



Asociación Mexicana de Tanatología A.C.

**APLICACIÓN DE CUIDADOS
PALIATIVOS EN ANCIANOS
FRÁGILES.**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO EN

CUIDADOS PALIATIVOS

PRESENTA:

**MARÍA CONCEPCIÓN HERNÁNDEZ
GONZÁLEZ**



Asociación Mexicana de Educación continua y a Distancia, A.C

México D.F a 13 de Diciembre de 2011

**DR FELIPE MARTINEZ ARRONTE
PRESIDENTE DE LA ASOCIACION
MEXICANA DE TANATOLOGIA A.C
PRESENTE.**

Por medio de la presente le informo que revise y aprobé la tesina que presentó:

María Concepción Hernández González

Integrante de la Generación 2011.

El nombre de la tesina es:

Aplicación de los cuidados paliativos en ancianos frágiles.

Atentamente.

Director de Tesina

DR FELIPE MARTINEZ ARRONTE

DEDICATORIA



A DIOS

Por darme la vida y permitirme conocerlos

A MI FAMILIA

Por el apoyo, amor y las satisfacciones que me han brindado

A MIS COMPAÑEROS Y MAESTROS

Por la tolerancia, la calma, la humildad y sensibilidad así como la voluntad sin egoísmo de comunicar sus conocimientos y experiencias.

Índice	
DEDICATORIA.....	3
Índice de tablas.....	5
Índice de fotografías.....	5
JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS Y ALCANCES.....	7
CAPITULO I Envejecimiento.....	8
1.1.- El Envejecimiento en México	8
1.2.- Envejecimiento	10
1.3.- Envejecimiento Salud o Enfermedad	11
1.4.-Cambios normales del envejecimiento.....	12
CAPÍTULO II Síndromes geriátricos.....	16
2.1. Fragilidad en el anciano	17
2.2. Componentes de la fragilidad.....	22
2.2.1. El control neurológico	22
2.1.2 La movilidad y la conservación de la autonomía	23
2.3. Factores de riesgo de fragilidad.....	24
CAPITULO III Deslizamiento.....	25
3.1 Pérdida de autonomía.....	27
CAPILTULO IV. El anciano como paciente terminal.....	28
4.1. Criterios diagnósticos de fase terminal.....	29
4.2. Índice del estado terminal.....	29
4.3. La familia del adulto mayor terminal.....	30
4.4. El cuidador principal	31
4.5. El duelo en la familia	32
4.5. Necesidades psicológicas en el paciente en fase terminal	33
CAPITULO V. Cuidados paliativos.....	36
5.1. Concepto de cuidados paliativos.....	36
5.2.- Objetivos específicos de los cuidados paliativos en pacientes geronto-geriátricos (OMS).....	38
5.3 - Cuidados paliativos en la vejez	39
5.4.-Características de los cuidados paliativos en la vejez:	39
Capitulo VI. Aplicación de los cuidados paliativos en el anciano frágil.....	40
6.1. Cuidados de Confort.....	42
Conclusiones.....	44
Bibliografía	70

Índice de tablas.

Tabla 1. Síndromes geriátricos.....	16
-------------------------------------	----

Índice de fotografías.

Fotografía. 1. Valoración geriátrica integral.....	9
Fotografía. 2. Curvatura de la columna vertebral en el envejecimiento (Cifosis).	12
Fotografía. 3. Alteración de la marcha, y disminución de masa ósea.	13
Fotografía. 4. Ancianos autosuficientes.....	15
Fotografía. 5. Uso de aditamentos para la marcha.	23
Fotografía. 6. Anciana frágil.....	24
Fotografía. 7. Acompañamiento al paciente terminal.	33
Fotografía. 8. Relación del paciente terminal con su cuidador.....	35
Fotografía. 9. Movilidad.	41

Índice de gráficas.

Gráfica 1 Pirámide de edades en México, 1950-2050.....	9
--	---

Índice de ilustraciones.

Ilustración 1. Clasificación de población anciana en función del estado de salud.	11
Ilustración 2. Factores psicosociales e inmovilidad.	20
Ilustración 3. Desarrollo de una enfermedad banal a la inmovilidad y la muerte.	21
Ilustración 4. Como una enfermedad vanal acelera el proceso de la enfermedad... ..	25
Ilustración 5. Envejecimiento usual.	26
Ilustración 6. Escala de evaluación de trastornos del sueño.....	45
Ilustración 7. Escala de evaluación de incontinencia urinaria y fecal.	46
Ilustración 8. Escala de evaluación de polifarmacia.	47
Ilustración 9. Escala de actividades instrumentales de Lawton Brody.	48
Ilustración 10. Escala de evaluación de riesgo de úlceras por decúbito.	49
Ilustración 11 Escala de evaluación nutricional.	50
Ilustración 12. Escala de evaluación de rehabilitación.	51
Ilustración 13. Escala de actividades instrumentales de Lawton Brody.	52
Ilustración 14. Escala evaluación del balance y de la marcha de Tinetti.....	53
Ilustración 15. Cuestionario de depresión	55
Ilustración 16. GDS acortado.....	56
Ilustración 17. Cuestionario de Pfeiffer.....	57

Ilustración 18. Escala de evaluación de alcoholismo de Michigan adaptado a pacientes geriátricos.	58
Ilustración 19. Escala de recursos sociales.	59
Ilustración 20. Escala de evaluación de agobio del cuidador.	61
Ilustración 21. Evaluación de seguridad en el hogar	63
Ilustración 22. Directrices de última voluntad.....	65
Ilustración 23. Prueba del geronte.	66
Ilustración 24. Escala de evaluación de estrés del cuidador.	67
Ilustración 25. Evaluación del riesgo de institucionalización.....	68

JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS Y ALCANCES.

Con el incremento de la esperanza de vida, el deseo de mantener una buena salud, funcionalidad y una máxima calidad de vida en edades avanzadas supone una prioridad en la asistencia a las personas mayores. La dependencia, depender de otra persona para realizar las actividades de la vida diaria, es la principal preocupación, causa de sufrimiento y de baja calidad de vida en este grupo de edad. Su prevalencia aumenta con la edad y se relaciona con la presencia de enfermedad previa y con el estado de fragilidad del individuo.

Al envejecimiento se le suele definir como los sucesos asociados al tiempo o como simple deterioro vital que se inicia desde el nacimiento, es un proceso único para cada individuo y afecta a toda la humanidad, por lo que siempre se le relaciona con enfermedad e invalidez presentándose de forma aguda dando lugar a la aparición de síndromes geriátricos.

La fragilidad en las personas mayores es un estado que está asociado al fenómeno biológico del envejecimiento a través de una pérdida de reserva funcional que origina gran vulnerabilidad del organismo ante situaciones de estrés y se conoce como un importante predictor de eventos adversos de salud (mayor discapacidad, hospitalización, institucionalización y o muerte).

El anciano frágil constituye un reto para el equipo de salud en el momento de abordar los cuidados paliativos. El médico debe estar capacitado para dar solución al gran dilema que se crea entre él, el paciente y la familia. Es importante respetar la autonomía del paciente, que debe estar consciente de las decisiones que se deben cumplir en su persona, así como integrar al tratamiento del paciente, tomando en cuenta los aspectos psicológicos y espirituales.

El objetivo primordial que debemos tener en cuenta es la terminalidad de los pacientes geriátricos, toda vez que, siguiendo a Aristóteles se considera a la vejez como un tiempo infeliz porque... “está más cerca de la muerte”. La muerte de una persona mayor tiene menor tragedia que la de los jóvenes, sin embargo, esto no ha de constituir un obstáculo para disminuir la sensibilidad del equipo de salud ante el enfermo anciano frágil terminal.

Así como brindarles atención ayuda y consuelo a los familiares en el duelo.



CAPITULO I Envejecimiento.

Los viejos no tienen miedo a la muerte, sino al sufrimiento, al abandono, a la invalidez o a depender de otros y lo que menos quieren, es estar solos. Por eso debemos actuar con prontitud, para llegar a la vejez con una adecuada "calidad de vida".

Dr. Juan Girón Mino

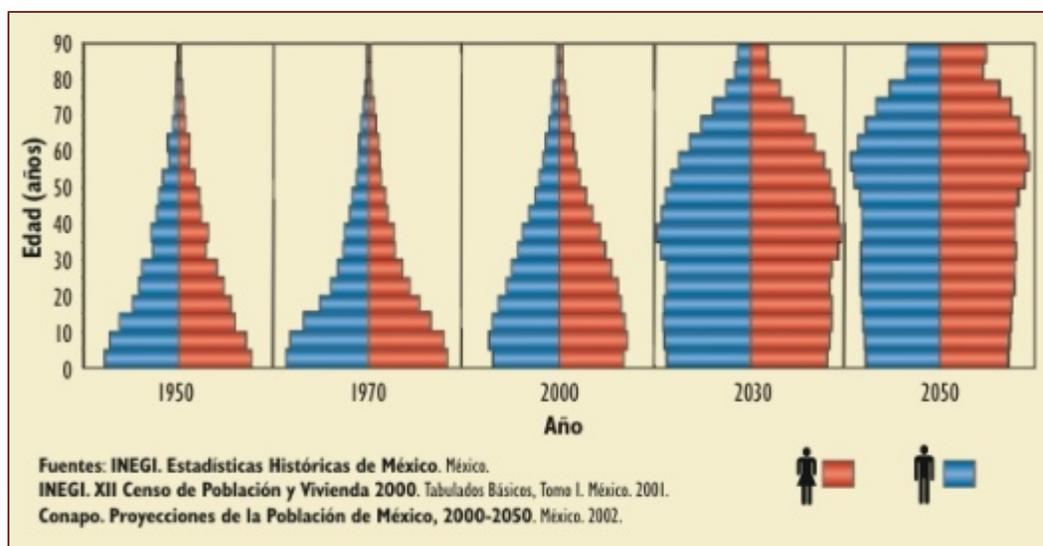
1.1.- El Envejecimiento en México

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad. (1)

En México como en otros países, se está presentando un proceso conocido como *transición demográfica*, es decir, hay una reducción porcentual de la población joven y un incremento de la adulta de 15 a 59 años y envejecida de 60 años y más. La edad media en nuestro país es de 26 años, continuamos siendo un país joven. Sin embargo, por múltiples factores como los avances en prevención y atención médica, desarrollo económico y social entre otros, la esperanza de vida se ha incrementado: un individuo que nace en el 2011 puede llegar a vivir 76 años, el promedio para las mujeres es de 77.9 años y para los hombres 73.2. Pero un adulto a los 60 años tiene aún una esperanza de vida de 22.4 años (1)

México ya está envejeciendo y no hay marcha atrás; los ancianos ahora representan el 8% de la población, dentro de cuatro décadas esa proporción será de 27.7, según las proyecciones del Conapo. Es un proceso acelerado único en el mundo, Uruguay es el país más envejecido en América Latina, tiene 50 personas mayores de 65 años por cada 100 menores de 15 años. México tiene sólo 15, pero en 2050, ese número será de 120. A Francia le tomó 250 años alcanzar 16% de población adulta mayor, lo que a México le llevará 40 años. La proyección es que en 2050 habrá un anciano por cada cuatro habitantes. (Grafica1)(1)

Frente a los cambios en nuestra población y el incremento de adultos mayores, debemos estar preparados y tomar medidas preventivas hoy para llegar a una vejez sana. Acudir a consulta médica anual en pacientes sanos y controlar regularmente a pacientes con problemas crónicos, cuidar la salud no sólo física, sino también en el ámbito biológico, psicológico y social de la persona. Entre otras forman parte de las actividades que se deben realizar para asegurar una vejez plena.(1)



Gráfica 1 Pirámide de edades en México, 1950-2050.

El panorama se ve más sombrío para las mujeres debido a que por razones biológicas tienen una vida más larga y por lo tanto serán el grupo predominante entre los adultos mayores en el 2050; su presencia intermitente en el mercado del trabajo debido a la maternidad, es un elemento de peso para estimar que tendrán menos aportaciones en el sistema de seguridad social que los hombres; si su esperanza de vida es mayor, también sus padecimientos serán más largos y costosos de acuerdo a Montes de Oca.

Como consecuencia de las patologías crónicas degenerativas con las que cursa el geronte surge la ley de voluntad anticipada en ella se regula que el enfermo puede realizar un documento de voluntades anticipadas siempre que no sean contrarias al ordenamiento jurídico o a la buena práctica clínica.

Aunque el uso de este documento todavía no está muy extendido, seguro que puede ser una ayuda para ser respetuosos con los deseos de los pacientes y ayudarles a morir en paz. Así como también la ley de cuidados paliativos para enfermos terminales la cual se aplica a pacientes geriátricos con enfermedad avanzada e irreversible.



Fotografía 1. Valoración geriátrica integral.

Pero la población geriátrica es muy heterogénea, con enfermedades de historia natural muy diferentes que van desde la demencia con largos períodos en fase terminal hasta la insuficiencia cardíaca o respiratoria con cambios clínicos frecuentes. La aplicación de cuidados paliativos a estos pacientes va a presentar dilemas éticos importantes. La valoración geriátrica integral en cada caso ayudará a resolver las diferentes situaciones conflictivas.

1.2.- Envejecimiento

El envejecimiento se ha definido como un proceso de deterioro donde se suman todos los cambios que se dan con el tiempo en un organismo y que conducen a alteraciones funcionales y a la muerte. Estos cambios en el orden morfológico, psicológico, funcional y bioquímico se caracterizan por una pérdida progresiva en el tiempo de la capacidad de adaptación y la capacidad de reserva del organismo, que produce un aumento progresivo de la vulnerabilidad ante situaciones de estrés y finalmente la muerte.

El envejecimiento se ha definido de diversas formas, algunas de ellas son:

- Etapa de la vida
- Proceso de deterioro por suma de déficit con el paso de los años
- Deterioro progresivo de los procesos fisiológicos, necesarios para mantener constante el "medio interno". La muerte es el final de este proceso que no permite mantener la homeostasis.

Este proceso de envejecimiento se puede clasificar de acuerdo a el grado de salud que presenta el individuo y la autonomía en su cuidado como se muestra a continuación

- *Envejecimiento ideal*
Las personas de este grupo son autosuficientes en AVD (Actividades de la Vida Diaria) básicas e instrumentales, no se les ha diagnosticado ninguna enfermedad crónica; se perciben en muy buen estado físico, su deterioro cognitivo no está presente y llevan un estilo de vida positivo, es decir, no consumen alcohol o tabaco y realizan actividad física.
- *Envejecimiento activo*
A estas personas se les ha diagnosticado alguna enfermedad crónica, presentan dificultad en alguna AIVD (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria), consideran su estado de salud bueno, no tienen deterioro cognitivo y su factor de riesgo es bajo.
- *Envejecimiento habitual*
Personas que presentan más de una enfermedad crónica, perciben su estado de salud regular, tienen una ligera incapacidad funcional que no causa dependencia; su deterioro cognitivo puede ser ligero o no estar presente y tienen factores de riesgo bajo o medio.
- *Envejecimiento patológico*
Las personas de este grupo presentan una mala autoevaluación del estado de salud, tienen deterioro cognitivo y se les han diagnosticado enfermedades crónicas. Los factores de riesgo en este tipo de envejecimiento no hacen diferencia, ya que el estado de salud está afectado en varias dimensiones, cualesquiera que sean los hábitos y comportamientos. En este grupo se encuentran esencialmente personas cuya sobrevivencia depende de terceros.

Las condiciones de salud y bienestar en las edades avanzadas varían entre individuos y dependen de diversas circunstancias, de tal manera que no es posible delimitarlas mediante edades fijas y convencionales. También se sabe que estas condiciones están fuertemente correlacionadas con la edad, así que la fragilidad y el grado de riesgo se incrementan conforme se es mayor.

Existen tres grupos dentro de las edades avanzadas:

- Transición hacia la vejez.
50 a 64 años: La mayor parte se encuentran en buen estado físico, con capacidad y autonomía en condiciones productivas y activas. Incluir a esta población en la prevejez permite un análisis más completo de las edades avanzadas, con posibilidad de vislumbrar las condiciones de salud que tendrá la población de más de 65 años en un futuro.
- Tercera edad
65 a 74 años: Es cuando se notan las mermas en las condiciones físicas, los papeles sociales y en la actividad económica, pero aún en condiciones aceptables de funcionalidad y salud.
- Cuarta edad
75 años en adelante: La mayoría de la población presenta decremento en salud y funcionalidad, causa dependencia social y familiar, lo que afecta seriamente la vida y el bienestar.



Ilustración 1. Clasificación de población anciana en función del estado de salud.

1.3.- Envejecimiento Salud o Enfermedad

Se discute mucho sobre si el proceso de envejecimiento es una situación de enfermedad o un acontecimiento saludable, lo que se puede decir al respecto es que partiendo de que el

envejecimiento se define como los sucesos asociados al tiempo que se llevan a cabo en un organismo desde la concepción hasta la muerte; se aprecian dos alternativas

1) durante este proceso se llevan a cabo cambios fisiológicos que actúan de diferente manera al organismo ya sean beneficiosos (maduración de funciones fisiológicas) , neutrales (hipo pigmentación del cabello) o bien degenerativos (senescencia o declinar pos madurativo);

2) si consideramos que este proceso también incluye un deterioro progresivo y estos desarrollan algún tipo de disfunción y enfermedad en el organismo se podría considerar como una situación de enfermedad.

Por lo tanto una vejez saludable en ausencia de enfermedad y el declive de la reserva homeostática no produce síntomas e impone poca respuesta sobre las actividades de la vida diaria (AVD) sin importar la edad.

Es importante considerar al paciente anciano como “un todo y su ambiente “ para buscar las causas corregibles de los problemas, para devolver al paciente su autonomía y así evitar el colapso en las medidas de soporte como consecuencia el abandono familiar

1.4.-Cambios normales del envejecimiento

Cambios fisiológicos que se presentan durante el envejecimiento por aparatos y sistemas.

Sistema Musculo esquelético

- Reducción de la estatura aproximadamente 1 cm por década, a partir de los 40-50 años, por disminución en la altura de los cuerpos vertebrales.
- El tronco se vuelve más grueso y las extremidades más delgadas.
- Hay un aumento de la curvatura de la columna vertebral llamada cifosis proporcionando ese aspecto encorvado que ha ilustrado en ocasiones a la vejez.
- La marcha se altera con disminución del braceo y aumento de la base de sustentación.
- Con el envejecimiento se pierde masa muscular y por tanto se pierde fuerza y capacidad para tener máximas prestaciones físicas.
- Disminuye el agua corporal en el organismo. En un joven el agua representa aproximadamente el 60% del peso corporal pasando al 50% en los ancianos. Esta pérdida se produce sobre todo por pérdida del agua intracelular. provocando una mayor predisposición a la deshidratación en el anciano.
- Mientras que la masa magra disminuye la grasa corporal aumenta redistribuyéndose sobre todo en el tronco.
- Se pierde también masa ósea lo que favorece la aparición de osteoporosis y fracturas.



Fotografía. 2. Curvatura de la columna vertebral en el envejecimiento (Cifosis).

- Los órganos internos disminuyen de tamaño y peso con algunas excepciones como la próstata.



Fotografía. 3. Alteración de la marcha, y disminución de masa ósea.

Piel

- La piel es el mayor órgano del cuerpo humano.
- Lleva a cabo la regulación de la temperatura para mantener la homeostasis es una de sus funciones principales, función que se realiza gracias a una rica red de vasos que la nutren
- Adelgazamiento de la superficie cutánea, en un 15% a partir de los 60 años.
- La dermis pierde un 20% de su espesor.
- Disminución de la elasticidad y flexibilidad. pérdida de una proteína llamada colágeno y aparición de las arrugas. Fotografía 3
- Disminución de la producción de sebo y aumento de la permeabilidad.
- Se pierden 10-20% de melanocitos por década.
- Menor número de glándulas sudoríparas con disminución de la sudoración lo que predispone al anciano a alteraciones en la regulación de la temperatura.
- Deterioro de la respuesta inmune relativa de la célula.
- Alteración de la percepción sensorial.
- Disminución del tejido adiposo.
- Disminución del espesor y de la velocidad de crecimiento de las uñas.
- Alteración de los vasos sanguíneos y disminución de su número.
- Alteraciones del pelo por disminución de células productoras del pigmento melanina y aparecen las canas.

Órganos de los sentidos

- Con la edad se pierden papilas gustativas por lo que se altera la percepción del gusto para los sabores dulces.
- Se produce una disminución de la capacidad para percibir los tonos de alta frecuencia a causa de la degeneración del aparato receptor del oído interno en un fenómeno que se llama presbiacusia o sordera del envejecimiento. Esto dificulta la percepción de notas agudas o de consonantes en una conversación lo que puede hacerla ininteligible.
- El cristalino se vuelve más denso, grueso y menos elástico perdiendo la capacidad de enfocar objetos cercanos, en un proceso que se llama presbicia. Quienes lo padecen comienzan a tener problemas al leer las letras pequeñas del periódico, a una distancia normal, enfocándolas al separar el periódico. La

agudeza visual disminuye también con la edad pudiendo contribuir a ello alteración de las células receptoras en la retina.

Aparato circulatorio

- Se produce un aumento en la rigidez de las arterias, debido al aumento del grosor de la capa interna o íntima. Esto ocurre con independencia de la enfermedad arteriosclerótica que suele ser universal en las sociedades desarrolladas y que es favorecida por estos cambios.
- En el corazón es de destacar una pérdida de capa interna o íntima que controlan el aumento de la frecuencia cardiaca en respuesta al ejercicio. El funcionamiento del corazón no se modifica en reposo pero si en los mecanismos de adaptación al esfuerzo.

Aparato respiratorio

- Los cambios estructurales que ocurren en el aparato respiratorio son un tórax más rígido, menos móvil y una disminución de la elasticidad pulmonar lo cual conduce a una disminución de la capacidad vital del volumen de reserva respiratorio con un aumento del volumen residual que no se moviliza en el pulmón.

Aparato digestivo

Además de alteraciones en la dentadura y la masticación, los cambios más importantes en este sistema se refieren a dos aspectos:

- Disminución del flujo salival.
- Reducción de la actividad motora del estómago que produce retraso en el vaciamiento.
- En el intestino se observa una tendencia al estreñimiento por la hipomotilidad
- Se produce disminución de la secreción gástrica que dificulta la absorción de algunos elementos. También se secretan en menor medida algunas
- Alteración de la excreción biliar.

Riñón

- Se reduce en general el funcionamiento renal a expensas de una disminución de su tamaño, una disminución de su flujo vascular y en la función glomerular.
- Se produce una disminución del aclaramiento de sustancias y una pérdida de la capacidad de dilución y concentración de la orina.

Este envejecimiento renal permite sin embargo un adecuado mantenimiento del medio interno, aunque hace más vulnerable este sistema depurador a agresiones de cualquier tipo.

Sistema endocrino

- Los cambios en el sistema endócrino tendrían un importante rol en la pérdida acelerada de masa muscular y fuerza que se evidencian en ancianos frágiles.
- En las mujeres, al momento de la menopausia hay una caída brusca de hormonas sexuales. En los hombres, también se produce una reducción en SÓLO hay tendencia a la formación de adenomas
- La ADH se encuentra más activa frente a fenómenos de alteración osmótica mientras que la renina disminuye y la aldosterona aumenta.
- La hormona del crecimiento (GH) disminuye su actividad, la prolactina no sufre mayores cambios los niveles de testosterona, aunque es más gradual.
- El envejecimiento provoca incremento en la proporción de tejido conectivo y lipofucsina, apareciendo pérdida del contenido de esteroides en la zona fasciculata
- Disminución de la secreción de hormonas esteroideas, las que se mantienen en el plasma por decremento de su metabolización.
- Se pierde la capacidad de tolerar el estrés por disminución de la secreción de glucocorticoides.
- Se presentan cambios en diferentes hormonas como lo es la insulina la cual se observa más sensible a la glucosa

Sistema Inmune

- La inmunidad del anciano presenta cambios que se traducirán en efectos clínicos mediados por su respuesta frente a los agentes infecciosos.
- El timo se transforma en un órgano vestigial y puede presentar a edades avanzadas algunos nódulos funcionales, pero en general no hay cambios en los órganos linfoides.
- Los macrófagos no presentan alteraciones pero debido a la reducción de los linfocitos T y a la reducción de la respuesta humoral, su función se ve deprimida.
- Estos cambios se traducen en un aumento de la tasa de infecciones, alteraciones autoinmunes diversas e incapacidad de ejercer control adecuado de clones celulares malignos.



Fotografía. 4. Ancianos autosuficientes.

CAPÍTULO II Síndromes geriátricos.

Concepto

Síndrome: Agrupación de signos y síntomas basada en su frecuente concurrencia, que puede sugerir una patogenia, una evolución, unos antecedentes familiares o una selección terapéutica comunes.

El envejecimiento tiene la característica de llevar al organismo a estados de pobre equilibrio, debido al acumulo de deficiencias que se van presentando, que originan una pobre respuesta del organismo o sistemas ante los cambios o eventos que el medio ambiente impone. La lentitud de adaptación con que se producen equilibrios funcionales en el anciano pone en riesgo al ser humano y lo llevan fácilmente a la muerte.

Los síndromes de fragilidad, deslizamiento y pérdida de autonomía forman una tríada difícil de entender para el médico y su equipo de salud, con grandes posibilidades de acarrear la muerte de los pacientes que lo presentan; sus cuadros clínicos se asemejan, aunque cada uno de ellos guarda sus propias características; el conocerlos permite identificarlos en etapas tempranas, lo que favorece la intervención multidisciplinaria que otorgue posibilidades de éxito; de lo contrario, el avance del proceso será reconocido como una falla dolorosa para el equipo de trabajo.

Síndromes Geriátricos	
Los grandes Gigantes	
Inmovilidad	Depresión
Inestabilidad- Caídas	Polifarmacia
Incontinencia	Malnutrición
Deterioro cognitivo	Deterioro visual y auditivo
Delirium	Insomnio
Demencia	Estríñimiento
	Pobreza y aislamiento
	Disfunción sexual.

Tabla 1. Síndromes geriátricos.

2.1. Fragilidad en el anciano

En la geriatría observamos una serie de síndromes que no se ven en otras edades; éstos padecimientos todavía no están totalmente definidos como una enfermedad donde se conozca su etiología en forma precisa, no se cuenta con estudios epidemiológicos que orienten a su prevalencia, su fisiopatología es variada, su cuadro clínico lo identifica pero no se desprende de estos conocimientos algún tratamiento específico, sino una serie de probables vías de abordaje terapéutico en una forma multidisciplinaria; sin embargo, sabemos muy bien que forman parte de los caminos que el organismo toma para morir

Cuando el organismo presenta un envejecimiento patológico (suma de enfermedades y estilo de vida adversos) el equilibrio es más precario con pobres posibilidades de adaptación, lo que trae consigo descompensaciones importantes con pobres condiciones generales que precipitan el fallecimiento.

Las personas de edad avanzada sufren con el paso del tiempo una pérdida funcional, comparativamente a los jóvenes, que sin embargo, mantiene un equilibrio, en caso de recibir agresiones del medio externo (entre ellas las acciones médicas). La esclerosis cardíaca y vascular condiciona un menor volumen diastólico al final de la diástole, lo que produce fácilmente un edema agudo pulmonar al instalar infusiones venosas sin tomar en cuenta los volúmenes necesarios para el caso. La disminución de la respuesta cronotrópica, junto con las alteraciones en receptores de la sensibilidad a las catecolaminas, produce un menor flujo y oxigenación de otros órganos, facilitándola falla orgánica múltiple, sobre todo en presencia de eventos como la hipovolemia, la sepsis y el trauma quirúrgico.

Trataremos de precisar las características de cada uno de ellos, en donde la pérdida de peso y las alteraciones inmunológicas se entremezclan con los problemas psicológicos y sociales.

La definición de fragilidad, como se señaló al principio, es la disminución de la capacidad de adaptación del organismo ante una situación de estrés, y que se relaciona íntimamente con la edad. Es decir la disminución de las reservas fisiológicas asociadas con el incremento de la susceptibilidad de incapacidad en los sujetos ancianos. Por definición fragilidad es un estado de vulnerabilidad o falta de resistencia ante la agresión, pérdida progresiva de las reservas fisiológicas, vulnerabilidad y debilidad con disminución del margen de seguridad y gran tendencia a la pérdida de la independencia.

El pilar para la prevención de la incapacidad es análogo al de prevención de las enfermedades, como sería la identificación de factores de riesgo predictivos de futura incapacidad que al ser modificados reducen la presentación de esta, es decir prevención primaria. También puede hacerse una prevención secundaria al identificar los signos tempranos de incapacidad, al intervenir retardamos la progresión, en este estadio hay disminución de la reserva fisiológica pero no interfiere con las actividades de la vida diaria, el individuo aun conserva su

independencia, pero al menor proceso se presenta la cascada de la fragilidad o del deslizamiento.

Es necesario recalcar, que los fenómenos son aditivos sobre todo en los mayores de 80 años, ya que la presencia de multipatología los hace más vulnerables a la fragilidad y en especial a los sujetos que han perdido la autonomía como son los que presentan: fractura de cadera, demencia, enfermedad vascular cerebral, osteoartritis, disminución de agudeza visual y auditiva o personas que no son fácilmente adaptables a los retos que impone la variación del entorno sobre todo los sujetos con menos habilidades, muchos de estos sujetos tienen padecimientos irreversibles, con una gran interacción individual que origina grandes problemas de decisiones por lo que indica un tratamiento generalizado puede resultar contraproducente y es necesario individualizar lo más posible.

Muchas veces los sujetos son sanos, independientes que realizan las actividades de la vida diaria(AVD) sin consecuencias y se desempeñan socialmente en forma normal, pero ante la mínima agresión desarrollan la cascada de la fragilidad que muchas veces termina con la muerte.

La fisiopatología de la fragilidad es aún poco clara. Donde por un lado inciden directamente el estado nutricional del individuo, aunado al estilo de vida y a la información genética del mismo y la interrelación con el proceso del envejecimiento para determinar si este ha sido exitoso o no y que influencia sobre el mismo ha tenido el entorno del individuo, sin olvidar el proceso de las enfermedades y la repercusión que están han efectuado sobre el mismo proceso de envejecimiento y sobre la composición corporal, pues como se conoce las alteraciones de esta son factores determinantes en el desarrollo de la fragilidad.

Es importante la evaluación de las proteínas plasmáticas y en especial de la albúmina, ya que cifras inferiores a 3 mg / 100 son indicadoras de gran riesgo de fragilidad y están en íntima relación con el estado nutricional del individuo. También guardan paralelismo las cifras de colesterol y de triglicéridos, sobre todo en los sujetos mayores de 80 años, ya que cifras de menos de 150 mg de colesterol o de triglicéridos, nos ponen sobre alerta de que estamos ante un sujeto con gran facilidad de que presente fragilidad o lo que es peor, que se deslice como explicaremos en otro tema.

Otros indicadores clínicos de la fragilidad y que están en íntima relación con el estado nutricional de un sujeto son las cifras del sodio y potasio plasmáticos, ya que cuando se encuentran en cifras cercanas a los límites inferiores son de muy mal pronóstico, máxime si se encuentran datos de deshidratación de moderada a severa.

Los elementos traza como el magnesio, zinc, cobalto etcétera, juegan un papel preponderante, pero aun poco estudiados en la actualidad.

El tiempo de inicio y evolución de la misma es muy variable y depende de cada sujeto en especial, es observado con mayor frecuencia en la hospitalización del paciente con un proceso agudo y principalmente entre los que permanecen mayor número de días en el hospital, en los que se emplean el mayor número de maniobras como son medicamentos, venoclisis, catéteres, exámenes de laboratorio, infecciones nosocomiales.

El cuadro clínico de la fragilidad lo resumimos ^{cuadro2} en encontrando como datos de orientación para el diagnóstico la presencia de debilidad, fatiga, pérdida de peso inexplicable, con anorexia selectiva, alteraciones para la marcha con gran tendencia al sedentario o a permanecer en cama la mayor parte del día, en individuos con pérdida gradual y progresiva de la autonomía y que requieren de gran ayuda para cubrir sus necesidades mínimas, con pérdida significativa de la masa muscular magra, presencia de osteoporosis, etcétera, y que ante un cuadro de enfermedad intercurrente, el sujeto presenta una gran cantidad de problemas que pueden llegar hasta la muerte.

Se han identificado hasta 9 variables sobre el factor de fragilidad los cuales incluyen:

- **Predictores de futura disminución de la reserva fisiológica:** >80 años, depresión moderada a severa, uso de psicofármacos, estilo de vida sedentario.
- **Indicadores de deterioro progresivo:** Disminución de la fuerza muscular, deterioro visual y auditivo.
- **Medidas clínicas de incapacidad:** Evaluación de la marcha y el balance, deterioro de las extremidades inferiores.
Se señala que es el resultado de los efectos combinados del envejecimiento biológico la enfermedad y el desuso o abuso; pronostica la incapacidad relacionada con el deterioro de la capacidad fisiológica y lo más importante, que puede ser modificable por las intervenciones apropiadas tendientes a conservar la autonomía.

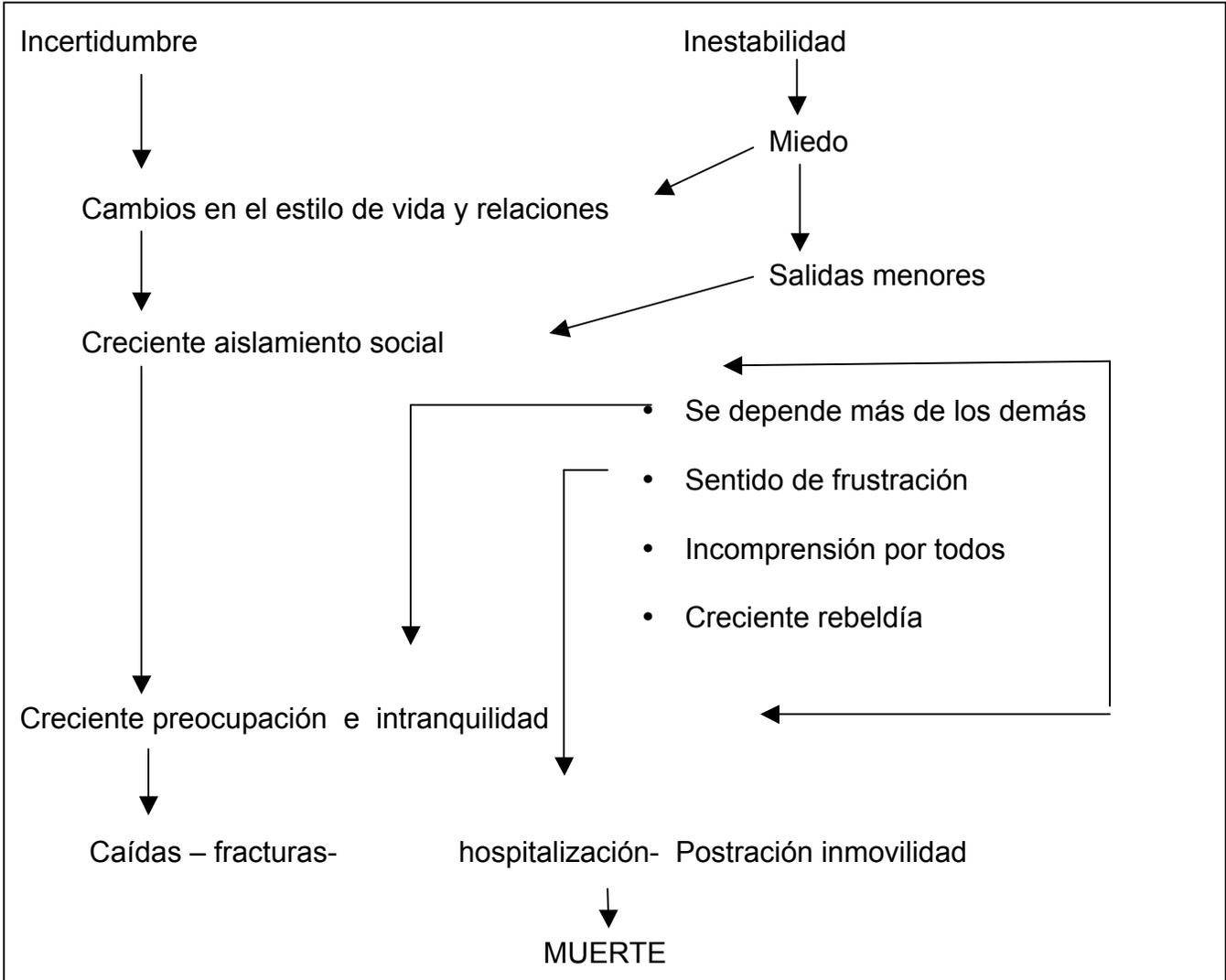


Ilustración 2. Factores psicosociales e inmovilidad.

En la siguiente ilustración se puede observar como una enfermedad banal puede llevar a la inmovilidad y a la muerte del paciente.

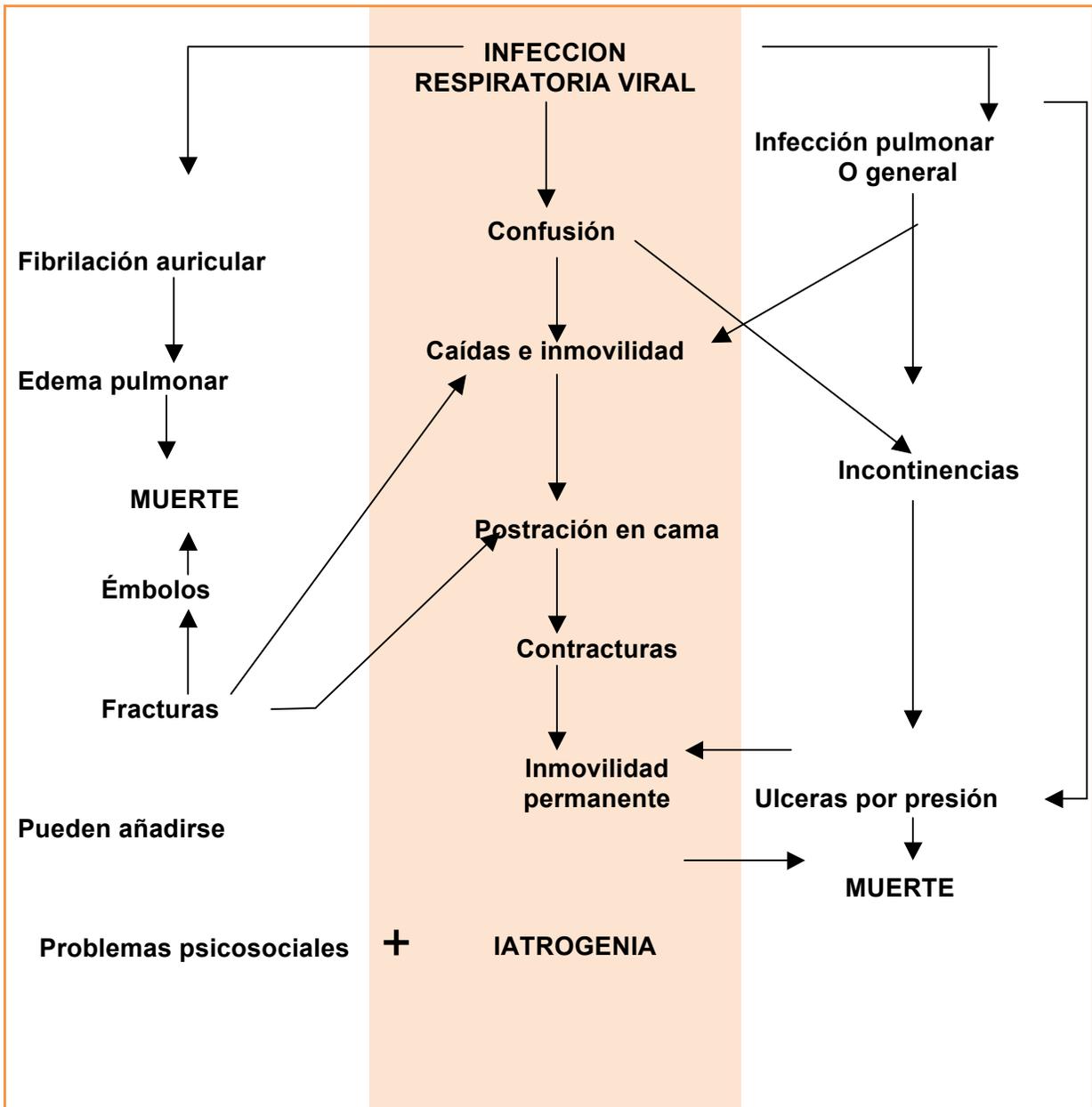


Ilustración 3. Desarrollo de una enfermedad banal a la inmovilidad y la muerte.

2.2. Componentes de la fragilidad

La fragilidad existe si tres o más de los siguientes criterios están presentes:

1. Pérdida de peso involuntaria de al menos 5 kilos durante el año precedente
2. Autoinforme de agotamiento
3. Disminución de la fuerza muscular (evaluado con un dinamómetro)
4. Actividad física reducida
5. Velocidad lenta para la marcha (metros por segundo)

Para otros, como Brown et al. (Brown, Sinacore, Binder, y Kohrt 2000), la fragilidad es un estado exclusivamente dependiente de la función motriz que puede identificarse con sólo realizar pruebas de función física.

La comparación de las definiciones no es fácil (Rockwood 2005). No obstante, el elemento central de este síndrome parece sí estar relacionado con la función motriz (Ferrucci et al. 2002). Es importante destacar que no todos los adultos mayores con discapacidades son frágiles y que no todos los ancianos frágiles presentan discapacidades (Fried et al. 2001), y la discapacidad puede considerarse como la consecuencia más grave e importante del síndrome de fragilidad (Morley 2003)

Predictores fisiológicos de incapacidad.

Se han sugerido 3 funciones fisiológicas dominantes:

1. Control neurológico.
2. Movilidad y conservación de autonomía.
3. Metabolismo energético.

2.2.1. El control neurológico

se relaciona con la realización satisfactoria de la función social y la ejecución de las actividades de la vida diaria y depende de la capacidad del anciano para realizar tareas complejas que requieren de integración absoluta del sistema nervioso central, y del sistema nervioso periférico. Se ha demostrado el impacto que tiene la enfermedad vascular cerebral, (las aplopejias), sobre la incapacidad más que otros estados patológicos como el cáncer, fractura de cadera y las enfermedades del corazón, ya que el deterioro del estado mental predice fuertemente la fragilidad, incapacidad e institucionalización. Muchos de estos trastornos neurológicos se relacionan con las caídas que llevan a la inmovilidad y al incremento de la fragilidad.

2.1.2 La movilidad y la conservación de la autonomía

Nos indica la integración del sistema musculoesquelético y SNC. Requiere de articulaciones flexibles, fuerza, muscular y masa ósea adecuadas. La pérdida de la fuerza muscular es un importante factor de riesgo de incapacidad y es un determinante de la rapidez y calidad de la marcha; la debilidad muscular incrementa el riesgo de caídas con su repercusión física, psíquica, social y económica.

Las enfermedades que restringen el METABOLISMO ENERGÉTICO como las enfermedades del corazón, tienen gran tendencia a la incapacidad y se conoce muy bien los requerimientos energéticos de casi todas las actividades del ser humano y también se señala que un individuo puede realizar un trabajo que requiera mayor energía que la que pueda producir. Es lo que se conoce como capacidad o reserva aeróbica del individuo.

Por lo anterior estas 3 situaciones se convierten en predictoras de fragilidad y es necesario reconocerlas para poder realizar una verdadera prevención de la misma. La fragilidad resulta de los efectos interrelacionados en el proceso "normal" del envejecimiento, la enfermedad, el desuso y el abuso, los que históricamente se había separado con dificultad. La edad es altamente individual siendo la edad cronológica un pobre índice de la calidad de la función fisiológica, o sea, que el envejecimiento por si solo puede ocasionar declinación fisiológica real, por lo que a los sujetos que no han mostrado declinación funcional o es mínima, se les conoce como que tienen un envejecimiento exitoso o satisfactorio.

El desuso (vida sedentaria), es quizá el responsable de alguna disminución funcional que anteriormente se atribuía al envejecimiento normal, ya que existe una similitud significativa entre los cambios biológicos atribuidos al envejecimiento normal y los ocasionados por inactividad física.



Fotografía. 5. Uso de aditamentos para la marcha.

2.3. Factores de riesgo de fragilidad.

1. Pacientes > de 80 años.
2. Incremento de la vulnerabilidad ante el estrés con reducción de la habilidad para la adaptación a los cambios ambientales. (homeostenosis).
3. Incremento de la carga de enfermedades y de dependencias funcionales, en especial cognoscitiva.
4. Enfermedades y dependencias funcionales que tiran a lo irreversible.
5. Los procesos reversibles requieren de mayor tiempo de tratamiento.
6. Aumento de variaciones individuales.
7. Egresos más dependientes que requieren largas y complejas maniobras con una gran predicción de Efectos nocivos de la terapéutica.
8. Iatrogenia fisiológica.
9. Iatrogenia funcional.
10. Efectos del ambiente.
11. Declinación funcional acelerada.
12. Incremento en la morbilidad y mortalidad.
13. Estancias prolongadas.
14. Prematura o innecesaria decisión de institucionalización.
15. Identificar la cascada de la fragilidad.

*Prevención de la fragilidad *.

Tiene muchas causas que si no se tratan a tiempo sólo tiene un resultado final la MUERTE.



Fotografía. 6. Anciana frágil.

CAPITULO III Deslizamiento

Concepto

El deslizamiento lo podemos definir como la descompensación rápida del estado general que sigue a una patología aguda, que va llevando al organismo al desequilibrio que condiciona una dependencia.

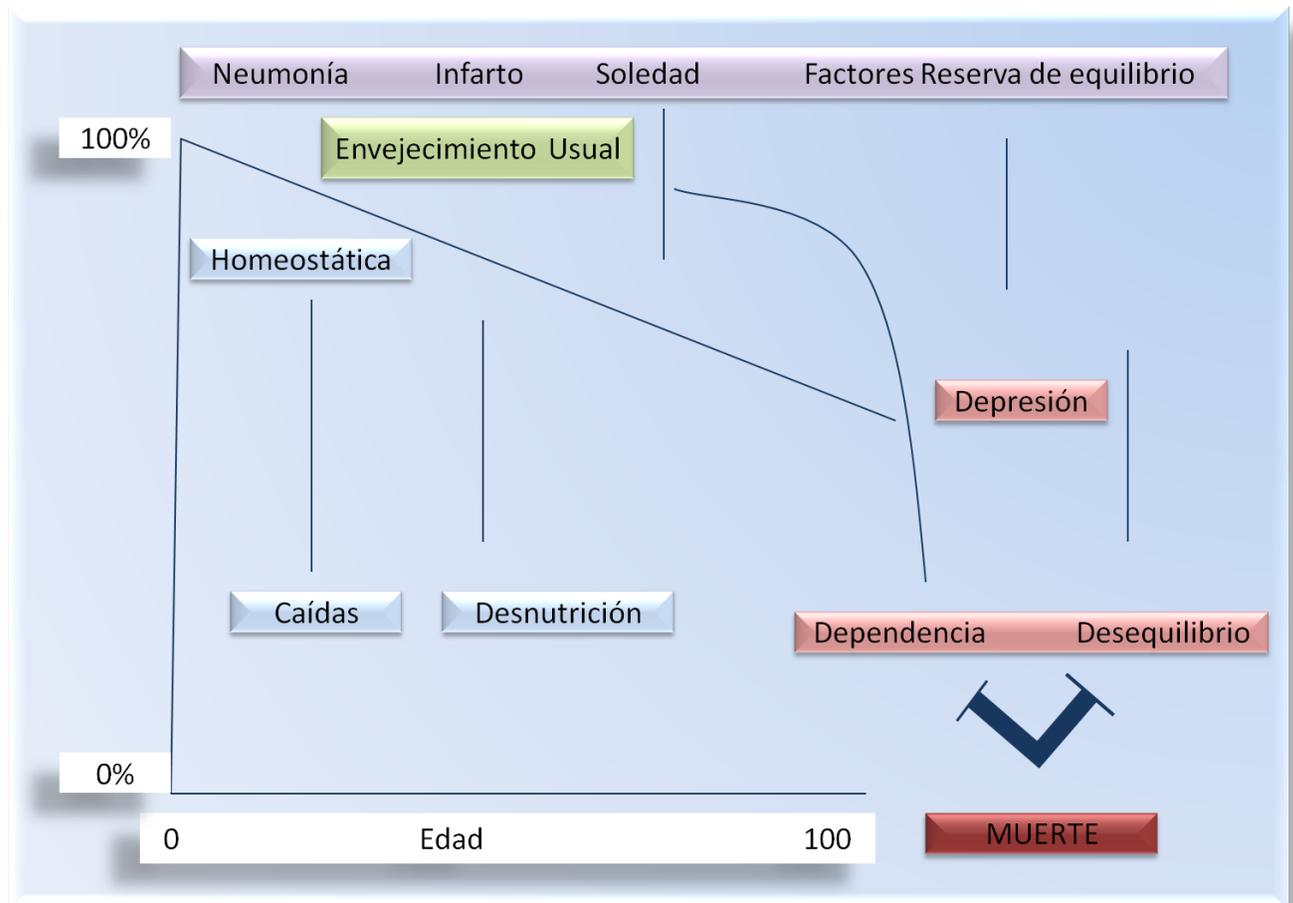


Ilustración 4. Como una enfermedad vanal acelera el proceso de la enfermedad.

Es un problema que condiciona una dependencia. clínicamente se observa un cuadro que se caracteriza por debilidad, fatiga y anorexia, que favorece una pérdida de peso que puede llegar a la desnutrición. Se verifica una acentuada disminución de masa muscular y ósea; se presentan alteraciones en la marcha y equilibrio, que lo llevan a un descondicionamiento físico que, al asociarse a la dependencia que paulatinamente se ha instalado, puede conducir al viejo a la muerte.

El equipo geriátrico tiene el reto de mejorar la condición nutricional, modificar los estilos de vida, enseñar el auto cuidado de la salud e intentar una rehabilitación integral. De no

presentarse todos los factores de intervención la probabilidad de que se presente cualquier otro evento agregado y que este provoque la muerte del paciente, es muy grande. Como podemos ver, son factores biológicos los que se van conjuntando, con poca intervención de factores psicosociales en su definición final.

Es un problema frecuente en edad avanzada, se presenta en terrenos orgánicos funcionales previamente alterados, y en personas con pobre satisfacción vital.

La instalación del deslizamiento puede ser al mismo tiempo que la patología que lo desencadena, o aparecer cuando ésta se está equilibrando o ya que se encuentre en remisión completa, pudiendo presentarse semanas después del problema agudo.

Se considera un estado de regresión casi suicida, donde el ayuno y el rechazo ambiental de la persona son los medios para esperar la muerte. Existen factores psicológicos pocos explicados que intervienen con gran peso, ya que no hay aparentemente un motivo específico que provoque el rechazo de la persona a cualquier ayuda.

El ayuno o poca alimentación que acepta, provoca paulatinamente un decaimiento físico que se caracteriza por los mismos elementos de una desnutrición paulatina, en muchas de las ocasiones se asocia a una deshidratación por no aceptar beber; al instalarse lentamente puede ir provocando una fragilidad extrema que lleva a que los familiares o cuidadores primarios no toleren el estado, colapsándose y queriendo o deseando la institucionalización u hospitalización del paciente; sin embargo, éstas son medidas paliativas que alargan el período de vida sin realmente modificar el proceso del deslizamiento.



Ilustración 5. Envejecimiento usual.

Los factores psicológicos que intervienen no son los clásicos síntomas de una depresión y no responden a los tratamientos antidepresivos.

El deslizamiento evoluciona hacia el encajamiento permanente y la muerte por complicaciones del decúbito.

Cuando se instala el síndrome de deslizamiento, es muy difícil que se produzcan efectos positivos del medio ambiente que reduzcan o minimicen las alteraciones que ya se instalaron; el equipo de atención geriátrica sufrirá enormemente al no entender que el fracaso de sus esfuerzos puede presentarse a pesar de sus grandes ahínco para preservar la vida del paciente.

3.1 Pérdida de autonomía.

Este síndrome también se ha denominado pérdida de vitalidad, y es una de las presentaciones de enfermedad en el anciano que tiene una forma atípica; son síntomas poco específicos con una evolución insidiosa en donde se ven alteradas las esferas físicas, psíquicas y sociales con repercusión funcional.

Hay dos características primordiales que son la pérdida de peso y las alteraciones inmunológicas, que secundariamente involucran a los aspectos sociales. Inicialmente, la explicación se basaba en las alteraciones de la nutrición, sin embargo, se han identificado factores que lo influyen y provocan como son las enfermedades cancerosas ocultas, alteraciones inflamatorias provocadas por enfermedades llamadas de colágena; patologías hormonales como el hipo e hipertiroidismo subclínicos, lo cual lleva al organismo a una franca dificultad para sostener su nivel funcional y orgánico, que conlleva la posibilidad de producir síndrome de deslizamiento o de fragilidad extrema, que terminará con la muerte del paciente.

Una vez que la patología no claramente identificada u oculta ha provocado el desequilibrio funcional y la pérdida de autonomía de la persona, se agregan factores psicosociales como la disminución de la iniciativa, aparecen alteraciones de la atención, el ánimo se ve aplanado y la pérdida de interés conlleva a un trastorno del comportamiento social y el aislamiento progresivo con auto negligencia.

CAPITULO IV. El anciano como paciente terminal.

*El primer acto de tratamiento
es el acto de dar la mano al enfermo
Von Leyden.*

Es aquel enfermo de un proceso crónico o accidental que se ha sumido en una situación crítica que indefectiblemente le va a llevar a la muerte en un plazo breve de tiempo. Este período se caracteriza por una progresiva incapacidad para recuperar la salud y responder a la rehabilitación y terapéutica. La situación concreta de incurable no siempre está dada por la Naturaleza de la enfermedad causal, sino por el tipo, grado y curso de las alteraciones concomitantes y por la actitud que el paciente adopta ante ellas, aunque puede también deberse a complicaciones inesperadas de la terapéutica .Causando un fuerte impacto emocional en el mismo, la familia y el equipo terapéutico que le atiende.

Los pacientes geriátricos presentan características particulares que los hacen más propensos a arribar a etapas finales que requerirán de una estrategia médica y de enfermería diferentes a las tradicionales y que hacen de este tema un importante aspecto en el manejo asistencial cotidiano. Entre estas características se cuentan las siguientes: el pluralismo morboso con su Polifarmacia acompañante, las presentaciones atípicas y los componentes mentales, sociales y funcionales de las enfermedades y la frecuente aparición de los grandes síndromes geriátricos como manera de expresión o de convergencia de muchas patologías en los ancianos con fragilidad.

En la actualidad es mejor hablar de situaciones clínicas al final de la vida donde la enfermedad terminal se encuentra entre enfermedad incurable avanzada y la situación de agonía.

- Enfermedad incurable avanzada es de curso progresivo, gradual con cierto grado de afectación de la autonomía y la calidad de vida con respuesta variable al tratamiento específico que evoluciona hacia la muerte a medio plazo.
- Enfermedad terminal, Enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía con muy escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses , en un contexto de fragilidad progresiva .
- Situación de agonía. La que precede a la muerte cuando esta se presenta en forma gradual y en la que existe deterioro físico intenso, debilidad extrema, alta frecuencia de trastornos cognitivos y de la conciencia, dificultad de relación e ingesta y pronóstico de vida en horas o días.

4.1. Criterios diagnósticos de fase terminal

Enfermedad terminal es la que siendo avanzada, progresiva e incurable, cumple otros criterios como gran impacto emocional.

El primer problema con el que se enfrenta a menudo el médico ante un paciente gravemente enfermo es la imprecisa definición de lo que constituye un estado terminal. Generalmente se trata de pacientes con un diagnóstico confirmado de enfermedad irreversible, con pronóstico fatal a corto plazo y con un deterioro notable de la calidad de vida. La aproximación esencial a este tipo de enfermos se basa en obtener una seguridad diagnóstica << de certeza>> y en ofrecer un conjunto de cuidados dirigidos a proporcionar la máxima comodidad y alivio sintomático, tradicionalmente se ha identificado al paciente terminal con enfermo neoplásico y así en la mayoría de los casos, pero es posible que este concepto este cambiando.

Entre las enfermedades más prevalentes y que con más frecuencia causan la muerte en el adulto mayor existen algunas (como la enfermedad cerebrovascular o la demencia) que pueden conducir al paciente a un estado de << dependencia terminal>> parece ser que en la actualidad están incrementándose tanto el número de ancianos que llegan a ese estado de dependencia terminal como la duración de este.

- Existencia de enfermedad avanzada, de evolución progresiva.
- Presencia de síntomas multifactoriales, intensos y cambiantes.
- Pronóstico de vida inferior a seis meses.
- Impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo profesional.
- Ineficacia comprobada de tratamientos curativos.
- Ausencia de tratamientos alternativos útiles.
- Complicaciones irreversibles finales.

4.2. Índice del estado terminal

El enfermo terminal se enfrenta a una serie de pérdidas como la independencia (por deterioro de sus ingresos, de su rol familiar y social, de su movilidad), pérdida de la imagen de sí mismo (por deterioro de la función corporal y de su apariencia física, por debilidad) y pérdida de control (tanto sobre el proceso de su enfermedad como sobre las decisiones y cuidados médicos).

También aparece una serie de temores a la enfermedad fatal, al dolor (somático y emocional), a los efectos del tratamiento y al abandono (tanto por familiares y amigos como por el personal sanitario). Todo ello dificulta el mantenimiento de unas relaciones personales plenas y hace al adulto mayor especialmente susceptible a una mayor soledad y pérdida de su identidad.

En el proceso individual desde que un paciente conoce su diagnóstico de enfermedad fatal. Hasta la muerte, atraviesa por una serie de etapas descritas por Kubler-Ross:

1. Negación y aislamiento “no puede ser cierto”, “se han equivocado”.
2. Ira “¿por qué yo?”, quejas dirigidas hacia sus familiares y al personal sanitario. Posteriormente el paciente entra en una etapa en la que intenta pactar (con dios generalmente) ofreciendo promesas a cambio de curación o alivio, para pasar a un

estado de depresión cuando no puede seguir eludiendo su situación real y el deterioro de su estado..

3. Aceptación y paz desprovista de sentimientos y de interés por el entorno.

Estas fases se presentan entremezcladas y no todos los pacientes pasan por todas ellas. Además, durante todo el proceso conservan un mayor o menor grado de esperanza.

La comunicación o no del diagnóstico fatal al paciente es otro aspecto delicado del manejo del enfermo terminal .Existe la tendencia generalizada entre el personal sanitario a ocultar la enfermedad y el pronóstico a los pacientes; esto dificulta en ocasiones el cuidado integral, crea falsas expectativas, impide solucionar los problemas pendientes y niega el derecho a la verdad y a la propia autonomía personal. Por otra parte, el decir la verdad al paciente, puede aumentar la angustia de la situación y en ocasiones, es la propia familia la que pide que se oculte el diagnóstico.

No hay esquemas de conducta universales .cada caso tiene sus matices que hay que valorar.

Generalmente, el paciente terminal busca una relación de confianza en cierto grado dependencia que hay que aceptar procurando una justa proporcionalidad.

En cualquier caso es bueno no destruir la esperanza que el paciente puede tener y asegurarle que en todo momento va a ser asistido y nunca abandonado.

En relación con el enfermo terminal, el tipo de apoyo puede ser flexible y debe responder a las necesidades y actitudes particulares de cada paciente. Sus mecanismos de defensa y su actitud hacia la enfermedad son cambiantes. Con solo una postura de escuchar puede el personal conocer en cada momento que es lo que le preocupa o hasta donde puede ser informado. Hay que tener presente que la comunicación puede ir mas allá que las palabreas y que la observación de algunas reglas sencillas (como tener tiempo para sentarse durante la visita, mirar al paciente a los ojos desde su misma altura, no tener acogerle la mano, ser honesto y útil en la respuesta a sus demandas) puede mejorar la calidad de la comunicación.

4.3. La familia del adulto mayor terminal

La familia como unidad integradora de todos los miembros, ha de ser objeto de cuidados .

La proximidad de la muerte de un miembro de la familia genera una situación de estrés, que requiere la intervención de enfermería.

La valoración de enfermería incluye a la familia desde una doble perspectiva:

- A) Como dispensadora de cuidados al paciente adulto mayor terminal.
- B) Como receptora de cuidados.

El rol de cada miembro de la familia se modifica cuando entre sus miembros se encuentra un adulto mayor en situación terminal. La enfermera debe valorar el reajuste y compromiso que cada uno de ellos haya adquirido en el proceso de cuidado.

A demás debe identificar al cuidador principal e incorporarlo como miembro esencial del equipo de cuidados paliativos.

Algunas familias no tienen dificultades para prestar los cuidados necesarios al adulto mayor terminal, pero no aceptan que el domicilio sea el lugar donde se va producir el exitus. La planificación anticipada y el apoyo del equipo favorecen a veces él que la familia pueda asumir esta etapa. En caso contrario la enfermera debe garantizar a la familia el ingreso del adulto mayor en una institución adecuada.

4.4. El cuidador principal

Es el interlocutor válido de la familia y el coordinador de la organización de los cuidados del paciente.

La valoración del cuidador principal incluye: La edad, los recursos personales, la disponibilidad de tiempo, el estado de salud, la capacidad de aprendizaje, el afrontamiento y capacidad de respuesta frente a problemas. En algunas ocasiones la carga física y emocional a la que se encuentra sometido el cuidador principal, y la familia produce una incapacidad temporal para seguir aplicando los cuidados al adulto mayor de forma adecuada. Esta situación, denomina cansancio en el desempeño del rol del cuidador puede conducir a la claudicación familiar. Se manifiesta por cansancio físico expresiones de dificultad para realizar las tareas, estrés mantenido, falta de apoyo familiar, falta de recursos materiales y clínicos. Si esta situación se mantiene, corre el riesgo de desarrollar patología crónica o depresión.

La claudicación familiar esta considerada como urgencia paliativa y requiere una pronta respuesta por parte de los profesionales trasladando al paciente a una institución adecuada a sus demandas provisionalmente.

Los familiares y cuidadores del enfermo terminal sufren las consecuencias de la enfermedad y la muerte de una manera especial.

La convivencia y el cuidado continuo a estos pacientes, sobre todo si padece algún grado de deterioro mental, se asocian a una incidencia elevada de depresión, ansiedad, sentimientos de ira y problemas de personalidad. Con frecuencia los cuidadores, pierden amigos, hobbies E incluso su trabajo por dedicarse a cuidar a su familiar enfermo.

Entre los problemas con que se enfrentan los familiares, los más frecuentes relatados por ellos son:

Los problemas emocionales en general, el cansancio físico, enfermedades médicas importantes, la ignorancia y el miedo.

Los familiares allegados del paciente son nuestro medio, la fuente más común de información sobre "Como desearía ser tratado el enfermo si hubiera podido elegir" .Ellos conocen la personalidad y actitudes previas de la persona, e incluso pueden haber mantenido alguna conversación anteriormente en que él haya manifestado su voluntad.

Cuando la decisión es limitar el tratamiento, el médico tiene más frecuentemente en cuenta la opinión de la familia que si se decide lo contrario.

4.5. El duelo en la familia

Definición: estado en el que una persona o familiar experimenta respuestas emocionales e intelectuales como consecuencia de una pérdida.

A pesar de que puede aplicarse a la pérdida de una persona o cosa amada, aquí nos referimos exclusivamente al primer supuesto pérdida de un ser querido.

La aflicción es la respuesta emocional a la pérdida. La profundidad de la aflicción depende de muchos factores, como la personalidad, las relaciones previas y la intimidad con el ser perdido, las pérdidas previas y los recursos personales.

Aunque es difícil generalizar, la edad avanzada puede influir en el proceso de duelo. La persona mayor suele sufrir pérdida frecuentes en los últimos años de su vida; esto hace que la recuperación se haga más difícil.

La pérdida de la pareja es una situación de crisis especial pues pone al adulto mayor e riesgo de múltiples problemas de salud tanto física como psicológica por lo general, la capacidad de adaptación es mayor en la mujer. El adulto mayor varón puede percibir la pérdida con igual intensidad, pero cuenta con menos recursos para afrontarla, ya que en la generación de nuestros mayores roles, de ama de casa no se le ha compartido equitativamente, lo que añade un sentimiento de desvalimiento en el adulto mayor.

Aumentara la agitación que generalmente presenta el moribundo se debe muchas veces a la sensación de calor: muchos enfermos intentan quitarse las sabanas, necesitan pues ropas ligeras y circulación de aire fresco. Conforme pasa el tiempo, el moribundo va perdiendo tanto la visión como la audición. Solo ven lo que este más cerca y oye nada más lo que se le dice directamente, hay que procurar que la habitación tenga la luz suficiente, si es directa mejor y pedir a los familiares que no hablen en voz baja, sino cerca de el al oído pudiera ser, con voz clara y con respuestas sinceras.

Aunque vaya disminuyendo su sensibilidad el enfermo en fase terminal siente la presión.

Si a él le gusta tóquelo, pero habrá que saber si le place, hay muchos enfermos que prefieren la sola compañía del familiar sin el menor asomo de caricia física.

La presencia del dolor físico puede ser continua a lo largo de todo el proceso agónico. hay que curarlo, si el tanatólogo no es médico, ni enfermero, entonces se requiere una gran comunicación con el equipo multidisciplinario pertinente .

Con frecuencia el enfermo en fase terminal permanece en plena conciencia casi hasta el final, hay que brindarle un cuidado holístico, total: biológica, fisiológico, emocional, social, afectivo, místico, religioso, espiritual, fisiológicamente hay que hacer hincapié en los cuidados paliativos.

4.5. Necesidades psicológicas en el paciente en fase terminal

Respecto a sus necesidades psicológicas y emocionales las hemos estudiado ya en varios capítulos anteriores, solo nos resta aumentar a lo ya dicho, lo siguiente:

El paciente sufre diferentes pérdidas, muy dolorosas para él como:

- Pérdida de salud : la primera y mas obvia, lo que ya no es tan manifiesto son las consecuencias necesarias, por esta pérdida el enfermo pierde también su seguridad incluyendo quizás la que da la esperanza , ya que en su futuro le es incierto; pierde su tranquilidad, hasta su economía en muchos casos, pierde su estabilidad económicamente hablando, pierde su autonomía, es decir, se vuelve una persona dependiente de todos y para todo; y llega a perder hasta su capacidad de decisión, por más que se trate de su propia vida .
- Pérdida de libertad : Libertad de movimientos, ya que por el gran debilitamiento que padece no podrá moverse aunque este llagado por no cambiar de postura, también perderá su libertad de pensar ; la mezcla de emociones que sufre lo obligara a pensar siempre en una misma dirección; perderá su libertad de privacidad, aunque sea el protagonista del drama: En los hospitales muchos estudiantes, los residentes tienen el derecho de entrar a examinar al paciente, por más que este se enojé o por mas vergüenza que le de .
- Perdida del cuerpo: Lo pierde como aliado, como amigo, desde el momento que comenzó el proceso degenerativo, consecuencia de la enfermedad terminal, su cuerpo se convierte en su enemigo actual y en obstáculo para su autorrealización , para muchos pacientes esto reviste la mayor importancia; hasta se apenan de que alguien vea su deterioro físico
- Perdida de la imagen propia: Ante el deterioro físico aparece la perdida de autoestima .Principio de una depresión que puede ser muy profunda: por ejemplo cuando la quimioterapia obliga a la mujer a raparse la cabeza, con la depresión el paciente sufre también pérdida de afectos, ya que se negara a toda relación afectiva y se llenara de rabias y de culpas.
- Perdida de la paz interior : porque ante la cercanía de la muerte, el moribundo comenzara a hacer un autoanálisis de su vida y, si no se le ha ayudado en todas sus pérdidas, lo invadirá el miedo y la desesperanza

Una vez reconocido el estado terminal, necesita de índices pronósticos cuyo análisis permita la toma de decisiones para ofrecer alternativas de manejo paliativo y Tanatológico, permitiendo racionalizar los recursos del paciente y la familia.



Fotografía. 7. Acompañamiento al paciente terminal.

Valoración clínica

Realización de la historia clínica, ésta presenta características especiales: anamnesis más difícil y larga. Debe corroborarse con el cuidador principal.

La historia contempla distintos aspectos:

- Antecedentes personales
- Historia por aparatos
- Enfermedad actual
- Fármacos (fármacos que esté tomando, dosis, modificación de dosis, aquellos que ha suspendido...)
- Exploración física
- Pruebas complementarias

Valoración funcional

Uno de los objetivos primordiales en el cuidado del anciano es prevenir la incapacidad y preservar la independencia. La salud del anciano, como mejor se mide es en términos de función (OMS, 1959)

La prevalencia de enfermedades y la pérdida funcional se incrementan con la edad, siendo responsable de la aparición de ésta última no sólo el grado de severidad de la enfermedad sino también el manejo que se realice.

La valoración debe hacerse teniendo en cuenta la situación previa, si se realiza en el momento agudo, y la actual. Debe corroborarse con el cuidador principal.

Las funciones físicas se pueden dividir en tres categorías jerárquicas, para la medición de cada una de ellas existen numerosos instrumentos, de los que citaremos algunos de los usados en nuestro medio.

Actividades de la vida diaria (AVD):

Evalúan el grado de integración en la comunidad, las relaciones sociales. No son esenciales para el mantenimiento de la independencia, pero su afectación es precoz ante cualquier deterioro.

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD):

Representan actividades funcionales necesarias para adaptarse independientemente a su medio: Escribir, cocinar transporte, compras, lavar, teléfono, manejo de medicación o del dinero

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Son aquellas actividades básicas para el auto-cuidado: comer aseo, continencia urinaria y fecal, caminar, transferencias.

Escalas:

- Índice de Barthel
- Índice de Katz
- Escala de incapacidad física de Cruz Roja.
- Otras.

Valoración mental

Hay dos aspectos que se encuentran: la esfera afectiva y la esfera cognitiva. La presencia de una alteración traduce una enfermedad y no debe ser justificada por el envejecimiento.

Valoraremos el estado basal o previo y la situación actual. Es, como nos hemos referido anteriormente, importante recabar información del cuidador principal. Debemos realizar una historia adecuada incluyendo distintos aspectos: estado de ánimo, memoria, nivel de conciencia, lenguaje... Tiempo de evolución. En este caso los distintos tests que nos aportan son apoyo para el diagnóstico.

Test:

- Test de Pfeiffer SPMSQ
- Test de Shulman
- Mini Mental State Folstein
- Test de informador
- Escala de depresión geriátrica

Valoración Social

Evalúa la relación del anciano con el medio social en que se desenvuelve, se valora la situación del anciano y la de sus cuidadores. Se tienen en cuenta:

La actividad social del anciano. Soporte social: la red social (tamaño, frecuencia de contactos, dispersión geográfica). Tipo de apoyo formal o informal. Carga de cuidadores. Sistemas de alivio, Recursos sociales,

Escalas:

- OARS
- Family APGAR
- Otros

En conjunto cada uno de los aspectos de la valoración, como ya se ha comentado previamente nos llevan a detectar las necesidades de cada anciano y a establecer en función de ello un adecuado plan de cuidados



Fotografía. 8. Relación del paciente terminal con su cuidador.

CAPITULO V. Cuidados paliativos

La aceptación de la propia pérdida y de la dependencia se favorece cuando se es capaz de expresar dolor y tristeza ante la misma

El anciano frágil constituye un reto para el equipo médico sanitario en el momento de abordar los cuidados paliativos. El médico debe estar capacitado para dar solución al gran dilema que se crea entre él, el paciente y la familia. Es importante respetar la autonomía del paciente, que debe estar consciente de las decisiones que se deben cumplir en su persona, así como integrar al tratamiento del paciente, tomando en cuenta los aspectos psicológicos y espirituales.

5.1. Concepto de cuidados paliativos

El término “paliativo” deriva de *pallium*, palabra latina que significa “capa”, capote. Etimológicamente, significa proporcionar una capa para calentar a “los que pasan frío”, toda vez que no pueden más ser ayudados por la medicina curativa. Respecto de la esencia de su concepto, se destaca el alivio de los síntomas, del dolor y del sufrimiento en los pacientes que sufren de enfermedades crónico-degenerativas o están en la fase final, y se trata al paciente en su globalidad de ser y buscando mejorar su calidad de vida.

Estos cuidados no dicen primordialmente relación con los cuidados institucionales, pero consisten básicamente en una filosofía que se puede utilizar en diversos contextos e instituciones, es decir, en el domicilio de la persona, en la institución de salud, en el hospicio o en una unidad específica destinada exclusivamente para este propósito dentro de la institución de salud.

Los cuidados paliativos constituyen una clara alternativa al «ya no hay nada que hacer», y son la estrategia terapéutica de elección en la situación terminal. Responden a los imperativos éticos de solidaridad para el alivio del sufrimiento y rechazo de tratamientos innecesarios que aumenten éste. Afirman el valor de la vida de todo ser humano, rechazando la tendencia social actual a considerar inútil la existencia de personas con minusvalía y dependencia. No tienen como objetivo prolongar la vida artificialmente ni acelerar la muerte.

Según Cicely Saunders, los “cuidados paliativos se han iniciado desde el supuesto que cada paciente tiene su propia historia, relaciones y cultura y de que merece respeto, como un ser único y original. Esto incluye proporcionar el mejor cuidado médico posible y poner a su disposición las conquistas de las últimas décadas, de forma que todos tengan la mejor posibilidad de vivir bien su tiempo.

Los cuidados paliativos fueron definidos, entonces, teniendo en cuenta no un órgano, edad, tipo de enfermedad o de patología, sino, ante todo, la evaluación de una diagnosis probable y de posibles necesidades especiales de la persona enferma y de su familia.

En 1990 la OMS definió cuidados paliativos como “el cuidado activo total de los pacientes cuya enfermedad no responde ya al tratamiento. Tiene prioridad el control del dolor y de

otros síntomas y problemas de orden psicológico, social y espiritual. El objetivo de los cuidados paliativos es proporcionar la mejor calidad de la vida para los pacientes y sus familiares, tomando en cuenta que el apoyo a la familia debe continuar aun después de la muerte del paciente.

Frente a esta situación existe una demanda generalizada de una atención centrada en el ser un derecho fundamental de las personas y una prioridad para las administraciones y organizaciones sanitarias y sociales.

En el proceso de pérdida de un ser querido con una enfermedad terminal, suele haber una etapa caracterizada por la tristeza, que finalmente desemboca con frecuencia en una vivencia serena de los problemas y, en algunos casos, en la aceptación.

La respuesta profesional, científica y humana a las necesidades de muchos enfermos en fase terminal y de sus familiares se encuentra en la medicina paliativa.

El control de los síntomas es imprescindible para el confort, aunque por sí solo resulta insuficiente. El término acompañamiento refleja muy bien el hecho de que los profesionales tenemos que «estar al lado» durante esta etapa trascendente y única para cada persona. La frecuencia, intensidad y ritmo de nuestras actuaciones estarán en función de las necesidades integrales y de los deseos de los pacientes, que tendremos que saber detectar.

Aprendemos de nuestros mejores maestros, los enfermos, que durante la etapa final de la vida surgen reflexiones profundas, emociones intensas, necesidades de resolver «asuntos pendientes» e incluso en algunos casos vivencias de crecimiento y enriquecimiento personal. Desde un punto de vista profesional, la complejidad de la situación y la escasa formación en estos aspectos no nos autoriza a obstaculizar estas experiencias mediante engaños burdos o actitudes de huida.

La comunicación es una herramienta clave para conseguir una atmósfera de serenidad y respeto. El paciente debe percibir que los miembros del equipo están dispuestos a escucharle atentamente. De este modo se irán desgranando las múltiples emociones que caracterizan a la «crisis del morir» que aparece ante la idea de esta posibilidad: miedo, ira, ansiedad, negación, humor, desesperación, frustración.

La información tienen como misión favorecer la mejor adaptación posible del paciente y de la familia a una situación generadora de sufrimiento. Se intenta, tras averiguar mediante preguntas abiertas el conocimiento de la situación, proporcionar una información progresiva, adaptada al ritmo de cada persona, capaz de mantener esperanzas realistas.

5.2.- Objetivos específicos de los cuidados paliativos en pacientes geronto- geriátricos (OMS)

OBJETIVOS

Reafirmar la importancia de la vida, considerando la muerte como un proceso normal
Establecer un proceso que no acelere la llegada de la muerte, pero tampoco la posponga
Proporcionar alivio del dolor y de otros síntomas angustiosos
Integrar los aspectos psicológicos y espirituales del tratamiento del paciente.
Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a llevar una vida lo más activa posible hasta que sobrevenga la muerte.
Ofrecer un sistema de apoyo a la familia para que pueda afrontar la enfermedad del paciente y sobrellevar el período de duelo

OBJETIVOS DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Proporcionar confort físico mediante el alivio de los síntomas y la atención a detalles como los cuidados corporales, los cuidados de la boca y la alimentación e hidratación natural.

Comunicación y apoyo emocional, asegurando al enfermo ser escuchado, participar en las decisiones, obtener respuestas claras, honestas y expresar sus emociones.

Atención a las necesidades sociales, favoreciendo el mantenimiento, reencuentro y/o creación de lazos afectivos con los familiares y el equipo terapéutico, incluidos los voluntarios.

Acompañamiento que reconozca el posible planteamiento de cuestiones existenciales y la búsqueda del sentido.

Ayuda a los familiares durante la enfermedad y en el duelo

Prevención, reconocimiento y tratamiento del estrés en los profesionales sanitarios (*burn-out*).

5.3 - Cuidados paliativos en la vejez

Es la intervención que se dirige a sostener y restaurar, en la medida de lo posible, las habilidades y destrezas de ejecución de los adultos mayores. Los cuidados paliativos en la vejez se dirigen a maximizar la autonomía funcional de los pacientes, tomando los principios de la planificación centrada en la persona que priorizan en abordar la identidad, la historia personal y la autodeterminación.

Lourdes Rexach, directora del grupo de trabajo de Cuidados Paliativos de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, refiere que los cuidados paliativos “son una filosofía donde lo básico no es la curación sino el alivio sintomático y la prevención de posibles complicaciones de la enfermedad, el mantenimiento del confort y la atención a la familia en el proceso final del duelo”. <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Paliativos.shtml>

5.4.-Características de los cuidados paliativos en la vejez:

- Es un abordaje interdisciplinario y centrado en la persona.
- Aplica técnicas y estrategias para el sostenimiento de la independencia funcional.
- Proporciona alivio del dolor, control sintomático y medidas de confort.
- Trabaja junto a la familia y a los cuidadores de los pacientes.
- Incluye medidas para prevenir complicaciones (úlceras, caídas, deformidades, síndrome de inmovilización, entre otros).

Siempre se incorpora a la familia y al cuidador en el tratamiento para garantizar el bienestar psicológico y social del adulto mayor y su entorno.



Capítulo VI. Aplicación de los cuidados paliativos en el anciano frágil.

“Morir es sólo morir. Morir se acaba. Morir es una hoguera fugitiva, es cruzar una puerta a la deriva y encontrar lo que tanto se buscaba”

Los Cuidados Paliativos incorporan una concepción multiprofesional e interdisciplinaria en el cuidado de las personas con diagnóstico de enfermedad avanzada, progresiva, incurable y en etapa terminal. Donde los profesionales trabajando en equipo podrán brindar los cuidados atendiendo a las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales de la persona muriente y su familia.

Enfermera ocupa, dentro del equipo de salud, un lugar de privilegio, ya que es quien permanece la mayor cantidad de tiempo junto al paciente, esto le permite ejercer plenamente el rol de “cuidador”. La tarea de cuidar tiene dos objetivos claramente definidos: ayudar a las personas a afrontar los problemas que les impiden satisfacer sus necesidades básicas con el fin de que puedan llevar una vida plena, y ayudar a obtener el mayor grado de bienestar posible dentro del contexto de la enfermedad; ambos objetivos identifican claramente la función básica de enfermería.

La enfermería en Cuidados Paliativos desarrolla sus actividades en el contexto enmarcado por el cuidado de los pacientes y familias en los cuales la enfermedad progresa inexorablemente hacia la muerte, el equipo debe esforzarse en aliviar los problemas, facilitar los procesos de adaptación a la situación de terminalidad, contribuir a la comunicación paciente-familia-equipo y colaborar con los diferentes recursos potencialmente implicados.

Poder lograr estos objetivos no solo depende de una amplia formación general, sino también de una formación específica en Cuidados Paliativos, ya que la problemática con que deberá enfrentarse tiene características propias e implica el aceptar que no todos los pacientes se van a curar y gran parte de ellos morirán a muy corto plazo, esto implica cambiar la actitud curativa hacia una actitud paliativa. Al igual que para los otros miembros del equipo, la madurez profesional y personal, la habilidad en detectar y atender los detalles, junto con la capacidad de obtener una visión global de la situación, son aspectos relevantes de Enfermería en Cuidados Paliativo

Los *cuidados paliativos* se traducen en una prevención y un manejo eficaces del dolor y otros síntomas perturbadores, incorporando, a la vez, el cuidado emocional y la atención hacia todos aquellos aspectos subjetivos que son prioritarios para el enfermo y sus allegados dentro de su propio marco cultural: valores, creencias y necesidades de todo tipo, incluyendo las de carácter espiritual, religioso y/o existencial.

Se trata de ayudar a afrontar lo que algunos han denominado “dolor global” o “dolor total” es decir, el sufrimiento con independencia de su causa. Los que sufren no son los cuerpos; son las personas.

El alivio del sufrimiento y la curación de la enfermedad deben considerarse como obligaciones gemelas de la profesión médica. Existe *sufrimiento* cuando una persona:

- Percibe un estímulo o situación como una amenaza importante para su integridad somática o psicológica.
- Al mismo tiempo se siente impotente, sin recursos para hacerle frente. Cuanto más importante perciba el enfermo la amenaza y menores crea que son sus recursos mayor será su sufrimiento.

El *sufrimiento* constituye un fenómeno más amplio que el dolor, abarca más dimensiones que este último y tiene muchas causas potenciales, de las cuales el daño tisular es sólo una de ellas. Así, además del dolor u otro síntoma, el sufrimiento puede ser inducido por la ansiedad, el miedo, la pérdida de personas, funciones u objetos queridos, etc. La amenaza que representa la posibilidad de padecer dolores, enfermedades o lesiones puede ser tan intensa que llegue a igualar los efectos reales que éstos tendrían sobre el cuerpo. La característica esencial del sufrimiento es, por tanto, la percepción de amenaza (en clínica se habla de preocupación). El dolor puede ser aliviado con analgésicos; el sufrimiento, no.



Fotografía. 9. Movilidad.

6.1. Cuidados de Confort

Son todos aquéllos que cubren el bienestar físico y moral del paciente. Es decir, que si el paciente no tiene cubiertas unas necesidades básicas, poco se logrará respecto a su CALIDAD DE VIDA.

Si el paciente está en su domicilio, enseñaremos a la familia a llevar a cabo el plan de necesidades. Si está en el hospital, nosotros conjuntamente con la familia.



HIGIENE

Actividades:

Todo ello se realizará con cuidado y sin prisa, dejando que el paciente haga la mayor parte del trabajo si puede.

Encontrar el momento adecuado.

- Respetar la intimidad.
- Adecuar la temperatura del baño.
- Utilizar sus efectos personales.
- Ayudarle en los cuidados de la piel, cabello y uñas.
- Ayudarle a realizar la higiene bucal.
- Permitirle maquillarse y perfumarse.
- Elegir su ropa y complementos.



ACTIVIDAD FÍSICA

Depende de la capacidad de movimiento del paciente.

Si existe alguna incapacidad y con ayuda de aparatos mejora, debemos intentar proporcionárselos (por ejemplo silla de ruedas).

- Si necesita la ayuda de una segunda persona, intentar dársela con suavidad, despacio y transmitiendo ganas de ayudar.
- Si está inmovilizado, buscar una posición adecuada en la cama.
- Evitar pliegues y arrugas en la sábana.
- Utilizar almohadas.
- Dar los cambios posturales pertinentes. Cada dos horas como mínimo
- Disponer la cama en el lugar que desee.
- Dejar a mano sus efectos personales



Ocupación del tiempo libre

Depende de la movilidad del anciano y su estado de ánimo

- Tomar el sol.
- Salir a pasear.
- Leer y escribir.
- Ver televisión.
- Oír música.
- Incorporarse a tareas del hogar.
- Recibir visitas.
- Tomar una copa, fumar un cigarro.



Reposo y sueño

La alteración del patrón del sueño es algo usual siendo su causa de tipo emocional. Procurar un entorno cómodo y relajado: evitando ruidos, habitación con luz tenue, aire y temperatura adecuados. Evitar que el paciente se sienta solo: sentarse a su lado, cogerle la mano, charlar, transmitirle cariño y confianza. Incitar a la familia a que le acompañe de forma continua.

La alimentación

El aspecto nutricional de los pacientes en general y en este tipo de pacientes en particular se ha tenido muy poco en cuenta en la elaboración del proceso de cuidados. No obstante,

nunca se obligará a comer si el enfermo no quiere o no puede. Nuestra norma es la siguiente:

LO QUE QUIERA, CUANTO QUIERA Y CUANDO QUIERA.

La anorexia o falta anormal del apetito puede estar provocada por múltiples causas: dolor, fatiga, inapetencia, mecánica (prótesis, etc.), tratamientos, estado de la boca, estreñimiento, ansiedad, etc. Debemos analizar los factores que provocan estas causas y realizar actividades para evitarlas.

Comida:

Presentación y cantidad: presentaciones que apetezcan, separar cada plato, no presentar uno sin haber retirado el anterior, recoger sin prisa.

Servir en cantidades muy pequeñas, en platos pequeños, repartiéndola más veces durante el día. Mejor es que repita a que repudie la comida antes de empezar.

Frecuencia:

- Invitar, no obligar esperar a que nos lo pida.
- Debe tener una temperatura adecuada, poco olorosa, poco sabrosa, sin picantes, textura adecuada (normal, molida, líquida, pastosa) para facilitar la deglución.
- Y, sobre todo, adaptarnos a su gusto.
- De preferencia comer en la mesa del comedor con la familia. Si no puede, en su cama semisentado o incorporado y estar acompañado.
- Sólo le daremos de comer si para él es imposible hacerlo.

Dieta:

Mientras el enfermo está en buenas condiciones, procuraremos que sea equilibrada. Cuando empeore sólo atenderemos a sus peticiones.

Líquidos:

Ofrecer bebidas constantemente.

Medicación:

Administrarla correctamente

Realizar una bitácora con el nombre del medicamento y horario,

No enfadarse con el anciano y no hacer de su inapetencia un drama; el enfermo se siente incapaz de comer, acoplémonos a sus deseos.

EL OBJETIVO no debe ser el de suministrar una nutrición óptima para recuperar el tiempo perdido, sino el de proporcionar placer al enfermo

Conclusiones

La vejez es la etapa en la que se encuentra desequilibrio fisiológico normal o patológico, socioeconómico y de su entorno que hace que el individuo pierda la capacidad de adaptación ante las situaciones de respuestas a las actividades cotidianas propias y de grupo, implicando el aceleramiento de las pérdidas en la capacidad funcional o de autosuficiencia.

Lo que se ha llamado “anciano frágil” o aquel individuo que presenta múltiples y complejos problemas cognitivos, afectivos, dificultades motoras, incapacidades, incontinentes o con riesgos de institucionalización prematura e inadecuada.

Lo ideal es que nuestro anciano frágil sea aquel que aun en situación de envejecimiento exitoso o patológico, requiere y se le otorgue promoción, prevención y mantenimiento de su salud, mediante la capacitación a cuidadores y familiares, así como la formación profesional de salud especializado.

El presente trabajo reúne información científica, que aporta conocimientos con enfoque al personal de Enfermería en base a una nueva cultura de envejecimiento, necesaria por el fenómeno poblacional de México y mundial en la que nos enfrentamos.

Así como la aplicación de los cuidados paliativos en los ancianos terminales para mejorar su calidad de vida, y ayudar a la familia a superar los retos que conlleva asistir a un enfermo terminal, mediante la asesoría y comunicación constante con el equipo de salud, para evitar el desgaste del cuidador y el abandono en que se ven envueltos los ancianos terminales.

Ilustración 6. Escala de evaluación de trastornos del sueño-

Evaluación de trastornos del sueño		
	Si	No
1. ¿Interfiere el trastorno del dormir con las actividades diurnas?		
2. ¿El paciente acostumbra acostarse tarde o temprano?		
3. ¿El paciente acostumbra levantarse tarde o temprano?		
4. ¿Le toma tiempo quedarse dormido? ¿Cuánto tiempo?		
5. ¿Pasa la mayor parte del tiempo encamado el paciente?		
6. ¿Despierta el paciente durante la noche? ¿Cuántas veces? ¿Por qué motivos despierta?		
<ul style="list-style-type: none"> • Pesadillas • Ganas de ir al baño • Preocupaciones • Falta de aire • Dolor • Ronquidos • Calambres • Otros 		
7. ¿Acostumbra el paciente bañarse por la noche?		
8. Durante el día el paciente:		
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Toma siestas frecuentes? • ¿Toma una siesta larga? • ¿Hace ejercicio regular? 		
9. Mientras duerme es posible observar:		
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Ronquidos? • ¿Periodos de apnea? • ¿Inquietud y movimientos? • ¿Calambres en piernas y brazos? 		
10. La recámara del paciente tiene:		
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Iluminación correcta? • ¿Aislamiento de ruidos? • ¿Temperatura adecuada? 		
11. ¿La cama es cómoda y correcta para su edad?		
12. ¿Existen problemas médicos que interfieran con el dormir? ¿Cuáles?		
13. ¿Consume el paciente cualquiera de los siguientes productos? ¿A qué horas y qué cantidad?		
<ul style="list-style-type: none"> • Café • Té • Refrescos • Cigarrillos • Alcohol • Pastillas para dormir (recetadas) • Remedios para dormir • Diuréticos • Otros 		
14. ¿Se le ha diagnosticado depresión?		
15. ¿Se le ha diagnosticado demencia?		
Los pacientes geriátricos con varios de estos parámetros positivos deben ser canalizados a un especialista en trastornos del dormir.		

Ilustración 7. Escala de evaluación de incontinencia urinaria y fecal.

Evaluación de incontinencia urinaria	
1. Descripción del patrón de incontinencia, síntomas asociados y medicamentos prescritos	
2. Obtener la descripción del hábito de micción en un periodo de 24 h	
3. Exámenes físico (tacto rectal y vaginal) y neurológico	
4. Hacer toser al paciente con la vejiga llena	
A. En caso de pérdida de orina, realizar manometría vesical con el fin de descartar inestabilidad del detrusor y/o incompetencia del esfínter uretral	
B. Si no hubo pérdida de orina con el esfuerzo, medir la orina residual posmiccional (con sonda o ultrasonido)	
<ul style="list-style-type: none"> • Si es > 150 ml, considerar vejiga neurógena u obstrucción uretral (hipertrofia prostática) • Si es < 150 ml, considerar inestabilidad del detrusor 	
5. Examen general de orina, urocultivos, otros	
6. En caso de incontinencia transitoria, considerar entre las causas: delirium, infección (vaginitis o uretritis atrófica), depresión, hiperglucemia, hipercalcemia, impacción fecal, inmovilidad, fármacos (sedantes, hipnóticos, anticolinérgicos, diuréticos de Asa, bloqueadores alfa y de los canales del calcio)	
7. En caso de incontinencia establecida	
<i>Patrón de micción</i>	<i>Causas comunes</i>
De urgencia: incapacidad para aguantar la micción	Inestabilidad del detrusor por cistitis o tumor vesical Hiperreflexia del detrusor AVC, demencia, trastornos de la médula espinal
De esfuerzo: pérdida involuntaria al aumentar la presión abdominal	Incompetencia del esfínter externo
De rebosamiento: goteo con vejiga distendida	Vejiga neurógena, obstrucción uretral
Funcional	Factores psicológicos, sociales y funcionales
Evaluación de incontinencia fecal	
1. Buscar causa orgánica: colitis, divertículos, patología de recto, colon y ano	
2. Descartar impacción fecal: necesidad de hidratación, enemas, dieta alta en fibras, entrenamiento para el retrete, medicamentos, desarrollar capacidades para el ejercicio	
3. Maximizar el tratamiento médico: explorar el reflejo gastrocólico, usar enemas y agentes antidiarreicos, así como agentes formadores de masa fecal	
4. Si no se detecta causa orgánica, considerar incontinencia funcional en casos de retraso mental de moderado a severo	
5. Siempre tener presente la interconsulta con el gastroenterólogo	

Ilustración 8. Escala de evaluación de polifarmacia.

Evaluación de polifarmacia*		
¿Cuántos medicamentos, debidamente recetados por el médico, toma el paciente?		
¿Cuántos medicamentos no recetados toma?		
Número total de pastillas que consume		
Número total de ampollas que se aplica		
Respecto del régimen farmacológico prescrito:	Sí	No
• ¿Se consideró el producto en su dosis mínima efectiva?		
• ¿Se ajustó la dosis según la depuración de creatinina?		
• ¿Se han monitoreado los niveles séricos?		
• ¿Se consideró un régimen de dosis simplificado?		
• ¿Se prescribieron por la vía más apropiada?		
• ¿Se evaluaron las interacciones?		
• ¿Se explicó al paciente o a la familia los efectos secundarios?		
• ¿Se anotaron las instrucciones de manera clara?		
• ¿Se consideró el costo accesible para el paciente?		
Los pacientes o sus cuidadores entendieron lo siguiente:		
• El nombre de los medicamentos		
• La indicación de cada producto		
• La dosis		
• La frecuencia de administración		
• El horario de cada medicamento		
• Su relación con los alimentos		
• La vía de administración		
• Los efectos tóxicos y secundarios y a estar alertas		
• ¿Qué medicamentos debían ser deglutidos, masticados o disueltos?		
• Las instrucciones, tanto verbales como escritas		
• Que debe llevarse una lista calendarizada con horarios para la toma de sus medicamentos		
• Que deben informar cualquier molestia relacionada con los medicamentos que ingiere		
En caso de que sean varias las respuestas negativas, no existe riesgo de polifarmacología ni problemas de intoxicación y/o yatrogenia medicamentosa.		

Ilustración 9. Escala de actividades instrumentales de Lawton Brody.

Escala de actividades instrumentales de Lawton Brody			
Nombre: _____		Expediente: _____	
Sexo: _____	Edad: _____	Número de prueba: _____	
A. Capacidad para usar el teléfono 1. Lo opera por iniciativa propia, marca sin problema 1 2. Marca sólo unos pocos números bien conocidos 1 3. Contesta pero no marca números 1 4. No usa el teléfono 0		B. Compras 1. Vigila sus necesidades independientemente 1 2. Hace independientemente pequeñas compras 1 3. Necesita compañía para cualquier compra 1 4. Incapaz de realizar compras 0	
C. Cocina 1. Planea, prepara y sirve los alimentos correctamente 1 2. Prepara alimentos si se le provee de lo necesario 1 3. Calienta, sirve y prepara, pero no lleva dieta adecuada 1 4. Necesita que le preparen los alimentos 0		D. Cuidado del hogar 1. Mantiene la casa solo o con ayuda mínima 1 2. Efectúa diariamente trabajo ligero de manera eficiente 1 3. Efectúa trabajo ligero sin eficiencia alguna 1 4. Necesita ayuda o no participa 1	
E. Lavandería 1. Se ocupa de sus ropas de manera independiente 1 2. Lava sólo pequeñas cosas 1 3. Todo se lo tienen que lavar 1		F. Transporte 1. Se transporta solo 1 2. Se transporta sólo en taxi, no usa otros medios de transporte 1 3. Viaja en transporte colectivo acompañado 1 4. Viaja en taxi o auto, pero acompañado 0 5. No sale 0	
G. Medicación 1. Es capaz de tomarla a su hora y en la dosis correcta 1 2. Se hace responsable pero se las preparan de antemano 1 3. Es incapaz de hacerse cargo de ello 0		H. Finanzas 1. Maneja sus asuntos en forma independiente 1 2. Sólo maneja lo necesario para compras mínimas 1 3. Es incapaz de manejar su dinero 0	
Realizó: _____		Revisó: _____	
M. P. Lawton y E. M. Brody, 1969. Hospital General de México, Secretaría de Salud, Clínica de Geriatría.			

Ilustración 10. Escala de evaluación de riesgo de úlceras por decúbito.

Evaluación de riesgo de úlceras por decúbito		
A. Condición física general		
Buena: problemas médicos menores	0	
Regular: problemas médicos mayores pero estables	1	
Pobre: problemas médicos graves o inestables	2	
B. Estado mental		
Alerta: buena respuesta a estímulos verbales	0	
Letárgico: responde lentamente	1	
Semicomatoso: responde a estímulos dolorosos	2	
Comatoso: no responde a estímulos	3	
C. Actividad		
Deambula sin asistencia	0	
Deambula con asistencia	2	
Paciente en sillas de ruedas	4	
Paciente postrado en cama	6	
D. Movilidad de extremidades		
Amplio rango de actividad	0	
Movimientos restringidos	2	
Se mueve sólo con asistencia	4	
Inmóvil	6	
E. Incontinencia urinaria o fecal		
Ninguna	0	
Ocasionalmente: < 2 episodios en 24 h	2	
Común: > 2 episodios en 24 h	4	
Total	6	
F. Nutrición		
Buena: consume > 50% de alimentos	0	
Regular: consume 25 a 50% de alimentos	1	
Pobre: consume < 25% de alimentos	2	
		Total
Si el total es > 8, el paciente está en riesgo y, por tanto, es necesario implantar medidas preventivas. Adaptado de Norton D., 1989.		

Ilustración 11 Escala de evaluación nutricional.

Evaluación nutricional			
Nombre: _____		Edad: _____ (F) (M) Fecha: _____	
Peso: _____		Talla: _____ Altura rodilla: _____ Expediente: _____	
<p>I. Evaluación antropométrica</p> <p>1. Masa muscular magra peso/(talla)² = kg/m²</p> <p>0 = MMM < 19 1 = MMM > 19, < 21 2 = MMM > 23</p> <p>2. Circunferencia braquial</p> <p>0.0 = < 21 0.5 = > 21, < 22 1.0 = > 22</p> <p>3. Circunferencia de la pantorrilla</p> <p>0 = < 31 1 = > 31</p> <p>4. ¿Ha perdido peso en los últimos tres meses?</p> <p>0 = pérdida mayor de 3 kg 1 = se desconoce 2 = pérdida entre 1 y 3 kg 3 = no hay pérdida</p> <p>II. Evaluación global</p> <p>5. El paciente vive en su casa</p> <p>0 = Sí 1 = No</p> <p>6. Ingiere más de tres fármacos al día</p> <p>0 = Sí 1 = No</p> <p>7. ¿Ha tenido problemas psicológicos o enfermedad aguda en los últimos tres meses?</p> <p>0 = Sí 1 = No</p> <p>8. Movilidad</p> <p>0 = Cama o silla de ruedas 1 = Se pasa a la silla de ruedas 2 = Es independiente</p> <p>9. Problemas neuropsicológicos en los últimos tres meses</p> <p>0 = Demencia severa o depresión 1 = Demencia moderada 0 = Sin problemas</p>	<p>10. Úlceras por presión</p> <p>0 = Sí 1 = No</p> <p>III. Evaluación dietética</p> <p>11. ¿Cuántas comidas hace al día?</p> <p>0 = Una comida 1 = Dos comidas 2 = Tres comidas</p> <p>12. ¿Qué alimentos toma, cuando menos una vez al día?</p> <p>Leche, queso o yoghurt Sí No</p> <p>Frijoles o huevo, más de dos veces por semana Sí No</p> <p>Carne, pescado, aves Sí No</p> <p>0.0 = > 21 0.5 = > 21, < 22 1.0 = > 22</p> <p>13. ¿Consume dos o más veces frutas y vegetales al día?</p> <p>0 = Sí 1 = No</p> <p>14. ¿Ha disminuido la ingestión de alimentos en los tres últimos meses por la pérdida del apetito? ¿Tiene problemas digestivos o de la deglución?</p> <p>0 = Severa 1 = Moderada 2 = Sin problemas</p> <p>15. ¿Cuántos vasos de agua toma al día?</p> <p>0.0 = < tres vasos 0.5 = tres a cinco vasos 1.0 = > cinco vasos</p>	<p>16. Modo de alimentación</p> <p>0 = Asistencia total 1 = Solo pero con conflicto 2 = Sin problemas</p> <p>IV. Valoración subjetiva</p> <p>17. Considera el paciente que tiene problemas con su nutrición</p> <p>0 = Desnutrición 1 = Los desconoce 2 = Moderada 3 = Sin problemas</p> <p>18. En comparación con otras personas de su misma edad, ¿considera que su estado de salud</p> <p>1.0 = no es bueno? 0.6 = lo desconoce? 1.0 = es bueno? 2.0 = es mejor?</p> <p>Calificación máxima: 30 puntos</p> <p>Calificación obtenida: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>V. Valoración</p> <p>Más de 24 puntos, estado nutricional bueno y sin riesgos</p> <p>De 17 a 23.5 puntos, se encuentra en riesgo de mala nutrición</p> <p>Menos de 17 puntos: desnutrido</p> <p>Estado nutricional</p> <p style="text-align: center;"> <input type="button" value="Bueno"/> <input type="button" value="Alto"/> <input type="button" value="Riesgoso"/> <input type="button" value="Bajo"/> <input type="button" value="Desnutrido"/> </p>	
Elaboró: _____		Revisó: _____	

FUENTE: Hospital General de México, Clínica de Geriátría, 1994.

Ilustración 12. Escala de evaluación de rehabilitación.

Evaluación de rehabilitación		
<i>Objetivo:</i> Identificar aquellos pacientes que pueden beneficiarse con la medicina de rehabilitación.		
	Sí	No
1. ¿El paciente está inmovilizado por padecimientos cronicodegenerativos?		
2. ¿Está incapacitado por enfermedad aguda o cirugía reciente?		
3. ¿Sufre debilidad muscular debido a un padecimiento médico?		
4. ¿Experimentó recientemente un accidente vascular cerebral?		
5. ¿Está desarrollando contracturas musculares y rigideces articulares?		
6. ¿Presenta trastornos de la marcha?		
7. ¿Presenta problemas de equilibrio en su actividad diaria?		
8. ¿Requiere de apoyos para sus actividades diarias?		
9. ¿El problema de movilidad del paciente requiere de equipo específico: silla de ruedas, bastón, prótesis?		
10. ¿Además del tratamiento farmacológico, el paciente requiere de fisioterapia (calor, masaje, etc.) para atender problemas musculoesqueléticos?		
11. ¿Ha sufrido amputación y requiere entrenamiento para adaptarse y acostumbrarse a la prótesis?		
12. ¿Requiere capacitación para caminar, cambiar la postura, subir y bajar escaleras, y librar obstáculos?		
13. ¿Tiene deficiencias sensoriales y de percepción, de modo que se pueda beneficiar con modificaciones de su entorno para acondicionarlo?		
14. ¿Tiene afasia y necesita terapia del lenguaje: cognoscitivo, de lectura y escritura?		

Para lograr una mejor participación en los programas de rehabilitación el paciente debe tener un buen estado de salud mental, con el fin de que sea capaz de atender las instrucciones para continuar en su domicilio.

Ilustración 13. Escala de actividades instrumentales de Lawton Brody.

Escala de actividades instrumentales de Lawton Brody			
Nombre: _____		Expediente: _____	
Sexo: _____		Edad: _____	
		Número de prueba: _____	
A. Capacidad para usar el teléfono 1. Lo opera por iniciativa propia, marca sin problema 1 2. Marca sólo unos pocos números bien conocidos 1 3. Contesta pero no marca números 1 4. No usa el teléfono 0		B. Compras 1. Vigila sus necesidades independientemente 1 2. Hace independientemente pequeñas compras 1 3. Necesita compañía para cualquier compra 1 4. Incapaz de realizar compras 0	
C. Cocina 1. Planea, prepara y sirve los alimentos correctamente 1 2. Prepara alimentos si se le provee de lo necesario 1 3. Calienta, sirve y prepara, pero no lleva dieta adecuada 1 4. Necesita que le preparen los alimentos 0		D. Cuidado del hogar 1. Mantiene la casa solo o con ayuda mínima 1 2. Efectúa diariamente trabajo ligero de manera eficiente 1 3. Efectúa trabajo ligero sin eficiencia alguna 1 4. Necesita ayuda o no participa 1	
E. Lavandería 1. Se ocupa de sus ropas de manera independiente 1 2. Lava sólo pequeñas cosas 1 3. Todo se lo tienen que lavar 1		F. Transporte 1. Se transporta solo 1 2. Se transporta sólo en taxi, no usa otros medios de transporte 1 3. Viaja en transporte colectivo acompañado 1 4. Viaja en taxi o auto, pero acompañado 0 5. No sale 0	
G. Medicación 1. Es capaz de tomarla a su hora y en la dosis correcta 1 2. Se hace responsable pero se las preparan de antemano 1 3. Es incapaz de hacerse cargo de ello 0		H. Finanzas 1. Maneja sus asuntos en forma independiente 1 2. Sólo maneja lo necesario para compras mínimas 1 3. Es incapaz de manejar su dinero 0	
Realizó: _____		Revisó: _____	
M. P. Lawton y E. M. Brody, 1969. Hospital General de México, Secretaría de Salud, Clínica de Geriátría.			

Ilustración 14. Escala evaluación del balance y de la marcha de Tinetti.

Evaluación del balance y de la marcha de Tinetti			
Nombre: _____		Expediente: _____	
Sexo: _____		Edad: _____	
		Número de prueba: _____	
Balance: El sujeto debe estar sentado en una silla rígida sin brazos.			
1. Balance sentado		6. Empujón	
Se va de lado y resbala	0	Estando el sujeto con los pies juntos, el examinador lo empuja, con la mano apoyada sobre el esternón	
Se mantiene firme y seguro	1	Cae	0
		Se tambalea pero se recupera	1
		Firme	2
2. Levantarse		7. Con los ojos cerrados	
Incapaz de hacerlo sin ayuda	0	Inestable	0
Capaz, pero se apoya en brazos	1	Estable	1
Capaz de hacerlo sin apoyo de brazos	2		
3. Intentos para levantarse		8. Giro de 350 grados	
Incapaz	0	Lo hace con pasos irregulares	0
Capaz en más de un intento	1	Lo hace con pasos uniformes	1
Capaz al primer intento	2	Inestable	0
		Estable	1
4. Balance inmediato al levantarse (cinco segundos)		9. Al sentarse	
Inestable, mueve los pies y oscila	0	Inseguro, se deja caer	0
Estable, pero usa apoyo físico	1	Usó los brazos	1
Estable, sin apoyo alguno	2	Seguro normal	2
5. Balance de pie		10. Calificación:	
Inestable	0	Normal: 16 puntos	
Estable, pero con amplia base > 10 cm o con apoyo físico	1		
Estable, con base normal	2		

Marcha: El sujeto se pone de pie con el examinador y camina a su paso, de ida y a paso rápido de regreso

<p>1. Inicio inmediato de la marcha (al recibir la indicación)</p> <p>Duda o intenta arrancar más de una vez 0 No titubea 1</p>	<p>2. Base de sustentación</p> <p>Talones separados 0 Talones que se tocan al caminar 1</p>
<p>3. Longitud y elevación del paso</p> <p>A. Balance del pie derecho</p> <ul style="list-style-type: none"> • No rebasa al pie izquierdo 0 • Rebasa al pie izquierdo 1 • El pie derecho no deja el piso 0 • El pie derecho deja el piso 1 	<p>4. Longitud y elevación del paso</p> <p>B. Balance del pie izquierdo</p> <ul style="list-style-type: none"> • No rebasa al pie derecho 0 • Rebasa al pie derecho 1 • El pie izquierdo no deja el piso 0 • El pie izquierdo deja el piso 1
<p>5. Simetría en los pasos (aproximada entre derecho e izquierdo)</p> <p>Desigual 0 Uniforme 1</p>	<p>6. Continuidad de los pasos</p> <p>Discontinuos 0 Continuos 1</p>
<p>7. Rumbo</p> <p>Marcada desviación 0 Moderada desviación o se apoya 1 Derecho sin auxilio 2</p>	<p>8. Tronco</p> <p>Balanceo marcado o usa apoyo 0 No hay balanceo pero flexiona las rodillas, el dorso o separa brazos 1 No hay balanceo ni flexión 2</p>
<p>Calificación: _____</p> <p>Normal: 12 puntos</p>	
<p>Realizó: _____ Revisó: _____</p>	

Tomado de M. E. Tinetti, 1996.

Ilustración 15. Cuestionario de depresión

Cuestionario de depresión					
Nombre: _____					
Edad: _____		Sexo: _____		Fecha: _____ Expediente: _____	
	Sí	No	Núm. de prueba y fecha de c/u		
			1a.	2a.	3a.
1. ¿Está usted satisfecho con su vida?					
2. ¿Ha abandonado muchos de sus intereses y actividades?					
3. ¿Siente que su vida está vacía?					
4. ¿Se aburre con frecuencia?					
5. ¿Tiene esperanzas en el futuro?					
6. ¿Está molesto porque tiene pensamientos que no puede alejar de su mente?					
7. ¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo?					
8. ¿Tiene miedo de que algo le pueda suceder?					
9. ¿Se siente contento la mayor parte del tiempo?					
10. ¿A menudo se siente desamparado?					
11. ¿Con frecuencia se siente intranquilo y nervioso?					
12. ¿Prefiere quedarse en casa que salir y hacer cosas diferentes?					
13. ¿A menudo se preocupa por el futuro?					
14. ¿Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás?					
15. ¿Piensa que es maravilloso estar vivo ahora?					
16. ¿A menudo se siente desanimado y triste?					
17. ¿Siente que nadie lo aprecia?					
18. ¿Se preocupa mucho por el pasado?					
19. ¿Cree que la vida es muy emocionante?					
20. ¿Le es difícil comenzar nuevos proyectos?					
21. ¿Se siente lleno de energía?					
22. ¿Siente que su situación es desesperante?					
23. ¿Cree que los demás están en mejores condiciones que usted?					
24. ¿Suele molestarle por cosas sin importancia?					
25. ¿A menudo tiene ganas de llorar?					
26. ¿Tiene problemas para concentrarse?					
27. ¿Disfruta el hecho de levantarse por las mañanas?					
28. ¿Prefiere evitar las reuniones sociales?					
29. ¿Es fácil para usted tomar decisiones?					
30. ¿Su mente está tan clara como solía estar antes?					
			Total		
Realizó: _____			Revisó: _____		

Ilustración 16. GDS acortado

GDS acortado					
Nombre: _____					
Edad: _____		Sexo: _____	Fecha: _____	Expediente: _____ Cama: _____	
Núm.	Pregunta	Respuesta			Valor
		Sí	No	Correcta	
1.	¿Se siente satisfecho con su vida?			Sí	
2.	¿Ha bajado mucho el interés por su trabajo y actividades?			No	
3.	¿Piensa que su vida está vacía o sin provecho?			No	
4.	¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?			Sí	
5.	¿A menudo se encuentra aburrido?			No	
6.	¿Tiene miedo de que le pase algo malo pronto?			No	
7.	¿Se encuentra feliz la mayor parte del tiempo?			Sí	
8.	¿Tiene la sensación de que es incapaz de realizar alguna cosa?			No	
9.	¿Prefiere permanecer en su casa que salir a la calle o pasear?			No	
10.	¿Piensa que tiene problemas con su memoria?			No	
11.	¿Cree que la vida es agradable o que es bello vivir?			Sí	
12.	¿Tiene la sensación de que no tienen valor las cosas que hace?			No	
13.	¿Tiene la sensación de disponer de toda su energía?			Sí	
14.	¿Piensa que su situación es desesperada?			No	
15.	¿Cree que las demás personas tienen mejor suerte que usted?			No	
Normal: 0 a 5		Depresión moderada: 5 a 10		Depresión severa: > 10	
Valor obtenido: _____			Resultado: _____		
Número de prueba: _____		Resultado anterior: _____		Evolución: _____	
Realizó: _____			Revisó: _____		
Tomado de T. L. Brink, J. A. Jesavage y cols., 1982.					

Ilustración 17. Cuestionario de Pfeiffer.

Cuestionario de Pfeiffer

Nombre: _____ Expediente: _____

Fecha: _____ Sexo: _____ Edad: _____

1. ¿Cuántos años tiene usted? _____
2. ¿En qué año nació? _____
3. ¿En qué año estamos? _____
4. ¿En qué mes estamos? _____
5. ¿Qué comió ayer? _____
6. ¿Qué lugar es éste? (nombre o descripción) _____
7. ¿Cuál es su dirección? _____
8. ¿Qué día de la semana es hoy? _____
9. ¿Quién es el presidente de la República? _____
10. Cuento del 20 al 1 en forma regresiva _____

0 a 3, muy confuso
4 a 7, moderadamente confuso
7 a 8, levemente confuso
> 9, normal

Tomado de Pfeiffer y cols., 1975.

Examen rápido de funciones mentales Majoi

Prueba		Resultado			Forma de evaluarlo
		Bueno	Regular	Malo	
M	emoria				Recordar las últimas palabras: nombre del presidente, cónyuge
A	fecto				Investigar relaciones interpersonales, animales, cosas, etcétera
J	uicio				Validar a través de la obtención de la historia clínica
O	rientación				Espacial, temporal y de persona
I	ntelecto				Efectuar operaciones matemáticas simples. Cuenta regresiva a partir de 100, de 7 en 7 o a partir de 20, de 2 en 2
Total					

Calificación: Bueno: 1 punto Normal: 5 puntos
 Regular: 2 puntos Deterioro leve: > 5 , 10 puntos
 Malo: 3 puntos Deterioro severo: > 10 puntos

Realizó: _____ Revisó: _____

Tomado de Geriatrics, 1982.

Ilustración 18. Escala de evaluación de alcoholismo de Michigan adaptado a pacientes geriátricos.

Evaluación de alcoholismo de Michigan (versión geriátrica)		Sí	No
1.	¿Después de beber ha notado que el corazón se le acelera o siente latidos en el pecho?		
2.	Cuando platica con otros sobre el tema de alcoholismo, ¿usted declara beber menos de lo que en realidad consume?		
3.	¿El alcohol le produce somnolencia?		
4.	¿Después de tomar unas copas se le quita el hambre y es capaz de saltarse una comida con tal de seguir bebiendo?		
5.	¿Después de tomar unas copas se siente tranquilo y sin temores?		
6.	Al otro día de la borrachera, ¿recuerda lo que ocurrió el día o la noche anterior?		
7.	¿Evita beber antes de cierta hora específica, durante su trabajo o bajo ciertas condiciones especiales?		
8.	¿Ha perdido interés en actividades que antes le gustaban?		
9.	¿Al despertar tiene problemas para recordar acontecimientos que ocurrieron la noche anterior?		
10.	¿Considera que una copa en la cena lo ayuda a dormir mejor?		
11.	¿Esconde botellas de alcohol en alguna parte de la casa?		
12.	¿Al salir de una fiesta se siente avergonzado por haber tomado demasiado?		
13.	¿Ha considerado que lo que está bebiendo puede ser dañino para su salud?		
14.	¿Le gusta terminar una reunión con una copa "camenera"?		
15.	¿Prefiere quedarse en casa a tomar unos tragos que ir a una reunión social?		
16.	¿Considera que a partir de la muerte de un ser querido, usted está bebiendo de más?		
17.	¿Está bebiendo más ahora que en el pasado?		
18.	¿Acostumbra tomar una copa para calmar sus nervios?		
19.	¿Acostumbra tomar unas copas para aliviar sus penas y olvidar sus problemas?		
20.	¿Ha incrementado el consumo después de experimentar sentimientos de pérdida en su vida?		
21.	¿Acostumbra manejar cuando ha tomado demasiado?		
22.	¿Le han dicho los médicos que el alcohol está afectando su salud?		
23.	¿Tiene reglas para controlar su alcoholismo?		
24.	¿Cuando está solo le viene el deseo de beber?		
25.	¿Cuando toma dos o tres copas pierde contacto con la realidad y al otro día no se acuerda?		
26.	¿La "cruda" le impide trabajar al día siguiente?		
27.	¿Cuando empieza a tomar ya no puede detenerse?		
<p><i>Interpretación:</i> Más de cinco respuestas positivas indican un problema de alcoholismo. Adaptado de Frederick Blow, 1996.</p>			

Ilustración 19. Escala de recursos sociales.

Escala de recursos sociales		
<p>1. ¿Cuántas veces, en la última semana, pasó algún tiempo con alguien que no vive con usted; es decir, usted fue a verlo o él lo visitó o salieron a hacer cosas juntos?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una o más veces al día • Dos a seis veces • Una vez • Ninguna vez • No contesta 	<p>3 2 1 0 0</p>	
<p>2. ¿Tiene a alguien en quien confiar?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí • No • No contesta 	<p>2 1 0</p>	
<p>3. ¿Se encuentra solo?</p> <ul style="list-style-type: none"> • A menudo • A veces • Casi nunca (porque tengo compañía) • No contesta 	<p>0 1 2 0</p>	
<p>4. ¿Ve a sus familiares o amigos tan a menudo como quisiera, o los ve poco?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tan a menudo como quisiera • Triste porque los veo poco • No contesta 	<p>2 1 0</p>	
<p>5. ¿Hay alguien (fuera de este sitio) que le prestaría ayuda si usted se encontrara enfermo o incapacitado; por ejemplo, cónyuge, amigo, familiar?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí • Nadie que desee o sea capaz de ayudar <p>Si la respuesta es "Sí", conteste también lo siguiente:</p> <p>a) ¿Hay alguien (fuera de este sitio) que lo cuidaría todo el tiempo o de cuando en cuando (haciéndole la comida, llevándolo al médico, etc.)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alguien me cuidaría todo el tiempo necesario • Alguien me cuidaría por periodos breves (semanas o meses) • Alguien me ayudaría de cuando en cuando, ocasionalmente (llevar al médico, dar dinero) • No contesta <p>b) ¿De quién se trata?</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Relación: _____</p>	<p>2 0</p> <p>3 2 1 0</p>	
<p>6. Ahora me contestará algunas preguntas sobre su familia y sus amigos. ¿Es usted soltero, casado, viudo, divorciado?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Casado • Soltero • Viudo 	<p>3 1 1</p>	

Escala de recursos sociales. (Continuación.)

<ul style="list-style-type: none"> • Divorciado (separado) • No contesta 	<p>1 0</p>	
<p>¿En caso de ser casado, su cónyuge vive con usted?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sí • No 	<p>1 0</p>	
<p>¿Quién vive con usted?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esposo/a • Hijos • Nietos • Padres • Hermanos(as) • Otros familiares (directos y políticos) • Amigos • Cuidador pagado no familiar • Otros (especifique) 	<p>3 2 1 1 1 1 1 1 1</p>	
<p>7. ¿En el último año, cuántas veces salió a visitar a su familia y/o amigos durante los fines de semana o las vacaciones, o para ir de compras o de excursión?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una vez o más a la semana • Una a tres veces al mes • Menos de una vez al mes o únicamente en vacaciones • Nunca • No contesta 	<p>1 2 3 0 0</p>	
<p>8. ¿A cuántas personas conoce lo suficientemente bien como para visitarlos en casa?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cinco o más • De tres a cuatro • Una a dos • Nadie • No contesta 	<p>3 2 1 0 0</p>	
<p>9. ¿Cuántas veces habló por teléfono con amigos, familiares u otros en la última semana, ya sea porque usted llamó o le llamaron? (La pregunta debe hacerse aunque el paciente carezca de teléfono.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una o más veces al día • Dos veces a la semana • Una vez a la semana • Ninguna vez • No contesta 	<p>3 2 1 0 0</p>	
<p>Puntuación baja: Abandono, soledad, necesidad de compañía.</p>	<p>Total</p>	

Ilustración 20. Escala de evaluación de agobio del cuidador.

Evaluación del grado de agobio del cuidador					
NOTA: Este instrumento debe ser contestado por el cuidador de algún paciente con objeto de conocer la tensión, carga y agobio experimentados en su labor.					
	Nunca	Rara vez (1)	A veces (2)	Con frecuencia (3)	Cast siempre (4)
1. Considera que el paciente le solicita más ayuda de la que realmente necesita					
2. Considera que en virtud de que le dedica mucho tiempo a su paciente, ya no le queda tiempo para usted					
3. Se considera presionado entre el cuidado de su paciente y el tratar de cumplir con su trabajo, además de otras responsabilidades cotidianas					
4. Se siente avergonzado por el comportamiento de su paciente					
5. Se siente molesto por estar cuidando a su paciente					
6. Considera que por causa del paciente se está afectando su relación con amigos y demás miembros de la familia					
7. Considera que cuidar a su paciente pone en riesgo su futuro					
8. Considera que su paciente depende totalmente de usted					
9. Se siente tenso cuando está con su paciente					
10. Considera que por cuidar a su paciente ha perdido privacidad					
11. Considera que su salud se ha afectado en virtud de sus esfuerzos y preocupaciones por cuidar a su paciente					
12. Considera que su vida social ha sufrido alteraciones desde que realiza estos cuidados					
13. Se siente incómodo por el hecho de tener menos tiempo para sus amigos					
14. Considera que su paciente espera que usted lo cuide como si fuera la única persona con la que pudiera contar					
15. Considera que cuidar a su paciente es una carga económica que sobrepasa su presupuesto					
16. Considera que dentro de poco ya no querrá o podrá hacerse cargo del cuidado de su paciente					
17. Siente que ha perdido control de su vida desde la enfermedad de su paciente					
18. Desearía que alguien tomara la responsabilidad de cuidar a su paciente					
19. Ha empezado a tener dudas sobre qué es lo mejor para su paciente					
20. Considera que hace poco y que debería hacer más por su paciente					
21. Considera que podría cuidarlo mejor					
22. Considera a su paciente tranquilo, agradable y agradecido con sus cuidados					
23. Considera que sus otros familiares no requieren hacerse cargo y están abusando de usted					
24. Siente lástima por su paciente					

Evaluación del grado de agobio del cuidador. (Continuación.)

NOTA: Este instrumento debe ser contestado por el cuidador de algún paciente con objeto de conocer la tensión, carga y agobio experimentados en su labor

	Nunca	Rara vez (1)	A veces (2)	Con Frecuencia. (3)	Casi siempre (4)
25. Siente afecto por su paciente					
26. Su paciente siente verdadero afecto hacia usted					
	Nada	Regular	Un poco	Bastante	Exageradamente
¿Qué tan agobiado, cansado y/o fastidiado se siente por el hecho de tener que cuidar a su paciente?	0	1	2	3	4
Total					

Total de puntos	Grado de agobio
0 a 20	Un poco
21 a 40	Regular o moderado
41 a 60	Moderado a severo
61 a 88	Severo

Es muy importante evaluar el grado de agobio y los efectos sobre la salud biopsicosocial del cuidador, quien es parte esencial del equipo multidisciplinario de apoyo para la persona mayor. Esta evaluación permite implantar medidas preventivas y de apoyo por medio de los sistemas informales (vecinos, amigos, familia y amistades), así como por los formales oficiales; por ejemplo, atención domiciliaria, hospital de día o considerar su ingreso en una residencia hogar o centro para ancianos.

Adaptado de S. H. Earth 1980.

Ilustración 21. Evaluación de seguridad en el hogar

Escala de evaluación de seguridad en el hogar		
NOTA: Esta lista se usa para identificar riesgos en el hogar que deben ser eliminados.		
	Si	No
A. Quehaceres domésticos		
1. ¿Limpia inmediatamente los líquidos derramados?		
2. ¿Conserva sus pisos y escaleras limpios y escombrados?		
3. ¿Ordena libros, revistas y otros artículos de la casa?		
4. ¿Guarda todos los objetos de uso diario en alacenas y estantes donde pueda alcanzarlos fácilmente?		
B. Pisos		
5. ¿Tiene cuidado de no caminar en pisos mojados o encerados?		
6. Cuando encera sus pisos, ¿usa cera sólida o líquida?		
7. ¿Sus tapetes tienen bajoalfombra?		
8. ¿Tiene tapetes al final y al principio de las escaleras?		
9. ¿Ha retirado los tapetes chicos donde podría tropezar?		
10. ¿Sus alfombras y tapetes son de buena calidad y están bien instalados?		
11. ¿Sus tapetes tienen pelo corto y no tienen flecos, o barbas?		
C. Baño		
12. ¿Tiene usted un tapete adherible de hule o tiras para evitar resbalarse en la tina o en la regadera?		
13. ¿Tiene usted una agarradera empotrada en la pared, junto a la regadera o al excusado?		
14. ¿Tiene tapetes no resbaladizos en el piso del baño?		
15. ¿Tiene una buena jabonera y un lugar seguro para que no se caigan sus artículos de baño?		
D. Pasillos		
16. ¿Puede caminar por sus pasillos sin tener que rodear muebles?		
17. ¿Sus pasillos están libres de obstáculos?		
18. ¿Todos los cables de teléfono y aparatos eléctricos están fuera de las vías de paso?		
19. ¿Tiene pasamanos y ha quitado tapetes deslizables?		
E. Iluminación		
20. ¿Los apagadores se encuentran cerca de las puertas?		
21. ¿Tiene buena iluminación para las áreas oscuras?		
22. ¿Tiene una lámpara o un apagador fácil de alcanzar desde su cama?		
23. ¿Tiene luces de noche en sus pasillos o en el baño?		
24. ¿Sus escaleras están bien iluminadas?		
25. ¿Tiene apagadores de escalera (al principio y al final)?		
F. Escaleras		
26. ¿Sus pasamanos están bien asegurados y colocados en ambos lados de la escalera?		
27. ¿Cuando el pasamanos está en la pared tiene una buena separación para poder sujetarlo bien?		

28.	¿Puede darse cuenta cuando termina el pasamanos?		
29.	¿Los escalones están en buen estado?		
30.	En caso de ser escaleras alfombradas, ¿la alfombra está bien fija así como los accesorios metálicos?		
31.	¿Se están reemplazando algunas escaleras o escalones por rampas?		
G. Escaleras manuales			
32.	¿Tiene una escalerilla o banco para alcanzar los estantes o alacenas elevadas?		
33.	¿Sus escalerillas se encuentran en buen estado?		
34.	¿Usa una sola escalerilla o banco para todas sus necesidades?		
35.	¿Usa banco, escalera de tijera o de recargar?		
36.	Antes de usarla, ¿tiene cuidado de que esté bien asegurada?		
H. Áreas exteriores			
37.	¿Los pasillos y caminos en su jardín están libres de obstáculos?		
38.	¿Su jardín y prado están libres de hoyos?		
39.	¿Guarda siempre sus implementos de jardín cuando no los usa?		
40.	¿Tiene siempre ordenado, libre de basura y trebejos su jardín?		
41.	¿Tiene tapetes para limpiarse los pies en la entrada de su casa?		
42.	¿Sabe cómo caminar en áreas resbalosas?		
I. Calzado			
47.	¿Usa zapatos con suelas y tacones antiderrapantes?		
48.	¿Usa pantalones y faldas que no se le caigan?		
49.	¿Evita caminar descalzo o con calcetines?		
50.	¿Usa calzado cómodo y apropiado para su causa?		
J. Precauciones personales			
51.	¿Está alerta y cuidadoso para evitar accidentes?		
52.	Si tiene visitas de sus nietos, ¿tiene cuidado de no tropezar con ellos ni con sus juguetes?		
53.	Si tiene usted mascotas, ¿tiene cuidado de que no se le atraviesen y lo hagan caer?		
54.	¿Alguien le ha enseñado a caer en forma segura?		
55.	¿Cuando carga paquetes u objetos grandes tiene cuidado de que no le tapen su visión?		
56.	¿Tiene cuidado de no cargar cosas pesadas?		
57.	¿Tiene cuidado de no subirse a sillas o mesas para alcanzar focos u objetos en lugares elevados?		
58.	¿Se toma su tiempo para cambiarse de lugar, contestar el teléfono o abrir la puerta, evitando correr?		
59.	¿Se conserva en buena condición física con ejercicios moderados, dieta balanceada, reposo adecuado y revisiones médicas periódicas?		
60.	Si usa anteojos, ¿verifica a menudo su graduación?		
61.	Si vive solo, ¿tiene contacto diario con familiares, vecinos o amigos?		
Adaptado de National Safety Council and AARP, 1982.			

Ilustración 22. Directrices de última voluntad.

Directrices de última voluntad		
<p>Nota: Este instrumento contiene una serie de instrucciones que podrían agregarse al testamento y ser utilizadas cuando por las circunstancias de incapacidad del paciente éste no pueda manifestar sus preferencias; también pueden ser parte del expediente clínico y ser usados cuando el médico tratante determine que el paciente se encuentre en condición terminal. El paciente debe marcar una cruz, en el lado izquierdo, de la opción de su preferencia.</p>		
A. Valores		
1. Quiero vivir el mayor tiempo posible, independientemente de la calidad de vida y de la forma en que lo logre		
2. Quiero vivir el tiempo que me corresponda, pero con una buena calidad de vida		
3. Los siguientes valores son importantes para mí:		
a) Quiero sentirme seguro y protegido		
b) Quiero evitar sufrimiento y dolor innecesarios		
c) Quiero ser tratado con respeto		
d) Quiero ser tratado con dignidad cuando ya no pueda valerme por mí mismo		
e) No quiero ser una carga para mi familia		
f) Quiero morir con dignidad		
g) Quiero estar rodeado de mis familiares y verlos a todos antes de morir		
h) Quiero recibir el consuelo de mis creencias religiosas		
i) Quiero respeto para mi cuerpo después de morir		
j) Quiero donar mis órganos		
B. Instrucciones sobre procedimientos terminales	Sí	No
1. ¿Desea recibir maniobras de resucitación?		
2. ¿Desea ser colocado en el respirador artificial?		
3. ¿Desea que le coloquen el tubo endotraqueal?		
4. ¿Desea que se le alimente por vía endovenosa o parenteral?		
5. ¿Desea continuar con el tratamiento, incluyendo los medicamentos contra el dolor?		
6. ¿Desea ser colocado en una máquina de hemodiálisis?		
7. ¿Desea que le practiquen autopsia para determinar las causas de muerte?		
Adaptado de D. J. Doukas, 1991.		

Ilustración 23. Prueba del geronte.

Prueba del geronte

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha del examen: _____

Mentales:

1. Coherencia
2. Orientación temporoespacial
3. Inserción social

Sensoriales:

4. Vista
5. Oído
6. Palabra

Corporales:

7. Higiene alta
8. Higiene baja
9. Vestimenta alta
10. Vestimenta media
11. Vestimenta baja
12. Tipo de alimentación
13. Modo de alimentación
14. Continencia urinaria
15. Continencia fecal interior

Sociales domésticas interiores:

16. Objetos usuales
17. Cocina
18. Limpieza y arreglo
19. Comunicación

Sociales domésticas exteriores:

20. Transportes
21. Compras
22. Visitas
23. Actividades

Locomotrices:

24. Subir
25. Desplazamiento interior
26. Modo de desplazamiento
27. Desplazamiento exterior

Nomenclatura		Valoración	Puntuación	
Color	Funcionalidad		Color	Pts. Subtotal
Blanco	Independiente		Blanco	2
Rojo	Parcial		Rojo	1
Azul	Incapacidad		Azul	0

Ilustración 24. Escala de evaluación de estrés del cuidador.

Escala de evaluación de estrés en el cuidador		
<p>NOTA: Este cuestionario debe ser llenado por el profesional de la salud, basado en la observación del perfil del cuidador. Tiene el propósito de identificar aquellos cuidadores que pueden empezar a tener conflictos con su papel de prestadores de atención primaria, con el fin de proponer asistencia que pudiera aliviar algunos factores de tensión.</p>		
	Sí	No
¿Ha notado que el cuidador se siente a disgusto con su papel actual?		
¿Ha detectado que la salud del cuidador está siendo afectada por sus responsabilidades?		
¿El cuidador se queja de sobrecarga física por cuidar a su paciente?		
¿Se siente confinado o aprisionado en el hogar, incapaz de tener vida privada?		
¿Tanto el cuidador como la familia tuvieron que realizar ajustes mayores para adaptarse a su nuevo papel?		
¿El cuidador tuvo que cambiar los planes de su vida o tiene la sensación de que ha perdido el control de su propia vida?		
¿Considera que es excesivo el tiempo que dedica al cuidado del paciente?		
¿El paciente tiene un comportamiento grosero, agresivo, malagradecido o molesto hacia el cuidador?		
¿El cuidador ha tenido que efectuar cambios en su empleo para acomodarse a su nuevo papel?		
¿El cuidador tiene problemas económicos?		
¿Cada día se le nota más abrumado en su nuevo papel?		
<p>Si existen varios "sí" es necesario considerar el apoyo de los sectores formal e informal para tratar de aliviar la tensión del cuidador.</p>		

Ilustración 25. Evaluación del riesgo de institucionalización.

Evaluación del riesgo de institucionalización			
<p>NOTA: El propósito de este instrumento es evaluar a las personas mayores en relación con la necesidad de recursos familiares y comunitarios, así como atención domiciliaria, hospitales de día, etc.; asimismo, determinar la necesidad de institucionalización, el grado de pérdida de autosuficiencia o la falta de apoyo que experimenta el paciente.</p>			
A. Estado físico			
1. Visión	a) Adecuada para ver televisión, leer, tejer, etcétera	0	
	b) Distingue personas y objetos	-3	
	c) Distingue sólo la luz	-10	
2. Audición	a) Buena	0	
	b) Escucha sólo con gritos	-3	
	c) Sordera	-5	
3. Movilidad	a) Autosuficiencia dentro y fuera de casa	0	
	b) Requiere bastones y ayuda parcial	-3	
	c) Requiere andadera, silla de ruedas y ayuda total	-15	
4. Función cardiopulmonar	a) Sin restricciones	0	
	b) Disnea de esfuerzo	-3	
	c) Reposo absoluto en cama	-20	
5. Dieta	a) Libre alimentación	0	
	b) Restricciones por prescripción médica	-3	
B. Estado mental			
1. Desorientación	a) Lúcido	0	
	b) Desorientado en tiempo	-3	
	c) Confuso en persona, lugar y tiempo	-15	
2. Incoherencia	a) Ninguna	0	
	b) Sospecha leve o moderada	-3	
	c) Incoherencia y confusión	-10	
3. Pérdida de memoria	a) Ninguna	0	
	b) Pérdida a eventos recientes (benigna)	-3	
	c) Ausencia de memoria (maligna)	-20	
4. Actitud	a) Normal	0	
	b) Hipo o hiperactividad	-5	
5. Juicio	a) Intacto	0	
	b) Deteriorado	-5	
6. Alucinaciones	a) Ninguna	0	
	b) Visuales y/o auditivas	-10	
C. Habilidades funcionales			
1.	Lee y escribe cartas	+2	
2.	Es capaz de usar el teléfono	+5	
3.	Es capaz de ir al banco y de compras	+5	
4.	Es capaz de preparar comidas y usar la estufa y el horno	+7	
5.	Se viste, se baña, usa el retrete y se asea sin asistencia	+5	
6.	Usa el transporte público	+7	
7.	Es capaz de tomar sus medicamentos y seguir dieta e indicaciones médicas	+10	

D. Apoyo de la comunidad	
1. Compatibilidad con la clase social	+2
2. Tiene vecinos y amigos con los que puede contar en caso de necesidad	+10
3. Cuenta con una tienda o supermercado para sus compras (incluso con servicio a domicilio)	+5
E. Servicios de apoyo y recreación	
1. Asiste a clubes de tercera edad	+2
2. Asiste a la iglesia	+1
3. Frecuenta la biblioteca	+1
4. En ocasiones come en restaurante, asiste al cine y va al parque	+1
5. Tiene acceso a centros de salud	+2
6. Tiene servicios domiciliarios	+2
7. Tiene clínica del Seguro Social (u otra)	+2
8. Dispone de transporte público cercano	+2
F. Vivienda	
1. Tiene casa propia	+3
2. Vive en casa rentada	+1
3. Vive en apartamento con servicio de elevador	+3
G. Familiares y amigos	
1. Vive con su cónyuge, hay compatibilidad de caracteres y es cooperativo	+10
2. Vive con su cónyuge pero hay incompatibilidad	+0
3. Es viudo(a) y vive con familiares (hijos) compatibles	+5
4. Es soltero(a) o viudo(a) con o sin familiares no cooperativos ni confiables	0
H. Situación económica	
1. Solvente financiero	+5
2. Depende económicamente de un hijo o familiar	+3
3. Depende de su jubilación	+1

Puntuación negativa	
Puntuación positiva	
Puntuación final	

Resultados: Menos de 20, el paciente requerirá ser institucionalizado; 20 a 40, necesita asistencia y apoyo para continuar en su hogar y en la comunidad; más del 40, es autosuficiente e independiente, con buena calidad de vida.

Bibliografía

1. Rodríguez G:Rosalía, Morales V. Juan t. Cols. Geriatria México, Interamericana 2000
2. Salgado Alberto t Guillén Francisco . Manual Merck de Geriatria 2da. Ed. Barcelona : Masson; 1999 .
3. Beers Mark, Berkow Robert y Cols. Manual Merck de Geriatria 2da ed. Madrid: Harcourt; 2001
4. Michelli Federico y Fernández Pardal Manual. Neurología en el Anciano . Argentina: panamericana ;1999
5. Rocabrano Mederos Juan. Tratado de Gerontología y Geriatria Clínica . La Habana :Academia 1999
6. Dirección de Atención Primaria y Salud Mental. Valoración del Anciano . Pamplona, España : APS ; 2000
7. El Universal: Noticias de México y el Mundo. Dr.Juan Girón Mino Correo: juangironmino@yahoo.com.mx
8. Frailty in older adults: Insights and interventionsS. ESPINOZA and J.D. WALSTON Cleveland Clinic Journal of Medicine, diciembre 2005
9. Ávila-Funes JA, Aguilar-Navarro S. El Síndrome de fragilidad en el adulto mayor. Antología Salud del Anciano. Parte 2. Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina. UNAM: 2007, 7 p.
10. Síndromes geriátricos en el paciente anciano terminal. Romero Cabrera AJ. geriatrianet.com vol.7, nº1, año 2005 <http://www.geriatrianet.com>
11. <http://www.secpal.com/eapc/index.php> Guías Medicas
12. Salgado Guillen Alberto. Manual de Geriatria. Barcelona, España; Ed. Masson, 2a ed.: 1999.
13. Rosales Barrera Susana y Reyes Gómez Eva. Fundamentos de Enfermería. México; Ed. Manual Moderno, 2a ed.: 1999.
14. Mace Nancy y Rabins Peter. Cuando el día tiene 36 horas. México; Ed. Pax México: 1997.
15. Carnevali D. L. y Patrick M. Tratado de Geriatria y Gerontología. México; Ed. Interamericana, 2a ed. : 1990.

16. Mark H. y Colaboradores. Manual Merck de Geriatria. Madrid, España; Ed. Harcourt: 2001
17. Humanitas, humanidades médicas - volumen 1 - número 1 - enero-marzo 2003 Antonio Pascual López. Cuidados paliativos unidad de Cuidados Paliativos. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona (España)
18. Nuevas perspectivas en cuidados paliativos - L. Pessini y L. Bertachini Acta Bioethica 2006; 12
19. Palliative Care in the Final Days of Life: "They Were Expecting It at Any Time" James Hallenbeck
20. <http://plenaidentidad.com/terapia-ocupacional-intervencion-en-el-entorno-social/>
21. Ética en cuidados paliativos guías de ética en la práctica médica:
22. Fundación de Ciencias de la Salud y © Los autores: José María Antequera, Javier Barbero, Jacinto Bátiz, Ramón Bayés, Miguel Casares, Juan Gérvas, Marcos Gómez Sancho, Diego Gracia, Antonio Pascual, Juan José Rodríguez Sendín, José Antonio Seoane Edición: Ergon. C/ Arboleda, 1. 28220 Majadahonda (Madrid)2006
23. Marcos Gómez sancho Manuel Ojeda Martín cuidados paliativos control de síntomas unidad de Medicina Paliativa Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín Las Palmas de Gran Canaria
24. Langarica Salazar Raquel y González Aragón Joaquín. Syllaus en Gerontología. México: Blas Blau Diseño, S.C.; 1996.
25. Polonio López Begonia. Terapia Ocupacional en Geriatria. México: Panamericana; 2002
26. Brees Mark. Berkow Robert y Cols. Manual Merk de Geriatria. 2da. ed. Madrid: Harcourt; 2001.
27. Cardenas de la Peña Enrique. Terminología Médica. 2da. ed. México: Interamericana; 1985.
28. Diccionario Enciclopédico Larousse. 3ra. ed. México: Ediciones Larousse; 1988. Tomo I, II y III.
29. Joaquín González Aragón. El paciente de edad avanzada, un paciente diferente, ed. México.trillas 2002