

Sistema de evaluación y clasificación basado en la afección de las esferas fisiológicas del adulto mayor

Evaluation and classification system based on the affection of the physiological spheres of the elderly

Enrique Gary Jiménez Vignola 1. Fernando Vargas Caballero 2. Natalia del Carmen Tagle López 3. Mariel Lucero Aliaga Ramírez 4. Gabriel Morales Robles 5.

1. Lic. en Fisioterapia y Kinesiología. Docente Universidad del Valle. Jefe Servicio de Fisioterapia Casa de Reposo "La Colonia" jimenezvignolagary@gmail.com
2. Fisioterapeuta Casa de Reposo "La Colonia" fernandovargas.c05@gmail.com
3. Estudiante de Fisioterapia. Universidad Privada del Valle. nata_tagle@hotmail.com
4. Estudiante de Fisioterapia. Universidad Privada del Valle. mariluz.mlar13@gmail.com
5. Estudiante de Fisioterapia. Universidad Privada del Valle. gabosila@hotmail.com

RESUMEN

Dentro la atención geriátrica, el obstáculo que se presenta al momento de valorar, detectar y tratar a los adultos mayores se enfoca en producir una serie de acciones adversas al no contar con un diagnóstico precoz de las alteraciones y afecciones en la esfera física (donde se toman en cuenta los cambios asociados a la enfermedad y sus manifestaciones clínicas), funcional (donde se aprecian los cambios en la ejecución de actividades de la vida diaria), cognitiva (asociada a la conservación de la inteligencia) y la social (que toma en cuenta las relaciones con el medio externo). Mediante este sistema de evaluación y clasificación, se consiguió identificar que al grupo de adultos mayores sanos pertenecen un 2 %, al de enfermos un 16 %, 28 %

corresponde al de mayores frágiles y, por último, un 54 % está conformado por pacientes geriátricos.

La clasificación conseguida ayuda a prevenir lesiones y mejorar la evaluación, tratamiento, actividades recreacionales, aseo y alimentación, así como a disminuir las limitaciones socioculturales (que son un limitante). Gracias al estudio descriptivo, analítico y transversal de un grupo específico de adultos mayores se cumple el propósito de describir, caracterizar, interpretar y analizar los datos de forma cuantitativa, donde se fundamentan los aspectos de clasificación de 50 adultos mayores. Se utilizó una gama de test, índices, pruebas y cuestionarios orientados a proporcionar datos sobre las características clínicas, funcionales cognitivas y sociales del adulto mayor.

Palabras clave: Funcionalidad. Adulto mayor. Modelos de cuidado. Paciente geriátrico. Condición motriz.

ABSTRACT

In geriatric care, the obstacle that arises when evaluating, detecting and treating older adults focuses on producing a series of adverse actions by not having an early diagnosis of alterations and conditions in the physics sphere (where the changes associated with the disease and its clinical manifestations are taken into account), functional (in which the changes in the execution of activities of the daily life), cognitive (associated to the conservation of the intelligence) and the social (that takes into account relations with the external environment). Through this system of evaluation and classification, we managed to identify that the group of healthy older adults belong 2 %, 16 % belong to the group of

elderly sick adults, then we find 28 % that belong to the group of the older adults fragile and finally a 54 % belonging to the geriatric patient group.

The classification achieved helps prevent injuries and improve evaluation, treatment, recreational activities, hygiene, and food, in the same way to decrease the socio-cultural limitations that are a constraint. Thanks to the descriptive, analytical, and transversal study of a specific group of older adults, the purpose of describing, characterizing, interpreting, and analyzing the data in quantitative form is fulfilled where they are based on the classification aspects of 50 older adults. A range of tests, indices, tests, questionnaires were used to provide data on the clinical, cognitive, and social functional characteristics of the elderly.

Keywords: Functionality. Elderly. Care models. Geriatric patient. Motor condition.

INTRODUCCIÓN

Los adultos mayores prehistóricos no dejaron, por supuesto, registro de sus actividades o pensamientos. Su longevidad fue motivo de orgullo para el clan, por cuanto eran los depositarios del saber y la memoria que los contactaba con los antepasados. Muchos de ellos se constituían en verdaderos intermediarios entre el presente y el más allá y ejercían también labores de sanación, de jueces y educadores. No es de extrañar que los brujos y chamanes fuesen hombres mayores. En esas sociedades, quienes ejercían labores importantes eran denominados “ancianos”, factor ajeno a su edad. En otras palabras, la vejez representaba la sabiduría, el archivo histórico de la comunidad (1).

El hecho que una persona llegue a una edad avanzada ha sido calificado de diferentes formas, de acuerdo con ciertos valores socioculturales pertenecientes a un grupo humano interpretador. Esta acción ha determinado su posición dentro de la comunidad, su aceptación o rechazo, así como la otorgación de cuidados en la salud (2).

El proceso normal de envejecimiento puede verse alternado por diversos factores, tanto endógenos como exógenos; no obstante, el factor más importante que va a condicionarlo es la incidencia de datos, específicamente, aquellas que atacan directamente la duración de la vida como tumores malignos, patologías cardiovasculares, hemorragias, etc. y/o la calidad de ella como las enfermedades individuales que abarcan cada una de las esferas física, psicológica cognitiva y social (3).

Por lo expuesto anteriormente, este trabajo identifica los tipos de adultos mayores en relación con la afección de las esferas fisiológicas, a través de un sistema de evaluación y clasificación propio y específico. Esto ayudará a interpretar las debilidades dentro de su manejo, según el tipo al que pertenezcan.

Los objetivos que plantea el uso de este sistema de evaluación y clasificación son:

- Mejorar la exactitud diagnóstica en base a un diagnóstico cuádruple (clínico, funcional, mental y social)
- Descubrir problemas tratables no diagnosticados previamente
- Establecer un tratamiento cuádruple adecuado y racional a las necesidades del adulto mayor
- Mejorar el estado funcional y cognitivo
- Mejorar la calidad de vida
- Conocer los recursos del paciente y su entorno socio familiar
- Situar al paciente en el nivel médico y social más adecuado a sus necesidades, evitando (siempre que sea posible) la dependencia y, con ello, reducir el número de ingresos hospitalarios y de institucionalizaciones
- Disminuir la morbilidad

Las cuatro esferas mencionadas a continuación configuran, una vez enlazadas, la imagen real del adulto mayor.

- **Esfera física o clínica**

Toma en cuenta todos los aspectos específicos con relación al estado físico; en general, es la más complicada de cuantificar por la peculiar forma de enfermar del adulto mayor con una presentación atípica e inespecífica de la enfermedad (considerando que la pluripatología y polimedicación llegan a ser una afección notable, ya que la presencia de varias enfermedades puede afectar a distintos órganos o sistemas relacionados o no entre sí). Esa esfera se ve favorecida por algunos factores como la alteración de la capacidad de mantener constante el medio interno, la interacción de unos sistemas con otros y los largos periodos de latencia de muchas enfermedades, hasta hacerse sintomáticas, alteraciones inmunitarias y iatrogenia (4).

- **Esfera funcional**

Hace relación a la función del adulto mayor y a su capacidad de realizar diferentes actividades (específicas en muchos casos). La valoración funcional es el proceso dirigido a recoger información sobre la capacidad del adulto mayor para realizar las actividades de la vida diaria y mantener su independencia en el medio en que se encuentra (5).

- **Esfera cognitiva o psíquica**

Se refiere al estado mental del adulto mayor, al estudio de la cognición de la afección, para tener en cuenta las variables implicadas en la fragilidad de ambas áreas, dependiendo de:

- a. Variables orgánicas
- b. Factores psicosociales
- c. Entidades clínicas

- **Esfera social**

Permite conocer la relación entre el adulto mayor y su entorno. Aspectos relacionados con el hogar, apoyo familiar y social son cuestiones importantes a la hora de organizar el plan de cuidados de un adulto mayor (6).

La población mayor de 60 años no es homogénea; es evidente que no todos los adultos son iguales y que las personas mayores pueden ser radicalmente diferentes unas de otras, aunque tengan una edad similar. Así, en la práctica clínica, se diferencian distintos perfiles. Los términos empleados para definirlos son:

- **Adulto mayor sano:** se trata de una persona de edad avanzada con ausencia de enfermedad objetivable. Su capacidad funcional está bien conservada. Es totalmente autónomo y autovalente para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Posee una baja tendencia a la discapacidad frente a una enfermedad aguda.
- **Adulto mayor enfermo:** es aquel adulto sano con una enfermedad aguda. Se comportaría de forma parecida a un paciente enfermo adulto. No presenta consecuencias sociales ni mentales asociadas a este cuadro, ni como consecuencias de este. Mantiene autonomía y autovalencia para actividades básicas e instrumentales del diario vivir (7).
- **Adulto mayor frágil:** persona conserva su independencia de manera precaria y se encuentra en situación de alto riesgo de volverse dependiente. Se trata de una persona con una o varias enfermedades de base. En estos adultos, la capacidad funcional está aparentemente bien conservada para las actividades básicas de la vida diaria (autocuidado), aunque pueden presentar dificultades en tareas instrumentales más complejas (8).
- **Paciente geriátrico:** se refiere a adultos dependientes de forma severa o totalmente. Estos presentan, por lo general, una variedad de síndromes geriátricos acompañantes y una discapacidad progresiva.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo, analítico y transversal para la observación de un grupo específico de adultos mayores, con el propósito de describir, caracterizar, interpretar y analizar los datos de forma cuantitativa, donde se fundamentan los aspectos de clasificación de los adultos mayores de la casa de reposo “La Colonia” en Cochabamba, durante el mes de marzo de 2018. La población está constituida por 52 adultos mayores, de los cuales se escogió una muestra de 50 de ellos con características de presentar algún episodio de caída, además de presentar características de cuidados generales.

Los criterios de inclusión fueron:

- Mayores de 60 años
- Paciente que resida en la institución
- Paciente con visita familiar periódica

Los criterios de exclusión:

- Paciente que hable sólo idioma extranjero
- Paciente psiquiátrico o agresivo no controlado
- Paciente que no quiera colaborar con la evaluación

Los datos fueron recopilados en una tabla de cotejo donde se trasladaron los resultados obtenidos por la resultante del sistema de evaluación y clasificación del adulto mayor, lo que facilitó el registro y tabulación en el paquete Excel 2010.

RESULTADOS

Se realizó el análisis mediante el sistema de evaluación y clasificación del adulto mayor, tomando en cuenta los criterios en función de las dimensiones basadas en las características de las esferas fisiológicas, donde se puede identificar los tipos de adultos mayores que residen en Casa de Reposo “La Colonia” (tabla N°1).

Tabla N°1. Evaluación según el sistema de evaluación y clasificación del adulto mayor

	N° de Pacientes	Porcentaje
Adulto mayor sano	1	2 %
Adulto mayor enfermo	8	16 %
Adulto mayor frágil	14	28 %
Paciente geriátrico	27	54 %
Total	70	100 %

Fuente: Elaboración propia, marzo 2018

DISCUSIÓN

Se aplicó un sistema para la evaluación y clasificación del adulto mayor basado en la valoración de las esferas fisiológicas, con el fin de mejorar y precisar la terapéutica para la atención del adulto mayor en nuestro contexto, lo cual es significativo (tanto por la detallada identificación de la clínica, como de las características funcionales, sociales y cognitivas).

Se inició la aplicación del programa de forma individualizada a cada adulto mayor, para lo que se empleó la observación como técnica de recolección de datos como el mayor instrumento de evaluación, puesto que constituye un inventario general de la condición del adulto mayor.

Se realizó el análisis en cualquier lugar donde el evaluador tenga la posibilidad de contemplar al adulto mayor, ya que la información que proporciona enriquece el proceso de referencias de recolección de datos y genera indicios del nivel de funcionamiento o limitación que puede presentar cada uno de ellos. La evaluación por adulto mayor tuvo una duración de dos días aproximadamente.

El sistema de evaluación y clasificación del adulto mayor utiliza una serie de test, pruebas, escalas, índices y cuestionarios, los cuales fueron asociados para evaluar y categorizar cada esfera.

El sistema de clasificación y evaluación del adulto mayor usó los siguientes elementos:

- **Esfera física o clínica**

- Pluripatología* (evalúa el número de enfermedades que presenta el adulto mayor)
- Polimedicación* (evalúa el número de medicamentos usados por el adulto mayor)
- Valoración nutricional* (el peso como valor aislado es referenciado a los percentiles de la población de referencia, pues toma de datos durante los últimos 3 meses, considerando normalidad entre los percentiles 15 y 85, según la evaluación de los valores mencionados)
- Valoración auditiva y visual* (indicadores importantes para la producción de posibles eventos adversos)
- Movilidad* (la goniometría es la técnica de medición de los ángulos creados por la intersección de los ejes longitudinales de los huesos a nivel de las articulaciones)
- Fuerza muscular* (valoración de la fuerza y función muscular como componente fundamental del movimiento y estado postural) (9)
- Velocidad de la marcha* (se toma en cuenta un punto de partida y otro de llegada)
- Test de los 6 minutos* (determina la fatiga tras 6 minutos de deambulación)
- Test de Tinetti* (detecta problemas de equilibrio y movilidad en adultos mayores y determinar el riesgo de caídas) (10)

- **Esfera funcional**

- Test de Barthel* (valoración cuantitativa de actividades básicas de la vida diaria)
- Índice de Lawton y Brady* (actividades instrumentales de la vida diaria)
- Índice de Katz* (valoración cualitativa de las actividades de la vida diaria)
- Riesgo de pérdida de autonomía durante la hospitalización (HARP)* (identifica el momento del ingreso según el riesgo de declive funcional tras una enfermedad aguda)

- **Esfera cognitiva o psíquica**

- Escala Global Deterioration Scale Neurología y Demencias (GDS)* (evolución de la Demencia)
- Mini Mental State Examination de Folstein* (valoración del estado cognitivo)
- Cuestionario corto de Pfeiffer* (detección del deterioro cognitivo) (11)

- **Esfera social**

- Escala de Gijón* (detección del riesgo social)
- Cuestionario de función de APGAR* (impacto de la función familiar en la salud)

Se infiere de los resultados obtenidos que el sistema de evaluación y clasificación del adulto mayor garantiza una rica gama de posibilidades preventivas y de mejora en los procesos de rehabilitación, ya que estas actividades se centran específica y sistemáticamente en mejorar los múltiples trastornos que sean identificados en cada una de las esferas fisiológicas, considerándose un instrumento básico para la rehabilitación dentro los “pilares” de la gerontología. Esta intervención, al ser individualizada e implementada en los centros de atención geriátrica y de forma domiciliaria, mejora los sistemas de atención del adulto mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- TREJO C. *El Viejo en la Historia*. Barcelona, España: Editorial. Gediosa; 1990.
- ALBALA C, CONCHA M y DE LA PAZ M. *Manual de Geriátrica y Gerontología para Alumnos*. Santiago de Chile, Chile: Universidad Católica de Chile; 2002.
- MARTÍNEZ C. *Los Cuidados Formales a un Enfermo de Alzheimer*. Madrid, España: Editorial AFAL contigo; 2006.
- DIZ F, MARTÍNEZ Ly FERNANDEZO. El Paciente Polimedicado. Suplemento La atención al paciente crónico y pluripatológico, el caso de Galicia. España: CIN 2012; 73(1): 37-41. <https://doi.org/10.22546/17/311>

5. ARBOLEDA A, VARGAS J y GALICIA J. Caracterización del Nivel de Funcionalidad Cotidiana en el Adulto Mayor. Colombia: Editorial Añoranzas, Pereira; 2009.
6. FERNANDEZ DE TROCONIZ MI y MONTORIO I. Gerontología Conductual – Bases para la Intervención y Ámbitos de Aplicación. Madrid, España: Editorial Síntesis; 1999.
7. GIL G. Manual del Residente en Geriatria. Madrid, España: Editorial Gráficas Marte; 2011.
8. GARCÍA C. Evaluación y Cuidado del Adulto Mayor Frágil. Revista Médica Clínica Las Condes Chile: Unidad Geriátrica; 2012; 23(1): 36-41. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70271-7](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70271-7)
9. TABOADELA C. Goniometría. Buenos Aires, Argentina: Editorial Asociart; 2007.
10. GUIRAO J y GALLUD J. Escalas e Instrumentos para la Valoración en Atención Geriátrica. Valencia, España: Editorial Gráficas Mari Montaña; 2004.
11. MILLAN J. Gerontología y Geriatria – Valoración e Intervención. España: Editorial Panamericana; 2011.

Copyright (c) 2018 Enrique Gary Jiménez Vignola, Fernando Vargas Caballero, Natalia del Carmen Tagle López, Mariel Lucero Aliaga Ramírez, Gabriel Morales Robles.



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso para fines comerciales, siempre que cumpla la condición de:

Atribución: Usted debe dar crédito a la obra original de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace de la obra.

[Resumendelicencia](#) - [Textocompletodelalicencia](#)