



DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD
VICEDIRECCION DE ASISTENCIA MÉDICA HOLGUÍN
DEPARTAMENTO ADULTO MAYOR, DISCAPACIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL

Las Personas Mayores son la memoria de un pueblo y maestros de la vida. Cuando una sociedad no cuida a sus ancianos niega sus propias raíces y simplemente sucumbes.

A partir de los conceptos anteriores se define la *prevención en el adulto mayor* como el conjunto de procesos médico-sociales dirigidos a fomentar y garantizar la funcionalidad del individuo y su equilibrio psico-socio-familiar ante los fenómenos de envejecimiento y vejez.

Prevención Primaria en el adulto mayor:

La prevención primaria en el proceso de envejecimiento y vejez consiste en evitar el deterioro patológico o la aparición de discapacidad, lo que es posible cuando se conocen las causas (las determinantes, los factores de riesgo, los indicadores de riesgo, los procesos fisiológicos) del propio proceso de envejecimiento y de ciertas formas de morbilidad y mortalidad prematura.

Los métodos más conocidos son:

- Educación para la salud, con el enfoque de familia, participativo e intergeneracional.
- Inmunización.
- Quimioprofilaxis.

Este es el nivel de prevención que se centra en diagnóstico precoz, la utilización de servicios de consulta y el rápido inicio de tratamiento al detectar una enfermedad, evitando así que la enfermedad se manifieste.

Ejemplos:

- Exámenes masivos:
 - Citología de cuello uterino.
 - Mamografía.
 - Sangre oculta en heces fecales
 - PSA
- Tratamiento de los factores de riesgo cardiovasculares. Control de la hipercolesterolemia, HTA, etc.

EXAMEN PERIÓDICO DE SALUD EN EL ANCIANO (EPS)

La herramienta que tiene el Médico y Enfermera de la Familia para iniciar el proceso de evaluación es el Examen Periódico de Salud. En ningún grupo de edades, tal vez con excepción de los lactantes, es tan importante este proceder. Los resultados que en términos de salud, bienestar social y económico que pueden derivar de este, no sólo benefician a los ancianos, sino también a los que de una manera u otra les brindan atención y en general a toda la sociedad.

El Equipo del Médico y Enfermera de la Familia, debe evaluar a sus ancianos teniendo en cuenta sus aspectos sociales, psicológicos y biomédicos; esta evaluación multidimensional de la salud del senescente, permite no solo conocer el estado base de la misma, sino valorar precozmente cualquier cambio que en ella se produzca.

El Médico de Familia realiza el E.P.S. para ir a la búsqueda activa y precoz de los problemas y en correspondencia con él, establecer un plan de acción que modifique estos, ya sea con medidas de prevención primaria, secundaria, terciaria o con otras formas de intervención.

Esta evaluación permite obtener todos los elementos biológicos, psicológicos, socioeconómicos y sobre todo funcionales que conforman el cuadro integral de salud del Adulto Mayor, como individuo y grupo poblacional.

Los pacientes que encuentran mayor beneficio en los cuidados geriátricos son aquellos que resultan frágiles. Estos son: los que por condiciones médicas, psicológicas, sociales o funcionales, están en riesgo de necesitar cuidados a corto, mediano o largo plazo.

Una vez realizado el EPS y detectado los pacientes que tengan criterios de fragilidad o aquellos que por la complejidad y magnitud de sus problemas (biomédicos, psicológicos y sociales) necesiten de una evaluación más especializada, para mantenerse en el medio familiar o comunitario y deban recibir un manejo más complejo, el Médico de Familia cuenta en el 2^{do} escalón en la atención geriátrica comunitaria, el Grupo Básico de Trabajo y a él debe solicitar la interconsulta para perfilar el diagnóstico que permita la toma de decisiones y coordinación de respuestas a las necesidades detectadas.

Para la medicina familiar cubana, no es nuevo que se realice un examen periódico al adulto mayor. El Programa de Atención Integral a la Familia recomienda que estas personas deben ser dispensarizadas y evaluadas.

Los datos recogidos del interrogatorio, examen físico y la **escala geriátrica de evaluación funcional** deben aparecer en la historia clínica del adulto mayor como constancia de la evaluación realizada.

Las orientaciones ofrecidas a continuación no son más que una sugerencia para organizar la consulta de evaluación, no debe mirarse fríamente como el llenado de una planilla o un cuestionario y sí como un instrumento práctico que nos permita caracterizar la salud los adultos mayores para poder evaluar en ellos sus **niveles funcionales y sus capacidades de reserva**.

Varios aspectos han de tomarse en cuenta en la evaluación. Para fines didácticos hemos dividido los mismos en:

- **DATOS GENERALES**

En cada examen, es necesario reevaluar algunos datos generales que pueden tener gran repercusión en el estado de salud de la persona de edad. Aunque la **edad** no es por sí solo determinante, es indudable que puede significar un factor de riesgo para algunas entidades clínicas y para la limitación funcional. Como se ha dicho, la incapacidad funcional puede duplicarse por encima de los sesenta años y triplicarse después de los ochenta.

El equipo de salud familiar, debe estar preparado para reconocer que este riesgo aumenta ostensiblemente cuando se asocia a otros acápites, como la **convivencia**, el **estado civil**, las características de la **vivienda**, **fármacos administrados**, **malnutrición y aún los cambios climáticos que influyen sobre los estados físicos, psicológicos y sociales**. Algún cambio en los dos primeros casos, puede poner en riesgo la independencia del adulto mayor, la pérdida del cónyuge es un evento vital, sobre todo a esta edad y la recuperación puede ser lenta y difícil, si a esto se suma que el adulto mayor puede quedar solo, significa un incremento aún mayor de los riesgos que tiene esta persona.

Una persona mayor sola, si es independiente, puede vivir sola sin dificultad; sin embargo, el incremento que existe con la edad de limitaciones funcionales, hace recomendable una vigilancia más estrecha de estas personas, para evitar una posible pérdida de la autonomía. Por último, la vivienda que tradicionalmente fue habitada por el paciente puede convertirse, con el envejecimiento de éste, en un riesgo para su funcionabilidad.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES

La persona mayor puede tener una mayor cantidad de antecedentes patológicos personales que deben tomarse en cuenta, al establecer los posibles riesgos que pueda tener dicha persona. Por ello, es importante interrogar sobre aspectos tales como **HTA, Hipotensión, Dislipoproteinemia, Diabetes Mellitus, hábito de fumar, obesidad y enfermedad inflamatoria o pólipos intestinales**, por sólo mencionar algunos que constituyen importantes factores de riesgo para padecer alguna de las primeras causas de morbilidad y mortalidad entre las personas de la tercera edad: Cardiopatía Isquémica, Enfermedad Cerebrovascular y Cáncer.

Por otro lado, también se deben tener en cuenta que las personas de edad son más propensas a padecer otras situaciones que, si bien no son enfermedades desde el punto de vista tradicional, no por ello dejan de constituir problemas de salud. Ejemplo de ello son las **tendencias a caídas** y la **inmovilidad**. Por ello, es importante indagar sobre la existencia de enfermedad cerebrovascular, enfermedades articulares o trastornos ortopédicos que dificulten la marcha, enfermedad de Parkinson, demencias o alcoholismo.

* EXAMEN FÍSICO

El examen físico en un examen periódico de salud **dirigido** a buscar activamente signos tempranos de enfermedades o problemas de salud que, al ser detectados precozmente, permitan realizar prevención de las complicaciones o de la discapacidad a que pudieran conducir.

En los AM, se deben buscar los signos de afecciones que presentan una elevada prevalencia a esta edad o fuerte tendencia a la discapacidad. De esta manera, el examen físico debe estar encaminado a la detección de **soplos carotídeos, cifras tensionales elevadas, bocio, mama o próstata patológica** (en mujeres y hombres respectivamente), **alteraciones de la cavidad bucal, lesiones premalignas de piel y malnutrición**. Además de lo anteriormente señalado, el examen físico también debe ir **dirigido** a la búsqueda de los elementos que nos permitan evaluar el estado de las enfermedades (fundamentalmente crónicas no transmisibles), que padezcan en las personas examinadas y diagnosticar posibles enfermedades ocultas.

• EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Los objetivos de la realización de pruebas complementarias son, en el marco de un examen periódico de salud, **confirmar o rechazar una sospecha clínica, determinar una posible etiología, y evaluar el estado de una dolencia**. Por ello, sería recomendable conocer el estado de los **lípidos sanguíneos** cada cinco años en personas que no padezcan de dislipoproteinemia; realizar **sangre oculta en heces fecales,**

electrocardiograma y

glicemia, solamente a los individuos en riesgo de padecer cáncer de colon, cardiopatía isquémica y diabetes mellitus respectivamente, así como una **hemoglobina** a todas las personas mayores, todos con una periodicidad anual.

ESCALA GERIATRICA DE EVALUACION FUNCIONAL (EGEF)

Instrucciones: Defina el ítems por la respuesta del paciente, si este no coopera utilice la opinión del cuidador responsable. Ante la duda entre ítems marque el inferior.

| | |
|-------------|--|
| CONTINENCIA | <input type="checkbox"/> 5- Perfectamente continente <input type="checkbox"/> 4- A perdido ocasionalmente el control de la micción <input type="checkbox"/> 3- Incontinencia urinaria, con limitaciones en su vida cotidiana <input type="checkbox"/> 2- Incontinencia urinaria que le impide realizar su vida cotidiana <input type="checkbox"/> 1- Doble incontinencia (urinaria y fecal) con pérdida de autonomía |
| MOVILIDAD | <input type="checkbox"/> 5- Se moviliza sin limitaciones tanto dentro como fuera del hogar <input type="checkbox"/> 4- Alguna limitación en la movilidad en particular con transporte público <input type="checkbox"/> 3- dificultades de movilidad que limitan satisfacer su vida cotidiana <input type="checkbox"/> 2- Depende para moverse de la ayuda de otra persona <input type="checkbox"/> 1- Se encuentra totalmente confinado a la cama o sillón |
| EQUILIBRIO | <input type="checkbox"/> 5- No refiere trastornos del equilibrio <input type="checkbox"/> 4- Refiere trastorno del equilibrio, pero no afecta su vida cotidiana <input type="checkbox"/> 3- Trastornos del equilibrio, con caídas y limitación de la autonomía <input type="checkbox"/> 2- Trastornos del equilibrio lo hacen dependiente de su vida cotidiana <input type="checkbox"/> 1- La falta de equilibrio lo mantienen totalmente incapacitado |
| VISIÓN | <input type="checkbox"/> 5- Tiene visión normal (aunque para ello use lentes) <input type="checkbox"/> 4- Refiere dificultad para ver pero esto no lo limita en su vida cotidiana <input type="checkbox"/> 3- Dificultad para ver, que limita sus actividades cotidianas <input type="checkbox"/> 2- Problemas de la visión, le obligan a depender de otra persona <input type="checkbox"/> 1- Ciego o totalmente incapacitado por la falta de visión |

| | |
|---------------------|--|
| AUDICION | <input type="checkbox"/> 5- Tiene audición normal(aunque para ello use prótesis auditiva) <input type="checkbox"/> 4- Refiere dificultad para oír pero esto no limita en su vida cotidiana <input type="checkbox"/> 3- Dificultad para oír, con algunas limitaciones en la comunicación <input type="checkbox"/> 2- Severos problemas de audición, que le limitan la comunicación <input type="checkbox"/> 1- Sordo o aislado por la falta de audición |
| USO DE MEDICAMENTOS | <input type="checkbox"/> 5- No toma medicamentos, no contar suplementos vitamínicos <input type="checkbox"/> 4- Usa menos de 3 de forma habitual <input type="checkbox"/> 3- Usa de 3 a 5 por más de un mes o indicados por varios médicos <input type="checkbox"/> 2- Usa más de 6 medicamentos <input type="checkbox"/> 1- Se automedica o no lleva control de los medicamentos que toma |
| SUEÑO | <input type="checkbox"/> 5- No refiere trastornos del sueño <input type="checkbox"/> 4- Trastornos ocasionales del sueño, no tiene necesidad de somníferos <input type="checkbox"/> 3- Debe usar somníferos para lograr el sueño que lo satisfaga <input type="checkbox"/> 2- Pese al uso de psicofármacos mantiene trastornos del sueño <input type="checkbox"/> 1- Trastornos severos del sueño que le impide realizar su vida diaria |
| ESTADO EMOCIONAL | <input type="checkbox"/> 5- Se mantiene usualmente con buen estado de ánimo <input type="checkbox"/> 4- Trastornos emocionales ocasionales que supera sin ayuda <input type="checkbox"/> 3- Trastornos emocionales le obligan al uso de psicofármacos <input type="checkbox"/> 2- Mantiene limitación por trastornos emocionales aún con tratamiento <input type="checkbox"/> 1- Los trastornos emocionales lo incapacitan, intento o idea suicida |
| MEMORIA | <input type="checkbox"/> 5- Buena memoria. Niega trastornos de la misma <input type="checkbox"/> 4- Refiere problemas de memoria, pero no limitan sus actividades diarias <input type="checkbox"/> 3- Trastornos evidentes de memoria, que limitan actividades de su vida <input type="checkbox"/> 2- Trastornos de memoria le hacen dependiente parte del tiempo <input type="checkbox"/> 1- La pérdida de memoria lo mantiene totalmente incapaz y dependiente |

| | |
|-------------------------|---|
| SITUACION FAMILIAR | <input type="checkbox"/> 5- Cuenta con el apoyo familiar que demandan sus necesidades <input type="checkbox"/> 4- Existe apoyo familiar, pero tiene limitaciones en alguna ocasión <input type="checkbox"/> 3- El apoyo familiar esta restringido a situaciones de crisis <input type="checkbox"/> 2- El apoyo familiar es escaso e inseguro, incluso en crisis <input type="checkbox"/> 1- Ausencia o abandono familiar total |
| SITUACION SOCIAL | <input type="checkbox"/> 5- Buena relación social. Apoyo total por vecinos y/o amigos <input type="checkbox"/> 4- Buena relación social. Tiene apoyo, limitado de vecinos o amigos <input type="checkbox"/> 3- Relación social limitada. Apoyo se limita a crisis <input type="checkbox"/> 2- Relación social limitada. Ausencia de apoyo de vecinos y/o amigos <input type="checkbox"/> 1- Ausencia de relaciones sociales y de apoyo por vecinos o amigos |
| SITUACION ECONOMICA | <input type="checkbox"/> 5- Niega problemas económicos <input type="checkbox"/> 4- Sus ingresos cubren sus necesidades básicas, pero no otras <input type="checkbox"/> 3- Tiene ocasionalmente dificultad para cubrir necesidades básicas <input type="checkbox"/> 2- Tiene habitualmente dificultad para cubrir necesidades básicas <input type="checkbox"/> 1- Depende económicamente de la asistencia social |
| ESTADO FUNCIONAL GLOBAL | <input type="checkbox"/> 5- Es independiente, activo y esta satisfecho de la vida que lleva <input type="checkbox"/> 4- Independiente, alguna limitación funcional para sentirse satisfecho <input type="checkbox"/> 3- Tiene limitaciones en su vida diaria, lo que exige la ayuda de otros <input type="checkbox"/> 2- Depende en su vida diaria de los cuidados de otras persona <input type="checkbox"/> 1- Esta totalmente incapacitado, exige cuidados constantes |

Leyenda: AVD Actividades de la vida diaria. Se consideran como actividades básicas (ABVD) las más elementales, bañarse, vestirse, ir al baño, movilizarse, la continencia y la alimentación; como actividades instrumentadas (AIVD) hablar por teléfono, movilizarse fuera del hogar, comprar, prepararse los alimentos, hacer tareas hogareñas o manuales, tomar sus medicinas y manejar su dinero.

Aspectos que deben ser incluidos en el análisis de la situación de salud de salud en el Consultorio Médico.

- Población total y geriátrica por sexos y grupos etáreos.

1. Población adulta mayor

Se refiere a todas las personas de 60 años y más

- Exámenes periódicos de salud realizados
- Morbilidad.
- Vacunación
- Discapacidad.
- Mortalidad.

a. Ancianos frágiles o en estado de necesidad

Se refiere solo a los ancianos frágiles o en estado de necesidad

- N° y % de ancianos frágiles o en estado de necesidad
- Composición del núcleo familiar
- Salud funcional
- Ayudas
- Uso de servicios sociales y de salud

PROCEDIMIENTO PARA EL OTORGAMIENTO DE INGRESOS EN CASAS DE ABUELOS Y HOGARES DE ANCIANOS”

Pueden solicitar el ingreso en casas de abuelos y hogares de ancianos las siguientes personas naturales o jurídicas:

- a) El adulto mayor.
 - b) Familiares del adulto mayor.
 - c) Equipo Básico de Salud (médico y enfermera de la familia).
 - d) Representantes de organizaciones políticas, sociales y de masas.
- La solicitud se realiza al Trabajador Social del Grupo Básico de Trabajo el área de salud, argumentando por escrito los motivos de la solicitud de ingreso, el que conforma un expediente en un término de diez (10) días hábiles posteriores a recibir la solicitud.

CIRCULOS DE ABUELOS:

Los Círculos de Abuelos ayudan a la resocialización, y a elevar la calidad de vida, pues fortalecen su salud y se arraiga la valencia por sí mismo.

Es responsabilidad de todo un conjunto de personas o entidades, incorporar a estos adultos mayores a una Educación Física racional dentro de su zona residencial, elevándolos de esta forma a que hagan una contribución activa al fomento de su salud, a la capacidad de rendimiento físico, y a que cultiven nuevos contactos sociales con personas que pertenecen a su propia generación.

La experiencia sobre el tema nos enseña, que estos sujetos de edad avanzada, una vez incorporados a la actividad física, se intensifica su sentimiento de autovaloración, de ocupación del tiempo libre y se va desechando la pérdida del contenido de la vida, porque una Educación Física efectiva, llena de regocijo y motivación, va encaminada a satisfacer las características y necesidades de los abuelos en esta etapa de la vida.

El Círculo de Abuelos ayuda a desperjuiciar el criterio de que la longevidad sea estimada culturalmente, como síndrome, morbosidad, detrimento, caducidad o quebranto de estos decanos.

Hay que atender seriamente a este grupo poblacional, porque muchos de estos sujetos antes de entrar en la llamada "Tercera Edad" dedicaron años de su vida a la creación de la base material y espiritual de la sociedad, siendo palpable su contribución cultural y socioeconómica. Muchos fueron maestros, ingenieros, campesinos, empleados, dirigieron colectivos laborales y después que interrumpieron su actividad como trabajadores, sus contactos sociales se modificaron y el círculo de amistades que se concentraba generalmente en su centro de trabajo prácticamente desaparece, siendo reemplazado por aquel que se va a cultivar o reanimar en su zona residencial.

En la literatura consultada pudimos conocer, según investigaciones realizadas, que luego de cinco años de jubilación en estos sujetos, comienza a arraigarse el sentimiento de constituir una carga familiar. Los ancianos se autovaloran a partir de las actuaciones de los que lo rodean hacía él, construyendo su "yo" a partir de sus relaciones con los demás, de ahí la importancia que adquiere el rol social en la construcción del mismo.

Por existir este criterio por parte de los ancianos, podríamos pensar que una acción de profilaxis, puede ser preparar en primer lugar a este longevo para asimilar los retos que le reserva esta nueva etapa de la vida, para ello podrían ayudar las organizaciones laborales, los medios de difusión masiva, el médico, la familia el profesor de Cultura Física de su localidad, es decir conformar una educación a nivel societal. Laborando con acciones y hechos para demostrarle a

los ancianos que aún la vida le brinda posibilidades de reafirmación, como su incorporación a la actividad deportiva, pues ésta implica ser fuente zona de felicidad, interiorizándose así recursos sociales y personales muy útiles.

La integración al Círculo de Abuelos promueve cambios sustanciales en la conducta de los ancianos, además la comunicación que establezca el profesor de Cultura Física con ellos, puede servir para detectar precozmente determinadas enfermedades, reducir riesgos, acercarse a los problemas del anciano, dándole solución en algunos casos, o apoyo en otros; para así influir sobre la actitud del abuelo con respecto al Círculo y así mismo.

Este clima de comunicabilidad entre ambos puede llegar a tal punto que el anciano sienta confianza en sí mismo y se muestre optimista por la actividad en que está inmiscuido. Cuando esto ocurre estamos en el momento exacto de utilizar al abuelo con mayores posibilidades para ponerlo frente al Círculo, bajo nuestro asesoramiento hábil, pues utilizando esta coyuntura, el abuelo monitor sirve de gran ejemplo para ganar seguidores al Círculo, para mantener a los asiduos y para convencer a los exépticos; en síntesis mediante su presencia activa garantiza la estabilidad de un grupo social donde priman los años vividos, es el grupo social más exigente, apasionados y convencidos de la necesidad de la práctica del deporte.

En investigaciones realizadas, muchos se retraen en no haber comenzado antes su participación en el Círculo, pues han visto que después de su incorporación han contrarrestado la tendencia al aislamiento, que se incrementa según pasan los años y afianzan el criterio que gracias al ejercicio físico han recobrado un sentimiento de utilidad personal, erradicando el concepto de que su vida ha perdido un contenido social.

Además podríamos recomendar, que para estabilizar nuestro grupo de veteranos, el profesor de Cultura Física, debe ser ejemplo ante todo, cuidar por su apariencia personal, por su vocabulario, por su autodisciplina laboral, para demostrar un exquisito tacto pedagógico para tratar al abuelo al corregirles los errores en la ejecución del ejercicio, para inspirarle confianza a la hora de realizarlos.

Cuando esta reciprocidad Profesor-Círculo sea profunda se pueden utilizar a los abuelos para el embellecimiento de su local, fomentar actividades recreativas propias de su edad, incentivar la transferencia de conocimientos, habilidades y experiencias de los ancianos a las generaciones más jóvenes estimulando la comunicación y la superación de mitos y perjuicios relacionados con la vejez.

Así se va fortaleciendo un grupo social que nació engendrado por la actividad deportiva.

Es interés social que una vez que estas personas culminen su actividad laboral, no se releguen a un segundo plano, y al deporte lo podemos utilizar para alejar a los abuelos de ese status, pues cuan activo y rica transcurriría la vida de estos sujetos, si logramos que no sean marginados socialmente y las concepciones discriminatorias y segregacionistas de la vejez desaparezcan.

Por lo que el profesor de Cultura Física con su trabajo cotidiano en el Círculo de Abuelo, pueden imprimirle a esta etapa de la vida un contenido nuevo, acercando más a estos entre sí, para integrarlos a una vida social más armoniosa y a una vez cultural más plena.