

GUÍA CLÍNICA PARA ATENCIÓN PRIMARIA A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

**PROMOCIÓN DE LA SALUD Y ENVEJECIMIENTO ACTIVO
SERIE MATERIALES DE CAPACITACIÓN
NÚMERO 1**

**División Promoción y Protección de la Salud
Programa de Salud de la Familia y Población
Unidad de Envejecimiento y Salud**



**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

Cuarta edición

Junio, 2004

**© 2002, Organización Panamericana de la Salud/
Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)
525 Twenty third Street, NW.
Washington, D.C. 20037**

Reservados todos los derechos. Este libro se puede reproducir parcial o totalmente con permiso de la OPS/OMS. Para obtener autorización se puede dirigir a la oficina de la OPS/OMS en el país o por correo electrónico a:

pelaezma@paho.org

Coordinación general de la producción de materiales:

Martha Peláez, Asesora Regional, Envejecimiento y Salud, OPS/OMS

Diseño y edición:

Maite Santiago, Mirna Cabrera, Rolando Ravelo, Madelaine Vega; con el Grupo Editorial de INFOSAL

Carlos A. Mendoza Ehrenzweig; Consultor Técnico, OPS / OMS.

Diseño de portada:

Communicatus art + design

AGRADECIMIENTOS

La Guía Clínica en Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores es producto del trabajo de las diversas personas, grupos e instituciones involucrados en varias etapas de su desarrollo.

Coordinadores:

Luis Miguel Gutiérrez, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, México D.F, México.

Enrique Vega García, Centro Iberoamericano para la Tercera Edad de Cuba, La Habana, Cuba.

Comité de redacción:

Renato Maía, Profesor de Geriatria, Escuela de Medicina, Universidad de Brasilia, Brasilia, Brasil.

Pedro Paulo Marín, Jefe, Programa de Geriatria, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Fernando Morales Martínez, Director General Hospital Blanco Cervantes, Director Académico de Posgrado de Geriatria y Gerontología, Universidad de Costa Rica.

Emilio José García, Miguel Flores C., Jorge Reyes G., Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, México, D.F. México.

Jesús Menéndez y Susana Hierrezuelo, Centro Iberoamericano de la Tercera Edad de Cuba, Hospital Calixto García, La Habana, Cuba.

Clemente Zúñiga, Profesor, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Baja California.

Leocardio Rodríguez Mañas, Presidente de la Sociedad Española de Medicina Geriátrica, Madrid, España.

Comité de asesores:

Miguel A. Acánfora, Profesor de Geriatria, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Lía Daichman, Presidenta de la Red Internacional para la Protección contra el Abuso y Maltrato de los Mayores, Buenos Aires, Argentina.

Roberto Kaplan, Director Carrera de Especialistas en Medicina Geriátrica, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Rosalina Rodríguez, Profesora Escuela de Enfermería, Universidad de Sao Paulo, Ribeirao Preto, Sao Paulo, Brasil.

Ricardo Hidalgo, Instituto Nacional de Geriatria, Ministerio de Salud, Santiago, Chile.

Trinidad Hoyl, Programa de Geriatria y Gerontología, Facultad de Medicina, Universidad Católica de Chile.

Angel Rodríguez, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Juana Silva Opazo, Instituto Nacional de Geriatria, Ministerio de Salud, Santiago, Chile.

Eduardo Valenzuela y Homero Gac, Programa de Geriatria y Gerontología, Facultad de Medicina, Universidad Católica de Chile.

Marcela Carrasco, Programa de Geriatria y Gerontología, Facultad de Medicina, Universidad Católica de Chile.

Alicia Villalobos, Responsable del Programa del Adulto Mayor, Ministerio de Salud Pública, Chile.

Adelina Brenes, Jefa Nacional de Trabajo Social, Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica.

Álvaro Martínez Montaldon, Director de Medicina Preventiva, Caja Costarricense de Seguro Social, Costa Rica.

Yasmyn Delgado, Encargada del Programa de Atención Integral en Salud de la Persona Adulta Mayor, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador.

Julio Garay, Gerente de Atención Integral en Salud de la Persona Adulta Mayor, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador.

Margarita Maria González de Julian, Consultora Ministerio de Salud, San Salvador, El Salvador.

José Andrés Cordova Valle. Geriatra del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos. El Salvador.

Gustavo Estrada, Geriatra, Consultor de la OPS, Guatemala.

Oscar Velázquez Monroy, Director General del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Secretaría de Salud, México.

Agustín Lara Esqueda, Director del Programa de Salud del Adulto y del Anciano, Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Secretaría de Salud, México.

Raúl Mena López, Asesor del Programa de Salud del Adulto y del Anciano, Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Secretaría de Salud, México.

Ma. Esther Lozano Dávila, Subdirectora de Envejecimiento, Programa de Salud del Adulto y del Anciano, Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Secretaría de Salud, México.

Virginia Molina Cuevas. Programa de Salud del Adulto y del Anciano, Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Secretaría de Salud, México.

Silvia Santamaría, Medicina Familiar, Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Segundo Seclén, Director Instituto de Gerontología, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

Carlos Toscano, Centro de Salud – Hospital Tahuatinsuyo Bajo, Lima, Perú.

Alejandra Ferrari, Geriatra, Consultora del Programa de Ancianidad del Ministerio de Salud, Uruguay.

Marina Moirano y Alejandra Girona, Departamento de Nutrición Básica, Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de la República, Uruguay.

Mónica Casco, Profesora adjunta del Departamento de Geriatria, Hospital de Clínicas, Universidad de la República, Uruguay.

Miriam Ceppi, Universidad de la República, Uruguay.

María del Carmen Amaral y Cristina Rovira, Departamento de Servicio Social del Hospital de Clínica, Universidad de la República, Uruguay.

Marta David, Encargada de la Carrera de Podología Médica de la Escuela Universitaria de Tecnología Médica de la Facultad de Medicina, Uruguay.

Susumu Nisizaki, Alberto Torielli y Ricardo Amorío, Profesores, Departamento de Odontología, Universidad de la República, Uruguay.

Raquel Palumbo, Profesora del Departamento de Educación, Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de la República, Uruguay.

Alvaro Pinto, Profesor de Geriatria y Encargado del Programa de Ancianidad en el Ministerio de Salud, Uruguay.

Patricia Sanzone y Lourdes Tellechea, Asistentes del Departamento de Geriatria, Universidad de la República, Uruguay.

Asesores internacionales:

Isabel Sánchez Ayala, Médico especialista en Psiquiatría, Responsable de la Unidad de Psicogeriatría y psiquiatra de la Unidad de Memoria del Hospital Virgen del Valle, Toledo, España.

Ellen Flaherty, Project Director, Geriatric Interdisciplinary Training Program (GITT).

El Instituto Hartford de Enfermería y Geriatría de la Universidad de Nueva York (The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University)

Nancy Lundebjerg, Director, Professional Education and Publications, American Geriatrics Society (Sociedad Americana de Geriatría).

Gerry Bennet, Department of Health Care for the Elderly, Queen Mary, University of London, United Kingdom.

Asesores WHO Ginebra:

Alex Kalache, Coordinador del Programa de Envejecimiento y Ciclo de Vida del Departamento de Enfermedades no transmisibles y Salud Mental. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Ingrid Keller, Programa de Envejecimiento y Ciclo de Vida del Departamento de Enfermedades no transmisibles y Salud Mental. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Asesores PAHO/WHO:

Alberto Barceló, Asesor Regional de Diabetes, Programa de Enfermedades no transmisibles, División de Prevención y Control de Enfermedades.

Edeltrudes Becker, Consultora en Envejecimiento y Salud, División de Promoción y Protección a la Salud.

Martha Y. Martínez Marroquín, Consultora Asociada en Envejecimiento y Salud, División de Promoción y Protección a la Salud.

Pedro Brito, Coordinador del Programa Regional de Recursos Humanos, División de Servicios de Salud.

Enrique Jacoby, Asesor Regional de Nutrición y Actividad Física, División de Promoción y Protección a la Salud.

Micheline Meiners, Consultora del Programa Regional de Medicamentos, División de Servicios de Salud.

Maritza Romero, Consultora Promoción de Salud, El Salvador.

Pilar Moreno, Consultora Programa Regional de Salud Mental, División de Promoción y Protección a la Salud.

Armando Vásquez, Asesor Regional de Rehabilitación, División de Servicios de Salud.

GUÍA CLÍNICA PARA ATENCIÓN PRIMARIA A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

CONTENIDO

PRESENTACIÓN

ORGANIZACIÓN DEL MATERIAL DOCENTE

EL MÉTODO DE INSTRUCCIÓN UTILIZADO EN ESTE PROYECTO

SERIE MATERIALES DE CAPACITACIÓN PARA LOS CENTROS DE SALUD
COMUNITARA

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

PÁGINAS WEB REFERENCIADAS

PARTE I: MÓDULOS DE VALORACIÓN CLÍNICA

INTRODUCCIÓN

MÓDULO 1. VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR.....1

1.- INTRODUCCIÓN

2.- VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR

3.- VALORACIÓN PREOPERATORIA

4.- GIGANTES DE LA GERIATRÍA

5.- BIBLIOGRAFÍA

MÓDULO 2. EVALUACIÓN DE LAS ALTERACIONES SENSORIALES

Y TÉCNICAS PARA LA COMUNICACIÓN.....20

1.- INTRODUCCIÓN

2.- LA VISIÓN

3.- LA AUDICIÓN

4.- LA MEMORIA

5.-LOS DIEZ MANDAMIENTOS PARA LA COMUNICACIÓN

6.- BIBLIOGRAFÍA

MÓDULO 3. EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR.....	31
1.- INTRODUCCIÓN	
2.- LA EVALUACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL	
3.- ÍNDICE PARA EVALUAR LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)	
4.- ÍNDICE PARA EVALUAR LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)	
5.- VALORACIÓN DEL EQUILIBRIO Y LA MARCHA	
6.- BIBLIOGRAFÍA	
MÓDULO 4. EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR.....	47
1.- INTRODUCCIÓN	
2.- VALORACIÓN COGNITIVA	
3.- VALORACIÓN EMOCIONAL	
4.- BIBLIOGRAFÍA	
MÓDULO 5. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR.....	57
1.- INTRODUCCIÓN	
2.- TAMIZAJE DEL ESTADO NUTRICIONAL	
3.- EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL	
4.- BIBLIOGRAFÍA	
MÓDULO 6. EVALUACIÓN FARMACOLÓGICA DEL ADULTO MAYOR	71
1.- INTRODUCCIÓN	
2.- FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINÁMIA	
3.- RECOMENDACIONES PARA EL USO DE FÁRMACOS EN LOS ADULTOS MAYORES	
4.- EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO	
5.- BIBLIOGRAFÍA	
MÓDULO 7. EVALUACIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR.....	81
1.- INTRODUCCIÓN	
2.- ASPECTOS SOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO	
3.- VALORACIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR	
4.- SERVICIOS SOCIALES	
5.- BIBLIOGRAFÍA	

MODULO 8. REHABILITACIÓN EN EL ADULTO MAYOR.....	97
1.- INTRODUCCIÓN	
2.- ASPECTOS A EVALUAR EN LA REHABILITACIÓN GERIÁTRICA	
3.- TRATAMIENTO INTEGRAL EN LA REHABILITACIÓN DEL ADULTO MAYOR	
4.- REHABILITACIÓN DE PROBLEMAS ESPECIALES EN EL ADULTO MAYOR	
5.- BIBLIOGRAFÍA	

MÓDULO 9. ASUNTOS ÉTICOS EN LA ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR.....	115
1.- INTRODUCCIÓN	
2.- AUTONOMÍA DEL PACIENTE EN LA TOMA DE DECISIONES	
3.- ASUNTOS ÉTICOS EN EL CUIDADO DE UN PACIENTE TERMINAL	
4.- EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO	
5.- PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD	
6.- VERACIDAD: PRINCIPIO FUNDAMENTAL EN LA RELACIÓN MÉDICO/PACIENTE	
7.- BIBLIOGRAFÍA	

PARTE II: GUÍAS CLÍNICAS PARA PROBLEMAS SELECCIONADOS

INTRODUCCIÓN

1.- ABUSO (MALTRATO) Y ABANDONO (NEGLIGENCIA).....	128
2.- ALTERACIONES DE LA MOVILIDAD (INMOVILIDAD).....	138
3.- ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO.....	147
4.- ANOREXIA.....	156
5.- CAÍDAS.....	165
6.- CONFUSIÓN MENTAL O DELIRIO.....	180
7.- CUIDADO DE LOS PIES.....	190
8.- DEPRESIÓN.....	201
9.- DISFUNCIÓN SEXUAL.....	216
10.- DISMINUCIÓN DE LA AGUDEZA AUDITIVA.....	225
11.- DISMINUCIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL.....	234
12.- DOLOR ABDOMINAL.....	241
13.- DOLOR ARTICULAR.....	250
14.- EDEMA DE LAS PIERNAS.....	259
15.- ESTREÑIMIENTO	270
16.- FATIGA Y PÉRDIDA DE VIGOR.....	278
17.- FRAGILIDAD.....	287
18.- HIPERGLUCEMIA/DIABETES MELLITUS.....	295

19.- HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA	310
20.- HIPERTENSIÓN ARTERIAL	318
21.- HIPOTERMIA.....	330
22.- INCONTINENCIA URINARIA.....	335
23.- INSOMNIO.....	347
24.- PÉRDIDA DE PESO.....	358
25.- PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LAS INFECCIONES	366
26.- RETENCIÓN URINARIA	374
27.- SALUD ORAL.....	379
28.- TEMBLOR.....	387
29.- TRASTORNOS DE LA MEMORIA.....	394
30.- ÚLCERAS POR PRESIÓN.....	407

ANEXOS

ESCALAS DE VALORACIÓN

GUÍA CLÍNICA PARA ATENCIÓN PRIMARIA A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

PRESENTACIÓN

Esta Guía está dedicada a los médicos de atención primaria que trabajan en los centros de salud pública y en los consultorios del primer nivel de atención en América Latina y el Caribe.

Los médicos de atención primaria son responsables de la atención de la salud de un número creciente de personas de 60 años o más con enfermedades crónicas y problemas complejos de salud. Los problemas de salud de las personas mayores son difíciles de manejar en los consultorios de atención primaria sin previa guía o capacitación, ya que el manejo de estos problemas requiere de instrumentos propios de la Geriátrica y de normas específicas. La Guía también puede servir para la capacitación de las enfermeras y trabajadoras sociales del primer nivel que forman parte integral del equipo multidisciplinario de salud.

Los métodos y enfoques clínicos que se recomiendan en este manual están diseñados en base a la Medicina del Adulto Mayor. Los materiales proveen información actualizada, recursos e instrumentos especialmente diseñados que ayudan a que la adopción de los procesos recomendados sea lo más fácil y eficiente posible para el practicante ocupado.

ORGANIZACIÓN DEL MATERIAL DOCENTE

La Guía Clínica para la Atención Primaria de las Personas Adultas Mayores, está dividida en tres partes:

Parte I: Módulos de Valoración Clínica, consisten en nueve (9) módulos de valoración. Los módulos incluyen materiales e instrumentos para conocer y detectar las características del funcionamiento, discapacidad y salud en los adultos mayores.

La valoración clínica en los adultos mayores, se presenta en el módulo 1. Las técnicas para la comunicación con los adultos mayores, se presenta en el módulo 2. La evaluación funcional, cognitiva y emocional, así como la valoración nutricional se muestran en los módulos 3, 4 y 5 respectivamente. La evaluación farmacológica se describe en el módulo 6. El módulo 7 describe la evaluación social del adulto mayor. La

rehabilitación del adulto mayor se encuentra en el módulo 8. Finalmente, el módulo 9 plantea asuntos éticos en la atención del adulto mayor.

Parte II: Guías Clínicas para problemas seleccionados, que consisten en veintinueve (29) guías colocadas en **orden alfabético**. Las guías, por su parte, incluyen problemas de salud que los adultos mayores pueden traer al médico tratante y proveen de una guía en el abordaje diagnóstico y manejo de estos problemas.

Parte III: Escalas de Valoración: Se han incluido copias individuales de los instrumentos de valoración más importantes en un formato que facilita la reproducción para su uso rutinario y su inclusión en los historiales médicos de los pacientes.

La Guía Clínica no es un texto de Geriatria para especialistas sino un texto de referencia cuyo propósito es dar a médicos tratantes que no han tenido previa formación en Geriatria una introducción al abordaje de la salud en las personas mayores.

EL MÉTODO DE INSTRUCCIÓN UTILIZADO EN ESTE PROYECTO

La guía está diseñada para utilizarse por médicos para el aprendizaje autodirigido. También puede usarse como parte de un programa organizado de educación continua. Cada módulo puede ser entregado por un facilitador en un formato interactivo con pequeños grupos de médicos practicantes. Cuando esté presente un facilitador, éste expondrá información basada en conceptos de la Medicina Geriátrica en tanto que los participantes tendrán la oportunidad de hablar acerca de la información y aplicarla mediante ejercicios de formación de ideas, discusión de casos y establecimiento de metas personales.

Además de la información incluida en este material, se recomienda que los médicos consulten los libros, artículos y portales electrónicos especializados en el tema de salud del adulto mayor que se mencionan en al final de cada tema.

SERIE MATERIALES DE CAPACITACIÓN PARA LOS CENTROS DE SALUD COMUNITARIA

La Guía Clínica para la Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores es la primera publicación de una serie para la formación en salud de las personas adultas mayores dedicada al equipo multidisciplinario de atención primaria en salud. Entre las publicaciones disponibles se encuentran:

1. Marco político para el envejecimiento activo.
2. Guía de promoción de la salud a las personas adultas mayores para los promotores de salud en la comunidad.
3. Guía para el desarrollo de un programa de rehabilitación de base comunitaria con un enfoque de personas adultas mayores.
4. Guía para el desarrollo de un programa integral de prevención y control de la salud con un enfoque de personas adultas mayores.

GUÍA CLÍNICA PARA ATENCIÓN PRIMARIA A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

American Geriatrics Society. (2024) Geriatrics at Your Fingertips. New York: Blackwell Pub. Co.

Anzola Pérez, E., D. Galinsky, F. Morales, A. Salas y M. Sánchez A. (eds) La Atención de los Ancianos: un desafío para los años noventa. (1994) Pub. Científica No. 546. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Beers, M., and Berkow, R. (2001). Manual Merck de Geriátría (2da ed.) Madrid: Ediciones Harcourt, S.A.

Cobbs EL, Duthie EH, Murphy JB, eds (2002-2004) Geriatrics Review Syllabus: A Core Curriculum in Geriatric Medicine. 5th ed. Malden, MA: Blackwell Publishing for the American Geriatrics Society.

Kane, R.L., J. Ouslander, I.B. Abrass. (1997) Geriátría Clínica. Publicación especial de PALTEX: Organización Panamericana de la Salud.

Mezey, Mathy, T. Fulmer, C. Mariano (eds.) (2001) Best Nursing Practices in Care of Older Adults. New York: The John A. Hartford Foundation Institute for Geriatric Nursing, New York University.

Rodríguez M. Leocadio y Solano Jaurrieta, JJ (eds) (2002) Bases de la atención sanitaria al anciano. Sociedad Española de Medicina Geriátrica. Madrid: España.

Tallis, Raymond D, Fillit, Howard M, (eds) (2003) Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. 6th ed. Churchill Livingstone. Elsevier Science Publ.

PORTALES DE INTERNET SELECCIONADOS:

www.paho.org: Portal de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

www.who.org: Portal de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

www.healthandage.com : Portal de la Fundación NORVARTIS

www.merck.com : Portal de MERK donde puede encontrar el Manual Merck de Geriátría en español en línea.

www.miahonline.org : Portal del Instituto Merck en Envejecimiento y Salud.

www.bireme.br : Portal de BIREME Biblioteca Virtual en Salud.

www.nia.nih.gov: Portal del Instituto Nacional de Envejecimiento de los EE.UU.

www.hc-sc.gc.ca: Portal del Ministerio de Salud de Canadá.

www.geronet.med.ucla.edu: Portal del Centro de Educación Geriátrica de California.

www.agingresearch.org: Portal de la Alianza para Investigación sobre el Envejecimiento.

www.healthinaging.org: Portal de la Fundación para la Salud en el Envejecimiento de la Sociedad Americana de Geriátría.

www.segg.org: Portal de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.

www.geron.org: Portal de la Asociación Americana de Gerontología y Geriátría.

www.americangeriatrics.org: Portal de la Asociación Americana de Geriátría.

www.asaging.org: Portal de la Sociedad Americana sobre el Envejecimiento.

www.alz.co.uk: Portal de la Sociedad Internacional de Alzheimer's

www.firststeptoactivehealth.com: Portal sobre Promoción de Salud y Envejecimiento

www.seg-social.es/imserso: Portal de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad de España.

www.gerontologia.org: Portal de la Red Latinoamericana de Gerontología

**PARTE I:
MÓDULOS DE
VALORACIÓN CLÍNICA**

Módulo 1

VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR



**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

MÓDULO

1

1.- INTRODUCCIÓN

¿QUÉ ES LA GERIATRÍA?

PECULIARIDAD DE LA ENFERMEDAD EN GERIATRÍA

2.- VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR

ANTECEDENTES DE SALUD

EXAMEN FÍSICO

VALORACIÓN NUTRICIONAL

VALORACIÓN FUNCIONAL

VALORACIÓN DEL ESTADO MENTAL Y AFECTIVO

VALORACIÓN SOCIAL

IDENTIFICACIÓN DEL ADULTO MAYOR FRÁGIL

DIAGNÓSTICO

TRATAMIENTO

3.- VALORACIÓN PREOPERATORIA

4.- GIGANTES DE LA GERIATRÍA

INMOVILIDAD

INESTABILIDAD

INCONTINENCIA

DETERIORO INTELECTUAL

IATROGENIA

5.- BIBLIOGRAFÍA

OBJETIVOS

GENERAL: Entregar elementos conceptuales y metodológicos para que los equipos que trabajan en los Programas de Atención Primaria de Salud, integren los conceptos básicos de Geriatria en la valoración de la salud de los adultos mayores.

ESPECÍFICOS:

Al finalizar el trabajo con el presente módulo docente, los participantes serán capaces de:

1. Valorar las características más destacadas de la presentación de las enfermedades en los adultos mayores.
2. Mejorar el abordaje diagnóstico y de manejo interdisciplinario, para la recuperación de la salud en los adultos mayores.
3. Identificar a los llamados “Gigantes de la Geriatria”, sus características principales y la importancia que tienen para el paciente de edad avanzada.

1.- INTRODUCCIÓN

¿QUÉ ES LA GERIATRÍA?

La Geriatria es la rama de la medicina que se ocupa de atender a las personas mayores de 60 años. Aunque existen médicos geriatras, que son los especialistas en la materia, todos los profesionales de la salud reconocen que la atención de los adultos mayores, representa una proporción cada vez mayor de la atención primaria a la salud.

El médico de atención primaria necesita conocer la peculiaridad de los aspectos médicos del envejecimiento, que incluyen la presentación atípica de enfermedades, las cuales demandan un abordaje específico y una evaluación y manejo integral.

PECULIARIDAD DE LA ENFERMEDAD EN GERIATRÍA

VARIABLES QUE AFECTAN LA PRESENTACIÓN DE ENFERMEDADES

- **LA CO-MORBILIDAD** es frecuente en el paciente mayor, la insuficiencia en un sistema puede llevar a la insuficiencia en otro; es decir, a un efecto de cascada. Ninguna enfermedad domina el cuadro clínico.
- **INSUFICIENCIA ORGÁNICA MÚLTIPLE.**
- **LA PRESENTACIÓN DE UN PROBLEMA SOCIAL** puede oscurecer una enfermedad subyacente o complicar su manejo.
- **EL USO DE MÚLTIPLES MEDICAMENTOS** puede complicar el manejo.
- **ALGUNOS MEDICAMENTOS PUEDEN CURAR Y A LA VEZ CAUSAR PROBLEMAS DE SALUD** y ello puede ser crítico en las personas mayores.

CAUSAS MÚLTIPLES DEL MISMO SÍNTOMA

- En el adulto mayor muchas enfermedades pueden presentarse bajo la misma sintomatología, por ejemplo, fatiga y anorexia. Otros síntomas son comunes a varias enfermedades de la vejez como la confusión, las caídas, la incontinencia o la inmovilidad.
- Los síntomas pueden incluso darse en una esfera distinta a la del aparato o sistema afectado por el proceso patológico. Por ejemplo, los cambios en el estado funcional, el deterioro del estado mental o la incontinencia, en presencia de neumonía o infección urinaria.

DIFERENTE PRESENTACIÓN QUE EN LOS ADULTOS JÓVENES

- Hay muchos antecedentes en la literatura médica que hablan de una "presentación atípica de la enfermedad" en el adulto mayor. En realidad, la presentación "atípica" para los estándares del adulto joven es típica en el adulto

mayor, de manera que incluso podemos delinear modelos específicos de presentación de la enfermedad en Geriátrica, que contrastan con el modelo médico prevaleciente.

- Para un síntoma dado, las alternativas de diagnóstico diferencial varían sustancialmente en el adulto mayor con respecto al joven. Lo que en el joven corresponde habitualmente a síntomas por reflujo gastroesofágico, puede corresponder a carcinoma en el adulto mayor; si la rectorragia en el joven hace pensar en enfermedad inflamatoria intestinal, diverticulosis o angiodisplasia son los diagnósticos más probables en el adulto mayor.
- El mismo proceso patológico en los extremos de la vida se comporta de manera distinta. Es así, que la mala absorción intestinal que en el joven se presenta con abundantes evacuaciones y esteatorrea, en el adulto mayor puede hacerse manifiesta sólo cuando la osteomalacia secundaria lleva a una fractura del cuello femoral.
- Lo que pareciera corresponder a una misma enfermedad en distintos grupos de edad, puede en realidad obedecer a muy diversas etiologías. Como ejemplo cabe citar la presentación del cáncer gástrico bajo la imagen clínica de la acalasia; o bien, la colitis isquémica que puede llenar los criterios diagnósticos de la colitis ulcerativa.

ENVEJECIMIENTO Y ENFERMEDAD

- Existe una relación epidemiológicamente demostrada entre la enfermedad y el envejecimiento, esto no quiere decir que todas las enfermedades aumenten en función de la edad. Brody señaló dos grupos: enfermedades que se relacionan con la edad, las cuales se asocian con más frecuencia a una edad específica y las enfermedades que dependen de la edad, las que aumentan su incidencia de forma exponencial en la medida que aumenta la edad.
- Hay ciertos desórdenes asociados con los cambios intrínsecos que acompañan al envejecimiento y a los cuales el adulto mayor es particularmente proclive: los trastornos motores del esófago y la osteoartritis, por ejemplo.
- Algunas complicaciones de enfermedades comunes ocurren sólo décadas después de iniciado el proceso y son por ende más frecuentemente observadas en el adulto mayor (manifestaciones neoplásicas del sprue celíaco, las complicaciones de la hipertensión arterial o las manifestaciones tardías de la diabetes).

PRESENTACIÓN TARDÍA

- Con frecuencia, la queja principal al momento de la consulta, no refleja en forma clara o directa la repercusión en el estado general de salud por parte del que es en realidad el problema principal. En realidad, el motivo de consulta corresponde con mayor frecuencia al síntoma más familiar o fácilmente reconocible, a la

carga global que representa la enfermedad o a un problema que en opinión del paciente o del cuidador primario permite legitimar el acceso al sistema de salud.

- No siempre las condiciones frecuentemente asociadas a la vejez como las caídas, la incontinencia o la falla cerebral constituyen la queja principal del paciente a pesar de estar frecuentemente presentes.
- El médico enfrenta con frecuencia el problema de que los síndromes geriátricos, que constituyen la parte principal del problema de salud, son con frecuencia presentados de manera colateral y suelen ser soslayados por un motivo de consulta "facilitador", que corresponde a lo que el enfermo piensa que puede evocar una respuesta más favorable por parte del médico.

RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE

El médico responsable del cuidado de la salud de los adultos mayores debe siempre ser diligente en la búsqueda de enfermedades tratables hurgando entre un habitualmente confuso conjunto de síntomas y signos poco dramáticos.

Se dice que los contactos de los adultos mayores con el personal de salud no conducen a una respuesta terapéutica apropiada en un número significativo de casos. Esta ineficiencia puede obedecer a una variedad de causas:

- Insuficiente reporte de la enfermedad por parte del individuo.
- Patrones alterados de presentación y respuesta a la enfermedad.
- Insuficiente reconocimiento de la influencia de los factores psico-sociales en la enfermedad geriátrica.

Muchas enfermedades y afecciones que se perciben comúnmente como una parte inevitable de la vejez, en realidad, pueden curarse o limitarse. La existencia de modelos específicos de presentación de la enfermedad es un elemento que permite mejorar la sensibilidad para la detección precoz de problemas comunes entre los adultos mayores. (Tales problemas suelen ser tardíamente identificados, a pesar de ser fuente de deterioro funcional, hecho que puede ser remediable siempre que se detecte y trate con oportunidad).

OTROS FACTORES INVOLUCRADOS

El adulto mayor es vulnerable por situaciones que limitan sus posibilidades de apego a las recomendaciones terapéuticas o incluso el acceso a los servicios de salud, tales como:

- El deterioro de su capacidad económica.
- Dificultades de acceso a servicios y a información.

- Posible deterioro de su entorno social y familiar.

2.- VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR

La valoración clínica del adulto mayor es el proceso diagnóstico multidimensional y usualmente multidisciplinario, destinado a cuantificar en términos funcionales las capacidades y problemas médicos, mentales y sociales del adulto mayor con la intención de elaborar un plan de promoción, prevención, atención y/o rehabilitación, según corresponda.

En el Centro de Salud donde se cuenta con un equipo multidisciplinario, la valoración clínica del adulto mayor puede incluir la colaboración de varios miembros del equipo. La valoración incluirá: historia clínica, evaluación de enfermería y antecedentes socioeconómicos.

La valoración debe realizarse dentro de un marco de respeto, evitando los estereotipos, tales como: la infantilización (pensamiento equivocado de que el adulto mayor es similar a un niño), la presunción de que oyen poco y hay que gritarles a todos, que están dementes, etcétera.

No existe una fórmula rígida para la valoración de un adulto mayor; ésta debe ser centrada en la persona, reconociendo su individualidad y la heterogeneidad de este grupo de población.

Hay que recordar que los adultos mayores traen con ellos una historia de vida llena de eventos, personas, ambientes e interacciones que les hacen reaccionar de una manera muy individual.

La valoración debe seguir una secuencia lógica y ordenada con el fin de evitar las omisiones. Al aproximarse al adulto mayor:

- Se le debe llamar por su nombre.
- Sentarse y hacer contacto visual con él.
- Se debe utilizar un lenguaje que el adulto mayor pueda entender, tratando de evitar los tecnicismos.

No existe consenso internacional sobre un modelo o guía específico para la obtención de información durante la valoración. El orden aquí presentado no necesariamente es el ideal, ni cada elemento presentado es necesario para la valoración de todos los adultos mayores, ya que ello dependerá de las necesidades y posibilidades particulares de cada situación. Este contenido básico se debe ampliar, cuando se considere necesario, para obtener información adicional. (Cuadro 1.1).

El Cuadro 1.2 presenta un cuestionario de tamizaje rápido para identificar factores de riesgo o problemas de salud condicionantes de deterioro funcional en adultos mayores. Estos problemas de salud, en caso de no ser tratados pueden conducir a situaciones de incapacidad severa (*inmovilidad, inestabilidad, incontinencia, deterioro intelectual*) y ponen al sujeto en riesgo de *iatrogenia*.

ANTECEDENTES DE SALUD

Realice una revisión de los antecedentes patológicos personales del paciente, deberá profundizar en las patologías crónicas que se mantienen activas. Es importante poder diferenciar entre los antecedentes verdaderamente importantes y otros que no lo son tanto y que muchas veces son sobrevalorados por el paciente.

CUADRO 1.1. DIMENSIONES PARA LA EVALUACIÓN

Dimensión	Método/Herramienta	Vea Módulo
Examen clínico	Historia, examen físico y laboratorio, test	Módulo 1
Valoración de medicamentos	Listado de medicamentos	Módulo 6
Valoración cognitiva y afectiva	Folstein, Pfeffer y Yesavage	Módulo 4
Valoración funcional	Katz y Lawton	Módulo 3
Valoración social y de auto cuidado	Historia social	Módulo 7
Valoración nutricional	Factores de riesgo	Módulo 5
Valoración de la marcha y del balance	Escala de Tinetti	
Examen de salud oral	Examen oral	Módulo 3
Valoración del medio ambiente	Visita al hogar	

Haga una detallada encuesta sobre los medicamentos y dosis que se están tomando. En ella hay que incluir los fármacos recetados y sobretodo los automedicados. Es recomendable que le pida al adulto mayor que traiga a la visita médica todos los medicamentos que toma incluyendo aquellos que toma ocasionalmente.

Además, en las personas de 60 años y más son particularmente prevalentes, las patologías crónicas no transmisibles. Las siguientes afecciones se deben buscar sistemáticamente para ser descartadas:

- Los padecimientos cardiovasculares.
- La diabetes y sus complicaciones.
- El deterioro sensorial tanto auditivo como visual.
- Las afecciones osteoarticulares.
- Los padecimientos demenciales, particularmente la Enfermedad de Alzheimer.

- Patologías que están repuntando como es el caso de la Tuberculosis y el Cólera.

EXAMEN FÍSICO

Al interrogar acerca de por qué se consulta y cuáles son sus principales molestias, no deje de incluir la búsqueda intencionada de: dificultades sensoriales y problemas de salud oral.

En el interrogatorio por aparatos y sistemas, asegúrese de preguntar acerca de cambios en el estado funcional a lo largo del último año, cambios ponderales, fatiga, mareo, caídas, trastornos del sueño, sintomatología cardiovascular, alteraciones en la frecuencia de la micción e incontinencia urinaria, cambios en el hábito intestinal, afecciones osteoarticulares y problemas sexuales.

El examen físico, comienza con la observación del paciente cuando camina de la sala de espera al cuarto de examen. Al iniciar el examen:

- Es conveniente adoptar una posición cercana, de frente a la fuente de luz, atendiendo a posibles deficiencias en la audición, manteniéndose al mismo nivel del paciente.
- Con el paciente en posición sentado examine las articulaciones, busque signos de extrapiramidismo, evalúe los reflejos osteotendinosos y el fondo de ojo; realice la otoscopia, palpe posibles adenopatías cervicales y las arterias temporales, en esta posición es más fácil un examen cardiopulmonar.
- Tome la presión arterial sentado y parado. Complete el resto del examen acostando al paciente. No olvide examen mamario a las mujeres.
- Asegúrese de verificar peso y talla, hipotensión ortostática, integridad de la piel y agudeza visual y auditiva.
- Ordene mentalmente, cuáles son los principales problemas médicos, sociales, funcionales o mentales. Anote en la ficha cuáles considere serán de mayor importancia y cómo poder afrontarlos o solucionarlos con los medios con que dispone.

La evaluación de un adulto mayor que entra en contacto con los servicios de atención primaria de la salud, tiene por objetivo central la definición de sus problemas en términos funcionales. A través de la evaluación se pretende establecer un balance de las pérdidas y de los recursos disponibles para su compensación.

VALORACIÓN NUTRICIONAL

Pregunte sobre los hábitos de alimentación, ingesta de alcohol y hábito de fumar. (ver instrumentos apropiados para la evaluación nutricional y de ingesta de alcohol en el Módulo 5).

Pregunte sobre la actividad física que acostumbra realizar la persona.

Tome los indicadores de la composición corporal: peso y talla. La mayor utilidad del peso como medida aislada es el saber si el individuo ha disminuido o aumentado más de un 10% en los últimos 3 meses. La talla por si sola no es de gran utilidad. Para estimar la reducción que la persona ha sufrido a lo largo del tiempo, la talla actual se debe comparar con la talla que la persona alcanzó en la juventud. En estos casos existen métodos para calcular con gran exactitud la talla original del adulto mayor. (ver Módulo 5).

Índice de Masa Corporal: Con el peso y la talla, ya sean reales o estimados, se puede obtener el índice de masa corporal ($\text{peso} / \text{talla}^2$). Este constituye un indicador de adiposidad y sirve como un primer tamiz para reconocer la obesidad (valor mayor de 28, aunque para adultos mayores, no existe un consenso sobre esta cifra) o la desnutrición (menos de 19).

VALORACIÓN FUNCIONAL

La valoración de la función adquiere una dimensión muy especial en la evaluación de los pacientes de mayor edad; su deterioro puede ser indicador precoz de la enfermedad aún antes de la aparición de los síntomas clínicos, sirve para cuantificar diferencias en el impacto de enfermedades sobre el individuo y tiene un valor especial para evaluar resultados en la terapéutica y la rehabilitación.

En las personas que acuden al Centro de Salud, se puede utilizar como primer paso el inventario de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD); esto puede hacerse fácilmente con la escala de Lawton. (ver Módulo 3).

Si por el grado de discapacidad del individuo se advierte un deterioro de las capacidades instrumentales, conviene investigar el nivel de actividades básicas de la vida diaria (ABVD), para ello es útil el Índice de Katz. (ver Módulo 3).

VALORACIÓN DEL ESTADO MENTAL Y AFECTIVO

DE LA FUNCIÓN COGNITIVA: En principio, en la Atención Primaria no se deben aplicar de forma rutinaria tests de detección de deterioro cognitivo (Folstein) si no existen indicios que sugieran el mismo. En caso de que existan indicios de deterioro cognitivo, las herramientas de tamizaje que se recomiendan, sabiendo que generalmente tienen una buena especificidad, a expensas de la sensibilidad, (por debajo del 50%) son el test de Folstein y el test de Pfeffer. (ver Módulo 4).

DE LA FUNCIÓN AFECTIVA: Para la prevención de la depresión y la ayuda a la resolución de conflictos psicológicos, se propone dar prioridad a ciertos casos, basándose en factores de riesgo y vulnerabilidad. La herramienta de tamizaje más ampliamente

difundida es la escala de depresión de Yesavage que se debe aplicar si existen indicios de alteración de la función afectiva.

VALORACIÓN SOCIAL

Debe anotar la información pertinente acerca de su red de apoyo informal y familiar. Específicamente, conocer si el paciente vive solo o acompañado (quiénes viven con él o ella) y quién se haría responsable de tomar decisiones en caso que el individuo quedara incapacitado para tomar decisiones por sí mismo.

La escolaridad, la historia laboral, su situación ocupacional y económica actual son aspectos que deben evaluarse. Es también imprescindible conocer la red social y de apoyo, así como las responsabilidades familiares o sociales del individuo.

DIAGNÓSTICO

Obtenidos los datos de la valoración clínica se procede a formular un diagnóstico o juicio clínico que en el caso de un equipo multidisciplinario debe incluir el diagnóstico de enfermería y el diagnóstico social del adulto mayor. El diagnóstico deberá obtener los principales problemas que afectan la salud del paciente mayor en sus diferentes dimensiones, deberá determinar el impacto funcional que esos problemas tienen, además de conocer cuáles serán las capacidades residuales con que cuenta el individuo para enfrentar la enfermedad y recuperar su salud. Estos son elementos principales en la toma de decisiones.

TRATAMIENTO

Es importante que el adulto mayor esté informado de su condición y de cómo puede mejorar o mantener su estado de salud. El tratamiento debe comenzar con información apropiada para que el paciente pueda entender e incluir orientaciones prácticas y así facilitar la adherencia al protocolo indicado.

Si el tratamiento incluye una prescripción farmacológica tenga presente que la prescripción debe ser escrita idealmente con letra de imprenta y expresando claramente las dosis indicadas y por cuánto tiempo debe tomarlas. Esta receta debe leerse junto con el paciente y familiar, si está presente, para disminuir el riesgo de dudas.

Al final de la entrevista indique la fecha de cuándo debe venir a control y no deje de subrayar y anotar la necesidad de mantener actividad física y buena nutrición como puntos claves para el envejecimiento saludable.

CUADRO 1.2. TAMIZAJE RÁPIDO DE LAS CONDICIONES GERIÁTRICAS¹

Problema	Acción	Resultado Positivo
Visión	Dos acciones: 1. Pregunte: ¿tiene Ud. dificultad para ver la televisión, leer o ejecutar cualquier actividad de la vida diaria a causa de su vista? 2. En caso afirmativo, evalúe una carta de Snellen con el uso de corrección óptica, si la tiene.	Respuesta afirmativa e incapacidad para leer > 20 / 40 en carta de Snellen.
Audición	Susurre al oído ¿me escucha Ud.?, de ambos lados.	No responde.
Movilidad de piernas	Tome el tiempo luego de pedir al sujeto: “Levántese de la silla, camine 5 metros rápidamente, de la vuelta y vuelva a sentarse”.	Incapaz de completar la tarea en 15 segundos o menos.
Incontinencia urinaria	Dos partes: 1. Pregunte: “¿en el último año, alguna vez se ha mojado al perder involuntariamente orina? 2. De ser así pregunte: ¿ha perdido involuntariamente orina en al menos 6 días diferentes?	Respuesta afirmativa a las dos preguntas.
Nutrición, pérdida de peso	Dos partes: 1. Pregunte: ¿ha perdido Ud., involuntariamente, 4.5 kg (10 lb) o más en los últimos 6 meses. 2. Pese al paciente.	Respuesta afirmativa o peso < de 45.5 kg ² .
Memoria	Mencione tres objetos: árbol, perro y avión. Al cabo de un minuto pida que recuerde los tres objetos mencionados.	Incapaz de recordar los tres objetos.
Depresión	Pregunte: ¿Se siente Ud. triste o deprimido?	Respuesta afirmativa.
Incapacidad física	Seis preguntas. ¿Es Ud. capaz de: 1. ejecutar acciones pesadas como andar en bicicleta o caminar rápidamente? 2. realizar tareas pesadas en el hogar como lavar ventanas, pisos o paredes? 3. salir de compras? 4. ir a lugares a donde tenga que tomar algún medio de transporte? 5. bañarse solo, en tina, ducha o regadera? 6. vestirse sin ayuda alguna?	Respuesta negativa a cualquiera de las preguntas.

¹ Cuadro modificado a partir de Moore AA, Su AI, “Screening for common problems in ambulatory elderly: clinical confirmation of a screen instrument.” Am J Med 1996, 100:440-5, en “10-minute Screener for Geriatric Conditions”, página 137 de Reuben, D et al. Geriatrics At Your Fingertips, 1998/99 Edition, American Geriatrics Society, Belle Mead, NJ: Excerpta Medica, Inc., 1998.

² Un peso < 45.5 kg ha sido validado como indicador de problemas nutricionales para adultos mayores en EE.UU, pero no ha sido validado todavía en América Latina. (Ver Valoración Nutricional en la página 10.)

El manejo del paciente geriátrico, debe integrar acciones de promoción como las señaladas anteriormente y de prevención de enfermedades y discapacidades. El tratamiento terapéutico específico, debe estar acompañado del diseño de un plan de rehabilitación que permita la recuperación o mantenimiento de las capacidades funcionales.

Es importante mencionar que el equipo de salud y principalmente el médico tratante debe saber cuando cambiar de una actitud "diagnóstico-investigativa intencionada para curar" a otra, igualmente importante, "diagnóstica-cuidados paliativos".

Siempre debemos vigilar las necesidades reales del paciente y mantener una buena comunicación entre el equipo y los familiares.

3.- VALORACIÓN PREOPERATORIA

La evaluación preoperatoria se efectúa cada vez con mayor frecuencia en el ámbito de la consulta externa y de la atención primaria para procedimientos quirúrgicos electivos. Los médicos en atención primaria deben estar preparados para estimar el riesgo de complicaciones perioperatorias y decidir qué tan extensa debe ser la evaluación previa o bien si ha de efectuarse la referencia al siguiente nivel de atención. Los avances en la anestesia y en los cuidados peri-operatorios han contribuido a aminorar la mortalidad quirúrgica en las personas mayores y sobre todo en los de edad muy avanzada. Se estima que cerca de la mitad de las personas mayores de 65 años, sufrirá un procedimiento quirúrgico en algún momento de lo que le resta de vida.

Con la evaluación pre-operatoria se pretende:

- Optimizar el estado físico del paciente previo a la intervención.
- Identificar con claridad los riesgos y contraindicaciones posibles para poner en marcha medidas anticipadas y profilácticas.

La cuidadosa evaluación podrá evitar que se niegue la posibilidad de acceso al tratamiento quirúrgico a pacientes mayores por el mero hecho de su edad.

FACTORES DE RIESGO

- **EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIACO**

Evalúe al paciente buscando factores de riesgo de complicaciones cardiacas perioperatorias (infarto miocárdico, edema pulmonar, paro cardio-respiratorio); obtenga la información anotada en la Tabla 1.3, si la cirugía es de emergencia refiera al hospital para la misma.

Las necesidades y los valores del paciente determinan el abordaje

CUADRO 1.3. ÍNDICE DE RIESGO CARDIACO MODIFICADO³

Variable	Puntaje
Insuficiencia coronaria:	
• Infarto al miocardio < 6 meses previo	10
• Infarto al miocardio > 6 meses previo	5
Clasificación de Angina de la Sociedad Cardiovascular Canadiense	
• III: Al caminar una o dos cuerdas, o subir un tramo de escaleras o menos a ritmo normal	10
• Cualquier actividad física provoca desarrollo de angina	20
Edema pulmonar alveolar:	
• En la última semana	10
• En cualquier momento previo	5
Sospecha de estenosis aórtica crítica	20
Arritmias:	
• Ritmo que no sea sinusal o ritmo sinusal con extrasístoles supraventriculares en el electrocardiograma	5
• > 5 extrasístoles ventriculares en el electrocardiograma	5
Mal estado general definido en función de:	
• PO ₂ < 60 mmHg, PCO ₂ > 50 mmHg, K ⁺ < 3.5 mEq./L, BUN > 50 mg/dL, creatinina > 3 mg/dL	5
• Confinado en cama	5
Edad mayor de 70 años	5
Cirugía de urgencia	10
TOTAL	
Puntaje de 0 a 15	Puntaje > 20
Busque Factores de bajo riesgo: edad > 70 años, historia de diabetes mellitus, angina de pecho, infarto, insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión arterial con hipertrofia ventricular izquierda severa, anomalías isquémicas del segmento S-T bajo reposo u ondas Q en el ECG. a) 1 factor (o ninguno): proceda a cirugía, b) 2 factores o más: si el procedimiento no es vascular puede proceder a cirugía; si es vascular, refiera para valoración cardiológica.	En el índice de riesgo cardiovascular, refiera para valoración cardiológica.

³ Detsky AS, Abrams, HB, McLaughlin JR, et al. Predicting cardiac complications in patients undergoing non-cardiac surgery. J Gen Intern Med. 1986;1:211-219

- **EVALUACIÓN DEL RIESGO PULMONAR**

Evalúe los factores de riesgo de complicaciones pulmonares (insuficiencia respiratoria, neumonía y atelectasias); la espirometría no ha demostrado ser todo lo útil que se esperaba para este fin.

Los factores de riesgo son:

- edad avanzada,
- radiografía del tórax con anormalidades o
- uso previo de broncodilatadores.

- **EVALUACIÓN DEL ESTADO COGNITIVO**

La presencia de demencia no reconocida previo a la intervención es un factor de riesgo de delirium postoperatorio. Aplique el examen mínimo del estado mental para anticipar esta complicación.

- **EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL**

Un estado de nutrición malo interfiere con la cicatrización y propicia las complicaciones infecciosas. Mida peso, talla y niveles de albúmina.

- **EXÁMENES DE LABORATORIO**

De rutina se recomienda	Opcionales
hemoglobina y hematócrito, electrolitos séricos, urea y creatinina, albúmina en sangre y electrocardiograma	biometría hemática completa, cuenta plaquetaria, pruebas de coagulación

No olvide actualizar o establecer con el paciente las directrices anticipadas de acuerdo a eventuales cuidados extraordinarios que el enfermo pudiera requerir como consecuencia de la intervención o sus complicaciones.

- **MÉRITO Y LIMITACIONES DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

La probabilidad de las complicaciones de una intervención quirúrgica depende del tipo de operación, del estado de salud del individuo y del equipo médico. La edad solamente no puede ser un determinante en la evaluación de un tratamiento quirúrgico. Sin embargo es necesario tener en cuenta que:

- El tiempo de recuperación puede ser prolongado porque la persona mayor tiene menor reserva inmunológica.

- Las complicaciones pueden tener graves consecuencias, ya que la persona adulta mayor puede tener varios problemas de salud.

La anestesia se puede complicar porque:

- Actúa como depresor de las funciones corporales, que ya pueden estar deprimidas en las personas mayores. Un ejemplo es la función respiratoria.
- La presión arterial puede ser más lábil.
- Puede desarrollar lesiones de la piel por compresión y lesiones por intubación o procedimientos similares.

- **PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA**

Tome en consideración lo siguiente:

- Trombosis de venas profundas (flaccidez de las pantorrillas durante la anestesia; reposo en cama después de la cirugía).
- Infección respiratoria.
- Confusión (por ejemplo, debido a premedicación, anestesia).
- Infección de la herida.
- Úlceras por compresión.

4.- LA GERIATRÍA EN EL CONTEXTO DE ATENCIÓN PRIMARIA

La actitud preventiva en el adulto mayor forma parte de los pilares de la atención. Su objetivo es evitar el desarrollo de situaciones que, una vez implantadas, son difícilmente reversibles. Entre ellas, cabe destacar la inmovilidad, inestabilidad, incontinencia, deterioro intelectual e iatrogenia que en su día llegaron a ser consideradas por los clásicos de la Geriatria (Bernard Isaacs) como los “Gigantes de la geriatría.” La moderna geriatría ha cambiado este enfoque, señalando la necesidad de anticiparse al desarrollo de estas situaciones que, en caso de producirse y estabilizarse, pueden considerarse cinco típicas situaciones indicadoras de una pobre atención geriátrica.

En resumen, la atención primaria de calidad se reconocerá por su capacidad de prevenir, detectar, anticipar e intervenir precozmente sobre las siguientes condiciones:

INMOVILIDAD

La inmovilidad en cama o sillón constituye un riesgo para la independencia funcional y tiene repercusiones negativas sobre la salud y la calidad de vida. En su grado máximo estando el paciente confinado a la cama, la inmovilidad ocasiona problemas inherentes a ella misma, independientemente de la enfermedad o condición que la determine.

Las úlceras por presión (escaras de decúbito), las contracturas y la impactación fecal, son ejemplos de complicaciones frecuentes en pacientes encamados. Siendo este un gran problema, podemos concluir que el reposo en cama como recurso terapéutico sólo está indicado en situaciones especiales.

El médico y el equipo geriátrico deben enfatizar prioritariamente la movilización, la actividad y promover la recuperación funcional. Los adultos mayores inmovilizados presentan atrofia muscular intensa y rápida, que puede dificultar la marcha y así perpetuar la inmovilidad. La inmovilidad en cama o sillón es generadora de otros "gigantes", tales como la incontinencia, amén de aumentar la enfermedad. El adulto mayor enfermo presenta una alta prevalencia de depresión, condición con potencial para causar o agravar la inmovilidad.

INESTABILIDAD

La inestabilidad postural y las caídas son problemas comunes en los adultos mayores, principalmente entre las mujeres. Además de que constituyen un riesgo importante para fracturas y están asociadas a un aumento de la mortalidad, las caídas tienen como principal complicación la limitación funcional y psicológica resultante del miedo de caer. Puede constituirse en factor desencadenante de abandono de actividades sociales e inmovilidad. La inestabilidad postural tiene un extenso significado clínico y puede estar asociada a alteraciones de la marcha. Las caídas deben ser consideradas como un síntoma que debe ser investigado.

INCONTINENCIA

La incontinencia de heces y orina, además de su significado médico, tiene un profundo impacto en el bienestar de los adultos mayores, comprometiendo la autoestima y la dignidad de los mismos. La incontinencia no es un problema que el médico de atención primaria incluye sistemáticamente en su interrogatorio al evaluar al adulto mayor.

En el adulto mayor independiente, la aparición de incontinencia constituye un motivo para el abandono de las actividades sociales y restricción al ámbito doméstico. En el paciente inmovilizado y dependiente, puede ser indicativo de cuidados ineficientes; muchas veces los pacientes se orinan en el lecho por no ser capaces de solicitar ayuda o por no ser atendidos en sus solicitudes de auxilio para orinar.

DETERIORO INTELECTUAL

Los trastornos cognoscitivos son altamente prevalentes entre los adultos mayores y constituyen una de las principales causas de incapacidad y de pérdida de autonomía e independencia.

Las demencias son padecimientos progresivos, irreversibles, para las cuales el mayor factor de riesgo es la propia edad. Se estima que por lo menos el 10% de la población con 65 o más años de edad presentan alguna forma de demencia.

La enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia, sin embargo la importancia de las demencias de origen vascular no debe ser subestimada. Estas afecciones tienen un gran impacto sobre la vida de los pacientes y también en sus familias. La presencia de disturbios no cognoscitivos, como las alteraciones del comportamiento, la agresividad, las alteraciones del sueño, entre otras aumentan la necesidad de cuidados permanentes y las solicitudes de ingreso en instituciones o residencias geriátricas.

IATROGENIA

La iatrogenia medicamentosa se ha convertido en uno de los principales problemas de los adultos mayores. Esto por dos razones básicas: porque el envejecimiento reduce los índices terapéuticos y también porque los pacientes geriátricos tienden a usar un número mayor de medicamentos, favoreciendo la interacción medicamentosa. Lo anterior expuesto, hace que los efectos adversos de los medicamentos sean de dos a tres veces más frecuentes entre las personas de edad avanzada. Esta situación pone en evidencia la necesidad de evitar el uso excesivo de medicamentos y de combatir la automedicación.

Otras formas de iatrogenia deben ser consideradas, entre las cuales destacan la “iatrogenia de opinión” y la “iatrogenia por omisión”. En la primera, lo que ocurre es que el médico por desconocimiento o por prejuicios, da orientaciones equivocadas a sus pacientes. Atribuir el origen de algunas quejas a la “senilidad”, estimular la inactividad o aún la inmovilidad en cama son actitudes generadoras de problemas y no de soluciones. En la iatrogenia por omisión, los pacientes se ven privados de oportunidades terapéuticas con gran potencial de éxito. Esta situación es evidente al no indicar fisioterapia para pacientes con un pronóstico favorable de rehabilitación o la no-prescripción de un antidepresivo para pacientes con depresión, dolencia con un gran potencial de respuesta terapéutica.

5.- BIBLIOGRAFÍA

Chodosh J, McCann RM, Frankel RM, et al. Geriatric Assessment and the Twenty Minute Visit. Rochester, New York: Division of Geriatrics, University of Rochester, School of Medicine and Dentistry; 1997.

Edelberg HK, Wei JY. Primary-care guidelines for community-living older persons. Clin Geriatrics. 1999; 7: 42-55.

Goldberg TH, Chaving SI. Preventive medicine and screening in older adults. J Am Geriatric Society. 1997; 45(3):344-354.

Moore AA, Su AI, "Screening for common problems in ambulatory elderly: clinical confirmation of a screen instrument." Am J Med 1996, 100:440-5

Reuben, D et al. Geriatrics At Your Fingertips, 1998/99 Edition, American Geriatrics Society, Belle Mead, NJ: Excerpta Medica, Inc., 1998.

Rowe JW, Kahn RL. Successful Aging. New York: Pantheon Press; 1998.

Thomas DR, Ritchie CS. Preoperative assessment of older adults. JAGS 1995; 43:811-821.

**PARTE I:
MÓDULOS DE
VALORACIÓN CLÍNICA**

Módulo 2

**EVALUACIÓN DE ALTERACIONES SENSORIALES
Y TÉCNICAS PARA LA COMUNICACIÓN**



**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

MÓDULO

2

1.- INTRODUCCIÓN

2.- LA VISIÓN

CAMBIOS VISUALES EN EL ADULTO MAYOR

**TÉCNICAS PARA LA COMUNICACIÓN CON LOS ADULTOS MAYORES CON
IMPEDIMENTOS DE VISIÓN**

3.- LA AUDICIÓN

CAMBIOS AUDITIVOS EN EL ADULTO MAYOR

**TÉCNICAS PARA LA COMUNICACIÓN CON LOS ADULTOS MAYORES CON
IMPEDIMENTOS AUDITIVOS**

4.- LA MEMORIA

CAMBIOS COGNITIVOS Y TRASTORNOS DE LA MEMORIA

**TÉCNICAS PARA LA COMUNICACIÓN CON LOS ADULTOS MAYORES CON
IMPEDIMENTOS DE COGNICIÓN**

5.- LOS DIEZ MANDAMIENTOS PARA LA COMUNICACIÓN CON LOS ADULTOS MAYORES

6.- BIBLIOGRAFÍA

OBJETIVOS

GENERAL: Presentar algunos conceptos básicos que permitan que los Equipos que trabajan en los Programas de Atención Primaria de Salud, logren mejor comunicación con los adultos mayores con impedimentos sensoriales.

ESPECÍFICOS:

Al finalizar el trabajo de este módulo, se espera que los participantes sean capaces de:

1. Identificar los elementos básicos para una buena comunicación con los adultos mayores.
2. Mejorar la comunicación con personas que tienen déficit visual.
3. Mejorar la comunicación con personas que tienen trastornos auditivos.
4. Mejorar la comunicación con personas que están confusas, que tienen pérdida de memoria o demencia.

1.- INTRODUCCIÓN

La presencia de alteraciones sensoriales en el adulto mayor tiene una alta incidencia, siendo de los factores directamente implicados en la morbimortalidad de la población de edad avanzada. Así, es frecuente encontrar situaciones donde la evaluación integral y el abordaje diagnóstico se dificultan por una situación de déficit sensorial.

Además de tener consecuencias para la comunicación entre el profesional de salud y el adulto mayor, los déficit sensoriales pueden producir:

- Cambios en el comportamiento.
- Dificultad para la alimentación, limitación en las compras, reducción en la capacidad de autocuidados y disminución de la movilidad.
- Repercusiones en la esfera psicológica: tendencia a la depresión, irritabilidad y aislamiento.

Existen algunos factores que hacen que a los déficit sensoriales del adulto mayor no se les de la relevancia adecuada:

- En los primeros estadíos, no existe disminución en las capacidades del adulto mayor.
- El prejuicio y mito del envejecimiento como sinónimo de discapacidad tiende a considerar los déficit sensoriales como algo natural, tanto por el adulto mayor, como por su familia y por los profesionales de la salud.
- Ausencia de programas de detección de estas discapacidades desde la atención primaria de salud.

2.- LA VISIÓN

CAMBIOS VISUALES EN EL ADULTO MAYOR

El deterioro de la visión es común al envejecer y su repercusión funcional suele ser grave. El empleo de las cartas de Snellen o Jaeger para detectar deterioro es indudablemente útil. (Ver Guía 11: Disminución de la Agudeza Visual)

Sin embargo, para la detección, basta preguntarle al paciente si puede:

- Leer (o ver) los titulares y el texto normal de un periódico.
La agudeza visual es normal si es posible hacerlo, el deterioro es moderado si sólo lee (o ve) los titulares y grave si no lee (o ve) ni lo uno ni lo otro.
- La observación de la capacidad para llenar formatos y la deambulaci3n, complementan la observaci3n cl3nica.

- La campimetría por confrontación puede ser útil para detectar secuelas de afección cerebrovascular.

Las principales causas de déficit visual incluyen:

- Cambios en el cristalino
- Cambios en la retina
- Cambios en la córnea

Las patologías oculares de especial incidencia en el adulto mayor son:

- Cataratas
- Retinopatía
- Glaucoma
- Degeneración macular

TÉCNICAS PARA LA COMUNICACIÓN CON LOS ADULTOS MAYORES CON IMPEDIMENTOS DE VISIÓN

- Siempre identifíquese claramente.
- Narre sus actividades: infórmele a la persona mayor cuando entra o sale de la habitación.
- Use lenguaje claro cuando esté dando indicaciones, tal como “izquierda” o “derecha”, en vez de “allí”.
- Obtenga y fomente el uso de dispositivos para la visión pobre.
- Asegúrese de que el ambiente esté bien iluminado.
- Si la persona mayor no está usando anteojos, pregúntele si normalmente los usa y para qué fin. Si necesita anteojos para una situación determinada, asegúrese de que la persona los esté usando.
- Sea consciente de que si la persona mayor se está alejando de usted, está inclinando la cabeza hacia un lado o parece estar mirando en otra dirección, puede ser sólo para ajustar la distancia y el ángulo, mejorando su capacidad para verle.
- Cuando esté usando material impreso, asegúrese de que la letra sea de un tamaño que la persona mayor pueda leer (tamaño de letra de al menos 14 puntos), este texto es de 12 puntos.
- Use audición y tacto para reforzar su comunicación.

3.- LA AUDICIÓN

CAMBIOS AUDITIVOS

Su compromiso es sumamente frecuente, afecta a un tercio de los sexagenarios, dos tercios de los septuagenarios y tres cuartas partes de los mayores de 80 años. Es típico el deterioro de la capacidad auditiva para las frecuencias altas (las consonantes en el habla), mientras que se conserva la audición para frecuencias bajas (las vocales). El adulto mayor se queja de que oye sin comprender. (Ver Guía 10: Disminución de la Agudeza Auditiva)

LA FRECUENCIA Y GRAVEDAD DEL PROBLEMA HACE NECESARIA SU BÚSQUEDA SISTEMÁTICA A TRAVÉS DE:

- El interrogatorio para detectar su presencia (observación directa y preguntas acerca de la dificultad para comprender las voces a mujeres y niños, dificultad para oír el teléfono o comprender lo que se dice en lugares ruidosos).
- El interrogatorio para reconocer la repercusión social del déficit.
- El examen otoscópico para buscar impactación de cerumen.
- Prueba de la agudeza auditiva (tictac de un reloj de pulso o frotamiento de los dedos en proximidad del pabellón auricular).
- Prueba de dificultades de comprensión a través de la “prueba del susurro” (incapacidad para repetir el 50% de diez palabras pronunciadas en susurro a 15 centímetros de distancia detrás del paciente).

El adulto mayor con déficit auditivo tiene que hacer frente a una serie de problemas psicológicos que son consecuencia de:

- Indiferencia progresiva hacia el mundo exterior.
- Interpretación de los sonidos del lenguaje.
- “Sólo oye lo que quiere oír” tiende a participar cuando la conversación es lenta o cuando el tema le es muy conocido.

Las principales causas del déficit auditivo en los adultos mayores son:

- Presbiacusia: dificultad progresiva para la audición.
- Aumento de la vellosidad del oído externo.
- Aumento de la producción de cerumen.
- Disminución de la elasticidad de la membrana timpánica.

La detección de anomalías justifica la referencia para la audiometría

INVENTARIO DE DISCAPACIDAD AUDITIVA EN LOS ADULTOS MAYORES - ABREVIADO

HEARING HANDICAP INVENTORY OF THE ELDERY-SHORT (VERSIÓN CORTA)¹

	Sí	Algunas veces	No
	4	2	0
¿Alguna vez se ha sentido avergonzado al conocer personas debido a problemas para oír?			
¿Los problemas para oír le hacen sentir frustrado al hablar con miembros de su familia?			
¿Tiene dificultad para oír cuando alguien le habla en voz baja?			
¿Alguna vez ha tenido limitaciones debido a problemas para oír?			
¿Los problemas para oír le han causado dificultades al visitar amigos, parientes o vecinos?			
¿Los problemas para oír han hecho que vaya menos seguido de lo que le gustaría a actos sociales o servicios religiosos?			
¿Los problemas para oír han causado discusiones con miembros de su familia?			
¿Los problemas para oír le causan dificultad para entender los programas de televisión o radio?			
¿Cree que su problema para oír limita su vida personal o social?			
¿Un problema para oír le causa dificultad cuando va con amigos o parientes a un restaurante?			
TOTAL			

RANGO DE PUNTOS: 0 - 40

- 0 - 8 -- sin alteración autopercebida
- 10 - 22 -- con dificultad leve a moderada
- 24 - 40 -- dificultad significativa

¹ Tomado de: Ventry IM, Weinstein BE. Identification of elderly people with hearing problems. ASHA. July 1983; 25:37.

TÉCNICAS PARA LA COMUNICACIÓN CON LOS ADULTOS MAYORES CON IMPEDIMENTOS AUDITIVOS

- Capte la atención de la persona primero y hablele de frente.
- La luz debe iluminar su cara.
- Hable usando una voz fuerte, pero sin gritar.
- Use tonos más bajos que se escuchan mejor que tonos más altos.
- Hable lenta y claramente, pero sin sobre enfatizar.
- Elimine el ruido de fondo.
- Mantenga su boca en plena vista.
- Use otras palabras en vez de repetir una oración que no se entendió.
- Use otros medios de comunicación, tales como gestos, diagramas y materiales escritos.
- Haga que la persona mayor repita los datos cruciales para asegurar comprensión.
- Alerta a la persona cuando está cambiando de tema.
- Recuerde utilizar los servicios en su comunidad para obtener dispositivos auditivos o educar al adulto mayor a vivir con un déficit auditivo.

4.- LA MEMORIA

CAMBIOS COGNITIVOS Y TRASTORNOS DE LA MEMORIA

La mayoría de los adultos mayores no presentan graves problemas cognitivos, confusión o trastornos de memoria. Aproximadamente, sólo un 10% de la población de 60 años y más, presenta algún tipo de demencia. Sin embargo, puede ser relativamente frecuente que el médico o enfermero de atención primaria tenga un paciente que sufra de un estado de confusión. Existen varias situaciones que llevan a la alteración de forma momentánea y transitoria de la función cerebral y por lo tanto, del estado mental. Este se considera un estado de confusión mental agudo. En momentos de ansiedad y estrés es también posible que el paciente manifieste algunos déficit de memoria transitorios.

El adulto mayor con confusión o con déficit de memoria representa un reto para la comunicación con el médico, enfermera, familiares y cuidadores por:

- Ser incapaz de pensar con la claridad y coherencia adecuadas.
- Se le dificulta o es incapaz de identificar el mundo exterior y la realidad en que se encuentra.

- Su lenguaje es incoherente, con frases inacabadas y preguntas que ponen de manifiesto su desorientación.
- Tiene dificultad para mantener la atención.
- Está desorientado en tiempo y espacio, no sabe la fecha ni el lugar en que se encuentra.
- Puede confundir a personas conocidas, o creer reconocer a otras que no conoce.
- Con frecuencia está agitado.
- Puede tener alucinaciones, sobre todo visuales, muchas veces amenazantes.

La confusión nunca forma parte del envejecimiento normal

La confusión mental puede ser debida a numerosas causas:

- infecciones,
- alcohol,
- anemia,
- problemas cardiovasculares,
- problemas respiratorios,
- traumatismos,
- alteraciones metabólicas,
- medicamentos,
- trastornos orgánicos y psicológicos,
- estrés quirúrgico,
- estados postoperatorios.

TÉCNICAS PARA LA COMUNICACIÓN CON LOS ADULTOS MAYORES CON IMPEDIMENTOS DE COGNICIÓN

- Mantener realistas sus expectativas.
- Mantener contacto visual y mediante el tacto.
- Informar a la persona de su identidad (nombre, profesión), el lugar en que está y la fecha.
- Explicarle las actividades que va a realizar y llevarlas a cabo con calma, transmitiendo tranquilidad.

- Transmitir sensación de seguridad y confianza. Atención a lo que transmitimos con nuestros gestos y actitudes no verbales.
- Escuchar y responder con sinceridad, usando oraciones simples y dando instrucciones paso a paso.
- Valide² el comportamiento del paciente sin ofrecer contradicciones.
- Haga preguntas que puedan contestarse con un “sí” o un “no” y no haga preguntas que requieran esfuerzos de memoria.
- No polemizar o discutir con el paciente, pues provocará ansiedad y frustración progresivas.

5.- LOS DIEZ MANDAMIENTOS PARA LA COMUNICACIÓN CON LOS ADULTOS MAYORES

1. Sea sensible a la autopercepción de la persona mayor.
2. Piense en cómo usted se está presentando. ¿Está atareado, enojado o tenso? Mantenga una actitud calmada, suave y práctica.
3. Mire a través del prisma del paciente, no sólo a través de su lente profesional.
4. Suspenda los estereotipos (el ver a las personas como individuos, suspende nuestras expectativas y permite un mayor respeto y participación con los demás).
5. Desarrolle la empatía. La empatía facilita ver las cosas desde la perspectiva de otra persona. Esto es especialmente evidente para el entendimiento de los defectos físicos que impiden la comunicación.
6. Desarrolle la flexibilidad. Es particularmente importante en relación a nuestras expectativas. Si éstas no son rígidas, nos dejan el paso libre a una base en común.
7. Sea cálido y sociable. Una manera de ser abierta, amigable y respetuosa contribuye mucho a engendrar altos niveles de bienestar.
8. Mire a los ojos del paciente al comunicarse, esto crea un equilibrio de poder.
9. Aprenda acerca del lenguaje y las costumbres de la persona mayor. Cuanto más sabemos los unos de los otros, mejor oportunidad tenemos de encontrar una base en común.
10. Desglose los conceptos por partes. Dé tiempo para considerarlos o para cumplirlos en orden.

El respeto al individuo es la base de toda buena comunicación

² La teoría de la validación implica la necesidad de todo individuo de sentir que otros entienden la razón de sus conductas y/o emociones. Validar entonces, es hacerle sentir a otro que es comprendido.

6.- BIBLIOGRAFÍA

Dreher, B.B. Communication Skills for Working with Elders, 2nd. ed. New York: Springer Pub. Co. 2001.

Gastel, B. Working with Your Older Patient: A Clinician's Handbook. Bethesda, MD: National Institutes of Health, National Institute on Aging. 1994.

Mezey, M. et al. The Encyclopedia of Elder Care. New York: Springer Publishing Co. 2001

Mezey, M., T. Fulmer, C. Mariano. Best Nursing Practices in Care for Older Adults. New York: The John A. Hartford Foundation Institute for Geriatric Nursing, New York University. 2001

Ventry IM, Weinstein BE. Identification of elderly people with hearing problems. American Speech-Language-Hearing Association Journal 1983; 25:37.

Recursos en línea:

Alzheimer's Disease Internacional. Directorio de países. Hay 16 países en América Latina con páginas web sobre la Enfermedad de Alzheimers con materiales diseñados para ayudar a los profesionales y a los familiares y cuidadores a tener una mejor comunicación con las personas que sufren la enfermedad de Alzheimers.
<http://www.alz.co.uk/help/associations.html>

Enciclopedia Médica en Español. Cambios en los sentidos por el envejecimiento.
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/004013.htm>

Fundación Novartis para Estudios Gerontológicos: www.healthandage.com, en la sección Health Centers, encontrará una sección sobre Problemas de Visión y Audición (Hearing and Vision Problems)

Lighthouse Internacional. <http://www.lighthouse.org/>

PARTE I: MÓDULOS DE VALORACIÓN CLÍNICA

Módulo **3**

EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

MÓDULO 3

1.- INTRODUCCIÓN

2.- LA EVALUACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL

3.- ÍNDICE PARA EVALUAR LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)

POBLACIÓN OBJETIVO PARA LA EVALUACIÓN

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

MÉRITOS Y LIMITACIONES

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)

4.- ÍNDICE PARA EVALUAR LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)

POBLACIÓN OBJETIVO PARA LA EVALUACIÓN

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

MÉRITOS Y LIMITACIONES

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)

5.- VALORACIÓN DEL EQUILIBRIO Y LA MARCHA

POBLACIÓN OBJETIVO PARA LA EVALUACIÓN

MOVILIDAD

EQUILIBRIO

MARCHA

ESCALA DE TINETTI MODIFICADA

6.- BIBLIOGRAFÍA

OBJETIVOS

GENERAL: Proporcionar los elementos conceptuales y metodológicos para la evaluación funcional del adulto mayor.

ESPECÍFICOS:

Al finalizar el trabajo con el presente módulo, se espera que los participantes sean capaces de:

1. Valorar la importancia de la funcionalidad y autonomía para el adulto mayor.
2. Identificar las escalas para la evaluación funcional de las personas mayores.
3. Evaluar la funcionalidad de los adultos mayores utilizando escalas apropiadas para medir las actividades de la vida diaria, las actividades instrumentales de la vida diaria y evaluar la marcha y el balance.
4. Planificar estrategias para mejorar o mantener el estado funcional de las personas de edad avanzada.

1.- INTRODUCCIÓN

LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y EL ENVEJECIMIENTO MEDIANTE UN ENFOQUE DE CURSO DE VIDA

La capacidad humana en relación con muchas funciones - tales como la capacidad de ventilación, la fuerza muscular, el rendimiento cardiovascular - aumentan desde la niñez y alcanzan un punto máximo en la edad adulta temprana. Tal punto es seguido eventualmente por una declinación, como muestra el Diagrama 1.1. Sin embargo, la pendiente de la declinación a lo largo del curso de la vida está determinada en gran parte por factores externos – tales como el fumar, la nutrición poco adecuada o la falta de actividad física – por mencionar sólo algunos de los factores relacionados a los comportamientos individuales. La declinación natural en la función cardiaca, por ejemplo, puede acelerarse a causa del hábito de fumar, dejando al individuo a un nivel de capacidad funcional más bajo de lo que se esperaría normalmente para la edad de la persona. Sin embargo, la aceleración en la declinación puede ser reversible a cualquier edad. El dejar de fumar y los pequeños aumentos en la actividad física, por ejemplo, reducen el riesgo de desarrollar enfermedad coronaria del corazón.

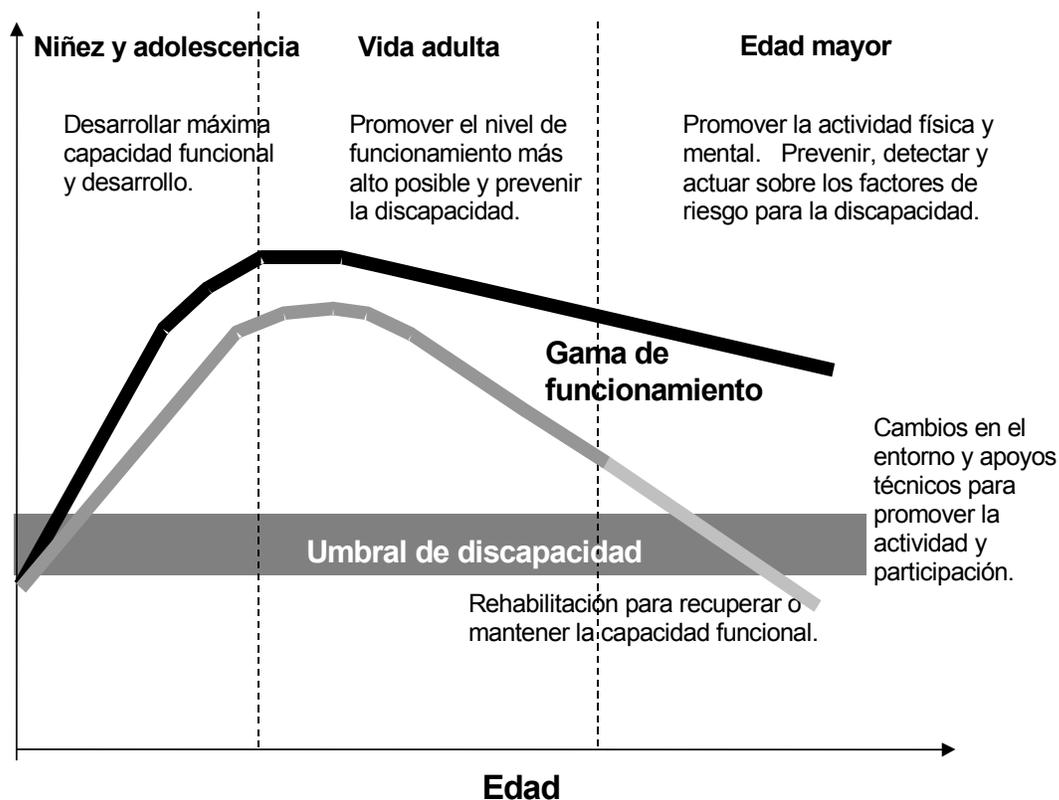
La declinación también puede acelerarse a causa de factores externos y ambientales, tales como la contaminación ambiental, la pobreza, la falta de educación, etcétera; sobre los cuales el individuo puede tener poca o ninguna influencia. Ambos pueden ser influenciados mediante políticas e intervenciones dirigidas.

Asimismo, para aquellos que pierden su autonomía, la provisión de rehabilitación y las adaptaciones del entorno físico pueden disminuir en gran medida el umbral de discapacidad y así reducir el nivel de deterioro. Mediante intervenciones dirigidas, una persona discapacitada puede ganar al menos parte de la función perdida. Puede bajarse el umbral de discapacidad mediante adaptaciones ambientales apropiadas, tales como: transporte público accesible y adecuado en ambientes urbanos, la disponibilidad de rampas y los dispositivos simples de asistencia, como ayudas para caminar, utensilios de cocina adaptados, un asiento de inodoro con rieles, entre otros.

Las necesidades básicas, tales como asegurar el acceso fácil a recursos de agua limpia dentro del entorno inmediato, pueden hacer toda la diferencia para que las personas mayores puedan mantenerse independientes. En los ambientes de escasos recursos, un desafío especial es adaptar el entorno a las necesidades de las personas mayores discapacitadas y proveer dispositivos simples de asistencia. El mantener la calidad de vida para las personas mayores es una consideración principal, especialmente para aquellos cuya capacidad funcional ya no puede recuperarse. Existen muchas intervenciones específicas que pueden ayudar a las personas mayores a mejorar su capacidad funcional y de este modo su calidad de vida.

Un enfoque de curso de vida hacia el envejecimiento saludable y activo, está basado por lo tanto, en comportamientos individuales, así como en las políticas que influyen esos comportamientos y que determinan el entorno en el cual viven las personas.

DIAGRAMA 3.1. ESTADO DE LA FUNCIÓN EN EL CURSO DE LA VIDA¹



2.- LA EVALUACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL

Los cambios normales a causa del envejecimiento y los problemas de salud de los adultos mayores, a menudo se manifiestan como declinaciones en el estado funcional. Estos problemas de salud condicionantes de deterioro funcional en los adultos mayores de no ser tratados pueden conducir a situaciones de incapacidad severa (inmovilidad, inestabilidad, deterioro intelectual) y ponen al individuo en riesgo de iatrogenia. Una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional (Cuadro 3.1), la cual provee los datos objetivos que pueden indicar la futura declinación o mejoría en el estado de salud y que permite al personal de salud intervenir de forma apropiada.

¹ Adaptado de Kalache A and Kickbusch I. "A global strategy for healthy ageing." World Health; 1997;4: 4-5 (July-August).

CUADRO 3.1. LA FUNCIONALIDAD SE DEFINE POR MEDIO DE TRES COMPONENTES

1. Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)	2. Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)
Bañarse	Uso de transporte
Vestirse	Ir de compras
Usar el inodoro	Uso del teléfono
Movilizarse (entrar y salir de la cama)	Control de fármacos
Continencia	Capacidad para realizar las tareas domésticas
Alimentarse	

3. Marcha y equilibrio

LA EVALUACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL ES NECESARIA EN VIRTUD DE QUE:

- El grado de deterioro funcional no puede estimarse a partir de los diagnósticos médicos en un adulto mayor.
- El deterioro de la capacidad funcional constituye un factor de riesgo para numerosos eventos adversos como las caídas y la institucionalización.

PARA ESTIMAR LA CAPACIDAD FUNCIONAL:

- Pregunte por las actividades realizadas en el mismo día de la visita.
- Si hay deterioro cognoscitivo corrobore la información con el acompañante.
- Al observar cómo el paciente ingresa a la sala, se sienta y se levanta de la silla obtenemos información adicional.

SI SE IDENTIFICA DETERIORO FUNCIONAL:

- Precisar la causa del mismo.
- Precisar su tiempo de evolución (esto determina la potencial reversibilidad).

3.- INDICE PARA EVALUAR LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)

El índice de Katz es uno de los más ampliamente utilizados y más cuidadosamente evaluados. Se trata de una escala sencilla cuyos grados reflejan niveles de conducta en seis funciones. Su carácter jerárquico permite evaluar el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo.

La escala consta de seis elementos y evalúa las ABVD proporcionando un índice de autonomía-dependencia en un breve tiempo de administración.

POBLACIÓN OBJETIVO PARA LA EVALUACIÓN

El instrumento se usa más eficazmente en adultos mayores, en una variedad de entornos de atención, cuando las medidas de línea de base que se toman cuando el individuo empieza a manifestar déficit funcionales, son comparadas con medidas **periódicamente**. Esta escala de evaluación es más útil con individuos que ya manifiestan dificultades con las actividades instrumentales de la vida diaria. El propósito del índice es darle al usuario indicadores básicos para identificar cambios a través del tiempo en la autonomía del paciente, necesidades de servicio y carga de tiempo y atención para los familiares y cuidadores.

INTERPRETACIÓN

Es importante señalar el concepto de independencia de este índice. Se considera (I) independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda sólo para un componente de la actividad, y (D) dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo supervisión o guía, para todos los componentes de la actividad; el (A) grado intermedio de dependencia es aquella persona que “requiere de asistencia” para más de un componente, pero que puede realizar otros componentes de la actividad sin ayuda o supervisión. El **índice de Katz** asigna la puntuación de 2 puntos a la actividad que se hace sin apoyo o con mínima ayuda, o sea independientemente (I); 1 punto si necesita moderado nivel de ayuda (A); y 0 si es totalmente dependiente (D). Esta **puntuación inicial** es significativa como medida de base y su disminución **a lo largo del tiempo** indica deterioro; también puede servir para clasificar a la población objeto en una **escala continua** de más o menos autonomía.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

En los treinta y cinco años desde que se desarrolló el instrumento, ha sido modificado y simplificado y se han utilizado diferentes enfoques respecto a la puntuación. Sin embargo, su utilidad para evaluar el estado funcional en la población de edad mayor se ha demostrado en forma constante.

MÉRITOS Y LIMITACIONES

La herramienta Katz **ABVD** evalúa las **actividades básicas de la vida diaria**, sin evaluar actividades más avanzadas. A pesar de que el índice Katz ABVD es sensible a los cambios en el estado de salud declinante, la escala es limitada respecto a su capacidad para medir pequeños incrementos en los cambios que se observan en la rehabilitación de los adultos mayores, (esto deberá seguirse por una evaluación geriátrica completa cuando sea apropiado). El índice de Katz es muy útil para la creación de un lenguaje común acerca del **funcionamiento** del individuo para todo el equipo involucrado en la atención de salud del adulto mayor.

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)²

CUADRO 3.2. ÍNDICE DE KATZ MODIFICADO

Información obtenida del:		Actividad	Guía para evaluación I = 2 A = 1 D = 0
Paciente	Informante		
I A D	I A D	Bañarse	<p>I = Se baña completamente sin ayuda, o recibe ayuda sólo para una parte del cuerpo, por ejemplo: la espalda.</p> <p>A = Necesita ayuda para más de una parte del cuerpo, para entrar o salir de la bañera o aditamentos especiales en la bañera.</p> <p>D = Completamente incapaz para darse un baño por sí mismo.</p>
Puntuación: _____	Puntuación: _____		
I A D	I A D	Vestirse	<p>I = Capaz de escoger ropa, vestirse/desvestirse, manejar cinturones/sujetadores; se excluye el atarse los zapatos.</p> <p>A = Necesita ayuda pues solo está parcialmente vestido.</p> <p>D = Completamente incapaz de vestirse/desvestirse por sí mismo.</p>
Puntuación: _____	Puntuación: _____		
I A D	I A D	Apariencia Personal	<p>I = Capaz de peinarse, afeitarse sin ayuda</p> <p>A = Necesita ayuda para peinarse, afeitarse</p> <p>D = Completamente incapaz de cuidar su apariencia</p>
Puntuación: _____	Puntuación: _____		
I A D	I A D	Usar el inodoro	<p>I = Capaz de ir al inodoro, sentarse y pararse, ajustar su ropa, limpiar órganos de excreción; usa orinal solo en la noche.</p> <p>A = Recibe ayuda para acceder a y usar el inodoro; usa orinal regularmente.</p> <p>D = Completamente incapaz de usar el inodoro.</p>
Puntuación: _____	Puntuación: _____		

² Traducido y adaptado con permiso de Modules in Clinical Geriatrics by Blue Cross and Blue Shield Association and the American Geriatrics Society publicado por Blue Cross and Blue Shield, 1998.

I A D	I A D	Continencia	I = Micción/defecación autocontrolados. A = Incontinencia fecal/urinaria parcial o total, o control mediante enemas, catéteres, uso regulado de orinales. D = Usa catéter o colostomía.
Puntuación: _____	Puntuación: _____		
I A D	I A D	Trasladarse	I = Capaz de acostarse/sentarse y levantarse de la cama/silla sin asistencia humana o mecánica A = Necesita ayuda humana o mecánica. D = Completamente incapaz de trasladarse; necesita ser levantado.
Puntuación: _____	Puntuación: _____		
I A D	I A D	Caminar	I = Capaz de caminar sin ayuda excepto por bastón. A = Necesita asistencia humana/andador, muletas D = Completamente incapaz de caminar; necesita ser levantado.
Puntuación: _____	Puntuación: _____		
I A D	I A D	Alimentarse	I = Capaz de alimentarse completamente a sí mismo. A = Necesita ayuda para cortar o untar el pan, etc. D = Completamente incapaz de alimentarse por sí mismo o necesita alimentación parenteral.
Puntuación: _____	Puntuación: _____		
Total: _____	Total: _____		

CÓDIGOS: I = INDEPENDIENTE A = REQUIERE ASISTENCIA D = DEPENDIENTE

4.- ÍNDICE PARA EVALUAR LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)

POBLACIÓN OBJETIVO PARA LA EVALUACIÓN

La escala de Lawton es útil para detectar los primeros grados de deterioro funcional de los y las adultos mayores que viven en sus domicilios. Esta escala se recomienda para la evaluación del adulto mayor que se considera con riesgos de perder su autonomía, ya sea por una enfermedad crónica o por estar recuperándose de un período de inmovilidad. Si el nivel de discapacidad no se evalúa, ni se compensa con intervenciones apropiadas, ni se monitorea regularmente, la persona corre el peligro de entrar en un proceso que puede llevar a un grado acumulativo de discapacidades.

INTERPRETACIÓN

Así como el índice de Katz ABVD, el enfoque de la escala de **Lawton** es sobre el **grado de independencia** que el paciente tiene, según su nivel funcional. Esta escala es **capaz de detectar deterioro funcional más tempranamente** que el índice de Katz ABVD. Nuevamente, independiente (**I**) es aquel que no requiere asistencia, dependiente intermedio es aquel que necesita alguna ayuda (**A**) y dependiente (**D**) es aquel que no puede realizar la actividad o requiere máxima asistencia. La puntuación continúa siendo así: I = 2, A = 1, D = 0.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

El instrumento ha sido modificado y adaptado con diferentes enfoques respecto a puntuación. Sin embargo, su utilidad para evaluar el estado funcional de las personas para el desempeño de las actividades más complejas de la vida diaria se ha demostrado de manera constante. La validez y la confiabilidad de una escala es relativa a los propósitos para la cual se emplea la misma. El concepto de confiabilidad se refiere a la consistencia en los resultados de la escala, cada vez que ésta se aplica por diferentes personas. El concepto de validez se refiere a la utilidad de la escala para medir lo que se intenta con ella.

Existen varios tipos de validez y en el caso de la escala de AIDV se ha confirmado que su validez es de relevancia para su uso en el contexto clínico, para focalizar y planificar servicios de salud y para evaluar los mismos. Se han establecido medidas de confiabilidad con los componentes básicos de la escala y se consideran aceptables.

MÉRITOS Y LIMITACIONES

El principal inconveniente de la escala de AIVD radica en su énfasis en tareas que habitualmente han sido aprendidas y practicadas por las mujeres urbanas, siendo esto un obstáculo cuando se aplica a los adultos mayores hombres o a los adultos mayores en áreas rurales, dónde las actividades instrumentales de sobrevivencia tienen variaciones importantes. La escala puede y debe de ser adaptada para que refleje más fielmente el tipo de actividad que los adultos mayores consideran indispensables para poder vivir independientemente en áreas rurales o semi-rurales.

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)³

CUADRO 3.3. ESCALA DE LAWTON

Información obtenida de: Paciente	Informante	Actividad	Guía para evaluación
I A D	I A D	Capacidad para usar el teléfono	I = Utiliza el teléfono por iniciativa propia y es capaz de marcar los números y completar una llamada. A = Es capaz de contestar el teléfono o de llamar a la operadora en caso de emergencia, pero necesita ayuda para marcar los números. D = Totalmente incapacitado para realizar una llamada por teléfono por sí mismo.
Puntuación: _____	Puntuación: _____		
I A D	I A D	Uso de medios de transporte	I = Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio auto. A = Sólo viaja si lo acompaña alguien. D = No puede viajar en absoluto.
Puntuación: _____	Puntuación: _____		
I A D	I A D	Ir de compras	I = Realiza todas las compras con independencia. A = Necesita compañía para realizar cualquier compra. D = Totalmente incapaz de ir de compras.
Puntuación: _____	Puntuación: _____		
I A D	I A D	Preparación de la comida	I = Organiza, prepara y sirve las comidas adecuadamente y con independencia. A = Calienta, sirve y prepara comidas ligeras, pero no puede mantener una dieta adecuada sin ayuda. D = Necesita que le preparen y sirvan las comidas.
Puntuación: _____	Puntuación: _____		
I A D	I A D	Control de sus medicamentos	I = Es capaz de tomar su medicación en el horario y dosis correcta. A = Toma su medicación si alguien se lo recuerda y le prepara la dosis. D = Incapaz de administrarse su medicación.
Puntuación: _____	Puntuación: _____		
I A D	I A D	Manejo de sus asuntos económicos	I = Maneja los asuntos económicos con independencia. A = Realiza los gastos cotidianos pero necesita ayuda para manejar su cuenta de banco y hacer grandes compras, etcétera. D = Incapaz de manejar su dinero.
Puntuación: _____	Puntuación: _____		
Total: _____	Total: _____		

CÓDIGOS: I = INDEPENDIENTE A = REQUIERE ASISTENCIA D = DEPENDIENTE

³ Traducido y adaptado con permiso de Modules in Clinical Geriatrics by Blue Cross and Blue Shield Association and the American Geriatrics Society publicado por Blue Cross and Blue Shield, 1998.

5.- VALORACIÓN DEL EQUILIBRIO Y LA MARCHA

El movimiento es un componente esencial en la vida del adulto mayor, pues todos sus sistemas corporales funcionan con mayor eficacia cuando está activo. La pérdida de capacidad de marcha y equilibrio son indicadores de alto riesgo para la salud del individuo.

POBLACIÓN OBJETIVO PARA LA EVALUACIÓN

La inactividad y la inmovilidad resultan problemas relativamente comunes en la población adulta mayor de edad más avanzada. De ahí que sea importante fomentar la movilidad y cuando la situación lo indique hacer una evaluación del equilibrio y la marcha.

MOVILIDAD

La capacidad de las personas de edad para preservar su funcionalidad depende en buena medida de su motricidad. La detección temprana de incapacidades en esta área posibilita la intervención rehabilitatoria.

EQUILIBRIO

Una evaluación clínica de la marcha debe incluir la observación del equilibrio utilizando la escala de Tinetti como guía.

Para los pacientes que ya no son ambulatorios puede ser útil observar su capacidad para efectuar transferencias de la cama al sillón o al servicio sanitario y observar su estabilidad en la posición de sentados.

MARCHA

La marcha requiere para ejecutarse de:

- Integridad articular
- Coordinación neuromuscular
- Integridad de las aferencias propioceptivas, visuales y vestibulares

Su deterioro es frecuente (1 de cada 5 personas de 75 años y más tienen algún tipo de deterioro). Los afectados tienen un mayor riesgo de caer. La evaluación clínica debe incluir el interrogatorio acerca de caídas recientes y sus consecuencias y la ejecución de la prueba de marcha.

ESCALA DE TINETTI MODIFICADA⁴

EQUILIBRIO

Silla: Coloque una silla dura y sin brazos contra la pared. Dé instrucciones al paciente para las siguientes maniobras.

1. Al sentarse:

- 0 = incapaz sin ayuda o se colapsa sobre la silla o cae fuera del centro de la silla.
- 1 = capaz y no cumple los criterios para 0 ó 2.
- 2 = se sienta mediante movimientos fluidos y seguros y termina con los glúteos tocando el respaldo de la silla y los muslos en el centro de la silla.

2. Equilibrio mientras está sentado:

- 0 = incapaz de mantener su posición (se desliza marcadamente hacia el frente o se inclina hacia el frente o hacia el lado).
- 1 = se inclina levemente o aumenta levemente la distancia entre los glúteos y el respaldo de la silla.
- 2 = firme, seguro, erguido.

3. Al levantarse:

- 0 = incapaz sin ayuda o pierde el balance o requiere más de 3 intentos.
- 1 = capaz, pero requiere 3 intentos.
- 2 = capaz en 2 intentos o menos.

4. Equilibrio inmediato al ponerse de pié (primeros 5 seg):

- 0 = inestable, se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco, se apoya en objetos.
- 1 = estable, pero usa andador o bastón, o se tambalea levemente pero se recupera sin apoyarse en un objeto.
- 2 = estable sin andador, bastón u otro soporte.

De Pié: ver ilustraciones de posiciones específicas de los pies en la siguiente página.

5. Equilibrio con pies lado a lado:

- 0 = incapaz o inestable o sólo se mantiene ≤ 3 segundos.
 - 1 = capaz, pero usa andador, bastón, u otro soporte o sólo se mantiene por 4 – 9 segundos.
 - 2 = base de sustentación estrecha, sin soporte, por 10 segundos.
- Tiempo: ___ ___, ___ segundos.

6. Prueba del Tirón (el paciente en la posición máxima obtenida en # 5; el examinador parado detrás de la persona, tira *ligera*mente hacia atrás por la cintura):

- 0 = comienza a caerse.
- 1 = da más de 2 pasos hacia atrás.
- 2 = menos de 2 pasos hacia atrás y firme.

⁴ Adaptado por la American Geriatrics Society de Mary E. Tinetti, M.D., "Performance-Oriented Assessment of Mobility", páginas 131-133 en Reuben D et al. Geriatrics At Your Fingertips, 1998/99 Edition, American Geriatrics Society, Belle Mead, NJ: Excerpta Medica, Inc., 1998.

7. Se para con la pierna derecha sin apoyo:

0 = incapaz o se apoya en objetos de soporte o capaz por < 3 segundos.

1 = capaz por 3 ó 4 segundos.

2 = capaz por 5 segundos.

Tiempo: ____ , ____ segundos

8. Se para con la pierna izquierda sin apoyo:

0 = incapaz o se apoya en objetos de soporte o capaz por < 3 segundos.

1 = capaz por 3 ó 4 segundos.

2 = capaz por 5 segundos.

Tiempo: ____ , ____ segundos

9. Posición de Semi-tándem:

0 = incapaz de pararse con la mitad de un pie frente al otro(, ambos pies tocándose) o comienza a caerse o se mantiene \leq 3 segundos.

1 = capaz de mantenerse 4 a 9 segundos.

2 = capaz de mantener la posición semi-tándem por 10 segundos.

Tiempo: ____ , ____ segundos

10. Posición Tándem:

0 = incapaz de pararse con un pie frente al otro o comienza a caerse o se mantiene por \leq 3 segundos.

1 = capaz de mantenerse 4 a 9 segundos.

2 = capaz de mantener la posición tándem por 10 segundos.

Tiempo: ____ , ____ segundos

11. Se agacha (para recoger un objeto del piso):

0 = incapaz o se tambalea.

1 = capaz, pero requiere más de un intento para enderezarse.

2 = capaz y firme.

12. Se para en puntillas:

0 = incapaz.

1 = capaz pero por < 3 segundos.

2 = capaz por 3 segundos.

Tiempo: ____ , ____ segundos

13. Se para en los talones:

0 = incapaz.

1 = capaz pero por < 3 segundos.

2 = capaz por 3 segundos.

Tiempo: ____ , ____ segundos



Pies lado a lado



Posición Semi-tándem



Posición Tándem

MARCHA

INSTRUCCIONES: La persona se para junto al examinador, camina por el pasillo o habitación (mida 3 metros), da la vuelta y regresa por el mismo camino usando sus ayudas habituales para la marcha, como el bastón o andador. El piso debe ser plano, no alfombrado y sin irregularidades.

Anote el tipo de piso: ---linóleo/cerámica ---madera ---cemento/concreto ---otro: _____

1. **Inicio de la marcha** (Inmediatamente después de decirle “camine”):
 - 0 = cualquier vacilación o múltiples intentos para comenzar.
 - 1 = sin vacilación.

2. **Trayectoria** (estimada en relación a la cinta métrica colocada en el piso), Inicia la observación de la desviación del pie más cercano a la cinta métrica cuando termina los primeros 30 centímetros y finaliza cuando llega a los últimos 30 centímetros.
 - 0 = marcada desviación.
 - 1 = moderada o leve desviación o utiliza ayudas.
 - 2 = recto, sin utilizar ayudas.

3. **Pierde el paso** (tropieza o pérdida del balance):
 - 0 = sí, y hubiera caído o perdió el paso más de 2 veces.
 - 1 = sí, pero hizo un intento apropiado para recuperarlo y no perdió el paso más de 2 veces.
 - 2 = no.

4. **Da la vuelta** (mientras camina):
 - 0 = casi cae.
 - 1 = leve tambaleo, pero se recupera, usa andador o bastón.
 - 2 = estable, no necesita ayudas mecánicas.

5. **Caminar sobre obstáculos** (se debe evaluar durante una caminata separada donde se colocan dos zapatos en el trayecto, con una separación de 1.22 metros):
 - 0 = comienza a caer ante cualquier obstáculo o incapaz o camina alrededor de cualquier obstáculo o pierde el paso > 2 veces.
 - 1 = capaz de caminar por encima de todos los obstáculos, pero se tambalea un poco aunque logra recuperarse o pierde el paso una o dos veces.
 - 2 = capaz y firme al caminar por encima de todos los obstáculos sin perder el paso.

6.- BIBLIOGRAFÍA

Fleming KC, Evans JM, Weber DC, Chutka DS. Practical functional assessment of elderly persons: a primary care approach. *Mayo Clin Proc* 1995; 70:890-910.

Kalache A and Kickbusch I. "A global strategy for healthy ageing." *World Health*; 1997;4: 4-5 (July-August).

Kane RA, Kane RL. Evaluación de las necesidades en los ancianos. Barcelona, 1993. Fundación Caja Madrid, SG Editores. (traducido del Inglés: *Assessing the elderly: A practical guide to measurement*).

Katz S, Downs TD, Cash HR, et al. Progress in the Development of the Index of ADL. *Gerontologist* 1970; 10:20-30.

Lawton MP, Brody EM. Assessment of Older People: Self-maintaining and instrumental active and daily living. *Gerontologist* 1969; 9:179-186

Mc Dowell I and Newel, C. A guide to rating scales and questionnaires. Second edition. 1996. Oxford University Press, Inc.

Modules in Clinical Geriatrics by Blue Cross and Blue Shield Association and the American Geriatrics Society. Blue Cross and Blue Shield, 1998.

Moore AA, Siu AL. Screening for common problems in ambulatory elderly: clinical confirmation of a screening instrument. *Am J Med* 1996; 100:438-443.

NIH Consensus Conference. Geriatric assessment methods for clinical decision-making. *J Am Geriatrics Soc* 1988; 36:342-347.

Posiadlo D, Richardson S. Timed Get Up and Go Test. *Journal of the American Geriatric Society* 1991; 39(2): 142-148.

Reuben, DB, Herr K, Pacala JT, et al. *Geriatrics At Your Fingertips*, 2002 Edition, Malden, MA: Blackwell Science, Inc., for the American Geriatrics Society; 2002.

Valderrama E, Pérez del Molino J. Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. *Rev Esp Geriatria Gerontologia*, 1997; 32(5): 297-306.

Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *Journal of the American Geriatric Society*. 1986; 34(2):119-126.

PARTE I: MÓDULOS DE VALORACIÓN CLÍNICA

Módulo 4

EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL Y
EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

MÓDULO

4

1.- INTRODUCCIÓN

2.- VALORACIÓN COGNITIVA

POBLACIÓN OBJETIVO

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

PUNTOS FUERTES Y LIMITACIONES

EVALUACIÓN COGNITIVA (MMSE) MODIFICADO

ESCALA DE PFEIFFER

3.- VALORACIÓN EMOCIONAL

POBLACIÓN OBJETIVO

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

PUNTOS FUERTES Y LIMITACIONES

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

4.- BIBLIOGRAFÍA

OBJETIVOS

GENERAL: El propósito de este módulo es brindar los elementos conceptuales y metodológicos para la evaluación del estado cognitivo y afectivo del adulto mayor.

ESPECÍFICOS:

Al finalizar el trabajo de este módulo, se espera que los participantes sean capaces de:

1. Identificar las condiciones relacionadas con la pérdida cognitiva y la depresión en los adultos mayores.
2. Evaluar el estado cognitivo y emocional de los adultos mayores.
3. Identificar las escalas para la evaluación cognitiva y emocional de las personas mayores.

1.- INTRODUCCIÓN

Se valora separadamente la función cognitiva y la función afectiva. La función cognitiva es la capacidad de realizar funciones intelectuales, por ejemplo: recordar, orientarse o calcular. Los trastornos cognitivos pueden deberse a muy diferentes causas, desde trastornos ligeros como el olvido benigno, hasta cuadros clínicos graves como la demencia.

La depresión y la ansiedad centran la atención de la valoración del estado afectivo. La depresión es el trastorno psíquico más frecuente en los adultos mayores. Las personas afectadas suelen presentar: ánimo abatido, tristeza, tendencia al llanto, pérdida de interés por el mundo que lo rodea, trastornos del sueño y del apetito, pérdida de autoestima e incluso ideas de suicidio.

A pesar de que los adultos mayores están en un riesgo más alto que el resto de la población, el deterioro cognitivo y la depresión no son considerados normales o inevitables en el envejecimiento.

Los cambios en el funcionamiento cognitivo y afectivo de los adultos mayores a menudo requieren acción puntual y agresiva. Es especialmente probable que el funcionamiento cognitivo y afectivo en los pacientes mayores decline durante una enfermedad o a causa de alguna lesión.

La evaluación del estado cognitivo y afectivo del paciente es fundamental en la identificación de cambios tempranos en el estado fisiológico, la capacidad de aprendizaje y la evaluación de las respuestas al tratamiento.

En la Atención Primaria, el profesional de salud debe poder administrar las siguientes herramientas para la evaluación del estado mental del adulto mayor:

- El Mini Examen del Estado Mental (MMSE) Modificado. Este instrumento es útil para el **tamizaje de déficit cognitivo**, aunque no es un instrumento de diagnóstico. Puede ser administrado por el médico, el enfermero o el trabajador social.
- La Escala Pfeffer (Portable Functional Assessment Questionnaire) . Instrumento que *complementa la evaluación del estado cognitivo* con información que es obtenida de un *familiar o cuidador* del paciente.
- La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Abreviada). Este instrumento es útil para el **tamizaje del estado de depresión** y es útil para guiar al clínico en la **valoración del estado de salud mental** del individuo. Esta herramienta la puede administrar el médico, el enfermero o el trabajador social. El instrumento no sustituye una evaluación clínica profesional.

2.- VALORACIÓN COGNITIVA

El *Mini Examen de Estado Mental (MMSE)* por sus siglas en inglés), es una herramienta que puede ser utilizada para evaluar el estado cognitivo en forma sistemática y exhaustiva. Consta de 11 preguntas que analizan algunas áreas de funcionamiento cognitivo: orientación, registro, atención, cálculo, memoria y lenguaje. El MMSE fue modificado, abreviado y validado en Chile en 1999. El instrumento lleva sólo 5 minutos para administrarse y por lo tanto, es práctico utilizarlo a nivel del consultorio.

POBLACIÓN OBJETIVO

El *MMSE–Abreviado* no es un instrumento para obtener diagnósticos específicos, sino una herramienta para poder *discriminar* entre los que tienen deterioro cognitivo y los que no lo tienen. También es útil como *seguimiento* para valorar cambios. Se indica la aplicación rutinaria del MMSE en:

- Personas mayores de 75 años.
- Personas con quejas subjetivas de pérdida de memoria.
- Personas con pérdida de actividades instrumentales, sin ninguna otra causa.
- Personas con antecedentes de delirio previo, sobretodo en ingresos hospitalarios recientes.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

El MMSE, ha sido validado y utilizado extensamente, tanto en la práctica como en la investigación clínica desde su creación en 1975. En América Latina, el MMSE se modificó y validó en Chile para la encuesta de la OPS Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), en 1999.

PUNTOS FUERTES Y LIMITACIONES

La realización del MMSE está sometida a una serie de variables tanto externas como internas, que pueden influir en su resultado final.

La primera variable que influye en su rendimiento es el *nivel de educación* del individuo. El **punto de corte de 13 puntos** es válido para el nivel de educación medio de la población adulta mayor en Chile en la que se validó. En la versión validada en Chile se hicieron modificaciones para disminuir el sesgo en contra de las personas, analfabetas o con poco alfabetismo. Sin embargo para mayor valor predictivo positivo se recomienda que en los casos indicados(, puntuación total igual o menor que 13 puntos) se administre en combinación con la Escala de Pfeffer. La segunda variable que influye en su rendimiento es el *déficit sensorial* (dificultad para oír y ver) En estos casos se debe de administrar solo por personas que estén entrenadas en comunicación con personas sordas y/o ciegas.

Por otro lado, su valor predictivo positivo (VPP) se incrementará en situaciones de sospecha clínica de demencia (mayor probabilidad de tener una demencia: probabilidad preprueba).

EVALUACIÓN COGNITIVA (MMSE) MODIFICADO¹

1. Por favor, dígame la fecha de hoy.

Sondee el mes, el día del mes, el año y el día de la semana.

Anote un punto por cada respuesta correcta.

Mes _____
 Día mes _____
 Año _____
 Día semana _____

Total: _____

2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante.

Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos.

Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió leer.

Árbol _____
 Mesa _____
 Avión _____

Anote un punto por cada objeto recordado en el primer intento.

Total: _____

Número de repeticiones: _____

3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés: 1 3 5 7 9

Al puntaje máximo de 5 se le reduce uno por cada número que **no** se mencione, **o** por cada número que se **añada**, **o** por cada **número que se mencione fuera del orden indicado**.

Respuesta Paciente

Respuesta correcta **9 7 5 3 1**

Total: _____

4. Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas.

Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.

Toma papel _____
 Dobra _____
 Coloca _____

Total: _____

5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y Ud. repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.

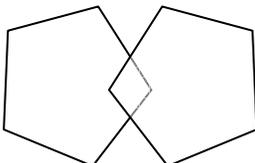
Anote un punto por cada objeto recordado.

Árbol _____
 Mesa _____
 Avión _____

Total: _____

6. Por favor copie este dibujo:

Muestre al entrevistado el dibujo con dos pentágonos cuya intersección es un cuadrilátero. El dibujo es correcto si los pentágonos se cruzan y forman un cuadrilátero.



Anote un punto si el objeto está dibujado correcto.

Correcto: _____



SUME LOS PUNTOS ANOTADOS EN LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 1 A 6

SUMA TOTAL:

¹Folstein MF, Folstein S, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12:189-198. Modificado por Icaza, MG, Albala C. Mini-mental State Examination (MMSE): el estudio de demencias en Chile, OPS/OMS, 1999.

La puntuación máxima es de 19 puntos y a partir de 13 puntos o menos se sugiere déficit cognitivo. Si el paciente tiene a un familiar o a un cuidador, pídale al familiar o cuidador que responda a las preguntas de la Escala Pfeffer.

ESCALA DE PFEFFER²

INSTRUCCIONES:

Muéstrele al informante una tarjeta con las siguientes opciones y lea las preguntas.
Anote la puntuación como sigue:

Si es capaz	0
Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo	0
Con alguna dificultad, pero puede hacerlo	1
Nunca lo ha hecho y tendría dificultad ahora	1
Necesita ayuda	2
No es capaz	3

1. ¿Es (nombre del paciente) capaz de manejar su propio dinero?
2. ¿Es (nombre) capaz de hacer las compras sólo?
3. ¿Es (nombre) capaz de calentar el agua para el café o el té y apagar la estufa?
4. ¿Es (nombre) capaz de preparar la comida?
5. ¿Es (nombre) capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos y de lo que pasa en el vecindario?
6. ¿Es (nombre) capaz de poner atención, entender y discutir un programa de radio, televisión o un artículo de periódico?
7. ¿Es (nombre) capaz de recordar compromisos y acontecimientos familiares?
8. ¿Es (nombre) capaz de administrar o manejar sus propios medicamentos?
9. ¿Es (nombre) capaz de andar por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa?
10. ¿Es (nombre) capaz de saludar a sus amigos adecuadamente?
11. ¿Es (nombre) capaz de quedarse solo en la casa sin problema?

TOTAL =

Sume las respuestas correctas de acuerdo a la puntuación indicada y anote.
La puntuación máxima es de 33 puntos.
Si la suma es de **6 puntos o más**, sugiere déficit cognitivo.

² Pfeffer, RI, Kurosaki, TT, Harrah, CH, Jr. Chance, JM, Filos, S. Measurement of functional activities in older adults in the community, Journal of Gerontology 1982, 37(3):323-329.

3.- VALORACIÓN EMOCIONAL

La depresión no es tristeza únicamente. La depresión es una enfermedad que **debe ser tratada**. La depresión no es en modo alguno parte necesaria del envejecimiento. Los síntomas y las enfermedades depresivas son comunes y deben ser tratadas. Los signos de depresión con frecuencia pasan desapercibidos. Las personas deprimidas sufren de desesperanza y pueden pensar que es inútil reportar sus síntomas. Además, por la estigmatización social asociada a la enfermedad mental, algunos adultos mayores no mencionan estos problemas. Si topan con un médico que no dé importancia a estas quejas o que piensa que son parte del envejecimiento, seguro el diagnóstico será pasado por alto.

Los trastornos depresivos pueden ser primarios cuando no hay otra causa que esté provocando este trastorno, o secundarios cuando están provocados por otras afecciones; por ejemplo, pueden aparecer en el curso de una enfermedad crónica.

Existen muchos instrumentos para medir síntomas depresivos, la **escala geriátrica de depresión de Yesavage**, ha sido probada y utilizada extensamente con la población de personas mayores. Es un cuestionario breve en el cual se le pide al individuo responder a 15 preguntas, contestando sí o no respecto a cómo se sintió durante la semana anterior a la fecha en que se administra dicho cuestionario. Una puntuación de **0 a 5** se considera normal, **6 a 10** indica depresión leve y **11 a 15** indica depresión severa.

POBLACIÓN OBJETIVO

La Escala de Yesavage puede utilizarse con las personas saludables y se recomienda específicamente cuando hay alguna indicación de alteración afectiva. Se ha utilizado extensamente en entornos comunitarios y de atención aguda y de largo plazo.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

En estudios en los Estados Unidos, se ha encontrado que la Escala de Yesavage tiene una sensibilidad del 92% y una especificidad del 89% cuando se evalúa contra criterios diagnósticos. La validez y confiabilidad de la herramienta han sido apoyadas, tanto mediante la práctica como la investigación clínica.

PUNTOS FUERTES Y LIMITACIONES

La Escala de Yesavage no **es un sustituto para una entrevista diagnóstica** por profesionales de salud mental. Es una herramienta útil de detección en el entorno clínico para facilitar la evaluación de la depresión en los adultos mayores.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA³

INSTRUCCIONES:

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| 1. ¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida? | si | NO |
| 2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas? | SI | no |
| 3. ¿Siente que su vida está vacía? | SI | no |
| 4. ¿Se siente aburrido frecuentemente? | SI | no |
| 5. ¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo? | si | NO |
| 6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar? | SI | no |
| 7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? | si | NO |
| 8. ¿Se siente con frecuencia desamparado? | SI | no |
| 9. ¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas? | SI | no |
| 10. ¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad? | SI | no |
| 11. ¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo? | si | NO |
| 12. ¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente? | SI | no |
| 13. ¿Se siente lleno de energía? | si | NO |
| 14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual? | SI | no |
| 15. ¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted? | SI | no |

**SUME TODAS LAS RESPUESTAS SI EN MAYÚSCULAS O NO EN MAYÚSCULAS
O SEA: SI = 1; si = 0; NO = 1; no = 0 TOTAL : _____**

³ Sheik JI, Yesavage JA Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol. 1986;5:165-172.

4.- BIBLIOGRAFÍA

Beeckman ATF, Copeland JRM, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *British Journal of Psychiatry*. 1999; 174:307-311.

Brink TL, Yesavage JA, Lum O. Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist* 1982; 1:37-43.

Crum RM, Anthony JC, Bassett SS, Folstein MF. Population-based norms for the mini-mental state examination by age and educational level. *JAMA* 1993; 269:2386-239.

Cummings JL. Mini-mental state examination: norms, normals, and numbers *JAMA* 1993; 269:2420.

Folstein MF, Folstein S, Mchugh PR. Mini-mental state: a practical method of grading the cognitive state of the patient for the physician. *J Psychiat Res* 1975; 12:189-198.

Icaza, María Gloria y Albala C. Minimental State Examination: Análisis estadístico del estudio de demencia en Chile para validar una versión abreviada. *Investigaciones en Salud Pública: Documentos Técnicos*, publicado por la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. 1999.

Sheik JI, Yesavage JA Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol*. 1986;5:165-172.

Small GW, Rabins PV, Barry PP, et al. Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorders: consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association and the American Geriatrics Society. *JAMA*. 1997; 278 (16):1363-1371.

Tombaugh TN, McIntyre NJ. The mini-mental state examination: a comprehensive review. *JAGS* 1992; 40:922-935.

Yesavage JA, Brink TL. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J. Psychiat. Res.* 1983; 17:37-49.

Zung WWK. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiat* 1965; 12:63-70.

PARTE I: MÓDULOS DE VALORACIÓN CLÍNICA

Módulo **5**

VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

MÓDULO 5

1.- INTRODUCCIÓN

2.- TAMIZAJE DEL ESTADO NUTRICIONAL

POBLACIÓN OBJETIVO

INDICADORES DE DESNUTRICIÓN

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

MÉRITOS Y LIMITACIONES

3.- EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

MÉTODOS ANTROPOMÉTRICOS PARA EVALUAR EL ESTADO NUTRICIONAL

PESO Y TALLA

ÍNDICE DE MASA CORPORAL

MINI – EXAMEN DEL ESTADO NUTRICIONAL

POBLACIÓN OBJETIVO PARA LA EVALUACIÓN

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL MINI-NUTRITIONAL ASSESSMENT

MÉRITOS Y LIMITACIONES

PARÁMETROS BIOQUÍMICOS QUE COMPLEMENTAN LA EVALUACIÓN DEL

ESTADO NUTRICIONAL

HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO

ALBÚMINA

PERFIL LIPÍDICO

GLUCEMIA E HIPERINSULINEMIA

MEDICIONES INMUNOLÓGICAS

4.- BIBLIOGRAFÍA

OBJETIVOS

GENERAL: Proporcionar los elementos conceptuales y metodológicos para la detección de riesgo nutricional en el adulto mayor.

ESPECÍFICOS:

Al finalizar el trabajo con el presente módulo docente, los participantes serán capaces de:

1. Identificar las escalas para la evaluación del estado nutricional de las personas mayores.
2. Conocer la situación nutricional de los adultos mayores.
3. Definir la conducta a seguir según la situación nutricional identificada.

1.- INTRODUCCIÓN

La nutrición juega un papel muy importante en el proceso de envejecimiento, a través de la modulación de cambios en diferentes órganos y funciones del organismo. De allí, la importancia de evaluar el estado nutricional en este grupo.

El estado nutricional de los adultos mayores está determinado por múltiples factores: dietéticos, socio-económicos, funcionales, mentales, psicológicos y fisiológicos. Por lo tanto, la evaluación completa del estado nutricional, debe incluir información sobre estas dimensiones. Esto implica que debe ser realizada en forma interdisciplinaria, con el objetivo de ayudar a entender la etiología de posibles deficiencias, diseñar las intervenciones correctivas y evaluar su efectividad.

En éste módulo se presenta un listado de factores de riesgo que es útil para un tamizaje preliminar de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud y que puede formar parte de la evaluación rutinaria que hace el médico, enfermera o trabajadora social. En el primer nivel de diagnóstico presentamos un instrumento para el examen del estado nutricional del adulto mayor.

2.- TAMIZAJE DEL ESTADO NUTRICIONAL

POBLACIÓN OBJETIVO

Se recomienda hacer el Tamizaje del Estado Nutricional a todos los adultos mayores, enfermos o saludables. Puede hacerse en el entorno comunitario (Cuadro 5.1.) y puede también orientarse específicamente hacia aquellos adultos mayores con discapacidad y dependencia funcional (Cuadro 5.2).

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

La **Iniciativa de Tamizaje Nutricional (Nutrition Screening Initiative)** de los Estados Unidos, ha delineado una serie de indicadores para la identificación de personas con factores de riesgo de desnutrición.

El instrumento **Mini-Tamizaje de Nutrición en la Comunidad** (Cuadro 5.1) se usa más eficazmente como una herramienta de *detección* y de *educación pública* sobre los factores de riesgo asociados a la malnutrición. El cuestionario utiliza un lenguaje sencillo para destacar signos de alerta. Se puede usar como primer nivel de detección, para estimular la evaluación del estado nutricional profesional y para *focalizar las intervenciones* de acuerdo a la lista de factores identificados.

- **ALTERACIONES DE LA CAVIDAD ORAL**

La boca, los dientes y las encías sanas son necesarios para comer. Dientes faltantes, flojos o deteriorados y dentaduras que no se ajustan bien y/o causan lesiones en la boca, producen dificultades para comer.

- **ENFERMEDAD**
Cualquier enfermedad o condición crónica que hace cambiar la manera en que la persona se alimenta o le hace alimentarse con dificultad, pone la salud nutricional del adulto mayor en riesgo. Ejemplos: Si la persona sufre de trastornos de memoria o confusión, esto hace difícil para la persona recordar qué comió, cuándo, o si no ha comido. La depresión puede causar grandes cambios en el apetito, digestión, nivel de energía, peso y bienestar.
- **ALIMENTACIÓN INADECUADA**
El comer muy poco o comer mucho es peligroso para la salud. Comer los mismos alimentos, día tras día, o no comer frutas, vegetales o productos lácteos también es causa de mala salud nutricional. Se estima que uno de cada cinco adultos mayores pasa por alto uno o más tiempos de comida diariamente. Una de cada cuatro personas mayores bebe alcohol en exceso (tres o más bebidas de cerveza, licores o vino todos los días).
- **SITUACIÓN ECONÓMICA**
La persona que no tiene los ingresos mínimos necesarios para la compra de alimentos básicos posiblemente esté en alto riesgo de desnutrición.
- **REDUCCIÓN DE CONTACTO SOCIAL**
La persona que vive sola no tiene el incentivo familiar o social para invertir esfuerzo en una buena alimentación. El convivir con otras personas diariamente tiene un efecto positivo en la moral, la sensación de bienestar y el comer.
- **EXCESIVO CONSUMO DE MEDICAMENTOS**
Mientras mayor sea la cantidad de medicamentos que tome el paciente, mayor es el riesgo de presentar efectos secundarios como: cambios en el apetito, gusto, estreñimiento, debilidad, somnolencia, diarrea, náusea y otros. (Cuadro 5.2).
- **CAMBIOS DE PESO INVOLUNTARIOS**
El perder o ganar mucho peso sin tratar de hacerlo es una señal importante que no se debe ignorar. La malnutrición por déficit o por exceso aumenta las probabilidades de enfermar.
- **NECESIDAD DE ASISTENCIA PERSONAL**
Aunque la mayoría de las personas mayores son independientes, algunas tienen problemas para caminar, comprar y cocinar sus alimentos, e inclusive requieren asistencia para alimentarse.
- **EDAD MAYOR DE 80 AÑOS**
La mayor parte de los adultos mayores disfrutan una vida completa y productiva. Pero al aumentar la edad, los riesgos de fragilidad¹ y problemas de salud

¹ Ver la Guía de Diagnóstico y Manejo de Fragilidad.

aumentan. Examinar de forma regular la salud nutricional de los adultos mayores más frágiles es importante.

MÉRITOS Y LIMITACIONES

La herramienta presentada es limitada respecto a su capacidad para detectar niveles específicos de malnutrición, por lo que una **puntuación de 6 o más según el Mini-Tamizaje de Nutrición en la Comunidad** amerita una evaluación nutricional más exhaustiva.

La herramienta es muy útil para *elaborar programas e intervenciones* dirigidas a mejorar el estado nutricional de los adultos mayores; es fácil de utilizar y diseminar entre los servicios o programas de adultos mayores en la comunidad.

CUADRO 5.1. MINI-TAMIZAJE DE NUTRICIÓN EN LA COMUNIDAD (CUESTIONARIO DE LA NUTRITION SCREENING INITIATIVE)²

Tiene alguna enfermedad o condición que le ha hecho cambiar la clase de comida o la cantidad de alimento que come.	2
Come menos de dos comidas al día.	3
Come pocas frutas, vegetales o productos de leche.	2
Toma tres o más bebidas de cerveza, licores o vino casi todos los días.	2
Tiene problemas con los dientes o la boca que le dificultan el comer.	2
No siempre tiene suficiente dinero para comprar los alimentos que necesita.	4
Come a solas la mayor parte de las veces.	1
Toma al día tres o más medicinas diferentes, con o sin recetas.	1
Ha perdido o ganado, sin querer, 4.5 kg (10 lb) en los últimos 6 meses.	2
Físicamente no puede ir de compras, cocinar o alimentarse.	2
TOTAL	

Si la puntuación total es:

0 - 2 La persona no está en riesgo nutricional.

3 - 5 La persona está en riesgo nutricional *moderado*. Asesore a la persona de cómo puede mejorar su estado nutricional y vuelva a evaluarlo en **3 meses**.

≥ 6 La persona está en riesgo nutricional *alto*. Requiere un examen más exhaustivo de su estado nutricional.

Una segunda opción de tamizaje en la comunidad es la **Escala de Payette**. Esta herramienta está diseñada con una población diana más específica que el Mini-Tamizaje de Nutrición en la

² Reimpreso con permiso de la Iniciativa de tamizaje nutricional, un proyecto de la Academia Estadounidense de Medicina Familiar y la Asociación Dietética Estadounidense, financiado parcialmente mediante una subvención de Ross Products Division, Abbott Laboratories, Inc.

Comunidad. Para las personas con pérdida de autonomía este instrumento tiene un buen valor predictivo.

CUADRO 5.2 ESCALA DE PAYETTE

Cuestionario de detección de malnutrición en personas funcionalmente dependiente residiendo en la comunidad.

LA PERSONA:

Es muy delgada:	Si	2
	No	0
Ha perdido peso en el curso del último año:	Si	1
	No	0
Sufre de artritis con repercusión en su funcionalidad global:	Si	1
	No	0
Incluso con anteojos, su visión es:	Buena	0
	Mediocre	1
	Mala	2
Tiene buen apetito:	Con frecuencia	0
	A veces	1
	Nunca	2
Ha vivido recientemente algún acontecimiento que le ha afectado profundamente (enfermedad personal, pérdida de un familiar):	Si	1
	No	0

LA PERSONA COME HABITUALMENTE:

Fruta o jugo de frutas:	Si	0
	No	1
Huevos, queso, mantequilla o aceite vegetal:	Si	0
	No	1
Tortilla, pan o cereal:	Si	0
	No	1
Leche (1 vaso o más de ¼ de taza en el café):	Si	0
	No	1
	TOTAL	[]

Calificación	Riesgo nutricional	Recomendaciones
6 - 13	Elevado	Auxilio para la preparación de las comidas y colaciones y consulta con un profesional de nutrición.
3 - 5	Moderado	Supervisión constante de la alimentación (seguimiento para informarse, aconsejar y animar regularmente).
0 - 2	Bajo	Vigilancia en cuanto a la aparición de un factor de riesgo (cambio de situación, baja ponderal).

Fuente: Payette, H et al. Prediction of dietary intake in a functionally dependent elderly population in the community. Am J Publ Health, 8565:677-683, 1995.

CUADRO 5.3. MEDICACIONES MÁS FRECUENTEMENTE CONSUMIDAS POR LOS ADULTOS MAYORES Y SU EFECTO SOBRE LA NUTRICIÓN

Grupo de medicamentos	Medicamento tipo	Efecto sobre la nutrición
Medicación cardiológica	Digoxina	Anorexia
Hipotensores	Diuréticos	Deshidratación, anorexia
Polivitamínicos	Vitamina K	Interacción con anticoagulantes
Analgésicos	Anti-inflamatorios no esteroideos	Anorexia
Hipnóticos y sedantes	Diazepam	Disminución de la ingesta
Laxantes	Aceite mineral	Mala absorción de vitaminas liposolubles
Antiácidos	Ranitidina	Hipoclorhidria

3.- EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

La evaluación clínica del estado nutricional, pretende mediante técnicas simples, obtener una *aproximación de la composición corporal* de un individuo. Importante información adicional se puede obtener conociendo la dieta habitual, los cambios en la ingesta, los cambios en el peso, así como la capacidad funcional del individuo.

De esta forma una evaluación del estado nutricional completa debe incluir antropometría y la evaluación de los patrones alimentarios, de la ingesta de fuentes de energía y nutrientes, de algunos parámetros bioquímicos y de indicadores de independencia funcional y actividad física.

3.1.- ALGUNOS INDICADORES DEL ESTADO NUTRICIONAL

La utilización de otros indicadores del estado nutricional es útil para aproximarse aún más a la situación nutricional del adulto mayor y definir la necesidad de referencia a un equipo interdisciplinario para una evaluación completa.

MÉTODOS ANTROPOMÉTRICOS PARA EVALUAR EL ESTADO NUTRICIONAL

El mayor atractivo de la antropometría es su simplicidad, su uso generalizado y la existencia de datos que se toman en forma rutinaria. Sin embargo, las mediciones aisladas son de valor limitado. Aunque estas medidas se obtienen con relativa facilidad, son difíciles de evaluar en los adultos mayores, considerando que la definición de los estándares adecuados es aún materia de debate.

La antropometría tampoco permite una estimación adecuada de la composición corporal, debido a la **redistribución del tejido adiposo**, desde el tejido celular

subcutáneo hacia el área visceral, lo que ocurre con la edad. También existen dificultades para la estimación de la talla, dada las **alteraciones en la columna vertebral** que frecuentemente se observan en esta etapa.

Aún así, las medidas antropométricas son esenciales como información descriptiva básica y por su sencillez. Las mediciones antropométricas más comúnmente usadas en el adulto mayor son: peso; talla; pliegues tricipital, subescapular y suprailíaco; circunferencias de brazo, cintura, cadera y pantorrilla; *diámetro de la muñeca*. *Habitualmente se utilizan combinaciones de estas variables pues resultan útiles para obtener un cuadro general del estado nutricional de los adultos mayores.*

PESO Y TALLA

El peso y la talla son las mediciones más comúnmente utilizadas. Solas o combinadas, son buenos indicadores del *estado nutricional global*.

El peso es un indicador necesario, pero no suficiente para medir la composición corporal. En cambio, la *comparación del peso actual con pesos previos*, permite estimar la *trayectoria del peso*. Esta información es de utilidad, considerando que las **pérdidas significativas son predictivas de discapacidad** en el adulto de edad avanzada.

Por esta razón, la **pérdida de 2.5 kg en tres meses**, debe inducir a una evaluación completa.

ÍNDICE DE MASA CORPORAL

Una de las combinaciones de variables antropométricas más utilizadas es el **índice de Quetelet** (peso en kg / talla² en m²) o **índice de masa corporal (IMC)**. Se usa con frecuencia en estudios nutricionales y epidemiológicos como *indicador de composición corporal o para evaluar tendencias* en estado nutricional.

El IMC ideal para los adultos mayores no está definido, pero se ubica dentro de un amplio margen, estimado actualmente así: mayor que 23 kg/m² y menor que 28 kg/m². No existe evidencia de que en el adulto mayor las cifras ubicadas cerca del rango superior se asocien con un aumento significativo de riesgo. Sin embargo, niveles significativamente más altos o bajos que este rango no son recomendables, especialmente si se asocian a otros factores de riesgo.

CIRCUNFERENCIA DE LA CINTURA

Valores de más de 88 cm en la mujer y 102 cm en el hombre, están asociados con un riesgo sustancialmente aumentado de complicaciones metabólicas.³

³ WHO. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Publicación de la OMS: Ginebra, 1997.

MINI- EXAMEN DEL ESTADO NUTRICIONAL (MINI-NUTRITIONAL ASSESSMENT)

El *Mini-Examen del Estado Nutricional* (Cuadro 5.4) es otro instrumento de *detección* que se utiliza para un primer nivel de evaluación del estado nutricional del adulto mayor. Permite identificar o reclasificar adultos mayores en riesgo nutricional, que deben ser intervenidos, y en algunas instancias, pasar a una evaluación complementaria que incluya *parámetros bioquímicos*.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

El instrumento fue validado en su versión original en varios países. Fue validado por primera vez en español para la población de adultos mayores mexicanos en 1998. Con el instrumento se incluye la puntuación para la evaluación del estado nutricional ofrecido por el test de validez original y por el test de validez con la población mexicana.

MÉRITOS Y LIMITACIONES

Permite *evaluación conjunta* de áreas como antropometría, evaluación global, dieta y auto-evaluación subjetiva. La puntuación total obtenida permite *identificar o reclasificar* a los adultos mayores en riesgo nutricional y a los que deberían ser intervenidos de acuerdo a normas programáticas establecidas.

CUADRO 5.4. MINI-EXAMEN NUTRICIONAL⁴

Mini Nutritional Assessment MNATM

Nombre: _____ Sexo: _____ Fecha: _____ Edad: _____ Peso en kg: _____ Talla en cm: _____ Altura talón-rodilla: _____

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

<p>TAMIZAJE</p> <p>A ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses? 0 = anorexia grave 1 = anorexia moderada 2 = sin anorexia <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>B Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>C Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>D ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>E Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia o depresión moderada 2 = sin problemas psicológicos <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>F Índice de masa corporal (IMC = peso / (talla)² en kg/m²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23 <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>Evaluación (subtotal máx. 14 puntos) <input style="float: right;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>12 puntos o más normal, no es necesario continuar la evaluación</p> <p>11 puntos o menos posible malnutrición – continuar la evaluación</p> <p>EVALUACION</p> <p>G ¿El paciente vive independiente en su domicilio? 0 = no 1 = sí <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>H ¿Toma más de 3 medicamentos al día? 0 = sí 1 = no <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>I ¿Úlceras o lesiones cutáneas? 0 = sí 1 = no <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p><small>Ref: Guigoz Y, Vellas B and Garry PJ. 1994. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. <i>Facts and Research in Gerontology</i>, Supplement #2:15-59. Rubenstein LZ, Harker J, Guigoz Y and Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA. An Overview of CGA, Nutritional Assessment, and Development of a Shortened Version of the MNA. In: "Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly". Vellas B, Garry PJ and Guigoz Y, editors. Nestlé Nutrition Workshop Series. Clinical & Performance Programme, vol. 1. Karger, Bale, in press. © 1998 Société des Produits Nestlé S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners</small></p>	<p>J ¿Cuántas comidas completas toma al día? (Equivalentes a dos platos y postre) 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <hr/> <p>K ¿Consumen el paciente • productos lácteos al menos una vez al día? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • carne, pescado o aves, diariamente? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 0,0 = 0 o 1 sies 0,5 = 2 sies 1,0 = 3 sies <input style="float: right;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <hr/> <p>L ¿Consumen frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = no 1 = sí <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <hr/> <p>M ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...) 0,0 = menos de 3 vasos 0,5 = de 3 a 5 vasos 1,0 = más de 5 vasos <input style="float: right;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <hr/> <p>N Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <hr/> <p>O ¿Se considera el paciente que está bien nutrido? (problemas nutricionales) 0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <hr/> <p>P En comparación con las personas de su edad, ¿cómo encuentra el paciente su estado de salud? 0,0 = peor 0,5 = no lo sabe 1,0 = igual 2,0 = mejor <input style="float: right;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <hr/> <p>Q Circunferencia braquial (CB en cm) 0,0 = CB < 21 0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1,0 = CB > 22 <input style="float: right;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <hr/> <p>R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31 <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <hr/> <p>Evaluación (máx. 16 puntos) <input style="float: right;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>Tamizaje <input style="float: right;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>Evaluación global (máx. 30 puntos) <input style="float: right;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/> <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>Evaluación del estado nutricional</p> <p>De 17 a 23,5 puntos riesgo de malnutrición <input style="float: right;" type="checkbox"/></p> <p>Menos de 17 puntos malnutrición <input style="float: right;" type="checkbox"/></p>
--	--

PUNTUACIÓN CORRESPONDIENTE A LA VALIDACIÓN EN LA POBLACIÓN MEXICANA:

⁴ Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini-Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients, Facts and Research in Gerontology, Supplement 2:15-59, 1994.

PARÁMETROS BIOQUÍMICOS DE INTERÉS⁵

HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO

La prevalencia de anemia encontrada en estudios Europeos (SENECA) y Norteamericanos (NHANES II) es muy similar y alcanza valores entre 5 y 6%, usando los patrones de referencia OMS (HB < 130mg/dl para hombres y < 120 mg/dl para mujeres). Respecto al hematocrito, los mismos estudios encontraron una mediana para hombres de 46% y 44%, respectivamente, con rangos entre 37 y 53 % correspondiendo al 2.5 y al 97.5 percentil. En mujeres estos valores alcanzaron cifras de 41% y 42%, respectivamente, con rangos de 35 a 50 % para los mismos percentiles.

ALBÚMINA

Aunque la albúmina sérica no es un indicador muy específico ni muy sensible de las proteínas corporales, es un buen indicador del estado de salud en el anciano. Diversos estudios en adultos mayores viviendo en la comunidad y con buena capacidad funcional muestran baja prevalencia de albuminemias bajas (<3.5 g/dl) o muy bajas (<3 g/dl), en contraste con lo que ocurre con los adultos mayores institucionalizados o enfermos. Niveles de albúmina menores a 3.5 g/dl, tienen un valor significativo como indicador nutricional cuando no miden otros factores patológicos.

PERFIL LIPÍDICO

Este representa un indicador de riesgo cardiovascular. Los factores de riesgo que predicen enfermedad coronaria en adultos y adultos jóvenes parecen hacerlo igualmente en adultos mayores. Más aún, se ha observado que la mejoría o corrección de factores de riesgo cardiovascular en los adultos mayores disminuye el riesgo de enfermar y morir por esta patología.

En esta población es bastante frecuente encontrar valores de colesterol total superiores a 200 mg/dl, como también valores de colesterol de HDL inferiores a 40 mg/dl y de triglicéridos superiores a 150 mg/dl. La pregunta que surge al respecto es, si todos ellos requieren terapia. Ciertamente no todos ellos son candidatos a terapia. Sin embargo, el primer paso es hacer un análisis crítico de su riesgo coronario y de su salud en general. En pacientes con alto riesgo coronario, pero plenamente funcionales, el tratamiento de la hipercolesterolemia puede ser tan útil como los tratamientos para corregir la hipertensión o el tabaquismo.

La hipocolesterolemia (< 160) es muy importante como factor de riesgo de mortalidad, en particular asociada a cáncer. En presencia de desnutrición, sugiere que se debe a causas inflamatorias (desgaste), más que a baja ingesta.

⁵ Tomado de Albala C, Bunout D y Carrasco F. "Evaluación del Estado Nutricional en el Anciano." en Castillo CL, Uauy, RD, y Atalah, ES, Guías de Alimentación para el Adulto Mayor. Publicado por el Ministerio de Salud de Chile, pp. 37-52;1999.

GLUCEMIA E HIPERINSULINEMIA

Los cambios metabólicos que se producen con la edad pueden iniciar una secuencia de alteraciones de la homeostasis. Entre ellos, la intolerancia a la glucosa tiene influencia adversa sobre los lípidos plasmáticos y la presión arterial.

La hiperinsulinemia, una consecuencia directa de la intolerancia a la glucosa, es un factor de riesgo independiente para la enfermedad coronaria. La intolerancia a la glucosa en adultos mayores, causada por insulino-resistencia tiene varias causas. Los *cambios en la* composición corporal especialmente con la *acumulación de grasa visceral*, se asocian con niveles de insulina más altos. Sin embargo, la *reducción del sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEA-S)*, característica de los adultos mayores, también se asocia a la baja disponibilidad de glucosa a nivel intracelular. Un adecuado aporte de hidratos de carbono complejos en la dieta y la reducción de peso y grasa corporal mejoran la sensibilidad a la insulina en esos sujetos. Sin embargo, más importante es la mejoría en la acción de la insulina que se alcanza con el **entrenamiento físico**. Por lo tanto, el entrenamiento muscular y una adecuada nutrición, mejoran la sensibilidad a la insulina en los adultos mayores y reducen las consecuencias adversas de esta alteración.

MEDICIONES INMUNOLÓGICAS

Diversas funciones inmunológicas son afectadas en la malnutrición. Los niveles de inmunoglobulinas, producción de anticuerpos, función fagocítica, respuestas inflamatorias, función del complemento, inmunidad secretoria y de mucosa y otros mecanismos inmunológicos, pueden ser afectados en ausencia de nutrientes esenciales. Se ha demostrado una recuperación de la competencia inmune con relación a la repleción nutricional.

Los **antecedentes de enfermedades infecciosas** como: infecciones respiratorias altas, neumonías, infecciones urinarias o diarrea en el anciano, constituyen una buena aproximación a las defensas corporales. Si es posible, se efectúan **pruebas de hipersensibilidad**, que son útiles para evaluar la *inmunidad celular* y tienen *significado pronóstico respecto a la mortalidad*. Los antígenos más comúnmente utilizados son la estreptoquinasa, cándida, tricofitón, paperas y tuberculina. Los antígenos son inyectados intradérmicamente en la cara interna del antebrazo izquierdo y luego, se mide la induración transversal a las 48 horas. Valores iguales o superiores a 5 mm se consideran positivos. Para aumentar la utilidad de esta prueba, lo ideal es medir simultáneamente la respuesta a cuatro o más antígenos, considerándose *anergia* la ausencia de respuesta en tres o más ocasiones.

Otro indicador de función inmune es el **recuento total de linfocitos en sangre periférica**. En desnutrición, la primera estructura del sistema inmune, el timo, y estructuras secundarias como el bazo y nódulos linfáticos, se alteran marcadamente en tamaño, peso, arquitectura y componentes celulares. En la sangre se hace evidente la depresión de linfocitos, disminuyendo su número total. Se mide en forma absoluta o se

calcula basado en el recuento total de leucocitos y el porcentaje de linfocitos presentes. En la malnutrición se observan valores por debajo de 1500 linfocitos por mm³. En la modificación de este indicador participan otras variables, de modo que su interpretación como indicador nutricional es limitado.

4.- CONDUCTA A SEGUIR

Si en la valoración se identifica una alteración por déficit o por exceso en relación a los parámetros presentados, se sugiere la referencia a un equipo profesional y especializado para una valoración completa, de acuerdo a la infraestructura existente en cada país.

5.- BIBLIOGRAFÍA

Albala C, Bunout D y Carrasco F. "Evaluación del Estado Nutricional en el Anciano." en Castillo CL, Uauy RD y Atalah ES. Guías de Alimentación para el Adulto Mayor. Publicado por el Ministerio de Salud de Chile, pp. 37-52;1999.

Faisant C, Lauque S, Guigoz Y, et al. Nutrition assessment and MNA (mini nutritional assessment). Facts Res Gerontol 1995 (Suppl. Nutrition):157-161.

Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini-Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients, Facts and Research in Gerontology, Supplement 2:15-59, 1994.

Lipshitz DA, ed. Nutrition, aging, and age-dependent diseases. Clin Ger Med 1995(Nov.); 11(4):553-765.

Morley JE. Why do physicians fail to recognize and treat malnutrition in older persons? J Am Geriatrics Soc 1991; 39:1139-1140.

Reuben DB, Greendale GA, Harrison GG. Nutrition screening in older persons. JAGS 1995; 43:415-425.

Schneider EL, Vining EM, Hadley EC, Farnham SA. Recommended dietary allowances and the health of the elderly. New Engl J Med 1986; 314:157-160.

Tayback M, Kumanyika S, Chee E. Body weight as a risk factor in the elderly. Arch Int Med 1990; 150:1065-1072.

Verdery RB. Wasting away of the old old: can it and should it be treated? Geriatrics 1990; 45(6):26-30

**PARTE I:
MÓDULOS DE
VALORACIÓN CLÍNICA**

Módulo 6

EVALUACIÓN FARMACOLÓGICA DEL ADULTO MAYOR



**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

MÓDULO

6

1.- INTRODUCCIÓN

2.- FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINÁMICA

CAMBIOS ASOCIADOS A LA EDAD

INTERACCIONES MEDICAMENTO-ENFERMEDAD

MEDICAMENTOS A EVITAR EN LOS ADULTOS MAYORES

3.- RECOMENDACIONES PARA EL USO DE FÁRMACOS EN LOS ADULTOS MAYORES

4.- EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

5.- BIBLIOGRAFÍA

OBJETIVOS

GENERAL: El propósito de este módulo es brindar los elementos conceptuales y metodológicos para el estudio del tratamiento farmacológico de los adultos mayores.

ESPECÍFICOS:

Al finalizar el trabajo de este módulo, se espera que los participantes sean capaces de:

1. Identificar la problemática que presentan los fármacos en la atención a la salud del adulto mayor.
2. Entender los principios básicos de farmacocinética y farmacodinámica y sus consecuencias para el tratamiento farmacológico.
3. Distinguir las condiciones específicas que se dan en el adulto mayor y que se relacionan con el cumplimiento de la prescripción.

1.- INTRODUCCIÓN

El adulto mayor consume alrededor del doble de los medicamentos que consumen los adultos jóvenes, y no es extraordinario que un adulto mayor reciba 5 ó 6 prescripciones y en muchos casos de especialistas diferentes. También es común que los fármacos **bajo prescripción** se tomen juntamente con otros **sin prescripción médica** y con **productos naturales** que pueden tener importante interferencia o interacción con los mismos.

Por lo tanto, es de suma importancia que el médico general indague sobre los fármacos y otros remedios que el adulto mayor está consumiendo, como aspecto fundamental antes de hacer un diagnóstico o presentar un nuevo tratamiento.

Distintos cambios relacionados con la edad afectan al metabolismo de los medicamentos, pero rara vez causan problemas si se siguen las recomendaciones de este módulo.

2.- FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINÁMICA¹

Una menor cantidad de ácido gástrico y un menor vaciamiento del estómago pueden afectar levemente la absorción de los comprimidos, pero no tiene un impacto clínico importante.

El **metabolismo en el hígado** disminuye, lo cual requiere modificaciones en la dosificación de muchos medicamento. Con el envejecimiento el flujo sanguíneo y el volumen y tamaño del hígado disminuyen. La **fase inicial o preparatoria** del metabolismo farmacológico (que incluye oxidaciones, reducciones e hidrólisis) disminuye en la edad avanzada. Sin embargo en la **segunda fase** del metabolismo (biotransformación que incluye acetilación y glucuronidación) se afecta menos con la edad. Estos cambios son mayores en hombres que en mujeres y están condicionados por otros factores como el tabaquismo.

El flujo de sangre al riñón y su función decaen, de modo que hay menor **aclaramiento renal** y posibilidad de que se acumulen fármacos como la digoxina y la gentamicina (que se excretan en forma activa por el riñón). Por lo tanto en caso de pacientes que tienen daño en la función renal se recomienda evitar, en lo posible, aquellos medicamentos cuya principal vía de eliminación es el riñón. En caso que el medicamento sea esencial se debe de calcular la función renal del paciente utilizando la **fórmula de Cockcroft** (ver cuadro 6.1)

CAMBIOS ASOCIADOS A LA EDAD

¹ La farmacocinética involucra todos los cambios que se dan, a lo largo del tiempo, en la concentración plasmática de los fármacos y en su cantidad total en el cuerpo desde el momento de administración, implicando procesos de absorción, distribución, biotransformación (metabolismo) y finalmente, excreción. La farmacodinámica involucra los mecanismos de acción y efectos fisiológicos de los fármacos.

Hay un *aumento en la sensibilidad de los receptores* que interactúan con medicamentos de acción anticoagulante y medicamentos de acción a nivel del sistema nervioso central y periférico. Los medicamentos que afectan la precarga, por ejemplo, los inhibidores de la ECA, los antidepresores tricíclicos, los betabloqueadores y la levodopa, pueden producir hipotensión postural y mayor riesgo de caídas. (Cuadro 6.1).

CUADRO 6.1. CAMBIOS ASOCIADOS A LA EDAD EN LA FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINÁMICA DE LOS MEDICAMENTOS²

Parámetro	Efecto por la edad	Efecto por patología asociada	Implicaciones para la prescripción
Absorción	<ul style="list-style-type: none"> • Usualmente no se ve afectada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aclorhidria, • Medicación concomitante, • Alimentación enteral. 	Pueden afectar la absorción: <ul style="list-style-type: none"> • Interacciones droga-droga y droga-alimentos:.
Distribución	<ul style="list-style-type: none"> • Aumenta el cociente grasa / agua. • Disminución en los niveles séricos de proteínas, en particular albúmina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia cardiaca • Ascitis, y • Otras afecciones que aumentan el agua corporal total. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las drogas liposolubles tienen mayor volumen de distribución y un tiempo de acción más prolongado. • Las drogas con afinidad a proteínas tendrán mayor efecto.
Metabolismo	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución en la masa y el flujo sanguíneo hepáticos pueden disminuir el metabolismo de los fármacos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden trastornar al metabolismo más que el envejecimiento: genotipo, cafeína, tabaquismo, consumo de alcohol y medicación concomitante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Drogas con metabolismo de fase I son las más afectadas: diazepam, fenitoína, verapamilo, antidepresivos.
Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución en la tasa de filtración glomerular. 	<ul style="list-style-type: none"> • Afección renal por padecimientos agudos y crónicos. • Disminución en la masa muscular lleva a menor producción de creatinina. 	<ul style="list-style-type: none"> • La creatinina sérica no es un buen indicador de la función renal; conviene estimarla con el uso de la fórmula de Cockroft.*
Farmacodinámica	<ul style="list-style-type: none"> • Menos predecible • Frecuentemente, efectos más intensos a dosis usuales y aún a dosis bajas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las interacciones droga-droga y/o droga-enfermedad: pueden alterar la acción de un medicamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Morfina: efecto prolongado • Benzodiazepinas: mayor sedación • Receptores beta: sensibilidad disminuida

***FÓRMULA DE COCKROFT**

$$\text{Aclaración de Creatinina (mL/min)} = \frac{(140 - \text{Edad (años)}) \times \text{Peso corporal (Kg)}}{72 \times \text{Creatinina sérica (mg/dL)}}$$

En mujeres, el valor calculado es multiplicado por 0.85.

² Fuente: Traducido de "Age-associated changes in pharmacokinetics" table 5, p. 9 en Reuben, DB et al. Geriatrics At Your Fingertips, 2002 Edition, Malden, MA: Blackwell Science, Inc., for the American Geriatrics Society, 2002.

INTERACCIONES MEDICAMENTO - ENFERMEDAD

CUADRO 6.2. INTERACCIONES MEDICAMENTO-ENFERMEDAD³

Enfermedad	Medicamento	Efecto adverso
Hiperplasia prostática benigna	Anticolinérgicos, bloqueadores de los canales de calcio, antihistamínicos	Retención urinaria
Anomalías de la conducción cardíaca	Verapamilo, beta bloqueadores	Bloqueo AV completo
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Beta bloqueadores, analgésicos narcóticos	Broncoespasmo, depresión respiratoria
Insuficiencia renal crónica	Antiinflamatorios no esteroidales, contraste radiológico, aminoglucósidos	Insuficiencia renal aguda
Insuficiencia cardíaca	Verapamilo, beta bloqueadores	Aumento en la insuficiencia cardíaca
Diabetes	Diuréticos, corticoesteroides	Hiperglucemia
Glaucoma de ángulo agudo	Anticolinérgicos	Aumento en la presión intraocular
Hipertensión arterial	Antiinflamatorios no esteroidales	Aumento en la presión arterial
Hipokalemia	Digoxina	Arritmias cardíacas
Hiponatremia	Hipoglucemiantes orales, diuréticos, inhibidores de recaptura de serotonina, carbamazepina, antipsicóticos	Disminución del sodio sérico
Úlceras pépticas	Antiinflamatorios no esteroidales	Sangrado digestivo
Hipotensión postural	Diuréticos, inhibidores de la MAO, vasodilatadores, antiparkinsonianos	Síncope, caídas, fracturas

³ Fuente: Tabla 10 "Common Selected Drug-Disease Interactions in Older Persons" Reuben DB, Yoshikawa TT, Besdine RW, eds. Geriatrics Review Syllabus: a Core Curriculum in Geriatric Medicine, Third edition. Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt Publishing Company for the American Geriatrics Society 1996; 33.

2.3.- MEDICAMENTOS A EVITAR EN LOS ADULTOS MAYORES

CUADRO 6.3. MEDICAMENTOS A EVITAR EN LOS ADULTOS MAYORES⁴

Medicamento	Problemas potenciales
Propoxifeno	Mismos efectos secundarios de los opiáceos con potencia analgésica equiparable al paracetamol
Indometacina	Efectos secundarios en SNC
Fenilbutazona	Efectos secundarios hematológicos
Pentazocina	Confusión mental, alucinaciones
Metocarbamol, carisoprodol	Acción anticolinérgica, sedación y debilidad
Diazepam	Acumulación, sedación, riesgo de caídas
Amitriptilina y combinaciones que la contienen	Sedación fuerte, acción anticolinérgica
Meprobamato	Sedación, alto riesgo adictivo
Disopiramida	Anticolinérgico potente, inotrópico negativo
Metildopa	Puede exacerbar la depresión y causar hepatitis
Reserpina	Induce depresión, sedación e impotencia
Clorpropamida	Puede causar hipoglucemia prolongada e hiponatremia
Diciclomina	Anticolinérgico potente
Clorfeniramina	Anticolinérgico
Barbitúricos	Alto riesgo adictivo, varios efectos secundarios
Meperidina	Efectos secundarios a nivel del SNC
Ticlopidina	No es más efectiva que la aspirina, sí más tóxica

⁴ Fuente: Adaptado de Beer MH. Arch Intern Med. 1997;157:1531-1536 en la Tabla 11, página 17 de Reuben DB, et al. "Geriatrics At Your Fingertips, 1998/99 Edition, American Geriatrics Society, Belle Mead, NJ: Excerpta Medica, Inc., 1998.

3.- RECOMENDACIONES PARA EL USO DE FÁRMACOS EN LOS ADULTOS MAYORES

En el tratamiento farmacológico de los adultos mayores es importante:

- Obtener una historia medicamentosa completa incluyendo alergias, reacciones adversas, uso de fármacos auto-prescritos, complementos nutricionales, medicina alternativa, uso de alcohol, tabaco y cafeína.
- Evite prescribir en tanto no se haya establecido un diagnóstico claro. Considere en primer término las medidas terapéuticas no medicamentosas. Elimine los fármacos vigentes para los cuales no pueda identificar un motivo claro de prescripción.
- Sea consciente de otras enfermedades u otros medicamentos que esté consumiendo el paciente y puedan afectar la elección de los fármacos. Los medicamentos pueden incidir en enfermedades preexistentes o en la acción de otros medicamentos.
- Asigne prioridades a los tratamientos; si se prescriben demasiados fármacos al mismo tiempo, el paciente puede elegir aleatoriamente y no seguir alguno.
- Comience con la dosis terapéutica más baja para evitar problemas con los efectos colaterales y aumente la dosificación lentamente después de examinar al paciente.
- Conozca los mecanismos de acción, efectos secundarios y perfiles de toxicidad de los fármacos que prescribe. Considere cómo estos pueden interactuar con o complementar la acción de otros tratamientos vigentes.
- Revise regularmente la lista de fármacos, elimine aquellos que no se necesitan más o cuyo efecto ha sido insuficiente.
- Evite la farmacoterapia innecesaria y examine con frecuencia las recetas repetidas, ya que pueden dejar de ser apropiadas.
- Favorezca el apego a las recomendaciones terapéuticas. *Eduque al paciente* y a su cuidador acerca de los medicamentos y sus efectos, considere con ellos *costos y efectos secundarios*. Proporcione *instrucciones detalladas por escrito*, en lenguaje claro y comprensible.
- Evite usar un medicamento para tratar efectos secundarios de otro.
- Intente usar un solo fármaco para tratar más de una afección.
- Evite los productos en combinaciones fijas.
- Evite el uso simultáneo de más de un fármaco con acciones semejantes.

Las personas mayores requieren de un médico general para garantizar que la existencia de enfermedades múltiples no lleven a múltiples derivaciones, opiniones y dilución de la responsabilidad; pero también requieren la participación y la cooperación de los especialistas para un máximo beneficio, que será mayor en presencia de una buena comunicación.

4.- EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

Independientemente de la enfermedad y la edad del paciente, siempre hay personas que no cumplen con el tratamiento. Ello significa que no siguen el tratamiento, lo siguen en forma mínima o parcial, o en su gran mayoría, pero no en forma total. El cumplimiento total puede ser más importante para algunos medicamentos que otros; en aquellos con vida media larga, por ejemplo, saltar una dosis puede no tener mucho efecto.

Del mismo modo que la enfermedad es más probable en la vejez, otro tanto sucede con la falta de cumplimiento. Los principales motivos por los que se llega a la falta de apego son:

- Falta de motivación.
- Falta de comprensión del tratamiento.
- Falta de dinero para comprar o renovar la receta.
- Tendencia a autorregular las dosis del medicamento según la salud percibida.
- Complejidad del régimen posológico (# de dosis/día).
- Poca escolaridad que dificulta el poder leer las etiquetas o instrucciones.
- Sospecha de reacciones adversas.
- Efectos secundarios desagradables.
- Pérdida de memoria.
- Pérdida de agudeza visual.
- Problemas de auto administración por pérdida de destreza manual y agilidad.
- Problemas de administración.

Los problemas mencionados pueden resolverse en general individualizando el manejo.

RECUERDE:

- Si hay un efecto prolongado en los medicamentos, adminístrelos con menor frecuencia.
- Si existe mayor efecto terapéutico, la dosis inicial debe de ser menor.
- Si se presentan problemas de toxicidad, es necesaria la vigilancia o la suspensión del fármaco.

5.- BIBLIOGRAFÍA

Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly: an update. Arch Intern Med. 1997; 157(14):1531-1536.

Bloom HG, Shlom EA. Drug prescribing for the elderly. New York: Raven Press, 1993.

Chutka DS, Evans JM, Fleming KC, Mikkelsen KG. Drug prescribing for elderly patients. Mayo Clin Proc 1995; 70:685-693.

Gurwitz JH, Avorn J. The ambiguous relation between aging and adverse drug reactions. Ann Int Med 1991; 114:956-966.

Lamy PP, ed. Clinical pharmacology (symposium). Clin Geriatric Med 1990; 6(2):229-457.

Reuben DB, et al. "Geriatrics At Your Fingertips, 1998/99 Edition, American Geriatrics Society, Belle Mead, NJ: Excerpta Medica, Inc., 1998.

Reuben, DB, et al. Geriatrics At Your Fingertips, 2002 Edition, Malden, MA: Blackwell Science, Inc., for the American Geriatrics Society, 2002.

Reuben DB, Yoshikawa TT, Besdine RW, eds. Geriatrics Review Syllabus: a Core Curriculum in Geriatric Medicine, Third edition. Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt Publishing

Rochon PA, Gurwitz JH. Drug therapy. Lancet. 1995;346(8966):32-36.

Sloan RW. Principles of drug therapy in geriatric patients. Am Family Phys 1992; 45:2709-2718.

PARTE I: MÓDULOS DE VALORACIÓN CLÍNICA

Módulo **7**

EVALUACIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

MÓDULO 7

1.- INTRODUCCIÓN

2.- ASPECTOS SOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SOCIALES

INTEGRACIÓN SOCIAL

ESTRÉS SOCIAL

APOYO SOCIAL

HABILIDADES PARA ENFRENTAR PROBLEMAS Y ADAPTABILIDAD

3.- VALORACIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR

¿POR QUÉ EVALUAR EL FUNCIONAMIENTO SOCIAL?

HISTORIA SOCIAL

ASPECTOS A EVALUAR

HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN

ESCALA PARA CALIFICAR LOS RECURSOS SOCIALES

4.- SERVICIOS SOCIALES

RECURSOS SOCIALES

PRESTACIONES SOCIALES A NIVEL COMUNITARIO

INTERVENCIONES SOCIALES

5.- BIBLIOGRAFÍA

OBJETIVOS

GENERAL: Brindar conocimientos sobre aspectos sociales y del funcionamiento social, asociados al envejecimiento, que permitan a los proveedores de atención primaria de salud, integrarlos a la valoración y manejo de las personas adultas mayores.

ESPECÍFICOS:

Al finalizar el trabajo con el presente módulo, los participantes serán capaces de:

1. Valorar las principales características de la esfera social en los adultos mayores.
2. Identificar los componentes de la historia social geriátrica y qué aspectos deben evaluarse.
3. Determinar los recursos, las prestaciones y las intervenciones sociales que deben formar parte de una atención integral a las personas adultas mayores.
4. Clasificar a los adultos mayores en grupos de riesgo, de acuerdo al índice de satisfacción de las necesidades básicas y las posibilidades de acceder a los recursos y prestaciones de las políticas sociales.

1.- INTRODUCCIÓN

Una característica esencial del ser humano, es la de ser un ser social. Los aspectos sociales determinantes de la salud de las personas adultas mayores son parte integral de la valoración geriátrica.

Desde el punto de vista sociológico, la familia tradicional en América Latina ha ido evolucionando. Gradualmente, se ha ido convirtiendo en familia nuclear con características propias de áreas urbanas y con cambios importantes en el rol de la mujer en el hogar y en la sociedad. Estos cambios tienen repercusiones importantes en la capacidad que tiene la familia como tal, para dar respuestas solidarias a las necesidades de las personas con discapacidades que históricamente dependían del cuidado familiar. Por otro lado, habitualmente, las viviendas tienen dimensiones reducidas y no están adaptadas para acoger a personas con dificultades funcionales.

Adicionalmente, en la sociedad, la mayoría de las personas adultas mayores necesitan jugar un papel directamente productivo para poder sobrevivir económicamente, aunque no siempre logran obtener un trabajo adaptado a sus necesidades físicas, en un ambiente saludable y con los apoyos necesarios para mantener la funcionalidad.

En cualquier caso es importante, que las personas adultas mayores tengan la información, el apoyo y las oportunidades necesarias para continuar contribuyendo al bienestar propio y al de la sociedad. También deberán tener las garantías y las protecciones adecuadas para poder envejecer y vivir el final de su vida con dignidad y apoyo familiar y social.

2.- ASPECTOS SOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO

Durante los últimos años se ha logrado un consenso internacional sobre algunos de los factores sociales determinantes de la salud en las personas adultas mayores. Estos incluyen factores demográficos, situación socioeconómica, factores psicosociales como adaptabilidad y estrés, además del capital social del individuo. La evidencia de la relación entre estos factores y el estado de salud de las personas adultas mayores es amplia, aunque todavía estos temas siguen siendo importantes para investigadores internacionales. A continuación presentamos un resumen del significado de cada uno de estos factores para la valoración integral del adulto mayor.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SOCIALES

EDAD:

Existe una relación fuerte entre la edad y diversas dimensiones de salud. Por ejemplo, en el Centro de Salud encontrará que el porcentaje de personas de 60 años y más con enfermedades crónicas es mucho mayor que en la población de 50 años o menos. Las pérdidas funcionales también tendrán una fuerte correlación con la edad de la persona,

aumentando significativamente en la población de 75 años y más. La relación entre la edad y otros indicadores de salud es menos precisa. Vale la pena, entender las enfermedades que son relacionadas con la edad y también estudiar las intervenciones que logran posponer las manifestaciones clínicas de estas enfermedades, sin dejarse llevar por la propaganda popular de la medicina antienviejecimiento.

SEXO:

En todos los indicadores de salud, excepto mortalidad, las mujeres adultas mayores suelen tener indicadores de salud más pobres que los hombres de la misma edad. Las mujeres mayores suelen tener una prevalencia más alta de enfermedades crónicas y de pérdidas funcionales. También, suelen reportar más frecuentemente que los hombres, que su salud no es buena. Es importante destacar que muchos estudios han encontrado que el ser mujer es uno de los factores de riesgo más importante para la aparición de síntomas depresivos.

EDUCACIÓN:

El nivel de educación se encuentra relacionado con la *autopercepción de salud* de la persona adulta mayor. También se encuentra asociado con mortalidad y con *deterioro cognitivo y demencias*. En algunos estudios hay indicación de que el nivel de educación deja de ser un factor determinante en salud cuando existe un sistema con acceso universal a los servicios de salud. Sin embargo, otros estudios encuentran alta correlación entre el *nivel funcional* de la población adulta mayor con el nivel educacional de la población.

INTEGRACIÓN SOCIAL

Como medida de integración social se entiende a los *vínculos sociales que mantiene la persona adulta mayor*, ya sea por medio de roles sociales, participación en grupos de voluntariados o participación en organizaciones laborales, clubes, iglesias, etc. Estudios en varias partes del mundo, destacan que hay una fuerte correlación en *mortalidad*, así como en otros indicadores de salud. La participación social es definitivamente un factor protector de la salud.

ESTRÉS SOCIAL

Como indicadores de estrés social se utilizan dos variables; la primera se relaciona con el hecho de *no contar con suficiente dinero* para cubrir las necesidades básicas de la vida diaria y la otra está relacionada con el *sentido de duelo* por la muerte de un ser querido o la pérdida de un rol social importante para el individuo.

Existe una relación entre la auto-percepción de salud y el nivel de estrés económico que percibe la persona mayor. También se considera que el duelo o el estrés relacionado a pérdidas sociales son factores, que combinados con otros factores demográficos, tienen una relación importante con la salud física y mental.

No existe una tipología de problemas de estrés relacionados con la salud de las personas adultas mayores. Sin embargo se podrían incluir dentro de la evaluación social del individuo otros cambios por lo cuales puede estar atravesando la persona adulta mayor:

- Jubilación o falta de empleo
- Cambios en la salud y pérdida de autonomía
- Cambios en la vida familiar: viudez, separación de hijos y nietos, etc.
- Cambios en relocalización (por ejemplo, de arreglo domiciliario o institucionalización)
- Maltrato o violencia doméstica o exclusión familiar

APOYO SOCIAL

Sugerimos *dos indicadores* para medir el apoyo social del individuo: *tamaño de la red social* y el *estado civil*. Algunos estudios indican que hay una relación de protección entre el vivir en pareja, los *síntomas depresivos* y el *nivel de funcionalidad* del individuo. Sin embargo, también se ha encontrado que el vivir en pareja es un factor protector, más frecuente en el caso de los hombres que en el de las mujeres mayores. Varios estudios importantes han relacionado el *número de contactos positivos* que la persona mayor tiene con su red social, como protector de salud y bienestar. El rol del apoyo social o de la actividad social de la persona adulta mayor se considera tan importante en algunos estudios como el nivel de actividad física del individuo en la promoción de un envejecimiento saludable y activo.

HABILIDADES PARA ENFRENTAR PROBLEMAS Y ADAPTABILIDAD

Las habilidades para la vida son factores protectores de la salud a lo largo del ciclo de vida, sin embargo hay poca investigación sobre los indicadores de habilidades principales que en la vejez protegen la salud y el bienestar.

Se conoce con bastante evidencia que el sentirse en control de la situación, la *autoestima* y la *autosuficiencia*, son factores importantes para mantener la salud en las personas mayores. El sentirse en control, o sea, la autonomía en la toma de decisiones, tiene una correlación alta con el bienestar de la persona mayor y su funcionamiento en actividades del vivir diario. También se ha encontrado que el sentido de autosuficiencia tiende a aminorar otros factores de riesgo sociales como la falta de una red social robusta.

3.- VALORACIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR

¿POR QUÉ EVALUAR EL FUNCIONAMIENTO SOCIAL?

Tanto la salud como el funcionamiento social se afectan recíprocamente. Se conoce que personas con un buen funcionamiento social tienen un mejor desempeño diario, y al mismo tiempo, personas con buena salud mantienen un funcionamiento social más adecuado. *Así, el funcionamiento social puede ser visto como factor protector o como factor de riesgo en el bienestar de las personas adultas mayores.* Si el Centro de Salud cuenta con un *trabajador social* como parte del equipo de atención primaria, es importante que la valoración social de las personas adultas mayores se incorpore como elemento integral a la valoración médica y de enfermería.

- La evaluación del funcionamiento social puede servir para determinar los factores protectores con los que cuenta el individuo para su bienestar y los factores de riesgo que necesitan *vigilancia* y quizás *intervención psicosocial*.
- El contexto de la evaluación geriátrica, permite conocer los recursos con que cuenta la persona, así como su grupo de atributos sociales, los que pueden eventualmente llegar a decidir si necesitará cuidados permanentes o cuidados parciales.
- La evaluación de recursos sociales puede indicar también que “algo anda mal”. Relaciones sociales, actividades comunitarias que anteriormente realizaba una persona de edad y que ahora no realiza, pueden ser una luz de alarma de que algo está pasando.
- La valoración social de una persona mayor con *fragilidad*¹ puede indicar las intervenciones sociales necesarias para evitar una institucionalización prematura.
- *La comparación de la evaluación social realizada antes y después de una intervención*, como por ejemplo, el tratamiento de una enfermedad crónica, puede servir para conocer si se alcanzaron algunos de los objetivos del plan de cuidado diseñado, o para redirigir el tratamiento impuesto. Por ello, es muy importante tener *mediciones basales* que permitan comparar en el transcurso del tiempo cómo evoluciona esta esfera.

HISTORIA SOCIAL

La historia social es parte integral de la historia clínica. En ella, de una forma u otra, se evalúa un grupo de aspectos que permiten tener una idea de la “vida social” del entrevistado. Puede tener diversos formatos, pero generalmente tiene una parte básica que permite, si se detecta alguna alteración, profundizar con otros instrumentos específicos (ver 3.4. Herramientas de evaluación), que serían la parte complementaria.

¹ Ver en Parte II: Fragilidad, Guía de Diagnóstico y Manejo

ASPECTOS A EVALUAR

Los grandes retos al momento de medir el funcionamiento y los recursos sociales, es que éstos tienen un componente objetivo y uno subjetivo, así como la determinación de qué tipo de medición es la más adecuada en un contexto particular. El componente objetivo valora, por ejemplo: la frecuencia de contactos sociales, la existencia de redes sociales, etc. El componente subjetivo viene dado por la evaluación del propio individuo, de si su situación social es satisfactoria o no. En el Cuadro 7.1 se exponen algunos de los componentes objetivos y subjetivos del funcionamiento social.

El componente subjetivo se relaciona con el apoyo emocional, el afecto familiar, los confidentes, la satisfacción con la familia y los sentimientos de utilidad y de soledad, entre otros. El componente objetivo se relaciona con el tamaño de la red familiar y social, los recursos financieros, las características de la vivienda, la convivencia, la necesidad y existencia de un cuidador, entre otros.

CUADRO 7.1. COMPONENTES DEL FUNCIONAMIENTO SOCIAL²

Área	Componente objetivo	Componente subjetivo
Soporte social	Cuantía del soporte disponible, provisto y recibido	Percepción, satisfacción y adecuación del soporte
Redes sociales	Número de sistemas y personas en las redes	Percepción, satisfacción y adecuación de la red
Recursos sociales	Cuantía de los recursos disponibles	Capacidad percibida de los recursos y adecuación de estos
Roles sociales y de funcionamiento	Número y tipo de roles	Percepción y satisfacción con los roles
Actividades	Número de actividades, composición de los grupos y organizaciones en la que el individuo está involucrado	Percepción, satisfacción y adecuación de actividades

Dado que la evaluación del funcionamiento social es cambiante, en ocasiones resulta más provechoso comparar el estado de la evaluación actual con una evaluación previa, que sirve como línea de base para valorar mejor los cambios a través del tiempo.

² Tomado con permiso de: Kane RL, Kane RA, *Assessing older persons: measures, meanings, and practical applications*, New York: Oxford University Press, 2000.

DESDE EL PUNTO DE VISTA MACROSOCIAL:

Para el interrogatorio sobre la situación social del paciente mayor, puede adaptar las siguientes preguntas o elaborar una ficha que sirva de base para el interrogatorio con el personal de trabajo social.

RELACIONES SOCIALES Y ACTIVIDADES:

- ¿Con quién vive y con cuántas personas vive?, ¿De ellos, cuántos son menores de 14 años?
- ¿Realiza actividad laboral de paga o por canje de algún beneficio personal o familiar?, ¿Cuál?
- ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa, cultural, etc.?
- ¿Ha tenido que dejar alguna actividad especialmente importante debido a alguna discapacidad o a barreras que no le permiten continuar?
- ¿Con qué frecuencia tiene contacto con familiares, amigos, vecinos?
- ¿Pertenece a algún club, organización, asociación, iglesia, etc.?
- ¿Qué tipo de actividades realiza en estos grupos?

FUNCIONALIDAD Y NECESIDADES DE APOYO:

- ¿Tiene alguna dificultad en su cuidado personal, el cuidado de su domicilio, su movilidad o transporte?
- Si tiene dificultades, ¿quién es la principal persona que lo apoya?
- ¿Tiene esa persona algún problema de salud? Cuántos años tiene? ¿Trabaja?
- ¿Tiene suficiente ayuda?

RECURSOS:

- ¿Sus ingresos económicos le permiten cubrir las necesidades básicas, tales como comer, atender la salud, contar con una vivienda con un mínimo de comodidad, vestirse, trasladarse y acceder a actividades de esparcimiento (o distracción)?
- ¿Con cuáles de las siguientes manifestaciones que otras personas han hecho de sus ingresos económicos, usted se identifica? (Señalar con la cual se identifica)
 - Alcanzan, puede ahorrar
 - Alcanzan, sin grandes dificultades
 - Alcanzan justo
 - No alcanzan, tiene dificultades
 - No alcanzan, sufre escasez

VIVIENDA:

- ¿Cómo es el domicilio donde vive?
- ¿Cuántos dormitorios tiene?, ¿Con quién comparte la cama y el dormitorio?

- ¿Necesita algún tipo de adaptación para sus necesidades?
- ¿Necesita algún tipo de reparación: techo, plomería, etc.?
- ¿Cuenta con luz eléctrica, agua potable, saneamiento (drenaje)?

DATOS PERSONALES Y DEMOGRÁFICOS:

- Edad y sexo
- Escolaridad
- Historia laboral
- Convivencia y estado marital
- Hijos vivos

DESDE EL PUNTO DE VISTA MICROSOCIAL (FAMILIAR):

Aquellos componentes básicos de la función familiar disminuidos o nulos y que inciden en la satisfacción del adulto mayor:

- **APOYO:** Ayuda que recibe de la familia en caso de necesidad.
- **ACEPTACIÓN:** Forma que tienen los miembros de la familia de aceptar los deseos del individuo de iniciar nuevas actividades y realizar cambios en su estilo de vida.
- **PARTICIPACIÓN:** Forma en que la familia le brinda lugar en la discusión de cuestiones y la solución a problemas de interés común.
- **COMPRENSIÓN:** Modo en que los miembros de la familia son capaces de entender la conducta y el punto de vista de la persona de edad.
- **PROTECCIÓN:** Forma en que la familia le brinda cuidados, en dependencia de las limitaciones funcionales que pueda presentar el individuo.

La evaluación del funcionamiento social también debe tener en cuenta la posible presencia de maltrato o abuso. En la Cuadro 7.2. se exponen algunas situaciones que durante el examen clínico del paciente adulto mayor pueden sugerir maltrato. (ver además: Guía 1. Abuso y Maltrato).

CUADRO 7.2. SITUACIONES SUGESTIVAS DE MALTRATO EN LAS PERSONAS MAYORES³

- Cuando existe retraso entre la búsqueda de atención médica y el daño o la enfermedad.
- Cuando no coinciden la historia del cuidador y la del paciente.
- Cuando la magnitud del daño no está acorde a la explicación del cuidador.
- Cuando la explicación del paciente o del cuidador no es posible o es vaga.
- Cuando son frecuentes las visitas al departamento de urgencias por exacerbaciones de enfermedades crónicas y existe un tratamiento adecuado y disponibilidad de recursos económicos.
- Cuando un paciente discapacitado se presenta al médico sin su cuidador.
- Cuando los hallazgos de laboratorio son incongruentes con la historia.
- Cuando el cuidador rechaza la visita al hogar del personal de salud.

3.4.- HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN

Existen múltiples instrumentos que miden, de una forma u otra, el funcionamiento social. Algunas veces pueden ser autoevaluaciones espontáneas y otras entrevistas estructuradas. En el presente capítulo, se recomienda un esquema de preguntas, pero el contexto social de cada país o incluso de una región, hace muy específicas las necesidades de diseño del instrumento a utilizar. Es por ello, que basado en lo expuesto en este módulo, se recomienda que en el centro de salud se utilice una entrevista sistematizada o un instrumento que, tomando en cuenta las realidades nacionales y locales, busque los factores de riesgo y situaciones sociales de las personas adultas mayores.

De cualquier forma, el primer paso es definir el objetivo de la evaluación. En dependencia de ello, se elegirá el instrumento más apropiado. Los cambios en el funcionamiento social y los recursos sociales, dados a través del tiempo, pueden ser tan o más importantes que la medición actual.

³ Tomado de Brees M, Berkow R: The Merck Manual of Geriatrics NJ Merck Research Laboratories, 2000.

CUADRO 7.3. INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE RECURSOS SOCIALES⁴

1. ¿Es usted soltero, casado, en unión libre, viudo, divorciado o separado?	1. Soltero 2. Casado/en unión libre 3. Viudo 4. Divorciado/separado
2. ¿Quién vive con usted?	1. Nadie 2. Conjugue 3. Hijos 4. Nietos 5. Otros familiares 6. Otros no familiares
3. ¿Cuántas personas lo visitan en su casa?	1. Nadie 2. _____
4. ¿Con cuántas personas (familiares o amistades) ha hablado por teléfono en la última semana?	1. Nadie 2. _____
5. ¿Cuántas veces durante la última semana estuvo con alguien que no vive con usted, ya sea de visita, de paseo o en algún evento recreativo?	1. Ninguna 2. Una vez al día 3. Una vez a la semana 4. 2-6 veces por semana
6. ¿Tiene usted alguien en quién pueda confiar?	1. Si 2. No
7. ¿Se siente solo con frecuencia, algunas veces o casi nunca?	1. Frecuentemente 2. Algunas veces 3. Casi nunca
8. ¿Ve usted a sus familiares y amigos con la frecuencia que desea, o se siente algo descontento por lo poco que los ve?	1. Tan frecuente como deseo 2. Descontento por lo poco que los veo
9. ¿Si usted se enfermara ocasionalmente, podría contar con alguien que le ayude? Si responde sí, pregunte 9a y 9b.	1. Si 2. No
9a. ¿Le podrían ayudar si estuviera enfermo o discapacitado de 1 a seis semanas?	1a. Si 2a. No
9b. ¿Le podrían cuidar si estuviera enfermo o discapacitado más de seis semanas?	1b. Si 2b. No
10. ¿Considera que usted (y su pareja) tiene(n) suficiente dinero para cubrir sus necesidades básicas del vivir diario?	1. Si 2. No

⁴ Preguntas seleccionadas y adaptadas del Cuestionario OARS (Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire), elaborado por Gertrude Fillenbaum, Ph.D., Duke University Center for the Study of Aging and Human Development. Ver página web: www.geri.duke.edu/service/oars.htm. Fillenbaum, Gerda G. Multidimensional Functional Assessment of Older Adults: The Duke Older Americans Resources and Services Procedures. Mahway, NJ: Erlbaum Associates. 1998

ESCALA PARA CALIFICAR LOS RECURSOS SOCIALES

Evalúe los recursos sociales (Cuadro 7.3) según la siguiente escala de cuatro puntos:

1. RECURSOS SOCIALES EXCELENTES O BUENOS: las relaciones sociales son muy satisfactorias y extensas; al menos una persona estaría dispuesta y podría cuidarlo por tiempo indefinido o al menos por seis semanas.
2. RECURSOS SOCIALES MEDIANAMENTE DETERIORADOS: las relaciones sociales no son satisfactorias, tiene poca familia y pocos amigos, pero por lo menos hay una persona en la que puede confiar y que podría ocuparse de cuidarlo al menos por seis semanas.
3. RECURSOS SOCIALES MUY DETERIORADOS: las relaciones sociales no son satisfactorias, tiene poca familia y pocos amigos y sólo podría encontrar ayuda ocasionalmente.
4. SIN RED DE RECURSOS SOCIALES: las relaciones sociales no son satisfactorias, tiene muy poca familia o amigos y no hay nadie que estuviera dispuesto o que pudiera ayudarlo ni siquiera ocasionalmente.

4.- SERVICIOS SOCIALES

Una atención integral para las personas adultas mayores debería contar con una canasta básica de recursos, prestaciones e intervenciones sociales vinculadas y coordinadas con el centro de salud comunitario. Un correcto diagnóstico social del adulto mayor condiciona el éxito de una coordinación apropiada de los recursos necesarios para la realidad del individuo.

4.1.- RECURSOS SOCIALES

Los recursos sociales de una comunidad (municipio, comuna, delegación, etc.) usualmente pertenecen a una variedad de sectores: públicos, voluntariados o privados. Un directorio de recursos sociales es indispensable para el funcionamiento eficiente de la atención integral a las personas adultas mayores.

- Club de personas adultas mayores
- Centros comunitarios
- Asociaciones de jubilados
- Centros de día
- Servicios domiciliarios
- Voluntariado organizado
- Hogares asistidos
- Residencias para personas discapacitadas

4.2.- PRESTACIONES SOCIALES A NIVEL COMUNITARIO

Las prestaciones sociales están dirigidas a individuos y familias en situaciones de especial necesidad. Las prestaciones pueden ser ejecutadas por los servicios sociales locales o por grupos de voluntariado. Tienen como principal objetivo evitar ingresos inapropiados en residencias u hospitales por razones de riesgo social. Es importante que las prestaciones sociales estén coordinadas para evitar duplicación de esfuerzos y para focalizar las mismas, de manera tal que, aseguren el servicio, de acuerdo a las necesidades de las personas dando prioridad y cobertura de manera equitativa a las personas con mayor necesidad.

- Ayuda con actividades del vivir diario a domicilio
- Comidas a domicilio o apoyo para la alimentación
- Adaptaciones y reparaciones en el hogar
- Prótesis o ayudas técnicas (andadores, sillas de ruedas, camas articuladas, etc.)
- Vivienda
- Subsidio o reducción de cuentas para el teléfono, agua, electricidad o gas
- Transporte o descuentos para el transporte
- Apoyo a la familia en crisis o riesgo de crisis
- Ayuda de emergencia social
- Ayuda en situaciones de desastres
- Ayuda económica básica

4.3.- INTERVENCIONES SOCIALES

Las personas adultas mayores, como colectivo, pueden presentar situaciones sociales y personales caracterizadas por una serie de carencias y dificultades, que las coloca en una posición de riesgo o fragilidad. Los centros de atención primaria deben estar preparados para brindar una asistencia integral y evitar por este medio referencias precipitadas y/o improcedentes. Sin embargo, esta atención integral es solamente posible cuando dicho centro tiene el apoyo de los servicios sociales locales.

El trabajador social parte de la evaluación de la historia social de la persona adulta mayor y la información de una valoración integral (médica, de enfermería y psicosocial) de la situación y las necesidades de la persona. De acuerdo a esta valoración se hace un diagnóstico social del individuo y se elabora un plan de acuerdo a los recursos personales, familiares y sociales que estén disponibles. El trabajador social vincula y coordina los recursos según las necesidades, y mantiene una supervisión y monitoreo de los mismos. También evalúa periódicamente la situación de la persona, que puede ser muy cambiante, y adecúa las intervenciones de acuerdo a la situación.

En general, el trabajador social con formación gerontológica tiene los siguientes roles:

- Diagnostica factores de riesgo social y actúa en su prevención y resolución.
- Informa a las personas adultas mayores y sus familias sobre los servicios y prestaciones sociales.
- Identifica necesidades y, conjuntamente con el adulto mayor programa las diferentes estrategias de solución.
- Asesora al individuo y a la familia en problemas económicos, familiares y sociales.
- Realiza, acompaña o supervisa las gestiones necesarias para la resolución de los problemas que presentan los adultos mayores.
- Investiga las redes informales y cuasiformales con el fin de procurar recursos cuando no los hay o es necesario viabilizar los existentes.
- Imparte asistencia social individualizada o manejo de caso a las personas adultas mayores que lo precisen y demanden.
- Conduce consejería de grupo para el desarrollo de habilidades de los miembros de clubes o centros de adultos mayores.
- Dirige grupos de ayuda mutua y promueve la vitalidad mental y social de los grupos de adultos mayores en la comunidad.
- Identifica personas que tienen riesgo de aislamiento social o falta de apoyo familiar.
- Hace abogacía en la comunidad para promover espacios y respuestas apropiadas para las personas adultas mayores.
- Procura, por medio de su trabajo comunitario, la integración social de las personas adultas mayores.
- Educa a la comunidad sobre el envejecimiento y brinda charlas para promover solidaridad intergeneracional.
- Participa como parte de un equipo multidisciplinario en las actividades del Centro de Salud y promueve la integración de los aspectos sociales en el manejo de la salud de las personas adultas mayores.
- Desarrolla actividades profesionales en los hogares, en todas las etapas, desde la rehabilitación hasta el bien morir, con los adultos mayores y/o familiares.
- Socializa su disciplina con los demás integrantes del equipo de salud y realiza actividad docente en la formación de los trabajadores de salud.
- Registra y sistematiza la información a fin de realizar evaluaciones permanentes.

- Realiza investigaciones sobre variables sociales que permiten diagnósticos de la situación de la población adulta mayor (sana y vulnerable), con el objetivo de fundamentar los cambios o la creación de políticas sociales acordes a la realidad de la población mayor.

5.- BIBLIOGRAFÍA

Beaver, Marion L. y A. Miller. Trabajo Social 5: La práctica clínica del trabajo social con las personas mayores. Intervención primaria, secundaria y terciaria. España: PAIDOS, 1998.

Brees M, Berkow R: The Merck Manual of Geriatrics NJ Merck Research Laboratories, 2000.

Binstock, Robert H. y Linda K. George. Handbook of Aging and the Social Sciences. N.Y. Academic Press, 1997.

Fillenbaum, Gerda G. Multidimensional Functional Assessment of Older Adults: The Duke Older Americans Resources and Services Procedures. Mahway, NJ: Erlbaum Associates. 1998

Kane R and Kane R: Assessing older persons. Measuring, meaning and practical applications. NY, Oxford University Press, 2000.

Mc Dowel y Newell: Social health. Measuring health. A guide to rating scales and questionnaires. NY, Oxford University Press, 1996.

Moragas R: Gerontología social. Barcelona, Ed. Harder, 1991.

Sánchez Salgado, Carmen Delia. Trabajo Social y Vejez. Buenos Aires: Humanitas, 1990.

Sánchez Salgado, Carmen Delia. Gerontología Social. Buenos Aires: Espacio, 2000.

Moreno, Sinfiriano R. y Antonio Castellano Suárez. Intervención Clínica y Psicosocial en el Anciano. España, Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria (ICEPSS), 1995.

MÓDULOS DE VALORACIÓN CLÍNICA

Módulo **8**

REHABILITACIÓN EN EL ADULTO MAYOR



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

1.- INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS DE LA REHABILITACIÓN EN EL ADULTO MAYOR

PRINCIPIOS DE LA REHABILITACIÓN DEL ADULTO MAYOR

2.- ASPECTOS A EVALUAR EN LA REHABILITACIÓN GERIÁTRICA

¿QUÉ EVALUAR EN LA REHABILITACIÓN?

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

3.- TRATAMIENTO INTEGRAL EN LA REHABILITACIÓN DEL ADULTO MAYOR

PREVENCIÓN

TRATAMIENTO KINÉSICO

AGENTES FÍSICOS A UTILIZAR

ADITAMENTOS U ORTESIS

OTROS COMPONENTES BÁSICOS DE LA REHABILITACIÓN

ALGUNAS RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADOR DE ADULTOS MAYORES

4.- LA REHABILITACIÓN DE PROBLEMAS ESPECIALES EN EL ADULTO MAYOR

REHABILITACIÓN CARDIORRESPIRATORIA

REHABILITACIÓN DE LAS FRACTURAS DEL TERCIO SUPERIOR DEL FÉMUR

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

5.- BIBLIOGRAFÍA

OBJETIVOS

GENERAL: Brindar conocimientos sobre aspectos básicos para la indicación y seguimiento de la rehabilitación en los adultos mayores.

ESPECÍFICOS:

Al finalizar el trabajo con el presente módulo, los participantes serán capaces de:

1. Identificar las principales determinantes en la evaluación para la rehabilitación de los adultos mayores.
2. Identificar las principales alternativas de la terapéutica de rehabilitación de las personas mayores.

1.- INTRODUCCIÓN

El envejecimiento se acompaña de disminución de las capacidades de reserva del organismo, las cuales responden tanto a factores fisiológicos como patológicos (alteraciones del equilibrio, postura, marcha, disminución de la fuerza muscular, déficit sensorial, visual y auditivo). Esto es importante para la rehabilitación en Geriátrica, ya que deberá tomarse en cuenta en su indicación, no sólo el problema a rehabilitar, sino también las capacidades residuales que tanto en el área biológica, psicológica o social, posee el paciente para enfrentar el proceso de rehabilitación. El mantenimiento de la capacidad funcional y su expresión en la autosuficiencia o autonomía, como condición básica de la calidad de vida, es objetivo central de esta rehabilitación.

La medicina física y de rehabilitación, fisiatría, es la rama de la medicina que:

1. Contribuye a la prevención de la discapacidad física, sensorial y mental.
2. Detecta precozmente, evalúa y diagnostica, en forma integral, los procesos discapacitantes de todo tipo.
3. Prescribe, dirige, supervisa y evalúa los programas y procedimientos adecuados para adaptar o readaptar a la persona con discapacidad, por medio de la restauración o el restablecimiento del movimiento, de las funciones de comunicación humana y de la eficiencia psicológica, social y vocacional, haciendo uso de recursos médicos, familia y comunidad.
4. Investiga las causas y mecanismos de la discapacidad en todas sus formas, las respuestas de los tejidos, órganos y sistemas a las acciones terapéuticas y las repercusiones sociales de la discapacidad.

La Rehabilitación, es un acto de atención de la salud y por lo tanto un componente imprescindible de la promoción, la prevención y la asistencia a las personas en el mantenimiento de su salud y bienestar, el de su familia y la comunidad.

Esta alternativa de tratamiento no farmacológico, la orientación, la educación y el apoyo de los familiares, permiten realizar acciones de efectividad e impacto en la salud y autonomía del paciente mayor.

OBJETIVOS DE LA REHABILITACIÓN EN EL ADULTO MAYOR

RECUPERACIÓN FUNCIONAL: Es este el objetivo general de la especialidad, y para lograrlo se trazan los siguientes objetivos específicos:

- Readaptación desde el punto de vista psicológico, social y biológico.
- Resocialización para que se mantenga activo en su medio habitual.
- Reincorporación a la familia.

Teniendo conocimiento de los procesos patológicos que inciden en el envejecimiento, detectando las afecciones y patologías de manera precoz, y actuando de forma

multidimensional, estamos devolviendo un paciente a su comunidad, lo más funcionalmente posible. A este proceso contribuye de forma notable, la intervención familiar.

PRINCIPIOS DE LA REHABILITACIÓN DEL ADULTO MAYOR

- Mantener la máxima movilidad.
- Mantener o restaurar la independencia en actividades básicas de la vida diaria.
- Desde el inicio, del tratamiento obtener la confianza y cooperación del paciente.
- Crear una atmósfera razonablemente esperanzadora y optimista.
- Aplicar tratamientos simples e individualizados.
- Efectuar las sesiones terapéuticas por cortos períodos de tiempo.
- Integración de todo el personal de asistencia.

PAUTAS A SEGUIR EN EL TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN FÍSICA EN GERIATRÍA:

- Fisioterapia más medicación oral o parenteral (pocos medicamentos y pocas dosis).
- Métodos de fisioterapia iguales a los aplicados al adulto joven, pero tomando en cuenta la edad, enfermedad de base y capacidad vital.
- Vigilar los trastornos cardiorrespiratorios y la fatiga muscular, por lo tanto, hay que hacer pausas y medir la tensión arterial y el pulso.
- Práctica de la ergoterapia funcional (artística, artesanal o ludoterapia).
- Ortesis (aditamentos ortopédicos), si fuera necesaria, sencilla y de poco peso.
- Tratamiento personalizado, teniendo en cuenta que cada persona envejece de manera diferente.

2.- ASPECTOS A EVALUAR EN LA REHABILITACIÓN GERIÁTRICA

Es necesario el llegar a un diagnóstico basado en un buen examen clínico y tener en cuenta aspectos importantes que nos lleven al posterior tratamiento del paciente.

Los síntomas más importantes por los cuales las personas consultan los servicios de rehabilitación geriátrica son:

- Dolor agudo o crónico.
- Disminución o pérdida de la funcionalidad.
- Alteración de la marcha, la postura y/o el equilibrio.
- Trastornos sensoriales, principalmente superficiales.

- Alteración de las funciones corticales superiores.
- Problemas relacionados con la comunicación.
- Alteraciones psicológicas o familiares.
- Compromiso de la capacidad sexual..

El equipo de atención en rehabilitación, debe diseñar cuidadosamente el plan terapéutico para evitar complicaciones y descompensación de la enfermedad de base, mejorando la funcionalidad y aumentando la calidad de vida del paciente.

¿QUÉ EVALUAR EN LA REHABILITACIÓN?

La valoración clínica del adulto mayor, destinada a cuantificar, en términos funcionales, los problemas bio-psico-sociales del paciente, así como las capacidades residuales con que cuenta para enfrentar el proceso rehabilitador. Las variables a evaluar son fundamentalmente:

- Lenguaje
- Estado psicológico y mental del enfermo (ver Módulo 4)
- Estado nutricional (ver Módulo 5)
- Frecuencias cardíaca y respiratoria
- Algias y Artralgias
- Actividades de la vida diaria (AVD) (ver Módulo 3)
- Control de esfínter vesical y rectal
- Amplitud articular
- Trofismo
- Fuerza muscular
- Sensibilidad superficial y profunda
- Reflejos
- Movilidad
- Marcha y equilibrio, incluyendo evaluación de miembros inferiores
- Enfermedades sobreañadidas
- Complicaciones
- Ortesis o aditamentos

Todos estos aspectos nos permiten conocer el grado de deterioro funcional y la reserva potencial de capacidad física con que cuenta el paciente, a fin de diseñar adecuadamente el tratamiento de rehabilitación.

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La **evaluación sistemática** del problema y el **diagnóstico etiológico**, permitirá evaluar la magnitud de la enfermedad y de la disfunción, con el fin de seleccionar racionalmente el tratamiento y las necesidades de apoyo en la comunidad.

Con un buen examen físico y utilizando las herramientas adecuadas, se deben evaluar las características, el grado de afectación y la extensión de la lesión del paciente. La edad, por sí sola, no contraindica nunca las posibilidades de rehabilitación, pero para evitar complicaciones y para una correcta toma de decisiones debe ser tomada en cuenta.

El adulto mayor de forma frecuente, es una persona susceptible de ser portadora de múltiples patologías, de ahí que el tratamiento de rehabilitación, debe estar dirigido a curar o aliviar cada una de las afecciones que le aquejan, pero más aún a recuperar su capacidad funcional total.

3.-TRATAMIENTO INTEGRAL EN LA REHABILITACIÓN DEL ADULTO MAYOR

PREVENCIÓN

En el proceso de rehabilitación física en Geriatria, se deben identificar y modificar factores de riesgo que afecten al paciente. Se consideran factores de riesgo el sedentarismo, la obesidad, la inactividad, el hábito de fumar, el alcoholismo y los malos hábitos nutricionales, fundamentalmente. Para el trabajo en esta esfera, debe involucrarse el paciente, la familia y otros factores comunitarios.

La rehabilitación incluye tres niveles de prevención. El primer nivel incluye acciones dirigidas a prevenir la aparición del daño, detectar personas con discapacidad y realizar promoción de la salud. El segundo nivel incluye las acciones dirigidas a evitar o minimizar los efectos de las deficiencias, de manera que no evolucione hacia la discapacidad; la vigilancia epidemiológica de la discapacidad y la atención temprana. El tercer nivel incluye acciones para impedir o minimizar los efectos de la discapacidad en el ámbito político, económico, social y comunitario.

Adicionalmente se deben considerar algunas acciones básicas de prevención en el entorno del adulto mayor y de actividad física, que incluyen:

- Eliminar objetos que no se utilizan en los accesos principales.
- Asegurar que el teléfono esté ubicado a baja altura, accesible desde el piso.
- Asegurar que la iluminación nocturna sea adecuada, especialmente en la vía hacia los sanitarios y salidas de emergencias.
- Instalar pasamanos en las duchas, baños, escaleras y desniveles.

- Utilizar alfombras diseñadas para evitar deslizamientos antiderrapante en el baño y quitarla cuando no se use.
- Instalar asiento elevado en el inodoro.
- No utilizar muebles bajos y mantener libres las vías de acceso.
- Reparar los caminos de acceso al hogar.
- Evitar encerar los pisos y terrazas.
- El cuidado de los pies debe ser una rutina.
- Se debe promover la circulación a través de ejercicios y masajes suaves.
- Evitar la exposición a elevadas temperaturas por tiempo prolongado.
- Los zapatos deben ser cómodos y bien adaptados, de material suave y flexible.
- Los zapatos de cuero permiten que el pie respire, evitando infecciones.
- Las suelas deben ser firmes, con textura que evite deslices y los tacones bajos.
- No utilizar medias o calcetines muy ajustados y evitar ligaduras.

Cuando se indiquen rutinas de ejercicios para el adulto mayor, hay que tener en cuenta los siguientes principios generales:

- Los programas de ejercicios deben concentrarse en grupos funcionales claves, como los músculos de las muletas en las extremidades superiores y el cuadriceps, los extensores de la cadera y los extensores plantares del tobillo.
- Los ejercicios isométricos sostenidos, deben ser indicados y vigilados con sumo cuidado, por la capacidad de aumentar la tensión arterial.
- Los programas de ejercicios aeróbicos deben comenzar aproximadamente al 40% o menos del consumo máximo de oxígeno, y se deben dividir en intervalos de 2 a 5 minutos.
- La velocidad de marcha que se debe seleccionar es la que corresponde al 35 - 40% del consumo máximo de oxígeno.

TRATAMIENTO KINÉSICO

Es el tratamiento postural que permite: prevenir las alteraciones articulares y de partes blandas; obtener un raquis estable para minimizar la pérdida funcional; movilizaciones pasivas, activas o activas asistidas; cambios de posición, levantamiento, sedestación (sentarse) y bipedestación precoz; concientización del movimiento, estimulación del lado indemne; realización de ejercicios respiratorios, ejercicios de coordinación y para la postura, marcha funcional (no estética) y equilibrio; restaurar las alteraciones del esquema corporal y de lateralización marcada; así como el acondicionamiento general para el logro de las fases prefuncional y funcional que permitan la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

AGENTES FÍSICOS A UTILIZAR

La fisioterapia constituye un método valioso en el abordaje de los problemas en Geriatría. Los resultados de cada tratamiento aplicado a agentes físicos reportan muchos beneficios, disminuyendo el uso de fármacos según corresponde a cada patología (Cuadro 8.1).

ADITAMENTOS U ORTESIS

En el paciente geriátrico con discapacidad, resulta importante minimizar la pérdida de funciones con la utilización de aditamentos, tanto ortesis como prótesis *sencillas y de poco peso*, que le proporcionen mayor estabilidad, seguridad e independencia, permitiendo con ello aumentar su funcionalidad.

Las ortesis o aditamentos se pueden utilizar tanto en el ámbito de la columna como en los miembros superiores e inferiores.

OTROS COMPONENTES BÁSICOS DE LA REHABILITACIÓN

La terapia ocupacional en el adulto mayor, está enfocada a proporcionar adaptaciones que faciliten las actividades de la vida diaria (AVD), técnicas que permitan simplificar la ejecución de las mismas, elementos para ejercicios, entrenamientos en AVD, ejercicios para miembros superiores y estimulación cognitiva; mediante un programa doméstico de actividades significativas y el asesoramiento al paciente respecto a las modificaciones de su entorno.

La fonoaudiología permite la evaluación de los niveles de la comunicación oral con el objetivo de rehabilitar las funciones dañadas en lenguaje, habla y voz, así como establecer y equilibrar los trastornos psicológicos presentes en estos pacientes e incorporarlos lo más tempranamente posible a su medio social. Esta terapéutica estará dirigida a mantener y restablecer funciones de órganos y músculos afectados, mediante realización de ejercicios funcionales y estimulación cognitiva (vocabulario), restableciendo los estereotipos fonemáticos del lenguaje y su simbolización, por lo que se resume que debe lograrse un lenguaje básico en el paciente.

La intervención psicológica y social, son elementos importantes en el proceso de rehabilitación, ya que el estado mental y afectivo del paciente incide positiva o negativamente en el tratamiento; de ahí la importancia de la evaluación con participación familiar, incorporación a talleres de trabajo y el fortalecimiento de redes sociales.

CUADRO 8.1. MODALIDADES USADAS EN FISIOTERAPIA*

Agente Físico	Propósito o efecto	Precauciones	Métodos de aplicación
Hidroterapia	Limpieza Reducción del edema y la espasticidad Relajación y sedación	Heridas abiertas Proceso infeccioso	Baños de remolino y Tina de Hubbard
Termoterapia	Analgesia Aumento del metabolismo basal Vasodilatación	Piel sensible Tiempos cortos Vigilancia constante	Ultrasonido Compresas calientes Baños de parafina Lámparas infrarrojas Diatermia
Ejercicios	Acondicionamiento general Contrarrestar atrofia difusa y debilitamiento Mantener y aumentar arcos de movilidad, fuerza muscular, resistencia, coordinación y balance muscular	Frecuencia cardiaca Fractura espontánea Evitar el dolor Evitar la fatiga	Activos Asistidos Pasivos Resistidos Progresivos Resistidos
Electroterapia	Transferencia iónica para sedar o estimular Electrodiagnóstico Estimulación muscular Electromiografía Cronaxia	No usar en caso de osteosíntesis, trastornos cardiacos o marcapasos	Generadores de bajo voltaje
Crioterapia	Analgesia Disminución del metabolismo basal Reducción del edema y la espasticidad Vasoconstricción	Piel sensible Tiempos cortos Vigilancia constante	Baños de remolino frío, compresas frías
Manipulación	Aumento de los arcos de movimiento Evitar o reducir las contracturas, subluxaciones, estiramiento	Fractura espontánea Evitar el dolor Evitar la fatiga	Manual o con pesas
Masaje	Aumentar la circulación Disminuir la producción de tejido cicatrizal Reducir el edema Sedación o estimulación	No aplicar en tejidos abiertos e infectados. Piel sensible	Fricción Palmeo Percusión Golpeteo
Tracción	Reducir la presión	Osteoporosis	Manual o mecánica

*La edad no constituye una contraindicación para el uso de agentes físicos.

3.6.- ALGUNAS RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADOR DE ADULTOS MAYORES

La persona que tenga la responsabilidad de cuidar o asistir al adulto mayor, debe tener información sobre los efectos de los procedimientos a utilizar, la dosis, la frecuencia, la duración y cómo pueden adaptarse a las necesidades y características de cada persona mayor, al igual que conocer los resultados deseados, la fecha de control y en especial, observar una adecuada higiene de columna mientras ejecuta las actividades. Debe usar ropa confortable, uñas cortas, un lenguaje adecuado, mostrar flexibilidad, ser expresivo, cuidadoso, siempre mantener un ritmo de trabajo que evite la fatiga de ambos, por ejemplo no aplicar procedimientos simultáneos; no obstante, si observa que alguna modalidad no produce mejoría, debe ser reportado al fisiatra respectivo.

4.- LA REHABILITACIÓN DE PROBLEMAS ESPECIALES EN EL ADULTO MAYOR

REHABILITACIÓN CARDIORRESPIRATORIA

Entre las patologías que frecuentemente padecen los adultos mayores están los problemas cardiorrespiratorios, que además de ser causa principal de morbilidad y mortalidad, son causantes de grandes limitaciones en la autonomía de la persona mayor. La aplicación de técnicas de rehabilitación física en los pacientes con estos problemas permitirá:

- Incrementar la fuerza de la musculatura respiratoria.
- Mejorar la ventilación pulmonar, la oxigenación y el intercambio de O₂ y CO₂.
- Favorecer la eliminación de secreciones.

MEDIDAS DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA A UTILIZAR:

- La reeducación muscular mediante ejercicios respiratorios donde el paciente tome aire por la nariz con la boca cerrada y lo bote por la boca.
- El drenaje postural mediante palmoteo, uso de vibrador o de agentes físicos.
- Lograr una adecuada postura para la alimentación, porque una mala posición condiciona importantes consecuencias. De ahí que se deba colocar al paciente correctamente en un ángulo entre 60 y 90 grados, hacer que permanezca en esta postura de 10 a 15 minutos antes y después de comer. Antes de empezar la alimentación, se debe comprobar que el paciente se encuentre despierto, tenga reflejos apropiados y pueda tragar su propia saliva.

Entre los aditamentos o artificios que se pueden utilizar para mejorar la capacidad respiratoria, se encuentran: insuflar guantes, apagar una vela a diferentes distancias, la realización de ejercicios de vocalización y otros.

MEDIDAS DE REHABILITACIÓN CARDIOVASCULAR A UTILIZAR:

La rehabilitación cardíaca debe aplicarse individualmente y de manera continua. Además de las medidas higiénico-dietéticas, como mantener una restricción moderada de sal y una dieta hipocalórica y balanceada; un programa de ejercicios es básico para la recuperación del paciente.

¿QUÉ ASPECTOS FUNDAMENTALES DEBEMOS DESTACAR EN TODO PROGRAMA?

- Tipos de ejercicio: El ejercicio físico debe ser individualizado, isotónico y aeróbico (calistenia, caminatas, trotes, bicicleta, natación).
- Frecuencia: Tres veces por semana, no más de dos días entre sesión y sesión.
- Duración: Períodos de 20 a 30 minutos, calentamiento de 5 a 10 minutos, enfriamiento de 5 a 10 minutos.
- Intensidad: Debe alcanzarse del 70 al 85% de la frecuencia cardíaca máxima (FCm) correspondiente, realizándose de la siguiente manera:
220 (valor constante) - la edad del paciente, el resultado es igual al 100%.
Luego, por regla de tres, determinar la frecuencia al 70%.

Ejemplo: paciente de 80 años de edad.

$220 - 80 = 140$, por lo tanto:
140 es a 100%, como X es a 70%.

Cálculo:

$$(140 \times 70) / 100 = 98$$

FCm = 98 latidos por minuto.

CUADRO 8.2. RITMO IDEAL DEL CORAZÓN

Edad	Ritmo ideal del corazón durante los ejercicios de resistencia (pulsaciones por minuto)
40	126 – 153
50	119 – 145
60	112 – 136
70	105 – 128
80	098 – 119
90	091 – 111
100	084 – 102

REHABILITACIÓN DE LAS FRACTURAS DEL TERCIO SUPERIOR DEL FÉMUR

La *fractura de cadera* es uno de los eventos más frecuentes y más temidos de la morbilidad en las personas mayores. La alta frecuencia de mortalidad asociada a sus complicaciones y el alto porcentaje de secuelas que produce en la autonomía funcional del que la sufre, lo justifica. (Cuadro 8.3.)

CUADRO 8.3. COMPLICACIONES DE LA FRACTURA DE CADERA

Generales	Locales
Inmovilidad	Fractura intracapsular (Necrosis avascular de la cabeza del fémur)
Úlceras por presión	Fractura extracapsular (Pérdida de sangre hasta 1,5 litros)
Osteoporosis	Retardo en la consolidación
Sepsis	
Trombosis venosa profunda	
Depresión	
Miedo	
Aislamiento social	

La rehabilitación debe comenzar desde el momento de la fractura con un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado donde se valore la correcta postura del miembro afectado, así como el estado general del paciente que condicione un tratamiento quirúrgico, en dependencia del tipo de fractura, para llevar a cabo la mejor técnica de aplicación según corresponda y evitar las complicaciones inmediatas que pudieran suscitarse.

REHABILITACIÓN PREQUIRÚRGICA:

Se lleva a cabo con el objetivo de evitar complicaciones y preparar al paciente para la etapa posterior. Incluye el tratamiento postural del miembro inferior afectado, fortalecimiento del miembro superior y el miembro indemne, unido a ejercicios para aumentar la capacidad respiratoria y evitar complicaciones de este tipo en el acto quirúrgico.

En el paciente mayor con factores de riesgo predisponentes determinados, se hace necesario una evaluación exhaustiva por parte del geriatra, creando una condición favorable para el acto quirúrgico.

REHABILITACIÓN POSTQUIRÚRGICA:

Debe comenzar con una valoración al paciente desde el punto de vista fisiátrico, teniendo presente el antecedente del tipo de fractura, el estado muscular, articular, y el tratamiento impuesto por el ortopedista.

La base de nuestra actitud terapéutica está dada en el levantamiento y deambulación precoz, manteniendo al enfermo en las mejores condiciones posibles, tanto físicas como psíquicas.

EN LA PRIMERA FASE:

A las *24 horas* se inician *ejercicios activos* de la extremidad superior y la inferior indemne, para mejorar el tono y la potencia muscular, tratando de evitar complicaciones tromboembólicas.

En el miembro afectado se iniciarán ejercicios isotónicos (o isométricos si el paciente no padece de hipertensión arterial), para evitar atrofas por desuso. Son importantes en esta etapa: la higiene corporal del enfermo para evitar así lesiones en la piel y el adecuado tratamiento postural que mantenga alineado el miembro con el resto del cuerpo. Se realizarán ejercicios respiratorios para prevenir las neumonías hipostáticas tan frecuentes en este tipo de pacientes. En ningún caso se colocará una almohada debajo de la rodilla, pues ello podría ocasionar una contractura por flexión de la cadera y de la rodilla misma. Debe evitarse la rotación externa de cadera y pie.

Durante la primera semana, generalmente entre el 2do. y 4to. día y dependiendo del tratamiento quirúrgico, sentamos al enfermo, primero en el borde de la cama y posteriormente en una silla, manteniendo una actitud postural correcta de la cadera, con cuñas o almohadas y realizamos ejercicios activos en rodilla y tobillo.

En las fracturas intracapsulares, generalmente se utilizan prótesis parciales o totales, con la ventaja de que se alcanza una temprana deambulación, mientras que cuando se producen fracturas extracapsulares se realiza un tratamiento quirúrgico de reducción, con la utilización de material de osteosíntesis, por lo que el período de rehabilitación es más prolongado.

EN LA SEGUNDA FASE:

A partir de la segunda semana iniciaremos la bipedestación y deambulación sin carga, salvo en los casos que el método de tratamiento quirúrgico nos permita una carga prematura (siempre según el criterio del ortopedista) con el paciente ayudado mediante andador o muletas y el adiestramiento de la deambulación. Se seguirá la potenciación muscular por áreas y los ejercicios respiratorios.

Es importante que cuando el paciente esté sentado y se levante, se impulse con el brazo apoyándose sobre una silla o sobre la mesa, ya que durante este movimiento ejerce gran fuerza sobre la cabeza del fémur.

EN LA TERCERA FASE:

Se comienza en el momento en que el paciente inicia ejercicios con carga, aunque sea parcialmente. El objetivo del tratamiento es la recuperación total de la potencia muscular y la reeducación de la marcha en barras paralelas y posteriormente con bastones. Hay autores que recomiendan, según la edad, mantener un bastón en el lado **contralateral**.

Para alivio del dolor, reabsorción del edema y cicatrización, es importante el uso de los agentes físicos señalados.

La terapia ocupacional se realizará según las necesidades del paciente en su hogar, ofreciéndole adiestramiento para enfrentarse a las actividades especiales de su medio, para trasladarse en el hogar con el apoyo adecuado y para realizar las AVD.

Existen aspectos que pueden resultar perjudiciales o que se contraíndican en el paciente como ser levantar o empujar por mucho tiempo objetos pesados, agacharse o realizar cuclillas, saltar, sentarse en sillas bajas, y cruzar las piernas.

Después de la operación, la mayoría de los pacientes pueden utilizar pronto un andador y llevar peso, aunque casi siempre han de transcurrir unas seis a doce semanas antes de que consigan caminar con bastón.

REHABILITACIÓN EN LOS CASOS QUE SE CONTRAINDIQUE LA CIRUGÍA.

Estos casos se asocian a mal pronóstico funcional. La inmovilización suele durar de seis a ocho semanas, y es importante prevenir discapacidades secundarias tales como úlceras por decúbito, atrofas por desuso, contracturas y descondicionamiento general.

En todos estos pacientes es importante el uso de calzado apropiado para la correcta deambulaci3n, y si existe acortamiento de miembros, el uso de calzado con realce según la diferencia. Se aconseja por los especialistas el uso de andador al inicio de la marcha, ya sea el convencional o con andaderas hechas con medios propios.

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR

Entre las secuelas fundamentales de los accidentes cerebro vasculares (ACV) est3n las hemiparesias y las hemiplejías. Los sntomas discapacitantes de estos sntromes pueden ser parálisis, trastorno de la sensibilidad, desfaseamiento sensitivo-motor, alteraci3n del esquema corporal, trastornos posturales, trastornos del lenguaje y/o trastorno de las funciones mentales.

Para realizar un adecuado pron3stico del paciente hemipl3jico, se deben tener en cuenta, entre otros elementos: el tamao de la lesi3n, la antigüedad del sntrome

hemipléjico, el estado mental del paciente, la colaboración del enfermo, las complicaciones, trastornos sobreañadidos, alteración de la sensibilidad, lado corporal afectado, peso corporal y edad del paciente.

LOS OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO REHABILITADOR EN ESTOS PACIENTES SON:

- Evitar la inmovilidad
- Conseguir la máxima estimulación y activación psicológica
- Alcanzar la mayor independencia posible en las AVD
- Lograr la marcha funcional
- Adquirir el desarrollo de un lenguaje básico (si existiera trastorno de la comunicación)

Los ACV pueden presentar 2 fases: aguda y crónica.

En la FASE AGUDA el tratamiento debe ser:

- Postural, colocando al paciente en una posición fisiológica normal.
- Movilizar el lado afectado del paciente en forma pasiva (sin la colaboración del enfermo).
- Sentar al paciente lo antes posible (sedestación precoz).
- Trabajar sobre la conciencia del movimiento, mediante la indicación de ejercicios con el lado sano y su reproducción en el lado afectado.
- Estimular el lado indemne mediante ejercicios físicos y finalmente mediante el desplazamiento, comenzando con una bipedestación estática (que el paciente se ponga de pie) y luego dinámica (marcha).
- Enseñarlo a realizar técnicas de transferencia, esto es, a trasladarse de la cama al sillón y viceversa.

En la FASE CRÓNICA. Los puntos principales del tratamiento rehabilitador en el paciente hemipléjico fuera de la fase aguda podemos resumirlos en:

- Contrarrestar la espasticidad para reducirla.
- Aumento del tono muscular con la activación mediante estimulación sensorial propioceptiva y táctil, cuando existe flacidez.
- Disociación de los patrones masivos para obtener patrones motores más selectivos y funcionales; no permitir el esfuerzo en los estados espásticos.
- Facilitación y estimulación para obtener reacciones de enderezamiento, equilibrio, extensión defensiva y sostén del brazo y la mano.

- El paciente tiene que tener conciencia de lo que hace durante el tratamiento, sea bueno o malo.
- En los estados espásticos, la inhibición y la facilitación deben hacerse al mismo tiempo o alternadas. Sólo debe procurarse la actividad voluntaria una vez controlada la espasticidad. La espasticidad del cuello y del tronco influyen sobre la espasticidad de las extremidades.
- En los estados flácidos, se hace estimulación y facilitación para aumentar el tono.
- En todos los pacientes es importante la reeducación sensorio-motora, el paciente debe tener conciencia de las nuevas experiencias sensoriales normales, para que aprenda a controlar activamente sus movimientos.
- La mejor rehabilitación para un paciente hemipléjico se consigue realizando las actividades rutinarias de la vida diaria, combinada con algunos ejercicios, por ejemplo: la mano no afectada toma a la afectada, se entrelazan cuidadosamente los dedos teniendo en cuenta que el pulgar de la mano afectada debe quedar siempre por encima del otro, de forma que al realizar cualquier ejercicio no quede aprisionado bajo la presión del otro pulgar.
- No obstante lo anterior, cuando se requiera, se deben utilizar agentes físicos y aditamentos para coadyuvar a la disminución del dolor, facilitar las AVD y simplificar su ejecución. Ejemplos de los agentes físicos son: la aplicación de calores superficiales (infrarrojo, parafina, hidromasaje), láser infrarrojo y el uso de corrientes de baja y media frecuencia.
- En cuanto a los aditamentos, los más comunes son: el cabestrillo, utilizado para mantener el miembro superior en posición que evite la subluxación del hombro y disminuir el dolor; rodillera estabilizadora con reforzamiento posterior para evitar la hiperextensión de la rodilla; bota ortopédica en posición que permita evitar el pie equino; almohadilla que se coloca en la parte posterior del hombro cuando el paciente se encuentra de decúbito supino para evitar su retropulsión y bastón o trípode.
- Los pacientes afectados de hemiplejía, deben comenzar a subir escaleras con la pierna indemne y al bajar debe comenzar con la pierna afectada.
- Si se presentaran afasias, el tratamiento debe incluir ejercicios de fonoaudiología que contribuyan a establecer los estereotipos fonemáticos del lenguaje y su simbolización (mímica facial, ejercicios respiratorios, masajes faciales).
- El tratamiento se hace en conjunto con la familia, que desde el inicio debe comprender la complejidad de la enfermedad y aprender a colaborar con el tratamiento y participar en él (tanto en régimen del internamiento como en el del domicilio), si fuera necesario para contribuir a la inserción positiva del paciente en su comunidad.

5.- BIBLIOGRAFÍA

Greshem GE, Duncan PW, Stason WB, et al. Post-Stroke Rehabilitation: Assessment, Referral and Patient Management. Clinical Practice Guideline. Quick Reference Guide for Clinicians, No. 16. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. May 1995. AHCPR Pub. No. 95-0663. También disponible por internet: www.ahcpr.gov/clinic/cpgonline.htm.

González Mas, Rafael. Parkinsonismo. Capítulo 10 en Rehabilitación Médica de Ancianos, Masson, S.A. 1995 pp. 195-212.

Kane, RL, Ouslander JG, Abrass, IB. Geriátría Clínica. 3a Edición. McGraw-Hill Interamericana publicación para el Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud. 1997.

Krusen, Medicina Física y Rehabilitación. 39 Edición. Buenos Aires. Ed. Medicina Panamericana. 1998.

Rehabilitación. Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. Volumen 28. Fascículo 3. 1994. pp. 170-173 y 179.

Rehabilitación. Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación. Vol. 27. Fascículo 2. 1993. pp. 156-159.

Rehabilitación. Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación. Vol. 28. Fascículo 4. 1994. pp. 269-272.

MÓDULOS DE VALORACIÓN CLÍNICA

Módulo 9

ASUNTOS ÉTICOS EN LA ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

MÓDULO 9

1.- INTRODUCCIÓN

2.- LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE EN LA TOMA DE DECISIONES

EL PRINCIPIO ÉTICO DE LA AUTONOMÍA

LA INFORMACIÓN QUE NECESITA EL PACIENTE PARA TOMAR UNA DECISIÓN

LA VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD DEL PACIENTE PARA LA TOMA DE DECISIÓN

CONFLICTOS ÉTICOS RELACIONADOS CON LA TOMA DE DECISIÓN

3.- ASUNTOS ÉTICOS EN EL CUIDADO DE UN PACIENTE TERMINAL

MITOS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO Y LA MUERTE

TRATAMIENTO PALIATIVO

LA VALORACIÓN DE UN TRATAMIENTO FÚTIL O INÚTIL

4.- EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO

DISTINCIÓN ENTRE NO TRATAR, TRATAMIENTOS FÚTILES Y EUTANASIA

DISTINCIÓN ENTRE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO

5.- LA PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

6.- LA VERACIDAD:

PRINCIPIO FUNDAMENTAL EN LA RELACION MÉDICO/PACIENTE

7.- BIBLIOGRAFÍA

OBJETIVOS

GENERAL: El propósito de este módulo es brindar los elementos conceptuales y metodológicos para un manejo ético de los problemas y dilemas que se presentan en la atención del adulto mayor.

ESPECÍFICOS:

Al finalizar el trabajo con el presente módulo docente, los participantes serán capaces de:

1. Reconocer la importancia de respetar el derecho de los adultos mayores a participar en la toma de decisiones.
2. Evaluar la capacidad del adulto mayor para participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento y cuidado.
3. Establecer una adecuada comunicación con el paciente adulto mayor.
4. Analizar los dilemas éticos que se presentan en la atención de los pacientes adultos mayores terminales.
5. Respetar el derecho de los adultos mayores a la verdad, la privacidad y la confidencialidad.

1.- INTRODUCCIÓN

En la atención médica del adulto mayor se presenta una variedad de problemas y dilemas éticos que raramente fueron presentados en el curriculum de la escuela de medicina. Desde el principio de la medicina occidental, *Primum non nocere* o “primero no hacer daño”, ha guiado la práctica médica.

Sin embargo, en un mundo moderno cuando las opciones del proceso de diagnóstico y de tratamiento se multiplican o se limitan de acuerdo a factores económicos y a otros no siempre relacionados con la medicina, es imperativo tener claros valores éticos esenciales para la relación profesional médico-paciente. Adicionalmente, hay estereotipos y mitos sobre el envejecimiento que en ciertas ocasiones pueden influir sobre el tratamiento y esta relación, por lo que es necesario hacer reflexión sobre la forma apropiada de manejar la relación profesional con el paciente adulto mayor.

En este módulo presentamos los retos y dilemas del personal de salud en la atención al adulto mayor y sus soluciones apropiadas.

2.- LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE EN LA TOMA DE DECISIONES

EL PRINCIPIO ÉTICO DE LA AUTONOMÍA

La autonomía significa autodeterminación y autodirección sin coerción o control externo. En los adultos mayores, la autonomía puede disminuir enormemente en la medida en que avanza la edad y/o la fragilidad. Sin embargo, toda persona adulta tiene derecho a la toma de decisiones sin coerción o control externo y este derecho no tiene fecha de vencimiento. La edad, por lo tanto, no es criterio para restringir la autodeterminación o la toma de decisiones en asuntos de salud.

Para poder considerar válida la decisión de un adulto mayor, desde una perspectiva de ética y de derechos, se requieren analizar los tres elementos siguientes:

La capacidad de la persona adulta mayor para:

- recibir la información que necesita para tomar una decisión
- hacer un juicio, o sea sopesar una decisión
- tomar su decisión sin coerción o control externo

LA INFORMACIÓN QUE NECESITA EL PACIENTE PARA TOMAR UNA DECISIÓN

Es importante que el equipo de salud tenga entrenamiento y práctica en técnicas para la evaluación de los déficit sensoriales y cognitivos del adulto mayor y adapte la forma de comunicación a las necesidades del paciente. (ver Módulos 2 y 4).

Si el paciente tiene la capacidad de recibir información, el médico tiene el deber de comunicar al paciente, ya sea directamente o por medio de otro miembro del equipo de salud, la siguiente información:

1. El diagnóstico en términos simples que el paciente pueda entender.
2. El tratamiento o plan de atención, enfatizando el propósito del mismo.
3. Riesgos y beneficios del tratamiento propuesto y riesgos y beneficios de otras opciones.
4. Probables resultados con y sin tratamiento.
5. Recomendación para el tratamiento y/o auto cuidado en términos simples y comprensibles para una persona con el nivel de educación del paciente.

LA VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD DEL PACIENTE PARA LA TOMA DE DECISIÓN

Cuando la capacidad cognitiva del adulto mayor está impedida, los familiares o cuidadores pueden, de manera justificable, intervenir para proteger al adulto mayor de situaciones o comportamientos que puedan hacerle daño. La prevalencia de deterioro o daño cognoscitivo entre los adultos muy mayores puede nutrir la noción de que el ejercicio de la autonomía ya no es posible a partir de cierta edad.

El emitir un juicio de que la persona mayor está incapacitada para tomar decisiones relacionadas con su salud tiene muchas ramificaciones éticas. Primero, tal juicio se utiliza frecuentemente para permitir que las decisiones básicas acerca de la vida del adulto mayor pasen a ser responsabilidad de otro, sin el consentimiento o la consulta con el paciente. Es decir, al adulto mayor se le quitan los derechos de adulto y pasa a tener una posición de dependencia infantil. Segundo, es posible que un adulto mayor que requiera múltiples tratamientos, con salud deteriorada y con déficit de memoria leves, mantenga capacidad para tomar algunas decisiones, pero no todos los tipos de decisiones. Por lo tanto, es necesario definir qué significa tener capacidad para tomar decisiones y evaluar tal capacidad en el contexto de una situación específica.

Vale notar que la incapacidad para tomar decisiones no es una categoría diagnóstica de tipo médico o psiquiátrico. La evaluación de “capacidad” tiene que ver con juicios esenciales de tipo moral, lo cual la hace compleja y de gran consecuencia. La valoración de “capacidad” o “no capacidad” se debe hacer en base a las siguientes preguntas:

- ¿Puede la persona hacer y expresar su preferencia personal, o sea, su propia decisión?
- ¿Puede la persona poner en sus propias palabras las consecuencias y los beneficios de la acción/intervención, y las alternativas que conlleva rehusar al tratamiento/acción?

- ¿Puede la persona explicar los pensamientos y las razones que respaldan su decisión?
- ¿Se mantiene constante la decisión después de un tiempo y se puede demostrar que la decisión no es resultado de un estado de depresión?

La capacidad se mide en función de la decisión que se toma. La evaluación puede estar comprometida por los medicamentos que está tomando o por factores ambientales como la hora del día, la presencia de otras personas, etc. En algunos momentos, el médico puede manipular estos factores externos para asegurarse de que la persona está en condiciones óptimas para tomar decisiones.

También es importante entender que algunas personas mayores quieren y necesitan compartir el proceso de tomar decisiones con cónyuge y/o hijos. En estos casos, si el adulto mayor elige compartir o delegar la toma de decisión a otros, se le debe respetar. En el caso de personas con secuelas de accidentes cerebrovasculares, con problemas del habla, la audición o la visión, pueden necesitar más tiempo y ayuda para entender y poder comunicar una decisión. Es importante que no confundamos la incapacidad física con la incapacidad para tomar decisiones. Una persona puede tener varias discapacidades físicas sin perder por esto la capacidad de razonamiento o de juicio. En caso de que la persona esté verdaderamente incapacitada para tomar decisiones, se debe identificar al familiar más cercano o al cuidador para que lo haga en lugar del paciente.

CONFLICTOS ÉTICOS RELACIONADOS A LA TOMA DE DECISIÓN

En situaciones de conflicto, cuando existe un dilema ético y sentimos que estamos en una situación que no está bien definida, se recomienda que el profesional de salud siga una conducta basada en tres principios:

- LA COMUNICACIÓN PARA UNA MEJOR IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:

Se deben abrir los canales de comunicación para que cada una de las personas involucradas pueda analizar la situación dentro de una jerarquía de valores. Frecuentemente, el conflicto ético se presenta cuando se quieren cumplir los deseos del paciente, pero no se quiere ir en contra de las normas profesionales y de la sociedad. Sin embargo, en muchas ocasiones la dificultad es poder identificar claramente los elementos comunes de valor para el paciente, la familia y el profesional de salud y poder definir el problema de la forma más adecuada posible.

- LA CLARIFICACIÓN Y EL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN CON Y DESDE LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE:

No siempre la solución más obvia es la mejor. Al sopesar las alternativas presentadas, busque un consenso que refleje los intereses y los valores éticos del paciente, su

familia y el médico o centro de salud. Asegure que la decisión esté basada en la discusión y la negociación con el paciente.

- LA IDENTIFICACIÓN DE DIVERSAS SOLUCIONES Y EL CONSENSO CON TODOS LOS AFECTADOS POR LA DECISIÓN, TRATANDO SIEMPRE DE CONSIDERAR LOS VALORES DEL PACIENTE:

No siempre tenemos toda la información y todo el tiempo que se necesita para buscar una solución perfecta a problemas que son complejos y difíciles de resolver. Lo que siempre podemos hacer es asegurarnos que el paciente es considerado como adulto responsable y que en la decisión que se tome se reconozcan sus valores y se les respete.

3.- ASUNTOS ÉTICOS EN EL CUIDADO DE UN PACIENTE TERMINAL

MITOS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO Y LA MUERTE

- **MITO 1: LOS ADULTOS MAYORES NO NECESITAN ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA PORQUE YA TODA ATENCIÓN MÉDICA ES FÚTIL.**

La persona vive hasta el momento que muere. Por lo tanto, lo importante es apoyar al adulto mayor en el proceso de vivir con una enfermedad terminal.

¿QUÉ REQUIERE LA ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR AL FINAL DE LA VIDA?

La atención a las personas adultas mayores al final de la vida, requiere un abordaje activo y compasivo que provea confortación y apoyo al individuo que vive con una enfermedad crónica progresiva que es terminal. Esta atención puede incluir apoyo nutricional y de control del dolor, además de apoyo con su cuidado personal y educación para los cuidadores familiares.

El adulto mayor requiere de un cuidador sensible a sus necesidades, que respete sus valores espirituales y que ofrezca apoyo a su familia durante la enfermedad y durante el período de duelo.

- **MITO 2: LOS ADULTOS MAYORES ESTÁN BIEN PREPARADOS PARA LA MUERTE.**

Cada persona enfrenta el final de la vida con experiencias, predisposiciones y emociones distintas. Pocas personas mayores tienen la oportunidad de hablar sobre el proceso de morir y de expresar qué tipo de apoyo les gustaría tener cuando estén cerca de la muerte, dónde y cómo les gustaría morir, etc. Es importante proponer que los adultos mayores y sus hijos adultos conversen sobre la calidad de vida que se quiere tener hasta el final y el tipo de atención que les gustaría recibir para un buen morir.

- **MITO 3: LOS ADULTOS MAYORES SE MUEREN DE VEJEZ.**

La edad no es una enfermedad terminal. Las personas mayores mueren de alguna enfermedad. La enfermedad terminal por definición es un proceso irreversible que lleva a la persona a la muerte; sin embargo, el objetivo de la medicina no es solamente curar. El buen médico ante todo, cuida de la salud y el bienestar del paciente. El médico como cuidador, procura el bienestar del paciente mayor antes de su morir, proporcionándole cuidados paliativos y abordando la enfermedad de forma que tenga el número menor de complicaciones adversas.

TRATAMIENTO PALIATIVO

¿QUÉ ES EL TRATAMIENTO PALIATIVO?

El tratamiento paliativo consiste en procedimientos, tratamientos y fármacos proporcionados a un paciente terminal para mantenerlo sin dolor ni molestias. Se trata de medidas que no pretenden curar o alterar el proceso de la enfermedad o prolongar la vida. Las medidas paliativas no tienen como objetivo el prolongar o acortar el proceso de la muerte, sino el proveer alivio del dolor e integra un abordaje psicosocial y espiritual en la atención al paciente moribundo.

¿QUÉ ES CALIDAD DE ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA?

La calidad de atención al final de la vida significa que la persona recibe el cuidado apropiado para satisfacer sus necesidades. Por ejemplo, que no se le hagan hospitalizaciones innecesarias o intervenciones fútiles o que al contrario se le abandone o se le nieguen las medidas apropiadas de alivio. La calidad de atención al final de la vida también está definida por la calidad de la interacción entre el paciente y el personal de salud y los cuidadores que lo rodean.

Para mantener la calidad de atención al final de la vida, es necesario:

- Controlar y manejar apropiadamente síntomas tales como:
 - dolor
 - disnea o problemas respiratorios
 - confusión y delirio
 - anorexia
 - depresión
 - estreñimiento o constipación
 - náusea/vómitos
 - ansiedad
 - úlceras por presión

El objetivo es no permitir que ningún adulto mayor asociado con el centro de salud, clínica o consultorio de atención primaria muera con dolor, atención no apropiada o en abandono.

- Incluir al paciente activamente en la toma de decisiones y respetar sus valores de privacidad y autonomía. Facilitar la integración de un equipo multidisciplinario para la atención y el manejo de los problemas sociales y psicológicos del adulto mayor y su familia. En particular buscar apoyo comunitario para los adultos mayores que no tengan familia o amistades en su entorno o que tengan un cónyuge o cuidador muy mayor con limitaciones funcionales y con necesidad de atención.
- Controlar y manejar apropiadamente problemas como:
 - el aislamiento
 - la marginación al interior de la familia
 - el miedo a perder su independencia
 - el miedo a ser una carga para la familia
 - el miedo a la muerte
- Utilizar redes de apoyo comunitarias, iglesias, y clubes de adultos mayores que ofrezcan apoyo a los enfermos terminales.
- Educar a la familia y vincularla a servicios sociales y a grupos comunitarios.
- Vigilar por signos de abuso, maltrato o explotación financiera.

Para prevenir el abuso, maltrato o abandono de una persona mayor al final de la vida, es necesario que el personal de salud conozca los signos y síntomas de abuso y maltrato. (ver Guías de Diagnóstico y Manejo).

LA VALORACIÓN DE UN TRATAMIENTO FÚTIL O INÚTIL

Los profesionales de la salud no deben ofrecer o sugerir tratamientos inútiles como opciones médicas. Los tratamientos que después de empezados demuestran ser ineficaces e inútiles deben interrumpirse.

Un tratamiento inútil es incapaz de producir los resultados por los que se planeó la intervención; es decir, no beneficia al paciente, aunque puede producir un efecto psicológico temporal. Una vez que ha comenzado el proceso final de agonía, muchas intervenciones terapéuticas corrientes se tornan inútiles. Por ejemplo:

- NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN TECNOLÓGICAS

Existe una suposición a favor de proporcionar a los pacientes la comida y la bebida que prefieran, pero los pacientes terminales no deberían ser forzados a comer o beber. Se les debe ofrecer todo lo que quieran y sean capaces de ingerir. Si se cree que las deficiencias en la ingesta normal de comida y bebida son la causa del dolor o

incomodidad, se recomienda consultar a un nutricionista antes de implantar tecnologías de hidratación y nutrición.

Los procedimientos de nutrición y de hidratación artificial se consideran equivalentes a otras tecnologías médicas. Su uso requiere el consentimiento del paciente o de su sustituto y se puede omitir o interrumpir bajo condiciones similares a las de otras intervenciones médicas.

- RESUCITACIÓN CARDIOPULMONAR Y ÓRDENES DE NO RESUCITACIÓN

La resucitación cardiopulmonar es inútil si las ventajas médicas para el paciente son inexistentes. La resucitación se vuelve dañina cuando el sufrimiento no se ve compensado por ventajas médicas reales. Los pacientes mayores tienen derecho a renunciar a la resucitación cardiopulmonar porque es una intervención invasiva y es probable que conlleve daños o discapacidad.

La resucitación cardiopulmonar es inútil cuando un paro cardíaco es parte de una progresión natural del proceso de morir ocasionado por una enfermedad incurable.

Es importante hacer notar que el beneficio médico de cualquier intervención debe ser considerado en relación con un paciente en particular, con su historia clínica y situación actual.

4.- EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO

DISTINCIÓN ENTRE NO TRATAR, TRATAMIENTOS FÚTILES Y EUTANASIA

Existe una diferencia real entre la omisión o la terminación de tratamientos que no tienen ningún valor terapéutico y el actuar deliberadamente para acelerar o producir la muerte de un paciente terminal.

En el caso de un paciente Terminal, se permite omitir cualquier intervención, por ejemplo: resucitación cardiopulmonar, cirugía, técnicas artificiales de alimentación y otros. Si el paciente es competente, el factor clave es que el paciente se mantenga informado y que sus valores y deseos se consideren pertinentes. Si el paciente es incompetente, la calidad de vida de éste pasa a ser considerada relevante. En resumen, cuando el paciente se está muriendo, cualquier tratamiento se puede omitir siempre y cuando se mantengan todos los cuidados paliativos, incluyendo manejo del dolor, para mantener el confort del paciente.

La eutanasia se considera una acción deliberada y precisa, cuyo objetivo es causar la muerte del individuo o apresurar la muerte.

DISTINCIÓN ENTRE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO

La eutanasia es una acción del médico o enfermera que tienen como objetivo terminar con la vida del paciente terminal. El suicidio asistido tiene una participación o asistencia del personal de salud, pero el individuo toma la responsabilidad de administrarse el tratamiento que ha sido proporcionado por un personal de salud. Por ejemplo, el médico, conociendo las intenciones del paciente, le suministra el número necesario de pastillas o la inyección para que el paciente termine su vida.

El médico no debe confundir el derecho del paciente a que le suministren los medicamentos necesarios para el control del dolor, aunque en algunos casos estos pueden también administrarse para acabar la vida. Lo importante en estos casos es tener claro el objetivo principal de la acción y no confundir los efectos secundarios de una intervención que tenía como objetivo el aliviar el poco confort y dolor del paciente, con acciones que tengan como objetivo principal el acelerar o causar la muerte.

Cuando un paciente terminal está recibiendo cuidados paliativos apropiados con el apoyo y cariño de una red familiar y comunitaria, la incidencia y prevalencia de la eutanasia y el suicidio asistido son mucho menores que cuando el individuo se encuentra al final de la vida sin opciones de manejo del dolor, sin acompañamiento frente a la fragilidad y sin satisfacción de las necesidades básicas de confort físico, mental y espiritual en el proceso de muerte.

5.- LA PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

A lo largo de la historia de la medicina siempre ha existido la firme suposición ética de que el profesional de la salud está obligado a mantener en secreto la información obtenida en la relación médico-paciente. Esta obligación se mantiene como parte del código de ética de los médicos y las enfermeras, y es necesario entender que la violación de la confidencialidad daña la relación médico-paciente y puede traer daños importantes al paciente.

Sin embargo, existen notables excepciones a esta regla:

- El paciente puede renunciar libremente al derecho de confidencialidad y permitir que su diagnóstico o información clínica se discuta y comparta con otros.
- Cuando es necesario compartir la información clínica de una persona adulta mayor con otros con el fin de proteger la vida de una tercera persona inocente; por ejemplo, cuando una persona que tiene un déficit visual grande insiste en continuar conduciendo su automóvil.
- Cuando lo requieren las leyes de salud pública concebidas para la protección de la comunidad, como es el caso con enfermedades transmisibles o para la protección del mismo adulto mayor en el caso de abuso y maltrato.

En relación con la atención al adulto mayor con una enfermedad crónica, es frecuente que exista el conflicto entre la obligación de mantener la confidencialidad de la información recibida del paciente y la necesidad e interés de los cuidadores de estar informados sobre el diagnóstico y pronóstico del paciente. En estos casos es indispensable que el adulto mayor autorice la comunicación con familiares y cuidadores y que a éstos se les dé solo la información que es necesaria para la atención y el cuidado del paciente en el hogar.

Los médicos y las enfermeras deben cuidar mucho no revelar información obtenida en el marco de la relación médico-paciente y, vigilar que las comunicaciones necesarias entre los miembros del equipo de salud se hagan en un ambiente de confidencialidad y eviten hacer comentarios sobre los pacientes que puedan ser oídos por otros.

6.- LA VERACIDAD: PRINCIPIO FUNDAMENTAL EN LA RELACION MÉDICO/PACIENTE

La veracidad es el hábito moral de decir la verdad y no engañar a los otros, con o sin intención. La veracidad es un valor central en la relación médico-paciente. Sin embargo, dentro de un marco paternalista, a veces se ha tendido a no decir la verdad y a engañar al paciente con el propósito de protegerlo de alguna información que pensamos le pueda causar dolor o angustia. Por lo tanto, dentro de un marco ético que valoriza la autonomía del paciente como un valor central de la relación médico-paciente, nos preguntamos si es justificable no decir la verdad o engañar al paciente por su propio bien.

Se recomienda en todo momento que el médico tenga una relación de veracidad con el paciente adulto mayor, por requerirlo el derecho y la dignidad del individuo. Además la mayoría de los geriatras reconocen que las personas adultas mayores y sus familias pueden recibir información sobre su diagnóstico y pronóstico, aunque ésta traiga malas noticias. El conocer la verdad de una enfermedad terminal le permite al paciente y a su familia prepararse para lo inevitable. Sin embargo, es importante tomar en cuenta los siguientes consejos:

- Conozca a su paciente, algunas personas mayores simplemente prefieren no saber toda la información sobre su pronóstico. En este caso, es importante que no se engañe al paciente, aunque es permisible y recomendable que el médico respete los deseos del adulto mayor. Si no está seguro de los deseos del individuo, simplemente pregúntele.
- El deber de decir la verdad no requiere que la verdad se diga de cualquier forma. Es frecuente que el diagnóstico de una condición compleja no tenga una confirmación absoluta o presente un pronóstico claro. En estos casos podría ser justificable el ocultar un diagnóstico inseguro hasta tener mejor confirmación o proponer una serie de escenarios que empiecen a preparar al paciente para una situación que le podría ser difícil.

- El deber de decir la verdad no requiere que el médico le dé información al paciente que le podría ocasionar daño. Por ejemplo, a un paciente con síntomas depresivos no se le da información que pudiera agravar estos síntomas hasta que la persona no esté en condiciones de recibir dicha información.

7.- BIBLIOGRAFÍA

Drane, James F. (1999). El cuidado del enfermo terminal. Publicación científica No. 573, WDC: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.

Fisher, Rory (2000). Canadian End of Life Care Manual. www.rgp.toronto.on.ca/iddg/.

Lynn, Jo Ann (2000). Handbook for Mortals. A Guide for Living with Serious Illness. New York: Oxford University Press.

Peláez, Martha (1993). Enhancing Autonomy in Long Term Care. Miami: Publicación de la Universidad Internacional de la Florida.

PARTE II:

Abuso (Maltrato) y Negligencia (Abandono)

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

1



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

- 1.** Analizar el problema de abuso y maltrato teniendo en cuenta una perspectiva epidemiológica, para tomar alternativas de acción.
- 2.** Reconocer los distintos tipos de abuso y maltrato.
- 3.** Describir los factores de riesgo asociados.
- 4.** Describir el abordaje clínico de la víctima y del perpetrador.
- 5.** Describir la estrategia para el abordaje inicial.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El abuso a las personas adultas mayores se define como cualquier acción, serie de acciones, o la falta de acción apropiada, que produce daño físico o psicológico y que ocurre dentro de una relación de confianza o dependencia. El abuso a las personas adultas mayores puede ser parte del ciclo de violencia familiar; puede venir de cuidadores domiciliarios o puede ser el resultado de la falta de preparación de los sistemas de prestaciones sociales y sanitarias para atender sus necesidades.

Las manifestaciones de abuso y maltrato de las personas adultas mayores pueden tomar distintas dimensiones.

ABUSO FÍSICO: causar daño físico o lesión, coerción física, como el impedir el movimiento libre de una persona sin justificación apropiada. También se incluye dentro de esta categoría el abuso sexual a una persona.

ABUSO PSICOLÓGICO: causar daño psicológico, como el causar estrés y ansiedad o agredir la dignidad de una persona con insultos.

ABUSO ECONÓMICO: la explotación de los bienes de la persona, el fraude o estafa a una persona adulta mayor, el robo de su dinero o propiedades.

NEGLIGENCIA O ABANDONO: implica descuido u omisión en la realización de determinadas atenciones o desamparo de una persona que depende de uno o por la cual uno tiene alguna obligación legal o moral. La negligencia o abandono puede ser intencionada o no intencionada.

Negligencia intencionada es, cuando el cuidador por prejuicio o irresponsabilidad deja de proveer a la persona adulta los cuidados apropiados para su situación. Sin embargo cuando el cuidador no provee los cuidados necesarios, por ignorancia o porque es incapaz de realizarlos, se considera que es negligencia o abandono no intencionado.

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

El Abuso del adulto mayor puede presentarse en las cuatro grandes esferas ya mencionadas y puede manifestarse de diferente formas. (Cuadro 1.1.)

CUADRO 1.1. FORMAS DE PRESENTACIÓN DEL ABUSO

Formas de Abuso físico	
<ul style="list-style-type: none">• Empujones• Golpes• Forzar al paciente a comer o tomar algo• Colocar al paciente en una posición incorrecta• Amarrar o sujetar al paciente• Pellizcos	<ul style="list-style-type: none">• Quemaduras (cigarros, líquidos etc.)• Heridas• Fracturas• Jalar el pelo• Sacudidas• Tirarle o derramarle agua o comida encima• Abuso sexual
Formas de Abuso psicológico o emocional	
<ul style="list-style-type: none">• Amenazas de abandono• Amenazas de acusaciones• Acoso• Intimidación con gestos o palabras• Infantilización	<ul style="list-style-type: none">• Limitación al derecho:<ul style="list-style-type: none">- de privacidad- de decisión- de información médica- de voto- de recibir correo- de comunicación
Formas de Abuso financiero	
<ul style="list-style-type: none">• Uso de los recursos del adulto mayor en beneficio del cuidador• Chantaje financiero• Apropiación de las propiedades	<ul style="list-style-type: none">• Coerción para firma de documentos legales como testamento, propiedad, etc.
Formas de Negligencia o Abandono	
<ul style="list-style-type: none">• Descuidar la hidratación• Descuidar la nutrición• Ulceras de presión sin atender• Descuidar la higiene personal• No atender lesiones abiertas	<ul style="list-style-type: none">• Mantener un ambiente poco sanitario• Abandonar a la persona en la cama, en la calle o en algún servicio público.

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- FACTORES DE RIESGO

EN LA FAMILIA:

- Estrés del cuidador
- Nivel de dependencia de la persona adulta mayor
- Historia de violencia en la familia
- Dificultades personales y financieras del cuidador
- Alcoholismo u otras adicciones

- Falta de información y de recursos para la atención adecuada a una persona con discapacidad.
- Aislamiento social del cuidador.
- Falta de apoyo o de tiempo de respiro para el cuidador que es responsable por una persona discapacitada 24 horas, 7 días de la semana.

EN INSTITUCIONES U HOGARES COMUNITARIOS:

- La institución impide u obstaculiza las visitas o los contactos del adulto mayor con la comunidad.
- No está en un registro oficial o le falta la acreditación apropiada. No tiene monitoreo o supervisión pública de los servicios.
- Contrata cuidadores sin capacitación para la atención a adultos mayores frágiles y discapacitados.
- Mantiene una razón de cuidadores por número de personas discapacitadas y con demencia que es menor a la necesaria para atender las necesidades básicas de este grupo vulnerable.
- No ofrece privacidad a los residentes y éstos se encuentran en hacinamiento.
- No hay evidencia de participación de la comunidad en actividades del hogar o institución.
- La estructura física de la institución no está adaptada para el acceso y la movilidad de personas con discapacidades.

2.2.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA (Cuadro 1.2.)

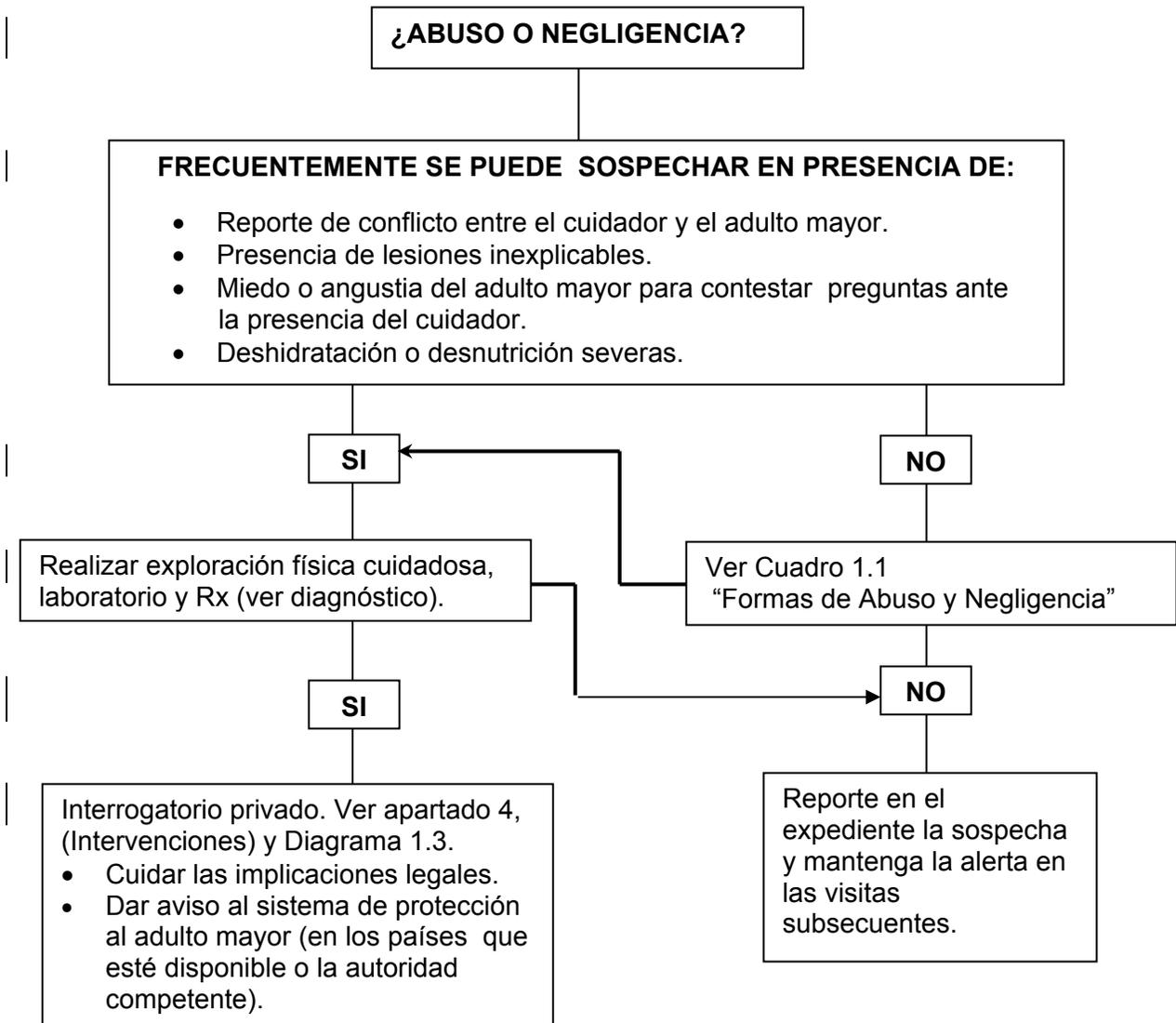
Los síntomas de abuso y maltrato en personas adultas mayores frágiles o dependientes puede tomar múltiples apariencias y por lo tanto se recomienda que al sospechar abuso o maltrato, el médico haga una evaluación sistemática del paciente por medio de examen físico y entrevista privada con él. El cuadro 1.2 presenta los indicadores más frecuentes de abuso o negligencia. La ruta crítica para el diagnóstico del problema está representada en el Diagrama 1.1.

CUADRO 1.2. INDICADORES DE UN POSIBLE ABUSO O NEGLIGENCIA¹

Tipo	Historia	Examen físico
Abuso físico	Descripción de hechos cambiantes, improbables o conflictivos con relación a la lesión.	Evidencia de lesión, especialmente múltiples y en diferentes grados de resolución. Deshidratación o desnutrición. Fracturas que no tienen causa determinada. Evidencia de lesiones no atendidas. Señales de haber sido amarrado, atado o golpeado. Enfermedades de transmisión sexual en personas incapaces de consentirlo.
Por medicación	Admisiones o consultas recurrentes asociadas a complicaciones por errores medicamentosos.	Signos de intoxicación por exceso, o bien, ausencia de efecto terapéutico por subdosificación.
Abuso psicológico	Historia de conflictos entre la persona adulta mayor y familiares o cuidadores.	Los comentarios en general se modifican cuando el cuidador y/o el paciente se entrevistan separadamente. Se observa comunicación por parte del cuidador que desvaloriza e infantiliza al adulto mayor. Se observa que al adulto mayor le cuesta comunicarse en presencia del cuidador.
Negligencia	Episodios recurrentes de enfermedades similares a pesar de una adecuada educación y apoyo. Problemas médicos no atendidos.	Pobre higiene, desnutrición, hipotermia, úlceras por presión no atendidas, niveles subterapéuticos de medicamentos.

¹ Traducido y modificado de: Practical Ambulatory Geriatrics 2da. Ed. Yoshikawa TT, Cobbs EL, Brummel-Smith K. 1998. Pag. 134 Cap. Elder Mistreatment: Abuse and Neglect.

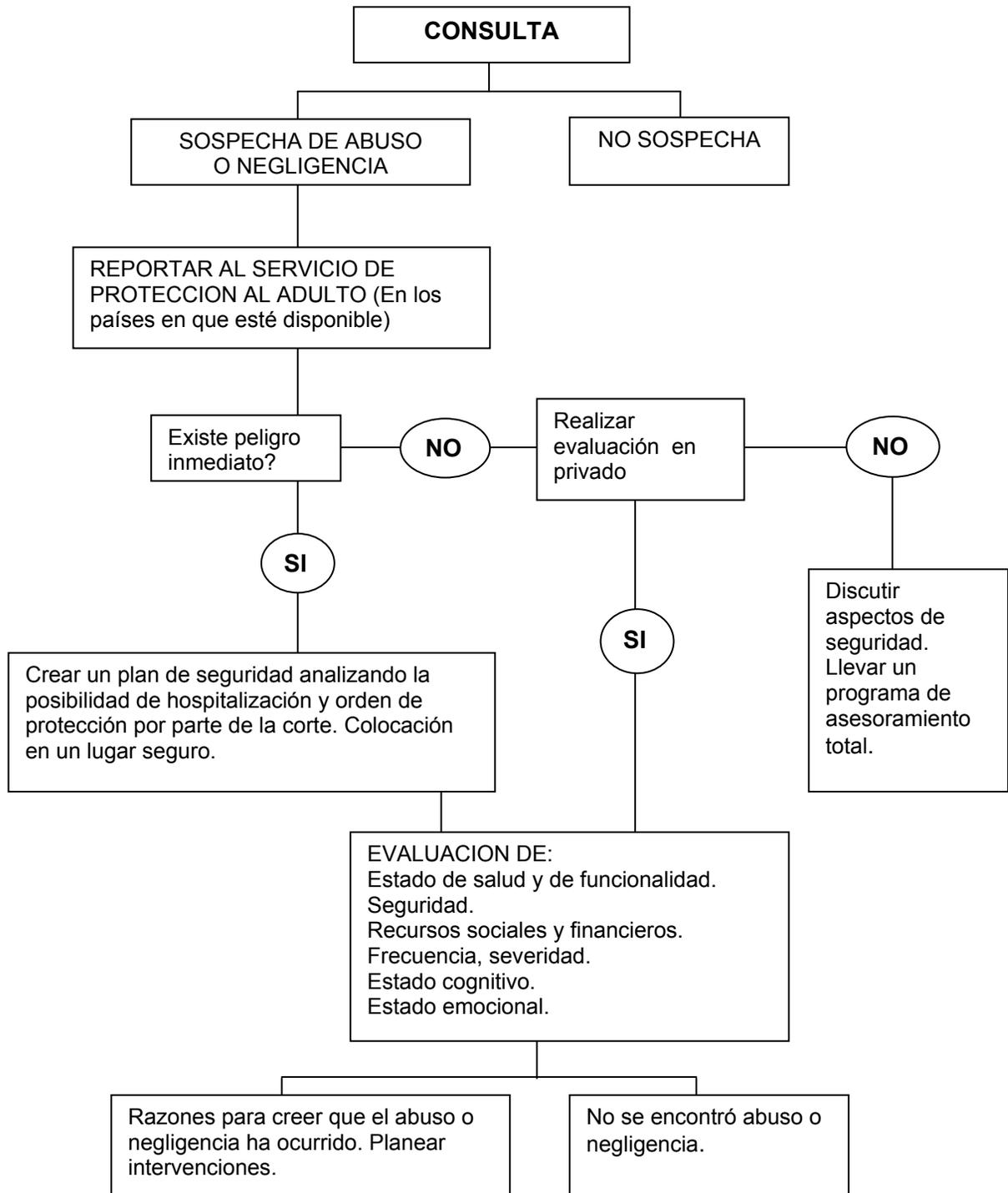
DIAGRAMA 1.1. PROPUESTA PARA EL ABORDAJE DIAGNÓSTICO²



² Sacado y traducido de American Amedical Association: Diagnostic and treatment guidellines on elder abuse and neglect, Chicago 1992, AMA, p.13.

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA (Diagrama 1.2.)

Diagrama 1.2. Plan de consejería ante la sospecha de abuso o negligencia³

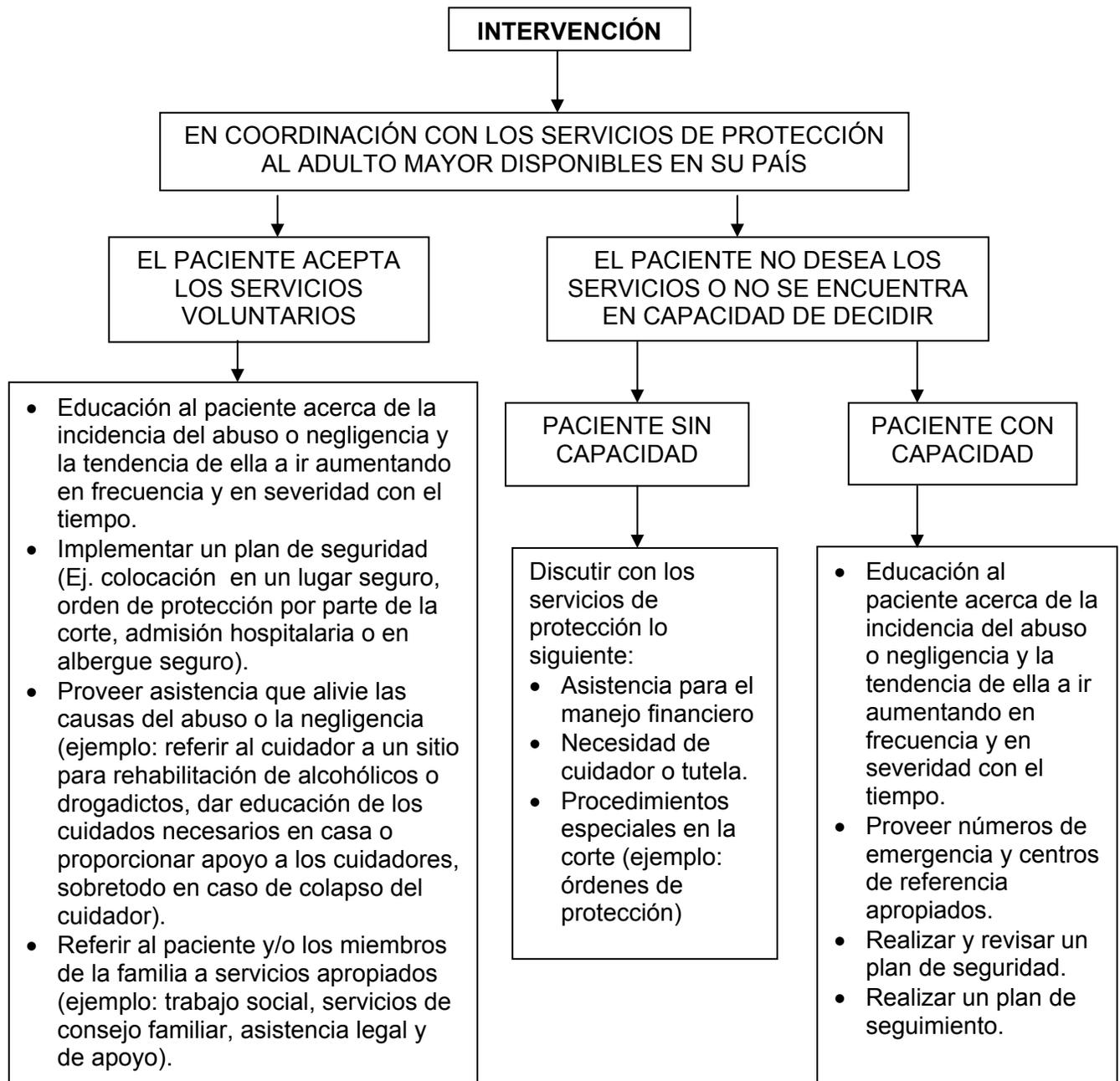


³ Tomado y traducido de: American Medical Association: Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect, Chicago 1992, AMA p 13.

3.1.- PLAN DE INTERVENCIÓN

En cualquier caso de abuso o negligencia, la intervención dependerá primeramente de la aceptación de la asistencia ofrecida por parte del adulto mayor y de la capacidad del mismo para decidir. El grado de intervención dependerá definitivamente de los sistemas de protección al adulto mayor disponibles en cada país y localidad. Le proponemos una forma de desarrollar un programa general en el Diagrama 1.3 le sugerimos que identifique en su localidad cual sería el flujo de decisión.

DIAGRAMA 1.3. ESQUEMA DE INTERVENCIÓN EN CASOS DE ABUSO O NEGLIGENCIA



4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- El abuso y la negligencia son problemas poco reconocidos por el equipo de salud.
- Se presentan de forma cotidiana en la consulta geriátrica.
- Son susceptibles de intervención en el adulto mayor.
- El abuso psicológico y el financiero, junto con la negligencia y el abandono son las formas más comunes de abuso y maltrato en las personas adultas mayores.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

American Medical Association: Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect. Chicago 1992, AMA.

International Network for the Prevention of Elder Abuse. (Red Internacional para la Prevención del Abuso de los Adultos Mayores) www.inpea.net

Lachs MS, Pillemer K. Abuse and neglect of elderly persons. NEJM 1995; 332:437-442.

National Center on Elder Abuse (Centro Nacional sobre Abuso de los Adultos Mayores) www.elderabusecenter.org

World Health Organization, Missing Voices: Views of older persons on elder abuse. WHO/NMH/VIP/02.1 (Orig: English) 2002. www.who.int/hpr/ageing/elderabuse.htm

Yoshikawa TT, Cobbs EL, Brummel-Smith K. Elder Mistreatment: Abuse and Neglect. En: Practical Ambulatory Geriatrics. 2da. ed ,1998. p.134.

PARTE II:

Alteraciones de la Movilidad (Inmovilidad)

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

2



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

- 1.** Reconocer las causas e iniciar el diagnostico diferencial.
- 2.** Identificar las indicaciones para referencia a un segundo nivel de atención.
- 3.** Conocer las complicaciones del reposo prolongado.
- 4.** Reconocer la necesidad de un abordaje interdisciplinario para corregir el problema.
- 5.** Elaborar y ejecutar un plan para la prevención de complicaciones.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

¿CUÁL ES LA IMPORTANCIA DE LAS ALTERACIONES DE LA MOVILIDAD PARA EL ADULTO MAYOR?

El 15% del total de la población mayor de 65 años y dos terceras partes de los adultos mayores que viven en instituciones de cuidados prolongados tienen en algún grado trastornos de la movilidad. Esta situación puede llevar a un estado de dependencia progresiva hacia terceras personas, y en grados avanzados de inmovilidad, a la presentación de complicaciones que pueden conducir al paciente a la muerte.

¿CÓMO SE DEFINEN LAS ALTERACIONES DE LA MOVILIDAD EN EL ADULTO MAYOR?

Se definen como cualquier trastorno de la locomoción capaz de afectar la realización de distintas actividades de la vida diaria, y que puede en algunos casos llegar hasta la inmovilidad.

¿CÓMO PODRÍAMOS CLASIFICAR LAS ALTERACIONES DE LA MOVILIDAD EN EL ADULTO MAYOR?

En cuanto a su forma de presentación pueden presentarse en forma SÚBITA o GRADUAL.

En cuanto a su intensidad, pueden clasificarse en:

ALTERACIÓN LEVE: dificultad para deambular distancias largas o subir escaleras.

ALTERACIÓN MODERADA: dificultad para realizar en forma independiente su movilización dentro del hogar.

ALTERACIÓN SEVERA: va desde la dificultad para la movilización independiente de su cama o sillón para realizar las actividades básicas de la vida diaria, hasta la inmovilidad total.

El grado de alteración de la movilidad depende del tipo de población, es decir, que los niveles mencionados anteriormente, dependerán de la situación en particular y de las necesidades del adulto mayor. Por ejemplo: para un adulto mayor de la comunidad, una alteración severa puede ser el no poder hacer sus actividades del hogar por sí solo y por ende requerir de ayuda externa; sin embargo, esta misma alteración en un adulto mayor en residencia de cuidados prolongados, podría considerarse de leve a moderada, ya que para la mayoría de los habitantes de estos sistemas de atención, esta problemática es constante.

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

Usualmente la inmovilidad es ignorada como un problema en sí mismo. Lo habitual es reconocerla cuando la persona solicita una visita domiciliaria por otras causas, generalmente, complicaciones de la propia inmovilidad.

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- PRINCIPALES CAUSAS ¹

- Enfermedad articular degenerativa.
- Estados post-fractura de cadera.
- Enfermedad vascular cerebral (EVC).
- Falta de acondicionamiento físico, asociado a enfermedad aguda o dolor.
- Estados depresivos.
- Dolor.
- Medicamentos (ej: benzodiazepinas, metoclopramida, cinarizina, haloperidol, etc.).

OTRAS CAUSAS

MÚSCULO – ESQUELÉTICAS:

- Osteoporosis.
- Fracturas (cadera o fémur).
- Trastornos de los pies, etc.

NEUROLÓGICAS:

- Enfermedad de Parkinson.
- Enfermedades degenerativas del sistema nervioso.
- Neuropatías.

CARDIOVASCULARES:

- Insuficiencia cardíaca crónica severa.
- Enfermedad coronaria (angina frecuente).
- Enfermedad vascular periférica (claudicación frecuente).

PULMONARES:

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica severa.

OTRAS:

- Trastornos de la visión.
- Miedo (inestabilidad y miedo a caer).
- Inmovilidad forzada (asilos u hospitales).

¹ Adaptado de: Kane, Robert L., J. Ouslander, I. Abrass (1994) Geriatría Clínica. 3a. Edición. México: McGraw Hill Interamericana Editores. Edición PALTEX de la Organización Panamericana de la Salud.

- Ayuda inadecuada para la movilización.
- Desnutrición o malnutrición.
- Enfermedad sistémica grave o severa (p. ej. neoplasia maligna diseminada).

2.2.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

¿CÓMO SE ABORDAN LOS TRASTORNOS DE LA MOVILIDAD?

Descarte en primer lugar las causas de inmovilidad aguda:

- Medicamentos.
- Enfermedad aguda.
- Restricción o sujeciones.
- Enfermedad de los órganos sensoriales.

A continuación, considere los distintos factores de riesgo y patologías que afectan la movilidad con una nemotecnia.

MOVILIDAD TOTAL:

- **M**edicamentos.
- **M**edio donde vive el adulto mayor (escaleras, obstáculos en la vivienda, etc.).
- **O**besidad.
- **V**asculopatía Periférica.
- **I**nsuficiencia Cardíaca.
- **L**ocomotor, enfermedad del aparato (dolor, etc.).
- **I**nsuficiencia Respiratoria.
- **D**esnutrición.
- **A**fecto.
- **D**esacondicionamiento físico.
- **T**rastornos de la vista y la audición.
- **O**ncológica, enfermedad.
- **T**erminal, enfermedad.
- **A**ccidente vascular cerebral.
- **L**as fracturas de cadera.

GRADUACIÓN DE LA ALTERACIÓN DE LA MOVILIDAD A TRAVÉS DE:

- Tolerancia al esfuerzo.
- Valoración de la marcha y el balance con el Test de Levántate y Anda (ver Guía 5: Caídas).
- Evaluación mental y del estado de ánimo (ver módulo 4).
- Evaluación funcional (ver módulo 3).
- Evaluación social (ver módulo 7).

COMPLICACIONES DE LA INMOVILIDAD:

- Úlceras por decúbito (por presión).
 - Balance negativo del sodio-potasio.
 - Contracturas.
 - Disminución del calcio y fósforo.
 - Estreñimiento.
 - Trombosis y embolia.
 - Incontinencia urinaria.
 - Reducción de los volúmenes Sanguíneos.
 - Atrofia muscular.
 - Insuficiencia respiratoria (neumonía).
 - Hipotensión ortostática.
 - Depresión.
 - Cambios físicos asociados a privación sensorial.
 - Deprivación social.
-

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

PRINCIPIOS BÁSICOS:

- Tratar las enfermedades concomitantes.
- Prevenir complicaciones asociadas a la inmovilidad.
- Ser realista e individualizar las metas.
- Enfatizar el logro de la independencia funcional.
- Motivar y apoyar psicológicamente al paciente, familia y cuidadores.

¿QUÉ MEDIDAS DEBEMOS TOMAR PARA EVITAR COMPLICACIONES EN EL PACIENTE GERIÁTRICO CON INMOVILIDAD?

Aparatos y sistemas	Acciones
Generales	Movilización (activa y pasiva). Evitar posiciones viciosas, hidratación.
Cardiovasculares	Heparina profiláctica. Inclinación a 45 grados.
Respiratorias	Evitar anticolinérgicos y antitusivos. Drenaje postural, ejercicios respiratorios.
Digestivas	Nutrición, hidratación. Estimular reflejo gastrocólico, emolientes fecales. Estímulo rectal digital, supositorios y lavado intestinal periódico.
Urinarias	Vigilar retención urinaria. Hidratación.
Locomotorias	Posicionamiento. Ejercicios pasivos (arcos de movimiento). Ejercicios isométricos e isotónicos. Reeducación de las transferencias y la marcha.
Cutáneas	Vigilar presencia de úlceras por presión. Cambios frecuentes de posición. Evitar la maceración.
Metabólicas	Evitar sedantes hipnóticos. Vigilar electrolitos, glucemia y función renal. Hidratación.
Psíquicas	Estimulación sensorial. Apoyo emocional.

¿CUÁLES SON LOS OBJETIVOS DE LA REHABILITACIÓN PARA LOS PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA MOVILIDAD?

Objetivos de la terapia física	Objetivos de la terapia ocupacional
<ul style="list-style-type: none">• Aliviar el dolor.• Mantener y mejorar rango de arcos de movimiento.• Mejorar la fuerza.• Mejorar la realización de actividades motoras.• Mejorar la coordinación.• Mejorar la marcha y la estabilidad.• Valorar la necesidad de medios auxiliares y enseñar su uso (bastón sencillo, de cuatro puntos de apoyo, andador, silla de ruedas, etc.).	<ul style="list-style-type: none">• Restaurar la independencia.• Evaluar y mejorar la función sensorial.• Evaluar y mejorar la función perceptual motora.• Mejorar la capacidad de resolver problemas.

Para información detallada sobre **rehabilitación** puede ver módulo 8.

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

¿QUÉ OTRAS INTERVENCIONES SON IMPORTANTES EN EL MANEJO DEL ADULTO MAYOR CON ALTERACIONES DE LA MOVILIDAD?

- Programa de ejercicios prescritos.
- Visita domiciliaria para revisión del ambiente y dar recomendaciones.
- Uso de medios auxiliares (en la cocina, el vestirse, etc.).
- Uso de medios de seguridad (barandales, agarraderas, elevación de los excusados, sillas para bañarse etc.).
- Evaluar el nivel de movilidad (en cama, transferencias cama-silla, en silla de ruedas o andador; balance y marcha).

3.3.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUCIÓN O ATENCIÓN

Para realizar el diagnóstico definitivo y definir una conducta específica, puede ser necesaria la consulta con especialistas:

TRASTORNO MOTOR: valorar interconsulta por geriatría, medicina interna o neurología.

TRASTORNO PSICOMOTOR: valorar interconsulta por geriatría, neurología o neuropsicología.

INTOLERANCIA AL ESFUERZO: efectuar evaluación cardiopulmonar por medicina interna ó cardiología.

INCOMPETENCIA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: referir a geriatría y evaluar los órganos de los sentidos (oftalmología y otorrinolaringología).

TRASTORNO DEL ENTORNO SOCIAL: se requerirá de trabajo social y/o de enfermera como primer contacto con la familia.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

Las alteraciones de la movilidad son determinantes en:

- La autonomía para la realización de las actividades de la vida diaria.
- En el mantenimiento de la competencia funcional, para continuar con la actividad laboral.
- En el desarrollo de la vida social y en el mantenimiento de un equilibrio psicológico.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

Kane Robert L., J. Ouslander, I. Abrass. Geriatria Clínica. 3a. Edición. México: McGraw-Hill Interamericana, edición PALTEX de la Organización Panamericana de la Salud. 1997.

Reuben DB, Yoshikawa TT; Bedsdine RW, eds. Geriatrics Review Syllabus: A Core Curriculum in Geriatric Medicine, 3rd ed. Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt Publishing Company for the American Geriatrics Society: 1996.

Studenski S. Gait and balance disorders. Clin Geriatr Med 1996 (Nov.) 12 (4): 635-922.

Tinetti ME, Ginter SF. Identifying mobility dysfunctions in elderly patients: standard neuromuscular examination or direct assessment. JAMA 1988; 259: 1190-93.

PARTE II:

Alteraciones del Comportamiento

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

3



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

1. Reconocer las causas más comunes de alteraciones del comportamiento en el adulto mayor.
2. Identificar algunos de los elementos para el diagnóstico diferencial.
3. Aplicar las medidas iniciales farmacológicas y no farmacológicas para el abordaje del adulto mayor con alteraciones del comportamiento.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

LAS ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO EN LAS PERSONAS MAYORES, EN SU INMENSA MAYORÍA, CORRESPONDEN A PACIENTES CON DEMENCIAS EN ESTADIOS MODERADOS O MODERADOS-SEVEROS, Y SON UNA CAUSA IMPORTANTE DE AGOBIO FAMILIAR, Y EN PARTICULAR, DEL CUIDADOR PRIMARIO.

Los *ataques físicos o verbales al cuidador* pueden conducir a un abuso recíproco y pueden llegar a constituir la principal razón para la institucionalización. Las alteraciones del comportamiento afectan más a los adultos mayores que viven en instituciones de cuidados prolongados que a aquellos que permanecen en la comunidad. Los pacientes con *demencia* suelen desarrollar alteraciones del comportamiento en algún momento de la evolución del padecimiento.

LAS ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO PUEDEN SER AGRESIVAS O NO AGRESIVAS.

Golpear, patear y empujar, pueden ser manifestaciones de *agresión*. La deambulación incesante; el vestido inapropiado; el movimiento persistente, repetitivo y sin propósito alguno; la manipulación de objetos; la inquietud y la actitud afectada son alteraciones del comportamiento *sin agresión*. Las alteraciones del comportamiento relativas a verbalización o gritos suelen ser muy perturbadoras para el cuidador. Pueden manifestarse como una constante demanda de atención, repetición constante de frases y preguntas, gritos, señalamientos sarcásticos, quejas constantes y maldiciones.

ESTOS TRASTORNOS TIENEN UNA BASE FISIOPATOLÓGICA NO BIEN DEFINIDA, DONDE EL DÉFICIT DE ACETILCOLINA Y 5HT, DISMINUCIÓN DE LA ACTIVIDAD GABAÉRGICA, ASÍ COMO UN INCREMENTO DE LA ACTIVIDAD DOPAMINÉRGICA Y NORADRENÉRGICA, SE POSTULAN COMO LOS PRINCIPALES MECANISMOS IMPLICADOS.

De ello puede derivarse una utilización más racional de los recursos farmacológicos.

Reducción del tono DA o NA (NLP: neurolépticos).

Incremento 5HT (agonistas, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina:ISRS).

Incremento GABAérgico (Ac. valproico, BZD).

Anticolinesterásicos.

ESTOS PACIENTES SON ESPECIALMENTE SENSIBLES A CAMBIOS DE SU MEDIO INTERNO Y EXTERNO.

Posibles desencadenantes del medio interno incluyen: infecciones, alteraciones metabólicas y fármacos. Del medio externo incluyen: cambios de cuidador, de residencia, sobre o infraestimulación. Por lo tanto, es imprescindible identificar estos posibles desencadenantes.

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

El diagnóstico de los trastornos del comportamiento como síndromes clínicos, no ofrece grandes dificultades diagnósticas. Sin embargo, la búsqueda de la causa etiológica y del factor desencadenante puede ser laboriosa. Es sin embargo imprescindible para un programa de intervención adecuada, tener un diagnóstico del problema.

SÍNTOMAS DE COMPORTAMIENTO ALTERADO COMUNES EN ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS:

Depresión	Agitación, hipocondriasis, quejas continuas.
Ansiedad	Comportamiento agitado, deambulación, preguntas repetitivas.
Desórdenes psicóticos	Susplicacia, delirios (falsas creencias).
Desórdenes de la personalidad	Exacerbación de los síntomas a causa de la desinhibición.

La frecuencia con la que los trastornos del comportamiento se deben a un **estado confusional agudo** es alta; de ahí que la búsqueda de una **causa orgánica** sea en extremo importante, pues solo corrigiendo la misma puede revertirse el cuadro. En un contexto agudo, *aún cuando las alteraciones del comportamiento ocurran en un paciente previamente demenciado*, es necesario descartar una causa orgánica (ver la Guía 6).

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- IDENTIFICAR

- Tipo de trastorno.
- Severidad (repercusión en el paciente, entorno).
- Desencadenantes y frecuencia.
- Respuesta a posibles intervenciones.
- Plantearse un objetivo terapéutico y monitorizar respuesta.

3.2.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

ALUCINACIONES Y DELIRIOS:

Responden muy bien a neurolepticos, siendo éste el tratamiento de elección.

En el manejo agudo, el tratamiento de elección es haloperidol.

En el manejo a más largo plazo: risperidona , olanzapina.

TRASTORNOS DE CONDUCTA:

Los trastornos de conducta responden en menor medida al tratamiento farmacológico, reservando éste para aquellas situaciones en las que el cuadro es muy disruptivo tanto para el paciente como para la familia. En estos casos es importante hacer la referencia a un nivel superior.

La Terapéutica Farmacológica

En general, es indispensable monitorizar el efecto del fármaco, no mantener el tratamiento indefinidamente y modificarlo según respuesta. Duración: 2-3 meses en casos leves, 6 meses en casos graves (pacientes con demencia).

Evitar la politerapia. En caso de no obtener respuesta, cambiar de grupo es preferible a combinar.

Fármacos a utilizar:

- Neurolépticos, con la misma pauta anterior. Evitar los de efecto anticolinérgico.
- ISRS, no sólo como antidepresivos.
- Trazodone, por su efecto sedante. Especialmente indicado en el manejo del trastorno del sueño de pacientes con demencias y en los fenómenos de sundowning¹.
- Benzodiazepinas de vida media corta o intermedia (Ej., Lorazepam).
- Anticonvulsiantes (valproato mejor que carbamazepina), sobretudo en agitación pseudomaníaca (euforia, hiperactividad).

Cuando la **irritabilidad** es un síntoma predominante, las benzodiazepinas de acción corta o intermedia pueden ser ensayadas. Los fármacos con acción serotoninérgica como la buspirona, pueden ser particularmente útiles. Si se sospecha **depresión** (aún si la presentación es atípica), como causa de la alteración del comportamiento (quejas constantes, agitación, llanto, apatía o pérdida de interés), el uso de un antidepresivo es necesario. Los medicamentos serotoninérgicos suelen ser útiles, en particular aquellos con efecto sedante como (paroxetina ó trazodone).

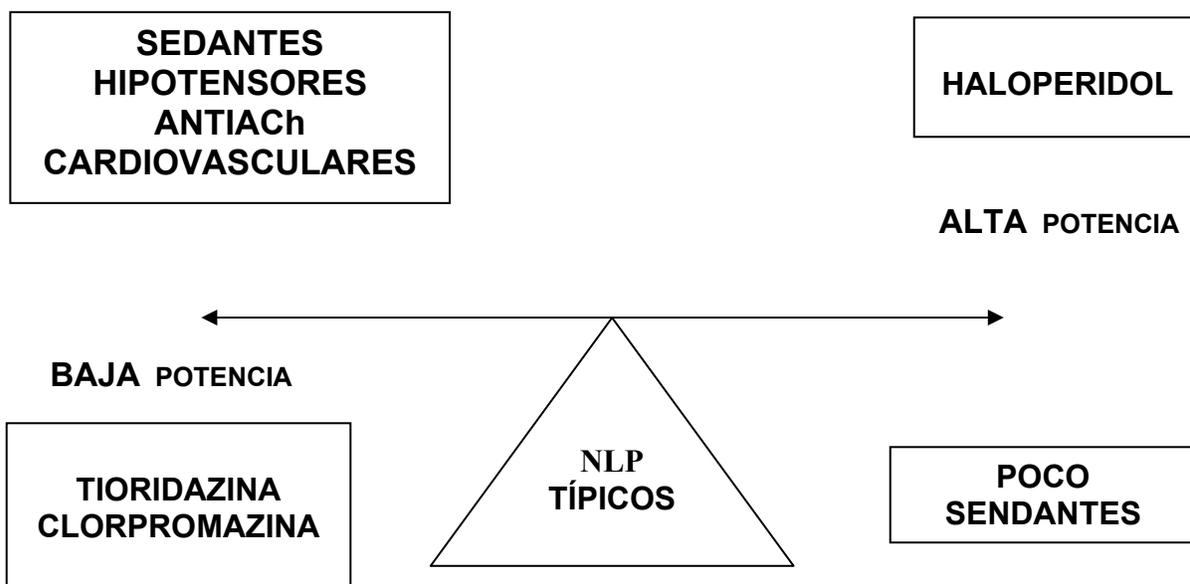
Los medicamentos **antipsicóticos**, deben prescribirse únicamente, cuando la **agitación es suficientemente grave** como para poner en riesgo al paciente mismo o a su entorno, o bien, en presencia de **alucinaciones o delirios asociados**. Al seleccionar un fármaco de éste tipo, tome en consideración no sólo el efecto terapéutico perseguido, sino también los posibles efectos colaterales, los más frecuentes son: **sedación excesiva, alteraciones del movimiento e hipotensión postural**. Las dosis bajas de tioridazina (10 o 25 mg) pueden ser suficientes para mejorar el sueño y controlar la agitación. Los nuevos antipsicóticos como la risperidona o la olanzapina pueden producir menos efectos secundarios, en particular esta última.

¹ “sundowning” es un trastorno conductual asociado a aumento en agitación y confusión que ocurre en horas de la noche.

Tratamiento del comportamiento agitado en personas con demencia²

	Dosis inicial	Dosis media	Dosis máxima
HALOPERIDOL RISPERIDONA OLANZAPINA QUETIAPINA	0,5 – 1,0 (5-10gt) 0,5 2,5 – 5 25 - 50	1,5 – 2,0 0,5 – 1,5 5,0 – 7 75 - 100	5 – 7 mg/d 2 – 4 mg/d 7 – 15 mg/d 100-150 mg/d
TRAZODONE SERTRALINE BUSPIRONA	25 – 50 25 – 50 10	50 – 100 50 – 75 15	250 – 300 mg/d 75 – 100 mg/d 45 mg/d
CARBAMAZEPINA VALPROATO GABAPENTINA	100 – 200 100 - 300	300 15 – 20 mg/Kg/d	400 – 600 mg/d 300 mg tid (3v/d)
LORAZEPAM	0,5 – 1,5	1,5 – 2,5	3 – 5 mg/d

NLP Típicos y Sus Efectos Secundarios Más Frecuentes



² The Expert Consensus Guidelline Series. Treatment of Agitation in Older Persons with Dementia. www.psychguides.com
Alteraciones del comportamiento

TERAPÉUTICA NO FARMACOLÓGICA

Desarme psicológicamente al paciente amenazante, a través de la verbalización de la causa de la ansiedad. El cuidador deberá ser animado a dirigirse al paciente diciéndole: "Señor Pedro se le vé muy enojado, soy Rosa su enfermera y quiero ayudarle". Cuando las interacciones se mantienen en el nivel verbal y se toman en serio, la tensión suele disminuir a corto plazo.

- *Atraiga la atención del adulto mayor perturbado.* En momentos de estrés, el adulto mayor (quizás confundido en razón de alguna afección orgánica), no puede distinguir entre una variedad de estímulos que percibe a partir de su entorno. Sólo una persona a la vez (de las que viven con él o se hacen cargo del paciente), debe hablarle , funcionando como la única fuente de comunicación y estímulo. Repitiendo frecuentemente el nombre del paciente, el comportamiento suele ser mejor controlado.
- *Dé instrucciones precisas, aún para las acciones más simples.* El adulto mayor agitado tiene dificultad para la toma de decisiones y para adoptar un comportamiento adaptativo. Por lo tanto, el clínico deberá dirigirse al paciente diciendo, por ejemplo: "Señor Pedro, suelte mi brazo, ahora siéntese en la silla, muy bien, ahora vamos a hablar."
- *Comuníquese de manera clara y concisa.* Las afirmaciones cortas y simples permiten al adulto mayor, que sufre de dificultad para recibir y organizar la información, procesar los estímulos verbales y devolver una respuesta apropiada.
- *Evite discutir o justificarse.* Cuando un adulto mayor suspicaz, cree haber asustado o irritado a su cuidador, aumenta su ansiedad y adopta un comportamiento defensivo.
- *Evite un lenguaje corporal amenazante.* En situaciones muy tensas el cuidador se ve tentado a cerrar los puños o cruzar los brazos sobre el pecho al tiempo que realiza movimientos bruscos y rápidos. Por el contrario, el cuidador debe moverse con lentitud y *servir como modelo del comportamiento* que se pretende que el paciente adopte.
- *Respete el espacio personal del paciente.* No debe de acercarse mucho al adulto mayor agresivo. Guarde su distancia, de ser posible, hasta que el paciente se haya calmado.
- Lleve a cabo con el paciente una rutina diaria de actividad física para minimizar la deambulación incesante y el vagabundeo.

- Señale las salidas del edificio o domicilio con señales claras de “alto”, para desalentar las tentativas de fuga. A la par, haga disponible un espacio para la deambulaci3n donde pueda ser supervisado y sea seguro.
- Proponga actividades grupales de canto o grupos de reminiscencia para disminuir las conductas repetitivas.

3.2.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUCI3N O ATENCI3N

Las dificultades para llegar a el diagn3stico etiol3gico o para identificar la causa desencadenante, as3 como el cuadro cl3nico agudo en s3, pueden requerir referencia al segundo nivel de atenci3n (especialista).

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- Es necesario *buscar sistem3ticamente* la causa de los trastornos del comportamiento y en particular de la agitaci3n psicomotriz.
- El abordaje terap3utico inicial, usualmente debe hacerse con medidas no farmacol3gicas.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of Alzheimer's disease and other dementias of later life. American J Psychiatry. 1997; 154 (5suppl):1-39.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition (DSM-IV), 1994, published by the American Psychiatric Association: Washington, DC.

Abrams, William B.; Mark H. Beers; and R. Berkow. The Merck Manual of Geriatrics. Second Edition. Published by Merck Research Laboratories. 1995.

Class C, Schneider L, Farlow M. Optimal Management of Behavioral Disorders Associated with Dementia. Drugs & Aging 1997; 10 (2): 95-106.

Lindenmayer, JP. The pathophysiology of Agitation. J Clin Psychiatry 2000; 61 (14): 5-10.

Practice parameter: management of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001, 56: 1154-1166.

Schneider LS, Sobin PS, Non neuroleptic treatment of behavioral symptoms and agitation in Alzheimer's disease and other dementia. *Psychopharmacol Bull.* 1992, 28(1): 71-79.

Smail G, Rabins P, et al. Diagnosis and treatment of Alzheimer Disease and related disorders: consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association and the American Geriatrics Society. *JAMA*, 1997; 278: 1363-71.

The Expert Consensus Guideline Series. Treatment of Agitation in Older Persons with Dementia. *Postgraduate Medicine*; McGraw-Hill, 1998. www.psychguides.com.

PARTE II:

Anorexia

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

4



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

- 1.** Considerar la anorexia como un síntoma inespecífico que requiere una cuidadosa y rápida evaluación.
- 2.** Reconocer las causas y abordaje diagnóstico de la anorexia en geriatría.
- 3.** Identificar las estrategias para su abordaje terapéutico.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La anorexia se define como falta de apetito, que se convierte en un rechazo selectivo o total a la alimentación. Para su correcto enfoque es necesario analizar el entorno del paciente, determinar las circunstancias en que se instaló el problema, la personalidad premórbida y los antecedentes generales de la persona.

Es particularmente relevante, considerar cuidadosamente la posible *causalidad psicosocial* motivada por problemas entre el enfermo y los miembros de su entorno, donde la anorexia puede ser manifestación de un *estado depresivo* o un elemento para la *manipulación* del entorno.

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

El rechazo de la alimentación se presenta bajo dos posibles formas:

- RECHAZO ACTIVO: el sujeto *invoca diferentes razones para no alimentarse*, como inapetencia, mala calidad de los alimentos, exceso de los mismos, etc. Esto puede acompañarse de una actitud de *agresividad* hacia los miembros del entorno y eventualmente de un estado de *agitación*.
- RECHAZO PASIVO: el paciente está asténico, apático y *no se opone expresamente* a la alimentación, pero *deglute con dificultad*.

El enfermo manifiesta, en ambos casos una alteración del comportamiento que constituye una *urgencia diagnóstica y terapéutica* (Diagrama 4.1).

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- FACTORES DE RIESGO

Considere que algunas de las causas contribuyentes más probables son:

- Enfermedades subyacentes (ej: cáncer) o factores sociales (ej: pobreza).
- Efectos adversos de los medicamentos.
- Depresión, descuido de sí mismo y deterioro cognoscitivo (demencia).
- Vivir solo se asocia, en general, con un régimen alimentario más deficiente.
- Los problemas odontológicos alteran la elección de los alimentos.
- La mitigación del sabor puede afectar el tipo de alimentos ingeridos.
- Las personas mayores tardan más en ingerir los alimentos y así es posible que no finalicen una comida.
- Adolecen con frecuencia de pocos conocimientos sobre el régimen alimentario adecuado o presentan falta de aptitudes para cocinar (ej: los viudos).
- Mantienen una adherencia a regímenes alimentarios inapropiados.

- La pérdida de capacidad funcional puede impedir la compra o preparación de los alimentos.
- Dificultar para tragar.
- Problemas o enfermedades del aparato digestivo.
- Otros problemas de salud.

2.2.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

Luego de considerar las circunstancias arriba mencionadas practique un examen general completo, así como una evaluación de la deglución, todo ello para descartar una *causa orgánica*. (Diagrama 4.1)

EN EL INTERROGATORIO DEL PACIENTE Y DE SU ENTORNO TRATE DE PRECISAR:

- ¿CÓMO INICIÓ?
 - progresivo, insidioso con disminución perceptible de la ingesta.
 - súbito, después de un evento específico que conviene identificar y precisar.
- ¿CUÁL ES EL CONTEXTO PSICOLÓGICO RECIENTE?
 - modificaciones profundas en el modo de vida.
 - cambio de domicilio.
 - hospitalización o entrada en institución.
 - duelo reciente.
- ¿QUÉ CAMBIOS SIGNIFICATIVOS HAN HABIDO EN EL MODO DE ALIMENTACIÓN?
 - en particular, regímenes demasiado restrictivos o estrictos.
- ¿HA APARECIDO ALGUNA PATOLOGÍA RECIENTE?
 - afecciones febriles agudas.
 - cirugía o trauma.
 - estado ansioso o depresivo.
 - inmovilidad y aislamiento.
- ¿CUÁL ERA LA CONDUCTA MENTAL PREVIA AL EVENTO?
 - trastornos del carácter.
 - demencia.
 - estados confusionales subagudos.

- ¿HAY ALGUNOS FACTORES PREDISPONENTES?
 - enfermedad ácido péptica.
 - reflujo gastroesofágico.
 - constipación crónica.
 - xerostomía.
 - efectos secundarios de fármacos.
- ¿CUÁLES SON LOS GUSTOS Y PREFERENCIAS ALIMENTARIAS, ASÍ COMO EL PESO BASAL Y EL MÁS RECIENTE?

AL EXAMEN CLÍNICO, BUSQUE ESPECÍFICAMENTE:

- Hipotermia.
- Indicadores de desnutrición.
- Estado de hidratación.
- Deterioro del estado dental.
- Xerostomía.

LA EVALUACIÓN PARACLÍNICA ES NECESARIA PARA:

- Identificar anomalías de las grandes funciones: electrolitos séricos, creatinina, glucemia y citología hemática.
- Endoscopia gástrica para identificar ulceraciones pépticas o bien tumoraciones. Este procedimiento requiere referencia al nivel superior de resolución.
- Otros exámenes habrán de indicarse en función del contexto clínico.

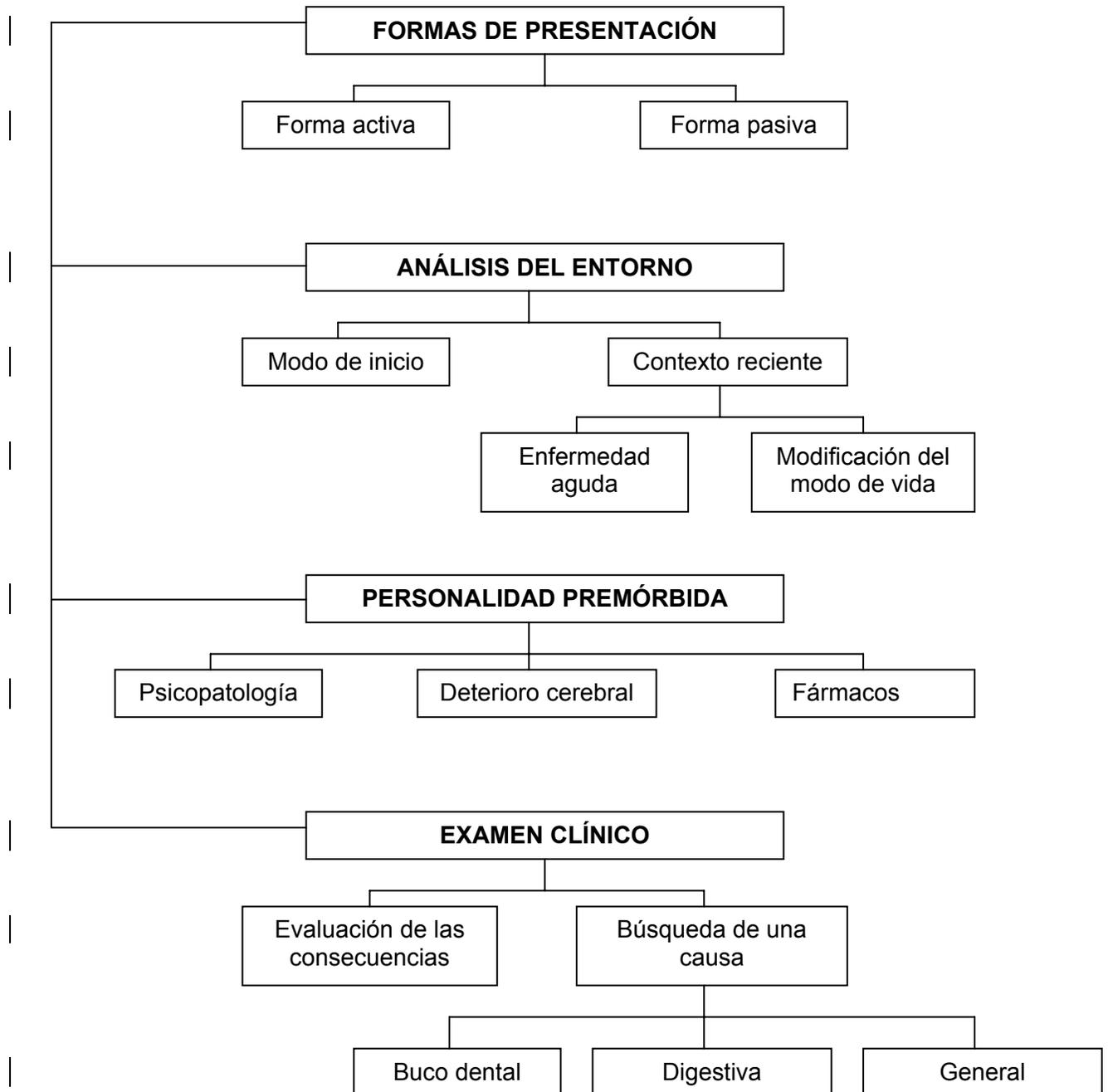
AL CONCLUIR LA EVALUACIÓN:

Hay que ser prudentes antes de establecer la relación causal una vez que se estableció el factor potencialmente etiológico, debido a que *las causas suelen ser múltiples y sus interacciones complejas*.

En la práctica, hay que tener en mente el descartar sistemáticamente: deshidratación, xerostomía, hipertermia, fecaloma, enfermedad ácido péptica o reflujo gastroesofágico y alteraciones metabólicas como la hiponatremia.

Habiendo descartado todo lo anterior y aún en presencia de causas posibles que se juzgarían como insuficientes para explicar el cuadro, *no deje de considerar un estado depresivo*.

DIAGRAMA 4.1. ABORDAJE CLÍNICO DE LA ANOREXIA



3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

Se impone la necesidad de llevar a cabo un *tratamiento sintomático sin retraso alguno*.

- Modificación de la dieta.
- Consideración de los hábitos de alimentación.

La *modificación de la dieta* ha de tomarse en consideración para la búsqueda de una ventana de oportunidad que permita restablecer la ingesta. Para ello, deberá referirse al paciente a un especialista en nutrición que ajuste el plan de alimentación a la evolución, hábitos alimentarios, etc. En sujetos que sufren de *trastornos de la deglución* con tendencia a la broncoaspiración, la modificación de la *textura de la dieta* con el empleo de papillas espesas puede favorecer la ingesta. En estos casos el agua puede administrarse a través de las papillas o bien en gelatinas, cuidando la posición al momento de administrar la alimentación (semisentado).

DIAGRAMA 4.2. ÁRBOL DE DECISIONES



Si existe deshidratación, la rehidratación es esencial, aportando rápidamente soluciones isotónicas a razón de 30 ml/kg o aún más en presencia de fiebre. El inicio de la realimentación puede hacerse a través de una sonda nasogástrica (SNG) si la falta de colaboración o el estado clínico del enfermo lo justifican, de acuerdo con el Diagrama 4.2: Árbol de decisiones.

El abordaje terapéutico dependerá fundamentalmente de la causa de la anorexia. El uso de fármacos con efecto estimulante del apetito es aún motivo de controversia. El efecto de los corticoesteroides es útil en casos seleccionados, donde la administración de dosis cercanas a los 20 mgs de prednisona en 24 horas no estén contraindicadas. El uso de acetato de megestrol a razón de 40 mgs cada 8 horas es un recurso igualmente efectivo y menos riesgoso, sin embargo, la base de la terapéutica reside en la identificación de los factores causales y su corrección.

En el caso del enfermo terminal cabe subrayar que la anorexia es parte del cuadro clínico y que usualmente en tal circunstancia, la conducta es valorada en forma distinta.

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

- Modificación de la dieta
- Actividad física
- Consideración de los hábitos de alimentación

Dichos elementos han de tomarse en consideración para la búsqueda de una ventana de oportunidad que permita restablecer la ingesta.

Para el seguimiento, es indispensable la cuantificación cotidiana de la ingesta y la medición periódica del peso (al menos una vez a la semana).

3.3.- ATENCIÓN A LOS CUIDADORES

La participación de la familia es indispensable para corregir la anorexia, que con frecuencia mejorará al *intensificar la interacción social y las muestras de afecto*.

3.4.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUCIÓN O ATENCION

La anorexia cuya causa no puede ser identificada luego de la evaluación propuesta, la que se acompaña de pérdida de peso mayor al *10% del peso corporal* en un lapso de *tres meses* y la que ocurre en una persona que no tiene un entorno que pueda apoyarle, son todas indicaciones para la referencia al segundo nivel de atención.

4.- PUNTOS CLAVE PARA RECORDAR

- La *naturaleza insidiosa* de la anomalía, puede hacer que no se inquiete el cuidador primario, hasta que se han establecido las consecuencias nutricionales y/o la deshidratación.
- Hay que *intervenir precozmente y de manera específica*.
- La anorexia es *parte habitual del estado terminal* y no necesariamente ha de ser tratada en tal circunstancia.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

Morley JE Anorexia in older persons: epidemiology and optimal treatment. *Drugs & Aging*, 1996, 8:134-137.

O'Neill PA, Smithard DG, Morris JM. Complications and Outcome Following Acute Stroke. *Stroke* 29: 7, July 1998.

Roberts SB. Control of food intake in older men *JAMA* 1994, 272:1601-1606.

The Journal of Nutrition, Health and Aging, Revista de la Academia Internacional de Nutrición y Envejecimiento. Tiene acceso a la revista en el portal:
www.healthandage.com/html/min/iananda/entrance.htm

The National Policy and Resource Center on Nutrition and Aging.
www.fiu.edu/~nutreldr/

PARTE II:

Caídas

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

5



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

1. Reconocer los factores relacionados con la edad que perturban el balance.
2. Enumerar los factores clínicos relacionados con las caídas.
3. Describir la evaluación clínica del adulto mayor que sufre caídas.
4. Desarrollar una prescripción para el adulto mayor que cae.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Caída se define como *la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo contra su voluntad*. Esta precipitación suele ser repentina, involuntaria e insospechada y puede ser confirmada por el paciente o un testigo.

¿POR QUÉ SON TAN IMPORTANTES LAS CAÍDAS?

- Es uno de los grandes síndromes geriátricos.
- Es un marcador de fragilidad.
- Es un accidente frecuente y grave.
- Los accidentes son la 5ª causa de muerte en las personas adultas mayores, el 70% de los accidentes son caídas.
- 30% de las personas adultas mayores que viven en la comunidad se cae una vez al año, siendo más frecuente en mujeres.

El riesgo de caídas aumenta de manera importante y progresiva a medida que aumenta la edad.

Más de la mitad de las caídas llevan a algún tipo de lesión. Aproximadamente una de cada diez caídas llevan a lesiones serias (fracturas, luxaciones, etc.) que pueden generar complicaciones importantes (inmovilidad prolongada, etc.)

- Las caídas son la principal causa de fractura de cadera en los mayores.
- Las fracturas se producen en una de cada diez caídas y un tercio de ellas comprometen el fémur.
- Las fracturas se asocian a disminución severa de la capacidad funcional por falta de rehabilitación o iatrogenia.

¿CUÁLES SON LAS CONSECUENCIAS RELACIONADAS CON LAS CAÍDAS?

Además de las consecuencias físicas, como el trauma inmediato, heridas, contusiones, hematomas, fracturas y reducción de la movilidad. Las caídas tienen importantes *consecuencias psicológicas y sociales* como:

- Depresión o el miedo a una nueva caída.
- Cambios del comportamiento y actitudes que pueden observarse en los cuidadores y en su entorno familiar que van a provocar una disminución de las actividades físicas y sociales.

Las caídas también tienen consecuencias económicas, ya que en los casos de hospitalización o institucionalización hay aumento de costos y con el aumento de la dependencia, la necesidad de un cuidador.

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

Es un problema frecuentemente ignorado por los pacientes, la familia y los mismos médicos, por lo que es muy importante preguntarlo en forma directa, sin embargo cuando el paciente o la familia lo mencionan se describen como caídas accidentales, desmayos, pérdidas repentinas del estado de conciencia o como pérdida súbita de la fuerza en las piernas.

Hay que tener en cuenta que muchos pacientes ocultan las caídas para evitar ser restringidos en su vida cotidiana.

1.2.- CLASIFICACIÓN

- Caída accidental: es aquella que generalmente se produce por una causa ajena al adulto mayor sano (ej: tropiezo) y que no vuelve a repetirse.
- Caída repetida: expresa la persistencia de factores predisponentes como: enfermedades crónicas múltiples, fármacos, pérdidas sensoriales, etc.
- Caída prolongada: es aquella en la que el adulto mayor permanece en el suelo por más de 15 o 20 minutos por incapacidad de levantarse sin ayuda. Los adultos mayores que tienen mayor prevalencia de caídas prolongadas son: aquellos de 80 años o más, con debilidad de miembros, con dificultades para las actividades del vivir diario y/o toman medicación sedante.

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

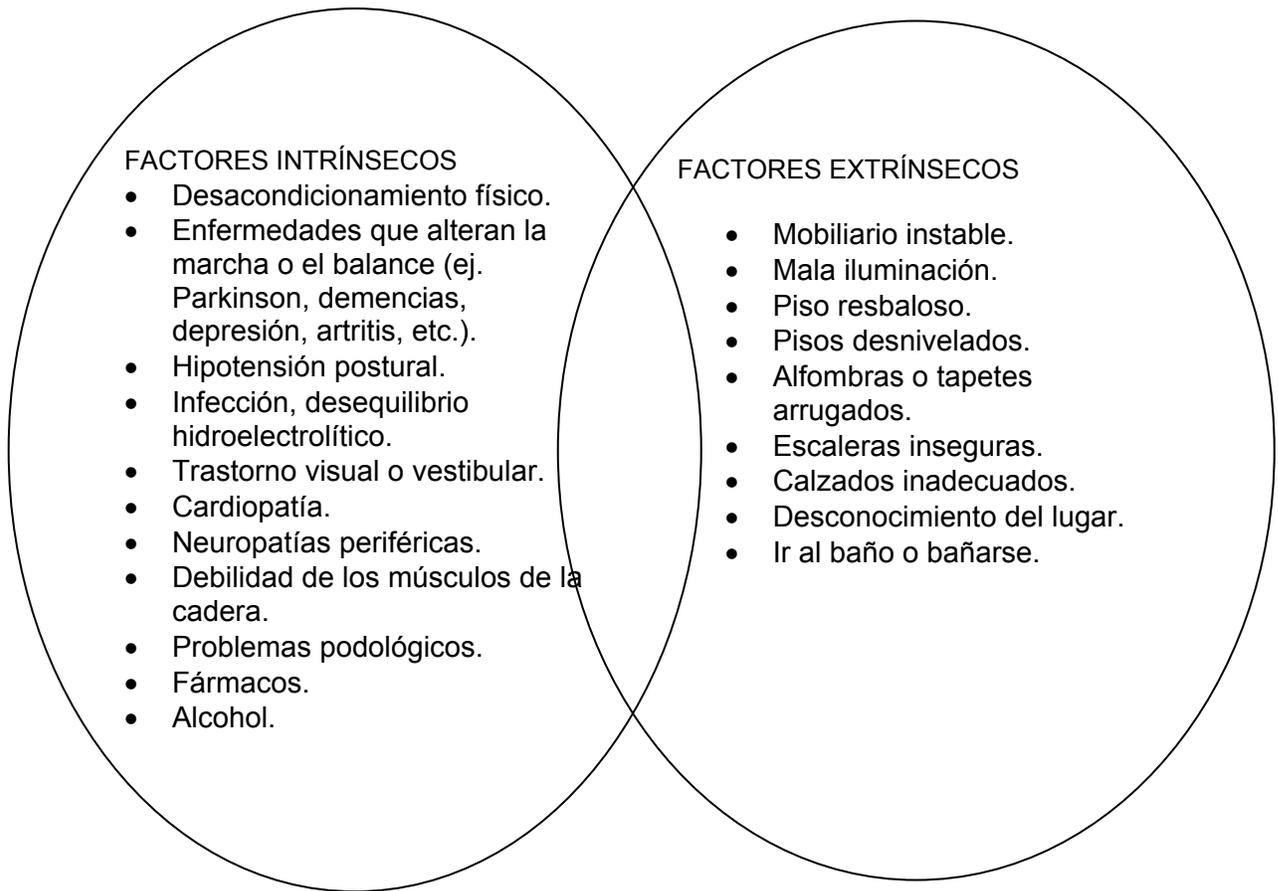
2.1.- FACTORES DE RIESGO

Son factores de riesgo para caídas:

- Dificultad para levantarse de la silla.
- Existencia de barreras arquitectónicas.
- Actividades de riesgo.
- Edad de 75 años o más.
- Sexo femenino.
- Problemas visuales.
- Fármacos (hipotensores y psicofármacos).
- Enfermedades crónicas: neurológicas, osteoarticulares, musculares.
- Inmovilidad.
- Antecedentes de caídas (aproximadamente el 75% de los mayores que se caen, sufrirán una nueva caída en los siguientes seis meses).

Usualmente las caídas son producto de la combinación de varios factores, los cuales pueden ser intrínsecos (con relación a la persona) y extrínsecos (con relación al ambiente). Diagrama 5.1.

DIAGRAMA 5.1. FACTORES DE RIESGO PARA CAÍDAS



2.2.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA. Diagrama 5.2.

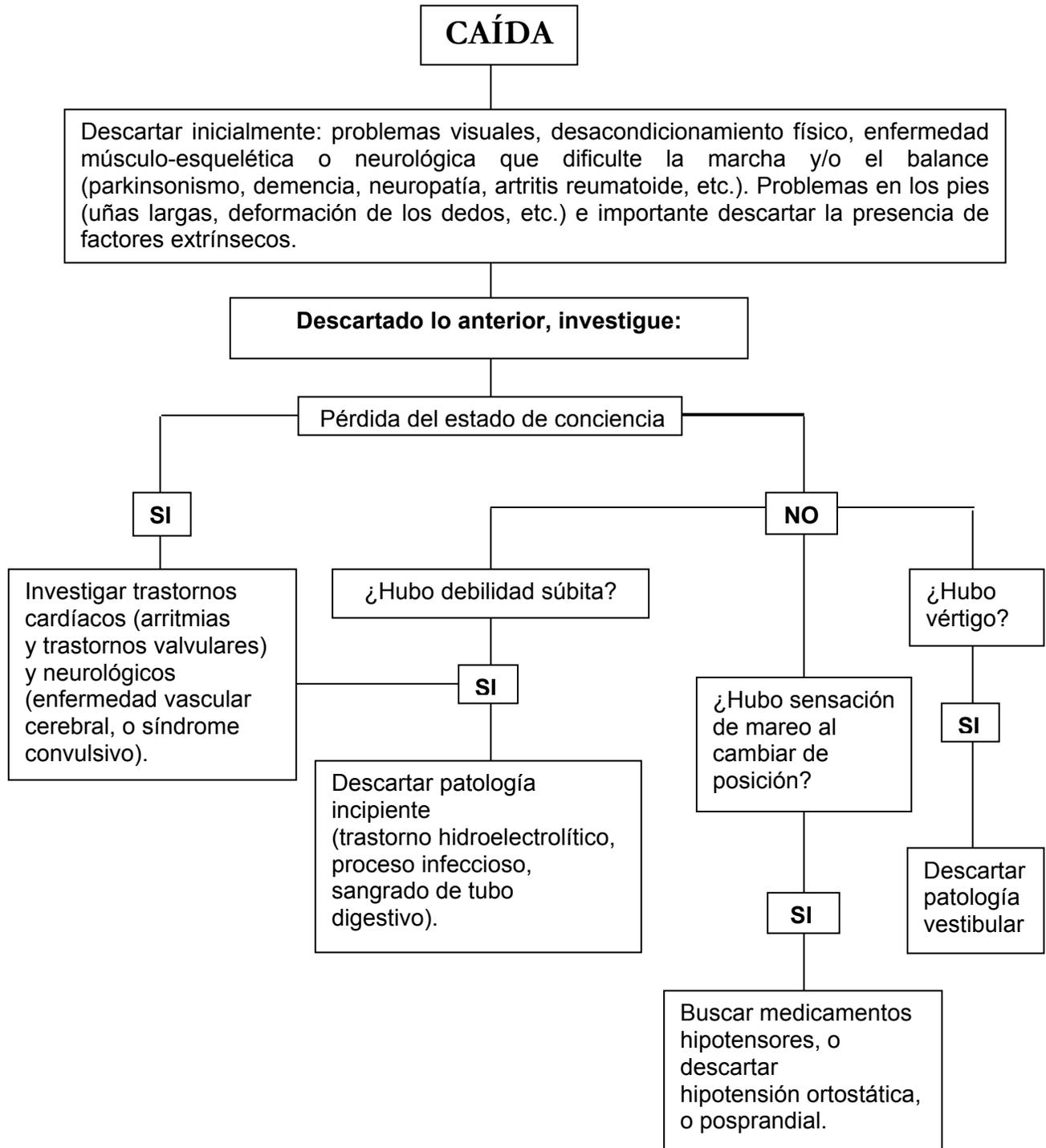
Un correcto abordaje diagnóstico, requiere un interrogatorio adecuado sobre los aspectos que a continuación se relacionan. Estas preguntas nos ayudan a analizar la posible participación de factores que pudieron estar asociados (la presencia de factores extrínsecos puede orientar a una causa accidental).

- **¿CUÁNDO Y CÓMO FUE LA CAÍDA?**
- **¿EN QUÉ LUGAR SUCEDIÓ Y SI HUBO TESTIGOS DE LA CAÍDA?**
Sobretudo en casos con pérdida del estado de conciencia.
- **¿LE HABÍA SUCEDIDO ESTO ANTES?**
Muy importante en casos de trastornos cardíacos, isquemias cerebrales o estados convulsivos que pueden haberse presentado anteriormente.

- **¿SUCEDIÓ DESPUÉS DE COMER?**

En el paciente adulto mayor no es rara la *hipotensión posprandial* (después de comer).

DIAGRAMA 5.2. DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE LAS CAÍDAS



- **¿LA CAÍDA FUE DESPUÉS DE CAMBIAR DE POSICIÓN RÁPIDAMENTE (LEVANTARSE SÚBITAMENTE DE ESTAR ACOSTADO O SENTADO)?**

Esta información correlaciona con hipotensión ortostática, la cual se corrobora cuando al tomarle la presión al paciente, estando sentado y luego al estar de pie, muestra una *caída de la T/A sistólica de 20 o más mm/Hg*.

- **¿TUVO PÉRDIDA DEL ESTADO DE CONCIENCIA?**

Si la hubo, habrá que sospechar causa cardíaca (arritmias o bloqueos cardíacos) o convulsiones (sobre todo si hubo presencia de incontinencia).

- **¿TUVO SÍNTOMAS ASOCIADOS COMO PALPITACIONES QUE PUDIERAN INDICAR UNA ARRITMIA CARDÍACA?, O ¿SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS FOCALES QUE PUDIERAN SUGERIR UNA ISQUEMIA CEREBRAL?**

Evaluar la presencia de datos como fiebre, taquipnea, taquicardia, dolor de pecho e hipotensión que pueden hacer pensar en procesos de tipo infeccioso, infarto agudo de miocardio (IAM), tromboembolia pulmonar (TEP) o de sangrado gastrointestinal.

Si el paciente se mareo al mover la cabeza hacia la izquierda o la derecha, o al girarla súbitamente, habrá que pensar en vértigo, sin embargo en caso de que las caídas estén asociadas a movimientos extremos laterales de la cabeza o se asocien a signos de focalización neurológica (problemas visuales, etc.) deberá descartarse insuficiencia vertebro-basilar.

- **¿EL PACIENTE TUVO SIMPLEMENTE DEBILIDAD SÚBITA DE LAS PIERNAS?**

Este dato es relevante cuando se han descartado las causas anteriores, ya que podría tratarse de “ataques de caída”, entidad inespecífica para algunos autores discutibles, pero que se caracteriza por la debilidad súbita de las extremidades inferiores y la caída sin pérdida del estado de conciencia.

- **¿QUÉ MEDICAMENTOS TOMA EL PACIENTE?**

Finalmente, es muy importante la revisión de diversos medicamentos potencialmente causantes de hipotensión y por ende predisponentes para la presencia de caídas, entre los más importantes están los antihipertensores, los diuréticos, los medicamentos bloqueadores autonómicos, los antidepresivos, los hipnóticos, los ansiolíticos, algunos antiinflamatorios no esteroides (AINES) y los medicamentos psicotrópicos.

Con la información anterior, en la mayoría de los casos, será posible identificar la causa más probable de la caída del paciente, o bien tener sospecha de la misma, sin embargo, algunas de las probables etiologías requerirán de evaluación especializada o de la realización de estudios diagnósticos, no siempre disponibles en el primer nivel de atención, como en el caso de algunos tipos de arritmias cardíacas, infarto agudo del miocardio o ante la posibilidad de valvulopatía (electrocardiograma, ecocardiograma, o holter de 24 hrs.); el estudio de un síndrome convulsivo o una posible enfermedad vascular cerebral (electroencefalograma, tomografía axial

computarizada de cráneo, doppler de carótidas y resonancia magnética nuclear); en una probable trombo-embolia pulmonar (gammagrama ventilatorio-perfusorio).

Una caída puede ser el reflejo de una enfermedad aguda

La evaluación sistematizada de los factores intrínsecos debe proporcionar evidencias importantes de caídas en las personas mayores. (Cuadro 5.1) La misma persona puede caerse en diferentes ocasiones por distintas razones. La caída de origen desconocido es un diagnóstico de exclusión – siempre debe buscarse la causa, es decir, nunca utilizar caída de origen accidental, siempre plantear los factores intrínsecos o extrínsecos.

PRUEBA “LEVÁNTATE Y ANDA”

La “**PRUEBA CRONOMETRADA DE LEVÁNTATE Y ANDA**”, es una prueba auxiliar en el diagnóstico de los trastornos de la marcha y el balance, frecuentemente utilizada en Geriátrica. Consiste en medir el tiempo que tarda el adulto mayor en levantarse de una silla, caminar 3 metros, girar, regresar a la silla y sentarse nuevamente. Si el paciente realiza esta actividad en un tiempo igual o menor a 20 segundos se considera normal, si tarda más en ello, requerirá de evaluación de la alteración detectada. Un tiempo superior a 20 segundos sugiere alto riesgo de caídas.

La ventaja de esta prueba, es su rapidez y facilidad para realizarla en cualquier lugar, además de la importante información que nos brindan los movimientos desarrollados sobre la fuerza de las piernas, la capacidad de balance y de las estrategias de que se vale el adulto mayor para desarrollarlas, aspectos determinantes para la realización adecuada de las actividades de la vida diaria.

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

Las intervenciones para las caídas pueden tener dos propósitos específicos. Uno es la prevención del problema (Cuadro 5.1) y el otro es el tratamiento específico de la causa de la caída (Cuadro 5.2).

3.1.- ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

El médico de atención primaria juega un papel fundamental en la prevención de las caídas. Existen medidas de prevención primaria eficaces si logramos identificar los factores de riesgo, evaluar el riesgo de caída en el paciente adulto mayor y poner en marcha las medidas de prevención.

- Identificar adultos mayores de riesgo (utilizar factores de detección).
- Actuar de manera personalizada sobre los factores de riesgo identificados.
- Enseñar medidas de autocuidado (actividad física regular).
- Enseñar como disminuir riesgos domiciliarios y extradomiciliarios.
- Enseñar como actuar en caso de caída.
- Dar acceso a cuidados podológicos.
- Enseñar sobre la importancia del calzado adecuado.

CUADRO 5.1. LISTA DE REVISIÓN PARA RIESGOS DE CAÍDAS¹

EN TODA LA CASA REVISE SI LO SIGUIENTE ESTÁ EN ORDEN

Los pisos y tapetes están en buenas condiciones, sin obstáculos protruyentes que pudieran ocasionar tropiezos y caídas. Están bien fijos los bordes de las alfombras. si ____ no ____

No hay desorden en los pasillos o sitios estratégicos para el adulto mayor, es decir, los libros, revistas, material de costura y juguetes de los niños se guardan tan pronto como acaban de usarlos. si ____ no ____

La luz es adecuada, es decir, brillante y sin destellos. si ____ no ____

Las luces de noche están en sitios estratégicos en toda la casa, sobre todo en escaleras y el camino del dormitorio al baño. Cuando es posible, se usan interruptores iluminados en las mismas localizaciones de alto riesgo. si ____ no ____

Las sillas y sofás tienen la altura suficiente para permitir que la persona mayor se siente y levante con facilidad. si ____ no ____

Los teléfonos están localizados de tal forma que las personas no tengan que apresurarse a contestarlos. si ____ no ____

Los cables eléctricos no se encuentran en los sitios de paso. Cuando es posible, se acortan y clavan al piso. si ____ no ____

BAÑO

Usa alfombra o adhesivo antiderrapante en la bañera o la ducha. Si se usa alfombra en el piso del baño, la superficie inferior es de hule antiderrapante. si ____ no ____

Tiene barandilla en las áreas de la tina de baño, ducha e inodoro. si ____ no ____

Mantiene el jabón, las toallas u otros objetos de uso en el baño con fácil acceso. si ____ no ____

¹ Adaptado de: Clinical Report on Aging, Vol. 1, No. 5, 1987

El drenaje de agua es apropiado y usa cortina en su bañera para evitar mojar el piso del baño. si ____ no ____

Tiene el interruptor de la luz del baño al lado de la puerta. si ____ no ____

DORMITORIO

Tiene una lámpara o interruptor al alcance de la cama. si ____ no ____

Los tapetes tienen una superficie antiderrapante y no representan un riesgo de tropiezo, sobre todo los que están en el camino al baño. si ____ no ____

COCINA

Los derrames se limpian pronto para evitar resbalones. si ____ no ____

Coloca los utensilios más usados a la altura de la cintura. si ____ no ____

Señala claramente el encendido y apagado de la cocina. si ____ no ____

La mesa y las sillas de la cocina son firmes y seguras. si ____ no ____

PASILLOS

No hay desorden en los pasillos. si ____ no ____

Está libre de obstáculos el camino desde el dormitorio hasta el baño. si ____ no ____

Permanecen apartados del camino los cables del teléfono y de otros aparatos. si ____ no ____

ILUMINACIÓN

Tiene interruptores cerca de todas las puertas y al principio y al final de las escaleras. si ____ no ____

Tiene iluminación suficiente para eliminar las áreas oscuras, especialmente las escaleras. si ____ no ____

Tiene luces nocturnas en el cuarto de baño y en el pasillo que conduce del dormitorio al baño. si ____ no ____

ESCALERAS

Tiene barandillas seguras a ambos lados y a todo lo largo. si ____ no ____

Cuando es posible, se coloca cinta brillante antideslizante en el primer y último escalones para indicar dónde empieza y termina la escalera. si ____ no ____

CALZADO

Tienen sus zapatos suela o tacones que eviten los deslizamientos.	si ____ no ____
Utiliza zapatillas bien ajustadas y que no se salen del pie.	si ____ no ____
Evita caminar descalzo.	si ____ no ____
Sustituye el calzado cuando se gastan las suelas y pudiera resultar resbaladizo.	si ____ no ____

CUADRO 5.2. RIESGO DE CAÍDA Y SU SOLUCIÓN

PROBLEMAS	SOLUCIÓN
AMBIENTE GENERAL	
<u>Iluminación</u>	
- Demasiada oscuridad.	- Iluminación amplia y uniforme.
- Demasiada luz deslumbrante.	- Iluminación uniforme e indirecta.
- Interruptores inaccesibles.	- Instalarlos cerca de las entradas.
<u>Mobiliario</u>	
- Obstrucción del paso.	- Los muebles no deben obstruir el paso.
- Muebles inestables.	- Muebles usados de apoyo con estabilidad.
- Ausencia de reposa-brazo.	- Sillas con brazos ayudan a levantar o sentar.
- Respaldo de las sillas demasiado bajo.	- Los respaldos altos proporcionan sostén al cuello y evitan las caídas hacia atrás.
COCINA	
<u>Armarios y estantes</u>	
- Demasiado altos.	- Colocar los utensilios más usados a la altura de la cintura; los estantes y armarios a la altura del pecho o de la cara.
<u>Suelo húmedo o encerado</u>	- Colocar esteritas de gomas cercanas al fregadero, utilizar calzado con suela de goma.
<u>Sillas o mesas con patas inseguras</u>	- Evitar sillas inseguras o inestables y mesas con trípodes o patas en pedestal.
CUARTO DE BAÑO	
<u>Bañadera</u>	
- Suelo resbaladizo.	- Usar banda antiderrapante, estera o zapatos de goma, utilizar un asiento si es necesario.
- Uso del borde de la bañera como apoyo.	- Colocar un asidero a cada lado de la bañera.
<u>Taza del retrete</u>	
- Demasiado bajas.	- Utilizar tazas del retrete altas (55 cm) y colocar barandillas a uno de los lados.

Botiquín de medicamentos

- Etiquetado incorrectamente.

- Poner etiquetas a los fármacos según sea su aplicación; tener una lupa, luz adecuada.

Puertas

- Cerrojos deficientes.

- No usar cerrojos en las puertas de los baños o usar los que puedan abrirse por ambos lados.

ESCALERAS

Altura excesiva entre los peldaños

- La altura máxima de los peldaños debe ser de *15 cm* aproximadamente.

Pasamanos

- Ausencia de pasamanos.

- Fijarlos bien a ambos lados de las escaleras, deben ser cilíndricos y separados de la pared.

- Longitud inadecuada.

- Deben sobrepasar los extremos superiores e inferiores.

Estructura

- Pendiente excesiva o demasiado larga.

- Colocar descansos intermedios.

Suelo resbaladizo

- Colocar antiderrapantes de seguridad.

Iluminación inadecuada

- Colocar luces al inicio y al final de la escalera.

HABITACIÓN

Camas

- Demasiado altas o demasiado bajas.

- La altura de la cama y del colchón hasta el suelo debe ser de aproximadamente *45 cm*, es decir, al nivel de las rodillas.

- Demasiado estrechas.

- La cama debe ser lo suficientemente ancha que permita al anciano voltearse sin riesgo.

Iluminación

- Interruptor alejado de la cama.

- Se debe colocar una lámpara con interruptor cercano a la cama que pueda ser encendida sin necesidad de levantarse.

Suelo

- Alfombras dobladas, ropas o zapatos desordenados.

- Colocar alfombras de goma o antiderrapantes al borde de la cama; evitar objetos en el piso.

CAMBIO DEL EQUILIBRIO Y LA MARCHA

- Dificultad para levantarse de la silla.

- Sillas con brazos.
- Elevar los asientos.
- Ejercicios musculares.

Inestabilidad del inicio de la marcha.	<ul style="list-style-type: none"> - Levantarse lentamente. - Uso de agarraderas en la pared. - Soporte: bastón. - Tratamiento podológico. - Tratamiento específico.
Inestabilidad con movimientos del cuello.	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar objetos altos: estantes, roperos, etc. - Girar la cabeza junto con el cuerpo. - Tratamiento de fisioterapia. - Entorno sin obstáculos.
Disminución en altura y longitud del paso.	<ul style="list-style-type: none"> - Calzado adecuado. - Evitar objetos en el piso. - Evitar la prisa y los caminos desconocidos. - Rehabilitar la marcha.

3.2.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

CUADRO 5.3. INTERVENCIONES ESPECÍFICAS SEGÚN LA CAUSA DE LA CAÍDA

Accidental o relacionada al ambiente donde vive.	Revisión cuidadosa de los factores ambientales y modificación de los factores identificados.
Trastornos de la marcha y/o el balance.	Programas de actividad física para re-entrenar la marcha y el balance. Prescripción de auxiliares de la marcha (andadores, bastones de apoyo único o apoyo de 4 puntos, etc.).
Parkinsonismo, EVC, artritis, miopatías, neuropatías, enfermedad cardiovascular, enfermedad respiratoria, demencia.	Manejo farmacológico específico. Fisioterapia especializada.
Enfermedad vestibular.	En diagnóstico de vértigo posicional benigno, puede ser suficiente tratamiento con ejercicios vestibulares. En caso de laberintitis o enfermedad de Meniere puede requerirse de manejo especializado.
Ataques de caída.	Rehabilitación de extremidades inferiores.
Insuficiencia vertebro-basilar.	Evitar movimientos laterales extremos de la cabeza.
Confusión.	Dependerá de la causa asociada (infección, desequilibrio hidroelectrolítico, etc.).
Hipotensión postural.	Evitar cambios bruscos de posición (al levantarse de una silla o de la cama, al ir al baño, etc.).
Hipotensión posprandial.	Utilizar bebidas tonificantes después de los alimentos (ejemplo: café con cafeína).
Trastorno visual	(ver guía 11).

3.3.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

EN ADULTOS MAYORES CON CAÍDA:

- Tratar los factores intrínsecos y extrínsecos de riesgo que se encuentren.
- Corregir la polifarmacia.
- Ofrecer rehabilitación.
- Evaluar necesidad de auxiliares de la marcha y entrenar en su utilización.

La familia ante este problema ocupa un papel muy importante, ya que serán los encargados de identificar los distintos factores que pudieran estar involucrados, o bien servirán como observadores de los eventos de caída, pudiendo brindar información para el diagnóstico y para el seguimiento. Es conveniente que la familia se involucre y conozca el problema, ya que el adecuado tratamiento farmacológico de muchas de las patologías mencionadas es primordial para evitar nuevas caídas. La integración del proceso de rehabilitación de los familiares es un aspecto determinante en el manejo (ej: salir a caminar con el adulto mayor, controlar que el paciente haga sus ejercicios, controlar el buen uso de los auxiliares de la marcha: bastón, andador, etc. y siempre evitar en lo posible el uso de la silla de ruedas.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- Las caídas no siempre son eventos accidentales, pueden ser la manifestación de una enfermedad seria subyacente.
- La caída suele conducir a la dependencia por temor de nuevas caídas.
- Además de las consecuencias físicas, las caídas tienen importantes repercusiones psicológicas, económicas y sociales.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

Kane, Robert L., J. Ouslander y I. B. Abrass, Geriatria Clínica. 3a. Edición. México: MacGraw-Hill Interamericana, publicación de PALTEX, Organización Panamericana de la Salud. 1997: 175-195.

King MB, Tinetti ME. Falls in community-dwelling older persons. JAGS 1995; 43:1146-1154.

Rubenstein LZ, Robbins AS. Falls in the elderly: a clinical perspective. Geriatrics 1984; 39(4):67-78.

Tinetti ME, Speechley M. Prevention of falls among the elderly. *New Engl J Med* 1989; 320:1055-1059.

Fundación Novartis para Estudios Gerontológicos: www.healthandage.com , en la sección Health Centers, encontrará una sección sobre caídas y accidentes (falls and accidents). En ella podrá revisar artículos y referencias sobre la prevención y el manejo de problemas relacionados a caídas y accidentes en las personas adultas mayores.

El Instituto Merck de Envejecimiento y Salud: www.miahonline.org/tools/falls/, tiene un "tool kit" muy completo para evaluar riesgo, prevenir y manejar en la atención primaria los problemas de caídas de las personas adultas mayores.

PARTE II:

Confusión Mental o Delirium

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

6



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

- 1.** Describir las características clínicas del delirium y su diferenciación de la demencia.
- 2.** Describir el proceso de diagnóstico y exámenes paraclínicos necesarios.
- 3.** Iniciar el abordaje diagnóstico y terapéutico.
- 4.** Determinar el momento apropiado para la referencia al segundo nivel de atención.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El **DELIRIUM** es un *síndrome cerebral orgánico agudo*, caracterizado por un deterioro global de las funciones cognitivas, depresión del nivel de conciencia, trastornos de la atención e incremento o disminución de la actividad psicomotora. En todos los casos es consecuencia de una **enfermedad somática aguda**.

Hasta una tercera parte de los adultos mayores *hospitalizados*, presentan confusión mental al momento del ingreso o durante la hospitalización. Entre un 10 y 14% de los que se someten a *cirugía general* desarrollan delirium. Después de la *cirugía por fractura de cadera*, hasta la mitad de los pacientes mayores desarrollan un estado confusional agudo. Se desconoce cuál es su verdadera incidencia en el medio comunitario.

Como se observa, los términos: **delirium, confusión, confusión mental o estado confusional agudo** son tomados como *sinónimos* por la literatura.

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

El paciente se presenta con un estado de *desorientación* con fluctuaciones en su intensidad, generalmente con empeoramiento en la noche, tiende a tener una *conducta anormal* con hiperactividad, aunque en ocasiones ocurre lo contrario. Los *trastornos en la atención* son típicos.

Los *trastornos en el ciclo sueño-vigilia* pueden estar presentes, aunque en el paciente mayor no necesariamente tienen que estar relacionados a un síndrome confusional.

**La importancia clínica de la confusión mental aguda
la determina su alta incidencia y el ser el primer indicador
en la mayor parte de los casos, de una enfermedad orgánica aguda.**

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- FACTORES DE RIESGO

Aunque el delirium puede aparecer a cualquier edad, se ha demostrado que su frecuencia aumenta de forma ostensible *después de los 60 años*.

El *deterioro de las condiciones físicas y mentales previas* del paciente, ha demostrado ser un riesgo para desarrollar el síndrome ante *stress clínico o quirúrgico*. Al demostrar la existencia de un síndrome confusional agudo, se reconoce que existe un proceso patológico agudo que lo causa; por lo que trascendental para su manejo, la identificación del mismo.

2.2.- IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE DE RIESGO:

VULNERABILIDAD O FACTORES PREDISPONENTES:

- Edad, cuanta más edad más riesgo.
- Existencia de demencia previa.
- Déficits sensoriales llimitantes y no corregidos.
- Deterioro funcional severo.

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES PRECIPITANTES MÁS FRECUENTES:

- Fármacos, principal factor desencadenante modificable.
- Infecciones: en primer lugar, vías urinarias y respiratorias. Pueden ser banales.
- Deshidratación.
- Desnutrición.
- Dolor, en pacientes con limitación funcional importante.
- Impactación fecal.
- Intervenciones quirúrgicas, sobretodo ortopédicas (fractura de cadera) y cardíacas.

OTRAS CAUSAS MÉDICAS:

- Trastornos hidroelectrolíticos.
- Insuficiencia renal, hepática y/o respiratoria.
- Enfermedades endocrinas.
- Trastornos metabólicos.
- Hipotermia.
- Enfermedades cardiovasculares.
 - Arritmias.
 - Insuficiencia cardíaca.
 - Infarto cardíaco.
 - Tromboembolismo pulmonar.
 - Hipotensión arterial.
- Traumatismos y quemaduras.

ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO:

- Hematoma subdural.
- Enfermedades cerebrovasculares.

- Encefalitis virales o paraneoplásicas.
- Epilepsia.

INTOXICACIÓN O SUPRESIÓN DE SUSTANCIAS O MEDICAMENTOS:

- Intoxicación con drogas.
- Supresión de alcohol y otras drogas.

POR CAUSAS MÚLTIPLES:

- Cuando aparece más de una de las anteriores causas.

2.3.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

- En el adulto joven, *el dolor, la fiebre o la taquicardia* indican la existencia de *enfermedad médica aguda*. En el paciente mayor, es común que estos síntomas estén ausentes y que sea el **delirium** la *primera, y en ocasiones, la única expresión clínica de enfermedad*; la cual muchas veces es una condición médica tratable, pero que amenaza la vida del paciente.
- Múltiples son los procesos que pueden provocarlo, por lo que en estos pacientes se debe realizar un *interrogatorio detallado*, con una *historia medicamentosa cronológica*, el *examen clínico general* y emplear *pruebas de laboratorio* apropiadas para diagnosticar infecciones, trastornos metabólicos y cardiorrespiratorios. No olvide las causas neurológicas; puede ser necesario realizar una tomografía computarizada o un estudio del líquido cefalorraquídeo, procedimientos que justifican la referencia a un segundo nivel de atención.
- Es posible obtener datos de interés en la búsqueda de la etiología, con una cuidadosa confección de la *historia clínica*. Debe realizarse la búsqueda de *signos que sugieran una causa médica general*, tales como: evidencias de infección, deshidratación o trastornos metabólicos de seriedad como es el caso de la hipoglucemia. Es infrecuente que un infarto agudo del miocardio o un tromboembolismo pulmonar tengan como debút este síndrome.
- La *revisión cuidadosa de la historia medicamentosa del paciente* puede alertarnos sobre la posibilidad de que ésta sea la causa del problema. Muchas drogas son capaces de producir el síndrome sin necesidad de grandes cantidades de medicamentos para que el cuadro se desarrolle. Es también muy frecuente que la supresión brusca del tratamiento con determinadas drogas pueda ser el factor desencadenante del delirium.
- Las *causas neurológicas* son también una etiología frecuente. Es muy útil la búsqueda de signos de focalización neurológica; cuando aparecen pueden ser

muy orientadores en el diagnóstico, aunque su ausencia no nos asegura la posibilidad de que la confusión sea debida a una de estas causas.

- En muchas ocasiones existe *más de una causa* que podría explicar el síndrome y en muchos casos es imposible determinar cuál es la que llevó al paciente a este estado; se dice entonces que la confusión ha tenido causa múltiple.
- Aunque el Manual Diagnóstico de las Enfermedades Mentales (*DSM-IV*) no reconoce los *factores psicológicos o sociales* como causa de delirium, muchos autores insisten en que estos son capaces de producirlo. Entre los factores que más se mencionan están: la privación sensorial, la inmovilización, la admisión en hospitales, el cambio de hogar y/o la depresión.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO

1. Cuidadosa historia clínica, tanto al paciente como a la familia.
2. Algoritmo diagnóstico: CAM (Confusion Assessment Method: Inouye et al.)
 - a Inicio brusco y curso fluctuante.
 - b Inatención.
 - c Pensamiento desorganizado.
 - d Alteración del nivel de conciencia.

Se requiere la presencia de a + b + c ó d.

Mientras no se demuestre lo contrario, todo cambio brusco con respecto al nivel previo del estado cognitivo, debe interpretarse como un delirium.

SEGÚN DSM-IV LOS CRITERIOS BÁSICOS PARA EL DIAGNÓSTICO SON:

- Trastornos de la conciencia (reducción de la claridad para reconocer el medio), con reducción de la habilidad para focalizar y sostener la atención.
- Cambios en la cognición (tales como disminución de memoria, desorientación y trastornos del lenguaje) o el desarrollo de trastornos de la percepción. Estos trastornos no deben ser atribuibles a un proceso demencial previo o en evolución.
- El trastorno se desarrolla en un corto período de tiempo (usualmente días u horas) y los síntomas fluctúan en el transcurso del día.
- Evidencias por la historia, el examen físico o los exámenes complementarios de que el trastorno es consecuencia fisiopatológica directa de una condición médica general, por intoxicación, uso de medicación o por más de una causa.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL SÍNDROME CONFUSIONAL

- La demencia puede ser confundida con el delirium, y de hecho, los dementes tienen mayor susceptibilidad para desarrollar una confusión aguda, especialmente los pacientes con demencia por cuerpos de Lewy difusos, en quienes el delirium es un rasgo típico y precoz.
- Por el grado de desorganización del pensamiento, las alucinaciones y el incremento de la actividad psicomotora, muchos pacientes con delirium pueden ser diagnosticados y tratados erróneamente como psicóticos. Esto es muy peligroso, ya que no permite identificar y tratar la condición médica relacionada con el trastorno.
- Las características que permiten diferenciar a la demencia de estos cuadros de síndrome confusional agudo se muestran en el cuadro 6.1.

CUADRO 6.1. COMPARACIÓN ENTRE EL DELIRIUM Y LA DEMENCIA¹

Delirium	Demencia
Comienzo repentino	Comienzo insidioso.
Momento preciso de comienzo	Momento impreciso de comienzo
Suele ser reversible	De progresión lenta
Duración breve (normalmente, de días a semanas)	Duración prolongada (años)
Fluctuaciones (por lo general, de minutos a horas)	Días buenos y días malos
Niveles anormales de conciencia	Nivel de conciencia normal
Se asocia típicamente con la administración de fármacos, o con enfermedad aguda	Típicamente, no hay asociación fármacos o enfermedad aguda
Casi siempre es peor por la noche (sundowning o síndrome del anochecer)	Suele empeorar por la noche
Desatención	No mantiene la atención
Desorientación variable	Desorientación temporal y espacial
Lenguaje típicamente lento, incoherente e inapropiado	Posible dificultad para encontrar la palabra correcta
Recuerdo deficiente, pero variable	Pérdida de la memoria, en especial para acontecimientos recientes

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

- Mantener un estricto balance hidroelectrolítico, una nutrición apropiada y es recomendable la administración de suplementos vitamínicos.
- Monitorizar el estado mental y las funciones vitales y garantizar un ambiente tranquilo, con rostros familiares al paciente, así como proveer objetos y en lo posible lugares comunes.

¹ Adaptado de: Manual Merck de Geriatria. 2a. Edición. Madrid: Ediciones Harcourt, S.A. 2001:353.

- Cuando los pacientes presentan inquietud o agitación hay tendencia a sujetarlos en el lecho. Esta conducta generalmente tiende a empeorar su estado y hacerlo menos tolerables, por lo que debe evitarse.
- El delirium frecuentemente empeora durante la noche, la oscuridad propicia su presentación, por lo que se recomienda mantener la habitación bien iluminada, incluso durante la noche.
- El insomnio, que molesta tanto al paciente como a sus cuidadores, puede tratarse con benzodiazepinas de acción corta o intermedia como el lorazepan, oxazepan o temazepan, mientras que la agitación puede responder al haloperidol.
- Cuando se requiera un tratamiento sintomático para los trastornos conductuales, será importante que se seleccionen siempre las drogas con menor efecto anticolinérgico.

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

- La corrección precoz de los déficits sensoriales.
- Movilización precoz.
- Colocación en la habitación del hospital o del hogar, un reloj de pared y calendario.
- La corrección precoz de los desequilibrios metabólicos, el tratamiento oportuno de las infecciones y el cuidado en el empleo de las drogas, son esenciales medidas de prevención contra estados confusionales.
- Es importante, en el adulto mayor que se hospitaliza, mantener un ambiente tranquilo y de confianza. Debe recibir información del lugar y los horarios, y de ser posible, tener una ventana con acceso a la luz del día y la presencia de un familiar cercano.
- El enviar al paciente lo más rápido posible a su casa, es una medida muy importante que evita la confusión, así como las infecciones nosocomiales que son, con frecuencia, una de delirium.

3.3.- INTERVENCIONES EN PACIENTES CON DEMENCIA

En estos pacientes y ante la presencia de delirium, estará indicado un análisis de orina por la frecuencia de infecciones urinarias que pueden pasar desapercibidas, así como una revisión de todos los fármacos.

Principios del tratamiento farmacológico:

- No hay fármaco ideal y cualquier fármaco puede empeorar el delirium.
- Son deseables fármacos con:
Escaso efecto anticolinérgico.

Escaso efecto hipotensor.

Escaso efecto sobre el centro respiratorio.

- La elección vendrá dada por:
Facilidad de administración.
Efectos secundarios a evitar.
- De elección, un neuroléptico. Entre ellos, el Haloperidol.
- Necesario:
Monitorización diaria.
Reajustar dosis según respuesta.

3.4.- ATENCIÓN A LOS CUIDADORES

Los cuidadores de pacientes con delirium sufren extraordinariamente las interminables noches de angustia tratando de controlar a un paciente agitado, lo que repercute en su salud. Es importante que se realice rotación adecuada entre los cuidadores y que éstos no desatiendan sus propios problemas de salud. Es importante que conozcan, que si bien, generalmente el delirium es una condición reversible, puede tomar un mes o más la recuperación del enfermo.

3.4.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUCIÓN O ATENCIÓN

- Lo usual en presencia de delirium, es que el paciente deba ser *hospitalizado*, a menos que la causa del mismo sea clara y el tratamiento sea posible en su domicilio.
- La presencia de un delirium *hipoactivo*, suele asociarse con una enfermedad grave que requiere hospitalización.
- La *persistencia* del estado confusional, a pesar de la corrección de las anomalías que en apariencia le dan origen, obliga a su referencia para una más profunda evaluación.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- Es necesario *buscar sistemáticamente la causa* de la confusión mental aguda para destacar alteraciones tratables como: trastornos metabólicos, infecciones y causas de gasto cardíaco bajo.
- Los *medicamentos* son causa frecuente de delirium en los mayores.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

APA Guideline Practice for the Treatment of patients with Delirium. Am J Psy 1999; 156 (59): 1-20 suppl. www.psychguides.com.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth edition (DSM-IV), published by the American Psychiatric Association, Washington D.C., 1994. <http://www.psychology.net/dsm.html>.

Beers, Mark H. y Robert Berkow. The Merck Manual of Geriatrics. Edición 2000 disponible en internet : www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/.

Breitbart W, Rosenfeld B, Roth A, et al. The Memorial Delirium Assessment Scale. J Pain Symptom Manage. 1997; 13 (3): 128-137.

Inouye SK et al. The Confusion Assessment Method. Annals int med. 1999; 113: 941-948.

Inouye SK, Bogardus ST, Charpentier P, Leo-Summers L, Acampora D; Holford and Cooney LM. A Multicomponent Intervention to Prevent Delirium in Hospitalized Older Patients. NEJM 1999; 340(9): 669-76

Jahnigen DW. Delirium in the elderly hospitalized patient. Hosp Pract 1990; 25(8):135-157.

Kane, Robert L., J. Ouslander y I. B. Abrass, Geriatria Clínica. 3a. Edición. México: MacGraw-Hill Interamericana, publicación de PALTEX, Organización Panamericana de la Salud. 1997: 75-83.

PARTE II:

Cuidado de los Pies

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

7



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

1. Describir las más frecuentes afecciones estáticas del pie y sus manifestaciones clínicas.
2. Efectuar el diagnóstico diferencial de lesiones dolorosas del pie.
3. Iniciar el manejo terapéutico de las más comunes afecciones podiátricas y referir oportunamente al especialista.
4. Identificar las medidas de higiene y autocuidado que deben ser sistemáticamente recomendadas.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Las afecciones de los pies son importantes, dada la relevancia que éstos tienen para la vida y el mantenimiento de la independencia. Su alteración es fuente de sufrimiento y pone en peligro la independencia funcional y autonomía de la persona mayor.

El pie es un órgano. En él encontramos un complejo sistema osteoarticular, muscular, vascular, linfático y nervioso que le confiere un diseño y arquitectura capaz de desempeñar dos funciones esenciales: una **estática**, dada por el *apoyo* y el *equilibrio* que le dan al ser humano la actitud erecta en bipedestación; la otra **dinámica**, que le permite la *marcha* y todos los *movimientos* ejecutados en distintas funciones a los que el pie es sometido por el hombre en su vida cotidiana, laboral, artística o deportiva.

El pie no envejece en forma separada, sino que se ve naturalmente afectado por el proceso de envejecimiento. Toda su economía se ve involucrada. Podemos encontrar afecciones articulares, musculares, esqueléticas, ortopédicas, metabólicas, vasculares, neuropáticas y dermatológicas que van a producir alteraciones en su funcionamiento.

Además, se atrofia el cojinete graso plantar, comprometiéndose así su función amortiguadora. Esto favorece la manifestación de las alteraciones estáticas del pie por fricción o presión del calzado. Por otra parte, la piel es un órgano de choque de afecciones metabólicas y vasculares. Sin embargo, es excepcional que las afecciones del pie impidan la marcha, pero sí pueden hacerla difícil y dolorosa.

Los problemas comunes de los pies resultan tanto de ciertas enfermedades, como de años de desgaste, calzado inapropiado, cambios tróficos por insuficiencia vascular, mal cuidado de las uñas, déficit sensorial, obesidad o enfermedad incapacitante.

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

El pie es un indicador del estado general de salud; hay enfermedades sistémicas como la diabetes, la artrosis y la gota, que se manifiestan en esta región anatómica.

Las afecciones de los pies, son causa frecuente de incapacidad pero suelen no ser reportadas espontáneamente. Los trastornos de la marcha, la inmovilidad prolongada y las caídas recurrentes pueden ser formas de presentación de alteraciones sistémicas generales y/o estáticas o dinámicas del pie.

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

Los problemas comunes de los pies resultan tanto de patologías propias del envejecimiento normal y patológico, como de viejas patologías en personas que llegan a la edad avanzada. A esos factores debemos agregarles los “factores externos” como: estilos de vida, costumbres, profesión, calzado inadecuado, uso inapropiado de ortesis, riesgos determinados por el medio (barreras arquitectónicas).

2.1.- FACTORES DE RIESGO

Existen patologías que han demostrado ser factores de riesgo para producir alteraciones de los pies; la *diabetes* es la más conocida. El manejo de esta enfermedad exige de un manejo especializado y profesional de los pies, evitando complicaciones. Otras enfermedades que afectan la circulación vascular de esta área, ya sea arterial, venosa o linfática, pueden producir daños podiátricos permanentes si no son vigiladas adecuadamente. Las enfermedades articulares degenerativas o inflamatorias pueden ser también factores de riesgo. La higiene del calzado debe también tomarse en cuenta.

2.2.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

EL EXAMEN CLÍNICO DEL PIE DEBE SER SISTEMÁTICO Y EXHAUSTIVO:

- El interrogatorio permite precisar si hay dolor y dónde, la presencia de alteración funcional y los antecedentes relevantes (diabetes, flebitis, artrosis).
- Cada pie debe ser observado, palpado y movilizado sin apoyo para observar la piel, los vasos y superficies de prominencias óseas; primero en declive y seguidamente elevándolo para detectar falla circulatoria.
- El examen del pie debe hacerse, tanto en reposo como durante la marcha, buscando cambios estructurales y disfunción en la deambulación.
- Siempre que sea posible, el examen físico debe auxiliarse del *podoscopio* para buscar *alteraciones estáticas* y *zonas de presión excesiva*.

CRITERIOS DE VALORACIÓN DEL PIE DEL ADULTO MAYOR:

- Antecedentes personales.
- Examen físico ortopédico (en carga, en descarga y en marcha).
- Examen neurológico (exploración sensorial, motora y autonómica).
- Examen dermatológico (piel, uñas, vellos, hidratación).
- Examen osteoarticular.
- Valoración de funcionalidad (Escala de Tinetti :equilibrio y marcha).
- Exámenes paraclínicos

LOS SÍNDROMES CLÍNICOS MÁS FRECUENTES DE LA PATOLOGÍA DEL PIE SON:

- Las patologías estáticas y tróficas.
- Las alteraciones tróficas ungueales.
- El dolor, en ausencia de alteraciones estáticas.

- Las manifestaciones podológicas de enfermedad crónica.

LAS PATOLOGÍAS ESTÁTICAS Y TRÓFICAS:

Las alteraciones anatómicas más frecuentes son: el equinismo, como secuela neurológica, el pie cavo anterior y el hallux valgus. También se ven con frecuencia el pie valgo y plano, y el pie de Charcot¹ en las personas de edad avanzada.

Manifestaciones clínicas:

- la metatarsalgia y la talalgia.
- el conflicto pie / calzado.
- las hiperqueratosis y las patologías ungueales.

Las causas de la *metatarsalgia* son variadas, pero una es particularmente frecuente en el adulto mayor: la hipotonía de la musculatura intrínseca del pie, que causa subluxaciones de las pequeñas articulaciones.

Las *hiperqueratosis* y *úlceras tróficas*, usualmente son el resultado de la hipoxia tisular producida por una presión exógena excesiva y/o prolongada (calzado). La repercusión de la presión crónica sobre los tejidos subcutáneos puede manifestarse mediante la formación de bursas que podrían infectarse, fistulizarse e incluso provocar osteomielitis.

El *pie cavo anterior* se caracteriza por una verticalización de la paleta metatarsiana y la existencia de un desnivel del antepie. Clínicamente, el paciente se queja de metatarsalgia, y la presión anómala se manifiesta por callos : si se mantiene el arco anterior, habrán callos bajo las cabezas del 1° y 5° metatarsianos; si éste se ha desplomado, estarán bajo las cabezas del 2°, 3° y 4° metatarsianos. El *antepie plano o convexo* constituye una forma avanzada de la deformidad.

El *hallux valgus* se debe a que la primera articulación metatarsofalángica está desalineada por la aducción proximal y abducción distal del 1° metatarsiano. En este estado, las articulaciones anormalmente fijas se inflaman y causan dolor al roce del calzado con la exostosis en la cara medial de la cabeza del 1° metatarsiano.

Los ortejos en martillo pueden presentarse en al menos **tres maneras distintas**: afección proximal, distal, total o invertida. Usualmente se asocian a otras alteraciones estáticas del pie (pie cavo o plano, o hallux valgus), o bien, a alteraciones neurológicas o reumatológicas que conducen a un desequilibrio entre los flexores y extensores de los ortejos. La deformidad suele ser dolorosa; el roce motiva la aparición de callos dorsales que con frecuencia se complican con bursitis, callos interdigitales o

¹ Debido a neuropatía periférica, que ante traumas repetitivos inadvertidos, progresivamente lleva a debilidad ligamentosa, dislocaciones articulares, erosión ósea, formación de osteofitos, daño cartilaginoso y deformidad del pie, más frecuentemente a nivel del metatarso y el tarso. Pueden haber cambios inflamatorios, pero habrá dolor.

subungueales. La alteración puede evolucionar hasta la *luxación dorsal espontánea*, que es dolorosa e irreducible.

LAS ALTERACIONES TRÓFICAS UNGUEALES:

Son frecuentes y aparatosas:

- La onicomycosis es una infección por hongos.
- La onicogriposis es una alteración de la lámina ungueal en forma de cuerno, etiologicamente debida a un conjunto de factores: enfermedades sistémicas, nutricionales, micro y macro traumatismos y negligencias. Se caracteriza por un engrosamiento del cuerpo de la uña que puede alcanzar grandes proporciones.
- Los hematomas subungueales son debidos a traumatismos o a fragilidad capilar.
- Las uñas encarnadas, son aquellas cuyo borde se incrustó en la piel del orjejo. Generalmente, esto sucede al cortar mal las uñas. Las uñas encarnadas suelen ser las del primer orjejo.

EL DOLOR EN AUSENCIA DE ALTERACIONES ESTÁTICAS:

El dolor puede ser manifestación de *alteración mecánica, artrosis o déficit circulatorio*.

También puede ocurrir simultáneamente afección vascular con modificación de la temperatura o del volumen del pie.

DISTINTAS CIRCUNSTANCIAS ORIENTAN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Dolor súbito en el *antepie*: investigar fractura por estrés y descartar neuralgia de Morton por compresión de nervios interdigitales.
- Dolor súbito en el *tobillo* en presencia de cambios inflamatorios: descartar artropatía por cristales, insuficiencia venosa y celulitis.
- Dolor en decúbito EN QUE PARTE? el talón?: puede ser secuela de escaras del talón.
- Dolor y parestesias bajo la cabeza de los metatarsianos: debe investigarse un síndrome del canal tarsiano.
- Dolor exquisito, calor y rubor en un pie que no soporta el roce de las sábanas: se puede tratar de eritromialgia, que suele ceder a la administración de aspirina.

LAS MANIFESTACIONES PODOLÓGICAS DE ENFERMEDAD CRÓNICA:

- En el enfermo con *insuficiencia arterial*: es necesario distinguir entre las callosidades banales y las lesiones isquémicas incipientes que comienzan en las

mismas zonas de roce o apoyo anómalos. Su aspecto peculiar se caracteriza por una *zona negra indurada, rodeada de un halo eritematoso* que toma a veces el aspecto de un hematoma. Tales lesiones *tienden a ulcerarse*.

- En el diabético adulto mayor, el cuidado acucioso del pie afectado por neuropatía y arteriopatía tiene una importancia mayúscula. El riesgo de infección de difícil control es alto. En cuanto al mal perforante plantar, éste es descubierto con frecuencia si se busca sistemáticamente.

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

LAS ALTERACIONES TRÓFICAS UNGUEALES

- Su atención necesita del podólogo. Las micosis ungueales suelen ser de difícil resolución, pues necesitan de un tratamiento sistémico por períodos que se prolongan hasta por más de 6 meses.

EL DOLOR EN AUSENCIA DE ALTERACIONES ESTÁTICAS

- El dolor debe ser atendido según su causa etiológica.
- Si existen lesiones fisuradas con hiperqueratosis, secundarias a lesiones de talón, éstas pueden tratarse con vaselina salicilada al 5% hasta la desaparición de la hiperqueratosis. Si la piel es fina y atrófica conviene lubricar y luego proteger con una talonera acojinada durante la noche.
- La eritromialgia suele ceder ante la administración de aspirina.
- En presencia de talalgia, si el dolor es dorsal, una talonera en herradura suele dar un alivio suficiente.

LAS MANIFESTACIONES PODOLÓGICAS DE ENFERMEDAD CRÓNICA

- En casos de lesiones con tendencia a ulcerarse por daño isquémico, se impone una vigilancia estricta con desinfección local y eliminación de la presión anormal.
- El tratamiento del mal perforante plantar, debe ser atendido por un especialista de pie. Es posible que la descarga del apoyo con una barrera metatarsiana, sea suficiente pero podría necesitar de medidas terapéuticas de mayor especialidad.
- En el paciente con hemiplejía, el pie equino varo puede ser prevenido con la colocación de una ortesis, y eventualmente mediante una tenotomía del tendón de Aquiles realizada bajo anestesia local. Además se puede beneficiar de medidas rehabilitadoras fisioterapéuticas.

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

ALGUNOS CONSEJOS PARA EL AUTOCUIDADO:

El pie es con frecuencia descuidado en las personas mayores por serles inaccesible. Debe aconsejarse la supervisión por una tercera persona y periódicamente por un podólogo.

Es recomendable:

- Lavar los pies todos los días con agua y jabón y secarlos meticulosamente con toalla suave de algodón, especialmente entre los dedos. Para aquellas personas que no lleguen a sus pies, pueden utilizar, si el caso lo requiere, un secador o ventilador con aire frío o tibio a **50 cm** de distancia de sus pies.
- Hay que lavar el pie, *no ponerlo en remojo o sumergirlo durante mucho tiempo*, pues esta práctica debilita la piel, la macera y la hace susceptible a infecciones.
- Usar lanolina o crema semejante, para humectar la piel y prevenir fisuras. *No se debe colocar crema entre los dedos* pues favorece la proliferación de hongos y bacterias. Si la piel es húmeda y transpira, se deben utilizar *talcos, desodorantes o alcohol-éter para pie*, aconsejados por el podólogo.
- Mejorar la circulación de la sangre en los pies puede ayudar a prevenir problemas. La exposición a temperaturas frías o calientes, la presión de los zapatos, el estar sentado durante períodos largos o el tabaquismo puede reducir el flujo de sangre en los pies. Incluso sentarse con las piernas cruzadas o usar ligas elásticas o calcetines ajustados pueden afectar la circulación.
- Usar medias o calcetines limpios, en lo posible de fibras naturales: algodón en el verano y lana en el invierno. No usar medias zurcidas o rotas, con costuras, ajustadas u holgadas. No usar ligas, pues impiden la buena circulación sanguínea.
- *Toda lesión en el pie debe ser evaluada.*
- Inspeccionar diariamente los pies: Si hay disminución de la visión o del movimiento, se debe solicitar ayuda a otra persona para la revisión periódica de los pies. También se puede utilizar un espejo para visualizar mejor la planta del pie. Buscar: ampollas, durezas, grietas, erosiones, zonas enrojecidas con calor local o inflamación, escamas o zonas de dolor.
- *No usar antisépticos fuertes, ni callicidas.*
- Al lastimarse los pies, se debe lavar la herida con abundante agua y jabón neutro, secar bien con una toalla limpia o papel absorbente desechable, colocar un vendaje con gasa y acudir a un centro de salud.
- Usar zapatos cómodos que calzen bien puede prevenir muchas dolencias del pie. El ancho del pie puede aumentar con la edad. Es conveniente medir los pies antes de comprar zapatos. La parte superior de los zapatos debe estar confeccionada en un material suave y flexible que se amolde a la forma del pie.

El zapato debe de tener un tacón bajo o medio. La punta debe ser amplia que permita el movimiento de los dedos.

- Para evitar las uñas encarnadas, éstas se deben cortar dejando el borde recto y alineado con la parte superior del dedo. El mal corte produce uñas encarnadas, callos laterales, infección y dolor.
- *No andar descalzo.*
- Si los dedos están muy juntos, usar torundas de algodón o lana entre los dedos para prevenir posibles roces.
- No utilizar productos para los pies por propia iniciativa. Muchos preparados que se utilizan para los pies, tales como callicidas, desinfectantes o antisépticos y pomadas son lo suficientemente fuertes como para provocar una lesión.
- No aplicar calor directo (botella de agua caliente, almohadillas calientes, calentadores eléctricos, cobertores eléctricos) a los pies, ni estar muy cerca de la estufa, particularmente en presencia de neuropatía.
- Realizar ejercicio o caminatas diarias con calzado cómodo. En casa puede realizar ejercicios con las piernas y pies. El tipo de ejercicio, intensidad, duración y frecuencia de cada sesión, deben estar adaptados según la condición física.
- El sedentarismo debe evitarse.

3.3.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUCIÓN O ATENCIÓN

LAS PATOLOGÍAS ESTÁTICAS Y TRÓFICAS

Todo paciente en estas circunstancias ha de ser referido a un ortopedista, a un médico traumatólogo o un podólogo para evaluación y para la prescripción de las ortesis que permitan la liberación de las zonas de presión anormal.

La cirugía correctiva rara vez está indicada en el *hallux valgus*, pero la resección de la exostosis puede bastar para un alivio duradero. En caso de contraindicación o rechazo por parte del paciente, una ortesis elaborada a la medida puede evitar el roce doloroso del calzado.

En los *dedos en martillo*, una ortesis correctamente adaptada suele ser suficiente si es posible su vigilancia y colocación cotidiana. De no ser así, la tenotomía del extensor bajo anestesia local puede ser preferible. Ambas requieren de la revisión previa por el ortopedista. Las *luxaciones dolorosas* necesitan tratamiento quirúrgico, siendo su urgencia determinada por la situación neurológica.

EL DOLOR EN AUSENCIA DE ALTERACIONES ESTÁTICAS

En casos de *tendinitis plantar con espolón calcáneo*, debe ser el especialista quien brinde el tratamiento de elección: la infiltración local de esteroides y la prescripción de una ortesis que evite el apoyo en la inserción tendinosa.

LAS MANIFESTACIONES PODOLÓGICAS DE ENFERMEDAD CRÓNICA

El manejo de las causas y manifestaciones puede ser complejo y la intervención precoz y adecuada puede ser muy importante en el pronóstico. Por lo tanto, ante la duda, puede ser de utilidad la consulta con el especialista.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- Es prioritario aliviar el dolor del pie para mantener el perímetro de marcha.
- Es necesario identificar precozmente las lesiones tórpidas y prevenir su deterioro, a través de consejos simples de higiene y cuidados por *parte del podólogo*.
- Examine sistemáticamente el calzado y aconseje las necesarias modificaciones.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

Alexander I. The Foot, Examination and Diagnosis, 2nd ed. New York: Churchill Livingstone; 1997.

Beers, Mark H. and Robert Berkow, (Internet edition) Published by Merck Research Laboratories, Division of Merck. www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/

Birrer RB, Dellacrote MP, Grisafi PJ. Common Foot Problems in Primary Care. 2nd ed. Philadelphia: Henley & Belfus, Inc.; 1998.

Bulat T, Kosinski M. Diabetic foot: strategies to prevent and treat common problems. Geriatrics 1995; 50(2):46-55.

Goldenberg L. Straightforwrd Principles for Management of the Diabetic Foot. Geriatrics Vol.4, (1) Jan/Feb 2001. (www.geriatricsandaging.ca)

Helfand AE Diseases and Disorders of the Foot in Geriatrics Review Syllabus: A Core Curriculum in Geriatric Medicine. 5th ed. Malden, MA: Blackwell Publishing for the American Geriatrics Society; 2002.

Helfand AE. Avoiding disability: care of foot problems in the elderly. Geriatrics 1987; 37(11):49-58.

Shereff MJ. Geriatric foot disorders: how to avoid undertreating them. *Geriatrics* 1987; 42(10):69-80.

El portal feetnet tiene información para el investigador, para el médico y para el paciente sobre varios temas relacionados al cuidado de los pies.
<http://www.feetnet.com/about/index.html>

PARTE II:

Depresión

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

8



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

1. Conocer los criterios diagnósticos de la depresión.
2. Identificar las diferencias de los estados depresivos en el adulto mayor con respecto al joven.
3. Conocer las peculiaridades terapéuticas de la depresión en el paciente de edad avanzada.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La depresión no es tristeza únicamente. La depresión es una enfermedad que debe ser tratada. La depresión no es en modo alguno parte necesaria del envejecimiento. Los síntomas y las enfermedades depresivas son comunes y deben ser tratadas, aunque sus signos con frecuencia pasan desapercibidos. Las personas deprimidas sufren de desesperanza y pueden pensar que es inútil reportar sus síntomas. Además, por la estigmatización social asociada a la enfermedad mental, algunos adultos mayores no mencionan estos problemas. Si topan con un médico que no dé importancia a estas quejas o que piensa que son parte del envejecimiento, seguro el diagnóstico será pasado por alto.

En realidad, la depresión de las personas de edad es frecuente. Hay que saber reconocerla y tratarla, pues los resultados terapéuticos pueden ser excelentes. El médico debe dejar a un lado algunas ideas preconcebidas: ***no hay tristeza legítima por el hecho de ser viejo.***

La depresión afecta a más personas de lo que se piensa. Se estima que hasta 1 de cada 4 personas pasan por una depresión mayor en algún momento de su vida. En términos generales, se afirma que, independientemente del componente depresivo presente en toda enfermedad, la depresión puede afectar a 1 ó 2 de cada 10 individuos. La depresión es más frecuente en los años que preceden al retiro, disminuye en la década siguiente y, otra vez, su prevalencia aumenta después de los 75 años. La prevalencia de síntomas depresivos en adultos mayores que viven en la comunidad es de 14 a 25%. La presencia de depresión en los adultos mayores aumenta sus niveles de morbilidad, dada su frecuente interferencia en el tratamiento y la rehabilitación de otras patologías y su alta tasa de suicidios (18%).

Cuando utilizamos el término “depresión” en este texto, estamos hablando de la **depresión mayor**, una enfermedad común y con síntomas muy concretos, de una intensidad y duración considerables, que pueden afectar el comportamiento y el bienestar de una persona de muchas y muy diversas maneras. La depresión limita la capacidad para llevar a cabo las actividades normales de la vida cotidiana. Al igual que cualquier otra enfermedad, los síntomas de la depresión pueden variar en función de las personas.

Perfil de paciente adulto mayor con riesgo de desarrollar cuadro depresivo:

- Antecedentes depresivos previos;
- Enfermedad médica incapacitante, sobretudo si el deterioro supone un cambio drástico y súbito respecto al nivel funcional previo, ej: ECV.
- Enfermedad dolorosa, ej: neoplasia, enfermedad osteoarticular deformante.
- Pérdida reciente de cónyuge.
- Cambio de domicilio habitual o ingreso a una institución.

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

Es poco frecuente que las personas mayores, acudan al médico quejándose de un estado de ánimo deprimido. Lo usual es que éste se reconozca en el contexto de una visita al médico por otros motivos y que el paciente presente: fatiga matutina, enlentecimiento psicomotor y aplanamiento afectivo; intranquilidad, nerviosismo y ansiedad; alteración del ritmo nictohemeral (del día y la noche); alteración del apetito (usualmente anorexia); cambios en el carácter (como irritabilidad) y/o múltiples quejas somáticas mal sistematizadas.

1.2.- PEFIL DE RIESGO DE SUICIDIO

Las personas adultas mayores forman el grupo etario que con más frecuencia se suicida. Se estima que la relación entre intentos de suicidios y suicidio consumado es de 1.1/1.0. Es decir, casi todos los intentos de suicidio en adultos mayores, se consuman.

Los adultos mayores utilizan los *medios más letales*, aunque no se pueden desdeñar los llamados *suicidios latentes o pasivos* (ej: abandono de tratamiento o rechazo de la ingesta).

La depresión, es la enfermedad psiquiátrica más frecuente en las personas que se suicidan.

Se estima que la mayoría de las personas que se suicidan, (el 75%,) visitan a su médico de cabecera en el mes previo. Entre un tercio y la mitad visitan a su médico en la semana anterior por motivos distintos a la depresión. La mayoría de ellos cursaba su primer episodio depresivo, y en muchas ocasiones, no había sido diagnosticado y por tanto, no era tratado.

Perfil de paciente adulto mayor con riesgo de suicidio:

- Género masculino.
- Vivir solo.
- Enfermedad depresiva severa.
- Insomnio persistente.
- Inquietud psicomotora importante.
- Enfermedad médica severa, dolorosa, y/o incapacitante.
- Pérdida reciente del cónyuge.
- Institucionalizado o dependiente para cuidados a largo plazo.

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- PRINCIPALES CAUSAS

La depresión no es provocada por un solo factor; lo habitual es que en ella intervengan varios elementos. Aunque la causa exacta de la depresión no está clara, la investigación ha mostrado que en muchos casos puede ir asociada a una carencia o desequilibrio de varios neurotransmisores, incluyendo la serotonina y la noradrenalina.

No está claro por qué algunas personas se deprimen y otras no. En algunos casos sucede sin razón aparente, y en otros se ve desencadenada por un acontecimiento determinado, por un hecho negativo, o por la suma de una serie de golpes psicológicos o traumáticos para el individuo. Las personas cuyos parientes cercanos han sufrido depresión, son más propensas a tener esta enfermedad. Por otra parte, la depresión afecta aproximadamente al doble de mujeres que de hombres.

2.2.- FACTORES DE RIESGO

El aislamiento; las dificultades en las relaciones interpersonales; los problemas de comunicación; y los conflictos con la familia, los compañeros de trabajo u otras personas, pueden contribuir a la depresión. Las dificultades económicas y otros factores de estrés de la vida diaria tienen igualmente un efecto importante.

La cantidad y calidad del apoyo que la persona recibe en sus relaciones personales, puede protegerle del estrés y de los problemas de la vida cotidiana, limitando así las reacciones físicas y emocionales a los mismos, entre ellas la depresión. Por otro lado, la ausencia de una relación estrecha y de confianza, ya sea cónyuge, con una pareja o con una amistad, aumenta el peligro de depresión. Esta situación puede combinarse con otros factores, como el maltrato. Está demostrado que el matrimonio, hasta cierto punto, protege de la depresión tanto a las mujeres como a los hombres. La tasa de depresión aumenta tras la pérdida del cónyuge.

El *abuso del alcohol* puede provenir del intento de una persona de "enmascarar" sus síntomas depresivos y termina por agravar un episodio de depresión. En todo caso, el abuso del alcohol puede desencadenar depresión en personas vulnerables. Si se consumen cantidades excesivas de alcohol, en combinación con otras sustancias adictivas, existe el riesgo de interacción que acentúe la depresión o genere otros efectos nocivos.

Además de los mencionados, en el adulto mayor hay numerosos factores precipitantes o etiológicos posibles:

- Al envejecer se reducen en el cerebro las concentraciones de *serotonina* y *noradrenalina*.

- La actividad de la *monoamino oxidasa B* aumenta con la edad.
- Además, los niveles hipotalámicos de *ácido 5 hidroxindolacético* disminuyen al envejecer y esto es indicativo de una *reducción en la acción hipotalámica del sistema serotoninérgico*.

Numerosas afecciones o situaciones geriátricas predisponen o se asocian a la depresión:

- La demencia, especialmente de etiología vascular o de Alzheimer.
- La enfermedad de Parkinson y la Corea de Huntington.
- El infarto del miocárdico.
- El accidente cerebrovascular
- El hipo o hipertiroidismo.
- Las neoplasias (sobre todo las del páncreas).
- La carencia de ácido fólico o vitamina B₁₂, que pueden acompañar a la desnutrición.
- Los medicamentos como las benzodiazepinas, los beta-bloqueadores, la digoxina y los esteroides.
- La sífilis.
- Las situaciones vitales desfavorables, particularmente la viudez.

2.3.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

Frente a la ***sospecha clínica***, la historia médica y social del enfermo suele aportar pistas de la presencia de depresión. (ver Módulos 1 y 4). Es importante diagnosticar la depresión debido a la elevada probabilidad de respuesta al tratamiento.

Al evaluar al enfermo, pregunte por los ***cuatros síntomas frecuentes de la depresión*** en las personas adultas mayores:

- Ansiedad.
- síntomas somáticos.
- falta de interés en las cosas que antes le agradaban.
- Irritabilidad.

Recuerde que en las adultos mayores es frecuente un grado variable de *alteración cognoscitiva*. Pueden existir *síntomas psicóticos*, ya sea asociados a la depresión, o como la forma de presentación de la misma.

A continuación, interrogue sistemáticamente en busca de síntomas claves:

- sensación de tristeza o irritabilidad.
- pérdida de interés por actividades que antes le gustaban (aficiones, sexo, etc.).
- sentimientos de cansancio o de poca energía.
- variaciones en el apetito o en el peso.
- variaciones en los patrones de sueño.
- dificultad para concentrarse o para tomar decisiones.
- visión pesimista del futuro, sin esperanza.
- sentimientos de inutilidad o falta de confianza en sí mismo.
- se hace reproches a sí mismo o se siente culpable sin causa justificada.
- ideas recurrentes de muerte o de suicidio.

La presencia de **cinco** de estos síntomas (uno de ellos debe ser: tristeza o anhedonia (pérdida de placer) o pérdida de interés) durante **dos o más semanas** hace posible el **diagnóstico de depresión**.

Recuerde que la depresión **puede coexistir con la demencia en sus etapas tempranas**, en cuyo caso puede parecer un claro inicio del cuadro demencial, más que una evolución insidiosa a lo largo de un prolongado período, como es característico por ejemplo, en la demencia de tipo Alzheimer aislada. Las *respuestas poco coherentes* en la evaluación del estado mental son comunes en la depresión, pero no suelen acompañarse de perturbaciones del lenguaje (disfasias) o síntomas parietales (apraxias). Aún así, uno de los problemas clínicos más complejos enfrentados por los profesionales de la salud que tratan adultos mayores, es el de distinguir entre depresión en la etapa tardía de la vida y el inicio de una demencia.

NO OLVIDE QUE EN EL ADULTO MAYOR, LA DEPRESIÓN TIENE CARACTERÍSTICAS PECULIARES:

- La *ansiedad suele ser más frecuente* en el adulto mayor con depresión mayor que en el adulto joven.
- Las personas de edad *tienden a no reportar las alteraciones del afecto*, por considerarlas parte del envejecimiento, o porque no aceptan el sentirse tristes.
- El *retardo psicomotor*, usualmente flagrante en el joven, *puede no ser tan obvio en algún paciente de mayor edad*, de manera que los marcadores cardinales de la depresión pueden quedar enmascarados.

- Los *síntomas somáticos suelen ser prominentes* en la depresión geriátrica. Los más comúnmente reportados son: astenia, cefalea, palpitaciones, dolor generalizado, mareo, disnea, trastornos funcionales digestivos.
- Las *alteraciones cognoscitivas suelen ser más obvias* en el adulto mayor, en particular si hay deterioro asociado. La *pseudodemencia depresiva* (máscara cognitiva de presentación de la depresión) *debe ser cuidadosamente diferenciada de la demencia de reciente inicio*.
- La *ideación pesimista* es común y puede alcanzar *niveles nihilísticos*.
- Asimismo, la ocurrencia de *síntomas hipocondríacos* es frecuente (65%) y las *alucinaciones y delirios* pueden observarse en casos graves, particularmente delirios graves somáticos (pensar que tiene cáncer cuando no es verdad). En general los *síntomas psicóticos son más frecuentes* que en los individuos más jóvenes.

CUADRO 8.1. LAS DIFERENCIAS PUEDEN RESUMIRSE COMO SIGUE¹ⁱ

	Pacientes jóvenes	Pacientes viejos
Afecto deprimido	+++	+(+)
Ansiedad	+(+)	+++
Irritabilidad	(+)	++
Síntomas somáticos	+	+++
Alteraciones cognoscitivas	+	+++
Síntomas psicóticos	(+)	++
Hipocondriasis	+	++

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

Actualmente existen varios tratamientos eficaces contra la depresión que pueden ayudar significativamente a las personas afectadas. La elección del programa terapéutico adecuado es un proceso que ha de individualizarse con especial cuidado en el adulto mayor y que no sólo depende de la gravedad de la depresión, sino también de las preferencias de la persona afectada, casi tanto como de la opinión profesional del médico. *Con frecuencia resulta muy beneficiosa la combinación de tratamientos.*

PSICOTERAPIA: Es un tratamiento eficaz para *depresiones menos graves*. No es lo mismo que charlar de los problemas con los amigos, la familia o la gente de alrededor, pues ellos solo pueden dar apoyo o consejo, escuchándole. La psicoterapia es algo distinto, es un tratamiento: es una técnica de conversación utilizada por el especialista

¹ Modificada de Gottfries CG. Is there a difference between elderly and younger patients with regard to the symptomatology and etiology of depression. Int Clin Psychopharmacol 1998, 13(suppl5):S13-S18.

para resolver los síntomas de depresión, los problemas de personalidad o carácter o para relacionar qué pudo provocar o empeorar la depresión. Esta técnica solo puede ser ofrecida por personal de salud capacitado y preparado. La persona que dirige la psicoterapia no hace charlar al paciente, sino que dirige la conversación de tal forma que ayuda a que desaparezcan sus síntomas.

LOS FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS: Pueden ser útiles para corregir los desequilibrios químicos causantes de una depresión. Hoy en día existe una gran variedad para elegir. En general, los fármacos antidepresivos funcionan aumentando la disponibilidad de neurotransmisores en el cerebro para restaurar el equilibrio químico. Los principales tipos de antidepresivos utilizados en las personas adultas mayores son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los antidepresivos tricíclicos (ATC), los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) y algunos otros antidepresivos nuevos cuyo uso generalmente corresponde al especialista. El proceso de selección del fármaco apropiado necesita de una estrecha colaboración entre el médico y el paciente para determinar cuál el más adecuado. Todos los fármacos antidepresivos tienen efectos secundarios que tarde o temprano hacen necesario el ajuste de la dosis o la prescripción de otro fármaco. Esto ocurre con mayor probabilidad con los fármacos tricíclicos y menos frecuentemente con los nuevos medicamentos inhibidores de la recaptación de serotonina o los inhibidores selectivos de la monoamino-oxidasa. *El tratamiento ha de prolongarse al menos 6 meses **después** de la **remisión** de los síntomas. En **depresión mayor o episodios recurrentes**, la duración mínima del tratamiento debe de ser de **un año**, teniendo en cuenta que en este último caso puede necesitarse el tratamiento de por vida.*

LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVANTE (TEC): Puede resultar extremadamente útil en casos de *depresión grave*. La mayoría de los pacientes la toleran bien, incluidas las personas de edad. La TEC *suele producir resultados con mucha rapidez, permitiendo el retorno a una vida más productiva*. La modalidad unipolar y la posibilidad de administrarla bajo anestesia general y bloqueo neuromuscular minimizan sus efectos secundarios, su indicación necesita de valoración especializada. Este tratamiento tiene *indicaciones precisas*: fracaso o intolerancia a las medicaciones antidepresivas, depresiones graves con características psicóticas, riesgo grave de suicidio, situaciones somáticas comprometidas por la edad avanzada, necesidad crítica de alcanzar mejoría y pacientes que han mejorado anteriormente con TEC.

PLAN DE SEGUIMIENTO

El seguimiento en el consultorio es usualmente insuficiente. Siempre es útil la psicoterapia adyuvante y la psicoterapia mediatizada a través de las actividades sociales y de reactivación física.

*La prescripción farmacológica debe ir acompañada de un intenso seguimiento de la evolución de los síntomas físicos y psíquicos así como de los posibles efectos secundarios. La falta de respuesta en un plazo razonable (usualmente **3 o 4 semanas**) obliga a la referencia a servicios especializados.*

1. Casi todos los antidepresivos tienen una eficacia terapéutica semejante.
2. La elección, entre ellos, vendrá dada por el *efecto secundario que queramos evitar*. En este sentido, *se toleran mejor los ISRS que los ATC*. *Sobre los nuevos antidepresivos (IRSN-venlafaxina, NASSA-mirtazapina, IRNA-reboxetina), no hay suficientes datos en las personas adultas mayores, aunque al parecer son bien tolerados y eficaces.*
3. Iniciar con una dosis baja, hacer incrementos gradualuales, y **siempre evitar el infratratamiento**.
4. Si se logra efecto terapéutico, mantener tratamiento durante *6 meses*, excepto en casos de factores de riesgo precipitantes actuales, o severidad del episodio. *Si hay antecedentes de episodios previos*, el tratamiento de mantenimiento se prolongará *12 meses*. En casos de *episodios recurrentes frecuentes*, no está estandarizada la duración.
5. *Aunque el paciente esté en remisión*, mientras dure el tratamiento de mantenimiento, **la dosis no debe disminuirse** por el riesgo de recaída.

CUADRO 8.2 ANTIDEPRESIVOS ÚTILES EN GERIATRÍA²
INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS)

Fármaco	Dosis inicial	Dosis usual	Comentarios
Fluoxetina	5 mg	10-40 mg/d	Vida media prolongada, dosis única cotidiana. <i>Muchas interacciones</i> con otras drogas.
Fluvoxamina	25 mg	75-100 mg/d	Aún no aprobado en USA para tratamiento de depresión.
Paroxetina	5 mg	10-40 mg/d	<i>Útil para ansiedad prominente (anticolinérgico, evitar en demencia).</i>
Tianeptina	12.5 mg	12.5mg/tid	<i>Útil para ansiedad y somatización.</i>
Sertralina	12.5 mg	75-150 mg/d	Interacciones.
Citalopram	10 mg	20-60 mg/d	

² Cuadro modificado a partir de Reuben D, Keela H, Pacala JT, et al en *Geriatrics at your Fingertips* 2002 ed. Malden, MA: Blackwell Science, Inc., for the American Geriatrics Society; 2002.

Clase y fármaco	Dosis inicial	Dosis usual	Comentarios
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS			
Desipramina	10-25 Mg	50-100 mg/d	Niveles séricos terapéuticos >115 ng/ml.
Nortriptilina	10-25 mg	50-100 mg/d	Índice terapéutico estrecho: 50-150 ng/ml.
OTROS			
Bupropion	25 mg	100-300 mg/d	Considérelo si no hay respuesta a ISRS o tricíclicos. <i>Contraindicado en pacientes con epilepsias o convulsiones.</i> <i>Sedante, mejora el apetito.</i>
Mirtazapina	7.5 mg	15-45 mg/d	
Trazodona	25 mg	75-150 mg/d	La <i>sedación</i> puede limitar su uso, puede emplearse como <i>hipnótico</i> , puede generar <i>arritmias</i> .
Nefazodona	50 mg	200-400 mg/d	Útil para <i>ansiedad y/o dolor</i> concomitantes.
Venlafaxina	25 mg	50-150 mg/d	No es anticolinérgico , no causa hipotensión.

EFFECTOS SECUNDARIOS MÁS FRECUENTES DE LOS ANTIDEPRESIVOS MÁS UTILIZADOS:

- GRUPO ATC

- ⇒ Estreñimiento: Recomendar medidas higiénico-dietéticas. Si fallan, laxantes.
- ⇒ Sequedad de boca: Beber cosas frías y con limón, piña natural, chupar hielo.
- ⇒ Retención urinaria: vigilar diuresis: si disminuye, reducir o suspender el ATC.
- ⇒ Hipotensión ortostática: disminuir la dosis o suspender ATC. Riesgo de caídas.
- ⇒ Arritmias por su efecto como quinidín: evitar asociar con antiarrítmicos, realice ECG basal como control y repita con cada incremento de dosis.
- ⇒ Efectos anticolinérgicos centrales: delirio; en tal caso suspender.

- GRUPO ISRS

- ⇒ Gastrointestinales (Epigastralgias, náuseas, vómitos y diarrea): dar siempre después de las comidas; si hay eficacia terapéutica y epigastralgia, agregar un protector gástrico.
- ⇒ Dopaminérgicos (Signos *extrapiramidales*, más con Fluoxetina): suspender droga si éstos aparecen, en lugar de añadir monitorización cercana.
- ⇒ *Inquietud psicomotora*, pudiendo llegar a una acatisia³: (suspender y añadir BZD: Lorazepam).

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

Una vez que la depresión ha sido reconocida, el médico general enfrenta una situación en la cual tendrá dificultades para asumir la responsabilidad del tratamiento del caso. Hay ocasiones en las cuales la enfermedad depresiva en el adulto mayor está ligada a:

- Problemas familiares.
- Duelo o cambio de entorno vital.
- Problemática social.
- Problemas psicológicos complejos.

Situaciones todas que pueden justificar la necesidad de recurrir a la colaboración de otros miembros del equipo geriátrico. La colaboración con trabajo social para la evaluación y apoyo del sistema familiar, con los terapeutas ocupacionales, con los servicios sociales para favorecer la reintegración a la vida de la comunidad y con las asociaciones de voluntarios, son recursos invaluable para favorecer la resolución de un cuadro depresivo en este contexto.

CUADRO 8.3. ANTIDEPRESIVOS QUE CONVIENE EVITAR EN GERIATRÍA⁴

³ Acatisia: efecto extrapiramidal; intranquilidad motora, temblor muscular, urgencia de moverse constantemente, incapacidad de sentarse sin moverse.

⁴ Cuadro modificado a partir de Reuben D, Keela H, Pacala JT, et al en *Geriatrics at your Fingertips* 2002 ed. Malden, MA: Blackwell Science, Inc., for the American Geriatrics Society; 2002.

Fármaco	Justificación
Amitriptilina	Anticolinérgico y sedante.
Amoxapina	Efectos extrapiramidales.
Clomipramina	Anticolinérgico.
Doxepina	Anticolinérgico y sedante.
Imipramina	Anticolinérgico y sedante.
Protriptilina	Muy anticolinérgico.
Trimipramina	Anticolinérgico y sedante.
Fenelzina	Hipotensión, potenciales interacciones graves con drogas y alimentos.
Tranilcipromina	

3.3.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE ATENCIÓN

¿CUÁNDO REFERIR A UN PACIENTE DEPRIMIDO?

- Cuando el paciente tiene síntomas psicóticos (alucinaciones).
- Cuando el paciente tiene depresión complicada con alcoholismo.
- Cuando hay riesgo de suicidio.
- Cuando hay repercusión grave sobre una enfermedad somática asociada.
- Cuando la depresión no responde a las dosis usuales de un fármaco en un plazo máximo de un mes.
- Cuando hay depresión en un paciente con trastorno de la personalidad o personalidad de base complicada.
- Cuando hay depresión en paciente sin ningún tipo de apoyo social.
- Cuando el tratamiento farmacológico provoca efectos secundarios que prohíben continuar el medicamento.
- Cuando el enfermo no admite el diagnóstico y por ende no se apeg a las recomendaciones terapéuticas.
- Cuando es un paciente con pluripatología psiquiátrica.

3.4.- SUBSÍNDROME DEPRESIVO

El subsíndrome depresivo, que también es llamado *depresión subclínica*, es importante pues es la forma más frecuente de depresión en las personas adultas mayores y está *relacionada a un mayor riesgo* de: depresión mayor, deterioro funcional y morbilidad médica por causas desconocidas.

El diagnóstico no está bien estandarizado, no cumple criterios de depresión mayor, ni de trastorno distímico. Correspondería a un conjunto de síntomas depresivos de suficiente intensidad como para causar sufrimiento personal al paciente. En ausencia

de evidencia que lo prohíba, y debido a sus implicaciones pronósticas, se recomienda dar tratamiento farmacológico o psicoterapéutico.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- La depresión del adulto mayor es común y *responde a tratamiento*.
- Hay que tener un alto índice de sospecha de una probable depresión frente a síndromes somatoformes e hipocondriasis.
- Hay que considerar el diagnóstico en presencia de deterioro de las funciones mentales superiores.
- *Los ansiolíticos no son terapéuticos en la depresión.*
- Un tratamiento antidepresivo debe darse a dosis suficientes para lograr un efecto terapéutico, pero con prudencia para evitar los efectos secundarios.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

Blazer D. Depression in the elderly. *New Engl J Med* 1989;320:164-166.

Brenda W. Penninx, Guralnik J. Ferruci L, Simonsick E, Wallace R. Depressive Symptoms and Physical Decline in Community-Swelling Older Persons. *JAMA* 1998; 279. 1720-1726.

Butler RN, Lewis MI. Late-life depression: when and how to intervene. *Geriatrics* 1995;50(8):44-55.

Beekman ATF, Copeland JRM, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *British J Psychiatry*. 1999; 174:307-311.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition (DSM-IV), published by the American Psychiatric Association, Washington DC, 1994. <http://www.psychologynet.org/dsm.html>

Koeming and Blazer. Epidemiology of Geriatric Affective Disorders. *Clinics in Geriatric Medicine*. 1992; 8 (2): 135-251.

Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, et al. Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. *JAMA* 1997;278:1186-1190.

Meyers B, Depression and other mood disorders en Cobs EL, Duthie EH, Murphy JB, eds. *Geriatrics Review Syllabus: A Core Curriculum in Geriatric Medicine*. 5th ed. Malden, MA: Blackwell Publishing for the American Geriatrics Society; 2002.

NIH Consensus Development Panel. Diagnosis and treatment of depression in late life. JAMA 1992;268:1018-1024.

Penninx BW, Guralnik J, Ferrucci L, Simonsick E, Wallace R. Depressive Symptoms and Physical Decline in Community Dwelling Older Persons. JAMA 1998; 279: 1720-1726.

Small GW. Recognition and treatment of depression in the elderly. J Clin Psychiatry 1991;42(6:Suppl.):11-22.

Talley J. Geriatric depression: avoiding the pitfalls of primary care. Geriatrics 1987;42(4):53-66.

U.S. Dept. of Health & Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy & Research. Clinical Practice Guideline Number 5. Depression in Primary Care: Detection, Diagnosis, and Treatment. AHCPR Pub. No. 98-0552, April 1993.

Páginas web:

Fundación Novartis para Estudios Gerontológicos: www.healthandage.com , en la sección Health Centers, encontrará una sección sobre Depresión (Depression).

El Instituto Merck de Envejecimiento y Salud: www.miahonline.org/tools/depression/, tiene un "tool kit" muy completo sobre la evaluación y el manejo de la depresión en la Atención Primaria.

PARTE II:

Disfunción Sexual

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

9



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

1. Describir los cambios fisiológicos normales asociados al envejecimiento y distinguirlos de estados patológicos.
2. Reconocer la diferencia entre disminución del deseo sexual y disminución de la actividad sexual.
3. Reconocer las causas más frecuentes de disfunción sexual y su tratamiento inicial.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La sexualidad es importante para el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores y, como tal, debe de ser entendida y tratada por los profesionales de salud.

Los problemas sexuales se definen como la dificultad durante cualquier etapa del acto sexual (deseo, excitación, orgasmo y/o resolución) que evita que el individuo o la pareja disfrute de la actividad sexual.

Las dificultades sexuales en las personas mayores pueden haber comenzado en una etapa temprana en la vida sexual, pueden haberse desarrollado de forma gradual a través del tiempo o pueden aparecer de repente, presentándose como una incapacidad total o parcial para participar en una o más etapas del acto sexual. La causa de las dificultades sexuales puede ser física, psicológica o ambas.

Los factores emocionales que afectan la función sexual incluyen, tanto los problemas interpersonales, como los problemas psicológicos propios del individuo (ej: depresión).

Entre los factores físicos están: las drogas (alcohol, nicotina, narcóticos, estimulantes, algunos antihipertensivos, antihistamínicos y algunos medicamentos psicoterapéuticos) y los procesos patológicos (lesión de columna vertebral, hiperplasia prostática, tumores, insuficiencia vascular, neuropatía diabética, insuficiencia de órganos críticos como el corazón y/o los pulmones y trastornos endocrinos como las alteraciones tiroideas u hormonales).

Los trastornos de disfunción sexual se clasifican, por lo general, en *cuatro categorías*: trastornos del *deseo* sexual, trastornos de la *excitación* sexual, trastorno del *orgasmo* y trastornos de *dolor* sexual.

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL

Casi todas las personas mayores desean y pueden gozar de una vida sexual activa y satisfactoria. *La actividad sexual habitual ayuda a conservar la capacidad sexual.* Sin embargo, con el transcurso del tiempo, las personas se dan cuenta de que sus *reacciones se vuelven más lentas.* Esto forma parte del proceso normal del envejecimiento. Cuando los cambios ocurren gradualmente, los síntomas comúnmente están asociados a las causas orgánicas de disfunción sexual asociadas al envejecimiento. Sin embargo, los cambios fisiológicos no deben ser confundidos con disfunción sexual.

CUADRO 9.1. CAMBIOS FISIOLÓGICOS CON LA EDAD

Mujeres	Hombres
<ul style="list-style-type: none">• Disminución en la velocidad y el grado de lubricación vaginal• Disminución del número de contracciones orgásmicas	<ul style="list-style-type: none">• Disminución en la velocidad de excitación• Disminución en la velocidad y la magnitud de las erecciones.• Disminución en la respuesta a estímulos visuales y táctiles• Disminución en la frecuencia, la duración y la intensidad del orgasmo.• Aumento del período refractario (algunas horas y hasta un día se considera normal)

1.2 SÍNTOMAS DE DISFUNCIÓN SEXUAL:

- Hombres o mujeres
 - falta de *interés o deseo* sexual (pérdida de libido).
 - incapacidad para sentir *excitación*.
 - relación sexual con *dolor* (menos común en hombres que en mujeres).
- Hombres
 - incapacidad para lograr la *erección*.
 - incapacidad para mantener una erección adecuada y desarrollar el coito satisfactoriamente.
 - eyaculación tardía o ausente a pesar de una estimulación adecuada.
 - eyaculación precoz.
- Mujeres
 - incapacidad para relajar los músculos de la vagina lo suficiente como para permitir una penetración no dolorosa o incómoda (vaginismo).
 - lubricación vaginal inadecuada antes y durante la relación sexual.
 - anorgasmia.
 - dolor urente en la vulva o la vagina al contacto con esas zonas.

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

El diálogo en un ambiente confortable que proporcione una buena relación médico-paciente es importante para abordar los problemas de sexualidad. No siempre el paciente aborda el tema directamente, por lo tanto es importante que el médico indague en particular, si el adulto mayor tiene problemas en su vida sexual.

Los hallazgos físicos específicos y los procedimientos de los exámenes dependen de la forma de disfunción sexual que se esté investigando. *En cualquier caso, se debe obtener una historia médica completa y realizar un examen físico completo para identificar cualquier posible enfermedad o condiciones predisponentes. El examen físico debe incluir todos los sistemas y no debe limitarse al sistema reproductor.*

2.2.- DIAGNÓSTICO EN LA MUJER

¿SE TRATA DE DOLOR?

Los trastornos de dolor sexual afectan casi exclusivamente a las mujeres y son conocidos como **dispareunia** (relación sexual dolorosa) y **vaginismo** (espasmo involuntario de la musculatura de la vagina que interfiere con la penetración). La dispareunia puede ser causada por lubricación insuficiente.

Toda paciente con quejas de sequedad vaginal, dispareunia, vaginismo y/o contracciones dolorosas, debe ser sometida a una exploración ginecológica completa. Esto es muy importante para determinar si la queja de la paciente se puede relacionar con los cambios que ocurren en los órganos sexuales en el envejecimiento, o si es consecuencia de una infección, un tumor, un prolapso uterino, u otros factores. Con menos frecuencia, las disfunciones sexuales pueden ser consecuencia de problemas endocrinos.

¿ES LA QUEJA DE INICIO AGUDO O CRÓNICO?

Los *cuadros agudos* pueden ser relacionados con el uso de fármacos, como los antihipertensivos y antihistamínicos, que exacerban la sequedad vaginal secundaria a la menopausia. Asimismo, factores psicosociales, culturales y étnicos pueden jugar un papel importante, ya que éstos pueden tener profunda influencia sobre la vida sexual de muchas mujeres.

Los *cuadros crónicos* son frecuentemente debidos a cambios que ocurren con la menopausia (ej: vagina atrófica) o a problemas genitourinarios de origen infeccioso, tumoral o anatómico (ej: prolápsos). En mujeres que permanecen sexualmente activas, los cambios en elasticidad y lubricación de la vagina son menores.

Las mujeres adultas mayores deben ser informadas sobre los cambios que ocurren en sus cuerpos debido al proceso de envejecimiento, particularmente los relacionados con la disminución de la *elasticidad* y la *lubricación vaginal*, que pueden ser solucionados sin que esto perjudique su vida sexual.

¿SE TRATA DE UN CAMBIO EN EL DESEO O LA EXCITACIÓN SEXUAL?

El deterioro del deseo sexual (disminución de la libido) o de la excitación sexual puede tener una causa hormonal: una disminución en el nivel de estrógenos por debajo de lo normal.

La disminución del deseo y/o la excitación sexual puede ser atribuible, en muchos casos, a una combinación de factores psicológicos y condiciones clínicas. Los síntomas típicos de la menopausia (calores, sudores nocturnos, insomnio) pueden comprometer el deseo sexual, así como la molestia vaginal y el dolor por la incapacidad de conseguir una respuesta adecuada de lubricación y entumecimiento durante la relación.

Las características sociales, culturales, étnicas y religiosas, también pueden influenciar las expectativas y las actitudes de las mujeres en cuanto al desempeño sexual.

¿SE TRATA DE AUSENCIA PERSISTENTE DEL ORGASMO?

La anorgasmia o falta del orgasmo luego de una fase de excitación sexual normal puede ocurrir tanto en mujeres como en hombres. Los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) frecuentemente son los responsables.

2.3.- DIAGNÓSTICO EN EL HOMBRE

¿SE TRATA DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL?

La disfunción eréctil es la incapacidad de lograr o mantener la erección el tiempo suficiente para desarrollar el coito satisfactoriamente. Aunque se solía creer que se debía a problemas psicológicos, en la actualidad se sabe que del 80 al 90 por ciento de los casos de impotencia son causados por problemas físicos, por lo general relacionados con el suministro de sangre al pene.

Entre los factores de riesgo directo de disfunción eréctil se pueden incluir los siguientes:

- Problemas de la próstata.
- Diabetes tipo 2.
- Hipogonadismo asociado con varias enfermedades endocrinológicas.

- Hipertensión arterial.
- Enfermedad vascular.
- Niveles altos de colesterol en la sangre.
- Niveles bajos de lipoproteínas de alta densidad.
- Efectos secundarios de medicamentos.
- Depresión.
- Consumo de alcohol.
- Insuficiencia renal.
- Fumar: acentúa los efectos de otros factores de riesgo, como la enfermedad vascular o la hipertensión arterial.

La edad es un factor de riesgo importante e indirecto, ya que está asociada con la probabilidad de aumento de los factores de riesgo directo como los ya mencionados. Se calcula que del 15 al 25 por ciento de los hombres llegan a los 60 años de edad con problemas de disfunción eréctil.

Se debe recordar que el período refractario puede durar hasta un día en el adulto mayor y que éste no es sinónimo de impotencia

¿SE TRATA DE DISMINUCIÓN DEL DESEO SEXUAL?

Como en la afección de las mujeres, existe poca o ninguna motivación para el sexo. El paciente no toma la iniciativa, pero se involucra cuando es estimulado. Esta condición puede ser atribuida a una combinación de factores psicológicos y condiciones clínicas, y ocurrir asociados a otra disfunción (ej: dificultad para llegar al orgasmo).

En los hombres adultos mayores, la disminución del deseo sexual puede estar asociada a disminución de los niveles de testosterona, fatiga o efectos secundarios de algún medicamento. Es bien conocido que los antidepresivos ISRS (entre los que están fluoxetina, sertralina y paroxetina) pueden reducir la libido en los hombres.

La depresión y la ansiedad pueden estar asociadas con el inicio del problema o ser consecuencia del mismo.

3. BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA -

3.1. INTERVENCIONES GENÉRICAS

En todos los casos se debe informar a los pacientes:

- De los cambios normales que ocurren con el envejeciendo y de la importancia de mantener una actitud positiva en relación al sexo en la vejez, entendiendo que

existen diferencias entre hombres y mujeres en lo que se refiere a demanda y respuesta sexual.

- Que para mantener su vida sexual activa y placentera en esta etapa de la vida, es importante adoptar un estilo de vida saludable, con la práctica regular de ejercicios físicos, buena alimentación y reducción o eliminación del alcohol y el tabaco.
- Que deben ser exploradas otras maneras de expresar y vivir la sexualidad, como abrazos, besos, caricias, masajes, estimulación manual, fantasías eróticas y masturbación.

3.2. INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

Las medidas de tratamiento dependen de la causa de la disfunción sexual.

MUJERES

Como primer abordaje, diagnosticar y tratar las enfermedades que pueden estar asociadas con las quejas de la paciente.

Las mujeres con resequedad vaginal pueden utilizar jaleas lubricantes hidrosolubles o cremas hormonales.

Los tratamientos de comportamiento consisten en muchas técnicas diferentes para tratar problemas asociados con el orgasmo y los trastornos de excitación sexual. Se debe sugerir la autoestimulación y otras estrategias de estimulación prolongada, y en los casos en que los problemas sexuales funcionales son de origen psicológico, la paciente debe ser referida a consulta con el nivel apropiado de atención de la salud mental.

HOMBRES

Actualmente, hay varias opciones terapéuticas disponibles para los hombres con ***disfunción eréctil***:

- Cambios en los hábitos y medicamentos.
Dejar de fumar puede ser un factor importante en la reducción o eliminación total del impacto de la impotencia. Cambiar a medicamentos más benignos, según lo considere el médico, también puede ayudar a mejorar la condición.
- Inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 (PDE-5): Sildenafil, Tadalafil, Vardenafil.
Este fué el primer tratamiento no quirúrgico aprobado para la disfunción eréctil que no tiene que inyectarse ni introducirse directamente en el pene para lograr y mantener la erección. Estos medicamentos no causan la erección del pene directamente, sino que ayudan en la respuesta a la excitación sexual. No se deben tomar si toma medicamentos que contienen nitratos, como la nitroglicerina; la toma de los dos medicamentos juntos puede producir hipotensión severa.
- Terapia de reemplazo hormonal.

La terapia de reemplazo de testosterona puede mejorar la energía, el estado de ánimo y la densidad de los huesos; aumentar el peso y la masa muscular e intensificar el interés sexual en hombres de edad avanzada que pueden tener niveles deficientes de testosterona. Los suplementos de testosterona no se recomiendan para los hombres que tengan niveles normales de testosterona para su edad, ya que existe el riesgo de agrandamiento de la próstata y otros efectos secundarios no deseables.

- Implantes, aparatos de succión, terapia de inyección y prótesis de pene.
- Consejería profesional.

3.3 INDICACIONES DE REFERENCIA A NIVEL SUPERIOR DE ATENCIÓN

- En todos los casos en que es necesaria una evaluación especializada por un urólogo o ginecólogo y/o se contempla la necesidad de una intervención quirúrgica.
- En los casos en que se contempla la necesidad de una terapia de reemplazo hormonal.
- En los casos en que la disfunción está asociada a un cuadro que necesita atención psicoterapeuta.

4. PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- La disfunción eréctil NO es parte del envejecimiento normal.
- La causa más frecuente de disminución de actividad sexual en el hombre es la disfunción eréctil, y en la mujer es la falta de lubricación vaginal en la postmenopausia.
- El hombre y la mujer son diferentes con relación a su demanda y respuesta sexual.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

Beers, Mark H. y Robert Berkow. The Merck Manual of Geriatrics. Edición 2000 disponible en el internet : www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/.

Phillips, N.A. Female Sexual Dysfunction: Evaluation and Treatment. American Family Physician, pub. by The American Academy of Family Physicians. (www.aafp.org)

Rendell MS, Rajfer J, Wicker PA, et al. Sildenafil for treatment of erectile dysfunction in men with diabetes: a randomized controlled trial. JAMA. 1999; 281(5): 421-426.

La página web de la Escuela de Medicina de la Universidad de Utah, contiene información en español presentada por el Departamento de Urología. www.med.utah.edu/healthinfo/spanish/urology/impotenc.htm.

PARTE II:

Disminución de la Agudeza Auditiva

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

10



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

- 1.** Definir las causas comunes del deterioro auditivo en el adulto mayor.
- 2.** Iniciar la evaluación del deterioro auditivo previo a la referencia para audiometría.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La audición normal va de 0 a 25 decibeles (dB) a través de todas las frecuencias, mientras que la conversación normal se encuentra entre 20 y 60 dB, o sea, entre 1000 y 6000 Hertz.

El 30% de los mayores de 60 años sufren de una baja significativa de la audición, esta proporción aumenta hasta 60% entre aquellos mayores de 85 años.

Habitualmente los familiares o el paciente mismo se quejan de que el paciente no oye bien o no entiende lo que se le dice. Existen diversos instrumentos de tamizaje para detectar estos casos, sin embargo el más utilizado es el Inventario de Discapacidad Auditiva para el Tamizaje de Adultos Mayores (Hearing Handicap Inventory for the Elderly-Screening), versión corta HHIE-S (ver anexo).

CUADRO 10.1. GRADO DE PÉRDIDA AUDITIVA Y SU RELACIÓN CON EL EFECTO

Grado de pérdida auditiva	Descripción	Efecto
25 a 40 dB	Leve	Dificultad para entender una conversación normal.
41 a 55 dB	Moderada	Dificultad para entender una conversación en voz más alta de lo normal.
56 a 80 dB	Grave	Solo puede entender utilizando amplificadores.
81 dB o más	Profunda	Dificultad para entender cualquier conversación.

La sordera no solamente afecta a la capacidad de comunicación, sino que además contribuye al aislamiento

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- PRINCIPALES CAUSAS (CUADRO 10.2)

CUADRO 10.2. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE PÉRDIDA AUDITIVA EN PERSONAS MAYORES

Presbiacusia	Causa más frecuente de sordera en el adulto mayor. Generalmente bilateral y simétrica. Produce sordera neurosensorial. Se perciben bien los sonidos, pero no los puede decodificar y por lo tanto comprender. Existe el fenómeno de reclutamiento. La disminución unilateral de la audición debe hacer desconfiar de este diagnóstico.
Tapón de cerumen	Tendencia del cerumen a endurecerse en el adulto mayor. Produce sordera de conducción. Siempre eliminar esta causa antes de continuar la evaluación. Es frecuente que sea la causa de empeoramiento de la presbiacusia. Puede ser uni o bilateral.
Otitis media	Es tan frecuente como en el adulto joven. Produce sordera de conducción. Usualmente unilateral. Siempre eliminar la posibilidad de <i>tumor nasofaríngeo</i> .
Otosclerosis	Enfermedad con origen hereditario. Su inicio es durante la juventud. Generalmente un lado más afectado que el otro. Inicialmente sordera de conducción, al avanzar la patología interviene también el factor neurosensorial. La cirugía no es tan bien tolerada como en el adulto joven (mareos y vértigo prolongado).
Tumores	Son raros, pero <i>su más alta incidencia es en el adulto mayor</i> . Buscar especialmente si la disminución de la audición se acompaña de <i>otalgia u otorrea</i> (generalmente preceden a la sordera).
Medicamentos	Pérdida habitualmente bilateral y simétrica. Pérdida neurosensorial. Generalmente aminoglucósidos, salicilatos y furosemida en paciente con falla renal previa.

Una sordera unilateral progresiva o súbita, acompañada de acúfenos persistentes debe hacer pensar en *neurinoma del acústico*

2.2.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

PARA LLEGAR A UN DIAGNÓSTICO DE LA MANERA MÁS PRECISA POSIBLE, SE DEBEN CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

- ¿Es la sordera unilateral o bilateral?
- ¿Es de aparición reciente o crónica?
- ¿Se acompaña de acúfenos, otalgia, otorrea o vértigo?
- ¿Existen antecedentes familiares de sordera o bien un trabajo con trauma acústico?

Después de haber contestado estas preguntas, se debe proceder a la exploración del conducto auditivo externo y el tímpano, con lo cual se puede descartar obstrucción, perforación timpánica, otitis media y en algunos casos colesteatoma.

En caso de existir tapón de cerumen, se debe proceder a eliminarlo, el método de irrigación es muy útil, siempre y cuando no exista duda de *perforación timpánica*.

Un tapón de cerumen no descarta otras causas de sordera, por lo que el paciente deberá ser reevaluado después de remover el tapón.

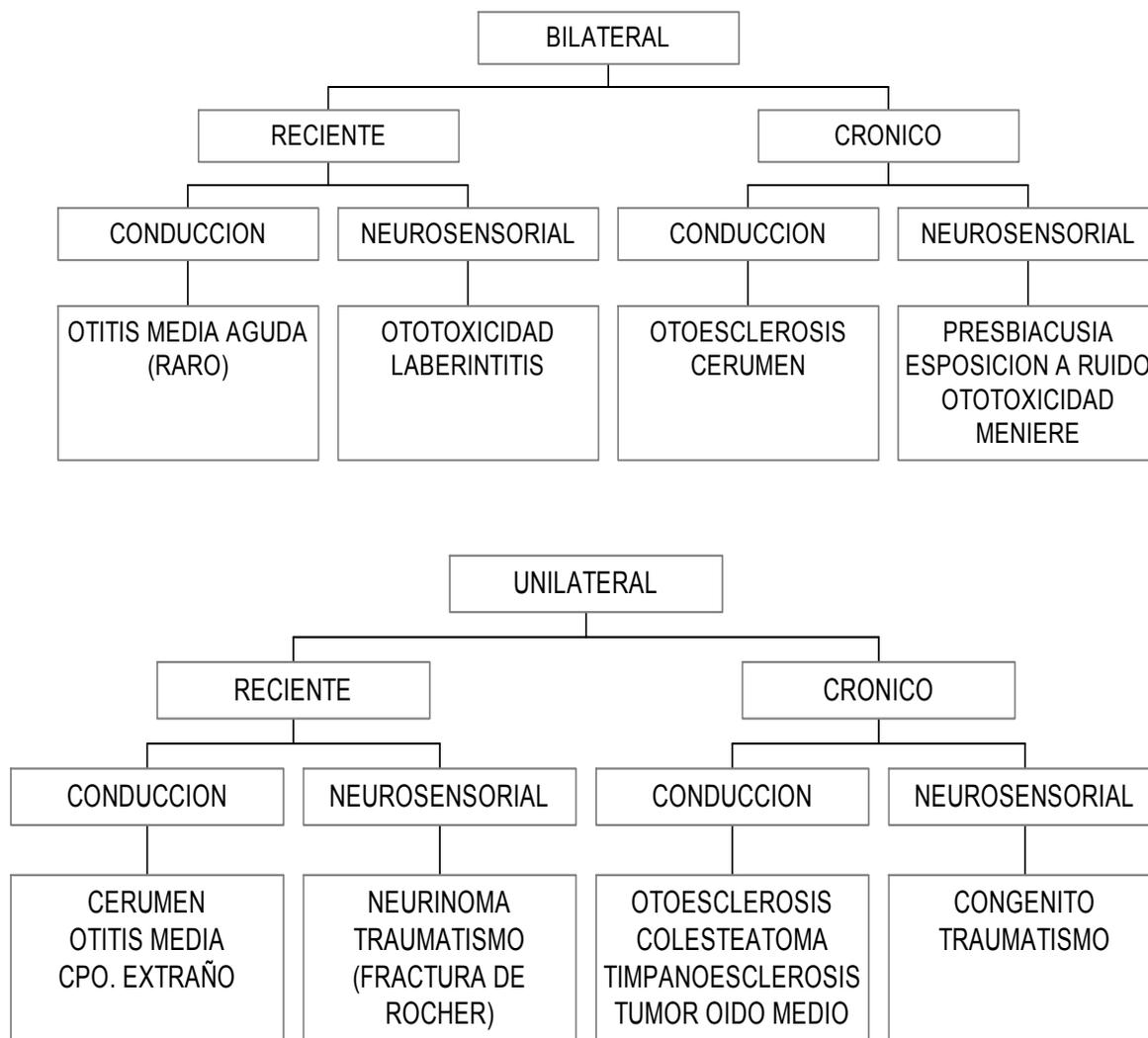
CUADRO 10.3. DISTINCIÓN ENTRE SORDERA DE CONDUCCIÓN Y SORDERA NEUROSENSORIAL¹

	Neurosensorial	Conducción
Volumen de la voz.	Aumentan el volumen para entenderse.	Normal o más débil (porque la sordera enmascara el ruido de fondo).
Discriminación del lenguaje.	Malo.	Bueno con amplificación.
Entorno ruidoso.	Mal tolerado debido al fenómeno de reclutamiento.	Bien tolerado.
Rinne.	Positivo (conducción aérea mejor que ósea).	Negativo (conducción ósea mejor que aérea).
Weber.	Lateralizado a oído que escucha mejor.	Lateralizado al oído más sordo.
Conducto auditivo externo.	Sin lesiones aparentes.	Lesiones frecuentes.

¹ Traducido y modificado de Arcand M, Hebert R. *Precis pratique de gériatrie*. 2da edición Quebec: Maloine. 1997.

Una vez que se han respondido las preguntas anteriores y que se ha determinado si la sordera es de conducción o neurosensorial (Cuadro 10.3.), se puede utilizar el Diagrama 10.1 para establecer el diagnóstico. Los datos de *otalgia*, *vértigo* y *otorrea* son necesarios para refinar el diagnóstico.

DIAGRAMA 10.1. ABORDAJE CLÍNICO DE LA DISMINUCIÓN DE LA AGUDEZA AUDITIVA²



² Traducido y modificado de Arcand M, Hebert R. *Precis pratique de gériatrie*. 2da edición. Quebec: Maloine. 1997.

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

En el caso que se detecte una disminución de la agudeza auditiva que no sea corregida al dar tratamiento a una otitis externa, o bien, al retirar un tapón de cerumen, el paciente debe ser referido a un otorrinolaringólogo, ya que la gran mayoría de los pacientes se benefician con la utilización de aparatos de audición.

Sin embargo, vale la pena recordar que los pacientes adultos mayores toleran mal los procedimientos quirúrgicos, ya que es muy frecuente la presencia de *mareos y vértigo persistentes después* de ésta.

El sonido zumbante que en ocasiones producen los aparatos de audición es debido a un mal ajuste del aparato, por lo que ante esta situación se debe reajustar el aparato

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

En todos los casos de disminución de la agudeza auditiva es útil seguir los siguientes puntos para mejorar las posibilidades de comunicación adecuada:

- Asegúrese mantener la atención de la persona con déficit auditivo.
- Hable cara a cara.
- Repita con las mismas palabras.
- Hable a un volumen normal o ligeramente alto.
- Hable más lentamente.
- Párese de 50 cms a 1 metro de distancia.
- Reduzca el ruido del medio ambiente.
- Haga pausas al final de cada oración.
- Evite parecer frustrado.
- Escriba palabras claves si la persona sabe y puede leer.
- Haga que la persona repita lo que se le ha dicho para asegurar la comprensión.

3.3.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUCIÓN O ATENCIÓN

La pérdida de la capacidad auditiva implica un impacto importante en la vida de relación del paciente mayor y la mayoría de ellos pueden recibir tratamiento, rehabilitación o tratamiento sustitutivo. No permita que su paciente deje de beneficiarse con ello.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- *El síntoma más precoz es la dificultad para escuchar en un ambiente ruidoso.*
- La indicación temprana de un auxiliar auditivo es necesaria para evitar la desinserción social.
- El rechazo a la utilización del auxiliar auditivo es frecuente y debe ser anticipado y considerado como un riesgo antes de la prescripción.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

American Academy of Audiology: Consumer Resources. Frequently Asked Questions About Hearing Aids. <http://www.audiology.org/consumer/guides/>

Arcand M, Hebert R. *Precis pratique de gériatrie*. 2da edición Quebec: Maloine. 1997.

Cohn Es. Hearing loss with aging. *Clinical Geriatric Medicine* 1999;15 (1):145-161.

Fundación Novartis para Estudios Gerontológicos: www.healthandage.com , en la sección Health Centers, encontrará una sección sobre Hearing and Vision Loss. (Disminución de la Audición y Visión).

Jerger J, Chmiel R, Wilson N, Luch R. Hearing impairment in older adults: new concepts. *JAGS* 1995; 43:928-935.

Kane Roberto, Ouslander J. y I.B. Abrass. *Geriatría Clínica*. 3a. Edición. México: McGraw-Hill Interamericana. Publicación de PALTEX, Organización Panamericana de la Salud. 1997. 285-293.

Lavizzo-Mourey RJ, Siegler EL. Hearing impairment in the elderly. *J Gen Int Med* 1992; 7:191-198.

Mansour-Shousher R, Mansour WN. Nonsurgical management of hearing loss. *Clinical Geriatric Medicine* 1999; 15(1); 163-177.

Mulrow CD, Aguilar C, Endicott JE, et al. Quality of life changes and hearing impairment: a randomized trial. *Ann Int Med* 1990; 113:188-194.

Reuben DB, Walsh K, Moore AA, Damesyn M, Greendale GA. Hearing loss in community-dwelling older persons: national prevalence data and identification using simple questions. *J. Am Geriatric Society*. 1998. 46:1008-11.

Ventry IM, Weinstein BE. Identification of elderly people with hearing problems. *American Speech-Language-Hearing Association Journal* 1983; 25:37.

ANEXO 11.1
HHIE-S (VERSIÓN CORTA)³

	Sí	Algunas veces	No
	4	2	0
¿Alguna vez se ha sentido avergonzado al conocer personas, debido a problemas para oír?			
¿Los problemas para oír le hacen sentir frustrado al hablar con miembros de su familia?			
¿Tiene dificultad para oír cuando alguien le habla en voz baja?			
¿Alguna vez ha tenido limitaciones debido a problemas para oír?			
¿Los problemas para oír le han causado dificultades al visitar amigos, parientes o vecinos?			
¿Los problemas para oír han hecho que vaya menos seguido de lo que le gustaría a actos sociales o servicios religiosos?			
¿Los problemas para oír han causado discusiones con miembros de su familia?			
¿Los problemas para oír le causan dificultad para entender los programas de televisión o radio?			
¿Cree que su problema para oír limita su vida personal o social?			
¿Un problema para oír le causa dificultad cuando va con amigos o parientes a un restaurante?			
TOTAL			

RANGO DE PUNTOS: 0 - 40

0 - 8 -- sin alteración autopercebida
10 - 22 -- con dificultad leve a moderada

24 - 40 -- dificultad significativa

³ Reuben DB, Walsh K, Moore AA, Damesyn M, Greendale GA. Hearing loss in community-dwelling older persons: national prevalence data and identification using simple questions. J. Am Geriatric Society. 1998. 46:1008-11.

PARTE II:

Disminución de la Agudeza Visual

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

11



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

1. Comprender los factores fisiológicos del envejecimiento ocular que afectan la agudeza visual.
2. Describir las causas principales de deterioro visual en la vejez.
3. Identificar y aplicar las estrategias curativas y rehabilitadoras que pueden preservar y mejorar la agudeza visual.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La **deficiencia visual**, definida como *agudeza visual menor que 20/40*, aumenta exponencialmente con la edad, de tal manera que 20% a 30% de la población mayor puede ser afectada. La **ceguera** se define como *agudeza visual de 20/200 o peor*.

Se consideran en esta guía los problemas visuales que ocasionan la disminución uni o bilateral de la agudeza visual que no es corregible por medio de lentes. Más de la mitad de todos los casos de impedimento visual ocurren en los mayores de 60 años.

La pérdida de la agudeza visual es una de las causas más frecuentes de deterioro funcional en el adulto mayor y de disminución en la calidad de vida. Los mayores de 60 años con disminución de la agudeza visual, tienen 2.5 veces más posibilidades de tener deterioro funcional que aquellos con función visual conservada (ver módulo 2).

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

El paciente habitualmente acude quejándose de disminución de la vista o bien de sus consecuencias, como no poder leer el periódico, ver la televisión, o realizar labores manuales.

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

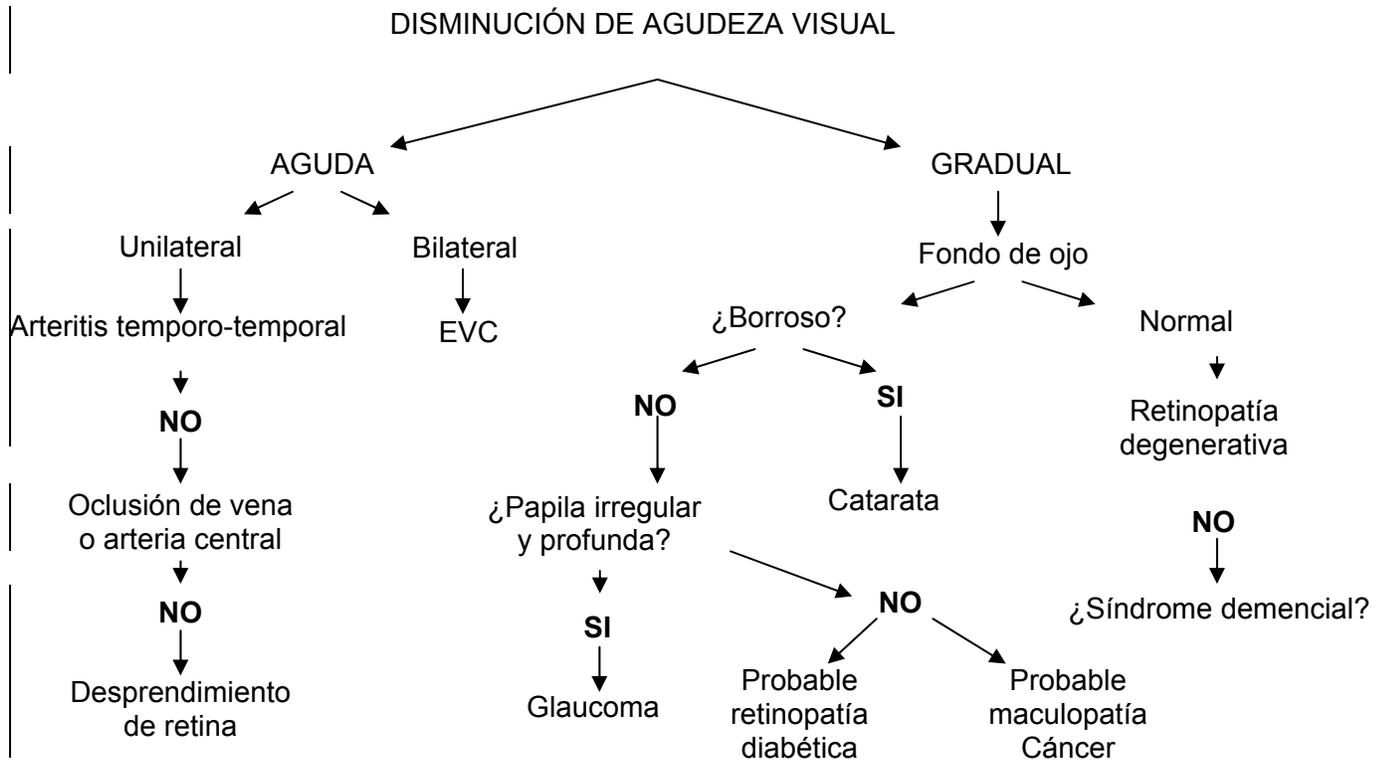
2.1.- PRINCIPALES CAUSAS

CUADRO 11.1. PRINCIPALES CAUSAS DE LA DISMINUCIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL

Catarata	<ul style="list-style-type: none">• Causa más frecuente.• <i>Edad</i>, factor de riesgo más importante.• Casi la mitad de los mayores de <i>75 años</i> la padecen con afección importante de la visión.• Otros factores: <i>diabetes, luz ultravioleta B, desnutrición</i>.• Sospechar en todo paciente con fondo de ojo borroso o difícil de apreciar.
Glaucoma	<ul style="list-style-type: none">• Segunda causa de ceguera, después de la degeneración macular, en los EEUU.• <i>Edad</i>, principal factor de riesgo.• Se caracteriza por la degeneración del nervio óptico, secundaria a un aumento en la presión intraocular (mayor de 21 mmHg).• Otros factores de riesgo: <i>Miopía, Hipertensión y Diabetes</i>.
Retinopatía diabética	<ul style="list-style-type: none">• Causa muy frecuente de ceguera en nuestro medio.• Frecuencia de 5-10% en diabéticos tipo 2.
Degeneración macular asociada a la edad	<ul style="list-style-type: none">• <i>Principal causa de ceguera en mayores de 60 años en EEUU</i>.• Causa un tercio de las cegueras, se caracteriza por degeneración progresiva y atrofia de la mácula.• Factores de riesgo: <i>edad, hipermetropía, historia familiar de degeneración macular, iris de color claro, fumadores y exposición a la luz solar</i>.

2.2.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

DIAGRAMA 11.1. ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO



El diagnóstico de catarata no excluye la posibilidad de retinopatía

- **DISMINUCIÓN BRUSCA Y BILATERAL DE LA CAPACIDAD VISUAL:**
Sospechar un *evento vascular cerebral* y referir al paciente a un nivel superior de atención urgentemente.
- **DISMINUCIÓN PARCIAL O TOTAL UNILATERAL QUE PROGRESA EN EL CURSO DE HORAS:**
Sospechar *desprendimiento de retina* especialmente si se acompaña de miodesopsias (“moscas volantes”) y afecta el centro del campo visual. Referir urgentemente.
- **DISMINUCIÓN PROGRESIVA:**
Examinar el fondo de ojo.

- **EXISTE UNA OPACIDAD DEL CRISTALINO:**
Sospechar catarata.
- **PAPILA IRREGULAR Y PROFUNDA:**
Probable glaucoma crónico.
- **ALTERACIÓN EN LA RETINA:**
Retinopatía. Ej: retinopatía diabética o hipertensiva.
- **EXAMEN NORMAL:**
Sospechar retinopatía degenerativa.
- **EXAMEN NORMAL, PERO ALTERACIONES DE LA MEMORIA U OTROS SÍNTOMAS DE DEMENCIA:**
Sospechar agnosia visual, es decir, un problema central de la visión.
- **EN CASO DE HEMIANOPSIA O DÉFICIT VISUAL:**
Sospechar enfermedad vascular cerebral contralateral u otro tipo de lesión cerebral (tumores).
- **VISIÓN CENTRAL NORMAL CON ALTERACIÓN DE LA VISIÓN PERIFÉRICA:**
Sospechar glaucoma, secuelas de desprendimiento de retina o retinopatía. El examen de fondo de ojo es esencial y la respuesta a las preguntas anteriores dará la orientación diagnóstica.
- **VISIÓN CENTRAL DISMINUIDA Y PERIFÉRICA CONSERVADA:**
Probable degeneración macular.

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

Es mucho más frecuente la disminución gradual de la agudeza visual y aunque en general no se trata de una emergencia, se debe recordar que ésta es la presentación de las principales causas de ceguera, por lo que el paciente debe recibir atención oftalmológica lo antes posible.

- Catarata: Aproximadamente 20% de las personas de 60 años de edad y más, y un 50% de aquellas con 75 años de edad y más sufren de catarata, una opacidad del cristalino que reduce la visión. Las cataratas pueden asociarse con intolerancia a los destellos, reducción en la percepción de contrastes y agudeza visual reducida. Se han identificado varios factores de riesgo: deficiencia de vitaminas, exposición a la luz del sol (ultravioleta B), tabaquismo, uso de alcohol, uso de corticosteroides a largo plazo y diabetes. El factor de riesgo más importante es la *edad avanzada*.

Las cataratas leves suelen tratarse con exploraciones periódicas y el uso de gafas. Cuando una catarata avanza, hasta el punto en que interfiere con las actividades, se indica cirugía con colocación de lente intraocular.

- Glaucoma: La definición de glaucoma, como daño de la cabeza del nervio óptico y pérdida en el campo visual, ha experimentado una considerable evolución. **La presión intraocular elevada, ya no se considera un criterio absoluto, aunque es un factor de riesgo muy importante.** Hay muchos tipos diferentes de glaucoma. El glaucoma *crónico de ángulo abierto* es la variedad más común.

El tratamiento inicial es médico, basado en pilocarpina o timolol tópico. En caso de mala respuesta, es necesario primero, descartar falta de apego a tratamiento; si éste se descarta, se puede discutir el tratamiento quirúrgico con rayo láser.

- Retinopatía diabética: El derrame de líquido seroso de los vasos alrededor de la mácula ocasiona *edema* macular y deterioro de la agudeza visual. Las *hemorragias* dentro de la mácula producen pérdida visual más permanente.

La duración y el control que se ha llevado de la enfermedad son las variables más importantes en el desarrollo y la progresión de la retinopatía diabética. Después de 10 años, 70% de pacientes con diabetes tipo 2 demuestran alguna forma de retinopatía.

El control de regímenes alimentarios, ejercicio, manejo adecuado de glucemia mediante el uso de hipoglucemiantes orales o insulina en casos de necesidad y pruebas de glucemia frecuentes y de hemoglobina glucosilada A1c son los factores más importantes para la prevención de retinopatía diabética. El tratamiento oportuno con fotocoagulación láser también debe ser recomendado.

- Degeneración macular relacionada con la edad: es una de las razones más frecuentes de pérdida visual en la población adulta mayor. La *edad* avanzada es el factor de riesgo más importante, seguido por la predisposición *genética*. Otros factores de riesgo incluyen: tabaquismo e hipertensión arterial.

La mayor parte de los casos de degeneración macular no tienen tratamiento; sin embargo la terapéutica con láser ha tenido algunos éxitos en retardar el deterioro visual en algunos pacientes.

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

- Con la edad, la producción de lágrimas disminuye, y los pacientes mayores son propensos a desarrollar el síndrome del ojo seco, caracterizado por el enrojecimiento y sensación de cuerpo extraño. El manejo incluye la terapia de sustitución, con instilación de lágrimas artificiales a intervalos frecuentes y un ungüento a la hora de acostarse.

3.3.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUCIÓN O ATENCIÓN

Cualquier disminución **súbita** de la agudeza visual implica una enfermedad grave y el paciente debe ser referido de inmediato.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- La disminución **súbita** de la agudeza visual, es una *urgencia* oftalmológica y el paciente debe ser referido.
- La disminución de la agudeza visual, es causa importante de *aislamiento y deterioro funcional*.
- Las principales causas de ceguera en personas mayores son: *degeneración macular, catarata, glaucoma y retinopatía diabética*.
- *La identificación y referencia a tiempo, disminuye hasta en un 50% el desarrollo de ceguera.*

5.- LECTURAS SUGERIDAS

Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Periodic health examination, 1995 update: 3. Screening for visual problems among elderly patients. CMAJ 1995; 152:1211-1222.

Fenis FL, David MD, Aiello LM. Treatment of diabetic retinopathy. N. Engl. J. Med. 1999; 341 (9): 667-678.

Fundación Novartis para Estudios Gerontológicos www.healthandage.com, en la sección Health Centers, encontrará una sección sobre Hearing and Vision Loss. (Disminución de la Audición y Visión).

Kane Roberto , Ouslander J. I.B.Abrass. Geriatría Clínica. 3a. Edición. México: McGraw-Hill Interamericana. Publicación de PALTEX, Organización Panamericana de la Salud. 1997. 285-293.

Lighthouse for the blind: www.lighthouse.org ofrece información para la educación del paciente y su familia.

PARTE II:

Dolor Abdominal

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

12



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

- 1.** Identificar las diferentes causas de dolor abdominal en el adulto mayor.
- 2.** Reconocer la importancia de considerar la posibilidad de un proceso intraabdominal agudo en un adulto mayor agudamente enfermo.
- 3.** Valorar el correcto empleo de las pruebas diagnósticas y las indicaciones quirúrgicas.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El **dolor abdominal**, es la manifestación más importante de los trastornos gastrointestinales, además de ser frecuente expresión de otros trastornos extra-abdominales (isquemia miocárdica y neumonía, principalmente). De particular importancia es el abordaje temprano y acucioso del dolor abdominal, asociado a un cuadro de abdomen agudo, ya que el diagnóstico y tratamiento temprano tienen relación directa con un mejor pronóstico para paciente.

El dolor abdominal puede ser de tres tipos:

- **VISCERAL:** se siente en el lugar de la estimulación primaria, es usualmente sordo, molesto y pobremente localizado, siendo difícil de describir.
- **PARIETAL:** es profundo debido a irritación o inflamación del peritoneo parietal o de la raíz del mesenterio. Es más definido y más fácil de describir que el visceral.
- **REFERIDO:** se manifiesta en un lugar distinto al que es estimulado, es más frecuente en el adulto mayor, lo que explica frecuentemente la dificultad diagnóstica del dolor abdominal, y el que patologías como la neumonía o la isquemia miocárdica, puedan presentarse como dolor abdominal.

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

El dolor suele ser la causa de presentación, sin embargo en el *enfermo con demencia o con un estado confusional asociado*, la agitación psicomotriz, o en ocasiones un delirium hipoactivo, puede dominar por encima de las manifestaciones dolorosas.

El dolor abdominal en el adulto mayor debe abordarse de forma cuidadosa, ya que frecuentemente su intensidad no guarda relación con la gravedad de la patología de origen; por ello debe seguirse cuidadosamente su evolución, así como la presencia de otros síntomas asociados.

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- PRINCIPALES CAUSAS

Las causas son las mismas que en otros grupos de edad, sin embargo, la frecuencia de las mismas en el adulto mayor son distintas, aspecto sobretodo relevante ante la presencia de un dolor abdominal agudo, por ello las dividiremos en agudas, crónicas y recurrentes y las presentaremos en orden de frecuencia para este grupo de edad.

CAUSAS DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO

CAUSAS ABDOMINALES:

- Colecistitis aguda (dolor epigástrico y/o en hipocondrio derecho).

- Obstrucción intestinal aguda (la localización del dolor dependerá del sitio de obstrucción).
- Diverticulitis aguda (dolor en fosa ilíaca izquierda).
- Pancreatitis aguda (dolor epigástrico o en cinturón, irradiado a la espalda).
- Apendicitis aguda (dolor en mesogastrio o fosa ilíaca derecha).
- Úlcera péptica perforada.
- Isquemia mesentérica (dolor severo inespecífico, no localizado).
- Gastroenteritis aguda.
- Salpingitis aguda.
- Otras: obstrucción de intestino delgado, obstrucción ureteral, obstrucción del tracto biliar, ruptura de aneurisma de aorta abdominal, trauma abdominal, etc.

CAUSAS EXTRA-ABDOMINALES:

- Oclusión coronaria (dolor epigástrico).
- Neumonía (dolor en hipocondrios, que dependerá de la localización de la neumonía).

CAUSAS METABÓLICAS:

- Uremia (dolor epigástrico).
- Porfiria (dolor epigástrico).
- Envenenamientos (dolor abdominal difuso).

CAUSAS NEUROGÉNICAS:

- Herpes zoster (dolor localizado a la lesión).

CAUSAS DE DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO Y RECURRENTE

- Enfermedad ácido-péptica (dolor en epigastrio y/o hipocondrio derecho).
- Síndrome de colón irritable (dolor de localización variable que sigue la posición del intestino grueso).
- Colecistitis crónica (dolor en epigástrico y/o hipocondrio derecho).
- Enfermedad del intestino delgado (dolor tipo cólico en mesogastrio o periumbilical).
- Cáncer de colón (dolor de localización variable, generalmente en hemi-abdomen izquierdo).
- Pancreatitis crónica (dolor en epigastrio o en cinturón irradiado a la espalda).

- Diverticulitis crónica (dolor en fosa ilíaca izquierda).
- Obstrucción intestinal crónica o intermitente (la localización del dolor dependerá del sitio de obstrucción).
- Enfermedades sistémicas e intoxicaciones (enfermedades del tejido conectivo, diabetes, porfiria, etc.), dolor generalmente difuso e inespecífico.
- Carcinoma de páncreas (dolor en epigastrio-mesogastrio).

2.2.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

Un adecuado abordaje diagnóstico requiere un apropiado interrogatorio sobre los siguientes aspectos:

- **¿CUÁNDO INICIÓ EL DOLOR?**

La relación temporal es importante para establecer su agudeza o cronicidad y valorar su posible asociación con algún evento específico.

- **¿DÓNDE SE ENCUENTRA LOCALIZADO?**

Cuando el dolor es localizado, usualmente ubica al órgano afectado, ejemplo muy claro es el dolor epigástrico quemante o ardoroso asociado a gastritis. Sin embargo, debido a que *en el adulto mayor la localización frecuentemente es inespecífica o referida*, es conveniente hacer una cuidadosa historia del dolor y de los síntomas asociados cuando los hay, para hacer el diagnóstico lo más preciso posible; y si no se logra, saber con la mayor exactitud, qué estudios solicitar o bien referir al paciente en forma temprana para evitar la pérdida de tiempo, que suele ser la diferencia entre la vida y la muerte, especialmente para este grupo de edad.

- **¿LO HABÍA TENIDO ANTES?**

La presencia de eventos previos de dolor con características similares se ven frecuentemente en patologías crónicas o recidivantes como la *colecistitis crónica*, que frecuentemente presenta dolor asociado a la ingesta de alimentos altos en grasas, o bien el *síndrome de intestino irritable*, frecuentemente asociado a cambios del estado de ánimo o factores ambientales. La *enfermedad ácido péptica*, se asocia frecuentemente a diversas causas que van desde la dieta, toma de medicamentos como los antiinflamatorios no esteroideos, hasta la ingesta frecuente de bebidas alcohólicas.

- **¿SE ASOCIA A LA INGESTA DE ALIMENTOS?**

Al igual que en otros grupos de edad, la asociación de las molestias con los alimentos o con la toma de bebidas alcohólicas, es muy importante, para el diagnóstico del dolor,

sobretudo en patologías como la colecistitis, pancreatitis, enfermedad ácido péptica, u la obstrucción intestinal.

- **¿EL DOLOR CEDE EN ALGUNA POSICIÓN?**

Dato muy importante, ya que en presencia de dolor abdominal asociado a *irritación peritoneal*, la búsqueda de una posición antálgica es muy frecuente.

- **¿SE ACOMPAÑA DE OTROS SÍNTOMAS?**

(Vómito, fiebre o hipotermia, ausencia de evacuaciones, melena, diarrea, depresión, palpitaciones.)

La presencia de *vómito*, dependiendo de sus características puede ser manifestación de una gastroenteritis, colecistitis, pancreatitis o apendicitis. En el caso de *fiebre o hipotermia* más dolor abdominal, usualmente sugiere un proceso séptico intraabdominal, lo más frecuente es diverticulitis, apendicitis, pancreatitis, o colecistitis, procesos que frecuentemente en el adulto mayor, se diagnostican en estados avanzados acompañándose de perforación y peritonitis asociada.

La *ausencia de evacuaciones* obliga a descartar obstrucción intestinal por diversas causas, sin embargo, en el adulto mayor, primeramente habrá que descartar impactación fecal, problema frecuente en este grupo de edad, y que usualmente se asocia a historia de estreñimiento, en este caso un simple tacto rectal puede ser el diagnóstico y el tratamiento.

La presencia de *melena* podemos verla en pacientes con enfermedad ácido péptica (gastritis hemorrágica o enfermedad ulcerosa).

La presencia de *diarrea*, dependiendo de sus características y de su cronicidad, puede ser manifestación tanto de gastroenteritis, como de procesos neoplásicos, frecuentes en este grupo de edad (ej: cáncer de colon).

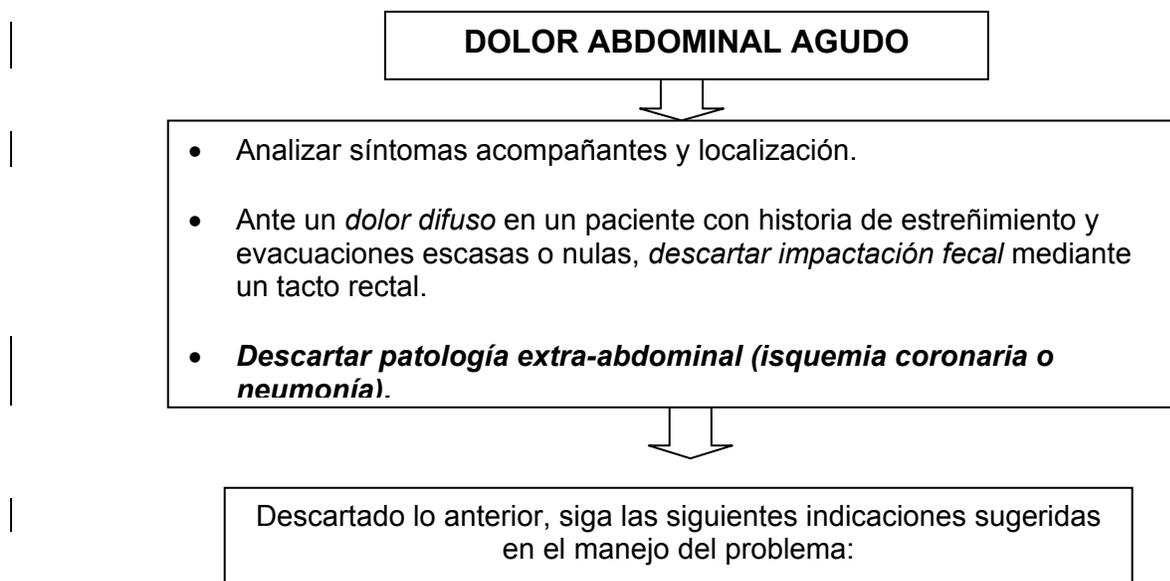
Por otra parte, la *pérdida de peso* o los *estados depresivos unidos al dolor abdominal crónico*, nos obligan a descartar procesos neoplásicos intraabdominales como el cáncer de colon o páncreas. Finalmente, la presencia de *palpitaciones o dificultad para respirar*, unido al dolor epigástrico sugerirá la posibilidad de oclusión coronaria.

Con la información anterior, en la mayoría de los casos será posible tener una sospecha diagnóstica, sin embargo *en el adulto mayor las diversas patologías mencionadas suelen presentarse de forma atípica*, llevándonos a una mayor dificultad diagnóstica y obligándonos frecuentemente a realizar evaluaciones especializadas, estudios diagnósticos de gabinete y laboratorio, que no siempre están disponibles en el primer nivel de atención, como en el caso de una prueba de esfuerzo, ante la sospecha de isquemia miocárdica, o una endoscopia para la evaluación de una enfermedad ácido péptica, o estudios contrastados en caso de una probable urolitiasis, diverticulosis, o cáncer de colon.

En el primer nivel de atención, es prioritario el **diagnóstico temprano** y el **seguimiento estrecho** de estos pacientes, sobretodo ante la presencia de un cuadro abdominal agudo, que necesita una *urgente referencia al siguiente nivel* de atención para permitir una intervención terapéutica temprana.

PARA RESUMIR EL ABORDAJE DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO:

DIAGRAMA 12.1. ABORDAJE DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO



3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

CUADRO 12.1. INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

Colecistitis aguda	Cirugía de urgencia.
Diverticulitis aguda	Soluciones intravenosas y antibióticos. (TMP/SMX + metronidazol o clindamicina). La cirugía está indicada en presencia de complicaciones como peritonitis, absceso, fístula, o diverticulitis recurrente.
Apendicitis aguda	Cirugía de urgencia.
Pancreatitis aguda	Soluciones intravenosas, sonda nasogástrica, ayuno, en caso necesario <i>analgésicos no narcóticos</i> . Tratamiento quirúrgico únicamente en caso de absceso, pseudoquiste o hemorragia pancreática.

Obstrucción aguda de intestino grueso	Inicialmente ayuno e hidratación, los vólvulos son la causa más común, usualmente la colonoscopia es efectiva como maniobra terapéutica no quirúrgica. El tratamiento quirúrgico de urgencia queda indicado en los vólvulos en colon transverso y en las otras regiones cuando la colonoscopia no da resultado o bien en adultos mayores con buen estado preoperatorio.
Úlcera péptica perforada aguda	Cirugía de urgencia.
Isquemia mesentérica aguda	Corrección del estado hemodinámico y derivar de inmediato a un centro de especialidad para valorar el uso de tratamientos intravasculares, o de ser necesaria, cirugía.
Impactación fecal	Supositorios de glicerina.
Enfermedad ácido-péptica	Evitar medicamentos (AINE's), u otras sustancias irritantes para el estómago (alcohol). Disminuir factores de estrés ambiental. Iniciar tratamiento con antiulcerosos (bloqueadores H ₂ , inhibidores de la bomba de protones).
Gastritis crónica	El tratamiento dependerá del tipo, sin embargo, la más frecuente es la asociada a H.pilori, para la cual se recomienda un esquema de 3 medicamentos: ESQUEMA 1: Salicilato de Bismuto (2 tabletas 4 veces/día) + Metronidazol (250-500mg 3 veces/día) + Tetraciclina (500mg 4 veces/día). ESQUEMA 2: Salicilato de Bismuto (misma dosis) + Amoxicilina (500mg 4 veces/día) + Metronidazol (250-500mg, 4 veces/día). Cualquiera de los dos, durante 14 días.
Síndrome de intestino irritable	Educación, aumento de la fibra y los líquidos en la dieta, y el uso racional de anticolinérgicos y antidiarreicos según sea necesario.
Gastroenteritis aguda	Hidratación, la vía dependerá de la tolerancia a la vía oral. Si tolera la vía oral, modificar la dieta líquida a semi-líquida, evitando los alimentos grasos e irritantes por 2-3 días, posteriormente normalizarla gradualmente, pero nunca suspenderla. Pueden indicarse <i>antiespasmódicos</i> para disminuir el dolor. La <i>indicación de antibióticos se hará únicamente, en caso de etiología bacteriana</i> . El tipo de antibiótico dependerá en gran medida de las características de las evacuaciones. Su vía de aplicación dependerá de si tolera o no la vía oral. En las virales y en las intoxicaciones, las medidas de sostén serán suficientes.

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

- Ante la posibilidad de un cuadro abdominal agudo, **no deben darse analgésicos de ningún tipo**, ya que estos pueden enmascarar el cuadro, permitiendo mayor daño y un retraso en el diagnóstico, que puede costar la vida del paciente.
- Otro aspecto relevante, es que *la edad por sí misma no es una contraindicación quirúrgica*, por lo que su indicación de inicio, es la misma que en cualquier otro grupo de edad.
- También se ha evidenciado que *cuanto más se retarde la intervención quirúrgica en los casos de abdomen agudo, el pronóstico será peor y la mortalidad más alta*.

3.3.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUCIÓN O ATENCIÓN

El dolor abdominal agudo, puede responder a muchas causas y asociarse, en el adulto mayor, a un cuadro clínico abigarrado que hace en ocasiones difícil el diagnóstico, la *necesidad de evaluación especializada y la accesibilidad a medios diagnósticos o terapéuticos*, hacen necesaria la referencia a niveles superiores de resolutivez. **Ante la duda, la referencia temprana puede evitar complicaciones.**

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- *El dolor abdominal en el adulto mayor*, no solamente es manifestación de patologías gastrointestinales, **también puede ser expresión de enfermedades graves extra-abdominales**, como una oclusión coronaria o una neumonía.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

Beers MH y Berkow R. Gastrointestinal Disorders, The Merck Manual of Geriatrics. Edición internet, 2000. http://www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/contents.htm

Friedman LS, ed. Gastrointestinal disorders in the elderly (symposium). Gastroenterology Clinics of North America 1990; 19(2):227-500.

Shamburek RD, Farrar JT. Disorders of the digestive system in the elderly. New Engl J Med 1990; 322:438-443.

Sklar M, ed. Gastroenterologic problems (symposium). Clin Geriatric Med 1991; 7(2):185-399.

Vogt DP. The acute abdomen in the geriatric patient. Cleveland Clinic J Med 1990; 57:125-130.

PARTE II:

Dolor articular

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

13



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

1. Diferenciar el dolor, primariamente originado en las articulaciones, del dolor, que secundariamente se manifiesta en ellas.
2. Reconocer las causas más frecuentes de dolor articular.
3. Establecer una ruta crítica para el tratamiento inicial del dolor articular.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La fuente más común de sintomatología y de limitación funcional en el adulto mayor es el sistema músculo-esquelético. El 40% de las personas mayores de 60 años, padecen de artralgias. Las enfermedades que causan el dolor articular son generalmente crónicas, incapacitantes y difíciles de tratar, lo cual genera frustración, tanto en el paciente, como en el médico. Hay que diferenciarlo, fundamentalmente, de otros dolores somáticos de causa periarticular o extraarticular, ya que la referencia difusa y poco exacta de la descripción del paciente puede conducir a dudas al momento de la evaluación.

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

El paciente habitualmente se queja de dolor articular directamente. Sin embargo, en ocasiones no lo hace, debido a que puede considerar que este tipo de dolor es un proceso normal o esperable en el envejecimiento.

El dolor articular puede ser según su localización:

- Monoarticular (en una sola articulación).
- Oligoarticular (en varias articulaciones).
- Poliarticular (en muchas articulaciones).

Además puede presentarse como:

- Dolores articulares en pequeñas o grandes articulaciones.
- Acompañado de signos de inflamación (artritis) o sin signos inflamatorios asociados (artralgia).

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- PRINCIPALES CAUSAS

Las causas más frecuentes de dolor articular y sus características clínicas más importantes se presentan en el Cuadro 13.1.

2.2.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

- **¿SE TRATA DE ARTRALGIA ORIGINADA POR UNA ENFERMEDAD EXTRA-ARTICULAR?**

Se debe descartar que otras patologías, en particular, infecciones o cáncer, sean las causantes del dolor articular, la fiebre, la pérdida de peso y el inicio agudo. Estas son pistas para determinar la causa, sin embargo, también pueden estar presentes en las patologías articulares. El dolor que no mejora con el reposo o con el cambio de posición es otra pista para un origen extra-articular.

Las *radiografías simples* son muy útiles, no por demostrar cambios articulares crónicos, sino .

CUADRO 13.1. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE DOLOR ARTICULAR

Enfermedad	Características clínicas
Osteoartrosis	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor más importante cuando la articulación se somete a carga. • Aumenta con el movimiento y disminuye con el reposo. • Afecta fundamentalmente caderas, rodillas, columna lumbar, articulaciones interfalángicas distales y la primera articulación carpo-metacarpal. • El dolor es habitualmente más importante en la mañana al comenzar a moverse y disminuye en el transcurso del día.
Polimialgia reumática	<ul style="list-style-type: none"> • Es la enfermedad reumatológica sistémica más frecuente de inicio en el adulto mayor. • Dolor en cintura escapular y pélvica bilateral. • Rigidez importante. • Generalmente de inicio agudo. • El dolor es peor en reposo que en movimiento. • Velocidad de sedimentación elevada.
Gota	<ul style="list-style-type: none"> • Generalmente de inicio agudo. • Mono u oligo-artritis distal. • Dolor intenso en la articulación afectada, la cual generalmente está eritematosa. • La articulación más afectada es la primera metatarso-falángica. • Las siguientes en frecuencia son rodilla y codo. • Puede tener síntomas sistémicos.
Pseudogota	<ul style="list-style-type: none"> • Características parecidas a la gota, aunque la pseudogota es más frecuente que la gota en el adulto mayor. • Generalmente asociada a estrés metabólico (como en el período posoperatorio). • Puede tener afección sistémica.
Artritis reumatoide*	<ul style="list-style-type: none"> • Poco frecuente que tenga su inicio en el adulto mayor. • Generalmente poliartritis distal <i>simétrica</i>. • Afecta de manera predominante las <i>articulaciones pequeñas</i>. • Puede tener síntomas sistémicos. • Generalmente no afecta a interfalángicas distales.

*Para el diagnóstico se requieren 4 características de las siguientes: rigidez matutina de más de 30 minutos de duración, artritis en al menos tres áreas articulares, afectación en manos, simetría, nódulos reumatoides, factor reumatoide positivo, alteraciones radiográficas compatibles. Las 4 primeras deben estar presentes por lo menos 6 semanas.

- **¿SE TRATA DE UNA ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA SISTÉMICA O LOCAL?**

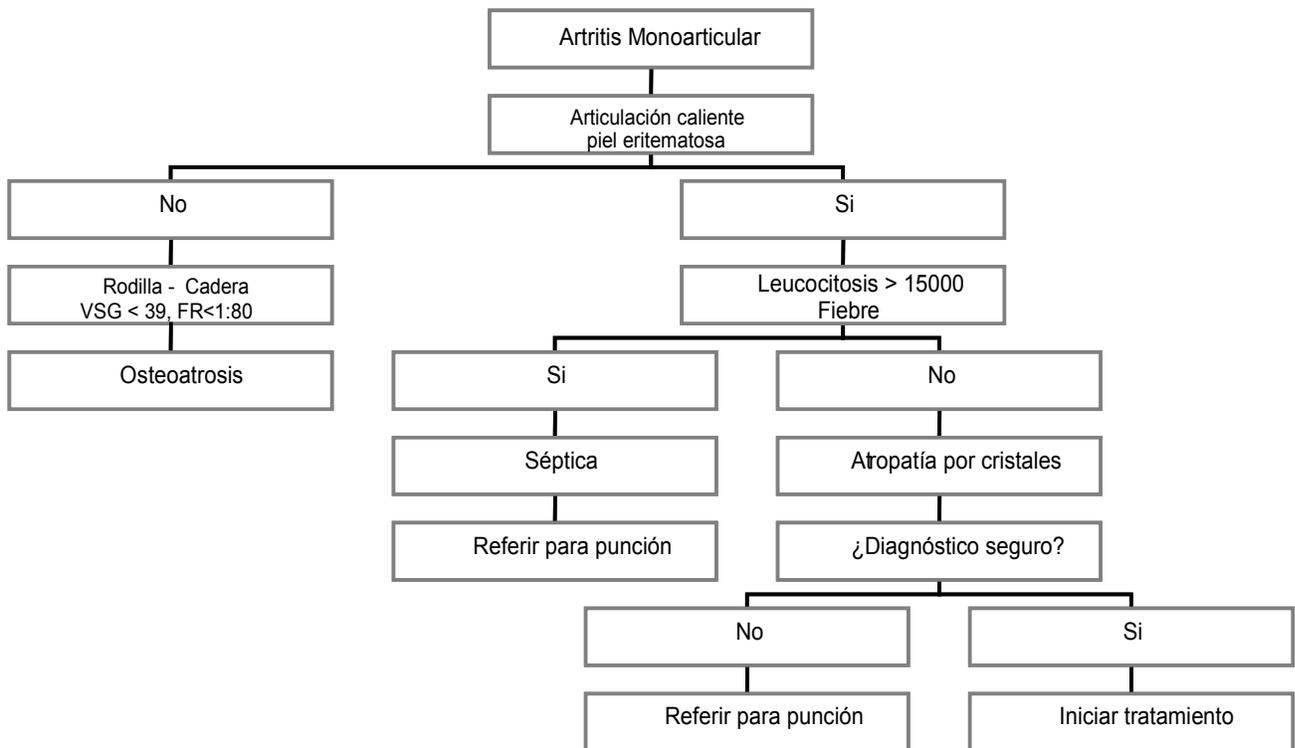
Si el problema es primariamente articular, se debe descartar que forme parte de una enfermedad reumatológica sistémica que requiera un tratamiento específico (caso de la artritis reumatoide o la polimialgia reumática). Estas se pueden asociar también con datos sistémicos (*fiebre, pérdida de peso, fatiga*).

Los *estudios de laboratorio* pueden orientar el diagnóstico, pero deben ser tomados con precaución, ya que los resultados en las enfermedades reumatológicas y las infecciosas, pueden presentar similitudes.

- **¿SE TRATA DE UNA ARTRITIS MONOARTICULAR O POLIARTICULAR?**

En caso de ser monoarticular puede ser útil utilizar el algoritmo que se muestra en el Diagrama 13.1:

DIAGRAMA 13.1. ALGORITMO PARA DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS MONOARTICULAR¹

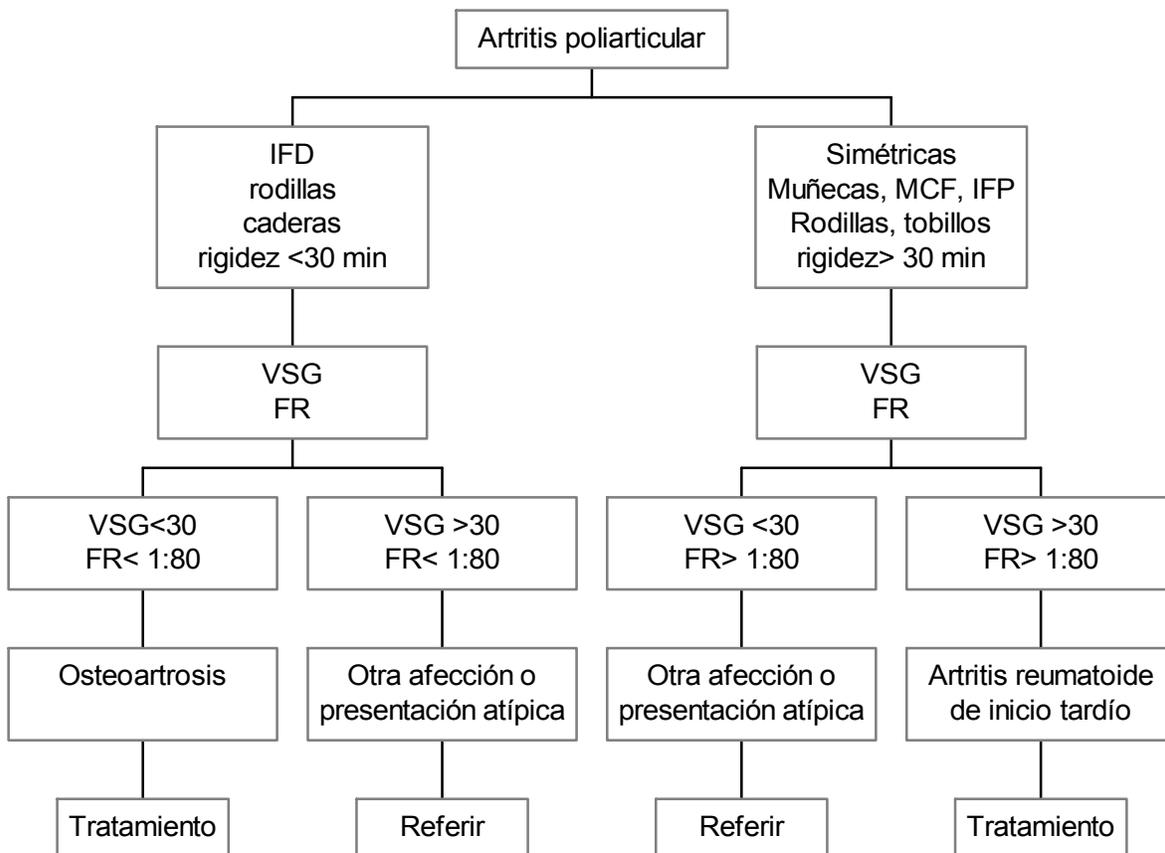


VSG: Velocidad de sedimentación global
FR: Factor reumatoide

¹ Traducido y modificado de Arcand M, Hebert R. *Precis pratique de gériatrie*. 2da Edición. Quebec: Maloine. 1997.

- SI LA AFECCIÓN ES POLI-ARTICULAR EL ALGORITMO SIGUIENTE PUEDE SER ÚTIL EN EL DIAGNÓSTICO. (DIAGRAMA 13.2)

DIAGRAMA 13.2. ALGORITMO PARA EL DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS POLI-ARTICULAR²



IFD: interfalángicas distales
 IFP: interfalángicas proximales
 MCF: Metacarpofalángicas
 FR: Factor reumatoide
 VSG: Velocidad de sedimentación globular

La presentación de la *artritis reumatoide de inicio tardío* puede ser muy atípica y confundirse incluso con la *osteoartrosis*.

² Traducido y modificado de Arcand M, Hebert R. *Precis pratique de gériatrie*. 2da Edición. Quebec: Maloine. 1997

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

- **OSTEOARTROSIS**

El fármaco de elección, es el *acetaminofén a dosis de hasta 4 grs al día*. Se debe recordar que la osteoartritis se caracteriza por *exacerbaciones y remisiones*, por lo que el tratamiento no es continuo en la mayoría de los casos. Durante las exacerbaciones se pueden emplear AINES, recordando asociarlos con misoprostol o bien con omeprazol para prevenir la aparición de enfermedad ácido péptica. El uso de *inhibidores de la COX₂* es una buena alternativa, sin embargo su costo limita el uso a largo plazo. Si a pesar del uso de estos medicamentos el dolor persiste, el paciente deberá ser referido a un nivel superior de atención.

- **GOTA Y PSEUDOGOTA**

En la crisis aguda se utilizan *anti-inflamatorios no esteroideos* como primera elección. Una segunda opción es la *colchicina a dosis de 0.6 mg por vía oral cada 12 horas*. Este tratamiento es menos efectivo en la pseudogota que en la gota. Si existe hiperuricemia, esta se puede tratar con *alopurinol durante el período asintomático* para prevenir nuevos ataques.

No se debe utilizar alopurinol durante un ataque agudo, sin embargo, si el paciente lo tomaba no es necesario suspenderlo.

- **ARTRITIS REUMATOIDE DE INICIO TARDÍO**

Los *anti-inflamatorios no esteroideos* se pueden utilizar como primera opción, aunque cada vez aparecen más reportes de que los *agentes de remisión* pueden ser utilizados como primera línea, en particular el *metrotexate*. De cualquier manera, si los anti-inflamatorios no esteroideos se encuentran contraindicados o bien son ineficientes, el paciente debe ser referido. Una opción es utilizar *inhibidores de la COX₂*, los cuales han demostrado buen efecto terapéutico con baja probabilidad de efectos secundarios.

- **POLIMIALGIA REUMÁTICA**

La sospecha diagnóstica de polimialgia reumática obliga a una **referencia urgente al especialista**. De no ser esta posible y en ausencia de contraindicación, puede iniciar tratamiento de prueba con *20 mg de prednisona cada 24 hrs*. La respuesta suele ser "espectacular" cuando el diagnóstico es correcto, si bien, puede tardar en aparecer hasta una semana.

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

La actividad física revierte muchas consecuencias fisiológicas de envejecimiento; específicamente, el ejercicio mantiene la masa muscular y ósea, disminuye el aumento en la proporción grasa - músculo asociada con el envejecimiento y preserva la función física. Tan recientemente como mediados de los años ochenta, la instrucción en el tratamiento de la artritis reumatoide era que el ejercicio se debía de evitar y el reposo en cama total era un tratamiento de base cuando habían episodios graves en la enfermedad. Cada vez más las pruebas han refutado estas creencias antiguas y han mostrado *el valor del ejercicio para las personas con artritis. El ejercicio preserva la función, reduce los síntomas y el número de días enfermos en los trastornos reumatológicos inflamatorios y osteoartritis.* El ejercicio prescrito debe considerarse una parte esencial del tratamiento de todos los trastornos reumatológicos.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- El diagnóstico diferencial de una monoartritis aguda debe ser realizado de una manera expedita.
- Se debe evitar el uso de anti-inflamatorios no esteroideos de manera crónica.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

Agudelo CA, Wise CM. Crystal-associated arthritis. Clin Geriatr Med. 1998; 14(3):495-513.

Beers MH y Berkow R. Musculoskeletal Disorders. The Merck Manual of Geriatrics. Edición internet, 2000. http://www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/contents.htm

Kane Robert L., J. Ouslander, I. B. Abrass, Geriatria Clínica. 3a. Edición. México: MacGraw-Hill Interamericana, publicación de PALTEX, Organización Panamericana de la Salud. 1997: 202-207.

Matteson EL. Current treatment strategies for rheumatoid arthritis. Mayo Clin Proc. 2000; 75(1):69-74.

Nesher G, Moore TL, Zuckner J. Rheumatoid arthritis in the elderly. J Am Geriatr Soc. 1991; 39:284-294.

Ling SM, Bathon JM. Osteoarthritis in older adults. JAGS 1998; 46:216-225.

Loeser RF, ed. Musculoskeletal and connective tissue disorders. Clinic Geriatric Med 1998; 14(3):401-667.

Lozada CJ, Altman RD. New drug therapies for osteoarthritis. J Musculoskeletal Med 1998; (Oct.):35-40

Sewell KL. Rheumatoid arthritis in older adults. Clin Geriatr Med. 1998; 14(3):475-494.

Fundación Novartis para Estudios Gerontológicos: www.healthandage.com , en la sección Health Centers, encontrará una sección sobre Artritis.

La página web del Centro de Vigilancia de Enfermedades de los Estados Unidos, (Center for Disease Control) tiene en su página web en el tema de envejecimiento (aging) información epidemiológica y de educación pública sobre el tema de artritis en las personas adultas mayores. www.cdc.gov

PARTE II:

Edema de las Piernas

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

14



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

1. Identificar la naturaleza y causalidad de los diferentes tipos de edema.
2. Establecer un plan diagnóstico y terapéutico en el primer nivel de atención.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El edema de las piernas se define como la acumulación de líquido a nivel subcutáneo intersticial.

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

Se menciona usualmente como sensación de pesadez, hinchazón o inflamación de una o ambas piernas o tobillos. Puede ser un hallazgo al examen físico.

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- PRINCIPALES CAUSAS

- Ortostático
- Venoso
- Medicamentoso o iatrogénico
- Cardíaco
- Renal
- Por miembro o parte corporal inactiva
- Infeccioso
- Isquémico
- Asociado a hipoalbuminemia
- Traumático
- Linfático
- Lipedema
- Hepático

2.2.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

AL INTERROGATORIO PRECISE:

- ¿Desde cuándo apareció el edema?
- ¿Se agrava en posición declive?
- ¿Hay consumo de medicamentos potencialmente responsables?
- ¿Hay antecedente de enfermedad cardiovascular?

AL EXAMEN FÍSICO HAY QUE RESPONDER A LAS SIGUIENTES CUESTIONES:

- ¿El edema es localizado?

- ¿Se extiende hasta los muslos?

SI EL PACIENTE ESTÁ ENCAMADO:

- ¿Se marcan los pliegues de las sábanas en el dorso?
- ¿Es simétrico?
- ¿Hay coloración anormal de la piel?
- ¿Hay aumento de temperatura?
- ¿Es doloroso?
- ¿La piel está engrosada (piel de naranja)?

CABE TAMBIÉN INVESTIGAR ALGUNOS SIGNOS ASOCIADOS COMO:

- Estigmas de insuficiencia venosa (dermatitis (ocre) por estásis, cicatrices de úlceras previas, várices)
- Signos de insuficiencia cardiaca
- Fiebre, taquicardia, linfadenopatía inguinal (ganglio palpable)

¿QUÉ EDEMAS REQUIEREN DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN URGENTE?

Básicamente cuatro (Diagrama 14.1):

- Erisipela o celulitis
- Tromboflebitis
- Linfedema asociado a neoplasias pélvicas
- Asociado a insuficiencia cardiaca.

¿CUÁL ES SU PRESENTACIÓN CLÍNICA?

- ERISPELA O CELULITIS:

La erisipela es causada por *estreptococos*, y usualmente unilateral; el edema es de inicio abrupto, con eritema intenso y *márgenes indurados, bien definidos y de rápida extensión*; con dolor intenso. Pueden surgir bulas flácidas en el segundo o tercer día de enfermedad. Penicilina es el tratamiento de elección. **La celulitis** es usualmente unilateral y de evolución aguda; el edema es localizado pero con *bordes pobremente definidos*; hay dolor, eritema y calor, sin modificaciones en el sistema venoso superficial. Puede ser causada tanto por *estafilococos*, como *estreptococos* (habrán títulos de antiestreptolisina), por lo que deben tomarse muestras para cultivo y Gram. Ambas formas de celulitis pueden, a veces, ser muy parecidas clínicamente.

- TROMBOSIS O TROMBOFLEBITIS:

Generalmente unilateral, puede afectar tanto el sistema venoso superficial como el profundo. Caracterizado por *dolor* de la región afectada. Cuando la trombosis o la tromboflebitis afecta el **sistema profundo**, se observa ingurgitación del sistema venoso superficial (várices) y edema de la misma pierna. Cuando la afectación es **superficial**, usualmente sólo hay enrojecimiento de la región afectada y dolor a la palpación, y debe hacerse diagnóstico diferencial con la celulitis. El diagnóstico suele ser clínico, sin embargo, en casos de sospecha de trombosis venosa profunda, puede ser necesario confirmar el diagnóstico con ultrasonido Doppler.

- EL LINFEDEMA ASOCIADO A LA PRESENCIA DE MASAS:

Debe tenerse siempre en mente, investigar linfedema *unilateral* de aparición *reciente*, en población geriátrica, por la mayor incidencia de *procesos neoplásicos* en este grupo de edad. Sin embargo, este tipo de edema también puede asociarse a *procedimientos quirúrgicos* que involucran linfáticos, o bien al uso de *radioterapia*. El linfedema es siempre *pálido*, dato importante para diferenciar de otros tipos de edema.

- EL EDEMA ASOCIADO A INSUFICIENCIA CARDIACA:

Es *simétrico*, en general se asocia a insuficiencia cardiaca derecha o insuficiencia cardiaca congestiva venosa y suele aumentar en forma ascendente. Su diagnóstico dependerá de la evidencia de datos de falla cardiaca como historia de IAM, presencia de ortopnea o disnea paroxística nocturna, hepatomegalia, ingurgitación yugular, etc.). La realización de ecocardiograma y electrocardiograma pueden ayudar a elegir un mejor tratamiento.

¿CÓMO SE PRESENTAN LOS OTROS TIPOS DE EDEMA?

- ORTOSTÁTICO:

Edema *simétrico*, visto usualmente en personas que permanecen mucho tiempo de pie o sentadas, usualmente desaparece durante la noche.

- OTROS EDEMAS VENOSOS:

El edema venoso bilateral se asocia a insuficiencia venosa periférica, y se manifiesta frecuentemente con las llamadas “várices” (dilatación del sistema venoso superficial). Cuando la afectación es únicamente en el sistema venoso profundo, el edema puede ser la única manifestación, presentándose en forma constante y exacerbándose al estar mucho tiempo de pie o sentado. Este se debe a alteraciones valvulares del sistema venoso.

- MEDICAMENTOSO O IATROGÉNICO:

El edema iatrogénico es simétrico y se ve sobre todo a nivel hospitalario, por sobrecarga de líquidos y en pacientes inmovilizados que mantienen por mucho tiempo la posición de decúbito dorsal.

- RENAL:

Siempre simétrico, usualmente asociado a patologías crónicas que afectan los riñones como la diabetes o la hipertensión arterial sistémica, sin embargo puede también presentarse en forma aguda por falla renal aguda, que puede asociarse en adultos mayores al uso de anti-inflamatorios no esteroideos (AINE's). Es necesario medir niveles séricos de electrolitos (sodio, potasio, cloro y magnesio), creatinina, urea y albúmina; sin embargo *el nivel de creatinina por sí solo, carece de valor, debido a la pérdida de masa muscular en el adulto mayor*, siendo necesario calcular la depuración de creatinina para tener una idea más real de la función renal.

- POR EXTREMIDAD O PARTE CORPORAL INACTIVA:

En adultos mayores, es más frecuente verlo en personas afectadas por enfermedad vascular cerebral (hemiplejia o parálisis de un miembro), por la pérdida del tono vascular, secundaria a la afectación neurológica, conduciendo a edema del miembro o miembros afectados.

- ISQUÉMICO:

Usualmente unilateral, se asocia a obstrucción arterial, ya sea por arteriosclerosis o a un procedimiento quirúrgico arterial, donde ha sido necesario mantener una obstrucción por más de 90 minutos. Clínicamente puede haber ausencia de pulsos. El diagnóstico definitivo, puede ser con ultrasonido doppler, o bien, con arteriografía, según sea el caso y la disponibilidad de los mismos. En el caso de la obstrucción arterial por placa arteriosclerótica, puede haber datos de claudicación previa con inmovilidad asociada y/o disminución importante en las actividades de la vida diaria.

- ASOCIADO A HIPOALBUMINEMIA:

En este grupo de edad, el cáncer y las enfermedades crónicas pueden llevar a pérdida proteica importante. Es normalmente simétrico con marcada huella (fóvea) a la digitopresión. También puede asociarse a desnutrición proteica severa, en personas que se observan caquécticas, o bien a enfermedad intestinal perdedora de proteínas (sprue), para la cual se requieren test especializados para cuantificación de proteína en heces. También se puede presentar en pacientes con nefropatía y proteinuria (síndrome nefrótico).

- TRAUMÁTICO:

En general unilateral, usualmente asociado a inflamación por fracturas, cirugías, lesiones o quemaduras, se autolimita en semanas o meses según la lesión primaria. Se diferencia del linfedema postraumático, ya que éste suele ser secundario a lesiones traumáticas o quirúrgicas graves de los conductos linfáticos.

- LINFEDEMAS:

Pueden ser primarios o secundarios. El primario generalmente es simétrico y difícil de diferenciar del *lipedema*, que se presenta generalmente en mujeres. En la población

geriátrica siempre se debe pensar en el secundario, que puede asociarse a la presencia de infiltración tumoral, a procedimientos quirúrgicos que involucren linfáticos, o a antecedentes de radioterapia. El linfedema es *siempre pálido*, dato importante para diferenciar de otros tipos de edema.

- LIPEDEMA:

Se observa generalmente en mujeres, predominantemente en muslos; puede ser homogéneo (lipomatoso), o bien nodular (lipohipertrófico), de consistencia dura. Típicamente las manos y los pies no se ven afectados.

- HEPÁTICO:

Siempre *simétrico* y por síntesis proteica hepática reducida, caracterizada por alteración de las enzimas hepáticas según sea la causa primaria. En población más joven la cirrosis alcohólica es la causa principal, sin embargo en adultos mayores habría que descartar *hepatitis viral crónica o infiltración neoplásica del hígado*.

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

¿QUÉ HACER EN CASO DE EDEMAS ASOCIADOS A UNA URGENCIA?

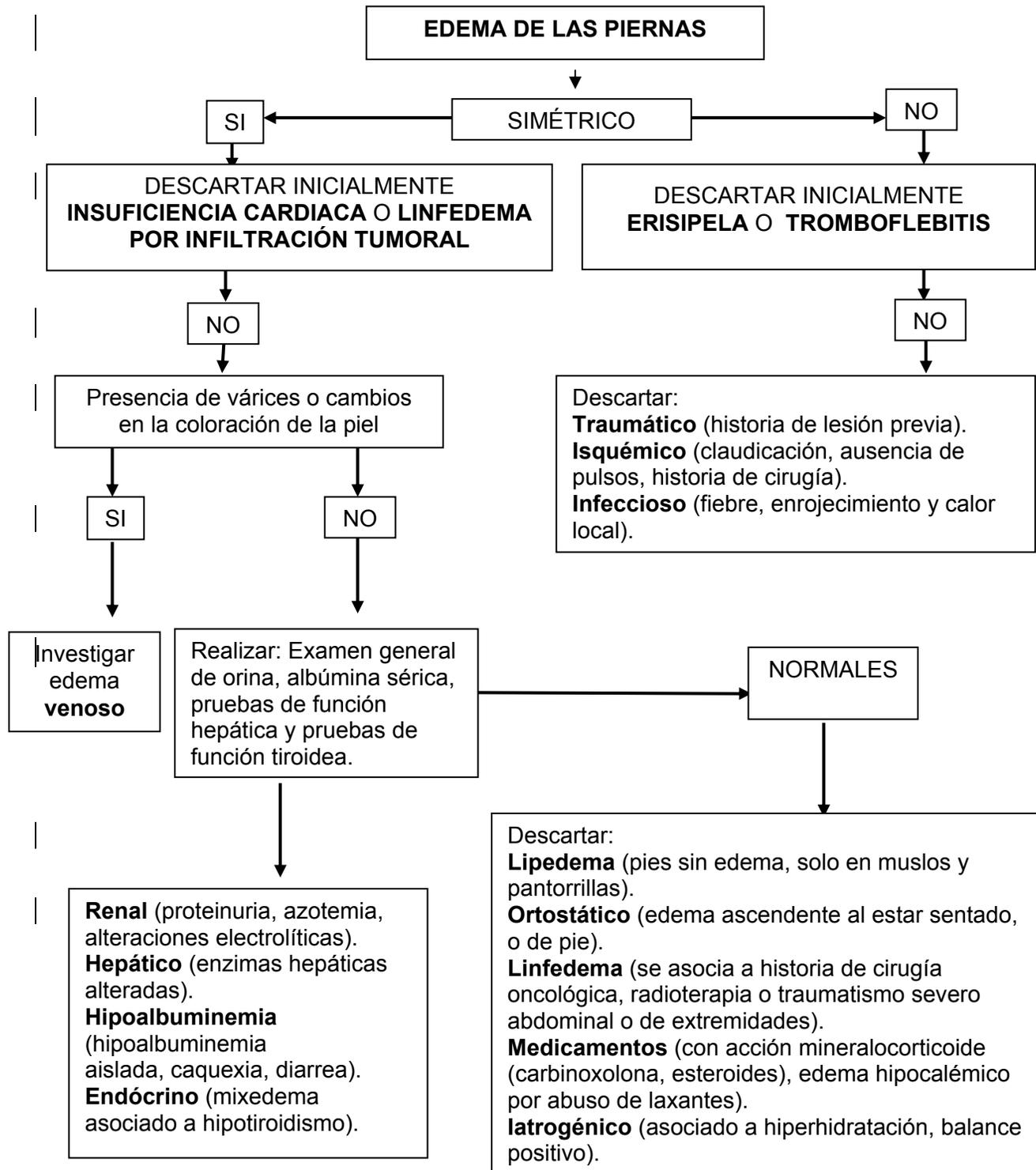
- En caso de **EDEMA INFECCIOSO POR ERISPELA**: se requerirá manejo inmediato con antibióticos (ej: penicilina), que cubran adecuadamente estreptococo, con lo cual se espera se resuelva en corto tiempo tanto el edema, como las manifestaciones sistémicas.
- En **EDEMA ASOCIADO A INSUFICIENCIA CARDIACA**: el manejo será básicamente con vasodilatadores (nitratos), IECA's a dosis bajas, diuréticos de asa (ejemplo: furosemide) a dosis bajas, que además de su función diurética también tienen función vasodilatadora, sin embargo deberá tenerse mucho cuidado con el riesgo de hipotensión asociado a estos medicamentos en el adulto mayor. *El uso de digital, esta indicado únicamente en evidencia ecocardiográfica de falla cardiaca sistólica*. No está indicado en falla cardiaca de predominio diastólico.
- En **EDEMA ASOCIADO A TROMBOSIS O TROMBOFLEBITIS**: Lo primero es saber: ¿Cuál es el sistema venoso afectado: superficial o profundo?. Sí la afectación es *superficial*, el manejo es únicamente con *compresas de agua tibia* sobre la región afectada y *elevación*, puede usarse un *antiagregante plaquetario* como el AAS (ácido acetil salicílico) 1gr al día. Sin embargo cuando la afectación es del sistema venoso profundo, deben plantearse otras preguntas

¿CUÁL ES EL NIVEL DE AFECTACIÓN?

Cuando la afectación en general, es *de la rodilla para abajo*, el manejo es prácticamente el mismo que en la tromboflebitis superficial, (*compresas de agua*

tibia sobre la región afectada y elevación). Sólo que en este caso es obligada la utilización del **antiagregante plaquetario** (AAS, 1gr al día). También es importante la utilización de *vendas elásticas o medias de compresión*.

DIAGRAMA 14.1. DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE EDEMA DE LAS PIERNAS



¿Y SI LA AFECTACIÓN ES MÁS PROBABLE DE LA RODILLA HACIA ARRIBA?

Primeramente debe corroborarse el diagnóstico con *ultrasonido doppler*. Si este corrobora el diagnóstico, el manejo requerirá de *anticoagulación total con heparina por al menos 5 días* y luego de *anticoagulante oral de 3 a 6 meses* para evitar el alto riesgo de *tromboembolismo*.

Para el manejo de estos pacientes se *recomienda la interconsulta* con el especialista.

No olvidar el *vendaje elástico* o el uso de *medias elásticas de compresión* para la extremidad afectada y la *elevación* de la misma. Si la persona está acostada, mantenerlas por arriba del nivel del corazón, y si el paciente está sentado mantener la extremidad al menos horizontal.

- **¿QUÉ HACER EN PRESENCIA DE LINFEDEMA UNILATERAL DE PRESENCIA RECIENTE?**

Ante el riesgo importante de que sea secundario a un proceso neoplásico, lo prioritario será *referir al paciente geriátrico lo más pronto posible* a una Institución donde se cuente con los medios diagnósticos y terapéuticos, tratando de hacer un diagnóstico temprano que permita algún tipo de intervención.

- **¿CUÁLES SON LAS INTERVENCIONES ESPECÍFICAS PARA LOS OTROS TIPOS DE EDEMA?**

ORTOSTÁTICO: evitar estar mucho tiempo de pie o sentado.

VENOSO: utilizar vendas o medias elásticas según el grado de insuficiencia y tolerancia, ya que para la mayoría de los adultos mayores son muy molestas.

MEDICAMENTOSO O IATRÓGENO: evitar el uso de estos medicamentos (ver apartado anterior) y vigilar cuidadosamente los balances de líquidos, cuando se tenga que realizar rehidratación.

RENAL: en caso de insuficiencia renal, puede requerir desde el uso únicamente de diuréticos (furosemida), hasta el uso de diálisis. *El manejo de estos pacientes debe ser de preferencia por el especialista en nefrología o medicina interna.*

POR EXTREMIDAD O PARTE CORPORAL INACTIVA: es importante la rehabilitación del miembro afectado; mantener en lo posible el miembro por arriba del nivel del corazón para favorecer el drenaje por gravedad; puede mejorar con vendaje del miembro inferior afectado.

INFECCIOSO: iniciar lo más pronto posible antibióticoterapia, con lo cual se espera se resuelva en corto tiempo, tanto el edema como las manifestaciones sistémicas. En caso de **celulitis**, se recomienda tomar muestra para cultivo por aspirado, y luego dar antibióticos que cubran *estafilococos penicilinas-resistentes* (del tipo dicloxacilina). Se. En casos de resistencia puede ser necesario el uso de

vancomicina. En pacientes diabéticos o inmunosuprimidos la combinación ciprofloxacina + clindamicina suele ser un excelente esquema para manejo ambulatorio.

ISQUÉMICO: la obstrucción arterial aguda es una **urgencia médica**, que requiere anticoagulación total intravenosa con heparina y estudio de la etiología. Cuando se asocia a procedimientos quirúrgicos, suele autolimitarse en los días a semanas siguientes.

Por **HIPOALBUMINEMIA:** cuando el problema se asocia a **desnutrición** por baja ingesta, la reposición alimenticia gradual con alimentos de alto contenido protéico, como el amaranto en poblaciones de bajos recursos, puede ser una opción, (una taza de leche, más una bola de nieve de vainilla, más dos cucharadas soperas de amaranto, se licua y se endulza al gusto). En **enteropatía perdedora de proteína** se requiere *manejo por el especialista* en gastroenterología, para las modificaciones pertinentes de la dieta. En **cáncer e infecciones crónicas** se recomienda la ingesta alta en proteínas animales o vegetales, o el uso de suplementos alimenticios, como el mencionado con amaranto, o los suplementos producidos por la industria farmacéutica.

TRAUMÁTICO: tratamiento de la *lesión de base* (fractura, quemadura, etc.) y en caso necesario la toma de *anti-inflamatorios* para la inflamación asociada.

LIPEDEMA: el paciente debe evitar más aumentos de peso; mejora poco con drenaje linfático, pero el manejo definitivo es quirúrgico.

HEPÁTICO: requiere del uso de *diuréticos del tipo ahorradores de potasio* por el *hiperaldosteronismo* que desarrollan estos pacientes. Se utiliza la espirinolactona. La *restricción de sodio* en la dieta es importante (menos de 2 gramos de sodio al día).

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

En general el seguimiento de *un programa de actividad física*, tanto en el post-tratamiento inmediato, como con fines preventivos, puede ser beneficioso para todo paciente con edema, únicamente habrá que tener más cuidado con los pacientes con insuficiencia cardíaca, y en los que tuvieron insuficiencia arterial (edema isquémico), aunque ninguno es una contraindicación total.

La *promoción de la salud* deberá ir encaminada a la enseñanza del problema y de la relevancia de la actividad física como medio de prevención y manejo. Cuando ya se tiene alguna de las enfermedades mencionadas, frecuentemente asociadas a edema de extremidades inferiores, es importante guiar al paciente al conocimiento de las mismas y de la importancia de reconocer modificaciones en el edema para acudir al médico oportunamente, y que éste pueda realizar las modificaciones terapéuticas pertinentes.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- El edema siempre se debe investigar.
- Si es de aparición abrupta y unilateral hay que tener presente flebitis y erisipela.
- Los edemas bilaterales no son sinónimos de insuficiencia cardiaca.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

Beers MH, Berkow R. Cardiovascular Disorders. The Merck Manual of Geriatrics. Internet version, 2000. [http:// www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/home.html](http://www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/home.html)

Elder DM, Greer KE. Venous disease: how to heal and prevent chronic leg ulcers. Geriatrics 1995; 50(8):30-36.

McCarthy SF. Peripheral vascular disease in the elderly. Edinburgh: Churchill Livingstone, ca. 1983.

Rubin JR, Goldstone J. Peripheral vascular disease: treatment and referral of the elderly. Geriatrics 1985; 40(6):34-39, 40(7):61-66.

PARTE II:

Estreñimiento

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

15



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

1. Identificar la naturaleza del problema y su definición.
2. Determinar sus factores de riesgo y causas.
3. Identificar ventajas y desventajas de las distintas modalidades terapéuticas.
4. Desarrollar un programa de tratamiento para individuos con estreñimiento.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El estreñimiento crónico afecta a cerca del 30% de adultos de 60 años de edad o más, y más comúnmente a las mujeres. Aunque ocurre con frecuencia como un efecto colateral de medicamentos, puede también ser una manifestación de enfermedad metabólica o neurológica. Independientemente, siempre debe ser excluida la obstrucción colónica.

DEFINICIÓN SUBJETIVA:

Se trata de la sensación de heces demasiado duras, de un período de tiempo muy largo entre cada evacuación, o evacuaciones esforzadas con duración prolongada y fatigante, frecuentemente acompañadas de sensación de evacuación incompleta.

DEFINICIÓN OBJETIVA:

Heces de menos de 35 gramos por emisión o frecuencia menor que tres veces por semana. La frecuencia del estreñimiento subjetivo aumenta con la edad, sin embargo, la del estreñimiento objetivo parece mantenerse constante a lo largo de la vida.

Existe la idea generalizada de que la defecación diaria es benéfica para la salud, sin embargo, sabemos que el hábito intestinal normal puede ser tanto como 3 veces por día o tan poco como dos veces por semana sin que esto provoque problemas de salud.

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

Usualmente el paciente se presenta con la queja directa de estreñimiento o bien pidiendo algún laxante “eficaz para tratarla”, sin embargo, los síntomas que motivan esta consulta son muy variables.

Es importante destacar que, en el adulto mayor, el estreñimiento se puede presentar como un cuadro de **oclusión intestinal** o bien como **pérdida de la autonomía o delirio**.

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

¿SE TRATA DE UN ESTREÑIMIENTO RECIENTE O CRÓNICO?

Es difícil establecer un tiempo determinado para distinguir si el estreñimiento es reciente o crónico, sin embargo si el paciente lo refiere como de “toda la vida”, se puede considerar como crónico. En cambio, si ha durado semanas, meses o incluso un año se debe considerar como reciente.

SI SE TRATA DE UN ESTREÑIMIENTO RECIENTE O ESTÁ SUPERIMPUESTO A UN ESTREÑIMIENTO CRÓNICO:

Es muy importante determinar si existe **obstrucción colónica**, siendo la causa más importante, el **cáncer de colon**, sobre todo si el estreñimiento se acompaña de pérdida de peso o sangre en las heces.

Los medicamentos que se anotan en el cuadro 15.1 son causa frecuente de estreñimiento y por tanto deben ser eliminados en la medida de lo posible.

Se debe descartar asimismo el **hipotiroidismo**.

CUADRO 15.1. MEDICAMENTOS QUE PUEDEN PROVOCAR ESTREÑIMIENTO

- Anticolinérgicos
- Narcóticos
- Antiácidos que contengan aluminio o calcio
- Diuréticos (por deshidratación e hipocalemia)
- Sucralfato
- Suplementos de hierro
- Calcioantagonistas
- Antitusígenos

En los casos de estreñimiento, es necesario, antes de indicar estudios de laboratorio o de imagen o iniciar tratamiento, realizar un tacto rectal.

SI SE TRATA DE UN ESTREÑIMIENTO CRÓNICO:

Es útil para el tratamiento determinar, mediante el tacto rectal, si se trata de un estreñimiento **terminal, de progresión o mixto**.

¿SON LAS HECES ABUNDANTES Y BLANDAS EN EL RECTO?

Se trata muy probablemente de un estreñimiento **terminal**.

La **impactación fecal** puede presentarse con materia fecal blanda, en especial en pacientes con alteración neurológica o incapacidad para la marcha.

¿SON LAS HECES ABUNDANTES, EN FORMA DE HESCÍBALOS PEQUEÑOS?

Probable estreñimiento **mixto**.

¿ÁMPULA RECTAL VACÍA?

Se trata de un estreñimiento **de progresión** o bien una **obstrucción alta**.

¿QUÉ EXÁMENES PUEDEN INDICARSE PARA SU ESTUDIO?

• LABORATORIO:

Determinaciones de sodio, potasio, calcio, glucosa y determinación de hormona estimulante de tiroides ultrasensible.

• ESTUDIOS PARACLÍNICOS:

Radiografía simple de abdomen en caso de **impactación fecal**.

Colonoscopia o colon por enema con doble contraste en todos aquellos casos en que se sospeche de **obstrucción colónica** o *en los que no se tenga un diagnóstico* mediante el interrogatorio y las pruebas antes descritas.

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

ESTREÑIMIENTO TERMINAL:

En ocasiones es suficiente utilizar supositorios de glicerina. Sin embargo, esto difícilmente corrige el problema a largo plazo, por lo que se puede optar por utilizar *laxantes osmóticos* como la *lactulosa* o el *sorbitol*. Ver (abajo) el Cuadro 15.2 de laxantes y las intervenciones genéricas.

Al iniciar el tratamiento puede ser de beneficio utilizar un *enema evacuante a base únicamente de agua* para limpiar el colon del exceso de residuo.

Si es necesario, se puede utilizar *ocasionalmente* un *laxante estimulante*.

ESTREÑIMIENTO POR HIPOMOTILIDAD:

En este caso es útil el uso de *psyllium plantago* antes de las comidas. También se puede utilizar de manera *ocasional* algún laxante de tipo *irritante*.

ESTREÑIMIENTO MIXTO:

Utilizar *psyllium plantago* inicialmente y después agregar de acuerdo a respuesta *lactulosa* o *sorbitol*.

En cualquier caso, si después de *algunos meses* de tratamiento no se obtiene una respuesta satisfactoria, el paciente debe ser **referido** para su tratamiento.

IMPACTACIÓN FECAL:

Esta es la principal complicación del estreñimiento **terminal**. El cuadro clínico puede tomar la forma de *seudo-obstrucción intestinal*, *ulceración del colon*, retención e infección urinaria, incontinencia fecal (generalmente por trastornos de la sensibilidad rectal), una *falsa diarrea* o bien *alteración del estado de conciencia* o *pérdida de la autonomía*.

CUADRO 15.2. LAXANTES

Agente y tipo	Dosis	Inicio de acción	Mecanismo de acción	Efectos secundarios
Bisacodil (estimulante)	10 mg qhs	6 - 12 hr	Estimulación de plexo mioentérico. Alteración del transporte de sal y agua.	Hipocalemia , dolor abdominal, vómito (especialmente si se asocia a antiácidos).
Antraquinonas Ej: Senna (estimulantes)	10 - 30 g qhs	8 - 12 hr	Como el anterior, más efectos parecidos a prostaglandina E.	Puede causar dolor abdominal, dependiente de dosis. Melanosis del colon.
Psyllium plantago Metilcelulosa (aumentadores de bolo fecal)	1 tab. o 30 g qd - tid	12 - 72 hr	Fibra hidrofílica resistente a la degradación bacteriana. Aumenta el bolo fecal y lo reblandece.	Distensión abdominal, flatulencia. Pueden provocar retención colónica. Evitar en pacientes inmovilizados. Cuidado en la disfunción renal.
Hidróxido de magnesio	5 - 30 mg qhs	0.5 - 3 hr	Estimula secreción de colecistocinina y aumenta la secreción de electrolitos y agua.	Puede provocar deshidratación, diarrea. Evitar en pacientes con falla renal. No utilizar por tiempo prolongado.
Lactulosa Sorbitol (osmolaes)	15 - 30 mL qd - qid	24 - 48 hr	Son disacáridos no absorbibles que causan paso de agua hacia el colon y contracciones reflejas.	Dolor abdominal, especialmente al combinarse con frutas.
Polietilenglicol GoLyteli® (osmolar)	0.5 - 2 L qd	0.5 - 1 hr	Acción hiperosmótica potente, disminuye tiempo de tránsito. Útil en casos de impactación fecal.	Náusea, dolor abdominal, incontinencia fecal.

La conducta a seguir, es la *desimpactación manual prudente* (puede requerir sedación en casos avanzados) en primer lugar, seguido de *enemas evacuantes* de la siguiente manera: Se coloca al paciente en decúbito lateral izquierdo con la cadera en abducción, Se coloca a un bote con 500 a 1,000 cc de agua tibia (evitar enemas de agua jabonosa), un metro por encima de la cadera, y se deja que pase el líquido lo más lento posible. De ser posible al terminar, se coloca al paciente en decúbito supino por unos 5 minutos y en decúbito lateral derecho por otros 5 minutos. Se debe repetir el enema hasta que resulte en evacuaciones líquidas claras. Según la presentación del caso, se mantendrá al paciente con órdenes de no recibir nada por boca o con dieta a base de líquidos claros, hasta terminada la limpieza del colon. Una vez terminado este proceso, puede iniciar el tratamiento general y el tratamiento para el estreñimiento terminal antes descrito. De ser un paciente inmovilizado o con alguna discapacidad funcional, inicialmente debe tener una dieta con fibra restringida y enemas profilácticos (uno o dos por semana) para evitar una reimpactación¹.

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

Es importante destacar que en el tratamiento del estreñimiento crónico, los resultados difícilmente serán inmediatos. El paciente debe estar consciente de esta situación para evitar el uso excesivo de los laxantes, los cuales en mayor o menor medida tienen efectos contraproducentes.

En todo paciente con estreñimiento crónico se debe seguir el siguiente esquema de reeducación del hábito intestinal:

- Durante el desayuno, tomar algún líquido caliente.
- Caminar durante 15 - 20 minutos después de desayunar.
- Acudir al baño aunque no se tengan deseos de evacuar **30 minutos después de desayunar** para aprovechar el **reflejo gastro-cólico** e intentar defecar por lo menos durante 10 minutos.
- Nunca posponer el ir al baño al tener el deseo de defecar.
- Aumentar la cantidad de líquidos y fibra que se ingieren durante el día.
- Suspender los laxantes **irritantes**.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- Siempre hacer un **tacto rectal** antes de iniciar cualquier tratamiento.
- Evitar en la medida de lo posible los laxantes estimulantes.

¹ Manual Merck de Geriatria. 2a. Edición. Madrid: Ediciones Harcourt, S.A. 2001:1082, 1092-1094, 1116.

- Comenzar siempre por las intervenciones genéricas y enfatizarle al paciente que la respuesta es lenta para evitar sobremedicación.
- Tratar la impactación fecal de manera enérgica.
- En el estreñimiento de **inicio reciente** se debe buscar siempre que una **tumoración** sea la causa.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

Beers MH, Berkow R. Constipation, Diarrhea, and Fecal Incontinence in The Merck Manual of Geriatrics. Internet version, 2000.

[http:// www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/home.html](http://www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/home.html)

De Lillo AR, Rose S. Functional bowel disorders in the geriatric patient: constipation, fecal impaction, and fecal incontinence. Am J Gastroenterol. 2000; 95(4):901-905.

Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB. Geriatria Clínica. 3a Edición. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. publicado para el Programa Ampliado de libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud. 1997.

Romero YR, Evans JM, Fleming KC, Phillips SF. Constipation and fecal incontinence in the elderly population. Mayo Clin Proc 1996; 71:81-92.

Wald A Constipation and fecal incontinence in the elderly, Gastroenterol Clin North Am. 1990, 19:405-418.

PARTE II:

Fatiga y Pérdida de Vigor

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

16



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

1. Reconocer el síndrome clínico de fatiga y pérdida de vigor como una entidad con causalidad múltiple.
2. Aplicar un abordaje sistemático para el reconocimiento de la(s) causa(s).
3. Reconocer las líneas generales del abordaje terapéutico inespecífico.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Fatiga, pérdida de vigor y energía, son comunes en el adulto mayor que busca atención primaria. La imagen preconcebida del envejecimiento que suelen tener las personas de edad y los propios médicos, hacen que muchas veces estos síntomas sean erróneamente atribuidos al sólo envejecimiento, privando al paciente de la posibilidad de un diagnóstico y tratamiento adecuados.

Estos síntomas pueden reflejar, tanto **condiciones orgánicas** para las cuales los adultos mayores son más susceptibles (ej: anemia e insuficiencia cardiaca o trastornos psicológicos), como la **depresión**.

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

El paciente se queja de la propia **fatiga**, de **deterioro o incapacidad funcional inexplicable**, de **desánimo** o el acompañante lo señala.

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- PRINCIPALES CAUSAS

Pueden ser distintas dependiendo de que su evolución sea aguda o crónica.

CASOS AGUDOS:

- **Causas habituales** de fatiga en la población adulta, como es el caso de las *infecciones virales y bacterianas*.
- **Presentación atípica u oligosintomática** de afecciones como: *infarto agudo del miocardio* (en el cual suele no haber dolor) o *insuficiencia cardiaca*, donde el bajo nivel de esfuerzo habitual evita la aparición de la disnea. Esta misma situación puede darse en casos de *neumonía* cuando los pacientes aquejan deterioro funcional, fatiga y pérdida de vigor, asociada a un aumento de la frecuencia respiratoria.

CASOS CRÓNICOS:

- Estos síntomas suelen indicar una **dolencia no diagnosticada que sigue evolucionando**: anemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipotiroidismo, cáncer o inclusive **efectos nocivos de medicamentos** (antihipertensivos de acción central, beta bloqueadores).
- **Tuberculosis y endocarditis infecciosa**, deben ser consideradas como causa posible en presencia de hipertermia y ataque al estado general.
- A pesar de esas posibles causas orgánicas y estos síntomas con evolución de semanas o meses, la **depresión** es responsable por lo menos del 50% de los

casos de evolución crónica. *La depresión como causa de fatiga debe ser considerada entre las causas más frecuentes y no como un diagnóstico de exclusión.*

2.2.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

¿ES AGUDO O ES CRÓNICO?

EN LOS CASOS AGUDOS:

- **¿QUÉ MEDICAMENTOS TOMA EL PACIENTE?**

Los *psicofármacos* y los *anticolinérgicos* pueden condicionar adinamia. Los *diuréticos* pueden provocar hiponatremia o deshidratación; los *hipoglucemiantes*, hipoglucemia; y los *digitálicos*, intoxicación que puede descompensar rápidamente a un adulto mayor y frágil.

- **¿CONSUME ALCOHOL EL PACIENTE?**

Tanto la intoxicación como la supresión pueden conducir a este síndrome.

- **¿HA SUFRIDO CAÍDAS RECIENTEMENTE?**

Una simple caída puede desencadenar el *temor de caminar* y si ocurrió traumatismo, cabe descartar una *fractura de cadera impactada* y un *hematoma subdural* si hubo trauma craneoencefálico.

- **¿CÓMO ESTÁN SUS SIGNOS VITALES?**

TEMPERATURA: la hipo o hipertermia orienta hacia causas infecciosas, pero su ausencia no las descarta. Debe supervisarse durante al menos algunos días.

FRECUENCIA CARDÍACA: debe observarse en busca de una arritmia.

FRECUENCIA RESPIRATORIA: la existencia de polipnea en ausencia de angustia debe hacernos considerar insuficiencia cardíaca, neumonía o embolia pulmonar.

TENSIÓN ARTERIAL: la comparación con cifras previas es útil para detectar deshidratación, hemorragia, insuficiencia cardíaca o infarto. En la medida de lo posible conviene verificarla en decúbito y de pie, buscando hipotensión ortostática.

DIURESIS: si el paciente no ha orinado puede tratarse de una retención aguda, sin que necesariamente se manifieste urgencia de miccionar, o de anuria que puede estar ligada a una insuficiencia renal funcional por deshidratación o insuficiencia renal aguda de causa orgánica.

- **¿QUÉ PONE EN EVIDENCIA EL EXAMEN CLÍNICO?**

CABEZA Y CUELLO: asegurarse de que el sujeto escucha bien, buscar palidez o ictericia, evaluar el estado de hidratación oral y cutáneo. Búsqueda de signos de

focalización de pares craneales como paresia facial o asimetría del reflejo de “amenaza” (: cierre rápido de los ojos ante “peligro”) que denote hemianopsia.

TÓRAX: al examen pulmonar buscar, indicios de condensación, al examen cardíaco descartar arritmias e insuficiencia cardiaca congestiva.

ABDOMEN: buscar indicios de masa interna, dolor localizado u orificios herniarios ocupados. Palpar el vientre bajo en busca de globo vesical.

PELVIS: el tacto rectal es indispensable para descartar un fecaloma que puede por si mismo explicar el deterioro. El examen de la próstata, la vagina y el recto son necesarios para descartar tumoraciones.

EXTREMIDADES: búsqueda de signos de focalización neurológica con asimetría de la motricidad o de los reflejos osteotendinosos y signos piramidales. Examen vascular buscando indicios de isquemia. Observación y palpación de las articulaciones buscando artritis.

• **EFFECTÚE EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:**

Dos exámenes son particularmente indispensables: La **glucemia** para descartar hipo o hiperglucemia y el **electrocardiograma** para investigar trastornos del ritmo o de la conducción y descartar infarto agudo.

Otros exámenes que pueden ser necesarios aparecen a continuación en el Cuadro 16.1:

CUADRO 16.1. EXÁMENES ÚTILES EN EL ESTUDIO DE LA FATIGA

Evaluación Paraclínica Mínima	
• Biometría hemática	• Hormona estimulante del tiroides
• Electrolitos séricos	• Sedimentación globular
• Calcemia	• Examen general de orina y urocultivo
• Fosfatasa alcalina y aminotransferasas	• Electrocardiograma
	• Radiografía simple del tórax

A continuación, sobre la base de la información disponible, es necesario definir la conducta a seguir entre dos alternativas principales: Se envía a otro nivel de atención o se mantiene en domicilio, esta última opción especialmente:

- *Cuando la causa es evidente y el tratamiento simple:* por ejemplo en caso de efectos tóxicos de fármacos, infección urinaria o respiratoria, deshidratación leve, fecaloma, insuficiencia cardiaca moderada.

- *Cuando la etiología parece compleja, pero en ausencia de gravedad aparente, es posible monitorizar la evolución y ayudarse de exámenes paraclínicos (Cuadro 16.1). En ambos casos es necesaria la supervisión cercana a intervalos de 24-48 hrs.*

EN LOS CASOS CRÓNICOS:

- **¿HAY ALGUNA CAUSA EVIDENTE DE PRIMERA INTENCIÓN?**

Jamás atribuir el problema a “senilidad” o “la vejez”. Siempre es necesario buscar rigurosamente una causa somática o tóxica curable. En general la pobreza semiológica hace que el diagnóstico etiológico sea difícil y que se requiera un mayor apoyo de exámenes de laboratorio y gabinete.

- **¿EXISTE ALGÚN FACTOR QUE CONSTITUYA UNA URGENCIA?**

Dentro de la cronicidad, hay que reconocer la noción de urgencia en el diagnóstico, pues el adulto mayor puede ver agravado su pronóstico vital en presencia de desnutrición, encamamiento prolongado y desinserción social, situaciones todas que deterioran rápidamente y conducen a fragilización.

En caso de duda de efectos tóxicos de medicamentos, establecer una “ventana terapéutica”, suspendiendo todos los fármacos que no sean indispensables para el soporte vital.

El proceso de diagnóstico sugerido a continuación supone que no hay indicios que permitan orientar la evaluación clínica de una manera específica (pérdida de peso, anemia, dolor, ictericia, entre otros).

EFFECTUAR UNA CUIDADOSA ANAMNESIS CON ESPECIAL ÉNFASIS EN:

- Consumo de *fármacos* prescritos y eventualmente automedicados. Es deseable llevar a cabo la inspección física de los fármacos para mayor seguridad, buscando potenciales interacciones responsables de la fatiga o efectos directos sobre funciones orgánicas (hepatotoxicidad, alteración de función tiroidea o renal).
- Reconocimiento de *eventos significativos en la vida del paciente* aún considerando la hipótesis de una enfermedad orgánica, ya que esta puede ser inducida o descompensada por *estrés* (úlceras pépticas, insuficiencia cardiaca, estados confusionales, etc.).
- Recuerde: *la fatiga de larga duración, que es peor por la mañana y mejora a lo largo del día, es sugestiva de depresión*. Los adultos mayores con este tipo de síntomas tienden también a quejarse de falta de concentración, problemas psicosociales, pérdida de parientes o amigos, inseguridad y pesimismo. Por el contrario, *la fatiga de corta duración, ausente por la mañana, que aumenta durante el día y que mejora con el reposo sugiere causas orgánicas*.

EL EXAMEN CLÍNICO, QUE DEBE SER EXHAUSTIVO, NECESITA ADEMÁS ORIENTARSE PARA:

- Descartar hipotensión ortostática, insuficiencia cardíaca o isquemia en miembros inferiores.
- Examen neurológico para descartar neuropatía periférica o signos de focalización central.
- Examen hepatoesplénico y de los ganglios.
- Búsqueda de tumoraciones accesibles a la palpación (incluso mamas, vagina, útero y recto).
- Examen pulmonar para descartar condensación o derrame.

Si hasta aquí la valoración clínica es en apariencia negativa, *antes de concluir no deje de buscar:*

- Arteritis temporal, indicios de polimialgia reumática.
- Bocio, hiper o hipotiroidismo.
- Afección extrapiramidal, donde más que el temblor predomina la rigidez y la acinesia (ausencia o disminución del movimiento).
- Signos de localización neurológica sutiles como pueden ser: apraxias, hemianopsias, reflejos atáxicos o patológicos (ej: palmomentoniano, de prensión) o alteraciones del comportamiento que sugieran afección frontal.

Además de los exámenes básicos arriba mencionados para el **caso agudo**, cuyos resultados pueden ser orientadores, conviene pensar en tres exámenes, cuyo interés en la práctica geriátrica es particular:

- Hormona estimulante del tiroides para no pasar por alto un hipotiroidismo poco sintomático.
- Búsqueda de bacilos ácido-alcohol resistentes para descartar tuberculosis.
- Otros exámenes, como la endoscopia del tubo digestivo alto para investigar enfermedad ácido péptica y neoplasias, necesitan forzosamente la referencia del caso al siguiente nivel de atención.

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

No siempre el tratamiento de estos casos necesita el empleo de medicamentos, es más frecuente que por el contrario, haya necesidad de suspender algunos que el paciente viene recibiendo y cuyos efectos secundarios puedan estar contribuyendo al deterioro.

El deterioro de origen orgánico necesita de un tratamiento específico en función de las causas identificadas:

- La presencia de **anemia** como causa de los síntomas, implica la necesidad de esclarecer su origen. Puede estar relacionada con enfermedades crónicas, pérdida de sangre por vía digestiva (hernia hiatal, angiodisplasias, cáncer de colon). El tratamiento debe estar relacionado con la causa. No es rara la ocurrencia de anemia megaloblástica, en general, por problemas de absorción de vitamina B₁₂ y/o ácido fólico. Debe recibir la suplementación de estas vitaminas.
- La **elevación de TSH** justifica el tratamiento sustitutivo con hormonas tiroideas.
- El diagnóstico de **depresión** como causa de fatiga, pérdida de vigor y energía, obliga a la prescripción de antidepresivos. Esta es una afección con elevada prevalencia y que con frecuencia es subestimada o ignorada en pacientes geriátricos. Su terapéutica suele dar buenos resultados y constituye una estrategia accesible para mejorar la calidad de vida de un gran número de adultos mayores.

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

Ocasionalmente se presenta una recuperación espontánea, en particular en casos de reacción depresiva a un acontecimiento o luego de la suspensión de medicamentos que determinaban efectos secundarios nocivos.

Si la alteración persiste, un *examen ulterior repetido*, por ejemplo a intervalo semanal, permitirá identificar nuevos signos ominosos.

ALGUNOS INDICADORES SON PARTICULARMENTE ÚTILES:

- Vigilancia del peso, pues una baja obliga a acelerar el proceso de diagnóstico.
- Temperatura, buscando fiebre prolongada no identificada.
- Sedimentación globular para detectar un estado inflamatorio.
- Biometría hemática.

3.3.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUCIÓN O ATENCIÓN

Referencia al siguiente nivel para *admisión urgente en hospital general*: cuando hay una urgencia somática probable, cuando tenemos la impresión de gravedad, aún en ausencia de orientación etiológica y cuando el paciente no tiene familiares que puedan hacerse cargo de los cuidados a domicilio.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- Numerosas patologías le pueden dar origen y por ello una evaluación clínica cuidadosa se impone.
- Suele ser multi-causal.
- Los pacientes afectados suelen ser policonsultantes.
- Investigue eventos vitales (o sea, eventos de la vida personal) recientes y significativos.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

Hildebrand JK, Joos SK, Lee MA. Use of the diagnosis "failure to thrive" in older Veterans. JAGS 1997; 45:1113-1117.

Jamison MS. Failure to thrive in older adults. JU. Gerontol Nurse 23(2):8-13, 1997.

Kane, Robert L., J. Ouslander, I. B. Abrass, Geriatría Clínica. 3a. Edición. México: MacGraw-Hill Interamericana, publicación de PALTEX, Organización Panamericana de la Salud. 1997: 250-274.

Sarkisian CA, Lachs MS. Failure to thrive in older adults. Ann Int Med 1996; 124:1072-1078.

Verdery RB. Failure to thrive in older people. JAGS 1996; 44:465-466.

Verdery RB, ed. Failure to thrive in older people (symposium). Clin Geriatr Med 1997; 13(4):613-794.

Verdery RB. Failure to thrive in old age: followup on a workshop. J Gerontol Med Sci 1997; 52A (6): M333-336.

PARTE II:

Fragilidad

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

17



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

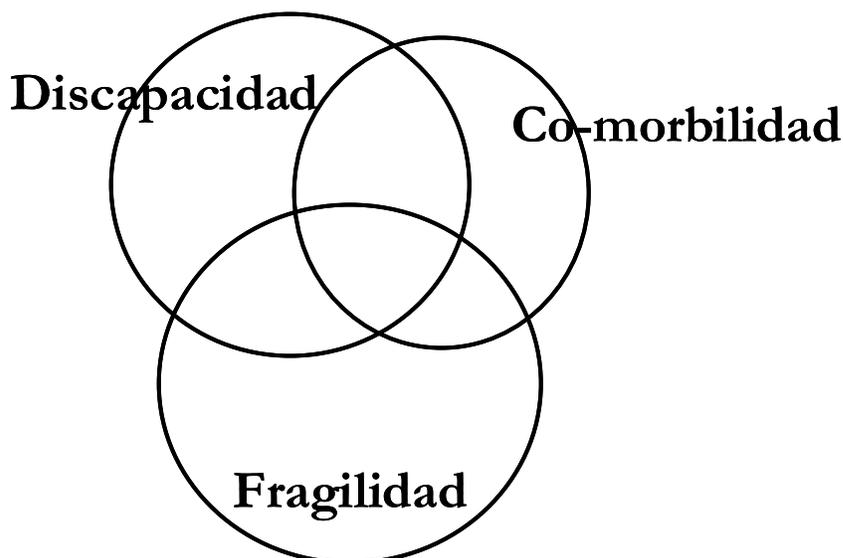
OBJETIVOS

1. Identificar al adulto mayor frágil
2. Describir las características clínicas de la fragilidad
3. Conocer las intervenciones eficaces en la prevención y manejo de la fragilidad

1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El grupo de adultos mayores vulnerables es el de mayor crecimiento en casi todo América latina. Esta vulnerabilidad da como resultado un peor pronóstico ante cualquier situación de salud, incluyendo discapacidad, dependencia, caídas, institucionalización y mortalidad. Existen tres términos íntimamente relacionados entre sí que sin embargo deben ser diferenciados para poder comprender mejor la vulnerabilidad que se menciona, estos son: fragilidad, discapacidad o dependencia y co-morbilidad (Ver figura 1). Si bien son condiciones independientes esto no quiere decir que no puedan estar todos presentes en un mismo individuo. El mayor beneficio de las intervenciones geriátricas específicas se ha dado precisamente en estas personas, por lo que no es extraño que en los últimos años se ha considerado a la fragilidad como el centro de la medicina geriátrica.

Figura 1. Relación entre Fragilidad, Discapacidad y Co-morbilidad



A pesar de no existir una definición universalmente aceptable de lo que es la fragilidad, su prevalencia se ha calculado por encima del 10% de mayores de 65 años de edad y esta se incrementa conforme avanza la edad hasta más del 50% en los mayores de 85 años, siendo la población que vive en instituciones de cuidados prolongados la más afectada. Han existido varios intentos de definición, sobre todo desde los años ochentas cuando se comienza a utilizar el término cada vez con más frecuencia, y casi todos coinciden en que representa una falla para integrar los diferentes sistemas de un individuo para mantener la funcionalidad. Algunos autores han intentado definirla desde un punto de vista biomédico, ya sea por la falla de un órgano o sistema, o por la compleja interacción del deterioro de varios sistemas; otros en cambio intentan definirla desde el punto de vista social. En realidad no importa como la definimos, el concepto debe diferenciarla de la discapacidad y debe fundamentarse en bases biológicas y no

meramente en características clínicas, además de incluir los términos de vulnerabilidad, heterogeneidad, y debe estar asociada al envejecimiento cronológico.

Otros conceptos que debería interrelacionar la definición son el de riesgo, complejidad (no solo de sus determinantes sino de sus manifestaciones) y dinamismo que permita la interacción de sus componentes. Otra forma para poder explicar la fragilidad es utilizando una balanza, donde por un lado tenemos la salud del individuo así como los recursos fisiológicos y sociales con los que cuenta para enfrentar los estresores cotidianos, y del otro tenemos la enfermedad, la discapacidad, la dependencia y la carencia de dichos recursos. Cuando este último lado pesa más que el otro, la balanza pierde su punto de equilibrio y el paciente se hace vulnerable por lo tanto frágil.

Tomando todo lo anterior en cuenta podemos definir fragilidad como ***un estado que se caracteriza por deterioro en las reservas fisiológicas del individuo, que lo hacen vulnerable y alteran su capacidad de respuesta al estrés.***

Asociado a este término existe el de pérdida de la vitalidad (failure to thrive) que se puede ver como un ***Continuum*** de un síndrome clínico donde la pérdida de la vitalidad es la manifestación extrema y que se encuentra asociada a bajos niveles de recuperación y presagia la muerte.

1.1.- Formas de presentación

Basándonos en el modelo clínico de la fragilidad de la Dra. Linda Fried podemos decir que existen dos *alteraciones subyacentes* de importancia como son la disminución de las reservas fisiológicas de un individuo además de las probables enfermedades que este presente, que lo llevan a presentar un *síndrome clínico* más bien inespecífico donde podemos encontrar la pérdida inexplicable de peso, la fatiga, la anorexia, la sarcopenia, la osteopenia, la malnutrición e inclusive las alteraciones de la marcha, el cual a su vez nos podrá llevar a algunas *consecuencias adversas* como podrían ser las caídas, la incontinencia, la demencia, la dependencia funcional, la presentación atípica de enfermedades, las alteraciones en la farmacocinética y farmacodinamia, la agudización de enfermedades crónicas, el mayor riesgo de presentar enfermedades agudas y finalmente la muerte.

2. BASES PARA EL DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

2.1.- Marcadores del problema

De igual importancia que su definición es el reconocer las características clínicas o marcadores de la fragilidad, así como sus consecuencias. Estos marcadores los podemos dividir en físicos, bioquímicos, mentales y sociales, algunos de ellos los podemos ver en la tabla 1. Dentro de ellos existen algunos relacionados al proceso de envejecimiento en sí por lo que son más bien irreversibles, sin embargo algunos otros que pudieran considerarse como “externos” y por lo tanto potencialmente modificables. El reconocimiento de cuales de estos marcadores están más relacionados con un pobre pronóstico ha sido tema de estudio de varios investigadores: la Dra. Fried ha

demostrado en adultos mayores que viven en la comunidad cómo la presencia de por lo menos 3 de 5 características específicas (pérdida de peso, cansancio, debilidad muscular, marcha lenta y pobre actividad física) pueden predecir un incremento en el riesgo de caídas, dependencia, hospitalización y muerte. Ya antes el Dr. Rockwood había demostrado como la marcha, la dependencia en actividades básicas de la vida diaria, la incontinencia urinaria así como la presencia de demencia podían relacionarse con un mayor riesgo de institucionalización y muerte.

Tabla 1. Marcadores de la fragilidad

Físicos	Bioquímicos	Mentales	Sociales
Capacidad de autocuidado (independencia en actividades de la vida diaria). Marcha. Estado cardiovascular Continencia	Colesterol sérico Proteína fijadora de HC Testosterona Albúmina sérica HL DHEA Cortisol Marcadores de inflamación Interleukinas Hemoglobina	Pensamiento Memoria Depresión Ansiedad	Pobreza Pobre red de apoyo Aislamiento No pareja No cuidador

2.2- Diagnóstico del problema

A final de cuentas debemos abordar el diagnóstico de la fragilidad como cualquier otro problema tomando en cuenta algunos aspectos fundamentales en los diversos pasos de este, el cual deberá iniciar con un interrogatorio donde se intente descubrir la existencia de los marcadores ya mencionados, recordando que las presentaciones atípicas de la enfermedad son mas bien la regla que la excepción en ellos. También tenemos que interrogar acerca de la capacidad de autocuidado, las alteraciones en la marcha y la polifarmacia ya que en este grupo de personas estos son de los mejores predictores de mal pronóstico. En la exploración física se recordará el tomar la tensión arterial en diferentes posiciones y se hará énfasis en signos vitales, pero además se deben realizar algunas maniobras especiales como la prueba de sentarse-pararse-caminar y pruebas de balance dinámico y estático. Algo fundamental es que además de interrogar, debemos explorar las capacidades de autocuidado de la persona. En cuanto al diagnóstico diferencial de estos pacientes, recordaremos que si bien el adulto mayor se enferma mas frecuentemente de lo “ya conocido”, el espectro de diagnósticos diferenciales es muy amplio y las manifestaciones clínicas a veces las podemos ver “a distancia”. Esto es, si bien el delirium es una manifestación principalmente del sistema nervioso central, generalmente no tiene un origen neurológico, así como las caídas e inmovilidad generalmente son mucho más que problemas neurológicos o musculoesqueléticos.

3. BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

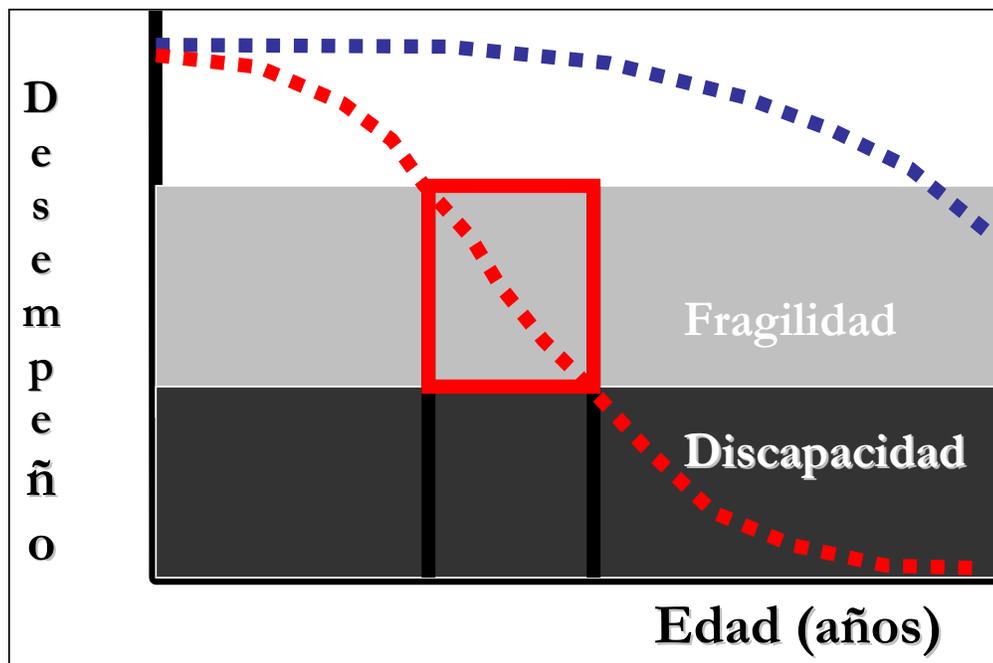
3.1.- Intervenciones generales

Primero cuando tenemos que prescribir medicamentos en este grupo de personas, tenemos que recordar que existen diferencias en farmacocinética y farmacodinamia que los hacen, junto con la polifarmacia, más propensos a los efectos secundarios de los medicamentos. Además que si las manifestaciones de presentación de las enfermedades son distintas en ellos, el seguimiento de la respuesta al tratamiento también lo será, esto es si la persona no presenta fiebre como manifestación de una neumonía, pues no podremos tomar el parámetro de la temperatura como forma de evaluar la respuesta al manejo.

3.2.- Intervenciones específicas

Ya hablando del manejo específico de la fragilidad tenemos que diferenciar entre las medidas de prevención y las medidas para intentar revertir el proceso que lleva a estos pacientes a ser más vulnerables. Si nosotros graficamos el desempeño de un individuo a través de la vida (Ver Figura 2) e incluimos la fragilidad y la discapacidad, vemos que tenemos una ventana de tiempo en la cual nuestro accionar tendrá mayores beneficios.

Figura 2. Ventana de oportunidad para manejo de la fragilidad (modelo de desempeño a través de la vida)



De las medidas de prevención que han demostrado tener utilidad se encuentran el mantener un estado nutricional adecuado y algunos ejercicios de resistencia o lo que

algunos autores han llamado la prehabilitación. Algo fundamental es la prevención cardiovascular y el manejo del dolor, ya que deterioro en ambas situaciones se ha correlacionado con mayor vulnerabilidad. Otra intervención que ha demostrado su utilidad son los ejercicios del balance o encaminados a mejorar este como lo es el Tai Chi. Y por último pero no menos importante es el trabajar en mantener la socialización de estas personas evitando así el aislamiento e inclusive en algunos casos la depresión.

Para manejar y/o tratar de revertir este proceso de vulnerabilidad tenemos que dar manejo primero para las enfermedades concomitantes; en la mayoría de los casos se incrementará aporte energético ya sea con manejo nutricional o echando mano de medicamentos que incrementan apetito algunos de ellos ya disponibles para su uso clínico; y manejar la depresión y en su caso del déficit cognitivo.

La fragilidad trae como consecuencia una disminución en masa y fuerza muscular, así como una disminución en la flexibilidad y balance y alteraciones en la coordinación neuromuscular, y en general en la función cardiovascular, situaciones que en teoría pueden ser mejoradas con el ejercicio, sin embargo a pesar de que algunos autores reportan mejoría en fuerza y balance así como en arcos de movimiento y algunas actividades cotidianas como subir escaleras y levantarse de una silla, aún no sabemos con que tipo de ejercicio obtenemos los mejores resultados. Parece evidente que no es suficiente con explicarle a la persona que necesita hacerlo, inclusive resulta insuficiente darle un programa de ejercicio para que lo lleve en casa, ahora sabemos que se requiere de programas específicos supervisados. Los programas supervisados de baja intensidad solo han demostrado ligera mejoría en flexibilidad y en marcha y balance, pero no han demostrado mejoría importante en fuerza muscular ni en la vulnerabilidad de los adultos mayores; son otros programas mas intensos, que incluyen un programa de entrenamiento progresivo con diferentes fases (por ejemplo 3 fases de 3 meses c/u la primera de movilidad, resistencia ligera y balance, la segunda entrenamiento en resistencia y la tercera entrenamiento en tolerancia) los que han demostrado mejoría en funcionalidad y en el estado cardiovascular (medido a través del consumo máximo de oxígeno). Estos últimos son especialmente útiles en personas con discapacidad preclínica.

Mención especial merece el manejo o reemplazo hormonal, si bien no está dentro del espectro de este capítulo, nos limitaremos a mencionar que fuera de algunas situaciones como el reemplazo con hormona tiroidea en el paciente con hipotiroidismo, no existe evidencia contundente que en estos momentos justifique el manejo con otros productos hormonales como testosterona (y sus derivados) y hormona del crecimiento para el manejo del adulto mayor frágil, inclusive algunos de estos se han relacionado con un incremento en el riesgo de desarrollar efectos secundarios serios. A últimas fechas se ha puesto también en duda el uso de estrógenos y este se ha limitado al síndrome climatérico severo (incluyendo trastornos del sueño relacionados a éste) y por un período no mayor de 5 años, relegando su uso inclusive en mujeres con osteoporosis sólo si el riesgo de una fractura es muy alto y existe una contraindicación absoluta para otros medicamentos para combatir ésta enfermedad.

4. PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- Fragilidad implica vulnerabilidad y riesgo de deterioro.
- Se define como un estado que se caracteriza por deterioro en las reservas fisiológicas del individuo, que lo hacen vulnerable y alteran su capacidad de respuesta al estrés.
- Tiene manifestaciones complejas y múltiples marcadores, varios de ellos han demostrado tener valor pronóstico y el deterioro en la funcionalidad es de los mejores marcadores.
- Su manejo se basa en la respuesta "Geriátrica" que incluye la evaluación geriátrica completa, y el manejo basado en problemas por un equipo multidisciplinario.
- Las intervenciones que mayor beneficio han demostrado a la fecha son las nutricionales y los programas de ejercicio supervisado.

5. LECTURAS SUGERIDAS

Binder EF, Schechtman KB, Ehsani AA, et al. Effects of exercise training on frailty in community-dwelling older adults: results of a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(12):1921-1928

Bortz WM. A conceptual framework of frailty: a review. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2002;57(5):M283-288

Covinsky KE, Eng C, Lui LY, et al. The last 2 years of life: functional trajectories of frail older people. *J Am Geriatr Soc* 2003 Apr;51(4):492-498

Ferrucci L, Cavazzini C, Corsi A, et al. Biomarkers of frailty in older persons. *J Endocrinol Invest* 2002;25(10 Suppl):10-15

Fried LP, Ferruci L, Darer J, et al. Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. *J Gerontol* 2004; 59 (3): 255-263

Nourhashemi F, Andrieu S, Gillette-Guyonnet S, et al. Instrumental activities of daily living as a potential marker of frailty: a study of 7364 community-dwelling elderly women (the EPIDOS study). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56(7):M448-453

Rockwood K. Medical management of frailty: confessions of a Gnostic. *CMAJ* 1997;157:1081-1084

Schechtman KB, Ory MG. The effects of exercise on the quality of life of frail older adults: a preplanned meta-analysis of the FICSIT trials. *Ann Behav Med* 2001;23(3):186-197

PARTE II:

Hiperglucemia Diabetes mellitus

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

18



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

1. Identificar los síntomas de la diabetes en el adulto mayor.
2. Reconocer los elementos del examen físico pertinentes en el diabético de mayor edad.
3. Identificar los criterios diagnósticos de laboratorio.
4. Aplicar las indicaciones terapéuticas más apropiadas.
5. Elaborar y ejecutar un plan de mantenimiento de la salud para el adulto mayor con diabetes.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La Diabetes, es un grupo de enfermedades metabólicas, caracterizadas por hiperglucemia debida a anormalidades en la secreción y/o acción de la insulina. Es una de las enfermedades crónicas que más comunmente afecta a las personas de edad mayor y la forma clínica que se presenta con mayor frecuencia en este grupo es la diabetes tipo 2. La mitad de las personas con diabetes son mayores de 60 años. Los cálculos de la prevalencia para las personas de 60 años y más oscilan entre 15% y 20%, con las tasas más altas asociadas a personas mayores de 75.

Dado que la enfermedad puede ser asintomática por muchos años, se calcula que hasta la mitad de los adultos mayores que padecen diabetes desconocen su condición. Así, el 20% de los pacientes tienen retinopatía al momento del diagnóstico, habiéndose calculado que en ellos la enfermedad debió comenzar unos 12 años antes. En el adulto mayor, la diabetes no solo disminuye la expectativa de vida, sino que es una de las principales causas desarrollo de deterioro funcional y dependencia. Junto a sus consecuencias a mediano y largo plazo cuando la diabetes se controla mal, la hiperglucemia puede ser, a corto plazo, la causa de un *deterioro funcional insidioso* en un paciente mayor, con presentación de *fatiga, debilidad muscular y deficiencias funcionales*.

La Asociación de Diabetes de Estados Unidos (ADA) publicó en 1997 nuevos criterios para hacer el diagnóstico de la Diabetes. En 1998 la Organización Mundial de la Salud (OMS) revisó sus criterios diagnósticos para la diabetes de 1985, llegando a conclusiones similares a las de la ADA. Los criterios diagnósticos se basan en los valores de glucemia. **Los valores de glucemia plasmática ≥ 126 mg/dL obtenidos tras 8 horas de ayuno, o ≥ 200 mg/dL en cualquier momento del día si existen síntomas cardinales (poliuria, polidipsia y pérdida de peso no explicada), han de ser confirmados en dos ocasiones antes de establecer el diagnóstico.** Por el contrario, **el hallazgo de glucemia plasmática ≥ 200 mg/dL en una sola prueba de tolerancia oral a la glucosa es suficiente para llegar a un diagnóstico definitivo.** (La prueba de tolerancia oral a la glucosa consiste en la glucemia plasmática medida 2 horas después de la ingestión de 75g de glucosa en 300 mL de agua administrada después de una noche en ayuno.)

En función de los criterios diagnósticos establecidos por la OMS y la ADA, se pueden seguir las siguientes categorías diagnósticas:

Normoglucemia:

Glucemia en ayunas < 110 mg/dL y

Prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTG) < 140 mg/dL

Glucemia Alterada en Ayunas (GAA):

Glucemia en ayunas = **110-125 mg/dL**

Intolerancia Oral a la Glucosa (IGT)

Glucemia en ayunas < 126 mg/dL y

Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa (PTG) = **140-199 mg/dL**

Diabetes: (El diagnóstico debe confirmarse repitiendo la prueba otro día, excepto en el acaso de la PTG.)

Glucemia en ayunas \geq **126 mg/dL** ó

Glucemia tomada en cualquier hora del día \geq **200mg/dL** en presencia de *síntomas cardinales (poliuria, polidipsia y pérdida de peso inexplicable)* ó

Prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTG) \geq **200 mg/dL**

La importancia de establecer estas categorías diagnósticas es que todas ellas, excepto la normoglucemia, confieren riesgo de padecer morbimortalidad cardiovascular y deterioro funcional, y que existe la posibilidad de realizar intervenciones sobre hábitos de vida que retrasen o impidan la progresión de las formas menos severas de alteración (GAA, IGT) hacia la diabetes.

FISIOPATOLOGÍA:

En el adulto mayor, la forma clínica de diabetes que se presenta con mayor frecuencia es la tipo 2. Esto obedece a:

- Predisposición genética.
- Mayor prevalencia de obesidad.
- Disminución de la actividad física.
- Farmacoterapias.
- Decremento en la secreción de insulina.
- Aumento de la resistencia a la insulina.

Se debe recordar que para que aparezca hiperglucemia y diabetes, es necesario que se produzca una insuficiencia en la secreción de insulina, por lo que en la mayoría de los casos, se va a sumar a la resistencia periférica a la insulina, una insuficiencia en la secreción de la misma.

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

En el adulto mayor, la forma más frecuente de presentación es como *hallazgo casual*, durante una enfermedad intercurrente (habitualmente, infecciones o una complicación típica de la misma a largo plazo: enfermedad cerebrovascular, infarto de miocardio, arteriopatía periférica, etc.), un examen de salud o una determinación de glucemia no directamente relacionada con la sospecha de diabetes. Otras formas de presentación son: *polidipsia, poliuria, pérdida de peso, polifagia, fatiga, visión borrosa, infecciones que sanan lentamente e impotencia en los hombres.*

Más raramente, el cuadro de inicio es un padecimiento caracterizado por *deterioro cerebral* favorecido por la deshidratación crónica y la eventual concurrencia de hiponatremia, y ocasionalmente es posible observar casos que se presentan como *síndromes dolorosos* que se confunden con radiculopatías y que corresponden a neuropatía diabética.

En ocasiones el diagnóstico se establece por primera vez con motivo de un *descontrol hiperosmolar* precipitado por una infección aguda, comúnmente una neumonía, en donde el estado de conciencia alterado y la deshidratación consecutiva, contribuyen al desarrollo del cuadro.

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- FACTORES DE RIESGO

- El riesgo de la diabetes de aparición tardía aumenta con:
 - Antecedentes familiares de diabetes.

- Edad superior a 45 años.

Los niveles de insulina circulante no sólo no decrecen al envejecer, sino que más bien tienden a aumentar. La aparición de intolerancia a la glucosa, obedece a una *pérdida de eficiencia en la utilización de glucosa*.

La diabetes tipo 2 no es tanto el resultado aislado del envejecer, como la consecuencia de la concurrencia de una serie de *características relacionadas con la edad y el estilo de vida*.

- Obesidad y falta de ejercicio.

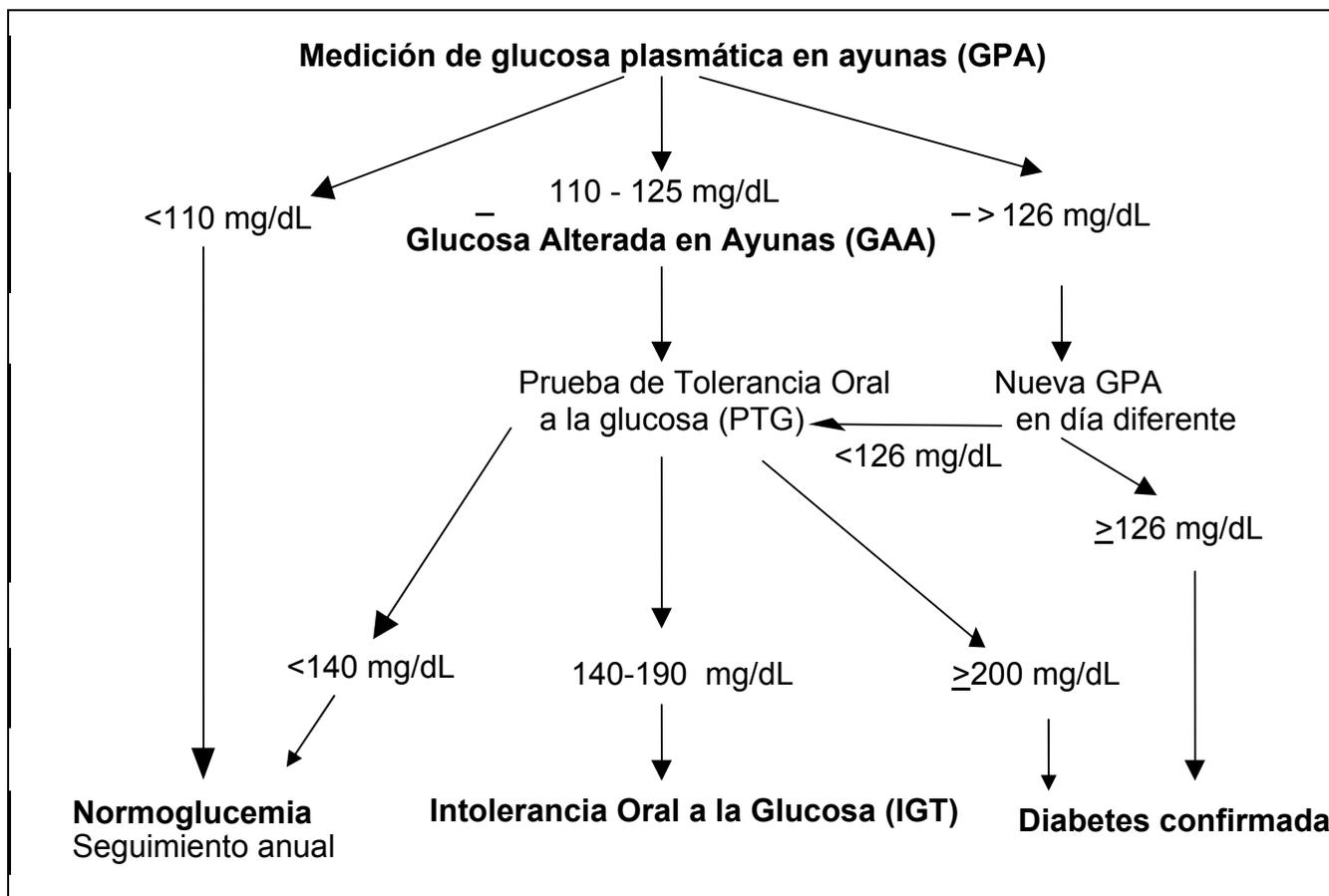
La reducción en la masa magra, en la actividad física y los cambios en la dieta a favor de regímenes con bajo contenido en fibra y elevado consumo de lípidos que se observan en los adultos mayores, tienden a agravar el estado de *resistencia a la insulina* y conducen a un deterioro del metabolismo de los hidratos de carbono.

2.2.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

Independientemente de la edad, los criterios diagnósticos son los mismos (ver definición). Debe recordarse que dichos criterios se establecen para personas no sometidas a situaciones de estrés (enfermedad aguda, cirugía, traumatismos severos, etc). Junto a estas situaciones que pueden darse a cualquier edad, en el adulto mayor existen otras condiciones en las que también puede elevarse transitoriamente la glucemia (ej: inmovilidad prolongada). Lo que cambia en este contexto son las metas del tratamiento.

¿CÓMO REALIZAR EL DIAGNÓSTICO?

Se propone el siguiente algoritmo diagnóstico:



Este algoritmo sirve tanto para el proceso de tamizaje, como para el de diagnóstico definitivo. Su beneficio es el aumento en la detección de diabetes en adultos mayores en particular, en un 40%.¹

¿A QUIÉN REALIZAR UNA DETERMINACIÓN DE GLUCEMIA?

Además de los adultos mayores con síntomas clásicos (poliuria, polidipsia, pérdida de peso) y a todos aquellos con deterioro funcional de causa no explicada o síntomas

¹Rodríguez M., Leocadio y Monereo M. Susana. (2002) El Anciano con Diabetes. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición y Sociedad Española de Medicina Geriátrica. Madrid. (pg28)

sugerentes de afectación secundaria a la diabetes (ceguera sin causa aparente, insuficiencia renal, enfermedad vascular). Debe plantearse la necesidad de realizar determinaciones de **glucemia en ayunas**² como prueba de tamizaje a sujetos con factores de riesgo, entre los que cabe destacar obesidad, sedentarismo y antecedentes familiares de diabetes. No debemos olvidar que *aproximadamente el 50% de las personas con diabetes o intolerancia oral a la glucosa desconocen su condición*, con lo que eso supone de pérdida de oportunidad para actuar preventivamente.

SECUELAS DE LA DIABETES:

Las consecuencias de la diabetes pueden ser graves:

- Cardiovasculares: Mayor tasa de morbimortalidad cardiovascular
 - Amputaciones: debido a neuropatía, pobre cicatrización de heridas e insuficiencia vascular periférica.
 - Aumenta la incidencia de enfermedad cardíaca isquémica e insuficiencia cardíaca congestiva (miocardiopatía diabética).
 - Aumenta la incidencia de enfermedades cerebrovasculares, habitualmente ACVs isquémicos..
- Oftálmicas: la causa más frecuente de ceguera en el adulto mayor es la retinopatía diabética, cuya evolución depende de la duración de la DM y del grado de control glicémico. Las cataratas son comunes.
- Neurológicas: coma hiperosmolar, demencia, deterioro cognitivo y depresión; neuropatías periféricas: déficit sensoriales, dolor neuropático, disfunciones autonómicas.
- Renales: insuficiencia renal y sepsis urinaria.
- Gastrointestinales: gastroparesis y trastornos en la motilidad de intestino grueso y delgado.
- Infecciosas: aumento en frecuencia e intensidad.
- Osteomusculares: los adultos mayores con diabetes tienen mayor riesgo de fractura de cadera por múltiples factores.
- Disfunción sexual: tanto en hombres como en mujeres.
- Deterioro funcional, mayor consumo de recursos, sobrecarga del cuidador, peor calidad de vida.

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

² Actualmente, no se recomienda el uso rutinario de la PTG como método de tamizaje. (ADA. Reporto f the Expert Comité on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitas. Diabetes Care 22 (Suppl.) SS-S19. enero 1999.

ELEMENTOS PARA LA TOMA DE DECISIONES TERAPÉUTICAS EN LOS ADULTOS MAYORES CON DIABETES:

- El adulto mayor tiene particularidades que el médico debe tomar en cuenta para brindarle la mejor atención posible. No basta con la historia clínica convencional, es necesario indagar más detalles sobre el enfermo, sus hábitos de vida y su entorno familiar y social.

Al establecer el diagnóstico es importante:

- Hacer una estimación de la expectativa de vida del paciente en función de su edad y comorbilidad, al momento del diagnóstico.
- Hacer el inventario de la morbilidad asociada: trastornos psiquiátricos como la depresión o la demencia, cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, etc.
- Evaluar el estado funcional.
- Reconocer la presencia de manifestaciones tardías de diabetes y estimar su magnitud.
- Evaluar cuidadosamente la complejidad del régimen terapéutico actualmente vigente y del que se propone, para estimar su viabilidad y las posibilidades reales de apego y financiamiento.
- Estimar el grado de compromiso o apego del enfermo y de su familia al programa terapéutico.
- Evaluar las posibilidades de acceso a los servicios de apoyo para una correcta vigilancia.
- Prestar atención a los aspectos económicos que suelen ser limitantes a la adherencia al régimen terapéutico.

RIESGOS QUE CORRE EL ADULTO MAYOR QUE PADECE DIABETES:

En el proceso de toma de decisiones que sigue al establecimiento del diagnóstico de diabetes, debemos prestar especial atención a la consideración de los riesgos en que incurrimos tanto al tratar, como al dejar de hacerlo:

- El *tratamiento* de la hiperglucemia conlleva siempre en mayor o menor grado el **riesgo de hipoglucemia** y se debe administrar con **vigilancia estrecha**, especialmente en pacientes que sufren de **insuficiencia hepática o renal**.
- Por otra parte, el *tratamiento superficial* o la *abstención terapéutica* pueden conducir al desarrollo de un **coma hiperosmolar**, cuando concurren eventos que favorecen una deshidratación y una agresión o situación de estrés.
- El *no tratar*, puede también aumentar el riesgo de padecer infecciones, pérdida de autonomía, desnutrición y desde luego, **complicaciones tardías**.

En el **adulto mayor funcional e independiente**, la autovigilancia de los síntomas y de la glucemia es tan válida como en cualquier otra edad. En el **adulto mayor dependiente**, el rol de vigilancia debe ser asumido por el cuidador primario. En tales condiciones, debe siempre evaluarse la calidad de la ayuda domiciliaria y la educación del cuidador primario. En ambos casos, debe evaluarse periódicamente la técnica utilizada para asegurar su efectividad.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:

En todos los casos las prioridades son en este orden:

1. Estabilizar la glucosa en sangre y evitar las complicaciones de la enfermedad tanto sobre la morbimortalidad, como sobre la función.
2. Para la prevención de la macroangiopatía, que puede desarrollarse en períodos tan cortos de tiempo como 5-10 años, especialmente en presencia de otros factores de riesgo vascular (hipertensión e hipercolesterolemia), es tan importante el *control de los otros factores de riesgo* (sobre todo la hipertensión), como el de la glucemia.
3. Los **objetivos del control glucémico** se modifican en función de la expectativa de vida y la situación funcional del paciente:
 - *Adulto mayor con buen estado de salud y buena situación funcional*: glucosa plasmática en ayunas < 126 mg/dl; Hb A_{1c} (hemoglobina glicosilada) *igual o mayor de 7%*³.
 - *Adulto mayor con discapacidad crónica no reversible, expectativa de vida menor que 5 años y/o riesgo ante control glucémico intenso*: glucosa plasmática en ayunas < 200 mg/dl; Hb A_{1c} *aproximadamente de 8%*³.
 - *En situaciones intermedias*, hay que **individualizar** la decisión.
4. Si la diabetes es *de larga evolución* se requiere de un mejor equilibrio glucémico cuidando de evitar los riesgos de hipoglucemia, dada la mayor probabilidad de falta de “señales simpáticas de alerta” por disfunción autonómica.
5. Evitar la hipoglucemia secundaria al tratamiento.
6. Evitar el coma hiperosmolar.
7. Evitar la falta de actividad física y la deshidratación.
8. Es necesario que el peso se mantenga estable. En ausencia de sobrepeso, hay que evitar las dietas que puedan conducir a malnutrición.

SEGUIMIENTO:

En cada consulta de rutina es necesario evaluar en el paciente:

3 Calif Hlthcr Found .Am Ger Soc Panel on Improving Care for Elders with Diabetes. Guidelines for Improving the Care of the Older Person with Diabetes Mellitus. J Am Ger Soc. May 2003-Vol. 51, No. 5 Supplement: S270.

- El estado general, la sensación subjetiva de bienestar.
- El nivel de autonomía, que está especialmente en riesgo en estos pacientes.
- La calidad de la autovigilancia y el autocuidado.
- El peso.
- La tensión arterial, de pie y en decúbito.
- El estado de los pies.
- Glucemia en ausencia de autovigilancia.

Cada **seis meses** debe evaluarse además:

- La hemoglobina glucosilada (HbA_{1c})

Cada **12 meses** deben evaluarse además:

- El estado mental.
- Los órganos de los sentidos, en particular los ojos.
- La función renal.
- Los lípidos sanguíneos.

En cada consulta es también necesario reconsiderar la estrategia terapéutica.

FACTORES QUE COMPLICAN EL MANEJO DEL ADULTO MAYOR CON DIABETES TIPO 2:

Tome en cuenta condiciones que suelen hacer más difícil el manejo en los adultos mayores. La prevención de complicaciones y discapacidades subsecuentes debe ser punto importante del seguimiento. Es así que la evaluación global y cuidadosa es necesaria para asegurar el éxito de la terapéutica:

- El *deterioro sensorial*, particularmente *visual*, que dificulta el manejo de medicamentos y la deambulación.
- El *deterioro auditivo* que compromete la comunicación y la *alteración del gusto*, que hace difícil la manipulación de la dieta.
- *Los problemas de alimentación por deterioro funcional* (dificulta la preparación de alimentos), *pérdida de dentadura o trastornos de la deglución*.
- El *aumento en la vulnerabilidad a interacciones medicamentosas* en el adulto mayor. .
- El adulto mayor usualmente presenta también *otras afecciones*, sobre todo a nivel *cardiopulmonar, digestivo y genitourinario*. Por todo ello,

- Las *alteraciones del estado mental y afectivo*, que sabemos son especialmente prevalentes entre los adultos mayores diabéticos, inciden significativamente sobre los resultados del tratamiento; tal es el caso del *deterioro cognitivo*, la *depresión*, el *sedentarismo* y el *aislamiento social*. Es particularmente importante su búsqueda y reconocimiento.
- La *situación económica* del adulto mayor puede crear *barreras para su acceso a servicios médicos o el óptimo aprovechamiento de los mismos*. En caso de que el paciente tenga ingresos muy bajos o que no tenga ingresos propios, es necesario hacer una *evaluación social* y remitir oportunamente a los servicios de bienestar social. Para la adherencia a un plan terapéutico, la persona necesita contar con un apoyo mínimo que le permita seguir las indicaciones de dieta y/o medicamentos.

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

El plan de tratamiento es en general similar al propuesto en otras edades. El algoritmo de la página 307 muestra el proceso escalonado que debe seguirse para pasar del tratamiento no farmacológico, al tratamiento farmacológico.

- Al inicio se recomienda **dieta y ejercicio** y sólo si esto no basta se plantea el uso de **medicación**.
- Las **recomendaciones alimentarias** específicas deben adaptarse para cada individuo pero hay normas que son ampliamente aplicables. La restricción calórica moderada de 250 a 500 kcal menos que la ingesta diaria usual solo está indicada en casos de sobrepeso. Menos del 30% de las calorías deben provenir de consumo de grasas. También se recomienda que las comidas, especialmente la ingesta de carbohidratos, sean espaciados durante el día para evitar cargas calóricas grandes.
- También deben individualizarse los programas de **actividad física**; sin embargo, como mínimo, es razonable seguir las recomendaciones generales de al menos 30 minutos de actividad física moderada sobre la mayoría de los días.
- El lugar de la medicación ha sido redefinido en este grupo de edad, en función de los condicionantes médicos, culturales y sociales relativos a la administración de insulina y tomando en cuenta el mayor riesgo de complicaciones secundarias a la utilización de medicación hipoglucemiante (antidiabéticos orales e insulina).
- Entre los **antidiabéticos orales**:
 - *Las sulfonilureas son los **fármacos de elección***. Entre ellas, cabe elegir aquellas en las que el riesgo de hipoglucemia es mínimo (gliclazida, glipizida). Sin embargo, es muy importante recalcar que **la clorpropamida no debe utilizarse en adultos mayores, pues está asociada a aumento del riesgo de hipoglucemia⁴**.

⁴ Calif Hlthcr Found .Am Ger Soc Panel on Improving Care for Elders with Diabetes. Guidelines for Improving the Care of the Older Person with Diabetes Mellitus. J Am Ger Soc. May 2003-Vol. 51, No. 5 Supplement: S270

- Los inhibidores de la alfa-glucosidasa (acarbosa, miglitol) pueden utilizarse *en monoterapia* en estadios iniciales, en los que predomine la hiperglucemia posprandial o *en combinación* con otros antidiabéticos orales.
 - Las metiglinidas (repaglinida y nateglinida) ofrecen la ventaja de su *menor vida media* y su *mejor control de la glucemia posprandial*, aunque son *menos “potentes”* que las sulfonilureas clásicas.
 - El uso de *sensibilizadores a la insulina*, biguanidas (metformina) y tiazolidinedionas (glitazonas) es controvertido en los adultos mayores, especialmente en los mayores de 70 años.
- Independientemente del antidiabético utilizado, la tasa de respuesta inicial al tratamiento es del 75-80%. Esta tasa inicial empeora con la evolución de la enfermedad, calculándose que un 5% de los pacientes van a presentar cada año una pérdida de esta respuesta, obligando al uso de terapias combinadas o a pasar a tratamiento insulínico.
 - El tratamiento con **insulina** puede mejorar muchas anomalías metabólicas de la diabetes tipo 2, inducir cambios antiaterogénicos e incrementar la sensación de bienestar. Sin embargo, el tratamiento con insulina se asocia también a aumento de peso y al ya comentado riesgo de hipoglucemia.
 - El **cuidado de los pies** adquiere mayor relevancia a mayor edad, por los riesgos que conlleva su deterioro y por la mayor probabilidad de que alteraciones a este nivel pasen desapercibidas por no ser espontáneamente referidas por el paciente. Factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones en los pies: la concomitancia de alcoholismo, mayor estatura, pre-existencia de callosidades, ausencia de vello, sequedad de la piel y presencia de eritema, problemas psicosociales, y diabetes de larga duración o con un descontrol crónico.

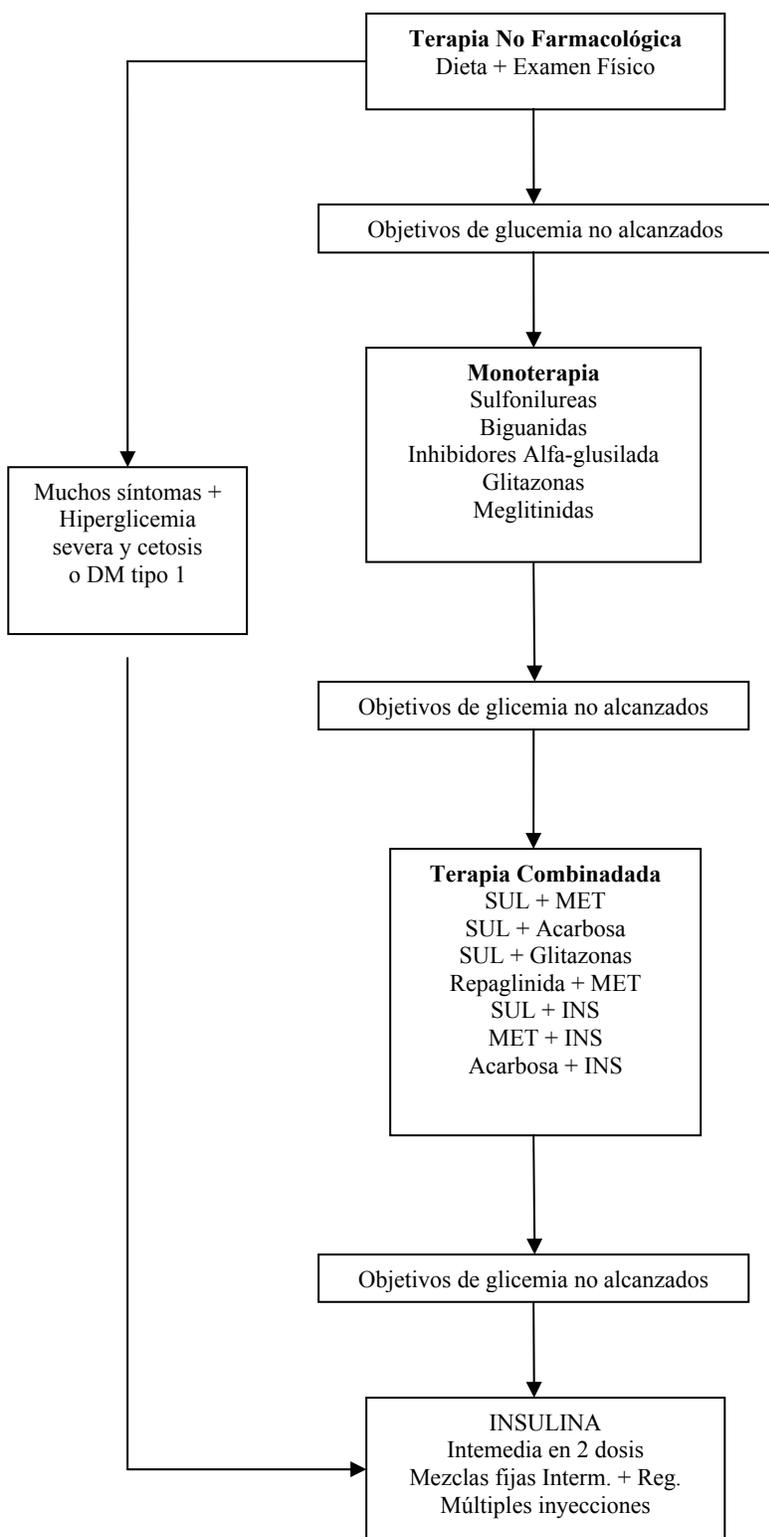
3.3.- ATENCIÓN A LOS CUIDADORES

La familia del adulto mayor que es diabético, en particular si éste es funcionalmente dependiente, ha de ser instruída acerca de las medidas de tratamiento, la forma de supervisarlos y los signos y síntomas de alarma, en particular los relativos a la hipoglucemia y la deshidratación.

La organización de grupos de apoyo y autoayuda para diabéticos dentro de los centros de salud, facilita el aprendizaje y el apego a las recomendaciones de tratamiento.

El adulto mayor con diabetes que muestra reiteradamente descontrol crónico, aquel que ha sufrido más de un episodio de hipoglucemia y aquel en quien las manifestaciones tardías (renales, cardiovasculares y/o neurológicas), condicionan una descompensación, amerita referencia al superior nivel de atención para su estabilización metabólica.

TRATAMIENTO ESCALONADO DE LA DIABETES TIPO 2⁵



⁵ Rodríguez M., Leocadio y Monereo M. Susana. (2002) El Anciano con Diabetes. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición y Sociedad Española de Medicina Geriátrica. Madrid. (pg. 188)

Para el seguimiento, es útil el establecimiento de una ficha de control de peso, de tensión arterial y de glucemia, pues facilita la toma de decisiones en función de la evolución.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- La diabetes es una enfermedad fácilmente detectable, con alta prevalencia entre los adultos mayores, Sin embargo, no es diagnosticada en la mitad de los casos, a pesar de ser un importante factor de riesgo de morbilidad, deterioro funcional y acortamiento de la expectativa de vida.
- Los objetivos del tratamiento van a estar condicionados por la expectativa de vida, la situación funcional, el tiempo de evolución y estadio de la diabetes y la co-morbilidad.
- Factores sociales y culturales juegan un papel de primera magnitud en el diagnóstico oportuno, las posibilidades terapéuticas y el seguimiento de los pacientes
- La edad, no es una contraindicación para el tratamiento de la enfermedad, ni para su prevención.
- El uso de dietas muy restrictivas puede conducir al desarrollo de malnutrición.
- La hipoglucemia iatrogénica y el coma hiperosmolar son dos complicaciones graves, susceptibles a medidas preventivas.
- En presencia de deshidratación, un coma hiperosmolar puede ocurrir en un adulto mayor con `glucemia de ayuno basal > a 126 **mg/dL**.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

American Diabetes Association. www.diabetes.org.

Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) <http://www.alad.org/>

Barceló A. Monograph series on aging-related diseases: VIII. Non-insulin-dependent diabetes mellitus (NIDDM). Chronic Diseases in Canada 1996. 17(1):1-20.

Beers, Mark H. y Robert Berkow (eds.) Metabolic and Endocrine Disorders. The Merck Manual of Geriatrics. Versión internet. 2000. www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/

Canadian Diabetes Association. www.diabetes.ca

Sociedad Española de Diabetes. Materiales educativos y enlace a otras páginas web en español sobre diabetes. www.nhcges.com/sed.

El Centro para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) www.cdc.gov/spanish/enfermedades/diabetes/s-dpp.htm

Froom J, ed. Diabetes Mellitus in the elderly. Clin Geriatric Med 1990; 6(4):693-970.

Fundación Novartis para Estudios Gerontológicos: www.healthandage.com , en la sección Health Centers, encontrará una sección sobre diabetes.

Morley JE, Kaiser FE. Unique aspects of Diabetes Mellitus in the elderly. Clin Geriatr Med 1990; 6(4):693-702.

Rodríguez Mañas L. y Monereo Megías S. El Anciano con Diabetes. Publicado por la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición y la Sociedad Española de Medicina Geriátrica. España. 2002.

World Health Organization. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. Report of a WHO Consultation. Geneva, 1999. WHO/NCD/NCS 99.2.

Calif Hlthcr Found .Am Ger Soc Panel on Improving Care for Elders with Diabetes. Guidelines for Improving the Care of the Older Person with Diabetes Mellitus. J Am Ger Soc. May 2003-Vol. 51, No. 5 Supplement.

PARTE II:

Hiperplasia Prostática Benigna

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

19



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

- 1.** Identificar las manifestaciones clínicas.
- 2.** Identificar los criterios diagnósticos de laboratorio.
- 3.** Aplicar las indicaciones terapéuticas más apropiadas.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La hiperplasia prostática benigna (HPB), es una condición en la cual nódulos benignos agrandan la glándula prostática. La incidencia de HPB aumenta a medida que avanza la edad y es tan común que se ha dicho que "todos los hombres tendrán hiperplasia prostática benigna si viven lo suficiente". La HPB está presente en pequeñas cantidades en el 80% de todos los hombres mayores de 40 años y en más del 95% de los hombres a los 80 años. Si bien la evidencia clínica de enfermedad se manifiesta solo en aproximadamente la mitad de los casos, la sintomatología también es dependiente de la edad.

Esta patología es relevante por la sintomatología que genera y por sus consecuencias potenciales como la insuficiencia renal irreversible, infecciones urinarias recurrentes, hematuria, etc.

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

Menos de la mitad de los hombres con HPB muestran alguno de los síntomas de la enfermedad. Estos síntomas son, entre otros:

- Vacilación (comienzo lento o demorado del flujo urinario) e intermitencia urinaria.
- Disminución fuerza y proyección del torrente urinario.
- Nicturia (necesidad de orinar 2 ó 3 o más veces por la noche).
- Disuria.
- Hematuria (macroscópica).
- Retención urinaria aguda.
- Polaquiuria o frecuencia urinaria.
- Urgencia urinaria (o miccional).
- Incontinencia urinaria.

Los adultos mayores, frecuentemente, pueden no referir sintomatología obstructiva, pero la urgencia miccional es un motivo frecuente de consulta, pues ésta es la que puede alterar su calidad de vida y limitar muchas de sus actividades.

En los casos avanzados pueden existir otras formas de manifestación: paciente con insuficiencia renal terminal e historia de síntomas obstructivos, infecciones urinarias recurrentes y hematuria.

Todos los autores están de acuerdo en la conveniencia de incluir el tacto rectal en el examen periódico de salud a las personas mayores y aunque su objetivo principal es la

detección del adenocarcinoma prostático, muchas veces se detecta el crecimiento adenomatoso de la próstata.

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

Además del cuadro sintomático explicado en las formas de presentación, es imprescindible el examen físico y dentro de éste, el tacto rectal. El aumento de volumen de la próstata, de forma lisa, firme y de consistencia elástica caracteriza al adenoma prostático. Áreas de induración focal pueden sugerir malignidad y requerir estudio profundo (biopsia, ecografía). Cabe recordar que no siempre el volumen prostático se correlaciona con la severidad de la sintomatología y ésta no debería por sí sola guiar el tratamiento específico a seguir. Otras pruebas útiles en el diagnóstico:

- Medir la velocidad urinaria (los hombres con HPB tienen una velocidad menor a los 15 mL/segundo).
- Medir la orina residual.
- Los estudios de la presión de flujo miden la presión vesical durante la micción.
- Realizar PIV (pielograma intravenoso) o buscar obstrucciones.
- Análisis de orina para verificar la presencia de sangre o infección.
- Urocultivo para reconfirmar la presencia de infección.
- Cistouretrografía de evacuación.
- Antígeno prostático específico (PSA) en pacientes mayores de 50 años o en aquellos que están en alto riesgo de cáncer de próstata. Sin embargo, su indicación mantiene su controversia, en especial en los pacientes mayores de 75 años. En esta población, con frecuencia es posible encontrar en la anatomopatología indicios de carcinoma, pero su presencia no afecta la supervivencia de estos pacientes debido a su lento crecimiento. .
- Se puede realizar una cistoscopia para visualizar la próstata y la vejiga, si se necesita cirugía.

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES

La elección del tratamiento apropiado se basa en la severidad de los síntomas, en el grado en que afectan el estilo de vida del individuo y en la presencia de cualquier otra

condición médica. Las opciones de tratamiento incluyen "una espera con vigilancia cuidadosa", diversas terapias con medicamentos y diversos métodos quirúrgicos.

MEDICAMENTOS:

- **Bloqueadores Alfa 1:** La terapia médica actual puede incluir el uso de bloqueadores alfa 1 (doxazosina, prazosina, tamsulosina y terazosina), también utilizados frecuentemente en el tratamiento de la hipertensión arterial. Estos medicamentos se usan en el tratamiento de la HPB puesto que relajan los músculos del cuello vesical y facilitan la micción. Dos tercios de las personas tratadas con bloqueadores alfa 1 manifiestan mejoría de los síntomas.
- **Finasterida:** Esta droga disminuye la síntesis de DHT (dihidrotestosterona) a nivel de la próstata, reduciendo así su tamaño. Se ha demostrado que esta droga aumenta el flujo de orina y disminuye los síntomas de la HPB. Sin embargo, para que se produzca una mejoría significativa de los síntomas, pueden ser necesarios hasta 6 meses de tratamiento. Entre los efectos secundarios potenciales relacionados con su uso están la disminución del impulso sexual (3,3%) y la impotencia (2,5 a 3,7%).
- **Otros medicamentos:** También se pueden prescribir antibióticos para el tratamiento de la prostatitis crónica, la cual suele acompañar a la HPB. Algunos hombres notan un alivio en los síntomas después del tratamiento con antibióticos.

CIRUGÍA:

La cirugía se aconseja generalmente en los casos con síntomas de incontinencia, hematuria recurrente, retención urinaria e infecciones urinarias recurrentes. La elección del tipo de procedimiento quirúrgico generalmente se basa en la severidad de los síntomas y el tamaño y forma de la próstata.

Entre las opciones quirúrgicas están la resección transuretral de la próstata (RTU), la incisión transuretral de la próstata (ITU) y la prostatectomía abierta. Actualmente, se llevan a cabo diversos estudios para evaluar la efectividad de otros tratamientos como la hipertermia, la terapia con láser y los *stents* prostáticos.

- **RTU:** La resección transuretral de la próstata (RTUP) es el tratamiento quirúrgico más comúnmente utilizado para la HPB y se lleva a cabo mediante endoscopia. La ventaja principal de este procedimiento es su menor nivel invasivo, por lo que se reducen los riesgos de infección. El 88% informa que ha experimentado mejoría de los síntomas por un lapso de 10 a 15 años. En 13.6% de los casos se presenta impotencia y en el 1% se reporta incontinencia urinaria; la eyaculación retrógrada es más frecuente que éstas.
- **ITU:** La incisión transuretral de la próstata (ITU) es similar a la RTU, pero usualmente se realiza cuando la próstata es relativamente pequeña (menos de 30 g) y hay obstrucción del cuello vesical. Este procedimiento se realiza frecuentemente de manera ambulatoria y no requiere hospitalización.

Por medio de endoscopia, se realizan pequeñas incisiones en el tejido prostático y el cuello vesical para agrandar el lumen de la uretra, mejorando así el flujo urinario y reduciendo los síntomas de HPB. El 80% de los hombres que se someten a este procedimiento reportan mejoría en sus síntomas. Entre las posibles complicaciones se incluyen sangrado, infección, estenosis uretral e impotencia; pero éstas son menos frecuentes que en la RTU.

- **Prostatectomía abierta:** Suele realizarse bajo anestesia general o epidural, mediante una incisión transabdominal (retropúbica o suprapúbica) o perineal (rara vez practicada actualmente). Este es un procedimiento prolongado que usualmente requiere una hospitalización de 5 a 10 días. La mayoría de los hombres (98%) sometidos a esta cirugía reportan mejoría en los síntomas. Las posibles complicaciones son impotencia en el 16 a 32%; hasta 50% en la técnica perineal), e incontinencia urinaria (menos del 1%).

EDUCACIÓN SOBRE CAMBIOS EN ESTILO DE VIDA:

Las medidas de autoayuda pueden ser benéficas, si el grado de obstrucción es mínimo. Estas medidas son, entre otras, baños calientes, evitar el consumo de alcohol y el consumo excesivo de líquidos (especialmente en la noche), orinar ante la primera necesidad de hacerlo y mantener un ritmo regular de actividades sexuales o eyaculaciones. Los que abogan por el uso de plantas medicinales sugieren que el uso de los frutos y extractos del palmito potencialmente pueden aliviar los síntomas de la próstata.

Es posible reducir la frecuencia de micciones nocturnas, evitando los líquidos algunas horas antes de dormir. Los síntomas de incontinencia urinaria pueden mejorar si se distribuye el consumo de líquidos a lo largo del día, evitando tomar grandes cantidades de líquido a la vez y tomando menos líquido con las comidas de noche.

Los hombres con HPB deben evitar los medicamentos de venta libre contra la gripe y la sinusitis que contengan descongestionantes, ya que pueden acentuar los síntomas de la HPB.

"ESPERA CON VIGILANCIA CUIDADOSA":

En menos de la mitad de los hombres con HPB, los síntomas de la enfermedad son nulos o muy leves y no limitan sus actividades significativamente. Estos son pacientes que pueden simplemente someterse a monitoreo en el momento de inicio o aumento de los síntomas. Los estudios muestran que de los sujetos con HPB no sometidos a tratamiento alguno, 31 a 55% muestran mejorías espontáneamente y sólo de 1 a 5% desarrollan complicaciones. Los hombres que optan por "la espera con vigilancia cuidadosa", deben someterse a exámen anual para monitorear el progreso de la enfermedad.

MONITOREO:

Los hombres con HPB deben someterse a un examen anual para monitorear el progreso de los síntomas.

Se debe evaluar al paciente en particular, tomando en cuenta la severidad de los síntomas, edad, comorbilidad, riesgo quirúrgico, etc.

Existe entre los especialistas, un consenso en la indicación quirúrgica del HPB:

- retención urinaria a repetición.
- infecciones urinarias a repetición.
- hematuria persistente o recurrente.
- Insuficiencia renal.
- hidroureteronefrosis bilateral.

3.2.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUCIÓN O ATENCIÓN

El diagnóstico del adenoma prostático benigno es indicativo de referencia a un especialista en urología, el cual debe decidir la posibilidad de tratamiento quirúrgico o médico.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- La hiperplasia prostática benigna (HPB), es un trastorno común y su incidencia directamente proporcional a la edad.
- Los pacientes geriátricos, frecuentemente no refieren sintomatología obstructiva, pero la urgencia miccional es un motivo frecuente de consulta, pues ésta es la que altera su calidad de vida y limita muchas de sus actividades.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

Badlani GH, Smith AD. Urologic care in the elderly (symposium). Clin Geriatr Med 1990; 6(1):1-227.

Beers, MH y Berkow R. Men's and Women's Health Issues. The Merck Manual of Geriatrics. Internet edition. 2000.

http://www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/home.html/

Enciclopedia Médica en Español. Un servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU y de los Institutos Nacionales de la Salud

www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000381.htm

Fundación Novartis para Estudios Gerontológicos: www.healthandage.com , en la sección Health Centers, encontrará una sección sobre Salud Masculina (Men's Health)

Prostate problems. The Geriatrics Review Syllabus. Internet version 2000. The American Geriatrics Society and the Novartis Foundation for Gerontology
<http://www.geriatricsyllabus.com/>

Whitmore WF. Benign prostatic hyperplasia: widespread and sometimes worrisome. Geriatrics 1981; 36(4):119-136.

Manual Merck de Geriatria. 2a. Edición. Madrid: Ediciones Harcourt, S.A. 2001:1179-1183.

PARTE II:

Hipertensión Arterial

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

20



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

1. Definir la hipertensión arterial y reconocerla como factor de riesgo.
2. Describir el procedimiento para evaluar al adulto mayor hipertenso.
3. Reconocer la evidencia del beneficio del tratamiento.
4. identificar la terapéutica farmacológica y la no farmacológica de la hipertensión arterial en el adulto mayor.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial (HTA), es el principal factor de riesgo para los accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca y cardiopatía coronaria en las personas adultas mayores. La hipertensión tiene remedio y su control logra no solo salvar vidas sino también reducir significativamente las limitaciones funcionales y la discapacidad en las personas de edad. Los estudios epidemiológicos sugieren que una prevalencia entre 50% y 70% de hipertensión en las personas de 60 años de edad y más. Sin embargo, *la hipertensión no debe considerarse una consecuencia normal del envejecimiento.*

La **hipertensión**, se define por la presencia de valores de presión arterial superiores a la normalidad: presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg **y/o** presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg.¹ Sin embargo, en el adulto mayor, algunos autores sugieren cifras de PAS ≥ 160 mmHg **y** PAD ≥ 90 mmHg para **hipertensión sisto-diastólica**.² En el caso de la **hipertensión sistólica aislada**, se refieren cifras de PAS ≥ 140 mmHg con PAD menor de 90 mmHg. Una PAS = 140 - 160 mmHg se considera **presión arterial sistólica limitrofe** y probablemente requiere tratamiento en los menores de 85 años. Los datos sobre tratamiento antihipertensivo para pacientes mayores de 85 años con este mismo rango son aún inconsistentes.

En la fisiopatología de la hipertensión arterial en el adulto mayor, son centrales los cambios en la resistencia vascular periférica para el desarrollo, tanto de la hipertensión esencial como de la hipertensión sistólica aislada. Sin embargo, el fenómeno parece ser multifactorial.

FACTORES ESTRUCTURALES: disminución de la distensibilidad de los grandes vasos.

FACTORES FUNCIONALES: tono vascular, regulado por factores extrínsecos:

- Sodio: la restricción de sal en las personas mayores hace disminuir la PA más que en los individuos jóvenes.
- Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona: existe una menor producción de renina por el riñón envejecido.
- Resistencia Periférica a la Insulina: la hiperinsulinemia favorece la reabsorción renal de sodio y la estimulación del sistema nervioso simpático.
- Sistema Nervioso Autónomo: existe un aumento de noradrenalina circulante, junto con una disminución en receptores beta-adrenérgicos, lo que implica un aumento del tono alfa adrenérgico.
- Factores Natriuréticos Circulantes: Tanto el factor natriurético atrial, como el factor digitalico circulante, parecen intervenir en la fisiopatología de la hipertensión en el

¹ Sixth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Arch Intern Med. 1997; 157(21):2417.

² Reuben DB, Herr K, Pacala JT, et al. Geriatrics At Your Fingertips: 2002 Edition. Malden, MA: Blackwell Science, Inc. for the American Geriatrics Society. 25-32.

adulto mayor, aumentando el sodio intracelular y, secundariamente, el calcio intracelular con un aumento del tono vascular.

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

La mayoría de los hipertensos adultos mayores son asintomáticos. Es frecuente identificar la patología al encontrar manifestaciones de las complicaciones crónicas, desarrolladas a partir de una hipertensión sin tratamiento: insuficiencia cardíaca congestiva, hipertrofia de ventrículo izquierdo, nefropatía, trastornos visuales por retinopatía o problemas neurológicos por enfermedad cerebrovascular. Es más común aún identificar a casos reconocidos como hipertensos, pero cuyo tratamiento ha sido irregular y que sufren las consecuencias de tal situación.

En casos de crisis hipertensiva, pueden existir síntomas como cefalea, mareos, visión borrosa o náuseas. Generalmente los trastornos cognitivos agudos se asocian a encefalopatía hipertensiva o accidentes vasculares cerebrales, ya sea isquémicos o hemorrágicos en casos de crisis hipertensiva. Es por esto que todo paciente con trastorno neurológico reciente y cifras elevadas de presión arterial debe ser enviado a un centro hospitalario.

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- PRINCIPALES CAUSAS

En el adulto mayor, sigue siendo la hipertensión esencial la más frecuente. Ante la aparición de hipertensión después de los 60 años o hipertensiones resistentes al tratamiento, se debe sospechar HTA secundaria, en especial renovascular o secundaria a aldosteronismo primario. Se sugiere investigarlas cuando:

- Hay un súbito y persistente incremento de la presión diastólica en alguien previamente normotenso.
- La presión diastólica persiste > 100 mmHg, bajo tratamiento con 3 fármacos.
- Hay una progresión acelerada del deterioro en órganos blanco.
- Ocurre espontáneamente hipokalemia.
- Hay síntomas que sugieren feocromocitoma.

2.2.- FACTORES DE RIESGO

La hipertensión arterial afecta aproximadamente a la mitad de los adultos mayores de 60 años. Al menos la tercera parte de los casos no son diagnosticados. (Ver Cuadro 18.1)

La prevalencia de la hipertensión se correlaciona directamente con la edad en el sexo femenino y con la presencia de obesidad. El problema suele ser silencioso y debe ser investigado sistemáticamente.

2.3.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

- Se realiza mediante la toma de la presión arterial y ha de efectuarse en forma estandarizada con materiales de medición apropiados y validados.
- El método estándar de referencia es el esfigmomanómetro de mercurio, con un manguito cuya cámara de aire abarque *al menos el 80%* de la circunferencia del brazo.
- La automedición de la presión arterial no sirve para el diagnóstico, sin embargo puede ser útil para distinguir la “HTA de bata blanca” y para mejorar el seguimiento del tratamiento por parte de los pacientes. Los esfigmomanómetros digitales se consideran inexactos.
- La medición de la tensión arterial (TA) en el adulto mayor debe realizarse con un cuidado especial para evitar aumentos artificiales y preferentemente a primera hora de la mañana o por la tarde, evitando tomas inmediatamente después de las comidas. Debe medirse en ambos brazos, pues en caso de haber obstrucción unilateral por aterosclerosis, podríamos pasar por alto el diagnóstico. La posición del paciente debe ser sentado y con la espalda apoyada o en decúbito supino (después de reposo por 5 min) y, de ser posible, hacer mediciones inmediatamente después de que se ponga de pie, para valorar la presencia de hipotensión ortostática. La PAS debe primero ser estimada mediante palpación, ya que la desaparición transitoria de los ruidos de Korotkoff es frecuente en este grupo de pacientes.³

HIPERTENSIÓN DE BATA BLANCA: Es un estado pasajero de aumento de la presión arterial originado por la ansiedad del encuentro con el médico.

PSEUDOHIPERTENSIÓN: Se define como la obtención de cifras altas de presión arterial que no son reales, sino consecuencia de la rigidez de la pared de los vasos arteriales de los adultos mayores. Sospechar en pacientes donde se observan aumentos leves de la tensión arterial, con ausencia de daño a órgano blanco por hipertensión, ante casi nula respuesta al tratamiento, pese incluso a la aparición de síntomas de hipotensión ortostática con el mismo. Esta situación puede representar hasta el 10 por ciento de casos de hipertensión en adultos mayores.

VARIACIONES EN LA TENSIÓN ARTERIAL: Las personas mayores tienen una mayor prevalencia de hipotensión ortostática, por lo que se recomienda medir rutinariamente la presión arterial en bipedestación 10 min después de la medición con el paciente sentado o acostado. En los adultos mayores existe también un aumento en la variabilidad de la presión arterial, tanto por la mayor frecuencia de HTA de bata blanca como por las

³ Adaptado de: Manual Merck de Geriatria. 2a. Edición. Madrid: Ediciones Harcourt, S.A. 2001:823, 836.

alteraciones en su *ritmo circadiano*. En cuanto a este último punto, hay que considerar una menor disminución nocturna (hipotensión nocturna) y vespertina de la presión arterial, con un mayor descenso después de las comidas (hipotensión posprandial) y un aumento especialmente marcado a mitad de la mañana.

No debe diagnosticarse hipertensión por una toma aislada de la tensión arterial. Es necesario repetir la valoración **de dos a tres veces** y ser especialmente estrictos en referencia al horario: preferentemente deben realizarse a primera hora de la mañana o por la tarde, evitando tomas inmediatamente después de las comidas.

Los aumentos graves de la presión arterial **diastólica** por encima de **110** mmHg, deben tratarse de inmediato.

EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR: Una vez identificado el caso, la evaluación de la hipertensión arterial en el adulto mayor no difiere mucho de la realizada en personas jóvenes. Al interrogatorio conviene además investigar la presencia de síntomas de hipotensión ortostática y/o posprandial, consumo de medicamentos hipertensores y consumo de más de 30 gramos (1 onza) de alcohol al día.

Seguidamente hay que llevar a cabo una **valoración funcional** del estado mental y social, adicionales a la valoración clínica, con el fin de detectar problemas en estos tres ámbitos que puedan influir directamente en el éxito del tratamiento o determinar la modalidad del mismo. En particular, es importante determinar la competencia del enfermo para hacerse cargo de su propia vigilancia y medicación.

A continuación, debe evaluarse el riesgo de enfermedad cardiovascular consecutiva, determinado tanto por la presencia de HTA como por otros factores, y la presencia de daño en órganos blanco. La evaluación se presenta en el Cuadro 18.1.

CUADRO 18.1. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y LA PRESENCIA DE LESIÓN EN ÓRGANOS BLANCO

Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular	Lesión en órganos blanco por HTA	Exámenes de laboratorio y gabinete recomendados para la evaluación inicial
<ul style="list-style-type: none"> • Edad superior a 60 años • Hombres y mujeres posmenopáusicas • Historia familiar de enfermedad cardiovascular • Tabaquismo • Dislipidemia • Diabetes 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertrofia de ventrículo izquierdo • Angina / Infarto de miocardio previo • Revascularización coronaria previa • Insuficiencia cardíaca • Enfermedad cerebrovascular • Nefropatía • Arteriopatía periférica • Retinopatía 	<ul style="list-style-type: none"> • Biometría hemática • Examen general de orina • Electrolitos séricos • Creatinina • Glucosa en ayuno • Colesterol total y HDL • Electrocardiograma

Sobre la base de la evaluación y el reconocimiento de factores de riesgo asociados, conviene identificar el nivel de riesgo del sujeto para establecer las prioridades para el tratamiento y la periodicidad del seguimiento.

Grupos de riesgo:

- a No existen factores de riesgo, ni lesión de órganos blanco.
- b Al menos un factor de riesgo, excluyendo la diabetes, y no hay evidencia de lesión de órganos blanco.
- c Diabetes y/o lesión de órganos blanco, con o sin presencia de otros factores de riesgo.

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

El objetivo en la reducción de la presión arterial es la obtención de cifras menores a 140/90 mmHg, con un posible objetivo intermedio de PAS menor a 160 mmHg, sobre todo, en pacientes con hipertensión sistólica aislada de edad muy avanzada (mayores de 85 años).

Este es un aspecto aún controversial, dado que no existe un claro consenso en este particular grupo de edad. Lo que sí es claro, es que existe beneficio al tratar adultos mayores con hipertensión, incluso con hipertensión sistólica aislada, ya que se observa disminución en la lesión a órganos blanco y en la mortalidad global.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO:

Es el indicado para la mayor parte de las personas mayores en una primera etapa y se refiere a modificaciones en el estilo de vida:

- Reducción Ponderal: hay una clara relación entre hipertensión y obesidad. Una reducción de peso en pacientes con sobrepeso no sólo reduce las cifras de presión arterial, sino que incide igualmente en otros factores de riesgo asociados como dislipidemia y diabetes, que son los de mayor prevalencia en las personas mayores.
- Actividad Física: la actividad física moderada puede reducir la presión arterial. En adultos mayores, se recomiendan ejercicios en los cuales no se dé una exagerada demanda energética y no se provoque marcado trauma articular. Algunos de ellos son: natación, ciclismo, baile, caminata y aeróbicos de bajo impacto, durante 30 a 45 minutos varias veces a la semana.
- Restricción de Sal en la Dieta: una reducción en la ingesta de sodio, de tal manera que no se sobrepasen los 100 mmol/día, disminuirá significativamente los

niveles de presión arterial, especialmente la sistólica, por la especial sensibilidad sódica que se observa en personas mayores.

- Alcohol: la ingesta de más de 30 mL (1 onza) de etanol se asocia a resistencia al tratamiento antihipertensivo, así como a infarto cerebral.
- Potasio y Calcio: una adecuada ingesta de potasio puede disminuir la aparición de hipertensión arterial, así como mejorar el control de la presión arterial en individuos hipertensos. El papel del calcio no es claro y no se aconseja tomar suplementos de calcio como tratamiento adyuvante en sujetos hipertensos.
- Tabaquismo: es un importante factor de riesgo para enfermedad cardiovascular, y disminuye los beneficios del tratamiento correcto de la hipertensión arterial en los no fumadores.

Todas estas acciones se pueden desarrollar en el contexto de la atención médica primaria.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Debe ser considerado en todas las personas en las cuales no se logran las reducciones deseadas en las cifras de presión arterial, con las modificaciones del estilo de vida.

En la persona de edad, el tratamiento:

- Ha de ser individualizado por la gran heterogeneidad de la población hipertensa añosa.
- Busque hipotensión postural o posprandial antes de iniciar el tratamiento.
- Valore inicialmente medidas no farmacológicas.
- *Inicie con la mínima dosis efectiva de un diurético (o el medicamento indicado según el caso individual), incrementando paulatinamente la misma hasta conseguir controlar la hipertensión sin la aparición de efectos adversos importantes. La meta es bajar la TA 10 mmHg por mes.*
- La reducción de la presión arterial debe ser gradual y mantenida.
- El tratamiento debe ser sencillo y fácil de seguir, empleando el menor número de fármacos y de tomas diarias.
- Elija fármacos que presenten menos efectos adversos e interacciones.
- Evite interacciones medicamentosas en particular con fármacos de venta libre como los anti-inflamatorios no esteroideos.
- Evalúe condiciones de comorbilidad que puedan indicar o contraindicar el empleo de algún principio activo en particular.
- Utilice preferiblemente un solo principio activo.

- Explique los objetivos del tratamiento y los posibles efectos secundarios, tanto al paciente como a sus familiares y cuidador principal, para así mejorar la adherencia al mismo.
- Evalúe posibles causas de fracaso terapéutico antes de considerar añadir nuevos principios activos.
- Busque sistemáticamente efectos secundarios sutiles tales como: debilidad, mareo, depresión o confusión mental.

CONSIDERACIONES ESPECIALES DE ALGUNOS PRINCIPIOS ACTIVOS EN EL ADULTO MAYOR:
(Cuadro 18.2).

- **DIURÉTICOS:**
Efectivos en la disminución tanto de la presión sistólica como la diastólica. Los efectos adversos más importantes son a nivel del perfil lipídico, potasio y creatinina. Además pueden predisponer a la presentación de incontinencia urinaria.
- **BETA BLOQUEADORES:**
En adultos mayores se ha visto una mayor incidencia de depresión e hipotensión ortostática, lo cual podría limitar su utilidad en este grupo de pacientes. Sin embargo, se consideran una buena opción inicial en ausencia de contraindicaciones.
- **CALCIO ANTAGONISTAS:**
Son considerados **ideales** en estos pacientes, ya que se ha observado muy poca incidencia de caídas e hipotensión ortostática asociados a ellos.
- **INHIBIDORES DE LA ECA:**
Teóricamente son menos efectivos en adultos mayores, ya que la mayoría de ellos son hipo-reninémicos. Sin embargo, son efectivos y por lo general seguros si se utilizan de forma cuidadosa. Sus efectos secundarios incluyen tos no productiva (en un 10% de los enfermos de edad avanzada) e hiperkalemia.
- **BLOQUEADORES ALFA:**
En personas mayores, tienen una alta incidencia de ortostatismo y pueden desencadenar episodios de depresión.

**CUADRO 18.2. TRATAMIENTO DIFERENCIAL DE LA HIPERTENSIÓN EN EL ADULTO MAYOR
SEGÚN LA CO-MORBILIDAD CARDIOVASCULAR**

Condición	Se recomienda	Sólo con precaución	No se aconseja
Angina de pecho	Beta-bloqueadores Antagonistas Ca	IECA ⁴	Ninguno
Estatus postinfarto	Beta bloqueadores IECA	Diltiazem	Ninguno
Insuficiencia Cardíaca	IECA diuréticos vasodilatadores	Dihidropiridinas antagonistas del Ca	Beta bloqueadores verapamil, diltiazem
Hipertrofia Ventricular izquierda	IECA, Alfa-bloqueadores Beta-bloqueadores Antagonistas Ca	Ninguno	Ninguno

Al considerar la necesidad de asociar dos hipotensores por falla en la respuesta al tratamiento, considere:

- Ensayar la monoterapia hasta la dosis máxima.
- Asociar con un segundo hipotensor de otro grupo terapéutico, o reemplazar el fármaco inicial por uno de otro grupo.

Las principales asociaciones de fármacos en el tratamiento de la hipertensión son las siguientes:

CUADRO 18.3. ASOCIACIONES DE FÁRMACOS EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Tratamiento inicial:	Su Alternativa:	Asociado con:
Diurético	o Antagonista cálcico	y IECA
Beta bloqueador	o IECA	y Diurético
Antagonista cálcico	o Diurético	y IECA
IECA	o Beta bloqueador	y Diurético
Alfa bloqueador	o IECA	y Diurético

PLAN DE SEGUIMIENTO:

- Al inicio debe ser estrecho.
- Es necesario verificar la respuesta al tratamiento.
- Al cabo de *6 semanas* conviene evaluar: electrolitos, glucosa, creatinina y lípidos.

⁴ IECA = inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina.

- Debe evaluarse la calidad de vida antes y durante el tratamiento.
- Cuando se alcanza la presión arterial deseada, la valoración de laboratorio puede repetirse a intervalos semestrales o anuales.
- La automedicación de la TA es deseable, pues mejora el apego al tratamiento.

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

En caso de nuevo diagnóstico, considere:

- Participación en grupos de autoayuda para el aprendizaje de la naturaleza del padecimiento y su monitoreo.
- Las intervenciones educativas favorecen el apego al tratamiento.
- La educación de la familia es crucial, tratándose de adultos mayores frágiles y dependientes en quienes la probabilidad de efectos secundarios es mayúscula y la necesidad de supervisión imperativa.
- Tome en cuenta el *impacto financiero* del tratamiento que es determinante del apego al tratamiento.

3.3.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE ATENCIÓN

- Sospecha de hipertensión arterial secundaria.
- Falla al tratamiento luego de agregar un segundo fármaco.
- Crisis hipertensiva.
- Hipertensión arterial complicada con insuficiencia cardiaca descompensada o angina de pecho.
- Sujetos identificados en clase C de riesgo deben ser valorados por el especialista.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- No debe diagnosticarse hipertensión arterial por una toma aislada de la tensión arterial, es necesario repetir la valoración dos a tres veces.
- Existe beneficio al tratar adultos mayores con hipertensión, incluso con hipertensión sistólica aislada, ya que se observa disminución en la lesión a órganos blanco y en la mortalidad global.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

Beers, Mark H. y Robert Berkow. Cardiovascular Disorders. The Merck Manual of Geriatrics. Versión Internet 2000. www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/

Brodkin KI, Abrass IB. Hypertension in the elderly. *Generations* Winter 1996-1997, 28-32.

El Centro para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) www.cdc.gov

Epidemiology and Prevention of Cardiovascular Diseases in Elderly People
Report of a WHO Study Group. Technical Report Series, No. 853. 1995.

Curb JD, Pressel SL, Cutler JA, et al. Effect of diuretic based antihypertensive treatment on cardiovascular disease risk in older diabetic patients with isolated systolic hypertension. *JAMA* 1996; 276:1886-1892.

Dahlof B, Lindholm LH, Hansson L, et al. Morbidity and mortality in the Swedish Trial in Old Patients with Hypertension. *Lancet* 1991; 338:1281-1285.

Kane, Robert L., J. Ouslander, I. B. Abrass. *Geriatría Clínica*. 3a. Edición. México: MacGraw-Hill Interamericana, publicación de PALTEX, Organización Panamericana de la Salud. 1997: 230-236.

Pearce KA, Furberg CD, Jushing J. Does antihypertensive treatment of the elderly prevent cardiovascular events or prolong life: a meta-analysis of hypertension treatment trials. *Arch Fam Med* 1995; 4:943-950.

Reuben DB, Herr K, Pacala JT, et al. *Geriatrics At Your Fingertips: 2002 Edition*. Malden, MA: Blackwell Science, Inc. for the American Geriatrics Society. 25-32.

SHEP Cooperative Research Group. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension: Final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). *JAMA* 1991; 265:3255-3264.

Staessen JA, Gasowski JG, Thijs L, et al. Risks of untreated and treated isolated systolic hypertension in the elderly: meta-analysis of outcome trials. *Lancet*. 2000; 355:865-872.

The sixth report of The Joint National Committee on Prevention, detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Arch Int Med*. 1997; 157(21):2413-2445.

Wright JM, Lee CH, Chambers GK. Systematic review of antihypertensive therapies: does the evidence assist in choosing a first-line drug? *CMAJ*. 1999; 161:25-32.

PARTE II:

Hipotermia

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

21



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

- 1.** Definir la hipotermia y reconocer su importancia en el adulto mayor.
- 2.** Discutir los factores predisponentes.
- 3.** Describir los signos, síntomas y etapas de la hipotermia.
- 4.** Aplicar un tratamiento adecuado al problema.
- 5.** Describir las estrategias preventivas.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Condición clínica provocada por una *temperatura corporal inferior a 34.4° C*. Para reconocerla se requiere un termómetro de bajo registro. La hipotermia no depende sólo de temperaturas ambientales extremas, sino de una serie de factores asociados. La hipotermia suele ocurrir de manera accidental y puede ocurrir en cualquier estación del año.

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- FACTORES PREDISPONENTES

Los adultos con mayor probabilidad de experimentar hipotermia tienen las siguientes características:

- edad avanzada o enfermedad crónica,
- problemas circulatorios o cardíacos,
- deficiencias nutricionales,
- cansancio excesivo o
- efectos de alcohol o drogas.

2.2.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

CUADRO 20.1. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA HIPOTERMIA¹

Tempranos (32-35° C)	Posteriores (28-30° C)	Tardíos (< 28° C)
- Fatiga	- Hipopnea	- Apnea
- Apatía	- Cianosis	- Arreflexia
- Confusión	- Bradicardia	- Pupilas fijas
- Decaimiento	- Arritmias auriculares y ventriculares	- Fibrilación ventricular
- Piel fría	- Hipotensión	- Rigidez
- Sensación de frío	- Coma	- Signos vitales casi indetectables
- Escalofríos	- Rigidez muscular reemplaza a los escalofríos	
	- Edema	
	- Arreflexia	
	- Poliuria u oliguria	

¹ Adaptado de: Kane, Robert L., J. Ouslander, I. B. Abrass, Geriatria Clínica. 3a. Edición. México: MacGraw-Hill Interamericana, publicación de PALTEX, Organización Panamericana de la Salud. 1997:296.

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

- En el manejo de esta patología, sin duda lo más importante es la *prevención* del fenómeno y el *reconocimiento precoz* de un cuadro de síntomas y signos inespecíficos, donde la valoración de los antecedentes y la consideración de la entidad en nuestro abanico de posibilidades diagnósticas, se torna parte fundamental de la terapia.
- A *temperaturas mayores de 32° C*, se utilizarán técnicas de *recalentamiento externo pasivo* ,. No se utilizarán técnicas externas activas dado su riesgo de alteraciones hemodinámicas asociadas a vasodilatación brusca.
- Se recomienda el *recalentamiento activo* usando como punto de corte una *temperatura de 32° C*.
- En pacientes con *temperatura menor de 32° C*, se recomienda el manejo en unidad de cuidados intensivos y técnicas de *recalentamiento interno (o corporal) activo* (Cuadro 20.2).

CUADRO 20.2. TÉCNICAS DE RECALENTAMIENTO

Externo Pasivo	Externo Activo	Corporal Activo
retirar de exposición ambiental	inmersión en agua tibia 42 °C	balón intragástrico, irrigación colónica
colocar en ambiente tibio >21 °C	cobertores eléctricos	irrigación mediastínica
objetos calientes	inhalizaciones tibias	hemo o peritoneodiálisis

El pronóstico de mortalidad de una hipotermia severa es de 50%.Este aumenta en función a la edad y a las patologías concomitantes.

3.2.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUCIÓN O ATENCIÓN

- Manejo de las complicaciones asociadas, las arritmias y las alteraciones ácido-base y electrolíticas concomitantes al recalentamiento. Es necesaria también una estrecha vigilancia en cuidados intensivos.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- En el sujeto frágil, la hipotermia puede ocurrir sin necesidad de temperaturas extremas.
- Una temperatura por debajo de 33 °C requiere la hospitalización en cuidados intensivos.
- Use sistemáticamente un termómetro que registre bajas temperaturas. Asegure la retracción completa de la columna de mercurio (en termómetros de vidrio) antes de su uso.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

Kane, Robert L., J. Ouslander, I. B. Abrass, Geriatria Clínica. 3a. Edición. México: MacGraw-Hill Interamericana, publicación de PALTEX, Organización Panamericana de la Salud. 1997: 295-299.

Kallman H. Protecting your elderly patient from winter's cold. Geriatrics 1985; 40(12):69-8

Kramer MR, Vandijk J, Rosin AJ. Mortality in elderly patients with thermoregulatory failure. Arch Int Med 1989; 149:1521-1523.

Pousada L, ed. Geriatric emergency care. Clin Geriatric Med 1993; 9(3):491-688.

PARTE II:

Incontinencia Urinaria

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

22



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

1. Describir los mecanismos de la continencia e incontinencia urinaria.
2. Describir las características y presentación clínica de la incontinencia por urgencia, esfuerzo y rebosamiento.
3. Describir el diagrama de flujo para la evaluación inicial de la incontinencia.
4. Identificar los factores ambientales y funcionales que la propician.
5. Aplicar las indicaciones para referencia al nivel inmediato superior.
6. Aplicar el tratamiento inicial para las tres causas más comunes.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La incontinencia urinaria, es la *incapacidad para controlar la micción*. La incontinencia urinaria puede variar desde una fuga ocasional hasta una incapacidad total para retener cualquier cantidad de orina.

La incontinencia urinaria no es un resultado inevitable de la edad, pero es común en las personas mayores. A menudo, se debe a cambios específicos en la función del cuerpo como consecuencia de enfermedades, la toma de medicamentos y/o el inicio de una enfermedad. Algunas veces es el primer y único síntoma de infección del tracto urinario. La prevalencia de la incontinencia urinaria es mayor en mujeres que en hombres en adultos con edades entre los 50 y 75 años. En edades avanzadas, la prevalencia no varía por sexo. Entre 15% y 30% de las personas adultas mayores viviendo en la comunidad padecen de incontinencia urinaria. La nicturia, en particular, es un factor de riesgo para caídas.

La importancia de su detección deriva de las repercusiones que puede producir:

- Médicas: infecciones urinarias, úlceras por presión, caídas, depresión.
- Psicológicas y sociales: pérdida de autoestima, ansiedad, aislamiento social.
- Económicas: costo de complicaciones, costo de cuidados de larga duración.

1.1.- CAMBIOS NORMALES QUE OCURREN CON EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO:

Los cambios que ocurren en las vías urinarias con el envejecimiento son los siguientes:

- Piso pélvico debilitado.
- Disminución del volumen vesical.
- Disminución en la inhibición de las contracciones vesicales esporádicas.
- Aumento en el volumen urinario residual.
- Disminución del volumen necesario para desencadenar contracciones vesicales.

1.2.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

El paciente con incontinencia urinaria no acude de manera habitual al médico por este problema, ni facilita la información de manera voluntaria. Esto se debe fundamentalmente a la vergüenza que pudiera producir en la persona y a que se considera como una consecuencia inevitable del envejecimiento. Por lo que es de primordial importancia cuestionar acerca de este problema a todo paciente de edad, como parte de una rutina de evaluación.

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- PRINCIPALES CAUSAS

A pesar de lo señalado con anterioridad, los cambios funcionales relacionados con la edad no son suficientes para causar por sí mismos incontinencia urinaria.

Las causas de incontinencia urinaria se pueden dividir en **agudas y persistentes**.

Las causas agudas se deben descartar antes de realizar cualquier intervención y son fácilmente recordables mediante la nemotecnia ESFÍNTER:

Endocrinológicas (hiperglucemia, hipercalcemia, vaginitis atrófica).

Sicológicas (depresión, delirio).

Fármacos (ver Cuadro 21.1).

Infecciones.

Neuroológicas (delirium, enfermedad vascular cerebral, parkinson, hidrocefalia normotensa).

Tratamientos (fármacos).

Estrogénico (vaginitis atrófica, estreñimiento).

Restricción de la movilidad.

CUADRO 21.1. FÁRMACOS QUE PUEDEN CAUSAR INCONTINENCIA¹

Fármaco	Efectos Potenciales
Diuréticos	Incontinencia urinaria, frecuencia, urgencia.
Anticolinérgicos	Retención urinaria, incontinencia por rebosamiento, impactación fecal.
Antidepresivos	Efecto anticolinérgicos, sedación.
Antipsicóticos	Igual al anterior; inmovilidad.
Hipnóticos-sedantes	Incontinencia urinaria, sedación, delirio, inmovilidad, relajación muscular.
Narcóticos	Retención urinaria, incontinencia urinaria, impactación fecal, sedación, delirio.
Bloqueadores alfa	Relajación uretral.

¹ Adaptado de Kane, Robert L., J. Ouslander, I. B. Abrass, Geriatria Clínica. 3a. Edición. México: MacGraw-Hill Interamericana, publicación de PALTEX, Organización Panamericana de la Salud. 1997:136

Inhibidores de enzima convertidora de angiotensina	Incontinencia por esfuerzo secundaria a tos.
Bloqueadores de calcio	Retención urinaria.
Cafeína	Incontinencia urinaria, irritación vesical.
Alcohol	Incontinencia urinaria, frecuencia, urgencia, sedación, delirio, inmovilidad.

Las **causas persistentes** pueden agruparse en cuatro grupos, cuyos síntomas y causas más frecuentes se resumen en el Cuadro 21.2.

CUADRO 21.2. TIPOS, SÍNTOMAS Y CAUSAS DE LAS INCONTINENCIAS URINARIAS PERSISTENTES²

Tipo	Síntomas	Causas comunes
ESFUERZO	Salida involuntaria de orina (casi siempre en pequeñas cantidades) con aumentos de la presión intraabdominal (ej: tos, risa o ejercicio).	<p>Debilidad y laxitud del piso pélvico que provoca hipermovilidad de la base vesical y de la uretra proximal.</p> <p>Debilidad de esfínter uretral o de su salida de la vejiga, casi siempre por cirugía o traumatismo.</p>
URGENCIA	Derrame de orina (casi siempre volúmenes grandes, aunque es variable) por la incapacidad para retrasar la micción después de percibir la sensación de plenitud vesical.	<p>Hiperactividad del detrusor, aislada o asociada a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condiciones locales como uretritis, cistitis, tumores, litiasis, divertículos. • Asociado a alteraciones del SNC como EVC, demencia, parkinsonismo, lesión espinal.

² Adaptado de Kane, Robert L., J. Ouslander, I. B. Abrass, Geriátría Clínica. 3a. Edición. México: MacGraw-Hill Interamericana, publicación de PALTEX, Organización Panamericana de la Salud. 1997:138

SOBREFLUJO	Fuga de orina (casi siempre en pequeñas cantidades) secundaria a fuerzas mecánicas sobre una vejiga sobredistendida o por otros efectos de la retención urinaria sobre la vejiga y la función del esfínter.	Obstrucción anatómica: por la próstata o por un cistocele grande. Vejiga hipocontráctil (neurogénica) asociada a diabetes o lesión medular.
FUNCIONAL	Fuga de orina relacionada con incapacidad para usar el inodoro por daño de la función cognoscitiva o física, falta de disociación psicológica o barreras en el ambiente.	Demencia grave. Inmovilidad. Ataduras. Depresión.

2.2.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

En pocas patologías es tan importante como en la incontinencia urinaria el preguntar directamente acerca de la presencia de la enfermedad. Pocos pacientes ofrecen esta información voluntariamente debido a factores sociales, vergüenza o el pensamiento de que se trata de una consecuencia natural del envejecimiento que no tiene remedio. Por lo que, se debe preguntar si el paciente ha tenido “accidentes” con la orina, o bien si alguna vez ha tenido fuga de orina antes de llegar al baño. Si esto es así, se debe hacer la historia médica de la incontinencia.

Las preguntas para realizar la documentación de la historia médica de la incontinencia pueden ser, entre otras:

Características

- Describir el problema
- ¿Cuándo ocurre?
- ¿Por cuánto tiempo ha sido la incontinencia un problema?
- ¿Qué tan problemática se ha vuelto esta condición?
- ¿Cuántas veces al día ocurre?
- ¿Tiene conciencia de la necesidad de orinar antes de tener fugas?
- ¿Está inmediatamente consciente de que se está orinando?
- ¿Está mojado la mayor parte del día?

- ¿Usa pañales para protegerse de accidentes?, ¿Ocasionalmente?, ¿Todo el tiempo?
- ¿Evitan situaciones sociales para prevenir accidentes?

Factores agravantes

- ¿Hay una infección del tracto urinario ahora?, ¿Hay antecedentes?
- ¿Es más difícil controlar la orina cuando tose, estornuda, se esfuerza o ríe?
- ¿Es más difícil controlar la orina cuando corre, salta o camina?
- ¿Es la incontinencia peor al estar sentado o parado?
- ¿Sufre de estreñimiento?

Factores de alivio

- ¿Hay algo que se pueda hacer para reducir o evitar los accidentes?
- ¿Ha recibido tratamiento para esta condición con anterioridad?, ¿Fue de utilidad?
- ¿Ha intentado hacer ejercicios del suelo pélvico (Kegel)?, ¿Fueron útiles?

Factores asociados

- ¿Qué cirugías ha tenido?
- ¿Qué lesiones ha sufrido?
- ¿Qué medicamentos toma?
- ¿Toma café?, ¿Cuánto?
- ¿Ingiere alcohol?, ¿Cuánto?, ¿Con qué frecuencia?
- ¿Fuma?, ¿Cuántos cigarrillos al día?

Otras

- ¿Existen otros síntomas?

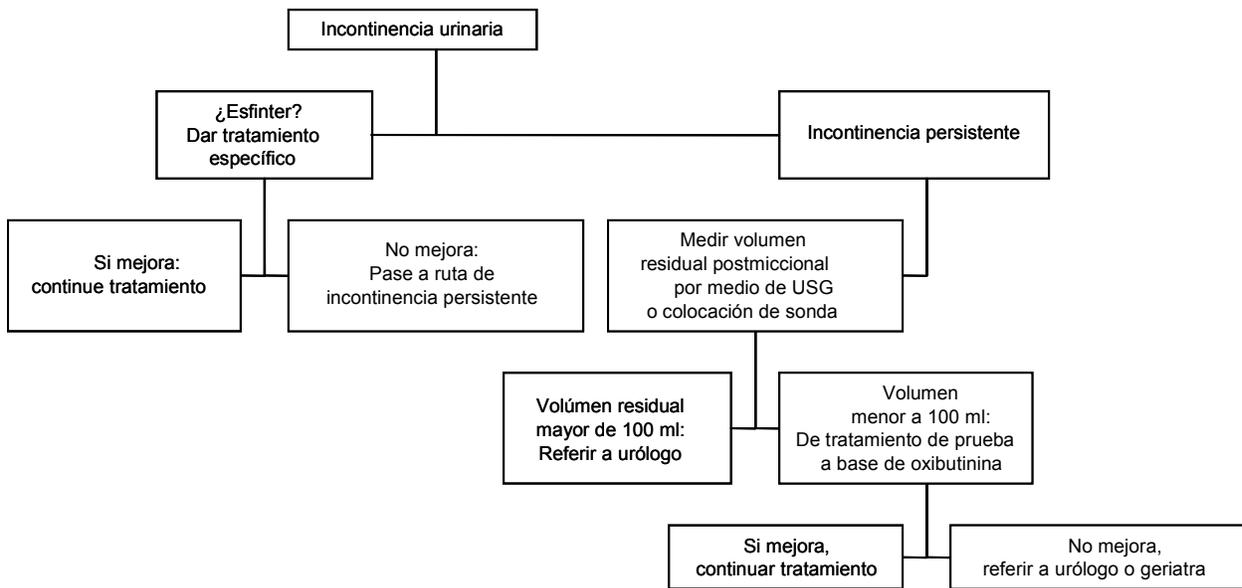
El examen físico consiste en una evaluación abdominal; genital en el hombre, genito-pélvica en la mujer; rectal y neurológica.

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

El proceso diagnóstico puede identificar claramente el tipo y causa de la incontinencia, o no hacerlo. En caso de no tener un diagnóstico claro en cuanto al origen de la incontinencia urinaria se puede utilizar el siguiente algoritmo de tratamiento, Diagrama 21.1:

DIAGRAMA 21.1. TRATAMIENTO EN LA INCONTINENCIA URINARIA



Las principales acciones de tratamiento indicados en las incontinencias urinarias agudas se resumen en el cuadro 21.3.

CUADRO 21.3. TIPOS Y TRATAMIENTO DE INCONTINENCIA URINARIA AGUDA

Tipo	Tratamiento
Delirio	Dar tratamiento específico para delirio; no utilice sondas vesicales pues pueden causar o exacerbar el delirio (ver módulo 6).
Vaginitis atrófica	Tratamiento local basado en estrógenos con dos aplicaciones diarias por dos meses.
Infección	Dar tratamiento antibiótico. Si al término del tratamiento la incontinencia no se resuelve, buscar otras causas y no repetir tratamiento a menos que se documente un germen resistente.

Fármacos	De ser posible, retirar todos los fármacos que pudieran causar incontinencia. En caso de antihipertensivo, cambie por otra clase. En caso de antidepresivos tricíclicos, cambiar por inhibidores de recaptación de serotonina.
Psicológicas	Ingesta excesiva de líquidos:, limitar a 1.5 litros al día y no tomar líquidos después de las 8 p.m. En caso de otras causas, referir al especialista.
Endocrinológicas	En caso de diabetes, dar tratamiento específico. En los otros casos refiera a especialista.
Restricción de la movilidad	Fisioterapia y modificaciones en el hogar tendientes a facilitar el desplazamiento del paciente o utilizar “orinales” o “cómodos”.
Impactación fecal	Dar tratamiento como se refiere en el capítulo de constipación e incontinencia fecal.

Las acciones de intervención para las incontinencias urinarias persistentes tienen un amplio espectro, y aunque para la mayoría de ellas se necesita la participación de especialistas en la materia, el cuidador primario de salud debe conocerlas. Estas están resumidas en el cuadro 21.4.

CUADRO 21.4. TRATAMIENTO DE LAS INCONTINENCIAS URINARIAS PERSISTENTES

Tipo	Tratamiento primario
Stress	Ejercicios para piso pélvico (Kegel). Adiestramiento del comportamiento. Cirugía.
Urgencia	Procedimientos de adiestramiento. Fijar horario para miccionar. Modificaciones que faciliten la llegada al baño. Relajantes vesicales: - Oxibutinina; inicie con 2.5 mg 1 hora antes de la actividad en la que la Incontinencia urinaria es más disruptiva (ej: al dormir, antes de salir a la calle) y aumente en caso necesario hasta 5 mg bid. - Tolterodina: provoca menos xerostomía que la anterior: se utiliza de la misma manera que el anterior, con dosis de 1-2 mg bid. - Terazocina
Rebosamiento	Quirúrgico. Uso de pañales o sonda de condón (externa).

En todo paciente en el cual se inicia tratamiento se debe vigilar la aparición de los siguientes efectos secundarios:

Oxibutinina:

- Retención aguda de orina.
- Constipación.
- Deterioro del estado cognoscitivo.
- Xerostomía.

Tolterodina: igual al anterior

Terazocina:

- Hipotensión.

PLAN DE TRABAJO Y SEGUIMIENTO:

El paciente debe ser visto dos semanas después del inicio cualquier intervención y se le deben dar indicaciones claras de acudir inmediatamente en caso de presentar datos de retención urinaria aguda.

Si el tratamiento es eficiente, los intervalos entre las consultas dependerán de las patologías que el paciente pudiera presentar. Si la incontinencia urinaria fuera la única patología, *el seguimiento debe ser cada 4 a 6 meses si hay respuesta adecuada al tratamiento.*

El paciente debe ser cuestionado sobre este aspecto en visitas subsecuentes por la enfermedad o enfermedades de base.

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

Algunas de las medidas preventivas a menudo incluyen la realización de ejercicios de Kegel, re-entrenamiento de la vejiga, bioretroalimentación y estimulación eléctrica, además de eliminación de irritantes uretrales y de la vejiga, tales como:

- Demasiado alcohol o café
- Cigarrillos (si hacen toser)
- Diuréticos
- Beta-bloqueadores
- Diversos medicamentos antiespasmódicos
- Antidepresivos

- Antihistamínicos
- Medicamentos para la tos/gripe
- Ventolin (albuterol) u otros agonistas beta

La mayoría de las personas incontinentes son capaces de manejar episodios menores de incontinencia gracias al uso de diversos productos para la incontinencia urinaria (prendas interiores absorbentes o con protección).

3.3.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUTIVIDAD

El paciente debe ser referido a urología o geriatría cuando las medidas implementadas para tratar la incontinencia urinaria aguda fracasan, o bien, si el paciente presenta incontinencia urinaria persistente que no mejora con las medidas iniciales.

La retención aguda de orina es una emergencia real que se puede manifestar como incontinencia urinaria, delirium o deterioro funcional, aún sin la presencia de dolor, por lo que debe ser tratada con sonda vesical y ser referido de inmediato.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- El diagnóstico depende casi en su totalidad de que el médico pregunte acerca de su existencia.
- Siempre es patológica y no un cambio normal de la edad.
- Las causas agudas y reversibles son las más frecuentes.
- Siempre descartar una *causa obstrucciona en el hombre* antes de iniciar tratamiento.
- La retención aguda de orina es una urgencia urológica.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

American Journal of Med Sci. 1997; 314(4), 214-272. Este número de la revista está dedicado completamente a la evaluación y el manejo de la incontinencia urinaria.

Beers, Mark H. y Robert Berkow (eds.) The Merck Manual of Geriatrics. Versión internet. www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/

El Instituto Merck de Envejecimiento y Salud: www.miahonline.org/tools/UI/
"Tool kit" sobre incontinencia urinaria dirigido a médicos de atención primaria.

Fundación Novartis para Estudios Gerontológicos: www.healthandage.com , en la sección Health Centers, encontrará una sección sobre incontinencia urinaria.

Kane, Robert L., J. Ouslander, I. B. Abrass, Geriatria Clínica. 3a. Edición. México: MacGraw-Hill Interamericana, publicación de PALTEX, Organización Panamericana de la Salud. 1997: 133-167

Scientific Committee of the First International Consultation on Incontinence. Assessment and treatment of urinary incontinence. Lancet. 2000; 355(9221):2153-2158. (www.thelancet.com)

U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. Managing acute and chronic urinary incontinence. Clinical practice guideline No. 2, 1996 update. AHCPR Pub. No. 96-0686, March 1996.

PARTE II:

Insomnio

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

23



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

1. Reconocer los cambios en el patrón de sueño y vigilia que ocurren al envejecer.
2. Reconocer los principales trastornos del sueño y su abordaje inicial.
3. Comprender el uso adecuado de los agentes farmacológicos en el tratamiento de los trastornos del sueño.
4. Determinar el momento oportuno para referir el caso al especialista.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El insomnio, es una *alteración en el patrón del sueño que puede involucrar problemas para conciliar el sueño y sueño excesivo o comportamientos anormales relacionados con el mismo.*

El sueño adecuado por las noches es una de las principales necesidades del adulto mayor para mantener una vida activa y saludable. Sin embargo, se ha encontrado que más de una tercera parte de las personas mayores de 60 años tienen algún tipo de problema al dormir e incluso una cuarta parte tiene serias dificultades.

Se dice que hasta una de cada tres personas mayores de 60 años reportan insomnio y que una de cada dos toma algún medicamento para dormir. La prevalencia es mayor en las mujeres que en los hombres mayores.

SUEÑO NORMAL

Durante el sueño normal, se presenta transición entre 2 tipos diferentes de sueño: En el sueño MOR (movimientos oculares rápidos), conocido en inglés como REM (“rapid eye movement”), se presentan movimientos rápidos de los ojos sin actividad muscular corporal. . En el sueño no-REM o no-MOR, es el cuerpo el que se mueve mientras los ojos permanecen inmóviles .

El sueño no-REM tiene cuatro fases (fases 1 y 2 de sueño ligero, y fases 3 y 4 de sueño profundo). Se cree que en las fases más profundas es cuando la persona se recupera del cansancio. Si se registra la actividad cerebral por EEG durante estas fases, se encuentran ondas cerebrales lentas y amplias llamadas “delta”, por tanto se conoce como *sueño de ondas delta* al período no-REM profundo.

El primer período del sueño no-REM inicia inmediatamente: la persona queda dormida usualmente a los 15 minutos de haberse acostado. Este es seguido por un período de sueño REM. Durante la noche ocurren al menos 4 de estos ciclos no-REM + REM a intervalos de 90 minutos aproximadamente. Durante la noche, los períodos REM son cada vez más prolongados. Las siestas con sueño delta durante el día reducen la cantidad de sueño delta de la noche.

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

El paciente usualmente se queja de dificultad para conciliar el sueño, despertares frecuentes durante la noche o somnolencia diurna. Hay numerosas definiciones de insomnio, una podría ser la adoptada por la Asociación Americana de Centros de Estudio y Tratamientos del Sueño, que lo define como *la latencia mayor a 30 minutos y/o dos o más despertares nocturnos y/o vigilia nocturna mayor a una hora y/o tiempo de sueño total menor a 6 horas.*

El insomnio puede clasificarse *de acuerdo al momento de presentación*:

- Insomnio inicial o de conciliación (aumento de la latencia del sueño).
- Insomnio de mantenimiento (despertares nocturnos con imposibilidad de volver a conciliar el sueño).
- Insomnio terminal o con despertar temprano (más temprano que la hora habitual con imposibilidad de volver a dormir).

El insomnio también se puede clasificar *de acuerdo a la duración*:

- Insomnio transitorio (dura algunos días).
- Insomnio de corta duración (dura menos de 3-4 semanas).
- Insomnio crónico (dura más de 4 semanas, o más de 20 días durante dos meses).

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- FACTORES DE RIESGO

CAMBIOS DEL SUEÑO POR LA EDAD

El proceso de envejecimiento puede influenciar el sueño. Las influencias directas son las relacionadas con el sistema nervioso y los mecanismos fisiológicos:

Numerosos estudios han demostrado cambios relacionados con la edad en la continuidad, duración y profundidad del sueño; *estos cambios ocurren en individuos sanos y no están relacionados con enfermedad*, sin embargo, existen diferencias individuales en la calidad del sueño.

El cambio principal es la disminución en la cantidad y duración del sueño de ondas delta, durante la noche y el aumento en la frecuencia y duración de los despertares nocturnos. Existe mayor frecuencia en cambios de un estadio del sueño a otro, lo que produce un sueño de menor calidad. El adulto mayor es más sensible a los cambios de horario. El sueño es estructuralmente más liviano; así por ejemplo, las personas mayores fácilmente se despiertan por ruido, a pesar de la reducción en la sensibilidad auditiva. También es frecuente que con la edad aumente la cantidad de siestas diurnas.

En resumen, al envejecer se dan usualmente los siguientes cambios:

- Tiempo total de sueño durante la noche: disminuye (debido a frecuente despertar).
- Siestas diurnas: aumentan.
- Eficiencia del sueño (relación tiempo dormido - tiempo en cama): disminuye.
- Despertares nocturnos: aumentan.

- Latencia del sueño (tiempo requerido para iniciar el sueño): aumenta.
- Latencia REM (tiempo desde el inicio del sueño hasta el primer período REM): disminuye.
- Disminución del número y duración total de períodos REM.
- Sueño de ondas delta: disminuye.
- Deterioro de los ritmos circadianos.

2.2.- PRINCIPALES CAUSAS

TRASTORNOS DEL SUEÑO EN EL ADULTO MAYOR

Existen múltiples causas por las cuales el patrón normal del sueño del adulto mayor puede verse alterado, sin embargo, *a nivel de la atención primaria, lo más importante estriba en determinar cuándo el paciente requiere valoración especializada.*

INSOMNIO

En el adulto mayor, el insomnio por lo general está asociado a *problemas médicos o psiquiátricos* (depresión, ansiedad), al uso de *sustancias estimulantes* o a la presencia de *estrés psicológico*; por lo tanto, generalmente es de causa ***multifactorial***.

Los *malos hábitos del sueño y los estilos de vida sedentarios* juegan un papel muy importante, sin embargo, es importante descartar la existencia de una *enfermedad médica de fondo* como la artrosis (el paciente no logra conciliar el sueño o se despierta por dolor articular y/o calambres), la insuficiencia cardiaca, la bronquitis crónica y/o enfisema pulmonar (el paciente se despierta por disnea nocturna o sufre de apnea del sueño). La diabetes descompensada también podría ser causa de insomnio en razón de la nicturia.

Ciertos *medicamentos* como la teofilina y el salbutamol tienen efectos estimulantes que interfieren con el inicio del sueño y disminuyen el sueño REM. Los diuréticos si se dan en la noche pueden provocar excesiva nicturia que impide un sueño adecuado. Además siempre ha de tenerse en cuenta el uso, abuso o abandono de fármacos usados como hipnóticos en la génesis del insomnio. *Otras sustancias* como el alcohol, la cafeína y las bebidas gaseosas también interfieren con el desarrollo normal del sueño..

En resumen, *algunas causas y factores que contribuyen* frecuentemente a que se presenten trastornos del sueño son los siguientes:

- Estilo de vida sedentario.
- Depresión entre las personas de edad avanzada.
- Dolor crónico debido a enfermedades como la artritis.
- Enfermedades crónicas tales como la insuficiencia cardiaca congestiva.

- Necesidad de orinar con frecuencia.
- Estimulantes como el café.
- Medicamentos y alcohol.
- Patologías neurológicas.

2.3.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

Además de un examen físico para descartar causas médicas, se debe hacer una historia detallada de los patrones de sueño e investigar en busca de causas médicas o psiquiátricas para el trastorno. (Diagrama 22.2).

Algunas de las preguntas que pueden hacerse como parte de la historia del problema:

Tipo:

- ¿Presentan dificultades para conciliar el sueño o para permanecer dormido (insomnio)?
- ¿Despierta sintiendo que no ha descansado?
- ¿Despierta muchas veces durante la noche?
- Patrón de tiempo:
 - ¿El problema es persistente?
 - ¿Durante cuánto tiempo?
 - ¿El problema parece resolverse una vez que se ha cambiado de turno en el trabajo?

Factores agravantes:

- ¿Comenzó después de abandonar el consumo de alcohol al momento de acostarse?
- ¿Comenzó después de abandonar el consumo de una ayuda para dormir?
- ¿Qué medicamentos está tomando en el momento?
- ¿Consume algún suplemento herbal o remedios de medicina alternativa?
- ¿Bebe mucho café? ¿Ha suspendido recientemente el consumo de café?
- ¿Experimenta exceso de estrés o de ansiedad ?

Horario para dormir:

- ¿Cuánto tiempo duerme normalmente?, ¿A qué horas?
- ¿Qué actividades realiza unas horas antes de acostarse?
- ¿El horario de acostarse se cambia frecuentemente?

Factores asociados:

- ¿El trastorno se presenta como respuesta a recuerdos de un evento traumático?
- ¿Se presenta cuando ingiere algún tipo de sustancia (estimulante)?

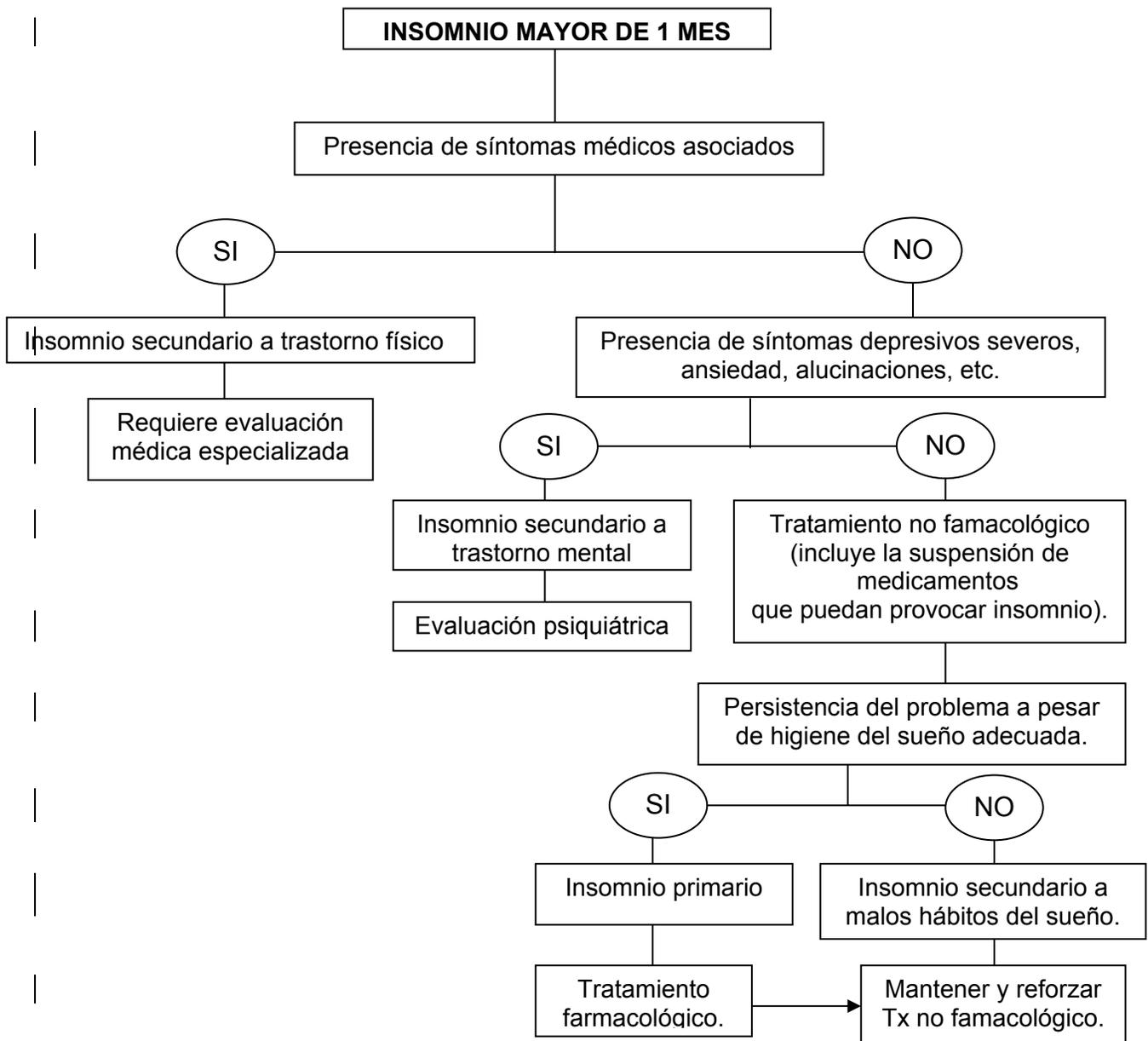
- ¿ Se presenta cuando toma un medicamento hipnótico?
- ¿Crée que el cuarto donde duerme está asociado con el insomnio?
- ¿Hay demasiada preocupación por el sueño?
- ¿Presenta períodos cortos de ausencia de respiración o ronquidos?
- ¿Qué otros síntomas presenta?

Es útil decirle al paciente que lleve un “DIARIO DE SUEÑO” (cuadro 22.1), durante 2 semanas, donde anote lo relacionado con su forma de dormir:

CUADRO 22.1. DIARIO DE SUEÑO

Diario de sueño	Lunes	Martes	Miércoles
Hora a la que se acuesta y a la hora que se levanta en la mañana.			
Tiempo y frecuencia con que se despierta por las noches.			
Tiempo y frecuencia con que toma siestas.			
Tiempo que pasa despierto durante el día.			
Uso de alcohol, tabaco, cafeína, y medicamentos.			
Presencia de somnolencia durante el día.			
Presencia de ronquidos, pausas respiratorias o movimientos físicos inusuales durante el sueño (información brindada por acompañante).			
Presencia de factores precipitantes como dolor y/o estrés emocional.			

DIAGRAMA 22.2.



La historia clínica geriátrica, incluyendo la *evaluación del estado mental*, debe ser documentada, ya que muchos desórdenes del sueño pueden tener un *componente psiquiátrico*. Se deben investigar los antecedentes personales y familiares de ansiedad, depresión, cambios en la personalidad y otros. La depresión severa se asocia con somnolencia diurna, así como con *insomnio terminal*, es decir, usualmente durante la madrugada el paciente se despierta y no puede volver a conciliar el sueño. La ansiedad más bien provoca *insomnio inicial*, el paciente no logra dormirse inmediatamente cuando se acuesta. Estos síntomas, si son severos, requieren valoración psiquiátrica.

Ciertos síntomas médicos pueden interferir tanto con el sueño y con su presencia que ameriten referencia para una valoración más especializada. Estos son:

- Disnea nocturna
- Dolor torácico
- Palpitaciones
- Tos y sibilancias nocturnas
- Dolor articular severo
- Nicturia importante
- Alteración del juicio y la memoria

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

El objetivo del tratamiento es reforzar la asociación del tiempo pasado en cama con el hecho de dormir y eliminar la relación con otras actividades (distintas de las relaciones sexuales). Para esto existen ciertas recomendaciones:

- Tener un horario fijo para acostarse y levantarse, aún durante los días feriados y fines de semana.
- El cuarto para dormir debe estar a una temperatura confortable. Lo más libre de ruido posible.
- Es importante que no se asocie la cama con frustración de tratar de dormir. Esto quiere decir que el paciente no use la cama para actividades como leer o ver televisión. Si el paciente se acuesta y no logra dormirse en 30 minutos, debe levantarse y realizar alguna actividad hasta que se encuentre cansado y pueda dormir.
- Se debe disminuir la ingesta de líquidos alrededor de la hora de dormir, para evitar la nicturia excesiva.
- El ejercicio, si no se realiza cerca de la hora de dormir, promueve el sueño adecuado.
- Debe evitarse la cafeína y el tabaco cerca de las horas de sueño.
- Evitar siestas diurnas excesivas.
- Limitar la estancia en la cama a 7-8 horas cada 24 horas.
- Disfrutar durante el día de ambientes iluminados con bastante luz.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Cuando las medidas anteriores no surten efecto o el paciente por su estado mental no es capaz de realizarlas, es necesario recurrir al tratamiento farmacológico. El uso de estas sustancias no debe ser por tiempo prolongado y, para evitar la tolerancia, es útil dejar días libres en que no se administre el medicamento.

Debe evitarse el uso de benzodiazepinas en general, más aún aquellas con acción prolongada (diazepam), ya que pueden causar sedación excesiva, caídas y aumento en la incidencia de fractura de cadera. Algunos antihistamínicos como la difenhidramina (benadryl) pueden ser de utilidad en los adultos mayores más jóvenes; sin embargo, pueden causar confusión en el adulto mayor de edad más avanzada por su efecto anticolinérgico. Una vez agotadas las medidas no farmacológicas, si necesitamos usar un fármaco, se preferirán aquellos que respeten más la estructura fisiológica del sueño, como los del grupo de las imidazopirrolidinas (Elj. Zolpidem, zopiclona) a la menor dosis posible, durante el menor tiempo posible.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- Los despertares nocturnos son más frecuentes y prolongados en las personas de edad.
- No debe pasarse por alto la presencia de una depresión como causa principal del problema.
- El empleo juicioso de inductores del sueño no debe ser ni banalizado ni temido, aunque nunca debe ser el hilo conductor de la terapia del insomnio.
- El insomnio es un síntoma con múltiples causas y requiere diferentes tratamientos.
- La evaluación de los trastornos del sueño comienza con una cuidadosa valoración clínica.
- El objetivo del tratamiento de los trastornos del sueño es reducir la morbimortalidad y mejorar la calidad de vida.
- La apnea obstructiva, es una causa potencialmente severa y tratable de somnolencia diurna.
- Existen herramientas diagnósticas avanzadas (polisomnografía), que deben ser indicadas en los casos apropiados.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

Ancoli-Israel S. Insomnia in the elderly: a review for the primary care practitioner. *Sleep*. 2000; 23 (suppl 1): S23-S30; discussion S36-S38.

Gorbien MJ. When your older patient can't sleep: how to put insomnia to rest. *Geriatrics* 1993; 48(9):65-75.

NIH Consensus Development Conference. The treatment of sleep disorders of older people. Vol. 8, No. 3, March 1990.

Roth T, Roehrs TA, eds. Sleep disorders. *Clin Geriatric Med* 1989; 5(2):Entire Issue.

Gottlieb GL. Sleep disorders and their management: special considerations in the elderly. *Am J Med* 1990; 88(Suppl. 3A):29S-33S.

Fundación Novartis para Estudios Gerontológicos: www.healthandage.com , en la sección Health Centers, encontrará una sección sobre insomnio. (Sleep Disorders)

Clínica Mayo página web: www.mayo.edu/geriatrics-rst/GeriArtcls.html/

PARTE II:

Pérdida de Peso

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

24



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

1. Aplicar un protocolo de evaluación para el diagnóstico.
2. Reconocer cuando la pérdida de peso es clínicamente significativa.
3. Identificar las causas más frecuentes de baja ponderal en el adulto mayor.
4. Definir la conducta a seguir según la situación nutricional identificada.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La pérdida de peso, en sí misma no causa problemas de salud, pero hace que las personas mayores sean más vulnerables a la desnutrición y por lo tanto, a enfermar. La **pérdida significativa de peso relativa al tiempo** se define como¹:

- Pérdida de 5 libras (aproximadamente 2 kg) en 1 mes.
- 5% de pérdida de peso en 1 mes.
- 7.5% de pérdida de peso en 3 meses.
- 10% de pérdida de peso en 6 meses.

Por el envejecimiento, el cuerpo puede perder peso a causa de numerosos factores:

- Menor contenido de agua en el organismo.
- Reducción de la masa ósea.
- Pérdida de masa muscular.
- Adelgazamiento del tejido conectivo.

El problema es importante porque:

- Es frecuente.
- Suele ser multifactorial.
- Participan factores psicosociales.
- Tiene efectos deletéreos inespecíficos.
- Tiene gran repercusión funcional.
- Suele haber grandes dificultades para la recuperación ponderal.

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

Usualmente, el paciente no se queja de pérdida de peso. Es necesario deliberadamente interrogar al respecto y tratar de precisar variaciones ponderales recientes con base a cambios en la talla, la vestimenta o el aspecto físico, estableciendo comparaciones con pesos previamente registrados (ver módulo 5) siempre que sea posible.

¹Barrocas A, Belcher D, Champagne C, Jastram C. Nutrition assessment practical approaches. Clin Geriatr Med 1995 Nov; 11(4): 675-713

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- PRINCIPALES CAUSAS

Causas más probables (las D's):

D

Dolencias (enfermedad)
Depresión
Demencia
Diarrea
Disfagia
Disgeusia (mal sabor persistente)
Dentición
Drogas
Discapacidad

El individuo sin ingresos o con bajos ingresos, con deterioro funcional o que vive socialmente aislado es especialmente vulnerable a la pérdida de peso.

2.2.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

Al interrogar al paciente precise si:

- **¿SE TRATA VERDADERAMENTE DE UNA PÉRDIDA DE PESO?**
Verifique los criterios arriba mencionados.
- **¿CUÁL ES EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN?**
- **¿EN QUÉ CONTEXTO PSICOSOCIAL SE DA LA PÉRDIDA DE PESO? ¿HA HABIDO CAMBIOS RECIENTES EN EL MISMO?**
- **PIENSE SIEMPRE EN CUATRO CAUSAS FRECUENTES EN ADULTOS MAYORES:**
 - Pobreza.
 - Dependencia (funcional, social).
 - Depresión.
 - Iatrogenia.
- **¿ESTÁ LIGADA A ALGUNA PATOLOGÍA SOMÁTICA O PSIQUIÁTRICA EVIDENTE?**
La anamnesis suele ser útil para precisarlo.

- **¿ES LA PÉRDIDA DE PESO UN FENÓMENO AISLADO?**

Descarte rápidamente una causa orgánica curable, particularmente entre las que se citan a continuación:

CUADRO 23.1. NUEVE CAUSAS DE PÉRDIDA DE PESO QUE SIEMPRE DEBEN INVESTIGARSE

Diabetes descompensada	Glucemia en ayuno.
Hipertiroidismo	Pruebas de función tiroidea: TSH, T3 y T4.
Esofagitis o úlcera duodenal	Endoscopia o, en su defecto, serie esófago-gastro-duodenal.
Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar	Radiografía simple del tórax, búsqueda de BAAR en secreciones corporales.
Absceso profundo	Búsqueda de indicadores de un síndrome inflamatorio: VSG (o velocidad de eritrosedimentación), proteína C-reactiva, biometría hemática.
Malabsorción	Examen coprológico.
Colagenosis	Búsqueda de un síndrome inflamatorio: VSG, proteína C-reactiva.
Baja ingesta	Vigilancia y cuantificación de la ingesta.
Cáncer	Su investigación puede requerir referencia al siguiente nivel de atención.

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

- Indudablemente, el mejor abordaje es el tratamiento específico de la causa primaria, siempre que ésta se haya identificado, por lo cual todos los esfuerzos se orientarán de primera intención a este fin.
- Conviene hacer una cuidadosa evaluación de los fármacos en busca de polifarmacia y/o efectos secundarios de fármacos con influencia sobre el apetito (digoxina, fluoxetina).
- Es necesario revisar las restricciones vigentes sobre la dieta y adaptarla a los gustos y preferencias del individuo. Para ello, debe derivarse a profesionales especialistas en nutrición. Cabe considerar la indicación para el empleo de

suplementos de fácil ingestión y elevada concentración calórica y proteica. Hay una gran variedad de suplementos comerciales a disposición del médico, pero generalmente de costo elevado y poco accesible para el adulto mayor. Puede considerarse la preparación de un suplemento casero de bajo costo.

- De resultar insuficiente el apoyo con las medidas anteriores para la recuperación ponderal y en presencia de desnutrición, se impone la necesidad de iniciar un apoyo nutricional en un nivel asistencial superior.

PLAN DE SEGUIMIENTO:

- En las primeras etapas y en tanto el diagnóstico se establece, es imperativo *establecer un seguimiento al menos semanal.*
- Desde la identificación del problema, es necesario *elaborar una curva ponderal con registro del peso, al menos semanal.*
- Monitoreo del apoyo nutricional para *cuantificar la ingesta y valorar la necesidad de indicar alimentación enteral.*

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

- Es necesario considerar simultáneamente el apoyo psicológico, con independencia de la causa de la baja ponderal para facilitar la recuperación.
- Se impone la necesidad de orientar al cuidador primario y al propio enfermo acerca del monitoreo del peso, el valor nutritivo de los distintos grupos de alimentos a su alcance y las estrategias para aumentar la ingesta (modificar textura de la alimentación, agregar colaciones, modificar horarios, etc.).
- Es útil la participación en grupos que favorezcan la socialización y provean apoyo alimentario, particularmente en los casos donde predomina la pobreza, la dependencia y la depresión.
- Debe prestarse atención a la recuperación funcional. La actividad física, es crucial para la recuperación ponderal, siempre que no implique un gasto calórico excesivo.
- Rutinariamente, ha de evaluarse el estado dental del sujeto y su posible contribución al problema, estableciendo las medidas correctivas necesarias.

3.3.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE ATENCIÓN

- La *ausencia de una causa aparente* para la baja ponderal o la *falla del tratamiento frente a una causa aparente identificada*, justifican la referencia.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- La depresión es una causa frecuente.
- No olvidar dos diagnósticos importantes: diabetes descompensada e hipertiroidismo.
- Un antecedente de cáncer no excluye la búsqueda de una causa asociada remediable.
- Considere los factores psicosociales.
- La pérdida de peso en adultos mayores no es necesariamente debida a desnutrición.
- La pérdida de peso suele ser recuperable.
- Para la intervención específica en el área nutricional es necesaria la presencia de un Nutriólogo.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

Barrocas A, Belcher D, Champagne C, Jastram C. "Nutrition assessment practical approaches" in Clinics in Geriatric Medicine, 1995 Nov; 11(4):675-713

Beers, Mark H. y Robert Berkow (eds.) The Merck Manual of Geriatrics. Versión internet. www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/

Brooke, Grace Huffman. Evaluating and Treating Unintentional Weight Loss in the Elderly. American Family Physician Journal 2002, 65:4. (Se puede encontrar en el internet www.aafp.org/afp)

Evanz WJ, Campbell WW. Sarcopenia and age related changes in body composition and functional capacity. J Nutr 1993, 5:465-468.

Fundación Novartis para Estudios Gerontológicos: www.healthandage.com , en la sección Health Centers, encontrará una sección sobre nutrición.

Goldberg, J.P. and Hellwig, J. Geriatric Nutrition: The Health Professional's Handbook; in Aging and the Cardiovascular System, edited by R. Chernoff. 2nd ed. May 1999.

Morley JE Why do physicians fail to recognize and treat malnutrition in older persons? J Am Ger Soc 1991, 39:1139-40.

Payette, H et al. Prediction of dietary intake in a functionally dependent elderly population in the community. American Journal of Public Health, 1995, 85:65: 677-683.

Wallace JI Involuntary weight loss in older outpatients: incidence, and clinical significance. J Am Ger Soc 1995, 43:329-333.

PARTE II:

Presentación Atípica de Infecciones

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

25



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

1. Reconocer las manifestaciones atípicas de la infección en el adulto mayor.
2. Identificar las patologías infecciosas que con más frecuencia se presentan de manera atípica en las personas de edad.
3. Aplicar el abordaje diagnóstico y terapéutico de las mismas.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Las infecciones tienen un gran impacto en el adulto mayor. Son causa importante de muerte y discapacidad, además de ser una de las causas más frecuentes de hospitalización en este grupo de población. Su incidencia y letalidad son mayores que en las poblaciones más jóvenes. Muchas de estas enfermedades son prevenibles o curables, por tanto es importante un diagnóstico temprano y tratamiento adecuado.

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

Una infección en el adulto mayor puede presentarse dentro de un amplio rango de manifestaciones clínicas, de forma típica o con hallazgos sutiles. Por tanto una infección debe ser sospechada y buscada en cualquier adulto mayor con un declinar agudo o subagudo de su estado funcional.

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- FACTORES DE RIESGO

- TARDANZA O FALTA DE SOLICITUD DE EVALUACIÓN MÉDICA OPORTUNA, debido a que se atribuye la sintomatología a molestias propias de la edad. Esto se ve agravado por dificultades en la comunicación (pacientes con trastornos cognitivos previos o delirium, el cual es frecuente en el curso de las infecciones, aún sin afección directa del SNC).
- PRESENCIA DE PATÓGENOS DIFERENTES a los implicados en pacientes más jóvenes, con mayor potencial de patogenicidad y virulencia.
- ENFERMEDADES CRÓNICAS ya existentes que ocultan una infección aguda., por ejemplo, el paciente portador de artritis reumatoide que presenta una artritis séptica superimpuesta, las infecciones urinarias en pacientes ya con incontinencia urinaria; o la impactación fecal que puede asociarse con traslocación bacteriana.
- ALTERACIONES EN LA RESPUESTA FISIOLÓGICA relacionadas a la edad como disminución de la respuesta inmune, respuesta febril disminuida o tardía y cambios en órganos específicos (ej: cambios en la expansión y elasticidad pulmonar, los cuales empeoran con el hábito de fumar, contribuyendo además a la disminución del reflejo de la tos y las defensas mecánicas del huésped).
- MEDICAMENTOS. Efectos directos de medicamentos sobre los mecanismos de defensa del huésped, como por ejemplo los antiácidos (disminución del pH), corticosteroides (mayor riesgo de úlceras por estrés), hipnóticos o sedantes, (mayor riesgo de broncoaspiración). Además, todas las interacciones farmacológicas posibles, que aumentan en forma directa con el mayor número de medicamentos consumidos.

EJEMPLOS DE INFECCIONES CON PRESENTACION ATIPICA FRECUENTES EN LAS PERSONAS MAYORES

TUBERCULOSIS PULMONAR:

La región de las Américas, notificó 251,613 casos de todas las formas de tuberculosis (TB) y de ellos, el 11.8% correspondió a pacientes mayores de 65 años. De acuerdo con el informe anual de tuberculosis (1999) del CDC de Estados Unidos de América, el 23% de la morbilidad por TB correspondió a los mayores de 65 años. La vigilancia epidemiológica de este país indica que entre los mayores de 65 años, el 84% de los casos presentan la forma pulmonar: o sea, más de la mitad son frotis positivos (BK+) y tienen la capacidad de transmitir la enfermedad. Por tanto, la TB entre los adultos mayores se mantiene como un apreciable problema de salud, tanto en países de baja como de alta prevalencia.

La manifestación clínica de la TB en los pacientes mayores de 65 años a menudo no es característica. Aunque en los adultos mayores aún se observa el patrón clínico de tos crónica con expectoración, malestar general, pérdida de peso, fiebre inexplicable y lesiones cavitarias en los lóbulos superiores de los pulmones; también se ha manifestado un incremento de la forma miliar y de la forma meníngea, cuyo inicio es insidioso y a menudo con rayos X de tórax normal. Al observar independientemente los resultados de rayos X, los especialistas podrían llegar a conclusiones erróneas, debido a que las lesiones pueden ubicarse en los lóbulos medios e inferiores y no en los superiores como es habitual. También la hemoptísis es menos común. Es frecuente que la prueba de tuberculina (PPD) sea falsa negativa (30%), aún en los casos de TB activa, ya que estos pacientes presentan una falta de respuesta a la prueba conocida como *anergia*. La TB extrapulmonar puede ser diagnosticada en mayor proporción que en los grupos de edad más jóvenes.

Los paciente adultos mayores sufren de *mayores reacciones adversas a los medicamentos anti TB* en comparación con la población de menor edad, por lo que los médicos se ven obligados a hacer cambios en el esquema de tratamiento. Además, la presencia de *enfermedades concomitantes* (diabetes, insuficiencia renal, afectaciones hepáticas), obligan a administrar regímenes de tratamiento que generalmente no tienen una alta eficacia.

En comparación con los grupos de edad menores de 65 años, los adultos mayores presentan *mayor tasa de mortalidad* por razones de una mayor resistencia y aparición de complicaciones, a pesar de que el tratamiento específico haya sido iniciado a tiempo y aunque los medicamentos sean los establecidos por las normas.

Por ello, hay que pensar en esta posibilidad diagnóstica sistemáticamente. Por otra parte, hay que saber que puede ser necesario iniciar un tratamiento de prueba, en ausencia de demostración bacteriológica, si el nivel de sospecha clínica es elevado.

HERPES ZOSTER:

Del total de afectados, aproximadamente 2/3 partes son mayores de 50 años.

En la mayoría de los casos se presenta en forma clásica, pero en adultos mayores debilitados se puede encontrar:

- Cefalea frontal migrañosa (afección del trigémino).
- Disminución de la agudeza visual (afección rama oftálmica).
- Déficit motor unilateral.
- Meningoencefalitis.
- Retención aguda de orina.
- Dolor torácico intenso, que imita un infarto agudo al miocardio, un tromboembolismo pulmonar o una neumonía.

NEUMONÍA

La infección respiratoria constituye una urgencia geriátrica. La prescripción de antibióticoterapia empírica debe ser sistemática, sin que por ello deje de obtenerse una muestra de expectoración para cultivo y tinción de gram. La muestra se tomará siempre que sea posible y a condición de no retrasar por ello el inicio del tratamiento.

El cuadro clínico con frecuencia es típico. Sin embargo, puede presentarse de manera atenuada o incompleta:

- Sin fiebre, lo que no descarta la infección.
- Síntomas se limitados a una tos húmeda sin expectoración.
- Respiración superficial y frecuente concomitancia de deshidratación: hacen inaudibles los estertores crepitantes (que cuando son bilaterales en un individuo encamado no son necesariamente patológicos).
- Deterioro funcional inexplicado (sin síntomas acompañantes).

Es necesario identificar los *signos sugestivos de un evento grave*:

- Polipnea intensa con respiración abdominal paradójica, cianosis.
- Estado de choque o insuficiencia respiratoria aguda.
- Estado confusional agudo asociado.
- Trastornos del ritmo cardiaco y/o descompensación cardiaca mayor.

El tratamiento a domicilio puede ser posible (cuando el enfermo rechaza la hospitalización) siempre que no haya signos de gravedad, que no se requieran exámenes complementarios y que el tratamiento pueda administrarse por vía oral.

El tratamiento antibiótico se guía por tres grandes principios:

- Es urgente.
- Es empírico, fundamentado en datos epidemiológicos (neumococo en 50-70% de los casos que ocurren en el hogar) según el sitio de ocurrencia (hogar,

hospital o institución). El cuadro clínico y radiológico puede ser también orientador.

- Las penicilinas o una cefalosporina de segunda generación, son sustituidas por un macrólido en caso de alergia o sospecha de un cuadro atípico. Una más amplia cobertura puede obtenerse con la combinación amoxicilina-clavulonato.

Otras medidas de tratamiento:

- Tratar o prevenir la deshidratación.
- Vigilar la co-morbilidad que pueda descompensarse (cardiaca, en particular, y diabetes).
- Inhaloterapia.
- No emplear de manera sistemática antitusivos.

PROSTATITIS:

- Drenaje de material purulento por uretra, periné o colon.
- Retención aguda de orina.
- En formas crónicas puede presentarse asintomática, con alteraciones al examen general de orina como piuria y hematuria.

ABSCESO DIVERTICULAR:

- Fístula vesical, vaginal, perineal o abdominal.
- Neumaturia o fecaluria.
- Obstrucción intestinal parcial o completa.
- Íleo paralítico, estreñimiento, estreñimiento-diarrea.
- Sangrado digestivo bajo, en especial microscópico.
- Fiebre ausente.
- Hallazgos exploratorios abdominales de menor intensidad.

ENDOCARDITIS BACTERIANA:

Puede significar un reto clínico importante a cualquier edad, aunque los hallazgos en los adultos mayores son más sutiles y la presentación de complicaciones más frecuente.

- Embolia: grandes arterias como la femoral, manifestaciones neurológicas, abscesos cerebrales o meningitis purulenta.
- Insuficiencia cardiaca congestiva en forma aguda o crónica por destrucción valvular, miocarditis, embolia arterial (infarto agudo del miocardio) o abscesos miocárdicos.
- Nefropatía.
- Aneurismas micóticos.

Además se deben recordar y mantener presentes condiciones e indicaciones de quimioprofilaxis:

- Presencia de válvulas protésicas mecánicas y bioprótesis, la mayoría de las malformaciones cardíacas congénitas, fístulas pulmonares y quirúrgicas, disfunciones valvulares reumáticas y las otras adquiridas (aorta calcificada), miocardiopatía hipertrófica, historia previa de endocarditis infecciosa, prolapso de válvula mitral con insuficiencia.
- Procedimientos asociados con bacteremia significativa: intervenciones dentales que puedan producir sangrado, amigdalectomía y adenoidectomía, cirugía y biopsias sobre mucosa respiratoria, broncoscopía, incisión y drenaje de tejido infectado, procedimientos genitourinarios o gastrointestinales en los cuales haya infección o se practiquen biopsias.

INFECCIONES DENTALES:

La sintomatología es similar a grupos de menor edad, aunque se presenta retraso en su notificación, debido a disminución en la sensibilidad y disminución del dolor espontáneo.

3.4.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUCIÓN O ATENCIÓN

En términos generales, todos los padecimientos arriba mencionados, necesitan ser referidos al nivel asistencial superior inmediato. La sospecha diagnóstica es motivo suficiente para la referencia que permita confirmar el diagnóstico.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- Los procesos infecciosos pueden cursar sin fiebre en las personas mayores.
- El deterioro funcional agudo y subagudo obliga a investigar un proceso infeccioso subyacente.
- El adulto mayor frágil y el adulto mayor institucionalizado son particularmente vulnerables a la presentación atípica de infecciones.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

Beers, Mark H. y Robert Berkow. The Merck Manual of Geriatrics. Edición 2000 disponible en el internet : www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/

Boscia JA, Kaye D. Asymptomatic bacteriuria in the elderly. Inf Dis Clinics North Am 1987; 1: 893-905.

Gleckman R. Urinary tract infection in geriatric patients: a focused review. Geriat Nephrol Urol 1993;3:155-160.

Knockaert DC, Vanneste LJ, Bobbaers HJ. Fever of unknown origin in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1993;41:1187-1192.

McCue JD. Antimicrobial therapy. Clinics in Geriatric Medicine 1992; 8: 925-945.

Yoshikawa TT. Tuberculosis in aging adults. J Am Geriatrics Soc 1992; 40: 178-87.

Yoshikawa TT, ed. Infectious diseases (symposium). Clin Geriatric Med 1992; 8(4): 701-967.

PARTE II:

Retención Urinaria

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

26



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

1. Identificar las manifestaciones clínicas.
2. Determinar el manejo y tratamiento de la retención urinaria.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La retención aguda de orina, se define como “*la imposibilidad repentina y frecuentemente imprevista, de realizar el vaciamiento vesical*”. Constituye una de las llamadas “urgencias urológicas” con una gran incidencia en los adultos mayores y cuando no se trata adecuadamente, puede conducir hacia la falla renal irreversible.

Si bien se puede presentar como episodios aislados, tiene un impacto profundo sobre la salud pública si tomamos en cuenta que una cifra no despreciable de los motivos de consulta en los servicios de urgencia entre los pacientes geriátricos es la retención urinaria, sin contar con los costos económicos que implica.

La retención urinaria está íntimamente ligada a la *hiperplasia prostática benigna (HPB)*, pues éste es el factor condicionante más importante, aunque no la única etiología. Si bien las *causas obstructivas* son las más frecuentes, es importante tener en cuenta otras posibilidades como los *fármacos*.

EPIDEMIOLOGÍA

A partir de los 30 años de edad, la próstata crece a una velocidad de 0.4 gramos/año. Desde la cuarta década aumenta la incidencia de HPB. Mediante estudios anatomopatológicos, se ha determinado que el 50% de los casos entre edades de 51 y 60 años presentan indicios de HPB, aumentando a un 90% a los 90 años.

La retención urinaria es una complicación común de la HPB. Es la traducción de la progresión de los síntomas urinarios. Su incidencia varía según la metodología de los estudios (4-15% a cinco años, en presencia de síntomas obstructivos).

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

En la mayoría de los casos, es un evento culminante de los síntomas progresivos de la obstrucción del tracto inferior ocasionado por el *crecimiento prostático*. Sin embargo, éste puede ocurrir en ausencia de antecedentes y en forma aguda tal como sucede en los casos de *prostatitis e infarto prostático*.

La retención puede también presentarse en situaciones como la *impactación de un fecaloma, infección urinaria* y eventualmente, *cualquier situación de dolor*, como es el caso del dolor posoperatorio en pacientes con antecedentes de uropatía obstructiva.

En los pacientes adultos mayores, otro factor importante son los *fármacos* que toman; sobre todo los que tienen acción anticolinérgica, analgésicos narcóticos, antagonistas de los canales de calcio, antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos, hipnóticos y relajantes musculares.

Debemos tener presente además, la posibilidad de una *patología neurológica*, que se clasifica de la siguiente manera:

- Síndromes de compresión medular: aplastamientos vertebrales, hernias discales, metástasis tumorales.
- Neuropatías autonómicas: diabetes, parkinson, etilismo crónico, estados carenciales.
- Neuropatías periféricas con afección del centro sacro de la micción: déficit de vitamina B₁₂, virus del herpes.

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La retención urinaria, se manifiesta por la *imposibilidad de orinar en varias horas*. Esto es independiente del estado cognitivo del paciente. Se acompaña frecuentemente de *hipogastralgia, agitación, ansiedad y una necesidad imperiosa de orinar*.

Al examen físico, puede hacerse evidente el *globo vesical* en mayor o menor grado, con *sensibilidad a la palpación hipogástrica*. Se debe tener cuidado al realizar el *tacto rectal*, pues puede confundirse el volumen prostático con la vejiga llena. No se necesitan otros métodos, ***basta la clínica para el diagnóstico***.

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

Las intervenciones específicas y definitivas están asociadas a las causas que determinan la retención urinaria. Para su solución debe ser consultado el especialista.

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

La retención urinaria es una urgencia urológica. El objetivo primordial es evacuar el contenido vesical en forma rápida y segura.

PARA LA EVACUACIÓN VESICAL SE DISPONE DE:

- **SONDEO VESICAL:**

Se usa un *catéter french 16-18* a través de la uretra, en forma *temporal (sonda de Nélaton) o permanente (sonda de Folley)*. En casos de compresión intensa de la uretra posterior por la HPB, se puede utilizar una *sonda semirígida*. La sonda a permanencia idealmente se utiliza a corto plazo mientras se estudia al paciente y se procede al tratamiento definitivo. No se debe usar por períodos prolongados, debido a los riesgos de infección urinaria y estenosis uretral. *Se recomienda no tratar de obtener el vaciamiento inmediato y total de la vejiga por el riesgo de hematuria ex*

vacuo. Esto se puede evitar pinzando la sonda cada 10 minutos o con cada 100-150 mL expulsados.

- **CISTOSTOMÍA SUPRAPÚBICA:**

Si no es posible el procedimiento anterior, se puede recurrir a la punción vesical (suprapúbica), primero asegurándose la existencia de al menos 200 ml. de orina en la vejiga. El sitio de punción debe realizarse dentro del espacio que deja dos traveses de dedos por encima del pubis para asegurar que caiga dentro de la zona desperitonizada de la vejiga.

3.3.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUCIÓN O ATENCIÓN

Para el estudio etiológico y el tratamiento específico, debe ser remitido a la consulta especializada.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- *La retención aguda de orina constituye una urgencia urológica* y cuando no se trata adecuadamente, puede conducir hacia la falla renal irreversible.
- Aunque las causas obstructivas son las más frecuentes, es importante tener en cuenta otras posibilidades como los fármacos.
- El objetivo primordial de la intervención a nivel primario de esta urgencia es evacuar el contenido vesical en forma rápida y segura. El diagnóstico y tratamiento específico requiere intervención especializada.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

Baldassare JS Kaye D: Special problems of urinary tract infection in the elderly. Med Clin North Am. 1991, 75: 375-390.

Beers, Mark H. y Robert Berkow. The Merck Manual of Geriatrics. Edición 2000 disponible en internet : www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/.

Fundación Novartis para Estudios Gerontológicos: www.healthandage.com, en la sección Health Centers, encontrará una sección sobre Retención Urinaria (Urinary Problems).

Groshanss C, Passadori Y Peter B. Urinary retention in the elderly: a study of 100 hospitalized patients. J Am Ger Soc. 1993, 41: 633-638.

Payne CK, Babiarz JW, Raz S. Genitourinary problems in the elderly patient. Surg Clin North Am. 1994, 74: 401-429.

PARTE II:

Salud Oral

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

27



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

1. Identificar la vulnerabilidad de los adultos mayores a caries dentales y enfermedad periodontal.
2. Reconocer las razones por las cuales los usuarios de prótesis dentales requieren seguimiento.
3. Identificar los factores que obstaculizan la atención dental de los adultos mayores.
4. Relacionar los beneficios de una buena salud dental con la salud global.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El sistema estomatognático, es definido como *el grupo de órganos que ayudan a la masticación, deglución, fonación*; está integrado por músculos, lengua, órganos dentarios, huesos y articulaciones, además de mucosa y piel de cabeza y cuello.

La salud oral del paciente adulto mayor, es un indicador de los cuidados odontológicos recibidos durante toda su vida. Al respecto, es claro que en estos momentos, la salud oral de los mayores suele ser bastante precaria. Hasta la fecha, ésto se debe fundamentalmente a la *falta de programas preventivos y educativos*. Esto se refleja en que el estado que más prevalece actualmente sea la *anodoncia total*.

Los órganos dentarios tienen además un *componente estético con respecto a la cara* y éste depende hasta en un 90% de los caninos. De esta manera, la pérdida dental, origina la facies característica del adulto mayor.

La boca participa también en una de las etapas del desarrollo de la personalidad. La *etapa oral* del desarrollo se da en todos los seres humanos y cuando se inicia la discapacidad oral por la pérdida de los dientes, el paciente se ve afectado también en su *autoestima*. La pérdida de los dientes anteriores, disminuye la *autoconfianza* por el solo hecho de no poder sonreír.

El estudio del envejecimiento orofacial, estuvo limitado al problema de la pérdida dental hasta los años 70. Desde entonces, conforme se conservan más dientes, la gama de problemas asociados al envejecimiento, es más variada: caries, enfermedad periodontal, xerostomía, ardor en la boca, halitosis, micosis, trastornos gustativos, resorción ósea de los maxilares, patologías asociadas a prótesis removibles, disfagia, tumores comunes en adultos mayores, etc.

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

CARIES DENTAL:

La caries dental, es la primera causa de pérdida dental y la caries radicular la que más afecta a los pacientes adultos mayores. Se define como *la pérdida de estructura dental asociada a la presencia de productos ácidos y de placa dentomicrobiana (película de microbios adheridos al diente)* que frente a la presencia de carbohidratos, genera cambios en el pH oral, produciendo una desmineralización de los dientes, *que es caracterizada por dolor (no muy común en las personas adultas mayores)*. En la exploración clínica se observa la *pigmentación de los tejidos, desde una ligera translucidez, hasta el café oscuro y negro con pérdida de la estructura*, dependiendo del grado de afectación.

ENFERMEDAD PERIODONTAL:

El término “enfermedad periodontal”, es un término genérico utilizado para describir un grupo de afecciones de las encías y de las estructuras de soporte del diente (*periodonto*): raíz dentaria, ligamento y tejido óseo alveolar. Su sintomatología más común es, *sangrado gingival y movilidad dentaria*. Es considerada la segunda causa de pérdida dental, si bien, la periodontitis aguda no es tan común en los adultos mayores como la crónica. Sin embargo, tiende a agudizarse por las diversas enfermedades sistémicas presentes en este grupo de edad y *causa una destrucción inflamatoria de las estructuras que circundan la raíz* por el acúmulo de placa dentomicrobiana.

Recientemente, la enfermedad periodontal, en razón de la proliferación microbiana que propicia y su pase al torrente sanguíneo (bacteremia), se ha reconocido como un *factor contribuyente a la agravación del curso clínico de enfermedades crónico-degenerativas como la enfermedad cardiovascular, diabetes, y enfermedad respiratoria*. A pesar de ello y de que la enfermedad periodontal es un problema de salud pública, es raro que existan programas preventivos y de diagnóstico oportuno.

La principal etiología es la dieta baja en fibra y la falta de higiene, debido a factores locales como disminución de la agudeza visual, destreza manual, enfermedades sistémicas y medicamentos.

PRÓTESIS DENTAL:

La conservación de cada órgano dental es vital para el funcionamiento del sistema estomatognático y a pesar de que los porcentajes de edéntulos tienden a disminuir, se recurre aún con frecuencia a la prótesis dental (el paciente con discapacidad oral se adapta mucho mejor a una prótesis fija que a una removible). *Es de suma importancia reponer cada órgano dental deteriorado o perdido y dar paso a la odontología conservadora, eliminando la terapéutica mutilante*. Incluso, es posible conservar las raíces tratadas con endodoncia que pueden servir para soportar prótesis fijas o removibles, preservando así la sensibilidad propioceptiva del sistema estomatognático. *Al conservar dientes o raíces sanas, se controla mejor la resorción ósea de los maxilares, aunque no se evita la pérdida ósea por osteoporosis de causa sistémica*. Este hecho es más prevalente en el sexo femenino.

Ya que actualmente prevalece la anodoncia total en este grupo de edad, es importante hacer notar que *una prótesis mal diseñada o una distribución inequitativa de cargas oclusales (fuerza con la que mordemos) es la principal causa de pérdida del reborde alveolar y por ende, del ajuste de las prótesis*. Sin embargo, esto puede evitarse conservando las raíces de uno o más dientes situados estratégicamente. En los pacientes donde se realizó ya cirugía exodóntica, se pueden llevar a cabo diversos procedimientos quirúrgicos para compensar la pérdida ósea, o por lo menos reajustar las prótesis periódicamente, mediante rebasados para corregir el asiento de las mismas. Pero también es importante *corregir y ajustar la oclusión dentaria para mantener en óptimas condiciones la función masticatoria*. Conocidos son los trastornos

digestivos en el adulto mayor y la importancia de una eficiente función masticatoria para el aparato digestivo bajo. Es necesario remarcar el valor de la masticación en la nutrición, especialmente para una amplia selección de alimentos, saborearlos mejor y disfrutar de este acto.

Es necesario recordar además la *relación entre función masticatoria normal y mejor circulación cerebral*, otro hecho más que vincula la salud bucal con la global.

Otro aspecto a destacar en los usuarios de prótesis removibles, es la *candidiasis oral* frecuente por la mala higiene bucal y protética por el uso permanente, por la disminución de saliva y el hecho de ser la candidiasis una infección oportunista.

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

En pacientes con pérdida de habilidades, incluyendo las cognitivas, se recomiendan los enjuagues, pastillas o medicamentos a base de clorhexidina e incluso la reeducación de los diversos movimientos mandibulares para poder controlar mejor el estado de salud oral.

En los pacientes que utilizan prótesis dentales se recomienda la limpieza de las prótesis con ultrasonido y pulido de la superficie, cada seis meses, así como evitar el lavado de la prótesis con pasta dental o detergente; sólo usar shampoo o jabón de manos (5 veces al día). La desinfección en casa se hace con 10 gotas de cloro en un vaso con agua (es suficiente 1 vez por semana, si no, pierde el color la prótesis). La limpieza del reborde alveolar (encía) debe hacerse con cepillo y ocasionalmente con gasas con o sin clorhexidina al 0.12%, cinco veces al día. No se debe olvidar el cepillado o raspado de la lengua en este concepto de higiene integral.

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

La atención primaria en el paciente adulto mayor debe estar enfocada hacia la educación del cuidador y del paciente con respecto a: *diferentes técnicas de control de placa dentomicrobiana, cuidado y uso correcto de prótesis dentales, aplicación de flúor y prevención de caries radicular, prevención y detección de cáncer orofacial, prevención de afecciones de la articulación temporo-mándibular, programación de citas de acuerdo a la patología sistémica (los pacientes con cardiopatías deben citarse más frecuentemente).*

RECOMENDAR:

- CEPILLADO después de cada comida.
- UTILIZACIÓN DE CEPILLOS ESPECIALES, como los cepillos interdetales, de mango ancho, cepillos eléctricos, etc., de acuerdo a las necesidades y posibilidades de cada paciente.
- USO DE INSTRUMENTOS DE HIGIENE INTERPROXIMAL como hilo dental, cepillos interdetales u otros, si es capaz de usar métodos manuales.
- USO CORRECTO DE ENJUAGUES BUCALES.
- HIGIENE DE LENGUA: cepillado y raspado

3.3.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE ATENCIÓN

¿CUÁNDO REFERIR AL PACIENTE CON EL ODONTÓLOGO?

Una vez revisada y puesta en evidencia la importancia de una buena salud oral, es necesario, que durante el examen general, el equipo de salud **no olvide examinar la boca a todo paciente, retirando todas las prótesis removibles, y referir al paciente para valoración al menos una vez por año.** *En pacientes con prótesis orofacial de cualquier tipo, la revisión se debe realizar tres veces por año, con el fin de detectar salud de mucosas, pérdida ósea y compensarla; valorar el estado protésico y el estado de la articulación temporomándibular.*

Además, el paciente debe referirse al odontólogo si al realizar el examen físico general se encuentran los siguientes hallazgos:

- Dolor y tensión muscular en cabeza, cuello y hombros.
- Sospecha de caries.
- Encías rojas, dolorosas, sangrantes o inflamadas.
- Halitosis.
- Movilidad dental.
- Aparición de abscesos en la encía y dolor.
- Pérdida de oclusión.
- Sangrado de la cavidad oral o la mucosa al cepillarse.
- Aumento de sensibilidad al frío y/o calor.
- Exposición de la raíz del diente.
- Pérdida de la simetría facial.

- Nódulos o lesiones ulceradas en la mucosa.
- Leucoplaquia.
- Disfagia.
- Desplazamiento de los dientes.
- Xerostomía.
- Ardor o quemazón bucal
- Pacientes prequirúrgicos con compromiso sistémico influenciado por enfermedad periodontal, caries o infecciones de las mucosas.
- Presencia de lesiones producidas por prótesis, herpes labial recurrente, aftas bucales o micosis.
- Presencia de tumores o estructuras anatómicas desconocidas.
- Reflujo gastroesofágico.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- El equipo de salud debe examinar la boca de todo paciente, retirando las prótesis removibles, y referir al paciente al odontólogo de ser necesario.
- La revisión odontológica anual, semestral o trimestral, según su condición bucal o general, es necesaria en todo adulto mayor.
- La xerostomía suele ser corregible.
- Las prótesis dentales nunca son definitivas.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

Baum BJ. ed. Oral and dental problems in the elderly. Clin Geriatric Med 1992; 8:447-699.

Beers, Mark H. y Robert Berkow. The Merck Manual of Geriatrics. Dental and Oral Disorders. 2000 Versión internet, www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/

Dolan TA, Monopoli MP, Kaurich MJ, Rubenstein LZ. Geriatric grand rounds: oral diseases in older adults. J Am Geriatr Soc 1990; 38:1239-1250.

Fedele DJ, Jones JA, Niessen LC. Oral cancer screening in the elderly. J Am Geriatrics Soc 1991; 39:920-925.

Gordon SR, Jahnigen DW. Oral assessment of the adentulous elderly patient. J Am Geriatrics Soc 1986; 34:276-8

Hujoel PP, Drangsholt M, Spiekerman C, et al. Periodontal disease and coronary heart disease risk. JAMA. 2000; 284 (11):1406-1410.

Shay K, Ship JA. The importance of oral health in the older patient. JAGS 1995; 43:1414-1422.

Ship JA. The influence of aging on oral health and consequences for taste and smell. Physiol & Behav. 1999; 66(2); 209-215.

WHO Kobe Centre. Good Oral Health in Ageing Societies: To Keep Healthy Teeth for Your Healthy Life. Proceeding of a WHO International Symposium, Kobe, Japan, 10 November 2001.

WHO Kobe Centre. Good Oral Health in Aging Societies: Filling the Gap between Dental Health and Life Expectancy. Proceeding of a WHO International Symposium, Kobe, Japan, 2 June 2001.

PARTE II:

Temblor

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

28



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

1. Reconocer los síndromes clínicos que con mayor frecuencia son causa de temblor.
2. Aplicar las modalidades terapéuticas al alcance del médico general.
3. Reconocer las indicaciones que deben utilizarse para referencia al especialista.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

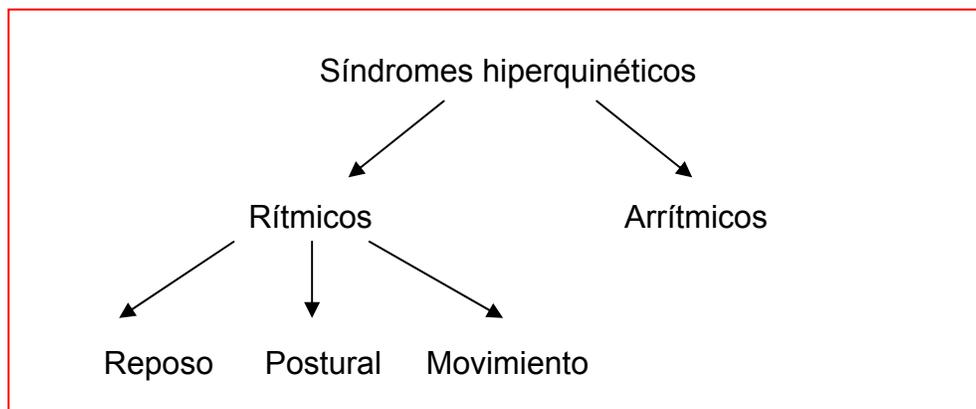
El temblor, es definido como una *oscilación mecánica, rítmica e involuntaria de una parte del cuerpo*. Es un problema común en el adulto mayor y suele ser susceptible de tratamiento. Este puede resultar de procesos normales o patológicos. Se le caracteriza en términos de *frecuencia, amplitud y forma de la onda*. Los temblores se agrupan bajo el *síndrome hiperquinético, en rítmicos y arrítmicos*.

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

El paciente suele acudir cuando, por ser clínicamente manifiesto o funcionalmente incapacitante, el temblor interfiere con sus actividades de la vida cotidiana.

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA



CLASIFICACIÓN CLÍNICA

- **TEMBLOR DE REPOSO:** ocurre cuando la actividad muscular voluntaria está ausente. (ej: enfermedad de parkinson).
- **TEMBLOR POSTURAL:** ocurre durante el mantenimiento de la postura. (ej: esencial, inducido por drogas).
- **TEMBLOR DE MOVIMIENTO:** ocurre durante cualquier movimiento voluntario. (ej: temblor esencial).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Para el correcto diagnóstico basado en la clínica, practique una cuidadosa anamnesis para identificar los antecedentes de consumo de drogas, historia familiar, etc., y complemente con la observación a través del examen físico y neurológico (Cuadro 27.1). Los métodos de laboratorio no suelen ser de gran utilidad.

CUADRO 27.1. CARACTERÍSTICAS DEL TEMBLOR SEGÚN PATOLOGÍA

Frecuencia (Hz)	Enfermedad o proceso	Características
2.5 – 3.5	tronco encéfalo esclerosis múltiple degeneración alcohólica post-traumática	postural, movimiento
4 - 5	enfermedad de Parkinson enfermedad cerebelar rubral inducido por drogas	reposo postural, movimiento reposo, postural, movimiento reposo
5.5 - 7.5	temblor esencial clonus enfermedad de Parkinson	postural, movimiento
8 - 12	inducido por drogas intoxicación por drogas temblor esencial	postural, movimiento

Especial atención merecen, tres presentaciones clínicas de gran prevalencia dentro del grupo de adultos mayores: el temblor esencial, la enfermedad de Parkinson y los temblores inducidos por drogas.

TEMBLOR ESENCIAL

Se presenta como un *temblor monosintomático de postura y movimiento*. El diagnóstico depende de la ausencia de otros signos neurológicos, alteraciones metabólicas o agentes farmacológicos. Su etiología es desconocida. En 40% de los casos hay una historia familiar. Lo más común, es que afecte manos y con menor frecuencia cabeza, piernas, ojos y voz.

No afecta la expectativa de vida, pero puede llegar a ser muy incapacitante. Típicamente la severidad progresa lentamente a través del tiempo. Aunque pueden existir formas graves a temprana edad.

ENFERMEDAD DE PARKINSON

Cuadro caracterizado por la *triada clásica* de síntomas de *temblor de reposo* (70% de los casos), *rigidez* y *bradicinesia*. El temblor de reposo que es muy característico de esta enfermedad, puede comenzar unilateralmente, comprometiendo progresivamente pulgar, dedos y mano; provoca el típico efecto de “cuenta monedas”. Podrá mantenerse así a través del tiempo o progresar a otras partes del cuerpo. El clásico temblor de reposo, es abolido al inicio de un movimiento voluntario. En este tipo de temblor, otras causas también pueden exacerbar los síntomas hiperquinéticos (medicamentos, ansiedad, fatiga).

INDUCIDO POR DROGAS

El temblor es un efecto colateral de muchos medicamentos. Estos efectos pueden ser de *naturaleza transitoria o definitiva*. Ejemplo muy conocido es el de los agonistas beta, como el salbutamol, que puede exacerbar un temblor preexistente o hacer manifiesto un problema subclínico, pudiendo ser éste el motivo del abandono de la terapia.

La importancia de este tópico, es trascendental en la práctica clínica, debido al efecto colateral que llamamos iatrogenia cuando el costo supera al beneficio. En el caso del adulto mayor, toma una relevancia mayor debido a sus cambios fisiológicos y a la aparición de otras enfermedades.

En el cuadro 27.2 aparece una relación de drogas con afectación del sistema neurotransmisor.

CUADRO 27.2. RELACIÓN DE DROGAS CON AFECCIÓN DEL SISTEMA NEUROTRANSMISOR

Sistema transmisor afectado	Drogas
Colinérgico central	Acetilcolina, agonistas muscarínicos y nicotínicos, anticolinesterasas.
Monoaminérgico central	Neurolépticos, feniletilaminas, indoles.
Adrenérgicos periféricos	Adrenalina, beta-agonistas, litio, cafeína, corticoesteroides.
Otros	Metales pesados, tetracloruro de carbono.

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

En cuanto a la terapia del *temblor esencial*, *muchos pacientes no requieren de medicamentos*, dada la levedad de sus síntomas, y se tranquilizan al saber el buen pronóstico del cuadro.

El tratamiento con *beta bloqueadores* es ampliamente utilizado, con respuestas muy variables entre pacientes (responde sólo un 45% de los casos). Cabe destacar que las contraindicaciones de su uso son patologías más prevalentes en el adulto mayor (insuficiencia cardiaca, bloqueo AV, asma, etc.) y que por cambios en la farmacodinamia de los beta bloqueadores, suelen requerirse dosis bajas de propranolol (10 a 60 mg/d).

Frente a la falta de respuesta, se sugiere el uso de la *primidona*, sin embargo este fármaco debe ser *prescrito por el especialista*, pues su inicio suele acompañarse de efectos secundarios muy aparatosos que requieren una estrecha supervisión y con frecuencia la interrupción del tratamiento.

Las exacerbaciones del temblor basal, se pueden deber a *factores corregibles* como nuevas drogas o ansiedad: Su identificación y corrección, disminuirían los síntomas, quizás al punto de que el temblor esencial no requiriera de terapia.

En cuanto al manejo del *síndrome del Parkinson*, la mayoría de los pacientes requerirán una *combinación de drogas* como son un *dopaminérgico* y un *inhibidor de la decarboxilasa periférica*. O bien, un *agonista que actúe directamente como la bromocriptina*. La dosis a utilizar dependerá del preparado y especialmente del paciente, debido a lo particular de la farmacocinética de los medicamentos en el adulto mayor. La respuesta del temblor a los fármacos, es la variable más sensible de todos los síntomas en la evolución del tratamiento.

Se utilizan también *drogas anticolinérgicas* que son mínimamente efectivas y no se recomiendan como tratamiento de primera elección sino en los casos donde predomina el temblor; y poniendo especial cuidado en evitar los efectos secundarios anticolinérgicos que aparecen al incrementar la dosis. La *amantadina* podría ayudar en algunos casos, aunque puede provocar confusión mental.

3.2.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUCIÓN Y ATENCIÓN

En general, ante el diagnóstico de este padecimiento, se recomienda referir el caso al siguiente nivel de atención para su completa evaluación y diagnóstico diferencial.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- No olvide tranquilizar al enfermo que no tiene enfermedad de parkinson, acerca de la naturaleza benigna de su problema.
- El temblor esencial es la alteración más frecuente.
- El tratamiento suele no ser necesario a menos que haya compromiso funcional.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

Beers, Mark H. y Robert Berkow. The Merck Manual of Geriatrics. Movement Disorders. 2000 Versión internet, www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/

Bennett DA, Beckett LA, Murray AM, et al. Prevalence of Parkinsonian signs and associated mortality in a community population of older people. NEJM 1996; 334:71-76.

Koller WC, Huber SJ. Tremor disorders of aging: diagnosis and management. Geriatrics 1989; 44(5):33-4.

Sage JI, Mark MH. Diagnosis and treatment of Parkinson's disease in the elderly. JGIM 1994; 9:583-589.

Wirshing WC, Cummings JL. Extrapiramidal syndromes in the elderly: diagnosis and management. Geriatrics 1989; 44(2):47-54.

PARTE II:

Trastornos de la Memoria

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

29



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

1. Definir el síndrome demencial y los principios básicos de su diagnóstico diferencial.
2. Iniciar un programa adecuado de diagnóstico y tratamiento, previo a la referencia para el diagnóstico diferencial.
3. Comprender el rol de la familia y el cuidador, en la presentación del cuadro clínico y su manejo.
4. Describir de qué manera las acciones de los profesionales y del cuidador primario pueden mejorar las manifestaciones del cuadro clínico de la demencia.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La memoria, es la capacidad para retener y hacer uso posterior de una experiencia, condición necesaria para desarrollar una vida independiente y productiva. La mayoría de las personas al envejecer, se quejan de una mayor frecuencia de olvidos cotidianos. Este trastorno de la memoria relacionado con la edad, es muy frecuente sin embargo, los problemas de la memoria con significación patológica son menos comunes. La demencia afecta al 10% de las personas mayores de 65 años y 20 - 50% de las que tienen más de 85 años. Los trastornos de la memoria, y otras alteraciones cognitivas y conductuales asociadas a la demencia, constituyen una seria amenaza para la estabilidad familiar y social.

Los trastornos de la memoria, son serios cuando afectan las actividades diarias, o sea cuando el paciente tiene problemas recordando cómo hacer cosas que ha hecho muchas veces anteriormente. La demencia, es un síndrome caracterizado por la presencia de un deterioro de la memoria y de otras áreas de la actividad cognitiva (al menos una). El síndrome demencial puede ser causado por muchas enfermedades.

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

Puede ocurrir que en el curso de una entrevista clínica por otros motivos, el mismo sujeto manifieste la presencia de trastornos de la memoria. Sin embargo, es más común que el enfermo no tenga conciencia de los mismos y que sea, o bien el clínico en el curso del examen quien se percate, o bien el familiar que le acompaña, quien haga notar el problema. Si bien las fallas de memoria son las anomalías más comunes, sucede también que las alteraciones del comportamiento sean los primeros síntomas del deterioro.

Los trastornos de la memoria son comúnmente asociados al envejecimiento, es por ello que muchas veces avanzan los trastornos de memoria sin que se acuda a buscar ayuda médica por parte del paciente, o su familia, ya que lo asocian al envejecimiento de la persona y no a una enfermedad. *Los trastornos de memoria que son capaces de interferir con la vida cotidiana del individuo, son siempre secundarios a una enfermedad.*

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- PRINCIPALES CAUSAS

La causa más común de demencia, es la enfermedad de Alzheimer, trastorno de tipo degenerativo para el cual no existe tratamiento específico. Otras causas frecuentes son los procesos de origen vascular y la enfermedad por cuerpos de Lewy.

Existen muchas causas de demencia. Aunque algunas no son muy frecuentes, no por ello son menos importantes (Cuadro 28.1). El hematoma subdural, los déficits

vitamínicos, el hipotiroidismo, la hidrocefalia normotensa y otras causas son tratables e incluso curables cuando se identifican precozmente. En la evaluación de todo paciente con demencia, debe hacerse una detección exhaustiva de estas causas.

CUADRO 28.1. TIPOS DE DEMENCIAS

Demencia degenerativa primaria:

Enfermedad de Alzheimer.
Enfermedad de Pick.
Síndromes de demencia del lóbulo frontal.
Demencia mixta, con un componente de Alzheimer.

Demencia vascular:

Demencia por infartos múltiples.

Demencia asociada a los cuerpos de Lewy:

Enfermedad de Parkinson.
Enfermedad por Cuerpos de Lewy Difusa.

Demencias reversibles o parcialmente reversibles

Hipotiroidismo.
Depresión.
Déficit de vitamina B12.

Demencia debida a sustancias tóxicas:

Demencia asociada al alcoholismo.

Otros

Hidrocefalia normotensa.
Hematoma subdural.
Tumor cerebral.

2.2.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

El adulto mayor con un posible trastorno de la memoria, debe ser sometido a un estudio clínico, con una evaluación neurológica que incluya el exámen de las funciones cognitivas, así como una valoración neuropsicológica. Esta última puede consistir en el Mini Examen del Estado Mental de Folstein (ver Módulo 4), que puede ser realizado por cualquier médico e incluso por personal paramédico. Si se requiere de un examen más detallado, puede ser necesaria la cooperación de un neuropsicólogo, así como la realización de pruebas más complejas.

Para que una información sea registrada y evocada adecuadamente, es decir, para que funcione la memoria, es necesario que otras funciones neuropsicológicas estén intactas. Así, las fallas en atención, lenguaje, comunicación y motivaciones, pueden dificultar el funcionamiento de la memoria sin que esta función en sí misma esté afectada.

TRASTORNOS QUE PUEDEN INTERFERIR CON EL FUNCIONAMIENTO DE LA MEMORIA

- Depresión
- Trastornos de la atención
- Afasia
- Defectos sensoriales (visuales, auditivos)

La evaluación clínica debe:

- Precisar si además del trastorno de la memoria, existen otras alteraciones cognitivas como: apraxias, agnosias, trastornos del lenguaje y signos de disfunción frontal, lo que sugiere una afectación difusa de la corteza cerebral y conduce al primer criterio para el diagnóstico del síndrome demencial.
- Para completar el diagnóstico, es necesario delimitar si el trastorno de la memoria interfiere con las actividades sociales, laborales, vocacionales o de la vida cotidiana, es decir, si afecta la capacidad funcional. Para esto, pueden aplicarse escalas de evaluación funcional que permitan tener una idea más precisa (ver módulo 4).
- El diagnóstico del síndrome demencial tiene dificultades que deben ser tomadas en cuenta:

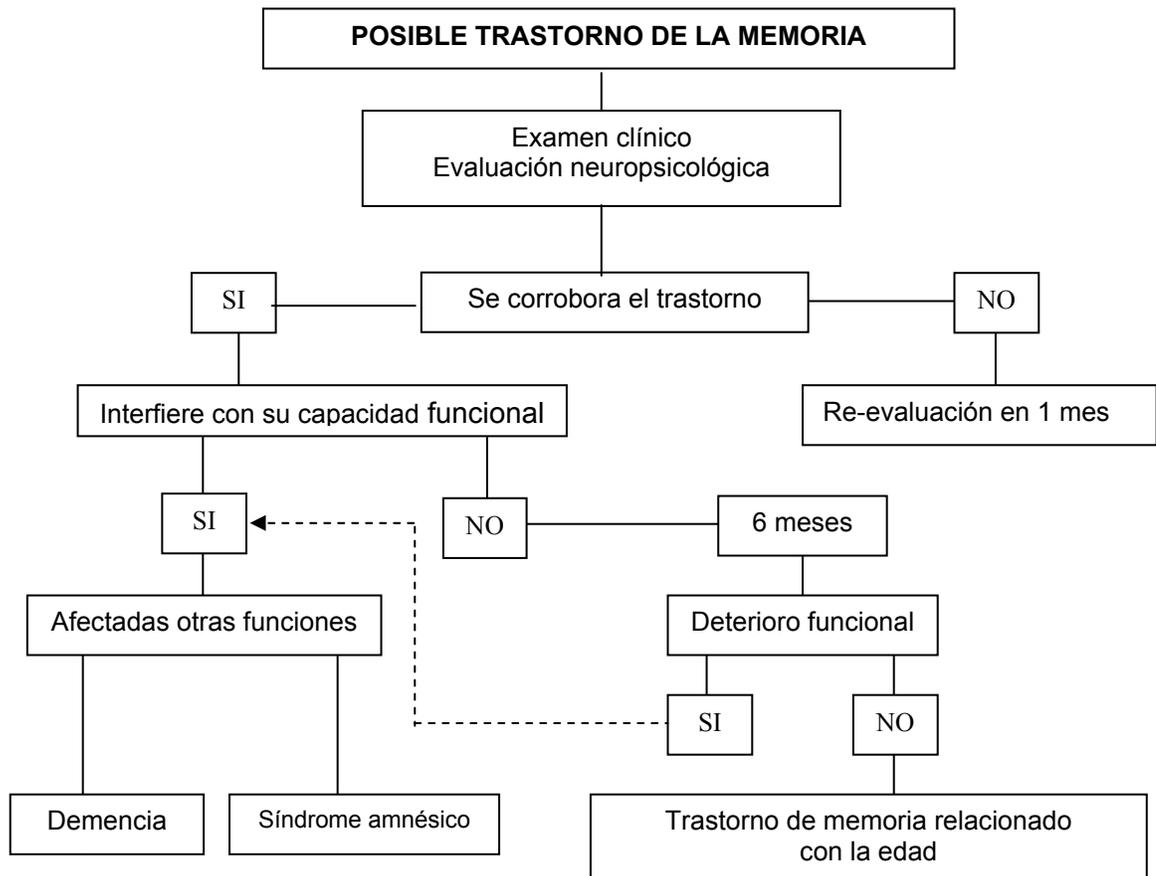
EXISTEN SUJETOS EN QUIENES EL TRASTORNO DE LA MEMORIA ES MUY LIGERO:

- Puede que estemos asistiendo a un sujeto en los estadios iniciales de una demencia.
- Puede ser un trastorno de la memoria relacionado con la edad.
- En algunos casos, el trastorno se limita a la memoria y entonces, se debe considerar que el paciente presenta un síndrome amnésico.
- Una re-evaluación en 6 meses, permitirá en la mayoría de estos casos constatar la progresión del trastorno, aunque a veces se requiere un tiempo de observación mayor para estar seguros del diagnóstico de demencia.
- En los casos de trastorno de la memoria relacionados con la edad, el mismo no progresa significativamente y no interfiere con la capacidad funcional del adulto mayor.

ALGUNOS TRASTORNOS PUEDEN SIMULAR LA PRESENCIA DE UN SÍNDROME DEMENCIAL

- Aunque los pacientes con un síndrome demencial, pueden sufrir un *estado confusional agudo*, hay que tener en cuenta que no se puede realizar un diagnóstico de demencia durante este cuadro. Es frecuente que pacientes mayores puedan presentar trastornos cognitivos asociados a la confusión mental y una vez resuelta esta, desaparecen (para las diferencias entre ambos síndromes, ver capítulo de delirium).
- Es posible que *cuadros depresivos* sean capaces de dar la impresión diagnóstica de un síndrome demencial. La diferenciación diagnóstica, es muy difícil en ocasiones. Además, es también muy común que coexistan ambos cuadros en el mismo paciente. Ante la duda diagnóstica, se recomienda el tratamiento intensivo de la depresión y una reevaluación más adelante.
- Algunas *condiciones biológicas (trastornos de los sentidos) o sociales (analfabetismo o subescolaridad)* pueden ofrecer también dificultades al momento del diagnóstico.

DIAGRAMA 28.1. ALGORITMO DIAGNÓSTICO PARA LOS TRASTORNOS DE LA MEMORIA



DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

Una vez identificado el síndrome, se trata entonces de buscar ante todo el diagnóstico etiológico de forma que se garantice en este proceso el mayor costo-beneficio posible. *El diagnóstico del trastorno de la memoria y del síndrome demencial, se basa en el examen clínico, sin embargo para identificar la causa, los estudios complementarios de laboratorio son esenciales. La ejecución de tales estudios necesita de la referencia al siguiente nivel de atención.*

Aunque el diagnóstico de la **Enfermedad de Alzheimer**, se basa en gran medida en la exclusión de otras causas de demencia, las pistas que se ofrecen a continuación pueden ser de utilidad:

- Instalación insidiosa y curso progresivo con una evolución entre 7 y 12 meses.
- Patrón clínico caracterizado por declinación progresiva de la memoria reciente y afectación posterior de otras áreas cognitivas como el lenguaje, praxia, percepción visuoespacial y juicio.
- Estudios de imagen cerebral con atrofia cortical, más acentuada en el hipocampo y sin alteraciones importantes de la sustancia blanca.
- Ausencia de otras causas identificables de demencia.

El principal diagnóstico diferencial de la Enfermedad de Alzheimer, son las **demencias de origen vascular**, las cuales pueden tener un comportamiento clínico muy heterogéneo, ya que se relacionan con diversos mecanismos fisiopatológicos.

Su comienzo puede ser abrupto y la evolución a saltos como en la mayoría de las enfermedades cerebrovasculares, sin embargo, también puede aparecer de forma insidiosa y tener un curso progresivo similar al de la enfermedad de Alzheimer. El examen neurológico puede poner en evidencia signos neurológicos focales, pero en algunos casos con demencia vascular, estos pueden no estar presentes.

Es común que estos pacientes tengan factores de riesgo vascular como hipertensión, diabetes, hiperlipidemia, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares previas, entre otros. Los estudios de neuroimagen suelen demostrar infartos múltiples o infartos únicos con una ubicación estratégica, así como cambios en la sustancia blanca subcortical.

En esencia, el diagnóstico de demencia vascular, debe basarse en los siguientes postulados:

- A.- Presencia de demencia.
- B.- Presencia de enfermedad cerebrovascular.
- C.- Los puntos A y B deben estar relacionados.

Recientemente se ha identificado a la **Enfermedad por Cuerpos de Lewy Difusa** como una causa frecuente de demencia, su diagnóstico se basa en los siguientes elementos:

- Deterioro cognitivo similar al de la Enfermedad de Alzheimer.
- Síntomas psiquiátricos, especialmente alucinaciones e interpretaciones delirantes de la realidad.
- Curso fluctuante del deterioro cognitivo y de los síntomas psiquiátricos.
- Susceptibilidad para desarrollar un síndrome neuroléptico maligno con el uso de antagonistas dopaminérgicos.
- Signos extrapiramidales (parkinsonismo) y deterioro precoz de la marcha.
- No mejoría del parkinsonismo con la levodopa.

LISTA DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LA DEMENCIA

- Biometría hemática completa.
- Hemoquímica completa.
- Examen general de orina.
- Serología (lúes, SIDA).
- Radiografía de tórax.
- Electrocardiograma.
- Determinación de B₁₂ y folato.
- Determinación de hormonas tiroideas.
- Tomografía axial computada de cráneo.

INDICACIONES PARA LA EJECUCIÓN DE ESTUDIOS DE NEUROIMAGEN (TAC)

- Sujeto menor de 60 años.
- Tratamiento anticoagulante.
- Trauma cráneo-encefálico reciente.
- Historia de cáncer.
- Síntomas o signos neurológicos focales.
- Deterioro cognitivo acelerado.
- Triada de Adams (demencia, incontinencia y trastornos de la marcha).
- Marcha atáxica.

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

Cuando la causa del trastorno cognitivo tiene un tratamiento específico, este debe comenzarse lo antes posible, ya que cuando la curación es tardía, el paciente queda con un deterioro neurológico permanente. Lamentablemente, un grupo importante de enfermedades como la Enfermedad de Alzheimer y la Enfermedad por Cuerpos de Lewi Difusa carecen hasta el momento de tratamiento específico. (Cuadro 28.2)

CUADRO 28.2. TRATAMIENTO DE LA CAUSA DEL TRASTORNO COGNITIVO

Causa	Tratamiento
Vascular	Antiagregantes, anticoagulantes Control de factores de riesgo
Hidrocefalia normotensa	Derivación de LCR
Hematoma subdural	Evacuación quirúrgica
Alcoholismo	Supresión
Encefalopatías metabólicas	Corrección del trastorno
Encefalopatías por drogas	Supresión de las drogas
Infecciones del SNC	Antimicrobiano específico

TRATAMIENTO DEL TRASTORNO COGNITIVO

El déficit colinérgico parece ser el trastorno neuroquímico más relacionado con la afectación de la memoria, especialmente en la enfermedad de Alzheimer. Esto ha conducido al empleo de agonistas colinérgicos, entre los que se destacan el donepezilo y la rivastigmina, drogas que incrementan la disponibilidad de la acetilcolina al inhibir su degradación por la acetilcolinesterasa.

TRATAMIENTO DE LAS ALTERACIONES CONDUCTUALES ASOCIADAS:

La depresión debe tratarse con drogas antidepresivas que no tengan efecto anticolinérgico, por lo tanto debe evitarse empleo de tricíclicos y usar preferiblemente bloqueadores selectivos de la recaptación de serotonina como el fluoxetine.

Para el tratamiento de la agitación psicomotora y de los trastornos del sueño, remitimos al lector al capítulo sobre delirium.

REHABILITACIÓN

Los pacientes con trastornos ligeros o moderados de la memoria, son susceptibles de beneficiarse de programas designados para establecer rutinas compensatorias que le permitan superar sus trastornos en la vida cotidiana. Este entrenamiento cognitivo y de rehabilitación de la memoria, se basa en la identificación de los déficits funcionales específicos y la intervención a través de diversas estrategias, por ejemplo el empleo de un “libro de memoria”, que es una colección de oraciones simples y dibujos que dan pistas a la persona, con nombres y otros hechos que le facilitan la conversación. La estimulación social, los ejercicios y los programas para mantener o reforzar hábitos de alimentación e higiene son importantes también.

El proveedor primario de salud, está particularmente bien ubicado para reconocer los indicios tempranos de deterioro cognoscitivo en pacientes de edad. Una vez concluido el proceso de diagnóstico y establecida la presencia de demencia, deben establecerse varias medidas para asegurar el bienestar del paciente: (Cuadro 28.3).

CUADRO 28.3. EL ROL DEL PROVEDOR PRIMARIO DE SALUD EN EL CUIDADO DEL ENFERMO CON DEMENCIA

En etapas tempranas	En etapas avanzadas
<ul style="list-style-type: none">• Discutir el diagnóstico con el paciente y sus cuidadores.• Eliminar cualquier medicación que pueda interferir con la cognición.• Informar al paciente acerca de las implicaciones legales de la afección.• Evaluar la capacidad del paciente para conducir y asumir o mantener otras responsabilidades aún vigentes.• Referir al paciente y sus cuidadores a la Asociación de Alzheimer local.• Discutir la pertinencia de la evaluación genética de los familiares.• Dar tratamiento sintomático¹ para el déficit cognoscitivo.• Preparar con el paciente las directrices anticipadas con respecto a lo que habrá de ser su cuidado terminal.	<ul style="list-style-type: none">• Conducir al cuidador primario a estimular las capacidades remanentes de la persona.• Monitorear y tratar los síntomas neuropsiquiátricos.• Proponer opciones de apoyo para el cuidador (centros de día, grupos de apoyo).• Evaluar la salud y el bienestar del cuidador primario.• Planear y preparar cuidadosamente la decisión de institucionalizar.

¹ El tratamiento sintomático incluye el uso de recordatorios visuales como rótulos, libretas de bolsillo con información vital, etc.

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

El abordaje del paciente con una posible demencia o deterioro cognitivo requiere de un equipo multidisciplinario, incluyendo a la familia, en el proceso diagnóstico y de tratamiento.

PREVENCIÓN

- La detección precoz del trastorno cognitivo es importante, ya que si la causa es tratable, puede detenerse la progresión y evitar que el paciente quede con una incapacidad importante.
- La prevención secundaria, se basa en el diagnóstico precoz, el adulto mayor de quien se sospecha un trastorno cognitivo, debe ser examinado cuidadosamente por un profesional capacitado.
- De acuerdo con la causa del deterioro de la memoria, pueden establecerse algunas pautas generales de prevención primaria. Así, el control de los factores de riesgo vascular, pueden evitar el desarrollo de una demencia de este tipo; el buen manejo de las drogas previene un trastorno de memoria relacionado con ellas y la precaución en relación con los traumatismos craneales, es importante para evitar un hematoma subdural.
- Se ha señalado que un nivel educacional elevado y una actividad intelectual intensa se relacionan con una menor frecuencia de demencia . Aunque esto no está claramente demostrado, estimular que los adultos mayores mantengan su mente activa pudiera ser una medida profiláctica de utilidad que no aportaría ningún perjuicio.

3.3.- ATENCIÓN A LOS CUIDADORES

- Lamentablemente, en muchos pacientes, el trastorno cognitivo no es reversible y ellos requieren cuidados crónicos que permitan su alimentación e higiene, eviten accidentes y controlen su conducta. Si además, el cuidador lo estimula a realizar actividades físicas y sociales y entrenamiento cognitivo, el paciente podrá enfrentar mejor su situación. Esto puede ser difícil de lograr, ya que habitualmente los familiares o personas que cuidan al paciente no están preparados para tan compleja y prolongada función.
- Los cuidadores, con frecuencia abandonan sus necesidades personales de salud y distracción y es común que por estas razones, mueran incluso antes que el enfermo. Por otro lado, a veces adoptan posturas negligentes e incluso agresivas y violentas.
- Muchos de estos pacientes son enviados a instituciones para el cuidado de enfermos crónicos, sin embargo, puede ser mas útil y económico el disponer de centros de atención diurna que brinden cuidados cotidianos donde un grupo de profesionales estimule la realización de actividades mentales y físicas. Esto puede permitir al cuidador trabajar y realizar alguna actividad independiente, aliviando sus tensiones y mejorando su actitud ante el cuidado del enfermo.

3.4.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUCIÓN Y ATENCIÓN

- Cuando por primera vez se establece el diagnóstico de demencia, conviene que el enfermo sea evaluado de la manera más completa posible y por ello se aconseja su referencia al segundo nivel de atención.
- Cuando se está frente a un enfermo en un estado avanzado de deterioro, la prioridad es la atención de las manifestaciones del padecimiento y sus complicaciones y el diagnóstico diferencial, queda en segundo término.
- Si se trata de un enfermo candidato a recibir tratamiento específico con agentes colinérgicos por sospecha de enfermedad de Alzheimer, conviene que el diagnóstico sea confirmado por el especialista antes de iniciar el fármaco.
- Si hay sospecha de daño vascular cerebral por fenómenos embólicos, también se requiere la evaluación especializada para precisar la eventual indicación de anticoagulación.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- Asegúrese siempre de que no se trata de una depresión simulando una demencia.
- El diagnóstico de demencia, no debe conducir a una actitud de nihilismo terapéutico.
- El diagnóstico global, el entrenamiento y el apoyo de los familiares mejoran indiscutiblemente la calidad de vida de los pacientes.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

Asociación Internacional de la Enfermedad de Alzheimer's. www.alz.co.uk .

Adams RD, Victor M, Ropper A: Principles of Neurology. Sixth Edition, Mc Graw-Hill, 1997.

Beers, Mark y R. Berkow, The Merck Journal of Geriatrics. Dementia. 2000. Versión electrónica: www.merck.com/ubs/mm_geriatrics/

Cacabelos R: Enfermedad de Alzheimer. JR Prous Editores, Barcelona, 1997.

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. (1995) Publicada por la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington,D.C.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition (DSM-IV) (1994) published by the American Psychiatric Association, Washington, D.C.

El Instituto Merck de Envejecimiento y Salud: Took kit sobre Pérdida de la Memoria.
www.miahonline.org/tools/

Fundación Novartis para Estudios Gerontológicos: www.healthandage.com , en la sección Health Centers, encontrará una sección sobre Alzheimer's Disease and Related Disorders.

Kane, Robert L., J. Ouslander, I. B. Abrass, Geriatria Clínica. 3a. Edición. México: MacGraw-Hill Interamericana, publicación de PALTEX, Organización Panamericana de la Salud. 1997: 83-91.

Reuben DV, Yoshikawa TT Besdine RW: Geriatrics Review Syllabus. Third Edition. American Geriatric Society. New York. 1996

PARTE II:

Úlceras por Presión

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

30



**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA
SALUD**
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

1. Identificar los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de las úlceras.
2. Identificar las etapas (fases) de formación de las úlceras por presión.
3. Reconocer las medidas de prevención y tratamiento inicial.
4. Determinar cuando un paciente debe ser remitido.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La úlcera por presión es la consecuencia de la necrosis isquémica al nivel de la piel y los tejidos subcutáneos, generalmente se produce por la presión ejercida sobre una prominencia ósea. Se presenta en pacientes adultos mayores inmovilizados por cualquier causa. Su presencia aumenta hasta cuatro veces la mortalidad y, cuando son de grado III – IV, la probabilidad de morir dentro de los siguientes 6 meses es cercana al 50%. Se puede considerar que las úlceras por presión son un indicador importante de una enfermedad grave de base.

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

Las úlceras por presión, habitualmente son detectadas en revisiones de rutina o bien las personas encargadas del cuidado del paciente llaman la atención sobre ellas. *Es frecuente que pasen desapercibidas debido al temor de mover al paciente por la idea errónea de que al movilizarlo puede provocar problemas de salud.*

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- PRINCIPALES CAUSAS

*El factor causal más importante es la presión, sin embargo la humedad, el escoriamiento de la piel y el desgarramiento de los vasos capilares que la nutren contribuyen para aumentar el riesgo. El tiempo de inmovilidad no necesita ser demasiado largo, inclusive el tiempo que se pasa sobre la mesa de cirugía puede ser causa de la aparición de estas úlceras. Se ha calculado que el tiempo mínimo para la aparición es de 2 horas. Sin embargo, no todos los adultos mayores inmovilizados desarrollan úlceras por presión. Habitualmente las úlceras aparecen en adultos mayores debilitados por una **enfermedad intercurrente**.*

2.2.- FACTORES DE RIESGO

- desnutrición,
- hipoproteinemia,
- anemia,
- fiebre,
- alteraciones neurológicas y
- alteraciones circulatorias.

Sin embargo, se debe reconocer que *la presión sobre las prominencias óseas, es la condición sin la cual no se producirían estas úlceras. Por lo tanto, se puede considerar que la **inmovilidad**, es la causa última de su formación.*

2.2.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

En todo paciente que presente factores de riesgo para la aparición de las úlceras, se debe realizar una búsqueda sistemática de las mismas. El papel del médico, de la enfermera y de la familia es muy importante para prevenir el problema y también para su tratamiento. Es importante evaluar la salud física del paciente, las complicaciones, el estado nutricional, el grado de dolor y su tratamiento, así como los aspectos psicosociales.

La evaluación del riesgo de aparición de la úlcera debe ser constante. La evaluación identifica:

- localización,
- fase,
- tamaño,
- tractos sinusales,
- túneles,
- tejidos necróticos,
- presencia o ausencia de tejido de granulación y epitelización.

Una de las *escalas de evaluación* más utilizadas e importantes es la de **Braden** (ver anexo). Un problema con esta escala, es que considera a la *incontinencia urinaria* como un factor de riesgo, cuando es en realidad la *incontinencia fecal o la mixta* la que confiere un riesgo mayor.

La principal falla en el diagnóstico de este problema, es el no revisar totalmente al paciente de manera intencionada.

El diagnóstico de una úlcera por presión, no presenta problemas si se recuerda que un **área de eritema que no blanquea con la presión** constituye ya una úlcera por presión. Así mismo, las **ampollas sobre prominencias óseas**, también deben ser consideradas como úlceras por presión.

Existe un número importante de clasificaciones para esta patología (Cuadro 29.1), sin embargo, la clasificación que se presenta en el siguiente cuadro, es de las más utilizadas. No se debe olvidar que *esta clasificación no es evolutiva, es decir, para que un paciente tenga una úlcera grado IV, no es necesario que pase previamente por las etapas I, II y III, así mismo, la curación no sigue de manera estricta el sentido contrario.*

CUADRO 1. CLASIFICACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

I	II	III	IV
Es un eritema de la piel intacta que no blanquea después de la remoción de la presión. En la piel, el calor, el edema o el endurecimiento también pueden ser indicadores.	Es una pérdida parcial de piel comprometiendo la <i>epidermis, la dermis o ambas</i> . La úlcera es superficial y se presenta como una abrasión, una burbuja o un cráter.	Es una <i>pérdida de piel en su espesura total</i> , comprometiendo daños o una necrosis del <i>tejido subcutáneo</i> que se puede profundizar <i>sin llegar hasta la fascia</i> . La úlcera se presenta clínicamente como un cráter profundo.	Es una <i>pérdida de piel en toda su espesura</i> con una extensa distribución, necrosis de los tejidos o daños en los <i>músculos, huesos o estructuras de soporte como tendones o cápsulas de las articulaciones</i> .

Colocar una sonda de Foley, no disminuye el riesgo de presentar úlceras por presión y por lo tanto, no debe ser usada con esta intención.

Las complicaciones principales de las úlceras son las siguientes:

- Osteomielitis
- Sepsis
- Anemia
- Hipoproteinemia

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

Si el diagnóstico no es fácil, el tratamiento es mucho más difícil, por lo que la prevención es prioritaria.

El tratamiento empieza por *identificar a los pacientes con riesgo* de desarrollar las úlceras y *tratar de prevenirlas* con las siguientes medidas:

- **DISMINUIR LA PRESIÓN:** Esto se logra mediante *cambios de posición al menos cada dos horas*.
 - El paciente debe ser colocado en *decúbito lateral* aproximadamente a 30 grados (nunca a 90 grados) utilizando almohadas para mantener la posición, a las dos horas se le coloca en *decúbito dorsal* y a las dos horas siguientes, en *decúbito lateral contrario* al de inicio. Es conveniente que las *rodillas se encuentren flexionadas en ángulo de 30 grados y con una*

almohada entre ellas. En las piernas se debe colocar un soporte de tal manera *que los talones no toquen la cama o lo hagan ligeramente.* De ser posible, el paciente *no debe estar en semifowler, sino totalmente recostado.* Es importante establecer un *programa de reposicionamiento* (cambios de posición frecuentes), basándose en el riesgo del paciente a desarrollar úlceras: *mantenga la úlcera de presión libre.* Es fundamental vigilar el paciente para la prevención de otras úlceras.

- *Existen muchos tipos de materiales y tipos de camas que disminuyen la presión.* Los mejores en relación a costo/beneficio, son los colchones de hule espuma que presentan forma de cartón de huevos. Estos se colocan sobre la cama con la parte lisa hacia abajo. También se pueden utilizar colchones de agua, aire o gel.
- Si el paciente está *sentado*, los cambios de posición deben ser *cada 15 minutos*, ya que la presión sobre las tuberosidades isquiáticas aumenta de manera importante en esta posición.

**Los cambios de posición incluyen también las horas de la noche.
Si esto no es así, todo lo que se realice durante el día,
terminará siendo prácticamente inútil!**

- **NUTRICIÓN:** Un *aporte proteico y calórico suficiente*, ha demostrado disminuir el riesgo de presentación, aún en ausencia de aumento de albúmina. El *aporte proteico en estos casos debe ser de 1.2 gramos / Kg.*
- **PIEL SECA Y LIMPIA:** Utilice un *agente de limpieza suave para no irritar la piel* (no puede quedar reseca o irritada y tampoco se debe friccionar la piel). *Evitar ambiente con humedad baja y exposición al frío.* Evite masajes en las prominencias óseas.
- **AUMENTAR ACTIVIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES ENCAMADOS.**
- **DISMINUIR LA SEDACIÓN PARA EVITAR LA INMOVILIZACIÓN.**

Una vez que aparecen las úlceras, además de las medidas antes citadas se debe hacer lo siguiente:

- **CONTROL DEL DOLOR:**

Se debe recordar que las úlceras por presión, son fuente de *dolor importante*, aunque *muchas veces la enfermedad de base impide que el paciente lo pueda manifestar directamente.* De manera frecuente, el dolor se puede manifestar como *delirium*.

- **MANTENER LA ÚLCERA HÚMEDA Y LA PIEL CIRCUNDANTE SECA:**

Cuando es *grado I y II*, basta con los *cambios de posición* antes descritos y *ocasionalmente se pueden cubrir* con materiales que proporcionen protección y acojinamiento. A pesar de que existe un sin número de *materiales de oclusión*, los mejores son las *gasas humedecidas en solución fisiológica*.

**Las gasas deben ser cambiadas con suficiente frecuencia,
para no permitir que éstas se sequen y se adhieran a la úlcera**

- **DEBRIDACIÓN:**

Remueva los tejidos desvitalizados utilizando el método más adecuado para el paciente. Las técnicas de debridación son: quirúrgica, mecánica y enzimática, y pueden ser utilizadas cuando no existe una necesidad urgente de drenaje o remoción del tejido. La debridación *quirúrgica* se hace en la sala de quirófano, por un especialista. La *enzimática* se hace con la aplicación de agentes que harán la debridación de los tejidos desvitalizados en la superficie de la herida. La autolítica incluye el uso de productos curativos sintéticos para cubrir la herida y permitir que el tejido desvitalizado interactúe con las enzimas que están presentes en la herida. No utilizar la técnica con las heridas infectadas. En este debe ser retirado mediante lavados ligeros únicamente con solución fisiológica. En ocasiones, es necesario realizar una debridación quirúrgica, la cual se debe efectuar bajo un buen nivel de analgesia.

- **USO DE ANTIBIÓTICOS:**

Su uso es muy discutido. El 90% de las úlceras se encuentran contaminadas con *gérmenes saprofitos* y esto no requiere de tratamiento antibiótico. *Cuando una úlcera no presenta una evolución satisfactoria, una posibilidad a considerar es que se encuentre infectada.*

3.2.- ATENCIÓN A LOS CUIDADORES

Los *aspectos de prevención* en los pacientes de riesgo deben ser prioritarios: prevenir la úlcera, además de evitarle sufrimientos al paciente, evita mayor sobrecarga para los cuidadores.

El trabajo con los cuidadores formales y los informales debe ser estrecho, insistiendo en los *aspectos educativos*. La *cooperación de los cuidadores* en el seguimiento de las úlceras y la prevención de complicaciones de las mismas, es fundamental.

3.3.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUCIÓN Y ATENCIÓN

- Todos los pacientes con úlceras *grado III y IV* deben ser remitidos a un especialista.
- Cuándo la úlcera no evoluciona adecuadamente.
- Cuándo existe *sospecha* de infección.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- Disminuir la presión es crítico, tanto para la prevención, como para el tratamiento de las úlceras.
- Las úlceras son el indicador de una enfermedad de base importante.
- Un solo día de manejo inadecuado es suficiente para provocar la aparición de úlceras.
- El tratamiento debe ser adecuado para cada persona, de acuerdo a su condición física, psicosocial y ambiental.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

Allman RM. Pressure ulcers among the elderly. *New Engl J Med* 1989; 320:850-853.

Beers, Mark H. y Robert Berkow. *The Merck Manual of Geriatrics. Pressure Sores.* 2000 . Versión electrónica. www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/

Braden BJ, Bergstrom N. Clinical utility of the Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Decubitus.* 1989; 2(3):44-51.

Fundación Novartis para Estudios Gerontológicos. www.healthandage.com

Patterson JA, Bennett RG. Prevention and treatment of pressure sores. *JAGS* 1995; 43:919-927.

Thomas DR, Allman RM. Pressure ulcers (symposium). *Clin Geriatr Med* 1997; 13(3):421-611.

PARTE II:

INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

TAMIZAJE RÁPIDO DE LAS CONDICIONES GERIÁTRICAS¹

Problema	Acción	Resultado Positivo
Visión	Dos acciones: 1. Pregunte: ¿tiene Ud. dificultad para ver la televisión, leer o ejecutar cualquier actividad de la vida diaria a causa de su vista? 2. En caso afirmativo, evalúe una carta de Snellen con el uso de corrección óptica, si la tiene.	Respuesta afirmativa e incapacidad para leer > 20 / 40 en carta de Snellen.
Audición	Susurre al oído ¿me escucha Ud.?, de ambos lados.	No responde.
Movilidad de piernas	Tome el tiempo luego de pedir al sujeto: “Levántese de la silla, camine 5 metros rápidamente, de la vuelta y vuelva a sentarse”.	Incapaz de completar la tarea en 15 segundos o menos.
Incontinencia urinaria	Dos partes: 1. Pregunte: “¿en el último año, alguna vez se ha mojado al perder involuntariamente orina? 2. De ser así pregunte: ¿ha perdido involuntariamente orina en al menos 6 días diferentes?	Respuesta afirmativa a las dos preguntas.
Nutrición, pérdida de peso	Dos partes: 1. Pregunte: ¿ha perdido Ud., involuntariamente, 4.5 kg (10 lb) o más en los últimos 6 meses. 2. Pese al paciente.	Respuesta afirmativa o peso < de 45.5 kg ² .
Memoria	Mencione tres objetos: árbol, perro y avión. Al cabo de un minuto pida que recuerde los tres objetos mencionados.	Incapaz de recordar los tres objetos.
Depresión	Pregunte: ¿Se siente Ud. triste o deprimido?	Respuesta afirmativa.
Incapacidad física	Seis preguntas. ¿Es Ud. capaz de: 1. ejecutar acciones pesadas como andar en bicicleta o caminar rápidamente? 2. realizar tareas pesadas en el hogar como lavar ventanas, pisos o paredes? 3. salir de compras? 4. ir a lugares a donde tenga que tomar algún medio de transporte? 5. bañarse solo, en tina, ducha o regadera? 6. vestirse sin ayuda alguna?	Respuesta negativa a cualquiera de las preguntas.

¹ Cuadro modificado a partir de Moore AA, Su AI, “Screening for common problems in ambulatory elderly: clinical confirmation of a screen instrument.” Am J Med 1996, 100:440-5, en “10-minute Screener for Geriatric Conditions”, página 137 de Reuben, D et al. Geriatrics At Your Fingertips, 1998/99 Edition, American Geriatrics Society, Belle Mead, NJ: Excerpta Medica, Inc., 1998.

² Un peso < 45.5 kg ha sido validado como indicador de problemas nutricionales para adultos mayores en EE.UU, pero no ha sido validado todavía en América Latina. (Ver Valoración Nutricional en las páginas 417 y 418.)

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)¹ ÍNDICE DE KATZ MODIFICADO

Información obtenida:		Actividad	Guía para evaluación I = 2 A = 1 D = 0
Paciente	Informante		
I A D	I A D	Bañarse	I = Se baña completamente sin ayuda, o recibe ayuda sólo para una parte del cuerpo, por ejemplo: la espalda. A = Necesita ayuda para más de una parte del cuerpo, para entrar o salir de la bañera o aditamentos especiales en la bañera. D = Completamente incapaz para darse un baño por sí mismo.
Puntuación:	Puntuación:		
I A D	I A D	Vestirse	I = Capaz de escoger ropa, vestirse/desvestirse, manejar cinturones/sujetadores; excluido el atarse los zapatos. A = Necesita ayuda pues solo está parcialmente vestido. D = Completamente incapaz de vestirse/desvestirse por sí mismo.
Puntuación:	Puntuación:		
I A D	I A D	Apariencia Personal	I = Capaz de peinarse, afeitarse sin ayuda A = Necesita ayuda para peinarse, afeitarse D = Completamente incapaz de cuidar su apariencia
Puntuación:	Puntuación:		
I A D	I A D	Usar el inodoro	I = Capaz de ir al inodoro, sentarse y pararse, ajustar su ropa, limpiar órganos de excreción; usa orinal solo por la noche. A = Recibe ayuda para acceder a y usar el inodoro; usa orinal regularmente. D = Completamente incapaz de usar el inodoro.
Puntuación:	Puntuación:		
I A D	I A D	Continencia	I = micción/defecación autocontrolados. A = Incontinencia fecal/urinaria parcial o total, o control mediante enemas, catéteres, uso regulado de orinales. D = Usa catéter o colostomía.
Puntuación:	Puntuación:		
I A D	I A D	Trasladarse	I = Capaz de acostarse/sentarse y levantarse de la cama/silla sin asistencia humana o mecánica A = Necesita ayuda humana o mecánica. D = Completamente incapaz de trasladarse; necesita ser levantado.
Puntuación:	Puntuación:		
I A D	I A D	Caminar	I = Capaz de caminar sin ayuda excepto por bastón. A = Necesita asistencia humana/andador, muletas D = Completamente incapaz de caminar; necesita ser levantado.
Puntuación:	Puntuación:		
I A D	I A D	Alimentarse	I = Capaz de alimentarse completamente a sí mismo. A = Necesita ayuda para cortar o untar el pan, etc. D = Completamente incapaz de alimentarse a sí mismo o necesita alimentación parenteral.
Puntuación:	Puntuación:		
Total:	Total:		

CÓDIGOS: I = INDEPENDIENTE A = REQUIERE ASISTENCIA D = DEPENDIENTE

¹ Traducido y adaptado con permiso de Modules in Clinical Geriatrics by Blue Cross and Blue Shield Association and the American Geriatrics Society.

EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)¹ ESCALA DE LAWTON

Información obtenida de:		Actividad	Guía para evaluación
Paciente	Informante		
I A D	I A D	Capacidad para usar el teléfono	<p>I = Utiliza el teléfono por iniciativa propia y es capaz de marcar los números y completar una llamada.</p> <p>A = Es capaz de contestar el teléfono o de llamar a la operadora en caso de emergencia, pero necesita ayuda en marcar los números.</p> <p>D = Totalmente incapacitado para realizar una llamada por teléfono por sí mismo.</p>
Puntuación:	Puntuación:		
I A D	I A D	Uso de medios de transporte	<p>I = Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio auto.</p> <p>A = Sólo viaja si lo acompaña alguien.</p> <p>D = No puede viajar en absoluto.</p>
Puntuación:	Puntuación:		
I A D	I A D	Ir de compras	<p>I = Realiza todas las compras con independencia.</p> <p>A = Necesita compañía para realizar cualquier compra.</p> <p>D = Totalmente incapaz de ir de compras.</p>
Puntuación:	Puntuación:		
I A D	I A D	Preparación de la comida	<p>I = Organiza, prepara y sirve las comidas adecuadamente y con independencia.</p> <p>A = Calienta, sirve y prepara comidas ligeras, pero no puede mantener una dieta adecuada sin ayuda.</p> <p>D = Necesita que le preparen y sirvan las comidas.</p>
Puntuación:	Puntuación:		
I A D	I A D	Control de sus medicamentos	<p>I = Es capaz de tomar su medicación en el horario y dosis correcta.</p> <p>A = Toma su medicación si alguien se lo recuerda y le prepara la dosis.</p> <p>D = No es capaz de administrarse su medicación.</p>
Puntuación:	Puntuación:		
I A D	I A D	Manejo de sus asuntos económicos	<p>I = Maneja los asuntos económicos con independencia.</p> <p>A = Realiza los gastos cotidianos pero necesita ayuda para manejar su cuenta de banco y hacer grandes compras, etcétera.</p> <p>D = Incapaz de manejar su dinero.</p>
Puntuación:	Puntuación:		
Total:	Total:		

Códigos: I = independiente A = requiere asistencia D = dependiente

¹ Traducido y adaptado con permiso de Modules in Clinical Geriatrics by Blue Cross and Blue Shield Association and the American Geriatrics Society.

ESCALA DE TINETTI MODIFICADA¹

EQUILIBRIO

Silla: Coloque una silla dura y sin brazos contra la pared. Dé instrucciones al paciente para las siguientes maniobras.

1. Al sentarse:
 - 0 = incapaz sin ayuda o se colapsa sobre la silla o cae fuera del centro de la silla.
 - 1 = capaz y no cumple los criterios para 0 ó 2.
 - 2 = se sienta mediante movimientos fluidos y seguros y termina con los glúteos tocando el respaldo de la silla y los muslos en el centro de la silla.
2. Equilibrio mientras está sentado:
 - 0 = incapaz de mantener su posición (se desliza marcadamente hacia el frente o se inclina hacia el frente o hacia el lado).
 - 1 = se inclina levemente o aumenta levemente la distancia entre los glúteos y el respaldo de la silla.
 - 2 = firme, seguro, erguido.
3. Al levantarse:
 - 0 = incapaz sin ayuda o pierde el balance o requiere más de 3 intentos.
 - 1 = capaz, pero requiere 3 intentos.
 - 2 = capaz en 2 intentos o menos.
4. Equilibrio inmediato al ponerse de pié (primeros 5 seg):
 - 0 = inestable, se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco, se apoya en objetos.
 - 1 = estable, pero usa andador o bastón, o se tambalea levemente pero se recupera sin apoyarse en un objeto.
 - 2 = estable sin andador, bastón u otro soporte.

De Pié: ver ilustraciones de posiciones específicas de los pies en la siguiente página.

5. Equilibrio con pies lado a lado:
 - 0 = incapaz o inestable o sólo se mantiene ≤ 3 segundos.
 - 1 = capaz, pero usa andador, bastón, u otro soporte o sólo se mantiene por 4 – 9 segundos.
 - 2 = base de sustentación estrecha, sin soporte, por 10 segundos.Tiempo: ____ ____, ____ segundos.
6. Prueba del Tirón (el paciente en la posición máxima obtenida en # 5; el examinador parado detrás de la persona, tira ligeramente hacia atrás por la cintura):
 - 0 = comienza a caerse.
 - 1 = da más de 2 pasos hacia atrás.
 - 2 = menos de 2 pasos hacia atrás y firme.
7. Se para con la pierna derecha sin apoyo:
 - 0 = incapaz o se apoya en objetos de soporte o capaz por < 3 segundos.
 - 1 = capaz por 3 ó 4 segundos.
 - 2 = capaz por 5 segundos.Tiempo: ____ ____, ____ segundos

¹ Adaptado por la American Geriatrics Society de Mary E. Tinetti, M.D., "Performance-Oriented Assessment of Mobility", páginas 131-133 en Reuben D et al. Geriatrics At Your Fingertips, 1998/99 Edition, American Geriatrics Society, Belle Mead, NJ: Excerpta Medica, Inc., 1998.

8. Se para con la pierna izquierda sin apoyo:
0 = incapaz o se apoya en objetos de soporte o capaz por < 3 segundos.
1 = capaz por 3 ó 4 segundos.
2 = capaz por 5 segundos.
Tiempo: ____ , ____ segundos
9. Posición Semi-tándem:
0 = incapaz de pararse con la mitad de un pie frente al otro (ambos pies tocándose) o comienza a caerse o se mantiene \leq 3 segundos.
1 = capaz de mantenerse 4 a 9 segundos.
2 = capaz de mantener la posición semi-tándem por 10 segundos.
Tiempo: ____ , ____ segundos
10. Posición Tándem:
0 = incapaz de pararse con un pie frente al otro o comienza a caerse o se mantiene por \leq 3 segundos.
1 = capaz de mantenerse 4 a 9 segundos.
2 = capaz de mantener la posición tándem por 10 segundos.
Tiempo: ____ , ____ segundos
11. Se agacha (para recoger un objeto del piso):
0 = incapaz o se tambalea.
1 = capaz, pero requiere más de un intento para enderezarse.
2 = capaz y firme.
12. Se para en puntillas:
0 = incapaz.
1 = capaz pero por < 3 segundos.
2 = capaz por 3 segundos.
Tiempo: ____ , ____ segundos
13. Se para en los talones:
0 = incapaz.
1 = capaz pero por < 3 segundos.
2 = capaz por 3 segundos.
Tiempo: ____ , ____ segundos



Pies lado a lado



Posición Semi-tándem



Posición Tándem

MARCHA

INSTRUCCIONES: La persona se para junto al examinador, camina por el pasillo o habitación (mida 3 metros), da la vuelta y regresa por el mismo camino usando sus ayudas habituales para la marcha, como el bastón o andador. El piso debe ser plano, no alfombrado y sin irregularidades.

Anote el tipo de piso: ---linóleo/cerámica ---madera ---cemento/concreto ---otro: _____

1. Inicio de la marcha (Inmediatamente después de decirle “camine”):
 - 0 = cualquier vacilación o múltiples intentos para comenzar.
 - 1 = sin vacilación.

2. Trayectoria (estimada en relación a la cinta métrica colocada en el piso), Inicia la observación de la desviación del pie más cercano a la cinta métrica cuando termina los primeros 30 centímetros y finaliza cuando llega a los últimos 30 centímetros.
 - 0 = marcada desviación.
 - 1 = moderada o leve desviación o utiliza ayudas.
 - 2 = recto, sin utilizar ayudas.

3. Pierde el paso (tropieza o pérdida del balance):
 - 0 = sí, y hubiera caído o perdió el paso más de 2 veces.
 - 1 = sí, pero hizo un intento apropiado para recuperarlo y no perdió el paso más de 2 veces.
 - 2 = no.

4. Da la vuelta (mientras camina):
 - 0 = casi cae.
 - 1 = leve tambaleo, pero se recupera, usa andador o bastón.
 - 2 = estable, no necesita ayudas mecánicas.

5. Caminar sobre obstáculos (se debe evaluar durante una caminata separada donde se colocan dos zapatos en el trayecto, con una separación de 1.22 metros):
 - 0 = comienza a caer ante cualquier obstáculo o incapaz o camina alrededor de cualquier obstáculo o pierde el paso > 2 veces.
 - 1 = capaz de caminar por encima de todos los obstáculos, pero se tambalea un poco aunque logra recuperarse o pierde el paso una o dos veces.
 - 2 = capaz y firme al caminar por encima de todos los obstáculos sin perder el paso.

EVALUACIÓN COGNITIVA (MMSE) MODIFICADO¹

1. Por favor, dígame la fecha de hoy.

Sondee el mes, el día del mes, el año y el día de la semana.

Anote un punto por cada respuesta correcta.

Mes _____
Día mes _____
Año _____
Día semana _____

Total: _____

2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante.

Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos.

Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió leer.

Número de repeticiones: _____

Árbol _____

Mesa _____

Avión _____

Anote un punto por cada objeto recordado en el primer intento.

Total: _____

3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés: 1 3 5 7 9

Al puntaje máximo de 5 se le reduce uno por cada número que **no** se mencione, o por cada número que se **añada**, o por cada **número que se mencione fuera del orden indicado**.

Respuesta Paciente

Respuesta correcta **9 7 5 3 1**

Total: _____

4. Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas.

Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.

Toma papel _____

Dobla _____

Coloca _____

Total: _____

5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y Ud. repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.

Anote un punto por cada objeto recordado.

Árbol _____

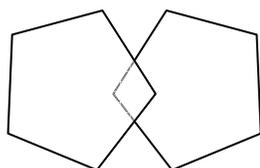
Mesa _____

Avión _____

Total: _____

6. Por favor copie este dibujo:

Muestre al entrevistado el dibujo con los dos pentágonos que se cruzan. La acción está correcta si los dos pentágonos se cruzan y forman un cuadrilátero.



Anote un punto si el objeto está dibujado correcto.

Correcto: _____

SUME LOS PUNTOS ANOTADOS EN LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 1 A 6.

SUMA TOTAL:

Puntuación máxima: 19 puntos. A partir de 13 puntos o menos se sugiere déficit cognitivo.

¹ Folstein MF, Folstein S, McHugh PR. "Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician." J Psychiatry Res 1975, 12: 189-198. Modificado por Icaza, MG, Albala C. "Mini-mental State Examination (MMSE): el estudio de demencias en Chile." OPS/OMS, 1999.

ESCALA DE PFEFFER¹

INSTRUCCIONES:

Muestre al informante una tarjeta con las siguientes opciones y lea las preguntas.

Anote la puntuación como sigue:

Si es capaz	0
Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo	0
Con alguna dificultad pero puede hacerlo	1
Nunca lo ha hecho, y tendría dificultad ahora	1
Necesita ayuda	2
No es capaz	3

1. ¿Es (nombre del paciente) capaz de manejar su propio dinero?
 2. ¿Es (nombre) capaz de hacer las compras sólo?
 3. ¿Es (nombre) capaz de calentar el agua para el café o el té y apagar la estufa?
 4. ¿Es (nombre) capaz de preparar la comida?
 5. ¿Es (nombre) capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos y de lo que pasa en el vecindario?
 6. ¿Es (nombre) capaz de poner atención, entender y discutir un programa de radio, televisión o un artículo de periódico?
 7. ¿Es (nombre) capaz de recordar compromisos y acontecimientos familiares?
 8. ¿Es (nombre) capaz de administrar o manejar sus propios medicamentos?
 9. ¿Es (nombre) capaz de andar por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa?
 10. ¿Es (nombre) capaz de saludar a sus amigos adecuadamente?
 11. ¿Es (nombre) capaz de quedarse solo en la casa sin problema?
-

Sume las respuestas correctas de acuerdo a la puntuación indicada y anote el total =

La puntuación máxima es de 33 puntos.

Si la suma es de **6 puntos o más** sugiere déficit cognitivo.

¹ Pfeffer, RI, Kurosaki, TT, Harrah, CH, Jr. Chance, JM, Filos, S. "Measurement of functional activities in older adults in the community, Journal of Gerontology 1982, 37 (3): 323-329.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA¹

INSTRUCCIONES:

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ULTIMA SEMANA

- | | | |
|---|-----------|-----------|
| 1. ¿Está Ud., básicamente satisfecho con su vida? | si | NO |
| 2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas? | SI | no |
| 3. ¿Siente que su vida está vacía? | SI | no |
| 4. ¿Se siente aburrido frecuentemente? | SI | no |
| 5. ¿Está Ud., de buen ánimo la mayoría del tiempo? | si | NO |
| 6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar? | SI | no |
| 7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? | si | NO |
| 8. ¿Se siente con frecuencia desamparado? | SI | no |
| 9. ¿Prefiere Ud., quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas? | SI | no |
| 10. ¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad? | SI | no |
| 11. ¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo? | si | NO |
| 12. ¿Se siente inútil o despreciable como está Ud., actualmente? | SI | no |
| 13. ¿Se siente lleno de energía? | si | NO |
| 14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual? | SI | no |
| 15. ¿Cree Ud., que las otras personas están en general, mejor que Usted? | SI | no |

SUME TODAS LAS RESPUESTAS SI EN MAYÚSCULAS O NO EN MAYÚSCULAS
O SEA: SI = 1; SI = 0; NO = 1; NO = 0 **TOTAL : _____**

¹ Sheikh JL, Yesavage, JA. "Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version," Clinical Gerontology 1986, 5: 165-172.

MINI-TAMIZAJE DE NUTRICIÓN EN LA COMUNIDAD¹

Mini-Tamizaje de nutrición en la comunidad	SI
Tiene enfermedad o condición que le hace cambiar la clase de comida o la cantidad de alimento que come.	2
Come menos de dos comidas al día.	3
Come pocas frutas, vegetales o productos de leche.	2
Toma tres o más bebidas de cerveza, licores o vino casi todos los días.	2
Tiene problemas con los dientes o la boca que le dificultan el comer.	2
No siempre tiene suficiente dinero para comprar los alimentos que necesita.	4
Come solo la mayor parte de las veces.	1
Toma al día tres o más medicinas diferentes, recetadas o sin recetas.	1
Ha perdido o ganado, sin querer, 5 Kg (10 lb.), en los seis últimos meses.	2
Físicamente no puede ir de compras, cocinar o alimentarse.	2
TOTAL	

Si la puntuación total es:

- 0 - 2 La persona *no está en riesgo nutricional*.
- 3 - 5 La persona está en *riesgo nutricional moderado*. Asesore a la persona de cómo puede mejorar su estado nutricional y vuelva a evaluarlo en 3 meses.
- 6 o más La persona está en *riesgo nutricional alto*. Requiere examen más exhaustivo de su estado nutricional.

¹ Reimpreso con permiso de la Iniciativa de Tamizaje Nutricional, un proyecto de la Academia Estadounidense de Medicina Familiar y la Asociación Dietética Estadounidense, financiado parcialmente mediante una subvención de Ross Products Division, Abbott Laboratories, Inc.

CUADRO 5.4. MINI-EXAMEN NUTRICIONAL¹ Mini Nutritional Assessment MNA™

Nombre: _____ Sexo: _____ Fecha: _____ Edad: _____ Peso en kg: _____ Talla en cm: _____ Altura talón-rodilla: _____

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

TAMIZAJE	
A ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses? 0 = anorexia grave 1 = anorexia moderada 2 = sin anorexia	<input type="checkbox"/>
B Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso	<input type="checkbox"/>
C Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = autonomía en el interior 2 = sale del domicilio	<input type="checkbox"/>
D ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no	<input type="checkbox"/>
E Problemas neuropsicológicos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia o depresión moderada 2 = sin problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F Índice de masa corporal (IMC = peso / (talla) ² en kg/m ²) 0 = IMC <19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
Evaluación (subtotal máx. 14 puntos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12 puntos o más normal, no es necesario continuar la evaluación	
11 puntos o menos posible malnutrición – continuar la evaluación	
EVALUACION	
G ¿El paciente vive independiente en su domicilio? 0 = no 1 = sí	<input type="checkbox"/>
H ¿Toma más de 3 medicamentos al día? 0 = sí 1 = no	<input type="checkbox"/>
I ¿Úlceras o lesiones cutáneas? 0 = sí 1 = no	<input type="checkbox"/>
Ref: Guigoz Y, Vellas B and Garry PJ. 1994. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. <i>Facts and Research in Gerontology</i> , Supplement 2:15-59. Rubenstein LZ, Harker J, Guigoz Y and Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA: An Overview of CGA, Nutritional Assessment, and Development of a Shortened Version of the MNA. In: "Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly". Vellas B, Garry PJ and Guigoz Y, editors. Nestlé Nutrition Workshop Series. Clinical & Performance Programme, vol. 1. Karger, Bâle, in press. © 1998 Société des Produits Nestlé S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners	
J ¿Cuántas comidas completas toma al día? (Equivalentes a dos platos y postre) 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas	<input type="checkbox"/>
K ¿Consumo el paciente • productos lácteos al menos una vez al día? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> • carne, pescado o aves, diariamente? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 0,0 = 0 o 1 sies 0,5 = 2 sies 1,0 = 3 sies	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L ¿Consumo frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = no 1 = sí	<input type="checkbox"/>
M ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...) 0,0 = menos de 3 vasos 0,5 = de 3 a 5 vasos 1,0 = más de 5 vasos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N Forma de alimentarse 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad	<input type="checkbox"/>
O ¿Se considera el paciente que está bien nutrido? (problemas nutricionales) 0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición	<input type="checkbox"/>
P En comparación con las personas de su edad, ¿cómo encuentra el paciente su estado de salud? 0,0 = peor 0,5 = no lo sabe 1,0 = igual 2,0 = mejor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q Circunferencia braquial (CB en cm) 0,0 = CB < 21 0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1,0 = CB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31	<input type="checkbox"/>
Evaluación (máx. 16 puntos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tamizaje	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Evaluación global (máx. 30 puntos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Evaluación del estado nutricional	
De 17 a 23,5 puntos riesgo de malnutrición	<input type="checkbox"/>
Menos de 17 puntos malnutrición	<input type="checkbox"/>

¹ Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini-Nutritional Assessment: A practical assesment tool for grading the nutritional state of elderly patients, *Facts and Research in Gerontology*, Supplement 2:15-59, 1994.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE RECURSOS SOCIALES¹

- | | |
|---|--|
| 1. ¿Es usted soltero, casado, en unión libre, viudo, divorciado o separado? | 1. Soltero
2. Casado/en unión libre
3. Viudo
4. Divorciado/separado |
| 2. ¿Quién vive con usted? | 1. Nadie
2. Conyuge
3. Hijos
4. Nietos
5. Otros familiares
6. Otros no familiares |
| 3. ¿Cuántas personas lo visitan en su casa? | 1. Nadie
2. _____ |
| 4. ¿Con cuántas personas (familiares o amistades) ha hablado por teléfono en la última semana? | 1. Nadie
2. _____ |
| 5. ¿Cuántas veces durante la última semana estuvo con alguien que no vive con usted, ya sea de visita, de paseo o en algún evento recreativo? | 1. Ninguna
2. Una vez al día
3. Una vez a la semana
4. 2-6 veces por semana |
| 6. ¿Tiene usted alguien en quién pueda confiar? | 1. Si
2. No |
| 7. ¿Se siente solo con frecuencia, algunas veces o casi nunca? | 1. Frecuentemente
2. Algunas veces
3. Casi nunca |
| 8. ¿Ve usted a sus familiares y amigos con la frecuencia que desea, o se siente algo descontento por lo poco que los ve? | 1. Tan frecuente como deseo
2. Descontento por lo poco |
| 9. ¿Si usted se enfermara ocasionalmente, podría contar con alguien que le ayude? Si responde sí, pregunte 9a y 9b. | 1. Si
2. No |
| 9a. ¿Le podrían ayudar si estuviera enfermo o discapacitado de 1 a seis semanas? | 1a. Si
2a. No |
| 9b. ¿Le podrían cuidar si estuviera enfermo o discapacitado más de seis semanas? | 1b. Si
2b. No |
| 10. ¿Considera que usted (y su pareja) tiene(n) suficiente dinero para cubrir sus necesidades básicas del vivir diario? | 1. Si
2. No |
-

¹ Preguntas seleccionadas y adaptadas del Cuestionario OARS (Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire), elaborado por Gertrude Fillenbaum, Ph.D., Duke University Center for the Study of Aging and Human Development. Ver página web: www.geri.duke.edu/service/oars.htm. Fillenbaum, Gerda G. 1988. Multidimensional Functional Assessment of Older Adults: The Duke Older Americans Resources and Services Procedures. Mahway, NJ: Erlbaum Associates.

Inventario de Discapacidad Auditiva en los Adultos Mayores (Acortado)

Hearing Handicap Inventory of the Elderly–Short (HHIE-S)¹

	Sí	Algunas veces	No
	4	2	0
¿Alguna vez se ha sentido avergonzado al conocer personas, debido a problemas para oír?			
¿Los problemas para oír le hacen sentir frustrado al hablar con miembros de su familia?			
¿Tiene dificultad para oír cuando alguien le habla en voz baja?			
¿Alguna vez ha tenido limitaciones debido a problemas para oír?			
¿Los problemas para oír le han causado dificultades al visitar amigos, parientes o vecinos?			
¿Los problemas para oír han hecho que vaya menos seguido de lo que le gustaría a actos sociales o servicios religiosos?			
¿Los problemas para oír han causado discusiones con miembros de su familia?			
¿Los problemas para oír le causan dificultad para entender los programas de televisión o radio?			
¿Cree que su problema para oír limita su vida personal o social?			
¿Un problema para oír le causa dificultad cuando va con amigos o parientes a un restaurante?			
TOTAL			

RANGO DE PUNTOS: 0 - 40

- 0 - 8 -- sin alteración autopercebida
- 10 - 22 -- con dificultad leve a moderada
- 24 - 40 -- dificultad significativa

¹ Ventry IM, Weinstein BE. "Identification of elderly people with hearing problems". ASHA (American Speech-Language-Hearing Association) 1983, 25: 37-42.