puede usar un martillo para cortar madera?

Otros:

1. ¿Tiene usted algún pensamiento confuso o poco claro?
2. Muestre esta cantidad de dedos. (El examinador, muestra dos dedos enfrente del paciente)
3. Ahora repita lo mismo con la otra mano. (Sin repetir el mismo número de dedos)

4. Nivel de conciencia alterado Ausente Presente

¿Tiene el paciente un nivel de conciencia diferente al estado de *alerta*, tales como *vigilante*, *letárgico* o *estupor*? (p.e. RASS diferente a «0» al momento de la evaluación)

Alerta: Espontánea y plenamente consciente del medio ambiente e interactúa apropiadamente
Vigilante: Hiperalerta

Letárgico: Somnoliento pero fácil de despertar, no consciente de algunos elementos del medio ambiente, o no interactúa de manera apropiada y espontánea con el entrevistador, llega a estar plenamente consciente e interactúa apropiadamente con estímulos mínimos

Estupor: Incompletamente consciente cuando es estimulado fuertemente; puede ser despertado únicamente con estímulos vigorosos y repetidos, y tan pronto como el estímulo cesa, vuelve al estado de no respuesta

CAM-ICU general (Criterios 1 y 2 y cualquiera de los criterios 3 ó 4)



**Instrumento de Recolección de la Información
Formulario NORTON**

Prevalencia de síndrome geriátrico en una consulta privada de Geriátria.

**DRA. ANA DIGNA ACOSTA ÁNGELES
SERVICIO DE GERIATRIA**

VALORACION DE RIESGO DE ULCERA POR PRESIÓN

ESCALA DE NORTON

Nombre: _____ **Edad** _____

Estado general		Estado Mental		Actividad		Movilidad	
Bueno	4	Alerta	4	Deambula	4	Completa	4
Regular	3	Apático	3	Camina con ayuda	3	Lig. Limit.	3
Pobre	2	Confuso	2	Permanece sentado	2	Muy limit.	2
Muy malo	1	Estuporoso	1	Permanece en cama	1	Inmóvil	1

Incontinencia

No 4

Ocasional 3

Urinaria 2

Mixta 1

Menores 12 puntos: alto riesgo de desarrollar UP

Entre 12-15: moderado.

Mayor de 15: bajo riesgo.



Instrumento de Recolección de la Información Formulario INDICE DE BARTHEL

Prevalencia de síndrome geriátrico en una consulta privada de Geriatria.
DRA. ANA DIGNA ACOSTA
Servicio de Geriatria

Nombre _____ Fecha _____
Edad _____ # Record _____ Cama _____
Índice de Barthel Total _____

Alimentación

10 Independiente. Capaz de usar Cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable.

5 Ayuda. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, etc.

0 Dependiente.

Baño

5 ducha o baño. Entra y sale del baño sin una persona presente.

0 Dependiente.

Vestido

10 Independiente. Se viste, se desnuda y ajusta la ropa. Se ata los zapatos. Se pone braguero o corsé, si lo precisa.

5 Ayuda. Necesita ayuda, pero al menos la mitad de las tareas las realiza en un tiempo razonable.

0 Dependiente.

Aseo Personal

5 Independiente. Se lava la cara, manos y dientes. Se afeita y maneja el enchufe si usa una máquina eléctrica.

0 Dependiente.

Deposición

10 Continente. No presenta episodios de incontinencia. Si necesita enemas o supositorios, se arregla solo.

5 Incontinencia Ocasional. Episodios ocasionales o necesita ayuda para usar enemas o supositorios.

0 Incontinente.

Micción

10 Continente. No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, atiende a su cuidado.

5 Incontinente Ocasional. Episodios Ocasionales Necesita ayuda en el uso de sonda o colector.

0 Incontinente.

Uso del Retrete

10 Independiente. Usa el retrete o cuña. Se sienta, solevanta solo o con barras. Se limpia y se pone la ropa solo.

5 Ayuda. Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse o ponerse y quitarse la ropa.

0 Dependiente.

Traslado Sillón Cama

15 Independiente. No necesita ninguna ayuda, Si usa silla de ruedas, lo hace independientemente.

10 Mínima Ayuda. Necesita una mínima ayuda o supervisión.

5 Gran Ayuda. Es capaz de sentarse, pero necesita mucha ayuda, asistencia para el traslado.

0 Dependiente.

Deambulación

15 Independiente. Camina 50 metros independientemente o con ayuda (bastón, andador o similar)

10 Ayuda. Puede caminar al menos 50 metros, pero necesita ayuda o supervisión.

5 Independiente. SILLA DE RUEDAS. Propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros.

0 Dependiente.

Escalera

10 Independiente. Sube o baja escaleras sin supervisión aunque use barandillas o instrumentos de apoyo.

5 Ayuda. Necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras.

0 Dependiente.

Resultado Grado de dependencia

< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente



Instrumento de Recolección de la Información
Formulario MINI NUTRICIONAL ASSEMENT

Prevalencia de síndrome geriátrico en una consulta privada de Geriátria.

DRA. ANA DIGNA ACOSTA ANGELES
Servicio de Geriátria

Nombre _____ Cama _____
Fecha _____ Edad _____ # Record _____

Mini Nutricional Assessment

Medidas Antropométricas

1. Índice de masa corporal SI/NO

<19=0.

19-21=1.

21-23=2.

>23=3.

Dos o más platos de granos o huevos a la semana.

SI/NO

2. Circunferencia del brazo (cm).

<21 =0.

21-22=0,5.

>22=1.

Carne, Pescado, pollo cada día

SI/NO

3. Circunferencia de pantorrilla

<31=0.

>31=1.

0-1SI=0

2 SI=0,5.

3 SI=1.

13. Consume dos o más piezas de fruta al día.

No= 0 SI= 1

14. Pérdida de peso en los últimos tres meses.

Pérdida severa = 0.

Pérdida moderada = 1.

No pérdida = 2.

15. Ingesta líquida al día.

Menos de 3 vasos = 0.

De 3 a 5 vasos = 0,5.

Más de 5 vasos = 1.

16. Modo de ingesta.

Incapaz sin ayuda = 0.

Solo con dificultad = 1.

Solo sin problemas = 2.

4. Pérdida de peso en 3m.

>3Kg= 0.

Desconocido = 1.

1-3=2.

Sin pérdida = 3.

VALORACIÓN GENERAL

5. Vive independiente

No=0 Sí=1.

6. Más de 3 medicinas/día

Sí=0 No=1.

7. Enfermedad aguda o estrés

Psicológico en los últimos 3 meses.

Sí=0 No=2.

8. Movilidad

Encamado o silla =0.

Se levanta pero no sale a la calle =1.

Sale a la calle =2.

9. Problema neuropsiológico

Demencia severa o depresión =0.

Demencia leve = 1.

No problemas = 2.

10. Ulceras por presión

Sí = 0 No = 1.

11. Comidas completas al día

1 comida =0.

2 comida =1.

3 comida=2.

12. Consumo de marcadores de ingesta de proteínas.

Al menos 1 derivado de la leche al día

AUTOVALORACIÓN

17. Se ven a si mismos con problemas nutricionales

Severo = 0

No sabe o moderados = 1

Sin problemas = 2.

18. En relación con otra gente de la misma edad, como considera su estado de salud.

No tan buena= 0 No sabe = 0,5.

Tan buena = 1 Mejor =2.

>24: bien nutrido

17-23,5: riesgo de malnutrición

<17: Malnutrido



**Instrumento de Recolección de la Información
Formulario SINDROME DEL CUIDADOR**

Prevalencia de síndrome geriátrico en una consulta privada de Geriatria.

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Cada ítem se valora así:

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, y de "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56.

XII.3. Costos y recursos

IX.3.1. Humanos			
<ul style="list-style-type: none"> • 1 sustentante • 1 asesor (metodológico y clínico) • Personal médico calificado en número de cuatro • Personas que participaron en el estudio 			
IX.3.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)	2 resmas	80.00	240.00
Lápices	2 unidades	3.00	36.00
Borras	2 unidades	4.00	24.00
Bolígrafos	2 unidades	3.00	36.00
Sacapuntas	2 unidades	3.00	18.00
Computador Hardware: Pentium III 700 Mhz; 128 MB RAM; 20 GB H.D.; CD-ROM 52x Impresora HP 932c Scanner: Microteck 3700 Software: Microsoft Windows XP Microsoft Office XP MSN internet service Omnipage Pro 10 Dragon Naturally Speaking Easy CD Creator 2.0 Presentación: Sony SVGA VPL-SC2 Digital data projector			
Cartuchos HP 45 A y 78 D	2 unidades	600.00	1,200.00
Calculadoras	1 unidad	75.00	75.00
Libro de Metodología de la Investigación	1 unidad	500.00	500.00
IX.3.3. Información			
Adquisición de libros Revistas Otros documentos Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			
IX.3.4. Económicos*			
Papelería (copias)	400 copias	1.00	400.00
Encuadernación	03 informes	500.00	1,500.00
Alimentación			1,200.00
Transporte			4,000.00
Inscripción al curso de Metodología de la Investigación			6,000.00
Inscripción de la tesis			10,000.00
Imprevistos			600.00
Investidura			10,000.00
Total			\$32,219.00

*Los costos totales de la investigación fueron cubiertos por la sustentante.

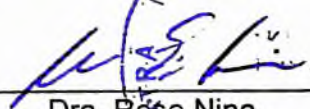
XII.4. Evaluación


Sustentantes


Dra. Ana Digna Acosta Angeles

Asesores

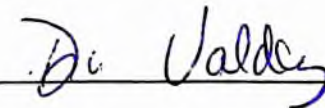

Dra. Claridania Rodriguez
(Asesor Metodológico)


Dra. Rose Nina
(Asesor Clínico)



Jurado






Autoridades



Dr. Ernesto Rodriguez
Jefe de Enseñanza




Dr. Fiammy Rodriguez
Coord. Residencia Geriátrica




Dr. José Javier Asilis Zaiter
Decano Facultad Ciencias de la Salud (UNPHU)



Fecha de presentación
Calificación

7/5/2015

96