

**PLAN DE ACCIÓN PARA LA ATENCIÓN GERIÁTRICA
COMUNITARIA A LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD
DETECTADOS EN LOS ADULTOS MAYORES EN EL MUNICIPIO
DE COLÓN.**

**Lic. Melba Anciano Gómez¹, MSc. Elsa de las Mercedes Cano Galarraga², MSc.
Regla de la Caridad Llerena Alvarez³, Dra. Marilín Zamora Suárez⁴, Lic. Ángela
Llerena Álvarez⁵**

1. *Filial Universitaria Municipal de Colón, Matanzas, Cuba*
2. *Filial Universitaria Municipal de Colón, Matanzas, Cuba*
3. *Universidad de Matanzas “Camilo Cienfuegos”, Vía Blanca
Km.3, Matanzas, Cuba.*
4. *Hospital “Mario Muñoz Monroy”, Colón, Matanzas, Cuba.*
5. *Hospital “Faustino Pérez” Matanzas, Cuba.*

Resumen.

El presente trabajo se propone la realización de una intervención teniendo en cuenta los principales problemas de salud que más afectan a los adultos mayores de más de 75 años pertenecientes al consultorio del médico de familia # 20.

Debido al actual crecimiento de la población anciana se confirma la necesidad de mejorar el bienestar de las personas mayores. Se realiza un análisis de los problemas de salud más frecuentes a través de una evaluación exhaustiva de 15 adultos mayores, los cuales fueron intervenidos desde la prevención a partir de acciones educativas que sirvan de referentes al trabajo comunitario con los ancianos.

Como resultados se observó la compensación de la hipertensión en todos los pacientes, la disposición y el deseo de mantener la realización de los ejercicios físicos, la realización de encuentros intergeneracionales una vez al mes, el mantenimiento de forma sistemática y adecuada del tratamiento orientado así como la disminución de la depresión moderada.

Palabras claves: intervención, salud, adultos mayores, prevención, bienestar

Introducción

El envejecimiento poblacional no es un fenómeno exclusivo de la sociedad moderna, sino que ha estado presente en todas las etapas del desarrollo social, siendo de interés para la filosofía, el arte y la medicina en todas las épocas. Sin embargo, durante el presente siglo, se asiste a una situación singular, pues un número mayor de personas sobrepasan los 60 años de edad y esto convierte al envejecimiento poblacional en uno de los retos más importantes para las sociedades modernas.

Entre 2000 y 2050, la población mundial de 60 años y más se multiplicará considerablemente, pasando de 600 millones a 2000 millones. La mayor parte de ese aumento se producirá en países en desarrollo, donde pasarán de 400 a 1700 millones en ese mismo periodo. Este cambio demográfico tiene varias repercusiones en todos los sectores de la población muy espacialmente en la salud pública.

La buena salud es esencial para que las personas mayores mantengan su independencia y participen en la vida de la familia y de la comunidad. Las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades a lo largo de toda la vida pueden evitar o retrasar la aparición de enfermedades no transmisibles y crónicas, como las cardiopatías, los accidentes vasculares cerebrales y el cáncer. (1, 2)

Los servicios de atención primaria deben proporcionar una atención accesible, integrada y regular a las personas ancianas de forma integral y lo más completa posible. Las enfermedades crónicas requieren un seguimiento para reducir al mínimo las discapacidades asociadas y sus efectos negativos sobre la calidad de vida. La naturaleza continua de esa atención significa que será más eficaz si se presta en entornos basados en la comunidad, como los centros de atención primaria(3)

La repercusión del envejecimiento en los sistemas de salud es evidente en especial la morbilidad. La prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles aumenta con la edad, lo que constituyen el principal problema de salud en los países desarrollados y en Cuba.

Estos hechos ha motivado la atención del gobierno y el sector de la salud, y es el Programa de Atención integral al Adulto Mayor uno de los priorizados del Ministerio de Salud Pública, lo que evidencia el interés del estado cubano en brindar una atención óptima a las personas de 60 años y más.

En relación a la asistencia al adulto mayor, vemos que la piedra angular y rectora en el diagnóstico precoz, promoción, prevención e intervención inicial a los problemas de este grupo poblacional, es la atención primaria, a través de los Grupos Básicos de Trabajo, pues es a partir del análisis de la situación de salud que llegamos de una forma directa a la detección de los ancianos frágiles y en estado de necesidad para poder crear estrategias interventivas correctas y lograr los mejores resultados en beneficio de la salud de los adultos mayores.(4)

Nuestros conceptos gerontológico exhiben gran participación de la familia y la comunidad, dejando fuera los antiguos patrones de institucionalización para usarlos sólo cuando sea necesario, el Estado por si solo no puede asumir toda la responsabilidad, se necesita la participación activa de toda la familia, la comunidad, las organizaciones políticas y no gubernamentales, surgiendo de este modo el Programa del Adulto Mayor, donde el médico de la familia y la enfermera tienen importante participación, siendo el protagonista principal en esta gestión de salud para el anciano.(5)

A partir de la revisión del análisis de la situación de salud del consultorio # 20, se encontró que contaba con una población general de 879 pacientes, de ellos 123 mayores de 60 años, por lo que se decide en esta investigación trabajar con los mayores de 75 años, puesto que se consideró fuera la población más vulnerable y porque ofrece mayor necesidad de atención médica especializada al igual que un mayor reclamo de intervención. De ahí que se valorara la importancia del trabajo con una pequeña muestra para favorecer esta intervención, sirviendo de referencia inmediata al trabajo asistencial de otros consultorios y comunidades, hasta alcanzar intervenir una mayor población anciana.

Por lo antes expuesto es que se plantea el objetivo de ejecutar una intervención a los problemas detectados en un grupo de adultos mayores pertenecientes consultorio # 20 del área de salud oeste del municipio de Colón.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Intervenir los principales problemas de salud detectados a un grupo de adultos mayores con más de 75 años en el consultorio # 20 del municipio de Colón.

Objetivos específicos:

- 1- Realizar una evaluación exhaustiva al grupo seleccionado.
- 2- Aplicar una intervención sobre los principales problemas detectados a través de un plan de acción trazado.
- 3- Evaluar resultados de la aplicación del sistema de acciones propuesto.

Muestra y Metodología.

Se realizó una evaluación exhaustiva a un grupo seleccionado para la detección de los principales problemas que les afectan, en el período comprendido entre septiembre 2013 a octubre 2013.

De un universo de 25 pacientes de más de 75 años la muestra quedó conformada por 15 ancianos, que cumplían los siguientes criterios:

Criterio de inclusión.

- 1- Deseo de participar de forma activa en el estudio.
- 2- Posibilidad de acudir al consultorio.
- 3- Edad mayor de 75 años.

Criterio de exclusión.

- 1- Pacientes con limitación física que no contaban con ayuda para acudir al consultorio. (2 impedidos físicos por amputación, 1 por enfermedad cerebro vascular con secuela, 1 con pluripatologías invalidantes.)
- 2- Pacientes con limitación sensorial por ceguera, que no contaban con ayuda para acudir al consultorio.
- 3- Pacientes que se encontraban fuera de área en el momento del estudio.
- 4- Pacientes con demencia en estadio avanzado.

Para la obtención de la información se tuvieron en cuenta variables sociodemográficas como edad, sexo, raza, estado civil, nivel cultural, condiciones de la vivienda, número de convivientes. Factores de riesgo como hábitos tóxicos, tratamiento, estado nutricional. Además de la aplicación de escalas de evaluación geriátrica validadas con este fin.

Con el fin de realizar una valoración integradora se tuvo presente un enfoque bio-psico-social llevándose a cabo una evaluación geriátrica a partir de 4 dimensiones:

Evaluación biomédica general.

Evaluación funcional.

Evaluación Psicológica.

Evaluación social.

Para el procesamiento de la información se utilizó Microsoft Office con Word 2010 y con el Excel para la base de datos.

La intervención socioeducativa quedó organizada en un plan de acción para la prevención de enfermedades y promoción de salud, abordando los aspectos propios de la Atención Primaria de Salud. En una segunda evaluación con un intervalo de 15 días se determinaron los resultados arrojados por la intervención.

Desarrollo y discusión de los resultados.

Se valoraron variables como la edad en la que se trabajó con pacientes mayores de 75 años y un máximo de 87 años. La raza que predominó fue la blanca con 10 pacientes, seguido de la mestiza con 3 pacientes y la negra con 2 pacientes, en cuanto al sexo se presentó de forma semejante ya que se vieron a 8 femeninos y 7 masculinos.

En cuanto a la escolaridad predominó la primaria con 10 pacientes y la enseñanza media con 5 pacientes. En referencia al nivel educacional alcanzado fue en su gran mayoría el nivel primario, esto coincide con los estudios sobre el tema, que refieren que la población actual de adultos mayores no tuvo acceso a la masificación de la educación. (6)

Los hábitos tóxicos no arrojaron datos de importancia ya que solo se detectaron 3 pacientes fumadores y 5 que toman café. Las condiciones de la vivienda eran buenas ya que pertenece a un área urbana relativamente nueva donde predominan los apartamentos de edificio. En la convivencia se detectó 1 anciana en total soledad. No se comprobó problemas sociales ni económicos de importancia que repercutieran en los adultos estudiados.

La escala de Norton para riesgo de ulcera por presión no arrojó problemas significativos ya que sólo se detectaron 2 pacientes con este riesgo, esto coincide con las características socio - demográfica de la población estudiada, la cual manifiesta un elevado nivel de independencia y funcionalidad.

Se confirma el predominio del fenómeno de la viudez, principalmente manifiesto en el sexo femenino y de una menor prevalencia en el masculino, este hecho resulta ser una tendencia mundial puesto que el hombre tiende a morir primero que la mujer. En el caso de nuestro país donde la expectativa de vida se ubica alrededor de los 74 años, para el hombre es a los 73 años y para las mujeres a los 76 años. (7)

Existen investigaciones con un enfoque de género que revelan que, cuando este fenómeno de la viudez ocurre primero en el hombre, este vivencia mayor soledad que la mujer viuda, es decir que los viudos experimentan más desolación que las viudas. (8)

Uno de los estudios revisados sobre el tema correlaciona el estado civil con el estado nutricional de los ancianos, dejando ver que la viudez es un factor de riesgo para la aparición de la desnutrición proteico-energética, los ancianos tienden a presentar un cambio en el patrón alimentario asociado a la depresión y cambios en el régimen de vida. (9)

Es evidente que el estado civil también constituye un factor de riesgo a la salud del anciano, pues se relaciona con la forma de vida, y más en concreto el vivir en soledad. Las tasas de suicidio son superiores entre los solteros, viudos y separados/divorciados. Al diferenciarse por sexo, los varones viudos son los que tienen mayor riesgo potencial de suicidio que los casados. Entre las mujeres las diferencias por estado civil son apenas perceptibles. En caso de viudez, un varón de más de 60 años tiene tasas ocho veces superiores a las mujeres por suicidio.(10)

Existe un predominio de los pacientes con sobrepeso para un 40 % de los mismos, esto al igual que la obesidad, el sedentarismo y el mal hábito alimentario que practicamos en Cuba como son la dietas de sal y grasas en exceso, se convierten en factor de riesgo y causa de la hipertensión arterial, enfermedad que afecta considerablemente a la población anciana, especialmente a la de esta comunidad.

La nutrición es un importante factor que contribuye a la salud y habilidad funcional en el anciano. Las investigaciones revisadas expresan al igual que nuestro estudio, que los ancianos que viven en la comunidad tienden a presentar un buen estado nutricional o la tendencia al sobre peso asociado generalmente a que llevan una vida poco activa y dietas inapropiadas con predominio de los carbohidratos y que la mejor manera de retardar y revertir los efectos del envejecimiento y las enfermedades degenerativas asociadas a edad, es a través de ejercicio físico y de una dieta nutritiva y balanceada. (12)

Ciertamente las necesidades nutricionales de los ancianos se asocian más a su nivel de actividad diaria que a su edad cronológica. De hecho, generalmente, los más dinámicos presentan un buen estado nutricional, frente a los que están aislados o postrados en cama, que acusan deficiencias nutricionales.

El ajuste de la ingesta energética al menor gasto de energía favorece el mantenimiento del balance energético y previene la obesidad. Sin embargo, al disminuir la ingesta de energía con frecuencia también lo hace la de micronutrientes. Para que esto no genere un detrimento nutricional, la densidad de nutrientes de la dieta ingerida debe aumentar, ya que los requerimientos de la mayoría de los nutrientes no se ven afectados por el envejecimiento (11).

Si sólo se redujera la ingesta –consecuencia del menor gasto, sin incrementarse la densidad de nutrientes, las deficiencias nutricionales conducirían a una disminución de la actividad física, efecto del desarrollo de patologías o de la simple apatía frente a la misma. El menor gasto de energía derivaría en un incremento del peso corporal a partir de la masa grasa, resultado de un balance energético positivo. Y este sobrepeso redundaría en una menor actividad física. Por tanto, ambas situaciones, producto de una incorrecta regulación de la ingesta y del gasto energético, devienen en un círculo vicioso, con una menor actividad física y un deterioro del organismo progresivos. (13)

Los pacientes con polifarmacia en el tratamiento representa un 33.3 % que es una elevada incidencia de la misma, pues se puede ver que no existe un elevado por ciento de pacientes con polifarmacia y que esto está en correspondencia con el tratamiento adecuado lo que

significa que el riesgo de reacciones adversas a los medicamentos e interacciones medicamentosas es mínimo.

Es importante destacar que la indicación de un plan terapéutico en el anciano debe ir precedida de un análisis individual para evitar cometer iatrogenias que pongan en riesgo la salud del anciano.

La polifarmacia se ha tornado tan importante en la salud del paciente anciano que la geriatría como subespecialidad médica, la define junto a la iatrogenia a fármacos, como uno de los grandes síndromes geriátricos, probablemente porque la polifarmacia como entidad clínica se comporta como un simulador de enfermedad, generando síntomas sugerentes de cualquier estado patológico.

Los adultos mayores se han constituido en los grandes consumidores de medicamentos, ya sea porque los necesitan por las pluripatologías que padecen o bien por automedicación, pero en cualquiera de los casos se exponen a un riesgo aumentado de hospitalizaciones, pérdida de funcionalidad, mayor frecuencia de caídas, mayor consumo de servicios de salud, entre otros.

El uso de medicamentos cardiovasculares, antiasmáticos y psicofármacos aumentan el riesgo de utilización de otros medicamentos determinando así la aparición de polifarmacia. Asimismo, 5 o más consultas anuales a los servicios de atención primaria también han sido identificados como factores de riesgo para presentar polifarmacia. Sin embargo, la evidencia es mucho más contundente al señalar la edad avanzada como un factor de riesgo. (15)

La revisión de los tratamientos farmacológicos recibidos por los AM, pone en evidencia que ellos habitualmente están expuestos a polifarmacia, como una de las causas de fragilidad en estos pacientes, asociándose con un aumento en el riesgo de desarrollar síndromes geriátricos como caídas, delirium, pérdida de la funcionalidad y la autonomía, deterioro cognitivo, incontinencia, entre otros (16)

Se puede decir que las alteraciones que con el envejecimiento se dan en los diferentes órganos y sistemas, van a condicionar la farmacocinética y farmacodinamia de muchos fármacos de uso común en este grupo de población; ello va a obligar a una adecuación de las dosis.

La polifarmacia, no siempre evitable, va a condicionar, entre otras causas, una elevada incidencia de reacciones adversas al medicamento, y a su vez, los ancianos frágiles constituyen un subgrupo en el que se debe de poner especial énfasis en cuanto a la indicación, posología y vigilancia de sus tratamientos.

Algunos de los síndromes geriátricos más frecuentes (deterioro cognitivo, caídas, delirium) cuentan a los medicamentos entre sus agentes productores, los psicofármacos y antimuscarínicos son los grupos que con mayor frecuencia están involucrados, por lo que su prescripción debe de ir seguida de una adecuada vigilancia sobre la posible aparición de efectos adversos(17)

Con respecto a la movilidad existen 6 pacientes con dificultad, se presenta en un 40% los que coinciden con los cambios propios de la edad y el predominio de la osteoartrosis. En cuanto al estado emocional se detectaron 6 pacientes afectados, con un predominio de la depresión moderada.

Escala de Tinetti para la marcha y equilibrio, se encontró que predominó los que presentaron alteraciones (8 pacientes para un 53.3%), sobre los normales 7 pacientes para un 46.6%. Esto está relacionado con la bibliografía revisada, la cual plantea que con la progresión de la edad van apareciendo trastornos para la marcha y equilibrio y con ello aumenta el riesgo de caídas, así como sus consecuencias.

En los adultos mayores existen múltiples cambios y uno de ellos se observa en el aparato músculo-esquelético, los músculos se atrofian, disminuye su masa y su fuerza física, especialmente en miembros inferiores, aparece la osteoporosis, los ligamentos y cartílagos pierden su resistencia y elasticidad, se produce además alteraciones de la sensibilidad vibratoria y cambios en la visión periférica, el paso se hace corto y más lento, según autores esto es consecuencia de cambios de los reflejos posturales, cambios degenerativos del sistema piramidal con disminución de la capacidad de coordinación neuromuscular, por tanto ante tareas difíciles, fatigosas y mantenidas muestra cansancio, agotamiento e incapacidad. Mantener una calidad de vida adecuada en personas que llegan a la vejez, es un reto de cualquier sistema de salud.

La conservación de la marcha es uno de los requisitos más importantes de la ancianidad satisfactoria, sus trastornos según Oriol Franch, son un problema frecuente en las personas mayores y causan limitación de la deambulación independiente, aumentan la morbilidad y es un factor que contribuye a la institucionalización o ingreso en hogares de ancianos.(19)

Existe predominio de la hipertensión arterial con 12 pacientes para un 80 %. En la mayoría de la bibliografía revisada se demostró que en este grupo etario predomina la hipertensión arterial como problema de salud. En Cuba su prevalencia (en adultos > de 18 años) es de 33 % (aproximadamente 2 millones) con una incidencia anual de 0.4-2.5 %, mientras otros países como España informa una prevalencia de 47 % en una población de 35 a 64 años, México 30.09 %, Egipto 26.3 % y el Reino Unido 37 %. Un estudio del profesor Macías Castro en 1995 encontró que el 66.75 % de los Accidentes Vascular Encefálico Isquémicos y el 68 % de los pacientes con Cardiopatía Isquémica eran portadores de HTA.(20)

La hipertensión arterial es un factor de riesgo cardiovascular reconocido, responsable de una morbimortalidad cardiovascular elevada. Sin embargo, a pesar de disponer de fármacos eficaces para su tratamiento y de numerosos programas científicos de formación y actualización realizados, la realidad es que sólo se controla a un porcentaje bajo de pacientes de acuerdo con las cifras consideradas normales en la actualidad. La publicación de estas normas o guías de actuación en hipertensión arterial tiene el objetivo de que sirvan de orientación a los médicos que tratan a pacientes con hipertensión arterial y lograr su mejor diagnóstico, tratamiento y control.(21)

La frecuencia de la hipertensión arterial aumenta con la edad demostrándose que después de los 50 años casi el 50% de la población padece de HTA. En muchos países es la causa más frecuente de consulta médica y de mayor demanda de medicamentos.

La valoración del funcionamiento cognitivo del paciente es una de las áreas más importante de la investigación por el valor diagnóstico que implica para el análisis de enfermedades en el adulto mayor, en este estudio se encontraron 9 pacientes sin deterioro los que conforman el 60% de la muestra, aunque 4 presentaron un ligero deterioro para un 26.6% y solo 2 pacientes con deterioro moderado para un 13.3 %.

Los trastornos de la memoria asociados al envejecimiento pueden afectar a las actividades corrientes de la vida diaria, aunque generalmente con poca trascendencia, pero se diferencian de los olvidos demenciales, por la evidenciable ausencia de otros déficits cognitivos y porque en ellos el paciente es plenamente consciente de los mismos, siendo una frecuente causa de consulta de "motu proprio", nunca a través de familiares.

A pesar de que a veces pueden confundirse con fases incipientes de la demencia, debemos diferenciarlos de ella por cuanto parece que se trata de un proceso no siempre progresivo hacia ésta, cuando la única faceta intelectual afectada es la memoria (olvidos benignos del anciano) (24)

Si a los fallos mnésicos se asocia el deterioro de alguna otra área cognitiva, que dificulten la resolución de problemas complejos, a pesar de no repercutir gravemente en las actividades sociales del enfermo, en este caso hablaríamos de alteración cognitiva senil y sólo el estudio evolutivo podrá determinar el pronóstico; sobre el cual algunos autores han especulado que casi un 70% de los que sufren esta dolencia desarrollarán demencia, en los próximos 7 años (25)

Es sabido que las alteraciones circulatorias a nivel cerebral causadas por la hipertensión, conllevan mayor riesgo de eventos vasculoencefálicos (infartos y/o hemorragias), daño de la sustancia blanca subcortical, atrofia cortico-subcortical y más probabilidades de evolucionar hacia una demencia vascular. Sin embargo previo a estos estadios avanzados, el paciente hipertenso presenta un cuadro subclínico durante años, caracterizado por deterioro cognitivo, que puede ser detectado mediante un conjunto de test neuropsicológicos. (26)

El deterioro cognitivo presenta una alta prevalencia en el anciano y condiciona no pocas situaciones de grave incapacidad, amén de una seria problemática socio-asistencial; basta recordar que la demencia senil tiene una prevalencia de un 20% por encima de los 80 años y es el substrato más adecuado para que múltiples procesos agudos incidan sobre ella (infecciones, deshidratación, confusión), así como complicaciones en línea con los denominados síndromes geriátricos (caídas, inmovilidad, incontinencia, impactación fecal, úlceras por presión, etc.). Además, los pacientes con deterioro cognitivo requieren una mayor supervisión por sus cuidadores, tienen un peor pronóstico rehabilitador, su alta hospitalaria es más difícil y utilizan un mayor número de recursos socio-sanitarios (27)

En la evaluación afectiva se pudo comprobar la expresión abierta de la depresión, detectándose a 8 de los ancianos con una depresión moderada y todas con una noxa medioambiental.

La presencia de la depresión en el anciano es variable según el contexto en el que nos encontremos, si bien en todos ellos constituye un importante problema de salud; es difícil determinar con exactitud la frecuencia de la depresión geriátrica en cada caso, ya que los estudios realizados sobre este tema emplean poblaciones diferentes, instrumentos y métodos de detección distintos, criterios de definición de "caso" distintos, etc. Todo ello ha conducido a la descripción de tasas de frecuencia muy variables, si bien se puede establecer que los trastornos depresivos afectan a alrededor del 10% de los ancianos que viven en la comunidad, entre el 15% y 35% de los que viven en residencias (dependiendo de las características del centro), entre el 10% y el 20% de los que son hospitalizados, en torno al 40% de los que padecen un problema somático y están en tratamiento por ello, y, finalmente, llegan a constituir el motivo de ingreso más frecuente en población anciana en las unidades psiquiátricas de los Hospitales generales. Respecto a los síntomas clínicos de ansiedad, éstos aparecen en un 10-20% de los ancianos.

Se ha demostrado que la depresión se asocia a una mayor morbi-mortalidad, actuando negativamente sobre la situación funcional, nutricional y social del anciano, así como en los resultados de la terapia rehabilitadora, y dificulta el alta de los pacientes ingresados en camas hospitalarias. Por ello es necesario realizar una valoración de posibles trastornos afectivos con el fin de detectar situaciones patológicas potencialmente tratables.

El objetivo de la valoración afectiva es identificar y cuantificar posibles trastornos en esta área que afecten o puedan afectar la capacidad de autosuficiencia del anciano, permitiendo así establecer un adecuado plan terapéutico. (27)

En cuanto a la evaluación geriátrica integral se detectó que predominaron los ancianos frágiles, con 10 pacientes para un 66.6 %, lo que corresponde con estudios revisados que plantean que este grupo etario se caracteriza por ser frágil, ya que, de una forma u otra pueden tener afectada algunas de las esferas evaluadas.

Entre los principales problemas detectados como resultado del análisis y evaluación realizada a estos pacientes se pueden enumerar los siguientes:

- 1- Predominio de la hipertensión arterial (HTA) como enfermedad crónica no transmisible.
- 2- Prevalencia de pacientes con sobrepeso, lo que constituye un factor de riesgo para la enfermedad hipertensiva.
- 3- Problemas en la medicación, principalmente la polifarmacia.
- 4- Presencia de síndromes dolorosos de origen generalmente somático, que estimulan la automedicación y secundario a esto, trastornos de la marcha y el equilibrio.
- 5- Depresión moderada, relacionada con la soledad principalmente el fenómeno de la viudez en las mujeres, y a problemas de salud en los hombres.
- 6- Problema auditivo en una paciente.

Plan de acción:

#	Problema	Acciones	Responsable	Ejecutor	Fecha
1	Predominio de la Hipertensión arterial	<p>1-Charla educativa sobre HTA y cómo actuar sobre los factores de riesgo que intervienen en la misma.</p> <p>2- Rehabilitar los círculos de abuelos y su incorporación a la práctica de ejercicios físicos, actividades recreativas.</p> <p>a. Se coordina con activista del INDER la realización de los ejercicios.</p> <p>b .Se coordina con el Micro Zoo, el espacio para, la realización de encuentros de los AM.</p> <p>3. Remisión a consulta especializada del CEGER para seguimiento y control.</p>	<p>1.Enfermera del equipo.</p> <p>2.Trabajadora social del equipo.</p> <p>3. Dra. Geriatra</p>	<p>1. Enfermera del equipo.</p> <p>2. Trabajadora social del equipo.</p> <p>3. Dra. Geriatra.</p>	<p>23/10/13</p> <p>30/10/13</p> <p>Jueves 2pm en el CEGER</p>
2	Prevalencia de sobrepeso.	<p>1. Incorporación a la práctica de ejercicios físicos.</p> <p>2.Orientacion sobre el control de una dieta adecuada, saludable, balanceada, en la que predomine el consumo de frutas y vegetales, disminuyendo el consumo de sal y grasas, a través de charlas educativas.</p>	Dra. Geriatra.	Enfermera del equipo y del consultorio	23/10/13
3	Polifarmacia	<p>1. Orientaciones sobre el uso de medicamentos, corrigiéndose la medicación inadecuada y eliminando los tratamientos no necesarios, orientando dosis adecuada, horarios establecidos, en cuanto a la dosis e intervalos.</p> <p>2. Reajustes en el tratamiento de base.</p>	Dra. Geriatra.	Dra. Geriatra.	23/10/13
4	Síndrome doloroso	1. Incorporación a la realización de ejercicios físicos y fisioterapia.	Enfermera del equipo.	Sala de fisioterapia del	30/10/13

		2. Remisión a sala de fisioterapia del policlínico oeste.		policlínico oeste.	
5	Alteraciones del FG.	Orientaciones de la dieta y el uso de medicamentos.	Dra. Geriatra.	Dra. Geriatra.	23/10/13
6	Alteraciones de la marcha y equilibrio	Incorporación a la realización de ejercicios físicos y fisioterapia. Remisión a sala de fisioterapia del policlínico oeste.	Dra. Geriatra.	Dra. Geriatra. Sala de fisioterapia del policlínico oeste.	30/10/13
7	Prevalencia de la depresión moderada.	Orientación individual a los pacientes deprimidos sobre el afrontamiento a la misma, realizándose una pequeña intervención en los pacientes que arrojaron depresión moderada, orientándose el manejo para prevenir la progresión de las mismas.	Psicóloga del equipo.	Psicóloga del equipo.	23/10/13
8	Alteración auditiva 1 pct.	Remisión a ORL	Dra. Geriatra	Dra. Sandra, esp. En ORL.	25/10/13

Evaluación del plan de acción

Resultados obtenidos

En la segunda evaluación realizada con un intervalo de 2 semanas, obtuvimos que todos los pacientes hipertensos se encontraban compensados.

La disposición y el deseo de mantener la realización de los ejercicios físicos a través de los círculos de abuelos.

Se coordinó con el micro zoológico el espacio para encuentros inter generacionales una vez al mes.

Todos refirieron estar llevando el tratamiento orientado.

La disminución de la depresión, encontrándose solo 4 pacientes que mantenían esta condición.

Se remitieron a consulta especializada de Geriatria del CEGER a 3 pacientes que presentaban descompensación de sus patologías de base para seguimiento y control.

La paciente remitida a consulta de ORL, fue diagnosticado un tapón de cerumen con el correspondiente tratamiento y mejoría de la hipoacusia.

Conclusiones

A partir de los principales problemas de salud identificados en los adultos mayores de 75 en el consultorio # 20 del municipio de Colón, objeto de investigación, se aplicó una estrategia de intervención socioeducativa como plan de acción contribuyendo en la prevención y modificación de su realidad presente.

La estrategia de intervenir ante los principales problemas que más afectan a los adultos mayores de 75 años en dicha comunidad, logró ser un ejercicio que puede replicarse como referente a otros consultorios y dirigirse a una mayor población.

En el curso del trabajo se confirmó que los principales problemas de salud de la muestra estudiada se manifestaron en el predominio de la hipertensión arterial (HTA) como enfermedad crónica no transmisible, la prevalencia de pacientes con sobrepeso, los problemas en la medicación, principalmente la polifarmacia. La presencia de síndromes dolorosos de origen generalmente somático, que conllevan a la automedicación y esto a su vez, a trastornos de la marcha y el equilibrio. La depresión moderada, relacionada principalmente el fenómeno de la viudez en las mujeres, y los problemas de salud en los hombres.

Teniendo en cuenta la incidencia de estos problemas de salud se llevó a cabo un plan de acción a partir del cual se obtuvieron resultados a corto plazo, como fueron, que todos los pacientes hipertensos se encontraban compensados de la misma, la disposición y el deseo de mantener la realización de los ejercicios físicos a través de los círculos de abuelos.

También se coordinó con el micro zoológico el espacio para encuentros intergeneracionales una vez al mes, mantener de forma sistemática y adecuada el tratamiento orientado, la disminución de la depresión encontrándose solo 4 pacientes que mantenían esta condición, se remitieron a consulta especializada de Geriatria del CEGER a 3 pacientes que presentaban descompensación de sus patologías de base para seguimiento y control.

De esta forma quedó demostrado que el personal de salud debe estar entrenado para elevar la calidad de vida de los adultos mayores, además de capacitar a familiares, comunidad, y actores sociales relacionados con ellos. Envejecer es un proceso complejo, quizás mucho más en nuestros días, y es un fenómeno que se ha de enfrentar no como una enfermedad.

Recomendaciones

- Mantener un adecuado control y seguimiento de patologías crónicas en especial la HTA para prevenir la descompensación de las mismas.
- Chequeos frecuentes para determinar el filtrado glomerular, detectando en estadios iniciales la IRC y así prever la progresión de la misma.
- Mantener de forma activa el funcionamiento de los círculos de abuelo como la piedra angular del trabajo preventivo de los adultos mayores.

Bibliografía

1. AGUIAR PÉREZ, ARACELYS Estrategias de tratamiento en pacientes hipertensos de difícil control. Tesis en opción al título de Medicina General Integral. Universidad de Ciencias Médicas, Matanzas (Cuba). 2004
2. _____. Alteraciones de la marcha en el anciano. Servicio de nefrología. Neurología rediris.es/congreso_1conferencias/movimiento.html.
3. ALBALA BREVIS, CECILIA. (s/f) Evaluación del estado nutricional en el anciano Disponible en: <http://www.higiacomunidad.es/blog/farmacoterapia-en-el-paciente-anciano-polimedicado-ajuste-posologico>.
4. ARRIAGADA R LEONARDO. MARCELA JIRON A, INÉS RUIZ A Uso de medicamentos en el adulto mayor (s/f). Sección de Geriátría, HCUCh. Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas, Universidad de Chile.
5. BASTER MORO, J C. Diez años de Geriátría en Holguín. 2007 Salud Provincial Holguín. 11(4 Suppl. 1) Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no114sp/ns114edi.htm>
6. BOLLETTA, M y col. Prevalencia de los determinantes de fragilidad en los Adultos Mayores de Bahía Blanca s/f
7. DÍAZ CASTELLÓN, MARÍA DE LOS ÁNGELES y col. Caracterización de la población geriátrica en una comunidad del Cerro. Habana. Junio, 2005
8. DUEÑAS HERRERA, A. Reportes del Departamento de Epidemiología del Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular MINSAP. Habana. 1997
9. FRANCH, O. Trastorno del movimiento, conferencia. [Serie de internet]. Madrid, Hospital universitario de Getafe.
10. GAINZA V, NIVARDO F. La mujer adulta mayor. Av. Med. Cuba.. 11(40):30-32. (Oct.-dic. 2004)
11. GRECA A., FILIPPINI F. Módulo 1: Generalidades. La consulta de salud. Clínica-UNR. 2007 Org 1ra Cátedra de Clínica Médica y Terapéutica y la Carrera de Posgrado de especialización en Clínica Médica Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de Rosario – Rosario, Santa Fe, Argentina.

12. IRAIZOZ, I Valoración geriátrica integral (II): valoración nutricional y mental en el anciano. Servicio de Geriátrica. Hospital de Navarra. Pamplona. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple1/suple6.html>.
13. JÜRSCHIK GIMÉNEZ, PILAR Evaluación del estado nutricional en la población mayor de diferentes niveles de atención. Tesis en opción al título de Doctora en Medicina.
14. KESSEL, H. La edad como criterio. 2008 MedClin (Barcelona); 110:736-9.
15. LOMBERA ROMERO, FEDERICO. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol Vol. 53, Núm. 1, Enero 2000; 66-90
16. LÓPEZ FÁBREGAS, LLUNIA M. Factores desencadenantes de la fragilidad en el anciano. PODIUM, Órgano divulgativo de GDeportesTM Número 17 – octubre. 2011
17. MARÍN, PEDRO PABLO. Fragilidad en adultos mayores y evaluación geriátrica integral. De MI. 2000 vol.29.(1-2). Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/geriatria/Fragilidad>.
18. MARTÍNEZ QUEROL, CÉSAR, VÍCTOR T. PÉREZ MARTÍNEZ, MARIOLA CARBALLO PÉREZ Y JUAN J. LARRONDO VIERA. Polifarmacia en los adultos mayores, Revista Cubana Medicina General Integral, 2005, 21 (1-2)
19. MAZZEI PIMENTEL, M. (2003) Envejecimiento Poblacional en Chile y América Latina. Rev. Chil. Salud pública.; 7(2):104-105.
20. MILLÁN MÉNDEZ, ISRAEL E. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado. 2010 Policlínico Universitario "Manuel Fajardo Rivero". Holguín. Cuba. http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol26_4_10/enf07410.htm
21. OROSA FRAÍZ TERESA. La tercera edad y la familia, una mirada desde el adulto mayor, *editorial Félix Varela, La Habana. 2000*
22. PRIETO O, VEGA E. La atención al anciano en Cuba. Desarrollo y perspectivas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2007
23. PUY PORTILLO, MARÍA. Alimentación y Nutrición en las Personas Mayores. Baquedano. Argitalpen Zerbitzua Servicio Editorial ISBN: 978-84-695-0430-7. Disponible en: www.argitalpenak.ehu.es
24. RODRÍGUEZ KNAPP, ELISA Psicología de la salud, Editorial Félix Varela, La Habana, 2005.
25. ROLLASON V, VOGT N.) Reduction of polypharmacy in theelderly. DrugsAging, 2003, 20:817-32.

26. RUBIN R H, MORRIS, J C.) GRANT EA, VENDAGGNE T. Very demencia of the Alzheimer type: I. Clinical assessment. Arch Neurol. 1989, 46: 379-82.
27. SELLEN CROMBET J. Hipertensión arterial: Diagnóstico, tratamiento y control. Ciudad de la Habana: Editorial Félix Varela, 2002