

SALUD DEL ADULTO MAYOR

Dr. Gabriel Battistella

SALUD DEL ADULTO MAYOR

INTRODUCCION

La población mayor de 65 años es el grupo etáreo que más crecimiento demográfico presenta, con relación a los otros grupos.

Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo.

El cambio demográfico será más rápido e intenso en los países de ingresos bajos y medianos.

Datos para reflexionar acerca del envejecimiento

La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados.

Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo.

El cambio demográfico será más rápido e intenso en los países de ingresos bajos y medianos.

Por ejemplo, tuvieron que transcurrir 100 años para que en Francia el grupo de habitantes de 65 años o más se duplicara de un 7% a un 14%. Por el contrario, en países como el Brasil y China esa duplicación ocurrirá en menos de 25 años.

Habrá en el mundo más personas octogenarias y nonagenarias que nunca antes.

Por ejemplo, entre 2000 y 2050 la cantidad de personas de 80 años o más aumentará casi cuatro veces hasta alcanzar los 395 millones. Es un acontecimiento sin precedentes en la historia que la mayoría de las personas de edad madura e incluso mayores tengan unos padres vivos, como ya ocurre en nuestros días. Ello significa que una cantidad mayor de los niños conocerán a sus abuelos e incluso sus bisabuelos, en especial sus bisabuelas. En efecto, las mujeres viven por término medio entre 6 y 8 años más que los hombres.

El hecho de que podamos envejecer bien depende de muchos factores.

La capacidad funcional de una persona aumenta en los primeros años de la vida, alcanza la cúspide al comienzo de la edad adulta y, naturalmente, a partir de entonces empieza a declinar. El ritmo del descenso está determinado, al menos en parte, por nuestro comportamiento y las cosas a las que nos exponemos a lo largo de la vida. Entre ellas cabe mencionar lo que comemos, la actividad física que desplegamos y nuestra exposición a riesgos como el hábito de fumar, el consumo nocivo de alcohol o la exposición a sustancias tóxicas.

Incluso en los países pobres, la mayoría de las personas de edad mueren de enfermedades no transmisibles.

Incluso en los países pobres, la mayoría de las personas de edad mueren de enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías, el cáncer y la diabetes, en vez de infecciones y parasitosis. Además, es frecuente que las personas mayores padezcan varios problemas de salud al mismo tiempo, como diabetes y cardiopatías.

En todo el mundo, muchas personas de edad avanzada están en riesgo de ser maltratadas.

En los países desarrollados, entre un 4% y un 6% de las personas mayores han sufrido alguna forma de maltrato en casa. En los centros asistenciales como los asilos, se cometen actos abusivos como maniatar a los pacientes, atentar contra su dignidad (por ejemplo, al no cambiarles la ropa sucia) y negarles

premeditadamente una buena asistencia (como permitir que se les formen úlceras por presión). El maltrato de los ancianos puede ocasionar daños físicos graves y consecuencias psíquicas de larga duración.

La necesidad de asistencia a largo plazo está aumentando.

Se pronostica que de aquí al año 2050 la cantidad de ancianos que no pueden valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo. Muchos ancianos de edad muy avanzada pierden la capacidad de vivir independientemente porque padecen limitaciones de la movilidad, fragilidad u otros problemas físicos o mentales. Muchos necesitan alguna forma de asistencia a largo plazo, que puede consistir en cuidados domiciliarios o comunitarios y ayuda para la vida cotidiana, reclusión en asilos y estadías prolongadas en hospitales.

A medida que las personas viven más tiempo, en todo el mundo se producirá un aumento espectacular de la cantidad de casos de demencia, como la enfermedad de Alzheimer.

El riesgo de padecer demencia aumenta netamente con la edad y se calcula que entre un 25% y un 30% de las personas de 85 años o más padecen cierto grado de deterioro cognoscitivo. En los países de ingresos bajos y medianos los ancianos aquejados de demencia por lo general no tienen acceso a la atención asequible a largo plazo que su afección puede requerir. Muchas veces, la familia no recibe ayuda gubernamental para ayudar a cuidar de estos pacientes en casa.

En las emergencias, las personas mayores pueden ser especialmente vulnerables.

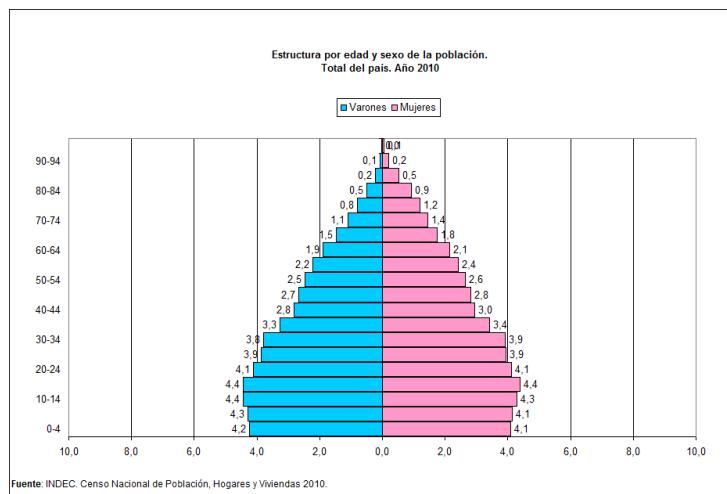
Cuando las comunidades son desplazadas por desastres naturales o conflictos armados, puede ocurrir que los ancianos sean incapaces de huir o de viajar grandes distancias, por lo cual se los abandona. Por el contrario, en muchas situaciones estas personas pueden ser un recurso valioso para sus comunidades y en la prestación de la ayuda humanitaria cuando se involucran como líderes comunitarios.

Se calcula que un médico de atención primaria dedica aproximadamente el 50% de su tiempo a esta población.

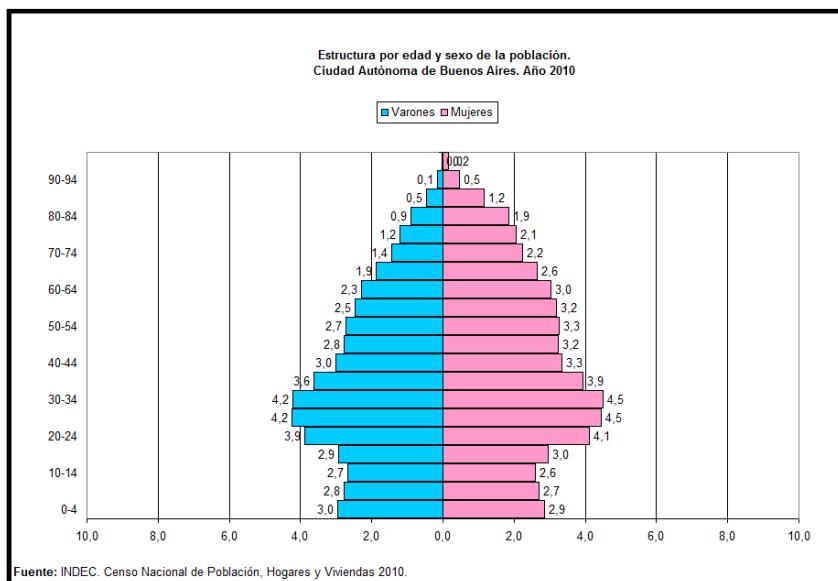
Veamos en Argentina la situación que nos muestra el censo 2010

Edad	Población total
Total	40.117.096
0-4	3.337.652
5-9	3.381.219
10-14	3.503.446
15-19	3.542.067
20-24	3.300.149
25-29	3.130.509
30-34	3.098.713
35-39	2.678.435
40-44	2.310.775
45-49	2.196.350
50-54	2.042.993
55-59	1.868.950
60-64	1.621.190
65-69	1.293.061
70-74	1.015.897
75-79	801.660
80 y más	994.030

La pirámide poblacional es la siguiente



Vemos una pirámide con sus bases aplanas y rectangularizándose.
En las ciudades esta rectangularización es más evidente como vemos en el siguiente gráfico



Veamos cómo evolucionó la población en Argentina desde el año 1970 al 2010 en la siguiente tabla

Provincia	1970			2010 ⁽¹⁾		
	Porcentaje de población de 65 años y más ⁽²⁾			Porcentaje de población de 65 años y más ⁽²⁾		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Total del país	7,0	6,4	7,6	10,2	8,6	11,8
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	11,8	10,1	13,2	16,4	13,0	19,3
Buenos Aires	7,0	6,4	7,5	10,7	8,9	12,4
Catamarca	6,5	6,4	6,6	7,9	6,8	9,0
Chaco	4,4	4,9	3,8	7,0	6,1	7,8
Chubut	3,6	3,6	3,7	7,4	6,5	8,3
Córdoba	6,5	6,2	6,9	11,2	9,3	12,9
Corrientes	5,5	4,7	6,3	7,9	6,9	8,8
Entre Ríos	6,8	6,4	7,2	10,3	8,5	12,0
Formosa	2,8	2,8	2,7	7,0	6,6	7,4
Jujuy	3,4	3,3	3,5	7,2	6,6	7,8
La Pampa	6,5	6,9	6,1	11,2	9,8	12,6
La Rioja	6,2	5,6	6,8	7,2	6,3	8,0
Mendoza	5,1	4,7	5,4	10,3	8,8	11,6
Misiones	3,8	4,0	3,6	6,3	5,8	6,7
Neuquén	3,2	3,0	3,4	6,6	5,9	7,2
Río Negro	4,3	4,3	4,4	8,5	7,7	9,3
Salta	3,7	3,3	4,1	7,0	6,4	7,6
San Juan	4,9	4,5	5,3	8,7	7,5	9,8
San Luis	5,8	5,2	6,5	8,7	7,6	9,8
Santa Cruz	3,5	3,9	3,0	5,3	4,7	5,9
Santa Fe	8,0	7,6	8,4	11,8	9,6	13,8
Santiago del Estero	5,8	5,3	6,3	7,7	6,8	8,5
Tierra del Fuego, Antártida e Islas A:S	2,2	2,0	2,5	3,8	3,4	4,3
Tucumán	5,1	4,7	5,6	8,0	6,9	9,1

Envejecimiento poblacional. Comparación población mayor de 65 años 1970-2010

CONTENIDOS

1. Valoración del paciente adulto mayor
2. Envejecimiento.
3. Presentación de las enfermedades en el adulto mayor.
4. Control de salud en el adulto mayor.
5. Examen médico.
6. Evaluación de la función cognitiva.
7. Evaluación de la depresión.
8. Evaluación del alcoholismo.
9. Evaluación del soporte social.
10. Evaluación funcional del adulto mayor.

1. VALORACIÓN DEL PACIENTE ADULTO MAYOR.

¿Cuáles son los puntos a tener en cuenta en la valoración de un paciente adulto mayor?

Abordar a un paciente adulto mayor es diferente que a un adulto joven.

Por un lado la información sobre geriatría que está disponible en los libros de medicina es ínfima. Los principales síndromes clínicos están descriptos en gente joven. Es muy raro que un anciano con peritonitis tenga un abdomen en tabla ya que no tiene pared muscular suficiente, o que una neumonía se presente con fiebre y dolor en puntada de costado.

Por otro lado las características del paciente anciano son diferentes. Muchas veces para poder consultar a un profesional requiere poner en marcha todo un mecanismo de ayuda, que por no querer causar molestias los trae a la consulta tardíamente. Con la edad avanzada el número de patologías crónicas que padecen interactúan entre sí y son factores confundidores de la problemática aguda.

Por ejemplo un síndrome gripal puede descompensar su insuficiencia cardíaca, disminuir el flujo cerebral y la familia consulta por deterioro del sensorio.

Todas estas características hacen que para abordar un paciente anciano hay que realizar una valoración funcional que debe comprender:

- Patologías crónicas y agudas.
- Impacto funcional de las enfermedades.
- Medicaciones.
- Medidas preventivas
- Estado nutricional
- Valoración del estado cognitivo
- Valoración de la visión, audición.
- Valoración de la marcha y el equilibrio
- Estado emocional.
- Red de ayuda, asistencial, económica y social.
- En caso de discapacidades, evaluar las posibilidades de rehabilitación.

2. ENVEJECIMIENTO

¿QUE ES Y CUANDO COMIENZA EL ENVEJECIMIENTO?

El envejecimiento afecta a todas las razas y especies. Cualquier organismo empieza a envejecer cuando disminuye su *vitalidad* y por lo tanto aumenta proporcionalmente su *vulnerabilidad* siendo esto *irreversible*.

El envejecimiento es un proceso por el cual comienza una progresiva disminución funcional, con aumento de la vulnerabilidad y falta de respuesta al estrés

Como esto es un proceso decreciente comienza a partir que el individuo alcanza su máxima efectividad en el medio. Se estima que comienza a los 30 años, con una pérdida funcional de 1% anual. Hay hipótesis que este declive funcional comienza cuando desciende la secreción de hormona del crecimiento

Tercera edad o ancianidad: se considera a partir de los 65 años. En países desarrollados a partir de los 75 años.

El envejecimiento involucra cambios fisiológicos que impactan en la vida cotidiana.

Ejemplos:

- Disminución global de la inmunidad.
- Enlentecimiento motor, espasticidad, rigidez
- Alteración de la composición corporal, aumento en la grasa corporal.
- Cambios farmacocinéticas y farmacodinámicos asociados.
- Disminución de la función renal 8 ml/1,73 m² por década a partir de los 50 años.
- Caída de la capacidad vital 26 ml al año en no fumadores a partir de los 30 años.
- Cambios en la función sexual. Cambios tróficos en la piel
- Disminución de la elasticidad del tórax.
- Atrofia de las papilas gustativas Atrofia de las fibras olfatorias.
- Atrofia de la mucosa gástrica.
- Disminución de la producción de hormonas sexuales (estrógenos y testosterona).
- Pérdida de memoria reciente, deterioro de la capacidad de aprender.
- Hipotensión ortostática.
- Hipotermia.
- Disminución del tacto.
- Xerostomía (boca seca).

3 ¿CÓMO SE PRESENTAN LAS ENFERMEDADES EN LOS ADULTOS MAYORES?

Por varias características la presentación de las enfermedades en el adulto mayor es distinta. Muchos autores mencionan la “**presentación atípica**” de las enfermedades en los ancianos.

Pero esta definición no es apropiada porque está basada en la presentación de las enfermedades en el adulto joven. El anciano muestra su enfermedad como puede, según las reservas que posea para reaccionar ante ella. Sería más apropiada definirla como una “**presentación diferente**”. Una enfermedad puede precipitar la otra, como por ejemplo una neumonía puede precipitar la insuficiencia cardíaca.

Otra característica a tener en cuenta es que siempre que haya una disminución en la capacidad funcional sin una causa obvia hay que pensar en una enfermedad subyacente.

Podemos citar algunas de las características que hacen diferente la presentación de las enfermedades:

Presencia de múltiples enfermedades: generalmente crónicas, los ancianos entre los 65 y 75 años tienen aproximadamente 4,6 condiciones crónicas por persona.

Gigantes de la geriatría: son entidades que no conforman un síndrome pero que le quitan independencia al adulto mayor. Dentro de estas entidades encontramos inmovilidad, incontinencia urinaria, inestabilidad postural y deterioro intelectual.

Polifarmacia: un adulto mayor consume de 4 a 6 medicamentos en promedio
El 17% de los ingresos hospitalarios se deben a reacciones adversas.

Presentación silenciosa: hay una disminución en la respuesta al estrés.

Ausencia de un motivo único de consulta: lo que muchas veces hace difícil identificar un proceso agudo. Crisis social: son los pacientes que carecen de medios por lo que las estadías hospitalarias se prolongan demasiado.

Conclusión: *la evaluación del paciente adulto mayor debe ser multidimensional, diseñada para resolver los problemas médicos, evaluar la capacidad funcional y psicosocial, para llegar a alternativas terapéuticas globales, para lograr una correcta atención y optimización de los recursos.*

Evaluación multidimensional

Serie de test estructurados para evaluar:

- Situación económico social
- Capacidad funcional
- Estado mental (demencia) y afectivo (depresión)
- Evaluación física

Hay de 2 Tipos

- Poblacional (prevalencia de déficit para establecer políticas de salud)
- Individual o clínico

Estos test deben tener las siguientes características:

- Validación (tener sensibilidad y especificidad conocidas)
- Confiabilidad test y retest.
- Contribuyen a la exactitud diagnóstica (no son test diagnósticos)
- Contribuyen a la mejoría funcional
- Ahorran recursos

El resultado de la valoración multidimensional es lograr mayor efectividad. Esto se traduce en: lograr una reducción en la mortalidad, mayor precisión diagnóstica, mejoría del estado funcional, disminuir la hospitalización, disminuir la utilización de medicación innecesaria.

4. CONTROL DE SALUD

¿Cuál es el control que le debemos hacer a un paciente mayor de 65 años?

Dentro de las recomendaciones para las personas mayores de 65 años encontramos:

RASTREO

- Presión arterial
- Altura y peso
- Agudeza visual
- Agudeza auditiva
- Alcoholismo
- PAP (cada 1 a 3 años en mujeres sexualmente activas)
- Mamografía con o sin examen clínico (mujeres <69 años cada 1 o 2 años)
- Sangre oscura en materia fecal (anual) y/o rectosigmoidoscopía

INMUNIZACIONES

- Antineumocócica
- Antigripal
- Refuerzo de la doble

QUIMIOPROFILAXIS

- Plantear reemplazo hormonal en postmenopáusicas

CONSEJOS

- Abuso de sustancias: tabaco, alcohol, drogas
- Dieta y ejercicio
- Prevención de caídas
- Prevención de accidentes
- Cinturón de seguridad
- Salud dental: visitas periódicas al odontólogo
- Sexualidad: prevención de enfermedades de transmisión sexual

5. EXAMEN MÉDICO EN EL ADULTO MAYOR

- Anamnesis.

Se debe indagar sobre los problemas prevalentes. Con esta herramienta no siempre se puede contar ya sea por presentar deterioro de la memoria u otras funciones cognitivas, teniendo que recurrir a familiares, vecinos o cuidadores para lograr mayor precisión.

Se deben preguntar los antecedentes personales, hábitos tóxicos (alcohol, tabaco, drogas) y la medicación actual.

- Examen físico.

- **Tensión arterial:** si es normal, se debe medir anualmente en mayores de 65 años. Evaluar la hipotensión ortostática (caída de la tensión arterial sistólica de 20 mmHg o más o tensión arterial diastólica de 10 mmHg o más al levantarse)

- **Nutrición:** medir altura y peso: anualmente. Aproximadamente un 15% de los ancianos ambulatorios presentan desnutrición y cerca del 50% de los institucionalizados

Marcadores de malnutrición: pérdida de peso sin desecharlo mayor al 5% de su peso en 1 mes o 10% en 6 meses o 2,3 Kg en un mes o 4,6 Kg en 6 meses
Peso <90%: iniciar aporte nutricional.

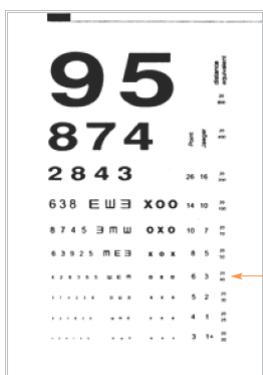
La altura suele disminuir de 5 a 7,5 cm con la edad.

- **Visión:** Evaluar agudeza visual, campo visual, y movimientos del ojo.
Más del 90% de los ancianos necesita anteojos.

Métodos de evaluación:

- Lectura de diarios permite tener una aproximación de la agudeza visual

Ortotipos de Snellen



- El test de Jagger a través de una planilla prediseñada para este fin completa la evaluación.

Las principales causas de déficit visual incluyen:

- Cambios en el cristalino
- Cambios en la retina
- Cambios en la córnea

Las patologías oculares de especial incidencia en el adulto mayor son:

- Cataratas
- Retinopatía
- Glaucoma
- Degeneración macular

- **Audición:** afecta a 1/3 de los mayores de 65 años, 2/3 mayores de 70 años, ¾ de los mayores de 80 años. Su déficit se asocia a: aislamiento, confusión, depresión.

Métodos de evaluación:

- El interrogatorio para detectar su presencia (observación directa y preguntas acerca de la dificultad para comprender las voces a mujeres y niños, dificultad para oír el teléfono o comprender lo que se dice en lugares ruidosos).
- El interrogatorio para reconocer la repercusión social del déficit.
- El examen otoscópico para buscar impactación de cerumen.
- Prueba de la agudeza auditiva (tictac de un reloj de pulso o frotamiento de los dedos en proximidad del pabellón auricular).
- Prueba de dificultades de comprensión a través de la “prueba del susurro” (incapacidad para repetir el 50% de diez palabras pronunciadas en susurro a 15 centímetros de distancia detrás del paciente).

El adulto mayor con déficit auditivo tiene que hacer frente a una serie de problemas psicológicos que son consecuencia de:

- Indiferencia progresiva hacia el mundo exterior.
- Interpretación de los sonidos del lenguaje.
- “Sólo oye lo que quiere oír” tiende a participar cuando la conversación es lenta o cuando el tema le es muy conocido.

Las principales causas del déficit auditivo en los adultos mayores son:

- Presbiacusia: dificultad progresiva para la audición.
- Aumento de la vellosoidad del oído externo.
- Aumento de la producción de cerumen.
- Disminución de la elasticidad de la membrana timpánica.

La detección de anomalías justifica la referencia para la audiometría

- **Motilidad:** evaluación de la motilidad de los brazos tanto proximal y distal y de las piernas
Método de evaluación:
Para brazos: llevar los brazos a la nuca y tomar un objeto.
Para piernas: ordenar al paciente que: se levante de la silla, camine hacia la puerta, dé la vuelta, vuelva y sentarse. Con esta prueba se evalúa también la marcha y el equilibrio.
- **Incontinencia urinaria.** Está presente entre un 15 a 30% de los ancianos ambulatorios y en hasta un 50% de los pacientes residentes en instituciones de tercer nivel.
- **Boca:** evaluar el estado de la dentadura, si utiliza prótesis observar que no le produzca lesiones y que el tamaño sea el adecuado, ya que el tamaño del maxilar disminuye con la edad. Buscar lesiones neoplásicas en la lengua y mucosa yugal.
- Rastreo de cáncer de mama hasta los 75 años. Consiste en el examen clínico y mamografía anual o bianual según el riesgo.

RASTREO RÁPIDO DE LAS CONDICIONES GERIÁTRICAS¹

Problema	Acción	Resultado positivo
Visión	Dos acciones: 1. Pregunte: ¿tiene Ud. dificultad para ver la televisión, leer o ejecutar cualquier actividad de la vida diaria a causa de su vista? 2. En caso afirmativo, evalúe una carta de Snellen con el uso de corrección óptica, si la tiene.	Respuesta afirmativa e incapacidad para leer > 20 / 40 en carta de Snellen.
Audición	Susurre al oído ¿me escucha Ud.? , de ambos lados.	No responde.
Movilidad de piernas	Tome el tiempo luego de pedir al sujeto: "Levántese de la silla, camine 5 metros rápidamente, de la vuelta y vuelva a sentarse".	Incapaz de completar la tarea en 15 segundos o menos.
Incontinencia urinaria	Dos partes: 1. Pregunte: ¿en el último año, alguna vez se ha mojado al perder involuntariamente orina? 2. De ser así pregunte: ¿ha perdido involuntariamente orina en al menos 6 días diferentes?	Respuesta afirmativa a las dos preguntas.
Nutrición, pérdida de peso	Dos partes: 1. Pregunte: ¿ha perdido Ud., involuntariamente, 4.5 kg (10 lb) o más en los últimos 6 meses. 2. Pese al paciente.	Respuesta afirmativa o peso < de 45.5 kg ² .
Memoria	Mencione tres objetos: árbol, perro y avión. Al cabo de un minuto pida que recuerde los tres objetos mencionados.	Incapaz de recordar los tres objetos.
Depresión	Pregunte: ¿Se siente Ud. triste o deprimido?	Respuesta afirmativa.
Incapacidad física	Seis preguntas. ¿Es Ud. capaz de: 1. ejecutar acciones pesadas como andar en bicicleta o caminar rápidamente? 2. realizar tareas pesadas en el hogar como lavar ventanas, pisos o paredes? 3. salir de compras? 4. ir a lugares a donde tenga que tomar algún medio de transporte? 5. bañarse solo, en bañadera o ducha ? 6. vestirse sin ayuda alguna?	Respuesta negativa a cualquiera de las preguntas.

Cuadro modificado a partir de Moore AA, Su AI, "Screening for common problems in ambulatory elderly: clinical confirmation of a screen instrument." Am J Med 1996, 100:440-5, en "10-minute Screener for Geriatric Conditions", página 137 de Reuben, D et al. Geriatrics At Your Fingertips, 1998/99 Edition, American Geriatrics Society, Belle Mead, NJ: Excerpta Medica, Inc., 1998.

6. EVALUACION DE LA FUNCION COGNITIVA

La demencia está presente en un 2,5 a 5% de los mayores de 65 años y en un 14% de los mayores de 75 años.

Se define como demencia a la pérdida de capacidad intelectual en forma irreversible mayor a 6 meses.

UN TEST ALTERADO NO HACE EL DIAGNOSTICO DE DEMENCIA, sino que es el gatillo para un estudio más completo y un seguimiento continuo por este tema.

Minimental test.

Valoración de la función cognitiva: el minimental test o test de Folstein es una de las herramientas disponibles para la evaluación cognitiva.

- Permite detectar deterioro cognitivo y documentar cambios en el transcurso del tiempo
- Es el más utilizado
- No se puede usar en:
 - Alteración de la conciencia
 - Mal manejo del idioma
- No es recomendable en nivel educativo igual o menor a 8 años
- Verificar problemas auditivos y visuales previamente
- Considerar la forma en que responde
- Puntaje bajo no es sinónimo de demencia

El test evalúa las siguientes condiciones:

ORIENTACION

Número y día de la semana, mes, año, estación.
Lugar donde está.

REGISTRO.

Nombrar tres palabras lentamente, hacer repetir al paciente y que la recuerde.

ATENCION Y CALCULO

Repetir múltiplos de 7 de atrás hacia delante
Deletear de atrás hacia delante cualquier palabra de 5 letras.

MEMORIA

Repetir las tres palabras anteriores

LENGUAJE

Mostrar al paciente un lápiz y un reloj, y preguntarles sus nombres
Repetir tres veces: tres perros en un trigal
Indicar una orden simple
Lea y obedezca
Copie este dibujo



Recomendaciones:

- Rastreo y necesidad de evaluaciones futuras.
- Divide la demencia en niveles de severidad
- Debería usarse en personas con por lo menos 8 años de estudio
- Pierde sensibilidad para trastornos leves
- No sirve como único diagnóstico de demencia.

Mini-Mental State Examination (MMSE)**ORIENTACIÓN**

¿En qué número y día de la semana, mes, año y estación estamos?	5
¿Dónde está Ud. ahora? (lugar, hospital, ciudad, provincia, país).	5

REGISTRO

Nombrar tres objetos lentamente. EJ: casa, zapato, papel.	3
---	---

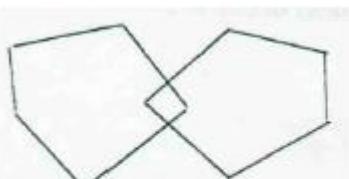
ATENCIÓN Y CALCULO

Múltiplos de siete de atrás hacia delante: 93 86 79 72 65	5
Deletrear de atrás hacia delante la palabra mundo.	

MEMORIA

Repetir los objetos nombrados anteriormente (casa, zapato, papel).	3
--	---

LENGUAJE

Mostrar un lápiz y un reloj, preguntar sus respectivos nombres	2
Repetir: tres perros en un trigal.	1
Indicar: Tome el papel con su mano derecha, doblelo a la mitad y póngalo en el suelo.	3
Lea y obedezca lo siguiente: -CIERRE LOS OJOS-	1
Escriba una oración.	1
Copie este dibujo	1
	
Puntuación total:	30

Interpretación

- Puntaje igual o menor a 23 deterioro cognitivo (S 87% E 82%)
- Según severidad:
 - 24-30: ausencia o deterioro leve
 - 18-23: deterioro medio
 - Menor o igual a 17: deterioro severo
- Según nivel educativo:
 - Terciario completo: 24 o más
 - Secundario completo: 23 o más
 - Igual o menor a 8 años: 21 o más
- Según edad:
 - 40-49: 28 o más
 - 50-59: 26 o más
 - 60-79: 25 o más
 - 80-89: 24 o más

Desventajas:

- Menor sensibilidad deterioro leve
- Falla en discriminar demencia leve de sanos
- Insensible para detectar déficit lenguaje leve
- Disminución sensibilidad para objetivar progreso del deterioro en paciente ya dementizado
- Contenido muy verbal con pocos ítems que evalúan capacidades visuoespaciales (indicadores precoces de enf Alzheimer) y praxis construccionales

Escala Pfeffer

La Escala Pfeffer (Portable Functional Assessment Questionnaire). Instrumento que complementa la evaluación del estado cognitivo con información que es obtenida de un familiar o cuidador del paciente.

Instrucciones:

Muéstrelle al informante una tarjeta con las siguientes opciones y lea las preguntas. Anote la puntuación como sigue:

Si es capaz	0
Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo	1
Con alguna dificultad, pero puede hacerlo	1
Nunca lo ha hecho y tendría dificultad ahora	2
Necesita ayuda	2
No es capaz	3

1. ¿Es (nombre del paciente) capaz de manejar su propio dinero?
2. ¿Es (nombre) capaz de hacer las compras sólo?
3. ¿Es (nombre) capaz de calentar el agua para el café o el té y apagar la estufa?
4. ¿Es (nombre) capaz de preparar la comida?
5. ¿Es (nombre) capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos y de lo que pasa en el vecindario?
6. ¿Es (nombre) capaz de poner atención, entender y discutir un programa de radio, televisión o un artículo de periódico?
7. ¿Es (nombre) capaz de recordar compromisos y acontecimientos familiares?
8. ¿Es (nombre) capaz de administrar o manejar sus propios medicamentos?
9. ¿Es (nombre) capaz de andar por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa?
10. ¿Es (nombre) capaz de saludar a sus amigos adecuadamente?
11. ¿Es (nombre) capaz de quedarse solo en la casa sin problema?
TOTAL =

Sume las respuestas correctas de acuerdo a la puntuación indicada y anote.

La puntuación máxima es de 33 puntos.

Si la suma es de 6 puntos o más, sugiere déficit cognitivo.

SET TEST

- Es una herramienta que se puede utilizar en personas analfabetas. Se solicita al paciente que diga una serie de colores, animales, ciudades y frutas sin repeticiones.
- Para cada serie se le da 1 minuto.
- Se anota las series en el test, se considera que un adulto normal debe contestar más de 29 elementos, con menos de 27 se considera deterioro.
- Tiene una sensibilidad del 79 % y una especificidad del 82%.
-

Instrucción: Pida al paciente que nombre, sin parar hasta que le diga basta, series de (1) colores, (2) animales, (3) frutas y (4) ciudades, durante un minuto. Cambie de serie cuando haya nombrado 10 sin repetir y todavía no haya transcurrido el minuto.

COLORES	Total
ANIMALES	Total
FRUTAS	Total
CIUDADES	Total
Total	

Normalidad Adultos: 29 o más Personas mayores de 65 años: 27 o más

TEST DEL RELOJ

- Aporta información sobre praxis construccionales y alteraciones viso espaciales
- Evalúa:
 - Ejecución motora
 - Atención
 - Comprensión del lenguaje
 - Conocimiento numérico
- Detecta lesiones hemisferios cerebrales:
 - Derecho: trastornos viso espaciales
 - Izquierdo: defectos ejecutivos motores, deficiencias en comprensión y lenguaje, trastornos de representación mental de figuras
- Sensibilidad: 75%; Especificidad: 94%

Hay que pedir al paciente que dibuje un reloj, y que lo haga en los siguientes pasos:

1. "Dibuje primero la esfera, redonda y grande".
2. "Ahora coloque dentro de ella los números correspondientes a las horas del reloj, cada uno en su sitio".
3. "Dibuje ahora las manecillas del reloj, marcando las once y diez".

La puntuación se lleva a cabo como sigue:

- Si coloca el número 12 en su sitio, tres puntos.
- Dos puntos más si ha escrito 12 números exactamente.
- Otros dos puntos si dibuja dos manecillas exactamente.
- Y dos puntos más si marca la hora exacta.

	Puntos
Capacidad para recordar los nombres de las personas más allegadas (parientes, amigos).	
Recordar cosas que han sucedido recientemente, en los últimos 2 o 3 meses (noticias, cosas propias o de sus familiares).	
Recordar de que se habló en una conversación mantenida unos días atrás.	
Olvidar lo que se ha dicho unos minutos antes, pararse en la mitad de la frase y no saber lo que iba a decir, repetir lo que ha dicho hace un rato.	

El resultado se considera normal si el paciente obtiene un mínimo de 7 puntos.

Test del Informador (Tin) corto

- Es un instrumento que se le realiza a la persona más próxima (puede ser un familiar o al cuidador).
- Se le pide que recuerde como era el paciente antes (hace 5 o 10 años) y que compare si ha cambiado su capacidad en algunos de los aspectos del cuestionario.
- Consta de 17 preguntas solicitando que responda con una escala de liker de 5 puntos (1: Ha mejorado mucho, 2: Ha mejorado un poco, 3: Casi sin cambios, 4: Ha empeorado un poco, 5: Ha empeorado mucho).
- El puntaje máximo puede ser 85, un puntaje mayor a 57 indica probable Deterioro Cognitivo.
- Tiene una sensibilidad de 86% y una especificidad del 91 %.

Recordar la fecha en que vive.	
Conocer el lugar exacto de los armarios de su casa y donde se guardan las cosas.	
Saber donde se coloca una cosa que se ha encontrado descolocada.	
Capacidad para aprender a hacer funcionar un aparato nuevo (radio, lavarropas, equipo de audio, etc.)	
Recordar las cosas que han sucedido recientemente(en general)	
Aprender cosas nuevas	
Comprender el significado de palabras poco usuales (de la TV, diarios, etc.)	
Entender artículos de los periódicos o revistas en los que está interesado.	
Seguir una Historia en su libro, la prensa, el cine, la radio, o la TV.	
Tomar decisiones en cuestiones cotidianas (que ropa ponerse, que comida preparar) y en asuntos a largo plazo (donde ir de vacaciones o invertir el dinero)	
Manejar los asuntos financieros (cobrar, pagar impuestos, operaciones en los bancos)	
Manejar otros problemas aritméticos cotidianos (tiempo entre visitas de los familiares, cuanta comida preparar especialmente si hay invitados)	
¿Cree que su inteligencia ha cambiado durante los últimos 10 años?	

Puntaje Máximo 57 puntos. A partir de 57 puntos indica Deterioro Cognitivo

7. ¿CÓMO EVALUAR LA DEPRESIÓN?

Los problemas de aislamiento, las crisis vitales, los problemas económicos, la muerte del cónyuge, el abandono del trabajo y otros motivos más pueden originar cuadros depresivos en los ancianos.

El rastreo se puede realizar preguntándole al paciente:

¿se siente frecuentemente triste o deprimido? ¿Llora frecuentemente?
 Si responde que SI se debe aplicar la escala de depresión Geriátrica de Yesavage que consta de las siguientes preguntas:

Escala de Depresión Geriatrica de Yesavage

1. Está satisfecho con su vida? si NO
2. Ha dejado de hacer actividades de interés? SI no
3. Siente su vida vacía? SI no
4. Se aburre frecuentemente? SI no
5. Está de buen humor la mayoría del tiempo? si NO
6. Está preocupado porque algo malo va a sucederle? SI no
7. Se siente feliz la mayor parte del tiempo? SI no
8. Se siente frecuentemente sin alguien que lo ayude? SI no
9. Prefiere quedarse en casa a salir y hacer cosas nuevas? SI no
10. Cree Ud. que tiene más problemas con la memoria que el resto de la gente? SI no
11. Se siente feliz de estar vivo? si NO
12. Se siente inútil o inservible? SI no
13. Se siente con energías? NO si
14. Se siente desesperanzado? SI no
15. Siente que la mayoría de la gente es mejor que Ud.? SI no

Puntaje: respuesta depresiva en mayúscula. Cada respuesta es 1 punto. Mayor de 5: probable depresión. Esto condiciona un estudio más profundo de esta problemática.

8. ¿CÓMO RASTREAR EL ALCOHOLISMO EN LOS ADULTOS MAYORES?

El alcoholismo se puede rastrear con un breve cuestionario (C.A.G.E.) :

1. Ha tratado de dejar de tomar?
2. Se ha enojado por críticas?
3. Se ha sentido con culpa?
4. Ha tomado para calmar sus nervios?

2 preguntas positivas: 75% de sensibilidad.

9. ¿CÓMO EVALUAR EL SOPORTE SOCIAL DE ADULTOS MAYORES?

El objetivo de la evaluación social es identificar situaciones socioeconómicas y ambientales capaces de condicionar seriamente la necesidad de apoyos o institucionalización.

Preguntar.

¿Quién podría ayudarlo y cómo en caso de una emergencia?

Con el aumento de la expectativa de vida se da un nuevo echo: que muchos de los hijos que cuidan a sus padres son también ancianos.

EL sistema de soporte consta de tres componentes:

Informal: constituido por los amigos y la familia.

Formal: constituido por el seguro social.

Semiformal: constituido por las instituciones cercanas al anciano:
centro de jubilados, iglesias, sociedad de fomento etc.

10 ¿CÓMO SE EVALÚA FUNCIONALMENTE A UN ADULTO MAYOR?

Para completar la evaluación integral y multidimensional del anciano se debe evaluar la capacidad funcional del mismo. Esta capacidad funcional es la que se pondrá en juego ante una noxa o cualquier motivo que desencadene una respuesta en el anciano.

La evaluación de las **Actividades de la Vida Diaria (AVD)** y las **Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AVDi)** son una herramienta para esta valoración funcional y permiten :

- Evaluar la capacidad básica para el autocuidado.
- Medir la independencia del anciano.
- Es un claro factor de riesgo para medir caídas e institucionalización.

Desventajas.

- No es sensible a cambios mínimos
- Basado en la opinión y subjetividad.
- No evalúa movilidad (ayudas para movilizarse: bastón)

AVD (ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA).

Evaluá las funciones fundamentales para la independencia. Es más efectivo para pacientes internados de mayor gravedad.

Consta de la evaluación de las siguientes aptitudes, que se miden con el índice de Katz:

1. Baño
2. Vestido
3. Aseo
4. Desplazamiento
5. Continencia
6. Alimentación

El orden con que se disponen no es al azar, ya que es el orden con que se pierden las funciones y se recuperan en el orden inverso aplicando planes de rehabilitación.

Tabla 1: Índice de independencia de Katz para las AVD.

- A. Independencia para la alimentación, continencia, traslado, aseo, vestido y baño.
- B. Independencia para todas, excepto una de las funciones
- C. Independencia para todas, excepto el baño y otra función adicional.

- D. Independencia para todas las funciones, excepto para el baño, vestido y otra adicional.
- E. Independencia para todas las funciones, excepto para el baño, vestido, aseo y otra adicional.
- F. Independencia para todas las funciones, excepto el baño, vestido, aseo traslado de una habitación a otra y otra adicional.
- G. Dependencia para las seis funciones mencionadas

AVDI (ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA)

Consta de actividades más complejas que efectúa una persona para vivir de forma independiente. Es una evaluación más subjetiva, sobre capacidades aprendidas.

Se utiliza en la evaluación de pacientes ambulatorios.

Capacidad para usar el teléfono		
Utiliza el teléfono por iniciativa propia:	1 punto.	
Es capaz de marcar bien algunos números familiares:	1 punto.	
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar:	1 punto.	
No es capaz de usar el teléfono:	0 puntos.	
Hacer compras		
Realiza todas las compras necesarias independientemente:	1 punto.	
Realiza independientemente pequeñas compras:	0 puntos.	
Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra:	0 puntos.	
Totalmente incapaz de comprar:	0 puntos.	
Preparación de la comida		
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente:	1 punto.	
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0 puntos.	
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0 puntos.	
Necesita que le preparen y sirvan las comidas:	0 puntos.	
Cuidado de la casa		
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados):	1 punto.	
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas:	1 punto.	
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza:	1 punto.	
Necesita ayuda en todas las labores de la casa:	1 punto.	
No participa en ninguna labor de la casa:	0 puntos.	
Lavado de la ropa		
Lava por sí solo toda su ropa:	1 punto.	
Lava por sí solo pequeñas prendas:	1 punto.	
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro:	0 puntos.	
Uso de medios de transporte		
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche:	1 punto.	
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte:	1 punto.	
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona:	1 punto.	
Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros:	0 puntos.	
No viaja:	0 puntos.	
Responsabilidad respecto a su medicación		
Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta:	1 punto.	
Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente:	0 puntos.	
No es capaz de administrarse su medicación:	0 puntos.	
Manejo de sus asuntos económicos		
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo:	1 punto.	
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos.	1 punto.	
Incapaz de manejar dinero:	0 puntos	
TOTAL		

Tanto para las AVD como para las AVDi no es imprescindible aplicar un puntaje, sino evaluar en conjunto *INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA*.

Bibliografía

- Chodosh J, McCann RM, Frankel RM, et al. Geriatric Assessment and the Twenty Minute Visit. Rochester, New York: Division of Geriatrics, University of Rochester, School of Medicine and Dentistry; 1997.
- Edelberg HK, Wei JY. Primary-care guidelines for community-living older persons. Clin Geriatrics. 1999; 7: 42-55.
- Goldberg TH, Chaving SI. Preventive medicine and screening in older adults. J Am Geriatric Society. 1997; 45(3):344-354.
- Moore AA, Su AI, "Screening for common problems in ambulatory elderly: clinical confirmation of a screen instrument." Am J Med 1996, 100:440-5
- Reuben, D et al. Geriatrics At Your Fingertips, 1998/99 Edition, American Geriatrics Society, Belle Mead, NJ: Excerpta Medica, Inc., 1998.
- Rowe JW, Kahn RL. Successful Aging. New York: Pantheon Press; 1998.
- Thomas DR, Ritchie CS. Preoperative assessment of older adults. JAGS 1995; 43:811-821.
- Folstein MF, Folstein S, McHugh PR. Mini-mental state: a practical method of grading the cognitive state of the patient for the physician. J Psychiat Res 1975; 12:189-198.
- Icaza, María Gloria y Albala C. Minimental State Examination: Análisis estadístico del estudio de demencia en Chile para validar una versión abreviada. Investigaciones en Salud Pública: Documentos Técnicos, publicado por la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. 1999.
- Sheik JI, Yesavage JA Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol. 1986;5:165-172.
- Small GW, Rabins PV, Barry PP, et al. Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorders: consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association and the American Geriatrics Society. JAMA. 1997; 278 (16):1363-1371.
- Tombaugh TN, McIntyre NJ. The mini-mental state examination: a comprehensive review. JAGS 1992; 40:922-935.
- Yesavage JA, Brink TL. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J. Psychiat. Res. 1983; 17:37-49.