

**Enrique de Mestral
y colaboradores**

MANUAL DE GERIATRÍA

Editorial de la Facultad de Ciencias Médicas - EFACIM

Universidad Nacional de Asunción

Paraguay - 2008

Reconocimientos

A los colaboradores de este trabajo.

A los colegas geriatras latinoamericanos.

A nuestros pacientes.

A la Sociedad Paraguaya de Gerontología y Geriatria.

A la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna.

A la Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar.

A la Asociación de Estudios Bioéticos.

A Gilda, Nathalie, Géraldine y Nicolas, personas que el Señor me encomendó.

AUTORES

Prof. Dr. Enrique de Mestral

Doctorado en la Universidad de Lausanne, Suiza
Profesor de Medicina, FCM – UNA
Diplomado en Bioética, Pontificia Universidad Católica de Chile
Especialista en Geriatría y Medicina Familiar, FCM - UNA

Prof. Dr. Castor Samaniego

Magíster en Ciencias de la Educación, UNA
Especialista en Cirugía General, UNA
Profesor Titular de la Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica, FCM – UNA
Profesor Titular de la Cátedra de Patología Quirúrgica II, FCM – UNA

Prof. Dr. Luis Carlo Estigarribia

Profesor Titular de la Cátedra y Servicio de Neumología (UNA)
Profesor Agregado Cátedra de Neumología (UCV)
Especialista en Geriatría

Prof. Dra. Cristina Jiménez

Profesora adjunta de Semiología Médica, FCM – UNA

Dra. Elena de Mestral de Giménez

Especialista en Geriatría y Cuidados Paliativos
Docente de la Cátedra de Bioética FCM – UNA

Dr. Andrés Szwako

Especialista en Medicina Familiar
Docente del Departamento de Medicina Familiar FCM – UNA

Dra. Miriam Riveros Ríos

Especialista en Medicina Familiar
Docente del Departamento de Medicina Familiar FCM – UNA

Dra. Gilda Benitez

Especialista en Endocrinología
Docente de la Cátedra de Semiología médica FCM – UNA

Lic. Elizabeth Biss de Krauch

Nutricionista.
Docente de Nutrición y Dietoterapia.
Directora de la Carrera de Nutrición de la Universidad de Norte.
Docente de Nutrición y Dietoterapia en la Universidad Católica.

El Manual seguirá el contenido básico de Medicina Geriátrica según directivas de la Asociación Internacional de Gerontología y Geriatria IAG.

- 1- Demostrar conocimiento de la demografía, especialmente de la transición demográfica / epidemiológica.
- 2- Demostrar actitudes positivas hacia el envejecimiento, pronunciándose contra los estereotipos negativos.
- 3- Abrazar una perspectiva holística, comprendiendo a las personas de más edad que tienen una rica historia atrás, y abarcar los acontecimientos del curso de sus vidas como la raíz de la mayoría de sus condiciones actuales de salud.
- 4- Comprender la biología del envejecimiento que debe correlacionarse con la manifestación clínica de enfermedad en los individuos más añosos. Un paciente mayor que manifieste signos y síntomas de enfermedad los presenta porque está enfermo y no porque esté viejo.
- 5- Reconocer el rol de los factores de riesgos psico social, como: vivir solos, problemas económicos y falta de apoyo social en la salud de los adultos mayores.
- 6- Demostrar suficientes conocimientos de la psicología del envejecimiento para comprender los conceptos, tales como: el desconocimiento, la fragilidad y la pérdida de la reserva funcional.
- 7- Comprender que la complejidad de los pacientes mayores exige una evaluación multidimensional y que en un enfoque multidisciplinario puede alcanzar mejores resultados.
- 8- Reconocer la prevención y la rehabilitación como el principal compromiso de la medicina geriátrica.
- 9- Para atender a sujetos ancianos puede ser apropiado utilizar una lista de problemas.
- 10- Demostrar suficiente conocimiento de la farmacología para comprender los principios de la prescripción médica de las personas de edad, prestando especial atención a los efectos adversos. Considerar la suspensión de un medicamento es tan importante como recetar uno.
- 11- Abordar y manejar los grandes síndromes geriátricos, como: las caídas, la incontinencia y el deterioro cognitivo, así como afecciones de alta prevalencia, como: la depresión, la hipotensión ortostática y la presentación sutil de enfermedades en pacientes mayores.
- 12- Reconocer los aspectos claramente diferenciables del abuso y la violencia en ancianos, así como otros asuntos éticos, incluyendo la atención del final de la vida.

I. TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

En nuestro país, los adultos mayores constituyen actualmente el 7 % de la población, porcentaje que irá incrementándose hasta alcanzar el 12 % en el año 2025 y 16 % en el 2050. Es una franja etaria desprotegida, con las diversas pérdidas (salud, coetáneos, poder, prestigio, abandono por los suyos), con dependencia económica en la mayoría de los casos.

De esta población, sólo el 20 % a su vez recibe un aporte jubilatorio. El resto es dependiente de alguna actividad laboral, sus descendientes o de la caridad pública.

El 26,6 % de los adultos mayores es analfabeto. El 57 % reside en área urbana; el 60 %, en Asunción y Departamento Central; y el 42,8 %, en área rural. Uno de cada 4 hogares paraguayos cuenta con presencia de al menos un adulto mayor. Alrededor de 15.000 personas por año cumplen 60 años.¹

Para la atención de la población mayor, el médico debe adquirir conocimientos, destrezas y actitudes para la gerencia de la salud de individuos más viejos, con múltiples patologías, frecuentemente con enfermedades neuro-psicológicas (depresión, demencia y Parkinson), en uso de varios fármacos, frágiles y con varios grados de incapacidad.

La geriatría es una rama de la medicina que se ocupa de las enfermedades de las personas de edad avanzada, su tratamiento y su prevención. Es una especialidad médica de atención global de la salud del anciano, enfocada en el envejecimiento humano, con actuación en la promoción de la salud, en la prevención y tratamiento de las enfermedades, rehabilitación funcional y en los cuidados paliativos que están envueltos en ese proceso. Está particularmente relacionada con la clínica médica, la farmacología, la reumatología, la psiquiatría, la reeducación funcional y la contención social de las personas de edad.

Luego de la evaluación global, identificando riesgos, dolencias, complicaciones y su impacto en el paciente y sus cuidadores, el médico geriatra organiza el tratamiento seleccionado teniendo en

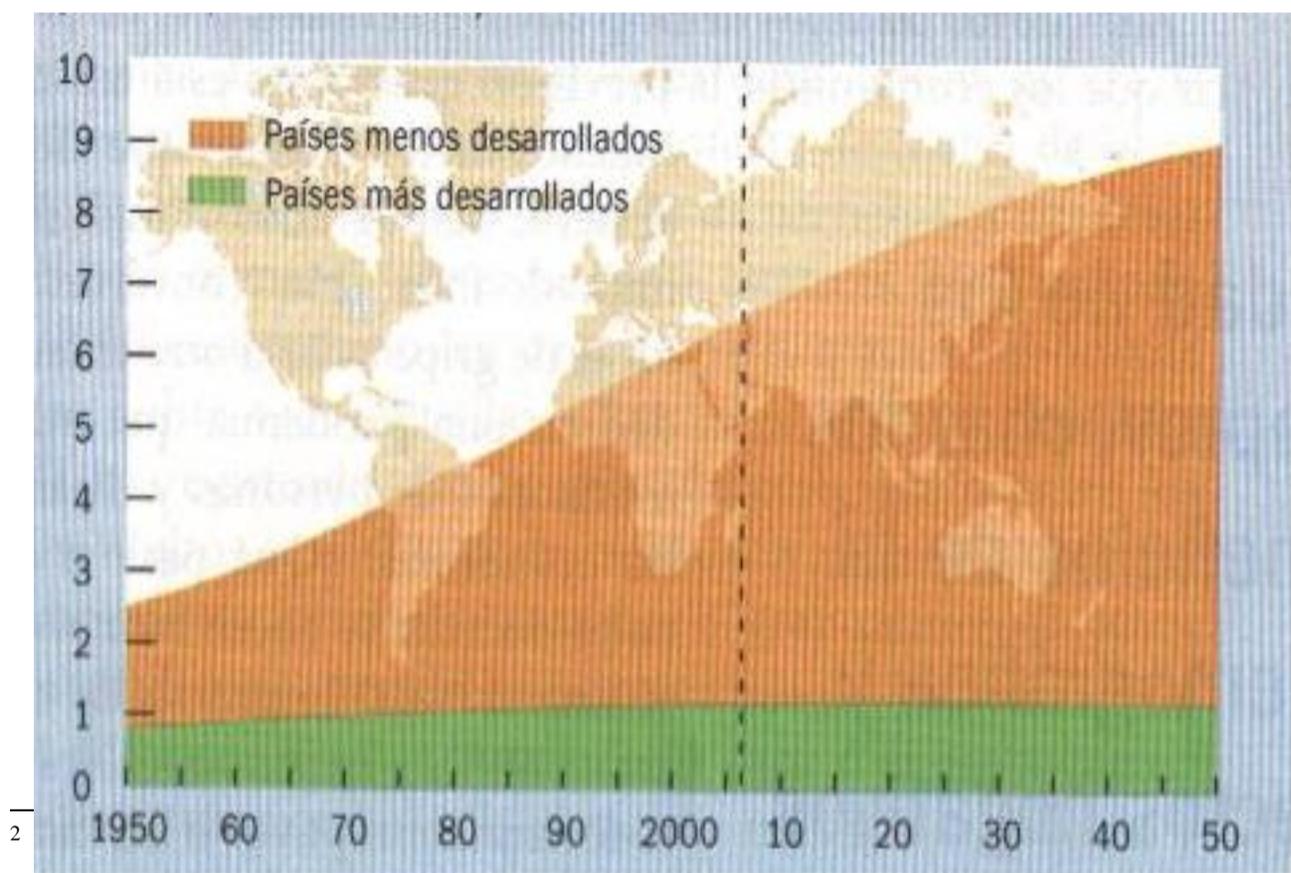
¹ Roberto Cino, Master en Gerontología, III Congreso Paraguayo de Gerontología y Geriatría, 2007

consideración las prioridades, las imitaciones del paciente añoso. A través de un trabajo en equipo multidisciplinario, rehabilita, optimiza y organiza el cuidado.²

El número creciente de adultos mayores (AM) es el resultado del avance de la ciencia, de las medidas higiénicas, como el agua potable, el tratamiento eficaz de las afecciones que van apareciendo a lo largo de la vida, la prevención de enfermedades cardiovasculares, infecciosas con las inmunizaciones, la detección de los tumores y en los países desarrollados los trasplantes de órganos, el acceso a la diálisis, a las cirugías complejas del árbol circulatorio.

En realidad, hubo dos grandes victorias: evitar la muerte prematura y el aumento de la esperanza de vida. Esta última creció desde 1950 en un 54 % en América Latina, del 29 % en África y del 16 % en Europa.³ Parecería ser que el crecimiento de la población mundial se debe más a la disminución de la mortalidad (suero oral, antibióticos, agua potable, servicios sanitarios) que al aumento de la natalidad.

Vemos en la gráfica ⁴ la evolución de la población mundial en el último siglo (en miles de millones), desde la finalización de la II Guerra Mundial. El aumento de la población añosa será desproporcionadamente mayor en los países en desarrollo que constituyen 4/5 de la humanidad.



Geografía, 2007

³ Development in an Ageing World, NY, UN, 2007

⁴ Finanzas y Desarrollo. Set. 2006. <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2007/12/index.htm>

El envejecimiento de la población mundial es un hecho y la gran mayoría de los envejecidos estarán en los países en desarrollo.

El acceso a los servicios de salud es muy distinto en los países en desarrollo, que comprenden el 82 % de la población mundial, en contraposición a los países desarrollados, que tienen el 18 % restante.

El Paraguay puede considerarse un país promedio pues el IDH (índice de desarrollo humano) está en el lugar 90 de unos 160 países. Este IDH incluye varios parámetros como el nivel de alfabetización, el acceso a los servicios educacionales y de la salud, el producto interno bruto entre otros.

Causas de muerte.

La tasa bruta de mortalidad estimada para el período 1995-2000 fue de 5,4 muertes por mil habitantes y para 2002 fue de 3,7 por mil. Se estima que ocurren alrededor de 28 mil muertes anuales. Los adultos mayores constituyen el 57 % de las defunciones.

De las muertes con causa definida, 27,8% fue debido a enfermedades del sistema circulatorio, 17,6% a tumores, y 14,1% a causas externas.⁵

Motivos de consulta. Hipertensión, infecciones respiratorias agudas, anemia, accidentes.⁶

II. ESTEREOTIPOS NEGATIVOS

Los países desarrollados, que constituyen el 18 % de la población mundial, primero fueron ricos y luego viejos. En el tercer mundo, se están poniendo viejos antes de ser ricos.

A la geriatría le cuesta entrar entre las especialidades de moda o prioritarias, tiene poco prestigio y esto refleja como la sociedad considera a la atención del anciano. Los médicos prefieren salvar vidas, realizar procedimientos bien remunerados, antes que atender a discapacitados.

⁵ OPS. Indicadores básicos de salud. http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_600.htm

⁶ Health in the Americas 1998, Vol. II. <http://www.paho.org/spanish/sha/prflpar.htm>

En nuestra época post moderna existe un culto a la juventud, a la belleza, al vigor. Y en consecuencia, un rechazo a la declinación, a las limitaciones. Esta cultura tilda a los mayores de feos, inútiles, costosos, dependientes, debilitados. Todo ello tiende a soluciones que desembocan en la tentación de la eutanasia. Es función de la civilización la protección de los vulnerables (no nacidos, débiles, inválidos, ancianos).

Existen mitos como la no productividad, el desentendimiento social, la dependencia, la inflexibilidad, la senilidad, la serenidad final. Una discriminación como el « agisme »: aversión que tienen los jóvenes y adultos hacia los ancianos, a la enfermedad, a la incapacidad, a la inutilidad, es una violencia de la sociedad hacia los mayores.

Las depresiones son subestimadas, subdiagnosticadas, y por consiguiente, subtratadas. Las enfermedades somáticas no dejan ver el trasfondo depresivo. La depresión coexiste con enfermedades crónicas e incapacitantes. El mismo adulto mayor da más importancia a las quejas somáticas. La coexistencia con demencia puede enmascararla. Los profesionales pueden interpretar que el estado anímico es debido a las pérdidas y a los duelos tan frecuentes a esa edad. Estas creencias minimizan los síntomas y los privan de tratamientos adecuados.⁷

La post modernidad, una desorientación moral de la sociedad, es una ideología de inestabilidad, escuela pragmática y utilitarista que no admite la contrariedad. No le da sentido al sufrimiento ni a la muerte.⁸

Engelhardt por ejemplo, propone no plantearse conflictos morales, pues a lo más que se puede llegar es a un consenso moral entre “extraños morales”, y sugiere el aborto en las violadas para salvaguardar la dignidad, y el suicidio asistido o la eutanasia para los que sufren al final de la vida.⁹

Peter Singer quiere controlar su propia muerte al no tener ya la vida sentido alguno, valoriza únicamente a los individuos auto concientes.¹⁰

⁷ Ch.H. Rapin, Geriatra del Hospital Universitario de Ginebra (Suiza). Estrategias para una vejez exitosa

⁸ XXII Conferencia Internacional “La pastoral en la atención del anciano enfermo”. Vaticano. Noviembre 2007.

⁹ Engelhardt HT. Los fundamentos de la bioética. Buenos Aires: Paídos Ibérica (Ed). 1995:36

¹⁰ Singer P. Animal liberation. 1990.

No en balde hace 3000 años Moisés incluye el 4to mandamiento: “Honrarás a tu padre y a tu madre”, una orden moral de amar hacia atrás, a contravida. Aristóteles decía: “el amor paterno es más perfecto que el amor filial”. Cuesta amar hacia atrás.

Es casi imposible dejar la vida sin pérdidas, pero en estas circunstancias lo que desean los ancianos es que se los cuide, se los proteja, que se les alivie el dolor, que no se los desprecie.

Cuando una cultura no puede ofrecer una respuesta al dolor o al sufrimiento, está destinada a declinar. Hay actitudes muy expandidas en la sociedad post moderna como por ejemplo: al anciano lo ignoramos, a los embriones los eliminamos.

El anciano enfermo puede encontrarse en situación de domicilio, familia, asilo, hospital y acusar problemas físicos, sociales y hasta espirituales.

Una sociedad muestra su desarrollo humano en el modo en que se atiende a los vulnerables, constituyendo los adultos mayores una parte de ellos. La introducción del contenido de la Gerontología y Geriatria dentro del curriculum de la Medicina Familiar constituiría un gran adelanto en la enseñanza de la medicina en la Facultad de Ciencias Médicas de la U.N.A.

III. PERSPECTIVA HOLÍSTICA

La disolución del núcleo familiar ancestral es una fuente de aislamiento; la explosión tecnológica, una fuente de conflictos éticos. La Tercera edad se caracteriza por constituirse de adultos mayores pero sin grandes inconvenientes. La Cuarta edad ya son adultos mayores con disminución de la autonomía.

Podríamos definir a la vejez como una situación existencial de crisis, resultado de un conflicto íntimo, experimentado por el individuo entre su aspiración natural al crecimiento y la decadencia biológica y social consecutiva al avance de los años. La senectud es pues un juego dinámico entre estos dos polos vivenciales. Es bien sabido que una crisis bien resuelta es un factor de crecimiento.

Unos ven solamente los achaques y otros quieren idealizar a la vejez como el más alto logro evolutivo, la cima del crecimiento, la edad de la sabiduría, serenidad y prudencia.

Puede haber una pérdida de autonomía, dependencia física o económica, deterioro intelectual progresivo, situaciones que son vividas por las personas de edad como experiencias muy desvalorizantes.

El anciano ya no puede ejercer las influencias de antes, ni intervenir profesionalmente de manera muy activa en la sociedad. Es por todas estas razones por las cuales es necesario dar paso a otro desarrollo interior. En el tiempo en que el sujeto vivía proyectado hacia los asuntos o el trabajo, puede volver sobre sí y acabar de hacerse antes de acabar de existir.

No hay que olvidar que, la relación del anciano con el tiempo tiene sus peculiaridades diferenciales con respecto a otras edades. La mirada al pasado puede hacerse muy extensa, mientras que el futuro se reduce e impone su horizonte real e ineludible que es la muerte.

La forma más extendida de concebir y experimentar la vejez es como una irremediable decadencia (biológica, psicológica y social) y el anuncio de una muerte cercana.

ACONTECIMIENTOS DE LA VIDA COMO RAÍZ DE LAS CONDICIONES DE SALUD

Las poblaciones con estilos de vida sumamente saludables (pocas enfermedades infecciosas, sin tabaquismo, sin alcoholismo, sin obesidad, con dieta sana y ejercicios) podrían tener una esperanza de vida entre 95 y 100 años; no así en los países con escasa educación, sin agua potable, mala nutrición (tanto de las embarazadas como de los niños en sus primeros años) y escaso acceso a los servicios de salud.

El capital de salud con el que se nace por herencia y los hábitos saludables practicados a lo largo de la vida pueden ir incrementándose o disminuyendo según el estilo de vida adoptado.

Es importante recordar que la historia personal influye más que la biología en sí.

IV. BIOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento, desde el punto de vista biológico, se caracteriza por una disminución progresiva de la “homeostasis” y el incremento de la vulnerabilidad. 9

Es un proceso de disminución de las reservas funcionales que pueden estar causadas de modo fisiológico, por patologías, por factores ambientales y por las pérdidas (energía, memoria,

movilidad). No deja de ser un concepto relativo y depende del entorno social, la cultura y sus reglas éticas para con ellos.

El envejecimiento es un proceso intrínseco, progresivo, declinante y universal, condicionado por factores raciales, hereditarios, ambientales, higiénico-dietéticos y sanitarios. Es multifactorial, multiforme¹¹ y asincrónico.

La OMS define la vejez como la disminución gradual de la capacidad de adaptación a los factores del medio ambiente. Deberían acompañar a la longevidad: el mantenerse libre de enfermedades invalidantes, conservar en grado adecuado las funciones corporales y mentales, y contar con un apoyo apropiado para la contención social.

Envejecimiento: el paso del tiempo más nuestras metamorfosis, es universal, progresivo, intrínseco, determinado genéticamente y deletéreo ya que su final es la muerte.

Edad cronológica: es artificial. Hay muchas diferencias funcionales en personas de la misma edad.

Edad biológica: concepto fisiológico que hace referencia a las condiciones funcionales de los distintos órganos y sistemas que no siempre coinciden con la edad cronológica.

Envejecimiento fisiológico: se cumplen parámetros biológicos aceptados para cada edad, manteniéndose intacta una gratificante capacidad de relación, funcional, mental y social con el medio. En realidad, se puede afirmar que uno es viejo cuando se siente cansado, desinteresado; es un problema de actitud.

Se debe tener en cuenta el medio ambiente familiar, social y jurídico donde se encuentra el anciano; así como también los tratamientos de rehabilitación y fisioterapia de que dispone.

Las afecciones más frecuentes son: problemas dentales en el 100 %, sedentarismo en el 96 %, disminución de la agudeza visual en el 94 % y de la auditiva en un 91%. Riesgo cardiovascular alto o muy alto en 83 %, hipertensión arterial en un 79 %, dislipidemia en 54 %, síndrome metabólico en 48 %. Deterioro cognitivo en 43 %, obesidad en 30 % y diabetes en 15 %.¹²

¹¹ Isidoro Fainstein, III Congreso Paraguayo de Gerontología y Geriatria, 2007

¹² Salvador Sarrá III Congreso Paraguayo de Gerontología y Geriatria, 2007

Otras afecciones frecuentes son los reumatismos, la osteoporosis, la demencia, depresión, Parkinson, cataratas, glaucoma, hipoacusia, enfermedades pulmonares, constipación, divertículos, agrandamiento de la próstata, incontinencia, desnutrición.

Los cambios fisiológicos son: arrugamiento de la piel, engrisamiento del cabello, pérdida de los dientes, involución de los órganos sexuales, disminución de la masa magra (sarcopenia), incremento de tejido adiposo, disminución de la tolerancia a la glucosa, debilitamiento de la fuerza muscular, disminución de la densidad ósea, postura encorvada, disminución de las funciones cardíacas, respiratorias, renal, hepática, de la memoria, de la coordinación, de la agudeza visual y auditiva, aumento de la resistencia periférica.

En efecto, desde el punto de vista somático, el añoso requiere atención clínica, nutricional, urológica, psicológica o psiquiátrica, neurológica, reumatológica.

El grupo de edad de 60 años y más aporta 56% del total de defunciones. Las principales causas de defunción para este grupo de edad fueron en 1995 las enfermedades cardiovasculares (28% de las muertes); la enfermedad cerebrovascular (18%), los tumores (13%), la diabetes (6%), la neumonía y la influenza (4%) y la hipertensión (3%). En este grupo de edad los principales motivos de consulta fueron la hipertensión, las infecciones respiratorias agudas, la anemia y los accidentes.¹³

LAS DISCAPACIDADES SON DEBIDAS A PATOLOGÍAS Y NO A LA EDAD.

Se suele culpar a la edad de todos los achaques de las personas de edad. Muchos conocerán gente que llegó a los 95 años y en perfecto estado físico y mental. Si fuese la edad cronológica la causante de las discapacidades, eso no sería posible. Además, hay mucha gente más joven con discapacidades. Las limitaciones están dadas por las enfermedades y no por la edad. Lo que ocurre es que a medida que el tiempo pasa se van acumulando y sumando las patologías y esto se asocia a la edad avanzada.

Definamos a la discapacidad como toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro de lo que se considera normal para un ser humano.¹⁴

Señalemos, sin embargo que en Chile¹⁵ el 7% está inmovilizado, otro porcentaje tiene limitaciones en las actividades cotidianas y requiere ayuda para poder desenvolverse

¹³ OPS - 2001

¹⁴ OMS – Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías – 1980

¹⁵ Manual de Geriatria. Pontificia Universidad Católica de Chile, 2000

mínimamente. El 10% padece de discapacidad moderada. La expectativa de vida sin discapacidad es de unos 9 años menos que la expectativa de vida al nacer; vale decir que uno vive con alguna discapacidad los últimos 9 años de vida.

Más del 50 % tienen patologías con presentación atípica (una neumonía se presenta primero como confusión mental, por ejemplo).

V. FACTORES DE RIESGO PSICO - SOCIAL

En cuanto a la vivienda, en nuestro medio, el 75 % son propietarios. El 30% necesita trabajar para subsistir, sólo el 20 % tiene un aporte jubilatorio. El resto depende de los familiares.

Son factores de riesgo: la pobreza, la ignorancia, la soledad, la falta de cuidador, problemas mentales, déficit sensoriales.

En cuanto a la educación, el 40% es analfabeto, el 45% hizo el 3er grado y sólo el 2% llegó a la universidad. A propósito de la salud, el 20 % recurre al seguro social y un 50 % a la asistencia pública.

En lo referente al tiempo libre 19% escucha radio, el 13% mira televisión, sólo un tercio se relaciona con amigos y el 15% no tiene actividad alguna.¹⁶

FALTA DE APOYO SOCIAL

La calidad de vida depende en gran medida del estado de salud y de la seguridad económica dándole acceso a una buena nutrición, servicios sanitarios, medicamentos, vivienda, reaferenciación (audífonos, corrección de cataratas), rehabilitación, etc.

La jubilación obligatoria es otro factor de riesgo importante, sobre todo para los varones que no tuvieron otros roles en la casa o la familia que el de aportar el apoyo económico. La mujer tolera mejor esta edad, pues ella sigue en su rol de ama de casa al menos. El solo hecho de llegar a la edad jubilatoria ya determina el aislamiento, pues ya no necesita salir a hora todos los días y frecuentar diferentes situaciones en el trabajo.

¹⁶ Roberto Cino. Master en Gerontología. Departamento de la Tercera Edad. MSP y BS.

Los programas jubilatorios enfrentaran problemas muy serios al aumentar el grupo etario dependiente. El Paraguay es aun un país agrícola, caracterizado por altas tasas de fertilidad y mortalidad.

En esta etapa también se vive el cambio de roles, sobre todo cuando los hijos se quedan a vivir con los padres. Ahora es el padre quien debe obedecer al hijo, siendo este último el nuevo jefe de familia.

Está también el problema del trabajo de los que no tienen jubilación. Existen características del trabajador añoso y muestran las posibles flaquezas en el mercado laboral. Tienen una diferente actitud frente al trabajo, diferente comportamiento laboral, diferentes aptitudes psicofísicas y capacidad de trabajo, diferentes necesidades, diferente estrategia de mercado, necesidad de equidad. Los cambios físicos y psíquicos que ocurren a lo largo de la vida del trabajador, influyen sobre su capacidad laboral y afectan su desempeño.¹⁷

Un tema a destacar es el amplio espacio que abre el voluntariado de las personas retiradas de una actividad lucrativa. Las motivaciones suelen ser valores morales y espera de reciprocidad más o menos en partes iguales.¹⁸

Considerar los cambios progresivos y dinámicos que aparecen en el envejecimiento: la variabilidad individual, las diferencias en el conocimiento adquirido, los cambios en los órganos de los sentidos (visión – audición), dificultad de adaptarse a la oscuridad, mayor facilidad de deslumbramiento, alteración de la discriminación de colores, declinación de la percepción binocular > 40 años, disminución gradual de la audición - especialmente para frecuencias altas (> de 4000 hz), disminución de la capacidad de interpretar y de percibir estímulos auditivos complejos, débiles o provenientes de varias fuentes a la vez (> de los 50 a.).

Otros cambios son: la disminución de la potencia aeróbica (> 30), disminución de la fuerza muscular, de la duración del esfuerzo sostenido, del esfuerzo máximo. Hay alteración de la dinámica articular, disminución de la flexibilidad, cambios en el brazo de palanca, afectación de la coordinación, precisión y movilidad global, enlentecimiento de movimientos y reflejos, de la

¹⁷ Clever Nieto. Sociedad Uruguaya de Geriatria. III Congreso Paraguayo de Gerontología y Geriatria, 2007

¹⁸ XXII Conferencia Internacional “La pastoral en la atención del anciano enfermo”. Vaticano. Noviembre 2007.

recepción de información, en la toma de decisión y ejecución, disminución de la memoria inmediata y del poder de concentración, enlentecimiento del razonamiento.

Otros aún: una mayor dificultad a condiciones de trabajo adverso (ruido, calor, frío, contaminación, etc.). Mayor dificultad a conciliar el sueño. Dificultad de adaptarse al trabajo rápido y diversificado. Por otro lado, tiene una fácil adaptación a la rutina laboral. Utiliza procesos automáticos de razonamientos adquiridos con la edad, sus conocimientos intelectuales y profesionales, la experiencia, el sentido común y la facultad de síntesis.

VI. PSICOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO

El paciente anciano es un ser racional y relacional. Tiene dones, experiencia de vida y una historia humana.

Habría que analizar cuál es el concepto sobre discapacidad que tienen el paciente, el cuidador, la familia, la sociedad. Frente a una pérdida del sentido religioso y a la discapacidad el paciente puede sentir ruina y desesperación. La ansiedad, el sentimiento de finitud cercana, el discernimiento de su vida pasada pueden llevarlo a Dios, como alejarlo. Dependerá pues del apoyo espiritual para que este proceso pueda ser beneficioso para el paciente o sumirlo en la desesperación y al pedido de eutanasia.

Lo más importante es la generosidad intergeneracional, la comprensión de los más jóvenes, la tolerancia con las deficiencias y discapacidades de los mayores.

Los AM necesitan de la interacción con familiares y amigos si los tienen aún, fomentar la comunicación entre todos sus miembros.

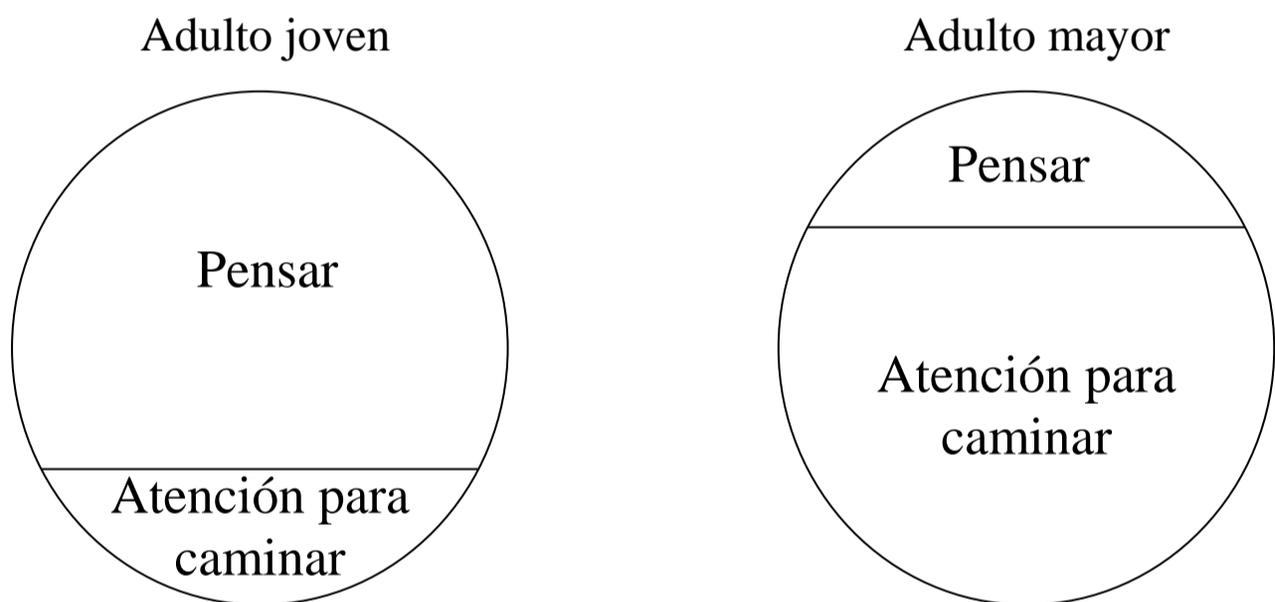
DESCONDICIONAMIENTO. Los trastornos mentales más frecuentes suelen ser: la fatiga o neurastenia, las quejas hipocondríacas a pesar de ser portadores de una polipatología evidenciable, el humor depresivo, el deterioro intelectual, la confusión mental. En casos más graves encontramos conductas desviantes, como: molestar a las empleadas domésticas o toqueteo a los niños. Las ideas delirantes, como las paranoicas (sustracciones de dinero, celos patológicos) no dejan de tener su importancia.

Hay que tener en cuenta que una enfermedad somática puede llevar a la muerte física; un trabajo alienante o la angustia de no tener trabajo, a una muerte psicológica; y la jubilación, la pérdida de roles o disminución importante de ingresos, a la muerte social.¹⁹

FRAGILIDAD

La fragilidad y la pérdida de la reserva funcional suelen ser las causas de institucionalización o vida asilar. Este hecho trae aún más deterioro funcional. Además, este paso es vivido como una pérdida de la libertad, una frustración, depresión y conlleva a un mayor deterioro intelectual. Una residencia geriátrica es a menudo la única solución con pacientes muy dementes o muy dependientes.

La fragilidad indica que se está cerca de la falla funcional por disregulación neuro endocrina (hormona de crecimiento, insulina, estrógenos, andrógenos). Hay pues aumento de vulnerabilidad y riesgo de mayores problemas (caídas, hospitalizaciones, muerte). Fragilidad no es sinónimo de discapacidad. La primera está presente en el 50 % de los ancianos, es inestable, denota una falla multisistémica (lentitud al caminar, dificultades sensoriales, debilidad, por ejemplo). La discapacidad es estable y suele referirse a un solo sistema.



En la gráfica se puede apreciar el esfuerzo que emplea el adulto mayor para no caerse en comparación con un sujeto más joven, que emplea su atención en pensar mientras camina.

¹⁹ Isidoro Fainstein, Presidente Sociedad Argentina de Geriátrica. III Congreso Paraguayo de Gerontología y Geriátrica, 2007

La fragilidad podría ser evaluada con los siguientes elementos: dibujar un reloj (ver Mini Mental Test de Folstein), test de la silla (ver capítulo “Caídas en los adultos mayores”), estado de ánimo, estado nutricional, si tiene incontinencia, el número de medicamentos que toma, si estuvo hospitalizado el último año, la auto percepción de salud, en qué actividades necesita ayuda, con quién cuenta como apoyo social.

Determinante de fragilidad. El requerimiento calórico suele ser de alrededor de 30 x kg peso. El requerimiento proteico de 1 gr x kg x día. La frecuencia de desnutridos en sala general es la siguiente: severos 10%, moderados 21%, normales 69%. La desnutrición hospitalaria de los adultos mayores ronda entonces el 30 al 50 %. En salas de mayores de 35 años la frecuencia es diferente: desnutridos severos 23%, desnutridos moderados y leves 29 %, sobrepeso 15 %, normales 33%.²⁰

Otro de los factores limitantes de la funcionalidad es el dolor insuficientemente tratado en los ancianos: 47 % tiene dolor intermitente, 29 % ausencia de dolor, 24 % dolor constante (ver capítulo “Dolor en cuidados paliativos”).

El origen más frecuente del dolor (ver capítulo correspondiente) es la zona lumbar, seguidas de neuropatías, calambres, gonartrosis, claudicación, artrosis de hombro, de pies, coxartrosis, cervical, cefaleas, generalizados, cáncer, oftálmicos.

Las consecuencias del dolor son: limitación en las actividades recreativas, en los desplazamientos, alteraciones del sueño, depresión, ansiedad, constipación, disminución del apetito, de la memoria, incontinencia, cuidados personales deficientes, etc.²¹

PÉRDIDA DE LA RESERVA FUNCIONAL

Tener presente que el 100 % tiene problemas dentarios, el 96 % es sedentario, el 94 % tiene una disminución de la agudeza visual²², 91 % de la agudeza auditiva, el 83 % riesgo cardio vascular, 79 % hipertensión, el 43 % deterioro cognitivo y el 15 % demencia.

²⁰ Isidoro Fainstein. III Congreso Paraguayo de Gerontología y Geriatria, 2007

²¹ Ch.H. Rapin. Estrategias para una vejez exitosa

²² Manual de Geriatria. Pontificia Universidad Católica de Chile, 2000.

Seguidamente presento la Clasificación de Warren del anciano enfermo crónico:²³

- Paciente crónico válido (fuera de la cama)
- Paciente crónico continente postrado
- Paciente crónico incontinente
- Paciente senil, ligeramente confuso pero no ruidoso ni molesto
- Paciente senil demente, que requiere ser separado de los demás.²⁴

VII. EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL

Proceso diagnóstico multidisciplinario y diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, sociales y psíquicos que presenta el anciano. **El adulto mayor necesita una valoración clínica, funcional, mental y social.**

El objetivo general es desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas, como la óptima utilización de los recursos necesarios para afrontarlos. Objetivos específicos: mejorar la exactitud diagnóstica, descubrir problemas tratables no diagnosticados, establecer tratamiento cuádruple adecuado y racional a las necesidades del anciano, mejorar el estado funcional y cognitivo, mejorar la calidad de vida, conocer los recursos del paciente y su entorno socio-familiar, situar al AM en el nivel médico y social más adecuado a sus necesidades, evitando la dependencia y disminuir la mortalidad.²⁵

Índice de Kats. Actividades de la vida diaria (AVD)

- A) Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse.
- B) Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
- C) Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
- D) Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
- E) Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.

²³ Warren M. El cuidado del anciano crónicamente enfermo. Salud Pública México, vol 38:006, 2006.

²⁴ Warren MW. Care of chronic sick. A case for treating chronic sick in blocks in a general hospital. *BMJ* 1943:822-3.

²⁵ Salvador Sarrá, III Congreso Paraguayo de Gerontología y Geriatria, 2007

F) Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional.

G) Dependiente en las seis funciones.

H) Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.²⁶

ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO

El geriatra se ocupa del diagnóstico y plan terapéutico (incluye AVD fuera de la casa – Hospital de Día). Debe evitar la polimedicación. Debe intervenir en las agravaciones e interurrencias. Decidir internaciones (por necesidades del paciente y/o del núcleo familiar). Encargarse de la formación de recursos humanos, docencia e investigación. Formar una masa crítica para crear consultorios externos y salas de geriatría en hospitales generales, consultorios externos de psicopatología geriátrica, las distintas variantes de modelos asistenciales, secciones geriátricas en salas generales de hospitales psiquiátricos.²⁷ Ver capítulo sobre “Evaluación del Adulto Mayor”.

VIII. PREVENCIÓN

La lucha contra los factores de riesgo conocidos, el cambio del estilo de vida en la alimentación, la actividad física, mejorar la respiración. Cuidar la iatrogenia por el mal uso de los medicamentos o la automedicación. Atender prontamente las deficiencias sensoriales (vista y audición); detectar prontamente los síndromes geriátricos. Aconsejar la movilidad y la ingesta hídrica son muy importantes.

REHABILITACIÓN

Cualquier patología puede ir a la resolución, a la cronicidad, a la limitación funcional, a la discapacidad, a la dependencia. Depende de la afección en sí y de los medios para la recuperación. La rehabilitación es uno de los tres pilares de la atención primaria de la salud, junto con el manejo de las afecciones corrientes y la prevención.

La lista de apoyo para la readquisición de la independencia funcional es larga. Movilización, refuerzo muscular, equilibrio, bipedestación, masaje trófico. Técnicas que alivian las molestias, como: corrientes galvánicas, electro estimulación, electro analgesia, ultrasonidos, utilización del calor, crioterapia, hidroterapia, cambios de posición, prevención de escaras.²⁸

²⁶ <http://www.hipocampo.org/katz.asp>

²⁷ Fainstein I. Rol del geriatra. III Congreso Paraguayo de Gerontología y Geriatria, 2007

²⁸ Patricia Gutiérrez., fisioterapeuta. Sociedad Paraguaya de Geriatria. III Congreso Paraguayo de Gerontología y Geriatria, 2007

IX. LISTA DE PROBLEMAS

Es de gran utilidad poner en la primera página de la historia clínica una lista de los problemas que tiene esa persona de edad. Y digo problemas porque no son sólo los diagnósticos los que deben ser consignados, sino todo lo que causa un malestar o requiere una atención multidisciplinaria. Las caídas, los conflictos intra familiares, el maltrato, el abandono, no son precisamente diagnósticos pero sí problemas que hay que enfrentar. Además, sirve para que de un vistazo el médico conozca la situación del paciente sin necesidad de leer toda la historia, que puede ir haciéndose larga con los años.

X. FARMACOLOGÍA. PRESCRIPCIÓN Y SUSPENSIÓN DE MEDICAMENTOS.

Entre el 65 y 90 % consume algún medicamento, según la OMS. Tener en cuenta: las presentaciones atípicas, las enfermedades múltiples, los diagnósticos tardíos, las visitas que hacen a distintos médicos, las interacciones inapropiadas entre paciente y cuidador.

Los efectos adversos se presentan en el 5 % entre las personas de 20 a 29 años, en el 25 % en los mayores de 80 años. Con 5 fármacos hay efectos adversos en el 4 %, con 6-10 fármacos en el 10 %, con 11-15 fármacos en el 28 %.

Los efectos adversos son de Tipo A: por acentuación de una reacción farmacológica conocida (intoxicación digitalica). De Tipo B: idiosincrásicas, alergias, polineuropatías, anemia aplástica.

Efectos adversos frecuentes.

AINES: hemorragias digestivas, gastritis. Anticolinérgicos: estreñimiento, retención urinaria, delirio. Antihipertensivos: hipotensión. Diuréticos: deshidratación, hiponatremia, hipopotasémia, incontinencia. Tricíclicos: hipotensión, efectos anticolinérgicos, sedación.

Farmacodinamia: efecto de las drogas y transformaciones por el cuerpo. Ej.: benzodiazepinas, anticoagulantes, diuréticos, hipotensores, levodopa, anticolinérgicos.

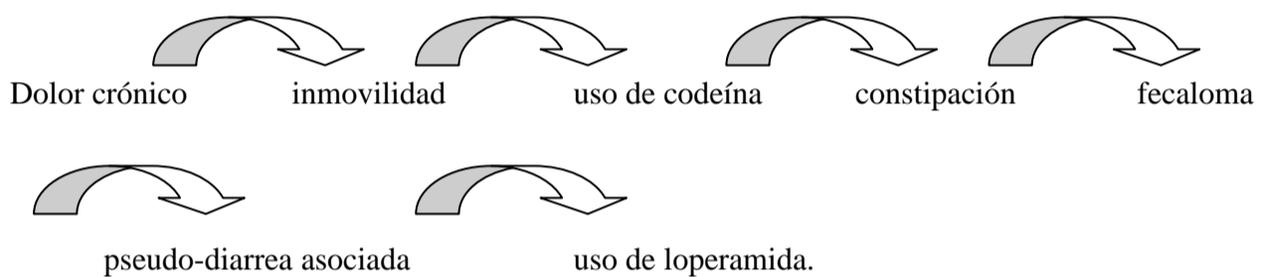
Interacciones farmacodinámicas: Los más comunes serían la asociación de Diuréticos + AINES pueden afectar los riñones, aspirina + warfarina pueden producir hemorragia digestiva alta, betabloqueantes + digoxina pueden afectar al corazón, benzotropina + otros anticolinérgicos pueden elevar la presión ocular.

Farmacocinética: cambios fisiológicos por la edad. Absorción, distribución (masa magra – tejido adiposo - agua corporal – albúmina), metabolismo, biodisponibilidad, eliminación.

Distinguir entre efectos secundarios (bloqueo D2 de los neurolépticos), efectos colaterales (muscarínicos o parasimpaticomiméticos, anticolinérgicos).

Estar alertas ante caídas, intranquilidad, confusión, depresión, incontinencia urinaria, constipación, síntomas extrapiramidales.

Cascada de prescripciones. Dolor crónico e inmovilidad, uso de codeína, constipación, fecaloma, pseudo-diarrea asociada, uso de loperamida.



Factores de riesgo de reacciones adversas: malnutrición, automedicación, dosis inapropiadas, uso de varios fármacos, valoración clínica inadecuada, farmacodinamia diferente, farmacocinética, situación social, efectos secundarios.

Reglas de oro:

Dosis bajas y progresivas, empezar con una sola droga, atender las interacciones medicamentosas, tener en cuenta la polipatología, la polifarmacia, las prioridades de tratamiento, obtener respuestas graduales, evitar la hipotensión postural, revisar el cumplimiento de las indicaciones, individualizar, tirar los fármacos viejos, supervisión por terceros, usar siempre la misma marca para evitar confusiones, integrar la toma de medicamentos en la rutina del paciente.

El cumplimiento:

Es el nivel de concordancia entre las recomendaciones médicas y el comportamiento del paciente. Sinónimos: adhesión, observancia o cooperación terapéutica.

Puede estar afectado por limitaciones físicas, falta de instrucciones claras, problemas económicos, estados depresivos, deterioro cognitivo, déficit auditivo y visual. Puede consistir en errores de dosificación, interrupciones del tratamiento, alteración de horarios o automedicación.

Las causas: información deficiente de parte del médico, dificultades motoras y sensoriales de los ancianos, dificultades económicas para el acceso a los medicamentos, etc.

Las consecuencias: falla en respuesta terapéutica, efectos adversos con caídas o confusión, aumento de costos asistenciales, aumento de morbilidad y mortalidad.

Fármacos delicados: benzodiazepinas, neurolépticos, antiparkinsonianos, antieméticos, antihistamínicos, diuréticos, anti-hipertensivos, digoxina, antiinflamatorios, zolpidem, zopiclona, clonacepan, trazodona, mirtazapina, levomepromazina, tioridazina, amitriptilina nocturna.

Cómo mejorar la adhesión:

- 1) Pensar en la falta de adherencia – cuando una medicación parece ineficaz, antes de aumentar dosis o cambiar, investigar la observancia.
- 2) Descartar efecto secundario o interacción – cualquier síntoma nuevo en un anciano polimedicado obliga a considerar un efecto colateral.
- 3) Realizar un análisis predictivo – antes de la prescripción debemos analizar obstáculos y nivel de cooperación.
- 4) Colaboración de familia y/o cuidadores.
- 5) Elegir correctamente los objetivos.
- 6) Plan terapéutico sencillo y personalizado.
- 7) Informar sobre la enfermedad, la necesidad del medicamento., consecuencia de no tomarlo, probables efectos secundarios.
- 8) Chequear que se comprendió la indicación.²⁹

XI. GRANDES SÍNDROMES GERIÁTRICOS o GIGANTES DE LA GERIATRÍA DE BERNARD ISAAC (LAS 5 “I”).

Deterioro intelectual, Inmovilidad, Inestabilidad, Incontinencia, Iatrogenia.³⁰

²⁹ Clever Nieto. III Congreso Paraguayo de Gerontología y Geriatria, 2007

³⁰ http://en.wikipedia.org/wiki/Geriatics#_note-1

Características: múltiple causalidad, no ponen en peligro inminente la vida, no tienen un tratamiento clínico o quirúrgico simple, requieren siempre soporte humano, pues quitan autonomía a los que lo padecen.³¹

INMOVILIDAD. Es causa de formación de escaras, fecaloma, encamamiento prolongado y atrofia muscular. (ver capítulos sobre “Dolor en cuidados paliativos”, “Caídas en los adultos mayores”).

INESTABILIDAD. Es la sensación de pérdida de equilibrio que se manifiesta cuando el anciano está de pie o caminando. Por lo general, implica la necesidad de esfuerzo consciente y continuo para prevenir las caídas. Es causa de caídas, fracturas, aislamiento, dependencias, internaciones, abandono de actividades sociales.

Frecuencia de las caídas: 0,5 x persona al año en el domicilio pero 1,5 x persona al año en establecimientos hospitalarios y 2 caídas x persona al año en casas geriátricas.

Causas: visuales, vestibulares, osteo-musculares, neurológicas, fármacos, propiocepción, hipotensión ortostática, ambientales.

Pensar en trastornos del equilibrio, extrapiramidalismo, estados depresivos.

Ver Capítulo sobre “Caídas en los AM”).

IATROGENIA.

Puede ser debida a la poli-medicación, a sus efectos adversos, a la estrecha franja terapéutica, interacciones, automedicación.

Encontramos dos tipos:

1. Iatrogenia por omisión, al no indicar fisioterapia por ej.
2. Iatrogenia de opinión, al atribuir a la vejez achaques de las patologías indicando reposo o inmovilidad por ej.

³¹ Hugo A. Schiffis. Sociedad Argentina de Geriatria. III Congreso Paraguayo de Gerontología y Geriatria, 2007

Puede también haber alta prematura de los hospitales, tratamientos discriminatorios, descuido en la alimentación, deshidratación, escaras, medicación inapropiada, abuso físico y sexual inclusive, falta de privacidad, de confidencialidad, y actitudes negativas hacia el adulto mayor.³²

INCONTINENCIA.

Pérdida involuntaria de orina. Tiene repercusiones en la vida del adulto mayor: disminuye la calidad de vida, la autoestima, hay abandono de actividades sociales, indica cuidados ineficientes, favorece las abrasiones de la piel, las infecciones urinarias y suele ser causa de institucionalización. La incontinencia no suele ser considerada como un problema por los médicos y otras veces es escondida por los mismos pacientes. Suele ser poco indagada; y se podría formular algunas preguntas como: “pierde usted orina sin querer, o usa usted alguna protección, se moja usted sin querer”. Su frecuencia suele ser de un 10 a 30 % en ambulatorio y mayor del 50 % en instituciones.

La fisiopatología habrá que buscarla en el funcionamiento mental, la capacidad de movilidad general, el estado de la médula espinal, los nervios periféricos, la vejiga, la uretra y los músculos del piso pelviano.

Existen dos tipos: las agudas o transitorias (con estados confusionales, problemas de movilidad pasajeros, infecciones urinarias, rebosamiento, desencadenamiento de una diabetes descompensada con poliuria), y las de tipo persistente por rebosamiento crónico, trastornos permanentes de movilidad, las incontinencias de esfuerzo y de urgencia.

La evaluación debe estar dirigida: al examen mental, a la movilidad, a las circunstancias, al estado de la próstata, a la existencia de cistocele, de prolapsos, infecciones urinarias, la glucemia, la urea y la creatinina.

Se debe recurrir al especialista en caso de prolapsos o masas pelvianas, hipertrofia de próstata, estados post quirúrgicos o post irradiaciones, micro hematuria sin infección e imposibilidad de sondar con N° 14.

Los propósitos del tratamiento son: mejorar la calidad de vida y aliviar a los cuidadores.

³² Humane and compassionate elder care as a human right. Editorial. The Lancet Vol 370-9588, 2007

Como medidas generales, debemos favorecer: la movilidad, el acceso al baño, manejar el horario de líquidos, ejercicios de Kegel (atajar el chorro de micción), el prompt voiding o drenaje regular a horario y algunas drogas, como: la imipramina o la oxibutinina. Pueden ayudar también en mujeres los estrógenos locales.

EL DETERIORO INTELECTUAL aumenta con la edad. Es causa de incapacidad, de pérdida de autonomía e independencia. Pensemos en demencias degenerativas y vasculares, confusión, trastornos aislados de la memoria, la llamada “desafereciación” (la falta de corrección de cataratas o del suministro de audífonos, por ejemplo). Aquí entran también las alteraciones no cognitivas, como: los trastornos del comportamiento, la agresividad, las alteraciones del sueño, la institucionalización.

CONCEPTOS SOBRE LA EVALUACIÓN PSICO-GERIÁTRICA

Dentro de la amplia lista de afecciones mentales que pueden afectar o sobrevenir en las personas de edad, existen tres situaciones de particular importancia por su frecuencia. Quiero referirme al modo de evaluación rápida y práctica de estas situaciones, destinadas al clínico general. Ellas son: el estado confusional agudo, la demencia y el síndrome depresivo. Las tres afecciones pueden manifestarse por una alteración de las facultades intelectuales, como veremos en detalle a continuación. El cerebro funciona con una maravillosa complejidad cuando razona, formula el lenguaje y calcula. Debido a esta complejidad, las funciones cognitivas son fácilmente perturbadas por alteraciones bioquímicas o fisiológicas. La respuesta del cerebro sufriente es común ante las muy diversas causas. El examen de las funciones cognitivas en el consultorio o al lado de la cama del enfermo es fundamental para el clínico, de manera a detectar ligeras confusiones y hasta las áreas más perturbadas del cerebro.

ESTADOS CONFUSIONALES

El estado confusional agudo, delirium o síndrome cerebral agudo, o insuficiencia cerebral aguda se define por un déficit de la claridad y coherencia del pensamiento, de la percepción, del entendimiento, del comportamiento, de la atención y del estado de conciencia.³³ Se suma a esto: trastornos de la memoria y la desorientación global.

Este estado se caracteriza por una perturbación de las facultades intelectuales de instalación repentina, reciente, y es generalmente reversible una vez tratada la causa.

³³ DSM IV TR Diagnostic and statistical manual of mental disorders

Notemos, además, las fluctuaciones a lo largo de la jornada, la perturbación del ritmo sueño-vigilia, la disminución o generalmente aumento de la actividad psicomotriz. Su frecuencia es del 10 % de los pacientes mayores y del 30 al 50 % de los gerontes hospitalizados.

Las causas suelen ser: alguna infección respiratoria o urinaria inaparentes, alteraciones metabólicas, como: la deshidratación, las hiponatremias, hipoglucemias, hipoxias causadas por insuficiencia cardiaca, anemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipovolemias, encefalopatía hipertensiva, contusiones cerebrales, edema por tumores. Otras veces, las responsables de este estado son las drogas (anticolinérgicos, antiespasmódicos, antidepresivos tricíclicos, sedantes, esteroides, digitálicos). A veces, la abstinencia brusca de estos sedantes o del alcohol.

El tratamiento consiste en detectar la causa y corregirla. Pueden ayudar a controlar la agitación: el haloperidol (0,5 mg = 5 gotas cada 8 horas), la risperidona (1 mg al día) o la olanzapinan (5 mg al día). En caso de abstinencia al alcohol, iniciar diazepam con aporte de complejo B, sobre todo de la vitamina B1.

Es muy importante tratar la deshidratación, ya sea con suero oral ³⁴ o con hidratación parenteral, ya sea por vía intravenosa o aún sub cutánea durante la noche (se pone una mariposita y se pasa sol. fisiológica hasta 800 ml. durante la noche).

DEMENCIA SENIL es el debilitamiento de todas las facultades intelectuales, como ser: la memoria, la capacidad de razonar, de calcular, de orientarse en el tiempo y en el espacio, de comprender el pensamiento abstracto, en fin, de poder atenderse a sí mismo. ³⁵

Es una afección progresiva y generalmente irreversible. Una vez iniciado el proceso del deterioro intelectual, raras veces se detiene. Parece ser una enfermedad determinada por la herencia pero que se manifiesta a medida que la edad avanza. La adolescencia está también determinada por la herencia y se manifiesta hacia los 13 a 15 años. La menopausia se sitúa alrededor de los 48 años. El deterioro intelectual suele comenzar después de los 65 años. A medida que la edad avanza, más y más personas están expuestas a esta enfermedad, siempre que tengan los genes alterados que van a determinar la aparición de la afección.

Todos los estudios coinciden en un aumento con la edad: se duplica cada 5 años. A los 65 años el 1%. A los 70 años el 2%. A los 75 años el 4%. A los 85 años el 16%. A los 90 años el 32%. ³⁶

³⁴ De Mestral E. Hosp. Univ. Ginebra. Presentación Gérostar (bebida de rehidratación oral), 2004.

³⁵ CIE-10 Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima edición

A los 85 años, por ejemplo, 1 de cada 6 ancianos es demente. A los 90 años, 1 de cada 3 ancianos es demente. Vemos pues que no es la edad en sí la que determina la enfermedad puesto que la mayoría siempre es sana. Sólo algunos se deterioran. Y esto es válido para la salud en general. La mayoría de la población suele ser sana.

Primera conclusión: la demencia no es consecuencia de la edad sino que se trata de una enfermedad que se manifiesta en las personas de edad avanzada.

La instalación del deterioro intelectual tiene lugar en meses o años. Los parientes siempre refieren que la abuelita “chochea” desde hace 6 meses, o desde hace 2 años. El demente no aparenta sufrir moralmente. Se muestra más bien indiferente a su suerte. No así sus familiares, quienes tienen que ocuparse directamente de esa persona incapaz de atenderse a sí misma. Importante diferencia con los depresivos que sí manifiestan un gran sufrimiento de su estado anímico.

Mientras el demente no sea violento, o no se agite por las noches, impidiendo a la familia descansar, no suele ser motivo de consulta con un profesional. Pero cuando esto ocurre, descalabra totalmente al funcionamiento del núcleo familiar y se impone la atención especializada y hasta a veces la internación del paciente en residencias geriátricas, donde existen personas más o menos entrenadas a lidiar con pacientes agitados, incontinentes, que no duermen, etc.

La carga emocional para la familia de un demente es incalculable. En la demencia, por ejemplo, todo lo que resultaba atractivo para el cónyuge, la familia y los amigos, se pierde al desintegrarse el intelecto, las capacidades, las sensibilidades y la personalidad del paciente. En consecuencia, suele faltar el aprecio que normalmente se mostraría a quien prestara cuidados a su compañero, padre o amigo anciano, lo cual puede destruir el incentivo del individuo cuidador para llevarlo a cabo.

Es útil recordar que, los trastornos neurológicos componen el 50 % de todas las incapacidades que requieren supervisión en una residencia de ancianos.

Segunda conclusión: lo ideal es que los dementes ancianos queden en sus casas y sean atendidos por sus familiares. Sólo cuando éstos sean causa de problemas, como: agitación, insomnio, incontinencia, etc., serán entonces internados en residencias geriátricas. El drama de ocuparse de los ancianos es que ellos no son prioritarios, ni para sus familiares ni para los programas de salud pública. No en balde, Moisés incluyó el 4to mandamiento “Honrarás a tu padre y a tu madre”.

³⁶ Schiffis H.A. III Congreso Paraguayo de Gerontología y Geriatria, 2007

Tercera conclusión: Para que nos ocupemos de los ancianos hace falta educación, esfuerzo; no viene solo.

Recordemos que educar significa transformar conductas, cambiar actitudes en la población general y, muy particularmente, en las personas directamente involucradas en el cuidado de estos ancianos deteriorados mentalmente.

El instrumento que más se utiliza para la evaluación de las funciones superiores del cerebro es el Mini Mental Test de Folstein de 1975. La mayor parte evalúa las funciones del hemisferio izquierdo. Sólo la praxia constructiva (dibujo del cubo o del reloj) evalúa el hemisferio derecho. La repetición de una frase sin sentido evalúa el fascículo arcuato entre las zonas de Broca y Wernicke.

MINI MENTAL STATUS EXAMINATION (FOLSTEIN)

MMSE

1. Orientación: (0- 10)

Temporal:

fecha(1)___ mes (1)___ día semana(1)___ año (1)___ estación (1)___

Espacial:

lugar (1)___ piso (1)___ ciudad (1)___ comuna (1)___ país (1)___

2. Repetición inmediata: (0-3)

“Le voy a nombrar 3 palabras. Quiero que las repita después de mí. Trate de memorizarlas, pues se las voy a preguntar en 1 minuto más”.

LIMÓN, LLAVE, GLOBO

Número de repeticiones: _____(máximo 6 veces en total)

3. Atención y cálculo: (0-5)

Serial 7: (100 menos 7) 93- 86- 79- 72- 65

(hacer check en cada respuesta correcta) o también se puede en su lugar:

Deletrear MUNDO al revés: O __ D __ N __ U __ M__

(*Anotar el mejor puntaje)

4. Memoria (0-3)

Pedir que repita las 3 palabras previas, dar 1 punto por cada respuesta correcta.

5. Lenguaje (0- 9)

Mostrar un LÁPIZ __ y un RELOJ __ (el paciente debe nombrarlos) = (0-2) ____

Repetir una frase sin sentido (“*ni sí ni peros*”) = (0-1) ____

Orden: “Tome este papel con su mano derecha,

dóblelo por la mitad con ambas manos,
y déjelo en el suelo” = (0-3) ____
Leer y obedecer: “cierre los ojos” = (0-1) ____
Escribir una frase (con sujeto, verbo, predicado) = (0-1) ____
Copiar un cubo = (0-1) ____
Puntaje total: ____/30

(Punto de corte: < 24 sugiere disminución aceptable con la edad; entre 17 y 23, un debilitamiento intelectual; y por debajo de 17, demencia.)³⁷

HACER ENCUADRADO

DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

La Depresión constituye un trastorno afectivo que se caracteriza por un sin número de manifestaciones, como: alteración del humor, trastornos intelectuales, desequilibrios neurovegetativos y alteraciones en la dinámica del individuo. Se debe considerar a la depresión una noxa multifactorial donde se encuentran involucrados una serie de factores, entre los que se incluyen con gran trascendencia el componente social (pérdida de amigos, distanciamiento de familiares, etc.) así como el componente económico, que sin lugar a dudas pueden desencadenar un trastorno depresivo.

En los ancianos, la depresión se presenta con gran frecuencia debido a que por lo general éstas son personas que han perdido su autonomía, haciéndose dependientes de sus familiares en un sin número de aspectos, y esto se traduce en un estado en el que el anciano se considera inútil, una carga, que sumándose la soledad, el desinterés, el aislamiento, etc., se convierten en factores predisponentes de un estado depresivo.

La sintomatología es muy variable. En general, se considera a la tristeza como síntoma principal, también existe tendencia al llanto fácil, reducción de la actividad, fatigabilidad aumentada, pérdida del apetito y del sueño, disminución de la capacidad de concentración y de la memoria. Los casos más graves se caracterizan por un gran sentimiento de desvaloración y de culpabilidad excesiva e inapropiada, y en casos aún más extremos piensan en la muerte como una posibilidad de liberación del sufrimiento.

³⁷ Crum RM, Anthony JC, Bassett SS, Folstein MF. *JAMA* 1993; 269(18): 2386-91.

Un dato importante a considerar es que un estado depresivo puede disminuir de manera intensa las funciones intelectuales y cognitivas asemejándose a un estado de demencia (llamado también “pseudo demencia”), que a diferencia de las demencias reales mejoran de manera notable con el tratamiento antidepresivo.

El tratamiento en estos pacientes está plenamente justificado, ya que los beneficios son mucho mayores a los inconvenientes, y a través de un buen control clínico se puede reducir o mitigar los efectos adversos o indeseables de los medicamentos. No hay que olvidar que, a más del tratamiento médico, se debe contar con terapia de apoyo y ésta debe ser orientada por un especialista (psiquiatra o psicólogo), adquiriendo un papel trascendental el entorno, como es la familia o la terapia de grupo.

También debe considerarse un hecho importante: en un gran número de casos los pacientes ancianos consultan por aparentes trastornos orgánicos, que no mejoran, obligándolos a deambular de médico en médico, sin encontrar alivio a su afección.

La depresión es un trastorno frecuente en el adulto mayor, se observa en el 10 a 20% de los que viven en la comunidad, siendo aún mayor en los hospitalizados y en las residencias de reposo.

Muchas veces es sub-diagnosticada, en parte porque las personas mayores tienden a no consultar por síntomas depresivos y a menudo éstos son atribuidos erróneamente a algo del propio envejecimiento. Las escalas de evaluación más conocidas son: la de Hamilton (1960) y el inventario de Beck (1978). Una adaptación fácil y rápida de estos últimos es la escala de Yesavage (1983).

ESCALA DE YESAVAGE.	
1.) Se siente básicamente satisfecho con la vida	Sí <u>No</u>
2.) Se aburre con frecuencia	<u>Sí</u> No
3.) Se siente inútil frecuentemente	<u>Sí</u> No
4.) Prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas	<u>Sí</u> No
5.) Se siente frecuentemente desvalido o que no vale nada	<u>Sí</u> No
6.) Siente que su vida está vacía	<u>Sí</u> No
7.) Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo	Sí <u>No</u>
8.) Tiene miedo que algo malo le vaya a pasar	<u>Sí</u> No
9.) Se siente feliz la mayor parte del tiempo	Sí <u>No</u>
10) Abandonó muchos de sus intereses o actividades previas	<u>Sí</u> No

11) Siente que tiene más problemas de memoria que la mayoría	<u>Sí</u> No
12) Piensa que es maravilloso estar vivo ahora	Sí <u>No</u>
13) Se siente lleno de energía	Sí <u>No</u>
14) Siente que su situación es desesperada	<u>Sí</u> No
15) Piensa que la mayoría de la gente está mejor que usted	<u>Sí</u> No

Obs. : las respuestas subrayadas son indicativas de depresión.

Bibliografía:

Sheikh JI, Yesavage JA (1986) Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. In Sheikh JI, Yesavage JA (Eds) *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention* (pp 165-173). New York: The Haworth Press. [[Context Link](#)]

Sheikh JI, Yesavage JA, Brooks JO, III, Friedman LF, Grzinger P, Hill RD, Zadiok A, Crook T (1991) Proposed factor structure of the Geriatric Depression Scale. *Int Psychogeriatr* 3:23-28.

Walsh JM, Wheat ME, Freund K (2000) Detection, evaluation and treatment of eating disorders: The role of the primary care physician. *J Gen Intern Med* 15:577-590.

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey MB, Leirer VO (1983) Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J Psychiatr Res* 17:37-49.

Zalsman G, Aizenberg D, Sigler M, Nahshoni E, Weizman A (1998) Geriatric Depression Scale-Short Form: Validity and reliability of the Hebrew version. *Clin Gerontol* 18:3-9.

XII. ASPECTOS ÉTICOS DE LA PRÁCTICA GERIÁTRICA

Los temas que conciernen a la ética clínica en geriatría serían: el encarnizamiento, la limitación del esfuerzo terapéutico, la comunicación con el paciente terminal, la relación médico - paciente, el consentimiento informado, las directivas anticipadas.

El fundamento de la Ética en general y de la Ética médica en particular está dado por una concepción antropológica, que se traduce en la práctica en una actitud de profundo respeto y afirmación de la persona humana, como única respuesta adecuada a su dignidad inconmensurable.

La dignidad de la persona humana podría definirse como ese valor intrínseco, esa preciosidad intrínseca de cada persona. En la actualidad, la afirmación de la dignidad de la persona es un postulado básico común a posturas éticas de orientaciones filosóficas diversas.

El acto médico es un compromiso interpersonal, que respeta la dignidad del paciente. La práctica clínica designa una intervención, encaminada primordialmente a beneficiar a un paciente individual con una expectativa razonable de éxito, mientras que la investigación representa una actividad destinada a evaluar una hipótesis y conducir a unas conclusiones con el objetivo de obtener y ampliar el caudal de conocimientos (6).

Toda la actuación médica y, en particular, la del geriatra, confrontado con el final de la vida, debe estar impregnada de una ética personalista y normativa, ya que trata a pacientes en inferioridad de condiciones, debido a sus múltiples afecciones crónicas e invalidantes que llevan inexorablemente a la muerte.

En nuestras sociedades laicas y multiculturales (a diferencia de las naciones musulmanas, por ejemplo, o las de régimen totalitarios como la China) fue necesario encontrar pautas universales (principios) aceptadas en todas partes. Los principios tienen como características que deben ser normas imperativas, universales, que no pueden dejar de observarse y que se aplican en todos los supuestos. Los de la ética son: se debe procurar y hacer el bien, se debe evitar el mal, no se debe dañar injustamente a nadie, dar a cada uno lo suyo y Vivir honestamente.

La bioética, no puede tener principios diferentes ni contradictorios a los de la ética, siendo ella una ética aplicada a los temas de la vida y la salud. Sólo pueden ser secundarios o derivados.

Así se aceptaron dos principios hipocráticos: la beneficencia (buscar siempre el bien del paciente) y la no maleficencia (primero no dañar). Y con las corrientes democráticas, extendidas a todo el mundo occidental, nació el principio de autonomía (el paciente tiene derecho a aceptar o rechazar exámenes o terapéuticas) y luego el de justicia (distribución adecuada de los recursos disponibles en una sociedad o en una familia). No son propiamente principios pues hay muchos conflictos entre ellos mismos y no siempre son aplicables en todos los supuestos.

La bioética nace en la segunda mitad del siglo XX, como un puente necesario entre las ciencias y las humanidades. La bioética es un discernimiento de la eticidad de las acciones que sobre la vida humana pueden ejercer las ciencias biomédicas. Son dos saberes integrados, el uno filosófico, que se aplica a otro saber esencialmente práctico, que llamamos medicina.

Es pues necesario que el estudiante y el médico aprendan a impregnar a la práctica de la medicina de un interés científico y, al mismo tiempo, compasivo por el paciente.

El profesional de la salud debe cultivar las **virtudes** (disposiciones y rasgos del carácter del agente moral para la acción apropiada al ser de persona): humildad, respeto, integridad, veracidad, autocontrol, confiabilidad, fidelidad, empatía, benevolencia, valentía y perseverancia. Debe, además, proteger los valores: respeto a la vida, a la libertad, la seguridad de las personas, la auto realización en el desarrollo de sus capacidades distintivas, el amor en todas sus dimensiones y la trascendencia de la persona.

Tener en cuenta que la **persona** (definida como unidad sustancial de espíritu y cuerpo), puede estar sub-desarrollada, frustrada accidentalmente o enferma circunstancialmente, y la misión del profesional de la salud es cuidarla.

La mejor manera de hacer docencia de la bioética es utilizar, como punto de partida, la observación y el análisis de los hechos clínicos a que se ve enfrentado el estudiante, y a partir de ellos reflexionar y analizar sus connotaciones éticas.

Debe estar implícita en la acción del médico la voluntad de ayudar y un ponerse concretamente en la posición del paciente (empatía).

Las facultades de medicina nos forman en conocimientos y habilidades prácticas, necesarias para la correcta aplicación de la batería tecnológica actualmente disponible.

La medicina basada en evidencias nos ayuda a validar la real utilidad de las diferentes intervenciones médicas.

¿Cómo juzgamos la calidad ética de nuestros actos?

1. La obra buena realizada (el objeto del acto moral)
2. El sujeto que realiza la obra se hace bueno (intención del acto)
3. Las circunstancias en que se realiza el acto

Problema bioético. Dificultad en la toma de decisiones frente a un paciente, en cuya resolución es necesario referirse a valores o principios, que especifiquen lo que debe ser hecho en oposición a lo que simplemente puede ser hecho o frecuentemente se hace.

Si tratamos de resolver un problema ético médico con la sola racionalidad (análisis lógico, partiendo de premisas válidas y llegando a una conclusión) sin reconocer todo el mundo de la afectividad, de las emociones, de los temores y expectativas que influyen en nuestra voluntad libre, tomaremos así una decisión empobrecida frente a la complejidad de la persona que tenemos delante.

En cuanto a la **competencia o capacidad de discernimiento** para ejercer el principio de autonomía, tenemos que tener en cuenta no sólo las capacidades cognitivas sino también las afectivas. Y esta competencia puede ser ejercida en algunos temas y no en otros, en los dementes, por ejemplo, quienes pueden aceptar o rechazar alguna vestimenta en particular.

Si no hay directivas anticipadas, habrá que indagar si el paciente hubo designado un “representante terapéutico” entre sus familiares o amigos. Cada decisión deberá tomarse respetando los deseos expresos o presumidos y en el mejor interés del paciente.

La relación médico - paciente está basada en normas profesionales, deontológicas y científicas, normas éticas y jurídicas (derecho constitucional, civil, penal, público).

Con la evolución de los conocimientos, los cambios de la sociedad y el lugar cada vez más importante de las libertades individuales con el principio de autodeterminación, el paciente es hoy un partenaire antes que un pupilo.

Nuestra obligación es de promover y mantener la salud, aliviar el sufrimiento, asistir a los moribundos. La relación está centrada sobre la persona enferma y debemos tener en cuenta su personalidad, su escala de valores, su voluntad y sus derechos. Se trata de establecer una empatía, estar atento a sus quejas, a no dañar y a no discriminar (13).

Existe un deber moral de implementar aquellas medidas terapéuticas que juzgamos necesarias o útiles, tanto sobre el aspecto curativo como paliativo.

Efectos terapéuticos y beneficios. Efectos terapéuticos son aquellos que se limitan a una parte del organismo, mientras que los beneficios involucran a la persona considerada como un todo. Debería considerarse inútil un tratamiento que sólo tuviera efectos y que no ofreciera beneficios al paciente.

La apreciación del beneficio por parte del paciente no siempre es suficiente, como el caso del tratamiento de la hipertensión o de la diabetes, donde el paciente no se percata de los beneficios de los efectos del tratamiento.

Es fácilmente aceptable que nadie está obligado a utilizar todas las intervenciones médicas actualmente disponibles, sino sólo aquellas que ofrecen una razonable probabilidad de beneficio en términos de preservar y/o recuperar la salud. En el siguiente **caso clínico** podremos observar varias situaciones discutidas en este capítulo:

“Paciente de sexo femenino de 80 años, lúcida, expresa el cansancio de tanto “camino andado” con su larga enfermedad, y ya no desea ninguna intervención quirúrgica al menos. Diabética con neuropatía severa. Postrada hace meses. Se instala sonda urinaria en permanencia, para los cuidados de las escaras. Grandes escaras que necesitaron cirugía plástica con resultados mediocres (la herida nunca dejó de supurar). Múltiples esquemas de antibióticos en sanatorio y a domicilio tanto para las infecciones urinarias repetitivas como para la supuración de las escaras. Dolor total (confinamiento a su habitación, escaras infectadas, dolores a la movilización, dolores con las curaciones, deseo de muerte, pedido de eutanasia por parte de la paciente). Se instala esquema de morfina por vía SC con muy buena respuesta para el sufrimiento global. Se renuncia a todo tratamiento con fines curativos y la paciente fallece una semana después en calma”.

Comentario: en esta paciente encontramos varias situaciones como: dolor, sufrimiento global, el tema del encarnizamiento terapéutico, la limitación del esfuerzo terapéutico, el pedido de eutanasia, la implementación de los cuidados paliativos.

En esta otra paciente podemos también observar estos elementos:

Abuela de 90 años. Lúcida, diabetes senil, hipertensión arterial leve, con buena calidad de vida, querida por los familiares y habitando en casa de la hija. Hace una oclusión intestinal como consecuencia de una trombosis mesentérica probable. La paciente pide no ser movida de su domicilio. Se le explica la gravedad de su afección y el pronóstico posible. Los riesgos son aceptados con calma. Se instala entonces los cuidados paliativos con el uso de morfina. Los

parientes señalan que en vez de estar en Terapia Intensiva, la querida abuela está en Terapia Intensiva de Cariño. Fallece unos días después sin grandes molestias.

Mayor dificultad involucra la pregunta acerca de la licitud moral de rechazar tratamientos potencialmente beneficiosos, pues ella nos confronta con el problema de los límites de nuestra obligación moral respecto de la salud (7).

Frente a pacientes con enfermedades muy avanzadas o incurables, o frente a la vejez extrema, hoy día se sugiere los cuidados paliativos de modo a obtener una “muerte digna” (10).

La definición de los **cuidados paliativos** (ver Capítulo “La dignidad del AM en su fase terminal”) según la OMS: "Cuidado total dado a la persona afectada por una enfermedad que ya no responde a las terapias que tienen por objeto la curación. Su objetivo es obtener la máxima calidad de vida posible para el paciente y para sus familiares a través del control del dolor, de los otros síntomas del paciente terminal y de las problemáticas psicológicas, sociales y espirituales que surgen en el interior del núcleo doliente, constituido por el enfermo cuyas expectativas de vida son cortas y por su familia, que comparte sus sufrimientos" (1).

El médico de atención primaria, el médico de cabecera o el geriatra, en el caso de los pacientes añosos, es el más indicado para coordinar todo el manejo del paciente terminal (2). Éstos deberían acompañar al moribundo en su domicilio, preferentemente.

En cuidados paliativos no pretendemos curar. Más bien, tratamos de recuperar el papel que antes tenía la medicina, de aliviar las enfermedades. Recientemente, con los adelantos de la medicina, estamos todos acostumbrados a curar tantas cosas y hemos olvidado un poco la faceta de aliviar los padecimientos (3).

La medicina paliativa es una disciplina exigente que debe buscar el equilibrio entre la competencia técnica y el manejo de los aspectos relacionales. Estos cuidados nos enseñan humildad y los límites de nuestra medicina actual (4).

Recordar que los pacientes terminales suelen tener pérdida del sentido de dignidad debido a su apariencia personal, su dependencia para las actividades básicas de la vida, como: ir al baño o alimentarse, sus molestias, como: el dolor o la disnea, la impresión de ser una carga para los demás, la

desesperanza, la depresión, el hecho de estar internado, conectado a tubos, con unos cuidados impersonales, etc.

Esta rama reciente de la medicina interna, está particularmente relacionada con la geriatría, donde encontramos pacientes con poli-patología (5), discapacitados y dementes, pero también con los pacientes aquejados de tumores terminales, insuficientes respiratorios y renales, y últimamente, el SIDA.

Debemos hacer todos el trabajo de aceptar un límite, el límite de la vida: la muerte, límite de nuestro poder y de nuestra comprensión.

Medidas ordinarias y extraordinarias.

Primero se aceptó el concepto de medidas ordinarias y extraordinarias, pero con el tiempo y el avance de las ciencias las extraordinarias llegaron a ser ordinarias. Las ordinarias serían las que pueden ser prodigadas en una sala común de hospital o en el domicilio (hidratación parenteral, antibióticos, oxígeno por mascarilla, sonda naso gástrica, urinaria, etc.). Las extraordinarias requerirían de unidades de terapia intensiva (respiración asistida, drogas vasoactivas, diálisis, etc.).

Principio de proporcionalidad.

Luego se encontró que el principio de la proporcionalidad de la utilización de los medios era más actual.

Este principio sostiene que, existe obligación moral de implementar todas aquellas medidas terapéuticas que guarden una relación de debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible.

Aquellas medidas en que esta relación de proporción no se cumpla se consideran desproporcionadas y no serían moralmente obligatorias.

La proporcionalidad evalúa los medios disponibles (las terapias), el grado de dificultad, el riesgo que comporta, los costos necesarios y la posibilidad de aplicación, frente al resultado esperado, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales.

El paciente, su familia o la sociedad tienen derecho a dar su opinión sobre el juicio de proporcionalidad. Es decir, balancear los medios a utilizar en relación a un determinado fin o resultado que se espera alcanzar.

El respeto por la dignidad de la persona y la compasión son guías del juicio de proporcionalidad. Para todo esto nos sirve la aplicación de las reglas formales de la Medicina Basada en Evidencias.

El término compasión se interpreta en nuestro contexto como la virtud por la que tomamos conciencia del dolor o sufrimiento de otra persona y nos empeñamos en aliviarlo en lo que de nosotros depende.

La prudencia es otra de las virtudes de la que debe estar adornado todo médico. En nuestro contexto, ella se refiere a la habilidad de tomar decisiones acerca de lo que debe hacerse o evitarse en una situación particular, a la luz de los conocimientos morales generales.

Las mismas razones que obligan al médico a respetar las decisiones de sus pacientes, fundamentan el derecho que tiene el médico a no ser forzado a obrar en contra de su conciencia y de lo que le dicta el estado actual de su arte.

Un médico podría verse obligado a derivar al paciente que solicite intervenciones que él objete en conciencia. “No puede exigirse al médico que viole sus valores personales fundamentales, ni las normas que dicta la práctica científica, la ética o la ley” (9).

Y al final, todos los pacientes geriátricos tienen que enfrentarse con la muerte y el geriatra o el médico de atención primaria debe acompañarlos.

Aunque no dudamos de la trayectoria moral ejemplar de Santo Tomás Moro, sorprenden unos conceptos vertidos sobre la eutanasia diciendo: “...a los pacientes incurables y con sufrimientos atroces. Los médicos tratan de hacerle ver que está ya privado de los bienes y funciones vitales; que está sobreviviendo a su propia muerte; que es una carga para sí mismo y para los demás. Es inútil, por tanto, obstinarse en dejarse devorar por más tiempo, por el mal y la infección que le corroen. Y puesto que la vida es un puro tormento, no debe dudar en aceptar la muerte. Armado de esperanza, debe abandonar esta vida cruel como se huye de la prisión o del suplicio. Que no dude, en fin, liberarse a sí mismo o permitir que le liberen los otros. Será una muestra de sabiduría seguir estos consejos...” (8).

En contraposición, Kant (12) decía que la autoeliminación no podía constituirse en ley universal, puesto que si todos tomaran esa decisión, la humanidad misma no podría continuar.

Con la eutanasia, el hombre soñando dominar la muerte, quiere, por medio de ésta, convertirse en árbitro de la vida. El pedido de eutanasia debe ser no sólo serio sino insistente, y debe mostrar hasta el momento de morir su deseo firme de terminar con su existencia.

Los cuidados que transmiten respeto y estima a cada individuo (a pesar de su dependencia, enfermedad o fragilidad) podría constituirse en el meollo de la atención que conserva la dignidad (11) y frente a este tipo de atención, el pedido de eutanasia se desvanece.

CONCLUSIONES

1. La formación del médico debe incluir la Ética, pues no sólo tratamos enfermedades sino enfermos..
2. El geriatra se ve a menudo confrontado con dilemas bioéticos, frente al empleo o no de las medidas extraordinarias, que pueden ser desproporcionadas.
3. El geriatra debe también aprender el comportamiento ético frente a la muerte próxima de sus pacientes, ofrecerles los cuidados paliativos cuando el paciente esté en etapa de incurabilidad, velar por su dignidad hasta el final.
4. El acompañamiento domiciliario, evitando en lo posible las largas internaciones y más aún las UTI, es tal vez ofrecer una atención de menor calidad técnica, pero de mucho mayor confort y calor humano para el paciente y su entorno.
5. Afirmamos con Kant que la eutanasia no es compatible con la misión del médico. Optamos más bien por el acompañamiento técnico, humano y espiritual hasta el término natural de la vida.
6. Son responsabilidades de la medicina: el respeto a la vida y la dignidad de las personas, cualquiera sea su etapa de desarrollo, sobre todo cuando la persona va perdiendo sus capacidades.
7. Debemos respetar la autonomía del paciente anciano.
8. Debemos dar respuesta a las patologías del anciano, evitar una asistencia insuficiente y el ensañamiento terapéutico.
9. Recordar que el anciano es un sujeto de la comunidad aunque ya no sea productivo.
10. Tratar de no marginalizar al anciano cuando se jubila, sino integrarlo al valioso mundo del voluntariado.

BIBLIOGRAFÍA :

1. OMS. Mourir dans la dignité. Forum Mondial de la Santé. OMS Genève 1991: 12: 413-39.
2. Ogle, KS. The role of the primary care physician in the care of the terminally ill. Clin-Geriatri-Med. 1996 May; 12 (2):267-78.
3. Palabra 381. Medicina Paliativa: ciencia y humanidad al 50% 1996 Jul; 424.

4. Schonwetter, RS. Care of the dying geriatric patient. *Clin-Geriatr-Med.* 1996 May; 12 (2): 253-65.
5. Pushpangada, M. Caring for older people. *Community services: health. BMJ.* 1996 Sept 28; 313 (7060): 805-8.
6. Lugo E., Aspectos éticos de la investigación clínica. Presentación ante la Academia Nacional de Medicina, Puerto Rico, 2002.
7. Bordín C., Fracapani M, Giannacari L, Bochatey A. Problemas en la atención de enfermos graves. In : *Bioética.* Ed Lumen. Buenos Aires, 1996.
8. Moro T. *Utopía*, Madrid 1987, 161-162.
9. American College of Physicians. Ethics Manual. *An Int Med*, 128 :576-594,1998.
10. Lugo E. *Temas de Bioética.* Ed. Shönstatt, 1998.
11. Chochinov H et al. Dignity in the terminally ill. *The Lancet*, 360 :9350, 2002.
12. Kant M. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres.* Trad. M. García. Real Soc. Econom. Matritense de Amigos del Pais, 1992.
13. Guidelines of the Swiss Academy of Medical Sciences. Treatment and care of elderly persons who are in need of care: medical-ethical guidelines and recommendations. *Journal of Nutrition, Health and Aging.* Vol 9, number 4, 2005.

OTRAS SITUACIONES IMPORTANTES

OBJETIVOS GENERALES DE LA DOCENCIA EN GERIATRÍA

1. Ofrecer a los agentes sanitarios los conocimientos básicos sobre el proceso natural del envejecimiento.
2. Estimular y favorecer el conocimiento de la problemática multidisciplinaria del adulto mayor en sus diversos aspectos: médicos, sociales, económicos, políticos, mentales, funcionales, nutricionales, etc.
3. Enseñar la importancia de las necesidades en la salud bio-psico-social de esta población y promover el trabajo en equipo para abordar dichas necesidades.
4. Desarrollar un modelo de atención integral para mantener la autonomía funcional de los adultos mayores e impulsar un mejoramiento en la calidad de los servicios existentes que se les brinda.
5. Promover la realización de trabajos científicos (monografías de pre grado y post grado) en esta disciplina, con eventual formulación de propuestas de nuevos modelos tendientes a la inserción global del adulto mayor en la sociedad.

6. Divulgar los conceptos bioéticos aplicables en los adultos mayores y conocimientos sobre cuidados paliativos y limitación del esfuerzo terapéutico al final de la vida.
7. Insistir en las Prioridades de Marjorie Warren sobre la necesidad de formación geriátrica y gerontológica en los programas de pre grado, en las unidades geriátricas de cuidados agudos, formación en escuelas de enfermería, formación en cuidados paliativos.

VISITAS DOMICILIARIAS.

Me ha parecido de relevancia el estudio de la necesidad y la utilidad de las visitas domiciliarias.

Las visitas médicas domiciliarias, frecuentes en otros siglos, donde el médico acudía al llamado de sus pacientes, fue lentamente desapareciendo debido al crecimiento de los centros urbanos, el costo del desplazamiento, el tiempo cada vez más escaso de los profesionales, la incomodidad del examen clínico en el domicilio y la remuneración insuficiente para el servicio brindado (1).

Para el internista, el médico de familia, el médico de cabecera o el geriatra, esta actividad puede parecer más compatible que para el especialista, quien necesita de mayores medios auxiliares para su desenvolvimiento.

Sin embargo, muchos adultos mayores necesitan de este servicio debido a la gran dificultad para el desplazamiento y por el tiempo de sus propios familiares (2).

En algunos países, como México, ya se establecen acuerdos oficiales para la atención domiciliaria de los adultos mayores (3).

En los Estados Unidos, hacia 1930, el 40 % de las consultas se hacían a domicilio. Ese porcentaje bajó a 1 % en 1980 (4). Al final del siglo XX parece haber una recuperación de esta antigua práctica profesional.

La súper especialización necesita de medios auxiliares costosos y ubicados en los consultorios lujosos o en centros hospitalarios de tercer nivel. La proporción de la población que necesita de esos medios es de 0,1 % aproximadamente. Un 1 % puede resolver cualquier problema de salud en un centro de menor complejidad. Pero un tercio de la población necesita alguna atención médica (5).

La Asociación Americana de Cuidados Domiciliarios (6) tiene medios de información tanto para pacientes como para profesionales que quieren dedicarse a esta actividad. Tiene, además, modelos de contratos entre el médico y la enfermera que atenderán los pacientes a domicilio.

Los elementos que debe contener la valija de visita son: esfigmomanómetro, estetoscopio, guantes, otoscopio, glucómetro, aparato de peak flow, termómetro, cinta métrica, martillo y diapason, tijeras, gasa estéril, cinta adhesiva, recetario. Evitar tener que llevar elementos del consultorio. Para disponer de la historia clínica y las anotaciones evolutivas, no hay nada mejor que una computadora de mano (handheld).

A lo largo de su vida profesional, el médico de familia, de cabecera o el geriatra, tendrá que afrontar la atención al paciente terminal en su domicilio al menos entre cien y doscientas ocasiones. Con el progresivo envejecimiento de la población, es posible que esta cifra aumente en los próximos años. Por este motivo, existe al menos en España (7) un Programa de Atención Domiciliaria en los centros de salud, que incluye una parte dedicada al paciente inmovilizado y otra al paciente terminal. Esta última se centra en las personas que padecen una enfermedad que previsiblemente le ocasionará la muerte en los próximos seis meses.

Un 10 % de los pacientes mayores de 65 años no pueden desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (8). Dada la limitación funcional de estos enfermos es en el domicilio donde el médico o cuidador debe prestar la atención sanitaria, por lo que es de suma importancia que el equipo de atención médica se implique en el cuidado de los pacientes y de las familias, a través de una adecuada información, el control de síntomas y el apoyo emocional.

Ocurre muchas veces que alguien se siente suficientemente enfermo para no sentirse capaz de desplazarse hasta un consultorio. Otra situación muy común para las geriatras es el hecho de que muchos pacientes que venían a su consulta por cinco a diez años, llegados a una edad muy avanzada, ya no pueden continuar viniendo, y es el momento en que una visita domiciliaria es solicitada por los familiares.

Este pedido es a veces precedido por una tímida pregunta al profesional, de si él hace visitas domiciliarias. Puedo imaginarme la respuesta de un súper especialista. Pero el médico de familia, el geriatra, habiendo vivido muchos acontecimientos a lo largo de los años con esa familia, siente que la ética de mínimos (es decir, el cumplimiento de la mínima obligación ineludible por la ética profesional) pasa a segundo plano, frente a la perspectiva de la ética de máximos (dar más de lo estrictamente debido) que se le presenta con este desafío.

Como la mayoría de las visitas domiciliarias son solicitadas para adultos mayores discapacitados (al niño se lo alza y se lo lleva al médico en cualquier circunstancia), es importante tocar algunos aspectos de la atención a pacientes terminales ofreciendo los cuidados paliativos.

El papel del médico de familia al final de la vida es esencial. Él asiste en todas las facetas al enfermo en su casa y presta apoyo no sólo al paciente sino también a su familia.

El médico de atención primaria es el que tiene un mayor conocimiento integral del paciente y esta circunstancia le permite un adecuado abordaje desde el punto de vista paliativo.

El envejecimiento de la población y la alta prevalencia de enfermedades crónicas con pronóstico de vida limitado generan un elevado número de personas con diferentes problemas físicos, emocionales y socio familiares a los que no se les está dando una adecuada atención en la actualidad (9). Los equipos de atención primaria deben tener un protagonismo mayor a la hora de atenderlos a ellos y sus familias.

Por lo tanto, es necesario lograr una adecuada capacitación de los profesionales para afrontar con éxito los numerosos problemas que presentan estos pacientes. El retraso en la concienciación y formación de los médicos de familia en la atención a enfermos terminales parece provenir de la inadecuada visión sobre los fines de la medicina. El objetivo de la medicina no sólo es curar, sino también cuidar de nuestros pacientes y asegurarles una muerte digna cuando ésta sea inevitable.

A pesar de que hasta ahora los cuidados paliativos se han centrado en la atención a pacientes oncológicos, estos tratamientos no son exclusivos de este tipo de enfermos (10). El envejecimiento de la población ha ocasionado un incremento progresivo del número de pacientes con enfermedades con pronóstico de vida limitado, como, la insuficiencia cardíaca, la demencia o la EPOC, cuyos síntomas físicos y emocionales no se diferencian mucho de los de pacientes con cáncer, lo que puede estar generando una inequidad.

Una vez que se logre definir a un paciente como terminal, las estrategias ya son distintas -no van encaminadas a curar al enfermo, sino a proporcionarle una muerte digna-, el médico no puede abandonarlo cuando ya no se le pueda sanar. El facultativo habrá de conseguir mejorar la calidad de vida, tratar el dolor, la disnea, etc.

Los hospitales terciarios se dedican tradicionalmente a curar a los pacientes. Sin embargo, a ellos también llegan enfermos terminales y estos centros no están preparados para atenderlos, por lo que hay que mejorar el trato que se les da.

En este ámbito, los comités de ética asistencial tienen un papel importante y deben diseñar estrategias para que se facilite la implementación de voluntades anticipadas a los pacientes que ingresan en los centros sanitarios (11). Se trata de un documento en el que puede plasmarse los tratamientos o criterios que han de seguir los médicos en el caso de que el paciente sufra una enfermedad irreversible y ya no tenga autonomía para expresar su voluntad. Es importante que el paciente deje constancia de sus deseos.

El papel que debe desempeñar la Atención Primaria en los testamentos vitales es el de, hacer llegar a la población mayor la existencia y la posibilidad de otorgar estos documentos para asegurar qué atención quieren recibir en el futuro.

Las desigualdades en el acceso a los sistemas sanitarios y a los medicamentos se están acrecentando hasta alcanzar niveles dramáticos.

Existe un rechazo de las personas mayores al sufrimiento físico y a la agonía prolongada, la preferencia por la calidad de vida y por la autonomía, el rechazo a ser cuidados lejos del hogar y de los seres queridos, y el deseo de vivir en un clima de confianza, humanidad, amor y respeto.

El médico de atención primaria tiene que abrir espacios de diálogo con los mayores, por lo que es preciso iniciar estrategias educativas, dirigidas tanto a usuarios como a los profesionales, para superar el miedo a tratar temas, como el final de la vida.

Es importante que el paciente conozca en todo momento el pronóstico de su enfermedad, cosa muy difícil en nuestro medio justamente por el impedimento que causan los familiares. El médico, a su vez, debe emplear el diálogo para establecer las voluntades anticipadas de sus pacientes.

Lo que desde la ética de mínimos puede considerarse como ideales morales, desde la ética de máximos se vive como una obligación libremente asumida por la conciencia personal.

El ejercicio de la ética de máximos sólo puede practicarse si el sujeto ha desarrollado las virtudes (12). Tal vez sean las visitas domiciliarias un acto no exigible, que el profesional acepta como servicio más que como fuente de ingresos.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Leff, B, Burton J. R. The Future History of Home Care and Physician House Calls in the United States. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences 56:M603-M608. The Gerontological Society of America, 2001.
2. Elkan R, Kendrick D, Dewey M et al. Meta-análisis: Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. BMJ 2001;323:719-25
3. Acuerdo para la atención domiciliaria de los adultos mayores del Distrito Federal de México. Gaceta oficial 2005. URL <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Estatal/DISTRITO%20FEDERAL/Acuerdos/DFACU272.pdf>
4. Jauhar S. House calls. NEJM 2004 Nov 18, 351:21.
5. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The Ecology of Medical Care Revisited. NEJM 2001, 344:2021-2025.
6. The voice of home care medicine. Practice management of frequently asked questions. Asociación americana de cuidados domiciliarios. <http://www.aahep.org/faq.shtml>
7. España Exterior. El gobierno autonómico incrementa la atención domiciliaria para la tercera edad; mayo 2004. URL http://www.espaexterior.com/index2.php?&numero=358&accion=noticia&seccion=Castilla_La_Mancha¬icia=3537
8. PAHO. Tasas de discapacidad en adultos mayores de América Latina y el Caribe . Rev. Panam. Salud Pública. 2006;19(1):55-56
9. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Una sociedad para todas las edades. Madrid 8-12 abril 2002. URL <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/newpresskit/hechos.pdf>
10. Boletín científico. Asociación argentina de medicina y cuidados paliativos. Oct. 2005. URL <http://www.aamyep.org.ar/>
11. Hurst S. Familles, proches: quelle est leur place dans les décisions concernant les patients? Unité de Recherche et d'Enseignement en bioéthique, Université de Genève; 2005.
12. Ferrer J.J.; Alvarez J.C. Para fundamentar la bioética. Madrid: Univ. Pontificia Comillas;2003

PRESENTACIÓN SUTIL DE ENFERMEDADES

Tenemos que tener en cuenta que las afecciones no se presentan precisamente de la manera “clásica” descrita en los textos. Hay que pensar en el estado depresivo para interpretar un desgano,

inapetencia, alejamiento del núcleo familiar, el silencio, la irritabilidad de aparición reciente. La depresión es diagnosticada en uno de tres AM afectos (ver capítulo correspondiente).

Otro ejemplo, una anciana empieza a inquietarse y a desorientarse, desconoce a los suyos, no duerme ni deja dormir a los demás. Hay que buscar una deshidratación, una infección urinaria o respiratoria, algún desajuste de la medicación. Se trata de un estado confusional, siempre secundario a alguna afección somática, metabólica o tóxica (ver capítulo sobre estados confusionales).

HIPERTENSIÓN EN EL ADULTO MAYOR

CONSENSO PARAGUAY 2006

Prof. Dr. Carlos Velásquez, Prof. Dr. Enrique de Mestral, Prof. Dr. Fátima Ayala de Mendoza, Dr. Raúl Ortiz Guerrero, Dr. Óscar Lovera, Dra. Mirian Contini de Parri

La población de adultos mayores se ha hecho más numerosa en los últimos 30 años. La hipertensión arterial (HTA), importante factor de riesgo tratable en esta población. La HTA sistólica aislada es muy frecuente.

En el Paraguay, la población de adultos mayores (mayor de 60 años) es del 7%. El 70 % es portadora de HTA, incluyendo la HTA sistólica aislada. Consideramos hipertensos a los que tienen valores por encima de 140/90 mmHg.

La OPS considera adulto mayor al que tiene 60 años y más. En los grandes ensayos practicados casi exclusivamente en los países del Primer Mundo (que constituyen alrededor del 18 % de la humanidad), el corte está en los 65 años, pues estos pueblos tienen 10 años más de vida comparados a los del Tercer Mundo (que componen cerca del 60 % de la humanidad).

La etiología es predominantemente esencial. Se debe considerar la hipertensión secundaria frente a la aparición de valores elevados luego de los 60 años, o la refractariedad al tratamiento, o la comorbilidad aterosclerótica, como el caso de una afección reno-vascular conocida.

La etiopatogenia puede resumirse en el endurecimiento o la pérdida de elasticidad de los grandes vasos y sus ramas.

Señalemos algunas particularidades de la hipertensión en los mayores, como:

- La pseudo hipertensión, valores muy elevados debido al endurecimiento exagerado de los vasos, impidiendo así su colapso por el manguito de presión.
- La hipertensión de guardapolvo blanco, debido al estrés provocado durante los preparativos para la consulta médica o en el mismo sitio.
- La tendencia a la hipotensión ortostática, debida frecuentemente a la poli medicación y sus interacciones.
- Algunas disfunciones autonómicas para la regulación de la homeostasis.

Existen fuertes razones para controlar de cerca la PA en los AM.

- las consultas e internaciones son más frecuentes y prolongadas,
- estos AM necesitan frecuentemente visitas domiciliarias,
- la seria morbi mortalidad de esta afección,
- el impacto económico en una población que lastimosamente no es prioritaria para las familias ni para la salud pública.

Los objetivos del tratamiento: corrección lenta y progresiva, PA menor a 140/90 en posición sentada. Lo aceptable son las cifras más bajas con buena calidad de vida.

Finalidad del tratamiento: aliviar los síntomas, evitar daño de órganos blancos, disminuir la morbi mortalidad.

Las “reglas de oro en geriatría” adaptadas a esta afección:

Dosis bajas y progresivas, empezar con una sola droga, interacciones medicamentosas, tener en cuenta la poli patología, la polifarmacia, establecer prioridades de tratamiento, obtener respuestas graduales, evitar la hipotensión postural.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO: igual que en el adulto hipertenso, cambio de estilo de vida: caminatas, no tabaco ni exceso de OH, alimentación saludable.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: considerar la comorbilidad, la polifarmacia, establecer la medicación más adecuada, tratamiento personalizado.

DROGAS DE PRIMERA ELECCIÓN: diuréticos tiazídicos y similares (hidroclorotiazida y clortalidona), IECA y ARA II, calcio antagonistas (nifedipina de acción prolongada).

Otras opciones medicamentosas: B bloqueantes, con los cuidados adecuados en caso de EPOC, asma bronquial conocida; insuficiencia cardíaca o arterial periférica. Lisinopril, no combinarlos con diuréticos que retienen potasio, evitar en los coronarios graves para no favorecer descensos bruscos de la PA. Amlodipina, evitar en las insuficiencias cardíacas, por la retención de líquidos; y en coronarios severos, por el riesgo de hipotensión.

HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA

Causas de Hipotension Ortostatica cronica		
Drogas	Drogas	psicotrópicas
Antihipertensivos	Antidepresivos	
Diuréticos	Sedantes	
Clonidina	L-Dopa	
Vasodilatadores	Bromocriptina	
IECA	Pergolide	
Bloqueantes cálcicos		

La hipotensión postural u ortostática, que se define como una reducción de la presión arterial de por lo menos 20 mm. de Hg de presión sistólica y al menos 10 mm. de la presión diastólica, dentro de los 3 minutos de haber asumido la postura erecta a partir de la posición supina, puede ser encontrada en el 10 – 12 % en los adultos mayores. La búsqueda de este fenómeno es importante porque puede exacerbarse aún más con la medicación hipotensora utilizada (beta bloqueantes, alfa metildopa). Tengamos en cuenta que la hipotensión es una de las causas frecuentes de caídas en la población añosa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rubinstein A. Hipertensión arterial en Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Ed. Médica Panamericana. Madrid 2001.
2. Redondo-Sendino A et col. Relationship between social network and hypertension in older people in Spain. Rev. Esp. Cardiol 2005 Nov; 58(11):1294-1301.3. Sassard J, BataillardA, Melntyre H. An overview of the pharmacology and clinical efficacy of indapamide sustained release. Fundam Clinical Pharmacol, 2005 Dec; 19(6):637-45.4. Liao JK. Statin Therapy: having the good without the bad. Hypertension. 2004; 43:000-000.

5. Franz H et al . Are beta-blockers efficacious as fist-line therapy for hypertension in the elderly? JAMA. 1998; 279:1903-1907.
6. Sarwat I . Chaudhry; Harlan M. Krumholz; JoAnne Micale Foody . Systolic hypertension in older persons. JAMA.2004; 292:1074-1080.
7. Ayala M. Manual de Normas Guías para el control de la Hipertensión Arterial. 2004.
8. Cifkova R, Erdine S, Fagard R, Farsang C et al. Guía Práctica para Médicos de Atención Primaria: SEH 2003/Guía de Hipertensión de la SEC.
Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/guia2003ap.pdf>
9. Fourcade J. Santa Cruz F. Hipertensión arterial en la práctica cotidiana. 2006.

SECCIÓN DE LOS COLABORADORES DEL PRESENTE MANUAL

CIRUGÍA EN EL ANCIANO

Prof. Dr. Castor Samaniego

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso normal, observado regularmente en las personas que han sobrepasado los 50 años; esto, como consecuencia de cambios en la composición corporal y en la función cardio-vascular, con disminución progresiva de la reserva funcional renal, respiratoria, inmunológica, hepática y cerebral, entre otras; todo esto conduce a una disminución marcada de la capacidad de adaptación.

El envejecimiento de la población es, por otra parte, un fenómeno común en los países desarrollados y tiene tendencia a presentarse en los demás países. La expectativa de vida en el continente latinoamericano es actualmente del orden de 75 años, para el sexo femenino, y de 70 años, para el masculino.

El proceso de envejecimiento se halla estrechamente ligado a la edad cronológica; aunque no sean, sin embargo estrictamente dependientes, por lo que la definición del anciano resulta forzosamente imprecisa. El común de la gente cataloga como “anciano” al individuo dependiente para realizar sus actividades cotidianas.

La patología de tratamiento quirúrgico se incrementa con la edad del individuo; las de naturaleza neoplásica y las vasculares degenerativas – más que las otras – son motivos

frecuentes de intervención quirúrgica a partir de la 5ª y 6ª décadas de la vida. La preocupación del médico, por tanto, tiene su punto de partida en estas nociones y se incrementa con las antes mencionadas, al verse comprometido, con frecuencia, a resolver problemas planteados por la patología quirúrgica en pacientes mayores de 60 años, edad generalmente aceptada por el cirujano como límite superior del contingente adulto común.

Las consideraciones que cabe realizar en torno a las diversas intervenciones quirúrgicas comúnmente efectuadas en el anciano tienen, en consecuencia, connotaciones diversas: es preciso tener en consideración la frecuencia de la patología principal y las asociadas, la disminución fisiológica de diversas funciones orgánicas, la morbi-mortalidad consecuyente y las expectativas de vida que cabe esperar luego de la intervención quirúrgica.

El dilema terapéutico planteado en el anciano, a diferencia de los pacientes jóvenes, frecuentemente gira en torno a los riesgos operatorios y a la calidad de vida luego de la convalecencia. Es preciso dejar claro que los riesgos no dependen de la edad avanzada en sí misma sino de la patología asociada, comprobada con elevada frecuencia.

Los riesgos pueden quedar establecidos de manera más o menos precisa según parámetros clínicos apoyados en estudios funcionales paraclínicos; ellos evalúan, no obstante, lo esperado en un postoperatorio sin complicaciones. Las complicaciones del foco operatorio y a distancia del mismo son más difíciles de predecir en el anciano y el desarrollo de las mismas determina desenlaces muy diferentes – frecuentemente fatales – que no son predecibles de manera segura mediante la evaluación preoperatoria.

La calidad de vida que cabe esperar posteriormente, consecuencia de intervenciones mutilantes, que con frecuencia son necesarias en la patología neoplásica, merece una consideración especial en el paciente añoso.

2. PATOLOGÍA PRINCIPAL

Las intervenciones quirúrgicas frecuentes en el anciano tienen como marco de referencia la distribución porcentual de las afecciones de tratamiento quirúrgico; en ella resulta llamativa la importancia que adquieren las afecciones neoplásicas y las cardiovasculares, consecuencias de procesos crónicos que conllevan procesos degenerativos.

Una muestra de 100 pacientes intervenidos en un período de 5 años en la Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Ciencias Médicas es puesta a consideración en el Gráfico 1. Las limitaciones que ella tiene en cuanto a variedad comprendida, se explican por la internación diferenciada de las afecciones urogenitales y traumatológicas, igualmente frecuentes a esta edad, que son tratadas en las Cátedras afines a las especialidades mencionadas.

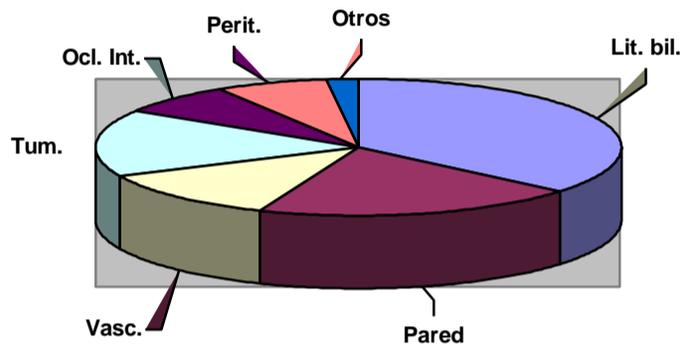


FIGURA 1: Patología principal, motivo de intervención quirúrgica.

Fuente: 1ª Cát. Clín. Qca., 1996 – 2001 (n=100)

Las complicaciones de la litiasis biliar – al igual que en la población adulta general – ocupan el primer lugar (36 %); cabe resaltar la frecuencia particularmente elevada de los cuadros agudos, cercana al 50 %, que obliga a realizar intervenciones de urgencia con los riesgos incrementados con relación a las efectuadas por cuadros crónicos en la misma área.

Las afecciones vasculares ocupan igualmente un lugar importante en la necesidad de aplicar alguna modalidad de cirugía en el anciano; las afecciones de base son generalmente crónicas: diabetes, hipertensión arterial, tabaquismo y ocasionalmente cardiopatías.

La patología neoplásica se caracteriza por el estado avanzado en el momento de la consulta, el frecuente deterioro de las condiciones nutricionales y la consulta de urgencia ante una complicación, permitiendo invertir, nada más, unas pocas horas para el preoperatorio.

La oclusión intestinal tiene como causa frecuente – entre otras – a la apendicitis aguda, de presentación “pseudotumoral” habitual en el anciano; otras causas comprobadas con frecuencia en el anciano son las neoplasias colorrectales avanzadas.

Las peritonitis en el anciano tienen frecuentemente causas un tanto diferentes a las constatadas en la población general: las complicaciones de la apendicitis aguda (casi asintomáticas al inicio) y de las neoplasias gastrointestinales perforadas son hallazgos operatorios comunes.

3. PATOLOGÍA ASOCIADA

La asociación de enfermedades constituye casi la regla al momento de intervenir pacientes ancianos; las modalidades más frecuentes de combinación quedan ilustradas al analizar la muestra antes mencionada, representada en la Tabla 1.

PATOLOGÍA ASOCIADA (N = 70)		CLASIFICACIÓN (N = 50)	
HTA:	54		
Cardiopatía:	28	ASA I:	3
Diabetes:	27	ASA II:	25
EPOC:	4	ASA III:	18
Asma bronquial:	3	ASA IV:	4
Otras:	10		
Asociación de patologías: 2 afecciones, 32 pacientes; 3 afecciones, 26; 4: 10; 5: 2			

TABLA 1: Asociación patológica (co-morbilidad) y determinación de riesgos según la clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiología.

Fuente: 1ª Cát. Clín. Qca., 1996 – 2001.

Las publicaciones que se ocupan de la cirugía del anciano resaltan de manera constante la trascendencia de la co-morbilidad en el pronóstico postoperatorio; se considera que cabe esperar como regla a partir de los 70 años la presencia de 2 enfermedades coexistentes a la afección principal, motivo del tratamiento quirúrgico.

Diversos autores traen a colación un grupo de pacientes particularmente riesgosos con vistas a cualquier intervención; se trata del **paciente añoso frágil**, definido por: *edad mayor a 85 años, con 3 o más patologías coexistentes y con dependencia de otras personas en su actividad cotidiana.*

En una serie de 18 pacientes mayores de 70 años intervenidos por cáncer colorrectal en la 2ª Cátedra de Clínica Quirúrgica, 10 fueron clasificados como ASA III o IV; la mortalidad fue del 11 % (Villalba J y col., 2001), cifra superponible al 14 % de la serie 1ª Cátedra de Clínica Quirúrgica. Otro grupo de 14 pacientes ancianos con cáncer de colon reveló 12 casos ASA III y IV; la cifra de mortalidad alcanzó el 35 % (Arce y col., 2001).

La mortalidad operatoria reportada por de Mestral (1993), basada en una serie de pacientes mayores de 60 años, fue del 1.5 %; de ellos, más del 80% de las causas de muerte estaban relacionadas con patologías intercurrentes.

4. CONDICIONES GENERALES DEL PACIENTE ANCIANO

La evaluación de los riesgos operatorios se establece en función a cuatro áreas:

- FUNCIÓN RESPIRATORIA
- FUNCIÓN CARDIOCIRCULATORIA
- FUNCIÓN METABÓLICA
- ESTADO MENTAL

En la tabla 2 se muestran los resultados de la evaluación metabólica de una muestra de 100 pacientes:

LABORATORIO (Cifras promedio)

Cuadros agudos – Cuadros crónicos

Albumina:	2.1 gr/l	–	3.5 gr/l
Glucemia:	162 mg %	–	112 mg %
Hemoglobina:	11.5 gr %	–	12 gr %
Urea:	63 mg %	–	40 mg %

TABLA 2: Condiciones metabólicas pre-operatorias.

Fuente: 1ª Cát. Clín. Qca., 1996 – 2001.

Las alteraciones de la mecánica respiratoria, por un lado, y la disminución de las reservas circulatorias, por el otro, son causas frecuentes de complicaciones postoperatorias. El shock cardiogénico y la insuficiencia respiratoria por EPOC implican generalmente desenlaces fatales.

La hipertensión arterial, al igual que la cardiopatía isquémica crónica, no aumenta los riesgos operatorios según la mayoría de los autores.

Es preciso señalar que las alteraciones de la glucemia y la hemoglobina pueden ser corregidas con relativa rapidez en pacientes de cualquier edad, por lo que su influencia en la evaluación de riesgos no es similar a los otros parámetros incluidos en la Tabla 2; de este modo la desnutrición severa y la insuficiencia renal crónica – reflejadas de manera constante en la albuminemia y la concentración sanguínea de urea y creatinina, respectivamente – son señaladas como punto de partida de complicaciones postoperatorias.

El estado mental preoperatorio es señalado por varios autores como poco influyente en la evaluación de riesgos para la cirugía.

El examen completo del paciente anciano, teniendo presente la posibilidad cierta de enfermedades asociadas, debe realizarse de manera particularmente cuidadosa, de suerte a detectar el grado de alteración “fisiológica” de los mecanismos de defensa.

5. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS FRECUENTES

Como consecuencia de las patologías de frecuente comprobación clínica, las intervenciones quirúrgicas en el anciano presentan variaciones a lo comúnmente

observado en la población adulta; es preciso recalcar la elevada frecuencia de intervenciones de urgencia en cualquiera de las localizaciones. La Figura 2 ilustra la frecuencia relativa de las distintas intervenciones realizadas en la serie de ancianos operados en la 1ª Cátedra de Clínica Quirúrgica.

Diferencias substanciales son comprobadas con relación al área bilio-pancreática; la colecistectomía se acompaña con mayor frecuencia de alguna intervención sobre la vía biliar principal, en estrecha relación con la elevada frecuencia de litiasis hepatocoleodociana concomitante. La premura de la intervención por colecistitis aguda con frecuencia induce a soslayar los estudios endoscópicos que, implementados en el preoperatorio, permiten resolver la afectación ductal y simplificar en gran medida la intervención quirúrgica. Esta conducta ha sido preconizada por varios autores, con particular énfasis en el paciente anciano.

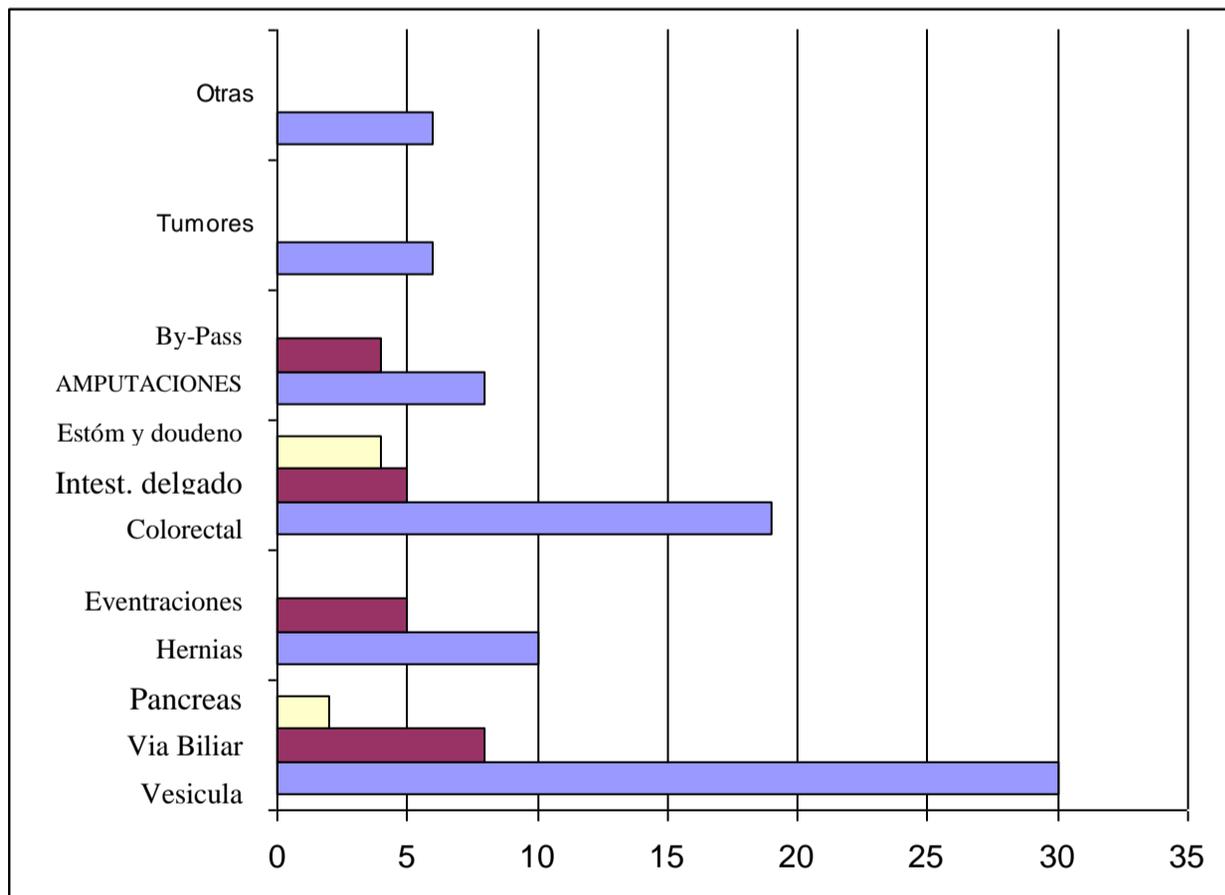


FIGURA 2: Principales modalidades de intervención quirúrgica en ancianos.

(VB y P: vías biliares y páncreas; H y E: hernias y eventraciones; CR, I y GD: colorrectal, intestinal y gastroduodenal; B-P: by-pass arterial)

Fuente: 1ª Cát. Clín. Qca., 1996 – 2001.

En una serie de 32 pacientes, publicada por de Mestral, las intervenciones urológicas constituyeron el 12.5 % de los casos; mientras las realizadas por afecciones ortopédicas y traumatológicas, el 9.3 %. Estas cifras reflejan mejor la variedad de intervenciones que se realizan habitualmente en el anciano en la práctica médica corriente.

La cirugía colorrectal por enfermedad neoplásica se caracteriza por la elevada frecuencia de intervenciones de urgencia (50 a 60 % de los casos), la elevada proporción de estadios avanzados (50 a 60 % Dukes C) y elevada mortalidad (30 – 35 %).

Las intervenciones destinadas a corregir los trastornos circulatorios de los miembros inferiores consisten con frecuencia en diversas modalidades de amputación, las cuales requieren de la puesta a consideración de las repercusiones psicológicas, de gran importancia en la calidad de vida del paciente añoso; esto, sin olvidar la necesidad de tener presente la utilización de prótesis para restablecer la marcha.

Las reparaciones de las hernias y eventraciones requieren con frecuencia intervenciones urgentes por la presencia de alguna complicación; el flegmón pioestercoráceo aparece con relativa frecuencia en el anciano y requiere de la aplicación de una táctica diferente: primero ocuparse del foco infeccioso y de la oclusión intestinal; posteriormente la corrección del defecto parietal.

Los principios de la cirugía oncológica en el paciente añoso pueden ser resumidos, siguiendo a Rodríguez y Silvestre, del modo siguiente:

1. Alargar el período de vida potencial.
2. Mantener la dignidad de la persona y cuidar su autoestima.
3. Evitar al máximo la dependencia consecuente al tratamiento.

4. Calmar el sufrimiento, especialmente el dolor.

El grupo restante de “otras intervenciones”, representado en la Figura 2, se encuentra integrado por un alto porcentaje de cuadros de apendicitis aguda. Una publicación reciente de Corbeta (2004) revela que el diagnóstico se torna difícil por el escaso desarrollo de síntomas: el dolor es de escasa intensidad; el recuento de Glóbulos Blancos es normal en la mitad de los casos y los hallazgos semiológicos son poco llamativos (ausencia de contractura y signo de Blumberg en menos de la mitad de los pacientes).

Los cuidados intraoperatorios del paciente anciano quedan resumidos de la siguiente manera:

- Profilaxis de lesiones cutáneas por antisépticos con Yodo, Leucoplast, placa del Electrocoagulador, etc.
- Adecuación de las drogas anestésicas a la disminución de la función renal, hepática y cerebral.
- Estricto control hemodinámico: prevención de la hipotensión y de la morbilidad consecuente.
- Refuerzo de la analgesia.
- Delicadeza extrema en la manipulación de los tejidos.
- Hemostasia particularmente cuidadosa.

Es preciso señalar que, las causas comunes de muerte de los ancianos sometidos a intervenciones quirúrgicas varían de acuerdo a la modalidad de la afección: en los cuadros agudos, la septicemia, la hipovolemia y la hipotensión; en los crónicos, las arritmias cardíacas y la insuficiencia renal.

6. MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE LAS INTERVENCIONES

Los cuidados médicos del anciano recién intervenido deben poner énfasis en los siguientes aspectos:

- Analgesia regular y a dosis adecuada; el dolor obliga a permanecer inmóvil en el lecho, con incremento de las complicaciones pulmonares y tromboembólicas.
- Posición semisentada en las primeras horas y agregar ejercicios respiratorios en cuanto sea posible.

- Medicación profiláctica: ANTIBIÓTICOS – ANTIULCEROSOS – ANTICOAGULANTES, según el caso.
- Extremar los cuidados para evitar las úlceras por decúbito.
- Retirar los puntos cutáneos al 10º o 12º día del postoperatorio (cicatrización retardada).

Los resultados inmediatos de la intervención quirúrgica del paciente anciano se encuentran estrechamente relacionados a la patología concomitante, como ha sido señalado anteriormente; determinados factores que resaltan por su frecuencia han sido identificados; ellos son: EDAD SUPERIOR A 75 AÑOS, CARDIOPATÍA ISQUÉMICA, INSUFICIENCIA CARDÍACA, INTERVENCIÓN PROLONGADA (> 4horas), HIPOTENSIÓN INTRAOPERATORIA.

Las patologías previas con mayor índice de complicaciones inmediatas en el postoperatorio son, según de Mestral, las siguientes: EPOC, INSUFICIENCIA RENAL Y ARRITMIAS. Las complicaciones “médicas” del acto operatorio representan al menos el 40 % del total en diversas series.

Las complicaciones locales o del “foco operatorio” comprobadas en la serie de la 1ª Cát.Clín.Qca. se presentaron en el 12 %; ellas se asociaron regularmente a las complicaciones “a distancia”. Todas ellas y las causas del fallecimiento están representadas en la Tabla 3.

<u>Complicaciones locales*</u> (N = 12)		<u>Complicac. a distancia*</u> (N = 20)		<u>Mortalidad</u> (N = 14)	
Ileus	4	Respiratorias	8	Shock séptico	9
Peritonitis	3	Metabólicas	7	IAM	1
Absceso pared	3	Cardiovasculares	3	Emb Pulm	1
Lit. residual	2	Infec. Urinaria	2	Indeterminada	3
* Total: 23 pacientes con complicaciones					

TABLA 3: Complicaciones y mortalidad postoperatorias en ancianos.

Fuente: 1ª Cát. Clín. Qca. 1996 – 2001 (n=100)

La frecuencia de complicaciones guarda relación estrecha con la naturaleza urgente o diferida de la intervención quirúrgica. Varias series consultadas señalan cifras de complicaciones en torno al 60 – 80 % en las intervenciones urgentes, contra 20 – 30 % en las electivas.

Las intervenciones quirúrgicas con menor índice de complicaciones, en la serie de la 1ª Cát. Clín. Qca., fueron las correspondientes a las patologías vasculares de miembros inferiores, las reparaciones de hernias y eventraciones y – en general – las programadas.

La mortalidad global de la misma serie (14 %) es superior a la reportada en la literatura, que oscila entre 5 a 10 %; al igual que las mencionadas, las causas del fallecimiento se encuentran con mayor frecuencia en relación con las complicaciones médicas o distantes del foco operatorio.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Arce C, Barriocanal F, Samaniego C: Cáncer de colon en pacientes añosos. Resúmenes de trabajos del 14º Congreso Latinoamericano de Cirugía. Asunción. SPC 2001, p. 58.
2. Buxbaum J, Schwartz A: Perianesthetic considerations for the elderly patient. Surg Clin of N Am 1994; 74: 41-61.
3. Corbeta R: Peritonitis generalizada de origen apendicular. Anales de la Facultad de Ciencias Médicas 1993; XXV(1): 73-98.
4. Corbeta R: Apendicitis aguda en los ancianos. Anales de la Facultad de Ciencias Médicas 2004; XXXVII (1-2): 55-8.
5. Corti M, Gulanic J, Salive M: Serum albumin level and physical disability as predictors of mortality in older persons. JAMA 1994; 272: 1036-42.

6. de Mestral E: Complicaciones médicas en el postoperatorio de los ancianos. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas* 1993; XXV(1-2): 127-35.
7. de Mestral E: Patología geriátrica en la Cátedra de Semiología Médica. Facultad de Ciencias Médicas 1987. Tesis.
8. Espinoza H: Isquemia aguda de miembros inferiores. En: Samaniego C. Pautas de conducta en los cuadros quirúrgicos de urgencia Efacim-Eduna 2000:239-57.
9. Frutos IB: Apendicitis aguda en el anciano. *Rev Parag. Gerontología y Geriatria* 1987; 5: 5-8.
10. Latimer G, Dickman M, Clinton D, Gunn M: Ventilatory patterns and pulmonary complications after abdominal surgery. *Am J Surg* 1971; 122: 622-5.
11. Rodríguez J y Sylvestre G: Cirugía oncológica en el paciente añoso. *Rev Argent Cir Número extraordinario* 2000; 177-228.
12. Sagui G, Samaniego C, Caballero G, Barriocanal F, Ferreira A.M, Paredes O: Las colecistitis litiásicas en pacientes de la 3ª edad. *Clínicas* 2000; 4 (1): 12-9.
13. Samaniego C: Pautas de la conducta médica. Efacim-Eduna 2000; 298 pág.
14. Villalba J, Samaniego C, Burgos J, Ortiz J, Escobar S: Particularidades del cáncer colorrectal en el anciano. *An Coloprocto* 2001; 1: 29-33.
15. Yancik R, Ries L: Cancer in the aged. *Cancer* 1991; 68: 2502-10.

NUTRICIÓN EN LA TERCERA EDAD

Lic. Elizabeth Biss de Krauch

La valoración nutricional de los ancianos y las recomendaciones sobre su cuidado nutricional deben tener en cuenta las posibilidades, capacidad y niveles de función individuales. La presencia o ausencia de enfermedades crónicas, el estado de salud general y la cantidad de actividad física, también pueden afectar a las necesidades diuréticas de los ancianos. Sería necesario prestar atención adicional al nivel individual de independencia, al estado funcional y al lugar de residencia. No debemos olvidar nunca el factor económico, ya que dependerán de ello todas las recomendaciones y, sobre todo, las adaptaciones nutricionales de acuerdo a sus posibilidades de acceso a determinados alimentos. Consultar siempre sobre los gustos individuales y, en lo posible, adaptar el plan alimentario a su conveniencia, de manera a facilitar la aceptación de las recomendaciones nutricionales.

FACTORES QUE INFLUYEN SOBRE EL ESTADO NUTRICIONAL DEL ANCIANO:

- **Disminución del volumen y viscosidad de la saliva** que condicionan a una espesa capa de mucina con potencial efecto cariígeno
- **Atrofia de las papilas gustativas**, lo que reduce la capacidad de distribución de las características propias de los alimentos y conduce a una excesiva condimentación.
- **Atrofia de los receptores olfatorios.**
- **Pérdida de piezas dentarias, periodontitis**, por desgaste, dureza de los dientes, consecuencia de los ácidos de los alimentos o contenido estomacal de nutrientes a consecuencia de una regurgitación recurrente.
- **Modificaciones en la mucosa gástrica**, que puede favorecer a una gastritis atrófica; hay disminución del factor intrínseco y menor absorción de vitamina B12.
- **Disminución de la masa corporal magra**, y a consecuencia un metabolismo basal disminuido. Un incremento del tejido adiposo, menor índice metabólico, y por tanto un posible aumento de un 30 % de grasa corporal, sobre todo en mujeres.
- **Reducción del agua corporal a expensas del agua intracelular.**

NECESIDADES DIETÉTICAS RECOMENDADAS: Es importante tener siempre presente la importancia de poder cumplir con las calorías necesarias para la persona, y adaptarla en forma individual de manera a que los resultados sean óptimos. A modo de conocer a los macro nutrientes detallo a continuación algunos ejemplos:

- **HIDRATOS DE CARBONO COMPLEJOS:** productos a base de trigo, arroz, maíz, avena, pan, mandioca, batatas, papas.
- **HIDRATOS DE CARBONO SIMPLES:** caramelos, chocolates, miel, frutas en almíbar, jugos de frutas, gaseosas.
- **PROTEÍNAS DE ALTO VALOR BIOLÓGICO:** Carnes, leche, huevos, quesos.
Proteínas de bajo valor biológico: Cereales y leguminosas.
- **GRASAS:** aceites, quesos, huevos, frutas oleaginosas.
- **FIBRAS:** salvado, arroz integral, porotos, lentejas, verduras, frutas. Una ingesta adecuada de fibra dietética contribuye a controlar el estreñimiento, uno de los síntomas gastrointestinales más frecuentes del anciano. La fibra contribuye a contrarrestar los efectos propios de la disminución del tono muscular y la peristalsis. De todas maneras, se debe incrementar gradualmente y acompañarse de cantidades adecuadas de líquido.

INCREMENTAR EL CONSUMO DE: leche y sus derivados, frutas en general, pollos y pescados, carnes magras.

EVITAR EL CONSUMO DE: embutidos, carnes curadas, carnes ricas en grasas, excesos de alcohol.

Si consideramos un plan de alimentación de 1800 kcal (para una persona sedentaria), 50 gramos de grasas, significaría: 2 tazas de leche entera, una porción pequeña de queso Paraguay (dos fetas medianas), 3 cucharadas de aceite, no importa la marca. En general, se prefiere el aceite de oliva, pero en caso de que sea difícil su adquisición, se pueden utilizar los aceites de maíz, soja, etc.

NO OLVIDAR EN NINGÚN MOMENTO EL CONSUMO DE AGUA, POR LO MENOS 8 VASOS DIARIOS.

PATOLOGÍAS NUTRICIONALES DE MAYOR PREVALENCIA EN ANCIANOS.

Una atención inmediata con un profesional de la nutrición pondría al paciente en una posición definitivamente más favorable, una consulta tardía sería desfavorable, ya que una desnutrición leve complicaría su cuadro médico ya existente. Conocemos perfectamente que, un paciente bien nutrido desde el primer momento daría mejor respuesta a todo tratamiento médico. Con una buena nutrición a tiempo podríamos evitar las patologías que cito a continuación:

- **DESNUTRICIÓN:** que puede presentarse por factores socio-económicos, factores orgánicos, psicológicos y factores ambientales
- **ANEMIA:** por déficit de hierro, que se debe con más frecuencia a posibles pérdidas por hemorragias crónicas o por una absorción alterada por disminución en la ingesta de hierro y un aumento de hidratos de carbono por ser económicamente más accesibles y fáciles de masticar. Y por deficiencia de ácido fólico.
- **OSTEOPOROSIS:** efectos de la edad, supresión de estrógenos, dieta y disminución progresiva de la ingesta de Calcio. Tener en cuenta que, para cubrir 1000 mg de Ca. diario se debe ingerir por lo menos 2 tazas grandes de leche entera, una porción de queso, un yogur grande; el consumo debe ser en forma diaria. También, es importante conocer que los vegetales verdes también son fuentes de calcio, y una fuente importante son las sardinas.
- **CONSTIPACIÓN:** dietas bajas en fibras y bajo consumo de agua, tránsito prolongado y disminución de la frecuencia de defecaciones.
- **OBESIDAD:** hay menor gasto energético por baja actividad física, disminución del metabolismo basal, sobre consumo alimentario debido al aislamiento e ingesta de drogas que podría aumentar el apetito. Lo ideal para los casos de obesidad sería no pasarse los 300 mg de Colesterol diario (un bife de hígado chico, o un huevo entero, o una porción de pescado más una porción de queso, elegir cualquiera de las opciones y completar el plato con ensaladas variadas, sobre todo en los colores).
- **DESHIDRATACIÓN:** por inapetencia por el líquido, bajo reflejo de la sed. Por tanto, la vigilancia debe ser permanente.

El trabajo multidisciplinario (a tiempo) es la mejor opción para brindar al paciente todas las posibilidades de recuperación, tanto médica como nutricional.

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN EL ANCIANO/A (ITU)

Dra. María Cristina Jiménez

Las infecciones urinarias constituyen uno de los problemas más frecuentes en personas de edad avanzada, siendo la primera infección de origen bacteriano en las mismas. La prevalencia de bacteriuria aumenta con la edad, pudiendo alcanzar a más del 20% en mayores de 70 años.

Es una de las causas más frecuentes de sepsis en el anciano y puede desestabilizar otras patologías presentes: diabetes, deterioro cognitivo, etc.

Entre los factores responsables de esta elevada tasa de ITU tenemos: retención urinaria o el residuo producido por hipertrofia prostática en el hombre, sequedad vaginal en la mujer, trastornos neurológicos que producen incontinencia o retención urinaria, enfermedades crónicas debilitantes y el uso de medicamentos con efectos anticolinérgicos (antidepresivos, antipsicóticos, etc.).

Además el envejecimiento produce un debilitamiento de los mecanismos defensivos frente a la infección, especialmente de las barreras locales. Así la atrofia de las mucosas vaginal y uretral, y la disfunción esfinteriana..

Existen varias situaciones que se engloban como infección urinaria:

- **Bacteriuria significativa:** Presencia en orina de > 100.000 UFC/ml .

- **Bacteriuria asintomática:** Presencia de bacteriuria significativa pero sin sintomatología. Alta prevalencia en el anciano 20-40% en mayores de 65 años y en el paciente sondado.

- **Cistitis:** Presencia de bacteriuria significativa acompañada de sintomatología.

Agentes etiológicos.

Escherichia Coli es el microorganismo implicado con mayor frecuencia seguido del proteus mirabilis. También: *Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Streptococcus agalactiae*, *Klebsiella pneumoniae* y otros bacilos Gram negativos.

El **diagnóstico** se basa en la clínica y las pruebas de laboratorio.

La clínica: es generalmente poco expresiva. Puede presentar los síntomas típicos de infección urinaria: disuria, poliaquiuria, tenesmo miccional, etc., pero con frecuencia estos son

inespecíficos: agitación, disminución del nivel de conciencia, deshidratación, etc. o, como descompensación de una patología preexistente (Ej.: diabetes, insuficiencia cardiaca, etc.), por lo que debe sospecharse su presencia en todo anciano que presente un cambio agudo de su estado general sin causa aparente que lo justifique.

En cuanto a las pruebas de laboratorio, **el urocultivo** da el diagnóstico de certeza si existe o no infección urinaria y, además, informa sobre el germen causal y el perfil de resistencias del mismo..

Tres situaciones se presentan en el abordaje terapéutico:

Bacteriuria asintomática

No se ha observado beneficio claro con su tratamiento y, además, un alto porcentaje de los pacientes vuelve a padecerla pasados pocos meses del tratamiento.

Por eso, como norma general, la bacteriuria asintomática no debe ser tratada en el anciano, reservándose el tratamiento para aquellos casos en los que exista algún factor asociado que pueda complicar la situación (Ej.: inmunodepresión, obstrucción urinaria, vejiga neurógena, etc.).

Bacteriuria sintomática

Deben ser siempre tratadas, teniendo en cuenta dos normas generales:

1. La elección del antibiótico se realiza en función del antibiograma o en caso de instaurarse tratamiento empírico, como ocurre en la mayoría de las ocasiones, en función del conocimiento de las resistencias existentes a los diversos fármacos en nuestro ámbito de trabajo.
2. El tratamiento debe ser de 7-10 días, no siendo aconsejable utilizar monodosis ni pautas cortas de tratamiento.

Paciente sondado

Cerca del 100% de los pacientes sondados presentan bacteriuria significativa (sintomática o no) en breve plazo, si bien en el 30-40% de los mismos desaparece al retirar la sonda. Además, en la superficie de la sonda se forma un biofilm donde apenas llegan los antibióticos provocando el uso de los mismos la aparición de gérmenes multi-resistentes, habiéndose demostrado que el uso sistemático de antibióticos ante la presencia de bacteriuria significativa no reduce la morbimortalidad en este tipo de pacientes.

Por todo eso, el tratamiento debe realizarse si existen síntomas. Además de la sustitución de la sonda si tiene más de dos o más semanas colocadas y tratamiento antibiótico. En caso de aparición de síntomas de bacteriemia deberá valorarse la internación.

El tratamiento antibiótico profiláctico ante **colocación ó cambio de sonda** no demostró disminución de los episodios sintomáticos pero provoca la aparición de gérmenes multi-resistentes.

Tratamiento

Los objetivos del tratamiento son: la desaparición de los síntomas, la esterilización de la orina y evitar las recidivas.

La elección del antibiótico depende del antibiograma, de preferencia un solo antibiótico, con un mecanismo de acción bactericida, de la menor toxicidad, de amplia eliminación y difusión renal y con bajo índice de producción de resistencia. Los más utilizados: quinolonas (norfloxacina, ciprofloxacina), cefalosporina de 3º generación (cefixima, cefotaxima).

Además se deben tratar los factores que favorecen el desarrollo de ITU: evitar procedimientos urológicos sin profilaxis, cremas con estrógenos en mujeres post menopausicas, acidificación de la orina, buena hidratación.

BIBLIOGRAFIA

Krieger JN. Urinary tract infections: wats news? U urol 2002;168(6)2351-58

Judith A .Urinary tract infections.How to manage nursing home patients with or without chronic catheterization.Geriatrics 2002;57 (5);45-58

Roy R.Hormone replacement therapy or prophylaxis in postmenopausal women with recurrent urinary tract infections .J.Infec Dis 2001;183 (suppl1):574-6

Pérez A., Duque A.; Cano A., Cervera M., Fábrega J., López A, et.al. Infecciones del tracto urinario. En: Manual de Enfermedades Infecciosas en Atención Primaria. Sociedades Balear, Valenciana y Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid. 1999.

Esteban MJ. Infecciones en geriatría. En: Ribera JM y Jentoft AJ. Geriatría en Atención Primaria. Ed. Uriach. 2º Edición. Barcelona. 1997.

Carrasco V.H. Infección del tracto urinario en el anciano. En: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Infecciones en el anciano. Ed. Glosa. Barcelona. 1999.

Bentley DW, Bradley S, High K, Schoenbaum S, Taler G, Yoshikawa TT. Practice guideline for evaluation of fever and infection in long term care facilites. Clin Infect Dis 2000; 31: 640-53.

Irvine PW, Van Buren N, Crossley K. Causes for hospitalization of nursing home residentss: the role of infection. J Am Geriatr Soc 1984;

32: 103-7.

Gupta MD, Hooton TM, Stamm WE. Increasing antimicrobial resistance and the management of complicated community-acquired urinary tract infections. *Ann Intern Med* 2001; 135: 41-50.

Gupta MD, Sahm DF, Mayfield D, Stamm WE. Antimicrobial resistance among uropathogens that cause community-acquired urinary tract infections in women: a nationwide analysis. *Clin Infect Dis* 2001; 333: 89-94.

Jiménez-Cruz JF, Broseta-Rico E. Antibióticos utilizados en Urología. Tratamiento de las infecciones urinarias. En: Tratado de farmacoterapia en urología. Madrid: Ed. Luzán-5 S.A., 2001.

Stamm WE, Hooton TM. Management of Urinary tract infections in adults. *N Eng J Med* 1993; 329: 1328-34.

Raz R, Stamm WE. A controlled trial of intravaginal estriol in postmenopausal women with recurrent urinary tract infections. *N Engl J Med* 1993; 329: 753-6.

Shortlife LM, McCue JD. Urinary tract infection at the age extremes: Pediatrics and Geriatrics. *Am J Med* 2002; 113: 55S-66S.

Nicolle LE. Urinary tract infections in long-term care facilities. *Infection Control Hosp Epidemiol* 1993; 14: 220-5.

INFECCIONES PULMONARES

Prof. Dr. Luis Carlo Estigarribia Ávalos

Introducción

Las Infecciones del aparato respiratorio son más frecuentes que las de cualquier otro órgano y son causas de un gran absentismo laboral de la población general. La inmensa mayoría de estas infecciones afectan a las vías respiratorias superiores y están causadas por virus, pero las infecciones del pulmón (neumonías, bronconeumonías, abscesos de pulmón y tuberculosis) debida a virus, mycoplasmas, bacterias y hongos siguen siendo responsables de una enorme morbilidad y figuran entre las primeras causas inmediatas de muerte de numerosos pacientes.

Por esto, hay personas subsidiarias de recibir las vacunas frente al virus de la influenza y la vacuna neumocócica en forma obligatoria, además, existen otras vacunas que tenemos que aplicar a los adultos mayores.

En la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento (Viena, 1982) cuyo plan de acción fue refrendada por las Naciones Unidas, se acuña el concepto de Tercera Edad (personas de más de 60 años).

Factores predisponentes

- a. Inmunidad Celular:
 - 1.- Disminución de linfocitos T colaboradores o ayudantes (Helper) CD4.
 - 2.- Aumento de linfocitos T Supresores CD8.
 - 3.- Aumento de linfocitos inmaduros.
 - 4.- Hipersensibilidad tardía alterada.
- b. Inmunidad Humoral:
 - 1.- Ig. total normal.
 - 2.- Ig. A e Ig. G están aumentadas y la Ig. M disminuidas.
 - 3.- Aumento de respuestas a antígenos autólogos.
 - 4.- Disminución de respuestas a antígenos foráneos.
- c. Desnutrición.
- d. Aumento de nivel del complemento normal.
- e. Destrucción de barreras anatómicas.
- f. Disminución de células naso y orofaríngeas y trastornos del sistema mucociliar.
- g. Trastornos circulatorios.
- h. Enfermedades autoinmunes, diabetes, insuficiencia renal crónica, etc.
- i. Trastornos en la deglución.

1

Patogenia.

Los microorganismos llegan al árbol traqueobronquial por cuatro vías:

- a) Inhalación.
- b) Aspiración.
- c) Inoculación directa desde localizaciones contiguas.
- d) Diseminación hematológica.

Valoración del paciente en las infecciones pulmonares.

Paciente con fiebre, tos (con producción de esputo o no), dificultad respiratoria, y una imagen pulmonar en la radiografía del tórax.

El diagnóstico del agente etiológico se basa en:

1. Determinar las características anatomopatológicas y patogénicas macroscópicas.
2. Agentes etiológicos probables según frecuencia determinada por estadística.
3. Agente etiológico por indicios clínicos (epidemiología).
4. Radiografía de tórax.
5. Extensiones y cultivo de esputo.
6. Hemocultivo y serología.
7. Tratamiento antibiótico inicial.
8. Diagnósticos invasivos: aspiración transtraqueal, fibrobroncoscopía (lavado broncoalveolar y/o biopsia transbronquial), biopsia pulmonar percutánea transtorácica, biopsia pulmonar abierta.

Neumonías Bacterianas

La invasión del parénquima pulmonar por agentes infecciosos determina solidificación exudativa (consolidación) del tejido pulmonar. Las neumonías bacterianas son la primera causa de muerte por infecciones y la quinta causa más frecuente de muerte en términos globales.

Neumonías extrahospitalarias

El *Streptococcus pneumoniae* es el agente causal más frecuente y produce más de la mitad de todas las neumonías adquiridas de la comunidad. En el caso de la neumonía lobar, el 90 al 95% de ellas se deben a los *neumococos*.

Los bacilos gramnegativos, aparte del *Haemophilus influenzae*, se aíslan en el 6 a 37% de los pacientes con neumonías intrahospitalarias. La *Klebsiella pneumoniae* y el *Enterobacter aerogenes* son los gérmenes gramnegativos entéricos que se aíslan con mayor frecuencia. La *Branhamella catarrhalis*, que también puede invadir las vías respiratorias bajas. El *Staphylococcus aureus* causa el 10 a 14% de las neumonías, generalmente se produce a menudo durante epidemias de gripe, si bien la enfermedad neumocócica es más común. Se estima que los anaerobios causan el 1 a 20% de las neumonías extrahospitalarias.

El *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydia psittaci* constituyen causas poco habituales de neumonías. Se estima que las neumonías extrahospitalarias por *Legionella spp.* varían entre el 2 y el 20%, en el Paraguay no se ha aislado aún este germen.

Evolución clínica

Los principales síntomas de la neumonía bacteriana son: malestar, fiebre y tos con expectoración. Cuando existe pleuritis fibrinopurulenta hay, además, dolor pleurítico y roce pleural. La imagen radiológica característica de la neumonía lobar es la de un lóbulo radioopaco, generalmente bien delimitado, mientras que en la bronconeumonía hay opacidades focales.

El cuadro clínico se modifica al administrar antibiótico. Los pacientes tratados pueden estar relativamente afebriles y con escasos signos clínicos 48 a 72 horas después de la administración de los antibióticos. El aislamiento del microorganismo causal y el estudio de su sensibilidad a los antibióticos son elementos clave para elegir el tratamiento adecuado. En la actualidad, fallece menos del 10% de los pacientes con neumonía y, en muchos de esos casos, la muerte puede ser atribuida bien a una complicación, como: empiema, meningitis, endocarditis, pericarditis, o bien a algún factor predisponente, como la debilidad general o el alcoholismo crónico.

La infección debida al virus de la gripe A o B es especialmente importante en los pacientes con enfermedades crónicas. Los adultos mayores suponen el 50% del total de hospitalizaciones y el 75 a 80% del total de muertes atribuidas a la gripe. La enfermedad se contrae por inhalación de gotitas nebulizadas. La mayoría de los pacientes afectados presentan una bronquitis, sin otras afectaciones de las vías respiratorias bajas. Cuando se produce una neumonía, pueden observarse varios patrones. Uno de ellos es la neumonía vírica primaria bilateral difusa, que se caracteriza por fiebre alta, disnea y esputos sanguinolentos, siendo la mortalidad elevada. La sobreinfección bacteriana por *S. pneumoniae*, *S. aureus*, *H. influenzae* y otros gérmenes pueden complicar la evolución del paciente. El *virus respiratorio sincitial*, los *adenovirus* y los virus *parainfluenza* son casos poco comunes de neumonía. El *Mycobacterium tuberculosis* es frecuente en los adultos mayores, la mayoría de los casos se debe a una reactivación de focos latentes, pueden producirse infecciones primarias.

Neumonías en adultos mayores internados

La epidemiología y la patogenia de la neumonía contraída en centros de cuidados agudos o crónicos puede diferir de la ocurrida en el contexto de la comunidad. La neumonía nosocomial representa aproximadamente el 15% del total de infecciones contraídas en el hospital, y es la principal causa de muerte por infecciones de este tipo en los individuos de la tercera edad. En los adultos mayores hospitalizados o internados, las enfermedades subyacentes son a menudo más

complejas que en los que viven en la comunidad. Los primeros reciben a menudo múltiples fármacos, entre ellos, antibióticos. También se ven sometidos a menudo a intubación endotraqueal, ventilación mecánica, monitorización invasiva, cateterismo intravascular, sondaje nasogástrico y sondaje urinario permanente, procedimientos, todos ellos, que los predisponen a la inoculación directa, la colonización bacteriana y la bacteremia.

3

Los gérmenes aislados de pacientes con neumonía reflejan generalmente la flora bacteriana prevalente del centro. Los bacilos entéricos aerobios gramnegativos, excluyendo las *Pseudomonas*, causan el 35% de las neumonías nosocomiales. Los gérmenes aislados con mayor frecuencia son: *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Escherichia coli* y *Proteus*. *Serratia*, *Acinetobacter*, *Citrobacter* y *Providencia* spp se aíslan a menudo en UTI, sobreviven bien en los líquidos y se diseminan con facilidad a través de las manos del personal del hospital. Las *Pseudomonas aeruginosas*, que pueden invadir las vías respiratorias bajas a través de una aspiración o una bacteriemia, causa aproximadamente el 12% de las neumonías nosocomiales. La mortalidad global en los pacientes con neumonía por gramnegativos con bacteriemia se sitúa entre el 57 y el 76%.

Otros gérmenes asociados a la neumonía nosocomial son: *S. aureus*, *S. pneumoniae*, *legionella* sp, bacterias anaerobias, virus de la gripe, y *M. tuberculosis*.

Neumonía en el huésped inmunodeprimido

La aparición de un infiltrado pulmonar y de signos de infección (por ej. fiebre) es una de las complicaciones más frecuentes y serias de los pacientes cuyas defensas inmunitarias están deprimidas por una enfermedad, por los inmunosupresores que se administran a los pacientes transplantados o porque padecen tumores, o están siendo radiados. Hay agentes infecciosos muy variados, llamados oportunistas, muchos de los cuales raras veces causan infección en un huésped normal, pero que producen estas neumonías en las circunstancias citadas, y es frecuente que sea más de un agente etiológico el que participe en ellas. Estas infecciones oportunistas son causa de elevada mortalidad. En el caso del SIDA, casi el 100% de los pacientes acaba padeciendo alguna infección oportunista, causada sobre todo por *Pneumocystis jiroveci*.

Causas de infiltrados pulmonares en huéspedes inmunodeprimidos: infiltrados focales, los gérmenes más frecuentes son: los bacilos gramnegativos, *Staphylococcus aureus*, *Aspergillus*, *Cándida*, procesos malignos; y en los infiltrados difusos los gérmenes más comunes son: el *citomegalovirus*, *Pneumocystis jiroveci* y la reacción farmacológica.

Tratamiento

Las principales modalidades terapéuticas son: los agentes antimicrobianos, el sostén respiratorio, otras formas de tratamiento de mantenimiento como el drenaje de los empiemas y las

coleciones pleurales grandes. Una de las decisiones más difíciles e importantes es la selección de los fármacos antimicrobianos, decisión que se simplifica si se identifica el germen causal. Las recomendaciones específicas según los agentes etiológicos son las siguientes:

Streptococcus pneumoniae. Penicilina, cefalotina o macrólido.

Haemophilus influenzae. Amoxicilina con beta láctamico, cefuroxima o una cefalosporina de tercera generación.

Bacilos gramnegativos. Requieren pruebas de sensibilidad, pero la recomendación habitual es una cefalosporina de tercera o cuarta generación, imipenem o aztreonam; a menudo se añade un aminoglucósido.

Pseudomona aeruginosa. Requiere pruebas de sensibilidad, pero la recomendada es una penicilina antipseudomonas (carbenicilina) junto con un aminoglucósido (tobramicina o amikacina).

Bacterias anaerobias. Penicilina o clindamicina.

Legionella spp. Eritromicina.

Staphylococcus aureus. Una penicilina antiestafilocócica (nafcilina u oxacilina), cefalotina, cefamandol o vancomicina.

Influenza A. Amantadina y/o un antibiótico ante la sospecha de una infección bacteriana sobreañadida.

Cuando no se identifica un agente etiológico probable, se recomienda un tratamiento que incluya macrólido.

Micosis. Sulfametoxazol + trimetoprim, ketoconazol, itraconazol.

Tuberculosis. Isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol, estreptomycinina y otras.

Profilaxis

Con respecto a la vacunación contra el virus de la influenza, destacar que además de disminuir el riesgo de infección, indirectamente se disminuye el riesgo de neumonías bacterianas asociadas a dicha infección. La vacuna frente al virus de la influenza se ajusta cada año, en función de las cepas supuestamente responsables de infección. Recordar que no debe administrarse a individuos alérgicos a la proteína del huevo, por el riesgo de reacción alérgica.

La vacuna antineumocócica es muy eficaz para prevenir la infección por *S. pneumoniae*, que es el agente causal más importante y frecuente de las neumonías. Se cree que la protección tras una inmunización supera los 5 años. Se administra una dosis única, la cual es suficiente para la mayoría de las personas.

También recomendamos la vacunación contra el *Haemophilus influenzae* tipo b.

Bibliografía

1. Bush, L.; Kaye D.: El manual MERCK de Geriátría. Epidemiología y patogenia de las enfermedades infecciosas. Ediciones DOYMA 1992.
2. Cabello, H.; Rivera, F.; Ruiz, M.: Compendio de Geriátría Clínica, Capítulo 22 Neumopatías. Imprenta de Max Besser L. 1998.
3. Estigarríbia, L. C.: Infecciones respiratorias en adultos mayores. The 18th Congress of the International Association of Gerontology. Rio de Janeiro. Brasil 2005.
4. Estigarríbia, L. C.: TUBERCULOSIS EN EL ANCIANO. Revista Paraguaya de Gerontología y Geriátría. Nº 11 – Diciembre – 1996.
5. Fishman, ALFRED P.: TRATTADO DE NEUMOLOGÍA. Vol. 2. 2^{da} Edición. Edición DOYMA S.A. 1991.
6. Kelley, W.: Medicina Interna II. Métodos de diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas. Ediciones DOYMA 1992.
7. ROBBINS: PATOLOGÍA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL. Capítulo 16. El pulmón. Sexta edición.. Mc Graw – Hill. Interamericana 2000.
8. VALDERRAMA y colaboradores: Manual Argentino para el cuidado de ancianos. 2^{da} Edición 1997.

INSTRUMENTOS DE LA MEDICINA FAMILIAR Y EL ADULTO MAYOR.

Dr. Andrés Szwako

La Medicina Familiar es una especialidad que se caracteriza por no limitarse a edad ni sexo de los pacientes, o sea, es una especialidad horizontal, se ocupa de los problemas de salud más frecuentes según grupo etario. Asimismo, posee fundamentos y principios propios, que si bien fueron concebidos por la Medicina Familiar, son aplicables a cualquier otra especialidad.

Los instrumentos de la Medicina Familiar ayudan al médico en la consulta a conocer mejor al paciente, su grupo familiar, su etapa en los ciclos de vida, la funcionalidad de su familia, su nivel de stress, entre otros datos.

Existen muchos instrumentos en la Medicina Familiar, pero aquí sólo mencionaremos algunos. Así tenemos los principios y luego el familigrama, el ciclo vital individual, el ciclo vital familiar y el apgar familiar. Todos estos instrumentos, si son utilizados por los médicos en las consultas, ayudan a tener un mejor relacionamiento con el paciente y esto tendrá un efecto positivo en el tratamiento de cualquier afección.

a) Los Principios son:

1. El médico de familia está comprometido con la persona más que con un cuerpo particular de conocimientos, grupo de enfermedades o una técnica especial.

El médico de familia está capacitado y disponible para cualquier problema de salud en una persona de cualquier sexo y edad. Su práctica no se limita a lo estrictamente definido como problema de salud: el paciente es quien decide cuál es el problema.

2. El médico de familia se esfuerza por comprender el contexto de la enfermedad.

Problemas de salud comunes no pueden ser comprendidos completamente si no se tiene en cuenta el contexto personal, familiar y social. La mayoría de los problemas de salud producen una reacción a nivel psicológico, biológico y social.

3. El médico de familia ve cada contacto con sus pacientes como una oportunidad para la prevención y la educación para la salud.

En cada consulta se debe tener tiempo para educar, aconsejar y hacer prevención.

4. El médico de familia ve a su práctica como una "población en riesgo".

Esto es una responsabilidad para mantener la salud en los miembros de su grupo de práctica, se atiendan o no en el consultorio.

5. El médico de familia es parte de una amplia red comunitaria de organizaciones para la atención de la salud.

El médico de familia ayuda a cualquier organización comprometida con la salud.

6. Idealmente, el médico de familia debe compartir el mismo hábitat de sus pacientes.

Lo que le da un conocimiento de las condiciones de vida y trabajo de sus pacientes.

7. El médico de familia ve a sus pacientes en las casas así como en el consultorio y el hospital.

Es importante el seguimiento y control continuo del paciente, igualmente cuando es tratado por otro especialista.

8. El médico de familia tiene en cuenta los aspectos subjetivos de la medicina.

No debiéramos estar atados a los estudios diagnósticos; escuchar con empatía al paciente siempre tiene un efecto positivo en ellos.

9. El médico de familia es un gerente de los recursos.

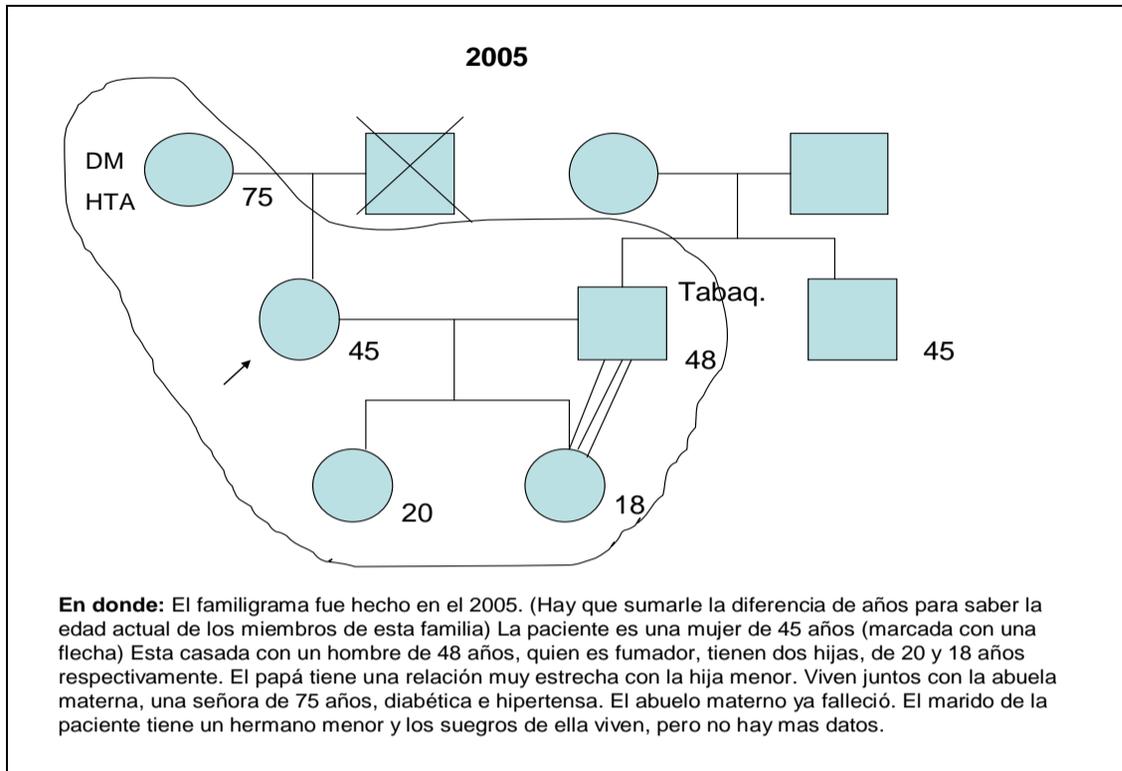
Conocer y utilizar la Medicina Basada en la Evidencia para el uso racional de recursos médicos.

b) El Familigrama:

El familigrama es un instrumento para graficar un árbol familiar que registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones, lo ideal es que esté graficado por lo menos tres generaciones. Los familigramas muestran la información familiar en una forma sencilla y esquemática y nos permite un vistazo rápido de patrones familiares complejos y una rica fuente de hipótesis acerca de cómo un problema clínico puede estar conectado con el contexto familiar, la evolución del problema y del contexto con el tiempo.

En los familigramas se grafican principalmente dos cosas: *la estructura de una familia y las relaciones entre los miembros de una familia.*

Ejemplo:



c) Ciclos Vitales:

Los ciclos vitales, el individual y el familiar, nos ayudan principalmente para conocer en qué etapas de su vida están nuestros pacientes y así poder realizar lo que llamamos el consejo anticipado.

El ciclo vital individual (CVI) se centra en la persona, y cambia según la edad del paciente. Cada ciclo de vida tiene sus propios problemas o crisis y sus recursos para sobrellevar mejor estos problemas; así, según se avanza hacia la edad adulta o adulto mayor, podemos ir realizando la prevención adecuada conociendo por anticipado estas crisis.

CICLO VITAL INDIVIDUAL

ETAPA	EDAD	SUCESO
Confianza básica	0 - 1 $\frac{1}{2}$ años	Alimentación.
Autonomía	1 $\frac{1}{2}$ - 2 años	Control de esfínteres
Iniciativa	3 - 5 años	Locomoción
Laboriosidad	6 - 9 años	Escolaridad
Identidad - Rol	10 - 19 años	Relacionamiento.
Intimidad	20 - 44 años	Relación de pareja
Generatividad	45 - 59 años	Capacidad de cuidados a otros
Integridad	60 y más.	Reflexión de vida

En el CVI vemos que sucesos son los mas comunes según la edad del paciente y debemos realizar el "consejo anticipado".

El ciclo vital familiar (CVF) se centra en el grupo familiar, cambia de acuerdo a la etapa en que está pasando nuestro paciente. Se inicia con la formación de la pareja, no depende de la edad de los integrantes, y avanza según los acontecimientos que van ocurriendo en la pareja (nacimiento del primer hijo, salida del hogar de los hijos, fallecimiento de uno de los cónyuges).

CICLO VITAL FAMILIAR

ETAPA	Hasta	CRISIS
Formación de la pareja	Nacimiento 1er hijo	Independencia
Crianza inicial de hijos	30 meses del 1er hijo	Adaptación emocional
Familia con niños preescolar	6 años del 1er hijo	Educación
Familia con niños escolares	10 años del 1er hijo	Aceptar separación.
Familia con hijos adolescentes	18 años del 1er hijo	Apoyo
Familia plataforma de lanzamiento	Ultimo hijo deja la casa	Sx. "nido vacío"
Familia de edad media	Fin del periodo laboral	Superar salida de los hijos
Familia anciana	Desde muerte de uno de los cónyuges	Aceptación, duelo Enf. Crónicas.

En el CVF se realizan los cambios de etapa según la edad del primer hijo en las primeras etapas. La etapa de lanzamiento se determina por el ultimo hijo, ya que es cuando la pareja queda nuevamente sola.

Dentro de los ciclos vitales, ya sea el familiar o el individual, tenemos lo que se denominan las "crisis", entre ellas están las crisis normativas, que son problemas esperables o que hasta pueden

considerarse normales dentro del ciclo de la vida (ejemplos: nido vacío, embarazos, nacimientos, muerte de familiares mayores, jubilación, mudanza) y las crisis para normativas, que son los problemas no esperables (suicidio en el grupo, accidentes de tránsito, hijos que se fugan del hogar, embarazo de una hija adolescente, delitos en la familia, pérdida de trabajo, hospitalización, separación de la pareja, muerte repentina, consumo de drogas). Estos instrumentos de la medicina familiar, no son de uso exclusivo de esta especialidad, ya que con ellos podemos mejorar el relacionamiento con el paciente y su familia, mejorar el conocimiento de la patología y su origen, y así ayudar con mayor eficiencia a nuestros pacientes y sus familiares.

d) Apgar Familiar

El Apgar familiar es un instrumento que mide la funcionalidad del grupo familiar, aunque no existe un cuestionario que pueda utilizarse en forma absoluta, es el único instrumento que tenemos y que nos ayuda a conocer la percepción de un integrante de la familia con respecto al grupo. Hay que destacar que la percepción de cada integrante puede ser muy diferente en una misma familia.

Al paciente se le realiza 5 preguntas, a lo que se le pide que responda con: sí, a veces, o no, y se cuantifica con 2, 1 ó 0 puntos respectivamente. Al contestar las cinco preguntas, se suman los valores y se puede llegar a lo siguiente: 0 a 3 puntos es una familia disfuncional severo; 4 a 7 puntos es disfuncional leve y 8 a 10 puntos es funcional.

Esto sirve para guiar al médico en problemas funcionales familiares, no para diagnosticarlo. En caso de que sea disfuncional severo es recomendable derivar a terapia familiar.

El cuestionario es el siguiente:

<p style="text-align: center;"><u>APGAR FAMILIAR</u></p> <ol style="list-style-type: none">1) Adaptabilidad (Estoy satisfecho con la ayuda que recibo en mis preocupaciones y problemas?)2) Compañerismo (Estoy satisfecho en la forma que se discute asuntos de interés común y se comparte la solución de los problemas?)3) Autonomía (Estoy satisfecho con la forma en que aceptan mis deseos de realizar nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida?)4) Afecto (Estoy satisfecho en la forma en que nos expresamos afecto y responden a mis sentimientos de amor, tristeza, etc?)5) Compartir (Estoy satisfecho con la calidad y cantidad de tiempo que compartimos juntos?)

Bibliografía

- 1) Ceitlin, Julio. Curso Universitario de Especialización en Medicina Familiar. Centro Privado de Medicina Familiar. FCM – Universidad de Buenos Aires. 2001.
- 2) McWhinney, I; A Textbook of Family Medicine, 1989. Revisión en español de Roger Ruiz Moral. Ediciones Doyma/Mosby. 1996
- 3) de Mestral, E. y colaboradores. Manual de Bioética. EFACIM. Paraguay. 2006.
- 4) Cantale C. Curso Básico de Medicina Familiar. Medicina Centrada en el Paciente. FCM – Universidad Buenos Aires. 2003.
- 5) Taylor, Robert B, y asociados. Medicina de Familia. Principios y Práctica. 5ta Edición. 2003.
- 6) Martín Zurró, A; Cano Pérez J; Atención Primaria. Conceptos, Organización y Práctica Clínica. 4ta. Edición. Mosby/ Doyma Libros. 2001.
- 7) PROFAM. Programa de Educación a Distancia de Medicina Familiar y Ambulatoria. Esteban Rubinstein. 2da Edición. 2001.
- 8) Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Rubinstein Adolfo y Colaboradores. 1ra Edición. Editorial Panamericana. 2001.

6

LEGISLACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES

Dra. Miriam Riveros Ríos

Innegablemente los adultos mayores componen una franja etaria susceptible de discriminación, abusos, malos tratos y hasta olvido de parte de la sociedad y las familias en un gran porcentaje, es por lo cual que apartir del siglo XX exactamente en 1982 se inicia una toma de conciencia y se realiza la I Asamblea Mundial sobre el envejecimiento celebrada en Viena teniendo como ejes temáticos la orientación en las esferas de la independencia, la participación, los cuidados, la realización personal y la dignidad.

Hasta la realización de la II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento celebrada en Madrid en el año 2002 pasaron veinte años en los cuales se produjo una revolución de la longevidad. La

esperanza media de vida al nacer ha aumentado 20 años desde 1950 y llega ahora a 66 años, y se prevé que para 2050 haya aumentado 10 años más.

Esto unido con la mayor toma de conciencia de las políticas de estado mundiales generaron también en nuestro país la creación del proyecto de ley que proteja, ampare y defienda los derechos de los adultos mayores, se tomaron en cuenta para la realización de la misma las recomendaciones para la adopción de medidas de la II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, se organizan con arreglo a tres orientaciones prioritarias: las personas de edad y el desarrollo; fomentar la salud y el bienestar hasta llegada la vejez; y crear entornos propicios y favorables.

Es así que en abril del año 2002 se crea la ley 1885 de los adultos mayores aprobada luego de 5 años en marzo del 2007, a continuación partes de la misma.

LEY 1885/02

Artículo 1°.- La presente ley tiene por finalidad tutelar los derechos e intereses de las personas de la tercera de edad, entendiéndose por tales a los mayores de sesenta años.

Artículo 2°.- Las disposiciones de esta ley deberán interpretarse en interés de las personas de la tercera edad que residan en el territorio nacional. La presente ley es de orden público.

TÍTULO II DE LOS DERECHOS

Artículo 3°.- Toda persona de la tercera edad tiene derecho a un trato digno y no ser objeto de discriminación de ninguna clase para ejercer funciones públicas o privadas, salvo las incapacidades físicas o mentales especialmente previstas en la ley. Igualmente, tendrá prioridad en la atención a su salud, vivienda, alimentación, transporte, educación, entretenimiento y ocupación, así como en la percepción oportuna de sus haberes, si los tuviere.

Goza del pleno ejercicio de sus derechos civiles, comerciales y laborales en igualdad de condiciones con los demás sujetos de crédito, sin que la edad constituya impedimento alguno para contraer obligaciones ante terceros.

Artículo 4°.- El Estado concurrirá al logro del bienestar social de las personas de la tercera edad, garantizando el ejercicio de sus derechos y velando para que aquellas que se encuentren en situación de vulnerabilidad, carezcan de familia o se encuentren abandonadas, sean ubicadas en lugares públicos o privados y se les ofrezcan programas de servicios sociales intermedios.

TÍTULO III DE LOS ÓRGANOS DE APLICACIÓN DE LA PRESENTE LEY

Artículo 5°.- El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social es el órgano estatal que tendrá a su cargo la aplicación de la presente ley y cumplirá las siguientes funciones:

- a) en el marco de esta ley y su reglamentación por el Poder Ejecutivo, ejecutar políticas destinadas a mejorar la calidad de vida de las personas de la tercera edad;
- b) generar oportunidades crecientes para que los adultos mayores puedan actualizar y reconstruir sus potencialidades, encarar sus circunstancias, elaborar con anticipación respuestas a los problemas relativos a su exclusión social, participar activamente en beneficio de la comunidad y hacer que sus experiencias contribuyan y sean útiles a la formación de las nuevas generaciones;
- c) promover la descentralización a través de la participación de las gobernaciones y de los municipios de la República, así como de las organizaciones de la sociedad civil;
- d) elaborar e impulsar programas específicos que beneficien a las personas de la tercera edad en coordinación con los demás Ministerios e instituciones privadas;
- e) incentivar la participación del sector privado en la atención a las necesidades derivadas del proceso de envejecimiento del ser humano, coordinando las acciones con el sector público;
- f) fomentar la integración de la persona de la tercera edad en el seno del hogar;
- g) prestar asistencia técnica, supervisar y fiscalizar a entidades privadas con y sin fines de lucro que se dediquen a la atención y bienestar de las personas de la tercera edad;
- h) crear acciones y programas de prevención de la salud física, psíquica y social del adulto mayor, mediante un sistema de información de los servicios públicos y privados, de los mecanismos de acceso a dichos servicios y de los programas de educación de toda la población en general y de prevención social en particular;
- i) incentivar la formación de recursos humanos en el área de la atención del adulto mayor;
- j) contar con un registro de las instituciones dedicadas a la atención de las personas de la tercera edad; y
- k) promover la vinculación con organismos nacionales e internacionales y, en general, con toda institución o persona dedicada a beneficiar a las personas de la tercera edad y celebrar con ellas contratos o convenios para ejecutar proyectos o acciones de interés común.

Artículo 6°.- El Ministerio de Educación y Cultura introducirá en los planes de educación formal de la etapa escolar básica, capítulos especiales que respondan a la valoración, respeto y solidaridad del educando hacia las personas de la tercera edad. Propiciará la integración del educando a las organizaciones creadas dentro de su comunidad que tengan por finalidad la atención a las personas de la tercera edad.

Artículo 7°.- El Estado y las municipalidades, en sus respectivos presupuestos, proveerán los rubros necesarios para financiar los planes y proyectos que beneficien a las personas de la tercera edad.

TÍTULO IV DEL PARENTESCO Y LA OBLIGACIÓN DE PRESTAR ALIMENTOS

Artículo 8º.- Es obligación de los miembros de la familia asistir y proteger a las personas de la tercera edad que sean parientes de la misma, en la forma establecida en el Libro I, Título III, Capítulo XII, del Código Civil.

TÍTULO V DE LA COMPETENCIA Y DEL PROCEDIMIENTO

Artículo 9º.- Serán competentes para entender en los juicios por prestación de alimentos a favor de las personas de la tercera edad, los jueces de paz de todo el territorio de la República.

Artículo 10.- En cuanto al procedimiento, se aplicarán las disposiciones contenidas en el Libro IV, Título IV, del Código Procesal Civil.

El recurso de apelación se interpondrá ante el respectivo Juez de Paz y será resuelto por el Juez de Primera Instancia en lo Civil y Comercial, cuya decisión causará ejecutoria.

Artículo 11.- El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, los gobiernos departamentales y municipalidades del país deberán promover la eliminación de las barreras arquitectónicas, para que las personas ancianas, especialmente las que sufren de discapacidades físicas, puedan movilizarse sin dificultad. Asimismo, arbitrarán los medios para la habilitación de transportes públicos con instalaciones especiales, a los mismos efectos

Es indispensable integrar el proceso del envejecimiento mundial, que está en curso de evolución, en el proceso más amplio del desarrollo. Las políticas sobre el envejecimiento deben ser examinadas cuidadosamente desde una perspectiva de desarrollo que incluya el hecho de la mayor duración de la vida y con un punto de vista que abarque toda la sociedad, tomando en cuenta las recientes iniciativas mundiales y los principios orientadores establecidos en importantes conferencias y reuniones en la cumbre de las Naciones Unidas.

La promoción y protección de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, incluido el derecho al desarrollo, es esencial para la creación de una sociedad incluyente para todas las edades, en que las personas de edad participen plenamente y sin discriminación y en condiciones de igualdad. La lucha contra la discriminación por motivos de edad y la promoción de la dignidad de las personas de edad es fundamental para asegurar el respeto que esas personas merecen. La promoción y protección de todos los derechos humanos y libertades fundamentales es importante para lograr una sociedad para todas las edades. Para ello, la relación mutua entre las generaciones debe cultivarse, acentuarse y alentarse mediante un diálogo amplio y eficaz.

Ahora en más debemos impulsar y poner en marcha los procesos para la implementación de dichas leyes, asegurar que sean cumplidas y crear una conciencia social de la necesidad e importancia de los adultos mayores en nuestro medio social y familiar.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento Madrid, 8 a 12 de abril de 2002 Naciones Unidas • Nueva York, 2002
- 2 *Informe de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Viena, 26 de julio a 6 de agosto de 1982* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: S.82.I.16), cap. VI, secc. A.
- 3 Ley 1885/02 Cámara de Senadores y Diputados de la República del Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, marzo 2007.

LA DIABETES EN EL ANCIANO

Dra. Gilda Benítez Rolandi

Debido a la alta prevalencia a nivel mundial la Diabetes es considerada hoy día como un problema de salud pública, los últimos datos aportan cifras de más de 240 millones de personas con diabetes en el mundo de las cuales el 90% corresponden a la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) (1,2) es conocido que la prevalencia aumenta con la edad y en nuestra población tenemos por encima de los 50 años una prevalencia del 10% y en mayores de 60 años supera el 15% (3).

En general la prevalencia de DM2 por encima de los 65 años se encuentra entre 10% a 17 % a nivel mundial, entre los 70 a 80 años: se produce el pico de incidencia de DM2 con 20% (4) , no solo aumenta la prevalencia de DM2 a partir de los 65 años sino la incidencia o sea la presentación de nuevos casos a razón de 0,5 a 1% por año, comparado con < 0,2% al año en sujetos de 25 a 45 años (5).

La Diabetes Mellitus se constituye entonces en una de las enfermedades más prevalente del anciano habiéndose incrementado en los últimos años por el aumento en la sobrevivencia de la población mundial, además la Tolerancia a la Glucosa inicia un deterioro o disminución a partir de los 40 años, teniéndose en este grupo aproximadamente 19% de IGT o prediabetes.

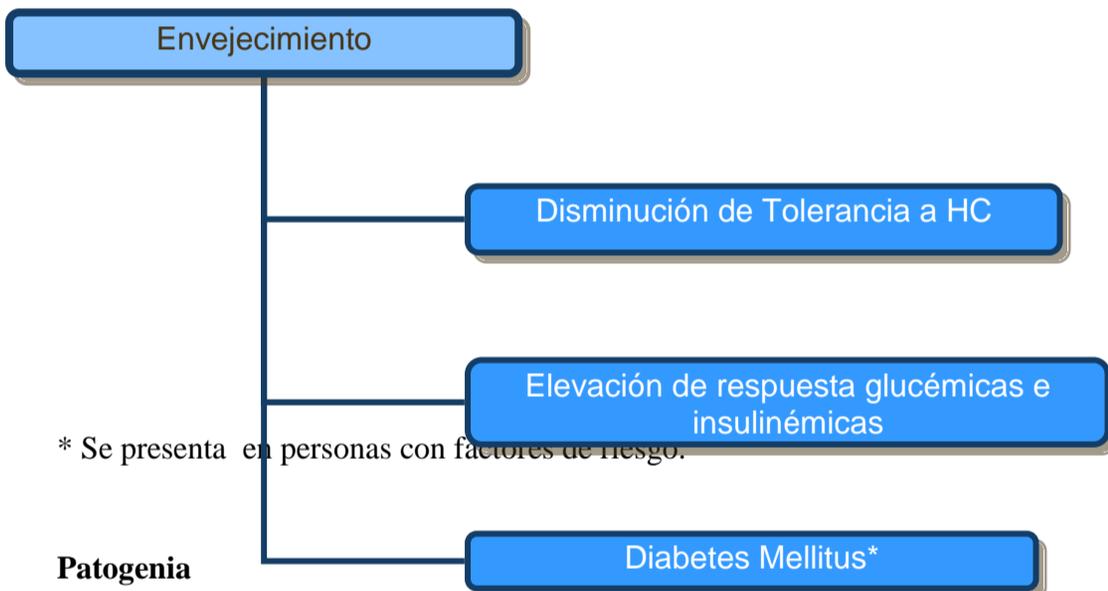
La importancia de la diabetes en el anciano viene determinada no solo por su elevada prevalencia sino también por su elevada morbi-mortalidad, difícil accesibilidad, frecuentes complicaciones y falta de programas específicos a todos los niveles asistenciales.

Prevalencia elevada de DM en el anciano esta determinada por:

- ✿ Disminución de la secreción de insulina, secundaria al deterioro de las células Beta pancreáticas.
- ✿ Menor actividad física
- ✿ Mayor adiposidad
- ✿ Coexistencia de enfermedades
- ✿ Polifarmacia

Es frecuente que en el anciano, exista una reserva insulínica que le permite estar compensado, pero ante situaciones de estrés (enfermedades, utilización de diuréticos tiazídicos, etc.) en las que aumenta el requerimiento de aquella, se manifiesta la enfermedad.

Situación metabólica que se presenta con el paso de los años:



A partir de los 40 años, por cada década de edad los niveles de glucosa en ayunas aumentan 1 a 2 mg/dl, pero las glucemias post prandiales se incrementa en 8 a 13 mgr/dl. (6) El metabolismo de los carbohidratos se va alterando a medida que pasan los años teniéndose una mayor hiperglucemia en los adultos como consecuencia de la supresión tardía de la producción hepática de glucosa y un decremento en la captación periférica (7). Esto trae como consecuencia una alteración patogénica primaria de insulinoresistencia (IR) o menor acción de la insulina, las insulinemias están elevadas por disminución del catabolismo hepático de la hormona, alteraciones

en la curva de secreción de la insulina, primera fase normal o baja y segunda fase de menor amplitud y prolongada en el tiempo.

La situación metabólica se precipita cuando coexisten factores adicionales como obesidad central, inactividad física, presencia de otras enfermedades, uso de fármacos diabetogénicos.

Los defectos que darían origen a la IGT serían sobre todo una disminución en un 34% del transporte de glucosa en los tejidos periféricos y pérdida de la masa muscular en un 30% (8) Otras hormonas también influyen en la homeostasis de la glucosa vinculada al envejecimiento, así se ha demostrado que en los ancianos existe a nivel hepático una sensibilidad aumentada al glucagón lo cual incrementa la hiperglucemia, la Hormona de crecimiento (GH) al contrario se halla disminuida por lo que no influye en el aumento de la glucemia incluso no se produce el incremento habitual matutino debido a la GH lo que también debe ser valorado durante el tratamiento (9,10).

Objetivos del tratamiento

Deben ser individualizados (características personales, familiares, sociales):

- ✿ Evitar síntomas de Hiperglucemia
- ✿ Evitar descompensaciones hiperglucémicas agudas
- ✿ Evitar hipoglucemias
- ✿ Prevenir complicaciones, sobre todo pie diabético

Formas clínicas de la Diabetes en el anciano:

Cuando hablamos de diabetes en el anciano podemos referirnos a dos situaciones diferentes, teniendo esto cierta importancia desde el punto de vista terapéutico y de control metabólico:

- **La diabetes en el anciano:** comprende a aquellas personas con diabetes, anteriormente conocidos y que franquean la edad de 65 años. Los avances en el tratamiento de la Diabetes han hecho que esto sea cada vez más frecuente.
- **La diabetes del anciano:** comprende los nuevos diabéticos, aquellos en que la situación metabólica aparece después de los 65 años.

La diabetes que aparece en el anciano afecta generalmente al sexo femenino (60-70%), tal vez por el mayor promedio de vida de las mujeres y por la mayor concurrencia de factores diabetógenos. Suele ser una diabetes oligosintomática, de comienzo solapado y frecuentemente asociada a la obesidad. Aunque puede debutar a través de la triada clásica (Poliuria-Polidipsia- Polifagia) y con pérdida de peso, no es la forma habitual de presentación en la población anciana. Las formas más frecuentes de presentarse son las siguientes:

□ Diagnóstico casual en el contexto de análisis de rutina o motivados por alguna enfermedad intercurrente o previo a intervención quirúrgica. Es cada vez más frecuente el diagnóstico casual sobre todo en personas con patología cardiovascular, pues el médico tratante los evalúa a fin de determinar la presencia de otros riesgos como la hiperglucemia, dislipidemia, etc.

□ Presencia de sintomatología inespecífica pero que hace sospechar la alteración metabólica hidrocarbonada, como pérdida de peso, astenia, prurito vulvar, incontinencia urinaria etc...

□ Presencia de complicaciones crónicas típicas de la Diabetes: como una polineuritis, paresia ocular, entre otras.

□ También pueden precipitar el diagnóstico la aparición de complicaciones agudas, más frecuente la situación hiperosmolar y menos la cetoacidosis.

En la mayoría de los casos, se llega al diagnóstico por exámenes de rutina, 78%, en un 8% por complicaciones de la DM y 14% por un episodio de Descompensación Aguda.

Factores a considerar para enfocar el tratamiento:

- ✿ Expectativa y calidad de vida del paciente
- ✿ Compromiso del paciente
- ✿ Problemas económicos
- ✿ Problemas de salud coexistentes
- ✿ Situaciones que dificultan la comunicación y el cumplimiento terapéutico: hipoacusia, disminución de la agudeza visual, pérdida de memoria, demencia, enlentecimiento psíquico, limitaciones para la movilidad
- ✿ Pluripatología, tratamientos múltiples que pueden influir en el control metabólico o dificultar el cumplimiento
- ✿ Dificultades familiares y sociales: hábitos muy arraigados, aislamiento social, soledad, falta de servicios de apoyo

Objetivos del Control metabólico: cuando el diagnóstico es realizado luego de los 65 años

Parámetro	Ideal	Aceptable	Malo
Glucemia en ayunas	< 120	125 - 199	> 200
Glucemia post prandial	< 140	140 – 250	> 250

HbA1c	< 6,5	6,6 – 10	> 10
IMC	< 26	26,1 – 28	> 28
Colesterol	< 200	< 250	> 250
Triglicéridos	< 150	< 200	> 200
Presión Arterial	< 130/80	< 150/90	> 150/90

Está demostrado que el mal control crónico aumenta la morbi-mortalidad cardiovascular, disminuye las funciones cognitivas sobre todo del área verbal, razonamiento abstracto y funcionamiento psicomotor

Tratamiento

- ✿ Educación Diabetológica
- ✿ Alimentación adecuada
- ✿ Actividad Física
- ✿ Tratamiento Farmacológico: Antidiabéticos Orales (ADO), Insulina
- ✿ Tratamiento de Factores asociados a la Diabetes: HTA, Obesidad, Dislipidemia, Hábitos viciosos

Educación Diabetológica: La educación es un derecho que tiene toda persona con diabetes y debería ser considerada parte de la atención médica de los servicios de salud públicos y privados.

Al recibir educación la persona con Diabetes se involucra activamente en el tratamiento, posibilita un control adecuado de la Diabetes disminuyendo los costos tanto hospitalarios como del tratamiento ambulatorio. La información es asimilada por cada persona en forma individual, se deben tener en cuenta las limitaciones físicas o psíquicas y es fundamental contar con la colaboración de la familia o de los cuidadores.

Actividad Física: debe ser practicada en forma regular y adaptada a las posibilidades de cada persona. Tener en cuenta los efectos de la vida sedentaria como disminución de la masa muscular, fragilidad de los huesos, tendones y ligamentos, escasa movilidad de las articulaciones, y los beneficios que la misma otorga: mejoría de la tolerancia hidrocarbonada, de la dislipidemia, la presión arterial, además disminuye la pérdida de masa ósea y muscular, mejora la circulación en miembros inferiores, tanto venosa como arterial, permite mayor autonomía, incrementa la sensación de bienestar físico y psíquico

Alimentación adecuada: al recomendar un tipo de alimentación debemos tener en cuenta que la persona anciana presenta ciertas características especiales a considerar.

✿ **Condiciones que pueden influir en la alimentación en ancianos:**

- Cambios en el sentido del gusto y del olfato
- Dificultades en la masticación
- Demoras en el vaciamiento gástrico (digestión lenta)
- Tendencia a la constipación
- Menor gasto calórico, que favorece al aumento de peso
- Mayor riesgo de deshidratación
- Dificultades para adquirir o preparar alimentos, por razones físicas y económicas
- Modificaciones del apetito por depresión
- Empleo de múltiples medicaciones
- Prejuicios o hábitos arraigados pero no recomendables

✿ **En la Diabetes se agregan :**

- Necesidad de horarios regulares
- Inclusión de frutas y verduras, que requieren más elaboración
- Evitar consumo excesivo de harinas
- Práctica regular de actividad física
- Asociación frecuente con otras patologías que requieren más cambios en la dieta

Los objetivos de la dieta están dirigidos al control de la glucemia, los lípidos y la presión arterial, se debe evitar la malnutrición, insistiendo en la ingesta de agua, calcio, vitaminas y folatos.

Recomendaciones nutricionales basadas en la evidencia

- Los alimentos que contengan Hidratos de Carbono (HC) de grano entero, frutas, verduras y leche descremada deben formar parte de una dieta saludable, la cantidad total de HC consumida es mas importante que el tipo, a pesar de que la sacarosa no aumenta la glucemia más que el resto de los HC complejos, las personas con diabetes deberán sustituirla por otras fuentes a fin de que no influya en el control metabólico.
- Los edulcorantes no nutritivos o no calóricos como la sacarina, ciclamato, aspartame, sucralosa, etc, son seguros siempre que no se supere la cantidad máxima establecida por la F.D.A.
- Si bien el consumo de alimentos de bajo índice glucémico (I.G.) reduce la hiperglucemia postprandial, no existe beneficio a largo plazo como para recomendar dietas de bajo I.G. como estrategia primordial de la planificación nutricional. La suma de HC y grasas monoinsaturadas

aportará entre un 60-70% del total de la ingesta calórica. Hay que considerar el contenido de la grasa teniendo en cuenta el perfil metabólico y la necesidad de perder peso.

- Se ha de fomentar la realización de dietas ricas en Fibra, pues mejoran la función intestinal y la absorción de glucidos, aunque no existe razón alguna para que los diabéticos consuman más que la población normal.
- Los individuos que reciban dosis fijas de insulina cada día deberán tratar de mantener un nivel uniforme de ingestión diaria de HC. (11,12)

Recomendaciones dietéticas en el anciano con Intolerancia a la Glucosa o Diabetes:

1. Asegurar aporte suficiente de proteínas
2. Usar leche descremada para disminuir el consumo de grasa. Se recomienda ½ l de leche diario o equivalentes en derivados
3. El pan puede ser blanco o integral, pero el integral le ayudará a aumentar el consumo de fibra.
4. Las legumbres se consumirán 1-2 veces a la semana
5. Las frutas pueden consumirse 3 – 4 por día de ser posible frescas y crudas También pueden consumirse en compota casera sin azúcar añadido
6. El pescado debe consumirse en más ocasiones que la carne vacuna.
7. Las carnes deben consumirse en menos ocasiones que el pescado y es preferible pollo sin piel ni grasa y carnes rojas solo 1 vez a la semana
8. Consumir 3 o 4 unidades de huevos a la semana, siempre que no existan alteraciones lipídicas.
9. Las verduras deben consumirse al menos 1 o 2 veces al día, preferentemente crudas aunque pueden ser cocidas
10. El aceite mas aconsejable es el de oliva. Pueden usarse otros aceites vegetales. Hay que controlar la cantidad si es preciso perder peso
11. Utilizar formas de cocinado sencillas: vapor, plancha, hervido etc. y usar todo tipo de especias para hacer la comida mas sabrosa. No freír ni guisar las comidas

La dieta del paciente anciano con diabetes no difiere de la del adulto no diabético, con una proporción de HC (40-60%), Grasa (30-40%). Puede aumentarse el consumo de grasas monoinsaturadas. La ingesta proteica (15-20%), es algo mayor (1-1,2 g/kg). La ingesta de fibra 20-30 g/día no difiere de otras edad y la de sal no debe superar los 3 g/día.

Tratamiento farmacológico

Los fármacos utilizados en el tratamiento de la Diabetes, no sustituyen a una alimentación apropiada y a los cambios en el estilo de vida, sino más bien constituyen una etapa dentro del tratamiento.

El tipo de fármaco a ser utilizado debe ser elegido en forma individual para cada persona teniendo en cuenta:

- ✓ *Del paciente: la edad puede ser un factor que decida entre uno u otro antidiabético oral, como así mismo el peso (Índice de Masa Corporal) y la presencia o no de complicaciones crónicas de la Diabetes.*
- ✓ *Del fármaco: se tendrá en cuenta el tiempo de acción, las vías de eliminación, los efectos colaterales y la interacción que pueda tener con otros fármacos.*

Hipoglucemiantes orales

Deben considerarse en el paciente anciano cuando con la dieta y el ejercicio no se consiga un adecuado control tras un periodo razonable (4-6 semanas)

Sulfonilureas :

Constituye uno de los grupos más utilizados, estimulan la secreción de insulina a nivel de la célula Beta. Se recomienda evitar las de acción prolongada (glibenclamida) por el riesgo de producir hipoglucemias severas y prolongadas. Se aconseja comenzar con dosis bajas e incrementos progresivos basándose en los controles de glucemia. Debido a que muchos ancianos están polimedcados, no se deben olvidar las posibles interacciones con las sulfonilureas. La glimepirida es de fácil dosificación por ser de una toma diaria y tener menor incidencia de hipoglucemias, teniendo también igual seguridad la gliclazida.

El principal efecto adverso de las sulfonilureas es la hipoglucemia siendo la glibenclamida la más asociada a ella por la presencia de metabolitos activos que prolongan el efecto hipoglucemiante, el cual se ve facilitado por el uso concomitante de fenitoina, clofibrato, anticoagulantes, metrotexate, salicilatos y consumo de alcohol

Dosis: Gliclazida de 80 a 240 mgr/día, Glimepirida de 1 a 6 mgr/día. (13, 14)

Meglitinidas:

Como representantes de este grupo de insulinosecretores están la repaglinida y la nateglinida, tienen un rápido inicio de acción (30 min.), deben administrarse en forma preprandial, su principal efecto secundario es la hipoglucemia pero con menor incidencia que con las sulfonilureas, pueden reducir su efecto los dicumarínicos, las tiazidas, los corticoides y potenciarlo los inhibidores de la monoamino-oxidasa, los salicilatos entre otros. Se debe empezar siempre con dosis bajas e ir aumentadolas según respuesta pudiendo omitirse una dosis si no se realizará la comida correspondiente.

Dosis: Repaglinida de 0,5 a 16 mgr/día (15,16)

Biguanidas – Metformina:

Son fármacos insulinosensibilizadores que actúan a nivel periférico y al mismo tiempo disminuyen la producción hepática de glucosa, es eficaz en monoterapia y produce descensos de glucemias y de hemoglobina glicada similar a las sulfonilureas, está indicada como primera opción en el tratamiento de diabéticos obesos, pero aún no existe consenso sobre la edad límite para su uso algunos grupos sugieron no prescribirla en mayores de 65 años y otros la recomiendan incluso hasta los 70 años sin olvidar sus contraindicaciones como enfermedades pulmonares crónicas, insuficiencia cardiaca, hepática, desnutrición importante y en forma absoluta la insuficiencia renal. La acidosis láctica es el efecto adverso más grave, con una mortalidad de aproximadamente el 50% pero casi todos los casos son a consecuencia de respetar las contraindicaciones del fármaco, otros efectos secundarios son diarrea y sabor metálico.

Dosis: de 425 a 2.250 mgr/día. (17, 18)

Glitazonas:

Pertenecen al grupo de sensibilizadores de la insulina, por lo general se utilizan en terapia combinada con otros antidiabéticos orales, deben ser indicados teniendo muy en cuenta las contraindicaciones tanto absolutas como relativas, así no se recomiendan en insuficiencia hepática o incluso elevación leve de transaminasas, insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, dolores osteomusculares y anemia, aún no hay suficiente información sobre el empleo en ancianos.

Dosis: Pioglitazona de 15 a 45 mgr/día, Rosiglitazona de 2 a 16 mgr/día (19,20)

Inhibidores de la Alifagluosidasa:

Actúan a nivel intestinal inhibiendo o disminuyendo la absorción de glucosa con posterior reducción de picos postprandiales, son fármacos seguros en el anciano por no producir hipoglucemia.

El efecto secundario más frecuente son las alteraciones gastrointestinales (flatulencia, meteorismo, etc.) siendo aconsejable incrementar la dosis de forma progresiva para evitarlas. Debe ser administrada con el primer bocado, reducen su efecto los antiácidos, a pesar de ser absorbida apenas 1 – 2% no es recomendable su uso en insuficiencia hepática o renal (creatinina sérica mayor a 2 mgr/dl), puede ser utilizada en terapia combinada con otros antidiabéticos orales o con insulina

Dosis: Acarbosa 25 a 300 mgr/día (21)

Insulina

Está indicada en los excepcionales, pero posibles, casos de DM1 y puede ser necesaria en pacientes con DM2 por diversas circunstancias como:

- Contraindicaciones para el uso de hipoglucemiantes orales (insuficiencia renal o hepática, problemas digestivos...)
- Presencia de procesos intercurrentes que provocan descompensación de la glucemia, pudiendo ser necesario el uso temporal de la insulina
- Fracaso del tratamiento con dieta-ejercicio e hipoglucemiantes orales, no alcanzando los objetivos de control.
- Descompensaciones hiperglucémicas agudas

Tipos de Insulina

a- Origen:

- Humana.
- Porcina (posee un aminoácido diferente a la humana).
- Bovina (posee tres aminoácidos diferentes a la insulina de origen humano).
- Análogos (obtenidos por cambios en los aminoácidos de la insulina humana).

b- Tiempo de Acción:

- Ultrarápida
- Rápida
- Semilenta o intermedia
- Lenta

La insulina rápida es llamada también cristalina o neutra. La insulina semilenta es conocida como NPH o intermedia.

Existen en uso insulinas preparadas con mezclas de ambos tipos de insulina: rápida e intermedia, en diferentes proporciones. Ejemplo: a) 20% de rápida y 80% de intermedia, b) 30% de rápida y 70% de intermedia. Estas son las llamadas insulinas premezcladas (PM).

c- Concentración:

- 40 unidades por cc.
- 80 unidades por cc.

- 100 unidades por cc.

Dosis de Insulina

La dosis de insulina varía de 0,1 a 1 U. Kg./peso, debiendo siempre iniciarse con menos de lo que corresponde e ir aumentando en forma paulatina de acuerdo al control metabólico. La dosis habitual en monoterapia debe ser distribuida 60% antes de desayuno, 40% antes de cena y modificar según controles; en terapia combinada con fármacos orales se recomiendan dosis de 0,1-0,2 UI/kg en dosis nocturnas.

No olvidar que la dosis de insulina para cada persona es individual y depende también de la sensibilidad de los receptores.

Complicaciones de la Terapia con Insulina

1. Hipoglucemia

Es la más frecuente de las complicaciones, posibles causas: alimentación insuficiente, errores en la administración, dosis excesiva, ejercicio físico sin precauciones.

2. Alergia

Local: se presenta como una lesión eritematosa pruriginosa en el sitio de inyección, puede desaparecer espontáneamente en unas semanas.

Generalizada: es una reacción aguda se presenta a los pocos minutos de la inyección, es poco frecuente y puede ir desde una urticaria hasta un shock anafiláctico.

3. Lipodistrofia

Atrófica: complicación frecuente, más en niños y mujeres, se manifiesta por desaparición de la grasa subcutánea en el sitio de inyección, sobre todo con el uso de insulinas menos purificadas.

Hipertrófica: se presenta por una hipertrofia primero del tejido graso y luego del tejido fibroso, aparece por lo general cuando el sitio de inyección no es cambiado diariamente.

4 Infección en el sitio de inyección

Son muy poco frecuentes siempre que la persona mantenga mínimas condiciones de asepsia.

5- Otras

Edema insulínico: se presenta en extremidades inferiores en personas con hiperglucemia crónica, una vez compensada la alteración metabólica, se debe a cambios en la reabsorción renal de sodio, cede a los pocos días con restricción de sodio en la dieta.

Cambios de refracción del cristalino: los cambios bruscos e importantes de glucemia producen modificaciones en la hidratación del cristalino dando lugar a alteraciones en la visión, estas son transitorias pasan en aproximadamente un mes, son totalmente reversibles.

Actualmente con los nuevos sistemas disponibles para la inyección de insulina como lapiceras portátiles, se ha facilitado la administración en los ancianos con diabetes. Pero en todas las ocasiones, se debe tratar de involucrar a familiares o cuidadores habituales, pues la colaboración de los mismos es muy recomendable.

Terapia Combinada

Consiste en utilizar antidiabéticos orales entre sí o con insulina, mejorando la eficacia del tratamiento, se constituye en una buena opción para el inicio de insulino terapia en el anciano. Combinar siempre fármacos con mecanismos de acción diferentes, con el fin de alcanzar efectos aditivos y potenciados. En algunos pacientes valorar la posibilidad de dar fármacos orales durante el día e insulina antes de acostarse, en una experiencia realizada en el Servicio de Semiología Médica del Hospital de Clínicas con una dosis de insulina Glargine sola o combinada en mayores de 60 años, se obtuvo una mejoría de la hemoglobina glicada de aproximadamente 1,8% en un lapso de 3 meses hasta 1 año de tratamiento, siendo lo más importante la excelente tolerancia y adhesión al esquema (22)

La terapia de la Diabetes en la persona anciana se constituye hoy día en un desafío, debiendo el médico de familia, el internista e incluso el especialista mantenerse actualizado en relación a los avances que la ciencia aporta a través de numerosas investigaciones científicas.

Bibliografía

- 1- MacCarty D, et al. The Rising global burden of diabetes and its complications: Estimates and projections to the year 2010 .Diabetic Med 1997;14:35 – 47.

- 2- Donovan D, Epidemiology of diabetes and its burden in the world and in the United States. En Poretzky L., Principles of Diabetes Mellitus 1ra edición. Springer Academic Publishers 2002: 107 – 121.
- 3- Jimenez JT, Palacios M, Cañete F, Barriocanal LA, Medina U, Figueredo R, et. Al. Prevalence of Diabetes Mellitus and Associated Cardiovascular Risk Factors in an Adult Urban Population in Paraguay. Diabetic Medicine 1998; 15: 334 – 338.
- 4- Harris M, Flegal KM, Cowie C, et al. Prevalence of Diabetes , impaired fasting glucosa and impaired glucosa tolerante in US adults: The Third Nacional Health and Nutrition Examination Survey, 1988 – 1994. Diabetes Care 1998; 21:518.
- 5- Herman W, Sinnock P, Brenner E, et al. An epidemiologic model for diabetes mellitus: incidente, prevalence and mortality. Diabetes Care 1984; 7:367.
- 6- Fernández M, DM en la tercera edad. Med Clin 1987; 88:490-493
- 7- Robert J, Cummins J, Wolfe R, et al Quantitative aspects of glucosa production and metabolism in health elderly subjects. Diabetes 1982; 31: 203.
- 8- Gulve E, Henriksen E, Rodnick K, et al. Glucosa transporters and glucosa transport in skeletal muscles of 1 – to 25 mo- old rats. Am J Physiol 1993; 264: E319.
- 9- Meneilly GS, Elia D, Minaker K, Rowe J. The Dawn phenomenon does not occur in normal ederly subjects. J Clin Endocrinol Metab 1986; 63:292
- 10- Rosenthal M, Argoud G, Absence of the dawn glucose rise in non diabetic men compared by age J. Gerontol Med Sci 1989;4:57.
- 11- The Diabetes and Nutrition Study: group of the european association for the study of diabetes (EASD). Recommendations for the nutritional management of patients with diabetes mellitus. Eur J Clin Nutr 2000; 54: 353-355.
- 12- Sheard NF, Clark NG, Brand-Miller JC, Franz MJ, Pi-Sunyer FX, Mayer-Davis E, et al. Dietary carbohydrate(amount and type in the prevention and management of diabetes (a statement by the american diabetes association). Diabetes Care 2004; 27: 2266-22712
- 13- Riddle Mschneider J.Beginning Insulin Treatment of Obese Patients with evening 70/30 Insulin plus glimepiride vs Insulin aline. Diabetes care 1998, 7 (21): 1052-1057.
- 14- Buse J.Draeger KE et al. Long-Term Treatment of Type 2 Diabetic Patients with New Oral Antidiabetic Agent Glimepiride: A Double Blind Comparison with Glibenclamide. Horm Metab Res 1996;28: 419-425
- 15- Scheen AJ. Treatment of no insulin diabetes mellitus in the 1990 Drugs 1997 54:355-368.
- 16- Dunn CJ, Faulds D. Nateglinide. Drugs. 2000;60:607-615
- 17- Bell & Hadden. Diabetes management in the 21st century multiple therapeutic Endocrinol Metab Clin. 1997;26:523-537.

- 18- De Fronzo, et al. Efficacy of metformin in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med.* 1995; 333:541-549
- 19- Henry. Thiazolidionas. *Endocrinol Metab Clin.* 1997;26:553-573;
- 20- Gitlin, et al. The role of conjugation in hepatotoxicity of troglitazone. *Ann Intern Med.* 1998;129:36-38
- 21- American diabetes association. *Medical Management of Type 2 Diabetes.* 4th ed. Alexandria, 1998:1-139.
- 22- Palacios M, Benítez G, Benítez S, Barriocanal L, Cañete F, Jiménez JT, Experiência com insulina Glargina sola o combinada em DM2 em mayores de 60 años. *Anales de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna* 2006.

EVALUACIÓN DEL ADULTO MAYOR

Dra. Elena de Mestral de Giménez

1. Generalidades

La evaluación 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. (1) El manejo del paciente geriátrico, debe integrar acciones de promoción (medidas higiénico-dietéticas), de prevención de enfermedades y discapacidades.

La evaluación incluirá la historia clínica y la historia socioeconómica. En un adulto joven no preguntamos con quien vive o sus relaciones antes de examinarle la garganta, en cambio en el mayor empezamos siempre por su historia de vida, su situación social.

Es imposible evaluar un anciano en una sola consulta y mucho menos si ésta es de corta duración. Lleva tiempo que se desplacen de la sala de espera al consultorio (oportunidad para observar como se levanta de la silla y como camina), generalmente viene acompañado de un familiar y de su cuidador (es muy importante que el cuidador esté presente en la consulta), son varios en hablar, además de que a veces no recuerdan enseguida todo lo que quisieran preguntarnos.

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

2. Antecedentes de salud

Realizar una revisión de los antecedentes patológicos del paciente. Se deben buscar automáticamente para ser descartadas: las afecciones cardiovasculares (HTA, arritmias, insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica), la diabetes mellitas y sus complicaciones, la disminución de la visión y de la audición, las afecciones osteoarticulares (artrosis, osteoporosis), las depresiones o trastornos de memoria.

Ya en la primera consulta se debe realizar una Evaluación social: edad, estado civil, la escolaridad, la historia laboral, su situación económica actual, con quien vive, quien le ayuda, cuántos hijos tiene y si se relaciona con ellos, etc. (ver cuadro VI)

3. Hábitos

Reparar la lista de los medicamentos con sus dosis. Es importante que en cada consulta se vuelva a preguntar esta lista, para verificar el

SALUD BUCO DENTAL

Dra. Elena de Mestral de Giménez

La salud de la cavidad bucal es de mucha importancia para la alimentación. En Paraguay, las personas adultas mayores presentan muchos problemas en su dentadura, ya que en un gran porcentaje de esta población es desdentada parcial o total, es decir, perdió sus dientes naturales debido a factores socioeconómicos y a una limitada educación formal.

Los factores que tienen un rol primordial son: el sentido del gusto, el sentido del olfato, la secreción salivar y la masticación. Al contrario de la visión y de la audición, el gusto y el olfato son los dos sentidos que resisten mejor al envejecimiento, pero al igual que los diferentes órganos y sistemas del cuerpo humano, todos los tejidos de la boca sufren cambios importantes con la edad.

Diversos son los factores responsables de la desnutrición en los ancianos pero es evidente que un estado dental deficiente, una prótesis mal adaptada, la higiene insuficiente o algún dolor en la boca serán obstáculos para mejorar la alimentación.

El mantenimiento de la salud buco-dental necesita a menudo un esfuerzo considerable y sobre todo constante.

Modificación de la percepción sensorial

- La sensibilidad gustativa declina un poco con la edad. El flujo salivar disminuye muy poco en la persona de edad pero un deterioro de la salud general, algunos medicamentos o ciertos tratamientos pueden ser la causa de la sequedad de la boca. También existen cambios de preferencias: los ancianos aprecian más las concentraciones fuertes en sal o en azúcar.
- Existen disminución de la sensibilidad olfativa con la edad, perturbación de la evaluación de la calidad y del carácter agradable de los olores, responsables de la modificación de la capacidad a identificarlos y a nombrarlos (2). Si además existen modificaciones de las capacidades cognitivas e intelectuales en particular de la memorización de estímulos olfativos, puede alterarse la calidad de vida y aumentar el riesgo de accidentes (detección de fugas de gas, del humo o posibilidad de alimentos vencidos).

Sin embargo, las células sensoriales periféricas se renuevan en todo lo largo de nuestra vida: las olfativas en 25 a 30 días. Persiste entonces una capacidad a reconocer los alimentos y existe en permanencia una adaptación posible del gusto a nuevos alimentos. Todo esto, nos hace suponer que la falta de apetito manifestada a veces en la persona de edad está más bien ligada a una falta

de deseo que a una falta de gusto. Entonces, la disminución de la sensibilidad es una excusa falsa para mantener una alimentación monótona en los ancianos (3).

- El envejecimiento buco-dental: los dientes se desgastan con el uso o roce, se manchan con los colorantes naturales de los alimentos y sufren pequeñas rajaduras, las encías pierden levemente su elasticidad, causando disminución en la sensibilidad y cambios en la apariencia de los dientes (1). Además, factores tales como la atrofia de la musculatura, la sequedad bucal, la pérdida de dientes así como las prótesis mal adaptadas predisponen a una función de masticación insuficiente en los ancianos. Así, el número de movimientos de la masticación necesarios antes de deglutir es el doble en los pacientes que tienen sequedad de boca o en los que tienen prótesis totales (2). Pero debe considerarse que la edad avanzada no conlleva a la pérdida de los dientes, ya que el esmalte, la dentina y el cemento que conforman dichas piezas, son los tejidos más duros del organismo y, por lo tanto, se espera que permanezcan en la boca toda la vida. Esto, siempre que se consulte frecuentemente al odontólogo y se mantenga una adecuada higiene oral (1). Las caries están ligadas especialmente al consumo de azúcar pegajosa y aceleran esta degradación la falta o la mala higiene buco-dental. La abrasión de las superficies dentales, por mal oclusión o por bruxismo, entrena la pérdida progresiva del órgano dental por usura de la superficie de oclusión, frotamiento lateral y descubierta de la cavidad pulpar. A menudo aumentadas por la menopausia o por enfermedades como la diabetes, las consecuencias del envejecimiento buco-dental terminan principalmente en la pérdida de dientes, que es vivida como “la antecámara de la prótesis”. En efecto, la aplicación de una prótesis dental móvil es a menudo resentida como uno de los primeros signos del envejecimiento.

Entre las enfermedades más comunes de la cavidad bucal se encuentra la candidosis que puede aparecer en los adultos mayores con prótesis dentales (bajo la prótesis o en las comisuras de los labios), con disminución del flujo salivar o en tratamiento a largo plazo con antibióticos, inmunosupresores, etc. (4). El tratamiento con antimicóticos es eficaz (por ejemplo: fluconazol 50 MG/día durante 7 a 14 días).

Conclusión

La preservación de las funciones de alimentación y de la comunicación pasa por la observancia precoz de las reglas de alimentación, de la higiene buco-dental diaria, y por la necesidad de cuidados conservadores que permiten de diferir la instalación onerosa de la prótesis dental. Es necesario mantener una buena hidratación y tener en cuenta los medicamentos y las enfermedades que producen sequedad de boca.

Consejos prácticos:

- Evitar las golosinas aisladas, en particular los azúcares pegajosos, o por lo menos realizar un cepillado dental inmediato

- Cepillado dental después de cada comida, durante 3 minutos.
- Cepillado de la prótesis, y colocación de la misma, durante una hora diaria, en una solución de clorexidina diluida. Cepillado de mucosas con un cepillo suave.
- Visite regularmente su dentista

Bibliografía

1. Salud buco dental en personas adultas mayores (sitio Internet). MSc. Liliana González Umaña (Especialista en Rehabilitación Integral del Paciente Discapacitado, Universidad de Costa Rica). MSc. Olga Marta Murillo Bolaños (Especialista en Manejo del Paciente Geriátrico, Universidad de Costa Rica).
2. Dr Martine Cattareli y Dr Brigitte Hüttengerger – Nutrición et Alimentation de la Personne âgée Institut Danone – Mars 1988 – Page 6,9,10,11.
3. Ejvind Budtz – Jogensen – L'appetit passe par les yeuz, puis par la bouche. « Des années à savourer » XXX anniversaire de la Polyclinique de Gériatrie. Hôpitaux universitaires de Genève 1996
4. Manuel Merck de Geriatrie. Primera Edition Française. Editions d'Après, 1996

TRANSTORNOS DEL SUEÑO EN LOS ADULTOS MAYORES

Dra. Elena de Mestral de Giménez

Se define como la dificultad para conciliar el sueño o mantenerlo, o como la alteración de los patrones de sueño que hacen que sea insuficiente y no reparador.

Más de una tercera parte de las personas mayores de 65 años tienen algún tipo de problema al dormir. Su prevalencia es mayor en las mujeres (1).

El proceso del envejecimiento puede influenciar el sueño (continuidad, duración o profundidad), ya sea directa (envejecimiento de los mecanismos de regulación) o indirectamente (eventos biológicos o sociales relacionados con la edad). Lo más significativo es la disminución de la cantidad y de la duración del sueño delta y el aumento en la frecuencia y duración de los despertares nocturnos.

Despertar durante la noche y dormir menos es frecuente en los ancianos, pero no siempre representa un problema; algunas personas tienen un periodo nocturno de vigilia habitual e incluso productiva, que se compensa con una siesta diurna. De todos modos, las alteraciones del sueño requieren ser cuidadosamente evaluadas y tratadas, ya que pueden conducir a somnolencia, fatiga y deterioro de las funciones durante el día, lo cual compromete la calidad de vida.

Clasificación:

- Según el DSM IV los trastornos del sueño pueden ser primario (sin causa aparente y durante al menos 1 mes) y secundario a enfermedades psiquiátricas. A su vez son subdivididas en Disomnias y Parasomnias. Las disomnias conciernen la perturbación en cuanto a la cantidad, la calidad o el horario del sueño (insomnio, hipersomnia y trastornos del ritmo vigilia-sueño). En las parasomnias hay un elemento anormal durante el curso del sueño (pesadillas, terror nocturno (2)). Pero sabemos que tanto las enfermedades físicas como las psiquiátricas deterioran la calidad del sueño. Las cardiopatías, el dolor crónico, los problemas respiratorios (disnea nocturna o apnea del sueño por bronquitis crónica, enfisema pulmonar), la depresión suelen ser los trastornos subyacentes del insomnio. A su vez, la falta de sueño agrava el trastorno físico y emocional.
- Otra clasificación sería: Insomnio de conciliación, de fragmentación, de despertar temprano (típico en estados depresivos) (2).
- También se puede clasificar según el tiempo de duración insomnio transitorio (1-3 días), a corto plazo (3 semanas, situaciones de estrés agudo como duelo, enfermedades, pérdida del trabajo) e insomnio a largo plazo (generalmente secundario).

Tratamientos específicos

- Establecer una rutina y horarios metódicos para acostarse y levantarse.
- Limitar de las horas para estar en la cama.
- Evitar las siestas ocasionales y desordenadas que llevarán luego a una inversión del ritmo nictemeral.
- Programar ejercicios físicos durante el día ya que el ejercicio eleva el metabolismo, aumenta la energía, mejora el humor y da calidad del sueño.
- Los baños calientes y otras técnicas de relajación estimulan el sueño profundo especialmente cuando las tensiones y reflexiones retrasan el sueño.
- Tratar las micciones nocturnas (nicturia) puede ser beneficioso ya que, con la edad, lleva mas tiempo volver a conciliar el sueño después de haberse despertado. También es conveniente beber más líquidos por la mañana y disminuirlos por la noche.
- Evitar la cafeína (disminuye el descanso, retrasa el comienzo del sueño, lo hace más liviano e incrementa la somnolencia diurna), la nicotina (sueño mas superficial, apnea del sueño por enfermedad pulmonar) y el alcohol. si bien la ingesta de alcohol puede provocar

somnolencia, también el sueño puede hacerse más superficial, y los movimientos y la temperatura del cuerpo pueden aumentar cuando avanza la noche. Durante el sueño el alcohol inhibe la función de las vías aéreas superiores y, por consiguiente, empeora la apnea del sueño, problema habitual entre las personas de edad.

- **Fármacos:** los descongestivos nasales tienen efecto estimulante central prolongado y pueden interferir con el sueño. Los fármacos que afectan la función de los neurotransmisores alteran el ritmo del sueño (beta bloqueantes, beta agonistas, antidepresivos estimulantes, hormonas tiroideas). Los efectos colaterales de otros fármacos como antiarrítmicos y broncodilatadores pueden afectarlo severamente. Los diuréticos interrumpen el sueño. Los sedantes administrados durante el día pueden disminuir la energía y la agudeza mental así como recortar la amplitud del ciclo normal sueño-vigilia.
- **Diario del sueño:** a veces resulta útil que el paciente registre diariamente a lo largo del mes: las horas reales en cama, las horas estimadas de sueño, a que hora apagó la luz y trató de dormir, la hora que se levantó, las siestas diurnas. Como el insomnio es subjetivo; el diagrama puede determinar si hay progreso o no en el tratamiento, y así también a cooperar con el mismo (4).

Tratamiento farmacológico

El tratamiento medicamentoso deberá ser breve y a bajas dosis. Debemos tener siempre en cuenta las indicaciones, las contraindicaciones, el tiempo de administración y suspenderlos en forma gradual para evitar el efector rebote. Pero sobre todo evaluar cual es el más adecuado para cada paciente y para cada situación en particular.

En el insomnio primario se recomienda especialmente los hipnóticos de última generación o las BZD de vida media corta (Zolpidem 5-10 MG, Zopiclona 7,5 MG), Eszopiclona 2 mg o ultracorta (midazolam 7,5-15 MG). Algunos antihistamínicos como la difenhidramina pueden ser de utilidad, sin embargo por su efecto anticolinérgico pueden causar confusión en los mayores.

En situaciones de insomnio asociado a trastornos psiquiátricos se utilizarán en combinación con antidepresivos (Amitriptilina 10-25 MG a la noche) o neurolépticos (por ejemplo la Tioridazina 10MG o la Levomepromazina en pequeñas dosis a la noche) solos o de manera adyuvante.

Para los casos de insomnio de conciliación están indicadas las BZD acción corta o ultracorta y para el insomnio de fragmentación las BZD de vida media intermedia. En el insomnio asociado a una depresión utilizar las BZD hasta que estos actúen (3 – 4 semanas).

En cuanto a la melatonina hay mucha controversia para el control del sueño y del ritmo circadiano; según D. Garfinkel y col. del Centro Médico Wolfson de Holon, Israel, 2 MG de Melatonina son significativamente superiores al placebo para obtener mejoría del sueño. Según el autor, la melatonina producida por la glándula pineal durante las horas nocturnas desempeña un papel fundamental en la regulación del ritmo circadiano así como del patrón del sueño y vigilia. En

cambio la “American Sleep Disorders Association” desaconseja su utilización ya que no ha estado aprobado por la FDA (4).

Debe evitarse el uso de BZD de acción prolongada en los ancianos (diazepán, clonazepán, flunitrazepán) ya que pueden causar sedación excesiva, caídas y aumento en la incidencia de fractura de cadera.

Bibliografía

1. Guía Clínica para atención primaria a las personas adultas mayores, Primera edición, Marzo 2002
2. Jacques Montplaisir et Roger Godbout. Troubles de sommeil et de la vigilance en Libro Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-sociale Lalonde, Grunberg et coll. Ed. Gaëtan Morin, 1988.
3. DSM IV, Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales.
4. Manual Merck de Geriátría, Primera Edición

CAÍDAS EN LOS ADULTOS MAYORES

Dra. Elena de Mestral de Giménez

Definición

Es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad. Puede ser repentina e involuntaria, referida por el paciente o por un testigo. (OMS)

Las Caídas en el Adulto Mayor es uno de los Grandes Síndromes Geriátricos (Inestabilidad), representando un problema mayor con importantes consecuencias médicas, sociales y económicas.

A menudo no son identificadas en la consulta, ya que el interrogatorio o el examen clínico no comprenden habitualmente una evaluación de las mismas. A veces son los mismos pacientes los que no quieren comentarlas por temor a que se les disminuya o modifique sus actividades (como por ejemplo: no levantarse solo, o usar algún medio auxiliar).O aún cuando la caída es puesta en evidencia, existe el riesgo de que el médico y/o el paciente la atribuya a un proceso normal del envejecimiento y en consecuencia no se busca ni se trata las causas.

Epidemiología

La prevalencia varía en función de la edad del paciente, su fragilidad, y el lugar de residencia (si vive solo en su domicilio, con su familia, en un hogar de ancianos.)

Son factores de mal pronóstico: la edad avanzada, la permanencia durante tiempo prolongado en el suelo, el sexo femenino. la pluripatología, la poli medicación., el deterioro cognitivo. El 30 % de los adultos mayores cae al menos una vez al año y la mitad de los que caen lo hacen de forma reiterada. Es más frecuente en mujeres (seguramente ligada a su mayor esperanza de vida) y en ancianos institucionalizados. Entre los mayores de 80 años que viven en su domicilio, el 50 % sufre al menos una caída al año. Además, hasta un 20 % de los mayores hospitalizados por cualquier causa cae durante el período de hospitalización. (1)

Etiología

Generalmente las caídas son multifactoriales, pueden ser factores de riesgo intrínsecos (con relación a la persona) y extrínsecos (con relación al ambiente).

Factores Intrínsecos: anomalías del equilibrio y de la marcha en relación a la edad o a una enfermedad.

1. Cambios producidos por el envejecimiento

- Déficit Sensorial:
 - La agudeza visual, la adaptación a la oscuridad, la acomodación disminuidas por la edad y por enfermedades (glaucoma, cataratas, degeneración macular).
 - Problemas del oído interno en estrecha relación con la pérdida del equilibrio, los vértigos (disfunción vestibular).
 - Disminución de la sensibilidad táctil.
- Pérdida de la masa muscular
- El tiempo de reacción frente a un estímulo está alargado.
- **La modificación en la forma de caminar:** Se camina más lento, con disminución del polígono de sustentación, disminución del balanceo de los brazos, disminuye la elevación de los pies, cifosis. 15% de los ancianos presenta la marcha senil.

2. Procesos Patológicos

- **Enfermedades que alteren la marcha o el balance:** las Enfermedades Neurológicas, como: las parálisis y hemiparesias, Parkinson, la Hidrocefalia a presión normal. Las Enfermedades Osteomusculares, entre ellas: artritis, artrosis, las deformaciones de los pies o de la espalda pueden producir dolor y desestabilizar la marcha,
- **Deterioro de funciones intelectuales:** depresión, demencia, estado confusional, insomnio, trastornos del comportamiento, agitación, confusión aumentan la exposición a caídas.
- **Enfermedades cardiovasculares:** hipotensión ortostática (3% de las caídas)
- **Gastrointestinal** disminución de la tensión arterial (diarreas, hemorragias, síncope vasovagal postdefecación.
- **Enfermedades osteomusculares** (citadas anteriormente)

- **Incontinencia urinaria**, ya que mojan el piso y pueden resbalar. **Nicturia**, por tener que levantarse varias veces a la noche estando aun somnolientos.
- **Trastornos endocrino metabólicos:** deshidratación, hipoglucemia y trastornos tiroideos.
- **El Descondicionamiento físico.**
- **Los medicamentos:** hipotensores y sedativos (benzodiazepinas, antidepresivos, diuréticos, neurolépticos). El riesgo aumenta con el número de medicamentos.
- **Factores agudos:** las infecciones y la deshidratación.
- **El abuso del alcohol:** influye sobre el equilibrio, la marcha y las funciones intelectuales.

Factores extrínsecos: están implicados en un 30 a 50 % de las caídas (3). Pueden ser: **Ambientales y Situacionales**

- Pisos irregulares, húmedos y resbalosos
- Poca claridad
- Escaleras inseguras
- Calzados mal adaptados
- Mobiliario inestable, obstáculos, como: alfombras, cables eléctricos
- Las sillas y las camas muy bajas
- Los espacios públicos. La mala conservación de pavimentos y aceras, los obstáculos en las mismas, etc., no facilitan especialmente la movilidad peatonal.
- El transporte público no adaptado (escalerillas excesivamente altas, escaso tiempo de subida y bajada, ausencia de asideros, etc.).

Diagnóstico del Problema:

Es importante valorar las consecuencias a corto y largo plazo, identificar los factores intrínsecos y/o extrínsecos, y establecer medidas preventivas eficaces.

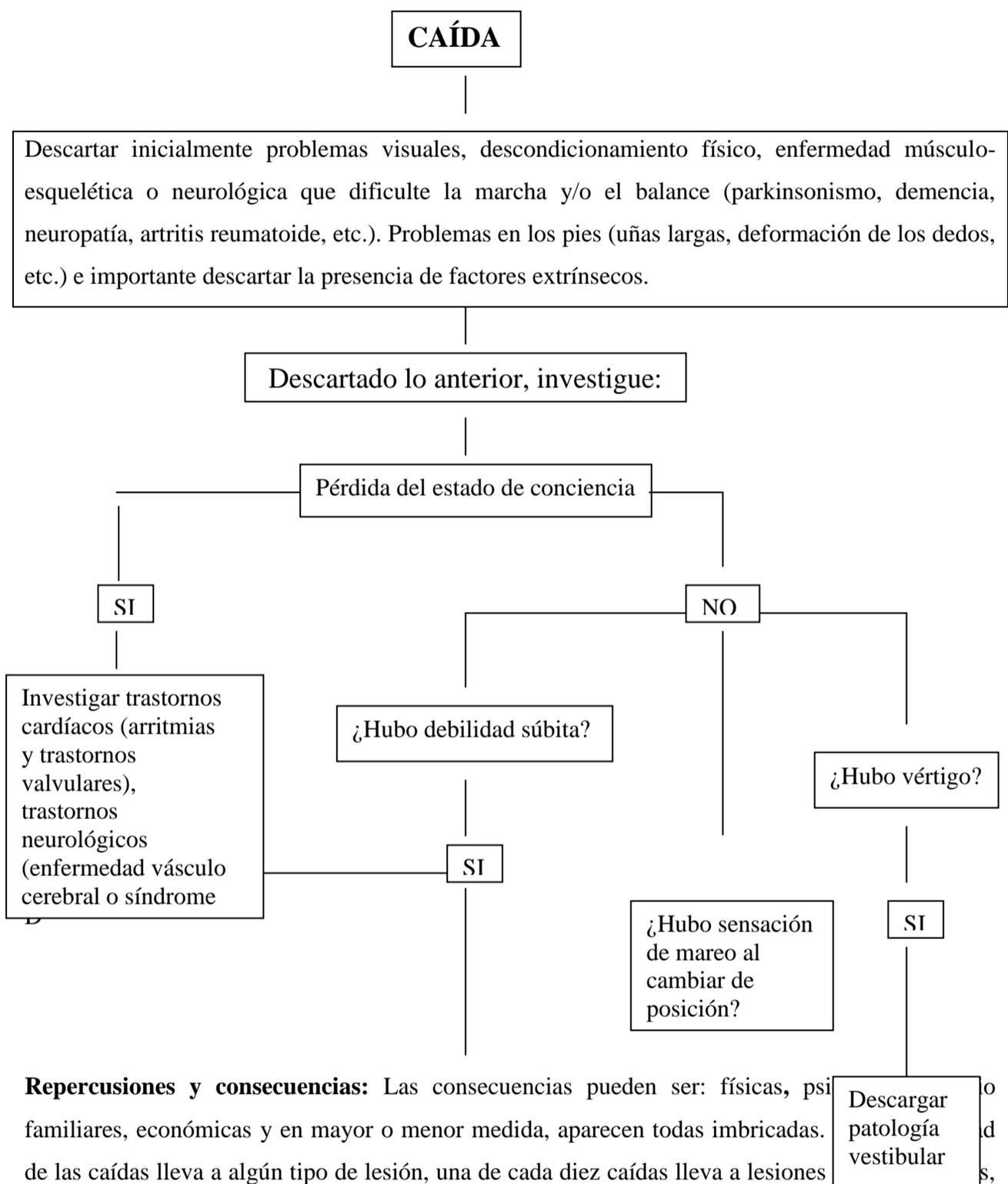
Realizar un adecuado interrogatorio al paciente, cuidador y/o familiar, sobre los diferentes aspectos buscando analizar la posible participación de factores que pudieron estar asociados.

Luego vienen las valoraciones mas especializadas: evaluación biomédica, mental, funcional, nutricional. Los estudios complementarios que pedimos son: hemograma completo, glucemia, función renal, electrolitos, perfil tiroideo, vitamina B12, ECG. Y de acuerdo con la etiología que sospechamos, pediríamos: EEG; Holter, TAC de cráneo, Doppler de carótidas, entre otros (2).

Cabe recordar en este capítulo la Valoración del equilibrio y la marcha: mediante la “Prueba cronometrada de Levántate y anda” (Timed get up and go), que es muy utilizada en Geriátría: Se le pide al paciente que se levante de la silla, camine 3 metros, dé la vuelta y se siente de nuevo. Se cronometra el tiempo empleado. Tiempos superiores a 20 segundos aconsejan valoraciones más intensivas 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 de las actividades de la vida diaria. (1) (Ver Diagrama).

Diagrama: Diagnóstico Etológico de las Caídas (1)



luxaciones, etc.) que pueden generar complicaciones importantes (inmovilidad prolongada, etc.). (4)

Con la caída se constata muchas veces la puesta en marcha de una cascada de complicaciones.

Complicaciones Físicas:

1. Fracturas: El 5-8 % de las caídas pueden producir fracturas en los adultos mayores de la comunidad. El porcentaje aumenta con la edad, el sexo femenino y en los hogares de ancianos. Así vemos que en mayores de 75 años el 40% de las mujeres que caen se fracturan y solo el 27% de los hombres.

La fractura de cadera es la más frecuente y la que mayor morbimortalidad presenta. Le siguen las fracturas de antebrazo y las pélvicas.

Por eso es importante evitar y tratar la Osteoporosis, manteniendo también una actividad física regular.

Es importante nombrar aquí los Traumatismos craneoencefálicos, poniendo especial atención al Hematoma subdural, subagudo o crónico

2. Otra complicación de las caídas es la Permanencia prolongada en el suelo. El 50% de los mayores que se cae necesitan ayuda para levantarse, y un 10% permanece en el suelo durante largo tiempo (4).

Los factores de riesgo son: la edad superior a 80 años, la dependencia funcional, la disminución de fuerzas en miembros inferiores, los trastornos del equilibrio, los mayores que viven solos o con un nivel de supervisión y cuidados socio familiares escasos.

Las consecuencias son: deshidratación (ayuno, vómitos, diarreas, taquipnea, etc.), rhabdomiólisis (necrosis muscular, liberación de mioglobina, riesgo de insuficiencia renal aguda), infecciones (neumonía). También la hipotermia (TR < 35° C.) con sus complicaciones cardiovasculares (arritmias) e infecciosas (neumonías).

3. Lesiones de partes blandas: contusiones, heridas, desgarros musculares, etc., que en la mitad de las caídas pueden pasar desapercibidas.

Recordemos que las contusiones costales, aún sin fractura, son muy dolorosas, modifican la mecánica ventilatoria y pueden condicionar complicaciones infecciosas respiratorias graves.

4. El Síndrome de Inmovilidad que traerá como consecuencia: pérdida de fuerza y masa muscular, contracturas articulares, riesgo de úlceras por presión, trombosis venosa profunda, alteraciones respiratorias, digestivas, psicológicas, etc.

Consecuencias psicológicas: En un 25% de los mayores que ha sufrido una caída vemos un cambio de comportamiento y de actitud, se le denomina síndrome post-caída o síndrome de Kennedy (4). Se caracteriza por la restricción de la movilidad (alentada, en muchas ocasiones, por la familia y profesionales sanitarios) y el miedo a volver a caer (introversión, pérdida de relaciones, cuadros depresivos).

Consecuencias familiares y socioeconómicas: La familia ocupa un papel muy importante para identificar los factores etiológicos. Es importante que los familiares y cuidadores se involucren en la rehabilitación (salir a caminar con el adulto mayor, controlar que haga sus ejercicios, o el buen uso de los auxiliares de la marcha), evitando en lo posible la inmovilidad, el uso de la silla de ruedas.

Habrá que tener también en cuenta el costo de la dependencia funcional que queda luego de la caída (rehabilitación, cuidadores, residencias, etc.).

Tratamiento

Las intervenciones para las caídas deben actuar: en la prevención del problema y en el tratamiento específico de la causa de la caída.

Conclusión:

Algunas personas consideran que una dificultad a la marcha y una movilidad reducida forman parte de la vejez, pero una marcha anormal puede ser provocada por problemas subyacentes, susceptibles de ser tratados y a veces eliminados. Entonces, mismo si no todos los factores intrínsecos pueden ser reversibles, la modificación de alguno de ellos puede ser suficiente para mejorar la situación. Entre ellos, el tratamiento del dolor, la corrección de los problemas de visión, y la adaptación de los medicamentos.

La fisioterapia puede mejorar la fuerza, la movilidad y el equilibrio. También se debe recalcar la importancia de los medios auxiliares y tratar de mejorar las condiciones ambientales.

Bibliografía

1. 1- Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores, OPS, Primera edición, Marzo 2002.

2. Loew F. Chutes: Attitude diagnostique. « Des années à savourer ». Département de Gériatrie. HUG. Nov. 1996.
3. Manual Merck de Geriatria. 2ª Edición. 2001.
4. GEROSAGG 2004; Vol. 2 Num.3 Caídas en el anciano

Otra Bibliografía Recomendada

5. Evaluación del Anciano con Caídas de repetición. Grupo de Trabajo de caídas de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Fundación Mapfre Medicina. 2ª Edición. 2001.
6. Guillén Llera, F y cols. Sds y Cuidados en el paciente geriátrico. Masson, 1994.
7. Ribera Casado, JM y cols. Geriatria en Atención Primaria. 2ª Edición.

LA DIGNIDAD DE LA PERSONA AL FINAL DE LA VIDA

Dra. Elena de Mestral de Giménez

Antes, los mayores morían en su casa, rodeados de su familia, y entre los objetos, los muebles, las fotos, y los recuerdos, que contaban la historia de una vida y mantenían la presencia hasta la última hora.

Actualmente se muere en los hospitales y ya raramente en la casa. Los primeros se caracterizan por ser lugares impersonales y asépticos, que no llevan ningún trazo del medio donde hemos vivido y de los seres con quienes hemos compartimos nuestra vida. La muerte tiene lugar en sitios dotados de una tecnología compleja, que permite el prolongamiento de la existencia biológica de los pacientes terminales, y bien lejos del momento en donde ellos hubiesen podido ser conscientes de su propia muerte y amos de los últimos momentos de su vida. Estamos hablando del modelo bio-médico-hospitalario-agudo y crónico.

¿Tenemos derecho a hablar de “pérdida de dignidad” cuando se permite que la mirada de los demás interfiera sobre la imagen de sí mismo?

En el inicio del tercer milenio, nuestra sociedad parece estar dominada por la imagen de las apariencias, privilegiando la estética y el éxito profesional. Al mismo tiempo se trata más bien de rechazar la muerte, las enfermedades, la vejez misma. Existe un fenómeno de individualización cada vez más marcado, donde el hombre trata de alejarse de las leyes que le son impuestas, como por ejemplo: la educación, la religión, tratando de crear sus propias leyes. En este contexto, el ocuparse de la vejez puede ser percibido, a veces como poco útil, sin estatus preciso; a veces solamente tolerado por principios morales. La vejez es entonces calificada como “muerte social”. De esta forma, el enfermo, el anciano, el impedido físico o mental difícilmente encuentra su lugar y puede sentirse con facilidad “indigno”. Aquél, influenciado por estas visiones negativas de la sociedad, dirá: “Vale más morir que soportar las degradaciones que engendran la enfermedad o la vejez!”, “Ya no sirvo para nada”, “Soy un peso para los otros”, “¿Para qué seguir viviendo?”, “Quiero dejar a mis hijos una imagen digna: la imagen de una persona humana”.

La expresión “morir en la dignidad” representa un sentido extremadamente diferente para cada uno de nosotros. Algunos reivindican con fuerza el recurso a los Cuidados Paliativos, con el fin de controlar eficazmente el dolor y el sufrimiento de los enfermos en fase terminal. Otros favorecen la eutanasia o el suicidio asistido, sosteniendo que es más humano y moralmente justificable poner fin, rápidamente y sin dolor, a la vida de personas que sufren. Pero yo me pregunto: ¿será que el dolor termina cuando el paciente muere?.

El acompañamiento de las personas con enfermedades en fase terminal permite a estos pacientes “vivir su muerte”, de la misma forma que han vivido su vida, conservando el respeto de sí mismo y de los demás, y la dignidad de ser una persona viva antes de ser una muerta. Por ello, hay que respetarlas y comprenderlas. De hecho, una persona moribunda no debe volverse un espejo, puesto que no es el reflejo de nuestra muerte lo que tenemos delante de nosotros. Debemos entonces aprender a dissociar el moribundo de nuestra propia persona con el fin de realizar un buen acompañamiento. Morir debería ser entonces un acto de vida, de integración y un acto de comunicación. Podremos esperar mejorar algo en el final de la vida de un paciente cuando sepamos responder a sus necesidades, tanto físicas, psicológicas, sociales como espirituales; es decir, según la globalidad de la persona. Los derechos del enfermo en su fase de enfermedad terminal se resumen en ser tratado como ser humano hasta la muerte.

Según la OMS, los Cuidados Paliativos son cuidados activos y completos, dados a los enfermos en quienes la afección no responde a un tratamiento curativo. La lucha contra el dolor y otros síntomas, y la consideración de problemas psicológicos, sociales y espirituales, son primordiales. El objetivo de los Cuidados Paliativos es obtener la mejor calidad de vida posible para los pacientes y su familia. Están centrados en la vida y consideran que morir es un proceso normal; no aceleran ni retardan la muerte. (1)

La práctica de la medicina paliativa implica varias características, donde vemos reflejados los principios fundamentales de la bioética.

- El alivio de los síntomas mayores (aspectos físicos) con la frecuente utilización de la morfina. El tratamiento del dolor correctamente administrado, de manera progresiva y controlada, no acelera la muerte. La integración de aspectos sociales, psicológicos, y espirituales en el cuidado de enfermos; es decir, la consideración del sufrimiento en su totalidad (Principio de Beneficencia).
- El acompañamiento del (al) entorno durante la enfermedad del paciente y después de su muerte (ver cuadro I).

- La prioridad del paciente se vuelve la prioridad del equipo tratante (Principio de Autonomía).
- La consideración de aspectos éticos ligados a la particularidad de cada situación, teniendo siempre en cuenta el respeto a la vida y a su término natural (Principio de No maleficencia).
- La búsqueda de medios apropiados para ayudar al enfermo y a su familia, y una constante evaluación de la situación.
- Poner en común competencias y objetivos en un espíritu de respeto a la interdisciplinariedad, con particular atención al acompañamiento, a la formación continua del equipo tratante, y a la prevención del cansancio extremo (“burn out”).
- También forman parte los voluntarios que deseen aportar alivio al enfermo y a su familia. Ellos tienen el rol de confortar, por medio de su presencia atenta, al entorno social y afectivo del enfermo y a su familia.

La Ética de los Cuidados Paliativos hace del alivio del sufrimiento físico una prioridad y una exigencia. Igualmente, es también prioridad el acompañamiento social, psicológico, y espiritual. Las investigaciones son practicadas en la medida en que ellas puedan modificar la actitud terapéutica, en el sentido de un beneficio suplementario para el paciente. Son consideradas como contrarias a este espíritu dos actitudes: el encarnizamiento terapéutico y la eutanasia. El encarnizamiento terapéutico puede ser definido como la actitud que consiste en continuar una terapéutica pesada con intención curativa, que tiene como objeto el prolongamiento de la vida sin tener en cuenta su calidad, siendo que no existe ninguna esperanza razonable de obtener una mejora del estado del enfermo. Es la obstinación por curar, que conduce a condiciones de vida extremadamente penosas, difíciles de soportar por el paciente y su entorno.

Por Eutanasia se entiende la administración voluntaria de un medicamento a un enfermo (o la omisión de una acción), con el objeto de abreviar su sufrimiento, y que pone fin a su vida rápidamente.

CONCLUSIÓN:

Tiene entonces un sentido la vida del paciente con una enfermedad en fase terminal ?

El final de la vida es un período importante de la existencia, permitiendo terminar un ciclo, en la alegría de estar rodeado de familiares y amigos. Para el mayor, es la ocasión de una última etapa de descubrimiento, de madurez y de aceptación de sí mismo. Una oportunidad, tal vez, para

reconciliarse con algunos de los suyos. Para la familia, poder acompañar de esta forma hace que el trabajo de duelo sea más fácil y que ella experimente menos sentimientos de culpabilidad.

No existen barreras netas entre lo curativo y lo paliativo. Si no podemos curar, podemos siempre aliviar. En cada etapa de la vida y de la enfermedad el paciente requiere cuidados adaptados a su situación particular, prodigados por profesionales competentes. La escucha y la observación al paciente permitirán saber de qué manera y en qué momento conviene hablarle de la realidad de su enfermedad, caminando a su ritmo en un clima de veracidad, conscientes de la ambivalencia de cada uno: paciente, familia, y profesionales.

El desarrollo de los Cuidados Paliativos y el manejo de los morfínicos permitirán en el futuro un acompañamiento digno a los ancianos en su fase terminal. Según Therése Vanier, “los cuidados paliativos es lo que nos queda por hacer cuando se cree que ya no hay nada que hacer”.

En el siguiente capítulo, pasemos a desarrollar el tema del dolor en los ancianos en esta etapa final, ya que este síntoma se encuentra presente en más del 80% de estas situaciones y, muchas veces, los médicos no estamos completamente entrenados en la evaluación y el tratamiento del mismo.

Bibliografía

1. Twycross, R.G. – Asistencia al Paciente en fase Terminal. Triángulo. Revista Sandoz. Vol. N° 32, N° 3, 1994
2. Kübler- Roos E. Internet: <http://hospiz.at/Sterbephasen.html>
3. Kübler-Roos E. Sobre la muerte y los moribundos. Grijalbo editorial, Barcelona. 1975
4. Bertolino M, Bruera E, Castillo G, De Lima L, Fernández A, Granda C, Moncyo-Eikhof R, Montejo G, Moyano J, Pruvost M, Quesada Tristán L, Rico Pasos M A, Schöeller M T, Cuidados Paliativos: Guías para el manejo clínico, OPS, Marzo 1998
5. La Biblia, Eclesiasta 3,2

Otras Bibliografías

Bandera Florido A, Aranda J M, Fuentes López T, Corredera Guillén A, Rodríguez G. La Muerte Digna. 1998

Chiren F. La Prise en Charge et le Retour a Domicile de la Peronne Agée. Travail escrit de synthese. Institut de Formation en Ergotherapie de Montpellier. 1999

Clerc B. Le Chemin du Passeur, Travail présenté pour l'obtention du Certificat du Cycle de Gérontologie, Ecole bon Secours, Soins Infirmiers. Genève. 1997

Cuidados Paliativos en el Paciente Oncológico – Pautas de Tratamiento – Unidad de Cuidados Paliativos – Facultad de Medicina – Universidad de la República - Montevideo – Uruguay – Agosto 2001

De Mestral E, Monografía: Geriatría: Cuidados Terminales, FCM – UNA, 1998

De Mestral-Giménez E, La Hidratación al final de la vida, Revista Paraguaya de Gerontología y Geriatría, N° 13, 1999

Documento de la Primera Reunión del Mercosur sobre Disponibilidad de Opioides y tratamientos Paliativos – OPS – 20 y 21 de junio 2002 – Montevideo

Documento de la OMS: Estupefacientes y sustancias sicotrópicas. Logrando equilibrio en las políticas nacionales de fiscalización de opioides. 2001

Ensemble contre la douleur. Internet: www.sans-douleur.ch

García Yanneo E, Asistencia al morir, el movimiento “hospice”, Revista Quirón, vol 27 N°3, 1996. Uruguay

Gomas J M: Le malade en fin de vie et le medecin generaliste. Ed du Cerf, Paris, 1994

Gomas J, M, Soigner à domicile des malades en fin de vie. Ed du Cerf. Paris 1993

Infokara, Revue internationale francophone de soins palliatifs. Société Suisse de médecine et de soins palliatifs, Ed Médecine & Hygiène, Años 1996 al 2001

Lubich Chiara (fundadora del Movimiento de los Focolares u Obrea de María), Mensaje al Congreso de Adultos Mayores: Una sociedad para todas las edades, Movimiento Humanidad Nueva, Año Internacional del Adulto Mayor, Montevideo, 1999.

Manuel Merck de Geraitrie, Primera Edición, Ed. D’Après, 1996, pag 164 a 170

Mediano Ortega L, Fernández Canti G, El Burnout y los Médicos, Un peligro desconocido, 2001, España

Myre A, La enfermedad: Dios quiere que suframos?, Edición Ciudad Nueva, 1996

Neuenschwander N; Steiner N; Stiefel F; de Stoutz N; Humbert N; St. Laurent-Gagnon T: Médecine palliative en un coup d’oeil – Editor: Ligue suisse contre le cancer – Año 2000

Norma de Enfermería, Programa nacional de alivio del dolor y cuidados paliativos a pacientes con cancer, Ministerio de Salud, Chile, 1998

Pillot J, Malades en fin de vie...quelle écoute?, Association l’Autre Rive, Grenoble, 1994

Sitio internet sobre los Cuidados Paliativos: <http://www.paliativos.com/>

Sociedad española de Cuidados Paliativos. Internet: <http://www.secpal.com/>

Steiner N. Soins Palliatifs á Domicile. Cahier des Resumés de la Societé Suisse de Soins Palliatifs. Genève. 1997

Steiner N, Luchsinger V. Equipe Mobile de Soins Palliatifs de Genève. Revue Médicale de la Suisse Romande 1997; 117; 249-253.

Steiner N, Guide Pratique de Soins Palliatifs, Centre de Soins Continus, Institutions Universitaire de Geneve, Suisse, edition 1994

Regnard C, Hockley J, Lassaunière J M. Guide pratique de Soins Palliatifs. Soins Palliatifs à l'Hôtel Dieu. Paris

Roy D, Rapin Ch-H, Les anales de Soins Palliatifs, Centre de Bioethique, Institut de Recherches Cliniques de Montreal, Collection Amaryllus N° 1 Les Defis, 1992, N° 2 Douleur et antalgie, 1994

EI DOLOR EN LOS ADULTOS MAYORES

Dra. Elena de Mestral de Giménez

Sensación desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial, o descrita como si esas lesiones existiesen (Internacional Asociación for te Study of Pain). El dolor es un fenómeno complejo, multifactorial y subjetivo.

Factores familiares, sociales y culturales pasados o presentes pueden modificar las reacciones de una persona frente al dolor.

Epidemiología

Son pocas las admisiones por dolor en adultos mayores. Además, la disminución de las dosis de analgésicos utilizados en ellos y los mitos del dolor en los ancianos conducen a un subtratamiento del mismo y a esto contribuye la ausencia de evaluación. Entre estos mitos encontramos:

“El dolor educa” (hay que sufrir para crecer...), “el dolor salva” (el dolor paga nuestras culpas...), “el dolor es un signo de debilidad” (un hombre de verdad no se queja de dolor...), “claro que le va a doler si está recién operado o porque tiene cáncer o porque está internado”, “el dolor forma parte del envejecimiento.

Reglas para el tratamiento del dolor

- Es necesario creer al paciente que tiene dolor ya que el dolor es siempre subjetivo y tener en cuenta que aliviar es siempre una urgencia
- Debemos formarnos en la evaluación del dolor, no solo en cuanto a su localización, sino también en cuanto a la intensidad. Para ello veremos que existen evaluaciones simples para cada caso. No es lo mismo dar un esquema de analgésicos y no controlar en pocos días (o horas en el caso del alivio de dolores por cáncer!), la efectividad que nos permitirá adaptar los medicamentos.
- Tratar la causa del dolor toda vez que sea posible
- Utilizar dosis correctas, a horarios continuos, según la Escalera OMS, ya que no es lo mismo tomar un Paracetamol con el desayuno, almuerzo y cena, sin respetar el tiempo de la duración de acción, y dejando muchas veces sin cubrir largas horas del día o de la noche. De esta forma, no lograríamos una analgesia efectiva permanente.
- Lo primero es tratar de disminuir el dolor para permitir conciliar el sueño, luego disminuir el dolor en reposo (sobre todo en dolores crónicos). Una vez aliviado, continuar el seguimiento del paciente hasta lograr prevenir la recidiva del dolor. Muchas veces los pacientes o los familiares alegan que no es necesario una analgesia ya que “solo le duele cuando se mueve”, incitando así a la inmovilidad o al aislamiento. Seguir adaptando la dosis para disminuir el dolor a la movilización
- Preferir los tratamientos por vía oral tratando de conservar las facultades intelectuales. Esto es de particular importancia en el caso de la morfina, donde lo que buscamos es una analgesia rápida y efectiva, pero habrá que explicar a la familia y al paciente que durante las primeras 24 a 48 horas le dará somnolencia y que no perderá sus capacidades mentales.

Clasificación

- Dolor agudo: (por ejemplo en la fractura de cadera) asociado generalmente a ansiedad con estimulación del sistema simpático: taquicardia, taquipnea, sudor. Los dolores recidivantes

entran en este grupo, como por ejemplo dolores por artritis, por claudicación intermitente o escaras de decúbito (1).

- El dolor crónico es el que evoluciona desde hace varias semanas o meses, constante o con paroxismos espontáneos o provocados por la movilización (por ejemplo en fracturas de cadera) o las curaciones (escaras). Es un dolor intenso, severo, que invade completamente la vida del enfermo, afecta su identidad, sus sentimientos, sus relaciones, su apetito, su calidad de vida. Es así como vemos que los dolores crónicos en los mayores pueden desencadenar trastornos del comportamiento, como ser un aislamiento social, la pérdida de interés o la incapacidad de realizar las actividades de la vida diaria. La artrosis es de lejos el trastorno doloroso más frecuente en los ancianos, también los dolores post herpéticos, las neuralgias del trigémino, sobrevienen a menudo en ellos. Sus mecanismos generadores pueden ser: por exceso de estimulación nociceptiva (metástasis óseas), dolores viscerales por distensión o estiramiento de las vísceras torácicas o abdominales (metástasis hepáticas), dolores neurógenos por lesiones nerviosas periféricas o centrales (neuralgias post herpes zoster) y de origen psicógeno (depresión enmascarada, somatizaciones). También el concepto de sufrimiento (donde el dolor físico no es más que uno de los elementos) debe ser distinguido (por ejemplo la pérdida del cónyuge, el abandono de la familia, etc.).

Evaluación del dolor

El tratamiento del dolor comienza por una evaluación que comprende la anamnesis y el examen físico. Varios factores hacen que la evaluación del dolor en los mayores sea diferente: la expresión pobre, los estados confusionales, los trastornos del lenguaje, neuropsicológicos y de memoria, los trastornos sensoriales, además de las poli patologías.

El interrogatorio es de suma importancia, a veces el estoicismo o la lentitud de la respuesta, asociado a veces por un deterioro intelectual que les impide dar precisiones sobre este síntoma, hace que el médico deba prestar aún mayor atención.

Como ya sabemos, debemos tener en cuenta la localización, el modo de aparición, el tipo, la duración, la evolución, los factores paliativos y de estimulación, los síntomas somáticos y psicosociales asociados, la severidad, la irradiación, etc.

Es importante el interrogatorio sobre los antecedentes médicos y los medicamentos. También es de utilidad evaluar en este contexto la actividad funcional intelectual, psicológica y social.

El examen clínico tratando de identificar los factores nociceptivos y neuropáticos, comprende la inspección, la palpación de la región dolorosa y pruebas funcionales si es necesario. Se verá luego la necesidad de realizar exámenes complementarios.

En la evaluación de la calidad o de la intensidad del dolor nos encontramos con el problema de la evaluación de un fenómeno no cuantificable, subjetivo. La solución metodológica propuesta es la utilización de escalas de autoevaluaciones o heteroevaluaciones.

1. Auto evaluación: es el paciente quien por medio de un instrumento o de nuestras preguntas evalúa su dolor.

Las escalas de auto evaluación unidimensionales son las más prácticas y las más utilizadas, pero evalúan solo la intensidad del dolor:

- Escala visual analógica (EVA) es el método más utilizado. Es simple, de fácil utilización cotidiana. Evalúa sólo la intensidad del dolor. Es una escala del 0 al 10, donde el 0 corresponde a ausencia de dolor y 10 corresponde al dolor máximo. Se presenta verticalmente, como un “Termómetro del dolor”.
- Escala numérica: se pregunta al paciente: “puede usted poner una nota, del 0 al 10 al dolor que siente en este momento?”, el 0 corresponde a ausencia de dolor y 10 corresponde al dolor máximo. En esta evaluación no se necesita la manipulación de ningún instrumento.
- Escala verbal simple (dolor leve, moderado, intenso, muy intenso, insoportable)

También existen escalas de auto evaluación multidimensionales, como el Mc Gill Pain Questionnaire (MPQ) de Ron Melzack (Montreal 1982), Questionnaire sur la douleur de St. Antoine (QDSA).

2. Cuando el paciente ya no puede comunicarse, se utiliza este tipo de evaluación, es multidisciplinario, varias personas podrán evaluar al paciente, en sus actividades cotidianas, durante el momento del baño, de la movilización, del sueño (posturas, mímicas, actitudes antálgicas, inmovilidad o agitación, etc.). Entre ellos; “DOLOPLUS” (Escala de evaluación comportamental de la persona anciana, afásica, demente, no comunicante), Échelle comportementale d’évaluation de la douleur pour la personne âgée “ECPA” (escala comportamental de evaluación del dolores en ancianos), etc.

Tratamiento:

Para el dolor crónico nos guiamos por la Escalera de la OMS (Ver Cuadro I), si el dolor no es muy intenso se empieza con el Paracetamol o los AINES (primer escalón), pero si nos encontramos con dolores intensos de origen neoplásico o con dolores rebeldes al tratamiento con analgésicos comunes, se recomiendan los opioides débiles (segundo escalón, como la Codeína o el Dextropropoxifeno) o fuertes (Morfina y derivados) para buscar un alivio rápido.

Los coadyuvantes se pueden usar al mismo tiempo, en cualquiera de los Escalones, y tienen indicaciones más precisas (por ejemplo para los dolores neurógenos continuos se utilizan los

antidepresores, en cambio para los dolores neurógenos fulgurantes, son mas eficaces los anticonvulsivantes, los corticoides son útiles en cefaleas por hipertensión intracraneal, en compresiones, en infiltraciones nerviosas, etc.).

- Paracetamol: 500 MG. cada 4 horas o 1 G cada 8 horas. Efectos colaterales: hepatotoxicidad.
- AINES: es útil en dolores óseos (metástasis, artrosis) o como anti inflamatorios. Los más utilizados en ancianos son el Ibuprofeno (200 a 400 MG c/ 8 H), el Meloxicam (7,5 a 15 MG c/24 H), el Celecoxib (200 MG c/ 12 H). Presentan entre otros efectos secundarios la insuficiencia renal, hemorragias gastrointestinales, gastritis; que no nos permiten utilizarlos en forma crónica.
- Codeína: Se convierte en metil-morfina por el citocroma P-450, en el hígado (ausente en 10% de los caucásicos), y es 10 veces menos potente que ella. Es muy utilizada en combinación con el paracetamol, pero habría que utilizarla cada 4 H (cada 6 H si son pacientes con insuficiencia renal o hepática) y siempre asociarlos con laxantes ya que presentan los mismos efectos secundarios que la morfina. La utilización de las asociaciones de codeína con AINES esta dificultada por la duración de acción diferente para cada uno de sus componentes.

- Morfina: Es un medicamento derivado del opium, conocido y utilizado hace mas de 5000 años.

Modos de administración

Vía oral: Solución de Morfina al 2,4 % 1 mg = 1 gota.

Vía oral: Morfina retardada 1 cp cada 8 a 12 horas.

Morfina subcutánea o endovenosa: ½ de la dosis oral (cuando el paciente no puede tragar, nauseas y vómitos +++, obstrucción intestinal).

Perfusión continua con jeringa eléctrica.

Vía rectal.

Vía transdérmica

Pico de acción: 60 a 90 min.

Duración: 4 a 6 horas

Dosis inicial: 5 a 10 mg cada 4 horas (para los ancianos o pacientes muy disminuidos empezar con 3 mg), si es posible por vía oral y se va aumentando el 30 % de la dosis hasta 2 veces al día. Si se aumenta muy rápido se tendrán los efectos colaterales. En realidad la dosis “se adapta”, no “se aumenta” (3-5-10-15-20-30-45-60-90 mg cada 4 horas).

Efectos colaterales:

Constipación: Asociar siempre con un laxante, una asociación eficaz es un laxante osmótico que aumenta el volumen (20 ml 2-3 veces por día,) un laxante lubricante que favorezca el deslizamiento y un laxante estimulante del peristaltismo. A medida que se adapta la dosis de morfina también se debe adaptar la dosis del laxante. Si no hay efecto hacer un enema cada 3 días. No olvidar los consejos de un buena higiene de vida (beber suficiente, caminar, comer fibras, etc.)

Somnolencia, sedación: el paciente puede por fin dormir! en general dura de 24 a 48 horas y luego cede. Empezar la Morfina a la noche para que el paciente duerma mejor. Si la somnolencia persiste buscar otras causas: BZD, Fenotiazidas, insuf. renal o hepática, hipercalcemia, deshidratación.

Estado confusional: También puede suceder en los primeros días de tratamiento, o si el paciente está deshidratado y se aumentó muy rápido la dosis de la Morfina. Buscar otras causa, pero si la morfina es la responsable disminuir la dosis o la frecuencia e ir aumentando más lentamente.

Náuseas: en un 30% de los pacientes, durante los primeros días se puede usar Haldol (haloperidol 0,5 mg c/8 horas por unos días) o Domperidona o Metoclopramide. En general no se hace profilaxis sistemáticamente.

Depresión respiratoria: solo si se aumenta muy rápidamente. Aún en el edema agudo de pulmón el tratamiento es la morfina! Antídoto de la morfina: Naloxone, se utiliza cuando la frecuencia respiratoria es menor a 8 veces/min., de otro modo esperar a disminuir la dosis de morfina. (o saltar una dosis).

Dependencia psicológica. Según un estudio 3/12000 pacientes, es decir el 0,03% desarrolla una dependencia. Y sucede en pacientes que fueron toxicómanos o a grandes dosis. En estos casos preferir la vía oral, o la metadona.

Dependencia física, mientras haya dolor es necesario mantener la morfina, pues no es un tratamiento curativo (es lo mismo que los antihipertensores o los antidiabéticos). Para suspender la morfina ir disminuyendo del 30 % (como se empezó). Correctamente prescrita, la morfina no produce dependencia, acostumbamiento, depresión respiratoria o problemas de conciencia.

Mucosas secas

Prurito por la liberación de histaminas

Retención urinaria

Dolores neurógenos:

- Continuos Clomipramina Tiene efecto en 8 días
Amitriptilina 0,5 a 1 mg/kg a la noche, y luego 2 x día
Serotoninérgicos: Fluoxetina
- Fulgurantes o paroxísticos: Anticonvulsivantes
Tegretol (Carbamazepina) 2,5 a 5 mg/día
Rivotril (Clonazepán)
Valproato

- A veces electroterapia, neurocirugía

- Corticoesteroides:

Indicaciones: cefaleas por hipertensión intra craneana, compresiones, infiltración nerviosa

Substancias: Dexametasona o Prednisolona

Dolores rebeldes: aquellos que no se alivian aún si hicimos todo lo que teníamos que hacer.

Frecuencia: 5-10 %, Intensidad: mediana a fuerte según la evaluación analógica del dolor de 5 a 10/10

Interrogarse sobre; el cumplimiento de parte del paciente, tratamiento bien seguido? Buena elección?

Mecanismos del dolor?, Utilización de coadyuvantes. Terapia de sostén suficiente?

Generalmente son pacientes con dificultades psiquiátricas, o con dolores neurógenos. También en presencia de metástasis óseas. Alternativas: bloqueo nervioso (produce anestesia local que actúa en el territorio nervioso, duración de 12 a 24 horas. Puede servir como test diagnóstico.(plexo celiaco, crural, solar, nervios intercostales).

Bibliografía

Boureau F., Luu M., Gay C., Doubrere J.F. ¡Les échelles d'évaluation de la symptomatologie douloureuse chronique! Médecine et Hygiene – N° 40 – 1982 – p 3797 – 3805.

. B. Wary. J.F. Villard “Doloplus: une échelle d'évaluation de la douleur chez la personne âgée” Le generaliste et la g{erontologie N 14° abril 1995

Cuidados paliativos: guías para el manejo clínico. Organización Panamericana de la Salud, Marzo de 1998.

N. Steiner “Guide pratique de Soins Palliatifs” Ed. 1994

Pereira J., Bruera E. The Edmonton Aid to Palliative Care, Edmonton, 1997.

Rapin Ch. H., Ciaroni-Rappaz O., Fabre J., Michel J.P. “Les douleurs du cieillard”
Medecine et Hygiene . 1991 – N° 49 – p 3117 – 3805

Otras bibliografías:

Astudillo W. Cuidados del enfermo en fase Terminal y atención a su familia. Editorial EUNSA (Ediciones Universidad de Navarra S.A.) Navarra – España. 1995.

Cameron R. Oncología Práctica. Editorial Médica panamericana. Buenos Aires – Argentina. 1995. 769 Páginas

González Barón M. Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de soporte en el enfermo con Cáncer. Editorial Médica Panamericana. Madrid, España. 1996. 1467 páginas.

López Imedio E. Enfermería en Cuidados Paliativos. Editorial Médica Panamericana. Madrid – España. 1998. 414 páginas.

MALOS TRATOS, ABUSO Y NEGLIGENCIA EN LOS ADULTOS MAYORES

Dra. Miriam Elisa Riveros Ríos

Maltrato (definición):

1) “la acción única o repetida, o falta de la respuesta adecuada que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza, y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana”. Esta definición fue la elegida en 1995 por miembros de “Action on Elder Abuse”, una organización voluntaria inglesa, y que fue posteriormente adoptada por la INPEA

(Red Internacional de Prevención del Maltrato y Abuso en la Vejez) y reconocida por la OMS desde 1997.

2)“Cualquier acto u omisión que produce daño inminente o real para la salud o bienestar del anciano” (Minakar y Frishman 1999).

3)“El abuso o maltrato al anciano es una conducta destructiva que está dirigida a una persona mayor, ocurre en el contexto de una relación que denota confianza y reviste suficiente intensidad y/o frecuencia como para producir efectos nocivos de carácter físico, psicológico, social y/o financiero de innecesario sufrimiento, lesión, dolor, pérdida de los derechos humanos asimismo como la disminución de la calidad de vida para la persona mayor; incluyendo los actos de comisión y omisión intencionales o involuntarios” (Rosalie Wolf 1997).

El abuso en la vejez es una construcción multidimensional y dicha terminología incluye y representa a todo tipo de conducta abusiva hacia los adultos mayores, o puede referirse a una acción específica.

Negligencia: ésta puede ser activa o pasiva, intencional o no intencional y se la puede definir como el rechazo o fracaso de cumplimentar cualquier parte de las obligaciones o responsabilidades por parte de la persona que cuida al anciano.

Teoría del maltrato

Existen tres teorías principales para explicar el maltrato a los ancianos:

A. La Teoría del Estrés explica como los diferentes problemas económicos, las responsabilidades de la prestación de cuidados y otras tensiones pueden crear frustración e ira, y que estos sentimientos pueden ser expresados por ciertas personas a través de actos de violencia.

B. La Teoría de la violencia entre generaciones nos indica que los causantes de maltrato fueron víctimas del mismo durante su niñez, por la víctima actual o por su cónyuge. Es un sentimiento de “revancha” en respuesta al maltrato previo, puede existir incluso una complicidad tácita por parte del anciano. Dado que el causante ha experimentado maltrato en épocas pasadas, el comportamiento violento es transmitido de una generación a la siguiente y refleja la forma en que el individuo aprendió a expresar la ira y la frustración.

C. La Teoría sobre la dependencia nos explica que los causantes de maltrato dependen de sus familiares mayores en el aspecto económico, emocional o de alojamiento, en algunos casos existe una dependencia mutua, es decir, el anciano requiere de ayuda para la realización de sus actividades de la vida diaria así como el agresor o victimario necesita de solvencia económica.

Clasificación

A. Maltrato por Abandono: Desamparo de un anciano por una persona que había asumido la responsabilidad de proporcionarle cuidados, o bien, por la persona a cargo de su custodia (tutor

legal o curador). Incluye el abandono en instituciones asistenciales, tales como: hospitales, residencias y clínicas; también, en centros comerciales o locales públicos y en la vía pública. La negación a la satisfacción de necesidades físicas, biológicas y mentales básicas. Ej.: privación de comidas, bebidas, de ropa, vivienda, de higiene o de terapéutica, negarse a darle asistencia médica.

B. Maltrato Económico: Es el empleo inapropiado de los bienes de una persona en beneficio propio. Ej.: robo de objetos, desviación de dinero a cuentas propias y utilización del poder legal asignado por el anciano para conseguir algún tipo de ganancia.

C. Maltrato sexual: Contacto sexual no aceptado, de cualquier clase. Puede incluir: tocamientos, hacer fotografías impúdicas sin consentimiento, asalto sexual, sodomización, violación, desnudez forzada, etc.

D. Malos tratos físicos: Uso de la fuerza física que puede resultar en daño corporal, dolor, deterioro físico. Puede incluir: golpes, pellizcos, empujones, patadas, quemaduras, tortas, castigos físicos, latigazos, uso inapropiado de fármacos, restricciones físicas, forzar a comer, etc.

E. Malos tratos psicológicos: Amenaza para la salud mental por parte de otra persona; uso de la coacción, insultos, menosprecio, infravaloración, descalificación, conductas de dominio e imposición.

F. Violación de derechos: No permitir que otra persona ejercite sus derechos individuales, entre los que incluyen: el consentimiento o el rechazo del tratamiento médico o quirúrgico, entre otros.

Indicadores de malos tratos

A Indicadores Físicos: pérdida de peso, desnutrición o deshidratación sin una patología de base que los justifique. Marcas, hematomas, quemaduras, laceraciones, escaras, heridas cuidadas o mal cuidadas. Palidez, mala cara, ojeras. Evidencia de atención inadecuada, higiene pobre de la piel, etc. Vestimenta descuidada, sucia, inapropiada para la estación del año. Falta o mal estado de conservación de prótesis (andadores, anteojos, audífonos, dentaduras, etc.). Evidencia de administración incorrecta de medicamentos.

Historia de injurias o accidentes inexplicables. Búsqueda o cambio permanente de profesionales y/o centros de atención médica.

B. Indicadores de Conducta (por negligencia o posible maltrato en ancianos)

Pasividad - Retraimiento – Resignación Tristeza - Desesperanza - Indefensión

Ansiedad - Agitación – Miedo Aumento de la depresión

Elementos contradictorios ambivalentes, no relacionados a la confusión mental.

Temor a hablar libremente, esperando que el cuidador sea el que dé las respuestas.

Evitar todo tipo de contacto verbal o físico con el cuidador.

C. Indicadores Sexuales: Conducta sexual que es absolutamente inusual a su personalidad previa.

Se comporta en forma diferente e inapropiada ante la presencia de ciertas personas (Ej.: exhibirse, comentarios fuera de lugar, tic). Conducta agresiva, aislamiento, retraimiento, auto agresión.

Presenta síntomas y signos, tales como: infecciones recurrentes, dolor, hematomas y sangrado en la región anal y genital. Dificultad en la marcha, dolor abdominal sin causa aparente. Ropa interior desgarrada o manchada con sangre.

D. Indicadores de Conducta Abusiva en el cuidador: Impresiona fatigado y /o estresado. Luce excesivamente preocupado o despreocupado por la situación. Actúa en forma agresiva verbalmente (amenazas, insultos).

"Acusa" al anciano por su incontinencia o su confusión. Trata al anciano como a un niño irresponsable (infantilización) o como a un objeto (despersonalización). Es hostil y sospechoso; responde evasivamente y con excusas. Evita que se entreviste al anciano a solas.

Tiene mínimo contacto verbal, visual o físico con el viejo. Ha estado cumpliendo con el rol de cuidador por un período demasiado largo. Tiene historia de haber maltratado a otras personas previamente.

E. Indicadores de Abuso Financiero: El anciano ha firmado un documento legal, poder o testamento, cuando en realidad no está con suficiente capacidad para comprenderlo. Un testamento es modificado, dejando una propiedad u otros bienes a "un nuevo amigo". Firmas en documentos y cheques diferentes de la verdadera firma del sujeto. Actividad inusual en las cuentas bancarias, retiros del cajero automático aún cuando el anciano está recluido en su casa. Cuentas o facturas atrasadas, alquiler sin pagar.

Desaparición de la vivienda de efectos personales, como: TV, joyas, etc. El nivel de cuidado del anciano no corresponde a sus entradas o posibilidades económicas. Factores de riesgo para malos tratos.

1. Factores de riesgo comunes al anciano vulnerable y su cuidador: Historia de violencia en la familia. Sensación permanente de frustración, enojo y desesperanza.

Inversión del rol parental. Un estilo de vida desprovisto de un espacio "vital" adecuado y privacidad. Cuidador dependiente del anciano, en hábitat y/o económicamente.

2. Factores de riesgo en el anciano vulnerable: Cambio de la personalidad previa. Falta de "insight" sobre la situación.

Alteraciones de la conducta / psicológicas. Agresión física y/o verbal por parte del anciano.

Una falta de conciencia social. Conducta incoherente, demandante o bizarra.

Intolerancia marcada. "Indefensión aprendida".

Aislamiento forzado y no-aceptación del cuidado por otra persona que no sea el “cuidador oficial.” Deprivación sensorial: Ceguera, sordera, trastornos del habla y de la comprensión
Déficit Cognitivo: Pérdida de la memoria y de la concentración.
Problemas Físicos: Alteraciones del sueño (inversión del sueño), Incontinencia, Discapacidad múltiple.

3. Factores de riesgo en el cuidador: Trabajo agotador sin descanso, falta de espacio y tiempo personal, el sentimiento de aislamiento psico-social, el sentimiento de ser explotado por otros, la percepción de necesidades básicas no satisfechas, sentimiento de pérdida por la persona que fue, falta de apoyo por parte de otros familiares, conflicto marital, y reacciones adversas de otros familiares hacia el anciano, lealtades y responsabilidades divididas y ambivalentes (esposo, hijos, etc.), cambio de estilo de vida (involuntario), responsabilidad absoluta sobre el cuidado, o la incapacidad para recibir ayuda, falta de información sobre la enfermedad actual y su evolución posible, falsas expectativas sobre las capacidades del anciano, demanda permanente y excesiva por parte del anciano, enfermedad física o mental del cuidador (drogas-alcohol).

Historia Clínica

Realizar una cuidadosa anamnesis antes de examinar al paciente.

La privacidad durante la entrevista, dentro de las posibilidades, es fundamental.

Documentar todo, pero sin dar la impresión de que se está prestando poca atención a lo que se escucha. El diagnóstico y tratamiento son difíciles, porque estas situaciones producen vergüenza, rechazo y miedo a ser divulgadas. Las víctimas pueden haberlo sido durante largo tiempo y mostrarse pasivas, inseguras y con una baja autoestima.

Es esencial tomar la decisión si un acto criminal se ha cometido. Si esto así lo fuera, la policía deberá ser informada con el consentimiento previo del individuo involucrado.

Recordar que las personas mayores son adultos y que deben tomar sus propias decisiones.

En caso que el individuo no esté en condiciones de dar su consentimiento, el profesional deberá actuar en el mejor interés de su paciente e informar si así lo creyera necesario.

Ante una duda diagnóstica se solicitará asesoramiento y ayuda.

Entrevistar al paciente separadamente del cuidador.

Prudentemente, comentar el hecho de un posible maltrato, y luego preguntar sobre la posibilidad de violencia física, ligaduras, contención o negligencia. Si es posible, incluir detalles sobre naturaleza, frecuencia y severidad de los hechos. No olvidar realizar también una evaluación funcional de las actividades de la vida diaria, y si fuera apropiado, una de sus funciones mentales.

La historia del supuesto victimizador también deberá ser realizada separadamente. Esto puede ser una situación difícil de manejar y es mejor que la realice una persona entrenada.

Toda confrontación debe ser evitada en el período de la recolección de datos.

Averiguar sobre factores psicosociales (duelo, enfermedad, desempleo, dificultades económicas, etc.). Estimar la capacidad de entendimiento del cuidador sobre el estado físico y mental de la persona a quien cuida.

Solicitarle que explique las causas posibles de las injurias y otros hallazgos físicos encontrados.

Observar sobre cualquier conducta extraña, bizarra por parte del cuidador, desentendimiento de la situación, agresión abierta o encubierta, infantilización del paciente o que éste insista permanentemente en dar él exclusivamente, su versión sobre la historia.

Examen Físico

Aspectos generales:

Examinar la higiene y el estado de la piel incluyendo sus pliegues y lo adecuada que sea o no la vestimenta que lleva el paciente.

Piel y mucosas: Buscar desnutrición y deshidratación. Observar cuidadosamente posibles lesiones, como por ejemplo: quemaduras, laceraciones, lesiones de decúbito, como: escara sacra, caderas y talones.

Cabeza y Cuello: Buscar alopecia por arrancamiento de mechones de cabello, hematomas craneanos, lastimaduras y rasguños.

Tronco: Buscar nuevamente posibles hematomas y traumatismos, marcas de cuerdas y cinturones (por compresión y ataduras). El diagnóstico diferencial deberá hacerse con otras patologías que produzcan también hematomas en el adulto mayor. La púrpura senil.

Las discrasias sanguíneas, como: la trombocitopenia, las leucemias y las alteraciones de la coagulación. La enfermedad hepática. Las caídas. Una anticoagulación mal controlada.

La ingesta prolongada de drogas, como: los corticoesteroides, los anticoagulantes y el lugar de inyección de las heparinas.

Genitourinario: Examinar la presencia de sangrado vaginal y/ o rectal. Infecciones y evidencia de traumatismos pelvianos.

Extremidades: Lesiones en muñecas y en tobillos sugieren el uso de ataduras; quemaduras por exposición al fuego o también por inmersión en agua caliente.

Músculo esquelético: Examinar por fracturas ocultas y dolor; observar trastornos en la marcha.

Neurológico/psiquiátrico: Buscar una posible lesión de foco. Síntomas de ansiedad y/o depresión deberán ser evaluadas. Si los síntomas fueran indicativos, entonces una evaluación formal usando una escala de depresión debe ser utilizada y/ o realizar una ínter consulta con el psicogeriatra.

Estado mental: Un test formal para evaluación mental debe ser utilizado, del tipo del Mini-Mental test de Folstein. Déficit cognitivo puede sugerir algo agudo (Síndrome Confusional agudo o Delirium) o algo crónico (Ej.: Demencia). Esto requerirá otros estudios y una evaluación más profunda. Tests de laboratorio y diagnóstico por imágenes: Dependerán de los hallazgos clínicos y evaluación.

Recursos humanos y financieros: Documentar las redes sociales (formales e informales) existentes para apoyar al paciente y su probable situación socio-económica.

Antecedentes

Hasta hace pocos años la investigación sobre la violencia familiar se centraba exclusivamente en el maltrato infantil (se comienza a investigar y publicar sobre este tema en los años sesenta) y de género (tema que emerge a partir de los años setenta), siendo, por tanto, el maltrato hacia las personas mayores la última categoría por la que los investigadores se han preocupado (Reay y Browne, 2002). Las primeras publicaciones respecto al maltrato a mayores surgen a partir de la segunda mitad de los años setenta y principios de los ochenta, con los artículos elaborados por Baker (1975) y Burston (1975). Estos primeros documentos encuadraban el maltrato a mayores dentro únicamente del contexto familiar, dirigido exclusivamente hacia mujeres mayores y haciendo referencia sólo al maltrato físico (Block y Sinnott, 1979; Lau y Kosberg, 1979; Wolf et al., 1982; Pillemer, 1985; Bennett y Kingston, 1993; Papadopoulos y La Fontaine, 2000). Con el paso del tiempo y tras la realización de diferentes investigaciones en relación al tema se puede concluir que, el maltrato hacia personas mayores se produce en cualquier ámbito, se presenta de diversas formas y su ocurrencia es independiente del sexo de la persona mayor.

Prevalencia e incidencia

La prevalencia e incidencia verdadera del maltrato en ancianos todavía no se conoce, y lo que aparentemente está a la vista puede sólo representar la punta de un iceberg.

En entornos más desarrollados: 3% y 10% (Canadá, Gran Bretaña, E.E.U.U., Israel, Dinamarca, Japón, Suecia, Noruega, Finlandia, entre otros).

Tasa de maltrato físico: del 4% al 6% a nivel mundial (Informe Mundial de Violencia y Salud, OMS, 2002; capítulo V).

Estudios realizados en Latinoamérica y el Caribe dan entre el 34% y el 44% de algún tipo de malos tratos.

En Paraguay no existen datos estadísticos a nivel ministerial. Un estudio realizado en pacientes ambulatorios de varios servicios de salud de la ciudad de Asunción. De un total de 127 adultos mayores encuestados, se constató una prevalencia de 34% de algún tipo de maltrato. (“Índices y subíndices de malos tratos en el Adulto mayor-2006- M.Riveros).

Legislación

El 2 de marzo de 2007 fue aprobada la Ley 1885/02 de las personas adultas, promulgada en abril del año 2002, en donde se intenta proteger y conceder derechos a este grupo etéreo.

Así se crea la Dirección de Adultos Mayores, dependiente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Siendo dicha Dirección la responsable de elaborar políticas de protección

integral de los adultos mayores, principalmente de los que padecen condiciones de extremas necesidades.

Intervención y Prevención de malos tratos

Diferentes enfoques podrán ser usados en distintas situaciones de cuidado; la prevención debería ser la máxima de las intervenciones, evitando que el cuidador se sobrecargue y se agote, o antes de que asuma un rol que rechaza o para el cual no está preparado.

Un modelo clásico de entrenamiento para cuidadores en riesgo de abuso incluye: su capacitación para lograr comprender el proceso normal y patológico del envejecimiento humano, la resolución de problemas, el manejo de situaciones de estrés y enojo, los grupos de apoyo y autoayuda y el conocimiento y mejor utilización de los recursos comunitarios (Scogin F. et al., 1989).

Los cuidadores que sufran de trastornos mentales y/ o adicción al alcohol y/o drogas deberán ser evaluados y, en la posibilidad, tratados acorde a través de recursos médico - psicosociales.

Principios de las intervenciones

Estos fueron descriptos en la literatura por diversos autores:

Recurrir a la ley para “remover” a una persona debe ser utilizado como “la última posibilidad”.

Trabajar siempre dentro de un equipo multidisciplinario e interdisciplinario.

Los procedimientos deberían ser llevados a cabo cuidadosamente y con gran sensibilidad.

El conocimiento profesional y la capacitación deberán estar basados en un claro patrón de valores.

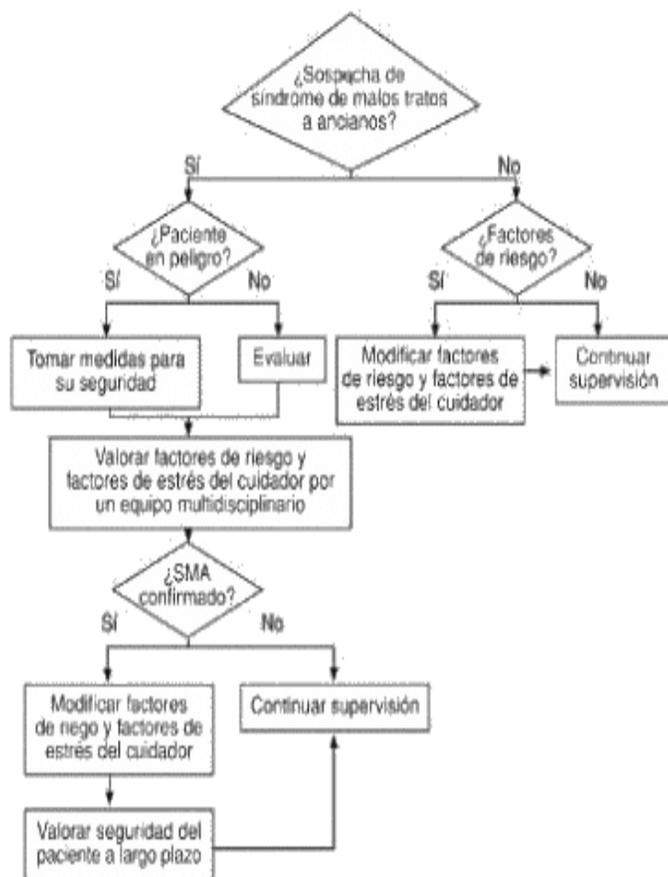
La situación personal de los cuidadores requiere diplomacia y sensibilidad.

La integración entre todos los procesos de evaluación y manejo de casos es vital en importancia y preocupación (Stevenson O., 1995).

Los médicos deberían ser conscientes de una posible situación de maltrato, (pero en el contexto de que no existen criterios absolutos que ayuden a reconocerlo y que no todas las soluciones van a ser aceptadas por todos).

La toma de decisiones conjunta es esencial para brindar el apoyo adecuado a los trabajadores involucrados. (Kingston & Phillipson, 1994).

Puede existir habitualmente una colisión entre un enfoque paternalista del profesional y la autonomía del individuo. Esto frecuentemente se ve cuando el paciente rehúsa la ayuda; de ahí la existencia a veces de principios diferentes tan conflictivos.



Organigrama de actuaciones frente a sospechas de malos tratos en el adulto mayor

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Action on Elder Abuse (AEA). Action on Elder Abuse definition of Elder Abuse. In Action on Elder Abuse Bulletin, London, No. 11 May/ June 1995
- 2 Bennett, G. Elder Abuse in Study Guides in Geriatric Medicine. The Royal London School of Medicine and the Queen's University of Belfast. (1998) 2-22.
- 3 Bennett G., Kingston P. & Penhale. The Dimensions of Elder Abuse: Perspectives for Practitioners". Basingstoke, Macmillan, 1997.
- 4 Consuel and Care (1991) Not Such Private Places, Consuel and Care, London
- 5 Daichman L .El Maltrato Institucional y la Vejez, en Cuadernos de AGEBA, Año 11. N 12, 51-58, Buenos Aires, (1998)
- 6 Daichman L. Dimensiones del abuso y maltrato en la vejez. En: De los Viejos y las Vejeces. Editorial Universidad de Belgrano. Buenos Aires (En prensa, 2000)
- 7 Daichman L., Wolf R. & Bennett G. WHO, World Report on Violence, Chapter on Elder Abuse (En prensa, 2001).
- 8 Daichman L. Naturaleza y dimensiones del abuso y maltrato en la vejez en Texto de PSICOGERIATRÍA– Editores: Dra. Quiroga-Dr. G. Rhode-Fac.deMedicina- Universidad de Concepción-Chile-(En prensa)

Evaluación del adulto mayor

1. Generalidades

La evaluación 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. (1)

El manejo del paciente geriátrico, debe integrar acciones de promoción (medidas higiénico-dietéticas), de prevención de enfermedades y discapacidades.

La evaluación incluirá la historia clínica y la historia socioeconómica. En un adulto joven no preguntamos con quien vive o sus relaciones familiares antes de examinarle la garganta, en cambio en el mayor empezamos siempre por su historia de vida, su situación social.

Es imposible evaluar un anciano en una sola consulta y mucho menos si ésta es de corta duración. Lleva tiempo que se desplacen de la sala de espera al consultorio (oportunidad para observar como se levanta de la silla y como camina), generalmente viene acompañado de un familiar y de su cuidador (es muy importante que el cuidador esté presente en la consulta), además de que a veces no recuerdan enseguida todo lo que quisieran preguntarnos o no escuchan bien.

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

2. Antecedentes de salud

Realizar una revisión de los antecedentes patológicos del paciente. Se deben buscar automáticamente para ser descartadas: las afecciones cardiovasculares (HTA, arritmias, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica), la diabetes mellitas y sus complicaciones, la disminución de la visión y de la audición, las afecciones osteoarticulares (artrosis, osteoporosis), las depresiones o trastornos de memoria.

Como dijimos antes, ya en la primera consulta se debe realizar una Evaluación social, ya que tanto la salud como el funcionamiento social se afectan recíprocamente. Es importante anotar la edad, estado civil, la escolaridad, la historia laboral, su situación económica actual, con quien vive, quien le ayuda, cuántos hijos tiene y si se relaciona con ellos, etc.

3. Hábitos

Repasar la lista de los medicamentos con sus dosis. Es importante que en cada consulta se vuelva a preguntar esta lista, para verificar el cumplimiento y poner en evidencia la automedicación. Luego preguntar por las bebidas alcohólicas, el tabaco, las alergias y las vacunas (por ejemplo si acostumbra ponerse la vacuna antigripal).

4. **Anamnesis por sistemas:** además del interrogatorio habitual (Sintomatología cardiovascular, respiratoria, etc.) asegurarse de preguntar acerca de

- Cambios en los hábitos intestinales (neoplasias en mayores), cambios en el peso (problemas buco dentales, neoplasias, depresión), hábitos nutricionales (sobre todo fuente de proteínas y de lácteos), cuidado dental.
- Alteraciones en la frecuencia de la micción (problemas de la próstata) e incontinencia urinaria (sobre todo en mujeres)
- Dolores osteoarticulares y actividad física acostumbrada o si hubo cambios en el estado funcional a lo largo del último año.
- Mareos, caídas, disminución de la visión y de la audición
- Trastornos del sueño, síntomas de depresión
- Deterioro intelectual
- Problemas sexuales (raramente abordados por el médico o el paciente!).
- Evaluar riesgo de maltratos (ver capítulo correspondiente).

5. El examen físico: se debe observar al paciente cuando viene caminando desde la sala de espera hasta el consultorio, inclusive como se levanta de la silla (ver test de la silla en capítulo de caídas). Aparte del examen de rutina se debe poner atención en las articulaciones, si hay signos de extrapiramidalismo, palpar posibles adenopatías cervicales y las arterias temporales, sería inclusive importante evaluar el fondo de ojo y realizar la otoscopia. Es imprescindible tomar la presión sentado y parado (riesgo de caídas por hipotensión postural). No olvidar examen mamario. Verificar peso y talla (IMC para reconocer obesidad o desnutrición).

Según las necesidades se deberá organizar para la siguiente consulta una **Evaluación Nutricional** mas profunda mediante el Mini.-Examen-Nutricional (ver capítulo de Nutrición) que permitirá saber si el seguimiento con la nutricionista es necesario. Para la **Evaluación mental** se utilizará el Mini Mental Test de Folstein (MMS) si existen indicios de deterioro cognitivo (ver capítulo de deterioro mental) y la Escala de Depresión de Yesavage si se sospecha alteración de la función afectiva (ver capítulo correspondiente).

La **Evaluación funcional** determinará el impacto funcional que las patologías o los problemas tienen para el paciente. La Escala de Lawton permite hacer un inventario de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) (ver cuadro I). El Índice de Katz permite investigar el nivel de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en los pacientes con deterioro de las capacidades instrumentales (ver cuadro II).

Como ya se dijo, es importante la identificación y el seguimiento del “adulto mayor frágil”, que recordamos mediante las cinco “i”: Inmovilidad, Inestabilidad, Incontinencia, Deterioro intelectual, e Iatrogenia.

6. Diagnóstico: anotar los principales problemas determinando el impacto funcional que esos tienen sobre la vida diaria. El diagnóstico es completo cuando cuenta con una evaluación de enfermería y una evaluación social, ya que en geriatría se trabaja en equipo interdisciplinario.

7. Tratamiento: la receta médica debe ser bien legible especificando por cuánto tiempo deben tomar cada medicamento, verificar que hayan entendido todas las indicaciones. Agregar las recomendaciones generales como ser; una buena nutrición e hidratación, mantener actividad física, prevención de caídas, etc.

8. Exámenes auxiliares: para el chequeo del adulto mayor se acostumbra pedir

- Hemograma (infecciones mas frecuentes son la pulmonar y la urinaria). ES, glicemia (alteración entre el 20 – 40%), calcio, creatinina, albúmina. Según necesidad: hepatograma, tests tiroideos, dopaje de vitamina B12 y Folatos, ac. Úrico, perfil lipídico.
- Orina
- Radiografía de torax (2/3 presentan alguna anormalidad como cardiomegalia, infecciones, TBC, derrame pleural, fibrosis, congestión y aplastamiento vertebral).
- ECG (arritmias, isquemias, agrandamiento de cavidades, bloqueos,).
- Según necesidad: Mamografía, Heces (sangre oculta), PAP

Para la **Evaluación a domicilio** proponemos el check-list de Geriatría en la Comunidad, traducido a partir de un trabajo realizado por el equipo de la Policlínica de Geriatría de Ginebra, Suiza (ver cuadro II)

Cuadro I

Índice de Katz de independencia en las actividades de la vida diaria (ABVD)

- A. Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse.
- B. Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
- C. Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
- D. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
- E. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.
- F. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional.
- G. Dependiente en las seis funciones.
- H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

Independiente significa sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que se indican más abajo. Se basan en el estado actual y no en la capacidad de hacerlas. Se considera que un paciente que se niega a realizar una función no hace esa función, aunque se le considere capaz.

Bañarse (con esponja, ducha o bañera):

Independiente: necesita ayuda para lavarse una sola parte (como la espalda o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda.

Dependiente: necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, para salir o entrar en la bañera, o no se lava solo.

Vestirse:

Independiente: coge la ropa solo, se la pone, se pone adornos y abrigos y usa cremalleras (se excluye el atarse los zapatos).

Dependiente: no se viste solo o permanece vestido parcialmente.

Usar el retrete:

Independiente: accede al retrete, entra y sale de él, se limpia los órganos excretores y se arregla la ropa (puede usar o no soportes mecánicos).

Dependiente: usa orinal o cuña o precisa ayuda para acceder al retrete y utilizarlo.

Movilidad:

Independiente: entra y sale de la cama y se sienta y levanta de la silla solo (puede usar o no soportes mecánicos).

Dependiente: precisa de ayuda para utilizar la cama y/o la silla; no realiza uno o más desplazamientos.

Continencia:

Independiente: control completo de micción y defecación.

Dependiente: incontinencia urinaria o fecal parcial o total.

Alimentación:

Independiente: lleva la comida desde el plato o su equivalente a la boca (se excluyen cortar la carne y untar la mantequilla o similar).

Dependiente: precisa ayuda para la acción de alimentarse, o necesita de alimentación enteral o parenteral.

Cuadro II
Evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) Escala de Lawton
Escala de Lawton y Brody

Aspecto a evaluar	Puntuación
Capacidad para usar el teléfono: - Utiliza el teléfono por iniciativa propia - Es capaz de marcar bien algunos números familiares - Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar - No es capaz de usar el teléfono	asignar: 1 1 1 0
Hacer compras: - Realiza todas las compras necesarias independientemente - Realiza independientemente pequeñas compras - Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra - Totalmente incapaz de comprar	asignar: 1 0 0 0
Preparación de la comida: - Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente - Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes - Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada - Necesita que le preparen y sirvan las comidas	asignar: 1 0 0 0
Cuidado de la casa: - Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) - Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas - Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza - Necesita ayuda en todas las labores de la casa - No participa en ninguna labor de la casa	asignar: 1 1 1 1 0
Lavado de la ropa: - Lava por sí solo toda su ropa - Lava por sí solo pequeñas prendas - Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	asignar: 1 1 0
Uso de medios de transporte: - Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche - Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte - Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	asignar: 1 1 1

- Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros - No viaja	0 0
Responsabilidad respecto a su medicación: - Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta - Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente - No es capaz de administrarse su medicación	asignar: 1 0 0
Manejo de sus asuntos económicos: - Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo - Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos... - Incapaz de manejar dinero	asignar: 1 1 0
Puntuación total:	

La información se obtendrá de un cuidador fidedigno. Se puntúa cada área conforme a la descripción que mejor se corresponda con el sujeto. Por tanto, cada área puntúa un máximo de **1 punto** y un mínimo de **0 puntos**. La máxima dependencia estaría marcada por la obtención de **0 puntos**, mientras que una suma de **8 puntos** expresaría una independencia total.

Esta escala es más útil en mujeres, ya que muchos varones nunca han realizado algunas de las actividades que se evalúan

Cuadro III
Check list de Geriatria
Policlínica de Geriatria, Ginebra, Suiza



Bibliografía

1. Guía clínica para Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores, OPS, Primera edición, 2002.
2. Manual Merck de Geriatria, Primera edición.
3. Dietschy Mchel Philippe. Thèse: Chutes et malnutrición proteino-energétique chez des adultes âgés vivant dans la communauté. Thèse N° Med. 10122 Genève, 2000.
4. Sitio Internet: <http://www.unige.ch//cyberdocuments/theses>

Esto en rojo fue agregado también

Abreviaturas:

HTA hipertensión arterial

AM adulto mayor

AVD actividades de la vida diaria

AVDI actividades instrumentales de la vida diaria

UTI unidades de cuidados intensivos

OPS Organización Panamericana de la Salud

PA presión arterial

EPOC enfermedad pulmonar obstructiva crónica

AIVD actividades instrumentales de la vida diaria

ABVD actividades básicas de la vida diaria

EVA evaluación analógica

Glosario:

Reglas de oro

Deshidratación

Medidas ordinarias

Medidas extraordinarias

Proporcionalidad

Proporcionados

Cuidados paliativos

Capacidad de discernimiento

Virtudes

Persona

Iatrogenia

Incontinencia

Intelectual, deterioro

Inestabilidad

Confusión

Demencia

Mini mental test

Depresión, test de Yesavage

Dignidad

Acto médico

Bioética

Paciente Terminal