

Manual de Educación Gerontológica
para el Personal de Atención Primaria de Salud

Aspectos Clínicos en la Atención a los Adultos Mayores

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD





ASPECTOS CLÍNICOS EN LA ATENCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO

**PROYECTO REGIONAL PARA
LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD**

SERIE MATERIALES DE CAPACITACIÓN

**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**

FUNDACIÓN NOVARTIS

La Serie Materiales de Capacitación es producto del trabajo de las diversas personas, grupos e instituciones involucrados en el desarrollo del Proyecto Regional de Atención Primaria en Salud para los Adultos Mayores. Este proyecto se ha financiado en parte con un grant de la Fundación NOVARTIS, la contribución de la Sociedad Americana de Geriátría (American Geriatrics Association) y el Instituto Hartford de Enfermería y Geriátría de la Universidad de New York (The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University).

Coordinación general de la producción de materiales:

Martha Peláez (OPS)

Pedro Brito (OPS)

La preparación de los materiales educativos se realizó bajo la coordinación del Dr. Luis Miguel Gutiérrez del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, México, D.F. y del Dr. Enrique Vega García del Centro Iberoamericano de la Tercera Edad de Cuba, con un Comité Técnico de Especialistas de la Región.

El Comité Técnico de Expertos estuvo formado por: Alicia Villalobos, Pedro Paulo Marín y Ricardo Hidalgo (Chile); Roberto Kaplan, Miguel A. Acánfora (Argentina); Renato Maía, Rosalidna Rodríguez (Brasil); Fernando Morales, Adelina Brenes (Costa Rica); Jesús Menéndez, Susana Hierrezuelo (Cuba); Gustavo Estrada (Guatemala); Emilio José García, Miguel Flores C., Jorge Reyes G., Silvia Santamaría (México); Segundo Seclén, Carlos Toscano (Perú).

® 2001, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., agosto de 2001

***Versión preliminar para prueba de campo, se agradece no citar ni reproducir.
Material para uso exclusivo de los participantes de la prueba de campo.***

CONTENIDO

I. LA UTILIZACIÓN COMO MANUAL DOCENTE

INTRODUCCIÓN
ORGANIZACIÓN DEL MATERIAL DOCENTE
EL MÉTODO DE INSTRUCCIÓN UTILIZADO EN ESTE PROYECTO

II. ASPECTOS CLÍNICOS DEL ENVEJECIMIENTO

MÓDULO 1. VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR

INTRODUCCIÓN
VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR
VALORACIÓN PREOPERATORIA
GIGANTES DE LA GERIATRÍA
BIBLIOGRAFÍA

MÓDULO 2. TÉCNICAS PARA LA EVALUACIÓN Y LA COMUNICACIÓN CON LOS ADULTOS MAYORES CON IMPEDIMENTOS SENSORIALES

INTRODUCCIÓN
LA VISIÓN
LA AUDICIÓN
LA MEMORIA
LOS DIEZ MANDAMIENTOS PARA LA COMUNICACIÓN CON LOS ADULTOS MAYORES
BIBLIOGRAFÍA

MÓDULO 3. EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

INTRODUCCIÓN
LA EVALUACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL
ÍNDICE PARA EVALUAR LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)
ÍNDICE PARA EVALUAR LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)
VALORACIÓN DEL EQUILIBRIO Y LA MARCHA
BIBLIOGRAFÍA

MÓDULO 4. EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR

INTRODUCCIÓN
VALORACIÓN COGNITIVA
VALORACIÓN EMOCIONAL
BIBLIOGRAFÍA

MÓDULO 5. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR

INTRODUCCIÓN
TAMIZAJE DEL ESTADO NUTRICIONAL
EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL
BIBLIOGRAFÍA

MÓDULO 6. EVALUACIÓN FARMACOLÓGICA DEL ADULTO MAYOR

INTRODUCCIÓN

FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINÁMICA

RECOMENDACIONES PARA EL USO DE FÁRMACOS

EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

BIBLIOGRAFÍA

MÓDULO 7. EVALUACIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR

INTRODUCCIÓN

VALORACIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR

BIBLIOGRAFÍA

MÓDULO 8. REHABILITACIÓN EN EL ADULTO MAYOR

INTRODUCCIÓN

ASPECTOS A EVALUAR EN LA REHABILITACIÓN GERIÁTRICA

TRATAMIENTO INTEGRAL EN REHABILITACIÓN DEL ADULTO MAYOR

BIBLIOGRAFÍA

MÓDULO 9. ASUNTOS ÉTICOS EN LA ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR.

III. GUÍAS CLÍNICAS PARA PROBLEMAS SELECCIONADOS

INTRODUCCIÓN

SECCIÓN A-C

- 1.- ABUSO (MALTRATO) Y (NEGLIGENCIA) ABANDONO**
- 2.- ALTERACIONES DE LA MOVILIDAD (INMOVILIDAD)**
- 3.- ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO**
- 4.- ANOREXIA**
- 5.- CAÍDAS**
- 6.- CONFUSIÓN MENTAL O DELIRIUM**
- 7.- CUIDADO DE LOS PIES**

SECCIÓN D-E

- 8.- DEPRESIÓN**
- 9.- DISFUNCIÓN SEXUAL**
- 10.- DISMINUCIÓN DE LA AGUDEZA AUDITIVA**
- 11.- DISMINUCIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL**
- 12.- DOLOR ABDOMINAL**
- 13.- DOLOR ARTICULAR**
- 14.- EDEMA DE LAS PIERNAS**
- 15.- ESTREÑIMIENTO**

SECCIÓN F-O

- 16.- FATIGA Y PÉRDIDA DE VIGOR**
- 17.- HIPERGLUCEMIA**
- 18.- HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

- 19.- HIPERTROFIA PROSTÁTICA BENIGNA**
- 20.- HIPOTERMIA**
- 21.- INCONTINENCIA URINARIA**
- 22.- INSOMNIO Y SUEÑO**

SECCIÓN P-Z

- 23.- PÉRDIDA DE PESO**
- 24.- PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LAS INFECCIONES**
- 25.- RETENCIÓN URINARIA**
- 26.- SALUD ORAL**
- 27.- TEMBLOR**
- 28.- TRASTORNOS DE LA MEMORIA**
- 29.- ULCERAS POR PRESIÓN**



LA UTILIZACIÓN COMO MANUAL DOCENTE

**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**

INTRODUCCIÓN

Los médicos de atención primaria están sometidos a presiones crecientes para proveer servicios más exhaustivos y de mayor calidad para los múltiples problemas comunes que se ven en el centro de salud o los consultorios. El médico de atención primaria desea realizar un trabajo excelente, pero encuentra que las restricciones sobre su tiempo parecen limitar todo esfuerzo por efectuar cambios sustanciales.

El médico de atención primaria se encarga, en una gran proporción del cuidado de aquellos con condiciones crónicas, siendo un número creciente de estos pacientes, de 60 años de edad o más. Desgraciadamente, las enfermedades crónicas comunes que afectan a las personas mayores son especialmente difíciles de manejar en los consultorios de atención primaria. Estos padecimientos requieren una educación sustancial del paciente a través del proceso de diagnóstico y tratamiento y la toma de decisiones está impulsada, tanto por las metas e intereses del paciente, como por los hechos médicos y las condiciones del medio donde este se desenvuelve. Demencia, Incontinencia, Caídas, Depresión, Vitalidad Disminuida, Trastornos de Nutrición, así como el manejo de las disfunciones comunes de órganos, que de forma seria pueden aparecer en esta etapa de la vida (cardíaca, pulmonar, musculoesquelética), son todos buenos ejemplos de condiciones que no calzan bien con la trama tradicional de la práctica de consultorio. Incluso la promoción de salud y prevención de enfermedades, tan común en la atención primaria, tiene particularidades en su aplicación a las personas mayores.

Los métodos y enfoques clínicos que se recomiendan en este manual están diseñados para tratar estos temas. Cada equipo de materiales provee información de fondo actualizada, recursos y herramientas especialmente diseñadas 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

El Manual de Aspectos Clínicos (MAC), dividido en nueve (9) módulos y veintinueve (29) guías. Los módulos incluyen materiales para conocer las características médicas de la enfermedad en los adultos mayores, la valoración clínica y asuntos éticos relacionados con su salud y bienestar. Las guías por su parte incluyen 29 problemas de salud que los adultos mayores pueden traer al médico tratante y provee de una guía en el abordaje diagnóstico y manejo de estos problemas.

EL MÉTODO DE INSTRUCCIÓN UTILIZADO EN ESTE PROYECTO

El manual está diseñado para utilizarse por médicos para la enseñanza autodirigida. 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 y enfermeras practicantes. Cuando está presente un facilitador, éste expondrá información basada en conceptos y datos en tanto que los

participantes tienen la oportunidad de hablar acerca de la información y aplicarla mediante ejercicios de formación de ideas, discusión de casos y el establecimiento de metas personales para sus propias prácticas.

Además de la información que incluimos en la Carpeta, en los casos que les sea posible, se recomienda que los médicos consulten los libros y artículos que se mencionan en la bibliografía y que visiten los portales electrónicos especializados en el tema de salud del adulto mayor. Una selección de los portales que hemos encontrado de mayor utilidad es incluida como parte de la bibliografía.

ASPECTOS CLÍNICOS DEL ENVEJECIMIENTO

Módulo 1

VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

MÓDULO

1

1.- INTRODUCCIÓN

1.1.- ¿QUÉ ES LA GERIATRÍA?

1.2.- PECULIARIDAD DE LA ENFERMEDAD EN GERIATRÍA

2.- VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR

2.1.- ANTECEDENTES DE SALUD

2.2.- EXAMEN FÍSICO

2.3.- VALORACIÓN NUTRICIONAL

2.4.- VALORACIÓN FUNCIONAL

2.5.- VALORACIÓN DEL ESTADO MENTAL Y AFECTIVO

2.6.- VALORACIÓN SOCIAL

2.7.- IDENTIFICACIÓN DEL ADULTO MAYOR FRÁGIL

2.8.- DIAGNÓSTICO

2.9.- TRATAMIENTO

3.- VALORACIÓN PREOPERATORIA

4.- GIGANTES DE LA GERIATRÍA

4.1.- INMOVILIDAD

4.2.- INESTABILIDAD

4.3.- INCONTINENCIA

4.4.- DETERIORO INTELECTUAL

4.5.- IATROGENIA

5.- BIBLIOGRAFÍA

OBJETIVOS

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

ESPECÍFICOS:

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

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

1.- INTRODUCCIÓN

1.1.- ¿QUÉ ES LA GERIATRÍA?

La Geriatría es la rama de la medicina que se ocupa de atender 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 de salud.

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

1.2.- 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 CAUSAN 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. Algunos síntomas que son comunes a varias enfermedades de la vejez son la confusión, las caídas, la incontinencia y la inmovilidad.
- Los síntomas pueden incluso darse en una esfera distinta a la del aparato o sistema afectado por el proceso patológico. Algunos ejemplos son 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 geriatría, 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 Malabsorción Intestinal en el joven se presenta con abundantes evacuaciones y Esteatorrea, en el viejo 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 son un ejemplo.
- Algunas complicaciones de enfermedades comunes ocurren sólo décadas después de iniciado el proceso y son por ende más frecuentemente observadas en el viejo (manifestaciones neoplásicas del Sprue Celíaco, las complicaciones de la Hipertensión Arterial o las manifestaciones tardías de la Diabetes Mellitus).

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, estos 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 más eficazmente evocar una respuesta 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

Además, 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 la historia clínica, la historia de enfermería y la historia socioeconómica.

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 también la heterogeneidad de este grupo de población.

Hay que recordar que los adultos mayores traen con ellos una historia de una vida llena de eventos, de personas, de ambientes y de 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. (Tabla 1.1)

2.1.- 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.

TABLA 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	Módulo 3
Examen de salud oral	Examen oral	
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 Mellitus 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.

2.2.- EXAMEN FÍSICO

Al interrogar acerca de por qué 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 los hábitos intestinales, 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 empezar 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, si hay signos de extrapiramidalismo, evalúe los reflejos osteotendineos 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, tacto rectal y vaginal.
- 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 que serán de mayor importancia y cómo poder afrontarlos o solucionarlos con los medios que se disponen.

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.

2.3.- 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 a 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 bastante exactitud la talla original del adulto mayor. (ver Módulo 5).

Índice de masa corporal: Con el peso y talla, ya sean reales o estimados, se puede obtener el índice de masa corporal (peso / talla). Este constituye un indicador de adiposidad y sirve como un primer tamiz para reconocer la obesidad (valor mayor de 26) o la desnutrición (menos de 19).

2.4.- 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 de 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).

2.5.- 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 de aplicar si existen indicios de alteración de la función afectiva.

2.6.- 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 por 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.

2.7.- IDENTIFICACIÓN DEL ADULTO MAYOR FRÁGIL

La Tabla 1.2 presenta un cuestionario de tamizaje rápido para identificar los adultos mayores más frágiles, o sea los que padecen o están en riesgo de presentar los llamados "Gigantes de la Geriátrica" o las Cinco "I": **INMOVILIDAD, INESTABILIDAD, INCONTINENCIA, DETERIORO INTELECTUAL y la IATROGENIA.**

2.8.- 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 de 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.

2.9.- 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 impresa y expresando claramente las dosis indicadas y por cuánto tiempo deben tomarla. 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.

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.

TABLA 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 para 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 cada lado.	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. 5 kg o más en los últimos 6 meses involuntariamente? 2. Pese al paciente.	Respuesta afirmativa o peso < de 45 kg.
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 sólo en tina, ducha o regadera? 6. ...vestirse sin ayuda alguna?	Respuesta negativa a cualquiera de las preguntas.

¹ (Tabla modificada 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).

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 que tan extensa debe ser la evaluación previa o bien si ha de efectuarse la referencia al siguiente nivel de atención para llevarla a cabo allí. 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 muy adultos. 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 en 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 cardíacas perioperatorias (infarto miocárdico, edema pulmonar, paro cardiorrespiratorio); 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

TABLA 1.3. ÍNDICE DE RIESGO CARDIACO MODIFICADO

Variable	Puntaje
Insuficiencia coronaria:	
• Infarto al miocardio < 6 meses previo	10
• Infarto al miocardio > 6 meses previo	5
Angina de pecho:	
• Al caminar una o dos cuadras o subir un tramo de escaleras	10
• Cualquier actividad física determina la presencia 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 potasio inferior a 3.3 meq./lt, BUN > 50 mg/dl, creatinina > 3 mg/dl	5
• Paralizado en cama	5
Edad mayor de 70 años	5
Cirugía de urgencia	10
TOTAL	
Puntaje de 0 a 15	Puntaje > 20
Verifique si el paciente es mayor de 70 años, tiene historia de angina de pecho o infarto, es diabético, sufre de hipertensión arterial con hipertrofia ventricular izquierda, tiene anomalías del segmento S-T u ondas Q en el electrocardiograma. Si no tiene más de uno de los factores enumerados, puede proceder a cirugía, si tiene dos o más, requiere referencia para valoración cardiológica.	En el índice de riesgo cardiovascular, refiera para valoración cardiológica.

- **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 menos reservas.
- 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.
- Porque puede desarrollar lesiones de la piel por compresión y también 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.- GIGANTES DE LA GERIATRÍA

Bernard Isaac's al pronunciar la conferencia inaugural en medicina geriátrica en la Universidad de Birmingham en Inglaterra definió con claridad los grandes problemas de los pacientes geriátricos llamándolos los "Gigantes de la Geriatria". Estas son condiciones que confieren a los pacientes de edad avanzada un grado de complejidad tal que demanda un abordaje especializado. Fueron descritos inicialmente 4 entidades: **INMOVILIDAD, INESTABILIDAD, INCONTINENCIA, Y DETERIORO INTELECTUAL**. La **IATROGENIA** fue agregada posteriormente pasando en conjunto a ser conocidas como las Cinco "I".

Las Cinco "I" presentan en común las siguientes características:

- Múltiple etiología.
- No constituyen un riesgo inminente para la vida.
- Compromiso significativo de la calidad de vida.
- Complejidad terapéutica.

4.1.- 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.

4.2.- 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. La caída debe ser considerada como un síntoma que debe ser investigado.

4.3.- 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 atraiga rutinariamente la atención de los médicos.

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.

4.4.- 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.

4.5.- 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 disminuye la llamada “franja terapéutica” 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 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

Delguercio LRM, Cohn JD. Monitoring operative risk in the elderly. JAMA 1980; 243:1350-1355.

Gerson MC, Hurst JM, Hertzberg VS, et al. Cardiac prognosis in noncardiac geriatric surgery. Ann Int Med 1985; 103:832-837.

Goldman L, Caldera DL, Nussbaum SR, Et Al. Multifactorial index of cardiac risk in noncardiac surgical procedures. New Engl J Med 1977; 297:845-50.

Hosking MP, Warner MA, Lobdell CM, et al. Outcomes of surgery in patients 90 years of age and older. JAMA 1989; 261:1909-1915.

Katlic MR. Surgery in centenarians. JAMA 1985; 253:3139-4

Keating HJ. Preoperative considerations in the geriatric patient. Med Clin North Am 1987; 71:569-583.

Keating HJ, ed. Perioperative care of the older patient. Clin Geriatric Med 1990; 6(3):459-691.

Lubin MF. Is age a risk factor for surgery? Med Clin North Am 1993; 77:327-333.

Mohr DN. Estimation of surgical risk in the elderly: a correlative review. J Am Geriatrics Soc 1983; 31:99-102.

Reuben DB, Solomon DH. Assessment in geriatrics: of caveats and names. J Am Geriat Soc 1989; 37:570-572.

Rubenstein LV, Calkins DR, Greenfield S, et al. Health status assessment for elderly patients: report of the Society of General Internal Medicine Task Force on Health Assessment. J Am Geriat Soc 1989; 37:562-569.

Seymour DG, Vaz FG. Aspects of surgery in the elderly: preoperative medical assessment. Brit J Hosp Med 1987; 37(2):102-112.

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

ASPECTOS CLÍNICOS DEL ENVEJECIMIENTO

Módulo 2

**TÉCNICAS PARA LA EVALUACIÓN Y LA COMUNICACIÓN
CON LOS ADULTOS MAYORES
CON IMPEDIMENTOS SENSORIALES**

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

MÓDULO

2

1.- INTRODUCCIÓN

2.- LA VISIÓN

2.1.- CAMBIOS VISUALES EN EL ADULTO MAYOR

2.2.- TÉCNICAS PARA LA COMUNICACIÓN CON LOS ADULTOS MAYORES CON IMPEDIMENTOS DE VISIÓN

3.- LA AUDICIÓN

3.1.- CAMBIOS AUDITIVOS EN EL ADULTO MAYOR

3.2.- TÉCNICAS PARA LA COMUNICACIÓN CON LOS ADULTOS MAYORES CON IMPEDIMENTOS AUDITIVOS

4.- LA MEMORIA

4.1.- CAMBIOS COGNITIVOS Y TRASTORNOS DE LA MEMORIA

4.2.- 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: El propósito de este Módulo es 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. Conocer los elementos básicos para una buena comunicación con 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 morbilidad y mortalidad 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 estadios, 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

2.1.- 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 y los cambios son significativos con resultados inferiores a 20/50.

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

- Leer 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 los titulares y grave, si no lee 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
- Retinopatías
- Glaucomas

2.2.- 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

3.1.- 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.

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 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

3.2.- 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 sobreenfatizar.
- 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

4.1.- 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, por lo tanto, del estado mental, que 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, la enfermera, los familiares y los 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,
- tóxicos (alcohol),
- anemia,
- problemas cardiovasculares,
- problemas respiratorios,
- traumatismos,
- alteraciones metabólicas,
- medicamentos,
- trastornos orgánicos y psicológicos,
- stress quirúrgico,
- postoperatorios (estados postoperatorios).

4.2.- TÉCNICAS PARA LA COMUNICACIÓN CON LOS ADULTOS MAYORES CON IMPEDIMENTOS DE COGNICIÓN

- Mantenga realistas sus expectativas.
- Mantener contacto visual y mediante el tacto.
- Informar a la persona de su identidad (nombre, profesión), el lugar en que está, 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.
- Valide el comportamiento del paciente sin ofrecer contradicciones.
- Haga preguntas que puedan contestarse con un si o un no y no haga preguntas que requieran esfuerzos de memoria.
- No polemizar o discutir con el paciente.

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

6.- BIBLIOGRAFÍA

ASPECTOS CLÍNICOS DEL ENVEJECIMIENTO

Módulo 3

EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

1.- INTRODUCCIÓN

2.- LA EVALUACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL

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

3.1.- POBLACIÓN OBJETIVO PARA LA EVALUACIÓN

3.2.- VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

3.3.- MÉRITOS Y LIMITACIONES

3.4.- EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)

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

4.1.- POBLACIÓN OBJETIVO PARA LA EVALUACIÓN

4.2.- VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

4.3.- MÉRITOS Y LIMITACIONES

4.4.- EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)

5.- VALORACIÓN DEL EQUILIBRIO Y LA MARCHA

5.1.- POBLACIÓN OBJETIVO PARA LA EVALUACIÓN

5.2.- MOVILIDAD

5.3.- EQUILIBRIO

5.4.- MARCHA

5.5.- ESCALA DE TINETTI MODIFICADA

6.- BIBLIOGRAFÍA

OBJETIVOS

GENERAL: El propósito de este módulo es brindar 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. Conocer 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 cardíaca, 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.

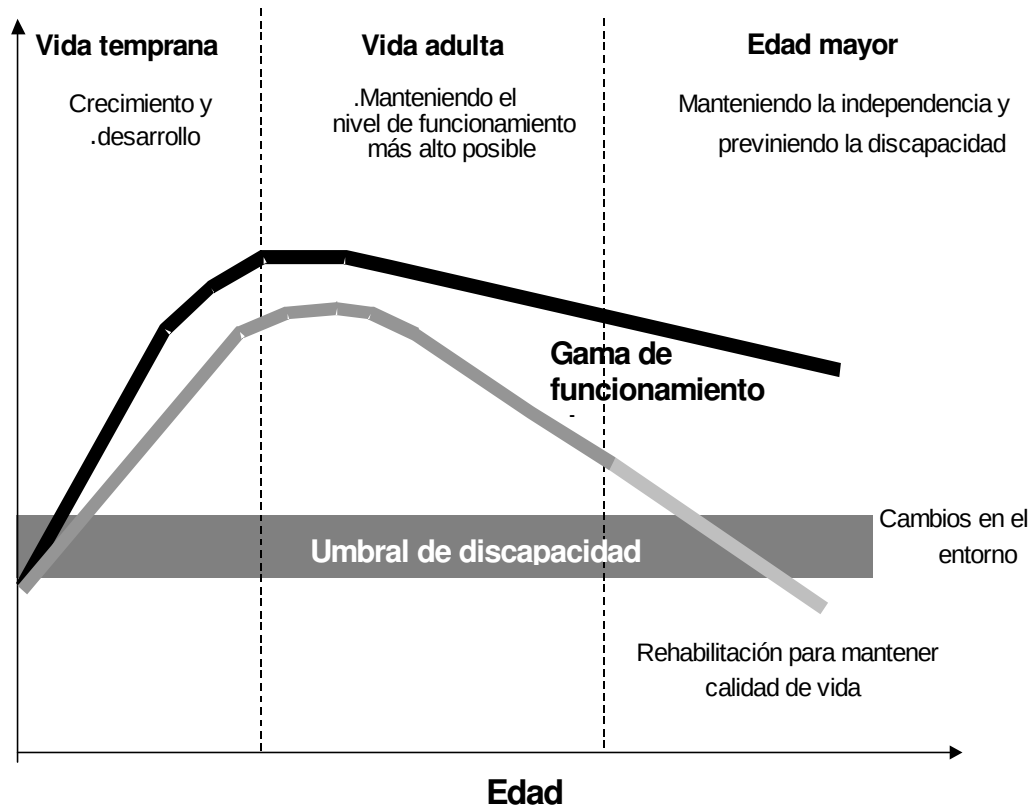
La declinación también puede acelerarse a causa de factores externos y ambientales, tales como la contaminación ambiental, la pobreza, la falta de educación, etcétera; sobre los cuales el individuo puede tener poca o ninguna influencia. Ambos pueden ser influenciados mediante políticas e intervenciones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

Asimismo, para aquellos que se vuelven discapacitados, 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 y 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 1.1. ESTADO DE LA FUNCIÓN EN EL CURSO DE LA VIDA



2.- LA EVALUACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL

Los cambios normales a causa del envejecimiento y los problemas de salud, a menudo se manifiestan como declinaciones en el estado funcional de las personas adultas. La declinación puede poner al adulto en un espiral de iatrogenesis, lo cual lleva a mayores problemas de salud. Una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional (Tabla 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 médico o enfermera intervenir de forma apropiada.

TABLA 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 (que determina la potencial reversibilidad).

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

El Índice de Katz (Tabla 3.2) acerca de la independencia relacionada con las actividades de la vida diaria, conocido en inglés como el Katz ADL, es el instrumento más apropiado para evaluar el estado funcional como una medida de la capacidad del adulto mayor para desempeñar las actividades de la vida diaria en forma independiente. Los clínicos típicamente usan la escala para detectar problemas en el desempeño de estas actividades y planificar la atención en forma acorde. El índice clasifica la suficiencia del desempeño en las seis funciones de *bañarse, vestirse, asearse, transferencia, continencia y alimentación*. A los individuos les es asignado un sí/no respecto a la independencia para cada una de las seis funciones. **Un puntaje de 6 indica pleno funcionamiento, 4 indica deterioro moderado y 2 o menos indica deterioro funcional severo.**

3.1.- POBLACIÓN OBJETIVO PARA LA EVALUACIÓN

El instrumento se usa más eficazmente entre los adultos mayores en una variedad de entornos de atención, en los cuales las medidas de línea de base que se toman cuando el individuo empieza a manifestar déficit funcionales, son comparadas con medidas periódicas o subsecuentes. Esta escala de evaluación es más útil con individuos que ya manifiestan dificultades con las actividades instrumentales de la vida diaria.

3.2.- VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

En los treinta y cinco años desde que se desarrolló el instrumento, ha sido modificado y simplificado y se han usado diferentes enfoques respecto a puntajes. Sin embargo, su utilidad para evaluar el estado funcional en la población de edad mayor se ha demostrado en forma constante. A pesar de que no pudieron encontrarse informes formales sobre confiabilidad y validez en la literatura, la herramienta se usa extensamente como una señal de las capacidades funcionales de los adultos mayores en los entornos clínicos y del hogar.

3.3.- MÉRITOS Y LIMITACIONES

La herramienta Katz ABVD evalúa las actividades básicas de la vida diaria. No evalúa las actividades más avanzadas de la vida diaria. 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 es apropiado). El inventario 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.

3.4.- EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)¹

TABLA 3.2. ÍNDICE DE KATZ

Información obtenida del:		Actividad	Guía para evaluación
Paciente	Informante		
I A D	I A D	Bañarse	I = Se baña completamente sin ayuda, o recibe ayuda sólo para lavarse alguna parte del cuerpo, por ejemplo: la espalda. A = Necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, y/o recibe ayuda para entrar y salir de la bañera. D = Totalmente incapacitado para darse un baño por sí mismo.
I A D	I A D	Vestirse	I = Coge la ropa y se viste completamente, o recibe exclusivamente ayuda para atarse los zapatos. A = Recibe ayuda para coger la ropa y/o vestirse completamente. D = Totalmente incapacitado para vestirse por sí mismo.

¹ Traducido y adaptado con permiso de Modules in Clinical Geriatrics by Blue Cross and Blue Shield Association and the American Geriatrics Society.

I A D	I A D	Usar el inodoro	I = Va al inodoro, se limpia y se ajusta la ropa. A = Recibe ayuda para acceder al inodoro, limpiarse, ajustarse la ropa y/o recibe ayuda en el uso del orinal. D = Totalmente incapacitado para usar el inodoro.
I A D	I A D	Continencia	I = Controla completamente los esfínteres de la micción y defecación. A = Incontinencia en la micción y/o defecación, parcial o total, o necesita control parcial o total por enema, sonda o uso reglado de orinales. D = Depende totalmente de sonda o colostomía.
I A D	I A D	Alimentarse	I = Sin ayuda. A = Necesita ayuda para comer o necesita ayuda sólo para cortar carne o untar el pan. D = Es alimentado por sondas o vía parenteral.

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

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

4.1.- POBLACIÓN OBJETIVO PARA LA EVALUACIÓN

La Escala de Lawton es útil para detectar los primeros grados de deterioro funcional de los y las adultas mayores que viven en sus domicilios. Esta escala se recomienda para la evaluación del adulto mayor que ya sea por una enfermedad crónica o por estar recuperándose de un período de inmovilidad, se considera en un nivel de fragilidad. Si el nivel de fragilidad o 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 cumulativo de discapacidades.

4.2.- 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. Medidas de confiabilidad con los componentes básicos de la escala se han establecido y se consideran aceptables.

4.3.- 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.

4.4.- EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)²

TABLA 3.3.- ESCALA DE LAWTON

Información obtenida del:		Actividad	Guía para evaluación
Paciente	Informante		
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 en marcar los números. D = Totalmente incapacitado para realizar una llamada por teléfono por si mismo.
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.
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.

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

I A D	I A D	Preparación de la comida	I = Organiza, prepara y sirve las comidas adecuadamente 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.
I A D	I A D	Control de sus medicamentos	I = Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta. A = Toma su medicación si alguien se lo recuerda y le prepara la dosis. D = No es capaz de administrarse su medicación.
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.

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

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.

5.1.- 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 del adulto mayor.

5.2.- 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 el área motriz posibilita la intervención rehabilitatoria. El examen neuromuscular estándar suele ser insuficiente para identificar problemas en este nivel y se requiere la observación directa del desempeño motor.

5.3.- 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 balance en la posición de sentados.

5.4.- 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 mayores de 75 años). 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.

5.5.- ESCALA DE TINETTI MODIFICADA³

EQUILIBRIO

Silla: El adulto mayor debe estar sentado en una silla dura y sin brazos. Se le lee las siguientes instrucciones para cada una de las maniobras.

1. Sentado

- 0 = se inclina o desliza en la silla
- 1 = se sienta firme y seguro pero sin el criterio del # 2
- 2 = se sienta firme y seguro con el trasero tocando el respaldo de la silla y los muslos en el centro de la silla

2. Equilibrio

- 0 = incapaz de mantener una posición segura en la silla
- 1 = se inclina o desliza un poco aumentando la distancia entre su trasero y el respaldo de la silla
- 2 = se mantiene sentado firme, seguro y en una posición erecta

3. Levantarse

- 0 = incapaz sin ayuda o requiere más de tres intentos
- 1 = capaz, pero necesita tres intentos
- 2 = capaz en dos o menos intentos

4. Equilibrio inmediato (primeros 5 seg.) al levantarse

- 0 = inestable (se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco)
- 1 = estable, pero usa andador, bastón, muletas u otros objetos de soporte
- 2 = estable sin usar bastón u otros soportes

³ Source: Adapted by the American Geriatrics Society from the Scale of Mary E. Tinetti, M.D

Parado:

5. Equilibrio en pie

- 0 = inestable (se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco) o sólo se mantiene por menos de 3 segundos
- 2 = estable, pero usa andador, bastón, muletas u otros objetos de soporte o sólo se mantiene por 4 – 9 segundos
- 3 = estable sin usar bastón u otros soportes por 10 segundos
Tiempo: ____ , ____ segundos

6. Empujón (la persona en la posición máxima que pudo obtener en # 5; el examinador parado detrás de la persona, trata de moverla ligeramente por la cintura hacia atrás)

- 0 = la persona tiende a caerse
- 1 = da más de dos pasos hacia atrás
- 2 = se mantiene firme o se mueve menos de dos pasos hacia atrás

7. Se para en la pierna derecha sin ayuda

- 0 = incapaz o se aguanta de objetos de soporte por < 3 segundos
- 1 = capaz por 3 ó 4 segundos
- 2 = capaz por 5 segundos
Tiempo: ____ , ____ segundos

8. Se para en la pierna izquierda sin ayuda

- 0 = incapaz o se aguanta de objetos de soporte por < 3 segundos
- 1 = capaz por 3 ó 4 segundos
- 2 = capaz por 5 segundos
Tiempo: ____ , ____ segundos

9. En posición de semi-tándem

- 0 = incapaz de pararse con la mitad de un pie en frente del otro y tocándolo o se mantiene por tres segundos o menos
- 1 = es capaz de mantenerse de cuatro a nueve segundos
- 2 = es capaz de mantener la posición de semi-tándem por 10 segundos
Tiempo: ____ , ____ segundos

10. Posición tándem

- 0 = incapaz de pararse con un pie en frente al otro o se mantiene por tres segundos o menos
- 1 = es capaz de mantenerse de cuatro a nueve segundos
- 3 = es capaz de mantener la posición de tándem por 10 segundos
Tiempo: ____ , ____ segundos

11. Se dobla (para recoger un objeto del piso)

- 0 = incapaz de hacerlo o se tambalea
- 1 = es capaz, pero requiere más de un intento para enderezarse
- 2 = es capaz y se endereza sin dificultad

12. Se para en puntillas

- 0 = incapaz
- 1 = es capaz de hacerlo por < 3 segundos
- 2 = es capaz de hacerlo por 3 segundos
Tiempo: ____ , ____ segundos

13. Se para en los talones

- 0 = incapaz
 - 1 = es capaz de hacerlo por < 3 segundos
 - 2 = es capaz de hacerlo por 3 segundos
- Tiempo: ____ , ____ segundos

ESCALA DE TINETTI MODIFICADA⁴

MARCHA

INSTRUCCIONES: La persona se para junto al examinador, camina por el pasillo o habitación (mida 3 metros) dobla y regresa por el mismo camino usando sus ayudas habituales para la marcha, como el bastón o andador.

1. Inicio para la marcha (Inmediatamente después de decirle “camine”)

- 0 = cualquier duda o vacilación, o múltiples intentos para comenzar
- 1 = no está vacilante

2. Trayectoria (Estimada en relación a la cinta de medir colocada en el piso, se observa la desviación de un pie durante el recorrido de 3 metros)

- 0 = desviación de la marcha
- 1 = desviación moderada o leve, o utiliza ayudas
- 2 = recto, sin utilizar ayudas

3. Pierde el paso (tropieza o se tambalea)

- 0 = sí, y se pudo haber caído o perdió más de dos pasos
- 1 = sí, pero lo recuperó sin peligro o perdió sólo dos pasos o menos
- 2 = no perdió el paso

4. Gira (da la vuelta mientras que camina)

- 0 = inestable, peligro de caerse
- 1 = algo inestable, se tambalea pero se recupera, usa andador o bastón
- 2 = estable, no usa ni andador ni bastón

5. Marcha con presencia de obstáculos (se debe evaluar durante una caminata separada donde se colocan dos zapatos en el camino, con una separación de cuatro pies)

- 0 = incapaz de cruzar los dos obstáculos, inestable y peligro de caerse al intentar cruzar los obstáculos, o evita cruzar los obstáculos o pierde el paso tratando de cruzarlos
- 1 = capaz de cruzar los obstáculos, pero se tambalea un poco aunque logra recuperarse sin peligro de caerse y no pierde más de dos pasos
- 2 = capaz de cruzar los obstáculos y no pierde el paso al hacerlo

⁴ Source: Adapted by the American Geriatrics Society from the Scale of Mary E. Tinetti, M.D

6.- BIBLIOGRAFÍA

American College of Physicians Health and Public Policy Committee. Comprehensive functional assessment for elderly patients. *Ann Int Med* 1988; 109:70-72.

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.

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.

ASPECTOS CLÍNICOS DEL ENVEJECIMIENTO

Módulo 4

**EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL Y
EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR**

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

1.- INTRODUCCIÓN

2.- VALORACIÓN COGNITIVA

2.1.- POBLACIÓN OBJETIVO

2.2.- VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

2.3.- PUNTOS FUERTES Y LIMITACIONES

2.4.- EVALUACIÓN COGNITIVA (MMSE) MODIFICADO

2.5.- ESCALA DE PFEIFFER

3.- VALORACIÓN EMOCIONAL

3.1.- POBLACIÓN OBJETIVO

3.2.- VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

3.3.- PUNTOS FUERTES Y LIMITACIONES

3.4.- 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. Conocer las condiciones relacionadas a 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 e ir 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 e inevitables del 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 Pfeiffer. 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. Es una medida de 11 preguntas que analiza cinco áreas de funcionamiento cognitivo: orientación, registro, atención y 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.

2.1.- POBLACIÓN OBJETIVO

El MMSE – Abreviado es efectivo como una herramienta de detección para el deterioro cognitivo en los adultos mayores. En principio no se debe aplicar de forma rutinaria si no existen indicios que sugieran que hay algún déficit cognitivo o problema de memoria.

2.2.- VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

El MMSE en Inglés 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 investigación Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), 1999.

2.3.- PUNTOS FUERTES Y LIMITACIONES

El MMSE es efectivo como una herramienta de detección para separar aquellos pacientes con deterioro cognitivo de aquellos que no lo tienen. Asimismo, cuando se usa reiteradamente, el instrumento es capaz de medir cambios en el estado cognitivo que pueden beneficiarse de la intervención. El MMSE no es una herramienta de diagnóstico.

Una de las limitaciones del instrumento es que cuenta mucho con la respuesta verbal y en su versión original requiere que el individuo sepa leer y escribir.

La versión modificada ha eliminado las preguntas que representaban un obstáculo para las personas sin o con poco alfabetismo, pero siempre representa un reto para los individuos con trastornos de comunicación o déficit sensoriales.

Por lo tanto se recomienda que en los casos indicados se administre en combinación con la Escala de Pfeiffer.

2.4.- EVALUACIÓN COGNITIVA (MMSE) MODIFICADO

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

9 7 5 3 1

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

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.

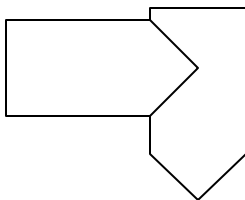
Anote un punto por cada objeto recordado.

Árbol _____
Mesa _____
Avión _____

Total: _____

6. Por favor copie este dibujo:

Muestre al entrevistado el dibujo con los círculos que se cruzan. La acción está correcta si los círculos no se cruzan más de la mitad.



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:

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 Pfeiffer.

2.5.- ESCALA DE PFEIFFER

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.

3.- VALORACIÓN EMOCIONAL

La depresión es común en la edad mayor, afectando a más del 15% de los adultos mayores. También se estima que más del 43% de los adultos mayores que reciben atención aguda y los que residen en hogares de ancianos o casa de reposo padecen de depresión. A lo contrario de la creencia popular, la depresión no es una parte natural del envejecimiento. La depresión es a menudo reversible con tratamiento oportuno y apropiado. Sin embargo, si no se trata, la depresión puede resultar en el deterioro físico, cognitivo y social. Puede impactar también en la recuperación tardía de enfermedades, y en la mayor utilización de atención de salud. La detección precoz y tratamiento adecuado de la Depresión en el adulto mayor tiene un efecto demostrado en la disminución de los indicadores de suicidio en estas personas. El riesgo de suicidio puede ser evaluado a través de algunos indicadores (ver Depresión).

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

En tanto que existen muchos instrumentos para medir la depresión, 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 última semana de la fecha en que se administró dicho cuestionario. Una puntuación entre 0 a 5 se considera normal, 6 a 10 indica depresión leve y 11 a 15 indica depresión severa.

3.1.- POBLACIÓN OBJETIVO

La Escala de Yesavage puede utilizarse con los adultos mayores 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.

3.2.- 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.

3.3.- 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.

3.4.- ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

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 : _____**

4.- BIBLIOGRAFÍA

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Et Al. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiat 1961; 4:561-570

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

Cobb JL, D'Agostino RB, Wolf PA. Norms for the mini-mental state examination (letter). JAMA 1993; 270:2178.

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.

Heeren TH, Lagaay AM, Beek WCA, et al. Reference values for the mini-mental state examination (MMSE) in octo- and nonagenarians. JAGS 1990; 38:1093-1096.

Jacobs JW, Berhnhard MR, Delgado A, Strain JJ. Screening for organic mental syndromes in the medically ill. Ann Int Med 1977; 86:40-46.

Kahn RL, Goldfarb AI, Pollack M, Peck A. Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. Am J Psychiatry 1960; 117:326-328.

Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatrics Soc 1975; 23:433-4

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

Weiss IK, Nagel CL, Aronson MK. Applicability of depression scales to the old old person. J Am Geriatrics Soc 1986; 34:215-218.

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.

ASPECTOS CLÍNICOS DEL ENVEJECIMIENTO

Módulo 5

VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

MÓDULO

5

1.- INTRODUCCIÓN

2.- TAMIZAJE DEL ESTADO NUTRICIONAL

2.1.- POBLACIÓN OBJETIVO

2.2.- INDICADORES DE DESNUTRICIÓN

2.3.- VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

2.4.- MÉRITOS Y LIMITACIONES

3.- EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL

3.1.- MÉTODOS ANTROPOMÉTRICOS PARA EVALUAR EL ESTADO NUTRICIONAL

3.1.1.- PESO Y TALLA

3.1.2.- ÍNDICE DE MASA CORPORAL

3.2.- MINI – EXAMEN DEL ESTADO NUTRICIONAL

3.2.1.- POBLACIÓN OBJETIVO PARA LA EVALUACIÓN

3.2.2.- VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL MINI-NUTRITIONAL ASSESSMENT

3.2.3.- MERITOS Y LIMITACIONES

3.3.- PARÁMETROS BIOQUÍMICOS QUE COMPLEMENTAN LA EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

3.3.1.- HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO

3.3.2.- ALBÚMINA

3.3.3.- PERFIL LIPÍDICO

3.3.4.- GLICEMIA E HIPERINSULINEMIA

3.3.5.- MEDICIONES INMUNOLÓGICAS

4.- BIBLIOGRAFÍA

OBJETIVOS

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

ESPECÍFICOS:

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

1. Conocer la situación nutricional de los adultos mayores.
2. Identificar las escalas para la evaluación del estado nutricional de las personas mayores.
3. Evaluar el estado nutricional de los adultos mayores.

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 los requerimientos y la ingesta; ellos a su vez son influenciados por otros factores como la actividad física, los estilos de vida, la existencia de redes sociales y familiares, la actividad mental y psicológica, el estado de salud o enfermedad y restricciones socioeconómicas. Cualquier evaluación del estado nutricional por lo tanto, debiera incluir información sobre estos factores, con el objeto 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 la 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

2.1.- POBLACIÓN OBJETIVO

El Tamizaje del Estado Nutricional se recomienda hacer a todos los adultos mayores enfermos o saludables. Puede hacerse en el entorno comunitario. (Tabla 5.1)

TABLA 5.1. MINI-TAMIZAJE DE NUTRICIÓN EN LA COMUNIDAD (CUESTIONARIO DE LA NUTRITION SCREENING INICIATIVE)

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, en los seis últimos meses.	2
Físicamente no puede ir de compras, cocinar o alimentarse.	2

TOTAL

Si la puntuación total es:

- 0 - 2 Bueno.
- 3 - 5 La persona está en riesgo nutricional moderado. Asesore a la persona de como puede mejorar su estado nutricional y vuelva a evaluarlo en 3 meses.
- 6 o más La persona está en riesgo nutricional alto. Requiere examen de su estado nutricional.

2.2.- INDICADORES DE DESNUTRICIÓN

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:

- **DIENTES O BOCA CON PROBLEMAS**

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

- **ENFERMEDAD**

Cualquier enfermedad o condición crónica que le hace cambiar la manera en que la persona come o le hace comer con dificultades, pone la salud nutricional del adulto mayor en riesgo. 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.

- **TRASTORNOS DEL COMER**

El comer muy poco o comer mucho es peligroso para la salud de la persona. El comer los mismos alimentos día tras día o no comer frutas, vegetales y productos de leche también causan mala salud nutricional. Se estima que uno de cada cinco adultos mayores pasan por alto comidas diariamente. Una de cada cuatro personas mayores beben alcohol en exceso (tres o más bebidas de cerveza, licores o vino todos los días).

- **ECONÓMICAMENTE MARGINADO**

La persona que no tiene los ingresos mínimos para la compra básica de alimentos posiblemente esté en alto riesgo de desnutrición.

- **REDUCCIÓN DE CONTACTO SOCIAL**

La persona que vive sola no tiene el incentivo familiar o social para una buena alimentación. El estar con otras personas diariamente tiene un efecto positivo en la moral, el bienestar y el comer.

- **MUCHAS MEDICINAS**
Mientras mayor sea la cantidad de medicamentos que tome el paciente, mayor riesgo de tener efectos secundarios, como cambios de apetito, gusto, estreñimiento, debilidad, somnolencia, diarrea, náusea y otros. (Tabla 5.2)
- **CAMBIOS DE PESO INVOLUNTARIOS**
El perder o el ganar mucho peso sin tratar de hacerlo es una señal importante que no se puede ignorar.
- **NECESIDAD DE ASISTENCIA PERSONAL**
Aunque la mayoría de las personas mayores son independientes, algunas tienen problemas para caminar, comprar y cocinar sus alimentos.
- **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 fragilidad y problemas de salud aumentan. Examinar de forma regular la salud nutricional de los adultos mayores más frágiles es importante.

TABLA 5.2. MEDICACIÓN MÁS FRECUENTEMENTE CONSUMIDA 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

2.3.- VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

El instrumento (Tabla 5.1) se usa más eficazmente como una herramienta 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 tamizaje, para estimular la evaluación del estado nutricional profesional y para focalizar las intervenciones de acuerdo a la lista de factores identificados.

El programa de tamizaje de nutrición en los Estados Unidos ha validado la lista de factores de riesgo con adultos mayores que viven en la comunidad, para ser utilizada como primer nivel de tamizaje y educación pública. Su utilidad es como instrumento de tamizaje y no como instrumento para evaluar el estado funcional en la población adulta mayor.

2.4.- MÉRITOS Y LIMITACIONES

La herramienta presentada por el Nutrition Screening Initiative es limitada respecto a su capacidad para medir el estado nutricional. La puntuación de 6 puntos o más deberá de seguirse por una evaluación nutricional completa cuando es apropiado.

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

3.- EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL¹

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, cambios en la ingesta o cambios en el peso, así como la capacidad funcional del individuo.

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

3.1.- 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 limitado valor. 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.

Tampoco permiten 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. 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, caderas y pantorrillas además del diámetro de la muñeca. Habitualmente se utilizan combinaciones de estas variables, útiles para obtener un cuadro general del estado nutricional de los adultos mayores.

3.1.1.- PESO Y TALLA

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

El peso es un indicador necesario, pero no suficiente para medir composición corporal. Sin embargo, 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 predictores de discapacidad en el anciano.

Por eso la pérdida de tres kilos en tres meses debiera inducir a una evaluación completa.

3.1.2.- ÍNDICE DE MASA CORPORAL

Una de las combinaciones de variables antropométricas más utilizadas es el índice de Quetelet (peso kg / talla 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.

Este indicador es simple, útil y presenta moderadamente buenas correlaciones tanto con masa grasa como con masa magra ($r = 0.6 - 0.8$). El IMC ideal para los adultos mayores no está definido, pero se ubica dentro de un amplio margen, estimado actualmente entre > 23 y < 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 son claramente no recomendables.

3.2.- MINI- EXAMEN DEL ESTADO NUTRICIONAL

Con las consideraciones señaladas a cerca de la evaluación nutricional del adulto mayor y considerando las técnicas anamnésticas y antropométricas más accesibles en nuestro medio, se propone un instrumento para el examen del estado nutricional de este grupo etáreo: El mini-examen del estado nutricional (Mini-Nutritional Assessment). (Tabla 5.4)

3.2.1.- POBLACIÓN OBJETIVO

El instrumento se usa para un primer nivel de evaluación del estado nutricional del adulto mayor. El instrumento permite identificar o reclasificar adultos mayores en riesgo

nutricional que deben de ser intervenidos y en algunas instancias pasar a una evaluación complementaria que incluya parámetros bioquímicos.

3.2.2.- VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

El instrumento fue validado en su versión original en varios países. Por primera vez se validó el instrumento en Español para la población de adultos mayores mexicanos en 1998. Con el instrumento se incluyen 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.

3.2.3.- MÉRITOS Y LIMITACIONES

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

3.3.- PARÁMETROS BIOQUÍMICOS QUE COMPLEMENTAN LA EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

3.3.1.- 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 la mediana para hombres es de 46 y 44% en los mismos estudios, con rangos entre 37 y 53 para percibir 2.5 y 97.5 percentil. En mujeres estos valores alcanzan cifras de 41 y 42% con rangos de 35 a 50% para los mismos percentiles.

3.3.2.- ALBÚMINA

Aunque la albúmina sérica no es un indicador ni muy específico ni muy sensible de las proteínas corporales, sin embargo, aparece como un muy 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 significado como indicador nutricional cuando no miden otros factores patológicos

TABLA 5.4. MINI-EXAMEN NUTRICIONAL

A. ANTROPOMETRÍA

1. Índice de Masa Corporal
< 19 = 0

3. Circunferencia de la pierna
CP 31 = 0

19 < 21 = 1
21 < 23 = 2
< 23 = 3

2. Circunferencia medio braquial
CMB < 21 = 0
CMB 21 o 22 = 0.5
CMB > 22 = 1

B. EVALUACIÓN GLOBAL

5. El paciente vive independiente en su domicilio
No = 0 Sí = 1
6. Toma más de tres medicamentos al día.
No = 0 Sí = 1
7. En los últimos tres meses, ha sufrido alguna enfermedad aguda o estrés psicológico
No = 0 Sí = 1

CP > 31 = 1

4. Pérdida ponderal en los últimos tres meses
> 3 Kg = 0
No lo sabe = 1
1 a 3 Kg = 2
No ha habido pérdida de peso = 3

8. Movilidad
Confinando a cama o sillón = 0
Autonomía en el interior = 1
Puede andar en exteriores sin ayuda = 2
9. Problemas psiquiátricos
Demencia o depresión graves = 0
Demencia o depresión leves = 1
Ningún problema psiquiátrico = 2
10. Ulceras de decúbito
No = 0 Sí = 1

C. PARÁMETROS DIETÉTICOS

11. ¿Cuántas comidas completas hace al día? (equivale a dos platos y postre)
Una = 0 Dos = 1 Tres = 2
12. ¿Consume usted?
Más de una ración de productos lácteos al día
Sí No
Dos o más raciones de leguminosas o huevo
Sí No
Carne, pescado o aves diariamente
Sí No
0 – 1 Afirmativo = 0
2 Afirmativos = 0.5
3 Afirmativos = 1
13. ¿Consume Ud. Dos o más raciones de frutas o verduras al día?
No = 0 Sí = 1

14. ¿Ha disminuido su consumo de alimentos en los últimos tres meses? (pérdida de apetito, dificultades para deglutir o masticar)
Disminución grave de la ingesta = 0
Baja moderada de la ingesta = 1
No = 2
15. ¿Cuántos vasos de líquido consume diariamente? (incluyendo café, leche etc.)
< de 3 vasos = 0
3 a 5 vasos = 0.5
> de 5 vasos = 1
16. Modo de alimentación:
0 Con asistencia
1 Autoalimentación con dificultades
2 Sólo y sin dificultades

D. VALORACIÓN SUBJETIVA

17. El paciente se considera a sí mismo
0 Malnutrición severa
1 No lo sabe o malnutrición moderada
2 Sin problemas nutricionales
18. En comparación con otras personas de su edad, ¿cómo considera usted su salud?
0 No tan buena

- 0.5 Igualmente buena
- 1 No lo sabe
- 2 Mejor

Total Máximo = 30 puntos

Total =

Evaluación:

- IGUAL a 24 puntos o más = estado nutricional satisfactorio
- ENTRE 17 y 23,5 puntos = riesgo de mal nutrición
- MENOR de 17 puntos = mal nutrición

EXISTE UN PUNTAJE CORRESPONDIENTE A LA VALIDACIÓN EN POBLACIÓN MEXICANA:

- Igual a 23.5 puntos o más = estado nutricional satisfactorio
- Entre 19 y 23.5 puntos = riesgo de malnutrición
- Menor de 19 puntos = malnutrición

3.3.3.- 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 su 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 DHL 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 y en presencia de desnutrición sugiere que el mismo sea debido a causas inflamatorias (desgaste) más que a baja ingesta.

3.3.4.- GLICEMIA E HIPERINSULINEMIA

Los cambios metabólicos que se producen con la edad pueden tener incluso consecuencias metabólicas. 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 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 de la sulfato dehidroepiandrosterona (DHEA-S), característica de los adultos mayores, también se asocia a la baja disponibilidad de glucosa. Un adecuado aporte de hidratos de carbono 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 deberían mejorar la sensibilidad a la insulina en los adultos mayores y reducir las consecuencias adversas de esta alteración.

3.3.5.- MEDICIONES INMUNOLÓGICAS

Diversas funciones inmunológicas son afectadas en la malnutrición. Los niveles de inmunoglobulinas, producción de anticuerpos, función fagocítica, respuestas inflamatorias, función de 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 depleción nutricional.

Los antecedentes de enfermedades infecciosas como respiratorias altas, neumonía, infecciones urinarias o diarrea en el anciano, constituye 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 significación pronóstica 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, el ideal es medir simultáneamente, la respuesta a cuatro o más antígenos, considerándose anergia la ausencia de respuesta en tres o más.

Otro indicador de función inmune es el recuento total de linfocitos en sangre periférica. En desnutrición, la estructura primera del sistema inmune, el timo y también 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 bajo los 1500 linfocitos por mm^3 . En la modificación de este indicador participan otras variables, de modo que su interpretación como indicador nutricional es limitado.

4.- BIBLIOGRAFÍA

Burns R, Nichols L, Calkins E, et al. Nutritional assessment of community-living well elderly. J Am Geriatrics Soc 1986; 34:781-786.

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

Kamel HK, Thomas DR, Morley JE. Nutritional deficiencies in long-term care, Part II: management of protein energy malnutrition and dehydration. Annals of Long-Term Care 1998; 6(8):250-258.

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

Morley JE, Thomas DR, Kamel H. Nutritional deficiencies in long-term care: detection and diagnosis. Annals Long-Term Care 1998; 6(5):183-191.

Morley JE, Mooradian AD, Silver AJ, et al. Nutrition in the elderly. Ann Int Med 1988; 109:890-904.

Morley JE, Silver AJ. Nutritional issues in nursing home care. Ann Int Med 1995; 123:850-859.

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.

Thomas DR, Kamel H, Morley JE. Nutritional deficiencies in long-term care: Part III: OBRA regulations and administrative and legal issues. Annals of Long-Term Care 1998; 6(10):325-332.

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

ASPECTOS CLÍNICOS DEL ENVEJECIMIENTO

Módulo 6

EVALUACIÓN FARMACOLÓGICA DEL ADULTO MAYOR

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

MÓDULO

6

1.- INTRODUCCIÓN

2.- FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINÁMICA

2.1.- CAMBIOS ASOCIADOS A LA EDAD

2.2.- INTERACCIONES MEDICAMENTO-ENFERMEDAD

2.3.- MEDICAMENTOS A EVITAR EN LOS ADULTOS MAYORES

3.- RECOMENDACIONES PARA EL USO DE FARMACOS

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. Conocer la problemática que presentan los fármacos en la atención de salud al 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 que se relacionan con el cumplimiento de la prescripción.

1.- INTRODUCCIÓN

El adulto mayor consume alrededor del doble de los medicamentos que consumen los jóvenes y no es extraordinario que un adulto mayor consuma más de 5 ó 6 prescripciones diferentes. También es común que los fármacos recetados se tomen en combinación con otros no recetados y con productos naturales que puedan tener importantes interferencias o interacción con los fármacos recetados por el médico.

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

El enlace medicamento-proteína puede disminuir debido a los cambios en la composición corporal, de modo que hay una mayor cantidad de fármacos libres en el cuerpo comparado con los jóvenes y se movilizan menor cantidad de fármacos para el tratamiento. Ello afecta la dosis del medicamento y la duración del efecto.

El metabolismo en el hígado disminuye, lo cual afecta la dosis del medicamento. 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).

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

2.1.- CAMBIOS ASOCIADOS A LA EDAD

Hay un aumento en la sensibilidad de los receptores a los medicamentos psicotrópicos y los anticoagulantes. Los medicamentos que afectan la precarga (por ejemplo, los inhibidores de la ECA, los antidepresores tricíclicos, los betabloqueadores, la levodopa) pueden producir hipotensión postural y un mayor riesgo de caídas. (Tabla 6.1)

TABLA 6.1. CAMBIOS ASOCIADOS A LA EDAD EN LA FARMACOCINÉTICA Y FARMACODINAMICA DE LOS MEDICAMENTOS

Parámetro	Efecto por la edad	Efecto por patología asociada	Implicaciones para la prescripción
Absorción	Usualmente no se ve afectada	Aclorhidria, medicación concomitante, alimentación enteral.	Interacciones droga-droga y droga-alimentos pueden afectar la absorción.
Distribución	Aumento del radio grasa / agua. Disminución en los niveles séricos de proteínas, en particular albúmina.	Insuficiencia cardíaca, ascitis, y otras afecciones que aumentan el agua corporal total.	Los medicamentos solubles en grasa tienen un mayor volumen de distribución y por ende un más prolongado tiempo de acción. Fármacos con afinidad a proteínas tendrán un mayor efecto.
Metabolismo	Disminución en la masa hepática y flujo sanguíneo hepático que pueden disminuir el metabolismo de los fármacos.	Tabaquismo, genotipo, medicación concomitante, consumo de alcohol y cafeína pueden tener más efecto que la edad.	Mayor afección de drogas con metabolismo de fase I se ven afectados (diazepam, fenitoína, verapamilo, antidepresivos).
Eliminación	Disminución en la tasa de filtración glomerular.	Afección renal por padecimientos agudos y crónicos. La disminución en la masa muscular redundante en una menor producción de creatinina.	La creatinina sérica no es un buen indicador de la función renal, conviene estimarla con el uso de la fórmula de Cockcroft (ver anexo).
Farmacodinámica	Menos predecible y frecuentemente alterada respuesta a dosis usuales y aún bajas.	Las interacciones droga-droga y droga-enfermedad pueden alterar la respuesta.	Efecto prolongado de la morfina, sedación más intensa con benzodiazepinas, sensibilidad alterada de los receptores beta.

FÓRMULA DE COCKCROFT

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.

2.2.- INTERACCIONES MEDICAMENTO - ENFERMEDAD

TABLA 6.2. INTERACCIONES MEDICAMENTO-ENFERMEDAD

Enfermedad	Medicamento	Efecto adverso
Hiperplasia prostática benigna	Anticolinérgicos, bloqueadores cálcico, antihistamínicos	Retención urinaria
Anomalías de la conducción cardíaca	Verapamilo, beta bloqueadores	Bloqueo aurículo ventricular completo
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Beta bloqueadores, analgésicos narcóticos	Broncoespasmo, depresión respiratoria
Insuficiencia renal crónica	Antiinflamatorios no esteroideos, contraste radiológico, aminoglucósidos	Insuficiencia renal aguda
Insuficiencia cardíaca	Verapamilo, beta bloqueadores	Agravación de la insuficiencia cardíaca
Diabetes Mellitus	Diuréticos, corticoesteroides	Hiperglicemia
Glaucoma de ángulo agudo	Anticolinérgicos	Aumento en la presión intraocular
Hipertensión	Antiinflamatorios no esteroideos	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 esteroideos	Sangrado digestivo
Hipotensión postural	Diuréticos, inhibidores de MAO, vasodilatadores, antiparkinsoníacos	Síncope, caídas, fracturas

2.3.- MEDICAMENTOS A EVITAR EN LOS ADULTOS MAYORES

TABLA 6.3. MEDICAMENTOS A EVITAR EN LOS ADULTOS MAYORES

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	Muy sedante y anticolinérgico.
Meprobamato	Muy adictivo y sedante
Disopiramida	Muy anticolinérgico y con acción inotrópica negativa
Metildopa	Puede exacerbar depresión y causar hepatitis
Reserpina	Induce depresión, sedación e impotencia.
Cloropropamida	Puede causar hipoglicemia prolongada e hiponatremia
Diciclomina	Muy anticolinérgico
Clorfeniramina	Efecto anticolinérgico
Barbitúricos	Muy adictivos y con efectos secundarios
Meperidina	Efectos secundarios en sistema nervioso central
Ticlopidina	No es más efectiva que la aspirina y sí más tóxica

3.- RECOMENDACIONES PARA EL USO DE LOS 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.
- Revise regularmente la lista de fármacos, elimine aquellos que no se necesitan más o cuyo efecto ha sido insuficiente.
- Asigne prioridades a los tratamientos, si se prescriben demasiados fármacos al mismo tiempo, el paciente puede elegir aleatoriamente y no seguir alguno.
- Comience con una dosis baja para evitar problemas con los efectos colaterales y aumente la dosificación lentamente después de examinar al paciente.
- Evite la farmacoterapia innecesaria y examine con frecuencia las recetas repetidas, ya que pueden dejar de ser apropiadas.
- 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.
- Conozca los mecanismos de acción, efectos secundarios y perfiles de toxicidad de los fármacos que prescribe. Considere cómo estos pueden interactuar o complementar la acción de otros tratamientos vigentes.
- 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.
- 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 lleve a múltiples derivaciones, opiniones y dilución de la responsabilidad, pero también requieren la participación y la cooperación de los especialistas para su 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 al incumplimiento 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 autoadministración por pérdida de destreza manual y agilidad.
- Problemas de administración.

Los problemas mencionados pueden resolverse en general individualizando el manejo, las siguientes estrategias pueden en algunos casos evitar o mejorar la falta de cumplimiento.

RECUERDE:

- Si hay efecto más prolongado de los medicamentos, administre los medicamentos 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

Avorn J, Gurwitz JH. Drug use in the nursing home. *Ann Int Med* 1995; 123:195-204.

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.

Lamy PP. The elderly and drug interactions. *JAGS* 1986; 34:586-592.

Montemat SC, Cusack BJ, Vestal RE. Management of drug therapy in the elderly. *NEJM* 1989; 321:303-309.

Ouslander JG. Drug therapy in the elderly. *Ann Int Med* 1981; 95:711-722.

Piraino AJ. Managing medication in the elderly. *Hosp Pract* 1995; 30(6):59-64.

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

ASPECTOS CLÍNICOS DEL ENVEJECIMIENTO

Módulo 7

EVALUACIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

MÓDULO

7

1.- INTRODUCCIÓN

1.1.- ASPECTOS SOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO

1.2.- EL ADULTO MAYOR Y LA FAMILIA

1.3.- FUNCIONAMIENTO SOCIAL

1.4.- FACTORES DE RIESGO SOCIAL

2.- VALORACIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR

2.1.- ¿POR QUÉ EVALUAR EL FUNCIONAMIENTO SOCIAL?

2.2.- HISTORIA SOCIAL

2.3.- ASPECTOS A EVALUAR

2.4.- HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN

3.- BIBLIOGRAFÍA

OBJETIVOS

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

ESPECÍFICOS:

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

1. Conocer mejor 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.

1.- INTRODUCCIÓN

1.1.- ASPECTOS SOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO

Los aspectos sociales de la normalidad y la enfermedad son más difíciles de identificar a medida que las personas envejecen, pues éstas van adquiriendo experiencias vitales que condicionan su definición de salud o enfermedad. El adulto en su concepción biosocial, se ve influido en su salud global por las demandas de sus roles sociales, así como por las limitaciones físicas del organismo. Debido a ello, el envejecimiento proporciona variedad y riqueza de experiencias sociales y reacciones.

La gama de definiciones de lo que es envejecimiento normal o patológico es tan amplia como la diversidad humana (Ver Módulo 1). Para unas personas, normalidad social en la vejez supone mantener las mismas relaciones sociales que durante la madurez (teoría de la actividad), para otras, normalidad será reducir el número de relaciones sociales (teoría del desacoplamiento). Un observador externo se ha de contentar con la definición subjetiva del individuo o la apariencia de la normalidad dentro de la sociedad y grupo en que vive el sujeto.

Los resultados de encuestas en muchos países indican que la mayoría de las personas de edad poseen una vejez socialmente sana. Resulta evidente que la normalidad social de los adultos mayores contemporáneos comprende un rol social más activo que en el pasado, si bien no laboralmente, sí en otra cantidad de actividades sociales múltiples.

En la mayoría de las sociedades actuales no se ha definido claramente el rol social de las personas mayores y existen tendencias contradictorias sobre su contenido. Por una parte se insiste en la actividad y por otra en el desacoplamiento, de forma tal que cada persona realiza su propia definición del rol sin consenso social. Se trata de una situación transicional en la que se mantienen criterios del pasado sobre la pasividad de las personas de edad, en contraste con la actividad actual de numerosos jubilados.

1.2- EL ADULTO MAYOR Y LA FAMILIA

- La familia cumple funciones básicas para el grupo social y para las personas, tales como las de reproducción, socialización, cuidado de sus miembros, cooperación económica y satisfacción de necesidades básicas. Las funciones vitales que ejerce la familia en términos de ayuda al adulto de edad avanzada sobrepasan la ayuda de cualquier organización formal.
- Los cambios ocurridos en las familias han reducido la disponibilidad del número de personas para atender a sus adultos mayores.
- El incremento de la longevidad conlleva a que también los hijos envejezcan y por tanto experimenten los cambios asociados a éste los que merman sus posibilidades de atención.

- Aunque su forma y significado pueda variar entre diferentes sociedades y criterios, la familia sigue siendo principal fuente de apoyo del adulto de edad avanzada.
- Suponer que la familia puede cubrir a plenitud todas las necesidades de sus miembros de más edad, se hace cada vez más difícil, si no se cuenta con mecanismos de soporte o apoyo social.
- Los cuidadores familiares juegan un importante rol en el retraso o la prevención de la institucionalización de las personas de edad crónicamente enfermas.
- La cuantía y tipo de cuidado proporcionados por la familia depende de sus recursos económicos, estructura, calidad de la interrelación y las demandas de tiempo y energía de otros miembros de la familia.

1.3.- FUNCIONAMIENTO SOCIAL

A pesar de que hay herramientas de evaluación bien establecidas para algunas esferas del funcionamiento de las personas de edad, como la física o la mental, no existen “estándares de oro” para la evaluación del funcionamiento social. Se conoce como funcionamiento social a la dimensión de la salud y el bienestar que refleja cómo los individuos se relacionan, reaccionan ante los demás, desempeñan sus roles e interactúan con las instituciones sociales.

Uno de los objetivos de la evaluación del funcionamiento social es conocer cómo las personas de edad funcionan después de un episodio agudo o como enfrentan una enfermedad crónica o discapacidad. También sirve para determinar si las personas tienen un adecuado soporte social para enfrentar la recuperación de una enfermedad aguda o un problema crónico.

Los clínicos desean cuantificar diferentes aspectos del funcionamiento social, como cuántas horas de cuidado recibe el individuo de sus familiares, o cuántos amigos hay en su entorno social. Este es el lado objetivo de la medición del funcionamiento social. El lado subjetivo se relaciona con las percepciones de los adultos mayores sobre su funcionamiento social. Éste incluye satisfacción por las actividades en que participa, si siente adecuado el soporte social que recibe, y si su funcionamiento social le provee placer y significado a su vida.

1.4.- FACTORES DE RIESGO SOCIAL

Existen factores de riesgo macro y microsociales que pueden repercutir negativamente en la capacidad funcional del individuo de edad avanzada, y que se asocian con un incremento de la susceptibilidad para que éste desarrolle enfermedades, se accidente, pierda autonomía o muera.

DESDE EL PUNTO DE VISTA MACROSOCIAL SE DESTACAN:

- **PÉRDIDAS:** La desaparición física o espiritual, sea del cónyuge, hijos y amigos o familiares, en sí misma, no deviene en factor de riesgo social para el adulto mayor; sí lo es, cuando el sujeto no sabe o no puede compensar o sustituir tal pérdida, porque son deficientes los sistemas de apoyo socio-familiares.
- **AISLAMIENTO:** La ausencia de contacto social puede influir negativamente en la salud social, si el adulto mayor se siente inconforme con el aislamiento y la falta de comunicación con los otros, y no puede o no lo ayudan a vencer tal estado.
- **AUSENCIA DE CONFIDENTES:** El carecer de una o varias personas a las que se les pueda comunicar ideas y sentimientos significativos e íntimos, puede representar una influencia negativa en la solución de los problemas que rodean al adulto mayor.
- **INACTIVIDAD:** La inactividad o pasividad contribuye a que aumenten las valoraciones negativas de la persona de edad sobre su entorno, por lo que pueden desarrollarse sentimientos de frustración y dificultades en las relaciones interpersonales. Una mejor adaptación a las situaciones vitales se logra, en la tercera edad, manteniéndose el sujeto activo y ocupado.
- **INADAPTACIÓN A LA JUBILACIÓN:** Jubilarse sin la adecuada preparación mental y social supone el paso brusco de una situación activa a otra pasiva e improductiva, que puede conllevar a que el individuo no encuentre bienestar y estimulación en otras actividades cotidianas, con la correspondiente autopercepción de inutilidad y vejez.
- **INSATISFACCIÓN CON ACTIVIDADES COTIDIANAS:** El individuo de edad avanzada descontento con las faenas que a diario realiza (muchas veces roles caseros) tiende a ser irritable y sombrío, por lo que puede ser más susceptible a enfermar (síndrome de la vida rutinaria).
- **ROLES SOCIALES:** No querer o no poder ejercer las actividades sociales que antes se desplegaban significa pérdida de funciones, por lo que se ve limitado el radio de acción y el espacio vital del individuo, que pudiera contribuir al desarrollo de sentimientos de inutilidad e inconformidad.
- **INSTITUCIONALIZACIÓN:** El hogar es el medio físico, familiar y social donde ha desarrollado la persona mayor su vida; la institucionalización tiende a desvincularla de su medio familiar y, por consiguiente, debe realizar significativos esfuerzos de adaptación al nuevo ambiente.
- **CONDICIONES MATERIALES DE VIDA:** El no contar con suficientes recursos financieros o un estado material deficiente de la vivienda, de acuerdo a las expectativas del adulto mayor, son factores sociales que repercuten negativamente en su calidad de vida.

- **EDAD AVANZADA (75 AÑOS O MÁS):** El número de años cumplidos no implica necesaria e inevitablemente menor salud, dadas las diferencias individuales entre los seres humanos, en la medida en que se eleva la edad aumentan los índices de morbilidad.

DESDE EL PUNTO DE VISTA MICROSOCIAL (FAMILIAR) DEBEN TENERSE EN CUENTA:

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 el estilo de vida.
- **PARTICIPACIÓN:** Forma en que la familia le brinda lugar en la discusión de cuestiones y solución a problemas de interés común.
- **COMPRENSIÓN:** Modo en que los miembros de la familia son capaces de entender las conductas y puntos de vista esenciales de las personas de edad.
- **PROTECCIÓN:** Forma en que la familia le brinda cuidados, en dependencia de las limitaciones funcionales que pueda presentar el individuo.

2.- VALORACIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR

2.1.- ¿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 predictor o como resultado.

- La evaluación del funcionamiento social puede servir para determinar si una persona frágil puede necesitar a partir de un momento dado algún soporte que le permita, por ejemplo: continuar en la comunidad.
- En el contexto de la evaluación geriátrica, permite conocer los recursos con que cuenta la persona, así como un grupo de atributos sociales que pueden llegar a decidir si necesitará cuidados permanentes, cuidados parciales o ningún cuidado.
- La evaluación de funcionamiento social 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 la luz de alarma de que algo está pasando.

- 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.

2.2.- HISTORIA SOCIAL

Los factores que integran el ambiente social de las personas de edad son complejos y difíciles de cuantificar, pero al mismo tiempo revisten particular importancia.

La historia social es parte integrante de la historia clínica que se realiza a todo paciente de edad avanzada. En ella, de una forma u otra, se evalúan un grupo de aspectos que permiten tener una idea de la “vida social” del entrevistado. Puede tener diversos formatos, pero generalmente tienen una parte básica, que permite si se detecta alguna alteración, profundizar con otros instrumentos específicos (ver más adelante “Herramientas de evaluación”), que sería la parte complementaria. Esta última puede ir desde la aplicación de algún test hasta la entrevista con familiares o vecinos, o la visita al domicilio de la persona.

En sentido general, se incluyen en la parte básica:

- Condiciones de la vivienda
- Peligros en la vivienda
- Frecuencia de contactos sociales
- Existencia (o necesidad) de cuidadores y de redes sociales y de apoyo
- Uso o necesidad de servicios especiales
- Capacidad y habilidad de la familia para apoyar a la persona de edad
- Actitud de la persona de edad hacia la familia y de esta hacia él
- Escolaridad
- Historial laboral
- Convivencia y estado marital
- Situación económica
- Otros

2.3.- ASPECTOS A EVALUAR

Uno de los grandes retos al medir el funcionamiento social es que éste tiene 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 la tabla que a continuación se presenta, se exponen algunos de los componentes objetivos y subjetivos del funcionamiento social.

Área	Componente subjetivo	Componente objetivo
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 organización en la que el individuo está envuelto	Percepción, satisfacción y adecuación de actividades

Tomado con permiso de: Kane y Kane: Assessing older persons. Oxford Univ. Press, 2000

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

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

La evaluación del funcionamiento social también debe tener en cuenta la posible presencia de maltrato o abuso. En el cuadro siguiente se exponen algunas situaciones que pueden sugerir maltrato. (Ver además Abuso y Maltrato).

SITUACIONES CLÍNICAS SUGESTIVAS DE MALTRATO EN LAS PERSONAS DE EDAD

- Cuando existe retraso entre la búsqueda de atención médica y el daño o la enfermedad
- Cuando no coinciden la historia del cuidador y 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 plausible o es vaga
- Cuando son frecuentes las visitas al departamento de urgencias por exacerbaciones de enfermedades crónicas y existe un tratamiento adecuado y hay 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 de personal de salud

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

2.4.- HERRAMIENTAS DE EVALUACIÓN

Existen múltiples instrumentos que miden, de una forma u otra, el funcionamiento social. Unos son autoevaluaciones y otros se aplican mediante entrevista. En el presente capítulo le recomendamos algunos de los más usados, 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 el presente módulo, es nuestra recomendación que el evaluador utilice una entrevista sistematizada o un instrumento que tomando en cuenta sus realidades nacionales busque los factores de riesgo y realidades sociales de su paciente mayor.

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

Instrumentos de Evaluación Social en Personas Mayores:

- Older Americans Resources and Services (OARS)
Pfeiffer E Ed: Multidimensional functional assessment: the OARS methodology. Durham, NC: Center for the study of aging and human development (1975).
- Social Support Questionnaire (SSQ)
Sarason I, Levin H, Bashman R y Sarason B: Assessing social support: the social support questionnaire. J Person And Social Psychol, 44: 127-139, 1983.
- Psychosocial adjustment to illness scale
Morrow G, Chiarello R y Derogatis L: A new scale for assessing patients' psychosocial adjustment to medical illness. Psychol Med 8: 605-610, 1978.
- Multidimensional scale of perceived social support
Zimet G, Dahlem N, Zimet S, Farley G: The multidimensional scale of perceived social support. J Personality Assess 52: 30-41, 1988.

3.- BIBLIOGRAFÍA

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

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.

Prieto O, Vega E: Temas de gerontología. La Habana, Ed. Científico Técnica, 1996.

ASPECTOS CLÍNICOS DEL ENVEJECIMIENTO

Módulo 8

REHABILITACIÓN EN EL ADULTO MAYOR

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

1.- INTRODUCCIÓN

1.1.- OBJETIVOS EN LA REHABILITACIÓN

2.- ASPECTOS A EVALUAR EN LA REHABILITACIÓN GERIÁTRICA

2.1.- ¿QUÉ EVALUAR EN LA REHABILITACIÓN?

2.2.- IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

3.- TRATAMIENTO INTEGRAL EN LA REHABILITACIÓN DEL ADULTO MAYOR

3.1.- PREVENCIÓN

3.2.- TRATAMIENTO KINÉSICO

3.3.- AGENTES FÍSICOS A UTILIZAR

3.4.- ADITAMENTOS U ORTESIS

3.5.- OTROS COMPONENTES BÁSICOS DE LA REHABILITACIÓN

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

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

1.- INTRODUCCION

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

La Medicina Física Y Rehabilitación, es la rama de la medicina que ayuda a prevenir las deficiencias, discapacidades o minusvalías causadas por limitaciones físicas, sensoriales, mentales y sociales; detecta, evalúa y diagnostica, precoz e integralmente los procesos incapacitantes de todo tipo; prescribe, dirige, supervisa y evalúa los programas y procedimientos utilizados en la adaptación o readaptación de las personas con limitaciones con el objetivo de restaurar o restablecer el movimiento, las funciones de la comunicación humana y la eficiencia psicológica, social y vocacional, e investiga las causas y mecanismos de las limitaciones en todas sus formas.

La Rehabilitación, al igual que casi todas las especialidades actualmente, abarcan poco a poco mayor número de pacientes de la tercera edad, esto hace que a pesar de que no se renuncie en lo más mínimo a la necesidad de la presencia de equipos multidisciplinarios que garanticen bajo un fundamento científico y multidisciplinario una rehabilitación intensiva, dinámica y cambiante, del paciente mayor en su integralidad biosocial; se dote a la atención primaria de principios, metodologías y herramientas básicas que contribuyan a brindarle aún en las condiciones de accesibilidad más limitada la oportunidad de rehabilitarse a estas personas.

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

1.1.- OBJETIVOS EN LA REHABILITACIÓN

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

- *Reactivación del paciente* desde el punto de vista psicológico, social y biológico.
- *Resocialización del paciente* 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 devolviendo un paciente a la comunidad lo más funcionalmente posible. A este proceso contribuye de forma notable la intervención familiar.

1.2.- PRINCIPIOS EN 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 enfermo.
- 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 geriátrica:

- 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 cardio-respiratorios, así como la fatiga muscular, por lo tanto hay que hacer pausas, medir la tensión arterial y pulso.
- Práctica de la ergoterapia funcional (artística, artesanal o ludoterapia).
- Ortesis si fuera necesaria, sencilla y de poco peso.
- Tratamiento personalizado, teniendo en cuenta que cada persona envejece de manera diferenciada.

2.- ASPECTOS A EVALUAR EN LA REHABILITACIÓN GERIÁTRICA

Es necesario el diagnóstico basado en un buen examen clínico y tener presente 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, postura y equilibrio.
- Trastornos sensitivos, principalmente superficiales.
- Alteraciones de las funciones corticales superiores.
- Problemas relacionados con la comunicación.
- Alteraciones psicológicas o familiares.
- Compromiso de la sexualidad.

El equipo de atención en rehabilitación debe dar cumplimiento al alivio del dolor, lenguaje básico, marcha funcional, evitar complicaciones y descompensación de la enfermedad de base, mejorando la funcionalidad y aumentando la calidad de vida del paciente.

2.1.- ¿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 Modulo 5)
- Frecuencias cardiaca 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

- Reflectividad
- 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.

2.2.- 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 debe evaluar las características, grado de afectación y 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 un paciente pluripatológico, 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

3.1.- PREVENCIÓN

En el proceso de rehabilitación geriátrica, se debe identificar y modificar factores de riesgo que afecten al paciente. Se consideran factores de riesgo el sedentarismo, la obesidad, inactividad, hábito de fumar, alcoholismo y los malos hábitos nutricionales fundamentalmente. Para el trabajo en esta esfera puede utilizarse al paciente, la intervención familiar y otros actores comunitarios.

La realización sistemática de ejercicios físicos, es una herramienta básica para la prevención, así como para promover un mejor estilo de vida. Los ejercicios físicos en el adulto mayor deben ser amplios, rítmicos, repetidos y conjugados, con continua estimulación visual, sonora y táctil, evitando la aparición de fatigas. Los especialistas deben tener presente que la frecuencia cardíaca mínima se encuentre, a lo sumo, al setenta por ciento (70%) de la máxima.

3.2.- TRATAMIENTO KINÉSICO

Tratamiento postural para 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 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 pre-funcional y funcional que permitan la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

3.3.- AGENTES FÍSICOS A UTILIZAR

La fisioterapia y la rehabilitación constituyen métodos valiosos de la geriatría. Los resultados de cada tratamiento aplicado reportan sustanciales beneficios, disminuyendo, con el uso de agentes físicos, el suministro de medicamentos según corresponde a cada patología.

TABLA 8.1. EFECTOS TERAPÉUTICOS DE LOS AGENTES FÍSICOS

Agentes físicos	Efectos terapéuticos
Calor infrarrojo	Hiperemia
Rayos ultravioletas	Disminución del tono muscular
Ultrasonido	Incremento de la permeabilidad de la membrana
Diatermia	Favorece la cicatrización tisular
Corrientes de baja frecuencia	Disminuye el dolor
Corriente de media frecuencia	Reducción de la tensión tisular
Corriente Interferenciales	Favorece la circulación y la vasodilatación
Láser infrarrojo	Acción antiinflamatoria, bioestimulante o trófica
Láser Helio-Neón	Reparación de lesiones tróficas de origen circulatorio
Magnetoterapia	periférico

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

3.4.- ADITAMENTOS U ÓRTESIS

En el paciente geriátrico con discapacidad, resulta importante minimizar la pérdida de funciones con la utilización de aditamentos, tanto Órtesis 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 columna como en miembros superiores e inferiores.

3.5.- OTROS COMPONENTES BÁSICOS DE LA REHABILITACIÓN

La Terapia Ocupacional en el adulto mayor, está enfocada a proporcionar adaptaciones que faciliten las 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 los objetivos de rehabilitar las funciones dañadas en el lenguaje, habla y voz; establecer y equilibrar los trastornos psicológicos presentes en estos enfermos 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 ejercicios y estimulación del vocabulario y a la realización de ejercicios funcionales y estimulación cognitiva, 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 familiares y sociales.

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

4.1.- REHABILITACIÓN CARDIO RESPIRATORIA.

Entre las patologías que frecuentemente padecen los ancianos están los problemas cardio respiratorios 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 en los pacientes con estos problemas permitiría:

- Incrementar la fuerza de la musculatura respiratoria.
- Mejorar la ventilación pulmonar, la oxigenación y el intercambio de 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 la 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 se encuentre el paciente despierto, que tenga reflejos y pueda tragar su propia saliva.

Entre los aditamentos o artificios que se pueden confeccionar 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 ser 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.

¿ Que aspectos fundamentales a destacar en todo programa?

- Tipos de ejercicios: Los ejercicios físicos deben ser individualizados, isotónicos y aeróbicos (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 por ciento de la frecuencia cardíaca (FC) máxima correspondiente, realizándose de la siguiente manera: $220 - (\text{Edad del paciente})$ representa el 100% y por regla de tres determinar la frecuencia al 70%.

4.2.- 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 el validismo funcional del que la sufre lo justifica.

COMPLICACIONES:

Generales:

Inmovilidad

Úlcera por presión

Osteoporosis

Sepsis

Trombosis venosa profunda

Depresión

Miedo

Aislamiento social

Locales:

Fractura intra capsular (Necrosis avascular de la cabeza del fémur)

Fractura extravascular (Pérdida de sangre hasta 1,5 litros)

Retardo en la consolidación.

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 afecto, 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 afecto así como fortalecimiento del tren superior y miembro indemne, unido a la realización de ejercicios para aumentar la capacidad respiratoria y evitar complicaciones de este tipo en el acto quirúrgico.

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

REHABILITACIÓN POSTQUIRÚRGICA:

Debe comenzar valorando 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 ortopédico.

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 1ra. Fase:

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

En el miembro afecto se iniciarán ejercicios isotónicos o isométricos (si el paciente no padece de hipertensión arterial) para evitar atrofas por desuso. Es importante en esta etapa la higiene corporal del enfermo, evitando así lesiones en la piel, además, un adecuado tratamiento postural manteniendo alineado el miembro con el resto del cuerpo. Se realizarán ejercicios respiratorios para prevenir las neumonías hipostáticas tan frecuentes en este tipo de paciente. 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 resumen, en las fracturas intra capsulares generalmente se utilizan prótesis parciales o totales, con la ventaja de que la se alcanza una temprana deambulación, mientras que cuando se producen fracturas extra capsulares 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 2da. 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 ortopédico) 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 sostenga sobre el brazo de una silla o sobre la mesa, ya que durante este ejercicio ejerce gran fuerza sobre la cabeza del fémur.

3ra. Fase:

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

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 en su medio, que le permitan trasladarse en el hogar con el apoyo adecuado y la realización de las AVD.

Existen aspectos que pueden resultar perjudiciales o se contraindican en el paciente como es levantar o empujar por mucho tiempo objetos pesados, así como 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 andar con bastón.

REHABILITACIÓN EN LOS CASOS QUE SE CONTRAINDIQUE LA CIRUGÍA.

Se asocia a mal pronóstico funcional. La inmovilización suele durar de seis a ocho semanas, es importante prevenir incapacidades secundarias tales como úlceras por decúbito, atrofas por desuso, contracturas y descondicionamiento general.

En todos estos pacientes es importante el uso de calzados apropiados para la correcta deambulación y, si existe acortamiento de miembros, el uso de este tipo 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.

¿Cómo hacer una Andadera de madera?

Tome 4 pedazos de madera largos y 6 cortos, corte la madera como indica la figura (1), utilice 3 cortos para unir los pedazos largos arriba y 3 cortos para unirlos abajo, haga agujeros, coloque tornillos (fig. 2) y compruebe que la parte superior de la andadera quede lisa para que no lastime las manos de las personas.

El palo largo se debe medir del suelo al trocánter mayor, y los palos cortos teniendo en cuenta la amplitud del grosor de la persona. Prosiga a enseñar a manejar la andadera, la persona sostiene la parte superior de la andadera a ambos lados, después el o ella levanta la andadera y la coloca hacia delante, prosigue a mover la pierna débil o la operada y después la otra, se continúa el entrenamiento hasta que aprenda. (Fig. 3)

Fig. 1:

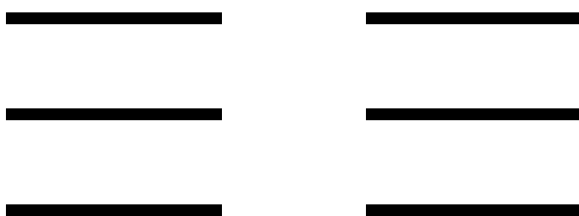
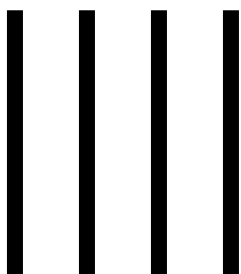


Fig. 2:

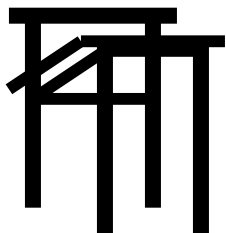


Fig. 3:



4.3.- ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR.

Entre las secuelas fundamentales de los Accidentes Cerebro Vasculares (ACV) están las Hemiparesias o Hemiplejías. Los síntomas invalidantes de estos síndromes pueden ser parálisis; trastorno de la sensibilidad; desfasamiento sensitivo motor; alteración del esquema corporal; trastornos posturales; trastornos del lenguaje y/o trastorno de las funciones mentales.

Para realizar un adecuado pronóstico del hemipléjico, se debe tener en cuenta, entre otros elementos el tamaño de la lesión; la antigüedad del síndrome hemipléjico; el estado mental del paciente; la colaboración del enfermo; las complicaciones; trastornos sobreañadidos; alteración de la sensibilidad; lado corporal afecto; 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 afecto 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 afecto.
- Estimular el lado indemne mediante ejercicios físicos y finalmente mediante el desplazamiento, comenzando con una bipedestación estática (que el paciente se pare sobre sus pies) y luego dinámica (marcha).

- Enseñarlo a realizar técnicas de transferencia, esto es, a trasladarse de la cama al sillón y viceversa.

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 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 más 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 debe utilizar agentes físicos y aditamentos para coadyuvar a la disminución del dolor, faciliten las AVD y simplifiquen 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 equinismo; almohadilla, que se coloca en la parte posterior del hombro cuando el paciente se encuentra de decúbito supino, para evitar su retropulsión; bastón o trípode.
- Los pacientes afectados de hemiplejia, 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, respiratorios, masajes faciales)
- El tratamiento se hace en unión con la familia que aprende desde el inicio la complejidad de la enfermedad, cómo colaborar (tanto en régimen de internamiento como en el domicilio) con el tratamiento y participar de él, si fuera necesario, para contribuir a la inserción positiva del paciente en su comunidad.

5.- BIBLIOGRAFÍA

González Mas, Rafael. Tratado de Rehabilitación. Síndromes Invalidantes en Cirugía, Medicina Interna y Especialidades. Tomo II Cap. XIX Rehabilitación en Geriatria. Segunda Edición. Editorial Científica Médica – Barcelona 1970.

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

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

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.

Mfdez. Gubieds y Colaboradores. El Ejercicio Terapéutico. Conceptos Básicos. Anatomo-fisiología. Rehabilitación (Madrid) 1996, 30: 385-393.

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

ASPECTOS CLÍNICOS DEL ENVEJECIMIENTO

Módulo 9

**ASUNTOS ÉTICOS EN LA
ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR**

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

1.- INTRODUCCIÓN

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

2.1.- EL PRINCIPIO ÉTICO DE LA AUTONOMÍA

2.2.- LA INFORMACIÓN QUE NECESITA EL PACIENTE PARA TOMAR UNA DECISIÓN

2.3.- LA VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD DEL PACIENTE PARA LA TOMA DE DECISIÓN

2.4.- CONFLICTOS ÉTICOS RELACIONADOS A LA TOMA DE DECISIÓN

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

3.1.- DEFINICIONES Y MITOS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO Y LA MUERTE

3.2.- CALIDAD DE VIDA AL FINAL Y UNA BUENA MUERTE

2.3.- LA VALORACIÓN DE UN TRATAMIENTO FÚTIL

4.- EUTANASIA Y 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. Conocer 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. Tener una mejor 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.- INTRODUCCION

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 o Enfermería. 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 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 el tener claro otros valores éticos esenciales para la relación profesional médica/enfermera/paciente. Adicionalmente, estereotipos y mitos sobre el envejecimiento en ciertas ocasiones pueden influir sobre el tratamiento y ésta relación. Por lo que es necesario examinar la forma apropiada de manejar la relación profesional con el paciente adulto mayor.

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

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

¿QUÉ SIGNIFICA LA AUTONOMÍA EN EL CONTEXTO CLÍNICO?

La autonomía significa auto determinación y auto dirección 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 auto determinación 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 requiere analizar los siguientes tres elementos:

La capacidad de la persona adulta mayor para:

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

INFORMACIÓN PARA LA TOMA DE DECISIÓN:

Es importante que el equipo de salud tenga entrenamiento y practica 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 la siguiente información, ya sea directamente o por medio de otro miembro del equipo de salud:

1. El diagnóstico en términos simples y 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. Probabilidad de éxito 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.

CAPACIDAD PARA HACER DECISIONES:

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 pueden hacerles 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 hacer un juicio 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 se pase como responsabilidad de otro, sin el consentimiento o consulta con el paciente. O sea, que al adulto mayor, se le quita sus derechos de adulto y pasa a tener una posición de dependencia infantil. Segundo, es posible que un adulto mayor que esté en múltiples medicamentos, con salud deteriorada y con déficit de memoria leves mantenga capacidad para hacer algunas decisiones pero no todas los tipos de decisiones. Por lo tanto es necesario definir que significa tener capacidad para hacer 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 agenciamiento moral – lo cual la hace compleja y de gran consecuencia. La valoración de “capacidad” o “no capacidad” se debe de hacer en base a las siguientes preguntas:

La capacidad se mide en función a la decisión que se toma. La capacidad de una persona 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 que la persona está en condiciones óptimas para tomar decisiones.

TABLA 9.1

¿Puede la persona hacer y expresar su preferencia personal – o sea, su decisión? Por ejemplo:

P: “Doctor, he decidido no ir más a la diálisis.”

¿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?

P: “Entiendo que si no recibo tratamiento de diálisis, mis órganos van a dejar de funcionar y me voy a morir.”

¿Puede la persona explicar los pensamientos y las razones que respaldan su decisión?

P: “El diálisis solo está prolongando mi agonía, sé que no me voy a curar. Estoy en paz y ya me quiero morir.”

¿Se mantiene constante la decisión después de un tiempo y se puede demostrar que la decisión no es resultado de un estado de depresión? O sea, Después de una evaluación psicológica. El paciente confirma su sentido de futilidad con el tratamiento y decide rehusarlo.

También es importante entender que algunas personas mayores quieren y necesitan compartir el proceso de hacer decisiones con cónyuge y/o hijos. En estos casos, si el adulto mayor escoge compartir o delegar la toma de decisión en otros, se le debe de respetar la decisión. En el caso de personas con secuelas de accidentes cerebrovasculares, con problemas del habla, sordas o ciegas, la persona puede necesitar más tiempo y ayuda para entender y para 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 el caso que la persona esté verdaderamente incapacitada para tomar decisiones, se debe identificar el familiar más cercano o cuidador que sea el que tome decisiones en lugar del paciente.

En situaciones de conflicto, cuando existe un dilema ético y nos 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:

1. La comunicación para una mejor identificación del problema. Se debe de abrir los canales de comunicación para que cada una de las personas involucradas puedan 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 inclusive posible.

2. 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 del médico o Centro de Salud. Asegúrese que la decisión está basada en la discusión y la negociación con el paciente.
3. 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

¿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 provee confortación y apoyo al individuo que vive con una enfermedad crónica progresiva que es terminal. El adulto mayor requiere de un cuidador sensible a sus necesidades que respeta sus valores espirituales y que ofrece apoyo a su familia durante la enfermedad y durante el período de duelo.

¿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.

MITOS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO Y LA MUERTE

- 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. Esta atención incluye apoyo nutricional y de control del dolor además de apoyo con su cuidado personal y educación para los cuidadores familiares.

- 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 que 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.

- 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 una enfermedad 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, cuida del bienestar del paciente mayor antes de morir proveyendo cuidados paliativos y abordando la enfermedad de forma que tenga el número menor de complicaciones adversas al bienestar del paciente.

CALIDAD DE VIDA AL FINAL Y UNA BUENA MUERTE

La calidad de atención al final de la vida significa que la persona recibe el cuidado apropiado para 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 calidad de vida hasta el final 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 cónyuge o cuidador muy mayor con limitaciones funcionales y en necesidad de atención.
- Controlar y manejar apropiadamente problemas como:
 - el aislamiento
 - la marginalización 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 clínicas.)

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 debería 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 una nutricionista antes de imponer 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 de ser considerada en relación con un paciente en particular, con su historia clínica y situación actual.

4.- EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO

DISTINCIÓN ENTRE NO TRATAR O MANTENER TRATAMIENTOS FUTILES 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 este pasan a ser consideraciones relevantes. 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 matar al 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, si 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 se le suministre los medicamentos necesarios para el control del dolor, por ejemplo, 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 discomfort y dolor del paciente con las acciones que tenían 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 menor que cuando el individuo se encuentra al final de la vida sin opciones de manejo de 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:

1. El paciente puede renunciar libremente al derecho de confidencialidad y permitir que su diagnóstico o información clínica se discuta y comparta con otros;
2. 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.
3. Cuando lo requiere 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 como es el caso del abuso y maltrato.

En relación con la atención al adulto mayor con una enfermedad crónica es frecuente que exista el conflicto entre la obligación a mantener la confidencialidad de la información recibida del paciente y la necesidad e intereses 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 cuidarse mucho de no revelar información obtenida en el marco de la relación médico-paciente y evitar que las comunicaciones necesarios entre los miembros del equipo de salud se hagan en un ambiente de confidencialidad y que 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 Geriátras también reconocen que la mayoría de las personas adultas mayores y sus familias pueden recibir información sobre su diagnóstico y pronóstico aunque la información traiga mala 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 tener los siguientes consejos presentes:

- 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 a 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 que 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 a decir la verdad no requiere que el médico le de 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.- BIBLIOGRAFIA

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.

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



GUÍAS CLÍNICAS PARA PROBLEMAS SELECCIONADOS

**BATERÍA DE INSTRUMENTOS
PARA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO**

**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**

CONTENIDO DE LAS GUÍAS PARA EL ABORDAJE DIAGNÓSTICO DE LOS ADULTOS MAYORES

INTRODUCCIÓN

SECCIÓN A-C:

1. Abuso (maltrato) y negligencia (abandono)
2. Alteraciones de la movilidad (inmovilidad)
3. Anorexia
4. Alteraciones del comportamiento
5. Caídas
6. Confusión mental o delirium
7. Cuidado de los pies

SECCIÓN D-E:

8. Depresión
9. Disfunción sexual
10. Disminución de la agudeza auditiva
11. Disminución de la agudeza visual
12. Dolor abdominal
13. Dolor Articular
14. Edema de las Piernas
15. Estreñimiento

SECCIÓN F-O:

16. Fatiga y pérdida de vigor
17. Hiperglucemia
18. Hipertensión arterial en el adulto mayor
19. Hipertrofia prostática benigna
20. Hipotermia
21. Incontinencia urinaria
22. Insomnio y sueño en el adulto mayor

SECCIÓN P-Z:

23. Pérdida de peso
24. Presentación atípica de las infecciones
25. Retención urinaria
26. Salud oral
27. Trastornos de la memoria
28. Temblor
29. Úlceras por presión

INTRODUCCIÓN

Las Guías para el abordaje diagnóstico de los problemas más comunes que los adultos mayores presentan en la consulta de atención primaria se incluyen en este manual para la referencia y el estudio de los médicos tratantes.

El médico tratante enfrenta con frecuencia el problema de que los síndromes geriátricos, que constituyen la parte principal del problema de salud de los adultos mayores 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 más eficazmente evocar una respuesta por parte del médico. Para facilitar el abordaje diagnóstico, presentamos en esta guía una serie de 'problemas' o 'quejas' de dónde partimos con un mapa general del proceso de evaluación, diagnóstico y tratamiento.

Los temas de la Guía están presentados por el momento en forma alfabética.

No se pretende con esta guía ofrecer un tratado exhaustivo de problemas ni una referencia de diagnósticos por sistemas y órganos. Cada guía puede ser complementada con el listado de lecturas adicionales y con consulta a especialistas en Geriatria.

Abuso (maltrato) y Negligencia (abandono)

**Batería de instrumentos para
la evaluación y tratamiento**

1

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

OBJETIVOS

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

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Las agresiones que sufre el adulto mayor pueden nombrarse de diferentes formas, sin embargo, encontrar una sola palabra que reúna sus distintas formas de expresarse es difícil, por lo cual, analizando los distintos términos utilizados en la literatura, nos inclinamos por el de “Abuso”, que si bien, a nivel generalizado, cuando se aplica a personas, se entiende como “Violación de tipo sexual”.

Este término también implica “menoscabar o hacer mal uso de algo, uso excesivo, injusto o impropio”, significados que tienen mucho que ver con la problemática del adulto mayor, que trataremos en este capítulo.

El término “Maltrato” es otra palabra frecuentemente utilizada, que significa “tratar mal, golpear”, lo cual reduce la problemática del adulto mayor a un aspecto físico o psicológico. Por lo anterior consideramos el término de “Abuso” con mayor capacidad para abarcar la problemática a tratar.

¿QUÉ SIGNIFICAN LOS TÉRMINOS NEGLIGENCIA O ABANDONO? ¿CUÁL DE ELLOS ES MÁS ÚTIL?

Ambos conceptos si bien se relacionan implican, estrictamente hablando, distintas cosas: la Negligencia implica descuido u omisión en la realización de determinadas acciones y el Abandono implica dejar desamparado a una persona o bien el descuido de obligaciones.

Sin embargo, tratando de unirlos, ambos implican el descuido en la realización de acciones que en este caso son necesarias para el mejoramiento de las condiciones de vida del adulto mayor, como lo veremos más adelante.

La Negligencia o Abandono se diferencian del Abuso (Maltrato), en que este último suele ser deliberado y la Negligencia puede ser también NO INTENCIONADA.

Por ejemplo cuando el cuidador, familiar o el médico ignora cierto conocimiento o es incapaz de realizar cierto cuidado necesario para el bienestar del adulto mayor, se podría considerar como NEGLIGENCIA O ABANDONO NO INTENCIONAL.

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

El Abuso del adulto mayor puede presentarse en tres grandes esferas que serán analizadas posteriormente (Tabla 1.1.). La esfera física, tal vez es la más conocida y fácil de diagnosticar. La esfera psicológica o emocional, que se presenta de muy diversas formas, además de ser más sutil, y por ello más difícil de diagnosticar y finalmente La esfera financiera, la cual es muy frecuente y puede presentarse de diferentes maneras.

TABLA 1.1. FORMAS DE PRESENTACIÓN DEL ABUSO

Formas de abuso físico	
• Empujones • Golpes • Forzar al paciente a comer o tomar algo • Colocar en una posición incorrecta al paciente • Amarrar o sujetar al paciente • Pellizcos	• Quemaduras (cigarros, líquidos, etc.) • Heridas • Fracturas • Jalar el pelo • Sacudirlo • Tirarle o derramarle agua o comida • Abuso sexual
Formas de abuso psicológico o emocional	
• Amenazas de abandono • Amenazas de acusaciones • Acoso • Intimidación con gestos o palabras • Infantilización • Abuso sexual	• Limitación al derecho: - de privacidad, - de decisión, - de información médica, - de voto, - de recibir correo
Formas de abuso financiero	
• Uso de los recursos del adulto mayor en beneficio del cuidador • Chantaje financiero	• Apropiarse de recursos del adulto mayor • Coerción para firmas de documentos

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- FACTORES DE RIESGO

EN LA FAMILIA:

- Problemas maritales
- Dificultades financieras
- Matrimonio reciente
- Mudanza reciente
- Problemas legales

OTROS:

El abusador frecuentemente es dependiente del adulto mayor, en forma financiera o por la necesidad de vivienda, el adulto mayor que es altamente dependiente en sus actividades de la vida diaria, dinámicas patológicas entre los miembros de la familia, alcoholismo o abuso de sustancias por parte del cuidador primario, historia de abuso o negligencia hacia el cuidador en la infancia.

2.2.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA (Tabla 1.2.)

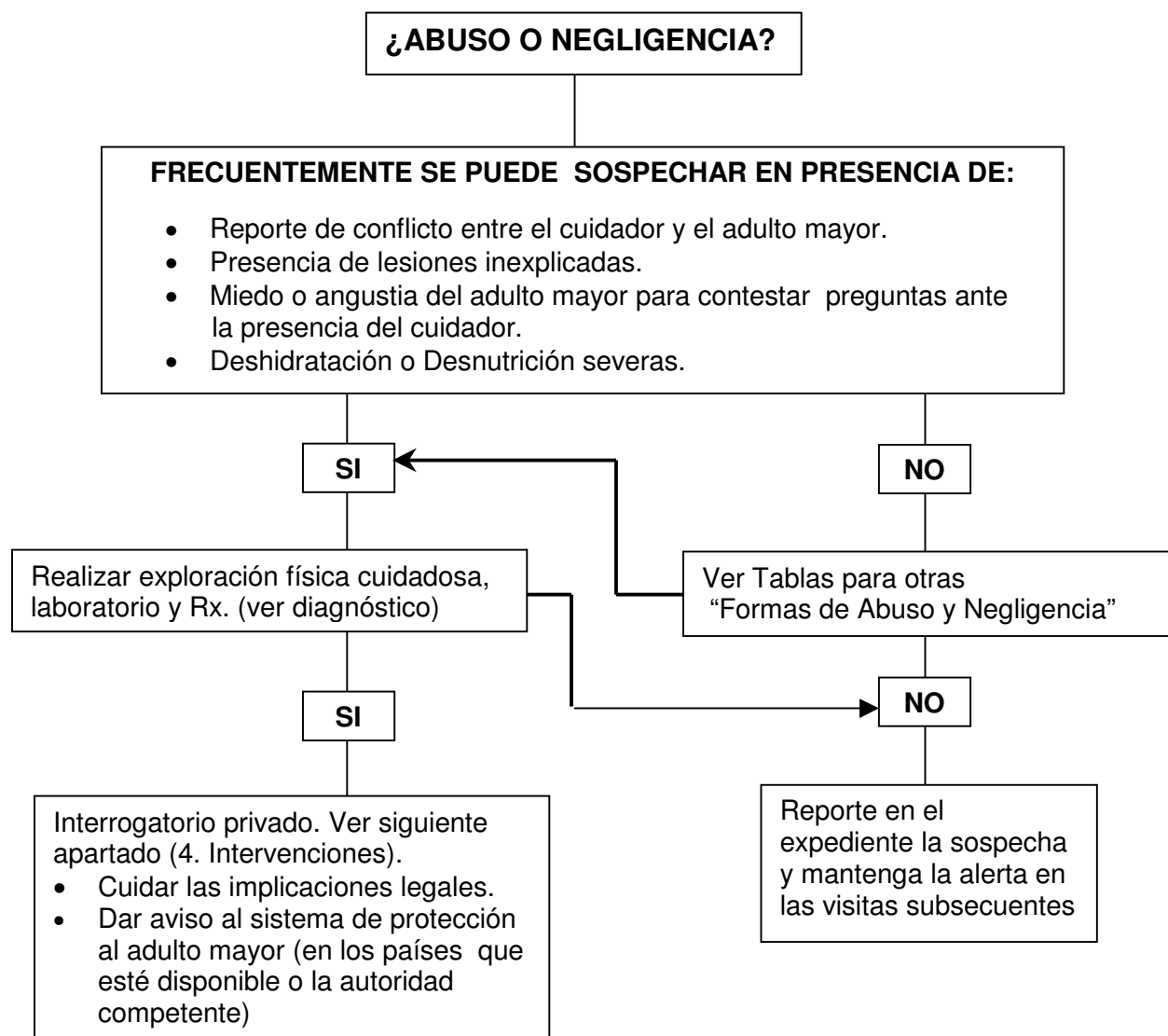
TABLA 1.2. INDICADORES DE UN POSIBLE ABUSO O NEGLIGENCIA¹

Tipo	Historia	Examen físico
Abuso físico	Descripción de hechos cambiantes, improbables o conflictivos con relación a la lesión.	Evidencia de lesión, especialmente múltiples en diferentes grados de resolución. Enfermedades de transmisión sexual en personas incapaces de consentirlo. Evidencia de lesión no atendida.
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	Cuidadores o Familiares y el paciente emocionalmente involucrados.	Desvalorización, infantilización. Los comentarios en general se modifican cuando el cuidador y/o el paciente se entrevistan separadamente.
Negligencia	Episodios recurrentes en enfermedades similares. A pesar de una adecuada educación y apoyo. Problemas médicos no atendidos.	Pobre higiene, desnutrición, hipotermia, úlceras de presión no atendidas, niveles subterapéuticos de medicamentos.
Abuso financiero	Cuidadores o Familiares financieramente dependientes del adulto mayor. Incapacidad reportada para pago de medicamentos, tratamientos, etc.; a pesar de aparentes finanzas adecuadas.	Ver Negligencia.

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

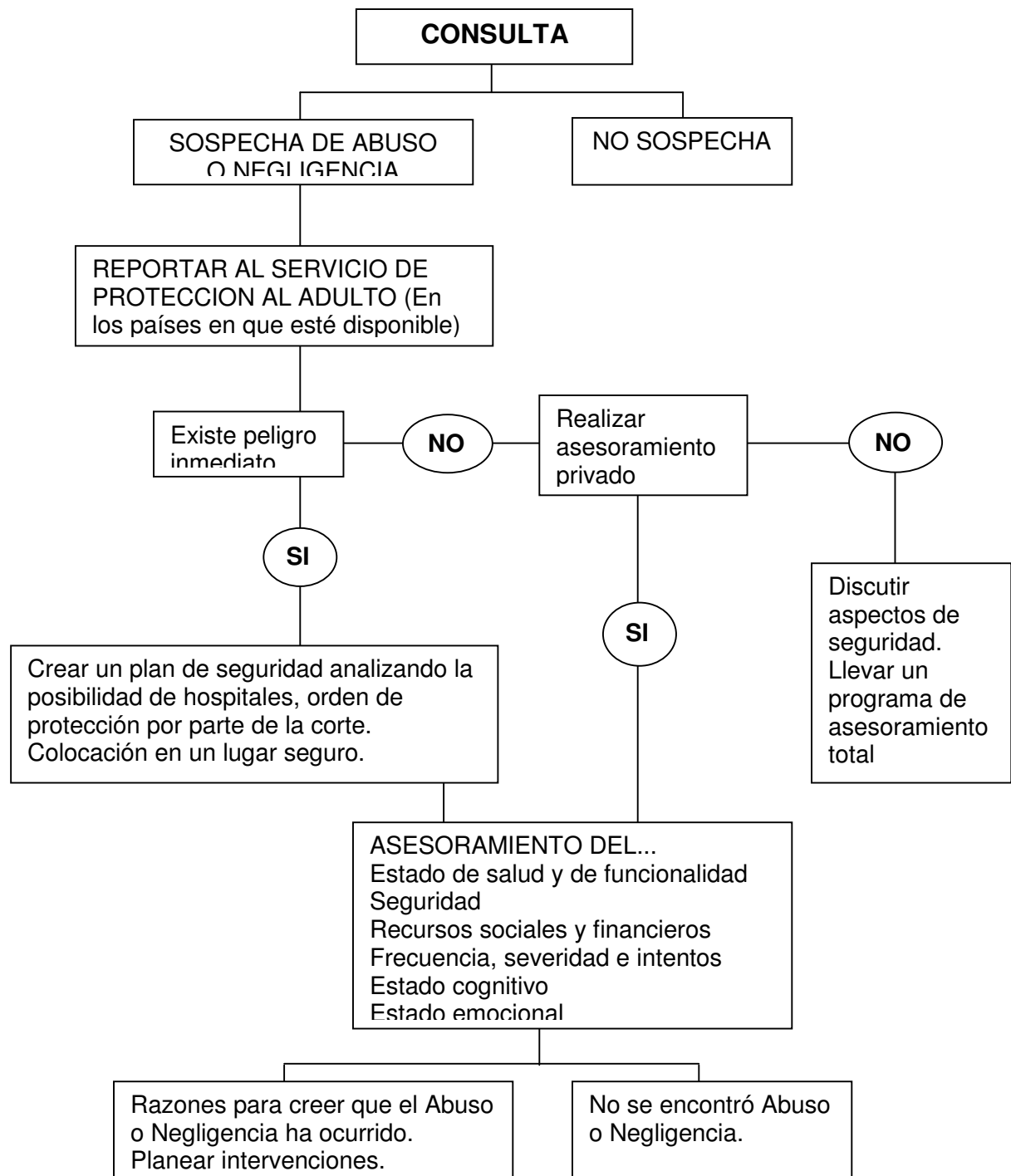
La evaluación y ruta crítica para el diagnóstico del problema está representada en el Diagrama 1.1. que a continuación se muestra.

DIAGRAMA 1.1. PROPUESTA PARA EL ABORDAJE DIAGNÓSTICO



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

DIAGRAMA 1.2. PLAN DE CONSEJERÍA ANTE LA SOSPECHA DE ABUSO O NEGLIGENCIA²



² Sacado 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 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 y un ejemplo de lo que se hace en un país como México en el Diagrama 1.4.

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

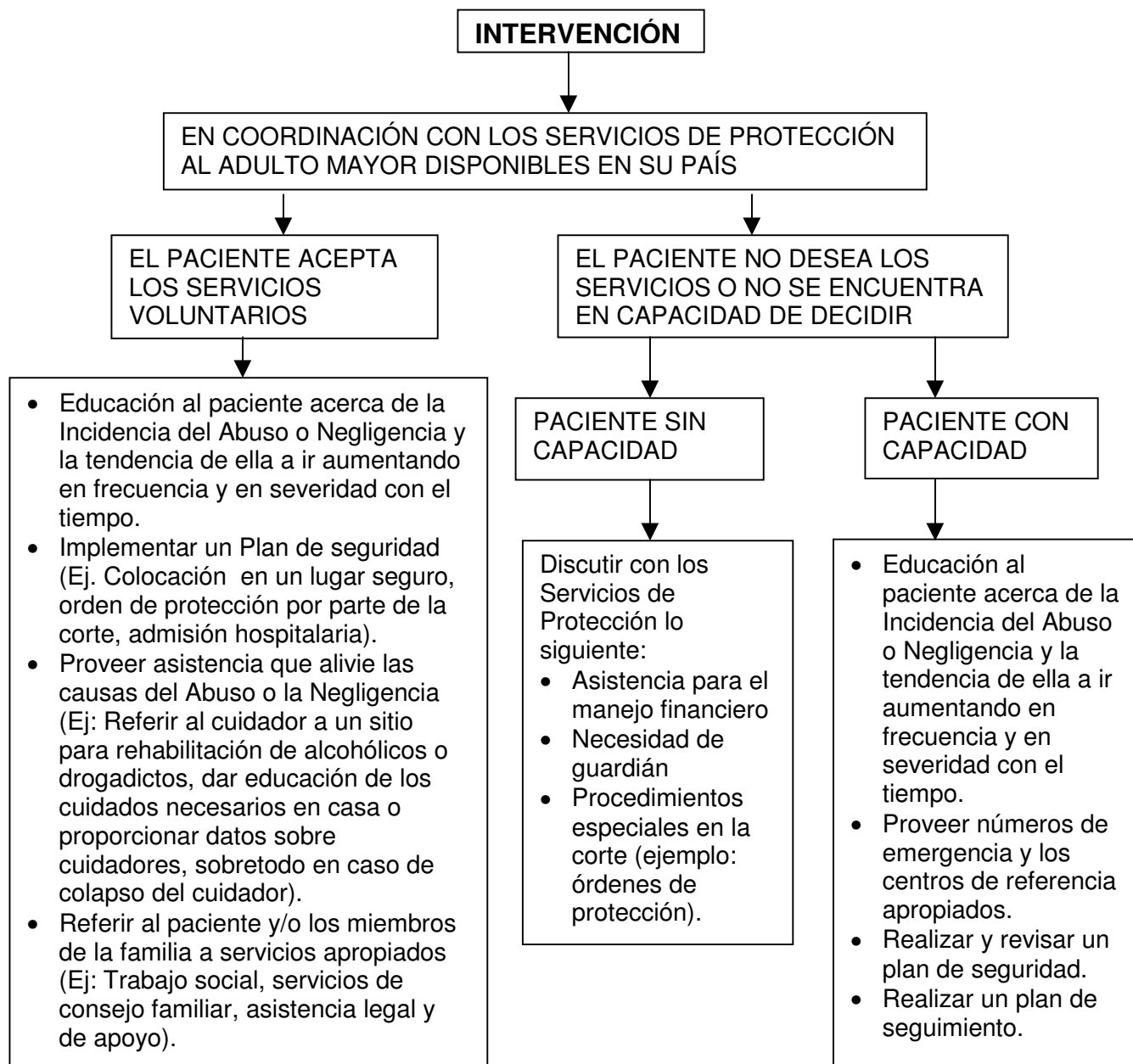
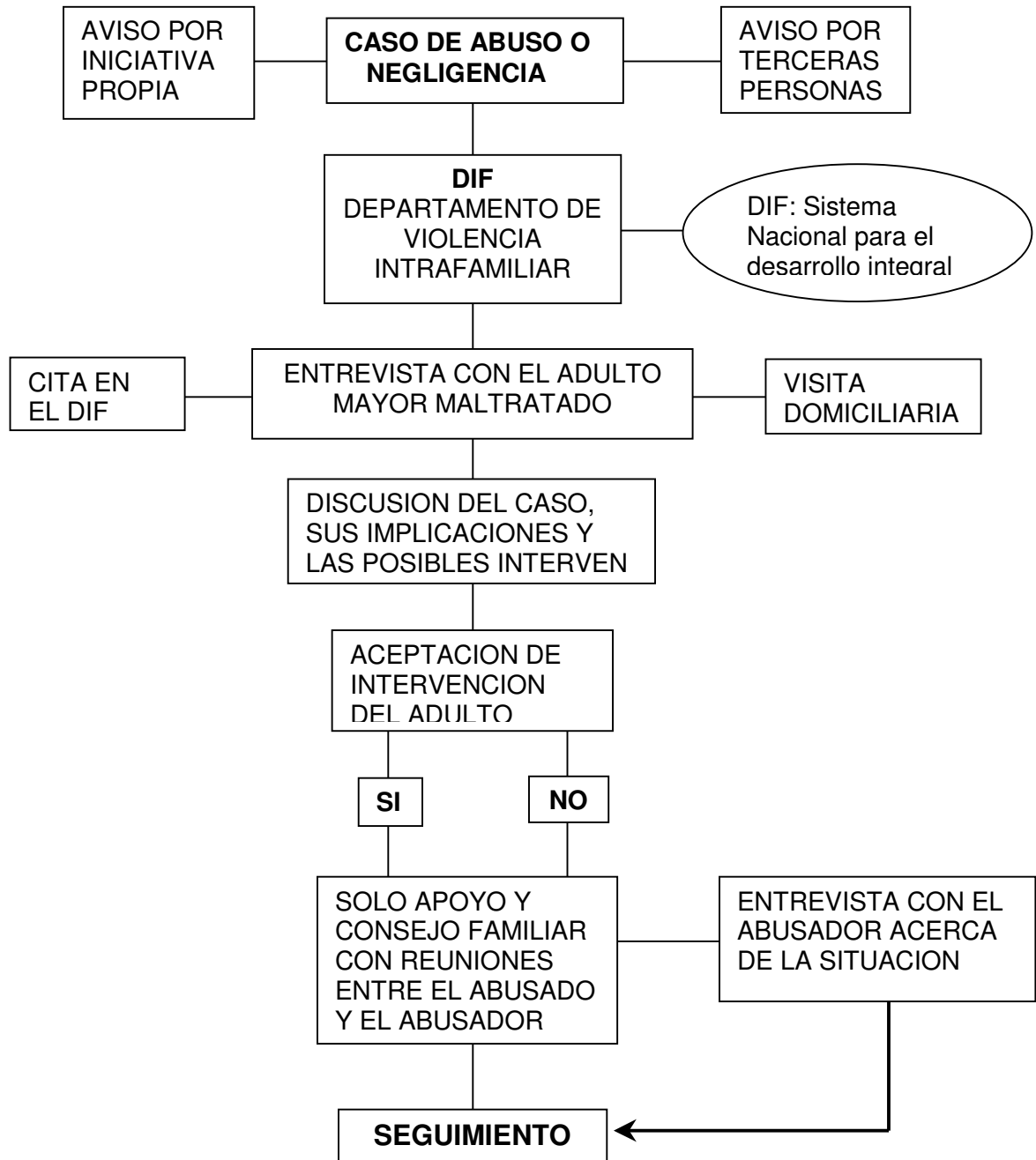


DIAGRAMA 1.4. EJEMPLO MEXICANO



4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- El Abuso y la Negligencia son problemas poco reconocidos por el equipo de salud.
- De presencia cotidiana en la consulta geriátrica.
- Susceptible de intervención en el adulto mayor.
- El Abuso psicológico es el más común.

5.- BIBLIOGRAFÍA

American Medical Association: Diagnostic and treatment guidelines on elder abuse and neglect, Chicago 1992, AMA p 13.

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

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

Alteraciones de la Movilidad (inmovilidad)

**Batería de instrumentos para
la evaluación y tratamiento**

2

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, 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.** Enlistar las complicaciones del reposo prolongado.
- 4.** Reconocer la necesidad de un abordaje interdisciplinario para corregir el problema.
- 5.** Desarrollar 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 algún grado de trastorno de la movilidad, esta situación puede llevar a un estado de dependencia progresiva hacia terceras personas, y que en grados avanzados (inmovilidad), conlleva un riesgo importante para la presentación de graves complicaciones que pueden llevar a la muerte al paciente.

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

Se define como cualquier trastorno de la locomoción capaz de afectar la realización de las 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 puede presentarse en forma SÚBITA o GRADUAL.

En cuanto a su intensidad, puede 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.

La graduación de los niveles 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 si solo y por ende requerir de ayuda externa, sin embargo esta misma alteración en un adulto mayor de 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 soslayada 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

- Enfermedad articular degenerativa.
- Estados post-fractura de cadera.
- Enfermedad Vascular Cerebral (EVC).
- Descondicionamiento físico asociado a enfermedad aguda o dolor.
- Estados depresivos.
- Medicamentos (ej: Benzodiazepinas, Metoclopramida, Cinarizina, Haloperidol, etc.).

OTRAS CAUSAS

MÚSCULO – ESQUELÉTICAS:

- Artritis
- Osteoporosis
- Fracturas (cadera, y vértebras)
- 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)
- Ayuda inadecuada para la movilización
- Desnutrición
- Enfermedad sistémica severa, etc.

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 de los sentidos

A continuación, considere los distintos factores de riesgo y patologías que afectan la movilidad con la 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 Capítulo de Caídas)
- Evaluación mental y del estado de ánimo
- Evaluación funcional
- Evaluación del rol social

CUANDO LOS TRASTORNOS DE LA MOVILIDAD LLEGAN A LA INMOVILIDAD:

¿Cuáles son sus posibles consecuencias?

COMPLICACIONES:

- Úlceras de decúbito
- Balance negativo del Sodio, Potasio,
- Contracturas
- 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
- Privación 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, la familia y los 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 digital, supositorios y lavado periódico

Urinarias	Vigilar retención urinaria Hidratación
Locomotorices	Posicionamiento Ejercicios pasivos (Arcos de Movimiento) Ejercicios isométricos e isotónicos Reeducación de las transferencias y la marcha
Cutáneas	Vigilar presencia de úlceras de decúbito Cambios frecuentes de posición Evitar la maceración
Metabólicas	Evitar sedantes hipnóticos Vigilar electrolitos, glucemia y función renal Hidratación
Psíquicas	Estimulación sensorial Apoyo emocional

En los pacientes con trastornos de la movilidad:

¿CUÁLES SON LOS OBJETIVOS DE LOS DISTINTOS TIPOS DE REHABILITACIÓN?

Objetivos de la terapia física	Objetivos de la terapia ocupacional
• Aliviar 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, andadera, silla de ruedas, etc.)	• 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** ver módulo correspondiente.

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

¿QUÉ OTRAS INTERVENCIONES SON IMPORTANTES EN EL MANEJO DEL ADULTO MAYOR CON ALTERACIONES DE LA MOVILIDAD?

- 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 escusados, sillas para bañarse etc.).
- Evaluar nivel de movilidad (en cama, transferencias cama-silla, en silla de ruedas o andadera, balance y marcha).

3.3.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUTIVIDAD

Para realizar el diagnóstico definitivo además para definir conducta específica puede ser necesaria la consulta con especialistas:

TRASTORNO MOTOR: Valorar interconsulta por Geriátría, Medicina Interna o Neurología.

TRASTORNO PSICOMOTOR: Valorar interconsulta por Geriátría, Neurología o Neuropsicología.

INTOLERANCIA AL ESFUERZO: Efectuar evaluación cardiopulmonar por Medicina Interna ó Cardiología.

INCOMPETENCIA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Referir a Geriátría y evaluar los órganos de los sentidos (Oftalmología y Otorrinolaringología).

TRASTORNO DEL ENTORNO SOCIAL: Se requerirá de trabajo social y/o de la enfermera de 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 con ello el mantenimiento de un equilibrio psicológico.

5.- BIBLIOGRAFÍA

Miller MB, Iatrogenic and nursigenic effects of prolonged immobilisation of the ill aged. J Am Ger Soc 1975, 23(8):360-369.

Rosenberg GM Dangers of prolonged immobility in the elderly. Med Clin North Am 1983, 27:32-45.

Studenski S, ed. 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.

Alteraciones del Comportamiento

**Batería de instrumentos para
la evaluación y tratamiento**

3

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, 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 los elementos necesarios para el diagnóstico diferencial.
- 3.** Aplicar las medidas iniciales medicamentosas 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 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 O NO ASOCIARSE A UN COMPORTAMIENTO AGRESIVO.**

Golpear, patear y empujar pueden ser manifestaciones de agresión. La deambulación incesante, el vestido inapropiado, el movimiento persistente y repetitivo 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 la verbalización o los 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.

- **LAS ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO QUE OCURREN DE MANERA ESPONTÁNEA, PUEDEN RESPONDER A CAUSAS ORGÁNICAS O SER UNA MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA.**

Existe una afección esquizoide llamada parafrenia tardía que se caracteriza por agitación y un comportamiento suspicaz.

- **LAS ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO PRECIPITADAS POR FACTORES AMBIENTALES SON COMUNES EN PACIENTES CON DETERIORO COGNOSCITIVO.**

Los pacientes con deterioro cognoscitivo responden de manera inmediata a los estímulos en su entorno. Además, los pacientes con Demencia pueden desarrollar sintomatología psiquiátrica que aumenta la probabilidad de un comportamiento alterado.

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

El diagnóstico de los trastornos del comportamiento como síndrome clínico 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 exhaustivo del problema.

ALGUNOS 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 en que los trastornos del comportamiento responden a un Estado Confusional Agudo es alta, de ahí que la búsqueda de una causa orgánica sea en extremo importante, 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 capítulo de Estado Confusional Agudo).

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

Cuando las alteraciones son crónicas, la estrategia terapéutica se apoya en dos pilares:

LA TERAPÉUTICA FARMACOLÓGICA

Cuando la irritabilidad es un síntoma predominante, las benzodiazepinas de acción corta o intermedia pueden ser ensayadas. Los fármacos con acción serotoninérgica como la bupiriona 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). Algunos antiepilépticos como la carbamazepina y el ácido valproico pueden ser ensayados cuando hay fluctuaciones del afecto frecuentes o crisis espontáneas y súbitas de agresividad.

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: la sedación excesiva, las alteraciones del movimiento y la

hipotensión postural. Las dosis bajas de tioradizina (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 la segunda.

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 decrecer en el 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 lo alcanzan a partir de su entorno. Sólo una de las personas que vive con él, o se hace cargo del paciente debe hablarle a la vez y funcionar como la única fuente de comunicación. 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."
- Comunique de manera clara y concisa. Las afirmaciones cortas y simples permiten al adulto mayor que sufre de una dificultad para recibir y organizar la información, el 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 a la defensiva.
- 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. No debe acercarse mucho al adulto mayor agresivo. De ser posible, guarde su distancia 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 que 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 RESOLUTIVIDAD

Las dificultades para el diagn3stico etiol3gico o para la b3squeda de la causa desencadenante puede necesitar ir al segundo nivel de atenci3n. El manejo del cuadro agudo, tambi3n puede necesitar de manejo especializado.

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 medicamentosas.

5.- BIBLIOGRAFÍA

Alessi CA Managing the behavioral problems of dementia in the home. Clin Ger Med 1991, 7(4):787-801

Patel V, Hope T, Aggressive behavior in elderly people with dementia: A review. Int J Ger Psych 1993, 8:457-472.

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

Anorexia

**Batería de instrumentos para
la evaluación y tratamiento**

4

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

OBJETIVOS

- 1.** Identificar 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

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 del sujeto.

Es particularmente relevante el considerar cuidadosamente la posible causalidad psicosocial motivada por problemas entre el enfermo y los miembros de su entorno en donde la Anorexia puede ser manifestación de un estado depresivo o elemento para la manipulación del entorno.

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

El rechazo de la alimentación se presenta bajo dos posibles formas: (Diagrama 4.1)

- **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 tampoco deglute si no es con dificultad.

El enfermo manifiesta, en ambos casos una alteración del comportamiento que constituye una urgencia diagnóstica y terapéutica.

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- FACTORES DE RIESGO

Considere que algunas de las causas contribuyentes más probables son:

- Enfermedades subyacentes (por ejemplo: Cáncer) o factores sociales como la pobreza.
- La disfagia es un factor contribuyente muy frecuente, máxime si se acompaña de Broncoaspiración.
- Efectos colaterales de los medicamentos.
- Apatía (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 ignorancia sobre el régimen alimentario o falta de aptitudes para cocinar (por ejemplo: los viudos).
- Mantienen una adherencia a regímenes alimentarios especiales inapropiados.
- Las discapacidades físicas pueden impedir la compra o preparación de los alimentos.
- Problemas o enfermedades del aparato digestivo.
- Otros problemas de salud.

2.2.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

Luego de considerar las circunstancias arriba anotadas, practique un examen general completo, así como una evaluación de la deglución, (ver Anexo) 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,
 - dolor reciente.
- ¿QUÉ CAMBIOS SIGNIFICATIVOS HA 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.
- Fibroscopía gástrica para identificar ulceraciones pépticas o bien tumoraciones. Este procedimiento necesita ya de la referencia al nivel superior de resolutiveidad.
- Otros exámenes habrán de indicarse en función del contexto clínico.

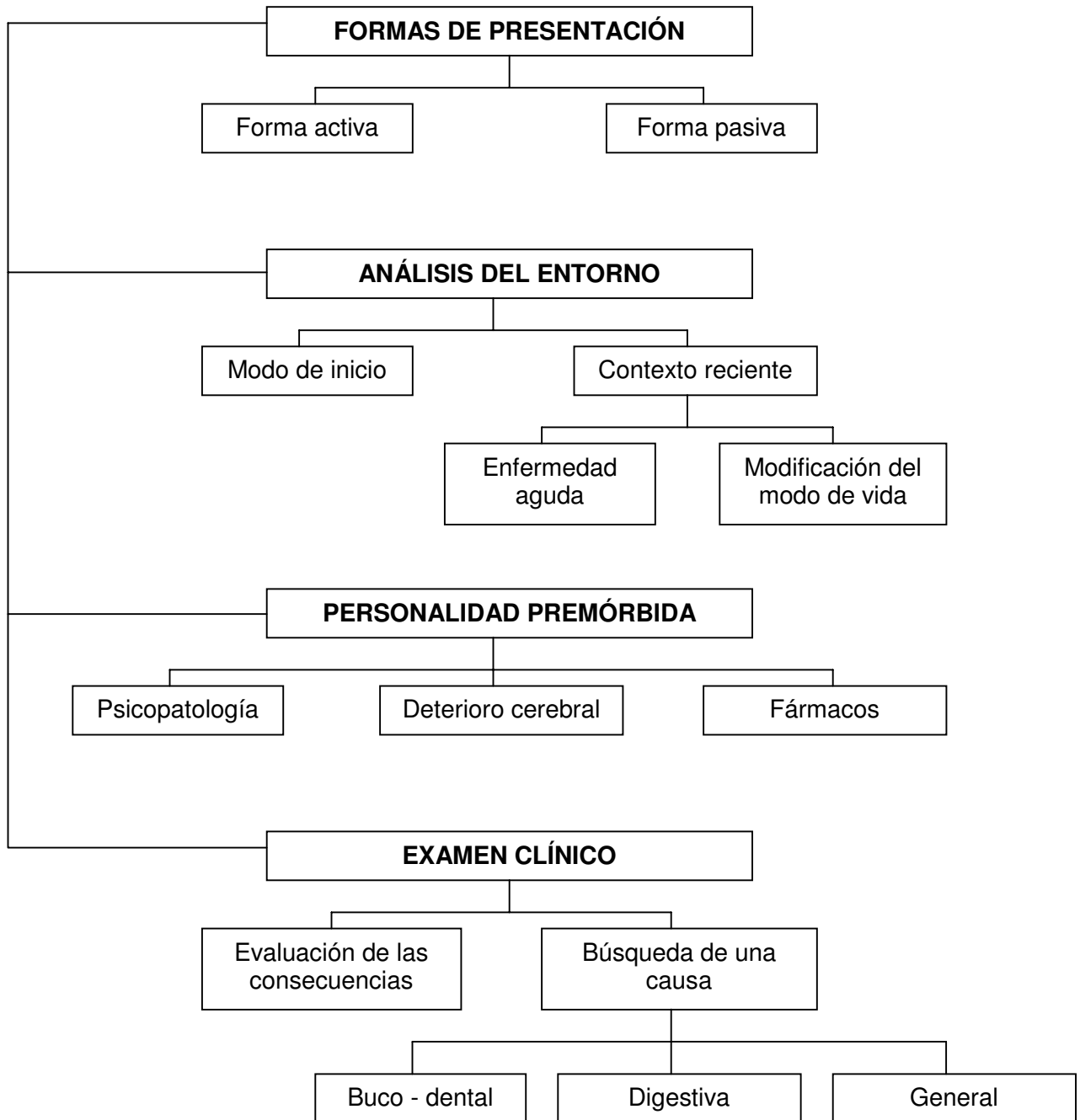
AL CONCLUIR LA EVALUACIÓN:

Hay que ser prudentes antes de establecer la relación causal en caso de haber puesto en evidencia un factor potencialmente etiológico, pues 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

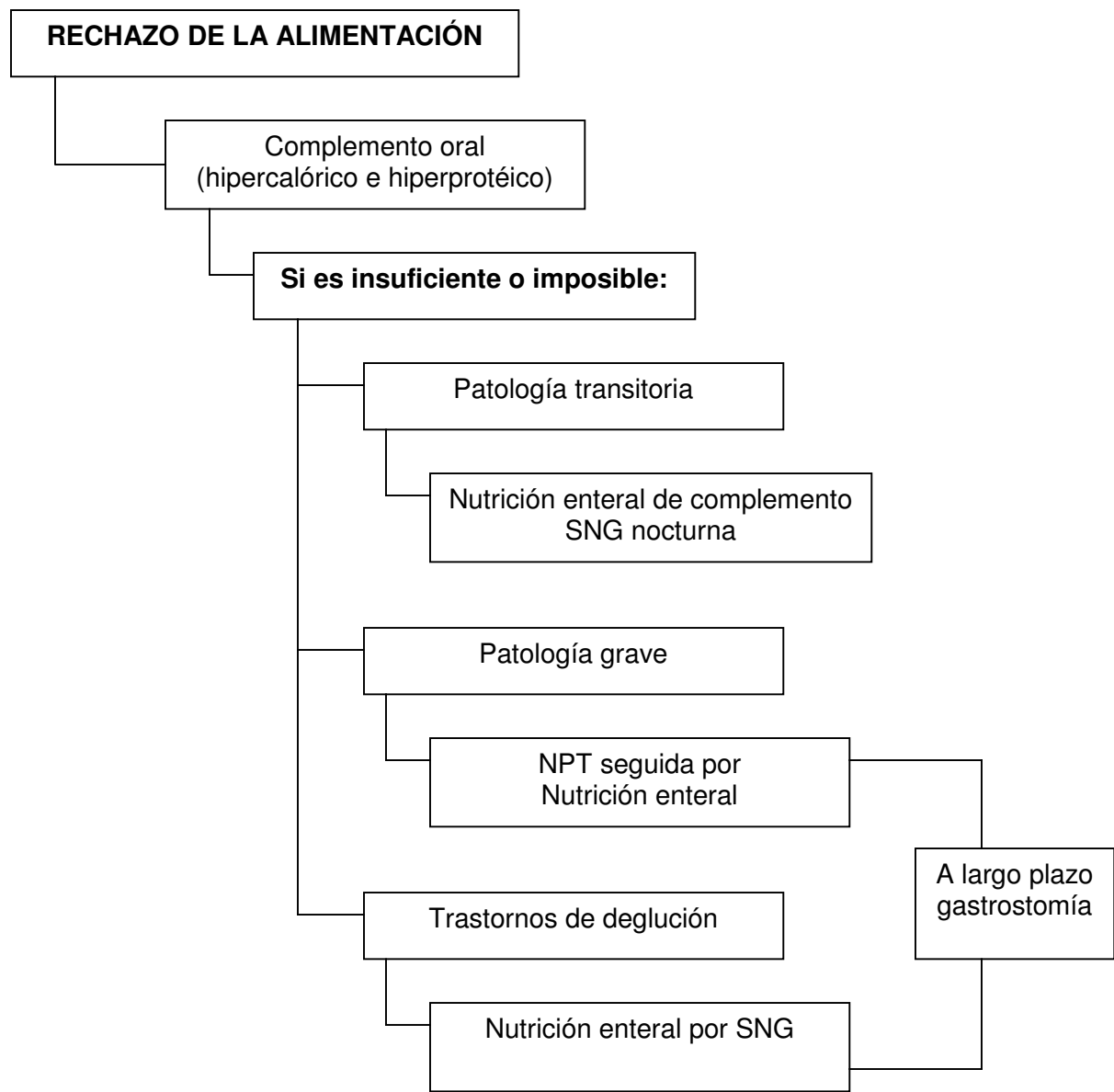


3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

Se impone la necesidad de llevar a cabo un tratamiento sintomático sin retraso alguno. 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 siguiente **ÁRBOL DE DECISIONES**:

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 algunos casos seleccionados, en donde la administración de dosis cercanas a los 20 mgs de prednisona en 24 horas no esté contraindicada. 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 no necesita ser tratada, mucho menos llega a ser necesaria la colocación de sondas de alimentación.

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

- la modificación de la dieta,
- el ejercicio físico,
- la 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. 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.

Para el seguimiento, es indispensable la cuantificación cotidiana de la ingesta y la medición periódica (semanal al menos) del peso.

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 RESOLUTIVIDAD

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 CLAVES 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.- BIBLIOGRAFÍA

Morley JE Anorexia in older persons: epidemiology and optimal treatment. *Drugs & Aging*, 1996, 8:134-137.

Roberts SB Control of food intake in older men *JAMA* 1994, 272:1601-1606.

ANEXO 4.1. PRUEBA DE DEGLUCIÓN (SMITHARD)

No aplicar la prueba si el paciente se encuentra inconsciente, somnoliento, no abre los ojos con rapidez, está sedado, o tiene sonda nasogástrica.

SE LE DEBE SENTAR EN ANGULO RECTO: (Realizar la prueba tres veces dando de beber 30 ml cada vez). Coloque los dedos en la línea media y sobre la laringe para sentir la deglución, después verifique cada signo.

1. OBSERVE:

Ausencia de deglución.

Tos / Tos tardía.

No / Sí

No / Sí

(2 min. después de deglutir)

Voz húmeda.

No / Sí

SÍ A CUALQUIER SIGNO:

- vigilancia
- sonda oral
- referir al especialista

2. SIN SIGNOS OBSERVE Y CONTINÚE:

Continúe dando de tomar tres vasos (30 ml) de agua cada vez.

Ausencia de deglución.

Tos / Tos tardía.

No / Sí

No / Sí

(2 min. después de deglutir)

Voz húmeda.

No / Sí

Caídas

Batería de instrumentos para
la evaluación y tratamiento

5

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

1. Reconocer los principales componentes del balance dinámico y los factores relacionados con la edad que lo perturban.
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 el desplazamiento del cuerpo en forma inadvertida y súbita hacia un plano inferior con relación a la presencia de uno o varios factores, con o sin pérdida del estado de conciencia o lesión.

¿POR QUÉ SON TAN IMPORTANTES LAS CAÍDAS?

Una tercera parte de las personas mayores de 65 años que viven en la comunidad se caen por lo menos una vez al año, siendo más frecuente en mujeres y personas institucionalizadas.

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.).

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 describe 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.

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

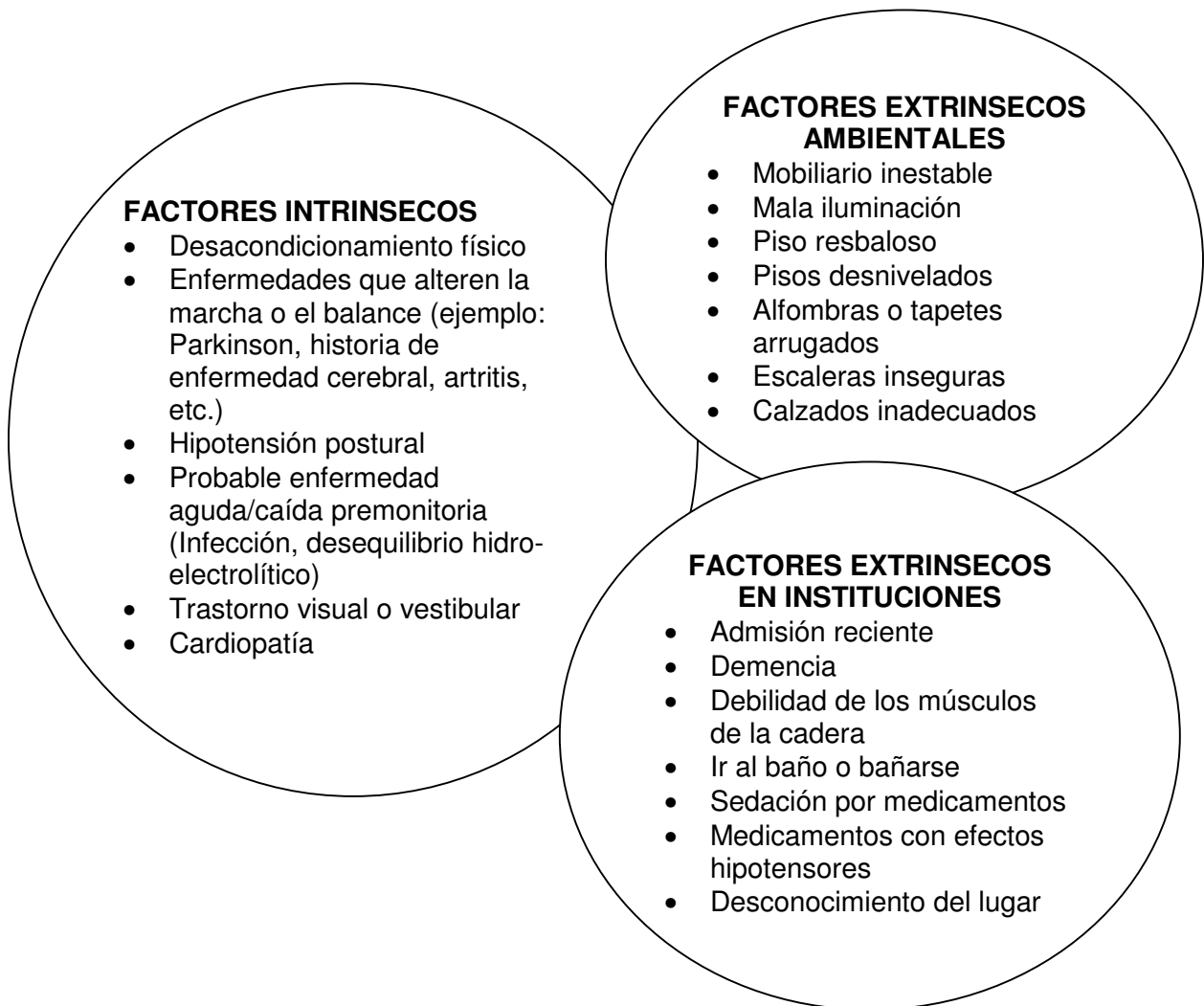
2.1.- FACTORES DE RIESGO

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).

2.2.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA (Diagrama 5.2).

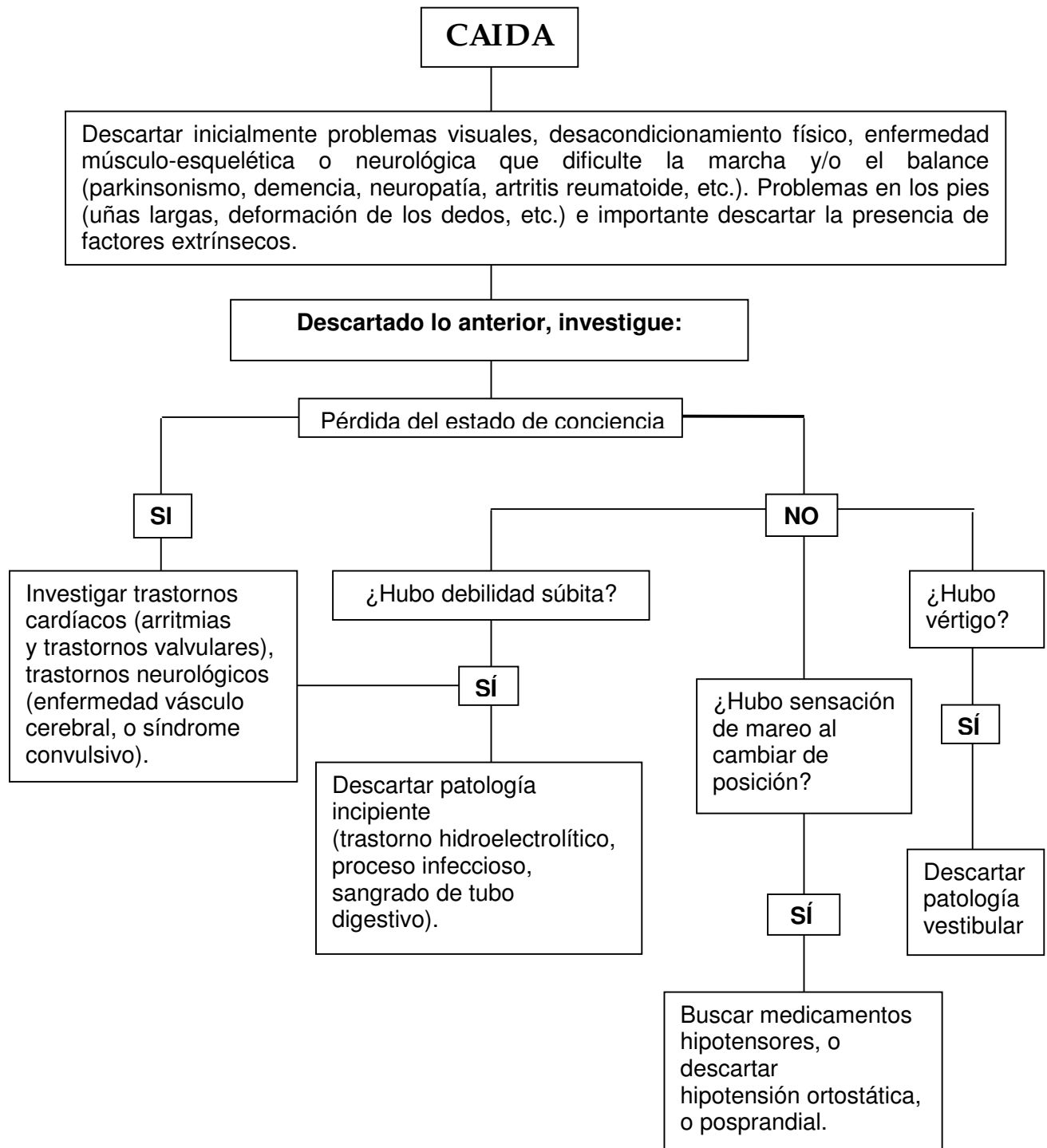
Un adecuado abordaje diagnóstico requiere un adecuado interrogatorio sobre los aspectos que a continuación se relacionan. Estas preguntas nos ayudan a analizar la posible participación de factores que pudieron estar asociados (la presencia de factores extrínsecos puede orientar a una causa accidental).

DIAGRAMA 5.1. FACTORES DE RIESGO PARA CAÍDAS



- **¿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 ya haberse presentado anteriormente.
- **¿SUCEDIÓ DESPUÉS DE COMER?**
En el paciente adulto mayor no es rara la hipotensión postprandial (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 si el paciente al tomarle la presión 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 al miocardio (IAM), trombo-embolia pulmonar (TEP) o de sangrado gastrointestinal.

Si el paciente se marea 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 de nuestro 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 (ECG), ecocardiograma, o holter de 24 hrs), el estudio de un síndrome convulsivo o

una posible enfermedad vascular cerebral (EVC), (electroencefalograma (EEG), tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo, doppler de carótidas y resonancia magnética nuclear (RMN) o 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. (Tabla 5.1)

PRUEBA “LEVÁNTATE Y ANDA”

TEST “TIMED GET UP AND GO”

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 Geriátría. 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.

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 (resumidos en la Tabla 5.1) y el otro es el tratamiento específico de la causa de la caída (Tabla 5.2).

TABLA 5.1. ESCALA DE EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS EN EL HOGAR

TAREAS DOMÉSTICAS

¿Limpia las salpicaduras tan pronto como se producen?	si ____ no ____
¿Mantiene limpio y sin obstáculos los suelos y las escaleras?	si ____ no ____
¿Guarda los libros, revistas, material de costura y juguetes de los niños tan pronto como acaban de usarlos?	si ____ no ____
¿Guarda con frecuencia los objetos usados en estantes accesibles?	si ____ no ____

SUELOS

¿Procura que todas las alfombras pequeñas tengan dorso antideslizante?	si ____ no ____
¿Están bien fijos los bordes de las alfombras?	si ____ no ____
¿Ha corregido los desniveles del suelo?	si ____ no ____

BAÑO

¿Usa alfombra o adhesivo antideslizante en la bañera o la ducha?	si ____ no ____
¿Tiene barandilla su baño?	si ____ no ____
¿Mantiene el jabón en una jabonera de fácil acceso?	si ____ no ____
¿Son de fácil acceso las toallas u otros objetos de uso en el baño?	si ____ no ____
¿Usa cortina en su bañera para evitar mojar el piso del baño?	si ____ no ____
¿Tiene el interruptor del baño al lado de la puerta?	si ____ no ____

PASILLOS

¿Puede cruzar todas las habitaciones y pasar de una a otra sin dar vueltas alrededor de los muebles?	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?	si ____ no ____
¿Tiene iluminación suficiente para eliminar las áreas oscuras?	si ____ no ____
¿Tiene una lámpara o interruptor al alcance de la cama?	si ____ no ____
¿Tiene luces nocturnas en el cuarto de baño y en el pasillo que conduce del dormitorio al baño?	si ____ no ____
¿Están bien iluminadas las escaleras?	si ____ no ____
¿Tiene interruptor al principio y al final de las escaleras?	si ____ no ____

ESCALERAS

- ¿Tiene barandillas seguras a ambos lados y a todo lo largo? si ____ no ____
- ¿Están bien separadas las barandillas de las paredes de modo que usted se pueda sujetar bien? si ____ no ____
- ¿Tienen las barandillas una forma bien definida de modo que usted sepa cuándo llega al final de la escalera? si ____ no ____
- ¿Están las escaleras en buen estado? si ____ no ____
- ¿Están todos los bordes de la escalera bien sujetos y en buen estado? si ____ no ____
- ¿Ha sustituido usted los niveles por rampas y los ha iluminado bien? si ____ no ____
- ¿Es de poca pendiente su escalera? si ____ no ____
- ¿Es ancha como para no tropezar con alguien que suba o baje al mismo tiempo? si ____ no ____

SILLAS

- ¿Evita usted las escaleras para alcanzar anaqueles altos? si ____ no ____
- ¿Usa usted una silla fuerte para alcanzar anaqueles altos? si ____ no ____
- ¿Están todas las sillas en buen estado? si ____ no ____
- ¿Apoya siempre la silla en una base firme y nivelada? si ____ no ____
- ¿Cuando usa una escalera o silla, lo hace mirando los escalones y manteniendo el cuerpo nivelado? si ____ no ____
- ¿Evita las sillas sin reposamano? si ____ no ____
- ¿Evita las sillas con respaldos demasiado bajos? si ____ no ____

COCINA

- ¿Coloca los utensilios más usados a la altura de la cintura? si ____ no ____
- ¿Coloca los armarios a la altura del pecho? si ____ no ____
- ¿Señala claramente el encendido y apagado de la cocina? si ____ no ____
- ¿Evita las mesas con patas inseguras? si ____ no ____
- ¿Evita los adornos o mesas con trípodes o pedestal? si ____ no ____

CALZADO

- ¿Tienen sus zapatos suela o tacones que eviten los deslizamientos? si ____ no ____
- ¿Utiliza zapatillas bien ajustadas y que no se salgan del pie? si ____ no ____
- ¿Evita caminar descalzo? si ____ no ____
- ¿Utiliza zapato bajo y cómodo para trabajar en la casa o el jardín? si ____ no ____
- ¿Sustituye el calzado cuando se gastan las suelas y pudiera resultar resbaladizo? si ____ no ____

EVALUACIÓN: Conceda un punto a cada respuesta negativa

1 - 5 Buena (poco riesgo) 6 - 9 Regular (mediano riesgo) + 10 Mala (alto riesgo)

TABLA 5.2. RIESGO DE CAÍDA Y SU PREVENCIÓN

PROBLEMAS	PREVENCIÓN
AMBIENTE GENERAL	
<u>Iluminación</u>	
- Demasiada oscuridad.	- Iluminación amplia y uniforme.
- Demasiada luz y 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 reposabrazo.	- 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 estereras 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 antideslizante, 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.
<u>Botiquín de medicamentos</u>	
- Etiquetados incorrectamente.	- Etiquetar los fármacos según sea su aplicación; tener una lupa; luz adecuada.
<u>Puertas</u>	
- Cerrojos deficientes.	- No usar cerrojos en las puertas de los baños o usar los que puedan abrirse de ambos lados.

ESCALERAS

Altura excesiva entre los peldaños

- La altura máxima de los peldaños debe ser de 15 cm aproximadamente.

Pasamanos

- Ausencia de pasamanos.
- Longitud inadecuada.
- Fijarlos bien a ambos lados de las escaleras, deben ser cilíndricos y separados de la pared.
- Deben sobrepasar los extremos superiores e inferiores.

Estructura

- Pendiente excesiva o demasiado larga.
- Colocar descansos intermedios.

Suelo resbaladizo

- Colocar antideslizantes de seguridad.

Iluminación inadecuada

- Colocar luces al inicio y al final de la escalera.

HABITACIÓN

Camas

- Demasiado altas o demasiado bajas.
- Demasiado estrechas.
- La altura de la cama y del colchón hasta el suelo debe ser de aproximadamente 45 cm, o sea al nivel de las corvas o rodillas.
- 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 antideslizantes 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

- Levantarse lentamente.
- Uso de agarraderas en la pared.
- Soporte: bastón.
- Tratamiento podológico.
- Tratamiento específico.

Inestabilidad con movimientos del cuello

- 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

- Calzado adecuado.
- Evitar objetos en el piso.
- Evitar la prisa y los caminos desconocidos.
- Rehabilitar la marcha.

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

TABLA 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 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 repentinos de posición (al levantarse de una silla o de la cama, al ir al baño, etc.).
Hipotensión postprandial	Utilizar bebidas tonificantes después de los alimentos (ejemplo: café con cafeína).
Trastorno Visual	(Ver capítulo de Alteraciones visuales).

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

EN ADULTOS MAYORES CON CAÍDA:

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 (ejemplo: 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.
- El miedo de caer es un factor de riesgo de caídas.

5.- BIBLIOGRAFÍA

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.

Rubenstein LZ, Josephson KR, Robbins AS. Falls in the nursing home. Ann Int Med 1994; 121:442-45

Studenski S, ed. Gait and balance disorders. Clin Geriatr Med 1996 (Nov.) 12(4):635-922.

Tinetti ME, Speechley M. Prevention of falls among the elderly. New Engl J Med 1989; 320:1055-1059.

Confusión Mental o Delirium

**Batería de instrumentos para
la evaluación y tratamiento**

6

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, 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.** Reconocer 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 como consecuencia de una enfermedad somática aguda.

Hasta una tercera parte de los adultos mayores hospitalizados tienen Confusión Mental al momento del ingreso o durante la hospitalización. Entre un 10 y 14% de los que se someten a cirugía general desarrollan un Delirium. Después de la cirugía por fractura de cadera, hasta la mitad de los pacientes mayores hacen un Estado Confusional Agudo. Se desconoce cual es su verdadera incidencia en el medio comunitario.

Como se ve 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 enfermo no necesariamente tienen que responder a un Síndrome Confusional.

**La importancia clínica de la Confusión Mental
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 han demostrado significar un riesgo de desarrollar el síndrome ante un stress clínico y quirúrgico. Al demostrar la existencia de un Síndrome Confusional Agudo, se reconoce que existe un proceso patológico agudo que lo causa, es por ello trascendental, para su manejo, la identificación del mismo.

2.2.- PRINCIPALES CAUSAS

CONDICIONES MÉDICAS GENERALES:

- Trastornos hidroelectrolíticos
- Insuficiencia renal, hepática y respiratoria
- Enfermedades endocrinas
- Trastornos metabólicos
- Hipotermia
- Déficit nutricionales
- Cirugía y anestesia
- Enfermedades cardiovasculares
 - Arritmias
 - Insuficiencia cardíaca
 - Infarto cardíaco
 - Tromboembolismo pulmonar
 - Hipotensión arterial
- Traumatismos y quemaduras
- Infecciones
 - Neumonía Bacteriana
 - Endocarditis
 - Infección urinaria
 - Septicemia

ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO:

- Hematoma subdural
- Enfermedades cerebrovasculares
- Demencia
- 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 causa de las anteriores

2.3.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

- En el adulto joven, el dolor, la fiebre o la taquicardia indican la existencia de una enfermedad médica aguda; en el paciente mayor es común que estos síntomas estén ausentes y es frecuente que un Delirium constituya la primera y en ocasiones, única expresión clínica de la enfermedad, muchas veces una condición médica tratable que puede estar amenazando la vida del paciente.
- Múltiples son los procesos que pueden provocarlo, por lo que en estos pacientes debe realizarse un interrogatorio detallado, con una historia medicamentosa cronológica, el examen clínico general y emplear pruebas de laboratorio apropiadas para diagnosticar infecciones, trastornos metabólicos y cardiorespiratorios. No olvide las causas neurológicas, puede ser necesario en ocasiones la realización de una Tomografía Computarizada o el estudio del Líquido Cefalorraquídeo, procedimientos que justifican la referencia a un segundo nivel de atención.
- Es posible obtener muchos datos de interés para la búsqueda de la etiología, con una cuidadosa confección de la historia clínica. La búsqueda de otros signos que sugirieran 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 debut este síndrome.
- La revisión cuidadosa de la historia medicamentosa del paciente, puede alertarnos sobre la posibilidad de que esta sea la causa del problema. Muchas drogas son capaces de producir el síndrome y no se necesitan grandes cantidades de medicamentos para que el cuadro se desarrolle. Es también muy frecuente que la supresión brusca de un tratamiento con determinadas drogas pueda ser el factor que desencadene el 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 aparece más de una causa que pueda explicar el síndrome y en muchos casos imposible determinar cual es la que llevó al paciente a este estado, se dice entonces que la confusión ha tenido causa múltiple.
- Aunque el 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 o la depresión.

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO (SEGÚN DSM IV)

- 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 curso del día.
- Evidencias por la historia, el examen físico o los exámenes complementarios que el trastorno es causado, como consecuencia fisiopatológica directa, de una condición médica general, por una intoxicación, por el uso de una 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 Lewi, 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 estos cuadros del Síndrome Confusional Agudo se recogen en la (Tabla 6.1).

TABLA 6.1. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DELIRIUM

Condición	Elementos comunes con el Delirium	Elementos diferenciales
Demencia	• Desorientación • Trastorno de memoria	• Comienzo insidioso • Curso no fluctuante • Conciencia y atención normal • No trastornos de la percepción
Psicosis	• Desorganización del pensamiento • Ilusiones / Alucinaciones • Incremento o disminución de la actividad psicomotora	• No trastorno cognitivo • Conciencia normal • EEG normal

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 locaciones comunes.
- Cuando los pacientes presentan intranquilidad o agitación hay tendencia a sujetarlos en el lecho, esta conducta generalmente tiende a empeorar su estado y hacerlo menos tolerable, por lo que debe evitarse.
- El Delirium frecuentemente empeora durante la noche, la oscuridad propicia su presentación y 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 es importante que se seleccionen siempre las drogas con menor efecto anticolinérgico.

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

PREVENCIÓN:

- 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 de estados confusionales.
- Es importante, en el adulto mayor que se hospitaliza, el mantener un ambiente tranquilo y de confianza, debe recibir información del lugar y horarios, si es 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 es con frecuencia una de sus causas.

3.3.- ATENCIÓN A LOS CUIDADORES

Los cuidadores de pacientes con Delirium sufren extraordinariamente, las interminables noches de angustia tratando de controlar a un paciente agitado repercuten en su salud. Es importante que se realice la rotación adecuada entre los cuidadores y que 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 RESOLUTIVIDAD

- 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.
- Toda infección aguda puede revelarse por la presencia de Confusión Mental.
- Las causas medicamentosas son frecuentes.

5.- BIBLIOGRAFÍA

Jahnigen DW. Delirium in the elderly hospitalized patient. Hosp Pract 1990; 25(8):135-157.

Lipowski ZJ. Delirium (acute confusional states). JAMA 1987; 258:1789-1792.

Lipowski ZJ. Delirium in the elderly patient. New Engl J Med 1989;320:578-582.

Lipowski ZJ. Transient cognitive disorders (Delirium, acute confusional states) in the elderly. Am J Psych 1983; 140:1426-1436.

Cuidados de los Pies

**Batería de instrumentos para
la evaluación y tratamiento**

7

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, 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.** Conocer 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 estos tienen para la vida de relación y el mantenimiento de la independencia. Su alteración es fuente de sufrimiento y pone en peligro la independencia funcional de la persona mayor.

EL PIE PERMITE DOS FUNCIONES BÁSICAS:

- El soporte del cuerpo.
- La propulsión de la marcha.

La primera, es una función estática y la segunda es una función cinética. La primera asegura al cuerpo humano la posibilidad de permanecer de pie, en equilibrio gracias a la adecuada distribución de peso de todo el cuerpo; la segunda función permite el movimiento armónico para caminar.

EL PIE ENVEJECE Y SE VE AFECTADO POR:

- Disminución sensorial.
- Sequedad de la piel.
- Disminución de la circulación.

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 órgano de choque de afecciones metabólicas y vasculares. Sin embargo, es excepcional que las afecciones del pie impidan la marcha, pero pueden hacerla difícil y dolorosa.

Los problemas comunes de los pies resultan tanto de algunas enfermedades, como de los años de desgaste, el calzado inapropiado, los cambios tróficos por insuficiencia vascular o el mal cuidado de las uñas, por déficit sensorial, por obesidad o por 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 las Artritis, que se manifiestan en esta región anatómica.

Las afecciones de los pies son causa frecuente de incapacidad y suelen no ser reportadas espontáneamente. Los trastornos de la marcha, la inmovilidad prolongada y las caídas recurrentes pueden ser formas de presentación de alteraciones estáticas o dinámicas del pie.

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- FACTORES DE RIESGO

Existen patologías que han demostrado ser factores de riesgo para producir alteraciones de los pies, es la Diabetes Mellitus la más conocida como factor de riesgo en las alteraciones de los pies. El manejo de la enfermedad exige de un manejo diferenciado y profesional de los pies evitando complicaciones. Otras enfermedades que afectan la vascularización de esta área, ya sea arterial, venosa o linfática, pueden si no son vigiladas adecuadamente, producir daños podiátricos permanentes. 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).
- El examen del zapato y las zonas de desgaste del mismo.
- 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, en reposo y durante la marcha, buscando cambios estructurales y disfunción en la deambulación.
- Siempre que sea posible auxiliarse del podoscopio para buscar alteraciones estáticas y zonas de presión excesiva.

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 de la forma más frecuentes son el equinismo, como secuela neurológica, el pie cavo anterior y el hallux valgus.

Dos circunstancias las revelan:

- la metatarsalgia y
- el conflicto pie / calzado.

Las causas de la metatarsalgia son variadas, pero una es particularmente frecuente en el adulto mayor, y es consecuencia de la hipotonía de la musculatura intrínseca del pie, que conlleva a subluxaciones de las pequeñas articulaciones.

Las hiperqueratosis y úlceras tróficas, usualmente son expresión de la hipoxia tisular, motivada por presión anormalmente ejercida o prolongada de origen exógeno (calzado). La repercusión de la presión crónica sobre los tejidos subcutáneos puede originar la formación de bursas que podrían infectarse, fistulizarse e incluso provocar una 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 bajo las cabezas del 1° y 5° metatarsianos si se mantiene el arco anterior, o del 2°, 3° y 4° si éste se ha desplomado. El antepie plano o convexo constituye una forma avanzada de la deformidad.

El hallux valgus se debe a que las articulaciones del orjejo mayor están desalineadas por la aducción del 1° metatarsiano. En este estado, las articulaciones anormalmente fijas se inflaman y causan dolor al roce con el calzado en razón de la exostosis que se desarrolla en la cara medial de la cabeza del 1° metatarsiano.

Los dedos en martillo pueden presentarse de al menos tres maneras distintas: afección proximal, distal, total o invertida. Usualmente se asocian a otras alteraciones estáticas del pie (pie cavo, plano o hallux valgus), o bien a alteraciones neurológicas o reumatológicas que conducen a un desequilibrio entre los flexores y extensores de los artejos. La alteración suele ser dolorosa. El roce motiva la aparición de callos dorsales que con frecuencia se complican con bursitis, callos interdigitales o 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 y su forma más grave, la onicogriposis caracterizada por un engrosamiento del cuerpo de la uña que puede alcanzar grandes proporciones.
- Las uñas encarnadas, son aquellas cuyo borde se incrustó en la piel del dedo del pie. Generalmente esto sucede al cortar mal las uñas. Las uñas encarnadas suelen ser las del artejo mayor.

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 volumen del pie.

DISTINTAS CIRCUNSTANCIAS ORIENTAN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Dolor de aparición súbita en el antepie: investigar fractura por fatiga y descartar neuralgia de Morton por compresión de nervios interdigitales.
- Dolor súbito en el tobillo: en presencia de cambios inflamatorios descartar artropatía por cristales, si hay insuficiencia venosa investigar celulitis.
- Dolor en decúbito, que puede ser secuela de escaras del talón.
- Si el dolor se acompaña de parestesias bajo la cabeza de los metatarsianos debe investigarse un síndrome del canal tarsiano.
- Si el pie está caliente y eritematoso, doloroso en su conjunto y que no soporta el roce de las sábanas se trata de una 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 pie afectado por neuropatía y arteriopatía tiene una importancia mayúscula. El riesgo de infección tórpida 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 pedicuro. Las micosis ungueales suelen ser de difícil resolución, pues necesitan de un tratamiento constante por períodos que se prolongan hasta por más de 6 meses.

EL DOLOR EN AUSENCIA DE ALTERACIONES ESTÁTICAS

- El dolor debe ser atendido según la causa etiológica que lo produce.
- 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 proteger con una talonera acojinada durante la noche.

- Una eritromialgia suele ceder a 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 de daño isquémico, se impone una vigilancia estrecha con desinfección local y eliminación de la presión anormal.
- El tratamiento del mal perforante plantar necesita de la descarga del apoyo con una barra metatarsiana.
- En el hemipléjico, el pie equino varo puede ser prevenido por la colocación de una órtesis y eventualmente necesita de una tenotomía del tendón de aquiles realizada bajo anestesia local.

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

ALGUNOS CONSEJOS PARA EL AUTOCUIDADO:

El pie es con frecuencia descuidado en las personas mayores por inaccesible. Debe aconsejarse la supervisión por una tercera persona y periódicamente por un pedicuro.

Es recomendable:

- Lavar los pies todos los días, con agua y jabón y secarlos meticulosamente con toalla suave de algodón, especialmente entre los dedos.
- Usar lanolina o crema semejante para humectar la piel y prevenir fisuras cutáneas.
- 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 puede afectar la circulación.
- Use medias o calcetines limpios, en lo posible de algodón o lana, para la absorción de la humedad y así evitar las micosis. No repare sus medias o calcetines, deséchelos y compre nuevos.
- Toda lesión en el pie debe ser evaluada.
- Usar zapatos cómodos que calzan 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. Cuando se siente, apoye los dos pies en el suelo.

- Para evitar las uñas encarnadas hay que cortar las uñas de los pies dejando el borde recto y alineado con la parte superior del dedo.
- No andar descalzo.
- Si los dedos están muy juntos, recomiende el uso de torundas de algodón o lana entre los dedos para prevenir posibles roces.
- Recomendé no utilizar productos para los pies por propia iniciativa. Muchos preparados que se utilizan para los pies, tales como: callicidas, desinfectantes y pomadas, son lo suficientemente fuertes como para provocar una lesión.
- No es recomendable aplicar calor directo (botella de agua caliente, almohadillas calientes, calentadores eléctricos, cobertores eléctricos), no es conveniente estar muy cerca de la estufa, particularmente en presencia de neuropatía.
- Es recomendable que la persona mayor realice ejercicios, ya que la contracción muscular fuerza el paso de la sangre a través de las venas y minimiza la éstasis venosa.

3.3.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUTIVIDAD

LAS PATOLOGÍAS ESTÁTICAS Y TRÓFICAS

Todos los pacientes en estas circunstancias han de ser referidos al ortopedista para su evaluación y para la prescripción de las órtesis que permitan la liberación de las zonas de presión anormal.

La cirugía correctiva está rara vez 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 órtesis elaborada a la medida puede evitar el roce doloroso del calzado.

En los dedos en martillo una órtesis correctamente adaptada suele ser suficiente si es posible su vigilancia y colocación cotidiana. De no ser así, la tenotomía del extensor con anestesia local puede ser deseable. Ambas requieren de la revisión previa por el ortopedista. Las luxaciones dolorosas necesitan tratamiento quirúrgico.

EL DOLOR EN AUSENCIA DE ALTERACIONES ESTÁTICAS

En presencia de tendinitis, plantar con espolón calcáneo la infiltración local de esteroides, unido a la prescripción de una órtesis que evite el apoyo en la inserción tendinosa, es el tratamiento de elección, pero debe ser efectuado por el especialista.

LAS MANIFESTACIONES PODOLÓGICAS DE ENFERMEDAD CRÓNICA

El manejo de las causas y de las manifestaciones puede ser complejo y la intervención precoz y adecuada puede ser muy importante en el pronóstico, de esa forma 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 de higiene simples y cuidados por parte del pedicuro.
- Examine sistemáticamente el calzado y aconseje las necesarias modificaciones.

5.- BIBLIOGRAFÍA

Bulat T, Kosinski M. Diabetic foot: strategies to prevent and treat common problems. *Geriatrics* 1995; 50(2):46-55.

Collett BS. Foot care in the nursing home. *Nurs Home Med* 1995; 3(8):184-190.

Collet BS, Katzew AB, Helfand AE. Podiatry for the geriatric patient. *Ann Rev Geront Geriat* 1984; 4:221-234.

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.

Depresión

Batería de instrumentos para
la evaluación y tratamiento

8

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, 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.** Reconocer las peculiaridades terapéuticas de la Depresión en el paciente de edad avanzada.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La Depresión no es tristeza. 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 éstas quejas o que piensa que son parte del envejecimiento, de 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 depresión es 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.

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 o con intranquilidad, nerviosismo y ansiedad, alteración del ritmo nictameral, alteración del apetito (usualmente con anorexia), cambios en el carácter con irritabilidad y/o múltiples quejas somáticas mal sistematizadas.

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 serotonina y norepinefrina.

No está claro por qué unas personas se deprimen y otras no. En algunos casos sucede sin razón aparente, y en otros se ve desencadenada por un acontecimiento determinado o por un hecho negativo, o 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, se deprime aproximadamente el doble de mujeres que de hombres.

2.2.- FACTORES DE RIESGO

Los niños que sufren a una edad temprana la pérdida de personas importantes, sobre todo de sus padres, son a veces más propensos a desarrollar una Depresión más adelante. Las dificultades en las relaciones personales, los problemas de comunicación y los conflictos con la familia, con los compañeros de trabajo o con otras personas pueden también contribuir, así como la soledad, la alienación y consiguiente 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 de 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 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 desembocar en una depresión en personas vulnerables. Si se consumen cantidades excesivas de alcohol en combinación con otras sustancias adictivas, existe el riesgo de una 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 geriátricas predisponen o se asocian a la depresión:

- La Demencia, especialmente la etiología vascular o de Alzheimer.
- La enfermedad de Parkinson y la Corea de Huntington.
- El Infarto del Miocárdico.

- El Hipotiroidismo o Hipertiroidismo.
- Las Neoplasias (sobre todo la de páncreas).
- La carencia de ácido fólico o vitamina B₁₂ que pueden acompañar a la desnutrición.
- Medicamentos como las benzodiazepinas, los beta bloqueadores, la digoxina, los esteroides.
- Sífilis.
- 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 cuatro síntomas cardinales de la Depresión:

- ansiedad
- síntomas somáticos
- falta de interés en las cosas que antes le agradaban
- irritabilidad

Recuerde que en las personas mayores es frecuente un grado variable de alteración cognoscitiva y puede haber síntomas psicóticos asociados a la Depresión o como forma de presentación de la misma.

A continuación interrogue sistemáticamente en busca de los síntomas claves:

- sensación de tristeza
- pérdida de interés por actividades que antes gustaban (aficiones, sexo, etc.)
- variaciones en el apetito o en el peso
- variaciones en los patrones de sueño
- desasosiego o disminución de la actividad visible para los demás
- sentimientos de cansancio o de poca energía
- dificultad para concentrarse o para tomar decisiones
- sentimientos de inutilidad o culpa injustificada
- ideas recurrentes de muerte o de suicidio

La presencia de cuatro de tales síntomas durante dos o más semanas con sentimientos de tristeza y pérdida de interés 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, de la Demencia de tipo Alzheimer aislada. Las respuestas poco coherentes en la evaluación del estado mental son comunes en la Depresión, lo cual no suele acompañarse de una perturbación del lenguaje (disfasia), ni de síntomas parietales como la Apraxia. Sin embargo, uno de los problemas clínicos más complejos enfrentados por los profesionales de la salud que tratan adultos mayores son distinguir entre Depresión en la etapa tardía de la vida y Trastornos Neurológicos.

NO OLVIDE QUE EN EL ADULTO MAYOR LA DEPRESIÓN TIENE CARACTERÍSTICAS PECULIARES:

- La ansiedad suele ser más frecuente en los adultos mayores con depresión mayor que en el joven.
- Las personas de edad tienden a no reportar las alteraciones del afecto por considerarlas parte del envejecimiento o niegan sentirse tristes.
- El retardo psicomotor usualmente flagrante en el joven puede no ser tan obvio en alguno de mayor edad y es así 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 debe ser cuidadosamente diferenciada de los pródromos de la Demencia en donde el paciente carece manifiestamente de introspección.
- La ideación pesimista es común y puede alcanzar niveles nihilísticos.
- Así mismo, la ocurrencia de hipocondriasis es frecuente y las alucinaciones y delirios pueden observarse en casos graves, particularmente delirios graves somáticos (pensar que tiene cáncer cuando no es verdad).

TABLA 8.1. LAS DIFERENCIAS PUEDEN RESUMIRSE COMO SIGUEⁱ

	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: La psicoterapia de apoyo, la escucha y la contención, pueden ser muy útiles para algunas personas deprimidas. De hecho, en la depresión leve es a veces el único tratamiento necesario.

Los fármacos antidepresivos pueden ser útiles para corregir los desequilibrios químicos causantes de una depresión grave. 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 son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los antidepresivos tricíclicos (ATC), los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y algunos otros antidepresivos nuevos cuyo uso corresponde al especialista. El proceso de selección del fármaco apropiado, necesita de una estrecha colaboración entre el médico y el paciente para determinar 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 recaptura de serotonina o inhibidores selectivos de la monoamino-oxidasa. Para la depresión leve o moderada 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.

La terapia electroconvulsivante (TEC) puede resultar extremadamente útil en casos de depresión grave. La mayoría de los pacientes la toleran bien, incluidas 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, la indicación necesita de la valoración especializada.

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 de ir acompañada de un intenso seguimiento de la evolución de los síntomas físicos y psíquicos así como de los posible efectos secundarios.

La falta de respuesta en un plazo razonable (usualmente 3 o 4 semanas) obliga a la referencia a servicios especializados.

TABLA 8.2. ANTIDEPRESIVOS ÚTILES EN GERIATRÍA

Clase y fármaco	Dosis inicial	Dosis usual	Comentarios
<i>Inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS)</i>			
Fluoxetina	5 mg	10-40 mg/d	Vida media prolongada, dosis única cotidiana. Muchas interacciones 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	Útil si la ansiedad es prominente (anticolinérgico, evitar en Demencia)
Tianeptina	12.5 mg	12.5mg/tid	Util para cuando hay vinculación con ansiedad y presencia de somatización
Sertralina	12.5 mg	75-150 mg/d	Interacciones
Citalopram	10 mg	20-60 mg/d	
<i>Antidepresivos tricíclicos</i>			
Desipramina	10-25 Mg	50-100 mg/d	Niveles séricos terapéuticos >115 ng/ml
Nortriptilina	10-25 mg	50-100 mg/d	Ventana terapéutica 50-150 ng/ml
<i>Otros</i>			
Bupropion	25 mg	100-300 mg7d	Considérelo si no hay respuesta a ISRS o tricíclicos. Contraindicado en pacientes con epilepsias o convulsiones.
Mirtazapina	7.5 mg	15-45 mg/d	Sedante, mejora el apetito
Trazodona	25 mg	75-150 mg/d	La sedación puede limitar su uso, puede emplearse como hipnótico, puede generar arritmias
Nefazodona	50 mg	200-400 mg/d	Útil si hay ansiedad o dolor concomitantes
Venlafaxina	25 mg	50-150 mg/d	No es anticolinérgico, no hipotensa, puede aumentar el TA.

3.3.- 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 veces en las cuales la enfermedad depresiva en el adulto mayor está ligada con:

- Problemas familiares.
- Duelo o cambio de entorno vital.
- Problemática social.
- Problemas psicológicos complejos.

TABLA 8.3. ANTIDEPRESIVOS QUE CONVIENEN EVITAR EN GERIATRÍA

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	

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 y 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 éste contexto.

3.4.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUTIVIDAD

¿CUÁNDO REFERIR A UN PACIENTE DEPRIMIDO?

- Cuando el paciente tiene síntomas sicóticos (alucinaciones).
- Cuando el paciente tiene depresión complicada con alcohol.
- Cuando hay riesgo de suicidio.
- Cuando hay repercusión grave sobre una enfermedad somática asociada.
- La Depresión que no responde a las dosis usuales de un fármaco en un plazo máximo de un mes.
- 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.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- La Depresión del adulto mayor es común y responde a tratamiento.
- Hay que tener un índice de sospecha alta cuando pensar en Depresión frente a síndromes somatiformes e hipocondría.
- Hay que considerarla 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 ser eficaz, pero con prudencia para evitar los efectos secundarios.

5.- BIBLIOGRAFÍA

Blazer D. Depression in the elderly. New Engl J Med 1989;320:164-166.

Butler RN, Lewis MI. Late-life depression: when and how to intervene. Geriatrics 1995;50(8):44-55.

Fitten LJ, Morley JE, Gross PL, et al. Depression: UCLA Geriatric Grand Rounds. J Am Geriatr Soc 1989;37:349-472.

Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, et al. Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. JAMA 1997;278:1186-1190.

NIH Consensus Development Panel. Diagnosis and treatment of depression in late life. JAMA 1992;268:1018-1024.

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.

Disfunción Sexual

**Batería de instrumentos para
la evaluación y tratamiento**

9

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, 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

Si bien es cierto que al avanzar en edad la actividad sexual disminuye de manera importante (10% en los hombres y 50% en las mujeres), esta disminución es desproporcionada con relación al deseo sexual, el cual disminuye muy poco o bien se conserva sin cambios. En realidad, cuando se toma en consideración el estado de salud, se hace evidente que no hay una disminución importante ni en la actividad ni en el deseo sexual conforme se envejece.

A pesar de mitos que se mantienen en muchas personas e incluso en profesionales de la salud, la sexualidad es un tema importante para las personas mayores; las cuales y cada día más, pueden buscar ayuda ante problemas en esta esfera.

A medida que se avanza en edad existen una serie de cambios anatómicos tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, son los cambios fisiológicos (Tabla 9.1) los que tienen una mayor importancia desde el punto físico. Es de señalar que desde el punto de vista psicosocial todavía existen actitudes negativas ante la sexualidad y que mantienen estereotipos negativos, como los que ven a las personas mayores como seres asexuados y al sexo en las personas mayores como algo sucio o inmoral. La educación sobre esos aspectos, para lograr una correcta interpretación del significado de la sexualidad en la vejez, debe ser una prioridad.

TABLA 9.1. CAMBIOS FISIOLÓGICOS

Mujeres	Hombres
• Descenso en la velocidad de lubricación vaginal • Descenso en el grado de lubricación vaginal • Disminución del número de contracciones orgásmicas	• Velocidad de excitación más lenta • Erecciones retrasadas y parciales • Menor respuesta a estímulos visuales y táctiles • Orgasmo menos frecuente, menos duradero y menos intenso • Aumento del período refractario (algunas horas y hasta un día se considera normal)

Los cambios fisiológicos no deben ser confundidos con Disfunción Sexual

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN (Tabla 9.2)

TABLA 9.2. TIPOS DE DISFUNCIÓN SEXUAL

Mujeres	Hombres
• Dispareunia • Anorgasmia • Vaginismo • Fármacos	• Disfunción eréctil • Eyaculación retardada • Conducta hiperactiva • Fármacos

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- FACTORES DE RIESGO

Pacientes con diferentes patologías clínicas pueden ver afectadas su actividad sexual, algunas de ellas por la patología en sí y otras por la utilización de procedimientos terapéuticos.

Especial mención a la Diabetes Mellitus que puede afectar la función eréctil entre 2 a 5 veces más que a los no diabéticos.

2.2.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

HOMBRES

¿ES UNA DISFUNCIÓN ERÉCTIL AGUDA O CRÓNICA?

Aguda: Cuando tiene una asociación temporal con el inicio de un fármaco (Tabla 3), éste es posiblemente el culpable.

TABLA 9.3. FÁRMACOS QUE PUEDEN PROVOCAR DISFUNCIÓN ERÉCTIL

- Tiazida
- Antihipertensivos de acción central
- Beta - bloqueadores
- Anticolinérgicos

La disfunción eréctil psicógena también tiene un inicio agudo y está relacionada de manera temporal a algún evento emocional estresante.

La disfunción eréctil psicógena puede tener un curso variable, teniendo el paciente erecciones normales durante la masturbación o con estímulos alternos (vídeo, fantasías, etc.)

Crónica: Es más frecuente que la anterior y generalmente asociada con enfermedades vasculares o neurológicas. El paciente refiere una historia insidiosa, primero con dificultad para mantener la erección, la cual evoluciona en meses o años en dificultad para el inicio de la misma. Generalmente la erección durante la masturbación también está afectada y lo mismo sucede con las erecciones matinales, las cuales pueden estar limitadas en duración o inclusive ausentes.

El uso de fármacos que alteran el mecanismo de erección sobre un paciente con datos insidiosos de disfunción eréctil, puede desencadenar una acentuación aguda del problema

MUJERES

¿ES LA DISPAREUNIA DE INICIO AGUDO O BIEN CRÓNICA?

Agudo: Como en el hombre, esta puede ser relacionada frecuentemente al uso de fármacos que exacerban la sequedad vaginal secundaria a la menopausia. Así mismo, los factores psicológicos pueden jugar un papel importante, ya que la fuerza de factores sociales o religiosos limitan más la actividad sexual femenina que la masculina.

Crónica: Es frecuentemente, debida a la menopausia, en estos casos crónicos es común que la resequedad vaginal y la dispareunia coincidan con vaginismo y contracciones dolorosas. En toda paciente con estos síntomas se debe realizar una exploración ginecológica completa, buscando otros datos de hipoestrogenismo como disminución de la grasa de los labios mayores y adelgazamiento de los labios menores. Además se debe poner especial cuidado en descartar problemas infecciosos, tumorales o bien prolapso uterino a los cuales se debe dar tratamiento específico.

**Los pacientes que no cumplan con estos diagnósticos
o aquellos que no respondan a tratamiento,
deben ser referidos a un nivel superior de atención**

¿SE TRATA DE CAMBIOS NORMALES O BIEN DE DISFUNCIÓN SEXUAL?

Es muy importante el tratar de determinar si la queja del paciente se puede considerar como cambios normales asociados al envejecimiento o bien una disfunción verdadera. En caso de que se trate de cambios normales se deben explicar éstos al detalle, en particular los relacionados con la disminución en la velocidad de excitación y la necesidad de que los estímulos tanto visuales como táctiles se realicen de manera más prolongada.

**Se debe recordar que el período refractario puede durar hasta un día
en el hombre y que esto no es sinónimo de impotencia**

¿SE TRATA DE UNA DISMINUCIÓN EN EL DESEO SEXUAL O DE UNA DISMINUCIÓN DE LA ACTIVIDAD SEXUAL?

Como primera aproximación establecer esta diferencia, ya que el abordaje diagnóstico y de tratamiento son diferentes. En ocasiones es difícil establecerla, sobre todo en el caso de que una disminución en la actividad sexual lleve al paciente a pensar que es algo esperable por la edad y se aleje de situaciones que pudieran estimular el deseo.

¿ES UNA DISMINUCIÓN DEL DESEO SEXUAL?

Toda disminución del deseo sexual se debe considerar como patológica y debe ir seguida de una evaluación detallada para determinar posibles enfermedades crónicas o agudas que la estén determinando. La gran mayoría de las enfermedades tienen incidencia sobre el deseo sexual, en particular la Depresión es causa tan común como olvidada de estas alteraciones.

¿ EXISTE UNA DISMINUCIÓN DE LA ACTIVIDAD SEXUAL SIN QUE EXISTA DISMINUCIÓN DEL DESEO SEXUAL?

En este caso la causa más probable en el hombre es la disfunción eréctil y en la mujer, la sequedad vaginal manifestada más frecuentemente como dispareunia.

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

Disminución del deseo sexual: Se dará tratamiento a la enfermedad específica. En caso de no encontrar una causa evidente o que con tratamiento óptimo el problema persista, se debe referir al paciente a un nivel superior de atención.

Disfunción eréctil: En primer lugar se deben eliminar en la medida de lo posible los fármacos relacionados con disfunción eréctil. En los pacientes en los que no exista contraindicación para su uso, el sildenafil ha demostrado un buen rango de efectividad, tanto en disfunción psicógena como en la física. Se debe comenzar con una dosis de 50 mg máximo una vez por día y en caso necesario se puede aumentar hasta 100 mg máximo una vez por día. Es aconsejable que pacientes con co-morbilidad cardiovascular y/o diabetes sean tratados por el especialista.

El uso de sildenafil está contraindicado en pacientes que utilicen nitratos o análogos, ya que pueden causar hipotensión grave que conduce a la muerte. Así mismo, este medicamento no aumenta el deseo sexual y es inútil en los casos en el que el deseo sexual no existe. La estimulación sexual prolongada e intensa es necesaria, ya que este medicamento no produce erección por sí mismo.

En caso de sequedad vaginal y dispareunia de origen posmenopáusico el tratamiento de elección son los estrógenos. Sin embargo, este tratamiento no está desprovisto de riesgos y se deben valorar las contraindicaciones. En todo caso el uso de jaleas lubricantes hidrosolubles puede mejorar el problema.

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

En todos los casos se debe de informar al paciente de los cambios normales que ocurren con el envejecimiento e insistir en que una relación armoniosa, comprensiva y

paciente, es muchas veces suficiente para combatir el problema. Es fundamental que el grado de estimulación y su intensidad aumenten para conseguir un buen resultado.

3.3.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUTIVIDAD

En todos los casos en los que no se encuentre causa para la disminución del deseo sexual o bien que el tratamiento de la misma sea insuficiente para mejorarlo, el paciente debe de ser referido al siguiente nivel de atención.

Así mismo, si existe una disminución de la actividad sexual que no sea secundaria a fármacos, disfunción eréctil o posmenopáusica se debe referir al paciente.

En el caso particular de la Disfunción Sexual secundaria a depresión, esta debe ser tratada por un especialista ya que la mayoría de los fármacos antidepresivos pueden provocar o exacerbar alteraciones sexuales.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- La disminución del deseo sexual es un marcador de patología subyacente.
- La causa más frecuente de disminución de actividad sexual en el hombre es la disfunción eréctil y en la mujer lo es la sequedad vaginal postmenopáusica.
- La disfunción eréctil NO es envejecimiento normal.

5.- BIBLIOGRAFÍA

Benson RC. An updated approach to correcting impotence in elderly men. *Geriatrics* 1985; 40(2):87-102.

Davis SS, Viosca SP, Guralink M, et al. Evaluation of impotence in older men. *West J Med* 1985; 142:499-505.

Morley JE, Korenman SG, Mooradian AD, Kaiser FE. Sexual dysfunction in the elderly male. *J Am Geriatrics Soc* 1987; 35:1014-1022.

Mulligan T, Katz PG. Why aged men become impotent. *Arch Int Med* 1989; 149:1365-66.

Disminución de la Agudeza Auditiva

**Batería de instrumentos para
la evaluación y tratamiento**

10

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

OBJETIVOS

1. Definir las causas comunes de 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 y entre 1000 y 6000 Hertz.

El 30% de los mayores de 65 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 que no entiende lo que se le dice. Existen diversos instrumentos de tamizaje para detectar estos casos, sin embargo el más utilizado es el Hearing Handicap Inventory for the Elderly-Screening, versión corta HHIE-S (ver Anexo).

TABLA 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 (TABLA 10.2)

TABLA 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 recruitment. 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 Tumor Nasofaríngeo.
Otoesclerosis	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 su más alta incidencia es en el adulto mayor. Buscar especialmente si la disminución de la audición se acompaña de otalgia u otorrea (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 DEBE CONTESTAR A 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.

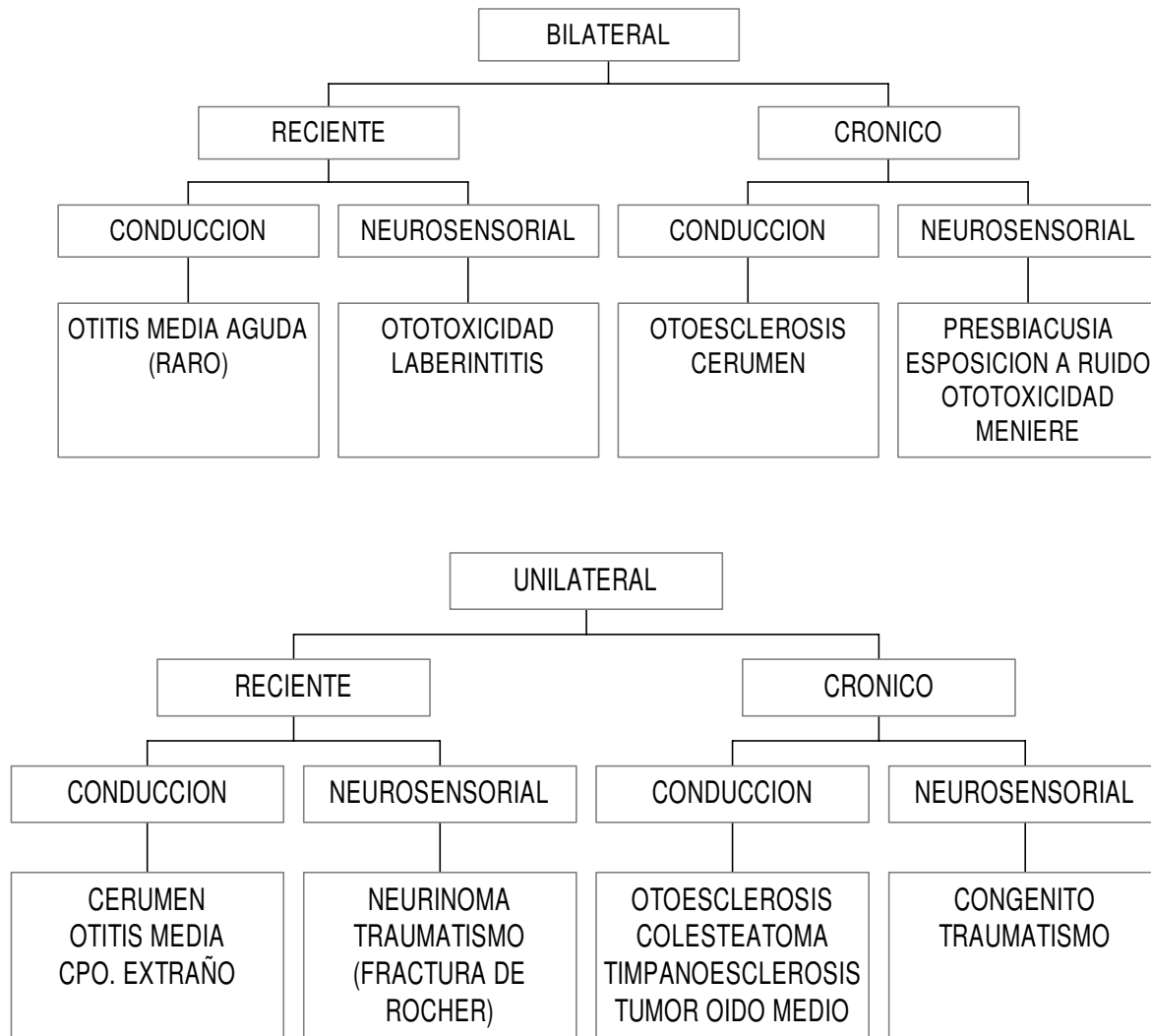
Un tapón de cerumen no descarta otras causas de sordera, por lo que el paciente deberá ser reevaluado después de remover el tapón

TABLA 10.3. DISTINCIÓN ENTRE SORDERA DE CONDUCCIÓN Y SORDERA NEUROSENSORIAL

	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

Una vez que se han respondido las preguntas anteriores y que se ha determinado si la sordera es de conducción o neurosensorial, 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 AUDITIVA



3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

En todo 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 en la gran mayoría de los pacientes se benefician de 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 de tener 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 un metro de distancia.
- Reduzca el ruido del medio ambiente.
- Haga pausas al final de cada oración.
- Evite parecer frustrado.
- Escriba palabras claves si le persona sabe 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 RESOLUTIVIDAD

La pérdida de la capacidad auditiva implica un impacto importante en la vida de relación del paciente mayor y la mayoría de ellos puede recibir tratamiento, rehabilitación o tratamiento sustitutivo. No deje que su paciente no se beneficie 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.- BIBLIOGRAFÍA

Jerger J, Chmiel R, Wilson N, Luch R. Hearing impairment in older adults: new concepts. JAGS 1995; 43:928-935.

Lavizzo-Mourey RJ, Siegler EL. Hearing impairment in the elderly. J Gen Int Med 1992; 7:191-198.

Mulrow CD, Aguilar C, Endicott JE, et al. Association between hearing impairment and the quality of life of elderly individuals. J Am Geriatrics Soc 1990; 38:45-50.

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.

Mulrow CD. Screening for hearing impairment in the elderly. Hosp Pract 1991; 26(2A):79-86.

ANEXO
HHIE-S (VERSIÓN CORTA)

	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

Disminución de la Agudeza Visual

**Batería de instrumentos para
la evaluación y tratamiento**

11

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, 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.** Reconocer las estrategias curativas y rehabilitadoras que pueden preservar y mejorar la agudeza visual.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Se consideran en este capítulo 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 65 años.

El 15% de los adultos mayores tienen algún tipo de impedimento visual y el 10% padecen de un impedimento grave.

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 65 años con disminución de la agudeza visual, tienen 2.5 veces más posibilidades de tener deterioro funcional que aquellos con función visual conservada.

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

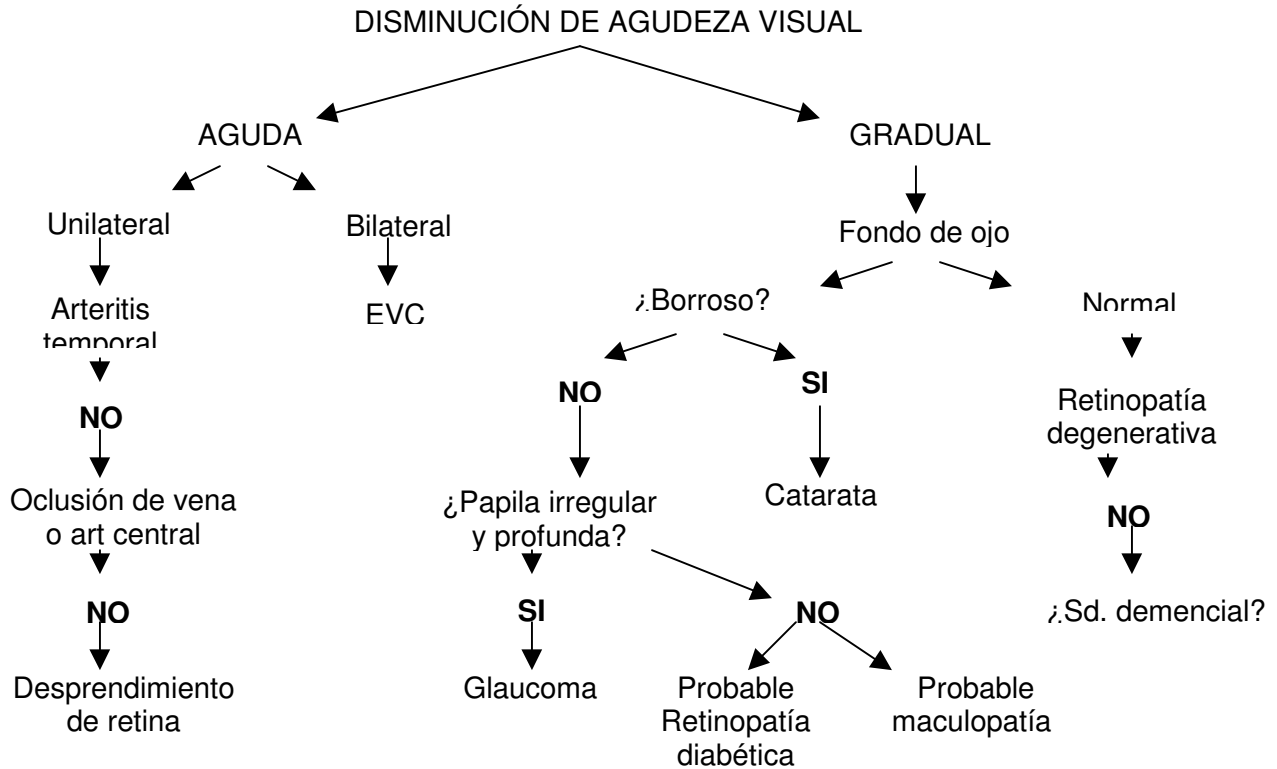
2.1.- PRINCIPALES CAUSAS (TABLA 11.1)

TABLA 11.1. PRINCIPALES CAUSAS DE LA DISMINUCIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL

Catarata	• Causa más frecuente en el mundo. • Edad, factor de riesgo más importante. • Casi la mitad de los mayores de 75 años la padecen con afección importante de la visión. • Otros factores: Diabetes, luz ultravioleta B, Desnutrición. • Sospechar en todo paciente con fondo de ojo borroso o difícil de apreciar.
Glaucoma	• Segunda causa de ceguera después de la degeneración macular en los EEUU. • Edad, 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: Miopía, Hipertensión y Diabetes.
Retinopatía diabética	• Causa muy frecuente de ceguera en nuestro medio. • Frecuencia de 5-10% en diabéticos tipo II.
Degeneración macular asociada a la edad	• Principal causa de ceguera en mayores de 65 años en EEUU. • Causa un tercio de las cegueras, se caracteriza por degeneración progresiva y atrofia de la mácula. • Factores de riesgo: Edad, Hipermetropía, historia familiar de Degeneración Macular, iris de color claro, fumadores y exposición a la luz solar.

2.2.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA (DIAGRAMA 11.1)

DIAGRAMA 11.1. ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO



- **¿EXISTE UNA DISMINUCIÓN BRUSCA Y BILATERAL DE LA CAPACIDAD VISUAL?**
Sospechar un evento vascular cerebral y referir al paciente a un nivel superior de atención.
- **¿EXISTE UNA DISMINUCIÓN PARCIAL O TOTAL UNILATERAL QUE PROGRESA EN EL CURSO DE HORAS?**
Sospechar desprendimiento de retina especialmente si se acompaña de miodesopsias y afecta el centro del campo visual. Referir urgentemente.
- **¿EXISTE UNA DISMINUCIÓN PROGRESIVA?**
Examinar el fondo de ojo.
- **SI EXISTE UNA OPACIDAD DEL CRISTALINO:**
Sospechar catarata.

El diagnóstico de catarata no excluye la posibilidad de retinopatía

- **PAPILA IRREGULAR Y PROFUNDA:**
Probable Glaucoma Crónico.
- **ALTERACIÓN EN LA RETINA:**
Retinopatía. Por ejemplo: 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 NEGLIGENCIA 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 emergencias se debe de recordar que éstas son las principales causas de ceguera, por lo que el paciente debe recibir atención oftalmológica lo antes posible.

- **Catarata:** El 90% de los adultos mayores con catarata tienen poca o ninguna sintomatología y no es necesaria intervención alguna. En el resto de los casos la faquectomía con colocación de lente intraocular tiene un buen porcentaje de éxito (90 a 95%), por lo que se debe recomendar para los casos en los que interfiere con las actividades del paciente.
- **Glaucoma:** El tratamiento inicial es a base de pilocarpina o timolol tópico. En caso de mala respuesta, es necesario primero descartar falta de apego a tratamiento, si este se descarta se puede discutir el tratamiento quirúrgico por medio de seclusión pupilar o rayo láser.

- Retinopatía Diabética: El tratamiento a tiempo con fotocoagulación láser debe ser recomendado.
- Maculopatía Degenerativa asociada a la edad: Desgraciadamente no existe un tratamiento específico. El uso de lentes y lupas puede ser de utilidad.

3.2.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUTIVIDAD

Cualquier disminución súbita de la agudeza visual traduce 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.- BIBLIOGRAFÍA

Applegate W, Miller ST, Elam JT, et al. Impact of cataract surgery with lens implantation on vision and physical function in elderly patients. *Jama* 1987; 257:1064-66.

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.

Kornzweig AL. Visual loss in the elderly. *Hosp Pract* 1977; 12(7):51-59.

Kuitko ML, Weinstock FJ. *Geriatric ophthalmology*. Orlando, FL: Grune And Stratton, 1985.

Soong HK, Johnston ME, Sugar A. Clinical significance of common eye changes in older patients. *Geriatrics* 1988; 43(5):49-57.

Dolor Abdominal

**Batería de instrumentos para
la evaluación y tratamiento**

12

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

OBJETIVOS

- 1.** Ser capaz de reconocer las diferentes causas de Dolor Abdominal en el adulto mayor.
- 2.** Apreciar la importancia de considerar la posibilidad de un proceso intrabdominal agudo en un adulto mayor agudamente enfermo.
- 3.** Conocer 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 su diagnóstico y su tratamiento temprano tiene relación directa con un mejor pronóstico del 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 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 epigástrico 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 de intestino delgado (dolor a 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 la obstrucción).
- Enfermedades sistémicas e intoxicaciones (enfermedades del tejido conectivo, Diabetes, porfiria, etc.). (dolor generalmente difuso e inespecífico).
- Carcinoma de Páncreas (dolor en epigástrico-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 ver 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 un diagnóstico lo más agudo posible y si no se logra, saber con la mayor exactitud posible, qué estudios solicitar o bien canalizar 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 de 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 Colon 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, la toma de medicamentos como los antiinflamatorios no esteroideos y 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, sobretodo en patologías como la Colecistitis, la Pancreatitis, la Enfermedad Ácido Péptica, o la Obstrucción Intestinal.

- **¿EL DOLOR CEDE EN ALGUNA POSICIÓN?**

Dato 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?**

(vómitos, fiebre o hipotermia, ausencia de evacuaciones, melenas, diarrea, depresión, palpitaciones)

La presencia de vómitos, dependiendo de sus características puede ser manifestación de una Gastroenteritis, Colecistitis, Pancreatitis o de Apendicitis. En el caso de fiebre o hipotermia más Dolor Abdominal, usualmente sugiere un proceso séptico intrabdominal, lo más frecuente es una 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 melenas podemos verlas 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 una gastroenteritis como de procesos neoplásicos frecuentes en este grupo de edad, como el Cáncer de Colon.

Por otra parte, la presencia de pérdida de peso o de estados depresivos unidos al Dolor Abdominal crónico, nos obligan a descartar procesos neoplásicos intrabdominales como el Cáncer de Colon y de Páncreas. Finalmente la presencia de palpitaciones o de dificultad para respirar unido al dolor epigástrico sugerirá la posibilidad de oclusión coronaria.

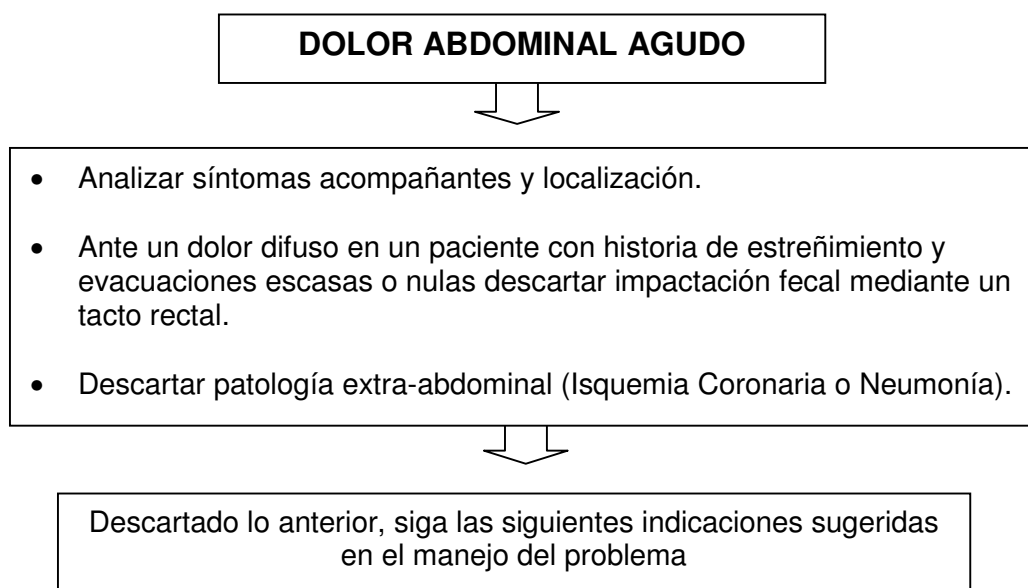
Con la información anterior en la mayoría de los casos será posible tener una sospecha diagnóstica, sin embargo en el adulto mayor las diversas patologías mencionadas suelen presentarse de forma atípica, llevándonos a una mayor dificultad diagnóstica y obligándonos frecuentemente a realizar evaluaciones especializadas, estudios diagnósticos de gabinete y de 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 un 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)

DIAGRAMA 12.1. ABORDAJE DEL DOLOR ABDOMINAL AGUDO



3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS (TABLA 12.1)

TABLA 12.1.

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 analgésicos no narcóticos. Tratamiento quirúrgico únicamente en caso de absceso, pseudoquiste o hemorragia pancreática.

Obstrucción Intestinal 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 de colon transverso y en las otras regiones cuando la colonoscopia no haya 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 a valorar uso de tratamientos intravasculares o de ser necesaria cirugía.
Impactación Fecal	Supositorios de glicerina.
Enfermedad Acido-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 por día)+Metronidazol (250-500mg, 3 veces al día) +Tetraciclina (500mg, 4 veces al día) ESQUEMA 2: Salicilato de bismuto (misma dosis) + Amoxicilina (500mg, 4 veces al día)+Metronidazol (250-500mg, 4 veces al día) Cualquiera de los dos durante 14 días.
Síndrome de Colon irritable	Educación, aumento en la fibra y en los líquidos de 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 a líquida semi-líquida evitando los alimentos grasos e irritantes por 2-3 días, posteriormente normalizarla gradualmente, pero nunca suspenderla. Pueden indicarse antiespasmódicos para disminuir el dolor. La indicación de antibióticos estará indicada únicamente en caso de etiología bacteriana. 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 retardo en el diagnóstico, que puede costarle la vida al 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 cuando 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 RESOLUTIVIDAD

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 necesario la referencia a niveles superiores de resolutivez. Ante la duda, la remisión precoz 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.- BIBLIOGRAFÍA

Friedman LS, ed. Gastrointestinal disorders in the elderly (symposium). Gastroenterology Clinics of North America 1990; 19(2):227-500.

James OFW, ed. Gastrointestinal disorders in the elderly. Clin Gastroent 1985; 14(4):635-884.

Levitan R. GI problems in the elderly. Geriatrics 1989; 44(9):53-56,44(11):80-86.

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.

Dolor Articular

**Batería de instrumentos para
la evaluación y tratamiento**

13

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, 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 del 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 65 años padecen de artralgias. Las enfermedades que causan 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 peri articular o extra articulares, ya que la referencia difusa y poco exacta de la descripción del paciente puede obligar a un esfuerzo a la hora de diferenciarlos.

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 pueden presentarse como:

- Dolores articulares en las pequeñas o en las grandes articulaciones.
- Acompañados de signos de inflamación (Artritis) o sin tener signos inflamatorios asociados. (Artralgia)

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- PRINCIPALES CAUSAS

Las causas más frecuentes de Dolor Articular se presentan en la Tabla 13.1, así como sus características clínicas más importantes.

2.2.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

- **¿SE TRATA DE ARTRALGIAS ORIGINADAS 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; son pistas para determinar la causa, sin embargo, estos datos 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 para descartar causas serias, agudas, en particular metástasis óseas.

TABLA 13.1. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE DOLOR ARTICULAR

Enfermedad	Características clínicas
Osteoartrosis	• 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, 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	• Es la enfermedad reumatológica sistémica de inicio en el adulto mayor más frecuente. • Dolor en cintura escapular y pélvica bilateral. • Rigidez muy importante. • Generalmente de inicio agudo. • El dolor es peor en reposo que en movimiento. • Velocidad de sedimentación elevada.
Gota	• Generalmente de inicio agudo. • Mono u oligo-artritis distal. • Dolor exquisito sobre 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	• 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 postoperatorio). • Puede tener afección sistémica.
Artritis reumatoide*	• Poco frecuente que tenga su inicio en el adulto mayor. • Generalmente poliartritis distal simétrica. • Afecta de manera predominante las articulaciones pequeñas. • 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 al menos 6 semanas.

- **¿SE TRATA DE UNA ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA SISTÉMICA O LOCAL?**

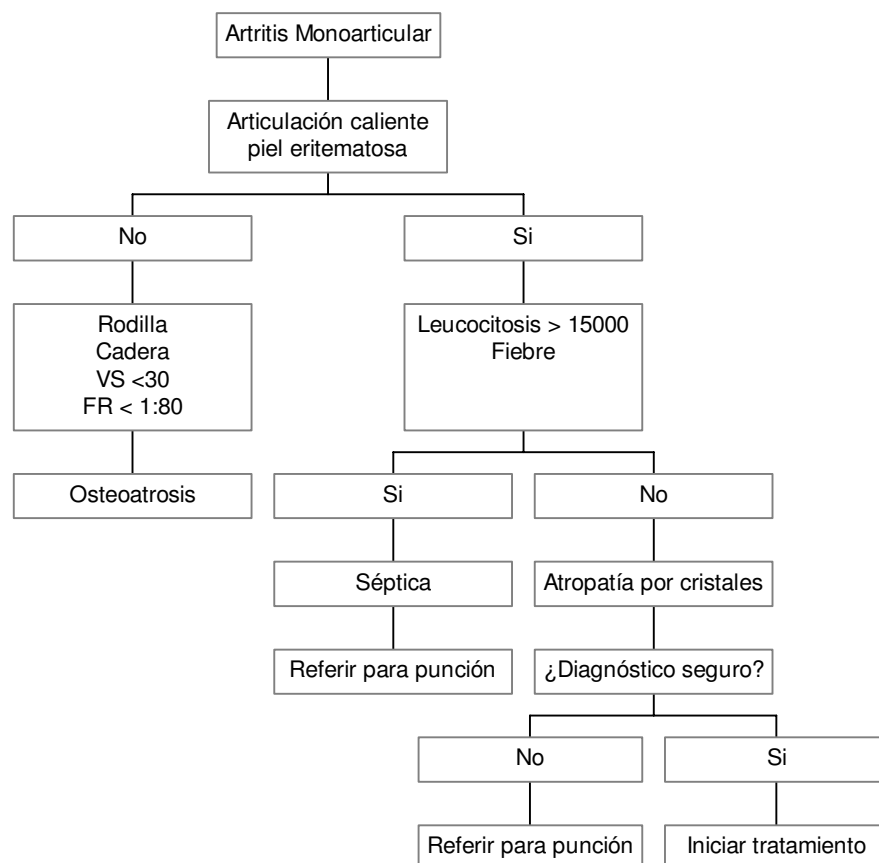
Si el problema es primariamente articular, se debe descartar que forme parte de una enfermedad reumatológica sistémica que requiera un tratamiento específico (caso de la Artritis Reumatoide o la Polimialgia Reumática). Estas se pueden asociar también con datos sistémicos (fiebre, pérdida de peso, fatiga).

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:

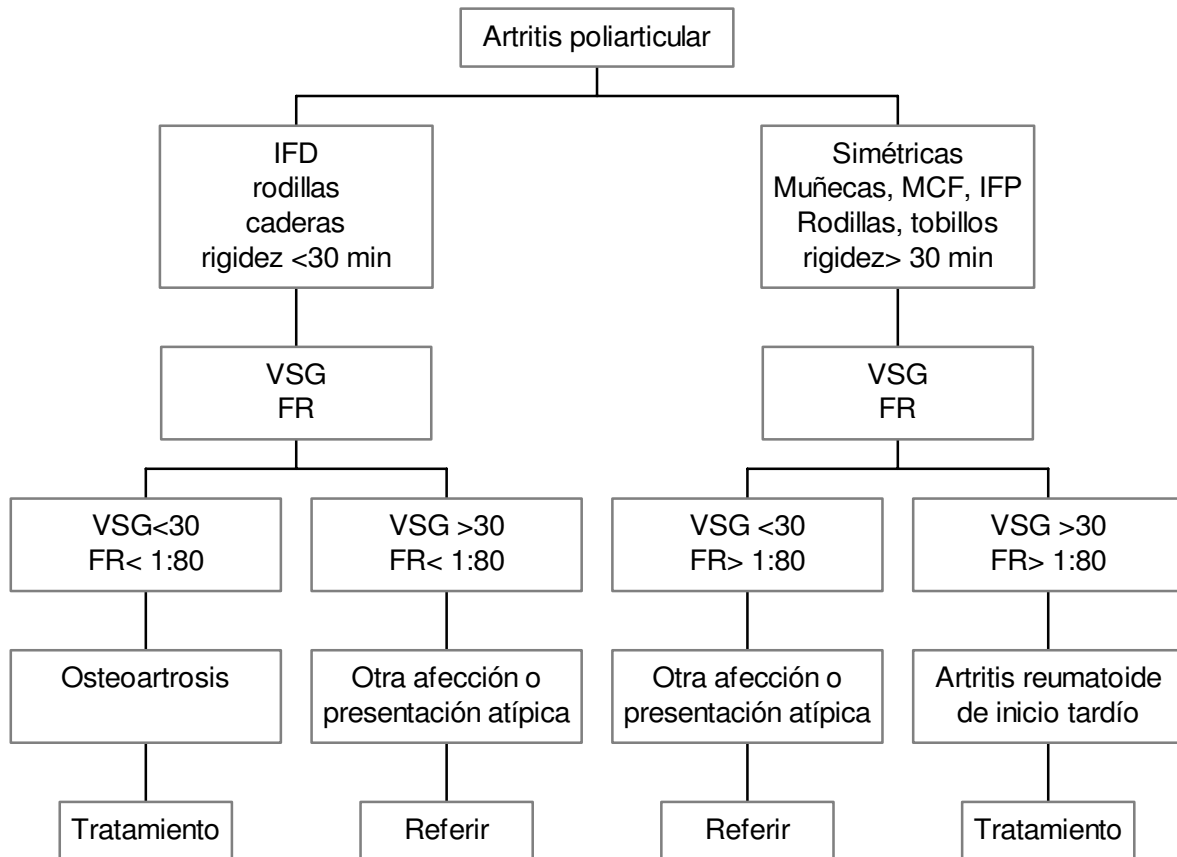
DIAGRAMA 13.1. ALGORITMO PARA DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS MONOARTICULAR



En la monoartritis, la prioridad es descartar un proceso infeccioso, por lo que ante la duda diagnóstica, refiera para punción y análisis del líquido, incluyendo cultivo

- 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-ARTICULAR



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

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 osteoartrosis se caracteriza por exacerbaciones y remisiones, por lo que el tratamiento no es continuo en la mayoría de los casos. Durante las exacerbaciones se puede 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 por primera vez 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 metotrexate. 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.

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.- BIBLIOGRAFÍA

Quinet RJ. Osteoarthritis: increasing mobility and reducing disability. *Geriatrics* 1986; 41(2):36-50.

Mcguire NM, Kauffman CA. Septic arthritis in the elderly. *J Am Geriatrics Soc* 1985; 33:170-174.

Michet CJ, Evans JM, Fleming KC, et al. Common rheumatologic diseases in elderly patients. *Mayo Clin Proc* 1995; 70:1205-1214.

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

Edema de las Piernas

**Batería de instrumentos para
la evaluación y tratamiento**

14

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, 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

Se define como la acumulación de líquido a nivel subcutáneo intersticial.

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

Se menciona usualmente como sensación de pesantez, 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 con el ortostatismo?
- ¿Hay consumo de medicamentos potencialmente responsables?
- ¿Hay antecedente de Enfermedad Cardiovascular?

AL EXAMEN FÍSICO HAY QUE RESPONDER A LAS SIGUIENTES CUESTIONES:

- ¿El edema está localizado?
- ¿Se extiende hasta los muslos?

SI EL SUJETO 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 EL INVESTIGAR ALGUNOS SIGNOS ASOCIADOS COMO:

- Estigmas de insuficiencia venosa (dermatitis ocre, cicatrices de úlceras previas)
- Signos de Insuficiencia Cardíaca
- Fiebre, taquicardia, linfadenopatía inguinal (ganglio palpable)

¿QUÉ EDEMAS REQUIEREN UN DIAGNÓSTICO URGENTE?

Básicamente cuatro: (Diagrama 14.1)

- Erisipela o celulitis
- Tromboflebitis
- Linfedema asociado a Neoplasias Pélvicas
- Asociado a Insuficiencia Cardíaca.

¿CUÁL ES SU PRESENTACIÓN CLÍNICA?

- ERISPELA O CELULITIS:

Usualmente unilateral, y asociado a celulitis de un miembro, se caracteriza por piel enrojecida, caliente y dolorosa a la palpación, sin modificaciones en el sistema venoso superficial y fiebre. En la citología hemática puede encontrarse leucocitosis. Hay títulos de antiestreptolisina.

- 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 y edema de la misma pierna. Cuando la afectación es superficial, usualmente sólo hay enrojecimiento de la región afectada y dolor a la palpación, 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 al 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 involucren linfáticos, o bien si se utilizó Radioterapia. El Linfedema es siempre pálido, dato importante para diferenciar de otros tipos de edema.

- **EL EDEMA ASOCIADO A LA INSUFICIENCIA CARDIACA:**

Es simétrico, en general se asocia a Insuficiencia Cardíaca Derecha o Insuficiencia Cardíaca Congestiva Venosa, suele aumentar en forma ascendente y su diagnóstico dependerá de la evidencia de datos de falla cardíaca como historia de IAM, presencia de ortopnea o disnea paroxística nocturna, hepatomegalia, ingurgitación yugular, etc.). La realización de Ecocardiograma y un Electrocardiograma puede 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” (afectación del sistema venoso superficial), sin embargo, 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 en 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 Mellitus 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 si 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, lo más frecuente es 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.

- **OTROS EDEMAS INFECCIOSOS:**

Usualmente unilaterales, se asocian a celulitis de una extremidad, se caracteriza por piel rubicunda, caliente y dolorosa a la palpación, sin modificaciones en el sistema venoso superficial, usualmente posterior a una lesión local previa (picaduras de insectos o historia de traumatismo, etc.).

- **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 de 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 a la digitopresión. También puede asociarse a desnutrición proteica severa, en personas que sufren de hambre y se observan caquéticas, 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 + Proteinuria (Sd. 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 post-traumático, ya que este suele ser secundario a lesiones graves de los conductos linfáticos, traumáticas o quirúrgicas.

- **LINFEDEMAS:**

Pueden ser primario o secundario. El primario generalmente es simétrico y difícil de diferenciar del Lipedema, se presenta generalmente en mujeres, aunque en población geriátrica siempre se debe pensar en el secundario y puede asociarse a la presencia de infiltración tumoral, también se asocia a procedimientos quirúrgicos que involucren linfáticos, o si se utilizó Radioterapia. El Linfedema es siempre pálido, dato importante para diferenciar de otros tipos de edema.

- **LIPPEDEMA:**

Visto en mujeres, predominantemente en muslos, puede ser homogéneo (Lipomatoso), o bien nodular (Lipohipertrófico), de consistencia dura, típicamente las manos y los pies se ven sin edema.

- **HEPÁTICO:**

Siempre simétrico y por síntesis protéica 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

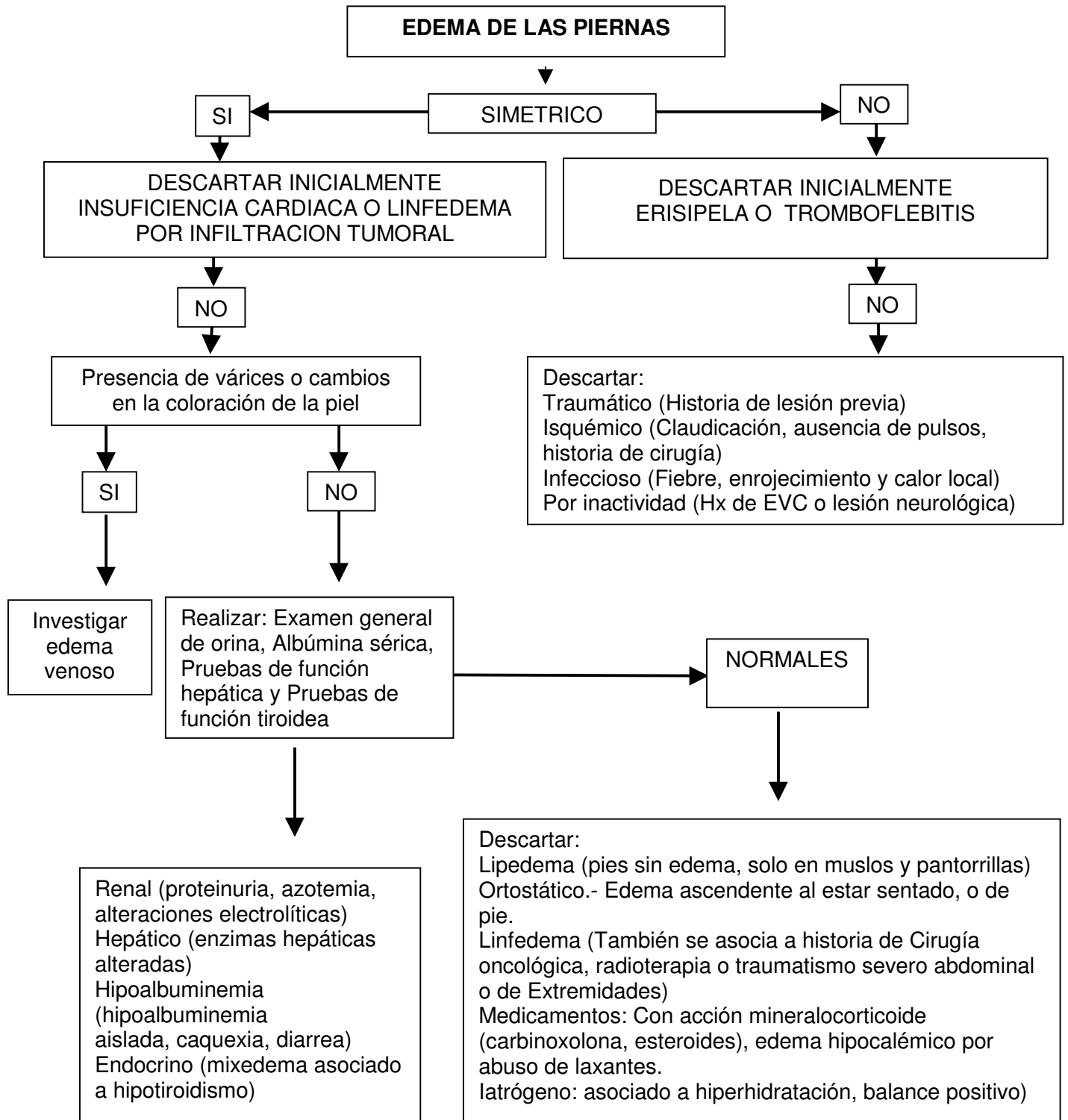
¿QUÉ HACER EN CASO DE EDEMAS ASOCIADOS A UNA URGENCIA?

- En caso de **EDEMA INFECCIOSO POR ERISPELA:** Se requerirá manejo inmediato con Antibióticos (ejemplo: Penicilina), que cubra adecuadamente Streptococo, con lo cual se espera que 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, está indicado únicamente en evidencia Ecocardiográfica de falla cardíaca sistólica. No está indicado en falla cardíaca de predominio diastólica.
- Cuando la causa es una **TROMBOSIS O TROMBOFLEBITIS:** Lo primero es saber: ¿Cuál es el sistema venoso afectado (superficial o profundo)? Si la afectación es superficial, el manejo es únicamente con compresas de agua tibia sobre la región afectada y elevación del miembro afectado, puede usarse un antiagregante planetario como el ASA (Ácido Acetil Salicílico) 1gm. 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 de la extremidad afectada). Sólo que en este caso es obligada la utilización del antiagregante plaquetario (AAS, 1gm 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 para luego continuar con oral de 3 a 6 meses para evitar el alto riesgo de Trombosis Pulmonar.

Para el manejo de estos pacientes se recomienda la interconsulta por 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 canalizar 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 (furosemide), hasta el uso de diálisis. El manejo de estos pacientes debe ser de preferencia por el especialista en Nefrología o en Medicina Interna.

POR EXTREMIDAD O PARTE CORPORAL INACTIVA: 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 antibioticoterapia, con lo cual se espera que resuelva en corto tiempo, tanto el edema como las manifestaciones sistémicas. En caso de celulitis, se debe dar antibióticos que cubran *Stafilococos* (del tipo Dicloxacilina). Se recomienda hacer cultivo por aspirado. 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.

Asociado a **HIPOALBUMINÉMIA:** 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: Mejora un 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 por 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, a 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, al conocimiento de las mismas y a la importancia de reconocer modificaciones en el edema para acudir con el médico, 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.- BIBLIOGRAFÍA

Baltodano N, Gallo BV, Weidler DJ. Verapamil vs quinine in recumbent nocturnal leg cramps in the elderly. Arch Int Med 1988; 148:1969-1970.

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.

Estreñimiento

**Batería de instrumentos para
la evaluación y tratamiento**

15

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

OBJETIVOS

1. Conocer la naturaleza del problema y su definición.
2. Identificar 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

DEFINICIÓN SUBJETIVA:

Se trata de la sensación de heces demasiado duras o de un período de tiempo muy largo entre cada evacuación o evacuaciones, con duración prolongada y fatigante, frecuentemente acompañados de la sensación de evacuación incompleta.

DEFINICIÓN OBJETIVA:

Heces de menos de 35 gramos por emisión, frecuencia menor a tres veces por semana. La frecuencia del Estreñimiento subjetiva aumenta con la edad, sin embargo, la del Estreñimiento objetiva parece mantenerse constante a lo largo de la vida.

La frecuencia de Estreñimiento es de una relación mujer / hombre de 2 / 1.

Desgraciadamente, 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 delirium.

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 este lo refiere el paciente 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 SUPER IMPUESTO 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 la Tabla 15.1 son causa frecuente de Estreñimiento y por tanto deben ser eliminados en la medida de lo posible.

Se debe descartar así mismo el Hipotiroidismo.

TABLA 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 iniciar evaluación paraclínica o tratamiento, realizar un tacto rectal

SI SE TRATA DE UN ESTREÑIMIENTO CRÓNICO:

En el Estreñimiento crónico es útil para el tratamiento, determinar 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 HECÍBALOS PEQUEÑOS?

Probable Estreñimiento mixto.

¿ÁMPULA RECTAL VACÍA?

Se trata de un Estreñimiento de progresión o bien una obstrucción alta.

¿QUÉ EXÁMENES PUEDEN INDICARSE PARA EL 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 el utilizar supositorios de glicerina. Sin embargo, esto difícilmente corrige el problema a largo plazo, por lo que se puede optar por utilizar laxantes como la lactulosa o el sorbitol. Ver Tabla 15.2 de laxantes.

Al iniciar el tratamiento puede ser de beneficio el 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 antes de las comidas. También se puede utilizar de manera ocasional algún laxante de tipo irritante.

ESTREÑIMIENTO MIXTO:

Utilizar Psyllium 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 una seudo-obstrucción intestinal, de una incontinencia urinaria y fecal, una falsa diarrea o bien alteración del estado de conciencia o pérdida de la autonomía.

TABLA 15.2. LAXANTES

Agente y tipo	Dosis	Inicio de acción	Mecanismo de acción	Efectos secundarios
Bisacodil (estimulante)	10 mg al acostarse	6 - 12 hrs.	Estimulación de plexo mientérico. Alteración en el transporte de sal y agua.	Hipocalemia, dolor abdominal, vómito (especialmente sí se asocia a antiácidos.
Senna Antraquinonas (estimulantes)	10 - 30 g al acostarse	8 - 12 hrs.	Como el anterior, más efectos parecidos a prostaglandina E.	Puede causar dolor abdominal dependiente de dosis. Melanosis.
Psyllium Metilcelulosa (aumentadores de bolo fecal)	1 tab. o 30 g.	12 - 72 hrs.	Fibra hidrofílica resistentes a degradación bacteriana. Aumentan el bolo fecal y lo reblandecen.	Distensión abdominal, flatulencia. Pueden provocar retención colónica. Evitar en pacientes inmovilizados.
Hidróxido de magnesia	5 - 30 mg qhs	30 min. - 3 hrs.	Estimula secreción de colecistocinina aumenta secreción de electrolitos y agua.	Puede provocar deshidratación, diarrea. Evitare en pacientes con falla renal. No utilizar por tiempo prolongado.
Lactulosa Sorbitol (osmolares)	15 - 30 ml qd - qid	24 - 48 hrs.	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 litros qd	30 - 60 min.	Acción hiperosmótica potente, disminuye tiempo de tránsito. Útil en tratamiento de impactación fecal.	Náusea, dolor abdominal, incontinencia fecal.

La conducta a seguir es la desimpactación manual prudente en primer lugar, seguido de enemas evacuantes de la siguiente manera: se coloca al paciente en decúbito lateral izquierdo con la cadera en abducción, el bote con 500 cc de agua tibia se coloca a un metro por encima de la cadera y se deja que pase el líquido lo más lento posible, después de terminar, de ser posible se coloca al paciente en decúbito supino por unos 5 minutos y en decúbito lateral derecho por otros cinco minutos. Se debe repetir el

enema el mismo día y después diariamente hasta que el agua salga limpia e iniciar con el tratamiento general y el tratamiento para el Estreñimiento terminal antes descrito.

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

Es importante destacar que en el tratamiento del Estreñimiento crónico, los resultados difícilmente serán inmediatos y el paciente debe ser consciente de esta situación, para evitar el uso excesivo de los laxantes, los cuales en mayor o menor medida tienen efectos contraproducentes sobre el paciente.

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 dejar para más tarde el ir al baño al tener el deseo de defecar.
- Aumentar la cantidad de líquidos y fibra que se ingiere 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.
- Comenzar siempre por las intervenciones genéricas y enfatizarle al paciente que la respuesta es lenta para evitar sobre medicación.
- Tratar la impactación fecal de manera enérgica.
- En el Estreñimiento de inicio reciente se debe buscar siempre que una tumoración sea la causa.

5.- BIBLIOGRAFÍA

Castle MD Constipation, Endemic in the elderly? Med Clin North Am, 1989, 73:1497-1502.

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.

Fatiga y Pérdida de Vigor

**Batería de instrumentos para
la evaluación y tratamiento**

16

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, 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, (como por ejemplo: Anemia e Insuficiencia Cardíaca) o trastornos psicológicos como la Depresión.

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

El paciente se queja de la propia fatiga, de deterioro funcional inexplicado, de desánimo, de incapacidad funcional 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 vírales y bacterianas.
- Presentación atípica u oligosintomática de afecciones como: Infarto Agudo del Miocardio (en el cual suele no haber dolor) o Insuficiencia Cardíaca, 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.
- No obstante, esas causas orgánicas y estos síntomas con evolución de semanas o meses son comúnmente causados por Depresión, condición 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 MEDICACIÓN TOMA EL PACIENTE?**

Los psicofármacos pueden condicionar una adinámica, así como los anticolinérgicos. Los diuréticos pueden provocar hiponatremia o deshidratación, los hipoglucemiantes, hipoglucemia y los digitálicos, intoxicación que puede descompensar rápidamente a un adulto mayor 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 paresía facial o asimetría del reflejo de “amenaza” que denote hemianopsia.

TÓRAX: Al examen pulmonar buscar indicios de condensación, al examen cardíaco descartar arritmias e Insuficiencia Cardíaca Congestiva.

ABDOMEN: Buscar indicios de masa interna, dolor localizado u orificios herniarios ocupados. Palpar el bajo vientre 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 localización 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 glicemia capilar 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 la Tabla 16.1:

TABLA 16.1. EXÁMENES ÚTILES EN EL ESTUDIO DE LA FATIGA

Evaluación paraclínica	Mínima
• Biometría hemática • Electrolitos serios • Calcemia • Fosfatasa alcalina y aminotransferasas	• Hormona estimulante del tiroides • Sedimentación globular • Examen general de orina y urocultivo • 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 al otro nivel de atención o se mantiene a domicilio, esta última opción especialmente cuando:

- 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 Cardíaca Moderada.
- Cuando la etiología parece compleja, pero en ausencia de gravedad aparente, es posible contemporizar y ayudarse de exámenes paraclínicos (tabla 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 en el adulto mayor puede ver agravado su pronóstico vital en presencia de desnutrición, encamamiento prolongado y desinserción social, situaciones todas que se 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, etc.).

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 un estrés (Úlceras Pépticas, Insuficiencia Cardíaca, 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 acinesia.
- Signos de localización neurológica sutiles como pueden ser: apraxias, hemianopsias, reflejos atáxicos o alteraciones del comportamiento que sugieran afección frontal.

Además de los exámenes básicos arriba anotados 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 del 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 soslayada en pacientes geriátricos. Su terapéutica suele dar buenos resultados y constituye la estrategia más fácilmente accesible para mejorar la calidad de vida de un gran número de adultos mayores.

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

Ocasionalmente se da 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, permitiría el 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 RESOLUTIVIDAD

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 recientes y significativos.

5.- BIBLIOGRAFÍA

Braun JV, Wykle MH, Cowling WR. Failure to thrive in older persons: a concept derived. *Gerontologist* 1988; 28:809-812.

Berkman B, Foster LWS, Campion E. Failure to thrive: paradigm for the frail elder. *Gerontologist* 1989; 29:654-659.

Hildebrand JK, Joos SK, Lee MA. Use of the diagnosis "failure to thrive" in older Veterans. *JAGS* 1997; 45:1113-1117.

Palmer RM. 'Failure to thrive' in the elderly: diagnosis and management. *Geriatrics* 1990; 45(9):47-55.

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.

Hiperglucemia Diabetes Mellitus

**Batería de instrumentos para
la evaluación y tratamiento**

17

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, 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.** Conocer los criterios diagnósticos de laboratorio.
- 4.** Decidir acerca de las indicaciones terapéuticas más apropiadas.
- 5.** Describir un plan de mantenimiento de la salud para el adulto mayor con Diabetes Mellitus.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Síntomas de Diabetes y Glucemia al azar, mayor de 200 mg %. Hiperglucemia de ayuno, mayor de 126 mg %, en más de una ocasión o bien Glucemia a las 2 hrs., superior a 200 mg % en el test de tolerancia oral a la glucosa.

EPIDEMIOLOGÍA:

- La importancia creciente de la Diabetes como causa de morbilidad y mortalidad obedece a los cambios en la distribución por edades de nuestra población y a la creciente urbanización y sus patrones de vida diabetogénicos.
- La edad es el principal factor de riesgo para desarrollar Diabetes. La Diabetes en la edad avanzada afecta a 1 de cada 5 personas mayores. En general la prevalencia es mayor en el sexo masculino.

FISIOPATOLOGÍA:

En las pruebas de tolerancia a la glucosa, la capacidad de utilizar una carga de glucosa desciende con la edad.

En muchos casos, no es Diabetes verdadera y puede asociarse con la edad en lugar de ser dependiente de ella. Esto obedece a:

- Mayor obesidad.
- Disminución de la actividad física.
- Aumento de las enfermedades que afectan la tolerancia a la glucosa.
- Farmacoterapias.
- Aumento de la ingesta de carbohidratos.

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

En el adulto mayor, en la presentación atípica (más que silenciosa) de la Diabetes, es más frecuente: deterioro funcional aparentemente inexplicable, pérdida de vitalidad, aparición inopinada de incontinencia urinaria o infecciones de repetición (particularmente urosepsis y candidiasis mucocutánea).

Ocasionalmente el cuadro de inicio es un padecimiento caracterizado por deterioro cerebral favorecido por la deshidratación crónica y eventual, concurrencia de hiponatremia y de tiempo en tiempo es posible observar casos que se presentan como síndromes dolorosos que se confunden con radiculopatías y que corresponden a neuropatía diabética.

Es frecuente que el diagnóstico se establezca por primera vez en ocasión de un descontrol hiperosmolar precipitado por una infección aguda, comúnmente una Neumonía, en donde el estado de conciencia alterado y la deshidratación que se sigue, 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:
 - Edad
 - Antecedentes familiares de Diabetes
 - Obesidad
 - Falta de ejercicio
- La tolerancia a la glucosa tiende a deteriorarse al avanzar en edad.
- Los niveles de insulina circulante no sólo no decrecen al envejecer, sino que más bien tienden a aumentar.
- El envejecimiento se asocia con una reducción en la secreción de insulina por las células betas, pero se mantiene la capacidad máxima de secreción de insulina.
- La aparición de intolerancia a la glucosa debe de obedecer a una pérdida de eficiencia en la utilización de glucosa.
- 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 al envejecer, tienden a agravar el estado de resistencia a la insulina y conducen a un deterioro del metabolismo de los hidratos de carbono.
- Este fenómeno es, no tanto el resultado del envejecer, como la consecuencia de la concurrencia de una serie de variables relacionadas con la edad y el estilo de vida.

2.2.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

Independientemente de la edad, los criterios diagnósticos son los mismos (ver definición). Lo que cambia en este contexto es la decisión de tratar o no. La presencia de Hiper glucemia en el sujeto de edad avanzada no necesariamente significa Diabetes y es frecuente encontrar situaciones limítrofes, particularmente en personas con sarcopenia, inmovilidad prolongada o infecciones agudas, en quienes ocurre transitoriamente elevación de la Glucemia en condiciones de estrés.

La evaluación del paciente diabético mayor, con evolución de larga fecha es también importante. En la evaluación clínica y hemática, buscando si existe compensación de la enfermedad, deberá evaluarse la repercusión del proceso sobre los órganos diana y la aparición de complicaciones.

SECUELAS DE LA DIABETES:

Las consecuencias de la Diabetes pueden ser graves:

- Cardiovasculares:
 - Muchos necesitan amputaciones debido a la deficiencia de la circulación de sangre en los miembros.
 - Con el tiempo desarrollan deficiencia de la función cardíaca.

- Mayor tasa de mortalidad cardiovascular.
- Ojo: Las cataratas son comunes, algunos diabéticos también presentan lesión de la retina.
- Neurológico: La Hipoglucemia causa lesión cerebral, también con problemas cognoscitivos y psicosociales.
- Renal: Insuficiencia Renal.

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

ELEMENTOS PARA LA TOMA DE DECISIONES TERAPÉUTICAS EN LOS ADULTOS MAYORES DIABÉTICOS:

- 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 adentrarse en el conocimiento del enfermo, de sus hábitos de vida y de su entorno familiar y social.

Al establecer el diagnóstico conviene:

- Hacer una estimación de la expectativa de vida del paciente en función de su edad y co-morbilidad, 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 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 del enfermo y de su familia con el programa terapéutico.
- Evaluar las posibilidades de acceso a los servicios de apoyo para una correcta vigilancia.
- Se debe de prestar atención a los aspectos económicos que suelen ser limitantes del apego.

RIESGOS QUE CORRE EL DIABÉTICO ADULTO MAYOR:

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 iatrogénica, que encierra a su vez el peligro de: deterioro cerebral, posibilidad de eventos coronarios y riesgo de caídas. Es

posible identificar a los sujetos en mayor riesgo de Hipoglucemia prestando atención a algunas características que los distinguen. (Tabla 17.1)

TABLA 17.1. FACTORES DE RIESGO DE HIPOGLUCEMIA

- Disautonomía
- Alteración de las respuestas contraregulatoras
- Ingesta deficiente o irregular
- Alteraciones cognoscitivas
- Uso de alcohol o psicotrópicos
- Polifarmacia
- 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, de pérdida de autonomía, de desnutrición y desde luego, de presentar manifestaciones tardías.

TABLA 17.2. CONSECUENCIAS DE LA HIPERGLUCEMIA AGUDA EN LOS ADULTOS MAYORES

Efecto primario	Consecuencias secundarias
• Poliuria • Deterioro visual • Riesgo de caídas • Alteraciones homeoreológicas • Adhesividad plaquetaria • Riesgo de infección • Deterioro de la memoria	• Nicturia, incontinencia y deshidratación • Deterioro de la movilidad • Claudicación intermitente • Enfermedad vascular cerebral o Infarto del miocardio • Abandono de la terapéutica • Mala calidad de vida

En el adulto mayor funcional e independiente, la autovigilancia de los síntomas y de la glicemia es tan valedera 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.

OBJETIVOS TERAPÉUTICOS:

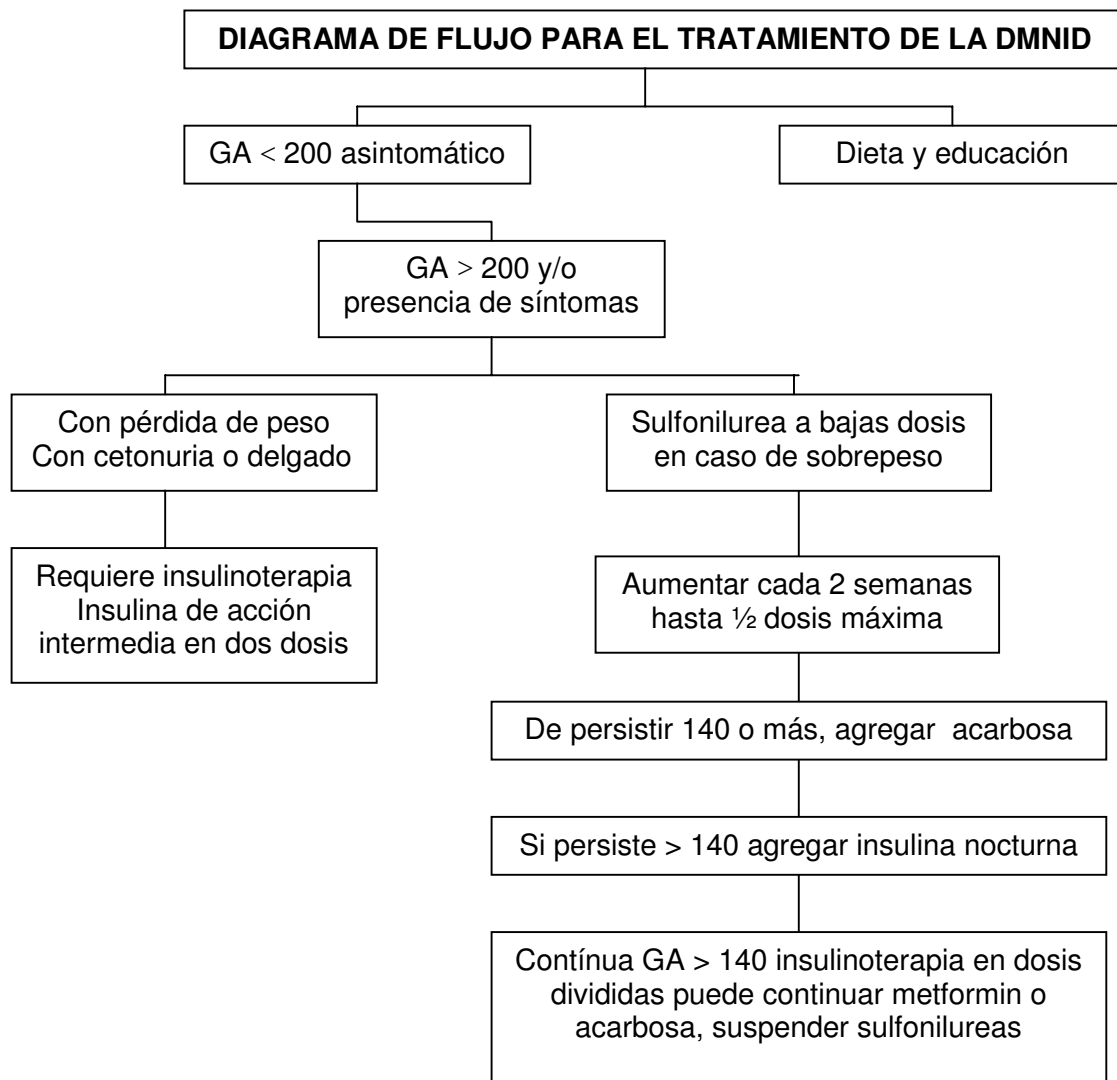
En todos los casos las prioridades son en este orden:

1. Evitar la Hipoglucemia.
2. Evitar el coma hiperosmolar.
3. Evitar la astenia y la deshidratación.

4. Si la Diabetes es de inicio tardío, las manifestaciones tardías pasan a un segundo plano.
5. Si es antigua se requiere de un mejor equilibrio glicémico cuidando de evitar los riesgos de Hipoglucemia.
6. Es necesario que el peso se mantenga estable, o en su caso que se reduzca.
7. La Glucemia debe mantenerse, en una Diabetes tardía no complicada, en niveles entre 150 y 200 mg %.
En una Diabetes antigua entre 120 y 160 mg %.

El siguiente algoritmo propone una secuencia de intervenciones medicamentosas: (Diagrama 17.1).

DIAGRAMA 17.1. TRATAMIENTO DE LA DMNID



SEGUIMIENTO:

En cada consulta de rutina es necesario evaluar en nuestro paciente:

- El estado general, la sensación subjetiva de bienestar.
- El nivel de autonomía, pues el mismo se encuentra especialmente en riesgo en estos pacientes.
- La calidad de la autovigilancia.
- El peso.
- La tensión arterial de pie y en decúbito.
- El estado de los pies.
- Glicemia en ausencia de autovigilancia.

Cada 6 meses deben evaluarse además:

- El estado mental.
- Los órganos de los sentidos, en particular los ojos.
- La función renal.

En cada consulta es también necesario el reconsiderar la estrategia terapéutica.

FACTORES QUE COMPLICAN EL MANEJO DEL ADULTO MAYOR DIABÉTICO:

Tome en cuenta una serie de condiciones que suelen hacer más difícil el manejo en estos casos, la prevención de discapacidades a partir de las complicaciones deben ser punto de seguimiento importante en el adulto mayor.

- El deterioro sensorial, particularmente visual, que dificulta el manejo de insulina y la deambulación.
- El deterioro auditivo que compromete la comunicación y la alteración del gusto que hace difícil la manipulación de la dieta.
- El deterioro funcional hace difícil preparar los alimentos, o bien la pérdida de la dentadura o los trastornos de la deglución, determinan mayor dificultad para consumirlos. Además el adulto mayor es más vulnerable a las interacciones medicamentosas, es habitualmente sedentario, puede con mayor probabilidad sufrir de deterioro cerebral, Depresión, aislamiento social, pobreza o ser víctima de barreras para el acceso a servicios médicos.
- El adulto mayor usualmente presenta también otras afecciones, sobre todo en las esferas cardiopulmonar, digestiva y genitourinaria. Por todo ello, la evaluación global y cuidadosa es necesaria para asegurar el éxito de la terapéutica.
- Particularmente importante es la búsqueda y reconocimiento de alteraciones del estado mental, que sabemos son especialmente prevalentes entre los adultos mayores diabéticos y que inciden significativamente sobre los resultados del tratamiento, tal es el caso del deterioro cognitivo y de la Depresión.

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

El plan de tratamiento es en general similar al propuesto en otras edades:

- Al inicio se recomienda dieta y ejercicio y sólo si esto no basta se plantea el uso de medicación.
- En cuanto a la dieta recuerde: los principios básicos son los mismos, pero conviene recordar que es preferible ante todo evitar prohibiciones absolutas, reconocer su valor relativo en función de la edad y el tiempo de evolución y admitir que su modificación será muy difícil en presencia de hábitos por mucho tiempo sostenidos.
- El ejercicio siempre es recomendable y siempre puede adaptarse al estado funcional. Sin embargo, siempre ha de establecerse una cuidadosa supervisión al inicio y éste ha de ser precedido por una evaluación cardiovascular en virtud de la elevada prevalencia de Isquemia Miocárdica Silenciosa y Cardiomiopatía Diabética. Un pre-requisito para la actividad física es un control metabólico satisfactorio. En general se recomiendan 30 minutos de ejercicio aeróbico, como la caminata tres veces por semana.
- El lugar de la medicación ha sido redefinido en este grupo de edad, tomando en cuenta el mayor riesgo de complicaciones graves consecutivas a su utilización. Los pacientes de edad con Diabetes Mellitus no-insulino dependientes son mayoría entre los diabéticos de mayor edad. Cada vez hay más evidencia de que la Hiperglucemia se asocia con las complicaciones, tanto micro, como macrovasculares, que son la principal causa de muerte en estos enfermos. El tratamiento de la Hiperglucemia en estos casos es notoriamente difícil cuando la dieta, el ejercicio y el empleo juicioso de los hipoglucemiantes orales no bastan para un buen control.
- El tratamiento con insulina puede mejorar muchas anomalías metabólicas de la DMNID e incluso inducir cambios antiaterogénicos e incrementar la sensación de bienestar. Sin embargo, el tratamiento con insulina se asocia también con ganancia ponderal y sobre todo con un riesgo de hipoglucemia. El tratamiento intensivo con insulina no parece brindar claros beneficios al adulto mayor y puede ser peligroso.
- 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. La concomitancia de alcoholismo, una mayor estatura, la pre-existencia de callosidades, la ausencia de vello, la resequedad de la piel y la presencia de eritema, así como la presencia de problemas psicosociales, Diabetes de larga duración o con un descontrol crónico, son todos factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones en los pies.

3.3.- ATENCIÓN A LOS CUIDADORES

La familia del diabético adulto mayor y en particular si este es funcionalmente dependiente, ha de ser instruida 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 enfermos con Diabetes en los centros de salud, facilita el aprendizaje y el apego a las recomendaciones de tratamiento.

El diabético 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 resolutivez para su estabilización.

Para el seguimiento es útil el establecimiento de una ficha de control ponderal, de tensión arterial y de Glucemia que facilita la toma de decisiones en función de la evolución.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- La Hipoglucemia iatrogénica y el coma hiperosmolar son dos complicaciones graves susceptibles de ser evitadas.
- Durante una deshidratación, un coma hiperosmolar puede ocurrir en un adulto mayor con Glucemia de ayuno basal < a 126 mg %.

5.- BIBLIOGRAFÍA

Andres R. Aging and Diabetes. Med Clin North Am 1971; 55:835-846.

Froom J, ed. Diabetes Mellitus in the elderly (symposium). Clin Geriatric Med 1990; 6(4):693-991.

Froom J, ed. Diabetes Mellitus in the elderly. Clin Geriatric Med 1990; 6(4):693-970.

Halter JB, Christensen NJ, eds. Diabetes Mellitus in elderly people (symposium). Diabetes Care 1990; 13 (Suppl. 2):1-96.

Lipson LG, ed. Diabetes Mellitus in the elderly (symposium). Am J Med 1986; 80 (Suppl. 5A):1-63.

Morley JE, Kaiser FE. Unique aspects of Diabetes Mellitus in the elderly. Clin Geriatr Med 1990; 6(4):693-702.

Rosenthal MJ, Hartnell JM, Morley JE, et al. Diabetes in the elderly (UCLA Geriatrics Grand Rounds). J Am Geriatrics Soc 1987; 435-447.

Hipertensión Arterial

**Batería de instrumentos para
la evaluación y tratamiento**

18

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

OBJETIVOS

1. Definir la Hipertensión 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. Conocer la terapéutica medicamentosa y la terapéutica no medicamentosa de la Hipertensión en el adulto mayor.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Estrictamente, la Hipertensión se define por la presencia de valores de presión arterial superiores a la normalidad: presión arterial sistólica (PAS) de 140 mm/Hg o más y/o presión arterial diastólica de 90 mm/Hg o más. Sin embargo, en el adulto mayor, la Asociación Americana de Geriátrica (AGS) sugiere cifras de 160 mm/Hg o más de PAS y 90 mm/Hg o más de PAD para Hipertensión sistólico-diastólica. En el caso de la Hipertensión sistólica aislada se refieren cifras de PAS de 140 mm/Hg o más con PAD menor de 90 mm/Hg. Valores sistólicos entre 140 y 160 se consideran limitrofes y probablemente requieren tratamiento en los menores de 85 años. Los datos en los pacientes mayores de 85 años para tratar en este mismo rango son aún inconsistentes.

En la fisiopatología de la Hipertensión en el adulto mayor son centrales los cambios en las resistencias vasculares periféricas para el desarrollo, tanto de la Hipertensión esencial como de la 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 insulina favorece la reabsorción renal de sodio y la estimulación del sistema nervioso simpático.
- Sistema nervioso autónomo: Existe un aumento de noradrenalina circulante, junto con un descenso en receptores beta-adrenérgicos, que implica un aumento del tono alfa adrenérgico.
- Factores natriuréticos circulantes: Tanto el factor natriurético atrial, como el factor digitálico circulante, parecen intervenir en la fisiopatología de la Hipertensión en el 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 cursan asintomáticos. Es frecuente identificar el caso al encontrar manifestaciones derivadas de complicaciones crónicas, desarrolladas a partir de una Hipertensión no diagnosticada: 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 hipertensivas 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 emergencias hipertensivas, por lo cual 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 en hipertensiones resistentes al tratamiento, se debe sospechar HTA secundaria, en especial renovascular y por aldosteronismo primario. Se sugiere investigarlas cuando:

- Hay un súbito y persistente incremento de la presión diastólica en alguien previamente normal.
- La presión diastólica persiste > 100 mm/Hg bajo tratamiento con 3 fármacos.
- Hay una progresión acelerada del deterioro en órganos diana.
- Ocurre espontáneamente hipokalemia.
- Hay síntomas que sugieren feocromocitoma.

2.2.- FACTORES DE RIESGO

La Hipertensión afecta aproximadamente a la mitad de los mayores de 65 años. Al menos la tercera parte de los casos de Hipertensión Arterial no son diagnosticados.

La prevalencia de la Hipertensión se correlaciona directamente con la edad, haciéndose progresivamente más prevalente en el sexo femenino y en 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 automedida 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 medida de la PA en el adulto mayor debe realizarse con un cuidado especial para evitar aumentos artificiales. El sitio recomendado para la medición es el brazo. La posición del paciente debe ser sentado y con la

espalda apoyada y de ser posible hacer mediciones con el paciente de pie, para valorar la presencia de Hipotensión Ortostática.

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 Hipotensión Ortostática con el mismo. Se confirma con la realización de la maniobra de Osler (inflar el manguito por encima de la presión de oclusión hasta al menos los 240 mm/Hg, a la vez que se palpa el pulso radial). Se debe sospechar pseudohipertensión si en esa presión aún se palpa el pulso. Esta situación puede representar hasta uno de cada 10 casos de Hipertensión en el adulto mayor.

VARIACIONES EN LA TENSIÓN ARTERIAL:

Las personas mayores tienen una mayor frecuencia de Hipotensión Ortostática, por lo que se recomienda medir rutinariamente la presión arterial en bipedestación a los 1 min. En los adultos mayores existe también un aumento en la variabilidad de la presión arterial, tanto por una mayor frecuencia de HTA de bata blanca como por las alteraciones en su ritmo circadiano. En cuanto a este último punto hay que considerar una menor caída nocturna y vespertina de la presión arterial, con un mayor descenso después de las comidas (hipotensión postprandial) y aumento especialmente marcado de la presión arterial a mitad de la mañana. Estos factores obligan a ser especialmente estricto en las condiciones de toma de tensión arterial en referencia al horario de medición, que preferentemente debe realizarse a primera hora de la mañana o por la tarde, evitando tomas inmediatamente después de las comidas.

No debe diagnosticarse Hipertensión por una toma aislada de la tensión arterial, es necesario repetir las valoraciones de dos a tres veces. Los aumentos graves de la presión arterial diastólica por encima de 110 mm/Hg, 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 post-prandial, consumo de medicamentos hipertensores y consumo de más de 30 gramos de alcohol al día.

Seguidamente hay que llevar a cabo una valoración funcional del estado mental y social, adicional 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, la competencia del enfermo para hacerse cargo de su propia vigilancia y medicación.

A continuación, debe evaluarse el riesgo de Enfermedad Cardiovascular consecutiva, que es determinado no sólo por la presencia de HTA, sino por la coexistencia de otros factores de riesgo y posible daño en órganos diana. La evaluación está recogida en la Tabla 18.1.

TABLA 18.1. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO CONCOMITANTES Y LA PRESENCIA DE LESIÓN EN ÓRGANOS DIANA

Factores de riesgo de Enfermedad Cardiovascular	Lesión en órganos diana por HTA	Exámenes de Laboratorio y Gabinete recomendados para la evaluación inicial
• Edad superior a 60 años • Hombres y mujeres postmenopáusicas • Historia familiar de enfermedad cardiovascular • Tabaquismo • Dislipidemia • Diabetes Mellitus	• Hipertrofia de ventrículo izquierdo • Angina / Infarto de miocardio previo • Revascularización coronaria previa • Insuficiencia cardíaca • Enfermedad cerebrovascular • Nefropatía • Arteriopatía periférica • Retinopatía	• Biometría hemática • Examen general de orina • Electrolitos séricos • Creatinina • Glucosa en ayuno • Colesterol total y de 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:

- No existen factores de riesgo ni lesión de órganos diana.
- Al menos un factor de riesgo, excluyendo la Diabetes, y no hay evidencia de lesión de órganos diana.
- Diabetes y/o lesión de órganos diana 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, con un posible objetivo intermedio de valor de tensión arterial sistólica menor de 160 mm/Hg, sobre todo, en pacientes con Hipertensión sistólica aislada de edad muy avanzada (mayores de 85 años).

Este es un aspecto aún controversial hoy en día, 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 órgano blanco, así como 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 cifras de presión arterial, sino que incide igualmente en otros factores de riesgo asociados como Dislipidemia y Diabetes, los cuales son los más prevalentes 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 de una exagerada demanda energética y que no provoquen marcado trauma articular. Algunos de ellos son la natación, ciclismo, baile, caminata y aeróbicos de bajo impacto durante 30 – 45 min. 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 una especial sensibilidad sódica que se observa en personas mayores.
- Alcohol: La ingesta de más de 30 ml 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, disminuyendo los beneficios del tratamiento correcto de la Hipertensión respecto a 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 cuanto a 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 post-prandial antes de iniciar el tratamiento.

- Valore inicialmente medidas no farmacológicas.
- Inicie con la mínima dosis efectiva, incrementando paulatinamente la misma hasta conseguir controlar la Hipertensión sin la aparición de efectos adversos importantes. La meta es bajar la TA 10 mm / Hg 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: (Tabla 18.2).

- **DIURÉTICOS:**
Efectivos en la disminución tanto de la presión sistólica como la diastólica. Sus 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 visto 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.

- BLOQUEADORAS ALFA:

En personas mayores tienen una alta incidencia de ortostatismo y pueden desencadenar episodios de Depresión.

TABLA 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 bloq. Ant. Ca	IECA	Ninguno
Status post infarto	Beta bloq. IECA	Diltiazem	Ninguno
Insuficiencia Cardíaca	IECA*, diuréticos, vasodilatadores	Dihidropiridinas antagonistas del Ca	Beta bloqueadores Verapamil, diltiazem
Hipertrofia Ventricular Izquierda	IECA, alfa bloqueantes Beta bloq. Ant. Ca	Ninguno	

* IECA = inhibidor de la enzima de conversión de angiotensina.

Al considerar la necesidad de una asociación de 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.
- Bien reemplazar el fármaco inicial por uno de otro grupo.

La Tabla 18.3 muestra las principales asociaciones de fármacos en el tratamiento de la Hipertensión:

TABLA 18.3. ASOCIACIONES DE FÁRMACOS EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Tratamiento inicial	Alternativa	Asociación 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

* IECA = inhibidor de la enzima de conversión de angiotensina.

PLAN DE SEGUIMIENTO:

- Al inicio debe de ser estrecho.
- Es necesario verificar la respuesta al tratamiento.
- Al cabo de 6 semanas conviene evaluar: electrolitos, glucosa, creatinina y lípidos.
- Debe evaluarse la calidad de vida antes y durante el tratamiento.
- Cuando se alcanza el punto de equilibrio la valoración de laboratorio puede repetirse a intervalos semestrales o anuales.
- La automedición de la TA es deseable, pues mejora el apego al tratamiento.

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

Con el 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 RESOLUTIVIDAD

- La sospecha de Hipertensión Arterial secundaria.
- La falla al tratamiento luego de adicionar un segundo fármaco.
- La crisis hipertensiva.
- La Hipertensión Arterial complicada con Insuficiencia Cardíaca descompensada o Angina de Pecho.
- Los sujetos identificados en clase C de riesgo deben ser valorados por el especialista.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- No debe diagnosticarse Hipertensión por una toma aislada de la tensión arterial, es necesario repetir las valoraciones de 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 órgano blanco, así como en la mortalidad global.

5.- BIBLIOGRAFÍA

Amery A, Birkenhager W, Brixko R, et al. Mortality and morbidity results from the European Working Party on high blood pressure in the elderly. *Lancet* 1985; 1:1349-1354.

Applegate WB, ed. Hypertension (symposium). *Clin Geriatric Med* 1989; 5(4):639-858.

Applegate WB. Hypertension in elderly patients. *Ann Int Med* 1989; 110:901-915.

Beard K, Bulpitt C, Mascie-Taylor H, et al. Management of elderly patients with sustained hypertension. *Brit Med J* 1992; 304:412-416.

Brodin KI, Abrass IB. Hypertension in the elderly. *Generations Winter* 1996-1997, 28-32.

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.

Lipsitz LA. Orthostatic hypotension in the elderly. *New Engl J Med* 1989; 321:952-956.

MRC Working Party. Medical Research Council trial of treatment of hypertension in older adults: principal results. *Brit Med J* 1992; 304:405-412.

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.

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.

Topol EJ, Traill TA, Fortuin NJ. Hypertensive hypertrophic cardiomyopathy of the elderly. *New Engl J Med* 1985; 312:277-283.

Hipertrofia Prostática Benigna

**Batería de instrumentos para
la evaluación y tratamiento**

19

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

OBJETIVOS

- 1.** Conocer las manifestaciones clínicas.
- 2.** Conocer los criterios diagnósticos de laboratorio.
- 3.** Decidir acerca de las indicaciones terapéuticas más apropiadas.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La Hipertrofia Benigna de la Próstata (HBP), es un trastorno común y su incidencia está estrechamente relacionada con la edad. La prevalencia histológica aumenta de aproximadamente 1 de cada 5 hombres, de 41 a 50 años; hasta 4 de cada 5 a los 80 años. Si bien la evidencia clínica de enfermedad es menor, la sintomatología también es dependiente de la edad. Así a los 55 años, la cuarta parte refiere síntomas obstructivos y a los 75 años la mitad refiere una disminución de la fuerza del chorro y de su calibre.

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

Existen síntomas obstructivos e irritativos. En el primero se incluye la disminución de la fuerza y el calibre del chorro, disuria de esfuerzo, goteo terminal, chorro bífido. Los síntomas irritativos pueden ser secundarios también a una disfunción o compromiso vesical: poliaquiuria, nicturia y urgencia miccional. Los pacientes geriátricos, 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 pesquisa 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 este, 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 puede sugerir malignidad requiriendo estudio profundo (biopsia, ecografía). Cabe recordar que no siempre el volumen prostático se correlaciona con la severidad de la sintomatología y no debería por sí sola guiar el tratamiento específico a seguir.

EXÁMENES DE LABORATORIO:

- Exámenes de función renal: El nitrógeno ureico y la creatinina plasmática pueden elevarse en pacientes con residuos postmicciones altos.
- Exámenes de orina: Pueden encontrar signos de infección urinaria y/o hematuria.
- Antígeno prostático específico (APE): Ha permitido detectar con mayor sensibilidad el cáncer de próstata, aunque también se eleva en la HBP. Sin embargo, su indicación, en especial en los pacientes geriátricos mayores de 75 años o aquellos mayores pero con una expectativa de vida de más de 10 años, mantiene su controversia. En esta población, con frecuencia es posible encontrar a la anatomopatología indicios de carcinoma, pero debido a su lento crecimiento, son otras enfermedades como por ejemplo cardiovasculares o cerebrovasculares las causas más importantes de fallecimiento.
- Imágenes: La ecografía vesicoprostática puede revelar el volumen y el tipo de crecimiento prostático, existencia o no de residuo postmiccional e hidroureteronefrosis.
- Evaluación urodinámica: Precisa el rol que juega la HBP y la uropatía obstructiva consecuente en el síndrome miccional. Un flujo peak menor a 10 ml/seg es indicativo de obstrucción infravesical.

TRATAMIENTO:

Se debe evaluar al paciente en particular, tomando en cuenta la severidad de los síntomas, edad, comorbilidad, riesgo quirúrgico, etc.

Al menos, existe entre los especialistas un consenso en la indicación quirúrgica del HBP:

- retención urinaria a repetición
- infecciones urinarias a repetición como resultado de la HBP
- hematuria persistente o recurrente
- falla renal
- hidroureteronefrosis bilateral

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

TRATAMIENTO MÉDICO:

No es el propósito de este artículo profundizar las diversas terapias que existen, solo una visión generalizada de las posibilidades terapéuticas que se pueden ofrecer. Se

dispone en la actualidad de tres grupos de fármacos que pueden ser aplicados a la uropatía obstructiva secundaria al crecimiento prostático:

- Alfabloqueadores (prazocina, doxazocina, terazocina): Tanto la vejiga como la próstata contienen receptores alfa 1 y alfa 2. Las propiedades contráctiles de la próstata son mediadas por la activación de los receptores alfa 1. Han demostrado ser efectivos para el manejo sintomático de la uropatía obstructiva. (Urology 1996; 47:159-168). (NEJM 1996; 335:533-539). Estos resultados, si bien son alentadores, desconocen aún los beneficios a largo plazo. Por otro lado, no están exentos de efectos colaterales por sus efectos hipotensores.
- Inhibidores de la alfa 5 reductasa: Su rol se basa en disminuir el grado de hiperplasia epitelial dependiente del nivel de andrógenos. Los RCT han demostrado que la finasteride comparado con placebo es eficaz en la mejoría sintomática, especialmente en próstatas de mayor tamaño (> 40 grms) (Urology 1996; 48:398-405), aunque en menor magnitud que las drogas anteriores. Además disminuiría el riesgo de episodios de retención urinaria y la necesidad de cirugía (Urology 1997; 49:839-845). Entre los efectos no deseados se cuentan: disminución del libido y la impotencia.
- Están disponibles en la actualidad algunos extractos de plantas (serenoa repens, pidgeum africanum) que aparentemente tendrían alguna eficacia clínica en el alivio de los síntomas miccionales, acompañados de una buena tolerancia.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

La remoción del tejido prostático adenomatoso se puede realizar a través de la cirugía a cielo abierto o por vía transuretral. La vía transuretral se ha asociado con menor mortalidad (0.1%) y una mejoría sintomática significativa. Entre sus complicaciones están: eyaculación retrógrada y la incontinencia urinaria. Un RCT (NEJM 1995; 332:75-79) mostró una disminución de los síntomas en pacientes sometidos a la RTU comparados con pacientes que fueron seguidos con observación expectante. En los casos de pacientes jóvenes, con un volumen prostático pequeño pueden beneficiarse una incisión transuretral de la próstata, en que no se reseca tejido prostático, existe menos riesgo de eyaculación retrógrada y es un procedimiento que puede realizarse en forma ambulatoria.

Otras opciones terapéuticas que se están desarrollando son:

- dilatación con balón
- termoterapia transuretral con microondas
- instalación de stents transuretrales
- resección transuretral con láser

3.2.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUTIVIDAD

El diagnóstico del Adenoma Prostático Benigno es indicativo de remisión a un especialista en Urología, el cual debe decidir la posibilidad de tratamiento quirúrgico o médico.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- La Hipertrofia Benigna de la Próstata (HBP), es un trastorno común y su incidencia está estrechamente relacionado con la edad.
- Los pacientes geriátricos, 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.

5.- BIBLIOGRAFÍA

Badlani GH, Smith AD. Urologic care in the elderly (symposium). Clin Geriatr Med 1990; 6(1):1-227.

Whitmore WF. Benign prostatic hyperplasia: widespread and sometimes worrisome. Geriatrics 1981; 36(4):119-136.

Hipotermia

Batería de instrumentos para
la evaluación y tratamiento

20

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.** Proponer un tratamiento adecuado al nivel del problema.
- 5.** Describir las estrategias preventivas.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Condición clínica provocada por una temperatura corporal inferior a 35°C. Para reconocerla se requiere un termómetro de bajo registro. La Hipotermia no depende solo 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 DE RIESGO

FACTORES PREDISPONENTES

- Disminución en la producción de calor:
 - Hipotiroidismo
 - Hipoglucemia
 - Malnutrición
 - Inmovilidad (Enfermedad Vascular Cerebral, Parkinson, etc.)
- Aumento de pérdidas de calor:
 - Disminución de la grasa corporal
 - Exposición al frío (inmersión)
- Alteración de la termorregulación.
- Disfunción de sistema nervioso central a nivel del hipotálamo por trauma, por hipoxia, por tumor o por enfermedad cerebrovascular
- Inducida por drogas como: alcohol, barbitúricos, tranquilizantes mayores y menores, antidepresivos tricíclicos, salicilato, acetaminofén y anestésicos generales.

2.2.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

PRESENTACIÓN CLÍNICA (TABLA 20.1)

TABLA 20.1. SÍNTOMAS DE LA HIPOTERMIA

Signos Tempranos (32-35º)	Posteriores (28-30º)	Tardíos (< 28º)
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	Aspecto de clínicamente muerto
Escalofrío	Rigidez muscular que reemplaza al escalofrío	
	Edema	
	Arreflexia	
	Poliuria u oliguria	

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.
- Se recomienda el tratamiento activo usando como punto de corte una temperatura de 32 °C.
- A temperaturas mayores de 32 °C se utilizarán técnicas de reentibiamiento pasivo externas, no se utilizarán técnicas activas externas dado su riesgo de alteraciones hemodinámicas asociadas, por la brusca vasodilatación.
- En pacientes con temperatura menor de 32 °C, el manejo en unidad de cuidados intensivos y con técnicas de reentibiamiento internas activas (Tabla 20.2), es recomendable.

TABLA 20.2. TÉCNICAS DE REENTIBIAMIENTO

Reentibiamiento externo pasivo	Externo activo	Corporal activo
retirar de exposición ambiental	inmersión agua tibia 42°	balón intragástrico, irrigación colónica
colocar en ambiente tibio >21 °	cobertores eléctricos	irrigación mediastínica
objetos calientes	inhalizaciones tibias	hemo o peritoneodiálisis

El pronóstico de mortalidad de una Hipotermia severa es de un 50%, se incrementa con la edad y en función de la patología concomitante.

3.2.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUTIVIDAD

- El manejo de las complicaciones asociadas como arritmias, alteraciones ácido-base y electrolíticas concomitantes al reentibiamiento, necesita también de una estrecha vigilancia en cuidados intensivos.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- La Hipotermia puede ocurrir sin necesidad de temperaturas extremas en el sujeto frágil.
- Una temperatura por debajo de 33° necesita la hospitalización en cuidados intensivos.
- Use sistemáticamente un termómetro que registre bajas temperaturas.

5.- BIBLIOGRAFÍA

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.

Hipotermia

Batería de instrumentos para
la evaluación y tratamiento

20

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.** Proponer un tratamiento adecuado al nivel del problema.
- 5.** Describir las estrategias preventivas.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Condición clínica provocada por una temperatura corporal inferior a 35°C. Para reconocerla se requiere un termómetro de bajo registro. La Hipotermia no depende solo 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 DE RIESGO

FACTORES PREDISPONENTES

- Disminución en la producción de calor:
 - Hipotiroidismo
 - Hipoglucemia
 - Malnutrición
 - Inmovilidad (Enfermedad Vascular Cerebral, Parkinson, etc.)
- Aumento de pérdidas de calor:
 - Disminución de la grasa corporal
 - Exposición al frío (inmersión)
- Alteración de la termorregulación.
- Disfunción de sistema nervioso central a nivel del hipotálamo por trauma, por hipoxia, por tumor o por enfermedad cerebrovascular
- Inducida por drogas como: alcohol, barbitúricos, tranquilizantes mayores y menores, antidepresivos tricíclicos, salicilato, acetaminofén y anestésicos generales.

2.2.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

PRESENTACIÓN CLÍNICA (TABLA 20.1)

TABLA 20.1. SÍNTOMAS DE LA HIPOTERMIA

Signos Tempranos (32-35º)	Posteriores (28-30º)	Tardíos (< 28º)
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	Aspecto de clínicamente muerto
Escalofrío	Rigidez muscular que reemplaza al escalofrío	
	Edema	
	Arreflexia	
	Poliuria u oliguria	

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.
- Se recomienda el tratamiento activo usando como punto de corte una temperatura de 32 °C.
- A temperaturas mayores de 32 °C se utilizarán técnicas de reentibiamiento pasivo externas, no se utilizarán técnicas activas externas dado su riesgo de alteraciones hemodinámicas asociadas, por la brusca vasodilatación.
- En pacientes con temperatura menor de 32 °C, el manejo en unidad de cuidados intensivos y con técnicas de reentibiamiento internas activas (Tabla 20.2), es recomendable.

TABLA 20.2. TÉCNICAS DE REENTIBIAMIENTO

Reentibiamiento externo pasivo	Externo activo	Corporal activo
retirar de exposición ambiental	inmersión agua tibia 42°	balón intragástrico, irrigación colónica
colocar en ambiente tibio >21 °	cobertores eléctricos	irrigación mediastínica
objetos calientes	inhalaciones tibias	hemo o peritoneodiálisis

El pronóstico de mortalidad de una Hipotermia severa es de un 50%, se incrementa con la edad y en función de la patología concomitante.

3.2.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUTIVIDAD

- El manejo de las complicaciones asociadas como arritmias, alteraciones ácido-base y electrolíticas concomitantes al reentibiamiento, necesita también de una estrecha vigilancia en cuidados intensivos.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- La Hipotermia puede ocurrir sin necesidad de temperaturas extremas en el sujeto frágil.
- Una temperatura por debajo de 33° necesita la hospitalización en cuidados intensivos.
- Use sistemáticamente un termómetro que registre bajas temperaturas.

5.- BIBLIOGRAFÍA

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.

Incontinencia Urinaria

**Batería de instrumentos para
la evaluación y tratamiento**

21

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, 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. Reconocer los factores ambientales y funcionales que la propician.
5. Reconocer las indicaciones para referencia al nivel inmediato superior.
6. Describir el tratamiento inicial para las tres causas más comunes.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La Incontinencia Urinaria es la pérdida objetiva e involuntaria de orina que provoca problemas para el paciente o para su entorno.

La frecuencia va aumentando con la edad, 1 de cada 5 adultos mayores de 65 años y 1 de cada 4 de los mayores de 85 la sufren. La nicturia en particular es un factor de riesgo para caídas.

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.
- Aumento en la excreción nocturna.

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

Habitualmente el paciente con Incontinencia Urinaria no acude 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 el 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 anteriormente los cambios funcionales relacionados con la edad no son suficientes para causar por sí mismos la Incontinencia Urinaria. Las causas de Incontinencia Urinaria se pueden dividir en agudas y persistentes.

AGUDAS : Se deben descartar antes de realizar cualquier otra intervención y son fácilmente recordables mediante la mnemotecnia ESFÍNTER:

Endocrinológicas (Hiperglucemia, Hipercalcemia, Vaginitis Atrófica)
Sicológicas (Depresión)
Fármacos (ver Tabla 21.1)
Infecciones
Neuroológicas (Delirium, Enfermedad Vascular Cerebral, Parkinson, Hidrocefalia Normotensa)
Tratamientos (Fármacos)
Estrogénico (Vaginitis Atrófica, Estreñimiento)
Restricción de la Movilidad

TABLA 21.1. FÁRMACOS QUE PUEDEN CAUSAR INCONTINENCIA

Fármaco	Efectos Potenciales
Diuréticos	Incontinencia Urinaria, Frecuencia, Urgencia.
Anticolinérgicos	Retención Urinaria, Incontinencia por rebosamiento, Impactación fecal.
Antidepresivos	Efecto Anticolinérgicos, Sedación.
Antipsicóticos	Igual al anterior y además Inmovilidad.
Hipnóticos-sedantes	Sedación, Delirium, Incontinencia Urinaria, Inmovilidad, Relajación Muscular.
Narcóticos	Retención Urinaria, Impactación fecal, Sedación, Delirium, Incontinencia Urinaria.
Bloqueadores alfa	Relajación Uretral.
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, Delirium, Incontinencia Urinaria, Inmovilidad.

En caso de Incontinencia Urinaria y Fecal la causa más frecuente es impactación fecal

Las causas persistentes pueden agruparse en cuatro grupos cuyos síntomas y causas más frecuentes se resumen en la Tabla 21.2.

TABLA 21.2. TIPOS, SÍNTOMAS Y CAUSAS DE LAS INCONTINENCIAS URINARIAS PERSISTENTES

Tipo	Síntomas	Causas comunes
STRESS	Pérdida de orina simultánea a aumentos en la presión intraabdominal (toser, reírse, estornudar). Usualmente poca cantidad. Propio de la mujer.	Debilidad y laxitud del piso pélvico que provoca hipermovilidad de la base vesical y de la uretra proximal. Debilidad de esfínter uretral o de la salida de la vejiga casi siempre por cirugía o traumatismo.
URGENCIA	Salida de orina (usualmente en cantidades un poco mayores) debido a la incapacidad para retener la orina después de que se tiene la sensación de plenitud vesical. Ambos sexos.	Hiperactividad del detrusor aislada o asociada a una de las siguientes: • Condiciones locales como Uretritis, Cistitis, Tumores, Litiasis, Divertículos. • Asociado a alteraciones del SNC como EVC, Demencia, Parkinsonismo, Lesión Espinal.
REBOSAMIENTO	Goteo de orina en pocas cantidades debido a fuerzas mecánicas sobre una vejiga sobre distendida. Propio del hombre.	Obstrucción anatómica: por la próstata o por un Cistocele grande. Vejiga hipocontractil asociada a Diabetes Mellitus o Lesión Medular.
FUNCIONAL	Salida de orina debida a la incapacidad de llegar al baño, secundario a deterioro cognitivo, físico o ambos, falta de motivación o barreras ambientales.	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, de vergüenza y al pensamiento de que se trata de una consecuencia natural del envejecimiento que no tiene remedio. Así, se debe preguntar si el paciente ha tenido “accidentes” con la orina o bien si alguna vez ha tenido salida de orina antes de llegar al baño. Si esto es así, se debe anotar la frecuencia aproximada por semana.

En todo paciente con Incontinencia Urinaria se debe realizar:

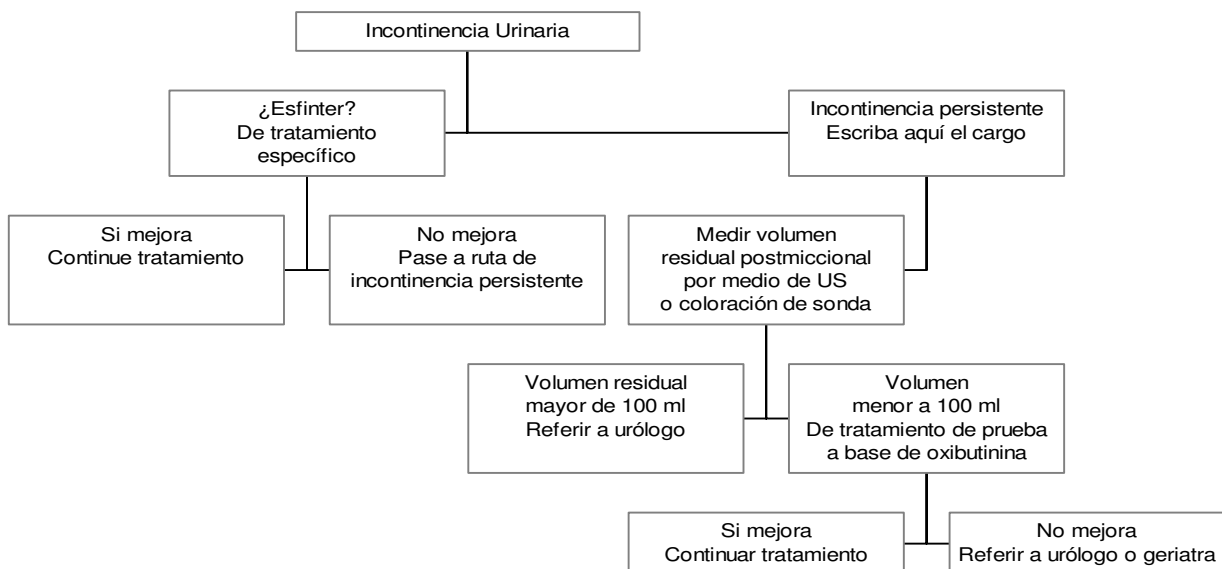
- Listado completo de medicamentos.
- Examen neurológico completo.
- Revisión ginecológica para detectar casos de Vaginitis Atrófica.
- Tacto rectal para evaluar patología prostática y descartar impactación fecal.
- Descarte retención aguda de orina y en su caso tratarla de manera expedita.
- Examen general de orina.
- Glucosa sérica.
- Calcio sérico.

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 la Tabla 21.3.

TABLA 21.3. TIPOS Y TRATAMIENTO DE INCONTINENCIA URINARIA AGUDA

Tipo	Tratamiento
Delirium	Del tratamiento específico de Delirium no utilice sondas vesicales, pues pueden causar o exacerbar el Delirium. (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 recaptura de serotonina.
Psicológicas	Ingesta excesiva, 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 Mellitus de 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 “patos” 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 proveedor primario de salud debe conocerlas y las encontrará resumida en la Tabla 21.4.

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.

TABLA 21.4. TIPOS Y TRATAMIENTO DE LAS INCONTINENCIAS URINARIAS PERSISTENTES

Tipo	Tratamiento primario
Stress	Ejercicios para piso pélvico (Kegel). Estrógenos. Agonistas alfa adrenérgicos. Cirugía.
Urgencia	Relajantes vesicales. (oxibutinina) Iniciar con 2.5 mgs 1 hora antes de la actividad en la que la Incontinencia Urinaria es más disruptiva (al dormir, antes de salir a la calle) y aumente en caso necesario hasta 5 mgs bid. Estrógenos (Atrofia Vaginal). Tolterodina provoca menos Xerostomía que la anterior. Se utiliza de la misma manera con dosis de 1-2 mgs bid.
Rebosamiento	Quirúrgico. Cateterismo intermitente (¿práctico para el paciente?). Cateterismo a largo plazo.
Funcional	Fijar horario para miccionar (apartado de prevención terciaria). Modificaciones que faciliten la llegada al baño. Uso de pañales.

Tolterodina: igual al anterior

Terazocina:

- Hipotensión.

Estrógenos:

- Sangrado vaginal.
- Atención: recordar que si la paciente no ha sido histerectomizada debe recibir estrógenos siempre en conjunto con progestágenos.

PLAN DE TRABAJO Y SEGUIMIENTO:

El paciente debe de ser visto dos semanas después del inicio de alguna intervención y se le deben dar indicaciones claras de acudir inmediatamente en caso de presentar datos de retención aguda de orina.

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 en caso de buena respuesta al tratamiento.

El paciente debe ser cuestionado sobre este aspecto en cada visita subsecuente que reciba por la enfermedad o enfermedades de base.

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

La Incontinencia Urinaria se puede prevenir, tanto al nivel de prevención primaria como el de prevención secundaria y terciaria.

- **PREVENCIÓN PRIMARIA:** Se deben tratar de manera enérgica los factores predisponentes. Por ejemplo, el tratamiento enérgico de la Diabetes o la prevención de Enfermedades Vasculares Cerebrales mediante el tratamiento de la Hipertensión.
- **PREVENCIÓN SECUNDARIA:** Los pacientes potencialmente incontinentes rara vez se presentan al médico cuando están asintomáticos, por lo que es muy difícil evaluar los beneficios de la prevención secundaria. Por ejemplo: ¿podrían los ejercicios vesicales en una mujer de 50 años prevenir la incontinencia derivada de relajación del piso pélvico por múltiples partos? Se han implementado medidas de prevención secundaria en adultos mayores en particular mediante el mantenimiento de la actividad y la rehabilitación temprana, sin embargo, no hay datos al presente para apoyar de manera decisiva estas medidas por el solo hecho de prevenir la Incontinencia. No obstante lo anterior, el utilizar con cuidado los fármacos conocidos como desencadenantes de incontinencia, sí ha probado disminuir la frecuencia de la misma.
- **PREVENCIÓN TERCIARIA:** Nuevamente en este caso hay pocos datos para apoyar medidas, sin embargo, la llamada continencia social ha probado mejorar la calidad de vida en personas afectadas por la Incontinencia Urinaria. La continencia social se refiere a un horario programado para ir al baño a miccionar, este se inicia llevando al paciente cada dos horas a miccionar e ir aumentando los intervalos hasta el número máximo de horas que el paciente pueda permanecer sin tener episodios de Incontinencia Urinaria.

3.3.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUTIVIDAD

El paciente debe ser referido a Urología o Geriátrica 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, y debe ser tratada por medio de 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 obstructiva en el hombre antes de iniciar tratamiento.
- La retención aguda de orina es una urgencia urológica.

5.- BIBLIOGRAFÍA

Chutka DS, Fleming KC, Evans MP, et al. Urinary incontinence in the elderly population. Mayo Clin Proc 1996;71:93-101.

Resnick NM. An 89 year old woman with urinary incontinence. JAMA 1996;276:1832-1840.

Resnick NM. Urinary incontinence in older adults. Hosp Pract 1992(15 Oct.):139-184.

U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. Urinary incontinence in adults: clinical practice guideline. AHCPR Pub. No. 92-0038, March 1992.

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.

Williams ME, Pannill FC. Urinary incontinence in the elderly. Ann Int Med 1982;97:895-907.

Insomnio

**Batería de instrumentos para
la evaluación y tratamiento**

22

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.** Reconocer el momento oportuno para referir el casos al especialista.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

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 65 años tienen algún tipo de problema al dormir e incluso una cuarta parte tiene serias dificultades.

Se dice que hasta uno de cada tres personas mayores de 65 años reportan Insomnio. La prevalencia es mayor entre las mujeres que en los hombres mayores.

SUEÑO NORMAL

Durante el sueño normal se producen períodos en que se presentan movimientos rápidos de los ojos sin actividad muscular corporal, o sea sin movimientos del resto del cuerpo. Estos períodos se llaman MOR (movimientos oculares rápidos), conocido en inglés como REM (“rapid eye movement”). También existen otros períodos donde los ojos no se mueven y el cuerpo sí, estos períodos se llaman sueño no-REM o no-MOR.

El sueño no-REM tiene cuatro fases, en la fase más profunda se cree es cuando la persona se recupera del cansancio, si se registra la actividad cerebral por EEG durante esta fase 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 y es seguido por un período de sueño REM. Durante la noche ocurren al menos 4 de estos ciclos no-REM + REM en intervalos de 90 minutos. Durante la noche los períodos REM son cada vez más prolongados. Las siestas durante el día con sueño delta 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.

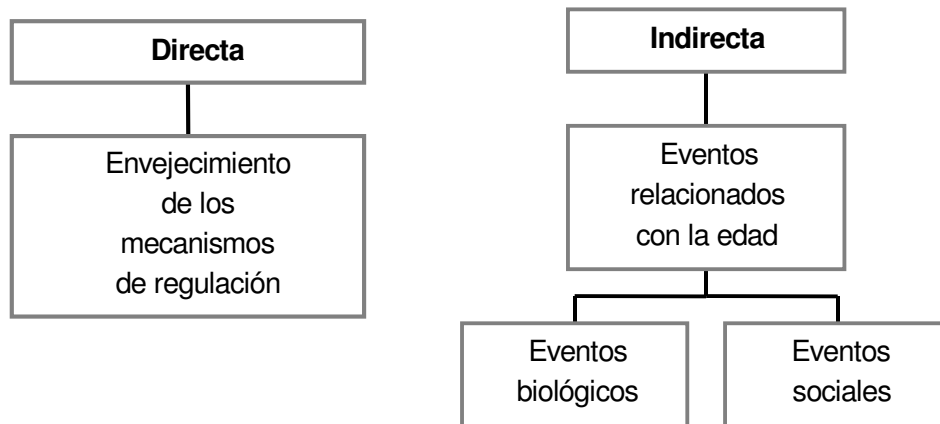
2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- FACTORES DE RIESGO

CAMBIOS DEL SUEÑO POR LA EDAD

El proceso de envejecimiento puede influenciar el sueño, ya sea directa e indirectamente. Las influencias directas son las relacionadas con el sistema nervioso y los mecanismos fisiológicos: (Diagrama 22.1)

DIAGRAMA 22.1.



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 estado 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.

CAMBIOS EN EL SUEÑO AL ENVEJECER

- Tiempo total de sueño durante la noche: disminuye (debido al constante despertar).
- Siestas diurnas: aumentan.
- Eficiencia del sueño (relación tiempo dormido - tiempo en cama): disminuye.
- Despertares nocturnos: aumentan.
- Latencia del sueño (tiempo requerido para dormirse): aumenta.
- Latencia REM (tiempo hasta el primer período REM): disminuye.
- Sueño de ondas delta: disminuye.

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 cuando el paciente requiere valoración especializada por su problema.

INSOMNIO

En el adulto mayor el Insomnio por lo general está asociado a problemas médicos o psiquiátricos (Depresión, Ansiedad), al uso de sustancias estimulantes y a la presencia de estrés psicológico.

Los malos hábitos del sueño 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 Cardíaca, la Bronquitis Crónica y/o Enfisema Pulmonar (el paciente se despierta por disnea nocturna o sufre de apnea del sueño). La Diabetes Mellitus descompensada también podría ser causal 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. El alcohol, la cafeína y las bebidas gaseosas también interfieren con el desarrollo normal del sueño. Los diuréticos si se dan en la noche pueden provocar excesiva nicturia que impide un sueño adecuado.

2.3.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

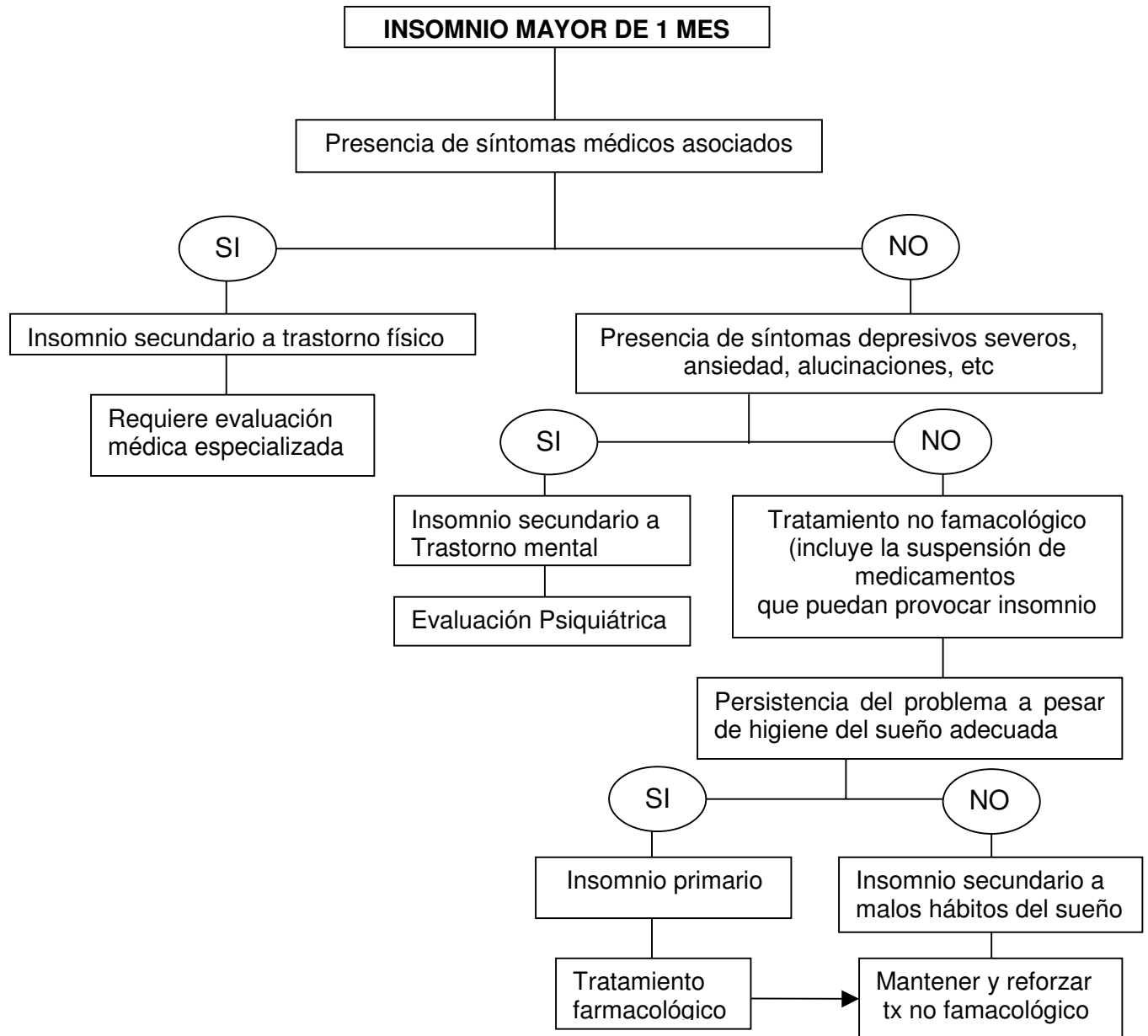
Debe recogerse una historia detallada de los patrones de sueño e investigar en busca de causas médicas o psiquiátricas para el trastorno. (Diagrama 22.2).

Es útil decirle al paciente que lleve un “**DIARIO DE SUEÑO**” (Tabla 22.1) durante 2 semanas donde anote lo relacionado con su forma de dormir:

TABLA 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 y con que toma siestas			
Tiempo y frecuencia con que se 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 geriátrica (incluyendo evaluación del estado mental) debe ser recogida, 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.

Ciertos síntomas médicos pueden interferir tanto con el sueño y su presencia, como la causa de Insomnio amerita que el paciente sea referido 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

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.

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 coitales). Para esto existen ciertas recomendaciones:

- Tener un horario fijo para acostarse y levantarse, aún durante los 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.
- Evita siestas diurnas excesivas.

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 medicamentoso. 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 benzodiacepinas 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, sin embargo, por su efecto anticolinérgico pueden causar confusión en el adulto mayor.

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.

5.- BIBLIOGRAFÍA

Gorbien MJ. When your older patient can't sleep: how to put insomnia to rest. *Geriatrics* 1993; 48(9):65-75.

Morewitz JH. Evaluation of excessive daytime sleepiness in the elderly. *J Am Geriatrics Soc* 1988; 36:324-330.

NIH Consensus Development Conference. The treatment of sleep disorders of older people. Vol. 8, No. 3, March 1990.

Prinz PN, Vitiello MV, Raskind MA, Thorphy MJ. Sleep disorders and aging. *New Engl J Med* 1990; 520-526.

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.

Pérdida de Peso

**Batería de instrumentos para
la evaluación y tratamiento**

23

OBJETIVOS

1. Reconocer cuando la pérdida de peso es clínicamente significativa.
2. Identificar las causas más frecuentes de baja ponderal en el adulto mayor.
3. Aplicar un protocolo de evaluación para el diagnóstico.
4. Aplicar un protocolo de evaluación para decidir el tratamiento.
5. Reconocer precozmente a los sujetos en riesgo de perder peso.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La pérdida de peso mayor del 5% del peso corporal en 6 meses es clínicamente significativa. La pérdida de peso en sí misma no causa problemas de salud. Pero hace que las personas mayores sean más vulnerables a la Desnutrición.

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 magra.
- Adelgazamiento del tejido conjuntivo.

El problema es importante porque:

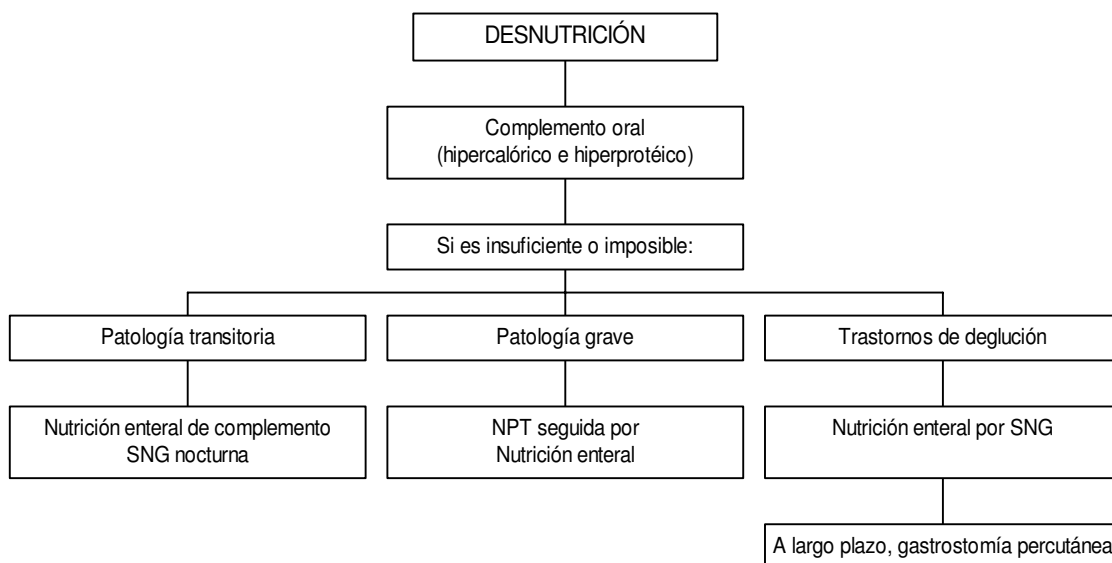
- Es frecuente.
- Suele ser multifactorial.
- Participan factores psicosociales.
- Tiene efectos deletéreos inespecíficos.
- Tiene gran repercusión funcional.
- Suele haber grandes dificultades para la recuperación ponderal.

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 en base a cambios en la talla, de la vestimenta o el aspecto físico y siempre que sea posible, estableciendo comparaciones con pesos previamente registrados.

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

DIAGRAMA 23.1.



2.1.- PRINCIPALES CAUSAS

Algunas causas más probables (las D's):

D

Dolencias (enfermedad)
Depresión
Demencia
Diarrea
Disfagia
Disgeusia
Dentición
Drogas
Discapacidad

El individuo con deterioro funcional y 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 anotados.
- **¿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:**
 - La pobreza
 - La dependencia (funcional, social)
 - Un cuadro depresivo
 - La iatrogénica
- **¿ESTÁ LIGADA A ALGUNA PATOLOGÍA SOMÁTICA O PSÍQUICA 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:

TABLA 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, proteína reactiva, biometría hemática
Malabsorción o mal digestión	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 resolutiveidad

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, laxantes).
- Es necesario revisar las restricciones vigentes sobre la dieta y adaptarla a los gustos y preferencias del enfermo.
- Seguidamente, cabe considerar la indicación para el empleo de suplementos de fácil ingestión y elevada concentración calórica y protéica. Hay una gran variedad de suplementos comerciales a disposición del médico, pero generalmente de costo elevado y poco accesibles para el adulto mayor. Puede considerarse la preparación de un suplemento casero de bajo costo.
- Cabe considerar en casos específicos la indicación de fármacos estimulantes del apetito como pueden ser algunos antidepresivos en caso de Depresión asociada (maprotilina), o agentes hormonales (acetato de megestrol). En

general la indicación de estos fármacos necesita de una valoración previa en el siguiente nivel de atención.

- 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 formal. Estas intervenciones necesitan sin embargo la referencia al 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 necesaria la elaboración de una curva ponderal con registro del peso, al menos semanal.
- Para evaluar la necesidad de dar apoyo nutricional por vía enteral siempre es útil el cuantificar la ingesta cotidiana.

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 y del valor nutritivo de los distintos grupos de alimentos a su alcance, así como acerca de 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.
- Rutinariamente ha de evaluarse el estado dental del sujeto y su posible contribución estableciendo las medidas correctivas necesarias.

3.3.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUTIVIDAD

- La ausencia de una causa aparente para la baja ponderal o la falla del tratamiento frente a una causa aparente identificada, justifican la referencia.
- La identificación de una ingesta inferior a las 700 Kcal / día hace necesaria la colocación de una sonda de alimentación y por ende la referencia a un nivel superior de atención.

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 relacionada con la edad no es necesariamente igual a desnutrición.
- La pérdida de peso suele ser recuperable.

5.- BIBLIOGRAFÍA

Evanz WJ, Campbell WW. Sarcopenia and age related changes in body composition and functional capacity. J Nutr 1993, 5:465-468.

Morley JE Why do physicians fail to recognize and treat malnutrition in older persons? J Am Ger Soc 1991, 39:1139-40.

Robbins LJ. Evaluation of weight loss in the elderly. Geriatrics 1989; 44(4):31-37.

Wallace JI Involuntary weight loss in older outpatients: incidence, and clinical significance. J Am Ger Soc 1995, 43:329-333.

ANEXO
ESCALA DE PAYETTE

Cuestionario de detección de malnutrición en personas de edad dependientes a domicilio

Marque la respuesta que corresponde al estado de la persona:

LA PERSONA:

Es muy delgada	Sí	2
	No	0
Ha perdido peso en el curso del último año	Sí	1
	No	0
Sufre de artritis con repercusión en su funcionalidad global	Sí	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)	Sí	1
	No	0

LA PERSONA COME HABITUALMENTE:

Fruta o jugo de frutas	Sí	0
	No	1
Huevos, queso, mantequilla o aceite vegetal	Sí	0
	No	1
Tortilla, pan o cereal	Sí	0
	No	1
Leche (1 vaso o más de ¼ de taza en el café)	Sí	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 la nutrición
3 - 5	Moderado	Supervisión constante de la alimentación (seguimiento para informarse regularmente, aconsejar y animar)
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, 85:65:677-683, 1995.

Presentación Atípica de Infecciones

Batería de instrumentos para la evaluación y tratamiento

24

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, 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.** Conocer el abordaje diagnóstico y terapéutico inicial de las mismas.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Las infecciones tienen un gran impacto en el adulto mayor, son causas importantes de muerte y de discapacidad, además de ser una de las causas más frecuentes de hospitalización en este grupo de la 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 su diagnóstico temprano y su 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 buscarse 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, porque atribuyen la sintomatología presentada a molestias propias de la edad, por dificultad en su comunicación (pacientes con trastornos cognitivos previos, o estado confusional frecuente en 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 paciente portador de Artritis Reumatoidea que presenta una Artritis Séptica sobre agregada; Incontinencia Urinaria como factor predisponente y agravante de infecciones urinarias, estreñimiento, con alteraciones en el sistema inmunológico y presencia de traslocación bacteriana.
- ALTERACIONES EN LA RESPUESTA FISIOLÓGICA, como disminución de la respuesta inmune, respuesta febril disminuida o tardía, y cambios en órganos específicos (ejemplo: cambios relacionados con la edad en la expansión y elasticidad pulmonar, los cuales empeoran con el hábito de fumar contribuyendo además a disminuir el reflejo de la tos y el declinar de las defensas del huésped).
- MEDICAMENTOS, efectos directos de medicamentos sobre los mecanismos de defensa del huésped, como por ejemplo los antiácidos (disminución del PH), corticosteroides, hipnóticos o sedantes (mayor riesgo de úlceras por estrés, broncoaspiración); además de todas las interacciones farmacológicas posibles, que aumentan en forma directa con el mayor número de medicamentos consumidos.

EJEMPLOS DE INFECCIONES 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 del país indica que entre los mayores de 65 años, el 84% de los casos presentan la forma pulmonar debido a que más de la mitad son frotis positivo (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 del tórax, normal. Al observar 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 lo habitual.

También la hemoptisis 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 extra pulmonar puede ser diagnosticada en mayor proporción, que en los grupos de edad más jóvenes.

Los paciente adultos mayores sufren también de más 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, aún a pesar de que el tratamiento específico haya sido iniciado a tiempo y con los medicamentos establecidos por las normas.

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 oftalmía).
- Déficit motor unilateral.
- Meningoencefalitis.
- Retención aguda de orina.
- Dolor torácico intenso, que imita un Infarto Agudo del Miocardio, Tromboembolismo Pulmonar o una Neumonía.

PROSTATITIS:

- Drenaje de material purulento por uretra, perine o colon.
- Retención aguda de orina.
- En formas crónicas puede presentarse asintomática con alteraciones al examen general de orina como piuria, hematuria.

ABSCESO DIVERTICULAR:

- Fístula vesical, vaginal, perine o piel.
- Neumaturia o fecaluria.
- Obstrucción intestinal parcial o completa.
- Ilio 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 frecuentes.

- Embolia: grandes arterias como la femoral, manifestaciones neurológicas, absceso cerebrales o meningitis purulenta.
- ICC en forma aguda o crónica por destrucción valvular, miocarditis, embolia arterial (IAM) o abscesos miocárdicos.
- Nefropatía.
- Aneurismas micóticos.

Además se debe recordar y mantener presente condiciones e indicaciones de quimioprofilaxis:

- Presencia de válvulas protésicas mecánicas y bioprótesis, la mayoría de las malformaciones cardíacas congénitas, fístulas pulmonares 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 retardo en su notificación, debido a disminución en la sensibilidad y disminución del dolor espontáneo.

3.4.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUTIVIDAD

En términos generales, todos los padecimientos arriba anotados necesitan ser referidos al nivel asistencial inmediato superior. 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 sub-agudo obliga a investigar un proceso infeccioso subyacente.
- El adulto mayor frágil y el adulto mayor institucionalizado son particularmente vulnerables a la presentación atípica de la infección.

5.- BIBLIOGRAFÍA

Boscia JA, Kaye D. Asymptomatic bacteriuria in the elderly. *Inf Dis Clinics North Am* 1987;1:893-905.

Cunha BA. Fever of unknown origin in the elderly. *Geriatrics* 1982;37(6):30-44.

Esposito AL, Gleckman RA. Fever of unknown origin in the elderly. *J Am Geriatrics Soc* 1978;26:498-505.

Finkelstein MS. Unusual features of infections in the aging. *Geriatrics* 1982;37(4):65-78.

Fox RA. Atypical presentation of geriatric infections. *Geriatrics* 1988;43(5):58-68.

Gleckman RA, Esposito AL. Fever of unknown origin in the elderly: diagnosis and treatment. *Geriatrics* 1986;41(3):45-52.

Gleckman R, Herbert D. Afebrile bacteremia: a phenomenon in geriatric patients. *JAMA* 1982;248:1478.

Gleckman R. Urinary tract infection in geriatric patients: a focused review. *Geriatr Nephrol Urol* 1993;3:155-160.

Kaye D. Urinary tract infections in the elderly. *Bull NY Acad Med* 1980;56:209-220

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.

Norman DC, Castle SC, Cantrell M. Infections in the nursing home. *J Am Geriatrics Soc* 1987;35:796-805.

Schneider EL. Infectious diseases in the elderly. *Ann Int Med* 1983;98:395-400

Verghese A, Berk SL. Bacterial pneumonia in the elderly. *Medicine* 1983;62:271-284.

Yoshikawa TT, Norman DC. Approach to fever and infection in the nursing home. *JAGS* 1996;44:74-82.

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.

Retención Urinaria

**Batería de instrumentos para
la evaluación y tratamiento**

25

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

OBJETIVOS

1. Conocer 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 y tiene una gran incidencia en los adultos mayores y cuando no se trata adecuadamente puede conducir hacia la falla renal irreversible.

Si bien se presenta 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 Hipertrofia Benigna de la Próstata (HBP), 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 la próstata crece a una velocidad de 0.4 grms por año. Desde la cuarta década aumenta la incidencia de HBP. Mediante estudios anatómo-patológicos se ha determinado que en el 50% de los casos entre 51-60 años presentan indicios de HBP, aumentando a un 90% a los 90 años.

La Retención Urinaria es una complicación común de la HBP. 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 el evento y la culminación de los progresivos síntomas 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 y el 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 postoperatorio en pacientes con antecedentes de uropatía obstructiva.

En los pacientes adultos mayores, otro factor muy importante son los fármacos que toman, sobre todo los fármacos con acción anticolinérgica, analgésicos narcóticos, antagonistas canales calcio, antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos, hipnóticos y relajantes musculares.

Debemos tener presente además, la posibilidad de una patología neurológica, que se agrupa en:

- Síndromes de compresión medular: aplastamientos vertebrales, hernias discales, metástasis tumorales.
- Neuropatías autonómicas: Diabetes Mellitus, Parkinson, Etilismo Crónico, estados carenciales.
- Neuropatías periféricas con afección del centro sacro de la micción: déficit vitamina B₁₂, virus 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 y esto es independiente del estado cognitivo del paciente. Se acompaña frecuentemente de hipogastralgia, agitación y ansiedad y una necesidad imperiosa de evacuar la orina.

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 interpretar el tacto rectal, pues puede confundirse el volumen prostático con la vejiga llena. No se necesitan otros métodos que 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 y 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 simple (Sonda Nélaton) o permanente (Sonda Foley). En casos de compresión intensa de la uretra posterior por la HBP, se puede utilizar una sonda semi rígida. La sonda a permanencia idealmente se utiliza a corto plazo mientras se estudia al paciente y se procede al tratamiento definitivo. No es preferible usarlo por períodos prolongados por los riesgos de infección urinaria y estenosis uretrales. Se recomienda no tratar

de obtener el vaciamiento inmediato y total de la vejiga por el riesgo de la *hematuria ex vacuo*. Esto se puede evitar pinzando la sonda cada 10 minutos con cada 100-150 ml. expulsados.

- **CISTOSTOMÍA SUPRAPÚBICA:**

Si no es posible el procedimiento anterior, se puede recurrir a la microtalla vesical, 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 asegurarse que caiga dentro de la zona desperitonizada de la vejiga.

3.3.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUTIVIDAD

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.
- Si bien las causas obstructivas son las más frecuentes, es importante tener en cuenta otras posibilidades como los fármacos.
- La Retención Urinaria es una urgencia urológica. El objetivo primordial es evacuar el contenido vesical en forma rápida y segura.

5.- BIBLIOGRAFÍA

Baldassare JS Kaye D: Special problems of urinary tract infection in the elderly. Med Clin North Am. 1991, 75:375-390.

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.

Salud Oral

**Batería de instrumentos para
la evaluación y tratamiento**

26

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

OBJETIVOS

1. Explicar la susceptibilidad de los adultos mayores a las caries dentales y enfermedad periodontal.
2. Reconocer las razones por las cuales los usuarios de prótesis dentales requieren seguimiento.
3. Reconocer 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 un 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, debido fundamentalmente a la falta, hasta la fecha, de programas preventivos y educativos, lo que se refleja en que el estado que más prevalece hoy en día 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 envejecimiento orofacial estuvo limitado a la pérdida dental hasta los años 70, desde entonces, conforme se conservan más dientes, el envejecimiento fisiológico predispone a los pacientes para desarrollar enfermedades del sistema estomatognático, como: disfagia, caries, enfermedad periodontal, 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 la placa dentobacteriana (película de bacterias adheridas al diente por cambios de pH oral para lograr la digestión de carbohidratos) produciendo una desmineralización de los dientes que es caracterizada por dolor, en la exploración clínica se observa la pigmentación de los tejidos desde una ligera translucidez, hasta el café oscuro y negro con pérdida de estructura, dependiendo del grado de afectación.

ENFERMEDAD PERIODONTAL:

El término “enfermedad periodontal” es un término genérico usado para describir un grupo de afecciones de las estructuras de soporte del diente (periodonto): raíz dentaria, ligamento y tejido óseo alveolar. 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, causa una destrucción inflamatoria de las estructuras que circundan la raíz por el acumulo de placa dentobacteriana.

Recientemente la enfermedad periodontal, en razón de la proliferación bacteriana que propicia, 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 es raro que existan programas preventivos y de diagnóstico oportuno. Esto a pesar de que, la enfermedad periodontal es un problema de salud pública.

La principal etiología de la enfermedad periodontal es la dieta baja en fibra y la falta de higiene por 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 edentes 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.

Actualmente prevalece la anodoncia total en este grupo de edad y 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 esta pérdida ósea, o por lo menos reajustar las prótesis periódicamente.

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

En pacientes con pérdida de habilidades incluyendo las cognitivas se recomienda 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 presentan prótesis dental 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.

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

La atención primaria en el paciente adulto mayor debe ser enfocada hacia la educación del cuidador y el paciente con respecto a las diferentes técnicas de control de placa dentobacteriana, 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 temporomándibular, programación de citas de acuerdo a la patología sistémica, (pacientes con cardiopatías mayor número de citas con diuréticos, citas cortas, etc.).

RECOMENDAR:

- CEPILLADO 5 veces al día, mínimo después de cada comida.(al despertar, después del desayuno, la comida, la cena y antes de acostarse).
- UTILIZACIÓN DE CEPILLO DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE CADA PACIENTE y si es necesario pasta dental.
- UTILIZACIÓN DE CEPILLOS ESPECIALES, como los cepillos interdentes, de mango ancho, cepillos eléctricos, etc., de acuerdo a las necesidades de cada paciente.
- Aditamentos especiales para EL HILO DENTAL o si es capaz de usar métodos manuales.
- USO CORRECTO DE ENJUAGUES BUCALES.

3.3.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUTIVIDAD

¿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 hacer tres veces por año, con el fin de detectar pérdida ósea y compensarla, valoración del estado protésico, y el estado de la articulación temporomándibular.

Además, si al realizar el examen físico general se encuentran los siguientes hallazgos, el paciente debe referirse al odontólogo.

- Dolor y tensión muscular en cabeza, cuello y hombros.
- Sospecha de caries.
- Encías rojas, dolorosas, sangrantes o inflamadas.
- Mal aliento.
- Movilidad dental.
- Infección en las encías y dientes. Aparición de abscesos en la encía y dolor.
- Pérdida de oclusión.
- Sangrado de cavidad oral al cepillarse o en la mucosa.
- 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.
- Pacientes prequirúrgicos con compromiso sistémico influenciado por enfermedad periodontal.
- Presencia de lesiones producidas por las prótesis, herpes labial recurrente, aftas bucales.
- Presencia de tumores o estructuras anatómicas desconocidas.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- La revisión odontológica anual es necesaria en todo adulto mayor.
- La Xerostomía suele ser corregible.
- Las prótesis dentales nunca son definitivas.

5.- BIBLIOGRAFÍA

Baum BJ. ed. Oral and dental problems in the elderly. Clin Geriatric Med 1992; 8:447-699.

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 dentulous elderly patient. J Am Geriatrics Soc 1986; 34:276-8

Gordon SR, Jahnigen DW. Oral assessment of the edentulous elderly patient. J Am Geriatrics Soc 1983; 31:797-80

Shay K, Ship JA. The importance of oral health in the older patient. JAGS 1995; 43:1414-1422.

Temblor

**Batería de instrumentos para
la evaluación y tratamiento**

27

OBJETIVOS

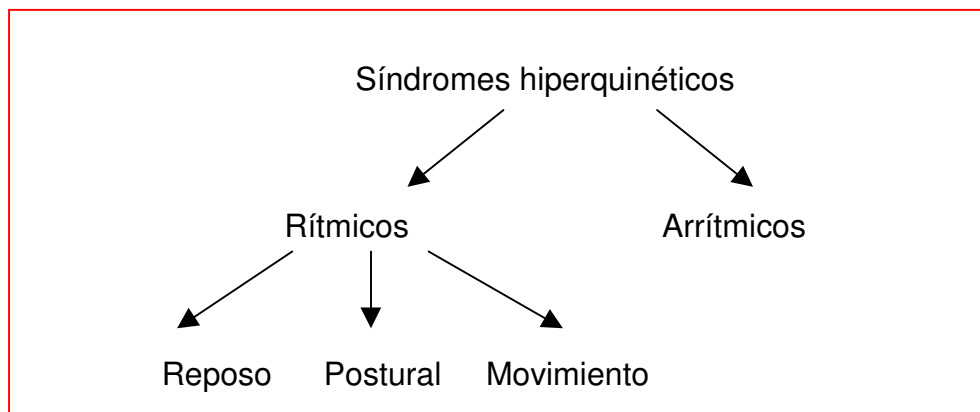
1. Reconocer los síndromes clínicos que con mayor frecuencia son causa de temblor.
2. Identificar las modalidades terapéuticas al alcance del médico general.
3. Reconocer las indicaciones que deben utilizarse como referencia por el especialista.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Usualmente el temblor traduce una condición patológica, con excepción del temblor fisiológico. Es un problema común en el adulto mayor y suele ser susceptible de tratamiento. El temblor es definido como una oscilación mecánica, rítmica e involuntaria de una parte del cuerpo. Esta 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 incapacidad funcional, o por ser clínicamente manifiesto, 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 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 o por cualquier tipo de movimiento)
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 (Tabla 27.1). Los métodos de laboratorio no suelen ser de gran utilidad.

TABLA 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, postura, 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 merece, 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 invalidante. Típicamente la severidad progresaría 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 bradikinesia. 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 involuntario. 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 pre-existente o hacer manifiesto un problema subclínico y ser éste el motivo del abandono de la terapia.

La importancia de este tópico es trascendental en la práctica clínica debido a la iatrogenia, que llamamos efecto colateral cuando el beneficio supera al costo. En el caso del adulto mayor toma una relevancia mayor debido a sus cambios fisiológicos y a la aparición de otras enfermedades.

En la Tabla 27.2 aparece una relación de drogas con afectación del sistema transmisor.

TABLA 27.2. RELACIÓN DE DROGAS CON AFECCIÓN DEL SISTEMA TRANSMISOR

Sistema transmisor afectado	Drogas
Colinérgico central	Acetilcolina, agonistas muscarínicos y nicotínicos, anticolinesterasas
Monoaminérgico central	Neurolépticos, feniletilaminas, índoles
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 uso son patologías más prevalentes en el adulto mayor (Insuficiencia Cardíaca, Bloqueo AV, Asma, etc.) y que por cambios en la farmacodinamia de los beta bloqueadores, suelen requerirse dosis bajas de propanolol (de 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: nuevas drogas, ansiedad, y su identificación y corrección disminuiría 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 un combinado de drogas consistente en 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 del adulto mayor. La respuesta del temblor es de lejos la más variable 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 intención sino en los casos donde predomina el temblor y con especial cuidado en evitar los efectos secundarios anticolinérgicos que aparecen al incrementar la dosis. La amantadina podría favorecer a algunos casos, si bien puede provocar confusión mental.

3.2.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUTIVIDAD

En general ante el diagnóstico de éste padecimiento, se recomienda referir el caso al siguiente nivel de atención para su completa evaluación y diagnóstico diferencial antes del inicio del tratamiento.

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.- BIBLIOGRAFÍA

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.

Greer M. Recent developments in the treatment of Parkinson's Disease. Geriatrics 1985; 40(2):34-4.

Jankovic J, Fahn S. Physiologic and pathologic tremors: diagnosis, mechanisms, and management. Ann Int Med 1980; 93:460-465.

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. Extrapyrarnidal syndromes in the elderly: diagnosis and management. Geriatrics 1989; 44(2):47-54.

Trastornos de la Memoria

**Batería de instrumentos para
la evaluación y tratamiento**

28

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, 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 en su manejo.
- 4.** Describir de que 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 Demencia es un síndrome caracterizado por la presencia de un deterioro adquirido de la memoria y de otras áreas de la actividad cognitiva (al menos una). Estos trastornos deben ser lo suficientemente importantes como para limitar la actividad social, laboral y/o ocupacional del individuo. Es importante que el diagnóstico de estos trastornos se produzca fuera de un Síndrome Confusional Agudo. El Síndrome Demencial puede ser causado por muchas enfermedades.

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 entre 20 y 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.

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, pero 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 los familiares que le acompañan, quienes hagan 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 Lewi difusos.

Existen otras causas de Demencia que aunque son menos frecuentes no son menos importantes (Tabla 28.1), ya que algunas como el hematoma subdural, los déficit vitamínicos, el hipotiroidismo, la hidrocefalia normotensa y otras son tratables e incluso curables cuando se identifican precozmente. En la evaluación de todo paciente con Demencia debe hacerse una pesquisa exhaustiva de estas causas.

TABLA 28.1. OTRAS CAUSAS SECUNDARIAS DE SÍNDROME DEMENCIAL

Hidrocefalia Normotensa	Enfermedad de Parkinson
Hematoma Subdural	Enfermedad de Huntington
Alcoholismo	Encefalitis límbica
Encefalopatías Metabólicas • Hiponatremia • Hipoglicemia • Anoxia • Hipotiroidismo • Hiperparatiroidismo • Hipercalcemia • Hipocalcemia • Encefalopatía hepática	Infecciones del Sistema Nervioso • Sífilis • Tuberculosis • Torulosis • Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob • Leucoencefalopatía • Multifocal Progresiva • SIDA
Déficit de Vitaminas • B₁ • B₁₂ • Folato • Niacina	Tumores • Meningiomas • Gliomas • Metástasis
Encefalopatías por drogas • Antipsicóticos • Sedantes / hipnóticos • Antiepilépticos	

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 examen 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 los trastornos del estado de alerta, el lenguaje, la comunicación y las 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 (Delirium)
- 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 mismo 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.
- El diagnóstico del Síndrome Demencial tiene dificultades que deben ser tomados en cuenta:

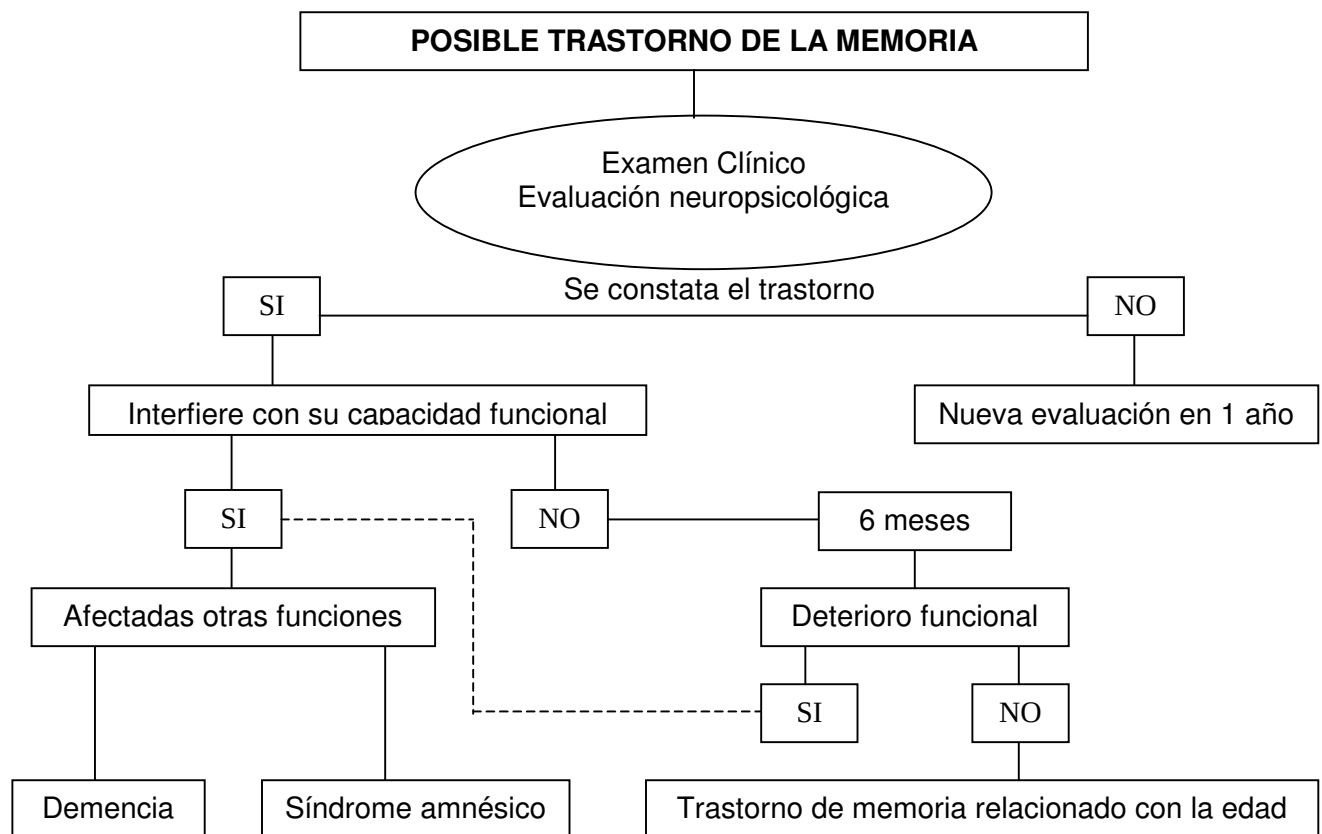
EXISTEN SUJETOS EN QUIENES EL TRASTORNO DE LA MEMORIA ES MUY LIGERO:

- Puede que estemos asistiendo a un sujeto en los estadios iniciales de una Demencia.
- Puede que sea un trastorno de la memoria relacionados 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 con 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 duración entre 7 y 12 años.
- 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 y 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 Lewi Difusos 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 delirio alucinatorio.
- 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

- Conteo sanguíneo completo
- Hemoquímica completa
- Examen general de orina
- Serología (lúes, SIDA)
- Radiografía de Tórax
- Electrocardiograma
- Determinación de B₁₂ y Folato
- Determinación de hormonas tiroideas
- Tomografía 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 Difusos carecen hasta el momento de tratamiento específico. (Tabla 28.2)

TABLA 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 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 debe establecerse varias medidas para asegurar el bienestar del paciente: (Tabla 28.3).

TABLA 28.3. EL ROL DEL PROVEDOR PRIMARIO DE SALUD EN EL CUIDADO DEL ENFERMO CON DEMENCIA

En etapas tempranas	En etapas avanzadas
• Discutir el diagnóstico con el paciente y sus cuidadores. • Eliminar 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 Alzheimer local. • Discutir la pertinencia de la evaluación genética de los familiares. • Dar tratamiento sintomático para el déficit cognoscitivo.	• 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. parar con el paciente las directrices anticipadas con respecto a lo que habrá de ser su cuidado terminal.

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

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 puede 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 y aunque esto no está claramente demostrado, estimular que los adultos mayores mantengan su mente activa pudiera ser una medida profiláctica de utilidad y 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 donde se brinden cuidados cotidianos y donde un grupo de profesionales estimule la realización de actividades mentales y físicas, lo cual 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 RESOLUTIVIDAD

- 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 apoyo de los familiares mejoran indiscutiblemente la calidad de vida de los pacientes.

5.- BIBLIOGRAFÍA

Adams RD, Victor M, Ropper A: Principles of Neurology. Sixth Edition, Mc Graw-Hill, 1997.

Cacabelos R: Enfermedad de Alzheimer. JR Prous Editores, Barcelona, 1997.

Reuben DV, Yoshikawa TT, Besdine RW: Geriatrics Review Syllabus. Third Edition. American Geriatric Society. New York. 1996

ANEXO
EVALUACIÓN COGNITIVA (MMSE) MODIFICADO

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

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

9 7 5 3 1

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**

Respuesta
Paciente

Respuesta
correcta

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 _____

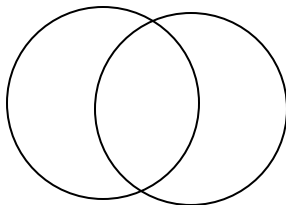
Mesa _____

Avión _____

Total: _____

6. Por favor copie este dibujo:

Muestre al entrevistado el dibujo con los círculos que se cruzan. La acción está correcta si los círculos no se cruzan más de la mitad.



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:

Úlceras por Presión

Batería de instrumentos para
la evaluación y tratamiento

29

OBJETIVOS

- 1.** Identificar los factores de riesgo que contribuyen en 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 deriva de 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 escoriamento 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,
- hipoproteïnemia,
- 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 el tratamiento. Es importante evaluar la salud física del paciente, las

complicaciones, la evaluación nutricional, del dolor y su tratamiento, así como los aspectos psicosociales.

La evaluación del riesgo de aparición de la úlcera debe ser constante. La evaluación identifica:

- su localización,
- fase,
- tamaño,
- tractos sinusales,
- túneles,
- tejidos necróticos,
- presencia o ausencia del tejido de granulación y epitelización.

Una de las escalas para la evaluación más utilizada e importante es la de Braden.

Un problema con esta escala es que considera 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 (Tabla 29.1), sin embargo, la clasificación que se presenta en la tabla siguiente 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.

TABLA 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 individuos con la piel, el calor, el edema o el endurecimiento también pueden ser indicadores.	Es una pérdida parcial de piel comprometiendo la epidermis, la dermis o ambas. La úlcera es superficial y se presenta como una abrasión, una burbuja o un cráter.	Es una pérdida de piel en su espesura total, comprometiendo daños o una necrosis del tejido subcutáneo que se puede profundizar sin llegar hasta la fascia. La úlcera se presenta clínicamente como un cráter profundo.	Es una pérdida de piel en toda su espesura con una extensa distribución, necrosis de los tejidos o daños en los músculos, huesos o estructuras de soporte como tendones o cápsulas de las coyunturas.

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 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 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 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, 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. Tal vez, el mejor con relación a utilidad / costo sean los colchones de hule espuma que presentan forma de cartón de huevos. Este se coloca 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 a 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 irritarla (no puede quedar reseca o irritada y tampoco 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, 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 sinnúmero de materiales de oclusión, tal vez lo mejor sean las gasas humedecidas en solución fisiológica.

**Las gasas deben ser cambiadas con suficiente frecuencia,
como para no permitir que estas 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, 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. El autolítico envuelve el uso de 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.

Este debe ser retirado mediante lavados ligeros únicamente con solución fisiológica, en ocasiones, es necesario realizar 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 y esto no requiere de tratamiento antibiótico. Cuando una úlcera no presenta una evolución satisfactoria, una posibilidad es que se encuentre infectada.

3.2.- ATENCIÓN A LOS CUIDADORES

El trabajo con los cuidadores tanto formales como informales, debe ser estrecho insistiendo en los aspectos educativos. Los aspectos de prevención en los pacientes de riesgo deben ser prioritarios, evitar la úlcera además de evitarle sufrimientos al paciente, evita un nivel de sobrecarga mayor sobre los cuidadores.

La cooperación de los cuidadores en el seguimiento de las úlceras y para evitar las complicaciones de las mismas es fundamental.

3.3.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUTIVIDAD

- Todos los pacientes con úlceras grado III y IV deben ser remitidos a un especialista.
- Cuando la úlcera no evoluciona adecuadamente.
- Cuando existe sospecha de infección.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- Disminuir la presión es crítico, tanto para la prevención, como para el tratamiento de estas úlceras.
- Son el indicador de una enfermedad importante de base.
- Un solo día de manejo inadecuado es suficiente para provocar la aparición de úlceras.
- El tratamiento debe ser adecuado para cada persona, su condición física, psicosocial y ambiental.

5.- BIBLIOGRAFÍA

Allman RM. Pressure ulcers among the elderly. New Engl J Med 1989; 320:850-853.

Goldberg TH. The aging patient: managing decubitus ulcers. Hospital Therapy 1987(Dec.); 12(12):67-76.

Patterson JA, Bennett RG. Prevention and treatment of pressure sores. JAGS 1995; 43:919-927.

Reuler JB, Cooney TG. The pressure sore: pathology, pathophysiology and principles of management. Ann Int Med 1981; 94:661-666.

Thomas DR, Allman RM. Pressure ulcers (symposium). Clin Geriatr Med 1997; 13(3):421-611.

ANEXO

ESCALA DE BRADEN (1988)

PERCEPCIÓN SENSORIAL	1. Completamente limitada. Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose, o agarrándose) o el paciente tiene capacidad limitada de sentir dolor en la mayor parte de su cuerpo.	2. Muy limitada. Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación, o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.	3. Ligeramente limitada Reaccione ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición, o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.	4. Sin limitaciones Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	1. Constantemente húmeda La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por: sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.	2. A menudo húmeda La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.	3. Ocasionalmente húmeda La piel está ocasionalmente húmeda, requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.	4. Raramente húmeda La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.
ACTIVIDAD	1. Encamado/a Paciente constantemente encamado/a.	2. En silla Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.	3. Deambula ocasionalmente Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en una silla.	4. Deambula frecuentemente Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.