

Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional

Módulo 4

Salud, Epidemiología y Envejecimiento

María Angélica Touceda - Romina Rubin - Claudio José García



FACULTAD DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA



Ministerio de
Desarrollo Social
Presidencia de la Nación

Secretaría Nacional de
Niñez, Adolescencia y Familia

Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional

MODULO 4: Salud, Epidemiología y Envejecimiento

Autoras:

María Angélica Touceda

Romina Rubin

Claudio José García

ISBN: 978-987-544-499-7

Autoridades Nacionales

Presidenta de la Nación

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Ministra de Desarrollo Social

Presidenta del Consejo Coordinador de Políticas Sociales

Dra. Alicia Kirchner

Secretario Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia

Dr. Gabriel Lerner

Directora Nacional de Políticas para Adultos Mayores

Magíster Mónica Roqué

Autoridades Universitarias

Rector de la Universidad Nacional de Mar del Plata

Lic. Francisco Morea

Decana de la Facultad de Psicología

Lic. Ana Hermosilla

Subsecretaria de Posgrado y Relaciones Internacionales

Dra. Yamila Silva Peralta

Comité Académico

Doctora Alicia Kirchner, Ministra de Desarrollo Social de la Nación, Presidenta del Consejo Coordinador de Políticas Sociales. Miembro del Comité Académico de la Especialización en Abordaje Integral de Problemáticas Sociales en el Ámbito Comunitario de la Universidad Nacional de Lanús. Presidenta del Programa de Gestión de Transformaciones Sociales MOST de UNESCO.

Licenciada Ana Hermosilla, Decana de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar de Plata.

Doctor Gabriel Lerner, Secretario Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Doctora Yamila Silva Peralta, Subsecretaria de Posgrado y Relaciones Internacionales, Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Doctora Isolina Dabove, Directora del Centro de Derecho de la Ancianidad, Universidad Nacional de Rosario. Profesora Titular de Derecho de la Ancianidad, Universidad Nacional de Rosario.

Doctor Ricardo Iacub, Profesor Regular Asociado de Psicología de la Tercera Edad y Vejez de la UBA; Investigador de la Universidad Nacional de Buenos Aires, la Universidad Nacional de Rosario y la Universidad Nacional de Mar del Plata. Profesor invitado de universidades nacionales y extranjeras.

Magíster Claudia Josefina Arias, Magíster en Psicología Social. Docente de la cátedra Estrategias Cualitativas y Cuantitativas para la Investigación Psicológica de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Investigadora Grupo "Evaluación Psicológica" Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.

Dirección

Directora de la Especialización: Magíster Mónica Laura Roqué, Directora Nacional de Políticas para Adultos Mayores de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social. Docente Experta de los cursos internacionales en Gerontología de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Profesora invitado de universidades nacionales y extranjeras.

Coordinadora Académica: Especialista Susana Ordano, Coordinadora del Área de Educación y Cultura de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social. Especialista en Educación de Adultos Mayores y de Educación a Distancia. Docente de la Especialización de Educación de Adultos Mayores de la Universidad Nacional de Rosario.

Subcoordinadora Académica: Magíster Claudia Josefina Arias, Magíster en Psicología Social. Docente de la cátedra Estrategias Cualitativas y Cuantitativas para la Investigación Psicológica de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Investigadora Grupo “Evaluación Psicológica” Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.

Coordinadora Operativa: Lic. María Cruz Berra, Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Asesora Pedagógica: Especialista Susana López. Docente de la Universidad de Buenos Aires. Docente de la Universidad Nacional de Quilmes. Docente de FLACSO. Especialista de Educación a Distancia.

Coordinadora de Tutores: Licenciada Estela Machain

Tutores

Región NEA: Especialista Daniel **Sulim**; Región NOA: Especialista Adriana **Cortese**; Región Centro: Dr. Carlos **Romano**; Región Cuyo: Especialista Viviana **Lasagni**; Región Capital y Conurbano: Licenciada Susana **Rubinstein**; Región Buenos Aires Interior: Licenciada Corina **Soliverez**; Región Patagonia Norte: Licenciada María Inés **Gaviola**; Región Patagonia Sur: Especialista Jorge **Castelli**

INDICE

1. Introducción general	9
2. Objetivos	10
3. Contenidos	11
4. Unidad I : Salud y adulto mayor	13
1. Introducción.....	13
2. La Salud y su complejidad	13
3. El concepto de la salud en la historia.....	14
4. La Salud: Biología y Sociedad	23
5. Análisis del Sector Salud.....	25
1. Sector Salud.....	26
2. Demografía y Estadísticas asociadas al Adulto Mayor	28
3. Sistemas de Salud	29
4. Políticas Públicas y Políticas Sanitarias.....	30
5. Niveles de Atención en Salud	32
6. Políticas Sanitarias de la Argentina.....	33
7. Sistema de Salud Argentino.....	36
6. Atención Primaria de la Salud.....	45
7. Envejecimiento y Salud	49
8. Promoción de la Salud	52
9. Prevención de la Salud	55
10. Atención comunitaria en el Adulto Mayor.....	57
5. Unidad II: Síndromes Geriátricos	65
1. Presentación	65
2. Síndromes geriátricos	66
3. Cambios fisiológicos del envejecimiento.....	69
4. Estratificación y tipología de pacientes	76
5. Valoración Geriátrica Integral.....	78
6. Equipo Interdisciplinario	99
7. Los Gigantes de la Geriatria	101
6. Unidad III: Atención en Geriatria	139
1. Niveles de atención en Geriatria	139
7. Unidad IV: Bioética	151
1. Aspectos éticos en la asistencia a las personas mayores	151

1. INTRODUCCION GENERAL

La Salud ha tenido en Argentina una historia vinculada a los procesos políticos, económicos y sociales, pero no siempre su estudio ha logrado articular los tres niveles soslayando claramente lo social.

El **objetivo** de este módulo será acercar a los alumnos herramientas para la investigación/acción que desde diferentes perspectivas permita promover políticas para la población adulta mayor en nuestro país.

Se pretende que puedan reflexionar sobre sus propias prácticas en relación con los adultos mayores, la forma de posicionarse para el análisis pero también, para construir un modo de presencia en las prácticas sanitarias destinado a fortalecer el entramado social.

De esta manera se concibe a la **Salud** como un campo disciplinar con estatus propio, que necesita de la relación inter y transdisciplinar para comprender la complejidad de las prácticas sanitarias en el abordaje de la temática del envejecimiento, entendida como el proceso de construcción y apropiación de sentido de la vida cotidiana, que abarca tanto las relaciones personales como aquellas que son mediatizadas por los adultos mayores.

A través de las **prácticas sociales** y de la **formulación que los sujetos adultos mayores hacen de su mundo** podremos acceder a la **percepción** que ellos tienen de su **cotidianidad**, de sus **vínculos con otros** y la **cultura**. Desde esta mirada, el objetivo de este módulo es conocerlos y comprender los significados que se constituyen en la interacción en situaciones concretas, para ofrecer la atención sanitaria específica respondiendo a la demanda de la población adulta mayor en base a su necesidad y no a la oferta de una amplia gama de servicios de salud regida por el mercado.

2. OBJETIVOS

1. Entender la salud y su complejidad
2. Definir el Sistema de Salud en Argentina y su desarrollo en la temática gerontológica.
3. Aplicar medidas de promoción, prevención y cuidados básicos en las personas mayores.
4. Definir herramientas de valoración geriátrica integral para mejorar el abordaje interdisciplinario de los adultos mayores.
5. Valorar los cuidados progresivos en la atención gerontológica y geriátrica.
6. Categorizar los distintos niveles de atención en geriatría.

3. CONTENIDOS

Unidad I: Salud y Adulto Mayor.

La salud y su complejidad. El concepto de salud en la historia. La salud: Biología y Sociedad. Análisis del sector salud. Sector Salud. Demografía y Estadísticas Asociadas al Adulto Mayor Sistema de Salud. Políticas Públicas y Políticas Sanitarias. Niveles de Atención en Salud. Políticas Sanitarias de la Argentina. Sistema de Salud Argentino. Atención Primaria de Salud. Envejecimiento y salud. Promoción de la salud. Prevención de la salud. Niveles de prevención. Atención Comunitaria del Adulto Mayor. Objetivos. Actividades.

Unidad II: Características del anciano. Valoración geriátrica integral. Síndromes geriátricos.

Cambios fisiológicos del envejecimiento. Anciano sano/ anciano enfermo. Anciano frágil. Paciente geriátrico. Valoración Geriátrica Integral. Definición. Objetivos. Beneficios. Instrumentos de valoración de más frecuente uso. Equipo interdisciplinario. Síndromes Geriátricos. Incontinencias. Caídas. Polifarmacia. Síndrome Demencial.

Unidad III: Sistema de Atención del Adulto Mayor.

Componentes: Atención Comunitaria. Atención Primaria de Salud. Hospital General. Unidad Geriátrica de Atención. Unidades de geriatría: Agudos. Hospital de Día. Media Estancia. Domicilio. Larga Estancia. Estrategia de Atención Primaria de Salud aplicada a Adultos Mayores. Cuidados post-agudos.

Unidad IV: Bioética.

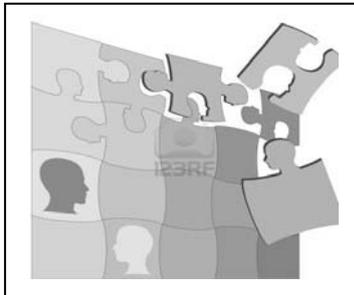
Aspectos éticos a la asistencia a personas mayores.

4. UNIDAD I - SALUD Y ADULTO MAYOR

4.1. INTRODUCCIÓN

Enmarcaremos algunos conceptos para saber de qué hablamos cuando decimos salud-enfermedad. Comprender el proceso histórico social que nos lleva a la conceptualización actual, es fundamental para la búsqueda de un nuevo paradigma en la construcción colectiva de la salud como un bien social.

4.2. LA SALUD Y SU COMPLEJIDAD



Revisar el concepto de salud desde la antigüedad hasta el presente, nos permitirá comprender la evolución del mismo a través del tiempo y como la significación ha estado proyectada por la cosmovisión de cada cultura.

El concepto de salud se fundamenta en la visión ayurvédica de la India legendaria, considerado uno de los sistemas médicos más antiguos del mundo y más completo, según lo ha declarado la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su enfoque de la salud se basa en la armonización o reequilibrio de los sistemas orgánicos, utilizando una variedad de técnicas para restablecer dicha armonía, que apuntan a tratamientos holísticos o integrales, donde no solo se trata el cuerpo físico, sino también el energético, compuesto por la mente y espíritu de las personas.

En la cultura china se considera a la salud como a todo lo que existe en el universo, vinculado a un ente inmutable y eterno: el Tao y las fuerzas antagónicas del Ying y el Yang que regulan los hechos.

En la cultura grecolatina, la salud fue objeto de motivación de grandes pensadores. Se debe incluir también la concepción mágico-religiosa mesoamericana, la visión mesopotámica y egipcia; sin dejar de lado a los árabes y judíos como pioneros en la medicina occidental.

Es de considerar la impronta del modelo cartesiano en la construcción del concepto de salud en donde no se tenía en cuenta a la persona en su totalidad.

En cada momento histórico se han expresado trascendentales variaciones en la concepción de la salud-enfermedad; siendo los cambios más notables en la segunda mitad del siglo XX.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propiciado un rol importantísimo como ente aglutinador de las últimas tendencias en el campo de la salud. Sin embargo, esta concepción no es sistémica, ni holística en la mayor acepción de la palabra, pudiendo decirse que en la actualidad, suele aceptarse un concepto de salud ecológico, sistémico, dinámico y positivo, resultante de la interacción y adaptación del hombre a su medio físico y social y es por ello que hablamos de “La salud y su complejidad”.

BIBLIOGRAFIA:

- **Formato Documento Electrónico (ABNT)**

GUERRERO, Luis; LEON, Aníbal. Aproximación al concepto de salud: Revisión histórica. Rev. Vzlan. de Soc. y Ant., Mérida, v. 18, n. 53, dic. 2008. Disponible en: http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S079830692008000300010&lng=es&nrm=iso (Consulta: enero, 2013)

"La salud es un punto de encuentro en el que confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, lo público y lo privado, el conocimiento y la acción. Además de su valor intrínseco, la salud es un medio para la realización personal y colectiva. Constituye, por lo tanto, un índice del éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones de gobierno en la búsqueda del bienestar que es, a fin de cuentas, el sentido último del desarrollo"

Julio Frenk

4.3. EL CONCEPTO DE SALUD EN LA HISTORIA



La percepción de salud está ligada a la conceptualización individual y colectiva del proceso salud enfermedad relacionado a factores culturales, históricos y sociales.

El concepto de salud está enlazado a ideas, creencias y percepciones de los diferentes colectivos culturales que se han plasmado en la historia del mundo, tanto en oriente como en occidente son sinónimo de equilibrio, armonía y equidad. En contrapartida, el concepto de enfermedad se describe con los antónimos de estas palabras.

En el imaginario social se concibe a la salud como la ausencia de enfermedad. De la misma manera que se percibe la idea de que la salud es una vivencia dentro de una secuencia de padecimientos continuos.

- ☑ En el Antiguo Egipto (comprendido entre años. 2700 y 2200 A. C.) sus pobladores convivían con la idea casi obsesiva de la muerte. Comprendían su vida terrenal como un paso previo de la que sería la vida eterna: "el Mas Allá", en donde el hombre renacía a una nueva existencia. Así el cuerpo del difunto se momificaba y, en la tumba, se realizaban rituales y se inscribían fórmulas mágicas con el objeto de que cuerpo y espíritu se reunieran y alcanzaran una nueva vida. Los faraones dieron cuenta de ello en cada una de sus dinastías por los monumentos que dejaron como legado.

- ☑ Hace más de cinco mil años, para las culturas Mesopotámicas de la zona del Oriente Próximo (Asiria-Babilonia) ubicada entre los ríos Éufrates y Tigris el acento de sus creencias estaba puesto en la enfermedad y no en la salud. Ya que la enfermedad era el castigo que los dioses imponían a los hombres que transgredían sus normas o era producto de los demonios o por maleficio de algún enemigo.

Para la milenaria cultura china, la salud está vinculada a un ente inmutable y eterno, el Tao, constituido por dos fuerzas que se contraponen: el Ying y el Yang. Conforme a estos conceptos ideológicos, del balance armónico de estas dos fuerzas dependerá la salud y la vida.

La medicina tradicional china aporta a la medicina científica un nuevo concepto: el de la globalidad, el de la interacción constante y fluida de nuestro cuerpo con la naturaleza., constituida por cinco elementos madera, agua, fuego, tierra y metal.

- ☑ En la India, la medicina Ayurveda ("Saber sobre la longevidad") de los siglos VII y VIII A.C sostenía que para entender las enfermedades se debía reconocer que los elementos esenciales del cuerpo humano son los mismos que los del macrocosmos, es decir: éter, viento, fuego, agua y tierra. Estos combinándose en proporciones diferentes dan origen a los distintos órganos del cuerpo. Por lo tanto la salud radica en la armonía de esos elementos, siendo el sistema curativo más antiguo del mundo se lo considera la "ciencia de la vida." Trata el cuerpo, la mente y el espíritu relacionados con una visión profunda de la vida y la conciencia. Dada la antigüedad de este sistema se puede decir que todos los sistemas médicos modernos han derivado en mayor o menor medida.

- ☑ Las culturas griega y romana estaban entroncadas. El concepto del taoísmo de la armonía se hallaba también presente en la cultura helénica. Recién Polibio, yerno de Hipócrates, en su tratado "De la naturaleza del hombre" (Colección Completa de las obras del Grande Hipócrates por Mr E. Littré, traducida al castellano por D. Tomas Santero) incorpora el concepto de los humores corporales en el proceso de salud-enfermedad. Sostenía que el cuerpo humano contenía sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra. La salud era el estado en el cual estas sustancias se encontraban en su correcto equilibrio, en su correcta proporción. Aquí nuevamente reaparece el concepto de equilibrio.

- ☑ La Escuela Estoica, fundada por Zenón de Citio en el Pórtico del ágora de Atenas (año 300 A.C) sustentaba que la naturaleza del universo disponía que el hombre enferme. Zenón solía explicar que la vida es una escuela y los seres humanos hemos venido a ella a aprender; de ahí que compartiera una serie de criterios prácticos para que sus seguidores mejoraran su competencia en el arte de vivir y superaran sus angustias. Se debía huir del inútil y peligroso victimismo oponiendo resiliencia. Los seres humanos debían comportarse con entereza y responsabilidad y agradecer los infortunios, pues sólo así podía desarrollar la virtud y fortaleza. Los estoicos no creían que la vida estaba gobernada por la suerte, el azar o las coincidencias: no creían en la casualidad, sino en la causalidad.

- ☑ Recién con Galeno de Pérgamo (Turquía año 129-200 D.C) se vislumbraría a través de su principal obra, *Methodo medendi* (Sobre el arte de la curación), lo importante que fueron sus estudios anatómicos y fisiológicos para la medicina de la época. Trabajó como médico en la escuela de gladiadores durante tres o cuatro años. En este periodo adquirió experiencia en el tratamiento de los golpes y heridas. Razón por la cual, años más tarde hablaría de las heridas como las "ventanas en el cuerpo". La obra de Galeno se basa en la tradición hipocrática, a la que une elementos del pensamiento de Platón y Aristóteles. Además, tuvo una excelente formación que le permitió conocer en profundidad las distintas escuelas médicas del momento y añadir a todo ello sus contribuciones originales, como ser: su fisiología, por ejemplo, se basó en las ideas aristotélicas de naturaleza, movimiento, causa y finalidad, con el alma como principio vital según las ideas de Platón, que trascendió en la medicina durante siglos y distinguía:

1. *alma concupiscible* (con sede en el hígado)
2. *alma irascible* (en el corazón)
3. *alma racional* (en el cerebro)



En la Edad Media la teoría de los cuatro humores ejerció mayor influencia que en la época antigua.

- En América la civilización maya se extendió por el sur de Yucatán, parte de Guatemala y Honduras, entre los siglos III y XV.
- Para la Medicina Maya la naturaleza está por encima de los hombres, determinando sus vidas y su proceso de salud-enfermedad (por esta razón aun hoy se venera y se consagra). El ambiente y el cosmos tienen influencia sobre la vida, explicando el funcionamiento del cuerpo a través de las leyes de la naturaleza. Considera al hombre como parte integrante e interactuante del cosmos y la sociedad, por lo que todas las actividades del individuo repercutirán en ellas. Cualquier cambio o acción en la naturaleza, comunidad y familia, lo afectarán a su vez a él, provocándole salud o enfermedad. La salud, entonces es el resultado de vivir de acuerdo a las leyes de la naturaleza y la sociedad, y la enfermedad es el resultado de la trasgresión a esas leyes. Cuentan con el Consejo de Ancianos y Sacerdotes que son servidores sociales por herencia familiar, encargados de la salud de la comunidad desde tiempos ancestrales hasta la actualidad, destacados en la medicina alternativa o naturopática, herboristería etc.
- Por otro lado, no se puede dejar de lado los aportes de los Incas. Entre 1430 a 1530 años D. C se desarrolla la cultura Inca, la más importante del Perú pre hispánico, y con una extensa influencia en la zona que hoy es Perú, Bolivia, norte de Chile y noroeste de Argentina. La medicina que se practicaba estaba ligada íntimamente a la magia y a la religión. Creían que las enfermedades eran producidas por maleficios. Los incas se destacaron en las técnicas de trepanación: realizaban una perforación en el cráneo en un intento de obligar a salir un espíritu malévolo. La trepanación es la forma más antigua de intervención médica que se conoce y fueron de suma importancia sus aportes a dicha práctica asistencial, como así también, en el uso de extractos de plantas, cuyas propiedades narcóticas y estimulantes se utilizaban con

efectos anestésicos. Se demostraron tan eficaces que incluso hoy se siguen utilizando, como ser: la digitalina, un estimulante cardiaco extraído de la dedalera (género Digitalis), es sin duda el más conocido en la actualidad.

- ☑ Entre los años 1200 y 1520 D.C. cuando los europeos llegaron a América se encontraron con una importante civilización que había conquistado y controlaba gran parte del territorio que hoy ocupa el centro de México desde la costa atlántica hasta la costa pacífica: los aztecas. Si bien sus creencias religiosas entrecruzaban los sacrificios y el canibalismo es de hacer notar la importancia de sus aportes a la nutrición de su población, a la organización de su sociedad con la existencia de un Estado con estratificación social y un sistema de salud.
- ☑ Por otra parte, los autores árabes y judíos fueron de gran importancia en la medicina de occidente, como lo fue Maimonides (Moises Ben Maimun) conocido como el médico sefaradí, quien introdujo la observación y razón crítica de los hechos, desterrando los hechizos y amuletos en el tratamiento de las enfermedades. El mayor legado de Maimonides fueron más de 1500 aforismos médicos basados en la medicina griega en donde describe entre otros la neumonía, el enfisema, el asma, las hemorroides, la hepatitis, intoxicaciones, venenos y antídotos, etc. En el tratado: "El régimen de la salud" describía detalladamente medidas higiénicas dietéticas para mantenerse sano de cuerpo y espíritu, "para llegar a Dios".
- ☑ La Escuela de Salerno fue la que retomó la idea de la cultura greco romana de la salud asociada a preceptos higiénicos, que se da a conocer mediante el tratado: "Regimen Sanitatis Salernitanum" que fue publicado en el siglo XII.
- ☑ Paracelso (1493-1541) Seudónimo de Philipp Theophrast von Hohenheim, médico y alquimista holandés, tuvo de la medicina una concepción química y biológica muy anticipada. Por los remedios que introdujo se lo considera un precursor de la farmacología. Describe los efectos de estos medicamentos en su obra de dos tomos: "Liber Paramirum" sobre el Arte de la Medicina siendo de gran influencia en la historia terapéutica.
- ☑ Ya en el siglo XIX Claude Bernard, biólogo, médico y fisiólogo francés, fundador de la medicina experimental, se destacó porque introdujo a la medicina en el mundo de

la ciencia. En su libro “Introducción al estudio de la Medicina Experimental” (1865) sostiene que la condición necesaria para la vida sana se sustenta en dos pilares, a saber: el organismo y el ambiente externo. El correcto funcionamiento del organismo depende del ambiente interno y de la relación necesaria de intercambio y equilibrio con el ambiente exterior.

- ☑ A estos conceptos se le pueden agregar otros como los de Ren Dubos (1939) que interpreto el concepto de salud con sentido ecológico dado que creía que la vida implica una interrelación e integración entre dos ecosistemas: el medio interno y el medio externo. Sus aportes al campo de la bacteriología destacan el aislamiento de numerosas sustancias antibacterianas, a partir de ciertos microorganismos del suelo, y contribuyó al desarrollo de una gran cantidad de antibióticos. Sus publicaciones más importantes son “Hombre, medicina y ambiente” (1968) y “Animal tan humano” (1968).

- ☑ Rudolf Virchow médico alemán considerado como uno de los más prominentes patólogos del siglo XIX. Además de por su labor científica también se le reconoce como estadista, al haber ocupado diversos cargos públicos quien afirmaba que el Estado debía ayudar a todos a vivir una vida sana

.La salud pública concierne a toda la sociedad y el Estado está obligado a velar por ella.

.Las condiciones sociales y económicas tienen un efecto importante en la Salud y en la Enfermedad

.Es necesario adoptar medidas tanto sociales (libertad, seguridad y prosperidad para todos) como médicas a fin de promover la salud y combatir la enfermedad

Virchow

- ☑ Walter Cannon, destacado fisiólogo americano doctorado en Harvard (1940), investigo sobre el equilibrio del medio interno conocido como homeostasis, extrapolando el concepto de homeostasis biológica a la población denominándolo homeostasis social:

“La salud depende del equilibrio armónico de todos los elementos que dan cohesión a la sociedad”,
Cannon,

- Henry Sigerist (1987) al definir salud dice que:

“Salud no es simplemente la ausencia de la enfermedad, es algo positivo, una actitud gozosa y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida impone al individuo”.

Sigerist

Este médico francés definió el concepto de “Promoción de la Salud”:

"La salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso". La salud de un pueblo no depende de la asistencia medica sino de las condiciones de vida y el instrumento para lograr el acceso de la población a estas condiciones de vida es la "Promoción de la Salud".

Sigerist

Según Sigerist: “la Promoción de la Salud es la misión primordial de la medicina, una tarea a la que están convocados ciudadanos, educadores, políticos, médicos... La segunda misión, en orden de importancia, después de la promoción de la salud, es la prevención de las enfermedades, mientras que la curación - restauración y rehabilitación - es la última de las funciones de la medicina, puesto que sólo hay que recurrir a ella cuando falla todo lo anterior”.

- En nuestro país el Dr. Ramón Carillo, en la década del cuarenta en el siglo XX, aportó una visión social muy amplia al definir salud como:

“Un derecho estrictamente ligado al salario justo, a la seguridad social, la vivienda, la educación, la cultura, el turismo y la recreación”.

Ramón Carillo

Su "Política Sanitaria Argentina" (1949) estaba fundamentada en tres principios:

- . Todos los hombres tienen igual derecho a la vida y a la sanidad.**
- . No puede haber política sanitaria sin política social.**
- . De nada sirven las conquistas de la técnica médica si ésta no puede llegar al pueblo por medio de dispositivos adecuados.**

Ramón Carrillo

Su Teoría del Hospital (1953) era un compendio doctrinario que contenía los principios orgánicos sobre la conformación arquitectónica, técnica y administrativa del Hospital moderno. Sin embargo, Carrillo advertía que "los hospitales no se organizaban a base de libros, ni a conocimientos estrictamente técnico-médicos, sino principalmente a base del conocimiento de la problemática social de la población que el establecimiento va a servir, y de la política sanitaria que se ha trazado un gobierno".

- Plan Sintético de Salud Pública 1952 – 1958 Dr. Ramón Carrillo. Dirección de Información Parlamentaria Honorable Cámara de Diputados de la Nación Secretaría Parlamentaria.

Estos aportes con una visión social de la salud fueron condensadas en 1946 con la definición de salud de la OMS que apareció en la carta constitutiva:

"La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia" OMS (1948)

Al decir bienestar se está manifestando, señala Bernard, cierto grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, con su estado emocional, su vida social, entre otros aspectos.

- La enfermedad desde el punto de vista de la ciencia biomédica se refiere al mal funcionamiento de los procesos psicológicos y a deformaciones anatómicas objetivas (Ford 1983, Eisenberg y Good 1978)

- ☑ No obstante, en la praxis médica en la actualidad se ha adoptado el sistema reduccionista de la biología moderna, adhiriéndola a la distinción cartesiana y sin tener en cuenta la totalidad de la persona (Capra, 1992).

Se identifica con el llamado modelo biomédico, caracterizado por el estudio de sólo algunos aspectos de “**la gran red de fenómenos que influyen en la salud**”, confinándolos a un ejercicio muy distante del criterio holístico e integral, que reconoce al ser humano inmerso dentro de su contexto, el cual ejerce influencia sobre él, y que a su vez es capaz de modificar su entorno en una dinámica que aisladamente no se puede determinar. Además, sobrepasando la concepción de atención primaria, la cual se presenta como un piso de posibilidades que se comportan como un común denominador para que todos los seres humanos accedan a las condiciones que le encaminan a una vida saludable (será ampliado en otro punto de esta unidad temática).

Se podría seguir enumerando un sinfín de hechos históricos, que confirmarían una vez más que la significación de la conceptualización de la salud ha estado proyectada sin duda alguna por la cosmovisión de cada cultura.

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA:

- Alzugaray, R. *Ramón Carrillo, el fundador del sanitarismo naciona*”. Buenos Aires, Edit. Colihue.2008:110.
- Banchs, M. “Las representaciones sociales: sugerencia sobre una alternativa teorica y rol posible para los psicólogos sociales en Latinoamérica”. En: Jimenez_Dominguez B. *Aportes críticos a la psicología en Latinoamaerica*. Guadalajara: Ediciones Universidad de Guadalajara; 1990, pp183-221.
- Dalto, S.: “Enfoque sociológico del fenómeno salud-enfermedad” en: *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. Universidad de Antioquía. Medellín. Colombia: Vol. 8, nº 1-2: 1982: 7-19.
- Di Silvestre, Cristina. “Somatización y percepción subjetiva de la enfermedad Cinta de Moebio. N°4. Diciembre de 1998. Facultad de Ciencias Sociales.
- Dorr A. Anneliese. “Acerca de la comunicación médico-paciente desde una perspectiva histórica y antropológica” *Rev.Med. Chile*.2004; 132:1431-36.
- Dubos R. *El hombre en adaptación*. México, D.F. Fondo de Cultura Económica, 1975:303-306.
- Entralgo P.L. *La medicina hipocrática*. Ed. Historia Universal de la Medicina. Barcelona: Salvat, 1982; Tomo 2:72-117

- Huard P., Wong M. *La medicina china*. Entralgo P.L. Ed. Historia Universal de la Medicina. Barcelona: Salvat, 1976; Tomo 1:159-195
- Martín Alfonso Libertad. “Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad”. En: *Revista cubana de Salud Pública* 2003, 29:275-81.
- Mogollón Pérez, A.S. *Reflexiones en salud pública*. Colección Textos Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Editorial Universidad del Rosario 2009.
- Pérgola Federico. *Historia de la salud social argentina*. Superintendencia de Servicios de Salud; 2004;11.
- Riviere J.R. “La medicina en la antigua India”. En Entralgo P.L. Ed. *Historia Universal de la Medicina*. Barcelona: Salvat, 1976; Tomo 1:129-158.
- Sigerist H.E. “Civilización y enfermedad” 1ra edición. México, DF.:Fondo de Cultura Económica, 1987.
- Zaragoza J.R. “La medicina de los pueblos mesopotámicos”. En Entralgo P.L., Ed. *Historia Universal de la Medicina*. Barcelona: Salvat, 1976; Tomo 1:67-93

4.4. LA SALUD: BIOLOGIA y SOCIEDAD



La salud es dinámica, como la célula misma (unidad de vida), como la sociedad de la que forma parte. La magnitud y la velocidad de las transformaciones se ponen en evidencia por: los niveles de mortalidad, la variedad de enfermedades, el crecimiento poblacional, las nuevas tecnologías o la complejidad de las instituciones de atención. El solo mirar los cambios habla de la profunda

transición que no es aislada ya que acontece también en lo social, en lo económico, en lo político y en lo cultural. El campo de la salud refleja y aumenta los cambios como un zoom, por ello es necesario comprender el proceso si pretendemos anticiparnos a los hechos

“El campo de la salud ofrece un mirador, un puesto de observación para entender los procesos sociales”.

La salud es un indicador en sí mismo, por ser el encuentro entre la naturaleza humana y su organización social. Biología y sociedad se revelan y se reflejan en la salud.

”Los procesos vitales de la salud —el nacimiento, el crecimiento, el desarrollo, el equilibrio con el entorno, la enfermedad, el dolor, el sufrimiento, la muerte. Ahí radica la profunda raíz biológica de la salud. Pero estos procesos no ocurren en el vacío, sino que suceden en una matriz social, económica, política y cultural”.

Julio Frenk

La salud de una población depende de una red multicausal de factores biológicos y sociales. El estado del medio ambiente, las formas de organización social, la estructura económica, el nivel de democracia, el grado de urbanización, las condiciones materiales de existencia, la escolaridad, la nutrición, la fecundidad y los estilos de vida son todos determinantes cruciales de la salud, a los cuales el sistema de atención debe dar respuesta. El cuidado de la salud es, por lo tanto, un esfuerzo que va mucho más allá de la mera aplicación de tecnologías médicas.

La salud entra directamente a los ámbitos de la economía y de la política de un país. Las sociedades actuales han desarrollado un complejo sector dedicado a cuidar los diferentes aspectos de la salud, entendiéndose como un sistema que da respuesta a las necesidades de salud de la población. Al mismo tiempo, los hogares consumen gran cantidad de bienes y servicios asociados a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. En la base de sus significados económicos y políticos, se encuentra el valor de la salud como elemento central del desarrollo social. Las condiciones de salud y enfermedad, el goce de prestaciones sociales y el acceso a los servicios constituyen situaciones entroncadas a la vida cotidiana y a la dinámica familiar.

La salud es un indicador del bienestar y de la calidad de vida de una comunidad.

Las prestaciones de servicios de salud establecen uno de los mecanismos de redistribución de la riqueza y es, junto con la educación, un elemento esencial para promover la igualdad de oportunidades, estableciendo una relación recíproca entre los niveles de salud y el grado de desarrollo económico de una sociedad. En consecuencia, la salud representa una bisagra donde se articulan la política social, con sus metas de bienestar, y la política económica, con su interés por la producción. Es también ahí

donde se debaten cuestiones éticas que atañen a los valores fundamentales de una sociedad y el Estado desempeña un rol fundamental.

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA:

- Frenk, Julio. "La salud de la población. Hacia una nueva salud pública". Fondo de Cultura Económica. México 1994.

"Mientras más reflexiona el hombre sobre la realidad, sobre su situación, más emerge plenamente conciente, comprometido, listo a intervenir en la realidad para cambiarla"

Paulo Freire

4.5. ANALISIS DEL SECTOR SALUD



Para concluir y simplificar el significado de salud, debemos de pensar siempre en las tres dimensiones centrales para el análisis del sector salud en un país:

- a) La situación de salud de la población
- b) La política de salud
- c) El sistema de salud.

La situación de salud de la población constituye una dimensión de la calidad de vida de los pueblos. Contrariamente a lo que parecería a primera vista, la salud de la población depende en pequeña medida de las políticas y de los sistemas de salud (González García & Tobar, 1997: 45-6). Es consecuencia de un conjunto de factores combinados, tales como las conductas y estilos de vida, el ambiente, la genética y, por último, el sistema de salud. Se mide a través de indicadores epidemiológicos como por ejemplo la Esperanza de vida al nacer. Este indicador se mantuvo estable durante más diecisiete siglos, es decir que se vivían pocos años. Hoy sigue siendo un indicador fiel de desarrollo social

Distinguir las tres dimensiones es importante para analizar la salud en Argentina porque se podría afirmar que hay al menos una historia para cada una de las dimensiones. Por ejemplo, siempre hubo una situación de salud, esta puede ser más o menos buena

dependiendo de con quién se nos compare. Si se considera una sola dimensión de la situación de salud, tal como la esperanza de vida al nacer, se verifica que esta registró pocos cambios durante los primeros diecisiete siglos de la era cristiana. Recién a finales del siglo XVII, con la primera revolución industrial se comienza a registrar un fuerte impacto sobre la salud que se traduce en una prolongación de la vida media. En otros términos, la historia de la situación de salud es una historia epidemiológica donde adquieren gran protagonismo las condiciones ambientales y sociales, tales como los procesos de urbanización.

Una política de salud puede o no alterar el estado de salud de la población, así como puede o no modificar el sistema de salud. En los sistemas de salud sedimentan los esquemas de acción, las respuestas sanitarias, sociales y económicas definidas por las sucesivas políticas de salud.

Distinguir las tres dimensiones es importante para analizar la salud en Argentina y más aun, para reflexionar sobre porque en un país con tendencia al envejecimiento poblacional, la transición epidemiológica (es decir el paso de enfermedades agudas infecciosas a procesos crónicos y degenerativos con patologías de curso más mórbido con mortalidad diferida) no tenga un sistema sanitario que de respuesta específica a la demanda de salud de la población adulta mayor que tiene una serie de particularidades que deben de conocerse previamente para poder brindarles una atención de calidad y hasta quizás, a menor costo para el sistema, pero encontramos que los adultos mayores no están reconocidos, no son visualizados.

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA:

- <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/regionsanitaria6/files/2012/05/MedicinaSanitaria12.pdf>
- http://www.isalud.com/hm/site/documentos/13_Archivo_largo.PDF

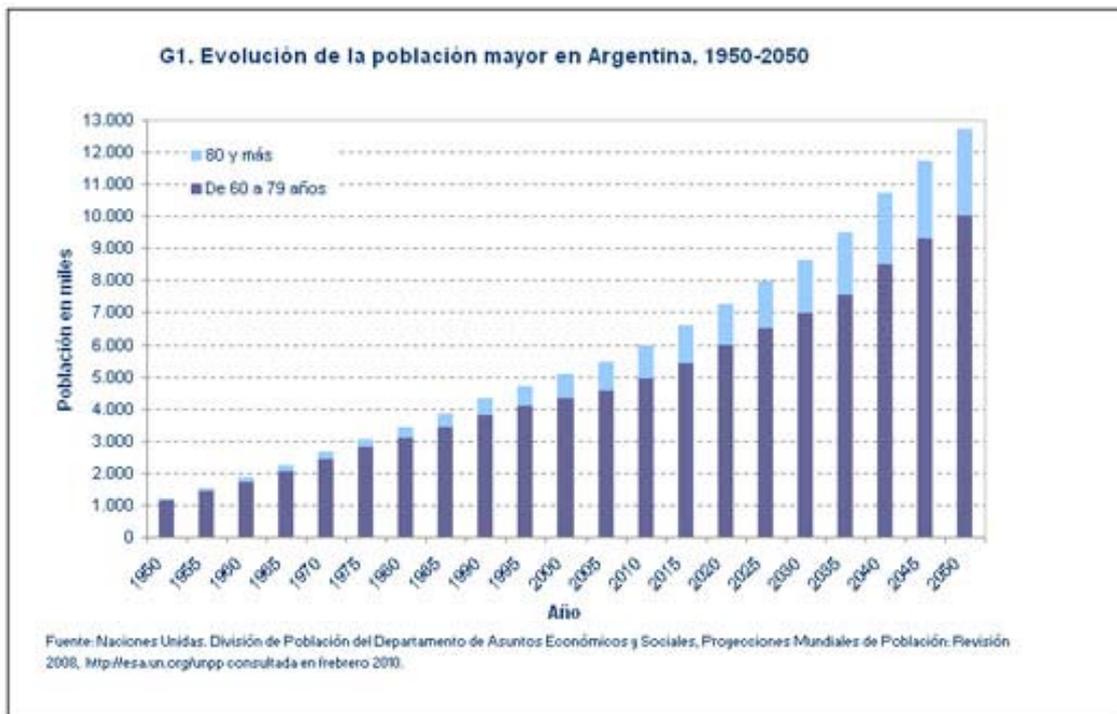
4.5.1 SECTOR SALUD

En el siglo pasado se han logrado avances importantes en la salud de la población gracias a intervenciones de Salud Pública, sin embargo gran parte de la población sigue padeciendo o muriendo por enfermedades y problemas de salud. Los problemas de salud tienen un impacto importante en la salud de los pueblos y en la sociedad misma.

Para poder mantener y mejorar los avances logrados y para asegurar una distribución más equitativa de la salud entre grupos poblacionales y países, cada vez parece ser más

necesaria la intervención mediante políticas públicas orientadas a la salud que aborden no solo situaciones emergentes, sino también los problemas estructurales de base.

Con el aumento de la esperanza de vida y la progresiva reducción de la natalidad, el número absoluto y porcentaje de las personas mayores aumentan. Hoy en día hay 600 millones de personas mayores de 60 años en el mundo, cifra que se duplicará para el 2025 y que ascenderá a casi 2 mil millones para 2050, cuando se contará con más personas mayores de 60 años que con niños menores de 15. (Ver grafico)



Fuente: Naciones Unidas. División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Proyecciones Mundiales de Población: Revisión 2008.

El incremento de la esperanza de vida es un triunfo para la salud pública y es el resultado del desarrollo social y económico. Pero se calcula que el envejecimiento de la población se producirá a un ritmo más acelerado que el crecimiento económico y social de los países en desarrollo.

El envejecimiento conlleva un incremento del riesgo de padecer enfermedades crónicas y discapacidad. Para prepararse desde ahora para un envejecimiento poblacional, es de vital importancia que los sistemas de salud de los países en desarrollo estén listos para enfrentar las consecuencias de estas tendencias demográficas.

4.5.2 DEMOGRAFIA Y ESTADISTICAS ASOCIADAS AL ADULTO MAYOR

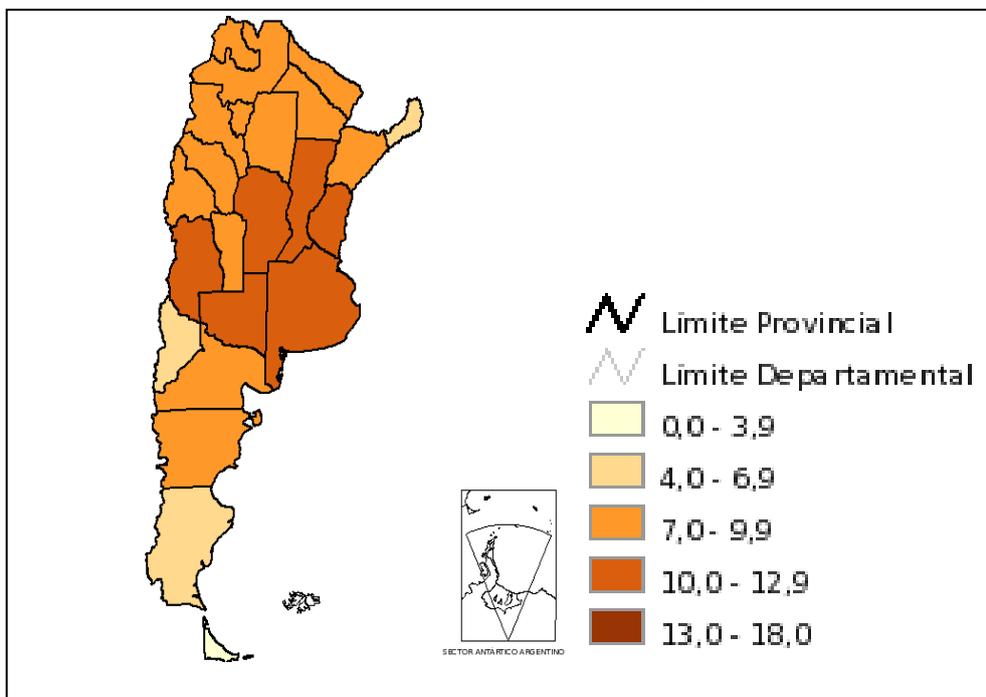
Según datos de la OPS del año 2010 en la Argentina un 10,2% de la población es Adulto Mayor de 65 años, unos 3,8 millones de personas, siendo uno de los tres países latinoamericanos de mayor envejecimiento de la población.

Analizando los indicadores demográficos de Argentina se observa:

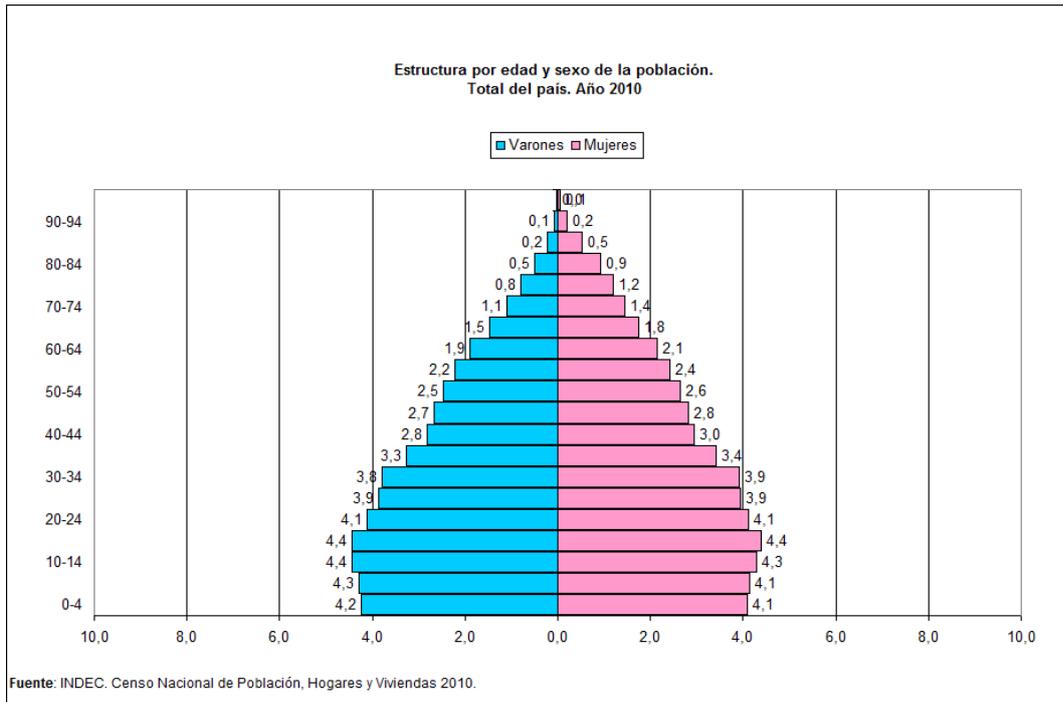
- Aumento de la esperanza de vida.
- Diferenciación significativa del proceso de envejecimiento en la población femenina con respecto a la masculina.
- Disminución progresiva de las tasas de natalidad, mortalidad general e infantil y de las tasas de reproducción, fecundidad y crecimiento.

En el siguiente grafico observamos la distribución de los AM en Argentina por jurisdicciones y las características de la pirámide poblacional para el año 2010.

Porcentaje de población de 65 años y más



República Argentina por provincia o jurisdicción. Envejecimiento de la población. Año 2010



Pirámide de población: estructura por edad y sexo. Total del país. Año 2010

El análisis epidemiológico de la salud muestra que las enfermedades más frecuentes en adultos mayores de 65 años en la Argentina son las siguientes: Enfermedades cardiovasculares, Cáncer, Accidente cerebro vascular, Diabetes, Infecciones, Artrosis y osteoporosis, Trastornos neuro psiquiátricos y debe tenerse especial consideración a los Gigantes de la Geriátrica: Inestabilidad y caídas, Incontinencia urinaria, Inmovilidad, Deterioro cognitivo y Polifarmacia. Si bien estas condiciones tienen una significancia estadística menor, tienen gran importancia desde el punto de vista social, comunitario y económico.

4.5.3 SISTEMAS DE SALUD

Un sistema es un conjunto de partes o elementos organizados y relacionados entre si para lograr un objetivo determinado. Podrán ser parte de un denominado macro sistema que lo incluye, y a su vez podrán tener subsistemas a los que incluye. Se caracteriza por tener un ingreso o input, y una salida output o resultados. Un sistema es el resultado de la articulación de tres componentes básicos: político, económico, y técnico, de los cuales se desprenden tres modelos:

1. El Modelo de gestión (o Político) que define las prioridades del sistema en función de los valores que lo guían y las actividades del Estado en salud. Sus responsabilidades serán:

- Informar.
- Proveer directamente servicios a la población.

- Comprar servicios al sector privado.
- Financiar servicios de salud.
- Regular la salud (ejercicio de las profesiones, exigencias de los establecimientos, aprobación de medicamentos).

2. El Modelo de Financiamiento (o Económico) que define cuánto debe gastar en salud el país, de dónde provendrán los recursos y cómo se asignarán.

3. El Modelo de Atención (Técnico) define qué tipo de acciones y servicios se debe prestar a la población, a quién se cubrirá con ellos, con qué criterios se prestarán y dónde.

El sistema de salud puede ser definido como una respuesta social organizada para los problemas de salud, donde el estado tiene un rol preponderante. En sentido estricto, el sistema de salud incluye todas las funciones que el Estado y que la sociedad desempeña en salud.

4.5.4 POLÍTICAS PÚBLICAS Y POLÍTICAS SANITARIAS

Las políticas públicas pueden entenderse como un complejo proceso que se inicia cuando un gobierno o una autoridad pública detectan la existencia de un problema y efectúa las acciones para eliminarlo o mejorarlo. Todo ello termina con la evaluación de los resultados que han tenido las acciones emprendidas para eliminar, mitigar o variar ese problema. Serán entonces políticas públicas, el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios.

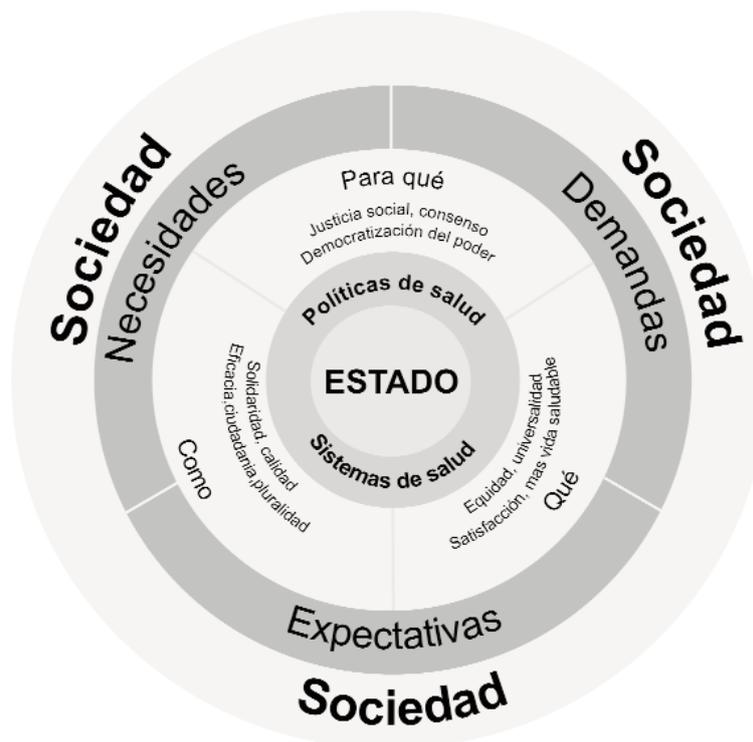
El rol del Estado estará centrado en establecer prioridades y formular políticas. Las políticas de salud representan una serie de valores (equidad, eficiencia, solidaridad.) en base a los cuales se asignan recursos para satisfacer necesidades de salud de la comunidad. La salud tiene en nuestro país el status de cuestión pública, de un problema de Estado. El estado de salud de la población constituye una característica de la calidad de vida de los pueblos.

En principio las políticas de salud tienen su génesis en la identificación de problemas en el estado de salud. La política de salud es el resultado de una gran variedad de factores. Por un lado, es consecuencia de necesidades y demandas en el campo de la salud, por otro, del surgimiento y avance de las tecnologías, pero fundamentalmente, del balance de fuerzas sociales cambiantes en valores centrales de la sociedad: la concepción de la solidaridad y la equidad.

En función de las características de la población, las políticas sanitarias deben contemplar algunas tendencias son factores determinantes:

- La esperanza de vida aumenta y por lo tanto, la población está envejeciendo.
- La innovación tecnológica y su rápida difusión.
- La extensión de la cobertura tanto en sentido vertical (más prestaciones, entre las cuales se incluyen algunas muy caras como los tratamientos para el sida y tumores) cuanto horizontal (más personas a ser atendidas).
- El incremento de las expectativas de la gente respecto de los servicios de salud.

Para la formulación de políticas sanitarias desde un sistema de salud se tienen en cuenta los siguientes cuestionamientos: ¿Qué queremos del sistema de salud y que objetivos se buscan?, ¿para qué lo queremos o que se busca logra con las intervenciones que se realicen? y ¿cómo lo queremos, sus formatos o características? En el siguiente gráfico obtenido del Manual de Formación para Médicos Comunitarios del Ministerio de Salud de la Nación podremos observar esquemáticamente las características que mencionamos:



Un Sistema de Salud compromete a todas las organizaciones, instituciones y recursos que producen acciones, cuyo propósito primario es el mejoramiento de la salud.

El objetivo final de un Sistema de Salud es el de alcanzar niveles óptimos de salud y las menores diferencias posibles entre el estado de salud de los individuos y/o los grupos poblacionales. (OMS – 2000)

4.5.5 NIVELES DE ATENCION EN SALUD

- **Primer Nivel de Atención Médica**

Se denomina a las acciones y servicios enfocados básicamente a preservar la salud mediante actividades de promoción, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico y protección específica, así como diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación, en su caso, de padecimientos que se presentan con frecuencia y cuya resolución es factible por medio de atención ambulatoria basada en una combinación de recursos de poca complejidad técnica

- **Segundo Nivel de Atención Médica**

Se denomina a los servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización a pacientes derivados del primer nivel o de los que se presentan de modo espontáneo con urgencias médico-quirúrgicas, cuya resolución demanda la conjunción de técnicas y servicios de mediana complejidad a cargo de personal especializado. Comprende, además, acciones de vigilancia epidemiológica en apoyo a las realizadas en el primer nivel.

- **Tercer Nivel de Atención Médica**

Se denomina a las actividades encaminadas a restaurar la salud y rehabilitar a usuarios referidos por los otros niveles, que presentan padecimientos de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento, a través de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas. Este nivel puede comprender también funciones de apoyo especializado para la vigilancia epidemiológica; actividades de investigación y desarrollo de recursos humanos altamente capacitados.

El sistema sanitario debe promover la inclusión social y mejorar la calidad de vida de la población.

La posibilidad de elegir la institución responsable de dar cobertura en salud es un poderoso mecanismo de defensa de los intereses de la población y contribuye a la construcción de ciudadanía en un país.

En los sistemas de salud modernos se observa una tendencia a promover y profundizar la posibilidad de que las personas elijan su cobertura en salud. La lógica es que “los recursos sigan a la gente”. Cuando las instituciones de salud abusan, niegan prestaciones o deterioran la calidad, las personas pueden redireccionar los recursos hacia una institución alternativa con el solo hecho de optar. Se trata de uno de los mecanismos que contemplan los sistemas para proteger los intereses de las personas.

En la búsqueda de hacer que los recursos sigan a la gente se da tanto en sistemas con fuerte preponderancia privada como es el caso de los EEUU, como de seguridad social como Holanda y Alemania y hasta aquellos en donde las instituciones de salud son mayoritariamente estatales como en el caso de Inglaterra.

En Argentina, la noción de dar poder a la gente a través de la posibilidad de elegir tiene rango constitucional (Art.42 de la Constitución Nacional).

Como corolario para poder entender la dinámica de un Sistema de Salud debemos mirar siempre la interacción de la economía, el desarrollo social y la protección social en su contexto histórico social concebido como un todo con Latinoamérica.

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA:

- <http://www.desarrollosocial.gob.ar/Uploads/i1/cuidadores%20cuader%202%20web.pdf>
- <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/049651.pdf>
- El sistema de salud. ¿De qué hablamos cuando decimos Sistema de Salud? xa.yimg.com/kq/groups/20376810/258237993/name/sist_salud.pdf

4.5.6 POLÍTICAS SANITARIAS DE LA ARGENTINA

En Argentina el Estado asume un rol articulador y regulador de la salud pública sumando los esfuerzos de los subsectores públicos provinciales y nacionales, privados y de obras sociales. Busca consolidar las acciones que posibiliten generar accesibilidad a las prestaciones médicas y a los medicamentos para toda la población y concretar un Sistema Nacional de Salud. El hospital público intenta ser un eje referencial con los demás efectores

de salud, públicos o privados, y a su vez busca ser pilares estratégicos de la atención primaria de salud.

Las provincias son las entidades territoriales responsables del cuidado de la salud de la población, por lo tanto tienen la facultad de definir prioridades y legislar en materia de salud. Los municipios, en especial los de mayor población y capacidad económica, también programan y llevan a cabo acciones de salud.

La transferencia, a comienzos de la década de 1990, de un conjunto de hospitales e institutos especializados que estaban a cargo de la Nación, fue uno de los últimos pasos de la política de descentralización de los servicios de salud. En las provincias, el cumplimiento de las funciones esenciales en salud pública está a cargo de ministerios o secretarías de salud con diverso grado de desarrollo institucional, según el tamaño de la población y los recursos disponibles. Los servicios de salud se prestan a la población mediante redes de carácter público provincial, así como del sector privado.

En las provincias de mayor población y recursos económicos los municipios administran servicios de salud de primer nivel de atención, y en algunos casos hospitales de mayor complejidad, aunque, proporcionalmente, muy pocos establecimientos asistenciales son de carácter municipal.

El Consejo Federal de Salud (COFESA) es el ámbito por excelencia donde se formulan las políticas sanitarias en forma consensuada entre las provincias y la Nación. Desde este consejo se generó el Plan Federal de Salud que establece la prioridad de la atención primaria y dispone una asignación creciente de recursos para acciones de promoción y prevención, y una progresiva descentralización sanitaria.

Una de las estrategias que se desarrollaron fue la de la Atención Primaria de la Salud, definida en Alma Ata en 1978 con el objetivo: "Salud para todos en el año 2000". Hoy en plena revisión se plantean nuevos objetivos en materia de salud, declarándose los Objetivos del Milenio, entendiéndose estos como las estrategias y formas de abordaje de la salud mundial.

Como parte de las políticas sanitarias generadas desde el ministerio de Salud de la Nación se ejecutan diversos programas nacionales orientados a la prevención y control de determinadas enfermedades que, por su importancia, requieren un abordaje especial por parte de las autoridades y de la sociedad civil.

Módulo 4: Salud, Epidemiología y Envejecimiento

Todas las políticas generadas desde salud, tienen también acuerdo y consenso en el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, ya que se parte de la premisa básica que se debe pensar en la salud desde la sociedad y la comunidad, trabajando sobre prevención y promoción de hábitos saludables, y no solamente desde la perspectiva de la enfermedad. Este Consejo se encuentra presidido por el Ministerio de Desarrollo Social, pero lo conforman otros actores del Estado como el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos, el Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios, el Ministerio de Economía y Producción, el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, el Ministerio de ciencia Tecnología e Innovación Productiva y la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia

Se enumeran a continuación algunos de los programas generados desde el Ministerio de Salud que se desarrollan en la actualidad:

- Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus Humanos.
- Programa Nacional de Control de Tuberculosis.
- Programa Nacional de Control de la Enfermedad de Chagas.
- Programa Nacional de Desparasitación Masiva.
- Programa de Control del Tabaco.
- Programa de Salud Renal.
- Programa Nacional Salud Sexual y Procreación Responsable.
- Control de alimentos a través Instituto Nacional de Alimentos (INAL)
- Control del Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA)
- Prevención y mitigación de desastres de la Dirección Nacional de Emergencias Sanitarias (DINESA).

En el sector público, los servicios auxiliares de diagnóstico y bancos de sangre se encuentran integrados a las redes de servicios de salud que gestionan mayoritariamente las provincias y, a veces, los municipios. En el sector privado, estos servicios también se ubican en los establecimientos asistenciales, aunque en algunas localidades existen unidades autónomas de apoyo diagnóstico que contratan servicios con las instituciones de la seguridad social.

Con respecto a la equidad, la principal debilidad del sistema argentino es la gran estratificación de los usuarios en cuanto a cobertura y espectro de prestaciones, conforme con su capacidad de pago.

La fortaleza es que, a pesar de su estado de deterioro, la infraestructura pública dispone de una amplia capacidad para reducir las desigualdades sociales en salud y el subsector público es el que tiene la mayor capacidad para promover la equidad. Junto con el subsector de la seguridad social constituyen la fuente de financiamiento (gasto solidario) más poderosa desde el punto de vista redistributivo.

El sistema tiene la premisa que todos los habitantes del país tienen derecho a la salud, con independencia de que tengan, adicionalmente, algún tipo de aseguramiento social o privado. El sector público ofrece servicios a los que tienen derecho todos los habitantes del país, con independencia de que tengan otro tipo de cobertura proveniente de algún tipo de seguro social o privado. Esto implica que todo ciudadano tiene derecho a recibir una cobertura básica.

4.5.7 SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

1) Orígenes del Sistema Sanitario Argentino:

El Sistema Sanitario Argentino, como en la mayoría de los países nació para enfrentar las epidemias de la época (fiebre amarilla, cólera viruela, fiebre tifoidea, tífus, etc.). En nuestro país en 1880 surgió el Departamento Nacional de Higiene destinado principalmente al cuidado sanitario en los puertos. Posteriormente ya en 1940 el sistema estaba conformado por instituciones de beneficencia y algunos hospitales de comunidad, donde el Estado se encargaba de la formación de recursos humanos para la sanidad. El urbanismo y las migraciones generaron nuevas orientaciones de las tareas del Estado en materia de salud pública.

El mayor crecimiento del sistema público se dio en la época del Dr. Ramón Carrillo (1946), quien duplicó el número de camas existentes en ese momento, y el hospital se convirtió en el eje de la atención, estableciendo una estrecha vinculación entre las instituciones de la seguridad social y el hospital público, dejando el sector privado para los sectores más pudientes. Buscaba que el Estado sea regulador y que se dé el acceso a la salud en los sectores menos pudientes. Para ello creó centros de salud, centros para enfermedades crónicas y regionalizó el sistema. Tenía una fuerte tendencia centralista.

Hasta entonces el financiamiento fue exclusivamente por rentas generales, proveniente de impuestos. La idea de establecer un mecanismo financiador de las prestaciones fue propuesto durante el gobierno de Onganía para constituir un seguro de salud. De allí surgirá la ley 18.610 de Obras Sociales en coordinación con la Secretaria de Estado de la Seguridad Social.

El Instituto de Seguros Sociales para Jubilados y Pensionados- PAMI, fue creado por la Ley 19.032 en el año 1971, a iniciativa del ministro de Bienestar Social de ese momento, Francisco Manrique. La creación del PAMI, sigla de Programa de Atención Médica Integral, respondió a la falta de respuesta de las obras sociales hacia los jubilados y pensionados existente en ese momento. Su oferta prestacional contempla: Prestaciones Médicas, Servicios capitados, Servicios no capitados, Programa Pro Bienestar, Acción Social, Alternativas Habitacionales, Atención Domiciliaria, Internación, etc.

En 1974 se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) mediante la Ley 20.748 que asignaba al Estado la responsabilidad de hacer efectivo el derecho a la salud. Este debía actuar como financiador y ser garante económico en la dirección de un sistema único e igualitario.

Durante el proceso militar se agudizó la descentralización debilitándose el protagonismo estatal y comenzó la transferencia de los establecimientos hospitalarios a las provincias y municipios.

En 1983 ya en democracia, se avanzó hacia la creación de un Seguro Nacional de Salud promulgándose las leyes 23.660 Ley de Obra Social y la 23.661 del Sistema Nacional de Salud.

En los 90 se profundizaron la descentralización disminuyendo la presencia del Estado. Las Obras Sociales de régimen nacional (OSN) se encuentran bajo la dirección y coordinación de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) desde 1996 (Decreto 446/00).

Las Obras Sociales provinciales (OSP) son 24 instituciones y su fuente de financiamiento son las contribuciones de empleados y empleadores (8% en OSN y de un 7 a 12,5 en las OSP).

En 1995 por la Ley 24.455 las OS como agentes del Seguro comienzan a estar obligadas a brindar una serie de prestaciones obligatorias, las del Programa Médico Obligatorio (PMO). Al año siguiente y por Ley 24.754 la misma obligación comienza a regir para las empresas de Medicina Prepaga.

En cuanto al subsector privado, a partir del año 1997 y ante la entrada en vigencia de la Ley N° 24754, las empresas de medicina prepaga comenzaron a estar obligadas a cubrir, como

mínimo y en todos los diferentes planes que ofrecían -básicamente- todas las prestaciones previstas en el PMO.

2) Organización del Sistema de Salud Argentino

Como vimos anteriormente el sistema de salud tiene las características propias de un país federal en el que las jurisdicciones provinciales conservan las atribuciones correspondientes a la rectoría y atención de salud en su territorio.

El sistema está compuesto por tres subsectores: público, privado y de la seguridad social. Los dos últimos subsectores están muy relacionados entre sí, dado el alto grado de contratación de servicios de salud que hacen las instituciones responsables de la gestión de la seguridad social (obras sociales) con prestadores privados de servicios de salud de diferente tipo y tamaño.

El sistema de salud se caracteriza por un alto grado de segmentación y fragmentación que produce articulación deficiente entre los subsectores, desigualdad en los niveles de financiación, inequidades en la calidad de la atención, y barreras de acceso para algunos grupos poblacionales.

Esta fragmentación se expresa en:

- Distintas fuentes (y volúmenes) de financiamiento.
- Diferentes coberturas, coseguros y copagos aplicados.
- Regímenes y órganos de control y fiscalización.

Pero además existe fragmentación de los subsectores observándose que el subsector público se divide en niveles:

- Nacional.
- Provincial.
- Municipal.

El subsector de la seguridad social se encuentra compuesto por al menos cuatro instancias distintas:

- Obras sociales nacionales (unas 300 en total, con cobertura a una población de once millones) y, entre ellas, una de especiales características: el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados PAMI, que da cobertura a aproximadamente a cuatro millones y medio de habitantes.

Módulo 4: Salud, Epidemiología y Envejecimiento

- Obras sociales provinciales (una por cada provincia y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), que dan cobertura a unos cinco millones de personas.
- Obras sociales de las Fuerzas Armadas y de Seguridad, cubriendo aproximadamente ochocientos mil personas
- Obras sociales de las universidades nacionales y de los poderes Legislativo y Judicial, con trescientos veinte mil beneficiarios.
- Por último, el subsector privado, que, en lo que hace a los seguros voluntarios (medicina prepaga), con gran cantidad de entidades y con una población cubierta de aproximadamente dos millones ochocientos mil.

Datos del año 2010 de OPS y ministerio de Salud de la Nación, indican que un 38,8% de los argentinos tiene cobertura de Obra Social Nacional, un 9,2% es afiliado a PAMI, un 13,7% tienen cobertura de Obras Sociales Provinciales y un 9% tiene cobertura por el Sistema Privado. El resto, aproximadamente un 30% de la población, tiene cobertura por el Sistema Público de Salud.

A lo largo de su historia, el sistema de salud se fue estructurando manteniendo algunas problemáticas en lo referente a eficiencia y equidad. Esto se debe a una oferta heterogénea de coberturas afecta a los 24 sistemas públicos provinciales, cerca de 300 obras sociales nacionales, 24 obras sociales provinciales, varias decenas de sistemas de medicina prepaga, seguros privados de salud, y gran cantidad de mutuales, además del PAMI. Si bien la función de rectoría está centrada en el Estado Nacional, y el COFESA es el ámbito de acuerdos de políticas sanitarias, cada una de estas instancias antes mencionadas está facultada a establecer sus propias prioridades y generar sus propias políticas en materia de salud.

La seguridad social se gestiona por instituciones sumamente heterogéneas en cuanto al tipo de población que agrupan, la cobertura que brindan, los recursos financieros por afiliado, las modalidades de operación y las redes de servicios de salud que contratan para atender a sus afiliados.

Como antes mencionamos el Ministerio de Salud es responsable de determinar los objetivos y políticas del sector y de ejecutar los planes, programas y proyectos del área de su competencia elaborados conforme a las directivas que imparta el Poder Ejecutivo Nacional. Asimismo, efectúa la fiscalización del funcionamiento de los servicios, establecimientos e instituciones relacionadas con la salud, y conduce la planificación global del sector en coordinación con las autoridades sanitarias de las jurisdicciones. También tiene a su cargo

el dictado de normas y procedimientos de garantía de calidad de la atención médica, de manera consensuada con las provincias, e interviene en la aprobación de los proyectos de establecimientos sanitarios que sean construidos con participación de entidades privadas. Por intermedio de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), interviene en los aspectos relacionados con la elaboración, distribución y comercialización de productos vinculados directamente con la salud.

La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) es el ente de regulación y control de los actores del Sistema Nacional del Seguro de Salud (seguridad social).

El rol del Estado en la atención de la salud entiende a la salud como un bien público. También debe garantizar la equidad, con una adecuada posibilidad de acceso, racional asignación de recursos y los resultados obtenidos.

El sistema sanitario Argentina cuenta con un total de 18978 establecimientos asistenciales, 525675 profesionales de la salud y la cantidad de 153.065 camas hospitalarias disponibles a nivel nacional es de (50% en ámbito público y 50% en el privado). Los establecimientos privados son 9628 (51%) y los públicos 9350 (49%). En el país hay un total de 14.534 establecimientos de salud sin internación.

3) Relación entre los subsistemas de salud:

El subsistema público descansa sobre la figura del "Hospital Público" que a través de hospitales nacionales, provinciales y municipales constituye la mayor capacidad instalada en el país.

Con carácter abierto y gratuito presta cobertura en forma directa a la totalidad de la población. El hospital público de autogestión es un sistema intermedio donde el hospital público brinda prestaciones al sector de la seguridad social al cual factura.

El subsistema privado, a través de empresas de medicina prepaga y diversos efectores institucionales como por ejemplo hospitales, clínicas, sanatorios, centros de diagnóstico y tratamiento, presta asistencia a una parte de la población pudiendo prestar además servicios al subsistema de Obras Sociales, mutuales y aún conformar redes de asistencia público-privadas con hospitales públicos.

Las empresas de medicina prepaga son de asociación voluntaria y se concentran principalmente en las grandes ciudades cubriendo aproximadamente 2,2 millones de personas, cuyo gasto representa alrededor del 7% del total del gasto en salud.

Los trabajadores privados que se desempeñan en el mercado formal y los del sector público nacional, así como sus respectivos grupos familiares tienen una cobertura adicional provista por las obras sociales. De este segmento no participan los trabajadores que se desempeñan en los sectores públicos provinciales y sus familias, que están asegurados en las "obras sociales provinciales". Otro aspecto característico del sistema de seguro social argentino es la introducción de una institución destinada a proveer servicios a los jubilados y pensionados y sus grupos familiares, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados PAMI. Y, por último, existen seguros voluntarios en empresas de medicina prepaga.

Gran parte de la población que está cubierta por este subsistema tiene doble cobertura, ya que también realizan por Ley aportes a alguna Obra Social.

4) Sistemas de regulación

Se le asigna al Estado el rol de regulación, la articulación y la defensa de la equidad en el sector salud, dada la disparidad de prestadores que posee el sistema. La Organización Mundial de la Salud utilizó el concepto de "Rectoría" para designar a esa función del Estado en salud.

La intervención regulatoria del estado busca disminuir la inequidad, regular la oferta, garantizar los procesos y los resultados de los subsistemas de salud.

Las Obras Sociales Nacionales se encuentran reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

También el ANMAT, Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y tecnología, tiene función regulatoria y de control sobre estos temas específicos.

El Ministerio de Salud generó el Programa Médico Obligatorio (PMO), que es el piso para los servicios que las Obras Sociales Nacionales deben brindar.

Las Obras Sociales Provinciales en su mayoría son entidades autárquicas, por lo que la Superintendencia de Seguros de Salud no tiene injerencia sobre ellas. La regulación de las

mismas esta determinada por las legislaciones o normativas provinciales en el caso que existan.

En la actividad privada, desde el año 1980, la Secretaría de Comercio de la Nación, establece las condiciones que deben registrarse en los contratos individual o colectivo; porcentajes de descuentos sobre medicamentos y requisitos para obtenerlos; normas aplicadas a la provisión de servicios y forma de pago de las primas y reintegros en los seguros de salud.

La función de rectoría en Salud comprende las tareas de:

- **Conducción:** definir prioridades de políticas y objetivos sectoriales.
- **Regulación:** establecer las reglas para provisión de bienes y servicios de salud y aseguramiento en salud.
- **Funciones esenciales en salud pública**
- **Adecuación de los modelos de financiamiento:** implica velar por la sustentabilidad y adecuación de las fuentes así como por la correcta asignación de los recursos en función de las prioridades establecidas.
- **Vigilancia del aseguramiento:** vigilar que los seguros de salud (públicos, sociales o privados) cumplan con sus responsabilidades. Esto involucra velar porque no se introduzcan barreras de acceso a los asegurados.
- **Armonización de la provisión de servicio:** establecer qué servicios (públicos y privados) hacen falta en cada lugar, dentro de cada red o de cada sistema, qué debe hacer cada prestador, así como fijar parámetros de referencias y contrarreferencia.
- **Control de la actividad global del sistema.**

A su vez, las tareas incluidas en este papel son:

- **Financiación de las acciones.**
- **Compra de servicios al sector privado.**
- **Provisión de servicios e información.**
- **Persuasión a la población.**

Las características particulares del bien a proteger, la salud, requieren una activa participación del Estado para establecer normas de equidad en la distribución y el acceso.

El papel del Estado resulta entonces primordial en la protección de un derecho como la salud, y no sólo por las características sociales sino también por las particulares fallas a las

que se encontraría sometido el sistema en caso de estar librado a las leyes habituales del mercado.

En la Argentina el papel de rectoría en términos de política sanitaria nacional es ejercido por el Ministerio de Salud y Ambiente, que se interrelaciona con los respectivos ministerios provinciales en el marco del COFESA (Consejo Federal de Salud).

Los grandes lineamientos de la política sanitaria se basan en:

- prevención de enfermedades,
- planeamiento y formación de recursos humanos,
- condiciones de gestión de los establecimientos de salud,
- control de enfermedades transmisibles,
- control de alimentos y productos farmacéuticos.
- La regulación y el control los ejercen estos mismos organismos por medio de: habilitación y acreditación del personal de salud, ejercicio profesional, y habilitación de establecimientos de salud.

5) Gasto en salud

Actualmente Argentina es un país que destina un significativo porcentaje de su PBI al sector salud, pero con no tan aceptables resultados en sus indicadores sanitarios. Según estimaciones de la OMS en el año 2008 se destinó un 10,2% del PBI a la salud, con una distribución de 2,19% en el Sistema Público, un 3,09% en el Sistema de Seguridad Social, y un 4,92% en el Sistema Privado, un 41% del sector público, un 44% de la seguridad social y un 15% del PAMI. El resto sería la actividad privada.

6) Financiamiento del Sistema Sanitario Argentino

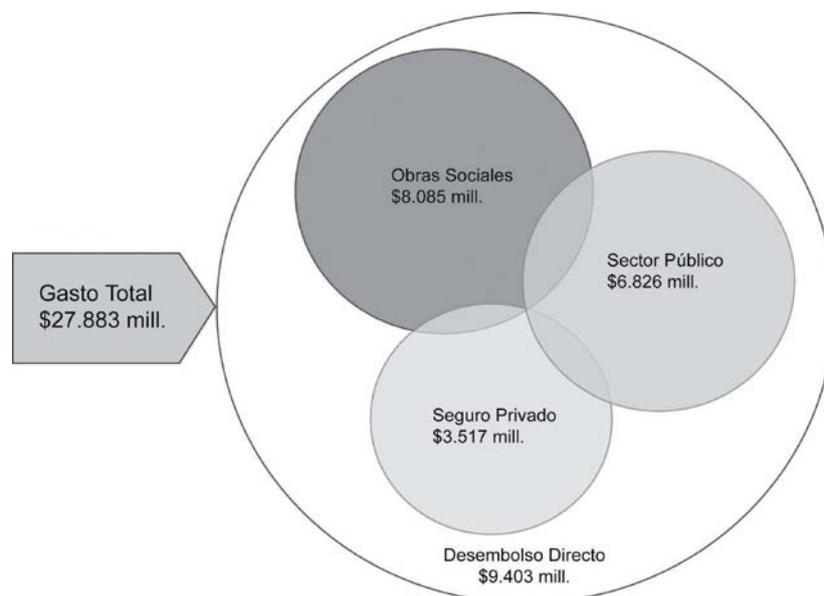
En la última década el sistema de salud se ha caracterizado por un creciente aumento de los costos con diferentes fuentes de financiamiento:

- Gubernamental, que incluye el gasto de salud de todos los niveles gubernamentales, sobre todo aquellos que tienen características de “bien público” los cuales son considerados como responsabilidad del Estado y son financiados por el Gobierno.
- Privada, incluye tanto el pago directo por parte del empleado como el pago por parte de los empleadores.

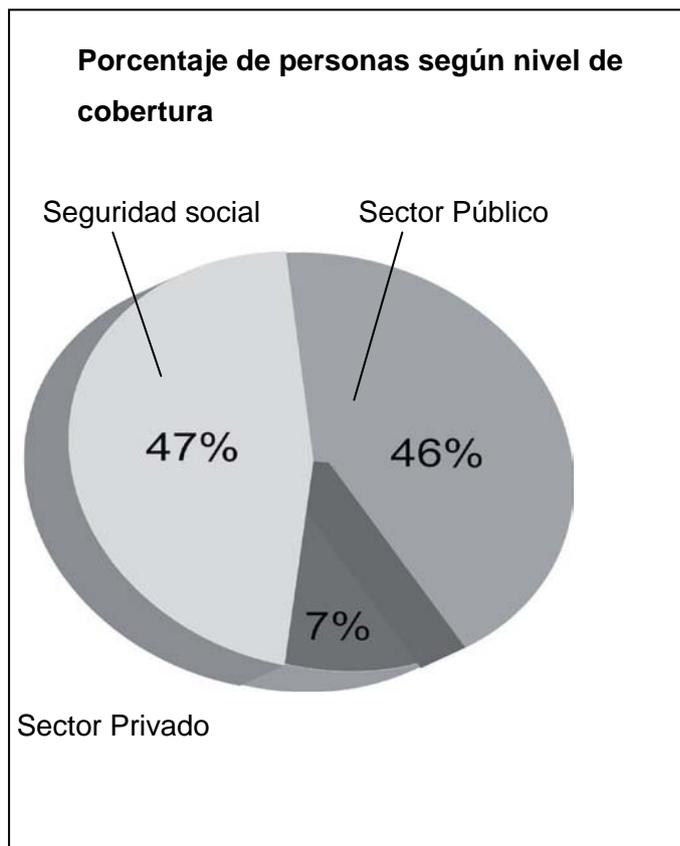
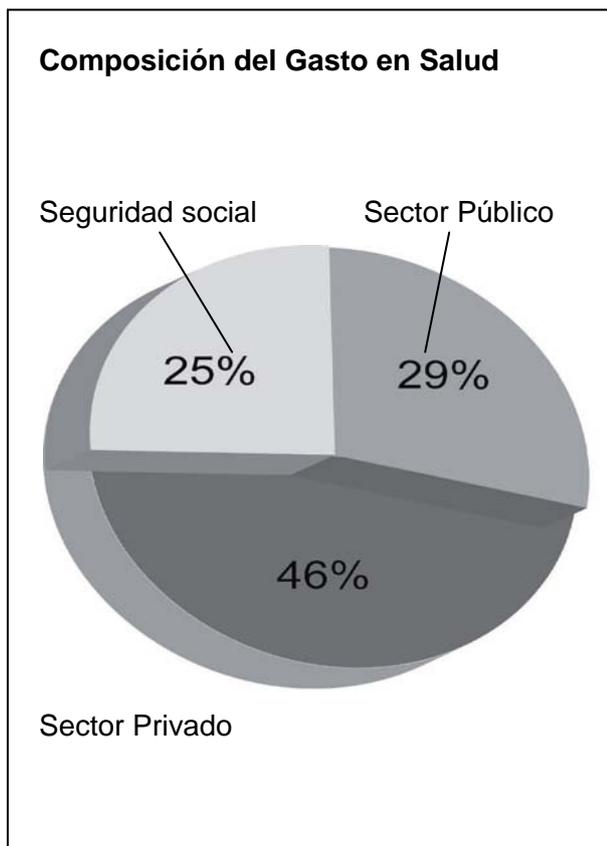
- Seguros de enfermedad, incluye el pago por parte de futuros consumidores de atención de salud a terceros, para que éstos afronten parcial o totalmente los costos de atención cuando ella sea requerida. Estos seguros pueden ser: a) Social o gubernamental, por lo general de carácter obligatorio para las personas empleadas; b) Privado, cubre a individuos a través de instituciones que pagan como terceros y que operan en el sector privado. Los aportes que realiza el interesado no están en relación a sus ingresos sino en base al cálculo de la incidencia de la enfermedad y del uso de los servicios, por edad y sexo; y c) Seguro del empleador, en el cual el empleador paga como tercero o actúa como agente de cobro.
- Fuentes externas, consiste en la financiación internacional de ayuda multilateral (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, etc.)

En comparación con otros países de la región se observa que los niveles de gasto resultan elevados. Ello responde, principalmente, a la casi universalidad de la cobertura y a la multiplicidad de cobertura para una proporción importante de la población.

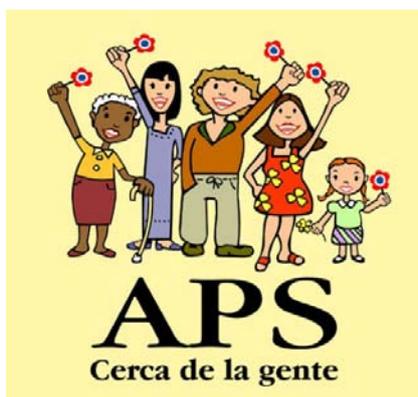
En los siguientes gráficos extraídos del Manual de Formación para Médicos Comunitarios del Ministerio de Salud de la Nación podremos observar el esquema del gasto en salud y la composición del mismo correspondiente al año 2003.



Ministerio de Salud y Ambiente de La Nación. Argentina. *Gasto en Salud*. 2003.



4.6. ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD



La **Atención Primaria de la Salud** (APS) ha sido definida como una de las estrategias fundamentales para lograr la extensión de la cobertura, junto a la participación de la comunidad en las acciones de salud. Así lo ha considerado la Organización Mundial de la Salud para el cumplimiento de sus objetivos permanentes de mejorar el estado sanitario de los pueblos.

De este modo, el concepto de Atención Primaria exige un enfoque intersectorial, porque la satisfacción de las necesidades básicas de la población depende de factores que interactúan y en su mayoría están fuera del control del sector salud. Sin embargo, la aceptación de esta realidad no significa que el sector deba desentenderse y esperar la solución de los problemas económicos y sociales condicionantes de la situación de salud, para luego actuar solo frente a las alteraciones de la misma causada por factores naturales. Por el contrario, debe señalar y destacar la influencia de los factores condicionantes, propugnando y facilitando la coordinación intersectorial y al mismo

tiempo desarrollar todas las acciones que son de su competencia para contribuir al desarrollo económico social y al mejoramiento de la situación de salud. En este sentido, no puede dudarse que la Atención Primaria de la Salud, cuya aplicación efectiva redundará no sólo en la elevación del nivel de salud de la población, sino en la consecución de algunas de las principales metas del mismo proceso de desarrollo.

En 1978, la OMS estableció la meta de Salud para todos en el año 2000 y determinó la estrategia para alcanzarla, la Atención Primaria de la Salud. Conceptualmente:

Atención Primaria de la Salud es la atención sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente probadas y socialmente aceptables, hechos universalmente accesibles a los individuos y sus familias en la comunidad a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar.

La Atención Primaria de la Salud debe ser el eje de los sistemas nacionales de salud

(OMS). (Declaración de Conferencia de Alma Ata, Ginebra, 1978).

La implementación de la Atención Primaria de la Salud enfatiza varias nociones según lo expresado por la Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de la Salud en el año 2000 en Washington, a saber:

1. Servicios esenciales de salud accesibles y para todos los segmentos de la comunidad.
2. Maximización del compromiso individual y comunitario en la planificación y operación de los servicios de atención de salud, para asegurar que los mismos sean apropiados y aceptables para los participantes.
3. Énfasis tanto en los servicios preventivos y promocionales como en los curativos.
4. Uso de tecnología apropiada con fondos locales y apoyada por estructuras gubernamentales.
5. Integración del desarrollo en salud dentro del desarrollo social y económico global de la comunidad.
6. Servicios y programas de salud culturalmente aceptables, aplicables y equitativos.
7. Enfoque en asuntos de salud identificados y priorizados por los miembros de la comunidad.
8. Uso de estrategias que maximicen el autoaprendizaje, la autodeterminación y la autoconfianza por parte de la gente.

El concepto de Atención Primaria de Salud (APS) ha evolucionado con los años hacia dos perspectivas no excluyentes, que podríamos denominar holística y restringida.

Dentro de la primera, la APS se caracteriza como un abordaje participativo de la producción de servicios de atención de salud que fomenta la asociación entre los miembros de una comunidad y los profesionales de la salud para lograr el objetivo compartido de mejorar la salud. Este abordaje es consistente con la tradición de la OMS iniciada en 1978. Ejemplo de la segunda, en los EEUU la atención primaria es percibida como la entrada a los niveles: secundario y terciario de atención.

Ambas pueden ser incorporadas en las direcciones estratégicas actuales de la OMS para:

- Reducir el exceso de mortalidad de poblaciones pobres y marginadas.
- Responder efectivamente a los principales factores de riesgo.
- Fortalecer sistemas de salud sustentables.
- Colocar a la salud en el centro de la agenda más amplia del desarrollo.

En cualquier caso, existe evidencia que permite **avaluar los beneficios para la salud de la población que concurre a la atención primaria:**

- El estado de la salud de la comunidad es directamente proporcional a la relación entre la oferta de APS y la de especialistas, y a la relación entre atención primaria y población.
- Los países con sistemas de APS fuertes, en general, tienen poblaciones más sanas y más bajos costos en salud.
- Las co-morbilidades son tan altas, especialmente con el envejecimiento de las poblaciones, que el acceso a los generalistas que pueden ofrecer cuidado comprehensivo para muchas enfermedades y necesidades de los pacientes se convierte cada vez más en un abordaje costo efectivo de los servicios de atención.
- Una mayor disponibilidad de APS reduce los efectos adversos de la inequidad social sobre la salud.

A pesar de ello, la meta de Salud para Todos en el año 2000 a través de la aplicación de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud como forma de alcanzar la cobertura universal de salud, no se cumplió y la República Argentina, en particular, no pudo ni fue la excepción.

La Atención Primaria de Salud ha sido en muchos casos interpretada, y más veces ejecutada como la respuesta de los servicios de salud del primer nivel de atención a la demanda de las poblaciones carenciadas sobre problemas de salud prevalentes.

Al mismo tiempo la Atención Primaria de Salud priorizó sus esfuerzos, en primera instancia, sobre los determinantes biológicos del proceso salud-enfermedad y el rol de los servicios en el mantenimiento y la mejora de la salud.

Pero, a diferencia de los modelos de atención vigentes, incorporó conceptualmente a:

La educación en salud, la participación social y la intersectorialidad como estrategias para la atención de los problemas de salud.

En muy pocos casos la estrategia se ha expresado en acciones intersectoriales con participación comunitaria y, lo que es más grave, en actividades preventivas de promoción de salud y protección específica desde los servicios de salud definidos como de atención primaria. En la mayoría de los casos, la demanda asistencial suele desbordar la capacidad operativa de los mismos y en muchos otros, los profesionales no están preparados y por lo tanto no pueden asumir una actitud proactiva a favor de la promoción y protección de la salud y menos aun si de población adulta mayor se trata, siendo una de las razones que fundamento esta Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional.

Por otra parte, con demasiada frecuencia el primer nivel de atención no garantiza la continuidad de la misma, principio fundamental de la estrategia preventiva y de la Atención Primaria de Salud.

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA:

- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud: *“Salud para todos en el año 2000”*. Canadá. 21 de noviembre de 1986
- Declaración de Alma Ata: *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud*. OMS/UNICEF. 12 de septiembre 1978.
- Pracilio H.: *Principios Éticos de la Atención de la Salud*. Cátedra de Salud, Medicina y Sociedad. Facultad de Ciencias Médicas. La Plata. 1999.
- <http://www.desarrollosocial.gob.ar/Uploads/i1/cuidadores%20cuader%202%20web.pdf>

4.7. ENVEJECIMIENTO Y SALUD



El envejecimiento es un proceso que dura toda la vida del ser humano, a pesar de que no es fácil reconocerlo. Es necesario tener conocimiento de dicho proceso para ser consciente de ello y poder elegir (en la medida en que se pueda) de cómo se quiere envejecer y actuar en consecuencia a medida que atravesamos las distintas etapas vitales. De este

modo somos partícipes de promover la formación de una conciencia colectiva del envejecimiento.

La prolongación de la vida humana es una realidad en todos los países, ricos o pobres, desarrollados o no. Esa prolongación tiene que acompañarse de algunas acciones para que todas las personas que envejecen tengan igualdad de oportunidades de una vida digna y con posibilidades de realizarse, evitando la marginalidad y manteniendo un lugar activo en la sociedad.

Una vida más prolongada les permite a las personas mayores hacer una contribución más importante a la sociedad, porque la experiencia significa un aporte invaluable para los más jóvenes. Las personas mayores pueden contribuir mucho para que otros seres humanos logren una mejor realización personal. Para ello se den trabajar todos juntos sin discriminación de edad, género, raza, religión etc

La vejez, como otras etapas de la vida, necesita ser enfrentada con habilidad, arte y sobretodo mucha imaginación. En muchos países (incluyendo al nuestro como lo vieron con la Dra Roque) la experiencia de los mayores se complementa con la de los más jóvenes, ya sea en programas sociales, educacionales, culturales o comunicacionales. De ésta manera las personas mayores se mantienen integradas socialmente, y comparten su tiempo y conocimientos con otras personas más jóvenes.

Autonomía es un concepto educativo clave en las reflexiones que hacemos acerca del envejecer. Hay múltiples factores internos y externos que son dependientes, por ello hablaremos de la autonomía posible tomándola como:

El poder convivir con uno mismo y adquirir la capacidad de elección, es decir la autonomía como proyecto de vida.

Entendamos que al envejecer, el adulto mayor mira su pasado, observa a su alrededor reparando en su presente y piensa su vejez, muchas veces acompañada de soledad y muerte. Es entonces que tiene dos caminos: uno, es el de no mirar, el de la pasividad, la resignación y la nostalgia, el de ver pasar la vida que conllevará rápidamente a la dependencia, a las discapacidades y al “no puedo”. El otro, es el de tomar conciencia de un presente como producto de logro de la supervivencia, de la construcción de su propia historia afirmando su identidad. Es elegir vivir en lugar de ver pasar la vida o de matar el tiempo.

Convivir con uno mismo significa reflexionar sobre nuestro pasado y es con este presente con el que debemos encarar el futuro, entendiendo que el envejecimiento no es un proceso exclusivamente biológico y psicológico sino también sociocultural.

Nosotros como centro de nuestras vidas, eligiendo en base a nuestras necesidades y no a la de los otros, nuestros hijos o estar atadas a viejos hábitos (yo nunca salí sola...o nunca hice las tareas de la casa...). Por supuesto esto implica un cambio de actitud, de responder a lo que queremos, aprender algo que quedó en el tintero, disfrutar del intercambio con otras personas, desarrollar actividades tal vez dormidas, sentirse útil y respetado por los otros y fundamentalmente aprender a disfrutar, disponer y beneficiarse del tiempo libre. Si entendemos que el envejecimiento es un proceso continuo como la vida misma podemos afirmar que:

El envejecer es una actividad a través de la cual se asume y se construye un nuevo rol con el que el adulto mayor se integra o se reinserta en la sociedad, marcando un nuevo lugar.

Es el tiempo el que el que marca el envejecer y el que nos da cuenta de que somos mortales, que hay un final, que la muerte está implícita en la vida. Como dice Lebonn:

“El tiempo es veloz, la vida esencial”....

Para ello son necesarios:

- Información fidedigna acerca de lo que caracteriza el proceso de envejecimiento para poder empoderarse en esta etapa de la vida y aprender nuevas conductas de adaptación frente a los cambios biológicos, psicológicos y sociales que el envejecer implica.
- Tomar contacto con el cuerpo que contiene y a la vez denuncia esos cambios de los que antes hablábamos recurriendo al autocuidado como necesidad básica para lograr y mantener la autonomía.
- Comprender el significado del duelo, para elaborar las pérdidas que marcan psicológicamente el envejecer.
- Reflexionar sobre que deseamos y las potencialidades que poseemos para hacernos cargo de nuestro tiempo libre y disfrutarlo a través de actividades corporales, intelectuales, recreativas, sociales, solidarias y todas otras formas de expresión.

Entender como dice Gabriel García Márquez, que:

“La vida no es sino una continua sucesión de oportunidades para sobrevivir”.

Según la Organización Mundial de la Salud, en la vejez la salud se mide más en términos de funciones que se pueden realizar que de enfermedades que se padecen. Por eso la salud de los ancianos se relaciona más con las posibilidades de funcionar con autonomía en su ambiente familiar, que con padecer tal o cuál enfermedad.

Salud también es alegría, ganas de hacer cosas, de sentirse útil, de jugar y relacionarse con otros.

Por otra parte, una vida activa es la forma más segura para conservar la salud en la vejez.

Si una persona anciana se mantiene física, social e intelectualmente activa, puede considerarse sana aunque padezca alguna enfermedad crónica.

El prejuicio de la sociedad, la ausencia u oposición de la familia, sumado a las limitaciones propias de cada individuo, determinan un ***"ya no puedo" o "no debo"***, que lleva a la marginación y al aislamiento del adulto mayor o lo que es peor creándole sensaciones de enfermedad e impedimentos, que no tienen base real.

Según las estadísticas, a partir de los 75-80 años, es cuando se presentan los mayores trastornos biológicos, pero aún así sólo el 12% de los mayores de 80 años presentan algún grado de discapacidad biológica y/o mental.

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA:

- <http://www.desarrollosocial.gob.ar/Uploads/i1/cuidadores%20cuader%201%20web.pdf>
- Fassio, A. y Roqué, M. (2008), Gerontología Comunitaria e Institucional, Material de estudio de la Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación-Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina.

4.8. PROMOCION DE LA SALUD



Ésta incluye una amplia gama de actividades específicas destinadas a mantener la salud e impedir la enfermedad. Incluye, entre otras: las vacunas, el ejercicio físico, la alimentación equilibrada, el acceso a agua potable y a un medio ambiente higiénico, no fumar, recreación, participación etc.

A medida que aumenta la edad aparecen trastornos funcionales, se agravan o intensifican malestares, limitaciones y afecciones leves, disminuyen y se pierde la capacidad de algunos sentidos como la visión y la audición, se pierde la elasticidad y flexibilidad corporal, aparecen rigideces físicas, se cronifican trastornos como la hipertensión arterial, la obesidad, la diabetes y otros.

En la medida que una persona: hombre o mujer, haya desarrollado actividad corporal y practicado deportes durante su vida, tiene más posibilidades de mantener la flexibilidad y elasticidad después de los 60 años. Si durante su vida no ha tomado alcohol en forma excesiva y ha comido según una dieta equilibrada, excepto que tenga otra afección, su presión arterial no se excederá y permanecerá estable.

Promover la salud es cuidar lo biológico y lo sico-social en forma general e inespecífica o para prevenir alguna enfermedad en particular.

Aborda la definición de aquellas capacidades que se requieren específicamente para desarrollar desde la perspectiva de APS, los componentes de la promoción de salud definidos en la carta de Ottawa y reafirmados en la conferencia de México. Dado que se ha estimado necesario definir además una función esencial de participación social, se ha concentrado en esta última la definición de capacidades que apuntan en buena medida también hacia la promoción de salud

¿De que hablamos cuando decimos promoción de salud?...

De:

- Fomentar los **cambios en los estilos de vida** y en las **condiciones del entorno** para facilitar el desarrollo de una “cultura de la salud”.
- Fortalecer las **alianzas intersectoriales** con el fin de hacer más efectivas las acciones promocionales.
- Evaluar el **impacto en salud de las políticas públicas**.
- Desarrollar **acciones de comunicación social** dirigidas a promover condiciones, estilos de vida, conductas y ambientes saludables.
- **Reorientar los servicios de salud** para el desarrollo de **modelos de atención** que favorezcan la **promoción de la salud**.

¿Qué necesitamos en la Atención Primaria de Salud?

- Contar con una **política de promoción de salud** concordada con actores relevantes sectoriales y extrasectoriales.
- Desarrollar en todos los niveles **estrategias de promoción**, dentro y fuera del sector, que respondan debidamente a las necesidades de la población.
- **Apoyar a las comunidades locales** y establecer **incentivos** para el desarrollo de iniciativas efectivas de promoción de la salud integrada a la atención de salud y a los diversos programas extrasectoriales relacionados.
- Promover el desarrollo de **intervenciones y normativas** dirigidas a la **promoción de conductas y ambientes saludables**.
- Establecer incentivos para que los diferentes niveles de salud pública creen e implementen actividades de promoción a las cuales puedan acceder todos los ciudadanos.

¿De qué hablamos cuando decimos participación de los ciudadanos en salud?

De:

- **Reforzar el poder de los ciudadanos** para cambiar sus propios **estilos de vida** y ser parte activa del proceso dirigido al desarrollo de **comportamientos y ambientes saludables** de manera de influir en las decisiones que afecten su salud y su acceso a adecuados **servicios de salud pública**.
- Facilitar la **participación de la comunidad organizada** en las decisiones y acciones relativas a los **programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud**, para el mejoramiento del **estado de salud** de la población y la **promoción de ambientes que favorezcan la vida saludable**.

¿Qué necesitamos en la Atención Primaria de Salud?

- Garantizar mecanismos de **consulta ciudadana** (oficinas de reclamo, consejos y/o comisiones consultivas de salud y las comisiones de salud existente en organizaciones comunitarias) recepción y respuesta permanente de la **opinión pública**, respecto de **comportamientos y condiciones del entorno** que afectan a la salud.
- Promover el desarrollo de instancias dirigidas a **proteger los derechos de las personas en cuanto a ciudadanos, consumidores y usuarios del sistema de salud**.
- Comunicar oportunamente a la **comunidad los resultados de la evaluación del estado de salud** y la gestión de los servicios de salud y de salud pública

¿De qué hablamos cuando decimos fortalecimiento de participación social en salud?

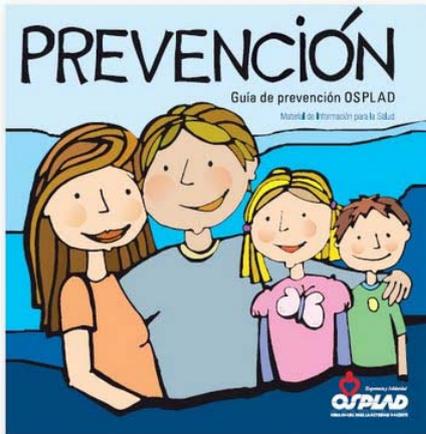
De:

- Promover la conformación de **instancias participativas** y la construcción de **alianzas para la salud** en todos los niveles.
- Desarrollar y estimular la generación de **mecanismos de información** y de **construcción de espacios** en todos los niveles, respecto de los **derechos y deberes en salud de la población**.
- Mantener un **sistema de información accesible** que incluya a las organizaciones que trabajan o potencialmente puedan trabajar en iniciativas de salud pública y acceso a la información acerca de buenas prácticas de participación social en salud.
- Definir con **participación de las comunidades**, los objetivos y metas de salud pública de los distintos niveles e incentivar el desarrollo de proyectos de salud pública gestionados por la sociedad civil.
- Evaluar periódicamente su capacidad de **fortalecer la participación social en salud**, introduciendo oportunamente los cambios recomendados en estas evaluaciones.

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA:

- Asthon J."La Promoción de la salud, un nuevo concepto para una nueva sanidad" Universidad de Liverpool. 1986.
- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud: "Salud para todos en el año 2000". Canadá. 21 de noviembre de 1986
- Declaración de Alma Ata: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. OMS/UNICEF. 12 de septiembre 1978.
- Declaración de Bogotá: Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Promoción de la Salud y Equidad. OPS/OMS. Noviembre de 1992.
- <http://www.desarrollosocial.gob.ar/Uploads/i1/cuidadores%20cuader%202%20web.pdf>

4.9. PREVENCIÓN DE SALUD



Cuando hablamos de prevención queremos decir: Prevenir la enfermedad y postergar o evitar la discapacidad.

La salud y el bienestar de los ancianos está condicionado fundamentalmente por el estado de salud en etapas anteriores de la vida, por eso el autocuidado durante toda la vida es tan importante. Dicho autocuidado incluye una adecuada alimentación, el buen trato vincular, ejercicios físicos,

hábitos no perjudiciales como el no consumo de drogas, no fumar, no ingerir exceso de alcohol y otros.

Pero también es importante aplazar las consecuencias negativas del envejecimiento, para eso recordemos que muchos hábitos y estilos de vida evidencian los mayores efectos deletéreos o negativos en la vejez, cuando la capacidad de reserva y de defensa del organismo es más baja.

En términos generales las personas mayores que viven más años y mejor, son las que poseen mayor capacidad de adaptación, el sexo, la educación, el grado y calidad de inserción social, el uso del tiempo libre, el grado de satisfacción con su forma de vida, son algunos de los factores que determinan una mayor capacidad de adaptación y una vejez más sana y feliz.

Según en la etapa del proceso salud enfermedad en donde se actué se puede hablar de diferentes niveles de prevención.

a) NIVELES DE PREVENCIÓN

PRIMARIA

Es el conjunto de acciones destinadas a impedir la aparición o a disminuir la probabilidad de ocurrencia de la enfermedad. Se actúa durante el período prepatogénico (de inducción, de incubación), modificando los factores de riesgo (cambios en la dieta, prescripción de ejercicio, uso de cinturón de seguridad en el automóvil, etc.) o previniendo la acción del agente etiológico (inmunizaciones, potabilización del agua, etc.). Podemos dividir a estas acciones en dos clases: promoción de la salud (acciones sobre el individuo) y protección de la salud (acciones sobre el medio ambiente).

SECUNDARIA

Consiste en acciones destinadas a detener la evolución de la enfermedad durante la fase presintomática (sin síntomas pero con signos que evidencia al agente causal, generalmente son clínicos, bioquímicos o histopatológicos)
Son fundamentalmente las llamadas pruebas de rastreo o screening.

TERCIARIA

Se define como el conjunto de acciones que intentan modificar favorablemente la evolución de una enfermedad en su fase sintomática aguda, crónica, o de sus secuelas. Incluye el tratamiento y la rehabilitación de una enfermedad y de sus secuelas, disminuyendo o impidiendo la progresión de las mismas, mejorando la calidad de vida y retardando la muerte del paciente.

RESUMEN

Muchas enfermedades crónicas y discapacidades asociadas que se presentan durante la vejez pueden prevenirse, junto con la disminución de los costos económicos y la utilización adecuada de los recursos humanos.

Pero la prevención requiere alcanzar al individuo antes de que la enfermedad se establezca, y eso implica intervenir en etapas más tempranas de la vida, es decir, velar por un envejecimiento activo y saludable, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el “proceso de optimizar las oportunidades en materia de salud, participación y seguridad a fin de poder lograr una vida de calidad a medida que las personas envejecen”.

La atención de salud preventiva y las pruebas de tamizaje para la detección y el tratamiento temprano de las enfermedades se llevan a cabo, en su mayor parte, en los centros de atención primaria de salud (APS). Estos centros, a los que las personas pueden acudir espontáneamente, también son los principales proveedores de manejo y cuidado continuos.

Se estima que 80% de los cuidados de salud se prestan en el nivel comunitario, donde los centros de APS constituyen la espina dorsal del sistema de atención sanitaria. Los adultos mayores conforman ya una importante proporción de los pacientes atendidos en centros de APS, y a medida que la población envejezca y las enfermedades crónicas se tornen más frecuentes, dicha proporción aumentará.

La OMS ha reconocido el papel crítico que los centros de APS desempeñan en la salud de los adultos mayores en todas partes del mundo, y la importancia de que dichos servicios sean accesibles y se adapten a las necesidades de ese grupo de edad. Por estas razones es que la Atención Primaria de la Salud se destaca como uno de los pilares importantes de las políticas sanitarias consensuadas de la Argentina

Para finalizar podemos compartir una expresión de Geofreg Rose:

"Los factores genéticos dominan la susceptibilidad individual a la enfermedad, pero el ambiente y el estilo de vida, dominan la incidencia y la prevalencia".

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA:

- http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_4_99/mgi19499.htm
- www.slideshare.net/camundongo/6-el-proceso-salud-enfermedad
- <http://www.desarrollosocial.gob.ar/Uploads/i1/cuidadores%20cuader%202%20web.pdf>

4.10. ATENCION COMUNITARIA EN EL ADULTO MAYOR



La **atención comunitaria en el adulto mayor** tiene como propósitos contribuir a elevar el nivel de salud, el grado de satisfacción y la calidad de vida del adulto mayor, mediante acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación ejecutadas por el Sistema de Salud Pública en coordinación con otros organismos y organizaciones involucrados en esta temática de atención, teniendo como protagonistas a la familia, la comunidad y el propio adulto mayor en la búsqueda de soluciones locales a sus

problemas. Quedando en claro que sin acceso, sin participación y gestión de la población no hay Atención Comunitaria.

Entre los **objetivos** que se persiguen podríamos establecer como:

Objetivos Generales

- Mejorar la salud de la población de 60 años y más, aumento de la vida activa, mediante la promoción y el autocuidado, el tratamiento preventivo, curativo y rehabilitador de este grupo.
- Crear una modalidad de atención gerontológica comunitaria que contribuya a resolver necesidades socio - económicas, psicológicas y biomédicas de los adultos

Objetivos Específicos

1. Promover cambios de estilos de vida, hábitos y costumbres que favorezcan la salud.
2. Prevenir o retardar la aparición de enfermedades y de las discapacidades a que éstas pudieran conllevar en su evolución.
3. Garantizar la rehabilitación de los adultos mayores a través de la rehabilitación de base comunitaria.
4. Estimular la participación comunitaria en la identificación y búsqueda de soluciones a los problemas del adulto mayor.
5. Desarrollar la formación y capacitación de los recursos humanos especializados y los propios de la comunidad, que garanticen la calidad de las vías no formales de atención y la integración activa de estas a la comunidad.
6. Desarrollar investigaciones que identifiquen la morbilidad, mortalidad, letalidad, discapacidades, intervenciones comunitarias y otras unidades.

Entre las **actividades que se podrían realizar para cumplimentar los objetivos** podríamos citar, entre otras:

Para cumplimentar el 1° objetivo...

- Mantener, incorporar, y promover a los adultos mayores a las organizaciones comunitarias como forma alternativa de promoción de salud.
- Desarrollar técnicas educativas destinadas a fomentar estilos de vida saludables. Ejemplo: disminuir el hábito de fumar, obesidad, malos hábitos alimentarios, sedentarismo, abuso de alcohol, accidentes, polifarmacia y otros.
- Desarrollar actividades educativas sobre la importancia y la responsabilidad del individuo en el diagnóstico precoz de enfermedades prevalentes del envejecimiento. Ejemplo: diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebro - vascular, insuficiencia arterial periférica, disfunción tiroidea, osteoporosis, depresión, demencia, trastornos auditivos y visuales, enfermedades de la cavidad bucal, enfermedad de Parkinson y cáncer cérvico - uterino, mama, próstata, colon o piel, bucal y otros.
- Incorporar, mantener y fomentar la práctica del ejercicio físico sistemático y actividades culturales, orientada de acuerdo a las capacidades de cada uno de ellos.
- Crear los Centros de Adultos Mayores (Propósitos múltiples) como una organización comunitaria que brindará apoyo no formal a los adultos mayores del barrio.
- Promover acciones contra los riesgos potenciales en el hogar y lugares públicos. Ejemplo: prevención de caídas.
- Desarrollar actividades destinadas al buen trato, a cambiar la imagen negativa que el adulto mayor tiene si mismo, la familia y la sociedad.
- Orientar adecuadamente al adulto mayor y a la familia sobre situaciones familiares y sociales generadoras de discriminación, abuso o maltrato.
- Fomentar acciones que faciliten el desempeño o el aprendizaje de actividades económicamente útiles por parte del adulto mayor.
- Fomentar la participación activa de los viejos en la realización de actividades culturales y en el disfrute y rescate de las tradiciones culturales de la comunidad.

Para cumplimentar el 2° objetivo...

- Identificar, controlar y modificar, los factores de riesgo dañinos a la salud, que por su condición constituyen un elevado riesgo de mortalidad o discapacidad (hábitos tóxicos, viejos solos y sin amparo filial, malnutrición, discapacitados físicos, depresión, suicidio, accidentes y otros).
- Realizar la atención, seguimiento y control, a través de la asistencia, de los ancianos con diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebro - vascular, insuficiencia arterial periférica, disfunción tiroidea, osteoporosis, depresión, deterioro cognoscitivo, trastornos auditivos y visuales, enfermedades de la cavidad bucal, enfermedad de Parkinson y cáncer cérvico - uterino, mama, próstata, colon, piel y otros.
- Detectar los trastornos funcionales que permitan el diagnóstico precoz de enfermedades con forma de presentación no usuales a través del examen periódico de salud.
- Vacunar a todos los adultos mayores bajo su atención tanto en consulta como en la visita al terreno de acuerdo al esquema nacional de inmunización.

Para cumplimentar el 3° objetivo...

- Garantizar la atención periódica y sistemática en el consultorio, en el hogar, en los centros de día de adultos mayores, centro de jubilados y todo tipo de organizaciones que nucleen a las personas de 60 años y más.
- Registrar y analizar las siguientes situaciones: adultos mayores que viven solos, sin amparo filial, impedidos físicos, impedidos mentales, impedidos físico - mentales, sordos y ciegos.
- Analizar la mortalidad de los adultos mayores en el barrio o en el territorio.
- Propiciar por ejemplo: la atención estomatológica integral a los que la requieren que incluye búsqueda del cáncer bucal, y/o atención odontológica anualmente.
- Brindar donde sea posible, consultas de Geriátrica en el sistema de salud público.
- Ingresar en el hogar a aquellos adultos mayores en que las condiciones de su afección, evolución, familia, vivienda y comunidad así lo permitan.

Módulo 4: Salud, Epidemiología y Envejecimiento

- Crear los equipos de atención gerontológica para la atención especializada de los adultos mayores en la comunidad, que garanticen a los que lo requieran una evaluación geriátrica exhaustiva a nivel del área de salud.

Para cumplimentar el 4° objetivo...

- Crear Centros Diurnos en las áreas de salud, que permitan, con o en los servicios de fisioterapia, desarrollar actividades de rehabilitación física y psicosocial de los ancianos en la comunidad.
- Ejecutar acciones de rehabilitación basadas en la comunidad (en el hogar, en los gimnasios del barrio según programas de Rehabilitación de Base Comunitaria).
- Incorporar a los adultos mayores, con un enfoque de rehabilitación integral, a los ejercicios físicos, ludoterapia, arteterapia y actividades recreativas, culturales, socialmente útiles y otras en las organizaciones comunitarios, hogares geriátricos, Centros de Día, o en sus propios hogares con la ayuda de las cuidadoras domiciliarias, del equipo de salud y las instituciones culturales y sociales de la comunidad.

Para cumplimentar el 5° objetivo...

- Integrar la labor de los Consejos Populares o Consultivos con el resto de las estructuras sociales y de salud correspondientes de forma tal que se facilite la identificación y solución de los problemas sociales de los adultos mayores a nivel comunitario.
- Fomentar el desarrollo de vías no formales de atención al adulto mayor a nivel comunitario, estimulando los programas de autoayuda y ayuda mutua mediante las posibilidades locales y la participación de las propias personas de edad en las mismas.
- Crear redes de adultos mayores voluntarios a través de la búsqueda y preparación de líderes comunitarios que permitan la identificación temprana de necesidades de salud o sociales por ellos mismos, para que la solución y respuestas a dichas necesidades puedan ser dadas con el apoyo y participación entre los propios ancianos.

- Proveer como fuentes alternativas de atención el cuidado de los adultos mayores discapacitados por cuidadores domiciliarios capacitados y acreditados por la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores.

Para cumplimentar el 6° objetivo...

- Capacitar a través de los miembros del equipo de salud y del Equipo de Atención Gerontológica a adultos mayores que se convertirían en activistas de salud para que realicen actividades educativas.
- Capacitar a través del equipo de salud y del Equipos de Atención Gerontológica a los adultos mayores para proporcionarles los conocimientos necesarios que les permitan identificar sus propios problemas de salud y un manejo más adecuado de los mismos.
- Aprovechar los conocimientos de los adultos mayores en oficios y otras labores que hayan desempeñado para capacitar a otros u otras en la realización de actividades sociales o económicamente útiles a través de talleres, escuelas o creados al efecto (recalificación laboral y educador de nuevas generaciones).
- Organizar las planificaciones para la atención de adultos mayores, cursos y entretenimientos en las áreas de salud dirigidos a médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadoras sociales.
- Desarrollar investigaciones que estén vinculadas y que respondan a las necesidades de los adultos mayores.
- Vincular los temas de terminación de residencias médicas a las líneas de investigación señaladas.
- Como final y para cerrar esta unidad temática, una frase de **Carlos Tulio Matus Romo** (1931-1998) reconocido economista chileno y Ministro de Economía en el gobierno de Salvador Allende Gossens.

“Si el hombre, un gobierno, o una institución renuncian a conducir y se dejan conducir, renuncian a arrastrar y son arrastrados por los hechos, entonces renuncian a la principal libertad humana, que es intentar decidir por nosotros y para nosotros a donde queremos llegar y como luchar para alcanzar esos objetivos”

Carlos Matus

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA:

- <http://files.sld.cu/sida/files/2012/01/prog-adultomayor.pdf>
- Lemus, J.D. y col. *Sistemas y Servicios de Salud*, Salud Pública, Ed. Kohan, Buenos Aires, año 2009.
- Lopasso, M.D. "La sobreutilización de los servicios de guardia en los hospitales del Conurbano Bonaerense". Estudio de un caso: Hospital Equiza. Tesis presentada en la Universidad ISALUD, año 2011. Disponible en el Centro de Documentación
- González GG, Tobar F. *Salud para los argentinos*. Buenos Aires: Ediciones ISALUD; 2004.
- Organización Panamericana de la Salud OPS, Encuesta Multicéntrica: Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y Caribe. julio de 2001.
- Organización Panamericana de la Salud, CEPAL Naciones Unidas, PNUD Argentina. *Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina 2011: El sistema de Salud Argentino y su Trayectoria de Largo Plazo*.
- Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología *Tratado de Geriátrica para Residentes*. Ed. International Marketing & Communication. Año 2006.
- Ministerio de Salud de la Nación-Organización Panamericana de la Salud *Indicadores Básicos Argentina 2010*.
- Página de Ministerio de Salud de la Nación (www.msal.gov.ar)
- Página del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación (www.desarrollosocial.gov.ar)
- Página del Instituto Nacional de Seguros Sociales para Jubilados y Pensionados PAMI (www.pami.org.ar)
- Página de información legal del Ministerio de Economía (www.infoleg.gov.ar)
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INDEC, *Censo Nacional de Población Hogares y Viviendas 2010*. (www.indec.gov.ar)
- Informe de la Dirección Nacional de Tercera Edad, Secretaría Nacional de Niñez Adolescencia y Familia dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.
- Módulos de formación de Médicos Comunitarios, del Ministerio de Salud de la Nación.
- Diagnóstico Nacional sobre la situación, necesidades y demandas de las personas mayores. Proyecto sobre personas Mayores, Dependencia y servicios Sociales en los países del cono Sur. OISS, Ministerio de Desarrollo Social. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Año 2006.

Módulo 4: Salud, Epidemiología y Envejecimiento

- O. Cetrangolo, F. Gatto. “Descentralización fiscal en la Argentina”. Publicaciones de CEPAL (Comisión Económica para América Latina y Caribe) Naciones Unidas www.cepal.org.
- S. López “El sistema de Salud Argentino” Publicación de la Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata, año 2006. www.trabajosocial.unlp.edu.ar.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe de Desarrollo Humano 2005.

5. UNIDAD II: CARACTERÍSTICAS DEL ANCIANO. VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL. SÍNDROMES GERIÁTRICOS

5.1. PRESENTACIÓN

En esta unidad desarrollaremos algunos conceptos vinculados a conceptualizar a los adultos mayores (AM) en cuestiones de salud, cambios fisiológicos del envejecimiento y la importancia de la multidisciplina en geriatría. Lo anterior permitirá de alguna manera subdividir la población en anciano sano, enfermo, frágil y paciente geriátrico, subdivisión que facilitara la toma de decisiones futuras. Valoración geriátrica integral y el concepto de síndrome geriátrico y una breve descripción de los más relevantes.

Introducción.

En el mundo, el grupo de personas mayores de 60 años crece cada vez más con respecto al total de la población y Argentina no escapa a dicha tendencia (INDEC, 2010)

El envejecimiento poblacional obliga a los profesionales a fortalecer y mejorar su formación en geriatría y gerontología para brindar una prestación adecuada y de calidad.

Desde el punto de vista demográfico, la pirámide poblacional se verticaliza como producto del envejecimiento, la disminución de la natalidad y el aumento en la expectativa de vida. Otra modificación es la que se produce en el seno familiar, mas frecuentemente monoparentales lo que implica que habrá cada vez menos parientes laterales que puedan hacerse cargo de las mismas en caso de caer en dependencia. Este fenómeno requiere el establecimiento de una red social de apoyo que debe extenderse más allá del seno familiar, y se hará necesaria la participación de nuevos lazos para la asistencia de los adultos mayores lo que en el futuro generara nuevas demandas.

Se puede ampliar este concepto en: Oddone, MJ 1999, Envejecimiento y cambio social en "hechos y derechos", publicación n°6, subsecretaría de derechos humanos y sociales, Buenos Aires, Argentina.
--

Si bien la mayoría de los adultos mayores gozan de buena salud, son independientes y muchos de ellos ayudan a sus familias, aunque ocurre que con la edad aumenta la incidencia y la prevalencia de enfermedades crónicas y es mayor la utilización de recursos socio sanitarios.

Geriatría

La geriatría es la rama de la medicina que estudia los aspectos preventivos clínicos, terapéuticos y sociales de las enfermedades en los adultos mayores. Como fue visto en el Módulo I (Dra. Roqué) aporta a la gerontología sobre cuestiones del proceso salud-enfermedad.

La gerontología es la ciencia básica que estudia la vejez y el proceso de envejecimiento desde lo biológico, psicológico y social.

Algunos errores frecuentes en torno a la geriatría son:

- Pensar que solo hace medicina de los mayores de 65 años
- Considerar que solo atiende pacientes con enfermedades crónicas y
- Desconocer la necesidad de los distintos niveles de atención adecuados a las necesidades para favorecer la continuidad de cuidados.

La tecnología de la medicina geriátrica esta dada por: la valoración geriátrica integral (VGI), la interdisciplina y los niveles de atención.

5.2. Síndromes geriátricos

Objetivos:

- Conocer la importancia de la multidisciplina en geriatría y la valoración geriátrica integral
- Conocer las características de esta población en cuestiones de salud
- Reconocer las características del envejecimiento fisiológico
- Conocer las diferencias entre un anciano sano, anciano enfermo, anciano frágil y paciente geriátrico
- Conocer los síndromes geriátricos, para poder detectarlos y derivarlos

Introducción

Para comprender la trascendencia de la aparición de la geriatría es necesario hacer un poco de historia. El termino Geriatría surge por primera vez en 1909 cuando I.L. Nasher publica en el New York Medical Journal un articulo titulado “Geriatrics” “The diseases of the old age and their treatments”, lo que en español significa: las enfermedades de los adultos

mayores y sus tratamientos. En ese artículo, se pone de manifiesto hace más de cien años, la necesidad de una medicina diferente para la mejor atención de los adultos mayores.

Sin embargo fue recién casi 20 años después en Gran Bretaña, alrededor de 1935 que la Dra Marjory Warren, a la que se le había encargado un sector de enfermos crónicos de un hospital- asilo de pobres (West Midd-lessex Hospital) asignados como “irrecuperables”, allí evaluó, diagnosticó, estratificó y planificó el cuidado de los distintos grupos obteniendo resultados inesperados para sus colegas, dejando claramente demostrado que era necesario un cambio en la actitud en el cuidado y tratamiento de los pacientes crónicos. Y Sentó las bases de la Evaluación geriátrica Integral. Demostró también que luego del éxito logrado en la prolongación de la vida, la planificación y la continuidad de cuidados eran una pieza fundamental para el mantenimiento de la calidad de vida.

La Dra Warren en una de sus publicaciones en 1946 decía:

“No hay duda en absoluto que estos pacientes han sido inadecuadamente tratados en el pasado y con frecuencia continúan recibiendo una atención insuficiente y escasa, si es que reciben alguna, en una atmósfera que pierde la comprensión con su edad y condición. La profesión médica, habiendo tenido éxito en la prolongación de la vida del hombre, no debe seguir fallando en asumir la responsabilidad con el anciano enfermo o que se vuelve débil. Se necesita urgentemente un cambio en la actitud del cuidado y tratamiento de los enfermos crónicos.”

Warren M Care of chronic aged sick. Lancet 1946: 841-843.

Nuevamente recordamos cuáles son las herramientas de la geriatría...

La atención de estos pacientes requiere de:

Un diagnóstico completo desde un abordaje multidisciplinario mediante la valoración geriátrica integral (VGI) y la articulación de los distintos niveles de atención para garantizar la continuidad de cuidados de manera que se ajuste a las necesidades con el objetivo final de mejorar la calidad de vida del AM

Características particulares de las personas mayores

Para brindar una asistencia de calidad es necesario conocer algunas características particulares de los adultos mayores:

- Constituyen un grupo muy heterogéneo, es decir que existe una importante variabilidad individual. Cada persona envejece de manera diferente debido a que

interactúan factores intrínsecos y extrínsecos que tendrán relación con lo social, económico, cultural y ambiental.

- Algunas enfermedades se presentan en forma diferente a la que lo hacen en los adultos de mediana edad
- Cuando tienen criterios de fragilidad son más vulnerables.
- Es frecuente la co-morbilidad (coexistencia de varias patologías) lo que con frecuencia se asocia con polifarmacia con el riesgo de producir iatrogenia en una población que de por sí es más susceptible.
- Mayor prevalencia de enfermedades degenerativas como por ejemplo demencia.
- Mayor prevalencia de enfermedades crónicas conforme aumenta la edad.
- Cuando requieren cuidadores, la sobrecarga de éstos, puede generar maltrato, o incluso una institucionalización inadecuada.
- Mayor utilización de recursos sanitarios y sociales.
- Mayor necesidad de rehabilitación.
- Los problemas de salud de esta población con frecuencia corresponden a múltiples causas.
- Mayor número de situaciones que genera verdaderos dilemas éticos,
- Pueden consultar tardíamente por problemas de salud debido a que los consideran propios de la edad.

La forma de presentación de las enfermedades en los adultos mayores (AM) difiere con frecuencia de la presentación en adultos de mediana edad.

El envejecimiento, entendido como la *suma de todos los procesos que acontecen a un individuo relacionados con el tiempo*, implica un camino que comienza desde el nacimiento. La vida humana es determinada en toda su extensión por la estructura genética, pero siempre en interacción con múltiples factores, tanto ambientales (llamados extrínsecos) como adaptativos individuales (factores intrínsecos). Como dice la Dra. Roque en el Módulo I: “es posible envejecer de forma normal, patológica o con éxito”.

Así, según cómo un adulto transite su proceso de cambio a la vejez, y según el medio en que se encuentre, vamos a encontrar diferentes descripciones de lo que es “llegar a viejo”.

5.3. Cambios fisiológicos del envejecimiento

El envejecimiento no es sinónimo de enfermedad.

Características del envejecimiento:

El envejecimiento se define como un proceso continuo, heterogéneo, universal, e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. En los individuos mayores sanos, muchas funciones fisiológicas se mantienen normales en un estado basal, pero al ser sometidos a stress se revela la pérdida de reserva funcional.

Características

- Universal. Propio de todos los seres vivos.
- Irreversible. A diferencia de las enfermedades, no puede detenerse ni revertirse.
- Heterogéneo e individual. Cada especie tiene una velocidad característica de envejecimiento pero, la velocidad de declinación funcional varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona.
- Deletéreo. Lleva a una progresiva pérdida de función. Se diferencia del proceso de crecimiento y desarrollo en que la finalidad de éste es alcanzar una madurez en la función.
- Intrínseco. No es debido a factores ambientales modificables. En los últimos 2000 años se ha observado un aumento progresivo en la expectativa de vida de la población, pero el "maximum life span" se mantiene fijo alrededor de los 118 años. A medida que se ha logrado prevenir y tratar mejor las enfermedades, y se han mejorado los factores ambientales, la curva de supervivencia se ha hecho más larga.

Los cambios que acontecen no son uniformes, ni en individuos de la misma especie, ni tampoco dentro de los distintos órganos y sistemas: varían el inicio, la rapidez y la magnitud de los mismos. Es por este motivo que la *edad cronológica* (considerada como el número de años de una persona) y la *edad fisiológica* (considerada en términos de capacidad funcional), no siempre coinciden.

Estos cambios determinan la disminución de la reserva funcional y una alteración de la respuesta ante el stress. Esta situación estresante podrá ser generada por una mudanza, una enfermedad o fallecimiento de un ser querido.

El órgano con menos reserva funcional claudica más tempranamente ante un proceso patológico independientemente de su afección directa. Por ejemplo la aparición de síntomas neurológicos por infección urinaria.

Con frecuencia las infecciones como por ejemplo una infección urinaria se presenta como un síndrome confusional agudo en lugar de hacerlo con disuria y fiebre, aun en ausencia de lesión orgánica cerebral.

La comorbilidad (coexistencia de varias patologías) y la polifarmacia colaboran enmascarando el cuadro principal.

Cambios fisiológicos: (normales del envejecimiento)

Desarrollaremos a continuación una breve descripción de los cambios fisiológicos del envejecimiento, debido a que es necesario conocerlos para poder comprender algunas características de los AM en cuestiones de salud.

- ✓ Regulación de la temperatura.

Los adultos mayores son muy sensibles al calor y al frío

La hipotermia (disminución de la temperatura corporal), es una complicación frecuente de aquellas personas que tras una caída permanecen largos periodos en el suelo.

- ✓ Regulación del sueño

- El 30 a 50% de los AM se quejan de dormir mal.
- Con la edad, cambia la estructura del sueño:
- Disminuye el sueño profundo (con lo que despiertan fácilmente)
- Tienen un sueño más ineficiente y demoran más en conciliar el sueño.
- Cambia el ritmo circadiano del sueño (se despiertan y se acuestan más temprano)

Entonces...

Mientras que la cantidad total de sueño cambia poco, el sueño se interrumpe y se distribuye más ampliamente a lo largo de 24 horas en cortos períodos.

- ✓ Regulación de la presión arterial.

Existen en el sistema cardiovascular receptores α (alfa) adrenérgicos relacionados con la disminución del calibre de las arterias (vasoconstricción), y receptores β (beta) adrenérgicos, relacionados con el aumento del diámetro de las arterias (vasodilatación). En los adultos mayores la respuesta alfa se encuentra conservada y la beta está disminuida.

Es posible que debido al predominio de la vasoconstricción exista tendencia a la hipertensión sistólica (presión arterial máxima).

El concepto es que: **existe tendencia a la hipertensión sistólica (tensión arterial máxima) Pero... No todos los adultos mayores son hipertensos**

En aquellas personas que tienen antecedentes de caídas, mareos relacionados con los cambios de posición la recomendación es que estos movimientos sean realizados mas lentamente

Composición corporal

Algunos de los cambios fisiológicos que modifican la distribución del agua en el organismo son:

- Disminución de la masa muscular
- Aumento del porcentaje de grasa y redistribución hacia el abdomen.
- Disminución de la masa ósea (osteopenia, osteoporosis)
- Disminución del metabolismo basal (1% al año después de los 30).
- Disminución del volumen de agua corporal total
- Disminución del reflejo de la sed.

¿Cuál es la importancia de conocer estos cambios?

Es común que los adultos mayores no sientan sed y están mas predispuestos a la deshidratación.

- ✓ Alteraciones en la inmunidad, (las defensas)

Muchos órganos actúan como barrera ante infecciones.

A medida que envejecemos la piel se adelgaza y son frecuentes las lesiones por rascado que pueden producir infecciones, existe fragilidad capilar que frente a traumatismos mínimos generan, extravasaciones, laceraciones y úlceras por presión.

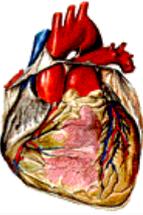
A nivel respiratorio la mayor rigidez, la disminución del vigor de la tos y menor actividad mucociliar favorecen las infecciones

En el tracto urinario las membranas mucosas pueden ser menos efectivas favoreciendo la colonización de gérmenes. Además la orina es menos ácida, y facilita la adherencia bacteriana

El concepto es que: **los adultos mayores son más susceptibles a infecciones y que algunas enfermedades infecciosas pueden aparecer sin fiebre.**

Otros sistemas

<p>Piel <i>La piel es uno de los órganos que más sufre el paso del tiempo.</i> <i>Regular la exposición solar</i></p>	<p>La piel se adelgaza, baja la vascularización, el colágeno y el agua que hidrata. El pelo se encanece y tiende a caerse y las uñas crecen menos. Pierde sensibilidad, lo que predispone al adulto mayor a las lesiones y a la pérdida de capacidad de realizar movimientos finos con las manos.</p>
<p>Sistema inmune Vacuna antigripal cada año Vacuna antineumocócica</p>	<p>El sistema inmunitario sufre cambios que tienden a disminuir su poder defensivo frente a las infecciones y tumores.</p>

<p>Órganos de los sentidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hablarles lento y con voz grave • No hablarles con gritos • Ir al oftalmólogo • Usar lentes adecuados y personalizados • Adaptar la iluminación y colores del ambiente 	<p>Gusto: Con la edad se pierden papilas gustativas siendo especialmente llamativa la pérdida de la percepción del gusto para los sabores dulces.</p> <p>Audición: Se produce una disminución de la capacidad para percibir los tonos de alta frecuencia</p> <p>Visión: La agudeza visual disminuye también con la edad. Es importante la pérdida de adaptabilidad a los cambios de luz, son mas susceptibles al “encandilamiento”</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div>
<p>Sistema cardiovascular</p> 	<p>El funcionamiento del corazón no se modifica en reposo pero sí en los mecanismos de adaptación al esfuerzo.</p> <p>La importancia de conocer estos cambios es que se debe adaptar el ejercicio a la tolerancia.</p>
<p>Sistema respiratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adaptar el ejercicio 	<p>Los cambios estructurales que ocurren en el aparato respiratorio con un tórax más rígido y menos móvil y una disminución de la elasticidad pulmonar conducen a una disminución de la capacidad máxima respiratoria.</p>
<p>Sistema renal</p> 	<p>La masa renal disminuye entre un 25% a 30% hacia el final de la vida.</p> <p>La importancia de conocer estos cambios es que los hace mas vulnerables a agresiones de cualquier tipo. (deshidratación, infecciones, etc)</p>
<p>Sistema gastrointestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adecuación de la dieta según necesidad 	<p>Los cambios en la boca son importantes desde el punto de vista de la funcionalidad: la pérdida de piezas dentarias, la retracción gingival y la menor producción de saliva. En el estómago disminuye la producción</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Recomendar la evaluación odontológica 	<p>del ácido que dificulta la absorción de algunos alimentos y se retarda el vaciamiento gástrico. Hay también una disminución de la motilidad en el intestino delgado y grueso, con tendencia al estreñimiento.</p>
<p>Sistema endocrino</p>	<p><i>Si bien existe una involución del sistema urogenital desde el punto de vista anatómico y funcional, no disminuye la sexualidad, la que usualmente sigue el patrón que tenía en la adultez, con las modificaciones que demande el cuerpo.</i></p>
<p>Cambios en el sistema nervioso</p> 	<p>El cerebro disminuye de tamaño y de peso.</p>

Modificaciones osteoarticulares y musculares

- ✓ Cambios en la altura y el peso.

Los cambios en la altura son por variantes en las vértebras, la postura general y los relacionados con el arco del pie. La altura disminuye progresivamente con los años (si es abrupta y no progresiva, es patológica); las vértebras disminuyen por pérdida de calcio y deshidratación de los fibrocartílagos; cambia el arco del pie por debilidad.

El peso en los hombres aumenta entre los 50 y 60 años, y luego tiende a caer, mientras que en las mujeres puede aumentar. Hay aumento de grasa a expensas de la grasa magra, localizada en mesenterio, médula ósea y músculo.

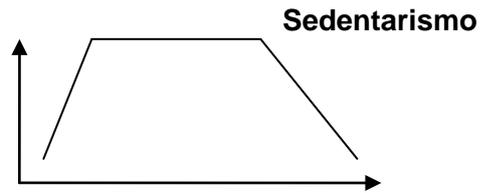
Si bien hay cambios en la altura, el peso puede estar modificado por la actividad física, que hará que mejore la masa muscular y la fuerza y modifique el depósito de grasa.

¿Qué efectos tiene el ejercicio sobre estos cambios?

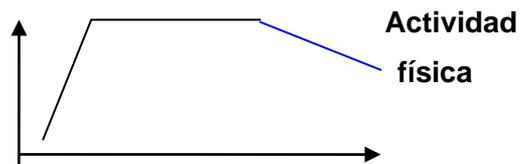
Si bien es esperable que decrezca la fuerza muscular, ésto no es lineal y está íntimamente relacionado con la actividad física desarrollada.

Se grafica de la siguiente manera...

Proceso de caída funcional sin mediar enfermedad (progresiva a través del tiempo).



Modificación con actividad física



Recomendar:

Una actividad física que incluya caminar (único estímulo necesario fisiológico), dieta normal y equilibrada, exposición moderada al sol. Disminuye el riesgo cardiovascular y hace que la pérdida de calcio sea menor con respecto a aquellas que no lo hacen.

El estado funcional de un individuo se puede modificar a través de la actividad física. Mejora la fuerza y resistencia muscular, la coordinación, el equilibrio físico y mental, y la seguridad para moverse. Mejora también cualquier condición médica subyacente y favorece los contactos sociales. Estas recomendaciones forman parte de la promoción de la salud.

Debemos recordar que entre los factores que pueden ser modificados para mejorar positivamente la calidad de vida de los ancianos, están los cuidados médicos, los ingresos, la nutrición y la vivienda, la integración social y la educación, el abandono del alcohol y el tabaco y evitar la polifarmacia. Podemos colaborar en el envejecimiento exitoso de los adultos mayores mediante una intervención precoz en estos aspectos.

Muchos de los problemas de salud de los adultos mayores se solucionan con estrategias sociales adecuadas.

5.4. Estratificación. Tipología de pacientes:

Es sabido que no es posible predecir salud en función únicamente de la edad. La población es sumamente heterogénea debido a que el modo de envejecer depende de múltiples factores. Los perfiles suelen estar mal definidos y en general dependen de la bibliografía y el país de origen.



anciano sano	anciano enfermo	anciano frágil	paciente geriátrico
<ul style="list-style-type: none"> >65 años sin enf. aguda intercurrente para AIVD Objetivable indep para AVD ausencia de det cognitivo sin problemática social 	<ul style="list-style-type: none"> iguales características que el sano pero con enfermedad aguda intercurrente 	<ul style="list-style-type: none"> > 80 años Pluripatología Polifarmacia Mantiene su independencia gracias a un delicado equilibrio sociofamiliar- intercurrentia Riesgo de caer en dependencia ante cualquier intercurrentia Independiente para AVD, puede requerir ayuda para las AIVD 	<ul style="list-style-type: none"> > 65 años Pluripatología dependiente para AVD Deterioro cognitivo Problemática social

Grafico extraído del Tratado de Geriátria para residentes. Disponible en www.segg.es/segg/tratadogeriatria

Si bien la Geriátría se ocupa también de las prácticas preventivas la población que mayores beneficios obtiene con la atención especializada la constituyen el anciano frágil y el paciente geriátrico.

BIBLIOGRAFÍA:

- Grimley Evans, J. *Geriatric Medicine: A brief history*. BMJ (1997), Vol. 315, pp 1075-77
- Geriatric Review Syllabus – *A core curriculum in Geriatric Medicine*, Forth Edition, 1999-2000, American Geriatrics Society.
- Guillen Llera, A. Salgado, i. Ruiperez Cantera. *Manual de geriatría*. 3ra Edición 2002.
- J.C. Brocklehurst. *Textbook of geriatric medicine and gerontology*. 6th Edición 2005
- Oddone, MJ 1999, “Envejecimiento y cambio social en “hechos y derechos”, publicación n°6, *Subsecretaría de derechos humanos y sociales*, Buenos Aires, Argentina.
- Pathy M S J, *Principles and Practice of Geriatric Medicine*, John Willey & Sons, New York, 1991, 31.
- Timiras P S “Consideraciones para un envejecimiento saludable” en *Bases fisiológicas del envejecimiento y geriatría*, 1997 Masson S.A.
- Kaplan R, Jauregui R, Rubin R *Los Grandes Síndromes Geriátricos*. Edimed. 2009.

Resumen

No todos los AM envejecen de la misma manera, lo que explica la variabilidad individual. Algunas características particulares de esta población hacen que sea necesario un abordaje asistencial diferente al del modelo tradicional.

La multidisciplinaria, la valoración geriátrica integral y la existencia de distintos niveles de atención distinguen a la geriatría de otras especialidades.

Si bien existen cambios fisiológicos del envejecimiento la recomendación de mantener hábitos saludables, abandono del tabaco y del alcohol, el ejercicio colabora para mejorar la calidad de vida.

Módulo 4: Salud, Epidemiología y Envejecimiento

El grupo de pacientes que más se benefician con la atención especializada corresponde a los ancianos frágiles (más vulnerables) y a los pacientes geriátricos.

Actividades

	Verdadero	Falso	Justifique su respuesta
<ul style="list-style-type: none">• El asistir periódicamente al Centro de Salud para tomarse la presión arterial es un pasatiempo que desarrollan los Adultos Mayores.			
<ul style="list-style-type: none">• La pérdida de un cónyuge es un factor de riesgo de pérdida de autonomía.			
<ul style="list-style-type: none">• Todos los AM son hipertensos.			
<ul style="list-style-type: none">• La atención especializada beneficia de igual manera a todos los adultos mayores.			
<ul style="list-style-type: none">• Los adultos mayores frágiles son pacientes de riesgo.			

5.5. VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL (VGI)

Objetivos.

- Conocer el concepto de valoración geriátrica integral.
- Conocer los beneficios de la VGI.
- Conocer la utilidad del uso de las escalas en la valoración.
- Otorgar herramientas para reconocer aquellos pacientes que deben recibir atención especializada.

El paciente geriátrico presenta características particulares. En él confluyen los aspectos intrínsecos del envejecimiento fisiológico, el declinar paulatino de la función de órganos y sistemas, la disminución de la reserva funcional, que aumentan la vulnerabilidad ante situaciones de stress o enfermedad.

La complejidad en el manejo de estos pacientes requiere la modificación en los modelos de valoración clínica y biológica utilizados tradicionalmente.

Definición

Se define VGI como “Proceso diagnóstico, dinámico y estructurado, sistemático que se utiliza para la detección de problemas, necesidades y capacidades del adulto mayor en las esferas clínica, funcional, mental y afectiva para elaborar en base a estos, un plan de intervención multidisciplinar, tratamiento y seguimiento a largo plazo con la finalidad de optimizar recursos y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores” La VGI surge en respuesta a la gran cantidad de problemas y necesidades no diagnosticados y disfunciones reversibles no reconocidas en el modelo tradicional de atención (interrogatorio y examen físico).

La VGI es el instrumento principal de la geriatría y permite profundizar el conocimiento de las necesidades del paciente anciano y optimizar el tratamiento.

Las diferencias con la valoración médica estándar son:

- Que está dirigida a ancianos frágiles con problemas complejos
- Que pone énfasis en el estado funcional y en la “calidad de vida”

Objetivos de VGI

- Mejorar la precisión diagnóstica e identificación de problemas.
- Establecer objetivos racionales y seleccionar las intervenciones necesarias para *mejorar o preservar la salud*
- Conocer la situación basal del paciente que nos permita *establecer pronóstico*
- Monitorear los cambios a lo largo del tiempo.
- Asegurar una utilización adecuada de recursos
- Disminuir la mortalidad
- Mejorar la situación funcional
- Evitar o reducir el índice de institucionalización
- Mejorar la calidad de vida

La V.G.I. implica un diagnóstico cuádruple: que incluye la evaluación de aspectos clínicos, funcionales, sociales y mentales. Que permitirán establecer la intervención adecuada.

Por ejemplo:

De nada servirá indicar un tratamiento para una infección urinaria sin evaluar si la situación social, económica, familiar y mental favorecerán el cumplimiento del tratamiento

La ausencia de soporte familiar, la mala situación económica y la mala comunicación son causa frecuente de la falta de adherencia al tratamiento.

VALORACION CLINICA

La valoración clínica incluirá la detección de los grandes síndromes geriátricos (Inmovilidad, Deterioro Cognitivo, Inestabilidad y Caídas, presencia de Deprivación Sensorial, Incontinencia, Constipación), deberá incluir también la valoración nutricional, historia farmacológica, exploración física y la elaboración de una lista de problemas.

Para realizar una correcta valoración clínica es necesario: conocer las características de la población, los aspectos del envejecimiento fisiológico, conocer que la consulta puede presentarse como quejas múltiples, que algunas enfermedades se presentan como deterioro funcional y que muchos problemas individualmente pueden deberse a múltiples causas, por ejemplo la inestabilidad en la marcha puede deberse a malnutrición, diabetes, anemia, infecciones, depresión, fármacos...

De los aspectos sociales se debe tener presente que los déficit a este nivel pueden interferir tanto en la evolución de la enfermedad como en el cumplimiento del tratamiento. Nuevamente el concepto que...

La ausencia de soporte familiar, la mala situación económica y la mala comunicación son causa frecuente de la falta de adherencia a tratamiento

La evaluación clínica consta de varios ítems:

1 Anamnesis:

Muchos factores dificultan el correcto interrogatorio:

- Múltiples quejas en la consulta: Para lo que es necesario escuchar atentamente y priorizar
- Descripción confusa de los síntomas: que con frecuencia requiere de un interrogatorio dirigido.
- Déficit auditivo o cognitivo que dificulta la comunicación y que requiere el uso de distintas estrategias para superar esto.

Debe incluir además:

2. **Aspectos Farmacológicos:** medicación habitual, recordar que el consumo de tres o más fármacos se considera polifarmacia, con alto riesgo de efectos adversos en esta población.
3. **Aspectos Nutricionales:** investigar hábitos nutricionales, modificaciones en la dieta, pérdida de peso.
4. **Antecedentes familiares y personales.** De los antecedentes se deberá investigar además su repercusión en las esferas, funcional, mental y social.
5. **Examen físico completo**
6. **Estudios complementarios.** En este punto se debe tener en cuenta el criterio con que se solicitan. Debe colaborar con el diagnóstico sospechado y con la toma de decisiones.

El objetivo de la valoración clínica es la detección de enfermedades, síndromes y su repercusión en la esfera funcional y la planificación de cuidados.

VALORACION FUNCIONAL

El envejecimiento no es sinónimo de deterioro funcional y mental. Cualquier alteración en estas esferas debe ser evaluada.

La valoración funcional está dirigida a recoger información acerca de la capacidad de la persona para realizar las actividades de la vida diaria que se dividen en:

- Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): tareas destinadas al autocuidado (incluyen aseo personal, el uso del baño, la movilidad, vestido, alimentación y la continencia)
- Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): son aquellas actividades que permiten interactuar con el medio y mantener su autonomía. (utilizar el teléfono, hacer compras, manejo de dinero, limpieza y mantenimiento del hogar, cuidado de su ropa, uso de transporte)
- Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD). Tareas que le permiten a la persona colaborar en actividades sociales, participar en actividades recreativas, viajes, etc.

El objetivo de la valoración funcional es:

“Prevenir la incapacidad y fomentar la independencia”

El deterioro funcional aumenta el riesgo de hospitalización, institucionalización, aumenta el uso de recursos sociosanitarios. Se debe interrogar acerca del grado de independencia para la deambulación, traslados y transferencias, aseo personal, continencia esfinteriana (urinaria y fecal) y antecedentes de caídas.

La alteración en la marcha o una caída puede ser la primera manifestación de enfermedad. En los pacientes con alto grado de dependencia las modificaciones en la esfera funcional suelen ser más difíciles de detectar.

Utilidad de las escalas de valoración:

- Objetivar y cuantificar las capacidades y dependencias del paciente (previa y actual)
- Fijar metas terapéuticas o de rehabilitación necesarias y racionales
- Medir resultados terapéuticos y su eficacia en el tiempo
- Hablar un lenguaje común para obtener información objetiva y fácil de transmitir entre los distintos profesionales.

INDICE DE KATZ (AVD)

	VALOR
HIGIENE	
Independiente: necesita ayuda para lavarse solo una zona del cuerpo (ej. La espalda o una extremidad con minusvalía) o se baña enteramente solo	
Dependiente: necesita ayuda para lavarse más de una zona del cuerpo, ayuda para entrar o salir de la bañera, o no se baña solo	
VESTIDO	
Independiente: saca la ropa de los cajones y armarios, se las pone. Puede abrocharse (se excluye el acto de atarse los zapatos)	
Dependiente: no se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido	
USO DEL BAÑO	
Independiente: va al baño solo, se arregla la ropa y se asea adecuadamente	
Dependiente: necesita ayuda para el uso del baño	
MOVILIDAD	
Independiente: se levanta y se acuesta por sí mismo y puede levantarse o sentarse solo en una silla	
Dependiente: necesita ayuda para levantarse, acostarse o sentarse. No realiza uno o más desplazamientos	
CONTINENCIA DE ESFINTERES	
Independiente: control completo de ambos esfínteres	
Dependiente: incontinencia parcial o total de uno o dos esfínteres	
ALIMENTACION	
Independiente: lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente (se excluye cortar carne)	
Dependiente: necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación enteral	
CRITERIOS DE VALORACION.	
A- INDEPENDIENTE EN TODAS LAS FUNCIONES.	
B- INDEPENDIENTE EN TODAS MENOS UNA DE ELLAS.	

C-	INDEPENDIENTE EN TODAS MENOS EN HIGIENE Y OTRA CUALQUIERA.	
D-	INDEPENDIENTE EN TODAS MENOS EN HIGIENE, VESTIDO Y OTRA CUALQUIERA.	
E-	INDEPENDIENTE EN TODAS MENOS EN HIGIENE, VESTIDO, USO DEL BAÑO Y OTRA CUALQUIERA.	
F-	INDEPENDIENTE EN TODAS MENOS EN HIGIENE, VESTIDO, USO DEL BAÑO, MOVILIDAD Y OTRA CUALQUIERA.	
G-	DEPENDIENTE EN TODAS LAS FUNCIONES.	
H-	DEPENDIENTE EN AL MENOS DOS FUNCIONES PERO NO CLASIFICABLE COMO C, D, E NI F	

Puede también medirse sobre 6 adjudicando 0 si es independiente y 1, si necesita de ayuda. 6/6 dependiente para todas las AVD. La desventaja de esta escala es que no detecta pequeñas alteraciones.

ESCALA DE LAWTON Y BRODY (AIVD)

	PUNTAJE	HALLADO
*Capacidad de usar el teléfono		
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1	
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1	
Es capaz de contestar el teléfono, pero no a marcar	1	
No utiliza el teléfono	0	
* Hacer compras		
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1	
Realiza independientemente pequeñas compras	0	
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0	
Totalmente incapaz de comprar	0	
* Preparación de la comida		
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1	
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0	
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0	

Módulo 4: Salud, Epidemiología y Envejecimiento

Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0	
* Cuidado de la casa		
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional para trabajos pesados	1	
Realiza tareas ligeras, como lavar platos o hacer la cama	1	
Realiza tareas ligeras, pero puede mantener un adecuado grado de limpieza	1	
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1	
No participa en ninguna tarea del hogar	0	
* Lavado de la ropa		
Lava por sí solo toda su ropa	1	
Lava por si solo pequeñas prendas	1	
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0	
*Uso de medios de transporte		
Viaja solo en transporte público y conduce su propio coche	1	
Es capaz de tomar taxi, pero no usa otro medio de transporte	1	
Viaja en transporte público cuando lo acompaña otra persona	1	
Utiliza taxi o automóvil cuando lo acompaña otra persona	0	
No viaja en absoluto	0	
* Responsabilidad respecto a su medicación		
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis exacta	1	
Toma su medicación si la dosis es preparada por otra persona	0	
No es capaz de administrar su medicación	0	
* Administración de su economía		
Se encarga de sus asuntos por sí solo	1	
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras y en los bancos	1	
Incapaz de manejar dinero	0	
TOTAL		

SE CONSIDERA:

- DEPENDIENTE TOTAL: 0
- SEMIDPENDIENTE: 0 A 7
- AUTOVALIDO: 8

INDICE DE BARTHEL:

Es el instrumento recomendado por la Sociedad Británica de Geriátrica. Resulta de gran utilidad para evaluar pacientes que han sufrido por ejemplo un accidente cerebrovascular, se utiliza mucho en unidades de rehabilitación o media estancia (ver niveles de atención)

BAÑO	10- INDEPENDIENTE 0- DEPENDIENTE
VESTIRSE	10- INDEPENDIENTE 5- AYUDA
ASEARSE	5- INDEPENDIENTE 0- DEPENDIENTE
IR AL RETRETE	10- INDEPENDIENTE 5- AYUDA
DEAMBULACIÓN	15- INDEPENDIENTE 10- MÍNIMA AYUDA 5- IND. S. RUEDAS 0- DEPENDIENTE
TRASLADO SILLÓN- CAMA	15- INDEPENDIENTE 10- MIN. AYUDA 5- GRAN AYUDA 0- DEPENDIENTE
ESCALONES	10- INDEPENDIENTE 5- AYUDA 0- DEPENDIENTE
MICCIÓN	10- CONTIENE 5- INC. OCASIONAL 0- INCONTINENTE
DEPOSICIÓN	10- CONTIENE 5- INC. OCASIONAL 0- INCONTINENTE
ALIMENTACIÓN	10- INDEPENDIENTE 5- AYUDA 0- DEPENDIENTE

La puntuación es sobre 100 puntos que implican máxima independencia. Un valor de 60/100 o mayor es indicador de buen pronóstico.

Esta escala es útil para establecer pronóstico y tiene la dificultad de no detectar pequeños cambios en estadios iniciales del deterioro.

VALORACION MENTAL

Incluye el estudio de la esfera cognitiva, afectiva y emocional.

La prevalencia del deterioro cognitivo aumenta conforme aumenta la edad, aunque el porcentaje varia de acuerdo a la poblaron estudiada, es mayor en las instituciones, y menor en las personas que viven en sus domicilios.

La importancia de la valoración de esta esfera es que:

- El deterioro cognitivo forma parte de los gigantes de la geriatría,
- Que puede estar asociado a trastornos de conducta
- Puede asociarse a otros síndromes geriátricos como la inmovilidad, la incontinencia urinaria, la malnutrición)
- Se asocia a peor pronostico rehabilitador

Conocer el grado de deterioro cognitivo permite adecuar la información en la consulta.

La consulta puede ser hecha por el familiar (como queja de memoria o cambios de conducta, agresividad, irritabilidad, o apatía), o por el propio paciente (como queja de memoria).

De todas maneras debe ser explorado teniendo en cuenta la influencia en la entrevista del nivel educacional, los antecedentes médicos, y la ingesta habitual de algunos fármacos como ansiolíticos, antidepresivos.

La entrevista es el primer paso de la evaluación

Luego de ésta puede completarse con el uso de algunos test que permiten:

- Objetivar la información
- Cuantificar los cambios,
- Evaluar la progresión en el tiempo
- Evaluar la respuesta al tratamiento y
- Facilitar la comunicación entre los profesionales.

Los test más utilizados son: Test del reloj y el Minimental State Examination de Folstein (MMSE), aunque existen otros.

TEST DE DIBUJO DEL RELOJ

Es un test de rastreo para examinar el deterioro cognitivo. Es importante especificar los criterios que se utilizan para la puntuación debido a que muchos autores han desarrollado distintos criterios.

¿Que evalúa?

Valora funcionamiento cognitivo global
Principalmente: ejecución motora.
Atención
Comprensión
Conocimiento numérico

SOLICITE AL PACIENTE QUE DIBUJE UN RELOJ CON LA SIGUIENTE SECUENCIA:

1. DIBUJAR PRIMERO UNA ESFERA REDONDA Y GRANDE.
2. QUE COLOQUE DENTRO DE ELLA LOS NÚMEROS CORRESPONDIENTES A LAS HORAS DEL RELOJ EN SUS LUGARES RESPECTIVOS.
3. QUE DIBUJE LAS AGUJAS DEL RELOJ MARCANDO LAS ONCE Y DIEZ.

Hay varias formas de puntuar, exceden a este módulo.

MINIMENTAL

Minimental Test de Folstein. Requiere para su realización de 10 a 15 minutos.

¿Qué evalúa y cuál es su utilidad?

Evalúa.
Orientación en tiempo y espacio
Memoria reciente
Memoria de fijación
Atención
Calculo
Capacidad de abstracción
Lenguaje y praxis (denominación, repetición, lectura , grafismo y copia)

Resulta útil en el screening o rastreo del deterioro cognitivo moderado.

Mini mental test de Folstein.		Actual	Ideal
Orientación en el Tiempo (No induzca las respuestas)	¿Qué fecha es hoy ? (por ej, 25; ± 1 día es correcto)		1
	¿Qué día de la semana es hoy ? (por ej. lunes)		1
	¿En qué mes estamos ? (por ej. julio)		1
	¿En qué estación del año estamos ? (por ej. invierno)		1
	¿En qué año estamos ?		1
Orientación en el Espacio (No induzca las respuestas)	¿Dónde estamos ?		1
	¿En qué piso estamos ?		1
	¿En qué ciudad estamos ?		1
	¿En qué provincia estamos ?		1
	¿En qué país estamos ?.		1
Registro (Enuncie las tres palabras clara y lentamente a un ritmo de una por segundo Luego de haberlas dicho, solicite a su paciente que las repita. La primera repetición determino el puntaje, pero hago que el paciente siga repitiendo hasta que aprenda las tres, hasta seis intentos).	Pelota		1
	Bandera		1
	Árbol		1
Atención y Cálculo (Hágale deletrear la palabra MUNDO de atrás hacia adelante (ODNUM), Cada letra en el orden correcto vale 1 punto; o bien, pídale al paciente que realice restas consecutivas de a 7 unidades, comenzando desde 100 (93,86,79,72,65). Deténgase	Deletrear MUNDO al revés (1 pto. por cada letra correcto: ODNUM) o bien, ¿Cuánto es 100 - 7? (Hacer 5 restas: (93), (86), (79), (72), (65): 1 punto por cada respuesta correcta)		5

Módulo 4: Salud, Epidemiología y Envejecimiento

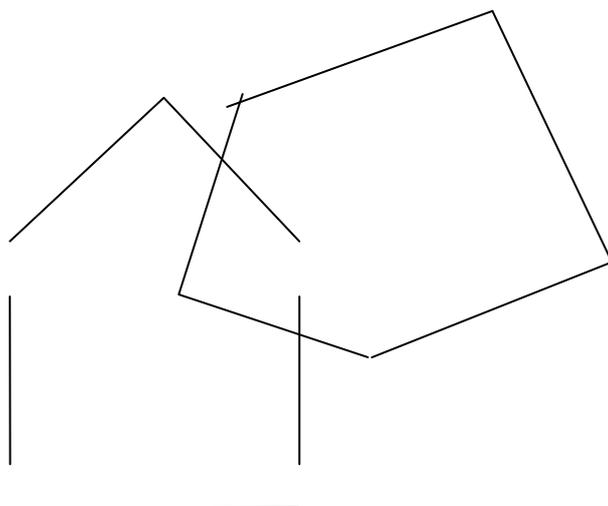
luego de 5 restas Cada resta correcta vale un punto),			
Evocación (Pregunte al paciente si puede recordar las tres palabras que antes repitió)	Nombre las tres palabras que antes repitió		3
Lenguaje:			
Nominación (Sólo un intento que vale 1 punto, para cada ítem),	¿Qué es esto? (mostrarle un lápiz) ¿Qué es esto? (mostrarle un reloj)		1
Repetición (Sólo un intento que vale 1 punto)	Dígale a su paciente la siguiente frase: "El flan tiene frutillas y frambuesas"- y pídale que la repita		1
Orden de tres comandos (Cada porte correctamente ejecutado vale 1 punto).	Déle a su paciente un papel y dígame: "Tome este papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y colóquelo en el piso".		3
Lectura (Otorgue 1 punto sólo si el paciente cierra sus ojos).	Muéstrele la hoja que dice: - Cierro los ojos" y dígame: "Haga lo que aquí se indica, sin leerlo en voz alta"		1
Escritura (No dicte la oración; ésta debe ser espontánea. Debe contener un sujeto y un verbo No es necesario que la gramática y la puntuación sean correctas).	Déle a su paciente una hoja en blanco y pídale que escriba una frase.		1
Copia (Para ser correcto, deben estar presentes todos los ángulos, los lados y las intersecciones No se toman en cuenta temblor, líneas	Déle a su paciente la hoja que dice: "Copie esta figura", y pídale que copie el dibujo.		1

Módulo 4: Salud, Epidemiología y Envejecimiento

desparejas o no rectos. La distribución de las figuras copiadas debe ser igual al original).			
Total MMSE:			30

Cierre los ojos

Copie esta figura



Puntaje:

27 a 30 puntos: sin deterioro cognitivo.

24 a 26 puntos: deterioro cognitivo dudoso.

20 a 25 puntos: deterioro cognitivo leve.

10 a 19 puntos: deterioro cognitivo moderado o moderadamente severo. menos de 10 puntos: deterioro cognitivo severo.

Recordar que el resultado debe ser ajustado por edad y nivel educacional y que existen normativas para Argentina

Una vez detectado el deterioro cognitivo se evaluara si corresponde o no a una demencia. Para lo que requerirá una evaluación mas profunda.

Si desea ampliar este tema puede hacerlo consultando el libro:

Román Alberca Serrano; Secundino López-Pousa **ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS** Editorial Médica Panamericana) 3ª edición 2006.

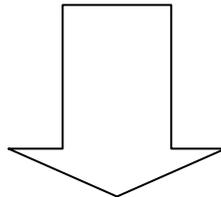
Recordar:

**La presencia de deterioro cognitivo no es sinónimo de demencia.
El delirium (síndrome confusional agudo), la depresión, la ansiedad, también se acompañan de deterioro cognitivo.**

Además recordar que el diagnóstico etiológico de demencia (es decir, saber de que tipo de demencia se trata) no es sencillo y depende de la historia clínica, neuroimágenes, test de valoración y la evolución clínica teniendo en cuenta que debe afectar el desempeño en la vida diaria.

Es un error frecuente evaluar solo la repercusión del deterioro en las AVD sin tener en cuenta que estas son las que se afectan más tardíamente.

Se debe evaluar si el deterioro afecta el funcionamiento habitual según su nivel educacional y el contexto sociofamiliar. Con frecuencia se comete el error de evaluar si afecta las actividades de la vida diaria de autocuidado. Sin embargo....



Un contador perderá primero la capacidad para realizar un balance.
Un empresario su capacidad para el manejo de dinero.
Una costurera su capacidad para bordar o hacer un dobladillo.
Mucho antes de perder la capacidad para aseo personal o hablar por teléfono.

VALORACION AFECTIVA

Los síntomas afectivos pueden afectar la calidad de vida, afectar la esfera funcional y mental de los adultos mayores.

Generan:

- Mayor utilización de recursos sociales
- Mayor utilización de recursos de salud
- Mayor estancia hospitalaria

En adultos mayores la depresión puede presentarse con síntomas somáticos como irritabilidad, pérdida de peso, ansiedad o deterioro funcional en lugar de hacerlo con los síntomas habituales.

Tanto los síndromes depresivos como la ansiedad son difíciles de detectar en adultos mayores ya que pueden presentarse como síntomas en cualquier localización, múltiples quejas, policonsultas medicas que implican una diversidad de diagnósticos diferenciales.

En la exploración del estado afectivo se debe valorar

- Estado anímico
- Emociones
- Alteraciones de sueño
- Ideas de muerte o autoagresividad
- Trastornos de apetito.

Para valorar esta esfera se utilizan varias escalas, entre ellas la escala de Depresión de Yesavage., Inventario de depresión de Hamilton, de Beck, Escala de Zung.

Las escalas se administraran a aquellos adultos mayores con riesgo de depresion. Algunas características a tener en cuenta son:

- Historia de alteraciones del animo
- Adultos mayores con dolor crónico
- Presencia de síntomas inexplicables.
- Consultas reiterados.
- Crisis vitales
- Acontecimientos desencadenantes
- Viudez reciente

Módulo 4: Salud, Epidemiología y Envejecimiento

- Problemas socioeconómicos
- Hospitalización reciente
- Institucionalización.

La versión reducida de la escala de Yesavage es la recomendada por la British Geriatrics Society, para la evaluación de depresión en adultos mayores.

¿Cuál es su utilidad?

- Rastreo y detección de depresión
- Evaluación de la severidad de la enfermedad
- Monitoreo del tratamiento.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIATRICA REDUCIDA DE YESAVAGE:

1	¿ESTÁ BÁSICAMENTE SATISFECHO CON SU VIDA?	SI	NO
2	¿HA RENUNCIADO A MUCHAS DE SUS ACTIVIDADES O INTERESES?		
3	¿SIENTE QUE SU VIDA ESTÁ VACÍA?		
4	¿SE SIENTE A MENUDO ABURRIDO?		
5	¿TIENE A MENUDO BUEN ÁNIMO?		
6	¿TIENE MIEDO DE ALGO MALO QUE LE ESTÉ PASANDO?		
7	¿SE SIENTE FELIZ MUCHAS VECES?		
8	¿SE SIENTE A MENUDO ABANDONADO?		
9	¿PREFIERE A QUEDARSE EN CASA QUE SALIR Y HACER COSAS NUEVAS?		
10	¿ENCUENTRA QUE TIENE MAS PROBLEMAS DE MEMORIA QUE EL RESTO DE LA GENTE?		
11	¿PIENSA QUE ES MARAVILLOSO VIVIR?		
12	¿SE SIENTE BASTANTE INUTIL?		
13	¿SE SIENTE LLENO DE ENERGÍA?		
14	¿SIENTE QUE SU SITUACION ES DESESPERADA?		
15	¿CREE QUE MUCHA GENTE ESTÁ MEJOR QUE USTED?		

Respuestas depresivas: NO en 1,5,7,11,13.SI en las restantes

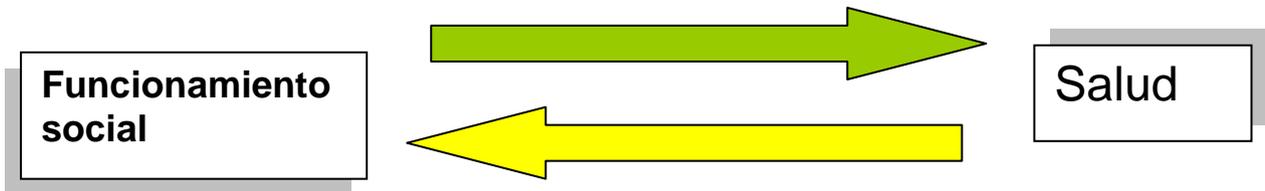
NORMAL: 0-5

DEPRESIÓN PROBABLE: 6 A 9

DEPRESIÓN SEVERA: 10 A 15

VALORACION SOCIAL

La salud y la función social se alteran recíprocamente.



IMPORTANCIA DE LA VALORACION SOCIAL (VS)

La VS permitirá encontrar factores protectores de salud o bien, factores de riesgo que requerirán de vigilancia o de intervención psicosocial.

Permite conocer los recursos con los que cuenta la persona entrevistada.

Su realización periódica permitirá detectar "que algo anda mal".

Permitirá la planificación de intervenciones en personas con criterios de fragilidad para evitar la institucionalización inadecuada.

La historia social cuenta de una parte básica donde se recogen datos específicos con una entrevista libre o dirigida y una parte complementaria con la utilización de escalas de evaluación.

La valoración social exhaustiva es función del trabajador social. Sin embargo si el que realiza la valoración es otro profesional, deberá recoger aquellos factores con repercusión actual o futura en la vida del Adulto Mayor.

En salud de los adultos mayores influyen factores demográficos, socioeconómicos y psicosociales.

EDAD.

Es sabido que la edad conlleva mayor prevalencia de enfermedades crónicas, de igual modo que el deterioro funcional, y aumentan a partir de los 75 años.

SEXO

Si bien las mujeres perciben poco su salud, tienen mayor prevalencia de enfermedades crónicas la mortalidad es menor que en los hombres.

EDUCACION

En nivel educacional más bajo correlaciona con mayor prevalencia de deterioro cognitivo y mayor mortalidad

INTEGRACION SOCIAL

Se entiende por integración social la participación en actividades sociales, clubes, voluntariado, organizaciones, redes sociales. Es un factor protector de salud.

STRESS SOCIAL

Los indicadores de stress social son la situación económica, pérdida de rol social, el sentido de duelo, todos estos relacionados con la salud física y mental.

Podrá incluirse en la Valoración Social la jubilación, la ausencia de empleo, viudez o separación, institucionalización.

APOYO SOCIAL

Los indicadores son presencia de red social y estado civil.

HABILIDADES PARA ENFRENTAR PROBLEMAS

La autoestima y la autosuficiencia y la autonomía en la toma de decisiones correlacionan positivamente con el bienestar del Adulto Mayor.

Además la participación social puede compensar la ausencia de una red.

En la Valoración Social existen dos componentes, uno objetivo relacionado con el número de contactos, de actividades que realiza, etc y otro objetivo que tiene que ver con la percepción de satisfacción del entrevistado.

El desafío más importante es determinar cual es la medición más adecuada para el contexto particular de cada uno.

Además, debido a que el funcionamiento social se modifica en el tiempo la detección del "cambio" es la que dará el alerta para la intervención.

INSTRUMENTOS DE EVALUACION

Escala OARS

Es una herramienta diagnóstica, aporta información acerca de distintas áreas.

Evalúa

- Estructura familiar
- Recursos sociales
- Recursos económicos
- Salud mental
- Salud física
- Capacidades para realizar las AVD

Escala Sociofamiliar de Gijón

Fue creada a fines de los años noventa y valora la situación social, familiar de los AM que viven en su domicilio. Su objetivo es la detección de factores de riesgo para poder realizar la intervención social.

Evalúa

- Situación familiar
- Vivienda
- Relaciones sociales
- Situación económica.

Escala de Filadelfia

Se utiliza para la medición de la calidad de vida. Evalúa.

- Actitud frente al envejecimiento
- La insatisfacción con la soledad
- El objetivo es medir el grado subjetivo de satisfacción del AM. Solo esta limitada su aplicación en personas con trastornos del lenguaje.

Escala de Zarit

Está diseñada para medir el grado de sobrecarga del cuidador de personas con demencia.

Explora:

La repercusión en la salud física, psíquica, actividad social y recursos económicos. De este instrumento existen distintas versiones.

Las escalas las puede encontrar disponibles en:

http://www.medicinainformacion.com/instrumentos_val_mayores_libros.htm

Existen un número importante de herramientas de evaluación social pero se debe recordar que:

Cada país, incluso cada región tiene características y un contexto social diferente. Motivo por el cual el instrumento se debe diseñar de acuerdo a las necesidades específicas, teniendo en cuenta la realidad nacional y local.

BIBLIOGRAFIA

- Kane RA, Bayer AJ. *Assesment of funcional status*. In Pathy mSJ, Ed. Principles and practice of geriatric medicine. 2º edición. Chichester: John Wiley & Sons, 1991
- Tideiksaar, R. *Caídas en ancianos*. 1ª ed. 2005
- Del Quijano T, Peña Casanova. *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona: JR Proas edición: 1994)
- Guillén Llera F, Pérez del Molino J. *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*. Barcelona: Masson;2003.
- Grupo de demencias Siociedad Española de Gritaría y Gerontología. *Demencias en Geriatría*. Madrid: natural ediciones;. 2005
- Kaplan R, Jauregui JR, Rubin RK. *Los Grandes Síndromes Geriátricos*. Libro, editorial "EDIMED", Buenos Aires, Argentina, 2009.

Actividades

El sr. B

Es un paciente de 85 años, que desde hace más de diez años se atiende con el Doctor de la salita de u barrio por su hipertensión arterial. Ingresa al hospital por fractura de cadera , vive en un primer piso, el departamento no tiene ascensor. Comienza su rehabilitación en el hospital y al tiempo es capaz de caminar con andador Realizar todas la AVD excepto el baño, pero requiere ayuda para la mayoría de la AIVD.

- 1- Elabore una lista de preguntas que le haría al paciente, para posteriormente realizar una intervención social
- 2- Coloque en el cuadro las respuestas del Sr. B.

Preguntas	Respuestas

3- Elabore una lista de recursos sociales disponibles en su medio para el Sr. B (si no posee ninguno indique cuál necesitaría.)

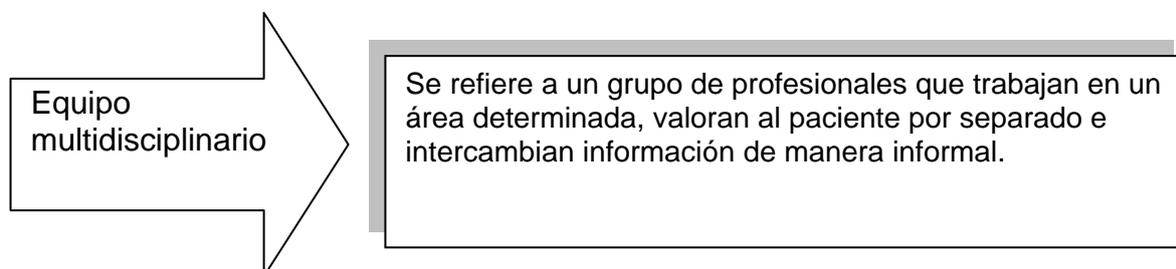
4- elabore un plan de intervención y monitoreo posterior.

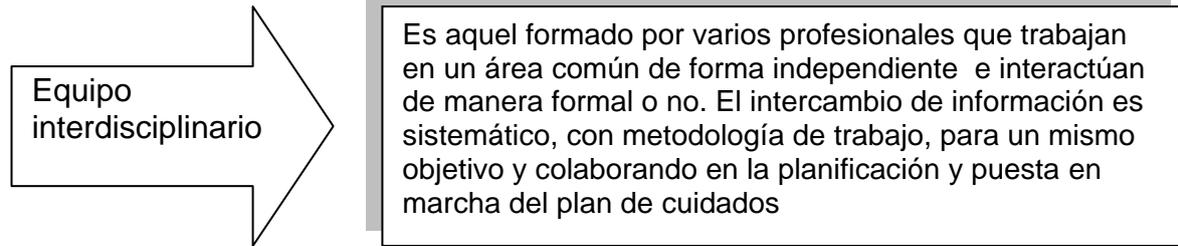
5.6. EQUIPO INTERDISCIPLINAR

Las características particulares del paciente geriátrico en cuanto a la interacción de aspectos clínicos, funcionales, psicológicos y sociales, requiere de conocimientos que no suele alcanzar un solo profesional.

El abordaje interdisciplinario ofrece una atención integral con el fin de mejorar la calidad de vida de l adulto mayor.

Multidisciplinario e interdisciplinario son términos que con frecuencia se utilizan indistintamente sin embargo tiene algunas diferencias.....





Composición del equipo

La composición del equipo dependerá del nivel asistencial. En general esta conformado por un núcleo básico que implica la presencia de medico geriatra o generalista con orientación, enfermera o auxiliar de enfermería con formación especifica y un trabajador social.

Pueden formar parte del equipo: terapeuta ocupacional, kinesiólogo, nutricionista, fisiatra, psicogeriatra, psicólogo, etc.

El buen funcionamiento exige la participación de todos los miembros del mismo y responsabilidad en el cumplimiento de los objetivos. Desde ya debe existir un coordinador que se encargara de delimitar:

- La frecuencia de reuniones de equipo
- Periodicidad y duración de las mismas.
- Delimitar las funciones de cada integrante
- Monitorear *el cumplimiento de los objetivos*
- Establecer las normas de funcionamiento, criterios de valoración inicial
- *Desarrollar el sistema d registro*

En la dinámica del equipo existen varias etapas que deben estar presentes.

- Valoración inicial. Contacto con la familia, valoración por cada profesional independientemente.
- Puesta en común. Elaboración de un listado de problemas y lista de objetivos.
- Plan de tratamiento
- Fase de evaluación. Se evalúa el cumplimiento de los objetivos.

En resumen

El trabajo interdisciplinar es una herramienta de la geriatría que surge en respuesta a la complejidad del abordaje de cada uno de los aspectos que tiene influencia en el modo de enfermar del adulto mayor. se ha demostrado su eficacia frente otros tipos de evaluación. Mejora la funcionalidad, disminuye la institucionalización, acorta la estancia hospitalaria, mejor la calidad de atención y la calidad de vida del adulto mayor.

BIBLIOGRAFÍA

- J.C. Brocklehurst. :*Texbook of geriatric medicine and gerontology*. 6th Edición 2005.
- Grupo de demencias Siociedad Española de Gritaría y Gerontologia. *Demencias en geriatría*. Madrid: natural ediciones; 2005.

Felicitacionesya recorriste mas de la mitad del modulo.... llego la hora del mate



5.7. LOS GIGANTES DE LA GERIATRIA

Los síndromes geriátricos son la forma de presentación de muchas patologías en esta población y requieren de una valoración cuidadosa para determinar su etiología y no considerarlos “típicos” del envejecimiento.

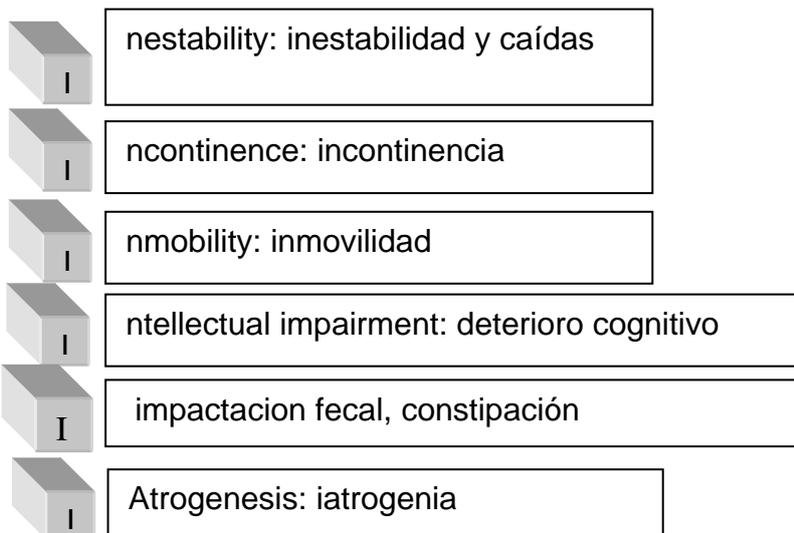
Es necesario considerar que los síndromes geriátricos no constituyen una patología definida y pueden tener graves consecuencias, por lo que es fundamental conocerlos para elaborar estrategias de prevención.

Por considerarse que gran cantidad de personas adultas mayores están afectadas por alguno de estos síndromes han sido denominados por Bernard Isaacs desde 1975 como los “GIGANTES DE LA GERIATRIA”

Ellos plantean una constante amenaza al bienestar y a la felicidad de los ancianos y sus asistentes y a la eficiencia e integridad de los servicios sociales y de salud.

Bernard Isaacs definió a los “Gigantes” de la siguiente manera:

- Inmovilidad: es la incapacidad para desplazarse sin riesgos y sin ayuda humana
- Inestabilidad: es la tendencia a perder el equilibrio y caer.
- Incontinencia: es la pérdida involuntaria de orina y/o heces.
- Deterioro Intelectual: implica la pérdida de las funciones cerebrales en tal grado de severidad, que una vida independiente y segura se torne imposible.
- La presencia de uno o más de estos aumenta el grado de dependencia para las actividades de la vida diaria (definida como la imposibilidad de un sujeto de proveerse de los elementos que cubran sus necesidades básicas de comida, calor, limpieza y seguridad en un nivel aceptable.)
- Kane , en su libro Essentials of clinical geriatrics, los define como problemas geriátricos y permite su memorización mediante la regla mnemotécnica de las “ies” de la geriatría.



Figuran además en la descripción de Kane, mas reciente:

- isolation: depresión/insomnio
- inmune defieciency: inmunodeficiencia

- Impotence: impotencia o alteraciones sexuales.

Los “Gigantes” tienen los siguientes atributos en común:

- Reconocer múltiples causas
- Privar a la víctima de su independencia pueden ser causa de discapacidad funcional, aislamiento social e institucionalización
- Presentan baja letalidad (No comprometen la vida en si mismos)
- Casi nunca responden con rapidez a medidas terapéuticas simples.
- Causan consecuencias mas graves que el síntoma en si.
- Conocerlos es fundamental para realizar una correcta valoración geriátrica integral que permita planificar.

Son estos atributos los que constituyen a los “Gigantes” en un desafío al sistema de asistencia a los adultos mayores.

Hasta aquí hemos descrito cuales son los gigantes y sus características comunes y es la primera parte... a continuación veremos de los cuatro más frecuentes, lo que es necesario saber de ellos...

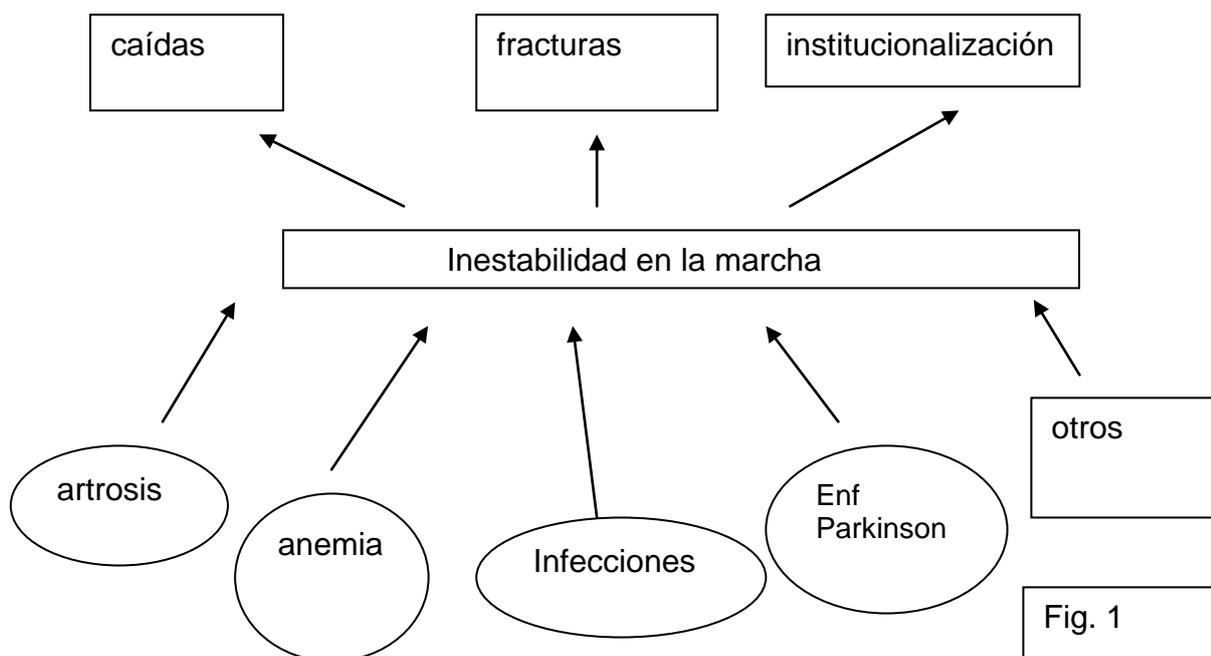
INESTABILIDAD EN LA MARCHA Y CAIDAS:



La OMS define a la caída como la consecuencia de algún acontecimiento que precipita al paciente al suelo involuntariamente.

Con el envejecimiento el deterioro de la marcha aumenta progresivamente, y puede agravarse por la presencia de enfermedades crónicas.

Dentro de los cambios posturales que favorecen la alteración de la marcha se encuentran: la modificación del centro de gravedad, la alteración de la coordinación, los reflejos, el equilibrio y la flexibilidad. La inestabilidad podrá tener consecuencias físicas por la caída, y sociales como el aislamiento, la institucionalización



Forma parte de los gigantes de la geriatría. Como se observa en la (fig1) puede derivar de múltiples causas y tener graves consecuencias. La inestabilidad es un problema frecuente en geriatría y suele pasar inadvertida en atención primaria por varios motivos: no se interroga acerca del síntoma, la persona que la padece suele no consultar, sobre todo cuando no ha tenido consecuencias, y por que generalmente la atribuyen al envejecimiento. Sin embargo, es una de las principales causas de deterioro funcional, discapacidad y predictor de mortalidad, factor de fragilidad y riesgo de institucionalización

Epidemiología.

El riesgo de caer aumenta con la edad.

Los mayores de 65 años-----	30%	} han sufrido una caída al menos 1 al año.
Los mayores de 75 años-----	35%	
Los mayores de 80 años-----	80%	

Recordemos que

La caída es un factor de riesgo para nuevas caídas.



- Casi dos tercios de las personas que han sufrido una caída tendrán un nuevo evento en los próximos 6 meses.
- El antecedente de caídas es predictor de fractura de cadera.
- La mayoría de las personas caen en su casa, más de noche.
- Los lugares más frecuentes son el baño, la habitación, la cocina. También son frecuentes en instituciones.
- En las escaleras se producen el 10% de las caídas, mas en descenso, mas en los últimos escalones, motivo por el cual además de barandas debe existir marcadores del último escalón.

ANTE UNA CAIDA NO SE DEBE SER INDIFERENTE, AUN EN AUSENCIA DE CONSECUENCIAS GRAVES.

Se debe tener en cuenta que una caída puede ser la primera manifestación de enfermedad.

Ante una caída...

- Intentar Identificar la causa
- Evaluar las consecuencias
- Evaluar las circunstancias dentro de las que se ha producido

Realizar una valoración exhaustiva del adulto mayor en búsqueda de los factores de riesgo tanto intrínsecos como extrínsecos, y las consecuencias de la caída. Luego, elaborar un plan de tratamiento y prevención de complicaciones y nuevos eventos.

Causas

La caída generalmente el resultado de factores intrínsecos del individuo (artrosis, inestabilidad en la marcha), factores ambientales (iluminación) y factores extrínsecos (desniveles en el suelo, obstáculos) y otros relacionados con la actividad que estaba realizando al precipitarse al suelo).

Módulo 4: Salud, Epidemiología y Envejecimiento

A pesar de ser los intrínsecos los factores de riesgo más importantes es en los extrínsecos o ambientales donde los profesionales podremos tener la máxima intervención para prevenir caídas.

fi	Factores intrínsecos		factores extrínsecos
	alteraciones		
sio	sensoriales	:déficit visuales	d suelos irregular
lo			o suelo resbaladizo
gi	músculo esqueléticas	:articulares, musculares	m Desniveles
	alteraciones		
cos	vestibulares	:alteración en el equilibrio	i Alfombras
			c Escaleras
			cables. Obstáculos. Muebles con
p	cardiovasculares	:hipotensión ortostática	i ruedas
		:Hipersensibilidad del seno	
a		carotideo	l camas altas
	enfermedades		
t	degenerativas	: artrosis	i ausencia de barras en las duchas
			altura inadecuada de muebles de
o	alteraciones del pie	:hallux valgus	o baño
l		:dedos en garra.	calzado inadecuado
o		:deformidades en general	iluminación inadecuada
		:circulatorios	
g		neuroológicos	escalera sin pasamanos
	enf sistema nervioso	cualquier	patología
i	central	neuroológica	peldaños muy altos y sin descanso
c			
		las infecciones agudas	
		pueden predisponer a	
o	Infecciones:	caídas	c veredas estrechas
s		:	a Irregulares
	fármacos	:benzodiazepinas	l pavimento alterado
	4 o + aumentan el	antihipertensivos,	
	riesgo	diuréticos	l bancos con altura inadecuada
		antidepresivos	e escalera altas en buses
			s

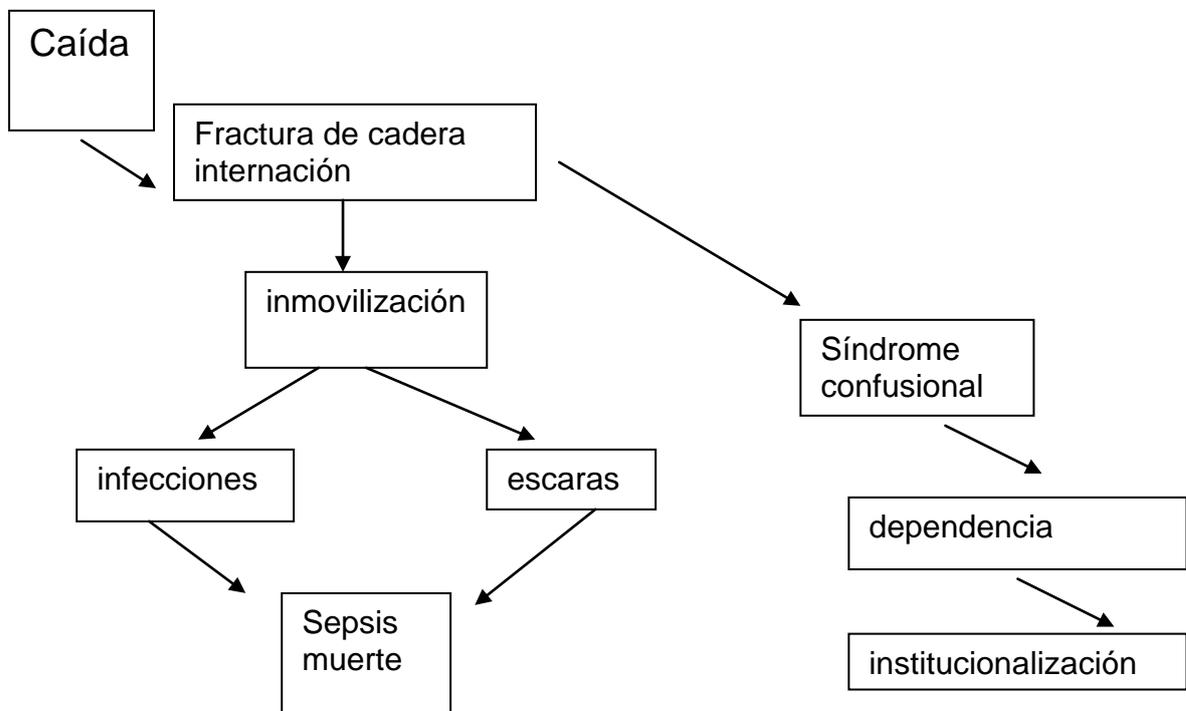
Consecuencias

Las caídas pueden ocasionar graves consecuencias entre ellas, fracturas, traumatismos, discapacidad, si posteriormente la misma permanecen largos periodos en el suelo puede sufrir de hipotermia, trombosis, o deshidratación sobre todo aquellas personas que viven solas.

Algunas cifras:

Si bien el 1% de las caídas ocasionan fracturas, el 90% de las fracturas de cadera se deben a caídas. Son mas frecuentes en las mujeres.

Una caída puede desencadenar una “Cascada de complicaciones” Figura 2



En el diagrama anterior se observan consecuencias físicas y sociales, pero también puede haber consecuencias psicológicas y económicas.

Psicológicas:

El miedo a caerse o “síndrome post caída “es una de la mayores consecuencias. A veces agravado por una familia sobre protectora, otras veces es consecuencia del mal manejo de dolor, el miedo determina la perdida progresiva de movilidad, perdida de autonomía, mayor dependencia lo cual puede llevar a la institucionalización que podría haber sido evitada con un correcto abordaje integral.

Consecuencias socioeconómicas

Los adultos mayores que han sufrido una caída o más, consultan más veces. Tienen con frecuencia mayor necesidad de cuidadores, formales o informales, y aumenta el índice de institucionalización.

La inestabilidad en la marcha y las caídas forman parte del síndrome geriátrico del que mas se conocen los factores de riesgo y por este motivo en el que mas se puede intervenir.

Objetivos de la prevención.

- Prevenir consecuencias
- Alcanzar la máxima movilidad
- Reducir el riesgo de caídas
- Disminuir la morbilidad
- Disminuir la mortalidad

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LOS ANCIANOS

Un estudio revela que la intervención más eficaz para evitar las caídas de ancianos en su domicilio consiste en combinar algo de ejercicio físico para mejorar el equilibrio, tratamiento de los problemas de visión y eliminación de obstáculos en la vivienda. Si se comparan los resultados de las tres medidas por separado, la más efectiva es el ejercicio físico.

Day L, Fildes B, Gordon I, Fitzharris M, Flamer H, Lord S. Randomised factorial trial of falls prevention among older people living in their own homes. *BMJ* 2002 Jul 20;325(7356):128

Prevención primaria

Se realiza antes de que haya ocurrido un episodio.

- Educación para la salud:
- Informar los beneficios del ejercicio físico
- Recomendar el control de órganos sensitivos (visión y audición)
- Utilización de bastones, andadores, silla de ruedas si fuera necesario.
- Evaluación de la vivienda y actuación social si fuera necesario
- Detección precoz de factores predisponentes.

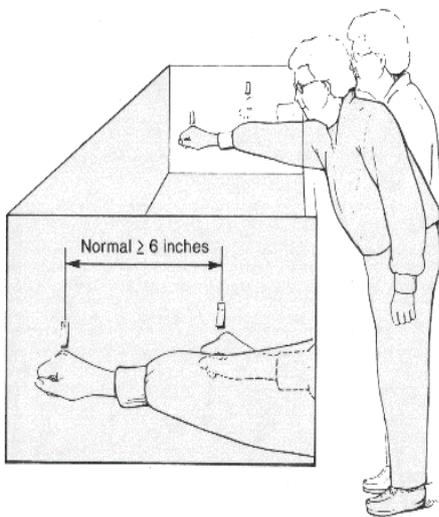
Hay algunas pruebas sencillas para detectar alteraciones en la marcha y riesgo de caídas

Timed get up & go: (Levántate y anda)

Solicitar al paciente que se levante de una silla sin apoyabrazos, camine tres metros y regrese.

Si lo realiza en menos de 10 segundos es normal, entre 10 y 20seg ancianos frágiles, mas de 20 segundos alto riesgo.

Timed get up & go, o alcance funcional) (figura3)



Alcance funcional: es una prueba sencilla que se realiza a aquellos con deterioro funcional importante: de pie con base de sustentación fija se le solicita que extienda un brazo hacia delante. Y se mide la distancia alcanzada que si es menor a 10cm, se considera de alto riesgo

Prevención secundaria

Para prevenir nuevas caídas se debe actuar sobre las causas detectadas luego de una valoración exhaustiva.

Prevención terciaria

Son las medidas destinadas a disminuir las secuelas. Y favorecer la recuperación funcional y prevenir la dependencia y evitar la institucionalización. Básicamente estas medidas se relacionan con la rehabilitación.

BIBLIOGRAFÍA

- Carey BJ, Potter JF, *Causes of falls*. Age Aging 2001;30:419-24
- Day L, Fildes B, Gordon I, Fitzharris M, Flamer H, Lord S. *Randomised factorial trial of falls prevention among older people living in their own homes*. BMJ 2002 Jul 20;325(7356):128

- Guillén Llera, F Pérez del Molino Martín, J.. *Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico*. 1ª ed. 2003.
- Mary E. Tinetti, M.D., and Christianna S. Williams, M.P.H Falls, *Injuries Due to Falls, and the Risk of Admission to a Nursing Home*. N Engl J med 1997. Oct 30,; 337:1279-1284
- Tine HI MI. Speechley M, Giner SF, "Risc for falls among elderly persons living in comunity". N. Engl J Med 1988;319:1701-7.
- Kaplan R, Jauregui JR, Rubin RK. *Los Grandes Síndromes Geriátricos*. Libro, editorial "EDIMED", Buenos Aires, Argentina, 2009.

Resumen

La inestabilidad en la marcha conjuntamente con las caídas forman parte de los Gigantes de la Geriatria y pueden tener consecuencias físicas, psicología y socioeconómicas. Los menores de 75 años generalmente se caen por tropiezos o resbalones (barreras arquitectónicas) para lo cual se debe realizar la evaluación del riesgo ambiental. Las caídas por factores intrínsecos son mas frecuentes en los mayores de 75 años (hipoglucemia, hipotensión ortostática, déficit visuales, disminución de la movilidad). El adecuado control clínico, la nutrición adecuada, la gimnasia dirigida o la rehabilitación de la marcha y el tratamiento de las causas probables constituyen la base de la solución del problema.

Actividades:

¿Cuál es la importancia de la valoración geriátrica integral en las caídas?

.....
.....

¿La valoración geriátrica integral es un saber específico del Geriatra?

.....
.....

Maria, una señora de 87 años autoválida que se atendió toda su vida en el Centro de Salud cercano a su domicilio por su diabetes, concurría periódicamente a su médico en busca de sus recetas y de las órdenes para laboratorio. Generalmente para no hacerla esperar se las entregaba la administrativa de la salita que la conocía desde chiquita y de igual manera esta situación se repetía desde hace años, solo era atendida por el facultativo cuando presentaba algún cuadro agudo gripal. María camina con bastón por que sufre de artrosis de rodilla

(gonartrosis), se despierta de noche y enciende un velador de luz tenue de su mesita de luz, al salir de la habitación en búsqueda de un vaso de agua resbala con la alfombrita colocada en la puerta y cae.

Describe:

1. Factores intrínsecos que pudieron ser causa de su caída.....

.....
.....

2. Los factores extrínsecos:.....

.....
.....

3. ¿Cuáles son las prácticas preventivas que pondría en práctica?.....

.....
.....

4. ¿Qué situaciones desde el Sistema de Atención de Salud deberían haber sido las correctas?.....

.....
.....

INCONTINENCIA URINARIA

Si bien existen una serie de cambios fisiológicos del envejecimiento que pueden favorecerla.

Recordar que:

La incontinencia urinaria no es un fenómeno normal del envejecimiento.

Siempre la presencia de incontinencia urinaria evidencia una disfunción.

Para que exista continencia urinaria debe haber

- Almacenamiento adecuado en la vejiga

- Vaciamiento adecuado
- Capacidad cognitiva para percibir el reflejo miccional
- Movilidad adecuada para la utilización del sanitario
- Ausencia de barreras arquitectónicas.

Definición

Se define incontinencia urinaria a cualquier escape involuntario y objetivable de orina.

Forma parte de los grandes síndromes de la geriatría, así que recordando algunas de los atributos comunes de estos, puede deberse a múltiples causas y generar graves consecuencias. Fig3.

En el anciano, la incontinencia genera importantes repercusiones en la esfera médica afectiva, social y económica (figura), por ello es fundamental la detección de casos mediante un interrogatorio dirigido y la valoración correcta del paciente para realizar un diagnóstico correcto que permita adoptar las medidas terapéuticas adecuadas a cada caso, reservando el uso de pañales para aquellos pacientes de mayor edad, con patología neurológica incapacitante o si han fracasado las demás medidas

Consecuencias	De la incontinencia urinaria
medicas	{ lesiones cutáneas, ulceras por presión infecciones del tracto
sociales	{ urinario aislamiento institucionalización mayor requerimiento de recursos
psicológicas	{ sociofamiliares alteración de animo depresión ansiedad aislamiento
económicas	{ aumenta el costo de medidas diagnosticas y de tratamiento

Figura3

Sin embargo, la severidad de las consecuencias dependerá del tipo de incontinencia, edad del paciente, factores culturales, familiares, y la situación funcional previa.

Epidemiología

De forma general se considera que entre el 10 y 15% de los adultos mayores que viven en comunidad, entre un 30 a 40% de los pacientes hospitalizados y casi entre el 50 y 60% de pacientes institucionalizados sufren de algún tipo de incontinencia.

Si bien la alta prevalencia se atribuye a factores como la pluripatología y al deterioro funcional, la polifarmacia desempeña un papel importante en la pérdida de continencia urinaria por distintos mecanismos.

Algunos ejemplos:

Fármacos (algunos ejemplos)	Mecanismo implicado
Diuréticos (furosemida)	Poliuria(> volumen urinario), urgencia miccional
Hipnóticos (zolpidem)	Sedición, inmovilidad, delirio
Antipsicóticos (halopidol)	Sedición, parkinsonismo, inmovilidad
Antidepresivos	Sedición, acción anticolinérgica
Anticolinérgicos y opiáceos (morfina)	Retención urinaria, constipación, delirio
Calcioantagonistas (diltiazem)	Retención urinaria

Tipos de incontinencia:

- **Incontinencia Urinaria de urgencia: (IUU):** es la más frecuente en los AM (65% se llama IUU a aquella que va precedida de la necesidad imperiosa de orinar.
- **Incontinencia urinaria de esfuerzo: (IUE):** se llama IUE a aquella que aparece como consecuencia de maniobras que aumentan la presión intraabdominal. (por ejemplo la tos, la risa, estornudos, etc.
- **Incontinencia sin percepción.:** es aquella que se produce de manera inconsciente.

Otra forma de clasificación es de acuerdo a la duración de la incontinencia:

Así, los tipos de incontinencia se dividirán en:

Transitorias

Se llaman transitorias aquellas incontinencias cuya duración es menor a 4 semanas. Se incluyen aquí las funcionales o sin causa orgánica o estructural que la justifique. En estos casos, mediante un interrogatorio correcto, el examen físico y los estudios complementarios si hacen falta, se podrá identificar la causa e instaurar el tratamiento correspondiente.

Una regla mnemotécnica para memorizar las causas de incontinencia transitorias en la literatura anglosajona. Diappers (en español, quiere decir pañales).

D: Delirium, caracterizados por estados de confusión que pueden resultar por fallo cardiaco congestivo, trombosis venosa profunda, inclusive infecciones.

I: Infecciones urinarias pueden ser causa de incontinencia.

A: Atrofia vaginal (vaginitis atrófica) es una fuente frecuente de síntomas urinarios en los pacientes geriátricos

P: Polifarmacia. Existen diversos productos farmacológicos que están implicados en la incontinencia urinaria del anciano, entre los que se encuentran los diuréticos , hipnóticos, opiáceos, antihistamínicos, antidepresivos, antiparkinsonianos y los bloqueadores de calcio que están directamente asociados con estreñimiento y retención de orina.

P: Psiquiátricos y psicológicas. Trastornos como la ansiedad y la depresión, conducen a este tipo de pacientes a cuadros de fugas miccionales.

E: Endocrinopatías. Y el exceso de ingesta de líquidos en pacientes mayores, asociados con falta de movilidad, trastornos psico-motores, pueden conducir a inestabilidad y fuga. El exceso de diuresis contribuye a producir la incontinencia si ésta se asocia a nicturia.(aumento de volumen urinario durante la noche)

R: Restricción de la movilidad por problemas osteomusculares, induce a falta de control miccional y fuga.

S: Impactación fecal puede estar relacionada con la incontinencia en pacientes mayores en un 10% de los casos.

o **Drip:**

D: Delirium, drogas, fármacos

R: Retención urinaria, restricción física

I: Infecciones, impactación fecal, inmovilidad

P:Poliuria, polifarmacia

Incontinencia establecida

La constituyen un grupo de procesos etiopatogénicos, con alteraciones estructurales, localizadas en el tracto urinario o no. Este tipo de IO suelen tener una duración mayor a cuatro semanas. Se repite a lo largo del tiempo y con iguales características. Generalmente las causas son más difíciles de solucionar y requieren de un estudio mas profundo.

Los distintos mecanismos implicados en este tipo de incontinencia son:

1) **La hiperactividad vesical.**

Es el mecanismo más común. Se produce por contracciones involuntarias del detrusor (músculo de la pared vesical), debido a la perdida de control inhibitorio del sistema nervioso central.

Generalmente se debe a patología neurológica: Parkinson, demencia, hidrocefalia, tumores. Puede deberse también a patología vesical, litiasis (cálculos vesicales, neoplasia (tumores) o infecciones. O por obstrucción a nivel del tracto urinario inferior. Estenosis uretral (se llama así a la estrechez uretral) o patología prostática.

Clínicamente puede aparecer como incontinencia urinaria de urgencia.

2) El segundo mecanismo implicado es **el stress**, mas frecuente en mujeres: relacionado generalmente con la debilidad del piso pelviano que puede observarse en mujeres multíparas (muchos partos), personas obesas, por atrofia urogenital por falta de estrógenos .Y relacionada también con cirugía pélvica previa (ginecológica o prostática) Clínicamente se manifiesta como una incontinencia urinaria de esfuerzo, manifiesta cuando la presión abdominal supera la presión uretral. (por ejemplo tos, esfuerzos, risa)

3) El tercer mecanismo es **el de rebosamiento**: este puede ocurrir por dos mecanismos. La obstrucción del tracto urinario inferior, y la alteración en la contractilidad de la vejiga que puede darse en lesiones medulares, neuropatía periférica diabética o por alcoholismo)

Se presenta clínicamente como sensación de micción incompleta (sensación de vejiga llena luego de orinar)

4) **Funcional:** se denomina así cuando se debe a barreras ambientales, físicas, o de motivación o factores médicos. Por ejemplo: personas que deben permanecer en cama y no poseen los elementos adecuados para orinar, o aquellas con dificultades físicas para levantarse de la cama.

Recordar que:

Con frecuencia los pacientes no consultan por este problema. Muchas veces el médico debe interrogar sobre la existencia de los síntomas.

VALORACION DIAGNOSTICA DE LA INCONTINENCIA

En la incontinencia como en todos los síndromes geriátricos debido a que son multifactoriales es necesaria una valoración multidisciplinaria y en ocasiones recurrir a técnicas complejas para determinar el mecanismo que la produce.

Nuevamente la importancia de la multidisciplinaria en Geriátrica.

Se tendrá en cuenta para elegir el modelo de valoración de acuerdo:

- Características clínicas de cada paciente
- Estatus funcional
- Expectativa de vida.
- Repercusión de la incontinencia en las actividades habituales.

Se consideran dos niveles de evaluación.

1- En Atención Primaria

Historia clínica habitual.

- Historia de antecedentes personales. Como cirugías pelvianas, patología neurológica, antecedentes ginecoobstétricos, patología osteoarticular, diabetes, alcohol, etc.
- Historia farmacológica: diuréticos, hipnóticos, , etc.
- Historia dirigida a determinar el tipo de incontinencia, tiempo evolutivo para lo que es de utilidad el diario miccional.

Figura:

Módulo 4: Salud, Epidemiología y Envejecimiento

- Diario miccional:
- Nombre y apellido:
- Fecha:

horarios	Micción voluntaria	volumen	incontinencia	motivo
6-8hs				
8-10hs				
10-12hs				
12-14hs				
14-16hs				
16-18hs				
18-20hs				
20-22hs				
22-24hs				
noche				

Ingesta de líquidos.....

Observaciones.....

Valoración funcional:

Valoración de la movilidad:

La prueba “get up & go” (levantate y anda) es suficiente y sencilla para esto. Ya fue explicada en el capítulo de inestabilidad y caídas.

Si recurrís a ella, recordarás que se trata de una prueba sencilla, fácil de realizar.

Valoración Mental:

En este nivel de atención es importante también la detección de deterioro cognitivo, (mini-mental Folstein), delirio, depresión (test de Yesavage) o agresividad. Estos, fueron descriptos en la unidad de valoración integral.

Exploración física:

Se realizara una exploración sistemática en busca de alteraciones anatómicas, sistema urogenital, alteraciones neurológicas, trastornos en la marcha.

Estudios complementarios:

Incluyen análisis de sangre, glucosa, función renal, sodio, potasio, y un análisis de orina.

2- Segundo Nivel de Atención (es la derivación al especialista)

Con Criterios de derivación bastante específicos.

- Infecciones urinarias a repetición
- Hematuria sin causa aparente (presencia de sangre en la orina)
- Dificultad para colocar un catéter urinario
- Marcados cambios anatómicos (prolapso, hiperplasia prostática, se llama así al aumento de tamaño de la próstata)
- Falta de respuesta al tratamiento

Tratamiento:

El tratamiento específico de cada tipo de incontinencia escapa a los objetivos de este módulo. Si lo desea puede ampliar los conceptos en la bibliografía general.

Sin embargo, es importante el siguiente concepto:

Determinadas patologías como la demencia en fases avanzadas, la inmovilidad, es necesario plantear claramente los objetivos, debido a que con frecuencia podrá disminuirse la severidad pero no conseguir la curación. Por este motivo es necesario individualizar el esquema terapéutico de acuerdo a cada paciente.

Algunos consejos útiles:

- Evitar el uso de sedantes nocturnos para mantener la sensación de llenado de la vejiga.
- Reducir el consumo de sustancias excitantes (alcohol, café, té).
- Corregir el estreñimiento.
- Mantener actividad física regular.
- Utilizar ropas cómodas y adecuadas (elásticos, cierre con velcros).
- Limitar la ingesta de líquidos a partir de la tarde.
- Eliminar las barreras arquitectónicas.

BIBLIOGRAFÍA:

- Dubeau CE. *The continuum of urinary incontinence in an aging population*. Geriatrics 2002; 57 Supl 1. 12-17

- Adiazola Semino, M., Ortiz Cabria, R., Alonso Villalba, A. *et al.* Fecaloma gigante como causa de incontinencia e inestabilidad vesical femenina: Aportación de un caso. *Actas Urol Esp.* [online]. 2004, vol. 28, no. 7 [citado 10/05/2007], pp. 527-529. Disponible en: <http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062004000700006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0210-4806.
- Verdejo C. Incontinencia urinaria. En: Ribera Casado JM, Cruz Jentoft aJ, editores. *Geriatría en atención primaria*. 3ª edición. Barcelona: Aula Medica; 2002p.267-77.
- Adedokun AO, Wilson MMG. *Urinary incontinente: historical, global and epidemiologic perspectives*. *Clin Geriatr Med* 2004; 20: 399-408.

Resumen

La incontinencia urinaria es un síntoma frecuente en adultos mayores, más aun en mujeres. Puede deberse a múltiples causas y generar consecuencias graves físicas, psicológicas y sociales. Con frecuencia requiere de un abordaje multidisciplinario.

Recordar que No es una alteración normal del envejecimiento. Y para instaurar las medidas diagnosticas y terapéuticas se debe individualizar teniendo en cuenta: las características de cada paciente, el status funcional, la expectativa y la calidad de vida.

Actividades

Marque la /las opciones correctas.

La incontinencia urinaria puede llevar a la institucionalización.

En la incontinencia funcional pueden realizarse intervenciones preventivas desde el área social.

Es importante modificar algunos hábitos como medidas no farmacológicas de tratamiento.

Es fundamental para la detección preguntar sobre la existencia de este síntoma en cualquier nivel que se brinde la atención.

Puede ser causada por la acción de algunos fármacos.

INMOVILIDAD

Como hemos visto a lo largo de esta unidad existen cambios fisiológicos del envejecimiento que hacen que el adulto mayor sea más susceptible a los factores externos.

Estos cambios, se acrecientan en el paciente inmovilizado en el que los sistemas que más se afectan son el sistema musculoesquelético y el cardiovascular. Que además perpetuan el síndrome de inmovilidad., constituyendo un círculo vicioso del que es muy difícil recuperarse, si no se ponen en marcha medidas de prevención.

Definiciones:

La movilidad es un indicador de salud y calidad de vida.

Movilidad: se denomina así a la capacidad para desplazarse en el medio que le permiten al individuo mantener su independencia.

Inmovilidad: es la disminución de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD), debido al deterioro de la función motora.

Deterioro funcional: es la dificultad para desempeñar la AVD (en ausencia de alteración de otros sistemas)

Y llamaremos **síndrome de inmovilidad:** al cuadro clínico general que es condicionado por múltiples factores y que es potencialmente reversible y prevenible con estrategias adecuadas.

El concepto es que....

Si bien el síndrome de inmovilidad se acompaña siempre de deterioro funcional, NO siempre el deterioro funcional lleva a la inmovilidad

La inmovilidad puede deberse a múltiples causas

factores intrínsecos

enfermedades musculoesqueléticas : osteoartrosis, fractura de cadera , artritis, alteraciones en los pies.

Factores intrínsecos

Enfermedades neurológicas: Parkinson, demencia en estadios avanzados, depresión
Enfermedades cardiovasculares: Insuficiencia cardiaca, cardiopatías, enfermedad valvular

Enfermedades respiratorias Enfermedades crónicas.

Enfermedades metabólicas y endocrinológicas Diabetes, hipotiroidismo,

Déficit sensoriales	Alteraciones en la visión y la audición
factores extrínsecos	
Sociales y psicológicas	Ausencia de soporte familiar, familia sobreprotectora, falta de estímulo y motivación
Restricción física	Indicación de contención física
Reposo prolongado	
Fármacos.	Psicofármacos, neurolépticos, diuréticos, antihipertensivos, ansiolíticos
Ambientales	Barreras arquitectónicas, hospitalización

¿Qué debemos saber antes de explorar la movilidad?

Existen algunas contraindicaciones para movilizar un paciente.

- Debilidad muscular extrema: (por ejemplo en estadios avanzados de demencia).
- Alteración severa del equilibrio
- Dolor no controlado
- Ausencia de motivación
- Riesgo de agravar la patología subyacente

Movilización:

Con calzado y vestido habitual, al igual que el uso de dispositivos de ayuda que requiere generalmente para hacer sus tareas. (bastones, andadores), se investigará:

- La capacidad para desplazarse, rotar y moverse en la cama.
- Sedestación (sentarse)
- Capacidad para bipedestación (ponerse de pie) y
- Transferencias: de la cama a la silla, deambulación o traslado dentro de la casa.

Marcha y equilibrio

El equilibrio se podrá valorar una vez que sabemos que puede quedarse de pie: se valora con un pie delante del otro o con ambos pies en paralelo.

También puede utilizarse las pruebas descritas en el capítulo de inestabilidad y caídas.

Concepto:

Forzar la actividad No previene el síndrome de inmovilidad, por el contrario puede, provocar miedos, favorecer patrones incorrectos de movilización, y agravar la depresión en pacientes que carecen de motivación.

¿Es posible prevenir el síndrome de inmovilidad?

Prevención primaria:

La primera medida es mantener el grado de movilidad adecuado.

Recordamos los beneficios de la actividad física:

El ejercicio mejora:

- La movilidad articular
- La fuerza muscular
- El equilibrio
- La coordinación
- La vida social
- El sueño
- Favorece el control de enfermedades metabólicas como la diabetes y enfermedades cardiovasculares

De todas formas debe recordar que : en pacientes con enfermedad subyacente hay que adecuar el tipo y la intensidad de la actividad.

Algunos consejos:

- **En ancianos frágiles, se recomiendan ejercicios aeróbicos de baja intensidad**
- **En hospitalizados si el motivo de ingreso lo permite indicar movilización precoz**
- **En menores de 75 años se recomiendan ejercicio aeróbico recomendar ejercicio de moderada intensidad y de fortalecimiento.**
- **En mayores de 75 años, ejercicios de baja intensidad y de mantenimiento**

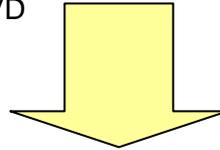
Es aquella que se realiza luego de instalada la inmovilidad. Se requiere la detección precoz.

El síndrome de inmovilidad puede presentarse de forma aguda , es decir rápidamente, o de manera insidiosa, o sea en forma progresiva.

Una vez detectada se deben instalar una serie de medidas para favorecer la movilidad y que permitan mantener la autonomía.

- Eliminar las barreras arquitectónicas
- Estimular la independencia en las AVD
- Adaptar la vivienda.

De forma general se puede requerir:



Puertas amplias y livianas
Pasillos y habitaciones que permitan movilizarse con andador o silla de ruedas si es necesario.
Eliminar obstáculos o poner muebles que sirvan de apoyo en determinados lugares
Barandas en pasillos y baño
Eliminar cables y alfombras del suelo
Iluminación adecuada
Adaptar elementos de higiene personal
Sustituir botones por velcros en la ropa
Suela antideslizante en los zapatos
Adaptar la altura de la cama a la dificultad.

Este nivel de prevención se refiere a las medidas destinadas a prevenir las complicaciones una vez instalado el síndrome de inmovilidad.

Incluye el tratamiento de la rigidez, la atrofia, osteoporosis, las lesiones de piel.

Se inicia la prevención con el control postural, implica alineación del cuerpo para evitar posiciones viciosas o antalgicas (posición definitiva que se toma para evitar el dolor).

Para evitar lesiones en la piel se debe rotar, los cambios posturales deben ser frecuente, programados y hechos en forma regular. Al principio se harán cada dos horas, luego se evalúa individualmente.

Manejo de la inmovilidad

- En primer lugar, luego de ser valorado el problema el plan de actuación debiera incluir:

- El tratamiento de la causa de la inmovilidad
- Rehabilitación que permita la recuperación y evite su progresión
- Evaluación de la vivienda y la realización de adaptaciones dentro de la misma
- Valoración de la necesidad de bastones, andador, silla, etc.

Antes de iniciar un plan de rehabilitación debe asegurarse un buen estado de hidratación y nutrición y buen control del dolor.

Algunos indicadores pronósticos en cuanto las posibilidades de rehabilitación lo dan el uso de algunas escalas como el índice de Barthel (un índice de Barthel mayor a 60/100 se asocia con mejor pronóstico). La dependencia para más de tres AVD se asocia con peor evolución.

Recordar que:

Una vez comenzada debe ser PROGRESIVA

El objetivo fundamental si no puede lograrse la recuperación total es que logre alcanzar la situación basal (situación funcional previa a la aparición del síndrome de inmovilidad). Compensar la pérdida ocasionada por la lesión (por ejemplo, restablecimiento de la movilidad luego de una hemiparesia por un accidente cerebro vascular), y prevenir complicaciones.

Rehabilitación geriátrica incluye:

- Promoción de la salud
- Prevención de la incapacidad tras la pérdida funcional: rehabilitación propiamente dicha)
- Participación comunitaria de la familia y la sociedad para el cuidado del AM)
- Desarrollo de actividades.

En términos generales se busca el alivio del dolor, mejorar la fuerza y la coordinación muscular, mejorar la circulación general, y la actitud postural.

Si la inmovilidad es total:

Asegurarse que este estable clínicamente, sin dolor. La primera intervención son los cambios posturales. Luego la movilización pasiva de las articulaciones, mejorar la circulación general, y la actitud postural.

Rehabilitación progresiva e individualizada

Se propone el siguiente esquema que va a depender de la situación basal, grado de inmovilidad, el pronóstico.

Primer escalón. Ejercicios de movilización en cama: giros hacia los lados y flexión del tronco hacia adelante, las barras a los lados de la cama pueden ser útiles. Si la inmovilidad es total deben realizarse cambios posturales pasivos, como mínimo cada dos horas, asegurando que la postura sea correcta. El segundo paso es ayudar al paciente a sentarse en el borde de la cama periódicamente, aumentando el tiempo de sedestación poco a poco hasta que mantenga el equilibrio sin ayuda al menos media hora 3 veces al día.

Segundo escalón. Se busca la bipedestación (que se ponga de pie) , situado frente a un andador que le sirva de apoyo. Los primeros días es normal que refiera gran inestabilidad, lo cual no debe llevar al abandono del ejercicio. Sino a un ajuste de la duración del mismo. Una vez lograda una movilización básica, se trabajaran las transferencias cama -sillón.

Tercer escalón. Se debe incrementar progresivamente el tiempo que el paciente está sentado fuera de la cama a lo largo del día, comenzando por una hora 2 veces /día. Es importante que mantenga una postura correcta, si es preciso con la ayuda de almohadas.

Cuarto escalón. Se practica la deambulacion diaria, a paso lento y con distancias crecientes, inicialmente con andador y posteriormente con bastón. El objetivo puede ser que a los 2 meses el anciano sea capaz de deambular sin ayuda y realizar en lo posible las AVDs

Quinto escalón. Se fija un programa de mantenimiento, adecuado a la tolerancia física del anciano. Incluye ejercicios respiratorios, flexionar y extender los miembros, practicar levantarse-sentarse, dar paseos cortos...

Resumen:

El síndrome de inmovilidad es un conjunto de signos y síntomas que le impiden al adulto mayor desempeñarse en las AVD en forma independiente. Forma parte de los gigantes de la geriatría, es uno de los síndromes evitables y previsibles con estrategias adecuadas.

Una vez establecida la inmovilidad e tratamiento debe ser escalonado y multidisciplinar, con un plan individualizado cuyo tratamiento final dependerá de la causa, del estado funcional previo del paciente y de los recursos disponibles.

Bibliografía:

- Duncan P, studens s, de Lateur B. *Rehabilitación*. En: Geriatrics review Syllabus. 5° edicion american Society Trenes, SL, 2003 p 53-62
- Gracia Arilla e, Fernandez E. *Deterioro funcional*. En: *Programa de formación geriátrica*. Atención Primaria. Madrid. Ed Edimsa; 2005

Actividades

Volvamos a la ejemplo de María. Luego de su caída si bien no tuvo fracturas tenía mucho miedo a caerse y el dolor en su rodilla aumento. Una vecina iba a diario a su casa para hacerle las compras y ayudarla en los quehaceres domésticos. Su vecina tuvo que viajar por trabajo y le dijo que haga reposo que igualmente ella se había ocupado de todo y en una semana estaría de regreso.

A su regreso Maria prácticamente no podía levantarse de la cama.

¿Qué factores generaron la inmovilidad?

.....
.....

¿Podría haberse evitado? Justifique su respuesta.

.....
.....

¿Si ud. fuera el coordinador de este caso enumere tres intervenciones que haría desde u área?

.....
.....

POLIFARMACIA

En la población de adultos mayores existe una alta prevalencia de consumo de fármacos que se suma a la pluripatología.

Algunas características farmacocinéticas y farmacodinámicas de esta población aumentan la frecuencia de aparición de reacciones adversas e interacciones medicamentosas. Al riesgo de iatrogenia se suman las dificultades para el cumplimiento de tratamiento

Según la OMS: se considera polifarmacia al consumo más de 3 medicamentos simultáneamente.

Algunas cifras....

- Entre el 65 a 94% de los ancianos consume algún tipo de fármaco.
- Las reacciones secundarias a fármacos ocurren en el 25% de las personas mayores de 80 años. De estas el 20% son graves.
- De los ingresos a un hospital el 3 al 10% se deben a reacciones secundarias a fármacos, y un tercio de ellos son ancianos.

Algunos conceptos:

¿Qué es la iatrogenia en Geriatría?

La iatrogenia en el paciente geriátrico abarca cualquier efecto negativo o perjudicial derivado de una intervención médica. Incluye desde el deterioro funcional y la inmovilidad derivada de la hospitalización, hasta los efectos perjudiciales de procedimientos diagnósticos o reacciones adversas indeseables de fármacos, entre otros.

Es sumamente frecuente en geriatría, y debe ser considerada siempre en la toma de decisiones médicas en adultos mayores. Su importancia es la traducción de la menor adaptabilidad a situaciones de estrés y se considera un verdadero síndrome geriátrico. Los cambios fisiológicos del envejecimiento alteran la distribución, metabolismo y excreción de fármacos. Relacionado con lo que se denomina farmacocinética.

Desde la ingesta ya pueden presentarse problemas. La disminución de la saliva, alteraciones en el peristaltismo del esófago pueden ocasionar que el fármaco se adhiera a la mucosa causándole una lesión local. El pH del estómago de los adultos mayores es menos ácido por lo que la absorción de los medicamentos puede verse alterada en algunos casos.

El efecto final del fármaco puede estar influenciado por modificaciones en la absorción, la distribución, el metabolismo o la eliminación.

Farmacodinámica

Se refiere al efecto de las drogas y las transformaciones que sufren en el organismo. Los

efectos de los medicamentos también reciben influencia de la sensibilidad o densidad de sus receptores. Por ejemplo, los adultos mayores son más susceptibles a los efectos sedantes de las benzodiazepinas; y a los anticoagulantes como warfarina.

En resumen...

Con el envejecimiento se producen una serie de cambios en el organismo que influyen a la hora del procesamiento, metabolismo, eliminación o sensibilidad al efecto de numerosos fármacos, lo que hace a los ancianos enfermos especialmente sensibles de sufrir efectos adversos.

Algunos fármacos pueden tener su absorción retardada en el tubo digestivo. En otras ocasiones la diferente composición corporal del anciano hace que su distribución en el organismo sea diferente, variando las cantidades necesarias de diferentes sustancias para alcanzar su efecto. Un menor funcionamiento a nivel hepático o renal puede hacer que algunos medicamentos tengan dificultades en su metabolización o eliminación, aumentando su disponibilidad y su toxicidad. Por último, una diferente sensibilidad a su efecto puede provocar respuestas alteradas a los mismos.

En esta unidad se hará hincapié en los aspectos más relevantes para la prevención de las complicaciones por el mal uso de fármacos en adultos mayores.

Llamaremos reacción adversa al medicamento (RAM) a: aquel efecto perjudicial provocado por un fármaco administrado a dosis habituales que hace que deba suspenderse o que su utilización posterior suponga un riesgo inusualmente alto. La FDA agrega: "cualquier evento negativo asociado a un fármaco en su uso normal, abuso o retirada".

- Las reacciones adversas a fármacos son la forma más frecuente de iatrogenia.
- Los fármacos son responsables del 50% de las complicaciones de la hospitalización.

La incidencia de RAM aumenta exponencialmente con el número de fármacos:

04% de RAM	con 5 fármacos
10% de RAM	con 6 a 10 fármacos
28% de RAM	con 11 a 15 fármacos

Existen distintos tipos de RAM:

Tipo A o intrínseca: consecuencia de una acción exagerada pero previsible del fármaco., son dosis dependientes. Ejemplo es la sobre sedación por un psicofármaco, o la hipoglucemia por insulina.

Tipo B o aberrante: son por hipersensibilidad no dependen de la dosis, poco predecibles, menos frecuentes, pero graves. Se producen por un mecanismo inmunológico poco conocido. (se llama “por idiosincrasia”)

Tipo C, debidas a tratamientos prolongados: como la aparición de la tolerancia a ciertos fármacos. Ejemplo nefropatía (enfermedad renal por antiinflamatorios)

Tipo D, son los efectos retardados a algunos fármacos como puede ser el potencial carcinogénico de algunos fármacos.

Características de las RAM

- Son muy frecuentes tanto en el medio hospitalario como a nivel ambulatorio
Constituyen un motivo frecuente de consulta a los servicios de urgencias
- En ocasiones, son la causa de ingreso hospitalario.
- En el adulto mayor se pueden manifestar de forma diferente que en los jóvenes. Estos efectos indeseables, según los medicamentos implicados, pueden ser causa de una incontinencia urinaria o una retención de orina, cuadros de confusión o inquietud, caídas, rigidez por extrapiramidalismo, estreñimiento, depresión, alteración del patrón del sueño, etc.

¿Cuáles son los factores de riesgo para sufrir RAM de esta población?

- Edad avanzada,
- los cambios fisiológicos que alteran el metabolismo de ciertos fármacos los hace mas susceptibles de sufrir RAM, debido a que alcanzan niveles mas elevados en la sangre.
- Polifarmacia. número elevado de fármacos, mayores dosis y tratamientos prolongados, reacciones adversas previas,
- enfermedades subyacentes,
- valoración clínica inadecuada,
- mal cumplimiento terapéutico (apego terapéutico), automedicación,
- estado nutricional alterado,
- alteraciones en farmacocinética y farmacodinamia: un tercio de las RAM son dependientes de la dosis.

Son causa de incumplimiento: el deterioro cognitivo, dificultad para abrir los envases y/o para entender las instrucciones, bajo nivel socioeducativo y económico, aislamiento social, actitud negativa propia, o del familiar.

A veces, es difícil precisar la relación causal fármaco-RAM. Sin embargo, las siguientes preguntas pueden ser orientativas:

- ¿Existe relación temporal entre la administración del fármaco y la aparición de la posible RAM?
- ¿La clínica puede justificarse por efecto del fármaco más que por una patología preexistente?
- ¿Desaparece el efecto luego de la supresión del fármaco en cuestión?
- ¿Reaparece el efecto al reiniciar tratamiento?
- ¿Cuanto tiempo hace que recibe el fármaco bajo sospecha?...Si hace tiempo que lo recibe aleja la posibilidad de que sea una RAM.

Una historia clínica detallada y el examen físico colaboran en el diagnóstico de RAM.

Algunas de las reacciones adversas asociadas a fármacos son:

- Intoxicaciones digitálicas. (digoxina)
- Tos por IECAs (enalapril)
- Hemorragia digestiva por AINEs (aspirina, diclofenac, etc)
- Hemorragia digestiva por anticoagulantes (acenocumarol, warfarina)
- Hipotensión por diuréticos. (furosemida, hidroclorotiazida, etc)
- Retención urinaria por anticolinérgicos (difenhidramina, oxibutinina, biperideno)
- Hipertiroidismo secundario a amiodarona
- Broncoespasmo por beta-bloqueantes (atenolol)
- Parkinsonismo secundario a neurolepticos (halopidol, risperidona)
- Síndrome confusional asociado a opiáceos (codeína), benzodiazepinas, diuréticos, psicofármacos, anticolinérgicos y otros .

Interacciones medicamentosas (IM)

Este es otro de los temas fundamentales son la interacciones medicamentosas IM.

Hablamos de IM cuando el uso de un fármaco aumenta o reduce la intensidad de acción de otro fármaco administrado simultáneamente.

Lo anterior puede derivar en:

- Fracaso terapéutico
- Intoxicación medicamentosa
- Mayores efectos adversos

El capítulo de interacciones medicamentosas es sumamente extenso. Puede ampliar este tema en:

Laredo L.M, Vargas E, y Moreno A. *Utilización de fármacos en geriatría*. En: Velazquez. *Farmacología Básica y Clínica*. 17ª edición. Editorial Médica Panamericana S.A. 2005, p.1115-1119.

Lo más importante es que: *La polifarmacia puede traer consecuencias físicas, económicas y sociales.*

La lista siguiente corresponde algunos de los fármacos no recomendados en adultos mayores. : cornelis S. van der Hoof, geert W., jeanne P,Dieleman, inappropriate drug prescribing in older adults: te update 2002 Beers criteria- a population –based cohort study. Br. J. of Clinical pharmacol, 60:2, 137-144 2005.

Fármacos no recomendados en adultos mayores

Indometacina , piroxicam	antinflamatorios
Diazepan, flunitrazepan	Benzodiazepinas de vida media larga
Alfa metil dopa	antihipertensivo
Amitriptilina	antidepresivo
Carisoprostol	miorrelajante
Otros	

Además gran cantidad de fármacos se asocian a síndromes geriátricos algunos ejemplos....

Incontinencia urinaria.....

diuréticos,
laxantes

Caídas- inestabilidad.....

hipoglucemiantes,
antihipertensivos,
antiarrítmicos,
psicofármacos,
sedantes

Síndrome Confusional/Deterioro cognitivo.....

benzodiazepinas,
neurolepticos, sedantes,
anticolinérgicos
betabloqueantes

Depresión

En resumen....

Los adultos mayores son generalmente susceptibles de sufrir iatrogenia a expensas de RAM, agravado por la presencia de pluripatología y la polifarmacia .riesgo de RAM, interacciones medicamentosas. En geriatría influyen además aspectos socioeconómicos y psicológicos.

Recomendaciones generales

- Evitar la automedicación
- Consultar con el medico general o geriatra antes de instaurar un nuevo medicamento
- Pautar el menor numero de fármacos necesarios
- Comenzar tratamientos con la dosis mas baja y aumentar progresivamente, monitoreando la presencia de efectos secundarios.
- Revisar periódicamente los tratamientos de larga duración y eliminar aquellos que hayan perdido la indicación.
- Simplificar los tratamientos al máximo.
- Las Instrucciones deben ser claras y por escrito.
- Conocer las interacciones medicamentosas
- Priorizar las medidas no farmacológicas siempre que sea posible
- **EVITAR LA POLIFARMACIA!!!!!!**

BIBLIOGRAFÍA:

- Blanca de la Nogal Fernández, Carmen Martínez Díaz, Virginia del Río Polo, Ana Gil Martín, Beatriz Cuevas Ruiz ENFOQUE GLOBAL DE LA FARMACOTERAPIA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO Rev Electron Biomed / Electron J Biomed 2006;3:29-38
- Kaplan R, Jauregui JR, Rubin RK. Los Grandes Síndromes Geriátricos. Libro, editorial "EDIMED", Buenos Aires, Argentina, 2009.

Actividades

La Sra. Maria de 80 años, concurre al centro de salud por que luego de una caída comenzó con dolor en la rodilla. María, la semana previa al traumatismo, estuvo en la guardia por que tenia la presión alta, y al medicamento que tomaba desde hacia un año (cada 12 hs) le sumaron un diurético (antihipertensivo) que toma desde ese momento cada 12hs como le habían indicado.

Por el dolor en la rodilla le indican un antiinflamatorio 1 comprimido cada 8 hs. Luego de 48hs de cumplir al pie de la letra el tratamiento comenzó con acidez “ardor en el estómago y nauseas”. Una vecina de Maria le dijo que tomara el antiácido de la propaganda de la tele un comprimido por día, “que a ella le hizo bárbaro” y si tenía nauseas el Reliveran sublingual (debajo de la lengua) era genial y que lo toma antes de cada comida.

Entonces María toma ahora 11 comprimidos por día.

- ¿Cuántos medicamentos toma María?
- ¿Es polifarmacia?
- ¿Qué riesgos tienen la polifarmacia?
- ¿Podría haberse evitado?Justifique su respuesta
- ¿Qué síndromes geriátricos aparecen en este caso?

SINDROME DEMENCIAL

El deterioro cognitivo y la demencia constituyen uno de los problemas más importantes en salud pública de los países desarrollados. Este capítulo fue abordado en el módulo de Ricardo Iacub, por lo tanto solo se hará una aproximación al tema.

DETERIORO COGNITIVO NO ES SINONIMO DE DEMENCIA

Para ser considerado un síndrome demencial debe cumplir algunos criterios como:

- Mantener un nivel de conciencia adecuado
- Ser adquirido y persistente en el tiempo
- Afectar varias funciones superiores
- y...Tener repercusión en el funcionamiento laboral, personal y social.

El DSM IV de Psiquiatría propone los siguientes criterios de demencia:

- **Alteración de la memoria:** alteración en la capacidad de aprender información nueva o recordar información aprendida previamente.
- **Presencia de alteración de una o mas de las siguientes funciones:** afasia, apraxia, agnosia, alteración de funciones ejecutivas (pensamiento abstracto, planificación, iniciación o monitoreo de un pensamiento complejo)
- Las alteraciones anteriores deben ser de suficiente intensidad como para afectar significativamente el desempeño laboral o social.

La clasificación de los distintos tipos de demencia fue abordado por el LIC. Ricardo Iacub en módulos anteriores, por lo que centraremos esta unidad en el abordaje diagnóstico.

DIAGNOSTICO

La detección de deterioro cognitivo debe ser un hecho habitual de la practica diaria.

Se basa en:

- La historia clínica
- Examen físico
- Evaluación neuropsicológica
- Evaluación funcional y social

HISTORIA CLINICA: aquí deben ser explorados, los antecedente personales (factores de riesgo cardiovascular, abuso de alcohol y drogas, antecedentes traumáticos, psiquiátricos, neurológicos, sociales y familiares.

Además

Hay muchos fármacos que se asocian a deterioro cognitivo entre otros...algunos antiarrítmicos, cardiotónicos (digoxina), antihistamínicos, benzodiazepinas como alprazolam, diazepam, lorazepam, fenobarbital, antidepresivos como amitriptilina, corticoides, antiinflamatorios, y más...

Se explorara la forma de comienzo, los síntomas iniciales, el tiempo evolutivo, la asociación o no de trastornos de conducta, y la repercusión en la vida habitual.

EXAMEN FISICO: se realizará en forma exhaustiva en búsqueda de signos de enfermedad subyacente, examen neurológico valorando la presencia de signos extrapiramidales como rigidez, inestabilidad, o sialorrea, que muchas veces acompañan ala Enf. de Parkinson,

signos focalidad como trastornos del lenguaje, dificultad para movilizar miembros, debilidad del hemicuerpo, (hemiparesia) lo anterior para la detección de alteraciones asociadas a accidente cerebrovascular e incluso Hakim Adams (patología que cursa con trastornos en la marcha, deterioro cognitivo e incontinencia).

VALORACION NEUROPSICOLOGICA: incluye la utilización de escalas específicas cognitivas y funcionales. Valoración neuropsicológica específica: con instrumentos de estadificación. Y Valoración de trastornos de conducta. Algunas escalas fueron descritas en la unidad de VGI.

Estudios complementarios: laboratorio para descartar causas metabólicas o endocrinológicas, hemograma, calcio, glucemia, función hepática, función renal, perfil tiroideo, dosaje de vitamina B12, etc.

NEUROIMAGENES: el objetivo de los estudios de imágenes es la detección de lesiones estructurales tratables.

- Tomografía axial computada (TAC): detecta la presencia de tumores, hematoma subdurales, hidrocefalia, accidentes cerebrovasculares.
- Resonancia magnética nuclear (RMN): permite la detección de pequeños infartos cerebrales, lesiones profundas de la sustancia blanca, y la cuantificación de la atrofia hipocámpica, asociada con demencia. Esta indicada cuando la clínica sugiere lesión estructural y la TAC no evidencia lesiones significativas.
- Existen también otros estudios complementarios, complejos y limitados por el alto costo que son: la tomografía por emisión de fotones (SPECT) y la tomografía por emisión de positrones (PET), estudios genéticos y algunos marcadores de líquido cefalorraquídeo.

Todos los conceptos volcados hasta aquí pueden ser ampliados en:

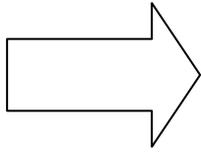
Román Alberca Serrano; Secundino López-Pousa ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS. Editorial Médica Panamericana, 3ª edición 2006.

Resumiendo:

En primer lugar es necesario confirmar si se trata de una demencia...¿cumple criterios?

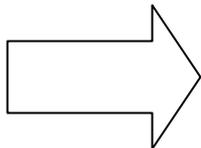
En segundo lugar, identificar las causas potencialmente reversibles de deterioro cognitivo, y en caso de irreversibilidad establecer un plan de cuidados.

Es fundamental diferenciar al síndrome confusional, la depresión y el deterioro cognitivo leve de la demencia...



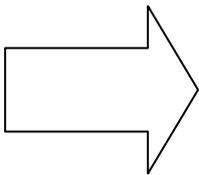
DELIRIUM O SINDROME CONFUSIONAL

- De origen multifactorial
- De comienzo brusco, y cursa con déficit en la atención
- Cursa con alteración del nivel de conciencia, generalmente fluctuante.
- Es transitorio y potencialmente prevenible, tratable y reversible.
- Puede coexistir con la demencia



DEPRESION

- Puede ser de inicio subagudo o agudo.
- Con síntomas característicos como tristeza, trastornos del sueño o el apetito, llanto y síntomas conductuales.
- Múltiples quejas cognitivas
- Mejora con tratamiento específico
- Un 30% aproximadamente de pacientes con demencia desarrollan síntomas depresivos en algún momento de su enfermedad.



DETERIORO CONITIVO LEVE

- Se define como trastorno adquirido de una o varias funciones cognitivas que no cumple criterios de demencia. Se identifica con baterías neuropsicológicas e interfiere en forma no significativa en las actividades de la vida diaria.
- Se recomienda su monitoreo y seguimiento periódico, debido a que se ha identificado como factor de riesgo de desarrollar demencia.

Prácticas preventivas:

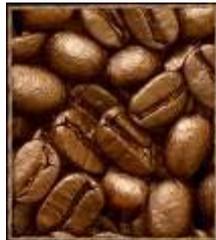
Las actuaciones preventivas sobre el *deterioro cognitivo*, cuyo máximo exponente es la demencia, no están totalmente delimitadas. En los pacientes con deterioro de memoria e incluso demencia en fases leves parece útil intentar mantener las capacidades mentales existentes mediante talleres de memoria y otros tipos de tratamiento como la orientación a la realidad y la adaptación del entorno. Por otro lado, los factores de riesgo vascular, que se creen implicados tanto en la demencia vascular como, también en la alteración cognitiva asociada a la edad, deben ser controlados. En la prevención de las formas agudas de

deterioro cognitivo, principalmente del síndrome confusional agudo, son útiles las medidas como minimizar el uso de los fármacos potencialmente causantes de este cuadro, mantener el medio interno en equilibrio (hidratación, oxigenación, etc.) en los ancianos con enfermedades graves, facilitar la presencia familiar y realizar correctas intervenciones de enfermería, asegurarse que el paciente dispone de sus ayudas habituales (gafas y audífonos), así como modificar el entorno hacia unas condiciones más favorables para el paciente de edad avanzada (relojes, calendarios, iluminación adecuada, ambiente relajado, etc.) evitar la contención física .

BIBLIOGRAFÍA

- García de la Rocha ML, Olazarán Rodríguez J. *Trastorno cognitivo asociado a la edad frente a deterioro cognitivo ligero*. En: Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias. Sociedad Española de Neurología. Guías en demencias. Barcelona: Masson, 2000; p. 9-13.
- *Tratado de geriatría*. Disponible en: www.segg.es/segg/tratadogeriatría (Consulta: enero, 2013)
- Román Alberca Serrano; Secundino López-Pousa *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*, Editorial Médica Panamericana 3ª edición 2006.

Felicitaciones ya casi terminas el módulo.... Un merecido descanso antes del final ...



6. UNIDAD III - NIVELES DE ATENCION EN GERIATRIA

Como hemos transmitido a lo largo de este modulo la asistencia geriátrica se fundamenta en el uso y la aplicación de la Valoración geriátrica Integral, el trabajo interdisciplinario y la atención del adulto mayor a través de los distintos niveles asistenciales para garantizar el cuidado y seguimiento del paciente geriátrico ante situaciones de necesidad. De esta manera se cumple con la premisa de “continuidad de cuidados”.

Se llama asistencia geriátrica al conjunto de niveles asistenciales, hospitalarios y extrahospitalarios, sanitarios y sociales, que deben dar una respuestas escalonada, interdisciplinaria, integrada e integral a las necesidades que se planteen en una area determinada. Con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Vamos a desglosar esta definición:

→ **Interdisciplinar.** Implica la participación armónica, estructurada e interdependiente de las distintas disciplinas que exige la presencia de un equipo, con objetivos claros y reuniones periódicas.

→ **Atención integrada:** se refiere a la plena inclusión de los adultos mayores en el sistema sanitario evitando la posible marginación del uso de recursos tanto diagnósticos como terapéuticos.

→ **Atención integral:** se refiere al abordaje en conjunto de los aspectos clínico, funcional, psicológico y social.

6.1. NIVELES ASISTENCIALES

1. Atención primaria
2. **Atención especializada**
 - Unidad geriátrica de agudos
 - Unidad de Media Estancia
 - Hospital de Día
 - Asistencia geriátrica Domiciliaria
 - Unidad de coordinación y cuidados comunitarios
3. Servicios sociales comunitarios

Se entiende como **cuidados progresivos** aquellos que comienzan con la enfermedad aguda (desde el máximo nivel de dependencia) hasta completarla recuperación funcional (independencia) o por lo menos, la minimización de las consecuencias.

La característica diferencial de la enfermedad aguda en los adultos mayores es que pueden ser causa de discapacidad, más aun en situación de fragilidad (pérdida de adaptabilidad a los cambios por disminución de la reserva funcional y homeostasis). Se requiere de una estrategia asistencial basada en la detección del paciente de riesgo para establecer un plan de cuidados.

La carencia de estructura de cuidados se torna dramática cuando el adulto mayor pierde su autonomía

Se debe tener en cuenta que:

La evaluación aislada resulta insuficiente sin la planificación y continuidad de cuidados.

UNIDAD GERIATRICA DE AGUDOS (UGA)

Luego de la intervención de la Dra. Marjory Warren en el Reino unido y el desarrollo de la geriatría, fueron desarrollándose las primeras unidades geriátricas de agudos en hospitales primero y luego en otros niveles.

Es fundamental el reconocimiento de las necesidades de la población de adultos mayores, de lo contrario se “alimenta” la situación actual de una atención hospitalizada por patología aguda independientemente de las necesidades específicas. Disfrazando de problema social lo que probablemente sean problemas médicos escasamente evaluados.

En una sociedad envejecida, es el sistema el que debe adaptarse a las necesidades.

Los objetivos del cuidado deben ser:

- El tiempo libre de discapacidad
- Mejorar la calidad de vida
- Favorecer la permanencia del adulto mayor en su entorno
- No solo disminuir la mortalidad mas aun si se acompaña de aumento de la morbilidad (acompañada de enfermedades crónicas) y dependencia.

¿Qué es una UGA?

Unidad hospitalaria que brinda Atención especializada a adultos mayores que cumplen criterio de paciente geriátrico con procesos agudos, o crónicos reagudizados.

¿Qué pacientes ingresan a una UGA?

- Pacientes > de 65 años.
- Enfermedad aguda o agudización de enfermedad crónica que precise hospitalización.
- Pluripatología y polifarmacia.
- Evolución condicionada por factores mentales y/o sociales

¿Cuáles son las características de las UGA?

¿Qué las hace diferentes de una unidad de internación no especializada?

- Diseños arquitectónicos y funcionales adecuados.
- Criterios y vías de ingreso establecidos.
- Prácticas del cuidado progresivo.
- Criterios de evolución cuantitativa.
- Evaluación interdisciplinar.(medicos, enfermera, terapeuta ocupacional, trabajador social, kinesiólogos, etc.)
- Preparación de altas programadas.
- Diagnóstico cuádruple dinámico.
- Alta Programada en sesión interdisciplinar.
- Confirmado el conocimiento del paciente y familia.
- Preparadas las ayudas a domicilio.

Además de realizar la valoración diagnóstica y el tratamiento de la enfermedad, el objetivo de esta unidad es prevenir las complicaciones de la internación que pueden ser causa de incapacidad. (por ejemplo, caídas, incontinencia, deterioro funcional).

Unidades de Media estancia (UME)

Las unidades de media estancia constituyen unidades destinadas a la recuperación funcional y prevención de la dependencia, con el objetivo de conseguir la reinserción del AM en su medio y con la mejor calidad de vida. . (La estancia media oscila entre 25 y 30 días. La estancia máxima no debe superar los 3 meses)

La ubicación de esta unidad podrá ser hospitalaria o no, en este último caso deberá articular con este nivel asistencia.

Recibe aquellos pacientes ya diagnosticados que han superado la fase aguda, pero que tienen alto riesgo de perder su independencia o requieren de un tratamiento especializado.

¿Cuáles son los criterios de ingreso a las UME?

- Se requiere para ingreso Estabilización clínica
- Posibilidades razonables de recuperación
- Ausencia deterioro cognitivo severo (porque empeora el pronostico de rehabilitación)

Los casos de ingreso mas frecuentes a estas unidades son:

-ACV con posibilidades reales de recuperación.

-Fracturas de cadera cuya recuperación funcional no está garantizada fuera del medio hospitalario por condicionamientos clínicos, mentales o sociales.

-Amputaciones con posibilidad de prótesis.

- Inmovilizaciones de etiologías que pueden ser reversibles. Una vez ingresado es evaluado por un equipo interdisciplinario, se realiza una VGI, se establece un plan de tratamiento individualizado y monitoreo del cumplimiento de los objetivos.

HOSPITAL DE DÍA (HD)

Nivel asistencial exclusivamente diurno, para completar la recuperación de pacientes geriátricos con las ventajas del hospital y de la permanencia en el hogar.

Proporciona una atención multidisciplinaria e integral de adultos mayores que viven en comunidad o que son derivados a este nivel tras el alta hospitalaria. La recuperación funcional y la atención de los síndromes geriátricos son el motivo mas frecuente de atención en este nivel.

Puede estar localizado dentro del hospital o fuera pero articulado con el mismo.

¿Cuáles son los objetivos de este nivel de atención?

- Garantizar la rehabilitación tras la enfermedad aguda
- Posibilitar alta hospitalaria temprana.
- Proporcionar cuidados clínicos y de enfermería que no pueden ser realizados en medio ambulatorio.
 - Recuperar las actividades de la vida diaria.
 - Apoyar la medicina comunitaria en el mantenimiento funcional del usuario.
 - Proporcionar el apoyo a la familia y los cuidadores.

El equipo que trabaja en hospitales de día esta formado por personal especializado en geriatría y gerontología, el objetivo fundamental es rehabilitador que requiera menor intensidad que los ingresados e las UME, valoración geriátrica integral por el equipo y control medico o de enfermería de procesos crónicos,(caución de úlceras, control de diabetes, anticoagulación, etc.

Los pacientes suelen concurrir entre dos y tres veces por semana.

Unidad geriátrica domiciliaria (UGD) o Atención geriátrica domiciliaria (AGD)

El equipo de AGD se debe conformar básicamente de un medico geriatra, personal de enfermería con formación en geriatría, una trabajadora social, un terapia ocupacional, contando además con el apoyo de personal administrativo.

Objetivos.

Asistencia integral del paciente en su domicilio, tratando de mantener el mayor grado de independencia e integración en comunidad, aunque padezca de enfermedades crónicas.

Ofrecer ayuda a pacientes con deterioro funcional transitoria o definitivo

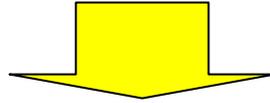
Promoción de hábitos saludables

Adecuación y adaptación de la vivienda

¿Qué pacientes se benefician mas con este nivel de atención?

Los más beneficiados son aquellos pacientes con criterios de fragilidad y pacientes geriátricos que no pueden concurrir a la consulta ambulatoria

Para prestar atención integral que se adapte a las necesidades es fundamental la coordinación de los distintos niveles de atención.



La fragmentación de los servicios sanitarios y sociales comunitarios, al igual que la falta de coordinación de los diferentes niveles de atención comprometen el éxito de los programas diseñados para AM.

BIBLIOGRAFÍA

- Gómez Pavon j *El anciano frágil*. Edición JA. Fontanillo 2003.
- Guillen Llera, A. Salgado , i. Ruiperez Cantera: *Manual de geriatría*. 3ra Edición 2002.
- D` Hyver C. Gutierrez Robledo L.M.. *Geriatría*. 2006.
- Brocklehurst J.C.. : *Texbook of geriatric medicine and gerontology*. 6th Edición 2005
- Young J, Philip I, *Futures directions for geriatric medicine*. BMJ 2000; 320: 133-134.

Para terminar haremos un repaso de esta unidad tomando como ejemplo una persona que ha sufrido un accidente cerebrovascular, y remarcaremos los conceptos más importantes...

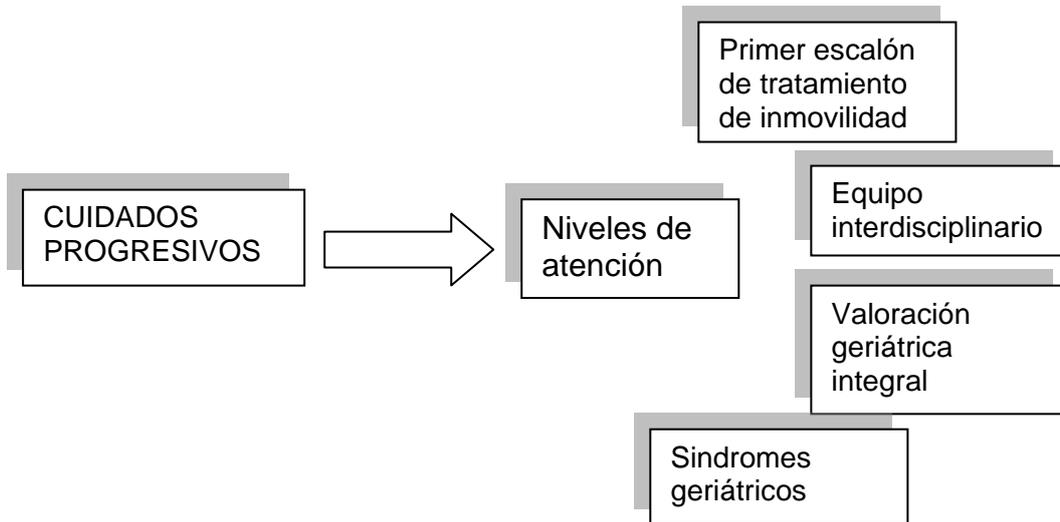
Elegimos el accidente cerebrovascular debido a que es una enfermedad sumamente frecuente en esta población y que tiene un enorme impacto en la calidad de vida de la persona que la padece y su familia y se relaciona con complejas necesidades de cuidado que incluyen:

- Prevención, tratamiento y seguimiento
- Rehabilitación precoz
- Cuidados continuos en aquellas personas con secuelas.

El progreso desde la dependencia hasta la independencia.

Comienza en la fase aguda de la enfermedad, debido a que una mentalidad rehabilitadota en esta etapa tiene implicancias futuras en la esfera funcional.

El resultado final luego del recorrido por los distintos niveles de atención dependerá de la correcta toma de decisiones y de la calidad de cuidados que reciba en cada uno.



Los pacientes con escasas o nulas posibilidades de recuperación necesitarán cuidados de larga duración, en este caso los problemas comienzan desde el alta hospitalaria, la situación social y familiar y los cuidados domiciliarios con los que se cuenta e incluso a veces termina con la institucionalización definitiva.

En la etapa aguda el paciente ingresará en una unidad geriátrica de agudos o terapia intensiva de acuerdo a la gravedad.

En esta unidad se hará el diagnóstico, tratamiento, estabilización clínica y los cuidados de rehabilitación inicial:

- Prevención de complicaciones como úlceras por presión, tromboembolias, y
- Movilización pasiva de las articulaciones.

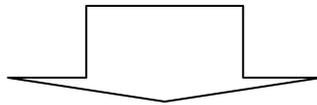
Aquí recibirá atención por un equipo interdisciplinario compuesto por distintos profesionales que participen en forma interdependiente para conseguir un objetivo común, la recuperación funcional del paciente y su reinserción social.

Luego de superada la fase aguda debe planificar el alta....

La decisión del alta sea al domicilio o al de los hijos, o a un centro especializado genera mucha angustia al paciente y sus familiares.

Por este motivo debe ser planificado con tiempo valorando los aspectos individuales de cada paciente en las esferas clínica, funcional, mental y social teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos, la estructura familiar, la vivienda, etc., para establecer un plan de cuidados con objetivos claros para cada caso.

El apoyo de los cuidadores debe considerarse en todas las etapas del proceso. Debido a que es frecuente que la familia experimente estrés, angustia o depresión en algún momento de la evolución. El reconocimiento de esta situación permite identificar necesidades de apoyo más específicas.



Nuevamente el concepto de valoración geriátrica integral y el abordaje en equipo.

Fase de rehabilitación

La OMS define rehabilitación como “proceso activo, mediante un conjunto de medidas sanitarias, sociales, educativas, y profesionales, persigue en aquellas personas que están discapacitadas como consecuencia de una enfermedad o una lesión,, una recuperación total o el desarrollo de la máxima potencial físico, psíquico y social para ser reintegrados en el entorno más apropiado”

Esto implica:

- Identificación de las necesidades de cada paciente.
- Decidir el nivel asistencial más adecuado en cada fase de la enfermedad.
- Monitoreo del cumplimiento de los objetivos.

Luego de la fase aguda se decidirá el próximo nivel asistencial.

En el pronóstico influyen varios factores como ser.

- Tiempo evolutivo del ACV
- Grado de discapacidad motora
- Estado de conciencia
- La capacidad de comprensión (que tiene relevancia en la rehabilitación)
- Situación funcional previa a la enfermedad
- La presencia de otras enfermedades (comorbilidad)
- Presencia de síndrome geriátricos tras la fase aguda (incontinencia, deterioro cognitivo, inestabilidad, depresión, etc)
- situación familiar
- situación social
- Entorno físico
- Disponibilidad de recursos

Los pacientes con pronóstico favorable de recuperación, la dificultad estará en la disponibilidad de recursos de cada región.

Las posibilidades son:

- Unidad de Media estancia.
- Hospital de día
- Rehabilitación ambulatoria
- Rehabilitación domiciliaria.

Para los pacientes con escasa posibilidad de recuperación los niveles mas adecuados serán.

- Ayuda domiciliaria,
- Residencia
- Centros de cuidados crónicos.

La decisión mas adecuada no siempre esta disponible en el centro donde uno trabaja.

METAS DE LA REHABILITACION

- Cuidados adecuados en la fase aguda
- Prevención de complicaciones
- Prevención de aparición de síndromes geriátricos
- Conseguir la máxima capacidad funcional

- Adecuado apoyo al paciente y la familia
- Mejorar la calidad de vida de ambos
- Lograr la reinserción social del paciente

Los pacientes que no consiguen una recuperación funcional deben considerarse un grupo de personas especialmente frágil y con riesgo de aparición de muchas complicaciones, generalmente los primeras seis semanas y con un elevado índice de reingresos hospitalarios.

Langhorne P, Stott DJ, Roberson L, Mac Donald J, Jones L, Mc Alpine C. Medical complications alter stroke : a multicenter studios stroke 2000; 31: 1223-1229

La complicaciones mas frecuentes son:

- Recidiva del evento cerebrovascular (12%)
- Infecciones urinarias (22%)
- Caídas (45%) Hombro doloroso (12%)
- Síntomas depresivos (54%)

Los reingresos hospitalarios alcanzan el 34% a los seis meses y se producen generalmente por falta de coordinación entre los servicios hospitalarios, la atención especializada y los servicios sociales.

Un grupo de pacientes, generalmente aquellos con discapacidad grave tras el evento, precisara de cuidados continuados que dependerán de los recursos disponibles de cada región.

En cualquier caso Discapacidad grave no siempre es sinónimo de institucionalización.

Los recursos disponibles deben utilizarse con el objeto de mantener a estos pacientes en su medio, debido a que muchas veces la institucionalización puede desencadenar una “cascada de complicaciones”.

REINSERCIÓN SOCIAL

Cuando la restitución es total, es decir que no quedan secuelas del evento, la reinserción social no genera mayores problemas, excepto que desde luego, deberá acompañarse de medicaciones en los factores de riesgo y hábitos de vida.

Cuando el ACV origina dependencia grave el objetivo será garantizar la calidad de cuidados, que le permitan alcanzar el máximo nivel de autonomía posible basado en la capacidad de realizar las AVD de manera independiente. Las opciones son ayuda domiciliaria o institucional, en ambos casos deberá contar con atención de enfermería, atención médica, apoyo psicológico y rehabilitación.

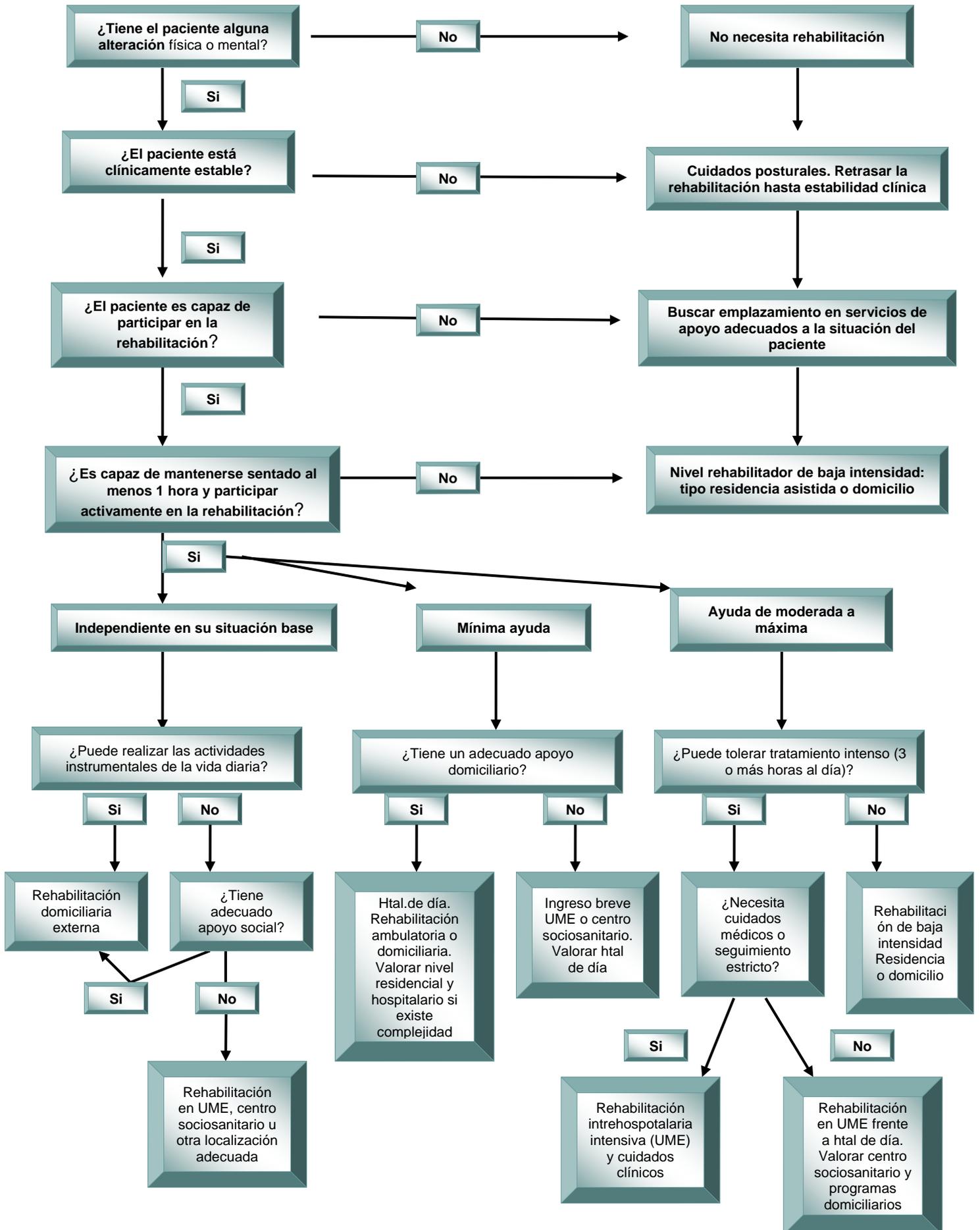
Aquellos que consiguen una recuperación parcial dependerá de su situación social previa y del nivel funcional alcanzado. Si esta en situación de jubilación se buscare su reinserción a nivel comunitario.

Que incluyen:

- Eliminación de barreras arquitectónicas, transporte, es decir accesibilidad. Centros de Día, clubes, etc
- Atención domiciliaria: cuidadores, ayuda a domicilio, ayudas técnicas, voluntariado.
- Atención institucional: Residencia para ancianos. Residencia asistida. Hospital de día.

Se propone el siguiente algoritmo de decisiones: (Ictus, una cadena asistencial, Diaz Tejedor, p173 Ed Mayo 2004.

Módulo 4: Salud, Epidemiología y Envejecimiento



7. UNIDAD IV - BIOETICA

Para finalizar el módulo, presentamos una aproximación a la bioética en la atención a las personas mayores.

7.1. ASPECTOS ÉTICOS EN LA ASISTENCIA A LAS PERSONAS MAYORES INTRODUCCIÓN

Entendemos por ética la disciplina que se ocupa de los principios morales que permiten discernir entre lo que esta bien y lo que no, así como también, analizar las consecuencias de las acciones.

La gerontología y la geriatría plantean una serie de conflictos que requieren un abordaje desde la ética y que tienen con frecuencia implicancias legales.

Estos conflictos no deben considerarse como algo negativo para la relación terapéutica sino todo lo contrario, son indicativos de la necesidad de reflexionar sobre algunas cuestiones fundamentales de la asistencia de las personas mayores.

La complejidad de estos y otros temas que puedan suscitarse hace que las decisiones se tomen en condiciones de incertidumbre. La bioética médica surge como una disciplina que estudia los problemas éticos planteados por las ciencias de la vida y que pone a punto métodos de análisis y procedimientos de resolución de los mismos.

Principios éticos básicos

En bioética se consideran cuatro valores principales que siempre están implicados, son los principios éticos básicos (beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia), sirven como base para muchos preceptos particulares y evaluaciones de las acciones humanas es decir que, cualquier decisión éticamente correcta debe intentar enmarcarse en el respeto máximo a éstos cuatro principios y están arraigados en nuestra tradición cultural .

En el análisis de los problemas éticos en la asistencia a los pacientes mayores tenemos que tener en cuenta que la utilización de los cuatro principios de la bioética, aunque es un marco de referencia, no es el único, debido a que entran en juego muchos más valores y elementos. (Sepúlveda 2002, Calcedo 2002)

PRINCIPIOS BIOÉTICOS

A) Principio de No-Maleficencia

El deber de no hacer el mal al enfermo, de no lesionar la integridad del ser humano, este principio tiene gran relevancia en este grupo en el cual, el riesgo de iatrogénica es máximo (principalmente por falta de conocimientos suficientes sobre la enfermedad y su manejo clínico).

B) Principio de Justicia

Es el derecho de una persona a la no discriminación y a la distribución equitativa de los recursos. Este principio protege a los ancianos de posibles limitaciones a tratamientos indicados fundamentadas exclusivamente por criterios de tipo de enfermedad de base y de edad.

C) Principio de Beneficencia

Se entiende como la obligación de hacer el bien, prevenir y evitar el daño, limitando al máximo los riesgos o perjuicios, procurando el mayor beneficio posible. No debe entenderse como un acto de bondad o caridad sino de obligación, también hay que distinguirlo de las actitudes paternalistas que obvian la autonomía del enfermo (el beneficio para el enfermo no debe analizarse exclusivamente desde la perspectiva del médico). Este principio obliga no sólo a hacer el bien en lo que se refiere al control de la enfermedad sino también a la atención integral a las repercusiones de la misma, incluyendo el control sintomático, el soporte personal y familiar

D) Principio de Autonomía o de respeto por las personas

Este principio incorpora al menos dos convicciones éticas: el respeto a la autonomía personal y la protección de las personas cuya autonomía está disminuida. El respeto a la autonomía supone que los valores, criterios y preferencias del enfermo son lo primordial desde el punto de vista ético. Con mucha más frecuencia que en otros grupos de edad, no se tiene en cuenta la opinión del anciano para tomar una decisión importante sobre su salud.

En caso de conflicto entre el principio de autonomía y el de beneficencia prevalece el primero.

Principales problemas éticos en la asistencia a personas mayores

A continuación desarrollamos algunos de los retos éticos que se plantean con mayor frecuencia en la práctica diaria

- **Indicación y adecuación de tratamientos:**

El desarrollo tecnológico en la medicina y el aumento de la expectativa y calidad de vida en las personas mayores, obliga continuamente a revisar y ampliar las indicaciones de los tratamientos en estos grupos de edad.

La ética del profesional para la correcta Indicación de tratamientos se apoya en dos aspectos fundamentales, por un lado en la obligación de adquirir la máxima formación posible en los aspectos clínicos de la enfermedad y en segundo lugar, en valoración integral y detallada de cada paciente para individualizar la toma de decisiones, considerando: la relación riesgo beneficio de cada actuación, el pronóstico (y como éste se modifica con el tratamiento), el respeto a lo que el paciente exprese o haya expresado y el intento de que éste continúe en su entorno habitual o en el mas beneficioso para él.

- **Discriminación por edad (ageísmo) y por enfermedad:**

A pesar de los avances logrados con una mayor extensión de los tratamientos, persiste una discriminación en el acceso a determinados procedimientos y servicios, basándose en criterios como la edad cronológica o el gasto que suponen. Aunque esta situación se va modificando en los últimos años, no ocurre lo mismo con la discriminación por enfermedad. El desconocimiento general y de muchos profesionales de la gran variabilidad existente en el grupo de población hace que se limiten tratamientos (quirúrgicos y rehabilitadores por ejemplo) a pacientes que por ser mas vulnerables a la incapacidad funcional, pueden beneficiarse incluso más que otros de determinados procedimientos. Es preciso por tanto, que las decisiones se basen no en la edad o el diagnóstico sino en elementos contrastados para el pronóstico como la comorbilidad, la expectativa de vida (sobre todo si es libre de incapacidad), la situación funcional previa, y la situación evolutiva de la enfermedad principal.

- **Errores en la valoración de la calidad de vida**

A menudo se justifican decisiones en la pobre calidad de vida de las personas mayores evaluada desde la perspectiva del observador (profesional sanitario) que normalmente la infravalora. La calidad de vida, es un término ampliamente utilizado que sirve como argumento en algunas decisiones médicas, es un término ambiguo, de difícil definición (valoración global de la experiencia vital actual), cambiante a lo largo de la vida y es en realidad una evaluación subjetiva por parte de la persona más que por parte del observador pudiendo tener un significado muy distinto para cada individuo (Jonson 1992). La experiencia de vivir con la enfermedad o la incapacidad pertenece únicamente al enfermo y puede ser más positiva de lo que el observador cree. La argumentación basada en la calidad de vida para las decisiones terapéuticas puede resultar arbitraria o injusta y, cuando menos corre el peligro de ser errónea y, refleje mas los prejuicios del médico y familia con respecto a la edad, incapacidad o situación social (Sepúlveda 2002).

- **Toma de decisiones**

La toma de decisiones con respecto a las actitudes diagnósticas y terapéuticas es una constante para el clínico. En los pacientes con algunas enfermedades como demencia el proceso resulta especialmente complejo y nos obliga a aprender a manejarnos en situaciones de incertidumbre.

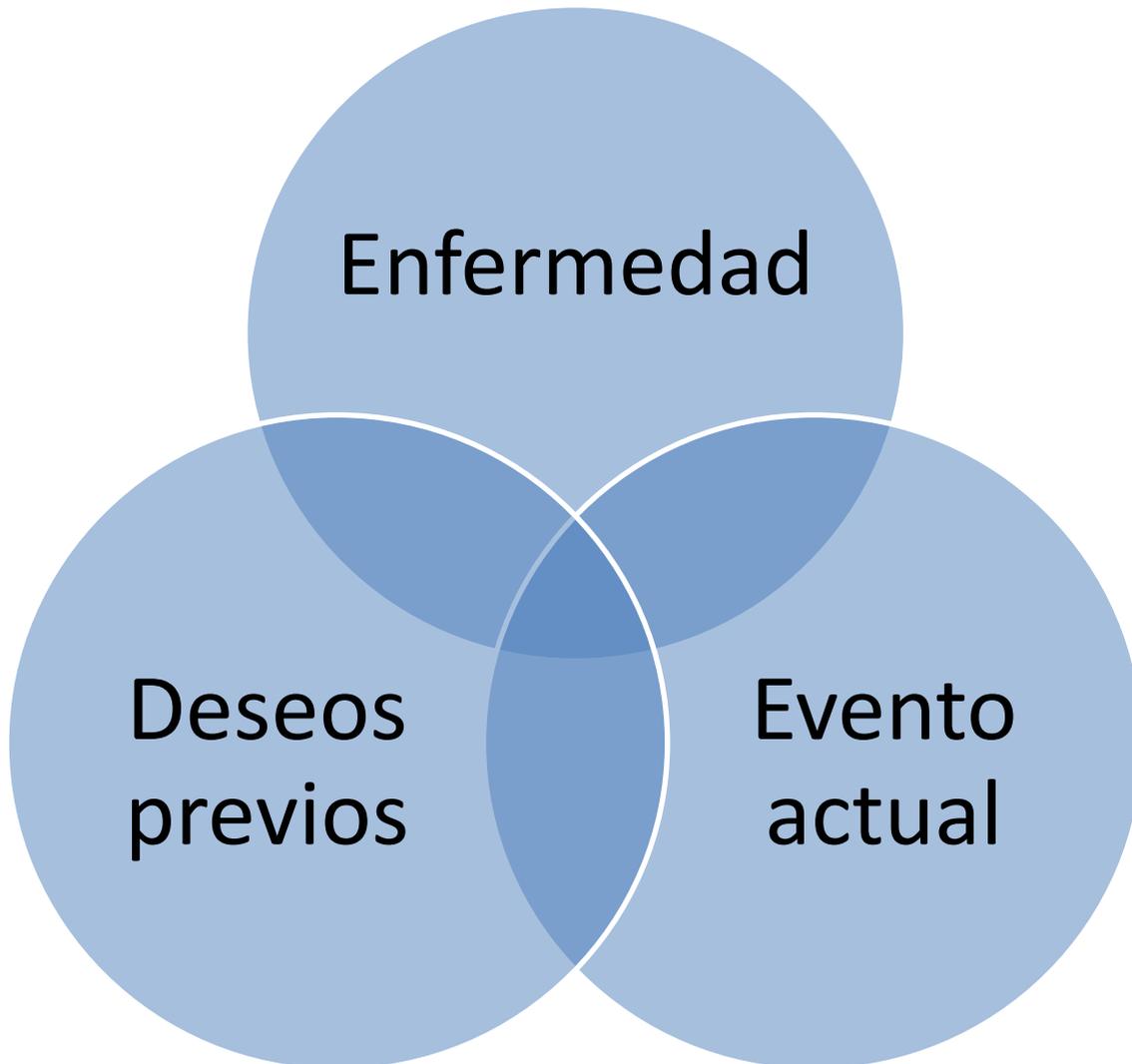
Esta abarca aspectos tan diversos como la elección de las pruebas diagnósticas más adecuadas a la situación del enfermo, la selección e indicación del grado e intensidad de intervención terapéutica (fármacos, vías de administración entre otros), las decisiones sobre traslado, hospitalización o ubicación o las medidas para la hidratación o nutrición.

El proceso de toma de decisiones debe enmarcarse en el respeto a los principios básicos de la Bioética y basarse en el análisis detallado de los siguientes aspectos de las medidas diagnósticas o terapéuticas a realizar para seleccionar la mejor alternativa.

Para garantizarla debemos asegurar el correcto diagnóstico y el fundamento científico del tratamiento, efectividad o beneficio (basado en el criterio de lo que el paciente considera como tal) y o cargas derivadas de la decisión (bajo la perspectiva tanto del médico como del paciente y familia).

La toma de decisiones debe ser un proceso ponderado en el que seamos capaces de valorar el máximo posible de aspectos y valores implicados.

- aspectos relacionados con la enfermedad de base (grado, evolución que ha llevado hasta ahora, complicaciones, etc.)**
- análisis detallado del evento actual (severidad y pronóstico, opciones terapéuticas, adecuación en el control sintomático)**
- opinión previa del paciente, equipo y familia**



Para proceder a una adecuada toma de decisiones debemos sopesar todos estos elementos en su conjunto y evitar siempre el análisis parcial basado en la consideración de en uno de ellos exclusivamente (Jiménez Rojas 2001).

- Problemas éticos relacionados con la institucionalización:

Los profesionales de la geriatría tenemos el compromiso ético de velar por la preservación de los derechos fundamentales de los pacientes mayores. Estos derechos consisten en el respeto a la libertad y en la protección frente al abuso o abandono. Los principios de autonomía y beneficencia son la traducción en el ámbito ético de estos dos derechos (Calcedo 2000).

Los problemas éticos más frecuentes relacionados con la Institucionalización en pacientes se agrupan en torno a dos aspectos: la adecuación de la decisión de institucionalizar y los derivados de la calidad asistencial de las instituciones. Para que la decisión de institucionalizar a un paciente cumpla unos mínimos requisitos éticos deberían haberse agotado el resto de las alternativas disponibles a través de la

promoción de una red asistencial adecuada a las necesidades de éstos pacientes. En numerosas ocasiones es el fracaso de en la cobertura médica y social a nivel ambulatorio lo que conduce a una institucionalización evitable. Esto puede considerarse uno de los mayores retos que se plantean al analizar la ética de las políticas sanitarias y sociales en nuestro medio.

Las decisiones de ingreso en residencia tienen una trascendencia tan importante para la vida del paciente y la familia que serán éticamente inaceptables si se han realizado tras una valoración incompleta o si se derivan de un tratamiento inadecuado o insuficiente de una determinada complicación médica. Valorar las Alternativas a la institucionalización y contar con la opinión del paciente en la medida que nos la pueda proporcionar son aspectos así mismo irrenunciables.

RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES

1. La atención sanitaria a los personas mayores nos obliga a profundizar en la formación y reflexión bioética. Los aspectos éticos en la asistencia a las personas mayores, habrán de situarse en el marco de referencia de los cuatro principios de la bioética (No maleficencia, Justicia, Beneficencia y Autonomía) y en el de la correcta práctica clínica.
2. Las personas mayores son especialmente vulnerables a situaciones de discriminación por decisiones clínicas o asistenciales basadas en criterios peyorativos sobre su enfermedad o su supuesta calidad de vida.
3. La adecuación en la indicación de tratamientos y la toma de decisiones terapéuticas requiere un alto grado de reflexión por su complejidad, y de flexibilidad para considerar en su justa medida los múltiples factores implicados (dependientes de la enfermedad de base, de la situación clínica actual y de la opinión de paciente y familia entre otras.). El equilibrio entre efectividad, beneficios y cargas para el paciente son las bases donde se debe apoyar el proceso de una toma de decisiones prudente.
4. Los problemas éticos mas frecuentes relacionados con la Institucionalización en pacientes con demencia son: la adecuación de la decisión de Institucionalizar y la promoción de la calidad asistencial de las instituciones tanto en la cualificación del personal como en la estructura organizativa.

BIBLIOGRAFÍA

- Ahronheim JC. *Nutrition and Hydration in the Terminal Patient*. Clin Geriatr Med, 1996; 12 :379-391.
- Beauchamp TL, Chilares JF. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson, 1999; p.230
- Calcedo Barba A. *Enfermedad de Alzheimer ¿cuáles son los problemas bioéticos?* Debates: Demencias en Geriatría. Gil Gregorio. Editores Médicos, S.A. Madrid 2002.
- Calcedo Barba A. *Problemas éticos y legales en los enfermos con demencia. Atención coordinada al paciente con demencia*. Madrid. Ediciones Doyma 2000
- Finucane. *Tube feeding in patient with Advanced Dementia, a review of the evidence*. JAMA 13. Oct 1999
- Gillick. *Rethincking the role of tube feeding in patients with dementia*. NEJM(342)3 Ene 2000.
- Gracia D. *Ética Médica. Las responsabilidades de los médicos*. Prólogo a la edición española.
- Grisso T, Appelbaum P, Hill-Fotouhi C. *The MacCat-T. A clinical tool to assess patient's capacities to make treatment decisions*.
- Huang. *Nutr. And Hydration in terminally ill patients*. Death and Dying Clin Ger Med Mayo 2000.
- Ibarzabal X, Arriola E. *Desafíos éticos en la enfermedad de Alzheimer*. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2004;39(1): 40-51
- Ibarzabal X *Alimentación no natural en pacientes con demencia: revisión de la literatura(I)* Rev Mult Gerontol. 2004;14(5): 280-287.
- Jiménez Rojas C, Sepúlveda Moya D. *La valoración geriátrica en cuidados paliativos. Grupo de Trabajo de cuidados paliativos de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología* (eds). Cuidados Paliativos en las personas mayores. Barcelona: Glosa Ediciones; 2001. p 17-22.
- Jiménez Rojas, C. *Cuidados paliativos en pacientes con demencia avanzada*. Rev Esp Geriatr Gerontol 1999;34(S2):46-52.



REFLEXION FINAL

“El envejecimiento poblacional abre grandes retos en las sociedades actuales. Si esto es el resultado de los grandes logros sociales y sanitarios, continúa siendo nuestro desafío dar calidad a la cantidad de años conseguidos.

Por este motivo nos hemos propuesto a lo largo de este modulo brindarles herramientas para mejorar la atención de la población adulta mayor, de acuerdo a sus necesidades y no a la oferta del mercado.”

Fin



FACULTAD DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA
.....



Ministerio de
Desarrollo Social
Presidencia de la Nación

Secretaría Nacional de
Niñez, Adolescencia y Familia