

[Escribir texto]





AUTORIDADES NACIONALES

**Doctor Franklin J. Vergara
Ministro de Salud**

**Doctor Serafín Sánchez
Vice-Ministro de Salud**

**Doctor Eduardo Lucas Mora
Director General de Salud Pública**

**Doctora Itza Barahona de Mosca
Subdirectora General de Salud de la Población**

CAJA DE SEGURO SOCIAL



DIRECCIÓN GENERAL

Ing. Guillermo Sáez Llorens

DIRECCIÓN EJECUTIVA NACIONAL DE SERVICIOS Y PRESTACIONES MÉDICAS

Dr. Javier A. Díaz G.

SUBDIRECCIÓN NACIONAL DE PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, MEDICINA FAMILIAR Y ACCIÓN COMUNITARIA

Dr. José J. Kaled P.

PROGRAMA NACIONAL DE PENSIONADOS, JUBILADOS Y TERCERA EDAD

Dra. Jannet E. Zimmermann V.



Panamá, Diciembre 2011

FACILITADORES DEL PROCESO DE VALIDACIÓN DE LAS GUÍAS

Doctor Enrique Vega
Asesor Regional de Envejecimiento y Salud OPS/OMS

Doctor Diógenes Arjona
Geriatra
Hospital Santo Tomás

Licenciada Edith Castillo
Enfermera Coordinadora del Programa de Salud de Adultos

Doctora Cecilia Donderis
Hospital Geriátrico
31 de marzo CSS

Doctor Luis Cornejo
Presidente
Asociación Panameña de Geriatría

Doctora Jannet Zimmermann
Jefa del Programa de Pensionados
Jubilados y Tercera Edad - CSS

Doctora Ligia González
Geriatra - CSS

FUNCIONARIOS DE LAS REGIONES DE SALUD QUE PARTICIPARON EN LA VALIDACIÓN DE LAS GUÍAS

Licenciada Itza Del Cid
Licenciada Vielka Campos
Licenciada Gloria G. de Gutiérrez
Doctor Ramón Castillo
Licenciada Xiomara Mendieta
Licenciada Magdamara Brown
Licenciada Yodalis L. de Batista
Licenciada Cecilia Montenegro
Licenciada Marta Pinzón
Doctor Ángel Alonso
Licenciada Delia Downer
Licenciada Noris B. de Guerra
Doctora Ninoska Hernández
Doctora Dianela Amores
Licenciada Valeria Agudo
Licenciada Odemaris Luque
Doctora Ana M. de Chávez
Licenciada Minerva Andrión
Doctora Virginia Torres
Doctora Trinidad De Gracia
Licenciada Grisel González

ELABORADA POR
Programa Nacional de Pensionados, Jubilados y Tercera Edad

PRIMERA COMISIÓN MÉDICA VALIDADORA
CAJA DE SEGURO SOCIAL

Dirigida por:
Dra. Jannet Zimmermann
Jefa del Programa Nacional de Pensionados, Jubilados y Tercera Edad

Médicos Especialistas en Geriatría
Caja de Seguro Social

Dr. Luis Cornejo
Dra. Cecilia Donderis

Médicos Especialistas en Medicina Familiar

Dr. José Jorge Kaled P
Dr. Ycly Jaén

Médicos Generales

Dra. Sol del Carmen Ávila
Dr. José Jurado

DOCUMENTACIÓN

La **GUÍA MÉDICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR** es el resumen de las Guías de Atención al Adulto Mayor, Módulos de Valoración Clínica Parte I capítulo del 1 a 8, y de los capítulos de padecimientos clínicos de la OPS / OMS, año 2010, realizado por el Programa Nacional de Pensionados, Jubilados y Tercera Edad de la Caja de Seguro Social en 2011, las cuales han sido adaptadas para el médico de atención primaria de la Caja de Seguro Social y del Ministerio de Salud en base a la disponibilidad de recursos de la Institución.

Se ha incluido información de:

- La Revisión de Normas del Programa Nacional de Pensionados, Jubilados y Tercera Edad de la Caja de Seguro Social del año 2004, realizada por la Dra. Cecilia Donderis, y del año 2006 por el Dr. Luis Cornejo, Médicos con Especialidad Geriatra, durante sus periodos a cargo del Programa.

VALIDACIÓN

La Guía ha sido validada en primer momento por una comisión de Médicos Generales, Médicos Especialistas en Geriátría y Médicos Especialistas en Medicina Familiar de la Caja de Seguro Social.

En un segundo momento se presenta documento al Ministerio de Salud y se valida por una comisión del Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social y la Organización Panamericana de Salud para ser utilizadas a nivel nacional.

CONTENIDO

PARTE I		
VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR		
I.	<i>Atención Integral del Adulto Mayor</i>	1
	<i>A. Objetivos</i>	1
	<i>Los Diez Mandamientos para la Comunicación con Adultos Mayores</i>	1
	<i>Técnicas para la Comunicación con Adultos Mayores</i>	2
	<i>B. Atención Integral</i>	2
	<i>1. Actividades en la Atención Integral</i>	2
	<i>a. Promoción de Salud</i>	3
	<i>b. Prevención</i>	3
II.	<i>Valoración Clínica del Adulto Mayor</i>	5
	<i>A. Dimensiones para la Evaluación</i>	5
	<i>Diagrama 1: Tamizaje Rápido de Condiciones Geriátricas</i>	7
III.	<i>Evaluación Funcional del Adulto Mayor</i>	9
	<i>A. Instrumento para Evaluar las Actividades Básicas de la Vida Diaria</i>	9
	<i>B. Instrumento para Evaluar las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria</i>	9
	<i>C. Instrumento para Evaluar Marcha y Equilibrio</i>	10
	<i>D. Criterios para Referir al Médico Especialista en Geriatría</i>	11
	<i>Diagrama 2: Índice de Katz Modificado</i>	12
	<i>Diagrama 3: Escala de Lawton</i>	13
	<i>Diagrama 4: Prueba de Romberg Modificada</i>	14
	<i>Diagrama 5: Prueba “Levántate y Anda”</i>	15
	<i>Diagrama 6: Escala de Tinetti Modificada: Equilibrio</i>	16
	<i>Diagrama 7: Escala de Tinetti Modificada: Marcha</i>	18
IV.	<i>Evaluación del Estado Mental y Emocional del Adulto Mayor</i>	19
	<i>A. Valoración Cognitiva</i>	19
	<i>B. Valoración Afectiva</i>	19
	<i>C. Criterios de referencia al Especialista</i>	20
	<i>Diagrama 8: Mini Gog</i>	21

	<i>Diagrama 9: Mini Examen del Estado Mental de Folstein Modificado (MMSE)</i>	22
	<i>Diagrama 10: Escala de Pfeffer</i>	23
	<i>Diagrama 11: Escala de Depresión Geriátrica Abreviada de Yesavage</i>	24
V.	<i>Valoración Nutricional del Adulto Mayor</i>	25
	<i>A. Factores de Riesgo Nutricional</i>	25
	<i>B. Tamizaje del Estado Nutricional</i>	25
	<i>C. Evaluación Clínica del Estado Nutricional</i>	25
	<i>Diagrama 12: Mini Tamizaje de Nutrición en la Comunidad</i>	27
	<i>Diagrama 13: Escala de Payette</i>	28
VI.	<i>Evaluación Social del Adulto Mayor</i>	29
	<i>A. Factores Sociales Determinantes de la Salud</i>	29
	<i>B. Evaluación de los Recursos Sociales</i>	29
	<i>Diagrama 14: Instrumento de Valoración de Recursos Sociales</i>	30
	<i>C. Componentes del Funcionamiento Social</i>	31
	<i>D. Interrogatorio Sobre la Situación Social</i>	31
	<i>Diagrama 15: Situaciones Sugestivas de Maltrato en las Personas Mayores</i>	33
VII.	<i>Evaluación Farmacológica del Adulto Mayor</i>	35
	<i>A. Medicamentos a Evitar en los Adultos Mayores</i>	35
	<i>B. Interacciones Medicamento - Enfermedad</i>	36
	<i>C. Recomendaciones para el uso de Fármacos en los Adultos Mayores</i>	37
	<i>D. Cumplimiento del Tratamiento</i>	37
VIII.	<i>Valoración para la Rehabilitación del Adulto Mayor</i>	39
	<i>A. Variables a Evaluar</i>	39
	<i>B. Manejo Integral en la Rehabilitación del Adulto Mayor</i>	39
	<i>C. Medidas Recomendadas en la Rehabilitación de Problemas Especiales en el Adulto Mayor</i>	40
	<i>1. Rehabilitación Cardiorespiratoria</i>	40
	<i>2. Rehabilitación Postquirúrgica de Fracturas del Tercio Superior del Fémur</i>	41
	<i>3. Rehabilitación Física Post Enfermedad Cerebrovascular</i>	42
IX.	<i>Bibliografía y Lecturas Sugeridas</i>	43

PARTE II
GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE CONDICIONES ESPECIALES

CAPÍTULO I

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

A. Definición	49
B. Principales Causas	49
C. Principios para Llegar al Diagnóstico	50
D. Identificación de Factores de Riesgo para Enfermedad Cardiovascular y la Presencia de Lesión en Órganos Blanco	50
E. Evaluación del Adulto Mayor de 60 años por Hipertensión Arterial	51
F. Tratamiento Diferencial de la Hipertensión Arterial en el Adulto Mayor según la Co-morbilidad Cardiovascular	52
G. Asociaciones de Fármacos en el Tratamiento de la Hipertensión Arterial	52
H. Consideraciones Especiales de Algunos Principios Activos de Medicamentos de Uso en el Adulto Mayor	53
I. Plan de Seguimiento	54
J. Bibliografía y Lecturas Sugeridas	55

CAPÍTULO II

FRAGILIDAD

A. Definición	57
B. Formas de Presentación	58
C. Marcadores de Fragilidad	58
D. Criterios de Fragilidad	59
E. Diagnóstico del Problema	59
F. Bibliografía y Lecturas Sugeridas	61

CAPÍTULO III

CAÍDAS

A. Definición	63
B. Importancia de las Caídas en el Adulto Mayor y Consecuencias Relacionadas con las Caídas en Adultos Mayores	63
C. Clasificación de las Caídas en el Adulto Mayor	64
D. Factores de Riesgo de Caídas en el Adulto Mayor	64
E. Interrogatorio por Posibles Factores Asociados a la Caída	66
F. Prueba "Levántate y Anda"	67
G. Diagnóstico Etiológico de las Caídas	68

H. Manejo	69
I. Bibliografía y Lecturas Sugeridas	73
CAPÍTULO IV ESTREÑIMIENTO	
A. Definición	75
B. Diagnóstico y Manejo	75
C. Impactación Fecal	76
D. Laxantes	77
E. Bibliografía y Lecturas Sugeridas	79
CAPÍTULO V INCONTINENCIA URINARIA	
A. Definición	81
B. Causas de Incontinencia Urinaria	81
C. Diagnóstico del Problema	82
D. Bibliografía y Lecturas Sugeridas	84
CAPÍTULO VI HIPERGLICEMIA Y DIABETES TIPO 2	
A. Categoría Diagnóstica Según Criterios	85
B. Clínica	86
C. Población en Riesgo de Diabetes	86
D. Algoritmo Diagnóstico de la Diabetes	87
E. Manejo	88
F. Objetivos del Control de Hiperglicemia y Diabetes Tipo 2	90
G. Flujograma para el Tratamiento de la Diabetes tipo 2	91
H. Tratamiento con Insulina	92
I. Bibliografía y Lecturas Sugeridas	93
CAPÍTULO VII INSOMNIO	
A. Definición	95
B. Clasificación del Insomnio	95
C. Factores de Riesgo	95
D. Principales Causas	96

E. Diagnóstico del Problema	96
F. Higiene del Sueño	97
G. Tratamiento Farmacológico	97
H. Bibliografía y Lecturas Sugeridas	98
CAPÍTULO VIII	
TRASTORNO DE LA MEMORIA	
A. Definición	99
B. Diagnóstico	99
C. Tipos de Demencia	101
D. Diagnóstico: Algoritmo Diagnóstico para los Trastornos de Memoria	102
E. Diagnóstico Diferencial	103
1. Enfermedad de Alzheimer	103
2. Demencia de Origen Vascular	103
3. Enfermedad por Cuerpos de Lewy Difusa	104
F. Tratamiento	104
G. Rehabilitación	105
H. Cuidado del Enfermo	105
I. Prevención	106
J. Atención a los Cuidadores	106
K. Indicaciones para Referir a Nivel Superior	107
L. Bibliografía y Lecturas Sugeridas	107
CAPÍTULO IX	
ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO	
A. Formas de Presentación	109
B. Bases para el Diagnóstico	109
C. Intervenciones Específicas	109
D. Tratamiento Farmacológico	110
E. Terapéutica No Farmacológico	111
F. Bibliografía y Lecturas Sugeridas	112
CAPÍTULO X	
TEMBLOR	
A. Definición	113

B. <i>Clasificación Clínica</i>	113
C. <i>Diagnóstico Diferencial</i>	114
D. <i>Intervenciones Específicas</i>	114
E. <i>Indicaciones de Referencia a Nivel Superior de Resolución y Atención</i>	115
F. <i>Bibliografía y Lecturas Sugeridas</i>	115

CAPÍTULO XI PÉRDIDA DE PESO

A. <i>Definición</i>	117
B. <i>Causas de Pérdida de Peso: “Las 10 D”</i>	117
C. <i>Variables Asociadas a Mayor Riesgo de Pérdida de Peso</i>	117
D. <i>Evaluación Según la Causa de Pérdida de Peso</i>	118
E. <i>Examen Físico</i>	118
F. <i>Abordaje Diagnóstico y Terapéutico</i>	119
G. <i>Bibliografía y Lecturas Sugeridas</i>	120

CAPÍTULO XII INMOVILISMO

A. <i>Definición</i>	123
B. <i>Causas de Trastornos de la Movilidad</i>	123
C. <i>Evaluación</i>	124
D. <i>Complicaciones del Inmovilismo</i>	124
E. <i>Intervenciones Genéricas</i>	126
F. <i>Intervenciones Específicas</i>	126
G. <i>Bibliografía y Lecturas Sugeridas</i>	126

CAPÍTULO XIII ÚLCERAS POR PRESIÓN

A. <i>Definición</i>	127
B. <i>Causas</i>	127
C. <i>Factores de Riesgo para Úlceras por Presión</i>	127
D. <i>Diagnóstico</i>	128
E. <i>Clasificación de las Úlceras por Presión</i>	128
F. <i>Complicaciones de las Úlceras por Presión</i>	128
G. <i>Medidas Preventivas y Manejo de Úlceras por Presión</i>	129

H. Escala de Braden	130
I. Indicaciones Para Referir a Nivel Superior de Atención en el Manejo de Heridas	131
J. Bibliografía y Lecturas Sugeridas	131
CAPÍTULO XIV ANOREXIA	
A. Definición	133
B. Formas de Presentación	133
C. Factores de Riesgo de Anorexia	133
D. Evaluación por Anorexia	134
E. Abordaje Clínico de la Anorexia	134
F. Bases para el Manejo	135
G. Bibliografía y Lecturas Sugeridas	137
CAPÍTULO XV DEPRESIÓN	
A. Definición del Problema	139
B. Perfil del Paciente en Riesgo de Sufrir Depresión	139
C. Forma de Presentación	139
D. Perfil de Riesgo de Suicidio	139
E. Principales Causas de Depresión	140
F. Factores de Riesgo	140
G. Etiología Posible	141
H. Situaciones Geriátricas Asociadas a la Depresión	141
I. Evaluación y Diagnóstico del Problema	141
J. Manejo del Problema	143
K. Bibliografía y Lecturas Sugeridas	147
CAPÍTULO XVI DOLOR ARTICULAR	
A. Definición y Forma de Presentación	149
B. Diagnóstico del Problema	149
C. Manejo del Problema	153
D. Bibliografía y Lecturas Sugeridas	154
CAPÍTULO XVII	

CONFUSIÓN MENTAL O DELIRIUM	
A. <i>Definición del Problema</i>	155
B. <i>Formas de Presentación</i>	155
C. <i>Factores de Riesgo</i>	155
D. <i>Diagnóstico del Problema</i>	156
E. <i>Criterios para el Diagnóstico</i>	157
F. <i>Diagnóstico Diferencial del Síndrome Confusional</i>	158
G. <i>Comparación Entre Delirium y Demencia</i>	158
H. <i>Bases para el Manejo</i>	158
I. <i>Atención a los Cuidadores</i>	160
J. <i>Indicaciones de Referencia a Nivel Superior de Resolución o Atención</i>	160
K. <i>Bibliografía y Lecturas Sugeridas</i>	160
ATENCION URGENTE DEL ICTUS ISQUEMICO	161
ANEXOS	
<i>Escala de Isquemia de Hachinski</i>	162
<i>Escala Global del Deterioro Mental (GDS)</i>	163

INTRODUCCIÓN

La Geriátría es la especialidad médica que se ocupa de la atención de salud de las personas mayores. Aunque existan médicos geriatras, que son los especialistas en la materia, todos los profesionales de la salud reconocen que la atención de los adultos mayores, representa una proporción cada vez mayor de la atención primaria de la salud.

En Panamá se considera adulto mayor a la población de 60 años y más.

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

Hoy día el médico enfrenta con frecuencia el problema de que los síndromes genéricos, que constituyen la parte principal del problema de salud, son con frecuencia presentados de manera colateral y suelen ser soslayados por un motivo de consulta “facilitadas”, que corresponde a lo que el enfermo piensa que puede evocar una respuesta más favorable por parte del médico.

Muchas enfermedades y afecciones que se perciben comúnmente como una parte inevitable de la vejez, en realidad, pueden curarse o limitarse. El adulto mayor es vulnerable por situaciones que limitan sus posibilidades de apego a las recomendaciones terapéuticas o incluso el acceso a los servicios de salud, tales como: el deterioro de su capacidad económica, dificultades de acceso a servicios y a información, posible deterioro de su entorno social y familiar.

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

Es importante resaltar que la Atención Primaria de Calidad se reconocerá por su capacidad de prevenir, detectar, anticipar e intervenir precozmente sobre las precitadas “Gigantes de las Geriatría”.

Se pretende con esta Guía facilitar el abordaje multidisciplinario, del médico de atención primaria, en la atención integral de los adultos mayores, para su diagnóstico y tratamiento oportuno, y la recuperación de la salud.

GUÍA MÉDICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

PARTE I

VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR



I. ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

A. OBJETIVOS

1. Objetivos Generales

- Unificar conceptos en la atención integral de salud al adulto mayor considerando las características generales de este grupo etario en Panamá.
- Establecer guías para la atención integral de las personas adultas mayores, en “Atención Primaria” en las Instalaciones de salud de la Caja de Seguro Social y MINSA.
- Mejorar la atención integral de las personas adultas mayores.

2. Objetivos Específicos

- a. Establecer una adecuada comunicación con el paciente Adulto Mayor.
- b. Proveer de guías de atención al adulto mayor al personal de salud de atención primaria.
- c. Instruir al personal de salud que trabajan en atención primaria, en conceptos básicos de Geriátría y Gerontología en la valoración de la salud de las personas Adultas Mayores.
- d. Valorar las características más destacadas de la presentación de las enfermedades en las personas Adultas Mayores.
- e. Fomentar la creación de grupos y la participación social de las personas Adultas Mayores.

LOS DIEZ MANDAMIENTOS PARA LA COMUNICACIÓN CON LOS ADULTOS MAYORES

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

Tomado de Guías de Atención del adulto Mayor OPS/OMS 2010. Esquema, adaptación propia PNPJTE-CSS 2011.

TÉCNICAS PARA LA COMUNICACIÓN CON LOS ADULTOS MAYORES CON:	
IMPEDIMENTOS AUDITIVOS	IMPEDIMENTOS DE VISIÓN
<ol style="list-style-type: none"> 1. Capte la atención de la persona primero y hablele de frente. 2. La luz debe iluminar su cara. 3. Hable usando una voz fuerte, pero sin gritar. 4. Use tonos más bajos que se escuchan mejor que tonos más altos. 5. Hable lenta y claramente, pero sin sobre enfatizar. 6. Elimine el ruido de fondo. 7. Mantenga su boca en plena vista. 8. Use otras palabras en vez de repetir una oración que no se entendió. 9. Use otros medios de comunicación, tales como gestos, diagramas y materiales escritos. 10. Haga que la persona mayor repita los datos cruciales para asegurar comprensión. 11. Alerta a la persona cuando está cambiando de tema. 12. Recuerde utilizar los servicios en su comunidad para obtener dispositivos auditivos o educar al adulto mayor a vivir con un déficit auditivo. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siempre identifíquese claramente. 2. Narre sus actividades: infórmele a la persona mayor cuando entra o sale de la habitación. 3. Use lenguaje claro cuando esté dando indicaciones, tal como “izquierda” o “derecha”, en vez de “allí”. 4. Obtenga y fomente el uso de dispositivos para la visión pobre. 5. Asegúrese de que el ambiente esté bien iluminado. 6. Si la persona mayor no está usando anteojos, pregúntele si normalmente los usa y para qué fin. Si necesita anteojos para una situación determinada, asegúrese de que la persona los esté usando. 7. Sea consciente de que si la persona mayor se está alejando de usted, está inclinando la cabeza hacia un lado o parece estar mirando en otra dirección, puede ser sólo para ajustar la distancia y el ángulo, mejorando su capacidad para verle. 8. Cuando esté usando material impreso, asegúrese de que la letra sea de un tamaño que la persona mayor pueda leer (mínimo 14 ptos) 9. Use audición y tacto para reforzar su comunicación.

Tomado de Guía de Atención del Adulto Mayor OPS, 2010. Esquema, adaptación propia PNPJTE-CSS 2011.

B. ATENCIÓN INTEGRAL

La atención integral del adulto mayor debe enfatizarse en la promoción de salud y en la prevención primaria y secundaria de enfermedades para lograr un envejecimiento saludable y con calidad de vida; ofrecer el tratamiento farmacológico y no farmacológico de las enfermedades encontradas, ofrecer la rehabilitación física como tratamiento y en forma preventiva y favorecer cuidados paliativos al final de la vida.

1. Actividades en la Atención Integral

Todas las actividades pueden ser realizadas por el médico de cabecera a través de la consulta médica. En las instalaciones de salud donde exista el recurso humano, un equipo interdisciplinario de médico, enfermera, trabajador social, personal de salud mental, fisioterapeuta, odontólogo, farmacéuta, nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional y gerontólogo social o técnico en gerontología deben intervenir en las actividades.

La educación en salud y las actividades de promoción y prevención se pueden realizar en el consultorio en forma individual o en forma grupal en Agrupaciones o Asociaciones de Adultos Mayores o masiva a través de ferias, campañas, seminarios, conferencias u otras.



a. Promoción de Salud

Estas pueden realizarse en forma individual o grupal.

1. Educación en el auto cuidado de salud: estilos de vida saludable, factores de riesgo, cuidado bucal, alimentación adecuada, etc.
2. Preparación para la cesantía laboral: presupuesto económico, uso del tiempo libre
3. Fomentar la participación en grupos de adultos mayores
4. Fomentar la participación social activa en la comunidad
5. Promover el uso del tiempo libre: actividades motoras finas y gruesas, recreacional, intelectual y otras

b. Prevención

Prevención de enfermedades infecciosas, degenerativas, crónicas y psicosociales con una vivencia correcta y buenos hábitos de salud.

1. Atención de morbilidad y tratamiento precoz para evitar secuelas permanentes
2. Fisioterapia profiláctica: para evitar o posponer la dependencia funcional, prevenir anquilosis, artralgias y contracturas articulares.
3. Farmacovigilancia: evitar polifarmacoterapia, iatrogenia e interacciones medicamentosas.
4. Higiene bucal
5. Revisar inmunización y aplicar vacunas
6. Detección precoz de los siguientes:

CONDICIÓN	ACTIVIDAD
Cáncer de próstata , Prostatismo	Tacto rectal, Antígeno Prostático hasta los 75 años
Cáncer mamario	Autoexamen, examen mamario. Mamografía hasta los 80 años.
Carcinoma uterino	PAP hasta los 65 años
Glaucoma	Fondo de ojo por Oftalmólogo
Dislipidemia	Perfil lipídico
Cardiopatías	Examen clínico, EKG, Ergometría o prueba de esfuerzo

CONDICIÓN	ACTIVIDAD
Diabetes Mellitus	Glicemia en ayuna y HBAc1
Hipertensión Arterial	Examen clínico, Presión Arterial de pie, acostado y sentado
Malnutrición	Monitoreo del peso y medidas antropométricas
Trastornos cognitivos y afectivos	Evaluación cognitiva y emocional
Osteoporosis	Densitometría (no disponible en la Institución)
Fragilidad y caídas	Valoración del desempeño motor



Programa Nacional de Salud de Adulto



II. VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR

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

A. DIMENSIONES PARA LA EVALUACIÓN

DIMENSIONES PARA LA EVALUACIÓN DEL ADULTO MAYOR	
A. Examen clínico	
1. Antecedente patológicos	a. Una revisión de los antecedentes patológicos personales del paciente, deberá profundizar en las patologías crónicas que se mantienen activas. Investigar por alergia medicamentosa.
	b. Padecimientos agudos recientes.
	c. Investigar por hospitalizaciones previas y frecuencias.
2. Causa de la consulta	
3. Interrogatorio por aparatos y sistemas. Debe incluir síntomas o signos por:	a. Isquemia cerebral transitoria
	b. Historia nutricional básica
	c. Actividad física
	d. Estado funcional
	e. Hábitos: Promiscuidad sexual, tabaquismo, alcoholismo, drogadicción
	f. Pérdida de peso
	g. Cambio de hábitos intestinales
	h. Caídas frecuentes
4. Realizar "Tamizaje Rápido de Condiciones Geriátricas" (ver Diagrama N° 1)	
5. Examen físico:	a. Desde la entrada del paciente observar
	i. La marcha
	ii. La forma de vestir
	iii. Si presenta dificultad al sentarse
	iv. Postura
	v. Si no hay asimetría en cara o hemiparesia de extremidades
	b. Peso, talla, índice de masa corporal, circunferencia abdominal
	c. Presión arterial sentado y parado
	d. Examinar boca, ojos, oídos, cuello, tiroides, buscar adenopatías, auscultar corazón, pulmones, evaluar abdomen, articulaciones, piel, reflejos, sensibilidad, pies, pulsos de miembros inferiores, ginecológico, mamas, próstata, (auscultar carótidas).

6. Ordenar laboratorios y exámenes de gabinete	a. Hemograma completo (c/año)	b. VDRL
	c. Velocidad de Eritrosedimentación	d. Glicemia en ayunas cada 2 años si es <126
	e. Creatinina (c/año)	f. Hemoglobina glicosilada
	g. Nitrógeno de Urea	h. Perfil lipídico c/5 años si es normal
	i. Urinálisis general	j. Antígeno Prostático en hombres (después de 75 años evaluar riesgo/beneficio)
	k. Heces por parásito y sangre oculta (c/año)	l. Pruebas funcionales tiroideas (TSH y T4) (c/año)
	m. Proteína C Reactiva (c/año)	n. Albúmina sérica (c/año)
	o. Papanicolau en mujeres (cada 1 a 3 años, después de los 65 años. Si los previos son normales, cada 5 años)	
	p. Rayos X pulmonar: si hay antecedentes de tabaquismo activo o pasivo, enfermedad cardiorespiratoria o pérdida de peso	
	q. Electrocardiograma (en pacientes con 2 o más factores de riesgo)	
	r. Prueba de esfuerzo en adultos mayores que participan en actividades deportivas	
	s. Mamografía en mujeres (cada 2 años en mujeres hasta los 80 años)	
	t. Densitometría ósea (Aún no disponible en la Institución)	
	u. Sigmoidoscopia y Colonoscopia en pacientes con alto riesgo de cáncer de colon	
A. Valoración de medicamentos (farmacológica)	Listado de medicamentos	
B. Valoración nutricional	Factores de riesgo, Mini Tamizaje Nutricional, Escala de Payette (opcional)	
C. Valoración funcional	Escala de Lawton, Índice de KATZ, Prueba de Romberg Modificado, Prueba de Levántate y Anda, (Escala de Tinetti)	
D. Valoración del estado mental y afectivo	Mini COG, Escala de Pfeffer, MMSE Folstein, Escala de Yesavage	
E. Valoración social	Instrumento de Valoración de Recursos Sociales, Visita al hogar	
F. Examen de salud bucal	Evaluación Odontológica	

Una vez realizada la valoración clínica del adulto mayor, se procederá a realizar:		
1. Diagnósticos probables		
2. Plan a seguir		
3. Inmunización:	a. TD de Adulto: con refuerzo cada 10 años	
	b. Antineumococcica: cada 5 años	
	c. Influenza: anual según la cepa	
4. Educación en salud y auto cuidado		
5. Tratamiento farmacológico y no farmacológico		

Referencias: Guías de Atención al Adulto Mayor OPS/OMS 2010, Revisión de Normas del PNPJTE-CSS 2004, Aporte de Médicos de Geriatría, Medicina Familiar y Medicina General de a CSS. Esquema, adaptación propia PNPJTE-CSS 2011.



B. DIAGRAMA 1

TAMIZAJE RÁPIDO DE CONDICIONES GERIÁTRICAS			
PROBLEMA	DETECCIÓN	RESULTADO	INTERVENCIÓN
VISIÓN	¿Tiene dificultad para ver la televisión o ejecutar cualquier actividad diaria por causa de su vista?	Sí	Referencia a Optometría Referencia a Oftalmología
AUDICIÓN	Susurre al oído, ¿me escucha?, en ambos lados	No escucha	Examinar con otoscopio Referir al Otorrinolaringólogo Referir a audiometría de ser posible
MOVILIDAD DE LAS PIERNAS	Tome el tiempo luego de pedirle “Levántese de la silla. Camine 5 metros rápidamente, de la vuelta y vuelva a sentarse”	Incapaz de realizar la tarea en 15 segundos	Evalúe movilidad: marcha y equilibrio (Prueba de Romberg Modificado, Prueba de Levántate y Anda, Escala de Tinetti) Recomendaciones para Rehabilitación Evaluación del estado mental y emocional
INCONTINENCIA URINARIA	Dos partes: ¿En el último año, alguna vez se ha mojado al perder involuntariamente orina? De ser así ¿ha perdido involuntariamente orina en al menos 6 días diferentes?	Sí	Evaluación por incontinencia urinaria Buscar etiología Recomendaciones
NUTRICIÓN Y HÁBITOS	¿Hay cambio de peso en los últimos 3 meses?	Hay cambio en 10% del peso	Realizar valoración nutricional Buscar causa
	¿Ingiere alcohol?	Sí	Investigar por alcoholismo
	¿Fuma?	Sí	Intervención educativa
	¿Realiza ejercicios físicos?	No	Intervención educativa
MEMORIA	Mencione 3 objetos: árbol, perro, avión. Al cabo de un minuto pregunte por los 3 objetos mencionados	Incapaz de recordar	Valoración mental (Mini COG, Escala de Pfeffer, Test Folstein)
DEPRESIÓN	¿Está usted triste o deprimido?	Sí	Valoración afectiva (Escala de Yesavage)
INCAPACIDAD FÍSICA	¿Es usted capaz de caminar rápidamente? ¿Lavar ventanas, pisos y paredes? ¿Salir de compras? ¿Tomar algún medio de transporte? ¿Bañarse sólo en la tina, ducha o regadera? ¿Vestirse sin ayuda alguna?	No, ante cualquier pregunta	Valoración de la capacidad funcional (Escala de Lawton, Índice de Katz) Recomendaciones de fisioterapia profiláctica o Referencia para Rehabilitación Física

Cuadro modificado a partir de Moore AA, Su AL, “Screening for common problems in ambulatory elderly: clinical confirmation of a screen instrument.” Am J Med 1996, 100:440-5, en “10-minute Screener for Geriatric Conditions”, página 137 de Reuben, D et al. Geriatrics At Your Fingertips, 1998/99 Edition, American Geriatrics Society, Belle Mead, NJ: Excerpta Medica, Inc., 1998. Modificado por colaboradores en revisión de Guías para Atención al Adulto Mayor, Panamá 2010. Esquema, adaptación propia PNPJTE-CSS 2011.



Programa Nacional de Salud de Adulto



III. EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR

Los cambios por envejecimiento y por problemas de salud, en los adultos mayores, a menudo se manifiestan como declinación del estado funcional. Por lo tanto, la evaluación funcional debe ser realizada ya que provee de datos objetivos que pueden indicar la futura declinación o mejoría. Puede ser realizada por cualquier funcionario de salud.

La funcionalidad se mide por medio de tres componentes:		
COMPONENTES	HERRAMIENTA/INSTRUMENTO	UTILIDAD
1. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)	Escala de Lawton	Detecta los primeros grados de deterioro funcional
2. Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)	Índice de Katz	Cuando ya hay deterioro en las actividades instrumentales. Detecta cambios a lo largo del tiempo.
3. Marcha y equilibrio	Prueba de Romberg Modificada Prueba de Levántate y Anda Escala de Tinetti Modificada (opcional)	Detecta trastornos en marcha y equilibrio como potenciales riesgos de salud y caídas.

A. INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)

1. ÍNDICE DE KATZ MODIFICADO (DIAGRAMA 2)

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

POBLACIÓN OBJETIVO PARA LA EVALUACIÓN

Esta escala de evaluación *es más útil con individuos que ya manifiestan dificultades con las actividades instrumentales de la vida diaria.* El propósito del índice es darle al usuario indicadores básicos para identificar cambios a través del tiempo en la autonomía del paciente, necesidades de servicio y carga de tiempo y atención para los familiares y cuidadores.

B. INSTRUMENTO PARA EVALUAR LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)

1. ESCALA DE LAWTON (DIAGRAMA 3)



POBLACIÓN OBJETIVO PARA LA EVALUACIÓN

La **Escala de Lawton** es útil para detectar los primeros grados de deterioro funcional de los adultos mayores que viven en sus domicilios. Esta Escala se recomienda para la evaluación del adulto mayor que se considera con riesgos de perder su autonomía, ya sea por una enfermedad crónica o por estar recuperándose de un período de inmovilidad.

LIMITACIONES

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

Esta escala es capaz de detectar deterioro funcional más tempranamente que el índice de Katz.

C. INSTRUMENTO PARA EVALUAR LA MARCHA Y EL EQUILIBRIO

1. PRUEBA DE ROMBERG MODIFICADA (DIAGRAMA 4)

Es una prueba rápida y sencilla que permite conocer si hay pérdida de equilibrio y riesgo de caídas.

2. PRUEBA DE LEVÁNTATE Y ANDA (DIAGRAMA 5)

Es una variante de prueba de desempeño motor que tiene utilidad para valorar equilibrio, fuerza muscular y marcha.

3. ESCALA DE TINETTI MODIFICADA (DIAGRAMA 6 Y DIAGRAMA 7)

VALORACIÓN DEL EQUILIBRIO Y LA MARCHA

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

POBLACIÓN OBJETIVO PARA LA EVALUACIÓN

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

a. EQUILIBRIO: **DIAGRAMA 6**



Una evaluación clínica de la marcha debe incluir la observación del equilibrio utilizando la **Escala de Tinetti** como guía. Para los pacientes que ya no son ambulatorios puede ser útil observar su capacidad para efectuar transferencias de la cama al sillón o al servicio sanitario y observar su estabilidad en la posición de sentados.

b. MARCHA: DIAGRAMA 7

La marcha requiere para ejecutarse de:

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

Su deterioro es frecuente y los afectados tienen un mayor riesgo de caer. La evaluación clínica debe incluir el interrogatorio acerca de caídas recientes y sus consecuencias y la ejecución de la prueba de marcha.

D.

CRITERIOS PARA REFERIR A GERIATRÍA

1. Persistencia de caídas
 2. Rápida disminución de las capacidades funcionales
 3. Fragilidad progresiva que no responde a la intervención
-



DIAGRAMA 2

ÍNDICE DE KATZ MODIFICADO EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)					
INFORMACIÓN OBTENIDA DEL		ACTIVIDAD	GUÍA PARA EVALUACIÓN		
PACIENTE	INFORMANTE		I: Independiente = 2 No necesita ayuda	A: Requiere Asistencia = 1	D: Dependiente = 0 Necesita Ayuda
IAD	IAD	BAÑARSE	I	Se baña completamente sin ayuda o recibe ayuda sólo para una parte del cuerpo, ejm espalda.	
Puntuación____	Puntuación____		A	Necesita ayuda para más de una parte del cuerpo, entrar o salir de la bañera o aditamentos para la bañera.	
			D	Completamente incapaz para bañarse por sí mismo.	
IAD	IAD	VESTIRSE	I	Capaz de escoger ropa, vestirse/desvestirse, manejar cinturón (excluye amarrarse los zapatos).	
Puntuación____	Puntuación____		A	Necesita ayuda pues sólo está parcialmente vestido.	
			D	Completamente incapaz de vestirse/desvestirse por sí mismo.	
IAD	IAD	APARIENCIA PERSONAL	I	Capaz de peinarse, afeitarse sin ayuda.	
Puntuación____	Puntuación____		A	Necesita ayuda para peinarse o afeitarse	
			D	Completamente incapaz de cuidar su apariencia	
IAD	IAD	USAR EL INODORO	I	Capaz de ir al inodoro, sentarse, pararse, ajustar su ropa, limpiar sus órganos de excreción, usa el orinal sólo en la noche.	
Puntuación____	Puntuación____		A	Recibe ayuda para ir y usar el inodoro. Usa el orinal regularmente.	
			D	Completamente incapaz de usar el inodoro.	
IAD	IAD	CONTINENCIA	I	Micción/ defecación auto controlados.	
Puntuación____	Puntuación____		A	Incontinencia fecal/urinaria parcial o total, o control mediante enemas, catéteres, uso regulado de orinales.	
			D	Usa catéter o colostomía.	
IAD	IAD	TRASLADARSE	I	Capaz de acostarse/sentarse y levantarse de la cama/silla sin asistencia humana o mecánica.	
Puntuación____	Puntuación____		A	Necesita ayuda humana o mecánica.	
			D	Completamente incapaz de trasladarse, necesita ser levantado.	
IAD	IAD	CAMINAR	I	Capaz de caminar sin ayuda excepto por bastón.	
Puntuación____	Puntuación____		A	Necesita asistencia humana/ andador, muletas.	
			D	Completamente incapaz de caminar, necesita ser levantado.	
IAD	IAD	ALIMENTARSE	I	Capaz de alimentarse completamente a sí mismo.	
Puntuación____	Puntuación____		A	Necesita ayuda para cortar o untar el pan.	
			D	Completamente incapaz de alimentarse por sí mismo o necesita alimentación parenteral.	

Traducido y adaptado con permiso de Modules in Clinical Geriatrics by Blue Cross and Blue Shield Association and the American Geriatrics Society publicado por Blue Cross and Blue Shield, 1998. Tomado de la guía para Adultos Mayores OPS. Módulos de Valoración Clínica Módulo 3. Evaluación Funcional del Adulto Mayor. 2004. Esquema, adaptación propia PNPJTE-CSS 2011

INTERPRETACIÓN: Luego de realizar la Evaluación se clasifica a la persona en:

I = Independiente aquella persona que *no precisa ayuda* o utiliza ayuda *sólo para un componente* de la actividad

A = Requiere Asistencia para *más de un componente* de la actividad, pero que puede realizar otros sin ayuda o supervisión

D = Dependiente: necesita ayuda de otra persona, supervisión o guía, *para todos los componentes* de la actividad



DIAGRAMA 3

ESCALA DE LAWTON				
EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)				
INFORMACIÓN OBTENIDA DEL		ACTIVIDAD	GUÍA PARA EVALUACIÓN	
PACIENTE	INFORMANTE		I: Independiente = 2 No precisa ayuda	A: Requiere Asistencia = 1 D: Dependiente = 0 Necesita Ayuda
IAD Puntuación ____	IAD Puntuación ____	CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	I	Utiliza el teléfono por iniciativa propia y es capaz de marcar los números y completar una llamada.
			A	Es capaz de contestar el teléfono o de llamar a una operadora en caso de emergencia, pero necesita ayuda para marcar los números.
			D	Totalmente incapacitado para realizar una llamada por teléfono por sí mismo.
IAD Puntuación ____	IAD Puntuación ____	USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	I	Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio auto.
			A	Sólo viaja si lo acompaña alguien.
			D	No puede viajar en lo absoluto.
IAD Puntuación ____	IAD Puntuación ____	IR DE COMPRAS	I	Realiza todas las compras con independencia.
			A	Necesita compañía para realizar cualquier compra.
			D	Completamente incapaz de ir de compras.
IAD Puntuación ____	IAD Puntuación ____	PREPARACIÓN DE LA COMIDA	I	Organiza, prepara y sirve la comida adecuadamente y con independencia.
			A	Calienta, sirve y prepara comidas ligeras, pero no puede mantener una dieta adecuada sin ayuda.
			D	Necesita que le preparen y sirvan la comida.
IAD Puntuación ____	IAD Puntuación ____	CONTROL DE SUS MEDICAMENTOS	I	Capaz de tomar su medicación en el horario y dosis correcta.
			A	Toma su medicación si alguien se lo recuerda y le prepara la dosis.
			D	Incapaz de administrarse su medicación.
IAD Puntuación ____	IAD Puntuación ____	MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS	I	Manejo de asuntos económicos con independencia.
			A	Realiza los gastos cotidianos, pero necesita ayuda para manejar su cuenta de banco y hacer grandes compras.
			D	Incapaz de manejar su dinero.
IAD Puntuación ____	IAD Puntuación ____	CAMINAR	I	Capaz de caminar sin ayuda excepto por bastón.
			A	Necesita asistencia humana/ andador, muletas.
			D	Completamente incapaz de caminar, necesita ser levantado.
IAD Puntuación ____	IAD Puntuación ____	ALIMENTARSE	I	Capaz de alimentarse completamente a sí mismo.
			A	Necesita ayuda para cortar o untar el pan.
			D	Completamente incapaz de alimentarse por sí mismo o necesita alimentación parenteral.

Traducido y adaptado con permiso de Modules in Clinical Geriatrics by Blue Cross and Blue Shield Association and the American Geriatrics Society publicado por Blue Cross and Blue Shield, 1998., OPS/OMSGuías de Evaluación Funcional del Adulto Mayor Módulo 3 , 2004. Esquema, adaptación propia PNPJTE-CSS 2011





INTERPRETACIÓN :

I = Independiente aquella persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda sólo **para un componente** de la actividad

D = Dependiente: necesita ayuda de otra persona, supervisión o guía, **para todos los componentes** de la actividad

A = Requiere Asistencia para **más de un componente** de la actividad, pero que puede realizar otros sin ayuda o supervisión

DIAGRAMA 4

PRUEBA DE ROMBERG MODIFICADA		
De pie con los brazos a los lados del cuerpo Ojos abiertos	Soporta 10 segundos	
Equilibrio con pies lado a lado separados 	Sí	
	No	
Equilibrio con pies lado a lado juntos 	Sí	
	No	
Posición dedo talón, Semi-tándem 	Sí	
	No	
Posición en línea recta, Tándem 	Sí	
	No	

Resultado: el no soportar mínimo 10 segundos en la posición indicada indica falta de estabilidad.

Esquema, adaptación propia PNPJTE-CSS 2011



DIAGRAMA 5

PRUEBA DE LEVÁNTATE Y ANDA (Prueba de Lázaro, “get up and go”)

Es una variante de prueba de desempeño motor que tiene utilidad para valorar equilibrio, fuerza muscular y marcha.

Requiere de:

- una silla sin brazos,
- 3 metros de espacio para caminar y
- un cronómetro o reloj para medir el tiempo de ejecución.

Como en toda prueba de desempeño debe haber uno o dos ensayos previos. Debe recomendarse al individuo que camine con su velocidad usual. Si usa bastón puede usarlo. Pacientes con trastornos del equilibrio: el examinador debe caminar junto al paciente mientras otra persona toma el tiempo.

- Quiero que se levante de esa silla con los brazos cruzados.
- Camine hasta la pared (3 mts.).
- De la vuelta y vuelva a la silla.
- Siéntese nuevamente sin usar las manos.


Resultado: < 10 segundos = Bueno 10– 20 segundos = Preocupante >20 segundos = Deficitario, requiere evaluación más pormenorizada.

Mathias, et al., Balance in elderly patients: the “Get up and go test,” *Arch Phys Med Rehabil* 1986;67:387-388 Esquema, adaptación propia PNPJTE-CSS 2011



ESCALA DE TINETTI MODIFICADA

EQUILIBRIO

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

1. Al sentarse	0	incapaz sin ayuda o se colapsa sobre la silla o cae fuera del centro de la silla.	
	1	capaz y no cumple los criterios para 0 ó 2.	
	2	se sienta mediante movimientos fluidos y seguros y termina con los glúteos tocando el respaldo de la silla y los muslos en el centro de la silla.	
2. Equilibrio mientras está sentado	0	incapaz de mantener su posición (se desliza marcadamente hacia el frente o se inclina hacia el frente o hacia el lado)	
	1	se inclina levemente o aumenta levemente la distancia entre los glúteos y el respaldo de la silla	
	2	firme, seguro, erguido.	
3. Al levantarse	0	incapaz sin ayuda o pierde el balance o requiere más de 3 intentos.	
	1	capaz, pero requiere 3 intentos.	
	2	capaz en 2 intentos o menos.	
4. Equilibrio inmediato al ponerse de pie (primeros 5 segundos)	0	inestable, se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco, se apoya en objetos.	
	1	estable, pero usa andador o bastón, o se tambalea levemente pero se recupera sin apoyarse en un objeto.	
	2	estable sin andador, bastón u otro soporte.	
De Pie: ver ilustraciones de posiciones específicas de los pies			
5. Equilibrio con pies lado a lado		0	incapaz o inestable o sólo se mantiene = 3 segundos.
		1	capaz, pero usa andador, bastón, u otro soporte o sólo se mantiene por 4 – 9 segundos.
		2	base de sustentación estrecha, sin soporte, por 10 segundos. Tiempo: ____ , ____ segundos.
6. Prueba del Tirón (el paciente en la posición máxima obtenida en # 5; el examinador parado detrás de la persona, tira ligeramente hacia atrás por la cintura)	0	comienza a caerse.	
	1	da más de 2 pasos hacia atrás.	
	2	menos de 2 pasos hacia atrás y firme.	
7. Se para con la pierna derecha sin apoyo	0	incapaz o se apoya en objetos de soporte o capaz por < 3 segundos.	
	1	capaz por 3 ó 4 segundos.	
	2	capaz por 5 segundos. Tiempo: ____ , ____ segundos	
8. Se para con la pierna izquierda sin apoyo	0	incapaz o se apoya en objetos de soporte o capaz por < 3 segundos.	
	1	capaz por 3 ó 4 segundos.	
	2	capaz por 5 segundos. Tiempo: ____ , ____ segundos	



9. Posición de Semi-tándem 	0	incapaz de pararse con la mitad de un pie frente al otro (ambos pies tocándose) o comienza a caerse o se mantiene = 3 segundos.	
	1	capaz de mantenerse 4 a 9 segundos.	
	2	capaz de mantener la posición semi-tándem por 10 segundos.	
	Tiempo: ___ ___, ___ segundos		
10. Posición Tándem 	0	incapaz de pararse con un pie frente al otro o comienza a caerse o se mantiene por = 3 segundos.	
	1	capaz de mantenerse 4 a 9 segundos.	
	2	capaz de mantener la posición tándem por 10 segundos.	
	Tiempo: ___ ___, ___ segundos		
11. Se agacha (para recoger un objeto del piso)	0	incapaz o se tambalea.	
	1	capaz, pero requiere más de un intento para enderezarse.	
	2	capaz y firme.	
12. Se para en puntillas	0	incapaz.	
	1	capaz pero por < 3 segundos.	
	2	capaz por 3 segundos.	
Tiempo: ___ ___, ___ segundos			
13. Se para en los talones	0	incapaz.	
	1	capaz pero por < 3 segundos.	
	2	capaz por 3 segundos.	
Tiempo: ___ ___, ___ segundos			
Interpretación: A mayor puntaje, menor riesgo de caídas			
Interpretación de Escala de Tinetti	Menos de 19 puntos	De 19 a 24 puntos	Más de 24 puntos
Equilibrio y Marcha _____	Alto riesgo de caídas	Riesgo de caídas	Sin riesgos de caídas

Adaptado por la American Geriatrics Society de Mary E. Tinetti, M.D., "Performance-Oriented Assessment of Mobility", páginas131-133 en Reuben D et al. Geriatrics At Your Fingertips, 1998/99 Edition, American Geriatrics Society, Belle Mead, NJ: Excerpta Medica, Inc., 1998., OPS/OMS Guías de Evaluación Funcional del Adulto Mayor Módulo 3, 2004 Esquema, adaptación propia PNPJTE-CSS 2011



DIAGRAMA 7

ESCALA DE TINETTI MODIFICADA			
MARCHA			
INSTRUCCIONES: La persona se para junto al examinador, camina por el pasillo o habitación (mida 3 metros), da la vuelta y regresa por el mismo camino usando sus ayudas habituales para la marcha, como el bastón o andador. El piso debe ser plano, no alfombrado y sin irregularidades. Anote el tipo de piso: ---linóleo/cerámica ---madera ---cemento/concreto ---otro: _____			
1. Inicio de la marcha (Inmediatamente después de decirle "camine")	0	cualquier vacilación o múltiples intentos para comenzar.	
	1	sin vacilación.	
2. Trayectoria (estimada en relación a la cinta métrica colocada en el piso), Inicia la observación de la desviación del pie más cercano a la cinta métrica cuando termina los primeros 30 centímetros y finaliza cuando llega a los últimos 30 centímetros.	0	marcada desviación.	
	1	moderada o leve desviación o utiliza ayudas.	
	2	recto, sin utilizar ayudas.	
3. Pierde el paso (tropezada o pérdida del balance)	0	sí, y hubiera caído o perdió el paso más de 2 veces.	
	1	sí, pero hizo un intento apropiado para recuperarlo y no perdió el paso más de 2 veces.	
	2	no.	
4. Da la vuelta (mientras camina)	0	casi cae.	
	1	leve tambaleo, pero se recupera, usa andador o bastón.	
	2	estable, no necesita ayudas mecánicas.	
5. Caminar sobre obstáculos (se debe evaluar durante una caminata separada donde se colocan dos zapatos en el trayecto, con una separación de 1.22 metros)	0	comienza a caer ante cualquier obstáculo o incapaz o camina alrededor de cualquier obstáculo o pierde el paso > 2 veces.	
	1	capaz de caminar por encima de todos los obstáculos, pero se tambalea un poco aunque logra recuperarse o pierde el paso una o dos veces.	
	2	capaz y firme al caminar por encima de todos los obstáculos sin perder el paso.	
Interpretación: A mayor puntaje, menor riesgo de caídas			
Interpretación de Escala de Tinetti Equilibrio y Marcha _____	Menos de 19 puntos Alto riesgo de caídas	De 19 a 24 puntos Riesgo de caídas	Más de 24 puntos Sin riesgos de caídas

Adaptado por la American Geriatrics Society de Mary E. Tinetti, M.D., "Performance-Oriented Assessment of Mobility", páginas 131-133 en Reuben D et al. Geriatrics At Your Fingertips, 1998/99 Edition, American Geriatrics Society, Belle Mead, NJ: Excerpta Medica, Inc., 1998. . OPS/OMS Guías de Evaluación Funcional del Adulto Mayor Módulo 3, 2004 Esquema, adaptación propia PNPJTE-CSS 2011



IV. EVALUACIÓN DEL ESTADO MENTAL Y EMOCIONAL DEL ADULTO MAYOR

La **función cognitiva** es la capacidad de realizar funciones intelectuales (recordar, orientarse o calcular). Los trastornos pueden ir de benignos (olvido) hasta la demencia.

La **función afectiva**, depresión o ansiedad, pueden empeorar durante una enfermedad o a causa de alguna lesión, no deben ser considerados normales o inevitables en el envejecimiento.

A. VALORACIÓN COGNITIVA

Nos proponemos utilizar instrumentos, que aunque no diagnostican la demencia, si nos puedan ayudar a detectarlas, o sea las pruebas de tamizaje.

1. MINI COG (DIAGRAMA 8)

Es una prueba de tamizaje rápida para detectar deterioro cognitivo leve en el adulto mayor. Es menos afectada por el idioma, etnicidad y nivel educativo que otras pruebas de deterioro cognitivo.

2. “Mini Examen del Estado Mental de Folstein” (MMSE de Folstein), (DIAGRAMA 9)

Es un instrumento útil para el tamizaje del déficit cognitivo, y está indicado utilizarlo de rutina en:

- Mayores de 75 años,
- Adulto mayor con pérdida de actividades instrumentales
- Adulto mayor con queja subjetiva de pérdida de memoria
- Si hay antecedentes de delirio previo (sobre todo en hospitalizaciones)

En este instrumento se evalúan las funciones por pregunta, así en la

Pregunta 1.....orientación

Pregunta 3.....atención

Pregunta 5.....recuerdo, memoria

Pregunta 2.....aprendizaje y memoria

Pregunta 4.....comprensión

Pregunta 6.....función práctica

La información obtenida se complementa con la información del familiar a través de la **Escala Pfeffer (DIAGRAMA 10)** que aporta datos sobre capacidades cognitivas.

B. VALORACIÓN AFECTIVA

Cuando hay signos de alteración afectiva, está indicado evaluar con la **Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. (DIAGRAMA 11)**. La prueba es un cuestionario de 15 preguntas respecto a cómo se sintió durante la semana anterior a la fecha. Está indicado utilizarla en:

- Personas saludables
- Cuando hay alguna alteración afectiva
- En entorno comunitario, en atención aguda y de largo plazo



Si el paciente ya presenta alta sospecha de demencia, se debe diferenciar si ésta se debe a enfermedad degenerativa (Enfermedad de Alzheimer u otras) o por problemas vasculares (Demencia Vasculat) para lo cual se recomienda utilizar los criterios clínicos de la **Escala de Hachinski** (Ver Anexo 1) y otras pruebas neurológicas.

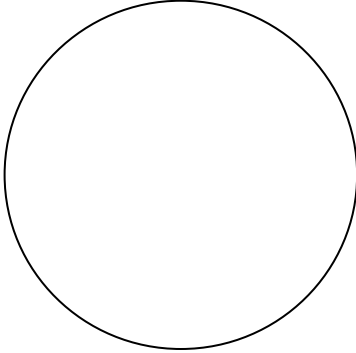
En caso de que la demencia se considera por Enfermedad de Alzhiemer, se recomienda la **Escala Global del Deterioro (GDS)** (Ver Anexo 2) para clasificar el nivel o etapa de la Enfermedad.

C.

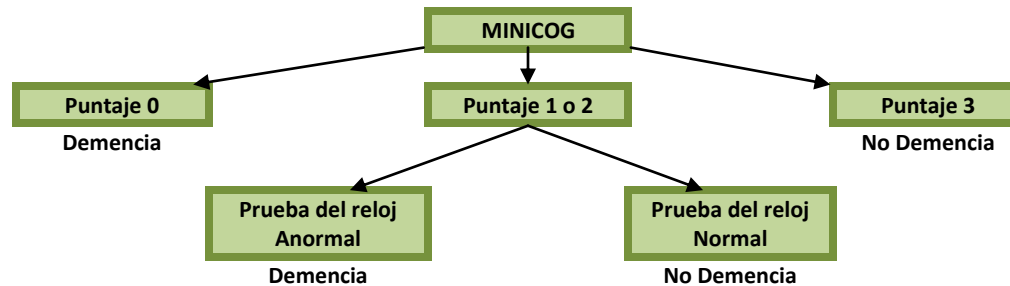
Criterio de Referencia a nivel superior

- **Duda para confirmación de valoración cognitiva: Neurología, Neuropsicología o Geriatría**
 - **Sospecha de depresión severa: Psiquiatría**
 - **Deterioro acentuado de la función cognitiva en corto intervalo de tiempo: Neurología, Neuropsicología o Geriatría**
-



MINI COG			
Instrucciones		Puntaje	Resultado
<p>1. Instruya al paciente a escuchar cuidadosamente y recordar 3 palabras, no relacionadas y repetirlas. Instruya una sola vez.</p>	<p>Al final de toda la prueba pida al paciente que repita las 3 palabras. Poe ejemplo: Manzana Árbol Escuela</p>	<p>Dele un punto por cada palabra recordada</p>	<p>Palabra 1 _____ Palabra 2 _____ Palabra 3 _____</p>
<p>2. El paciente debe dibujar un reloj con sus números y una hora específica (dada por el evaluador). Otorgar todo el tiempo que sea necesario. Puede ofrecerle el círculo ya diseñado</p>		<p>Se considera anomalidades en el reloj: la secuencia o posición de los números y/o de las manecillas.</p>	<p>Anormalidades en el reloj</p> <p>Sí _____</p> <p>No: _____</p>
Resultados:	<p>Puntaje 0</p> <p>Puntaje de 1 o 2 con anomalidades en el reloj</p> <p>Puntaje de 1 o 2 sin anomalidades en el reloj</p> <p>Puntaje 3</p>	<p>Probable demencia</p> <p>Probable demencia</p> <p>Negativo por demencia</p> <p>Negativo por demencia, no requiere la prueba del reloj</p>	

Referencia: Int. J. Geriatr.Psy.2000:15. Esquema, adaptación propia PNPJTE-CSS 2011



Tomado de Borson S. The mini-cog: a cognitive "vitals signs" measure for dementia screening in multi-lingual elderly Int J Geriatr Psychiatry 2000; 15(11):1021.

DIAGRAMA 9


MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL DE FOLSTEIN MODIFICADO (MMSE)	
<p>1. Por favor, dígame la fecha de hoy Anote un punto por cada respuesta correcta</p>	<p style="text-align: right;">Mes _____ Día del mes _____ Año _____ Día de la semana _____</p> <hr/> <p style="text-align: right;">Total _____</p>
<p>2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos. Si para un objeto, la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió leer.</p> </div>	<p style="text-align: right;">Árbol _____ Mesa _____ Avión _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0; text-align: center;"> <p>Anote un punto por cada objeto recordado en el primer intento.</p> </div> <hr/> <p style="text-align: right;">Total _____</p> <p style="text-align: right;">Número de repeticiones _____</p> <p style="text-align: right;">Respuesta del paciente _____</p>
<p>3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés: 1 3 5 7 9</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Al puntaje máximo de 5 se le reduce 1 por cada número que no se menciona, o por cada número que se añada, o por cada número que se menciona fuera del orden indicado.</p> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0; text-align: center;"> <p>Respuesta correcta 9 7 5 3 1</p> </div> <hr/> <p style="text-align: right;">Total _____</p>
<p>4. Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.</p> </div>	<p style="text-align: right;">Toma el papel _____ Dobla _____ Coloca _____</p> <hr/> <p style="text-align: right;">Total _____</p>
<p>5. Hace un momento le leí una serie de tres palabras y Ud. Repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuales recuerda.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Anote un punto por cada objeto recordado.</p> </div>	<p style="text-align: right;">Árbol _____ Mesa _____ Avión _____</p> <hr/> <p style="text-align: right;">Total _____</p>
<p>6. Por favor copie este dibujo: Muestre al entrevistado el dibujo de dos pentágonos cuya intersección es un cuadrilátero. El dibujo es correcto si si los pentágonos se cruzan y forman un cuadrilátero.</p>	<p style="text-align: right;">Correcto _____</p>
<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>Anote un punto si el objeto está dibujado correcto.</p> </div> </div>	
SUME LOS PUNTOS ANOTADOS EN LOS TOTALES DE LAS PREGUNTAS 1 A 6.	SUMA TOTAL
La puntuación máxima es de 19 puntos y a partir de 13 o menos se sugiere déficit cognitivo	



DIAGRAMA 10

ESCALA DE PFEFFER	
INSTRUCCIONES: Muéstrela al informante una tarjeta con las siguientes opciones y lea las preguntas. Anote la puntuación como sigue:	
Si es capaz.....0	Nunca lo ha hecho y tendría dificultad ahora.....1
Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo.....0	Necesita ayuda.....2
Con alguna dificultad, pero puede hacerlo.....1	No es capaz3
1. ¿Es (nombre del paciente) capaz de manejar su propio dinero?	
2. ¿Es (nombre) capaz de hacer las compras sólo?	
3. ¿Es (nombre) capaz de calentar el agua para el café o el té y apagar la estufa?	
4. ¿Es (nombre) capaz de preparar la comida?	
5. ¿Es (nombre) capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos y de lo que pasa en el vecindario?	
6. ¿Es (nombre) capaz de poner atención, entender y discutir un programa de radio, televisión o un artículo de periódico?	
7. ¿Es (nombre) capaz de recordar compromisos y acontecimientos familiares?	
8. ¿Es (nombre) capaz de administrar o manejar sus propios medicamentos?	
9. ¿Es (nombre) capaz de andar por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa?	
10. ¿Es (nombre) capaz de saludar a sus amigos adecuadamente?	
11. ¿Es (nombre) capaz de quedarse sólo en la casa sin problema?	
TOTAL =	
Sume las respuestas correctas de acuerdo a la puntuación indicada y anote. La puntuación máxima es de 33 puntos. Si la suma es de 6 puntos o más, sugiere déficit cognitivo.	

Pfeffer, RI, Kurosaki, TT, Harrah, CH, Jr. Chance, JM, Filos, S. Measurement of functional activities in older adults in the community, Journal of Gerontology 1982, 37(3):323-329. OPS/OMS Fuías de Evaluación del Adulto Mayor Módulo 4. Esquema, adaptación propia PNPJTE-CSS 2011



DIAGRAMA 11

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA DE YESAVAGE		
Instrucciones: Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Usted en la ÚLTIMA SEMANA	sí	No
1. ¿Está Ud. Básicamente satisfecho con su vida?	sí	NO
2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	SÍ	no
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SÍ	no
4. ¿Se siente aburrido frecuentemente?	SÍ	no
5. ¿Está Ud. De buen ánimo la mayoría del tiempo?	sí	NO
6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	SÍ	no
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	sí	NO
8. ¿Se siente con frecuencia desamparado?	SÍ	no
9. ¿Prefiere Ud. Quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	SÍ	no
10. ¿Siente Ud. Que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	SÍ	no
11. ¿Cree Ud. Que es maravilloso estar vivo?	sí	NO
12. ¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. Actualmente?	SÍ	no
13. ¿Se siente lleno de energía?	sí	NO
14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	SÍ	no
15. ¿Cree Ud. Que las otras personas están en general mejor que Usted?	SÍ	no
Sume todas las respuestas SI en mayúscula o NO en mayúscula SI = 1 NO = 1 si = 0 no = 0 TOTAL _____		
Interpretación:	Normal = 0 - 5	Depresión leve = 6 – 10 Depresión severa = 11 – 15

Sheik JI, Yesavage JA Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol. 1986;5:165-172. OPS/OMS Guías de Evaluación del Adulto Mayor Módulo 4. Esquema, adaptación propia PNPJTE-CSS 2011.



V. VALORACIÓN NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR

El estado nutricional del adulto mayor está determinado por múltiples factores: dietéticos, socio económicos, funcionales, mentales, psicológicos y fisiológicos y tiene profunda influencia en la predisposición de enfermedades crónico degenerativas.

A. FACTORES DE RIESGO NUTRICIONAL

Existen factores que ponen en riesgo el estado nutricional del adulto mayor

- **Alteraciones en la cavidad oral:** falta de dientes, dentaduras que no se ajustan
- **Enfermedades:** por ejemplo enfermedades crónicas o trastornos mentales o emocionales
- **Alimentación inadecuada:** en cantidad y/o tipo de alimento
- **Situación económica:** pobreza o pobreza extrema
- **Reducción de contacto social:** soledad
- **Excesivo consumo de medicamentos:** con efectos adversos como falta de apetito, o del gusto, náuseas, estreñimiento, diarrea, somnolencia
- **Necesidad de asistencia personal:** presentan algún grado de dependencia funcional
- **Mayor de 80 años:** mayor probabilidad de fragilidad y déficit vitamínico.

B. TAMIZAJE DEL ESTADO NUTRICIONAL

Como tamizaje para identificar personas en riesgo de malnutrición se recomienda el instrumento **Mini Tamizaje de Nutrición en la Comunidad**. **DIAGRAMA 12**. Si la puntuación está por encima de 6 amerita una evaluación nutricional más exhaustiva. Debe realizarse a todos los adultos mayores sin pérdida de la autonomía

Cuando el adulto mayor tiene pérdida de la autonomía, una opción de tamizaje es la **Escala de Payette**. **DIAGRAMA 13**. Este instrumento tiene un buen valor predictivo.

C. EVALUACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO NUTRICIONAL

La evaluación clínica del estado nutricional debe incluir

- Antropometría
- Patrones alimentarios
- Parámetros bioquímicos
- Indicadores de independencia funcional y actividad física



A pesar de que la definición de los estándares adecuados para el adulto mayor aún es tema de debate, las **medidas antropométricas** son esenciales como información descriptiva básica.

1. Talla
2. Peso: principalmente comparativo. La pérdida de 5 a 6 libras (4.5 kilos) en tres meses debe inducir a una evaluación completa.
3. Índice de Masa Corporal (IMC o Índice de Quetelet): es el peso en kg / talla en metro al cuadrado. Se ubica al adulto mayor con IMC ideal entre 24 y 28.
4. Circunferencia de la cintura: valores mayor de 88 en la mujer y de 103 en el hombre están asociados a riesgos de complicaciones metabólicas.

Parámetros bioquímicos

1. Hemoglobina y hematocrito
2. Albúmina sérica: si es <3.5 g/dl está indicado realizar evaluación más exhaustiva
3. Prealbúmina: rango normal en el anciano de 20 a 40 mg/dl (en adulto joven es de 10 a 40 mg/dl). Valores menores de 15 mg/dl en el anciano requieren evaluación exhaustiva.
4. Perfil lipídico: es indicador de riesgo cardiovascular. La hipocolesterolemia <160 es importante como factor de riesgo de mortalidad si está asociada a cáncer y en desnutrición sugiere causa inflamatoria.
5. Glicemia
6. Recuento total de linfocitos en sangre periférica: <1500 linfocitos por mm³ puede estar asociada a malnutrición



DIAGRAMA 12

MINI TAMIZAJE DE NUTRICIÓN EN LA COMUNIDAD (CUESTIONARIO DE LA NUTRITION SCREENING INITATIVE)		
1.	Tiene alguna enfermedad o condición que le ha hecho cambiar la clase de comida o la cantidad de alimento que come	2
2.	Come menos de dos comidas al día	3
3.	Come frutas, vegetales o productos de leche	2
4.	Toma tres o más bebidas de cerveza, licores o vino casi todos los días	2
5.	Tiene problemas con los dientes o la boca que dificultan el comer	2
6.	No siempre tiene suficiente dinero para comprar los alimentos que necesita	4
7.	Come a solas la mayor parte de las veces	1
8.	Toma al día tres o más medicinas diferentes, con o sin recetas	1
9.	Ha perdido o ganado, sin querer 10 libras (4.5 kilos) en los últimos 6 meses	2
10.	Físicamente no puede ir de compras, cocinar o alimentarse	2
		Total
INTERPRETACIÓN		
Si la puntuación es:		
0 – 2 La persona no está en riesgo nutricional		
3 – 5 La persona está en riesgo nutricional moderado. Asesore a la persona en cómo puede mejorar su estado nutricional y vuelva a evaluarlo en 3 meses		
= o >6 La persona está en riesgo nutricional alto. Requiere examen más exhaustivo de su estado nutricional		

Reimpreso con permiso de la Iniciativa de tamizaje nutricional, un proyecto de la Academia Estadounidense de Medicina Familiar y la Asociación Dietética Estadounidense, financiado parcialmente mediante una subvención de Ross Products Division, Abbott Laboratories, Inc. Tomado de las Guías de Atención para Adultos Mayores, OPS/OMS, Módulo 5, Valoración Nutricional del Adulto Mayor. Esquema, adaptación propia PNPJTE-CSS 2011



DIAGRAMA 13

ESCALA DE PAYETTE		
Cuestionario de Detección de Malnutrición en Personas Funcionalmente Dependientes Residiendo en la Comunidad.		
LA PERSONA:		
Es muy delgado	Sí	2
	No	0
Ha perdido peso en el curso del último año	Sí	1
	No	0
Sufre de artritis con repercusión en su funcionalidad global	Sí	1
	No	0
Incluso con anteojos, su visión es	Buena	0
	Mediocre	1
	Mala	2
Tiene buen apetito	Con frecuencia	0
	A veces	1
	Nunca	2
Ha vivido recientemente algún acontecimiento que le ha afectado profundamente (enfermedad personal, pérdida de un familiar)	Sí	1
	No	0
LA PERSONA COME HABITUALMENTE:		
Fruta o jugo de fruta	Sí	0
	No	1
Huevo, queso, mantequilla o aceite vegetal	Sí	0
	No	1
Tortilla, pan o cereal	Sí	0
	No	1
Leche (1 vaso o más de ¼ de taza en el café)	Sí	0
	No	1
		Total
Calificación	Riesgo Nutricional	Recomendaciones
6 – 13	Elevado	Auxilio para la preparación de las comidas y colaciones y consulta con un profesional de la nutrición
3 – 5	Moderado	Supervisión constante de la alimentación (seguimiento para informarse, aconsejar y animar regularmente)
0 – 2	Bajo	Vigilancia en cuanto a la aparición de un factor de riesgo (cambio de situación, baja poderal)

Fuente: Payette, H et al. Prediction of Dietary intake in functionally dependent elderly population in the community. Am J Publ Health, 8565:667-683, 1995. Guías de Atención para adultos Mayores, OPS, Módulo 5, Valoración Nutricional del Adulto Mayor. Esquema, adaptación propia PNPJTE-CSS 2011



VI. EVALUACIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR

A. FACTORES SOCIALES DETERMINANTES DE LA SALUD

Se ha logrado un consenso internacional sobre algunos de los factores sociales determinantes de la salud de las personas adultas mayores.

1. Factores demográficos:

- a. Edad: a mayor edad mayor cantidad de enfermedades crónicas
- b. Educación: esta relacionado con la auto percepción de salud y deterioro cognitivo
- c. Sexo: mujeres tienen indicadores de salud más pobres que los hombres
- d. Integración social: la participación social es un factor protector de salud

2. Situación económica

3. Factores psicosociales

- a. Estrés social: por problema económico o por pérdidas
- b. Habilidades para enfrentar problemas y adaptabilidad

4. Capital social del individuo: los contactos positivos en la red social tienen alta correlación con el bienestar del adulto mayor

Se recomienda realizar el cuestionario del instrumento de valoración de recursos sociales para determinar el diagnóstico social y el plan de acción que definirá su intervención.

B. EVALUACIÓN DE LOS RECURSOS SOCIALES

Evalúe los recursos sociales según la siguiente escala de cuatro puntos:

1. **Recursos Sociales Excelentes o Buenos:** Las relaciones sociales son muy satisfactorias y extensas; al menos una persona estaría dispuesta y podría cuidarlo por tiempo indefinido o al menos por seis semanas.
2. **Recursos Sociales Medianamente Deteriorados:** Las relaciones sociales no son satisfactorias, tiene poca familia y pocos amigos, pero por lo menos hay una persona en la que puede confiar y que podría ocuparse de cuidarlo al menos por seis semanas.
3. **Recursos Sociales Muy Deteriorados:** Las relaciones sociales no son satisfactorias, tiene poca familia y pocos amigos y sólo podría encontrar ayuda ocasionalmente.
4. **Sin Red de Recursos Sociales:** Las relaciones sociales no son satisfactorias, tiene muy poca familia o amigo y no hay nadie que estuviera dispuesto o que pudiera ayudarlo ni siquiera ocasionalmente.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE RECURSOS SOCIALES (DIAGRAMA 14)



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

* Preguntas seleccionadas y adaptadas del Cuestionario OARS (Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire, elaborado por Gertrude Fillenbaum, Ph.D., Duke University Center for the Study of Aging and Human Development. Ver página web: www.geri.duke.edu/service/oars.htm. Fillenbaum, Gerda G. Multidimensional Functional Assessment of Older Adults: The Duke Older Americans Resources and Services Procedures. Mahway, NJ: Erlbaum Associates. 1998. OPS/OMS Evaluación Social del Adulto Mayor Módulo 7. Esquema, adaptación propia PNPJTE-CSS 2011

**C. COMPONENTES DEL FUNCIONAMIENTO SOCIAL**

Área	Componente Objetivo	Componente Subjetivo
Soporte social	Cuantía del soporte disponible, provisto y recibido	Percepción, satisfacción y adecuación del soporte
Redes sociales	Número de sistemas y personas en las redes sociales	Percepción, satisfacción y adecuación de la red
Recursos sociales	Cuantía de los recursos disponibles	Capacidad percibida de los recursos y adecuación de estos
Roles sociales y de funcionamiento	Número y tipo de roles	Percepción y satisfacción con los roles
Actividades	Número de actividades, composición de los grupos y organizaciones en la que el individuo está involucrado	Percepción, satisfacción y adecuación de actividades
Dado que la evaluación del funcionamiento social es cambiante, en ocasiones resulta más provechoso comparar el estado de la evaluación actual con una evaluación previa, que sirve como línea de base para valorar mejor los cambios a través del tiempo.		

Tomado con permiso de: Kane RL, Kane RA, Assessing older persons: measures, meanings, and practical applications, New York: Oxford University Press, 2000. OPS/OMS Guías de Evaluación del Adulto Mayor, Módulo 7. Esquema, adaptación propia PNPJTE-CSS 2011

D. INTERROGATORIO SOBRE LA SITUACIÓN SOCIAL**DESDE EL PUNTO DE VISTA MACROSOCIAL:**

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

RELACIONES SOCIALES Y ACTIVIDADES:

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

FUNCIONALIDAD Y NECESIDADES DE APOYO:

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



RECURSOS:

1. ¿Sus ingresos económicos le permiten cubrir las necesidades básicas, tales como comer, atender la salud, contar con una vivienda con un mínimo de comodidad, vestirse, trasladarse y acceder a actividades de esparcimiento (o distracción)?
2. ¿Con cuáles de las siguientes manifestaciones que otras personas han hecho de sus ingresos económicos, usted se identifica? (Señalar con la cual se identifica)

<input type="checkbox"/>	Alcanzan, puede ahorrar
<input type="checkbox"/>	Alcanzan, sin grandes dificultades
<input type="checkbox"/>	Alcanzan justo
<input type="checkbox"/>	No alcanzan, tiene dificultades
<input type="checkbox"/>	No alcanzan, sufre escasez

VIVIENDA:

1. ¿Cómo es el domicilio donde vive?
2. ¿Cuántos dormitorios tiene?, ¿Con quién comparte la cama y el dormitorio?
3. ¿Necesita algún tipo de adaptación para sus necesidades?
4. ¿Necesita algún tipo de reparación: techo, plomería, etc.?
5. ¿Cuenta con luz eléctrica, agua potable, saneamiento (drenaje)?

DATOS PERSONALES Y DEMOGRÁFICOS:

1. Edad y sexo
2. Escolaridad
3. Historia laboral
4. Convivencia y estado marital
5. Hijos vivos

DESDE EL PUNTO DE VISTA MICROSOCIAL (FAMILIAR):

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

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

La evaluación del funcionamiento social también debe tener en cuenta la posible presencia de maltrato o abuso. **DIAGRAMA 15**



DIAGRAMA 15

SITUACIONES SUGESTIVAS DE MALTRATO EN LAS PERSONAS MAYORES

Cuando existe retraso entre la búsqueda de atención médica y el daño o la enfermedad.

Cuando no coinciden la historia del cuidador y la del paciente.

Cuando la magnitud del daño no está acorde a la explicación del cuidador.

Cuando la explicación del paciente o del cuidador no es posible o es vaga.

Cuando son frecuentes las visitas al departamento de urgencias por exacerbaciones de enfermedades crónicas y existe un tratamiento adecuado y disponibilidad de recursos económicos.

Cuando un paciente discapacitado se presenta al médico sin su cuidador.

Cuando los hallazgos de laboratorio son incongruentes con la historia.

Cuando el cuidador rechaza la visita al hogar del personal de salud



Programa Nacional de Salud de Adulto



VII. EVALUACIÓN FARMACOLÓGICA DEL ADULTO MAYOR

Como consecuencia de la pluripatología en el adulto mayor, el consumo de medicamentos bajo prescripción médica, por automedicación y consumo de productos medicinales naturales es alto con las probables interacciones de importancia para el bienestar y la salud del paciente. El médico de atención primaria debe indagar y anotar sobre los fármacos y otros productos naturales o complementos alimenticios que consume el paciente como parte imprescindible del historial clínico.

Existen cambios asociados con la edad que no producen impacto clínico importante en el adulto mayor, pero pueden interferir en la absorción, distribución, metabolismo, eliminación y fármaco dinámica del medicamento. El médico de atención primaria debe conocer los medicamentos que se deben evitar en los adultos mayores y la interacción de medicamentos de uso frecuente con las enfermedades más frecuentes en el adulto mayor antes de decidir el tratamiento a seguir.

RECUERDE:

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

A. MEDICAMENTOS A EVITAR EN LOS ADULTOS MAYORES

MEDICAMENTO	PROBLEMAS POTENCIALES
Indometacina	Efectos secundarios en SNC
Fenilbutazona	Efectos secundarios hematológicos
Pentazocina	Confusión mental, alucinaciones
Metocarbamol, carisoprodol	Acción anticolinérgica, sedación y debilidad
Diazepam, Clordiazepóxido	Acumulación, sedación, riesgo de caídas
Amitriptilina, imipramina	Sedación fuerte, acción anticolinérgica
Meprobamato	Sedación, alto riesgo adictivo
Propoxifeno	Mismos efectos secundarios de los opiáceos con potencia analgésica equiparable al paracetamol

MEDICAMENTO	PROBLEMAS POTENCIALES
Metildopa	Puede exacerbar la depresión, sedación e impotencia
Reserpina	Induce depresión, sedación e impotencia
Clorpropamida	Puede causar hipoglicemia prolongada e hiponatremia
Diciclomina	Anticolinérgico potente
Clorfeniramina	Anticolinérgico
Barbitúricos	Alto riesgo adictivo, varios efectos secundarios
Meperidina	Efectos secundarios a nivel del SNC
Disopiramida	Anticolinérgico potente, inotrópico negativo
Ticlopidina	No es más efectiva que la aspirina, sí más tóxica

B. INTERACCIONES MEDICAMENTO – ENFERMEDAD

INTERACCIONES MEDICAMENTO - ENFERMEDAD		
ENFERMEDAD	MEDICAMENTO	EFECTO ADVERSO
Hiperplasia prostática benigna	Anticolinérgicos Bloqueadores de los canales de calcio Antihistamínicos	Retención Urinaria
Anomalías de la conducción cardíaca	Verapamilo Beta bloqueadores	Bloqueo AV completo
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Beta bloqueadores Analgésicos narcóticos	Broncoespasmo Depresión respiratoria
Enfermedad renal crónica	Antiinflamatorios no esteroidales Contraste radiológico Aminoglucósidos	Insuficiencia renal aguda
Insuficiencia cardíaca	Verapamilo Betabloqueadores	Aumento en la insuficiencia cardíaca
Diabetes	Diuréticos Corticoesteroides	Hiperglucemia
Glaucoma de ángulo agudo	Anticolinérgicos	Aumento en la presión intraocular
Hipertensión arterial	Antiinflamatorios no esteroidales	Aumento en la presión arterial
Hipokalemia	Digoxina	Arritmias cardíacas
Hiponatremia	Hipoglucemiantes orales Diuréticos Inhibidores de recaptura de serotonina Carbamazepina Antipsicóticos	Disminución del sodio sérico
Úlceras pépticas	Antiinflamatorios no esteroidales	Sangrado digestivo
Hipotensión postural	Diuréticos Inhibidores de la MAO Vasodilatadores Antiparkinsonianos	Síncope y caídas secundarias

Fuente: Tabla10 “Common Selected Drug-Disease Interactions in Older Persons” Reuben DB, Yoshikawa TT, Besdine RW, eds. Geriatrics Rev. Syllabus: a Core Curriculum in Geriatric Med., Third Edition. Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt Publishing Com. for the American Geriatrics Society 1996; 33. OPS/OMS Guía de Atención al Adulto Mayor Módulo 6. Esquema, adaptación propia PNPJTE-CSS 2011



C. RECOMENDACIONES PARA EL USO DE FÁRMACOS EN LOS ADULTOS MAYORES

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

OPS/OMS Módulo 6, Guías de Atención al Adulto Mayor

D. CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

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



Los principales motivos por los que se llega a la falta de apego o adherencia al tratamiento son:			
1.	Falta de motivación.	7.	Poca escolaridad que dificulta el poder leer las etiquetas o instrucciones.
2.	Falta de comprensión del tratamiento.	8.	Sospecha de reacciones adversas.
3.	Falta de dinero para comprar o renovar la receta.	9.	Efectos secundarios desagradables.
4.	Tendencia a autorregular las dosis del medicamento según la salud percibida.	10.	Pérdida de memoria.
5.	Complejidad del régimen posológico (# de dosis/día).	11.	Problemas de administración.
6.	Problemas de auto administración por pérdida de destreza manual y agilidad.	12.	Pérdida de agudeza visual.



VIII. VALORACIÓN PARA LA REHABILITACIÓN DEL ADULTO MAYOR

A. VARIABLES A EVALUAR

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

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

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

B. MANEJO INTEGRAL EN LA REHABILITACIÓN DEL ADULTO MAYOR

1. PREVENCIÓN

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

La rehabilitación incluye tres niveles de prevención.

a. Primer nivel

Incluye acciones dirigidas a prevenir la aparición del daño, detectar personas con discapacidad y realizar promoción de la salud.

b. Segundo nivel

Incluye las acciones dirigidas a evitar o minimizar los efectos de las deficiencias, de manera que no evolucione hacia la discapacidad; la vigilancia epidemiológica de la discapacidad y la atención temprana.

c. Tercer nivel

Incluye acciones para impedir o minimizar los efectos de la discapacidad en el ámbito político, económico, social y comunitario.

Adicionalmente se deben considerar algunas acciones básicas de prevención en el entorno del adulto mayor (Revisar la Ley de Equiparación de Oportunidades para Personas con Discapacidad). Los consejos para la rehabilitación en atención primaria como medidas preventivas y evitar complicaciones se realizarán en forma generalizada considerando la debida referencia a la disciplina indicada: fisiatría, fisioterapia, fonoaudiología, terapia ocupacional.

C. MEDIDAS RECOMENDADAS EN LA REHABILITACIÓN DE PROBLEMAS ESPECIALES EN EL ADULTO MAYOR

1. Rehabilitación Cardiorespiratoria

REHABILITACIÓN CARDIORESPIRATORIA		
FINALIDAD	MEDIDAS DE REHABILITACIÓN	
	RESPIRATORIA	CARDIOVASCULAR
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incrementar la fuerza de la musculatura respiratoria. ▪ Mejorar la ventilación pulmonar, la oxigenación y el intercambio de O₂ y CO₂ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reeducación muscular: tome aire por la nariz con la boca cerrada y bote por la boca. 	Ejercicio físico individualizado: isotónico y aeróbico
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Drenaje postural: palmoteo, uso de ventilador 	Frecuencia: tres veces por semana con no más de 2 días entre sesión y sesión
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adecuada postura: sentado en ángulo de 60 a 90 grados por mínimo 10 a 15 minutos antes y después de comer. 	Duración: calentamiento de 5 a 10 minutos; ejercicio de 20 a 30 minutos; enfriamiento de 5 a 10 minutos
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilizar aditamentos para mejorar la capacidad respiratoria: insuflar guante, apagar vela, ejercicios de vocalización. 	Intensidad: del 70% al 85% de la frecuencia cardiaca máxima, según la siguiente fórmula $220 - \text{edad} = \text{frecuencia cardiaca máxima}$ Se obtiene por regla de tres el %: del 70% al 85%

Tomado de Guías de Atención del Adulto Mayor OPS 2010. Esquema, adaptación propia PNPJTE-CSS 2011



2. Rehabilitación Postquirúrgica de Fractura de Tercio Superior de Fémur

REHABILITACIÓN POSTQUIRÚRGICA DE FRACTURAS DEL TERCIO SUPERIOR DE FÉMUR			
PRIMERA FASE	SEGUNDA FASE	TERCERA FASE	CONTRAINDICACIONES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ A las 24 hrs. iniciar ejercicios activos de extremidades superiores e inferior indemne, para evitar complicaciones trombo embólicas. ▪ En el miembro inferior afectado se iniciarán ejercicios isotónicos para evitar atrofia por desuso. ▪ Higiene corporal para evitar lesiones en piel ▪ Mantener alineado el miembro inferior con el resto del cuerpo. ▪ No colocar almohada debajo de la rodilla para evitar contracturas. ▪ Evitar rotación externa de cadera y pie. ▪ Ejercicios respiratorios para prevenir complicaciones pulmonares ▪ Al 2º o 4º día sentar primero en el borde de la cama, luego en silla manteniendo actitud postural correcta. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se inicia la bipedestación y deambulación sin carga ayudado con muletas o andadera ▪ Al levantarse de la silla debe impulsarse con el brazo apoyado en una silla o mesa. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comienza cuando el paciente inicia ejercicios con carga. ▪ Objetivo es recuperación total de la potencia muscular. ▪ Reeducar marcha con barras paralelas y luego con bastón. ▪ Se recomienda bastón en el lado contralateral. (Generalmente entre las seis a doce semanas logra caminar con bastón.) ▪ Usar agentes físicos para aliviar dolor, edema y para cicatrización. ▪ Terapia ocupacional según necesidades en el hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Levantar o empujar por mucho tiempo objetos pesados ▪ Agacharse o realizar cuclillas ▪ Saltar ▪ Sentarse en sillas bajas ▪ Cruzar las piernas

Información del documento de Guías de Atención para el Adulto Mayor OPS 2010. Esquema, adaptación propia PNPJTE-CSS 2011.

3. Rehabilitación Física Post Enfermedad Cerebro Vascular

REHABILITACIÓN FÍSICA POST ENFERMEDAD CEREBRO VASCULAR		
De no haber contraindicación médica desde el primer día se debe iniciar la rehabilitación física:	Posteriormente:	Rehabilitación de la extremidad superior debe realizarse luego de haber logrado buen control del tronco.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar cambios de posición cada 1-2 horas utilizando diferentes tamaños de almohadas para acuña, separar piernas, mantener el brazo afectado abierto y disminuir áreas de presión. De esta forma podemos evitar contracturas y úlceras por presión. 2. Estimular la sensibilidad en el área afectada con masajes suaves y toques. 3. Movilizarle las extremidades abriendo y cerrando las articulaciones para evitar contracturas difíciles de revertir. 4. Hacerlo conciente del movimiento e indicarle cómo hacer ejercicios con el lado sano y cómo mover la extremidad afectada utilizando la sana. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enséñele a despegar la pelvis de la cama. 2. Estando acostado con las rodillas flexionadas, que abra y cierre las piernas. 3. Que gire la cadera de un lado al otro con las rodillas flexionadas. 4. Que trate de girar el cuerpo de un lado al otro. 5. Se puede trabajar buscando el equilibrio, sentado en el borde de la cama con los pies colgando, se trata de que soporte el tronco manteniéndole la espalda recta. Una vez logrado el equilibrio en el borde de la cama se le pone de pie y se deja parado unos minutos y se vuelve a sentar para ir adaptando la verticalidad del cuerpo. 6. Se inicia el paso a silla. 7. Se inicia el entrenamiento de la marcha (nuevo aprendizaje). <ul style="list-style-type: none"> - Cuando está en el aprendizaje de la marcha no use el cabestrillo ya que los brazos libres le ayudan con la coordinación en la marcha. - El calzado debe cubrir el talón y ser de suela antideslizante. - Al caminar debe hacerlo con los pies un poco separados para lograr un mejor equilibrio. - El pie afectado tiende a ser arrastrado, hay que insistirle en que debe levantarlo del piso. - El entrenamiento de la marcha debe realizarse varias veces al día. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La rehabilitación de la extremidad superior es más lenta que la extremidad inferior. 2. Es posible la subluxación del hombro afectado. Usted se puede percatar de esto si al tener al paciente sentado o de pie le ve el hombro afectado más bajo que el sano. Para evitarlo se coloca una almohada que mantenga el brazo abierto mientras esté sentado o acostado. 3. Algunos pacientes se benefician usando un cabestrillo para evitar que el peso del brazo subluje el hombro. 4. Mantener en lo posible el brazo afectado elevado en una almohada para evitar la hinchazón. 5. Se debe tratar de mantener la mano afectada abierta. 6. Estimular el brazo con toques, masaje suave, estiramiento o presión. 7. La rehabilitación del brazo se empieza por el hombro y termina por los dedos. 8. El fisioterapeuta programará ejercicios de hombro, brazo, mano y dedos según el caso, para su fortalecimiento. 9. El terapeuta ocupacional le ayudará en la destreza manual o sea con lo relacionado a las labores que se realizan con las manos.
<p>El fisioterapeuta utilizará bastón, andadera, barras paralelas u otras o ninguna de éstas según sea la afección en cada caso específico y le dará las recomendaciones para ejercicios en casa.</p>		



IX. BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS SUGERIDAS

- **Guías de Atención al Adulto Mayor, Módulos de Valoración Clínica 1 a 8, OPS / OMS, año 2010**
- Revisión de Normas de Atención del Programa Nacional de Pensionados, Jubilados y Tercera Edad de la Caja de Seguro Social, año 2004.
- Proyecto: Adaptación de las Guías para la Atención Integral a las Personas Mayores en el Primer Nivel de Atención, Ministerio de Salud, Dirección General de Salud, Sección de Salud de Adultos y Adultos Mayores, 2009

BIBLIOGRAFÍA POR TEMA

Valoración Clínica:

- Chodosh J, McCann RM, Frankel RM, et al. Geriatric Assessment and the Twenty Minute Visit. Rochester, New York: Division of Geriatrics, University of Rochester, School of Medicine and Dentistry; 1997.
- Edelberg HK, Wei JY. Primary-care guidelines for community-living older persons. Clin Geriatrics. 1999; 7: 42-55.
- Goldberg TH, Chaving SI. Preventive medicine and screening in older adults. J Am Geriatric Society. 1997; 45(3):344-354.
- Moore AA, Su AL, "Screening for common problems in ambulatory elderly: clinical confirmation of a screen instrument." Am J Med 1996, 100:440-5
- Reuben, D et al. Geriatrics At Your Fingertips, 1998/99 Edition, American Geriatrics Society, Belle Mead, NJ: Excerpta Medica, Inc., 1998.
- Rowe JW, Kahn RL. Successful Aging. New York: Pantheon Press; 1998.
- Thomas DR, Ritchie CS. Preoperative assessment of older adults. JAGS 1995; 43:811-821.

Evaluación Funcional:

- Alzheimer's Disease International. Directorio de países. Hay 16 países en América Latina con páginas web sobre la Enfermedad de Alzheimer con materiales diseñados para ayudar a los profesionales y a los familiares y cuidadores a tener una mejor comunicación con las personas que sufren la enfermedad de Alzheimer.
- <http://www.alz.co.uk/help/associations.html>
- Enciclopedia Médica en Español. Cambios en los sentidos por el envejecimiento.
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/004013.htm>
- Fundación Novartis para Estudios Gerontológicos: www.healthandage.com, en la sección Health Centers, encontrará una sección sobre Problemas de Visión y Audición (Hearing and Vision Problems)
- Lighthouse Internacional. <http://www.lighthouse.org/>
- Fleming KC, Evans JM, Weber DC, Chutkan DS. Practical functional assessment of elderly persons: a primary care approach. Mayo Clin Proc 1995; 70:890-910.
- Kalache A and Kickbusch I. "A global strategy for healthy ageing." World Health; 1997;4: 4-5 (July-August).
- Kane RA, Kane RL. Evaluación de las necesidades en los ancianos. Barcelona, 1993. Fundación Caja Madrid, SG Editores. (traducido del Inglés: Assessing the elderly: A practical guide to measurement).
- Katz S, Downs TD, Cash HR, et al. Progress in the Development of the Index of ADL. Gerontologist 1970; 10:20-30.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of Older People: Self-maintaining and instrumental active and daily living. Gerontologist 1969; 9:179-186
- McDowell I and Newell, C. A guide to rating scales and questionnaires. Second edition. 1996. Oxford University Press, Inc.
- Modules in Clinical Geriatrics by Blue Cross and Blue Shield Association and the American Geriatrics Society. Blue Cross and Blue Shield, 1998.
- Moore AA, Siu AL. Screening for common problems in ambulatory elderly: clinical confirmation of a screening instrument. Am J Med 1996; 100:438-443.
- NIH Consensus Conference. Geriatric assessment methods for clinical decisionmaking. J Am Geriatrics Soc 1988; 36:342-347.
- Posiadlo D, Richardson S. Timed Get Up and Go Test. Journal of the American Geriatric Society 1991; 39(2): 142-148.
- Reuben, DB, Herr K, Pacala JT, et al. Geriatrics At Your Fingertips, 2002 Edition, Malden, MA: Blackwell Science, Inc., for the American Geriatrics Society; 2002.



Programa Nacional de Salud de Adulto

- Valderrama E, Pérez del Molino J. Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. *Rev Esp Geriatria Gerontologia*, 1997; 32(5): 297
- Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *Journal of the American Geriatric Society*. 1986; 34(2):119-126.

Evaluación Mental:

- Beeckman ATF, Copeland JRM, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *British Journal of Psychiatry*. 1999; 174:307-311.
- Brink TL, Yesavage JA, Lum O. Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist* 1982; 1:37-43.
- Crum RM, Anthony JC, Bassett SS, Folstein MF. Population-based norms for the mini-mental state examination by age and educational level. *JAMA* 1993; 269:2386-239.
- Cummings JL. Mini-mental state examination: norms, normals, and numbers *JAMA* 1993; 269:2420.
- Folstein MF, Folstein S, Mchugh PR. Mini-mental state: a practical method of grading the cognitive state of the patient for the physician. *J Psychiat Res* 1975; 12:189-198.
- Icaza, María Gloria y Albala C. Minimental State Examination: Análisis estadístico del estudio de demencia en Chile para validar una versión abreviada. *Investigaciones en Salud Pública: Documentos Técnicos*, publicado por la Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C. 1999.
- Sheik JI, Yesavage JA Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol*. 1986;5:165-172.
- Small GW, Rabins PV, Barry PP, et al. Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorders: consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association and the American Geriatrics Society. *JAMA*. 1997; 278 (16):1363-1371.
- Tombaugh TN, McIntyre NJ. The mini-mental state examination: a comprehensive review. *JAGS* 1992; 40:922-935.
- Yesavage JA, Brink TL. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J. Psychiat. Res.* 1983; 17:37-49.
- Zung WWK. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiat* 1965; 12:63-70.

Evaluación Nutricional:

- Albala C, Bunout D y Carrasco F. "Evaluación del Estado Nutricional en el Anciano." en Castillo CL, Uauy RD y Atalah ES. *Guías de Alimentación para el Adulto Mayor*. Publicado por el Ministerio de Salud de Chile, pp. 37-52;1999.
- Faisant C, Lauque S, Guigoz Y, et al. Nutrition assessment and MNA (mini nutritional assessment). *Facts Res Gerontol* 1995 (Suppl. Nutrition):157-161.
- Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini-Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients, *Facts and Research in Gerontology, Supplement 2:15-59*, 1994.
- Lipshitz DA, ed. Nutrition, aging, and age-dependent diseases. *Clin Ger Med* 1995(Nov.); 11(4):553-765.
- Morley JE. Why do physicians fail to recognize and treat malnutrition in older persons? *J Am Geriatrics Soc* 1991; 39:1139-1140.
- Reuben DB, Greendale GA, Harrison GG. Nutrition screening in older persons. *JAGS* 1995; 43:415-425.
- Schneider EL, Vining EM, Hadley EC, Farnham SA. Recommended dietary allowances and the health of the elderly. *New Engl J Med* 1986; 314:157-160.
- Tayback M, Kumanyika S, Chee E. Body weight as a risk factor in the elderly. *Arch Int Med* 1990; 150:1065-1072.
- Verdery RB. Wasting away of the old old: can it and should it be treated? *Geriatrics* 1990; 45(6):26-30

Evaluación Farmacológica:

- Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly: an update. *Arch Intern Med*. 1997; 157(14):1531-1536.
- Bloom HG, Shlom EA. Drug prescribing for the elderly. New York: Raven Press, 1993. Chutka DS, Evans JM, Fleming KC, Mikkelsen KG. Drug prescribing for elderly patients. *Mayo Clin Proc* 1995; 70:685-693.
- Gurwitz JH, Avorn J. The ambiguous relation between aging and adverse drug reactions. *Ann Int Med* 1991; 114:956-966.
- Lamy PP, ed. Clinical pharmacology (symposium). *Clin Geriatric Med* 1990; 6(2):229
- Reuben DB, et al. "Geriatrics At Your Fingertips, 1998/99 Edition, American Geriatrics Society, Belle Mead, NJ: Excerpta Medica, Inc., 1998.
- Reuben, DB, et al. *Geriatrics At Your Fingertips*, 2002 Edition, Malden, MA: Blackwell
- Science, Inc., for the American Geriatrics Society, 2002.
- Reuben DB, Yoshikawa TT, Besdine RW, eds. *Geriatrics Review Syllabus: a Core Curriculum in Geriatric Medicine*, Third edition. Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt Publishing Rochon PA, Gurwitz JH. Drug therapy. *Lancet*. 1995;346(8966):32-36.



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

Evaluación Social:

- Beaver, Marion L. y A. Miller. Trabajo Social 5: La práctica clínica del trabajo social con las personas mayores. Intervención primaria, secundaria y terciaria. España: PAIDOS, 1998.
- Brees M, Berkow R: The Merck Manual of Geriatrics NJ Merck Research Laboratories, 2000.
- Binstock, Robert H. y Linda K. George. Handbook of Aging and the Social Sciences. N.Y. Academic Press, 1997.
- Fillenbaum, Gerda G. Multidimensional Functional Assessment of Older Adults: The Duke Older Americans Resources and Services Procedures. Mahway, NJ: Erlbaum Associates. 1998
- Kane R and Kane R: Assessing older persons. Measuring, meaning and practical applications. NY, Oxford University Press, 2000.
- Mc Dowel y Newell: Social health. Measuring health. A guide to rating scales and questionnaires. NY, Oxford University Press, 1996.
- Moragas R: Gerontología social. Barcelona, Ed. Harder, 1991.
- Sánchez Salgado, Carmen Delia. Trabajo Social y Vejez. Buenos Aires: Humanitas, 1990.
- Sánchez Salgado, Carmen Delia. Gerontología Social. Buenos Aires: Espacio, 2000.
- Moreno, Sinfiriano R. y Antonio Castellano Suárez. Intervención Clínica y Psicosocial en el Anciano. España, Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria (ICEPSS), 1995.

Rehabilitación:

- Guía para Familiares de Pacientes con Enfermedad Cerebro vascular, Dra. Jannet Zimmermann, Panamá, 2007
- Greshem GE, Duncan PW, Stason WB, et al. Post-Stroke Rehabilitation: Assessment, Referral and Patient Management. Clinical Practice Guideline. Quick Reference Guide for Clinicians, No. 16. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. May 1995. AHCPR Pub. No. 5-0663. También disponible por internet: www.ahcpr.gov/clinic/cpgonline.htm.
- González Mas, Rafael. Parkinsonismo. Capítulo 10 en Rehabilitación Médica de Ancianos, Masson, S.A. 1995 pp. 195-212.
- Kane, RL, Ouslander JG, Abrass, IB. Geriátría Clínica. 3a Edición. McGraw-Hill Interamericana publicación para el Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud. 1997.
- Krusen, Medicina Física y Rehabilitación. 39 Edición. Buenos Aires. Ed. Medicina Panamericana. 1998.
- Rehabilitación. Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. Volumen 28. Fascículo 3. 1994. pp. 170-173 y 179.
- Rehabilitación. Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación. Vol. 27. Fascículo 2. 1993. pp. 156-159.
- Rehabilitación. Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación. Vol. 28. Fascículo 4. 1994. pp. 269-272.



Programa Nacional de Salud de Adulto

GUÍA MÉDICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

PARTE II

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE CONDICIONES ESPECIALES



Los Capítulos de DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE CONDICIONES ESPECIALES de la GUÍA MÉDICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR son el resumen de la II Parte de las Guías de Atención al Adulto Mayor, de la OPS / OMS, año 2010, realizado por el Programa Nacional de Pensionados, Jubilados y Tercera Edad de la Caja de Seguro Social en junio 2011.

Se han escogido problemas que se presentan con más frecuencia en las personas mayores y que requieren de una orientación gerontológica para su manejo.



CAPÍTULO I HIPERTENSIÓN ARTERIAL

A. DEFINICIÓN

La hipertensión arterial se define por la presencia de valores de presión arterial superiores a la normalidad: presión arterial sistólica (PAS) = 140 mmHg /o presión arterial diastólica (PAD) = 90 mmHg. En el caso de la hipertensión sistólica aislada, se refieren cifras de PAS = 140 mmHg con PAD menor de 90 mmHg. Una PAS = 140 - 160 mmHg se considera presión arterial sistólica limítrofe y probablemente requiere tratamiento en los menores de 85 años. Los datos sobre tratamiento antihipertensivo para pacientes mayores de 85 años con este mismo rango son aún inconsistentes.

B. PRINCIPALES CAUSAS

<ul style="list-style-type: none"> Hipertensión Arterial Esencial <p>La hipertensión esencial sigue siendo la más frecuente en el adulto mayor.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> Hipertensión Arterial Secundaria <p>Aparición de hipertensión después de los 60 años Hipertensiones resistentes al tratamiento.</p>	<p>Sospechar HTA reno vascular o secundaria a aldosteronismo primario Investigar cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hay un súbito y persistente incremento de la presión diastólica en alguien previamente normotenso. - La presión diastólica persiste > 100 mmHg, bajo tratamiento con 3 fármacos. - Hay una progresión acelerada del deterioro en órganos blanco. - Ocurre espontáneamente hipokalemia. - Hay síntomas que sugieren feocromocitoma.

No debe diagnosticarse hipertensión por una toma aislada de la tensión arterial.

Es necesario repetir la valoración de dos a tres veces y ser especialmente estrictos en referencia al horario: preferiblemente a primera hora de la mañana o por la tarde, evitando tomas inmediatamente después de las comidas.

Los aumentos graves de la presión arterial diastólica por encima de 110 mmHg, deben tratarse de inmediato.

Existe beneficio al tratar adultos mayores con hipertensión, incluso con hipertensión sistólica aislada, ya que se observa disminución en la lesión a órganos blancos y en la mortalidad global.



C. PRINCIPIOS PARA LLEGAR AL DIAGNÓSTICO

TOMA DE PRESIÓN ARTERIAL	DESCARTAR
<ol style="list-style-type: none"> 1. Primeras horas de la mañana o por la tarde. Evitando sea inmediatamente después de las comidas 2. Después de 5 minutos de reposo 3. Ambos brazos 4. Sentado con la espalda apoyada o en decúbito supino 5. Inmediatamente después de ponerse de pie <p>La PA sistólica debe ser estimada mediante palpación ya que es frecuente en esta edad la desaparición transitoria de los ruidos de Korotkoff.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipertensión de bata blanca 2. Pseudo hipertensión Son cifras no reales causadas por rigidez de los vasos. (10% de los casos de hipertensión en adultos mayores) <ol style="list-style-type: none"> a. En pacientes con aumentos leves de la tensión arterial, con ausencia de daño a órgano blanco por hipertensión b. Casi nula respuesta al tratamiento con incluso síntomas de hipotensión ortostática con el mismo. 3. Variaciones en la tensión arterial Hay que considerar: <ol style="list-style-type: none"> a. Disminución nocturna (hipotensión nocturna) b. Disminución vespertina de la presión arterial c. Mayor descenso después de las comidas (hipotensión posprandial) d. Aumento especialmente marcado a mitad de la mañana.

Adaptado de: Manual Merck de Geriatria. 2a. Edición. Madrid: Ediciones Harcourt, S.A. 2001:823, 836. Esquema, adaptación propia PNPJTE-CSS 2011.

D.

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y LA PRESENCIA DE LESIÓN EN ÓRGANOS BLANCO		
Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular	Lesión en órganos blanco por HTA	Exámenes de laboratorio y gabinete recomendados para la evaluación inicial
<ol style="list-style-type: none"> 1. Edad superior a 60 años 2. Hombres y mujeres posmenopáusicas 3. Historia familiar de enfermedad cardiovascular 4. Tabaquismo 5. Dislipidemia 6. Diabetes 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hipertrofia de ventrículo izquierdo 2. Angina / Infarto de miocardio previo 3. Revascularización coronaria previa 4. Insuficiencia cardíaca 5. Enfermedad cerebrovascular 6. Nefropatía 7. Arteriopatía periférica 8. Retinopatía 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Biometría hemática 2. Examen general de orina 3. Electrolitos séricos 4. Creatinina 5. Glucosa en ayuno 6. Colesterol total y HDL 7. Electrocardiograma
<p>Grupos de Riesgo:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. No existen factores de riesgo, ni lesión de órganos blancos. b. Al menos un factor de riesgo, excluyendo la diabetes, y no hay evidencia de lesión de órganos blanco. c. Diabetes y/o lesión de órganos blanco, con o sin presencia de otros factores de riesgo. 		



E. EVALUACIÓN DEL ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS POR HIPERTENSIÓN ARTERIAL	
1. INTERROGATORIO	Preguntar por: <ol style="list-style-type: none">1. Presencia de síntomas de hipotensión ortostática y/o postprandial2. Consumo de medicamentos antihipertensores3. Consumo de más de 30 g (1onza) de alcohol al día
2. VALORACIÓN CLÍNICA	Examen físico
3. VALORACIÓN FUNCIONAL DEL ESTADO MENTAL Y SOCIAL	Importante determinar la competencia del enfermo para hacerse cargo de su propia vigilancia y medicación
4. EVALUAR EL RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR	Cuadro adjunto: Identificación de factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular y la presencia de lesión en órganos blancos. En riesgo clase "c" referir al especialista
5. TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO	Modificaciones del estilo de vida: <ol style="list-style-type: none">1. Reducción ponderal hasta los 70 años: ADVERTENCIA: dietas restrictivas para pacientes de 70 años y más deben ser indicadas con precaución y control periódico, ya que pérdidas ponderales excesivas pueden ser perjudiciales.2. Actividad física: 30 – 45 minutos varias veces a la semana (en la cual no se dé exagerada demanda energética ni marcado trauma articular)3. Restricción de sal en la dieta (no sobrepasar 100 mmol/día)4. Alcohol: no mas de 30 ml (1 onza) de etanol5. Potasio: adecuada ingesta puede disminuir la aparición de hipertensión arterial6. Calcio: no se aconseja como suplemento7. Tabaquismo: eliminar
6. INTERVENCIÓN EDUCATIVA	<ol style="list-style-type: none">1. Participación en grupos de autoayuda para el aprendizaje de la naturaleza del padecimiento y su monitoreo.2. Las intervenciones educativas favorecen el apego al tratamiento.3. La educación de la familia es crucial, tratándose de adultos mayores frágiles y dependientes, en quienes la probabilidad de efectos secundarios es mayúscula y la necesidad de supervisión imperativa.4. Tome en cuenta el impacto financiero del tratamiento que es determinante del apego al tratamiento.5. En automedición de presión arterial
7. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	<ol style="list-style-type: none">1. En personas en las cuales no se logran las reducciones deseadas con las modificaciones del estilo de vida.2. Inicie con la mínima dosis efectiva de un diurético (o el medicamento indicado según el caso individual), incrementando la hasta conseguir controlar la hipertensión sin la aparición de efectos adversos importantes.3. La meta es bajar la TA 10 mmHg por mes.4. Utilice preferiblemente un solo principio activo.5. Evalúe posibles causas de fracaso terapéutico antes de considerar añadir nuevos principios activos.6. El objetivo en la reducción de la presión arterial a cifras menores de 140/90 mmHg, con un posible objetivo intermedio de PAS menor a 160 mmHg, en mayores de 85 años con hipertensión sistólica aislada.

F.

TRATAMIENTO DIFERENCIAL DE LA HIPERTENSIÓN EN EL ADULTO MAYOR SEGÚN LA CO-MORBILIDAD CARDIOVASCULAR			
Condición	Se recomienda	Sólo con precaución	No se aconseja
Angina de pecho	Beta-bloqueadores Antagonistas Ca	IECA	Ninguno
Estatus postinfarto	Beta bloqueadores IECA	Diltiazem	Ninguno
Insuficiencia Cardíaca	IECA Diuréticos Vasodilatadores	Dihidropiridinas Antagonistas del Ca	Beta bloqueadores Verapamilo Diltiazem
Hipertrofia Ventricular izquierda	IECA, Alfa-bloqueadores Beta-bloqueadores Antagonistas Ca	Ninguno	Ninguno
Al considerar la necesidad de asociar dos hipotensores por falla en la respuesta al tratamiento, considere:			
<ul style="list-style-type: none"> • Ensayar la monoterapia hasta la dosis máxima. • Asociar con un segundo hipotensor de otro grupo terapéutico, o reemplazar el fármaco inicial por uno de otro grupo. 			

G.

ASOCIACIONES DE FÁRMACOS EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL		
Tratamiento Inicial	Su Alternativa	Asociado Con
Diurético	Antagonista del Calcio	Y IECA
Beta bloqueador	IECA	Y Diurético
Antagonista de calcio	Diurético	Y IECA
IECA	Beta bloqueador	Y Diurético
Alfa bloqueador	IECA	Y Diurético



H. CONSIDERACIONES ESPECIALES DE ALGUNOS PRINCIPIOS ACTIVOS DE MEDICAMENTOS DE USO EN EL ADULTO MAYOR:

DIURÉTICOS:

Efectivos en la disminución tanto de la presión sistólica como la diastólica. Los efectos adversos más importantes son a nivel del perfil lipídico, potasio y creatinina. Además pueden predisponer a la presentación de incontinencia urinaria.

BETA BLOQUEADORES:

En adultos mayores se ha visto una mayor incidencia de depresión e hipotensión ortostática, lo cual podría limitar su utilidad en este grupo de pacientes. Sin embargo, se consideran una buena opción inicial en ausencia de contraindicaciones.

CALCIO ANTAGONISTAS:

Son considerados ideales en estos pacientes, ya que se ha observado muy poca incidencia de caídas e hipotensión ortostática asociados a ellos.

INHIBIDORES DE LA ECA:

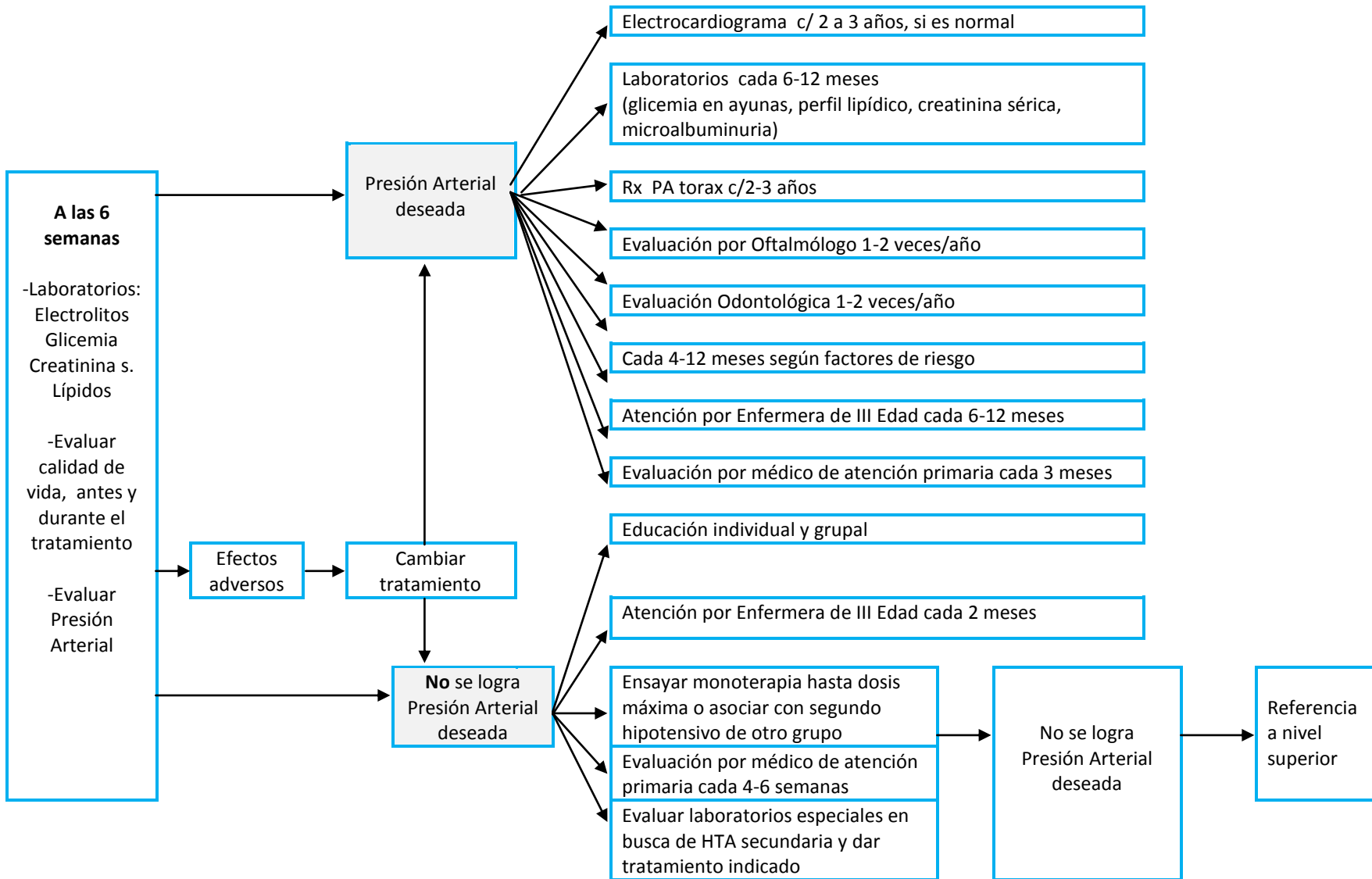
Teóricamente son menos efectivos en adultos mayores, ya que la mayoría de ellos son hipo-reninémicos. Sin embargo, son efectivos y por lo general seguros si se utilizan de forma cuidadosa. Sus efectos secundarios incluyen tos no productiva (en un 10% de los enfermos de edad avanzada) e hiperkalemia.

BLOQUEADORES ALFA:

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

I. PLAN DE SEGUIMIENTO

PLAN DE SEGUIMIENTO EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL





J. BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS SUGERIDAS

- **Guías de Atención Integral al Adulto Mayor, Guía de Manejo y Diagnóstico, Hipertensión Arterial, Parte II, Capítulo 20, OPS/OMS 2010**
- Beers, Mark H. y Robert Berkow. Cardiovascular Disorders. The Merck Manual of Geriatrics. Versión Internet 2000. www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/
- Brodtkin KI, Abrass IB. Hypertension in the elderly. Generations Winter 1996-1997, 28-32.
- El Centro para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) www.cdc.gov
- Epidemiology and Prevention of Cardiovascular Diseases in Elderly People Report of a WHO Study Group. Technical Report Series, No. 853. 1995.
- Curb JD, Pressel SL, Cutler JA, et al. Effect of diuretic based antihypertensive treatment on cardiovascular disease risk in older diabetic patients with isolated systolic hypertension. JAMA 1996; 276:1886-1892.
- Dahlof B, Lindholm LH, Hansson L, et al. Morbidity and mortality in the Swedish Trial in Old Patients with Hypertension. Lancet 1991; 338:1281-1285.
- Kane, Robert L., J. Ouslander, I. B. Abrass. Geriatría Clínica. 3a. Edición. México: MacGraw-Hill Interamericana, publicación de PALTEX, Organización Panamericana de la Salud. 1997: 230-236.
- Pearce KA, Furberg CD, Jushing J. Does antihypertensive treatment of the elderly prevent cardiovascular events or prolong life: a meta-analysis of hypertension treatment trials. Arch Fam Med 1995; 4:943-950.
- Reuben DB, Herr K, Pacala JT, et al. Geriatrics At Your Fingertips: 2002 Edition. Malden, MA: Blackwell Science, Inc. for the American Geriatrics Society. 25-32.
- SHEP Cooperative Research Group. Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension: Final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). JAMA 1991; 265:3255-3264.
- Staessen JA, Gasowski JG, Thijs L, et al. Risks of untreated and treated isolated systolic hypertension in the elderly: meta-analysis of outcome trials. Lancet. 2000; 355:865-872.
- The sixth report of The Joint National Committee on Prevention, detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Arch Int Med. 1997; 157(21):2413-2445.
- Wright JM, Lee CH, Chambers GK. Systematic review of antihypertensive therapies: does the evidence assist in choosing a first-line drug? CMAJ. 1999; 161:25-32.



Programa Nacional de Salud de Adulto

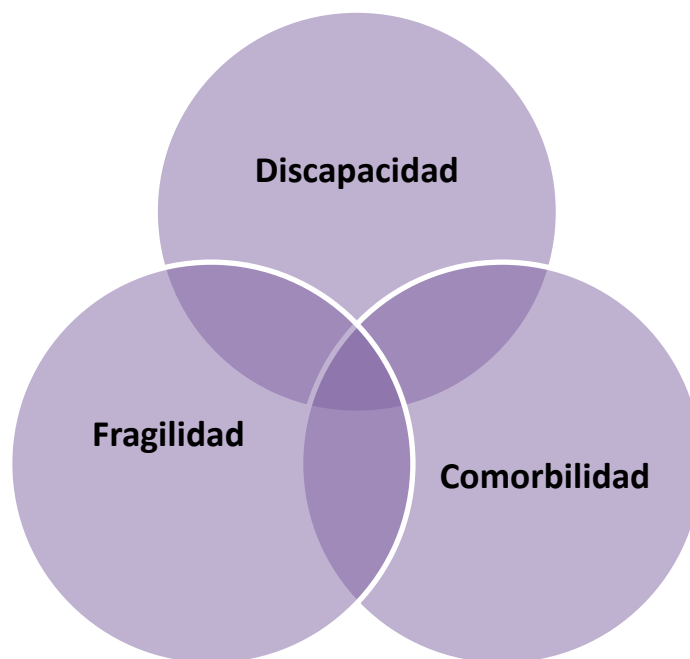


CAPÍTULO II FRAGILIDAD

A. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El grupo de adultos mayores vulnerables es el de mayor crecimiento en casi toda América latina. Esta vulnerabilidad da como resultado un peor pronóstico ante cualquier situación de salud, incluyendo discapacidad, dependencia, caídas, institucionalización y mortalidad. Existen tres términos íntimamente relacionados entre sí, que sin embargo deben ser diferenciados para poder comprender mejor la vulnerabilidad que se menciona, estos son: fragilidad, discapacidad o dependencia y co-morbilidad. Si bien son condiciones independientes esto no quiere decir que no puedan estar todos presentes en un mismo individuo. El mayor beneficio de las intervenciones geriátricas específicas se ha dado precisamente en estas personas, por lo que no es extraño que en los últimos años se ha considerado a la fragilidad como el centro de la medicina geriátrica.

Relación entre Fragilidad, Discapacidad y Co-morbilidad:





A pesar de no existir una definición universalmente aceptable de lo que es la fragilidad, su prevalencia se ha calculado por encima del 10% de mayores de 65 años de edad y esta se incrementa conforme avanza la edad hasta más del 50% en los mayores de 85 años, siendo la población que vive en instituciones de cuidados prolongados la más afectada. Han existido varios intentos de definición, sobre todo desde los años ochentas cuando se comienza a utilizar el término cada vez con más frecuencia, y casi todos coinciden en que representa una falla para integrar los diferentes sistemas de un individuo para mantener la funcionalidad. Algunos autores han intentado definirla desde un punto de vista biomédico, ya sea por la falla de un órgano o sistema, o por la compleja interacción del deterioro de varios sistemas; otros en cambio intentan definirla desde el punto de vista social. En realidad no importa como la definimos, el concepto debe diferenciarla de la discapacidad y debe fundamentarse en bases biológicas y no meramente en características clínicas, además de incluir los términos de vulnerabilidad, heterogeneidad, y debe estar asociada al envejecimiento cronológico.

Otros conceptos que debería interrelacionar la definición son el de riesgo, complejidad (no solo de sus determinantes sino de sus manifestaciones) y dinamismo que permita la interacción de sus componentes. Otra forma para poder explicar la fragilidad es utilizando una balanza, donde por un lado tenemos la salud del individuo así como los recursos fisiológicos y sociales con los que cuenta para enfrentar los estresores cotidianos, y del otro tenemos la enfermedad, la discapacidad, la dependencia y la carencia de dichos recursos. Cuando este último lado pesa más que el otro, la balanza pierde su punto de equilibrio y el paciente se hace vulnerable por lo tanto frágil.

Tomando todo lo anterior en cuenta podemos definir fragilidad como **un estado que se caracteriza por deterioro en las reservas fisiológicas del individuo, que lo hacen vulnerable y alteran su capacidad de respuesta al estrés**. Asociado a este término existe el de pérdida de la vitalidad (failure to thrive) que se puede ver como un **Continuum** de un síndrome clínico donde la pérdida de la vitalidad es la manifestación extrema y que se encuentra asociada a bajos niveles de recuperación y presagia la muerte.

B. FORMAS DE PRESENTACIÓN

Basándonos en el modelo clínico de la fragilidad de la Dra. Linda Fried podemos decir que existen dos *alteraciones subyacentes* de importancia como son la disminución de las reservas fisiológicas de un individuo además de las probables enfermedades que este presente, que lo llevan a presentar un *síndrome clínico* más bien inespecífico donde podemos encontrar la pérdida inexplicable de peso, la fatiga, la anorexia, la sarcopenia, la osteopenia, la malnutrición e inclusive las alteraciones de la marcha, el cual a su vez nos podrá llevar a algunas *consecuencias adversas* como podrían ser las caídas, la incontinencia, la demencia, la dependencia funcional, la presentación atípica de enfermedades, las alteraciones en la farmacocinética y farmacodinamia, la agudización de enfermedades crónicas, el mayor riesgo de presentar enfermedades agudas y finalmente la muerte.

C. MARCADORES DE LA FRAGILIDAD			
Físicos	Bioquímicos	Mentales	Sociales
Capacidad de autocuidado (independencia en actividades de la vida diaria)	Colesterol sérico	Pensamiento	Pobreza
Marcha	Albúmina sérica	Memoria	Pobre red de apoyo
Estado cardiovascular	HL	Depresión	Aislamiento
Continencia	Cortisol	Ansiedad	No pareja
	Marcadores de inflamación		No cuidador
	Hemoglobina		

**D. CRITERIOS DE FRAGILIDAD**

Evaluar por:	Sí	No
▪ Pérdida de peso: ¿En el último año ha perdido más de 10 libras inintencionalmente?		
▪ Incapacidad para levantarse n5 veces de una silla sin el uso de los brazos		
▪ Autoreporte de cansancio y pérdida de energía: ¿En los últimos 15 días se siente como cansado y sin fuerzas?		

0 = Robusto**1 = Pre frágil****2 = Frágil****Resultado: respuestas SI**

Ensrud, et al. Arch Intern Med 2008; 168: 382-389. Esquema, adaptación propia PNPJTE-CSS

E. DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL PROBLEMA

Interrogatorio	Buscando la existencia de marcadores de fragilidad, recordando que las manifestaciones atípicas son más la regla que la excepción
Exploración física	Que incluya las pruebas funcionales (ver Evaluación Funcional)
Manejo Bases para la intervención	Tener en cuenta <ol style="list-style-type: none"> 1. Que existen diferencias en farmacocinética, farmacodinamia que junto con la polifarmacia los hacen más propensos a efectos secundarios de los medicamentos. 2. Que la manifestación de la enfermedad es diferente, el seguimiento de la respuesta al tratamiento también es diferente. 3. Las intervenciones son multidisciplinarias. 4. Hay una ventana de tiempo entre la fragilidad y la discapacidad en la cual nuestro accionar tendrá mayores beneficios.
Intervención específica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estado nutricional adecuado 2. Ejercicios de resistencia (prehabilitación o fisioterapia profiláctica) 3. Ejercicio para el balance (equilibrio) 4. Prevención cardiovascular 5. Manejo del dolor 6. Mantener la socialización para evitar el aislamiento
1. Medidas de prevención	
2. Medidas para	Manejo de enfermedades concomitantes:

intentar revertir el proceso

1. Incrementar el *aporte energético* con suplementos nutricionales o medicamentos para mejorar el apetito. (ver Capítulo de Anorexia)
2. Programa específico de rehabilitación supervisado con *entrenamiento progresivo* en diferentes fases (por ejemplo 3 fases de 3 meses c/u la primera de movilidad, resistencia ligera y balance, la segunda entrenamiento en resistencia y la tercera entrenamiento en tolerancia) los que han demostrado mejoría en funcionalidad y en el estado cardiovascular (medido a través del consumo máximo de oxígeno). Estos últimos son especialmente útiles en personas con discapacidad preclínica.
3. Reemplazo *hormonal* en hipotiroidismo.

Nota

No existe evidencia contundente que justifique el manejo con otros productos hormonales como testosterona (y sus derivados) y hormona del crecimiento para el manejo del adulto mayor frágil, inclusive algunos de estos se han relacionado con un incremento en el riesgo de desarrollar efectos secundarios serios. A últimas fechas se ha puesto también en duda el uso de estrógenos y este se ha limitado al síndrome climatérico severo (incluyendo trastornos del sueño relacionados a éste) y por un período no mayor de 5 años, relegando su uso inclusive en mujeres con osteoporosis, sólo si el riesgo de una fractura es muy alto y existe una contraindicación absoluta para el uso de otros medicamentos para combatir la enfermedad.

3. Referencia a Geriátría

Paciente frágil que no responde a una intervención, con caídas a repetición, pérdida de peso y/o trastorno cognitivo asociado.

PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- Fragilidad implica vulnerabilidad y riesgo de deterioro.
- Se define como un estado que se caracteriza por deterioro en las reservas fisiológicas del individuo, que lo hacen vulnerable y alteran su capacidad de respuesta al estrés.
- Tiene manifestaciones complejas y múltiples marcadores, varios de ellos han demostrado tener valor pronóstico y el deterioro en la funcionalidad es de los mejores marcadores.
- Su manejo se basa en la respuesta "Geriátrica" que incluye la evaluación geriátrica completa, y el manejo basado en problemas por un equipo
- multidisciplinario.
- Las intervenciones que mayor beneficio han demostrado a la fecha son las nutricionales y los programas de ejercicio supervisado



F. BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS SUGERIDAS

- **Guías de Atención Integral al Adulto Mayor, Guía de Manejo y Diagnóstico, Fragilidad, Parte II, Capítulo 17, OPS/OMS 2010**
- Binder EF, Schechtman KB, Ehsani AA, et al. Effects of exercise training on frailty in community-dwelling older adults: results of a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(12):1921-1928
- Bortz WM. A conceptual framework of frailty: a review. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2002;57(5):M283-288
- Covinsky KE, Eng C, Lui LY, et al. The last 2 years of life: functional trajectories of frail older people. *J Am Geriatr Soc* 2003 Apr;51(4):492-498
- Ferrucci L, Cavazzini C, Corsi A, et al. Biomarkers of frailty in older persons. *J Endocrinol Invest* 2002;25(10 Suppl):10-15
- Fried LP, Ferruci L, Darer J, et al. Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. *J Gerontol* 2004; 59 (3): 255-263
- Nourhashemi F, Andrieu S, Gillette-Guyonnet S, et al. Instrumental activities of daily living as a potential marker of frailty: a study of 7364 community-dwelling elderly women (the EPIDOS study). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56(7):M448-453
- Rockwood K. Medical management of frailty: confessions of a Gnostic. *CMAJ* 1997;157:1081-1084
- Schechtman KB, Ory MG. The effects of exercise on the quality of life of frail older adults: a preplanned meta-analysis of the FICSIT trials. *Ann Behav Med* 2001;23(3):186-197



Programa Nacional de Salud de Adulto



CAPÍTULO III CAÍDAS

A. DEFINICIÓN

Caída se define como *la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo contra su voluntad*. Esta precipitación suele ser repentina, involuntaria e insospechada y puede ser confirmada por el paciente o un testigo.

B. IMPORTANCIA DE LAS CAÍDAS EN EL ADUTO MAYOR Y CONSECUENCIAS RELACIONADAS CON LAS CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES

IMPORTANCIA DE LAS CAÍDAS EN EL ADUTO MAYOR	CONSECUENCIAS RELACIONADAS CON LAS CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES
<ul style="list-style-type: none">▪ Es un marcador de fragilidad.▪ Es un accidente frecuente y grave.▪ Los accidentes son la 5ª causa de muerte en las personas adultas mayores, el 70% de los accidentes son caídas.▪ 30% de las personas adultas mayores que viven en la comunidad se cae una vez al año, siendo más frecuente en mujeres.▪ El riesgo de caídas aumenta de manera importante y progresiva a medida que aumenta la edad.▪ Más de la mitad de las caídas llevan a algún tipo de lesión. Aproximadamente una de cada diez caídas llevan a lesiones serias (fracturas, luxaciones, etc.) que pueden generar complicaciones importantes (inmovilidad prolongada, etc.)▪ Las caídas son la principal causa de fractura de cadera en los mayores.▪ Las fracturas se producen en una de cada diez caídas y un tercio de ellas comprometen el fémur.▪ Las fracturas se asocian a disminución severa de la capacidad funcional por falta de rehabilitación o iatrogenia.	<ul style="list-style-type: none">▪ Consecuencias físicas, como el trauma inmediato, heridas, contusiones, hematomas, fracturas y reducción de la movilidad.▪ <i>Consecuencias psicológicas y sociales</i> como:<ul style="list-style-type: none">• Depresión o el miedo a una nueva caída. Trastorno de ansiedad.• Cambios del comportamiento y actitudes que pueden observarse en los cuidadores y en su entorno familiar que van a provocar una disminución de las actividades físicas y sociales. Aislamiento.▪ Las caídas también tienen consecuencias económicas, ya que en los casos de hospitalización o institucionalización hay aumento de costos y con el aumento de la dependencia, la necesidad de un cuidador.

C.

CLASIFICACIÓN DE LAS CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR

- **Caída accidental:** es aquella que generalmente se produce por una causa ajena al adulto mayor y que no vuelve a repetirse.
- **Caída repetida:** expresa la persistencia de factores predisponentes como: enfermedades crónicas múltiples, fármacos, pérdidas sensoriales, etc.
- **Caída prolongada:** es aquella en la que el adulto mayor permanece en el suelo por más de 15 o 20 minutos por incapacidad de levantarse sin ayuda. Los adultos mayores que tienen mayor prevalencia de caídas prolongadas son: aquellos de 80 años o más, con debilidad de miembros, con dificultades para las actividades del vivir diario y/o toman medicación sedante.

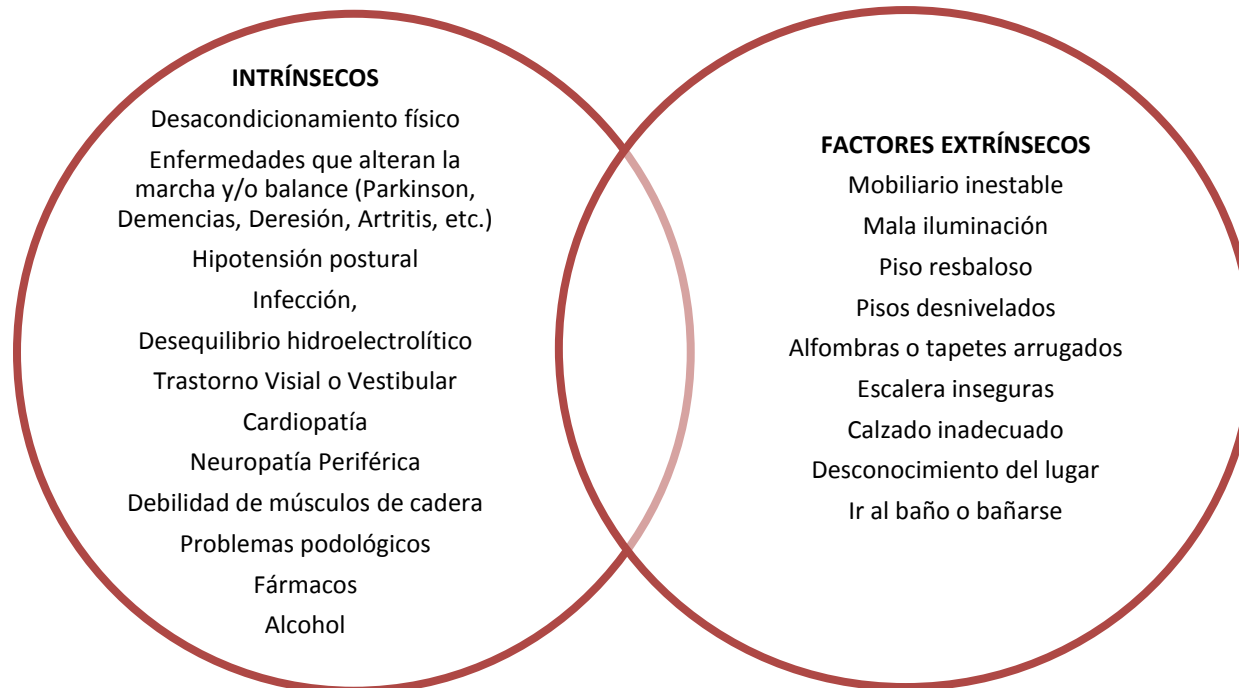
D.

FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Dificultad para levantarse de la silla▪ Existencia de barreras arquitectónicas▪ Actividades de riesgo▪ Edad de 75 años o más▪ Sexo femenino▪ Alcohol▪ Inmovilidad▪ Problemas visuales o vestibulares | <ul style="list-style-type: none">▪ Fármacos (hipotensores y psicofármacos)▪ Enfermedades crónicas y/o agudas: neurológicas, neuropatía periférica, osteoarticulares, cardiopatías, musculares, debilidad de músculos de cadera, hipotensión arterial, infecciones, desequilibrio hidroelectrolítico, podológicos▪ Antecedentes de caídas (aproximadamente el 75% de los mayores que se caen, sufrirán una nueva caída en los siguientes seis meses)▪ Calzado inadecuado |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



Los factores de riesgo se clasifican en intrínsecos y extrínsecos y a la vez se pueden sobre poner unos a otros:





E.

INTERROGATORIO POR POSIBLES FACTORES ASOCIADOS A LA CAÍDA

1. ¿CUÁNDO Y CÓMO FUE LA CAÍDA?

2. ¿EN QUÉ LUGAR SUCEDIÓ Y SI HUBO TESTIGOS DE LA CAÍDA?

Sobretudo en casos con pérdida del estado de conciencia.

3. ¿LE HABÍA SUCEDIDO ESTO ANTES?

Muy importante en casos de trastornos cardíacos, isquemias cerebrales o estados convulsivos que pueden haberse presentado anteriormente.

4. ¿SUCEDIÓ DESPUÉS DE COMER?

En el paciente adulto mayor no es rara la *hipotensión posprandial* (después de comer).

5. ¿LA CAÍDA FUE DESPUÉS DE CAMBIAR DE POSICIÓN RÁPIDAMENTE (LEVANTARSE SÚBITAMENTE DE ESTAR ACOSTADO O SENTADO)?

Esta información correlaciona con hipotensión ortostática, la cual se corrobora cuando al tomarle la presión al paciente, estando sentado y luego al estar de pie, muestra una *caída de la T/A sistólica de 20 o más mm/Hg*.

6. ¿TUVO PÉRDIDA DEL ESTADO DE CONCIENCIA?

Si la hubo, habrá que sospechar causa cardíaca (arritmias o bloqueos cardíacos) o convulsiones (sobre todo si hubo presencia de incontinencia).

7. ¿TUVO SÍNTOMAS ASOCIADOS COMO PALPITACIONES QUE PUDIERAN INDICAR UNA ARRITMIA CARDIACA?, O ¿SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS FOCALES QUE PUDIERAN SUGERIR UNA ISQUEMIA CEREBRAL?

Evaluar la presencia de datos como fiebre, taquipnea, taquicardia, dolor de pecho e hipotensión que pueden hacer pensar en procesos de tipo infeccioso, infarto agudo de miocardio (IAM), tromboembolia pulmonar (TEP) o de sangrado gastrointestinal.

Si el paciente se mareo al mover la cabeza hacia la izquierda o la derecha, o al girarla súbitamente, habrá que pensar en vértigo, sin embargo en caso de que las caídas estén asociadas a movimientos extremos laterales de la cabeza o se asocien a signos de focalización neurológica (problemas visuales, etc.) deberá descartarse insuficiencia vertebro-basilar.

8. ¿EL PACIENTE TUVO SIMPLEMENTE DEBILIDAD SÚBITA DE LAS PIERNAS?

Este dato es relevante cuando se han descartado las causas anteriores, ya que podría tratarse de “ataques de caída”, entidad inespecífica para algunos autores discutibles, pero que se caracteriza por la debilidad súbita de las extremidades inferiores y la caída sin pérdida del estado de conciencia.

9. ¿QUÉ MEDICAMENTOS TOMA EL PACIENTE?

Finalmente, es muy importante la revisión de diversos medicamentos potencialmente causantes de hipotensión y por ende predisponentes para la presencia



de caídas, entre los más importantes están los antihipertensores, los diuréticos, los medicamentos bloqueadores autonómicos, los antidepresivos, los hipnóticos, los ansiolíticos, algunos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y los medicamentos psicotrópicos.

Con la información anterior, en la mayoría de los casos, será posible identificar la causa más probable de la caída del paciente, o bien tener sospecha de la misma, sin embargo, algunas de las probables etiologías requerirán de evaluación especializada o de la realización de estudios diagnósticos, no siempre disponibles en el primer nivel de atención, como en el caso de algunos tipos de arritmias cardíacas, infarto agudo del miocardio o ante la posibilidad de valvulopatía (electrocardiograma, ecocardiograma, o holter de 24 hrs.); el estudio de un síndrome convulsivo o una posible enfermedad vascular cerebral (electroencefalograma, tomografía axial).

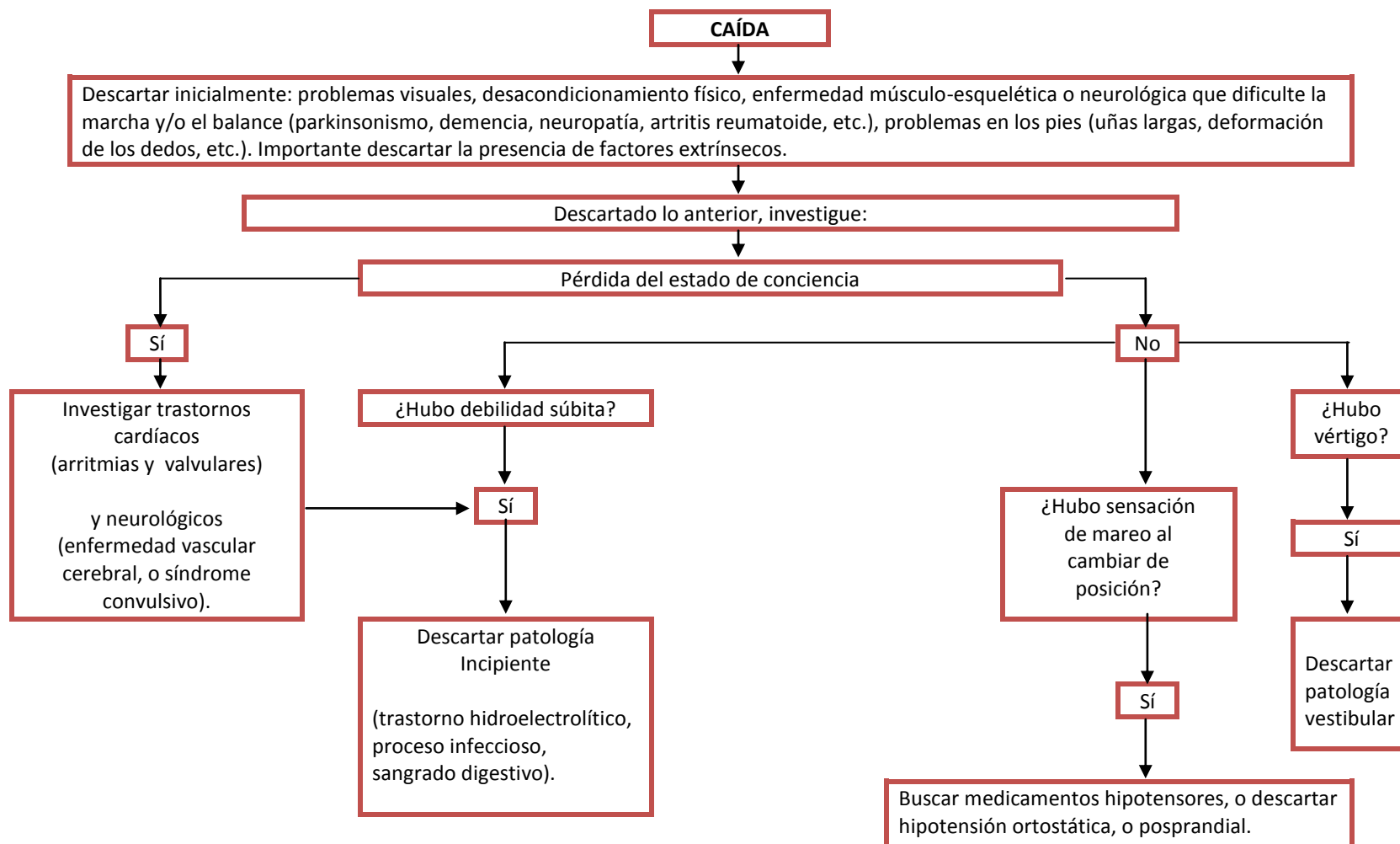
F. PRUEBA “LEVÁNTATE Y ANDA”

La “**PRUEBA CRONOMETRADA DE LEVÁNTATE Y ANDA**”, es una prueba auxiliar en el diagnóstico de los trastornos de la marcha y el balance, frecuentemente utilizada en Geriátrica. Consiste en medir el tiempo que tarda el adulto mayor en levantarse de una silla, caminar 3 metros, girar, regresar a la silla y sentarse nuevamente. Si el paciente realiza esta actividad en un tiempo igual o menor a 20 segundos se considera normal, si tarda más en ello, requerirá de evaluación de la alteración detectada. Un tiempo superior a 20 segundos sugiere alto riesgo de caídas. (Ver Módulo III, Evaluación Funcional)

La ventaja de esta prueba, es su rapidez y facilidad para realizarla en cualquier lugar, además de la importante información que nos brindan los movimientos desarrollados sobre la fuerza de las piernas, la capacidad de balance y de las estrategias de que se vale el adulto mayor para desarrollarlas, aspectos determinantes para la realización adecuada de las actividades de la vida diaria.

G.

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE LAS CAÍDAS





H. MANEJO

1. Intervención Preventiva

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

- Identificar adultos mayores de riesgo (utilizar factores de detección).
- Actuar de manera personalizada sobre los factores de riesgo identificados.
- Enseñar medidas de autocuidado (actividad física regular).
- Enseñar como disminuir riesgos domiciliarios y extradomiciliarios.
- Enseñar como actuar en caso de caída.
- Dar acceso a cuidados podológicos.
- Enseñar sobre la importancia del calzado adecuado.

RIESGO DE CAÍDA Y SU SOLUCIÓN

PROBLEMA	SOLUCIÓN
EXTRÍNECAS	
1. AMBIENTE GENERAL	
ILUMINACIÓN - Demasiada oscuridad. - Demasiada luz deslumbrante. - Interruptores inaccesibles.	Iluminación amplia y uniforme. Iluminación uniforme e indirecta Instalarlos cerca de las entradas.
MOBILIARIO - Obstrucción del paso. - Muebles inestables. - Ausencia de reposa-brazo. - Respaldo de las sillas demasiado bajo.	Los muebles no deben obstruir el paso. Muebles usados de apoyo con estabilidad. Sillas con brazos ayudan a levantar o sentar. Los respaldos altos proporcionan sostén al cuello y evitan las caídas hacia atrás.
2. COCINA	
ARMARIOS Y ESTANTES - Demasiado altos.	Colocar los utensilios más usados a la altura de la cintura; los estantes y armarios a la altura del pecho o de la cara.



SUELO -Húmedo o encerado	Colocar alfombras de gomas cercanas al fregadero, utilizar calzado con suela de goma.
SILLAS O MESAS -Con patas inseguras	Evitar sillas inseguras o inestables y mesas con trípodes o patas en pedestal.
3. CUARTO DE BAÑO	
BAÑERA - Suelo resbaladizo	Usar banda antideslizante, alfombra o zapatos de goma, utilizar un asiento si es necesario.
-Uso del borde de la bañera como apoyo	Colocar un asidero (agarradero o pasamano) a cada lado de la bañera
TAZA DEL RETRETE - Demasiado bajas	Utilizar tazas del retrete altas (55 cm) y colocar barandillas a uno de los lados.
BOTIQUÍN DE MEDICAMENTOS Etiquetado incorrectamente	Poner etiquetas a los fármacos según sea su aplicación; tener una lupa, luz adecuada
PUERTAS - Cerrojos deficientes	No usar cerrojos en las puertas de los baños o usar los que puedan abrirse por ambos lados.
4. ESCALERAS	
PELDAÑOS Altura excesiva entre los peldaños	La altura máxima de los peldaños debe ser de <i>15 cm</i> aproximadamente.
PASAMANOS - Ausencia de pasamanos -Longitud inadecuada	Fijarlos bien a ambos lados de las escaleras, deben ser cilíndricos y separados de la pared. Deben sobrepasar los extremos superiores e inferiores
ESTRUCTURA - Pendiente excesiva o demasiado larga	Colocar descansos intermedios.
SUELO RESBALADIZO	Colocar antideslizantes de seguridad
ILUMINACIÓN INADECUADA	Colocar luces al inicio y al final de la escalera.



5. HABITACIÓN

CAMAS

- Demasiado altas o demasiado bajas.

La altura de la cama y del colchón hasta el suelo debe ser de aproximadamente 45 cm, es decir, al nivel de las rodillas.

-Demasiado estrechas.

La cama debe ser lo suficientemente ancha que permita al anciano voltearse sin riesgo.

Iluminación

- Interruptor alejado de la cama.

Se debe colocar una lámpara con interruptor cercano a la cama que pueda ser encendida sin necesidad de levantarse

SUELO

- Alfombras dobladas, ropas o zapatos desordenados

Colocar alfombras de goma o antiderrapantes al borde de la cama; evitar objetos en el piso.

INTRÍNSECAS

CAMBIO DEL EQUILIBRIO Y LA MARCHA

Dificultad para levantarse de la silla.

Sillas con brazos
Eleva los asientos
Ejercicios musculares

Inestabilidad del inicio de la marcha.

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

Inestabilidad con movimientos del cuello.

Evitar objetos altos: estantes, roperos, etc.
Girar la cabeza junto con el cuerpo
Tratamiento de fisioterapia
Entorno sin obstáculos

Disminución en altura y longitud del paso.

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

2. Intervención Específica

INTERVENCIONES ESPECÍFICAS SEGÚN LA CAUSA DE LA CAÍDA	
Accidental o relacionada al ambiente donde vive.	Revisión cuidadosa de los factores ambientales y modificación de los factores identificados.
Trastornos de la marcha y/o el balance.	Programas de actividad física para re-entrenar la marcha y el balance. Prescripción de auxiliares de la marcha (andadores, bastones de apoyo único o apoyo de 4 puntos, etc.).
Parkinsonismo, EVC, artritis, miopatías, neuropatías, enfermedad cardiovascular, enfermedad respiratoria, demencia.	Manejo farmacológico específico. Fisioterapia especializada.
Enfermedad vestibular.	En diagnóstico de vértigo posicional benigno, puede ser suficiente tratamiento con ejercicios vestibulares. En caso de laberintitis o enfermedad de Meniere puede requerirse de manejo especializado.
Ataques de caída.	Rehabilitación de extremidades inferiores.
Insuficiencia vertebro-basilar.	Evitar movimientos laterales extremos de la cabeza.
Confusión.	Dependerá de la causa asociada (infección, desequilibrio hidroelectrolítico, etc.).
Hipotensión postural.	Evitar cambios bruscos de posición (al levantarse de una silla o de la cama, al ir al baño, etc.).
Hipotensión posprandial.	Utilizar bebidas tónicas después de los alimentos (ejemplo: café con cafeína).
Trastorno visual	Evaluación especializada

Guías de Atención del Adulto Mayor OPS/OMS, II Parte, Capítulo 5, Caídas

3. Intervenciones Genéricas

INTERVENCIONES GENÉRICAS EN CAÍDAS DE ADULTOS MAYORES

- **Tratar los factores intrínsecos y extrínsecos de riesgo que se encuentren.**
- **Corregir la polifarmacia.**
- **Ofrecer rehabilitación.**
- **Evaluar necesidad de auxiliares de la marcha y entrenar en su utilización**

RECORDAR

- Las caídas no siempre son eventos accidentales, pueden ser la manifestación de una enfermedad seria subyacente.
- La caída suele conducir a la dependencia por temor de nuevas caídas.
- Además de las consecuencias físicas, las caídas tienen importantes repercusiones psicológicas, económicas y sociales.



I. BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS SUGERIDAS

- **Guías de Atención Integral al Adulto Mayor, Guía de Manejo y Diagnóstico, Caídas, Parte II, Capítulo 5, OPS/OMS 2010**
- Kane, Robert L., J. Ouslander y I. B. Abrass, Geriátría Clínica. 3a. Edición. México: MacGraw-Hill Interamericana, publicación de PALTEX, Organización Panamericana de la Salud. 1997: 175-195.
- King MB, Tinetti ME. Falls in community-dwelling older persons. JAGS 1995; 43:1146-1154.
- Rubenstein LZ, Robbins AS. Falls in the elderly: a clinical perspective. Geriatrics 1984; 39(4):67-78.
- Tinetti ME, Speechley M. Prevention of falls among the elderly. New Engl J Med 1989; 320:1055-1059.
- Fundación Novartis para Estudios Gerontológicos: www.healthandage.com , en la sección Health Centers, encontrará una sección sobre caídas y accidentes (falls and accidents). En ella podrá revisar artículos y referencias sobre la prevención y el manejo de problemas relacionados a caídas y accidentes en las personas adultas mayores.
- El Instituto Merck de Envejecimiento y Salud: www.miahonline.org/tools/falls/, tiene un "tool kit" muy completo para evaluar riesgo, prevenir y manejar en la atención primaria los problemas de caídas de las personas adultas mayores.



Programa Nacional de Salud de Adulto



CAPÍTULO IV ESTREÑIMIENTO

A. DEFINICIÓN

SUBJETIVA

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

OBJETIVA

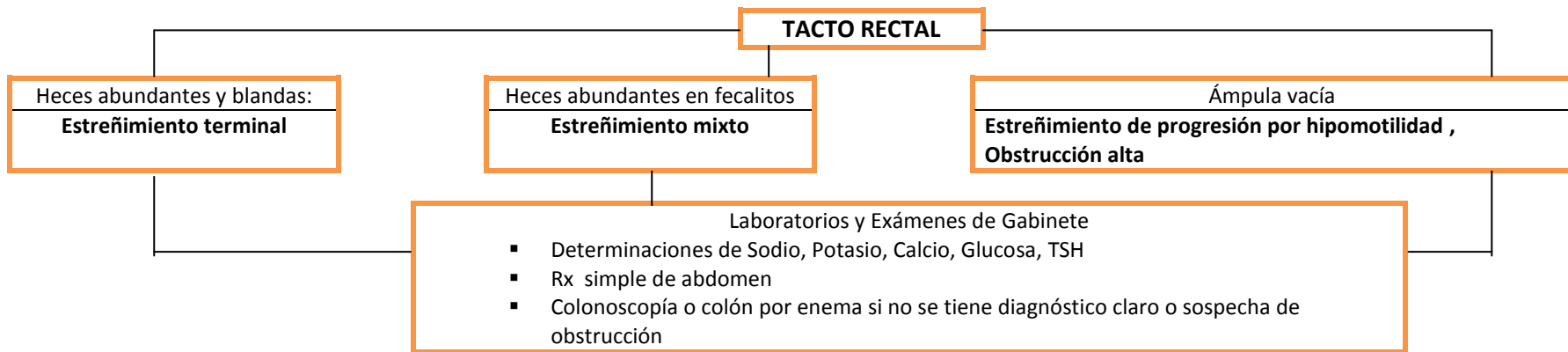
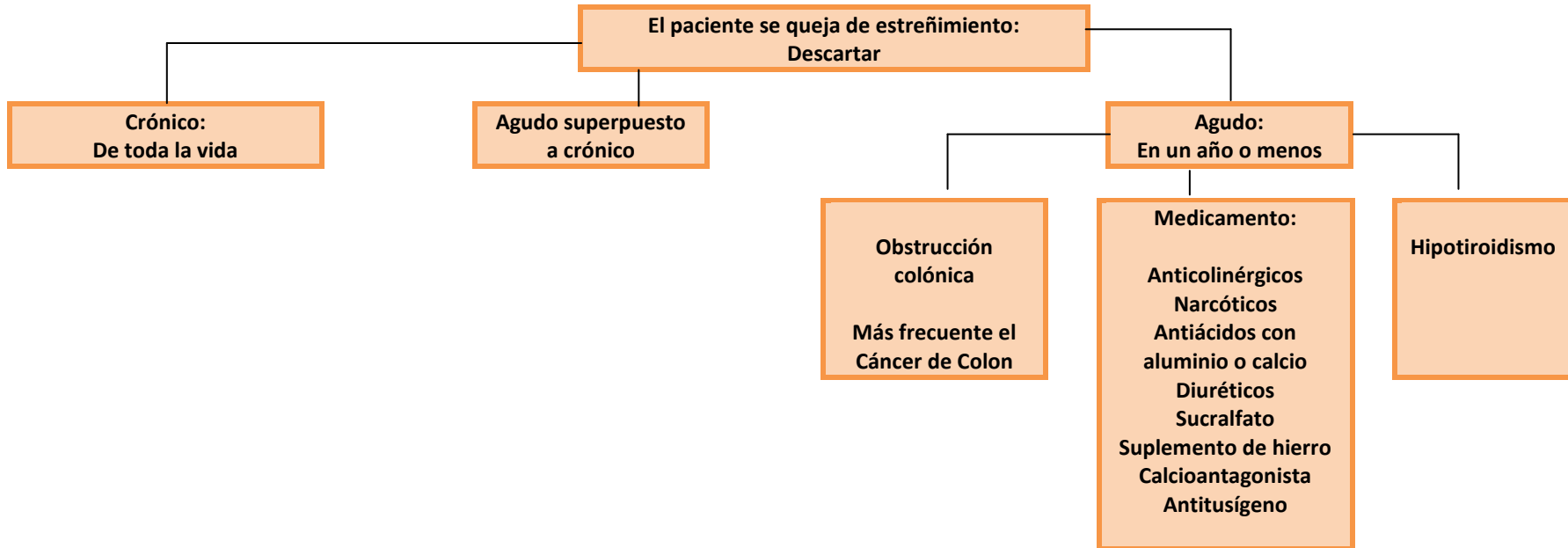
Heces de menos de 35 gramos por emisión o frecuencia menor que tres veces por semana. La frecuencia del estreñimiento subjetivo aumenta con la edad, sin embargo, la del estreñimiento objetivo parece mantenerse constante a lo largo de la vida. Existe la idea generalizada de que la defecación diaria es benéfica para la salud, sin embargo, sabemos que el hábito intestinal normal puede ser tanto como 3 veces por día o tan poco como dos veces por semana sin que esto provoque problemas de salud.

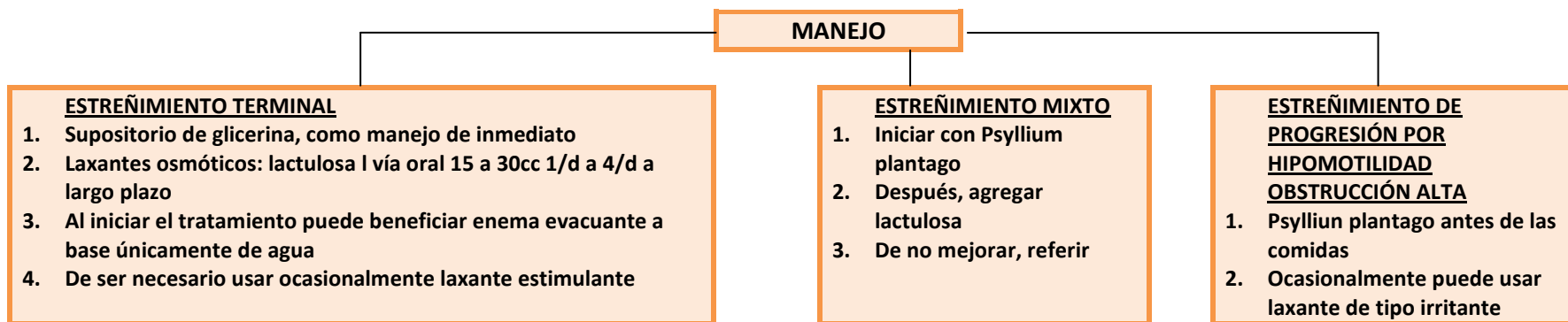
Recordar:

- Es importante destacar que, en el adulto mayor, el estreñimiento se puede presentar como un cuadro de oclusión intestinal o bien como pérdida de la autonomía o delirio.
 - Siempre hacer un tacto rectal antes de iniciar cualquier tratamiento.
 - Evitar en la medida de lo posible los laxantes estimulantes.
 - Comenzar siempre por las intervenciones genéricas y enfatizarle al paciente que la respuesta es lenta para evitar sobremedicación.
 - Tratar la impactación fecal de manera enérgica.
 - En el estreñimiento de inicio reciente se debe buscar siempre que una tumoración sea la causa.
-

B. DIAGNÓSTICO Y MANEJO

BASES PARA EL DIAGNÓSTICO





A todos se les debe seguir el siguiente esquema de reeducación del hábito intestinal:

1. Durante el desayuno, tomar algún líquido caliente.
2. Caminar durante 15 - 20 minutos después de desayunar.
3. Acudir al baño aunque no se tengan deseos de evacuar 30 minutos después de desayunar para aprovechar el reflejo gastro-cólico e intentar defecar por lo menos durante 10 minutos.
4. Nunca posponer el ir al baño al tener el deseo de defecar.
5. Aumentar la cantidad de líquidos y fibra que se ingieren durante el día.
6. Suspendir los laxantes *irritantes*.

C. IMPACTACIÓN FECAL

Esta es la principal complicación del estreñimiento *terminal*. El cuadro clínico puede tomar la forma de *seudo-obstrucción intestinal*, *ulceración del colon*, retención e infección urinaria, incontinencia fecal (generalmente por trastornos de la sensibilidad rectal), una *falsa diarrea* o bien *alteración del estado de conciencia* o *pérdida de la autonomía*.

La conducta a seguir, es la **desimpactación manual prudente** (puede requerir sedación en casos avanzados) en primer lugar, seguido de enema evacuante.

ENEMA EVACUANTE

- Se coloca al paciente en decúbito lateral izquierdo con la cadera en abducción,
- Se coloca a un bote con 500 a 1,000 cc de agua tibia (evitar enemas de agua jabonosa), un metro por encima de la cadera, y se deja que pase el líquido lo más lento posible.
- De ser posible al terminar, se coloca al paciente en decúbito supino por unos 5 minutos y en decúbito lateral derecho por otros 5 minutos. Se debe repetir el enema hasta que resulte en evacuaciones líquidas claras.
- Según la presentación del caso, se mantendrá al paciente con órdenes de no recibir nada por boca o con dieta a base de líquidos claros, hasta terminada la limpieza del colon.
- Una vez terminado este proceso, puede iniciar el tratamiento general y el tratamiento para el estreñimiento terminal antes descrito.
- De ser un paciente inmovilizado o con alguna discapacidad funcional, inicialmente debe tener una dieta con fibra restringida y enemas profilácticos (uno o dos por semana) para evitar una reimpactación.

D.

LAXANTES				
Agente y Tipo	Dosis	Inicio de Acción	Mecanismo de Acción	Efectos Secundarios
Bisacodil * (estimulante)	10 mg hr. sueño	6-12 hrs.	Estimulación de plexo mioentérico. Alteración del transporte de sal y agua.	Hipocalemia , dolor abdominal, vómito (especialmente si se asocia a antiácidos).
Antraquinonas * Ej: Senna (estimulantes)	10-30 g hr. sueño	8-12 hrs.	Como el anterior, más efectos parecidos a prostaglandina E.	Puede causar dolor abdominal, dependiente de dosis. Melanosis del colon.
Psyllium plantago Metilcelulosa (aumenta bolo fecal)	1 tab o 30 g c/día a 3 veces/día	12-72 hrs.	Fibra hidrofílica resistente la degradación bacteriana. Aumenta el bolo fecal y lo reblandece.	Distensión abdominal, flatulencia. Pueden provocar retención colónica. Evitar en pacientes inmovilizados. Cuidado en la disfunción renal.
Hidróxido de Magnesio *	5-30mg hr. sueño	0.5-3 hrs.	Estimula secreción de colecistocinina y aumenta la secreción de electrolitos y agua.	Puede provocar deshidratación, diarrea. <i>Evitar en pacientes con falla renal.</i> No utilizar por tiempo prolongado.
Lactulosa (osmolares)	15 – 30 ml c/día a 4 veces/día	24-48 hrs.	Son disacáridos no absorbibles que causan paso de agua hacia el colon y contracciones reflejas.	Dolor abdominal, especialmente al combinarse con frutas.
Polietilenglicol * GoLyteli® (osmolar)	0.5 – 2 litros cada día	0.5-1 hr.	Acción hiperosmótica potente, disminuye tiempo de tránsito. Útil en casos de impactación fecal.	Náusea, dolor abdominal, incontinencia fecal.

*No disponibles en la Caja de Seguro Social

Tomado de Guías de Atención del Adulto Mayor OPS/OMS II Parte Guía de Diagnóstico y Manejo-, Estreñimiento capítulo 15, 2010, con adaptación propia PNPJTE-CSS 2011



E. BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS SUGERIDAS

- **Guías de Atención Integral al Adulto Mayor, Guía de Manejo y Diagnóstico, Estreñimiento, Parte II, Capítulo 15, OPS/OMS 2010**
- Beers MH, Berkow R. Constipation, Diarrhea, and Fecal Incontinence in The Merck Manual of Geriatrics. Internet version, 2000.
- [http:// www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/home.html](http://www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/home.html)
- De Lillo AR, Rose S. Functional bowel disorders in the geriatric patient: constipation, fecal impaction, and fecal incontinence. Am J Gastroenterol. 2000; 95(4):901-905.
- Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB. Geriatria Clínica. 3a Edición. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. publicado para el Programa Ampliado de libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud. 1997.
- Romero YR, Evans JM, Fleming KC, Phillips SF. Constipation and fecal incontinence in the elderly population. Mayo Clin Proc 1996; 71:81-92.
- Wald A Constipation and fecal incontinence in the elderly, Gastroenterol Clin North Am. 1990, 19:405-418.
- Manual Merck de Geriatria. 2a. Edición. Madrid: Ediciones Harcourt, S.A. 2001:1082, 1092-1094, 1116.



CAPÍTULO V

INCONTINENCIA URINARIA

A. DEFINICIÓN

La incontinencia urinaria, es la *incapacidad para controlar la micción*. La incontinencia urinaria puede variar desde una fuga ocasional hasta una incapacidad total para retener cualquier cantidad de orina. La incontinencia urinaria no es un resultado inevitable de la edad, pero es común en las personas mayores. A menudo, se debe a cambios específicos en la función del cuerpo como consecuencia de enfermedades, la toma de medicamentos y/o el inicio de una enfermedad. Algunas veces es el primer y único síntoma de infección del tracto urinario

B.

CAUSAS DE INCONTINENCIA URINARIA

Causas Agudas

Recordarlas mediante la nemotecnia **ESFÍNTER**

Endocrinológicas (hiperglucemia, hipercalcemia, vaginitis atrófica).
Sicológicas (depresión, delirio).
Fármacos (ver Cuadro).
Infecciones.
Neurológicas (delirium, enfermedad vascular cerebral, Parkinson, hidrocefalia normotensa).
Tratamientos (fármacos).
Estrogénico (vaginitis atrófica, estreñimiento).
Restricción de la movilidad.

Fármaco	Efectos Potenciales
Diuréticos	Incontinencia urinaria, frecuencia, urgencia
Anticolinérgicos	Retención urinaria, incontinencia por rebosamiento, impactación fecal
Antidepresivos	Efecto anticolinérgico, sedación
Antipsicóticos	Igual al anterior, inmovilidad
Hipnóticos-sedantes	Incontinencia urinaria, sedación, delirio, inmovilidad, relajación muscular
Narcóticos	Retención urinaria, incontinencia urinaria, impactación fecal, sedación, delirio
Bloqueadores alfa	Relajación uretral

Causas Persistentes

Tipo	Síntomas	Causas Comunes
Esfuerzo	Salida involuntaria de orina con aumento de la presión abdominal (tos, risa, ejercicio). No hay nicturia.	Debilidad y laxitud del piso pélvico que provoca hipermotilidad de la base vesical y de la uretra. Debilidad de esfínter uretral o de su salida de la vejiga. Más frecuente en mujeres.
Urgencia	Derrame de orina (casi siempre volúmenes grandes, aunque es variable) por la incapacidad para retrasar la micción después de percibir la sensación de plenitud vesical.	Hiperactividad del detrusor, aislada o asociada a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Condiciones locales como uretritis, cistitis, tumores, litiasis, divertículos. • Asociado a alteraciones del SNC como EVC, demencia, parkinsonismo, lesión espinal
Sobreflujo	Fuga de orina (casi siempre en pequeñas cantidades) secundaria a fuerzas mecánicas sobre una vejiga sobredistendida o por otros efectos de la retención urinaria sobre la vejiga y la función del esfínter.	Obstrucción anatómica: por la próstata o por un cistocele grande. Vejiga hipocontráctil (neurogénica) asociada a diabetes o lesión medular
Funcional	Fuga de orina relacionada con incapacidad para usar el inodoro por daño de la función cognoscitiva o física, falta de disociación psicológica o barreras en el ambiente.	Demencia grave Inmovilidad Ataduras Depresión

C. DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA E INTERVENCIONES

INTERROGATORIO

- Preguntar directamente acerca de la presencia de “accidentes” con la orina o si ha tenido fugan de orina antes de llegar al baño
- Características de la fuga de orina (desde cuando, cuantas veces, se da cuenta que va a suceder o que está sucediendo)
- Factores agravantes (infecciones urinarias frecuentes, tos, estornudo, risa, esfuerzos, corre, salta, camina, sentado, parado, estreñimiento)
- Factores de alivio - Factores asociados (alcohol, café, cigarrillo, cirugías, lesiones) - Otros síntomas

EXAMEN FÍSICO
Evaluación abdominal, genital en el hombre, genito-pélvico en la mujer, rectal y neurológico

INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

Incontinencia Urinaria Aguda

Incontinencia Urinaria Persistente
Medir volumen residual post miccional

Tratamiento específico

Tipo	Tratamiento
Delirio	Tratamiento específico (no utilice sonda vesical)
Vaginitis Atrófica	Tratamiento local basado en estrógenos: dos aplicaciones diarias por dos meses.
Infección	Dar antibiótico. Si no se resuelve, buscar otras causas y no repetir tratamiento a menos que se documente un germen resistente.
Fármacos	De ser posible, retirar todos los fármacos que pudieran causar incontinencia. En caso de antihipertensivo, cambie por otra clase. En caso de antidepresivos tricíclicos, cambiar por inhibidores de recaptación de serotonina.
Psicológicas	Ingesta excesiva de líquidos: limitar a 1.5 l/d y no tomar después de las 8 p.m. En caso de otras causas, referir al especialista.
Endocrino	Dar tratamiento específico o referir a especialista
Restricción de movilidad	Fisioterapia y modificaciones en el hogar tendientes a facilitar el desplazamiento, o utilizar “orinales” o “sillas de inodoro”.
Impactación fecal	Dar tratamiento

Volumen residual menor de 100 ml

Tratamiento Específico

Tipo	Tratamiento
Stress	Ejercicios para piso pélvico (Kegel) Adiestramiento del comportamiento Referir para cirugía
Urgencia	Adiestramiento: Fijar horario para miccionar Modificaciones que faciliten la llegada al baño Relajantes vesicales: -Oxibutinina 2.5 mg una vez /día una hr. antes de la actividad que más lo produce, hasta 5 mg 2/d -Tolterodina de 1 a 2 mg dos veces/día -terazocina
Rebosamiento	Referencia a cirugía Uso de pañales o sonda de condón externa

Volumen residual mayor de 100 ml

Referir a Urología

Mejora
Continuar tratamiento

No mejora
Manejar como Incontinencia Urinaria Persistente

Mejora
Continuar tratamiento

No mejora
Referir al urólogo



En todo paciente en el cual se inicia tratamiento se debe vigilar la aparición de los siguientes efectos secundarios:

Oxibutinina o Tolterodina

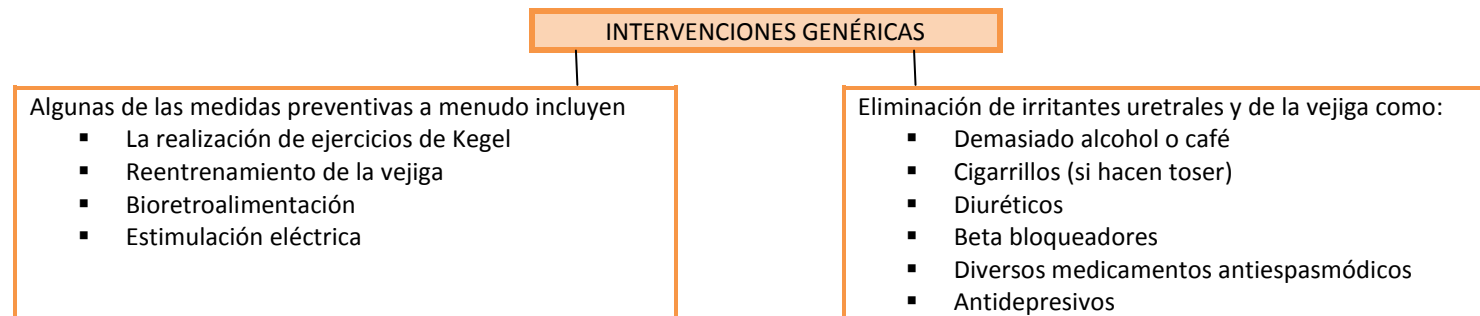
- Retención aguda de orina.
- Constipación.
- Deterioro del estado cognoscitivo.
- Xerostomía

Terazocina

- Hipotensión

La importancia de su detección deriva de las repercusiones que puede producir:

- Médicas: **infecciones urinarias, úlceras por presión, caídas, depresión.**
- Psicológicas y sociales: **pérdida de autoestima, ansiedad, aislamiento social.**
- Económicas: **costo de complicaciones, costo de cuidados de larga duración.**



PUNTOS CLAVE QUE RECORDAR

- **La retención aguda de orina es una emergencia real que se puede manifestar como incontinencia urinaria, delirium o deterioro funcional, aún sin la presencia de dolor, por lo que debe ser tratada con sonda vesical y ser referido de inmediato**
- **El diagnóstico depende casi en su totalidad de que el médico pregunte acerca de su existencia**
- **Siempre es patológico y no un cambio normal de la edad.**
- **Las causas agudas y reversibles son las más frecuentes**
- **Siempre descartar una causa obstructiva en el hombre antes de iniciar tratamiento.**

D. BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS SUGERIDAS

- **Guías de Atención Integral al Adulto Mayor, Guía de Manejo y Diagnóstico, Incontinencia Urinaria, Parte II, Capítulo 22, OPS/OMS 2010**
- American Journal of Med Sci. 1997; 314(4), 214-272. Este número de la revista está dedicado completamente a la evaluación y el manejo de la incontinencia urinaria.
- Beers, Mark H. y Robert Berkow (eds.) The Merck Manual of Geriatrics. Versión internet. www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/
- El Instituto Merck de Envejecimiento y Salud: www.miahonline.org/tools/UI/ "Tool kit" sobre incontinencia urinaria dirigido a médicos de atención primaria.
- Fundación Novartis para Estudios Gerontológicos: www.healthandage.com , en la sección Health Centers, encontrará una sección sobre incontinencia urinaria.
- Kane, Robert L., J. Ouslander, I. B. Abrass, Geriátría Clínica. 3a. Edición. México: MacGraw-Hill Interamericana, publicación de PALTEX, Organización Panamericana de la Salud. 1997: 133-167
- Scientific Committee of the First International Consultation on Incontinence. Assessment and treatment of urinary incontinence. Lancet. 2000; 355(9221):2153-158. (www.thelancet.com)
- U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. Managing acute and chronic urinary incontinence. Clinical practice guideline No. 2, 1996 update. AHCPR Pub. No. 96-0686, March 1996.



CAPÍTULO VI

HIPERGLICEMIA Y DIABETES TIPO 2

La Asociación de Diabetes de Estados Unidos (ADA) publicó en 1997 nuevos criterios para el diagnóstico. En 1998 la Organización Mundial de la Salud (OMS) revisó y modificó sus criterios diagnósticos de 1985, llegando a conclusiones similares a las de la ADA. Estos criterios se basan en los valores de la glucemia. Los valores de glucemia plasmática venosa obtenidos luego de ocho horas de ayuno, o en cualquier momento del día si existen síntomas cardinales (poliuria, polidipsia y pérdida de peso no explicada), se deben confirmar con una segunda muestra. Por el contrario, el resultado positivo en una sola prueba de tolerancia oral a la glucosa (**PTOG**: glucemia plasmática medida dos horas después de la ingestión de 75 g de glucosa anhidra en 300 mL de agua administrada después de una noche de ayuno) es suficiente.

A. CATEGORÍA DIAGNÓSTICA SEGÚN CRITERIOS

CATEGORÍA DIAGNÓSTICA SEGÚN LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS POR LA OMS Y LA ADA	
Normoglicemia:	Glicemia en ayunas < 100 mg/dl y Prueba de Tolerancia a la Glucosa (PTOG) < 140 mg/dl ADVERTENCIA: La PTOG deber ser usada con reserva en el adulto mayor.
Glicemia basal alterada (GBA):	Glicemia en ayunas entre 100 mg/dl y 125 mg/dl (ADA 2009)
Intolerancia oral a la glucosa (ITG):	PTOG entre 140 mg/dl y 199 mg/dl (ADA 2011)
Riesgo elevado de desarrollar Diabetes Prediabetes	Hemoglobina Glucosilada (HbA1c) entre 5.7 y 6.4% (ADA 2011) Glicemia en ayuno 100-125 mg/dl PTOG 140-199 mg/dl
Diabetes:	Glicemia en ayunas \geq 126 mg/dl en al menos dos determinaciones Al menos 8 horas de ayuno. Glicemia \geq 200 mg/dl a las 2 horas tras la sobrecarga de 75 gramos de glucosa (PTOG), al menos en dos determinaciones. Glicemia tomada en cualquier hora del día \geq 200mg/dl en presencia de síntomas cardinales (poliuria, polidipsia o pérdida de peso inexplicada) al menos en 2 determinaciones. Hemoglobina Glucosilada en 2 determinaciones \geq 6.5% (Criterios de diagnóstico de Diabetes, ADA 2011)



B. CLÍNICA

En el adulto mayor se presenta frecuentemente como un hallazgo casual en el contexto de una enfermedad intercurrente, habitualmente infecciones o complicaciones vasculares como enfermedad cerebrovascular, infarto de miocardio o arteriopatía periférica; aunque en ocasiones se diagnostica en el contexto de un examen periódico de salud. De manera más infrecuente se presenta con los síntomas cardinales de la enfermedad como polidipsia, poliuria o pérdida de peso inexplicable.

Otras formas de presentación más raras son el deterioro cognitivo favorecido por la deshidratación crónica y, eventualmente hiponatremia, o como síndromes dolorosos que se confunden con radiculopatías y que corresponden a neuropatía diabética.

En ocasiones el diagnóstico se realiza por la presencia de un estado hiperosmolar hiperglucémico no cetósico precipitado por una infección aguda, comúnmente una neumonía o infección del tracto urinario, en los que el estado de conciencia alterado y la deshidratación consecutiva contribuyen al desarrollo del episodio.

C. POBLACIÓN EN RIESGO DE DIABETES

Aunque por ahora no existe ningún estudio que demuestre los beneficios de una estrategia para el diagnóstico precoz de la diabetes tipo 2 en individuos asintomáticos, parece evidente la necesidad de la búsqueda de nuevos casos entre las personas de alto riesgo, mediante un cribaje oportunístico en la consulta (ADA, 2011).

A todos los adultos mayores con síntomas característicos de Diabetes (poliuria, polidipsia, pérdida de peso), con deterioro funcional de algún órgano de causa no explicada o síntomas sugerentes de compromiso secundario de la Diabetes (ceguera sin causa aparente, insuficiencia renal, enfermedad vascular) se les debe solicitar una glucemia en ayunas.

También se debe plantear la necesidad de realizar determinaciones de glicemia en ayunas en las personas con factores de riesgo, entre los que cabe destacar la obesidad, el sedentarismo y los antecedentes familiares de Diabetes.

Se considera Población en riesgo de presentar Diabetes a las personas con **un IMC >25 kg/m² y al menos uno de los siguientes:**

- Antecedentes familiares de diabetes (en 1er grado).
- Antecedentes personales de diabetes gestacional y/o fetos macrosómicos (>4 Kg de peso al nacer).
- Diagnóstico previo de Intolerancia a la glucosa o glicemia basal alterada (ver criterios diagnósticos)
- Etnias de alto riesgo (latinos, afroamericanos y asiático)
- Sedentarismo – inactividad física
- Antecedentes personales de enfermedad cardiovascular.
- Dislipidemia (HDL<35 y/o TG >250).
- HbA1C >=5.7
- Hipertensión arterial (HTA).
- Síndrome de ovario poliquístico o *acantosis nigricans*.
- Malos hábitos alimenticios

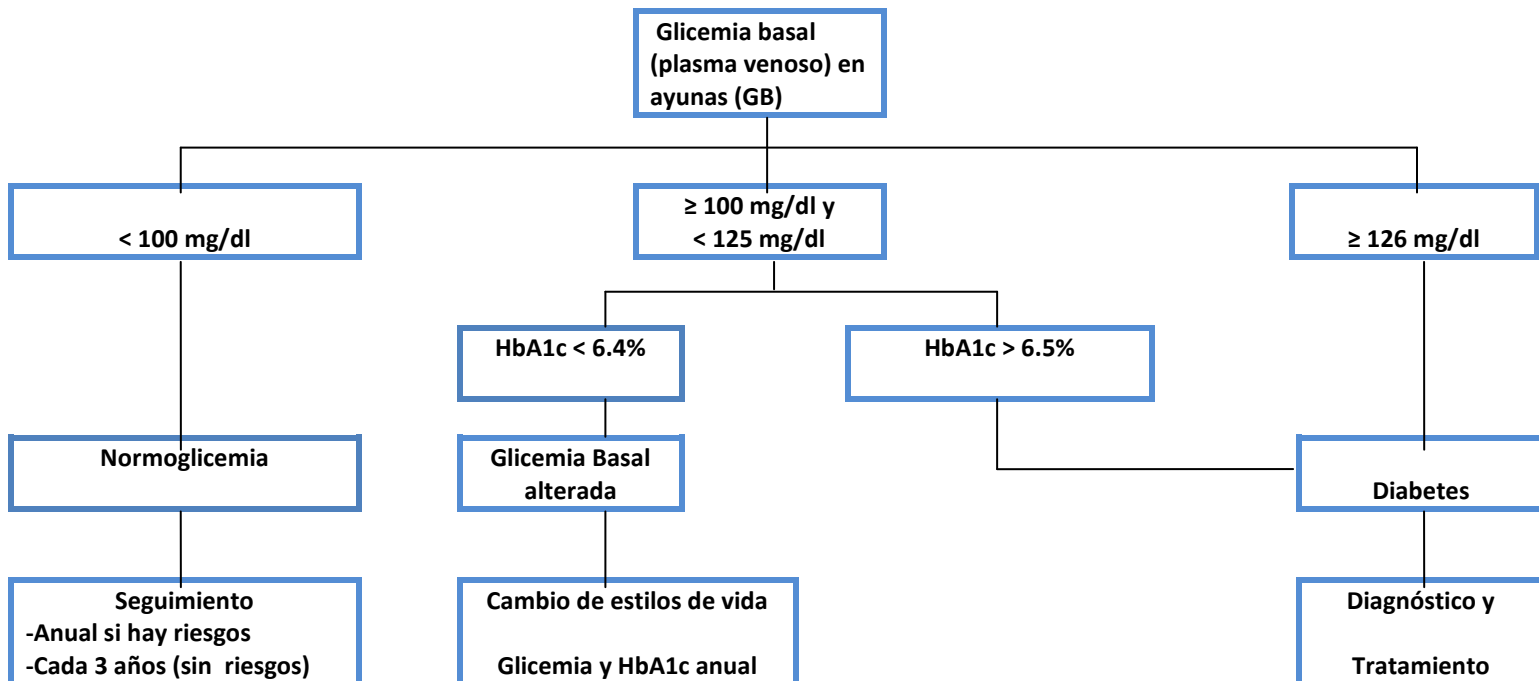


En los casos de glicemia basal alterada, intolerancia a la glucosa y riesgo elevado de desarrollar Diabetes se ha demostrado que modificaciones en el estilo de vida (dieta, ejercicio y control del peso) reducen este riesgo y también la proporción de pacientes que evolucionan a diabetes (Eriksson KF, 1991; Diabetes Prevention Program, 2002; Lindstrom J, 2006; Li G, 2008). Estos beneficios también se han demostrado con el uso de fármacos (metformina, acarbose y orlistat), aunque en menor medida que con los cambios en el estilo de vida (Diabetes Prevention Program, 2002; Chiasson JL, 2002; Torgerson JS, 2004).

Por lo tanto el objetivo en estos pacientes es conseguir pérdidas de peso (5-10% del peso corporal) y la realización de actividad física moderada (al menos 30 minutos al día). La metformina (1.700 mg/día) es el único fármaco recomendado en prevención, reservándose su uso para aquellos pacientes con glicemia basal alterada, intolerancia a la glucosa o HbA1c $\geq 5,7\%$, con un IMC (índice de masa corporal) mayor de 35 kg/m^2 , menores de 60 años y que no han respondido a las medidas higiénico dietéticas (ADA, 2011).

D.

ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE LA DIABETES



E. MANEJO

1. Factores que complican el manejo del adulto mayor con diabetes tipo 2

Cuando se planifica el tratamiento se deben considerar distintos factores que pueden dificultar el manejo. Además la prevención de discapacidades secundarias a las complicaciones debe ser objetivo del seguimiento en el adulto mayor. Por todo ello es importante evaluar:

- El deterioro sensorial, particularmente visual, que dificulta el manejo de los medicamentos y la deambulaci3n.
- El deterioro auditivo que compromete la socializaci3n.
- La alteraci3n del gusto que dificulta el cumplimiento de la dieta.
- El deterioro funcional que dificulta la preparaci3n de los alimentos, o bien el mal estado dentario o los trastornos de la degluci3n, que determinan mayor dificultad para el cumplimiento de las pautas para una dieta adecuada. Adem3s el anciano es m3s vulnerable a las interacciones medicamentosas, suele ser sedentario, puede desarrollar deterioro cognitivo, depresi3n, aislamiento social, pobreza o ser v3ctima de barreras para el acceso a los servicios m3dicos.

2. Pautas a considerar en los adultos mayores antes de decidir el tratamiento m3s adecuado:

- Indagar acerca del conocimiento que el paciente tiene de su enfermedad, sus h3bitos de vida y su entorno familiar y social.
- Estimar la expectativa de vida del paciente en funci3n de su edad y comorbilidades al momento del diagn3stico.
- Establecer la morbilidad asociada, por ejemplo: trastornos psiqui3tricos como depresi3n o demencia, la presencia de cardiopat3a isqu3mica, hipertensi3n arterial, etc3tera.
- Evaluar el estado funcional.
- Reconocer la presencia de manifestaciones tard3as y estimar su magnitud.
- Evaluar la complejidad del tratamiento vigente y del que se propone, para estimar su viabilidad y las posibilidades reales de adhesi3n y financiaci3n.
- Estimar el grado de compromiso del paciente y de su familia con el programa de manejo y tratamiento.
- Evaluar las posibilidades de acceso a los servicios de apoyo para una correcta vigilancia.
- Evaluaci3n de todos los f3rmacos que consume para detectar la polifarmacia, frecuente en esta poblaci3n.
- Investigar la presencia de microalbuminuria para evaluar nefropat3a al menos una vez al a3o.

3. Riesgos del adulto mayor con diabetes

- En el proceso de toma de decisiones que sigue al diagn3stico se deben considerar especialmente los riesgos de tratar o no tratar la enfermedad:
- El tratamiento de la hiperglicemia conlleva siempre en mayor o menor grado el riesgo de hipoglicemia, por lo que los f3rmacos deben administrarse y controlarse meticulosamente; especialmente en los pacientes con insuficiencia hep3tica o renal.
- Por otra parte, el tratamiento insuficiente (sin alcanzar las metas) o la falta del mismo pueden llevar al desarrollo de estado hiperosmolar cuando se presentan complicaciones que favorecen la deshidrataci3n o situaciones de estr3s.
- La ausencia de tratamiento puede tambi3n aumentar el riesgo de infecciones, p3rdida de la autonom3a, desnutrici3n y favorecer complicaciones tard3as.
- En el adulto mayor funcional e independiente, el control de los s3ntomas y la glicemia por parte del paciente es tan v3lida como en cualquier otro grupo etario. Sin embargo, en el adulto mayor dependiente, la vigilancia debe ser asumida por el cuidador primario. En tales condiciones, siempre debe evaluarse la calidad de la ayuda domiciliaria y la educaci3n del cuidador primario.

▪



4. Objetivos terapéuticos

- a. En todos los casos las prioridades deberían respetar el siguiente orden:
- b. Estabilizar la glucosa plasmática y evitar las complicaciones de la enfermedad sobre la morbimortalidad y la funcionalidad.
- c. Prevenir la macroangiopatía, que se puede desarrollar en periodos relativamente cortos de tiempo (5 a 10 años), especialmente en presencia de otros factores de riesgo vascular (hipertensión arterial e hipercolesterolemia). Además, se debe considerar que es tan importante.
- d. El control de los otros factores de riesgo como el de la glicemia.
- e. Los objetivos de control glicémico se deben modificar en función de la expectativa de vida y de la situación funcional del paciente:
 - En el adulto mayor con buen estado de salud, funcionalidad adecuada según la edad, expectativa de vida mayor de 5 años, sin riesgo o antecedentes de hipoglicemia, sin enfermedad macrovascular o microvascular avanzada, el objetivo del tratamiento debe ser lograr una glicemia en ayunas menor de 126 mg/dl y HbA1c menor de 7%.
 - En el adulto mayor con discapacidad crónica no reversible, complicaciones graves o patologías asociadas que limitan la supervivencia, el objetivo terapéutico debe ser lograr una glicemia de ayuno menor de 140 mg/dl y posprandial menor de 180 mg/dl.
 - En situaciones intermedias, hay que individualizar la decisión.
- f. Si la evolución de la Diabetes es prolongada, el objetivo del tratamiento debe ser lograr el equilibrio glicémico evitando la hipoglicemia.
- g. Evitar la hipoglicemia secundaria al tratamiento.
- h. Evitar las situaciones que favorecen el estado hiperosmolar no cetósico.
- i. Evitar la astenia y la deshidratación.
- j. Es necesario que el peso se mantenga estable. En ausencia de sobrepeso, hay que evitar dietas restrictivas que puedan conducir a malnutrición.

5. Tratamiento no farmacológico

Actividad Física

- Valorar la actividad física habitual, las preferencias, comorbilidad y complicaciones antes de iniciar el ejercicio físico.
- Se recomienda realizar ejercicio aeróbico:
Intensidad moderada de 50-70% de la frecuencia cardiaca máxima que se calcula restando 220 menos la edad.
Frecuencia: 30 minutos 5 días a la semana

(Guías Clínicas-Diabetes Mellitus tipo2, AGAMFEC. ADA, 2011)

Dieta

- La cantidad de calorías dependerá de la actividad física, edad y situación ponderal.
- La composición de la dieta se adaptará según presencia de factores de riesgo (HTA, dislipidemia) o complicaciones macro y microvasculares. En general se recomienda que entre el 45 – 65% del total de calorías sean hidratos de carbono, 10 – 35% proteínas y 20 – 35% grasa (evitar ácidos grasos trans y reducir los saturados < 7%). En los pacientes que reciben insulina rápida es conveniente ajustar la dosis en función de las raciones de hidratos de carbono consumidas, por lo que los pacientes deben aprender a cuantificarlas.
- Se recomiendan cereales integrales y alimentos ricos en fibra vegetal.
- Se puede permitir hasta máximo 2 unidades al día de consumo de alcohol.



F. OBJETIVOS DEL CONTROL DE HIPERGLICEMIA Y DIABETES TIPO 2

OBJETIVO DEL CONTROL GLICÉMICO	
Tipo de paciente	Objetivo HBA1C
En general	< 7%
<ul style="list-style-type: none">▪ Evolución corta DM2▪ Expectativa de vida larga▪ Ausencia Complicaciones▪ Riesgo Bajo Hipoglucemia	6–6.5%
<ul style="list-style-type: none">▪ Evolución DM2 >10 años▪ Expectativa de vida corta▪ Presencia Complicaciones▪ Historia de Hipoglucemias severas	7–8%

Guías Clínicas-Diabetes Mellitus tipo2, Médicos Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, Grupo de Diabetes de la Asociación Galega de Medicina Familiar y Comunitaria (AGAMFEC); SED, 2010-<http://fisterra.com/>.

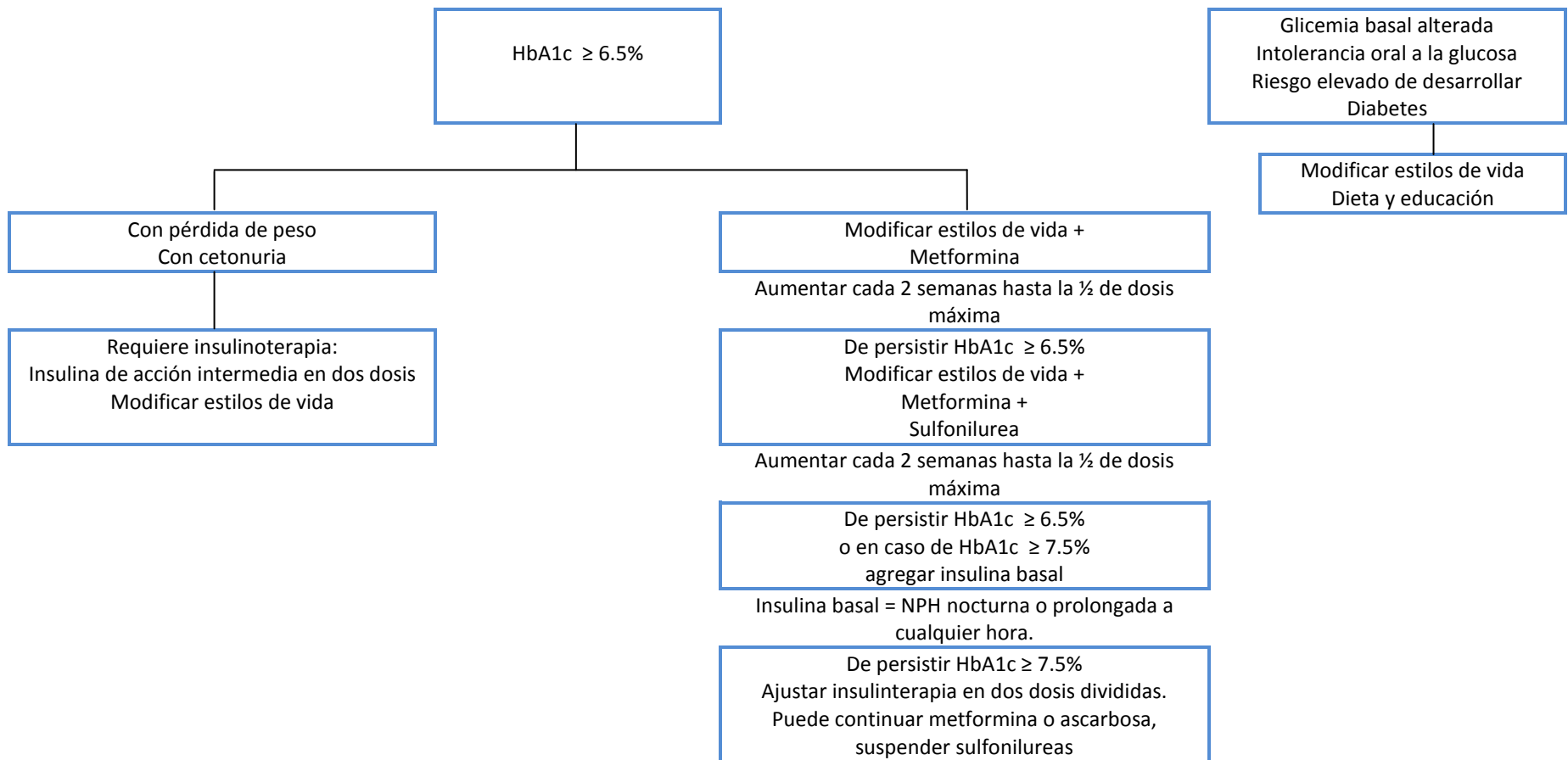
Objetivos de control en la DM2 (ADA, 2011).	
	Objetivo de control
HbA1c (%)	<7
Glucemia basal y preprandrial *	70-130
Glucemia posprandial *	< 180
Colesterol total (mg/dl)	<185
LDL (mg/dl)	<100
HDL (mg/dl)	>40 H; >50 M
Triglicéridos (mg/dl)	<150
Presión arterial (mmHg)	<140/80
Peso (IMC=Kg/m²)	IMC<25
Cintura (cm)	<94 H ; <80 M
Consumo de tabaco	No
(*) Glucemia capilar. La postprandial se determinará entre 60-120 minutos tras la ingesta	

Guías Clínicas-Diabetes Mellitus tipo2, Médicos Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, Grupo de Diabetes de la Asociación Galega de Medicina Familiar y Comunitaria (AGAMFEC); SED, 2010-<http://fisterra.com/>.



G.

FLUJOGRAMA PARA TRATAMIENTO DE DIABETES TIPO 2



Adaptado de Guías de Atención del Adulto Mayor OPS/OMS Hiperglicemia y Diabetes tipo 2 y de Guías Clínicas-Diabetes Mellitus tipo2, Médicos Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, Grupo de Diabetes de la Asociación Galega de Medicina Familiar y Comunitaria (AGAMFEC)- (MSC, 2008; NICE, 2009); SED, 2010-<http://fisterra.com/>. Esquema adaptación propia PNPJTE-CSS



H. **TRATAMIENTO CON INSULINA** (Guías Clínicas-Diabetes Mellitus tipo2, AGAMFEC ADA, 2011)

Antes de iniciar la insulino terapia el familiar y/o cuidador y el paciente deben saber:

- Realizar auto controles de glicemia
- Conocer la dieta por raciones
- Conocer la técnica de manejo de la insulina
- Reconocer y tratar la hipoglicemia

Una dosis de insulina

Pacientes con Diabetes tipo 2 que no se controlan con el medicamento oral:

- Se agrega:
 - 10 unidades internacionales (o 0.2 UI/kg/día) de insulina intermedia antes de acostarse o
 - 10 unidades internacionales (o 0.2 UI/kg/día) de insulina prolongada a cualquier hora
- Realizar control de glicemia capilar en ayuna y subir la dosis progresivamente hasta conseguir buen control:
- Se aumentará la dosis inicial en 2 UI cada 3 días hasta glicemia en ayunas menor de 130 mg/dl. Si se produce hipoglicemia o glicemia capilar en ayunos <70 mg/dl, reducir en 2 UI la dosis nocturna o en un10%.
- Se continuará con los mismos medicamentos vía oral que al inicio (excepto rosiglitazona)
- Al lograr el control adecuado de la glicemia se puede retirar los medicamentos orales tratando de mantener la metformina.
- Se realiza control en 3 meses de HbA1c. Si el valor es menor de 7.5% se continuará igual manejo. Si el valor es mayor de 7.5% se inicia con múltiples dosis de insulina.

Múltiples dosis de insulina

En paciente con Diabetes tipo 2 bajo tratamiento con una dosis de insulina prolongada y metformina:

- Agregar una dosis de 4UI de insulina rápida 20 a 30 minutos antes de la comida en que la glicemia, a las 2 horas posprandial, sea mayor de 180 mg/dl.

En pacientes con Diabetes tipo 2 con tratamiento de insulina intermedia y metformina:

- Cambiar la insulina intermedia por prolongada siguiendo la pauta anterior, o
- Añadir una segunda dosis de insulina intermedia antes del desayuno, si la glicemia antes de la cena es mayor a 130 mg/dl. Se reparte la dosis que recibía en 60% antes del desayuno y 40% antes de la cena.
- Si a pesar de recibir 2 dosis de insulina intermedia la HbA1c > 7.5%, se puede cambiar a una mezcla de insulinas, si las glicemias posprandiales del desayuno y de la cena están elevadas, pudiendo añadirse además una dosis de insulina rápida 20 a 30 minutos antes de la comida del medio día si la glicemia posprandial esta elevada.

Pacientes no tratados previamente con insulina:

Se inicia con 0.2-0.3 UI/kg/día de insulina prolongada en una sola dosis, a cualquier hora o

Se inicia con 0.2-0.3 UI/kg/día de insulina intermedia en dos dosis repartidas en 60% antes del desayuno y 40% antes de la cena. Se añadirá insulina rápida o mezcla según pauta anterior. También se podrá agregar metformina si procede.



I. BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS SUGERIDAS

- **Guías Clínicas-Diabetes Mellitus tipo2, Médicos Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, Grupo de Diabetes de la Asociación Galega de Medicina Familiar y Comunitaria (AGAMFEC) <http://fisterra.com/>**
- **Guías de Atención Integral al Adulto Mayor, Guía de Manejo y Diagnóstico, Hiperglicemia y Diabetes, Parte II, OPS/OMS**
- American Diabetes Association. www.diabetes.org.
- *Diagnosis and classification of diabetes mellitus*. American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2009; 32 (suppl 1): S62-S67.
- Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) <http://www.alad.org/>
- Barceló A. Monograph series on aging-related diseases: VIII. *Non-insulin-dependent diabetes mellitus* (NIDDM). *Chronic Diseases in Canada* 1996. 17(1):1-20.
- Beers, Mark H, Robert Berkow (eds.) *Metabolic and endocrine disorders*. The Merck Manual of Geriatrics. Versión internet. 2000. www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/
- Canadian Diabetes Association. www.diabetes.ca
- Sociedad Española de Diabetes. Materiales educativos y enlace a otras páginas web en español sobre diabetes. www.nhcg.es/sed.
- El Centro para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) www.cdc.gov/spanish/enfermedades/diabetes/s-dpp.htm
- Froom J, ed. *Diabetes Mellitus in the elderly*. *Clin Geriatric Med* 1990; 6(4):693-970.
- Fundación Novartis para Estudios Gerontológicos: www.healthandage.com (en la sección Health Centers, encontrará una sección sobre diabetes)
- Morley JE, Kaiser FE. *Unique aspects of diabetes mellitus in the elderly*. *Clin Geriatr Med* 1990; 6 (4):693-702.
- Rodríguez Mañas L., Monereo Megías S. *El Anciano con diabetes*. Publicado por la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición y la Sociedad Española de Medicina Geriátrica. España. 2002.
- World Health Organization. *Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications*. Report of a WHO Consultation. Geneva, 1999. WHO/NCD/NCS 99.2.
- *The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: executive summary* *Eur Heart J*. 2007; 28 (1): 88-136.
- Qassem E, Sandeep V et al. *Glycemic control and Ttpe 2 diabetes Mellitus: the optimal hemoglobin A1c targets. A guidance statement from the American College of Physicians*. *Ann Intern. Med* 2007; 147:417-22.
- Araki A, Ito H. *Diabetes mellitus and geriatric syndromes*. *Geriatr Gerontol Int*. 2009; 9(2):105-14.
- Iwata I, Munshi MN. *Cognitive and psychosocial aspects of caring for elderly patients with diabetes*. *Curr Diab Rep*. 2009; 9(2):140-6.



Programa Nacional de Salud de Adulto



CAPÍTULO VII INSOMNIO

A. DEFINICIÓN

El insomnio, es una alteración en el patrón del sueño que puede involucrar problemas para conciliar el sueño y sueño excesivo o comportamientos anormales relacionados con el mismo.

Hay numerosas definiciones de insomnio, una podría ser la adoptada por la Asociación Americana de Centros de Estudio y Tratamientos del Sueño, que lo define como la latencia mayor a 30 minutos y/o dos o más despertares nocturnos y/o vigilia nocturna mayor a una hora y/o tiempo de sueño total menor a 6 horas.

B. CLASIFICACIÓN DEL INSOMNIO

DE ACUERDO AL MOMENTO DE PRESENTACIÓN	DE ACUERDO A LA DURACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Insomnio inicial o de conciliación</u> (aumento de la latencia del sueño). • <u>Insomnio de mantenimiento</u> (despertares nocturnos con imposibilidad de volver a conciliar el sueño). • <u>Insomnio terminal o con despertar temprano</u> (más temprano que la hora habitual con imposibilidad de volver a dormir). 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Insomnio transitorio</u> (dura algunos días). • <u>Insomnio de corta duración</u> (dura menos de 3-4 semanas). • <u>Insomnio crónico</u> (dura más de 4 semanas, o más de 20 días durante dos meses).

C.

FACTORES DE RIESGO

CAMBIOS DEL SUEÑO POR LA EDAD

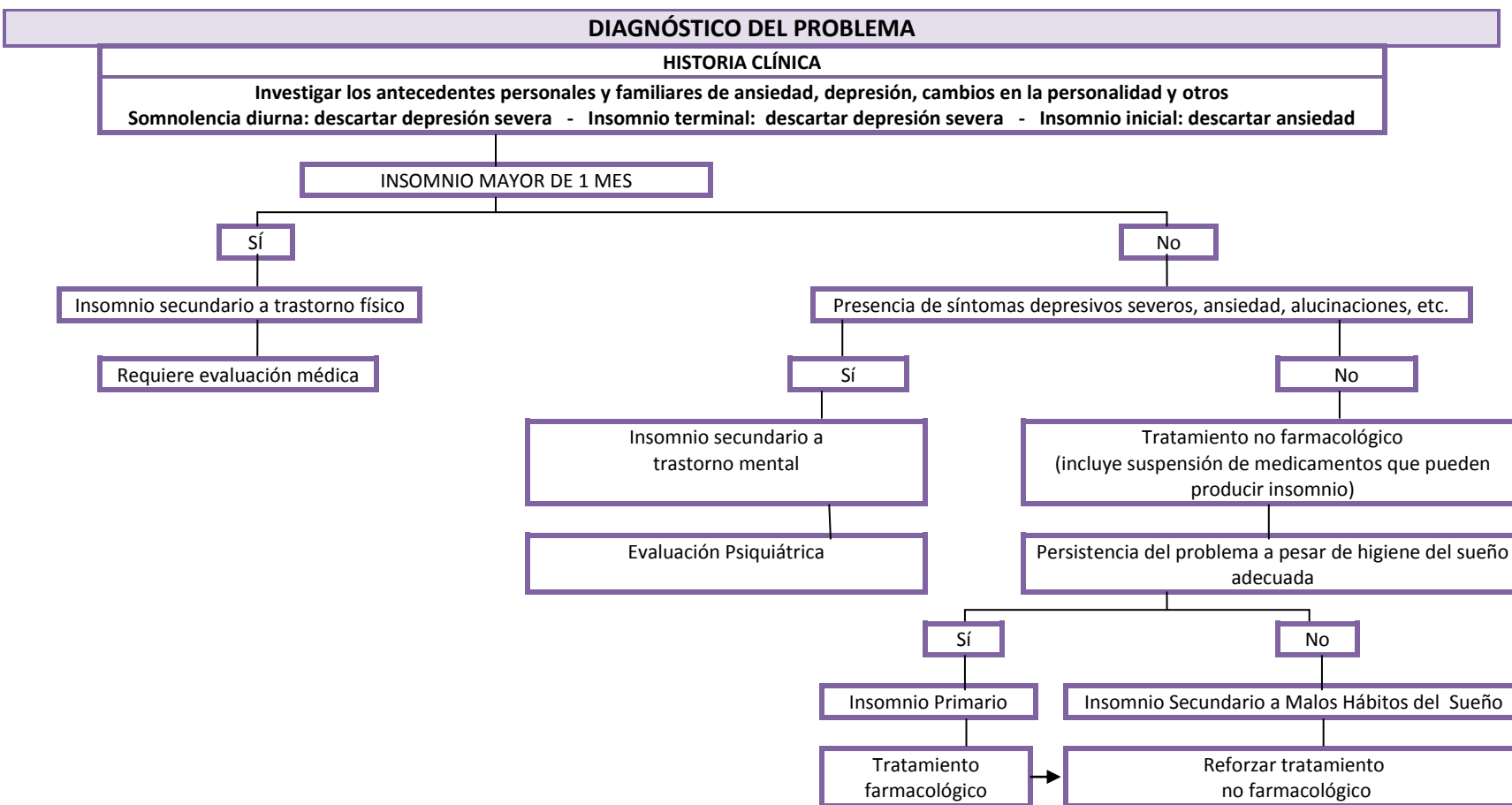
- Tiempo total de sueño durante la noche: disminuye (debido a frecuente despertar).
- Siestas diurnas: aumentan.
- Eficiencia del sueño (relación tiempo dormido - tiempo en cama): disminuye.
- Despertares nocturnos: aumentan.
- Latencia del sueño (tiempo requerido para iniciar el sueño): aumenta.
- Latencia REM (tiempo desde el inicio del sueño hasta el primer período REM): disminuye.
- Disminución del número y duración total de períodos REM.
- Sueño de ondas delta: disminuye.
- Deterioro de los ritmos circadianos.

D. PRINCIPALES CAUSAS

MULTIFACTORIAL

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estilo de vida sedentario. ▪ Depresión entre las personas de edad avanzada. ▪ Dolor crónico debido a enfermedades como la artritis. ▪ Medicamentos y alcohol. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Necesidad de orinar con frecuencia. ▪ Estimulantes como el café. ▪ Enfermedades crónicas tales como la insuficiencia cardiaca congestiva ▪ Patologías neurológicas |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

E.





Ciertos síntomas médicos pueden interferir tanto con el sueño y con su presencia que ameriten referencia para una valoración más especializada:

- Disnea nocturna
- Dolor articular severo
- Dolor torácico
- Tos y sibilancia nocturna
- Palpitaciones
- Nicturia importante
- Alteración del juicio y la memoria
-

F. HIGIENE DEL SUEÑO

- Tener un horario fijo para acostarse y levantarse, aún durante los días feriados y fines de semana.
- El cuarto para dormir debe estar a una temperatura confortable. Lo más libre de ruido posible.
- Es importante que no se asocie la cama con frustración de tratar de dormir. Esto quiere decir que el paciente no use la cama para actividades como leer o ver televisión. Si el paciente se acuesta y no logra dormirse en 30 minutos, debe levantarse y realizar alguna actividad hasta que se encuentre cansado y pueda dormir.
- Se debe disminuir la ingesta de líquidos alrededor de la hora de dormir, para evitar la nicturia excesiva.
- El ejercicio, si no se realiza cerca de la hora de dormir, promueve el sueño adecuado.
- Debe evitarse la cafeína y el tabaco cerca de las horas de sueño. (Lo ideal es eliminar el tabaquismo)
- Evitar siestas diurnas excesivas.
- Limitar la estancia en la cama a 7-8 horas cada 24 horas.
- Disfrutar durante el día de ambientes iluminados con bastante luz.

G. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Debe evitarse el uso de benzodiazepinas en general, más aún aquellas con acción prolongada (diazepam), ya que pueden causar sedación excesiva, caídas y aumento en la incidencia de fractura de cadera.
- Algunos antihistamínicos como la difenhidramina (benadryl) pueden ser de utilidad en los adultos mayores más jóvenes; sin embargo, pueden causar confusión en el adulto mayor de edad más avanzada por su efecto anticolinérgico.
- Una vez agotadas las medidas no farmacológicas, si necesitamos usar un fármaco, se preferirán aquellos que respeten más la estructura fisiológica del sueño, como los del grupo de las imidazopirrolidinas (ejm. Zolpidem, zopiclona) a la menor dosis posible, durante el menor tiempo posible.



salud

Programa Nacional de Salud de Adulto

Programa Nacional de Salud de Adulto

H. BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS SUGERIDAS

- **Guías de Atención Integral al Adulto Mayor, Guía de Manejo y Diagnóstico, Insomnio, Parte II, Capítulo 23, OPS/OMS 2010**
- Ancoli-Israel S. Insomnia in the elderly: a review for the primary care practitioner. *Sleep*. 2000; 23 (suppl 1): S23-S30; discussion S36-S38.
- Gorbien MJ. When your older patient can't sleep: how to put insomnia to rest. *Geriatrics* 1993; 48(9):65-75.
- NIH Consensus Development Conference. The treatment of sleep disorders of older people. Vol. 8, No. 3, March 1990.
- Roth T, Roehrs TA, eds. Sleep disorders. *Clin Geriatric Med* 1989; 5(2):Entire Issue.
- Gottlieb GL. Sleep disorders and their management: special considerations in the elderly. *Am J Med* 1990; 88(Suppl. 3A):295-335.
- Fundación Novartis para Estudios Gerontológicos: www.healthandage.com en la sección Health Centers, sección sobre insomnio. (Sleep Disorders)
- Clínica Mayo página web: www.mayo.edu/geriatrics-rst/GeriArtcls.html/



CAPÍTULO VIII

TRASTORNOS DE LA MEMORIA

A. DEFINICIÓN

La memoria, es la capacidad para retener y hacer uso posterior de una experiencia, condición necesaria para desarrollar una vida independiente y productiva. La mayoría de las personas al envejecer, se quejan de una mayor frecuencia de olvidos cotidianos. Este trastorno de la memoria relacionado con la edad, es muy frecuente sin embargo, los problemas de la memoria con significación patológica son menos comunes. La demencia afecta al 10% de las personas mayores de 65 años y 20 - 50% de las que tienen más de 85 años. Los trastornos de la memoria, y otras alteraciones cognitivas y conductuales asociadas a la demencia, constituyen una seria amenaza para la estabilidad familiar y social.

Los trastornos de la memoria, son serios cuando afectan las actividades diarias, o sea cuando el paciente tiene problemas recordando cómo hacer cosas que ha hecho muchas veces anteriormente. La demencia, es un síndrome caracterizado por la presencia de un deterioro de la memoria y de otras áreas de la actividad cognitiva (al menos una). El síndrome demencial puede ser causado por muchas enfermedades. Los trastornos de memoria que son capaces de interferir con la vida cotidiana del individuo, son siempre secundarios a una enfermedad.

B. DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

El adulto mayor con un posible trastorno de la memoria, debe ser sometido a un estudio clínico, con una evaluación neurológica que incluya el examen de las funciones cognitivas, así como una valoración neuropsicológica.

El interrogatorio a un informante confiable y la evaluación clínica realizada en el consultorio son las herramientas diagnósticas más importantes. En el interrogatorio se determina la situación actual del paciente, sus antecedentes médicos, la medicación que recibe, se cuantifica la ingesta de alcohol y se pregunta por su red social y las características de su vivienda.

Todo cambio se determina mejor comparando su situación actual con la pasada, ya que la declinación funcional y el déficit cognoscitivo múltiple son la confirmación del diagnóstico de demencia. La evaluación neuropsicológica puede consistir en el Mini Examen del Estado Mental de Folstein y Mini Cog (ver módulo 4), que puede ser realizado por cualquier médico e incluso por personal paramédico. Si se requiere un examen más detallado, puede ser necesaria la cooperación de un neuropsicólogo, así como la realización de pruebas más complejas.



Para que una información sea registrada y evocada de forma adecuada, es decir, para que funcione la memoria, es necesario que otras funciones neuropsicológicas estén intactas. Así, las fallas en la atención, el lenguaje, la comunicación y las motivaciones pueden dificultar el funcionamiento de la memoria sin que esta función en sí misma esté afectada.

Trastornos que pueden interferir en el funcionamiento de la memoria

- Depresión
- Trastornos de la atención
- Afasia
- Defectos sensoriales (visuales, auditivos)

La evaluación clínica debe:

- Precisar si existen otras alteraciones cognitivas además del trastorno de la memoria, como apraxias, agnosias, trastornos del lenguaje y signos de disfunción frontal, lo que sugiere una afectación difusa de la corteza cerebral y conduce al primer criterio para el diagnóstico del síndrome demencial.
- Para completar el diagnóstico, es necesario delimitar si el trastorno de la memoria interfiere con las actividades sociales, laborales, vocacionales o cotidianas, es decir, si afecta la capacidad funcional. Para esto, pueden aplicarse escalas de evaluación funcional que permitan tener una idea más precisa (ver módulo 3).

El diagnóstico del síndrome demencial tiene dificultades que deben ser tomadas en cuenta. Existen sujetos en quienes el trastorno de la memoria es muy ligero, ya que:

- Puede que se trate de los estadios iniciales de una demencia.
- Puede ser un trastorno de la memoria relacionado con la edad.
- En algunos casos, el trastorno se limita a la memoria y entonces, se debe considerar que el paciente presenta un síndrome amnésico.
- Una reevaluación en seis meses permitirá, en la mayoría de estos casos, constatar la progresión del trastorno, aunque a veces se requiere un tiempo de observación mayor para estar seguros del diagnóstico.
- En los casos de trastorno de la memoria relacionados con la edad, el mismo no progresa significativamente y no interfiere con la capacidad funcional del adulto mayor.

Algunos trastornos pueden simular la presencia de un síndrome demencial; aunque los pacientes con este síndrome pueden sufrir un estado confusional agudo, hay que tener en cuenta que el diagnóstico de demencia no se puede realizar durante este cuadro. Con frecuencia los pacientes mayores pueden presentar trastornos cognitivos asociados a la confusión mental y una vez resuelta esta, desaparecen (para las diferencias entre ambos síndromes, ver guía de delirium).

Es posible que los cuadros depresivos puedan dar la impresión diagnóstica de un síndrome demencial. En ocasiones, la diferenciación es muy difícil, además, es muy frecuente que ambos cuadros coexistan. Ante la duda diagnóstica, se recomienda el tratamiento intensivo de la depresión y una reevaluación posterior. Algunas condiciones biológicas (trastornos de los sentidos) o sociales (analfabetismo o sub escolaridad) pueden ofrecer también dificultades al momento del diagnóstico.



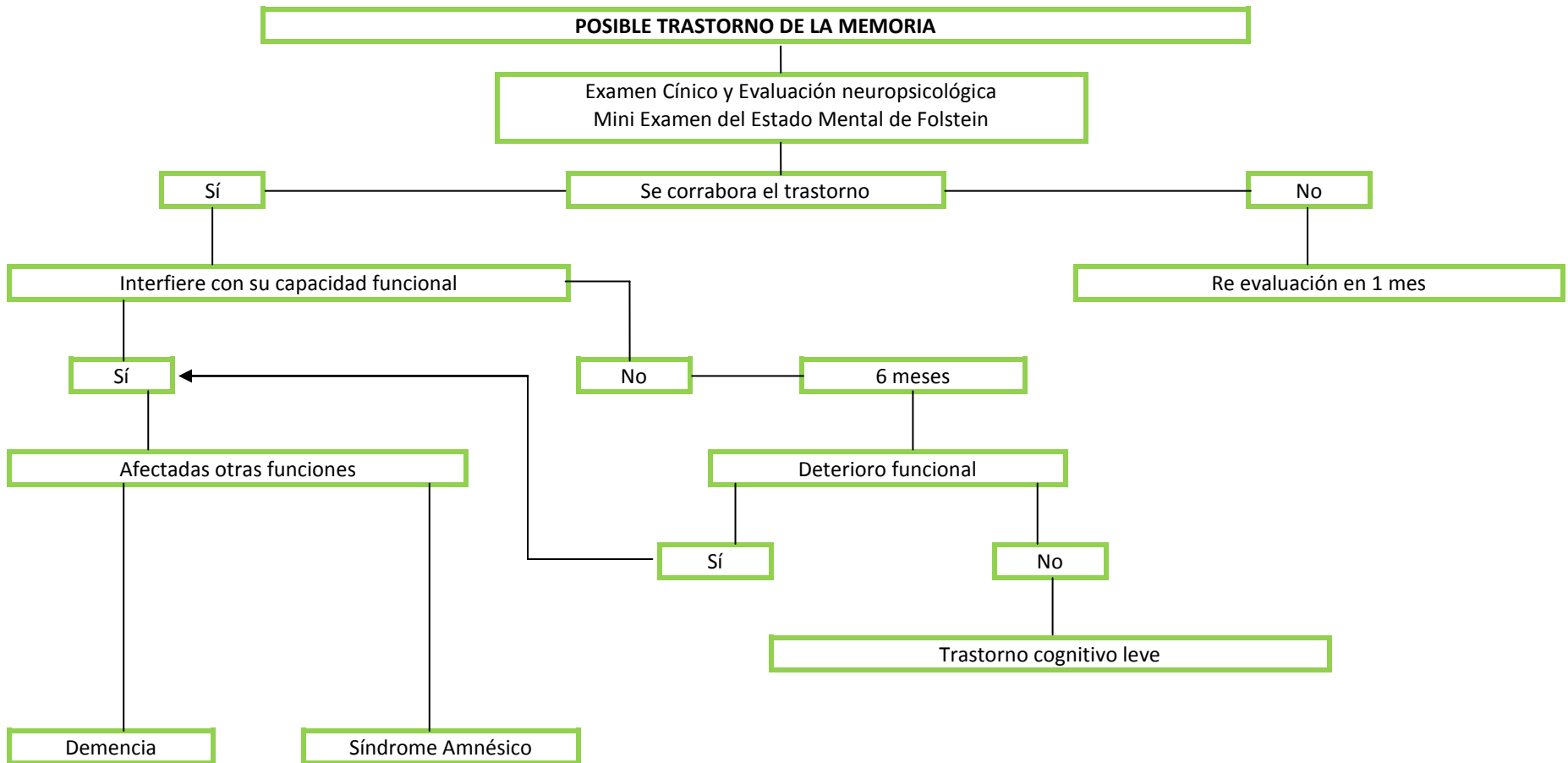
C.

TIPOS DE DEMENCIAS

- 1. Demencia degenerativa primaria:**
 - Enfermedad de Alzheimer.
 - Enfermedad de Pick.
 - Síndromes de demencia del lóbulo frontal.
 - Demencia mixta, con un componente de Alzheimer.
- 2. Demencia vascular:**
 - Demencia por infartos múltiples.
- 3. Demencia asociada a los cuerpos de Lewy:**
 - Enfermedad de Parkinson.
 - Enfermedad por Cuerpos de Lewy Difusa.
- 4. Demencias reversibles o parcialmente reversibles**
 - Hipotiroidismo.
 - Depresión.
 - Déficit de vitamina B12.
- 5. Demencia debida a sustancias tóxicas:**
 - Demencia asociada al alcoholismo.
- 6. Otros**
 - Hidrocefalia normotensa.
 - Hematoma subdural.
 - Tumor cerebral.

D. DIAGNÓSTICO

ALGORITMO DIAGNÓSTICO PARA LOS TRASTORNOS DE MEMORIA





Pruebas de Laboratorio y Complementarias		
Hemograma completo	HIV	VDRL
Química completa (calcio, fósforo)	Vitamina B12 sérico	Hormonas tiroideas
Urinális general	Ácido fólico sérico	Estudio por neuro imagen (CAT, resonancia)

INDICACIONES PARA LA EJECUCIÓN DE ESTUDIOS DE NEUROIMAGEN (TAC)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sujeto menor de 60 años. ▪ Tratamiento anticoagulante. ▪ Trauma cráneo-encefálico reciente. ▪ Historia de cáncer. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Síntomas o signos neurológicos focales. ▪ Deterioro cognitivo acelerado. Triada de Adams (demencia, incontinencia y trastornos de la marcha). ▪ Marcha atáxica.

E. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1. Enfermedad de Alzheimer

Se basa en gran medida en la exclusión de otras causas de demencia, las pistas que se ofrecen a continuación pueden ser de utilidad:

- Instalación insidiosa y curso progresivo con una evolución entre 7 y 12 meses.
- Patrón clínico caracterizado por declinación progresiva de la memoria reciente y afectación posterior de otras áreas cognitivas como el lenguaje, praxia, percepción visuoespacial y juicio.
- Estudios de imagen cerebral con atrofia cortical, más acentuada en el hipocampo y sin alteraciones importantes de la sustancia blanca.
- Ausencia de otras causas identificables de demencia.

2. Demencia de origen vascular

El principal diagnóstico diferencial de la Enfermedad de Alzheimer, son las **demencias de origen vascular**, las cuales pueden tener un comportamiento clínico muy heterogéneo, ya que se relacionan con diversos mecanismos fisiopatológicos.

- Su comienzo puede ser abrupto y la evolución a saltos como en la mayoría de las enfermedades cerebrovasculares, sin embargo, también puede aparecer de forma insidiosa y tener un curso progresivo similar al de la enfermedad de Alzheimer.
- El examen neurológico puede poner en evidencia signos neurológicos focales, pero en algunos casos con demencia vascular, estos pueden no estar presentes.
- Es común que estos pacientes tengan factores de riesgo vascular como hipertensión, diabetes, hiperlipidemia, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares previas, entre otros.
- Los estudios de neuroimagen suelen demostrar infartos múltiples o infartos únicos con una ubicación estratégica, así como cambios en la sustancia blanca subcortical.
- En esencia, el diagnóstico de demencia vascular, debe basarse en los siguientes postulados:
 - A.- Presencia de demencia.
 - B.- Presencia de enfermedad cerebrovascular.

C.- Los puntos A y B deben estar relacionados.

3. Demencia por “Enfermedad por Cuerpos de Lewy Difusa”

- Deterioro cognitivo similar al de la Enfermedad de Alzheimer.
- Síntomas psiquiátricos, especialmente alucinaciones e interpretaciones delirantes de la realidad.
- Curso fluctuante del deterioro cognitivo y de los síntomas psiquiátricos.
- Susceptibilidad para desarrollar un síndrome neuroléptico maligno con el uso de antagonistas dopaminérgicos.
- Signos extrapiramidales (parkinsonismo) y deterioro precoz de la marcha.
- No mejoría del parkinsonismo con la levodopa.

F. TRATAMIENTO

TRATAMIENTO SEGÚN LA CAUSA DEL TRASTORNO COGNITIVO	
Causa	Tratamiento
Vascular	Antiagregantes, anticoagulantes Control de factores de riesgo
Hidrocefalia normotensa	Derivación de LCR
Hematoma subdural	Evacuación quirúrgica
Alcoholismo	Supresión
Encefalopatías metabólicas	Corrección del trastorno
Encefalopatías por drogas	Supresión de las drogas
Infecciones del Sistema Nervioso	Antimicrobiano específico

TRATAMIENTO DEL TRASTORNO COGNITIVO

El déficit colinérgico parece ser el trastorno neuroquímico más relacionado con la afectación de la memoria, especialmente en la enfermedad de Alzheimer.

Esto ha conducido al empleo de agonistas colinérgicos, entre los que se destacan el **donepezilo** y la **rivastigmina**, drogas que incrementan la disponibilidad de la acetilcolina al inhibir su degradación por la acetilcolinesterasa.

TRATAMIENTO DE LAS ALTERACIONES CONDUCTUALES ASOCIADAS

La depresión debe tratarse con **drogas antidepressivas** que no tengan efecto anticolinérgico, por lo tanto debe evitarse empleo de tricíclicos y usar preferiblemente **bloqueadores selectivos de la recaptación de serotonina** como el fluoxetine.

Para el tratamiento de la agitación psicomotora y de los trastornos del sueño, dar tratamiento por delirium.



G.

REHABILITACIÓN

Los pacientes con trastornos ligeros o moderados de la memoria, son susceptibles de beneficiarse de programas designados para establecer rutinas compensatorias que le permitan superar sus trastornos en la vida cotidiana. Este entrenamiento cognitivo y de rehabilitación de la memoria, se basa en la identificación de los déficits funcionales específicos y la intervención a través de diversas estrategias, por ejemplo el empleo de un “libro de memoria”, que es una colección de oraciones simples y dibujos que dan pistas a la persona, con nombres y otros hechos que le facilitan la conversación.

La estimulación social, los ejercicios y los programas para mantener o reforzar hábitos de alimentación e higiene son importantes también.

H. CUIDADO DEL ENFERMO

EL ROL DEL PROVEDOR PRIMARIO DE SALUD EN EL CUIDADO DEL ENFERMO CON DEMENCIA

En etapas tempranas

- Discutir el diagnóstico con el paciente y sus cuidadores.
- Eliminar cualquier medicación que pueda interferir con la cognición.
- Informar al paciente acerca de las implicaciones legales de la afección.
- Evaluar la capacidad del paciente para conducir y asumir o mantener otras responsabilidades aún vigentes.
- Referir al paciente y sus cuidadores a la Asociación de Alzheimer local.
- Discutir la pertinencia de la evaluación genética de los familiares.
- Dar tratamiento sintomático¹ para el déficit cognoscitivo.
- Preparar con el paciente las directrices anticipadas con respecto a lo que habrá de ser su cuidado terminal.

En etapas avanzadas

- Conducir al cuidador primario a estimular las capacidades remanentes de la persona.
- Monitorear y tratar los síntomas neuropsiquiátricos.
- Proponer opciones de apoyo para el cuidador (centros de día, grupos de apoyo).
- Evaluar la salud y el bienestar del cuidador primario.
- Planear y preparar cuidadosamente la decisión de institucionalizar.

I.

PREVENCIÓN

El abordaje del paciente con una posible demencia o deterioro cognitivo requiere de un equipo multidisciplinario, incluyendo a la familia, en el proceso diagnóstico y de tratamiento.

- La detección precoz del trastorno cognitivo es importante, ya que si la causa es tratable, puede detenerse la progresión y evitar que el paciente quede con una incapacidad importante.
- La prevención secundaria, se basa en el diagnóstico precoz, el adulto mayor de quien se sospecha un trastorno cognitivo, debe ser examinado cuidadosamente por un profesional capacitado.
- De acuerdo con la causa del deterioro de la memoria, pueden establecerse algunas pautas generales de prevención primaria. Así, el control de los factores de riesgo vascular, pueden evitar el desarrollo de una demencia de este tipo; el buen manejo de las drogas previene un trastorno de memoria relacionado con ellas y la precaución en relación con los traumatismos craneales, es importante para evitar un hematoma subdural.
- Se ha señalado que un nivel educacional elevado y una actividad intelectual intensa se relacionan con una menor frecuencia de demencia.
- Aunque esto no está claramente demostrado, estimular que los adultos mayores mantengan su mente activa pudiera ser una medida profiláctica de utilidad que no aportaría ningún perjuicio.

J.

ATENCIÓN A LOS CUIDADORES

- Lamentablemente, en muchos pacientes, el trastorno cognitivo no es reversible y ellos requieren cuidados crónicos que permitan su alimentación e higiene, eviten accidentes y controlen su conducta. Si además, el cuidador lo estimula a realizar actividades físicas y sociales y entrenamiento cognitivo, el paciente podrá enfrentar mejor su situación. Esto puede ser difícil de lograr, ya que habitualmente los familiares o personas que cuidan al paciente no están preparados para tan compleja y prolongada función.
- Los cuidadores, con frecuencia abandonan sus necesidades personales de salud y distracción y es común que por estas razones, mueran incluso antes que el enfermo. Por otro lado, a veces adoptan posturas negligentes e incluso agresivas y violentas.
- Muchos de estos pacientes son enviados a instituciones para el cuidado de enfermos crónicos, sin embargo, puede ser más útil y económico el disponer de centros de atención diurna que brinden cuidados cotidianos donde un grupo de profesionales estimule la realización de actividades mentales y físicas. Esto puede permitir al cuidador trabajar y realizar alguna actividad independiente, aliviando sus tensiones y mejorando su actitud ante el cuidado del enfermo.



K.

INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUCIÓN Y ATENCIÓN

- Cuando por primera vez se establece el diagnóstico de demencia, conviene que el enfermo sea evaluado de la manera más completa posible y por ello se aconseja su referencia al segundo nivel de atención. (Neurología o Geriatría)
- Cuando se está frente a un enfermo en un estado avanzado de deterioro, la prioridad es la atención de las manifestaciones del padecimiento y sus complicaciones. (Geriatría, Psiquiatría, Nutrición, Fonoaudiología, Fisioterapia)
- Si se trata de un enfermo candidato a recibir tratamiento específico con agentes colinérgicos por sospecha de enfermedad de Alzheimer, conviene que el diagnóstico sea confirmado por el especialista antes de iniciar el fármaco. (Neurología o Geriatría)
- Si hay sospecha de daño vascular cerebral por fenómenos embólicos, también se requiere la evaluación especializada para precisar la eventual indicación de anticoagulación. (Cardiología, Geriatría)

RECORDAR

Asegúrese siempre de que no se trata de una depresión simulando una demencia.

El diagnóstico de demencia, no debe conducir a una actitud de nihilismo terapéutico.

El diagnóstico global, el entrenamiento y el apoyo de los familiares mejoran indiscutiblemente la calidad de vida de los pacientes.

L. BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS SUGERIDAS

- **Guías de Atención Integral al Adulto Mayor, Guía de Manejo y Diagnóstico, Trastorno de la Memoria, Parte II cap 29, OPS/OMS 2010**
- Asociación Internacional de la Enfermedad de Alzheimer's. www.alz.co.uk .
- Adams RD, Victor M, Ropper A: Principles of Neurology. Sixth Edition, Mc Graw-Hill, 1997.
- Beers, Mark y R. Berkow, The Merck Journal of Geriatrics. Dementia. 2000. Versión electrónica: www.merck.com/ubs/mm_geriatrics/
- Cacabelos R: Enfermedad de Alzheimer. JR Prous Editores, Barcelona, 1997.
- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. (1995) Publicada por la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition (DSM-IV) (1994) published by the American Psychiatric Association, Washington, D.C.
- El Instituto Merck de Envejecimiento y Salud: Took kit sobre Pérdida de la Memoria. www.miahonline.org/tools/
- Fundación Novartis para Estudios Gerontológicos: www.healthandage.com , en la sección Health Centers, encontrará una sección sobre Alzheimer's Disease and Related Disorders.
- Kane, Robert L., J. Ouslander, I. B. Abrass, Geriatría Clínica. 3a. Edición. México: MacGraw-Hill Interamericana, publicación de PALTEX, Organización Panamericana de la Salud. 1997: 83-91.
- Reuben DV, Yoshikawa TT Besdine RW: Geriatrics Review Syllabus. Third Edition.
- American Geriatric Society. New York. 1996



Programa Nacional de Salud de Adulto



CAPÍTULO IX ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO

A. FORMAS DE PRESENTACIÓN

Las alteraciones del comportamiento en las personas mayores, en su inmensa mayoría, corresponden a pacientes con demencias en estadios moderados o moderados-severos, y son una causa importante de agobio familiar, y en particular, del cuidador primario.

Los *ataques físicos o verbales al cuidador* pueden conducir a un abuso recíproco y pueden llegar a constituir la principal razón para la institucionalización. Las alteraciones del comportamiento afectan más a los adultos mayores que viven en instituciones de cuidados prolongados que a aquellos que permanecen en la comunidad. Los pacientes con *demencia* suelen desarrollar alteraciones del comportamiento en algún momento de la evolución del padecimiento.

Las alteraciones del comportamiento pueden ser agresivas o no agresivas.

B. BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

SÍNTOMAS DE COMPORTAMIENTO ALTERADO COMUNES EN ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS	
Depresión	Agitación, hipocondriasis, quejas continuas.
Ansiedad	Comportamiento agitado, deambulación, preguntas repetitivas.
Desórdenes psicóticos	Susplicacia, delirios (falsas creencias).
Desórdenes de la personalidad	Exacerbación de los síntomas a causa de la desinhibición.

La frecuencia con la que los trastornos del comportamiento se deben a un *estado confusional agudo* es alta; de ahí que la búsqueda de una *causa orgánica* sea en extremo importante, pues sólo corrigiendo la misma puede revertirse el cuadro. En un contexto agudo, *aún cuando las alteraciones del comportamiento ocurran en un paciente previamente demenciado*, es necesario descartar una causa orgánica

C. INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

1. Alucinaciones y delirios:

Responden muy bien a neurolepticos, siendo éste el tratamiento de elección.

En el manejo agudo, el tratamiento de elección es haloperidol.

En el manejo a más largo plazo: olanzapina, risperidona (no en CSS).



2. Trastornos de conducta:

Los trastornos de conducta responden en menor medida al tratamiento farmacológico, reservando éste para aquellas situaciones en las que el cuadro es muy disruptivo tanto para el paciente como para la familia. En estos casos es importante hacer la referencia a un nivel superior.

D. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Recordar:

- En general, es indispensable monitorizar el efecto del fármaco, no mantener el tratamiento indefinidamente y modificarlo según respuesta. Duración: 2-3 meses en casos leves, 6 meses en casos graves (pacientes con demencia).
- Evitar la politerapia.
- En caso de no obtener respuesta, cambiar de grupo es preferible a combinar.

FÁRMACOS A UTILIZAR

1. **Neurolépticos, con la misma pauta anterior. Evitar los de efecto anticolinérgico.**
2. **ISRS, no sólo como antidepresivos.**
3. **Benzodiazepinas de vida media corta o intermedia (ejm. Lorazepam).**
4. **Anticonvulsionantes (valproato, mejor que carbamazepina), sobretudo en agitación pseudomaniaca (euforia, hiperactividad).**

Cuando la *irritabilidad* es un síntoma predominante, las benzodiazepinas de acción corta o intermedia pueden ser ensayadas. Los fármacos con acción serotoninérgica como la bupirona, pueden ser particularmente útiles.

Si se sospecha *depresión* (aún si la presentación es atípica), como causa de la alteración del comportamiento (quejas constantes, agitación, llanto, apatía o pérdida de interés), el uso de un antidepresivo es necesario.

Los medicamentos serotoninérgicos suelen ser útiles, en particular aquellos con efecto sedante como (paroxetina ó trazodone).

Los medicamentos antipsicóticos, deben prescribirse únicamente, cuando la *agitación es suficientemente grave* como para poner en riesgo al paciente mismo o a su entorno, o bien, en presencia de *alucinaciones o delirios asociados*. Al seleccionar un fármaco de éste tipo, tome en consideración no sólo el efecto terapéutico perseguido, sino también los posibles efectos colaterales, los más frecuentes son: *sedación excesiva, alteraciones del movimiento e hipotensión postural*. Las dosis bajas de tioridazina (10 o 25 mg) pueden ser suficientes para mejorar el sueño y controlar la agitación.

Los nuevos antipsicóticos como la quetiapina, olanzapina o risperidona pueden producir menos efectos secundarios.



TRATAMIENTO DEL COMPORTAMIENTO AGITADO EN PERSONAS CON DEMENCIA			
Medicamento	Dosis Inicial	Dosis Media	Dosis Máxima
HALOPERIDOL	0,5 – 1,0 (5-10gt)	1,5 – 2,0	5 – 7 mg/d
RISPERIDONA	0,5	0,5 – 1,5	2 – 4 mg/d
OLANZAPINA	2,5 – 5	5,0 – 7	7 – 15 mg/d
QUETIAPINA	25 – 50	75 – 100	100-150 mg/d
SERTRALINE	25 – 50	50 – 75	75 – 100 mg/d
CARBAMAZEPINA	100 – 200	300	400 – 600 mg/d
VALPROATO		15 – 20 mg/Kg/d	
GABAPENTINA	100 - 300		300 mg tid (3v/d)
LORAZEPAM	0,5 – 1,5	1,5 – 2,5	3 – 5 mg/d

E. TERAPÉUTICA NO FARMACOLÓGICA

El abordaje terapéutico inicial, usualmente debe hacerse con medidas no farmacológicas.

- **Desarme psicológicamente al paciente amenazante, con verbalización de la causa de la ansiedad. El cuidador deberá ser animado a dirigirse al paciente.**
- **Atraiga la atención del adulto mayor perturbado.**
- **Dé instrucciones precisas, aún para las acciones más simples. El adulto mayor agitado tiene dificultad para la toma de decisiones y para adoptar un comportamiento adaptativo.**
- **Comuníquese de manera clara y concisa.**
- **Evite discutir o justificarse. Cuando un adulto mayor suspicaz, cree haber asustado o irritado a su cuidador, aumenta su ansiedad y adopta un comportamiento defensivo.**
- **Evite un lenguaje corporal amenazante.**
- **Respete el espacio personal del paciente. No debe de acercarse mucho al adulto mayor agresivo. Guarde distancia, de ser posible, hasta que se calme.**

-
- **Lleve a cabo con el paciente una rutina diaria de actividad física para minimizar la deambulación incesante y el vagabundeo.**
-
- **Señale las salidas del edificio o domicilio con señales claras de “alto”, para desalentar las tentativas de fuga. A la par, haga disponible un espacio para la deambulación donde pueda ser supervisado y sea seguro.**
-
- **Proponga actividades grupales de canto o grupos de reminiscencia para disminuir las conductas repetitivas.**
-

F. BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS SUGERIDAS

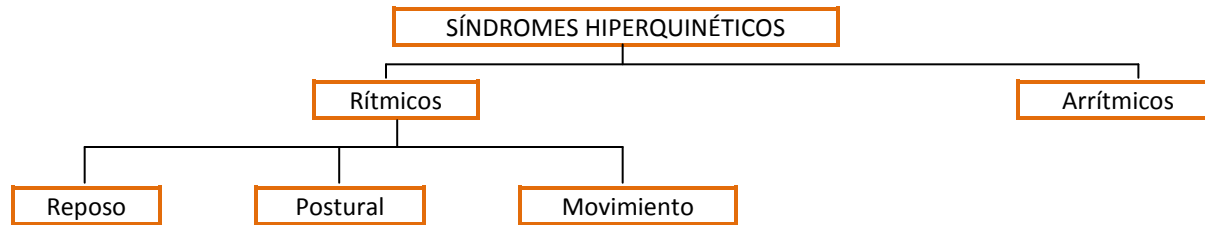
- **Guías de Atención Integral al Adulto Mayor, Guía de Manejo y Diagnóstico, Alteraciones del Comportamiento, Parte II, Capítulo 3, OPS/OMS 2010**
- American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of Alzheimer's disease and other dementias of later life. American J Psychiatry. 1997; 154 (5suppl):1-39.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition (DSM-IV), 1994, published by the American Psychiatric Association: Washington, DC.
- Abrams, William B.; Mark H. Beers; and R. Berkow. The Merck Manual of Geriatrics. Second Edition. Published by Merck Research Laboratories. 1995.
- Class C, Schneider L, Farlow M. Optimal Management of Behavioral Disorders Associated with Dementia. Drugs & Aging 1997; 10 (2): 95-106.
- Lindenmayer, JP. The pathophysiology of Agitation. J Clin Psychiatry 2000; 61 (14): 5-10. Alteraciones del comportamiento 155
- Practice parameter: management of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2001, 56: 1154-1166.
- Schneider LS, Sobin PS, Non neuroleptic treatment of behavioral symptoms and agitation in Alzheimer's disease and other dementia. Psychopharmacol Bull. 1992, 28(1): 71-79.
- Smail G, Rabins P, et al. Diagnosis and treatment of Alzheimer Disease and related disorders: consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association and the American Geriatrics Society. JAMA, 1997; 278: 1363-71.
- The Expert Consensus Guideline Series. Treatment of Agitation in Older Persons with Dementia. Postgraduate Medicine; McGraw-Hill, 1998. www.psychguides.com.



CAPÍTULO X TEMBLOR

A. DEFINICIÓN

El temblor, es definido como una *oscilación mecánica, rítmica e involuntaria de una parte del cuerpo*. Es un problema común en el adulto mayor y suele ser susceptible de tratamiento. Este puede resultar de procesos normales o patológicos. Se le caracteriza en términos de *frecuencia, amplitud y forma de la onda*. Los temblores se agrupan bajo el *síndrome hiperquinético*, en *rítmicos y arrítmicos*.



B. CLASIFICACIÓN CLÍNICA

Clasificación clínica del temblor	
Temblores de Reposo	Ocurre cuando la actividad muscular voluntaria está ausente. (ej. Enfermedad de Parkinson).
Temblores Postural	Ocurre durante el mantenimiento de la postura. (ej. esencial, inducido por drogas).
Temblores de Movimiento	Ocurre durante cualquier movimiento voluntario. (ej. temblor esencial).

RECORDAR

- No olvide tranquilizar al enfermo que no tiene Enfermedad de Parkinson, acerca de la naturaleza benigna de su problema.
 - El temblor esencial es la alteración más frecuente.
 - El tratamiento suele no ser necesario a menos que haya compromiso funcional.

C. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

TEMBLOR ESCENCIAL	ENFERMEDAD DE PARKINSON	INDUCIDO POR DROGAS
<ul style="list-style-type: none"> Se presenta como un <i>temblor monosintomático de postura y movimiento</i>. El diagnóstico depende de la ausencia de otros signos neurológicos, alteraciones metabólicas o agentes farmacológicos. Su etiología es desconocida. En 40% de los casos hay una historia familiar. Lo más común, es que afecte manos y con menor frecuencia cabeza, piernas, ojos y voz. No afecta la expectativa de vida, pero puede llegar a ser muy incapacitante. Típicamente la severidad progresa lentamente a través del tiempo. Aunque pueden existir formas graves a temprana edad. 	<ul style="list-style-type: none"> Cuadro caracterizado por la <i>triada clásica</i> de síntomas de <i>temblor de reposo (70% de los casos)</i>, <i>rigidez</i> y <i>bradicinesia</i>. El temblor de reposo que es muy característico de esta enfermedad, puede comenzar unilateralmente, comprometiendo progresivamente pulgar, dedos y mano; provoca el típico efecto de “cuenta monedas”. Podrá mantenerse así a través del tiempo o progresar a otras partes del cuerpo. El clásico temblor de reposo, es abolido al inicio de un movimiento voluntario. En este tipo de temblor, otras causas también pueden exacerbar los síntomas hiperquinéticos (medicamentos, ansiedad, fatiga). 	<ul style="list-style-type: none"> El temblor es un efecto colateral de muchos medicamentos. Estos efectos pueden ser de <i>naturaleza transitoria o definitiva</i>. Ejemplo muy conocido es el de los agonistas beta, como el salbutamol. La importancia de este tópico, es trascendental en la práctica clínica, debido al efecto colateral que llamamos iatrogenia cuando el costo supera al beneficio. En el caso del adulto mayor, toma una relevancia mayor debido a sus cambios fisiológicos y a la aparición de otras enfermedades.

D. INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

1. Temblor esencial

- Muchos pacientes no requieren de medicamentos.
- El tratamiento con *beta bloqueadores* es ampliamente utilizado, con respuestas muy variables entre pacientes. Cabe destacar que las contraindicaciones de su uso son patologías más prevalentes en el adulto mayor (insuficiencia cardíaca, bloqueo AV, asma, etc.) y que por cambios en la farmacodinamia de los beta bloqueadores, suelen requerirse dosis bajas de propanolol (10 a 60 mg/d).
- Frente a la falta de respuesta, se sugiere el uso de la *primidona*, sin embargo este fármaco debe ser prescrito por el especialista, por efectos secundarios muy aparatosos.
- Las exacerbaciones del temblor basal, se pueden deber a factores corregibles como nuevas drogas o ansiedad. Su identificación y corrección, disminuirían los síntomas, quizás al punto de que el temblor esencial no requiriera de terapia.

2. Síndrome de Parkinson

- La mayoría de los pacientes requerirán una *combinación de drogas* como son un *dopaminérgico* y un *inhibidor de la decarboxilasa periférica*. O bien, un *agonista que actúe directamente como la bromocriptina*. La dosis a utilizar dependerá del preparado y especialmente del paciente, debido a lo



particular de la farmacocinética de los medicamentos en el adulto mayor. La respuesta del temblor a los fármacos, es la variable más sensible de todos los síntomas en la evolución del tratamiento.

- Se utilizan también *drogas anticolinérgicas* que son mínimamente efectivas y no se recomiendan como tratamiento de primera elección sino en los casos donde predomina el temblor; y poniendo especial cuidado en evitar los efectos secundarios anticolinérgicos que aparecen al incrementar la dosis. La *amantadina* podría ayudar en algunos casos, aunque puede provocar confusión mental.

E. INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUCIÓN Y ATENCIÓN

En general, ante el diagnóstico de este padecimiento, se recomienda referir el caso al siguiente nivel de atención para su completa evaluación, diagnóstico diferencial e inicio del tratamiento.

F. BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS SUGERIDAS

- **Guías de Atención Integral al Adulto Mayor, Guía de Manejo y Diagnóstico, Temblor, Parte II, Cap 28, OPS/OMS 2010**
- Beers, Mark H. y Robert Berkow. The Merck Manual of Geriatrics. Movement Disorders. 2000 Versión internet, www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/
- Bennett DA, Beckett LA, Murray AM, et al. Prevalence of Parkinsonian signs and associated mortality in a community population of older people. NEJM 1996; 334:71-76.
- Koller WC, Huber SJ. Tremor disorders of aging: diagnosis and management. Geriatrics 1989; 44(5):33-4.
- Sage JI, Mark MH. Diagnosis and treatment of Parkinson's disease in the elderly. JGIM 1994; 9:583-589.
- Wirshing WC, Cummings JL. Extrapyramidal syndromes in the elderly: diagnosis and management. Geriatrics 1989; 44(2):47-54.



Programa Nacional de Salud de Adulto



CAPÍTULO XI PÉRDIDA DE PESO

A. DEFINICIÓN

Pérdida de peso mayor de 5% del peso corporal total y se produce en un periodo de, por lo menos, seis meses. La pérdida de peso aumenta la mortalidad entre 1.5 y 2 veces.

El proceso de envejecimiento se puede acompañar de cambios en la composición corporal que de por sí pueden causar la disminución de peso, por ejemplo:

-Disminución del agua corporal total - Reducción de la masa ósea - Pérdida de masa muscular - Disminución del tejido conjuntivo

La importancia de la pérdida de peso radica en su frecuencia elevada, su origen multifactorial, sus efectos deletéreos inespecíficos, su importante repercusión funcional y su asociación frecuente con patologías o trastornos potencialmente tratables.

B.

CAUSAS DE PÉRDIDA DE PESO: "LAS 10 D"	
1. Enfermedades crónicas (Disease)	2. Defecación difícil
3. Depresión	4. Dentición
5. Demencia	6. Fármacos (Drugs)
7. Diarrea	8. Discapacidad
9. Disfagia	10. Dificultades económicas

C.

VARIABLES ASOCIADAS CON MAYOR RIESGO DE PÉRDIDA DE PESO	
Mayor edad	Presencia de deterioro cognitivo
Compromiso funcional	Tabaquismo
Coexistencia de enfermedades	Pérdida de la pareja
Hospitalizaciones a repetición	Vivir solo
Bajo nivel educativo	Bajo peso constitucional

D.

EVALUACIÓN SEGÚN CAUSA DE PÉRDIDA DE PESO	
Causas probables	Evaluación
Diabetes descompensada	Glucemia en ayunas
Hipertiroidismo	Pruebas para evaluar la función tiroidea, que deben incluir TSH, T3 y T4
Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar	Radiografía simple de tórax para buscar infiltrados sospechosos. Búsqueda de bacilos ácidos alcohol resistentes (BAAR) en secreciones corporales (esputo, orina u otras órganos)
Mala absorción	Estudios de la materia fecal (Referencia a Gastroenterología)
Baja ingesta	Vigilancia y cuantificación de la ingesta
Cáncer	Estudios en función de la presunción del origen atención
Demencia	Valoración por demencia

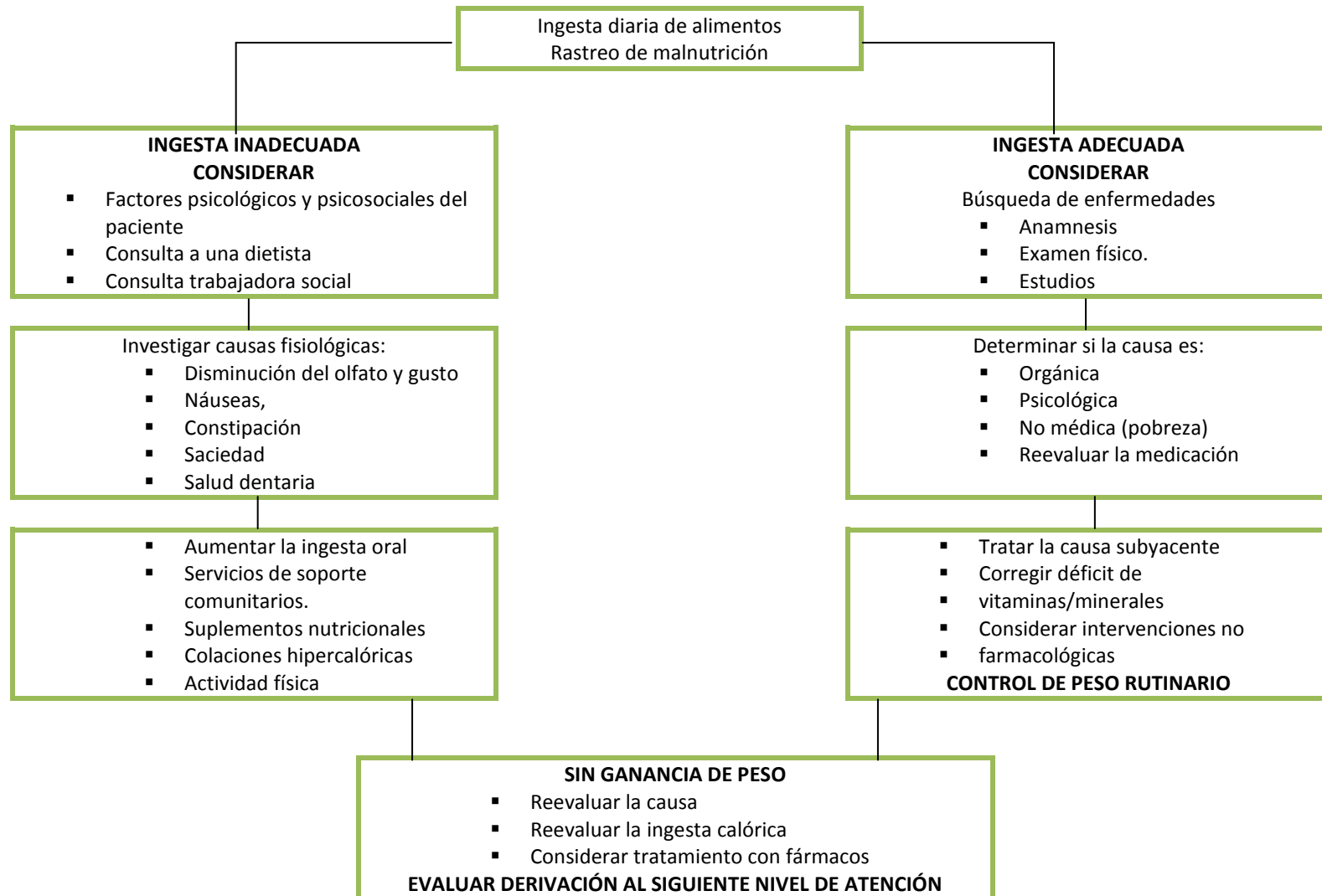
E. EXAMEN FÍSICO

- Se deben medir el peso y la talla para determinar el índice de masa corporal (IMC). Los valores de IMC que se relacionan con la mortalidad más baja en adultos mayores se encuentran entre 24 y 29 kg/m².
- En el examen físico se evaluará la presencia de caquexia, adenopatías o masas palpables.
- A todos los pacientes se les debe efectuar una evaluación de la cognición y el estado de ánimo la prueba del Minimental de Folstein y la Escala de Depresión Geriátrica respectivamente.

F. ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO



RESUMEN DEL ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LA PÉRDIDA DE PESO EN EL ANCIANO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



PUNTOS CLAVE PARA RECORDAR

- La pérdida de peso mayor de 5% del peso corporal total en seis meses o más tiempo no se debe considerar como secundaria al proceso de envejecimiento y se debe evaluar.
- La depresión y el deterioro cognitivo con frecuencia están relacionados con la pérdida de peso.
- Las enfermedades relacionadas con más frecuencia con la pérdida de peso son el cáncer, el hipertiroidismo, el hipotiroidismo, los trastornos gastrointestinales, las enfermedades crónicas descompensadas (EPOC, insuficiencia cardíaca crónica, diabetes descompensada e hipertiroidismo).
- El antecedente de cáncer no excluye la búsqueda de una causa asociada remediable.
- Considerar siempre los factores psicosociales (déficit económico, negligencia activa o pasiva por parte del cuidador o la familia, etcétera).
- La polifarmacia causa desnutrición y pérdida de peso en los adultos mayores, los fármacos implicados con mayor frecuencia son la digoxina, la teofilina, los antiinflamatorios no esteroides, los suplementos de hierro, las drogas antineoplásicas y los psicotrópicos.
- La evaluación de un paciente mayor con pérdida de peso involuntaria obliga a una evaluación de múltiples aspectos (físico, social y mental). Esto último define el estado funcional del adulto mayor y consecuentemente determina la calidad de vida y su independencia.
- La pérdida de peso implica un desafío diagnóstico y terapéutico.

G. BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS SUGERIDAS

- **Guías de Atención Integral al Adulto Mayor, Guía de Manejo y Diagnóstico, Temblor, Parte II, Cap 28, OPS/OMS 2010**
- Beers MH. *The Merck Manual of Geriatrics*. Versión internet. www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/ 3rd. Edition 2006.
- D'Hyver C, Gutiérrez-Robledo LM. *Geriatría*. Manual Moderno. 2006.
- Huffman GB. *Evaluating and treating unintentional weight loss in the elderly*. Am Fam Phys J 2002; 65:640-50.
- Locher JL, Roth D, Christine S, et al. *Body mass index, weight loss and mortality in communitydwelling older adults*. J Gerontol 2007, 62:1389-92.



- Wannamethee SG, Shaper AG, Lennon L. *Reasons for intentional weight loss, unintentional weight loss, and mortality in older men*. Arch Intern Med. 2005; 165:1035-40.
- Wallace JI *Involuntary weight loss in older outpatients: incidence, and clinical significance*. J Am Geriatr Soc 1995, 43:329-33.
- Evanz WJ, Campbell W. *Sarcopenia and age related changes in body composition and functional capacity*. J Nutr 1993, 5:465-68.
- Marton K, Sox H jr, Krupp J. *Involuntary weight loss: diagnostic and prognostic significance*. Ann Intern Med 1981; 95:568-74.
- Rabinovitz, M., Pitlik SD, Leifer M. *Unintentional weight loss. A retrospective analysis of 154 cases*. Arch Intern Med 1986; 146:186-7.
- White J, Ham R, Lipschitz D, et al. *Consensus of the nutrition screening initiative: Risk factors and indicators of poor nutritional status in older Americans*. J Am Diet Assoc 1991; 91:783-7.
- Newman AB, Yanez D, Harris T et al. *Weight change in old age and its association with mortality*. J Am Geriatr Soc 2001; 49:1309-18.
- Evans JG, et al. *Oxford textbook of geriatric medicine*. Oxford University. Press. 2000; 295:161-163.
- Thompson M.P, Morris LK. *Unexplained weight loss in the ambulatory elderly*. J Am Geriatr Soc 1991; 39:497-500.
- Morley J.E, Kraenzle D. *Causes of weight loss in a community nursing home*. J Am Geriatr Soc 1994; 42:583-5.
- Wright B.A. *Weight loss and weight gain in a nursing home: a prospective study*. Geriatr Nurs 1993; 14:156-9.
- Agostini J.V, Han L, Tinetti ME. *The relationship between number of medications and weight loss or impaired balance in older adults*. J Am Geriatr Soc 2004; 52:1719-23.
- Alibhai S.M, Greenwood C, Payette H. *An approach to the management of unintentional weight loss in elderly people*. CMAJ 2005. 172:773-80.
- Calle E. *Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults*. N Engl J Med 1999; 341:1097-1105.
- Moriguti, J.C, Uemura Moriguti EK, Ferriolli E, et al. *Involuntary weight loss in elderly individuals: assessment and treatment*. Sao Paulo Med J 2001; 119:72-7.
- Lankisch P, Gerzmann M, Gerzmann JF, et al. *Unintentional weight loss: diagnosis and prognosis. The first prospective follow-up study from a secondary referral centre*. J Intern Med 2001; 249:41-6.
- Hernandez JL, Riancho JA, Matorras P *Clinical evaluation for cancer in patients with involuntary weight loss without specific symptoms*. AmJ Med 2003; 114:631-7.
- Wise P, Craig D. *Evaluation of involuntary weight loss*. Postgrad Med 1994; 95:143-50.
- Borst S.E. *Interventions for sarcopenia and muscle weakness in older people*. Age Ageing 2004; 33:548-55.



CAPÍTULO XII ALTERACIONES DE LA MOVILIDAD

A. DEFINICIÓN

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

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

B.

CAUSAS DE TRASTORNOS DE LA MOVILIDAD		
PRINCIPALES CAUSAS		OTRAS CAUSAS
<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermedad articular degenerativa. 2. Estados post-fractura de cadera. 3. Enfermedad vascular cerebral (EVC). 4. Falta de acondicionamiento físico, asociado a enfermedad aguda o dolor. 5. Estados depresivos. 6. Dolor. 7. Medicamentos (ej: benzodiazepinas, metoclopramida, cinarizina, haloperidol, etc.). 	<p>MÚSCULO – ESQUELÉTICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Osteoporosis. ▪ Fracturas (cadera o fémur). ▪ Trastornos de los pies, etc. <p>PULMONARES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica severa. <p>CARDIOVASCULARES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuficiencia cardiaca crónica severa. ▪ Enfermedad coronaria (angina frecuente). ▪ Enfermedad vascular periférica (claudicación frecuente). 	<p>NEUROLÓGICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermedad de Parkinson. ▪ Enfermedades degenerativas del sistema nervioso. ▪ Neuropatías. <p>OTRAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastornos de la visión. ▪ Miedo (inestabilidad y miedo a caer). ▪ Inmovilidad forzada (hogar de ancianos u hospitales). ▪ Ayuda inadecuada para la movilización. ▪ Desnutrición o malnutrición. ▪ Enfermedad sistémica grave o severa (p. ej. neoplasia maligna diseminada).



C. EVALUACIÓN

1. DESCARTE EN PRIMER LUGAR LAS CAUSAS DE INMOVILIDAD AGUDA:

- Medicamentos.
- Enfermedad aguda.
- Restricción o sujeciones.
- Enfermedad de los órganos sensoriales.

FACTORES DE RIESGO Y PATOLOGÍAS QUE AFECTAN LA MOVILIDAD
NEMOTECNIA: M-MOVILIDAD TOTAL

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> Medicamentos. Medio donde vive el adulto mayor (escaleras, obstáculos, etc.). Obesidad. Vasculopatía Periférica. Insuficiencia Cardíaca. Locomotor, enfermedad del aparato (dolor, etc.). Insuficiencia Respiratoria. Desnutrición. Afecto. Desacondicionamiento físico. | <ul style="list-style-type: none"> Trastornos de la vista y la audición. Oncológica, enfermedad. Terminal, enfermedad. Accidente vascular cerebral. Las fracturas de cadera. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

2. GRADUACIÓN DE LA ALTERACIÓN DE LA MOVILIDAD A TRAVÉS DE:

(Ver Guías de Atención Integral del Adulto Mayor –Parte I Valoración Clínica – Evaluación Funcional del Adulto Mayor)

- Valoración de la marcha y balance
- Valoración mental y anímico
- Valoración funcional
- Valoración social

D.

COMPLICACIONES DEL INMOVILISMO

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> 1. Úlceras por decúbito (por presión) 2. Balance negativo del sodio y potasio 3. Contracturas 4. Disminución del calcio y fósforo 5. Estreñimiento | <ul style="list-style-type: none"> 6. Trombosis y embolia 7. Incontinencia urinaria 8. Reducción de los volúmenes Sanguíneos 9. Atrofia muscular 10. Insuficiencia respiratoria (neumonía) | <ul style="list-style-type: none"> 11. Hipotensión ortostática 12. Depresión 13. Cambios físicos asociados a
deprivación sensorial 14. Deprivación social |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



MEDIDAS PARA EVITAR COMPLICACIONES DEL INMOVILISMO

Aparatos y Sistemas	Acciones
Generales	Movilización (activa y pasiva) Evitar posiciones viciosas, hidratación
Cardiovasculares	Heparina profiláctica. Inclinación a 45 grados
Respiratorias	Evitar anticolinérgicos y antitusivos. Drenaje postural, ejercicios respiratorios
Digestivas	Nutrición, hidratación. Estimular reflejo gastrocólico, emolientes fecales. Estímulo rectal digital, supositorios y lavado intestinal periódico
Urinarias	Vigilar retención urinaria. Hidratación
Locomotor	Posicionamiento. Ejercicios pasivos (arcos de movimiento). Ejercicios isométricos e isotónicos. Reeducación de las transferencias y la marcha
Cutáneas	Vigilar presencia de úlceras por presión. Cambios frecuentes de posición. Evitar la maceración
Metabólicas	Evitar sedantes hipnóticos. Vigilar electrolitos, glucemia y función renal. Hidratación
Psíquicas	Estimulación sensorial. Apoyo emocional



E. INTERVENCIONES GENÉRICAS

- Programa de ejercicios prescritos.
- Visita domiciliaria para revisión del ambiente y dar recomendaciones.
- Uso de medios auxiliares (en la cocina, el vestirse, etc.).
- Uso de medios de seguridad (barandales, agarraderas, elevación de los sanitarios, sillas para bañarse etc.).
- Evaluar el nivel de movilidad (en cama, transferencias cama-silla, en silla de ruedas o andador; balance y marcha).

F. INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

- Tratar las enfermedades concomitantes.
- Prevenir complicaciones asociadas al inmovilismo.
- Ser realistas e individualizar las metas.
- Enfatizar el logro de la independencia funcional
- Motivar y apoyar psicológicamente al paciente, familia y cuidadores.

Las alteraciones de la movilidad son determinantes en:

- La autonomía para la realización de las actividades de la vida diaria.
- En el mantenimiento de la competencia funcional, para continuar con la actividad laboral.
- En el desarrollo de la vida social y en el mantenimiento de un equilibrio psicológico.

G. BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS SUGERIDAS

- **Guías de Atención Integral al Adulto Mayor, Guía de Manejo y Diagnóstico, Alteraciones De la Movilidad, Parte II, Capítulo 2, OPS/OMS 2010**
- Kane Robert L., J. Ouslander, I. Abrass. Geriatria Clínica. 3a. Edición. México: McGraw-Hill Interamericana, edición PALTEX de la Organización Panamericana de la Salud. 1997.
- Reuben DB, Yoshikawa TT; Bedsine RW, eds. Geriatrics Review Syllabus: A Core Curriculum in Geriatric Medicine, 3rd ed. Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt Publishing Company for the American Geriatrics Society: 1996.
- Studenski S. Gait and balance disorders. Clin Geriatr Med 1996 (Nov.) 12 (4): 635-922.
- Tinetti ME, Ginter SF. Identifying mobility dysfunctions in elderly patients: standard neuromuscular examination or direct assessment. JAMA 1988; 259: 1190-93.



CAPÍTULO XIII ÚLCERAS POR PRESIÓN

A. DEFINICIÓN

La úlcera por presión es la consecuencia de la necrosis isquémica al nivel de la piel y los tejidos subcutáneos, generalmente se produce por la presión ejercida sobre una prominencia ósea. Se presenta en pacientes adultos mayores inmovilizados por cualquier causa. Su presencia aumenta hasta cuatro veces la mortalidad y, cuando son de grado III – IV, la probabilidad de morir dentro de los siguientes 6 meses es cercana al 50%. Se puede considerar que las úlceras por presión son un indicador importante de una enfermedad grave de base.

B. CAUSAS

El factor causal más importante es la presión, sin embargo la humedad, el escoriamiento de la piel y el desgarro de los vasos capilares que la nutren contribuyen para aumentar el riesgo. El tiempo de inmovilidad no necesita ser demasiado largo, inclusive el tiempo que se pasa sobre la mesa de cirugía puede ser causa de la aparición de estas úlceras. Se ha calculado que el tiempo mínimo para la aparición es de 2 horas. Sin embargo, no todos los adultos mayores inmovilizados desarrollan úlceras por presión. Habitualmente las úlceras aparecen en adultos mayores debilitados por una **enfermedad intercurrente**.

C.

FACTORES DE RIESGO PARA ÚLCERAS POR PRESIÓN

- | | | | | | | |
|-----------------|--------------------|-----------|-----------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Desnutrición | 2. Hipoproteinemia | 3. Anemia | 4. Fiebre | 5. Alteraciones Neurológicas | 6. Alteraciones Circulatorias | 7. Incontinencia Urinaria (humedad) |
|-----------------|--------------------|-----------|-----------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|

Sin embargo, se debe reconocer que la presión sobre las prominencias óseas, es la condición sin la cual no se producirían estas úlceras. Por lo tanto, se puede considerar que la inmovilidad, es la causa última de su formación.

D. DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

En todo paciente que presente factores de riesgo para la aparición de las úlceras, se debe realizar una búsqueda sistemática de las mismas. El papel del médico, de la enfermera y de la familia es muy importante para prevenir el problema y también para su tratamiento. Es importante evaluar la salud física del paciente, las complicaciones, el estado nutricional, el grado de dolor y su tratamiento, así como los aspectos psicosociales.

La evaluación del riesgo de aparición de la úlcera debe ser constante. La evaluación identifica: localización,



- fase,
- tamaño,
- tractos sinusales,
- túneles,
- tejidos necróticos,
- presencia o ausencia de tejido de granulación y epitelización.

Una de las *escalas de evaluación* más utilizadas e importantes es la de **Braden** (ver adelante acápite H). Un problema con esta escala, es que considera a la *incontinencia urinaria* como un factor de riesgo, cuando es en realidad la *incontinencia fecal o la mixta* la que confiere un riesgo mayor.

La principal falla en el diagnóstico de este problema, es el no revisar totalmente al paciente de manera intencionada. El diagnóstico de una úlcera por presión, no presenta problemas si se recuerda que un **área de eritema que no blanquea con la presión** constituye ya una úlcera por presión. Así mismo, las **ampollas sobre prominencias óseas**, también deben ser consideradas como úlceras por presión.

Existe un número importante de clasificaciones para esta patología, sin embargo, la clasificación que se presenta en el siguiente cuadro, es de las más utilizadas. No se debe olvidar que *esta clasificación no es evolutiva, es decir, para que un paciente tenga una úlcera grado IV, no es necesario que pase previamente por las etapas I, II y III, así mismo, la curación no sigue de manera estricta el sentido contrario.*

E.

CLASIFICACIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN			
Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4
Es un eritema de la piel intacta que no blanquea después de la remoción de la presión. En la piel, el calor, el edema o el endurecimiento también pueden ser indicadores.	Es una pérdida parcial de piel comprometiendo la <i>epidermis, la dermis o ambas</i> . La úlcera es superficial y se presenta como una abrasión, una burbuja o un cráter.	Es una <i>pérdida de piel en su espesura total</i> , comprometiendo daños o una necrosis del <i>tejido subcutáneo</i> que se puede profundizar <i>sin llegar hasta la fascia</i> . La úlcera se presenta clínicamente como un cráter profundo	Es una <i>pérdida de piel en toda su espesura</i> con una extensa distribución, necrosis de los tejidos o daños en los <i>músculos, huesos o estructuras de soporte como tendones o cápsulas de las articulaciones</i> .
Colocar una sonda de Foley, no disminuye el riesgo de presentar úlceras por presión y por lo tanto, no debe ser usada con esta intención.			

F.

COMPLICACIONES DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN			
1. Osteomielitis	2. Sepsis	3. Anemia	4. Hipoproteinemia



G.

MEDIDAS PREVENTIVAS Y MANEJO DE ÚLCERA POR PRESIÓN

1. DISMINUIR LA PRESIÓN	<ul style="list-style-type: none">▪ Esto se logra mediante cambios de posición al menos cada dos horas.<ul style="list-style-type: none">○ El paciente debe ser colocado en decúbito lateral aproximadamente a 30 grados (nunca a 90 grados) utilizando almohadas para mantener la posición,○ A las dos horas se le coloca en decúbito dorsal y○ A las dos horas siguientes, en decúbito lateral contrario al de inicio.▪ Es conveniente que las rodillas se encuentren flexionadas en ángulo de 30 grados y con una almohada entre ellas.▪ En las piernas se debe colocar un soporte de tal manera que los talones no toquen la cama o lo hagan ligeramente.▪ De ser posible, el paciente no debe estar en semifowler, sino totalmente recostado.▪ Es importante establecer un programa de reposicionamiento (cambios de posición frecuentes), basándose en el riesgo del paciente a desarrollar úlceras: mantenga la úlcera de presión libre.▪ Es fundamental vigilar el paciente para la prevención de otras úlceras.▪ Existen muchos tipos de materiales y tipos de camas que disminuyen la presión. Los mejores en relación a costo/beneficio, son los colchones de hule espuma que presentan forma de cartón de huevos. Estos se colocan sobre la cama con la parte lisa hacia abajo. También se pueden utilizar colchones de agua, aire o gel.
2. NUTRICIÓN	<ul style="list-style-type: none">▪ Un aporte proteico y calórico suficiente, ha demostrado disminuir el riesgo de presentación, aún en ausencia de aumento de albúmina. El aporte proteico en estos casos debe ser de 1.6 gramos / Kg.
3. PIEL SECA Y LIMPIA	<ul style="list-style-type: none">▪ Utilice un agente de limpieza suave para no irritar la piel (no puede quedar reseca o irritada y tampoco se debe friccionar la piel).▪ Evitar ambiente con humedad baja y exposición al frío.▪ Evite masajes en las prominencias óseas.
4. AUMENTAR LA ACTIVIDAD	<ul style="list-style-type: none">▪ La movilización y el ejercicio en cama, silla o fuera de estas.
5. DISMINUIR LA SEDACIÓN	<ul style="list-style-type: none">▪ El paciente sedado tiene menor movilización.
6. CONTROL DEL DOLOR	<ul style="list-style-type: none">▪ Se debe recordar que las úlceras por presión, son fuente de dolor importante, aunque muchas veces la enfermedad de base impide que el paciente lo pueda manifestar directamente. De manera frecuente, el dolor se puede manifestar como delirium.
7. MANTENER LA ÚLCERA HÚMEDA Y LA PIEL CIRCUNDANTE SECA	<ul style="list-style-type: none">▪ Cuando es grado I y II, basta con los cambios de posición antes descritos y ocasionalmente se pueden cubrir con materiales que proporcionen protección y acojinamiento.▪ A pesar de que existe un sin número de materiales de oclusión, los mejores son las gasas humedecidas en solución fisiológica.
8. DEBRIDACIÓN	<ul style="list-style-type: none">▪ Remueva los tejidos desvitalizados utilizando el método más adecuado para el paciente.▪ Las técnicas de debridación son: quirúrgica, mecánica y enzimática, y pueden ser utilizadas cuando no existe una necesidad urgente



	<p>de drenaje o remoción del tejido.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La debridación quirúrgica se hace en la sala de quirófano, por un especialista. ▪ La enzimática se hace con la aplicación de agentes que harán la debridación de los tejidos desvitalizados en la superficie de la herida. ▪ La autolítica incluye el uso de productos curativos sintéticos para cubrir la herida y permitir que el tejido desvitalizado interactúe con las enzimas que están presentes en la herida. No utilizar la técnica con las heridas infectadas. En este debe ser retirado mediante lavados ligeros únicamente con solución fisiológica.
<p>9. USO DE ANTIBIÓTICOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Su uso es muy discutido. El 90% de las úlceras se encuentran contaminadas con gérmenes saprofitos y esto no requiere de tratamiento antibiótico. ▪ Cuando una úlcera no presenta una evolución satisfactoria, una posibilidad a considerar es que se encuentre infectada.

Esquema PNPJTE-CSS

H.

ESCALA DE BRADEN PREDICCIÓN DE RIESGO DE ÚLCERA POR PRESIÓN				
PERCEPCIÓN SENSORIAL				
Capacidad de respuesta a estímulos dolorosos	1. Limitado completamente	2. Muy limitado	3. Limitado levemente	4. Sin impedimento
HUMEDAD				
Grado de humedad de la piel	1. Constantemente húmeda	2. Muy húmeda	3. Ocasionalmente húmeda	4. Raramente húmeda
ACTIVIDAD				
Grado de actividad física	1. Confinado a la cama	2. Confinado a la silla	3. Ocasionalmente camina	4. Camina frecuentemente
MOVILIDAD				
Control de posición postural	1. Completamente inmóvil	2. Muy limitada	3. Levemente limitada	4. Sin limitaciones
NUTRICIÓN				
Patrón de ingesta alimentaria	1. Completamente inadecuada	2. Probablemente inadecuada	3. Adecuada	4. Excelente
FRICCIÓN Y ROCE				
Roce de la piel con sábanas	1. Presente	2. Potencialmente presente	3. Ausente	-----
<p>Se considera como riesgo puntaje menor o igual a 16.</p>				



I. INDICACIONES DE REFERENCIA A NIVEL SUPERIOR DE ATENCIÓN EN EL MANEJO DE HERIDAS

- Todos los pacientes con úlceras *grado III y IV*.
- Cuándo la úlcera no evoluciona adecuadamente.
- Cuándo existe *sospecha* de infección.

PUNTOS CLAVE QUE RECORDAR

Disminuir la presión es crítico, tanto para la prevención, como para el tratamiento de las úlceras.

Las úlceras son el indicador de una enfermedad de base importante.

Un solo día de manejo inadecuado es suficiente para provocar la aparición de úlceras.

El tratamiento debe ser adecuado para cada persona, de acuerdo a su condición física, psicosocial y ambiental.

J. BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS SUGERIDAS

- **Guías de Atención Integral al Adulto Mayor, Guía de Manejo y Diagnóstico, Úlcera por Presión, Parte II, OPS/OMS 2010**
- Allman RM. Pressure ulcers among the elderly. *New Engl J Med* 1989; 320:850-853.
- Beers, Mark H. y Robert Berkow. The Merck Manual of Geriatrics. Pressure Sores. 2000 . Versión electrónica. www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/
- Braden BJ, Bergstrom N. Clinical utility of the Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Decubitus*. 1989; 2(3):44-51.
- Fundación Novartis para Estudios Gerontológicos. www.healthandage.com
- Patterson JA, Bennett RG. Prevention and treatment of pressure sores. *JAGS* 1995; 43:919-927.
- Thomas DR, Allman RM. Pressure ulcers (symposium). *Clin Geriatr Med* 1997; 13(3):421-611.
- http://translate.google.com/translate?hl=es&langpair=en%7Ces&u=http://www.ruralfamilymedicine.org/educationalstrategies/braden_scale_for_predicting_pres.htm



Programa Nacional de Salud de Adulto



CAPÍTULO XIV ANOREXIA

A. DEFINICIÓN

La anorexia se define como falta de apetito, que se convierte en un rechazo selectivo o total a la alimentación. Para su correcto enfoque es necesario analizar el entorno del paciente, determinar las circunstancias en que se instaló el problema, la personalidad premórbida y los antecedentes generales de la persona.

B. FORMAS DE PRESENTACIÓN

El rechazo de la alimentación se presenta bajo dos posibles formas:

- RECHAZO ACTIVO: el sujeto *invoca diferentes razones para no alimentarse*, como inapetencia, mala calidad de los alimentos, exceso de los mismos, etc. Esto puede acompañarse de una actitud de *agresividad* hacia los miembros del entorno y eventualmente de un estado de *agitación*.
- RECHAZO PASIVO: el paciente está asténico, apático y *no se opone expresamente* a la alimentación, pero *deglute con dificultad*. El enfermo manifiesta, en ambos casos una alteración del comportamiento que constituye una **urgencia diagnóstica y terapéutica**.

C.

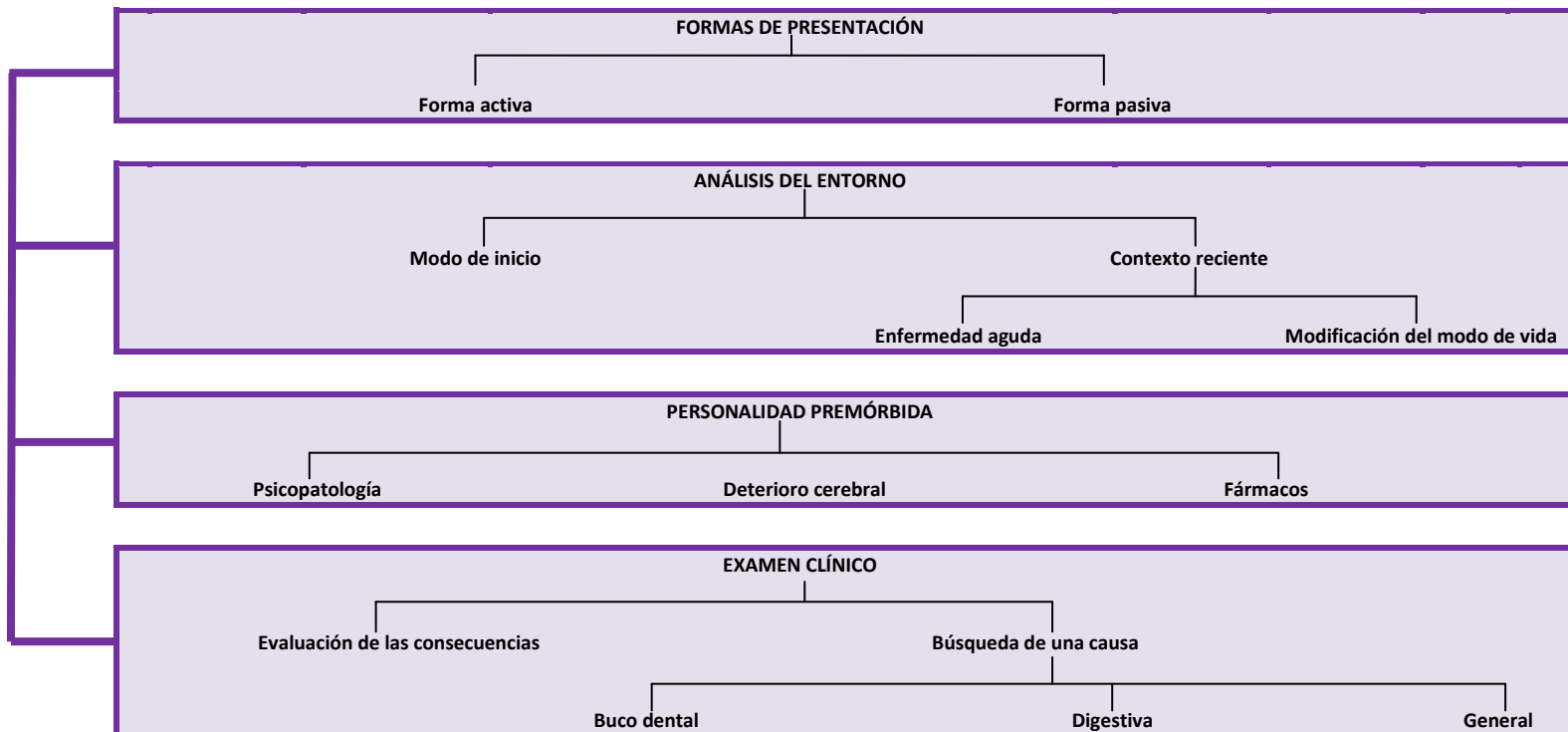
FACTORES DE RIESGO DE ANOREXIA	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermedades subyacentes (ejemplo: cáncer) o factores sociales (ejemplo: pobreza). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las personas mayores tardan más en ingerir los alimentos y así es posible que no finalicen una comida.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Efectos adversos de los medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantienen una adherencia a regímenes alimentarios inapropiados.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adolecen de conocimientos sobre el régimen alimentario adecuado o presentan falta de aptitudes para cocinar (ej: los viudos). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La pérdida de capacidad funcional puede impedir la compra o preparación de los alimentos.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vivir solo se asocia, en general, con un régimen alimentario más deficiente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificultar para tragar.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los problemas odontológicos alteran la elección de los alimentos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemas o enfermedades del aparato digestivo.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La mitigación del sabor puede afectar el tipo de alimentos ingeridos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Otros problemas de salud.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depresión, descuido de sí mismo y deterioro cognoscitivo (demencia). 	



D. EVALUACIÓN POR ANOREXIA

Busque específicamente:	
▪ Hipotermia o hipertermia	▪ Xerostomía
▪ Indicadores de desnutrición	▪ Fecaloma
▪ Estado de hidratación	▪ Descartar estado depresivo
▪ Anomalías de las grandes funciones: electrolitos séricos (descarte hiponatremia), creatinina, glicemia, citología hemática	▪ Investigue por ulceración o tumoración péptica, reflujo gastroesofágico. (Referir para endoscopia gástrica)
▪ Deterioro del estado dental	

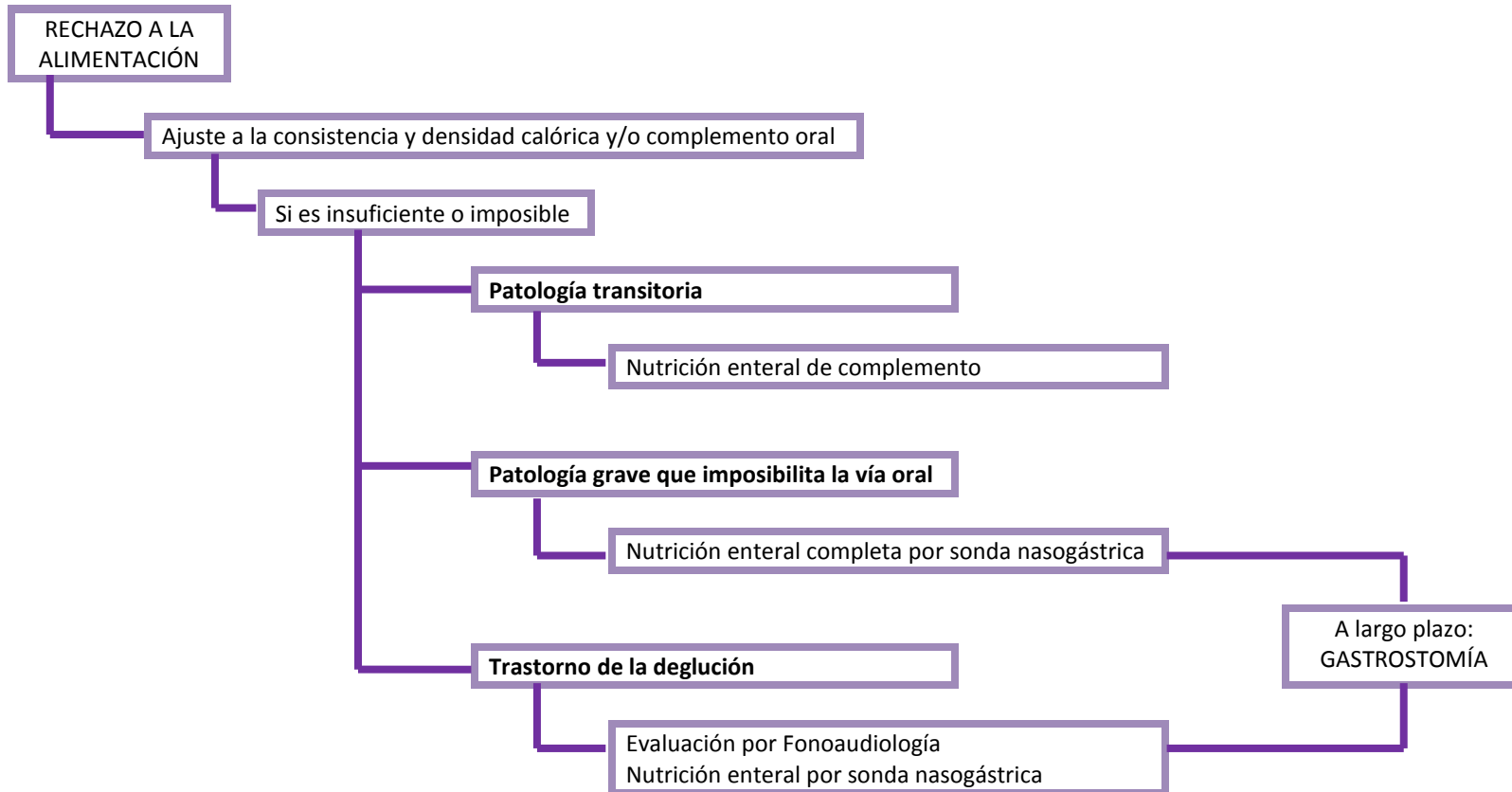
E. ABORDAJE CLÍNICO DE LA ANOREXIA





F. BASES PARA EL MANEJO

1. ÁRBOL DE DECISIONES





2. Intervenciones específicas

Se impone la necesidad de llevar a cabo un *tratamiento sintomático sin retraso alguno*.

- Modificación de la dieta.
- Consideración de los hábitos de alimentación.

La *modificación de la dieta* ha de tomarse en consideración para la búsqueda de una ventana de oportunidad que permita restablecer la ingesta. Para ello, deberá referirse al paciente a un especialista en nutrición que ajuste el plan de alimentación a la evolución, hábitos alimentarios, etc.

En sujetos que sufren de *trastornos de la deglución* con tendencia a la broncoaspiración, la modificación de la *textura de la dieta* con el empleo de papillas espesas puede favorecer la ingesta. En estos casos el agua puede administrarse a través de las papillas o bien en gelatinas, cuidando la posición al momento de administrar la alimentación (semisentado). Referir a fonaudiología evaluación y recomendaciones.

Si existe **deshidratación**, la rehidratación es esencial, aportando rápidamente soluciones isotónicas a razón de 30 ml/kg o aún más en presencia de fiebre.

El inicio de la **realimentación** puede hacerse a través de una sonda nasogástrica (SNG) si la falta de colaboración o el estado clínico del enfermo lo justifican, de acuerdo con el diagrama del árbol de decisines.

El **abordaje terapéutico** dependerá fundamentalmente de la causa de la anorexia.

El uso de fármacos con efecto estimulante del apetito es aún motivo de controversia.

El efecto de los corticoesteroides es útil en casos seleccionados, donde la administración de dosis cercanas a los 20 mgs de prednisona en 24 horas no estén contraindicadas.

El uso de acetato de megestrol a razón de 40 mgs cada 8 horas es un recurso igualmente efectivo y menos riesgoso, sin embargo, la base de la terapéutica reside en la identificación de los factores causales y su corrección.

En el caso del **enfermo terminal** cabe subrayar que la anorexia es parte del cuadro clínico y que usualmente en tal circunstancia, la conducta es valorada en forma distinta. (Cuidados Paliativos)

3. Intervenciones genéricas

- Modificación de la dieta
- Actividad física
- Consideración de los hábitos de alimentación
- Suplementos o módulos alimenticios

Dichos elementos han de tomarse en consideración para la búsqueda de una ventana de oportunidad que permita restablecer la ingesta.

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



4. Atención al cuidador

La participación de la familia es indispensable para corregir la anorexia, que con frecuencia mejorará al *intensificar la interacción social y las muestras de afecto*.

5. Indicaciones para referir a nivel superior

La anorexia cuya causa no puede ser identificada luego de la evaluación propuesta, la que se acompaña de pérdida de peso mayor al *10% del peso corporal* en un lapso de *tres meses* y la que ocurre en una persona que no tiene un entorno que pueda apoyarle, son todas indicaciones para la referencia al segundo nivel de atención.

PUNTOS CLAVE PARA RECORDAR

- La *naturaleza insidiosa* de la anomalía, puede hacer que no se inquiete el cuidador primario, hasta que se han establecido las consecuencias nutricionales y/o la deshidratación.
 - Hay que *intervenir precozmente y de manera específica*.
 - La anorexia es *parte habitual del estado terminal* y no necesariamente ha de ser tratada en tal circunstancia.

G. BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS SUGERIDAS

- **Guías de Atención Integral al Adulto Mayor, Guía de Manejo y Diagnóstico, Anorexia, Parte II, Capítulo 4, OPS/OMS 2010**
- Morley JE Anorexia in older persons: epidemiology and optimal treatment. *Drugs & Aging*, 1996, 8:134-137.
- O'Neill PA, Smithard DG, Morris JM. Complications and Outcome Following Acute Stroke. *Stroke* 29: 7, July 1998.
- Roberts SB. Control of food intake in older men *JAMA* 1994, 272:1601-1606.
- The Journal of Nutrition, Health and Aging, Revista de la Academia Internacional de Nutrición y Envejecimiento. Tiene acceso a la revista en el portal: www.healthandage.com/html/min/iananda/entrance.htm
- The National Policy and Resource Center on Nutrition and Aging. www.fiu.edu/~nutreld



Programa Nacional de Salud de Adulto



CAPÍTULO XV DEPRESIÓN

A. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Cuando utilizamos el término “depresión” en este texto, estamos hablando de la **depresión mayor**, una enfermedad común y con síntomas muy concretos, de una intensidad y duración considerables, que pueden afectar el comportamiento y el bienestar de una persona de muchas y muy diversas maneras. La depresión limita la capacidad para llevar a cabo las actividades normales de la vida cotidiana. Al igual que cualquier otra enfermedad, los síntomas de la depresión pueden variar en función de las personas.

B. PERFIL DEL PACIENTE EN RIESGO DE SUFRIR DEPRESIÓN

Perfil de paciente adulto mayor con riesgo de desarrollar cuadro depresivo:

- **Antecedentes depresivos previos**
- **Enfermedad médica incapacitante, sobretodo si el deterioro supone un cambio drástico y súbito respecto al nivel funcional previo, ejm: ECV**
- **Enfermedad dolorosa, ej: neoplasia, enfermedad osteoarticular deformante**
- **Pérdida reciente de cónyuge**
- **Cambio de domicilio habitual o ingreso a una institución**

C. FORMA DE PRESENTACIÓN

Es poco frecuente que las personas mayores, acudan al médico quejándose de un estado de ánimo deprimido. Lo usual es que éste se reconozca en el contexto de una visita al médico por otros motivos y que el paciente presente: fatiga matutina, enlentecimiento psicomotor y aplanamiento afectivo; intranquilidad, nerviosismo y ansiedad; alteración del ritmo del día y la noche; alteración del apetito (usualmente anorexia); cambios en el carácter (como irritabilidad) y/o múltiples quejas somáticas mal sistematizadas.

D. PERFIL DE RIESGO DE SUICIDIO

Las personas adultas mayores forman el grupo etario que con más frecuencia se suicida.

Perfil del paciente adulto mayor con riesgo de suicidio:

- **Género masculino**
- **Vivir solo**
- **Enfermedad depresiva severa**
- **Insomnio persistente**
- **Ideación suicida**
- **Inquietud psicomotora importante**
- **Enfermedad médica severa, dolorosa y/o incapacitante**
- **Pérdida reciente del cónyuge**
- **Institucionalizado o dependiente para cuidados a largo plazo**

La depresión es la enfermedad psiquiátrica más frecuente en las personas que se suicidan.

E. PRINCIPALES CAUSAS DE DEPRESIÓN

La depresión no es provocada por un solo factor; lo habitual es que en ella intervengan varios elementos. Aunque la causa exacta de la depresión no está clara, la investigación ha mostrado que en muchos casos puede ir asociada a una carencia o desequilibrio de varios neurotransmisores, incluyendo la serotonina y la noradrenalina, así como a causa de abandono y soledad.

No está claro por qué algunas personas se deprimen y otras no. En algunos casos sucede sin razón aparente, y en otros se ve desencadenada por un acontecimiento determinado, por un hecho negativo, o por la suma de una serie de golpes psicológicos o traumáticos para el individuo. Las personas cuyos parientes cercanos han sufrido depresión, son más propensas a tener esta enfermedad. Por otra parte, la depresión afecta aproximadamente al doble de mujeres que de hombres.

F. FACTORES DE RIESGO**Factores de riesgo para la depresión:**

- Aislamiento
- Dificultades en las relaciones interpersonales;
- Problemas de comunicación
- Conflictos con la familia, los compañeros de trabajo u otras personas
- Las dificultades económicas y otros factores de estrés de la vida diaria
- La ausencia de una relación estrecha y de confianza, ya sea cónyuge, con una pareja o con una amistad
- El abuso del alcohol
- Si se consumen cantidades excesivas de alcohol, en combinación con otras sustancias adictivas



G. ETIOLOGÍA POSIBLE

Etiología posible de la depresión en el adulto mayor:

- Al envejecer se reducen en el cerebro las concentraciones de *serotonina* y *noradrenalina*.
- La actividad de la *monoamino oxidasa B* aumenta con la edad.
- Además, los niveles hipotalámicos de *ácido 5 hidroxindolacético* disminuyen al envejecer y esto es indicativo de una *reducción en la acción hipotalámica del sistema serotoninérgico*.

H. SITUACIONES GERIÁTRICAS ASOCIADAS A LA DEPRESIÓN

Afecciones o situaciones geriátricas asociadas a la depresión:

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Demencia, especialmente de etiología vascular o de Alzheimer▪ Enfermedad de Parkinson y Corea de Huntington▪ Infarto del miocárdico▪ Accidente cerebrovascular▪ Hipo o hipertiroidismo | <ul style="list-style-type: none">▪ Neoplasias (sobre todo las del páncreas)▪ Carencia de ácido fólico o vitamina B12, que pueden acompañar a la desnutrición▪ Medicamentos como: benzodiazepinas, beta-bloqueadores, digoxina y esteroides.▪ Sífilis, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)▪ Situaciones vitales desfavorables, particularmente la viudez. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

I. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

Recuerde que la depresión **puede coexistir con la demencia en sus etapas tempranas**, en cuyo caso puede parecer un claro inicio del cuadro demencial, más que una evolución insidiosa a lo largo de un prolongado período, como es característico por ejemplo, en la demencia de tipo Alzheimer aislada. Las *respuestas poco coherentes* en la evaluación del estado mental son comunes en la depresión, pero no suelen acompañarse de perturbaciones del lenguaje (disfasias) o síntomas parietales (apraxias).

INTERROGATORIO

Pregunte por los cuatro síntomas más frecuentes de la depresión

- 1) Ansiedad
- 2) Síntomas somáticos
- 3) Irritabilidad
- 4) Falta de interés en las cosas que antes le agradaban

Interrogue sistemáticamente en busca de síntomas claves

- 1) Sensación de tristeza o irritabilidad
- 2) Pérdida de interés por actividades que antes le gustaban (aficiones, sexo, etc.)
- 3) Sentimientos de cansancio o de poca energía
- 4) Variaciones en el apetito o en el peso
- 5) Variaciones en los patrones de sueño
- 6) Dificultad para concentrarse o para tomar decisiones
- 7) Visión pesimista del futuro, sin esperanza
- 8) Sentimientos de inutilidad o falta de confianza en sí mismo
- 9) Se hace reproches a sí mismo o se siente culpable sin causa justificada
- 10) Ideas recurrentes de muerte o de suicidio

La presencia de **cinco** de estos síntomas (uno de ellos debe ser: tristeza o anhedonia(pérdida de placer) o pérdida de interés) durante **dos o más semanas** hace posible el **diagnóstico de depresión**

Esquema PNPJTE-CSS, 2011.

No olvide que en el adulto mayor, la depresión tiene características peculiares:

- La *ansiedad* suele ser más frecuente en el adulto mayor con depresión mayor que en el adulto joven.
- Las personas de edad tienden a no reportar las alteraciones del afecto, por considerarlas parte del envejecimiento, o porque no aceptan el sentirse tristes.
- El *retardo psicomotor*, usualmente flagrante en el joven, puede no ser tan obvio en algún paciente de mayor edad, de manera que los marcadores cardinales de la depresión pueden quedar enmascarados.
- Los *síntomas somáticos* suelen ser prominentes en la depresión geriátrica. Los más comúnmente reportados son: astenia, cefalea, palpitaciones, dolor generalizado, mareo, disnea, trastornos funcionales digestivos.
- Las *alteraciones cognoscitivas* suelen ser más obvias en el adulto mayor, en particular si hay deterioro asociado. La *pseudodemencia depresiva* (máscara cognitiva de presentación de la depresión) debe ser cuidadosamente diferenciada de la demencia de reciente inicio.
- La *ideación pesimista* es común y puede alcanzar niveles nihilísticos.
- Asimismo, la ocurrencia de *síntomas hipocondríacos* es frecuente (65%) y las *alucinaciones y delirios* pueden observarse en casos graves, particularmente delirios graves somáticos (pensar que tiene cáncer cuando no es verdad). En general los *síntomas psicóticos* son más frecuentes que en los individuos más jóvenes.



J. MANEJO DEL PROBLEMA

1. Intervenciones Específicas

La elección del programa terapéutico adecuado es un proceso que ha de individualizarse. *Con frecuencia resulta muy beneficiosa la combinación de tratamientos.*

Psicoterapia: Es un tratamiento eficaz para *depresiones menos graves* y debe ser ofrecida por personal de salud mental.

Fármacos Antidepresivos: Los principales tipos de antidepresivos utilizados en las personas adultas mayores son

- los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS),
- los antidepresivos tricíclicos (ATC),
- los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO)
- algunos otros antidepresivos nuevos cuyo uso generalmente corresponde al especialista.

La selección del fármaco apropiado necesita de una estrecha colaboración entre médico y paciente para determinar cuál el más adecuado. Todos los fármacos antidepresivos tienen efectos secundarios que tarde o temprano hacen necesario el ajuste de la dosis o la prescripción de otro fármaco. Es más probable con los fármacos tricíclicos y menos frecuentemente con los inhibidores de la recaptación de serotonina o los inhibidores selectivos de la monoamino-oxidasa.

El tratamiento ha de prolongarse al menos 6 meses después de la remisión de los síntomas. En depresión mayor o episodios recurrentes, la duración mínima del tratamiento debe de ser de un año, teniendo en cuenta que en este último caso puede necesitarse el tratamiento de por vida.

Terapia Electroconvulsivante (TEC): Puede resultar extremadamente útil en casos de *depresión grave* y será manejado por el Psiquiatra.

2. Plan de Seguimiento

El seguimiento en el consultorio es usualmente insuficiente. Siempre es útil la *psicoterapia adyuvante* y la *psicoterapia mediatizada* a través de las actividades sociales y de reactivación física.

La prescripción farmacológica debe ir acompañada de un intenso seguimiento de la evolución de los síntomas físicos y psíquicos así como de los posibles efectos secundarios. *La falta de respuesta en un plazo razonable (usualmente 3 o 4 semanas) obliga a la referencia a servicios especializados.*

- Casi todos los antidepresivos tienen una eficacia terapéutica semejante.
- La elección, entre ellos, vendrá dada por el *efecto secundario que queramos evitar*. En este sentido, *se toleran mejor los ISRS* que los ATC. *Sobre los nuevos antidepresivos (IRSN-venlafaxina, NASSA-mirtazapina, IRNA-reboxetina), no hay suficientes datos* en las personas adultas mayores, aunque al parecer son bien tolerados y eficaces. Iniciar con una dosis baja, hacer incrementos graduales, y ***siempre evitar el infratratamiento.***

- Si se logra efecto terapéutico, mantener tratamiento durante *6 meses*, excepto en casos de factores de riesgo precipitantes actuales, o severidad del episodio. *Si hay antecedentes de episodios previos*, el tratamiento de mantenimiento se prolongará *12 meses*. En casos de *episodios recurrentes frecuentes*, no está estandarizada la duración.
- *Aunque el paciente esté en remisión*, mientras dure el tratamiento de mantenimiento, **la dosis no debe disminuirse** por el riesgo de recaída.

ANTIDEPRESIVOS ÚTILES EN GERIATRÍA Inhibidores Selectivos de la Serotonina			
Fármaco	Dosis inicial	Dosis usual	Comentarios
Fluoxetina	5 mg	10-40 mg/d	Vida media prolongada, dosis única cotidiana. <i>Muchas interacciones</i> con otras drogas.
Fluvoxamina	25 mg	75-100 mg/d	Aún no aprobado en USA para tratamiento de depresión
Paroxetina	5 mg	10-40 mg/d	Útil para ansiedad prominente (anticolinérgico , evitar en demencia).
Sertralina	12.5 mg	75-150 mg/d	Interacciones.
Escitalopram	10 mg	10-20mg/d	
Citalopram	10 mg	20-60 mg/d	

Cuadro modificado a partir de Reuben D, Keela H, Pacala JT, et al en *Geriatrics at your Fingertips 2002* ed. Malden, MA: Blackwell Science, Inc., for the American Geriatrics Society; 2002. Adaptación PNPJTE-CSS 2011.

ANTIDEPRESIVOS ÚTILES EN GERIATRÍA Antidepresivos Tricíclico			
Fármaco	Dosis inicial	Dosis usual	Comentarios
Bupropion	25 mg	100-300 mg/d	<i>Considérelo si no hay respuesta a IISRS o tricíclicos. Contraindicado en epilepsia o convulsiones.</i>
Mirtazapina	7.5 mg	15-45 mg/d	<i>Sedante, mejora el apetito.</i>
Venlafaxina	25 mg	50-150 mg/d	No es anticolinérgico, no causa hipotensión.

Cuadro modificado a partir de Reuben D, Keela H, Pacala JT, et al en *Geriatrics at your Fingertips 2002* ed. Malden, MA: Blackwell Science, Inc., for the American Geriatrics Society; 2002. Adaptación PNPJTE-CSS 2011.



EFFECTOS SECUNDARIOS MÁS FRECUENTES Inhibidores Selectivos de la Serotonina	
Efecto Secundario	Recomendaciones
Gastrointestinales: náuseas, vómito, diarrea, epigastralgia	Dar siempre después de las comidas. Si hay eficacia terapéutica, pero con epigastralgia, agregar un protector gástrico.
Dopaminérgicos: signos extrapiramidales	Es más frecuente con la Fluoxetina. Suspender medicamento.
Inquietud psicomotora pudiendo llegar a una acatisia	Suspender y añadir benzodiacepina como el Lorazepam.

EFFECTOS SECUNDARIOS MÁS FRECUENTES Antidepresivos Tricíclicos	
Efecto Secundario	Recomendaciones
Estreñimiento	Medidas higiénico dietéticas. Si fallan, laxante,
Sequedad de la boca	Beber líquidos fríos y con limón, piña natural, chupar hielo.
Retención urinaria	Vigilar diuresis: si disminuye, reducir o suspender el medicamento.
Hipotension ortostática	Disminuir la dosis o suspender el medicamento por riesgo de caídas.
Arritmias	Evitar asociar con antiarrítmicos, realice EKG basal como control y en cada incremento de dosis.
Efecto anticolinérgico central	En caso de presentarse delirio, suspender el medicamento.

3. Intervenciones Genéricas

Una vez que la depresión ha sido reconocida, el médico general enfrenta una situación en la cual tendrá dificultades para asumir la responsabilidad del tratamiento del caso. Hay ocasiones en las cuales la enfermedad depresiva en el adulto mayor está ligada a:

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



Situaciones todas que pueden justificar la necesidad de recurrir a la colaboración de otros miembros del equipo geriátrico. La colaboración con trabajo social para la evaluación y apoyo del sistema familiar, con los terapeutas ocupacionales, con los servicios sociales para favorecer la reintegración a la vida de la comunidad y con las asociaciones de voluntarios, son recursos invaluable para favorecer la resolución de un cuadro depresivo en este contexto.

ANTIDEPRESIVOS QUE CONVIENE EVITAR EN GERIATRÍA	
Fármaco	Justificación
Amitriptilina	Anticolinérgico y sedante.
Doxepina	Anticolinérgico y sedante
Imipramina	Anticolinérgico y sedante

DEPRESIÓN SUBCLÍNICA

El subsíndrome depresivo, que también es llamado *depresión subclínica*, es importante pues es la forma más frecuente de depresión en las personas adultas mayores y está *relacionada a un mayor riesgo* de: depresión mayor, deterioro funcional y morbilidad médica por causas desconocidas.

El diagnóstico no está bien estandarizado, no cumple criterios de depresión mayor, ni de trastorno distímico. Correspondería a un conjunto de síntomas depresivos de suficiente intensidad como para causar sufrimiento personal al paciente. En ausencia de evidencia que lo prohíba, y debido a sus implicaciones pronósticas, se recomienda dar tratamiento farmacológico o psicoterapéutico.

PUNTOS CLAVE PARA RECORDAR

1. En toda depresión mayor, descartar ideación suicida
2. La depresión del adulto mayor es común y *responde a tratamiento*.
3. Hay que tener un alto índice de sospecha de una probable depresión frente a síndromes somatoformes e hipocondriasis.
4. Hay que considerar el diagnóstico en presencia de deterioro de las funciones mentales superiores.
5. *Los ansiolíticos no son terapéuticos en la depresión*.
6. Un tratamiento antidepresivo debe darse a dosis suficientes para lograr un efecto terapéutico, pero con prudencia para evitar los efectos secundarios.



K. BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS SUGERIDAS

- **Guías de Atención Integral al Adulto Mayor, Guía de Manejo y Diagnóstico, Depresión, Parte II, Capítulo 8, OPS/OMS 2010**
 - Blazer D. Depression in the elderly. *New Engl J Med* 1989;320:164-166.
 - Brenda W. Penninx, Guralnik J, Ferruci L, Simonsick E, Wallace R. Depressive Symptoms and Physical Decline in Community-Swelling Older Persons. *JAMA* 1998; 279: 1720-1726.
 - Butler RN, Lewis MI. Late-life depression: when and how to intervene. *Geriatrics* 1995;50(8):44-55.
 - Beekman ATF, Copeland JRM, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *British J Psychiatry*. 1999; 174:307-311.
 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition (DSM-IV), published by the American Psychiatric Association, Washington DC, 1994. <http://www.psychology.net/dsm.html>
 - Koeming and Blazer. Epidemiology of Geriatric Affective Disorders. *Clinics in Geriatric Medicine*. 1992; 8 (2): 135-251.
 - Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, et al. Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. *JAMA* 1997;278:1186-1190.
 - Meyers B, Depression and other mood disorders en Cobs EL, Duthie EH, Murphy JB, eds. *Geriatrics Review Syllabus: A Core Curriculum in Geriatric Medicine*. 5th ed. Malden, MA: Blackwell Publishing for the American Geriatrics Society; 2002. Depresión 215
 - NIH Consensus Development Panel. Diagnosis and treatment of depression in late life. *JAMA* 1992;268:1018-1024.
 - Penninx BW, Guralnik J, Ferrucci L, Simonsick E, Wallace R. Depressive Symptoms and Physical Decline in Community Dwelling Older Persons. *JAMA* 1998; 279: 1720- 1726.
 - Small GW. Recognition and treatment of depression in the elderly. *J Clin Psychiatry* 1991;42(6:Suppl.):11-22.
 - Talley J. Geriatric depression: avoiding the pitfalls of primary care. *Geriatrics* 1987;42(4):53-66.
 - U.S. Dept. of Health & Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy & Research. Clinical Practice Guideline Number 5. Depression in Primary Care: Detection, Diagnosis, and Treatment. AHCPR Pub. No. 98-0552, April 1993.
- Páginas web:
- Fundación Novartis para Estudios Gerontológicos: www.healthandage.com , en la sección Health Centers, encontrará una sección sobre Depresión (Depression).
 - El Instituto Merck de Envejecimiento y Salud: www.miahonline.org/tools/depression/, tiene un "tool kit" muy completo sobre la evaluación y el manejo de la depresión en la Atención Primaria



Programa Nacional de Salud de Adulto



CAPÍTULO XVI DOLOR ARTICULAR

A. DEFINICIÓN Y FORMAS DE PRESENTACIÓN

La fuente más común de sintomatología y de limitación funcional en el adulto mayor es el sistema músculo-esquelético.

El paciente habitualmente se queja de dolor articular directamente. Sin embargo, en ocasiones no lo hace, debido a que puede considerar que este tipo de dolor es un proceso normal o esperable en el envejecimiento.

El dolor articular puede ser según su localización:

- Monoarticular (en una sola articulación)
- Oligoarticular (en varias articulaciones)
- Poliarticular (en muchas articulaciones)

Además puede presentarse como:

- Dolores articulares en pequeñas o grandes articulaciones
- Acompañado de signos de inflamación (artritis) o sin signos inflamatorios

B. DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

¿SE TRATA DE ARTRALGIA ORIGINADA POR UNA ENFERMEDAD EXTRA-ARTICULAR?

Se debe descartar que otras patologías, en particular, infecciones o cáncer, sean las causantes del dolor articular, la fiebre, la pérdida de peso y el inicio agudo. Estas son pistas para determinar la causa, sin embargo, también pueden estar presentes en las patologías articulares. El dolor que no mejora con el reposo o con el cambio de posición es otra pista para un origen extra-articular.

¿SE TRATA DE UNA ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA SISTÉMICA O LOCAL?

Si el problema es primariamente articular, se debe descartar que forme parte de una enfermedad reumatológica sistémica que requiera un tratamiento específico (caso de la artritis reumatoide o la polimialgia reumática). Estas se pueden asociar también con datos sistémicos (*fiebre, pérdida de peso, fatiga*). Los *estudios de laboratorio* pueden orientar el diagnóstico, pero deben ser tomados con precaución, ya que los resultados en las enfermedades reumatológicas y las infecciosas, pueden presentar similitudes.

¿SE TRATA DE UNA ARTRITIS MONOARTICULAR O POLIARTICULAR?

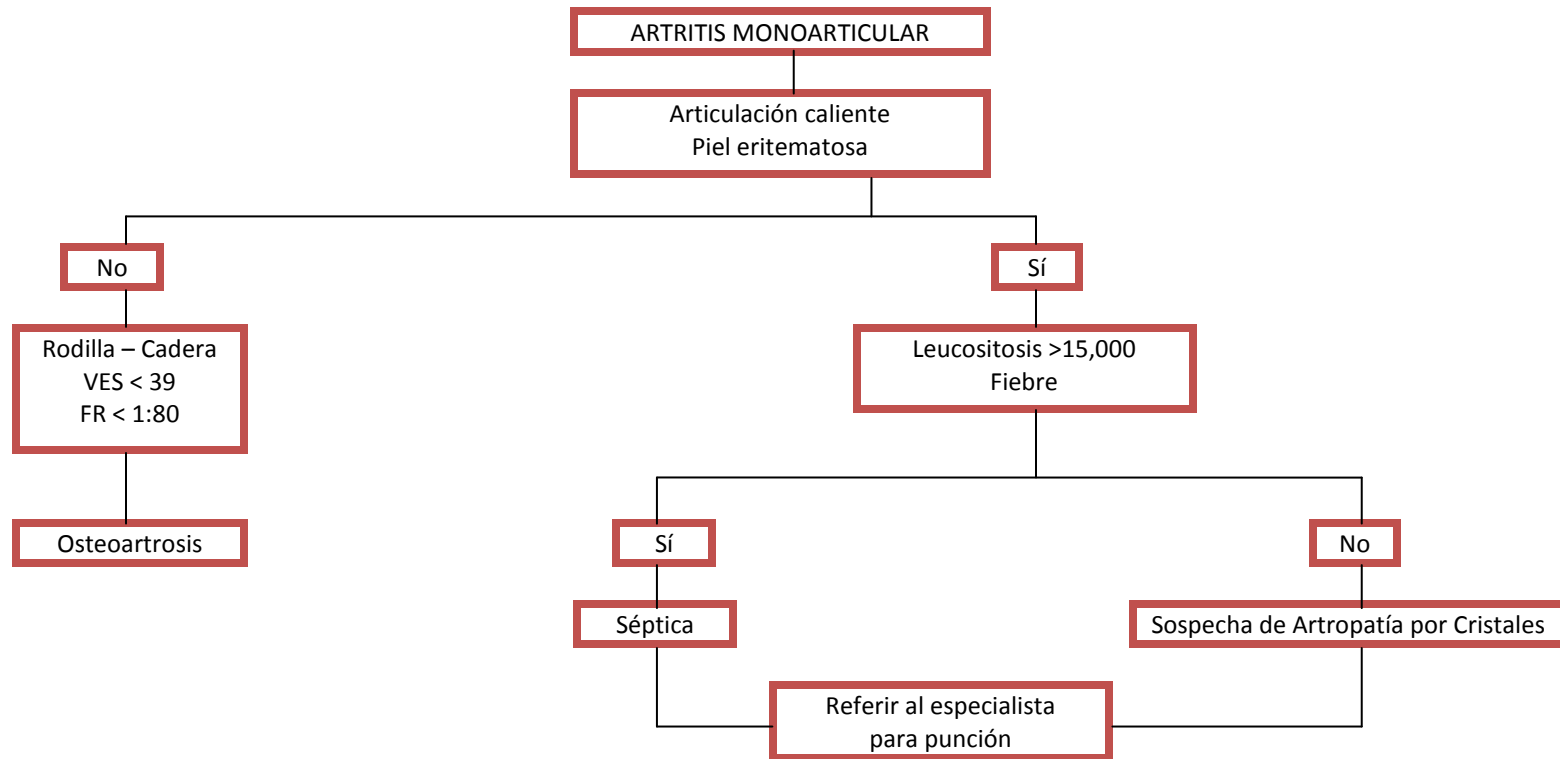
En caso de ser monoarticular puede ser útil utilizar el algoritmo que se muestra de Artritis Monoarticular.

CAUSAS MÁS FRECUENTES DE DOLOR ARTICULAR

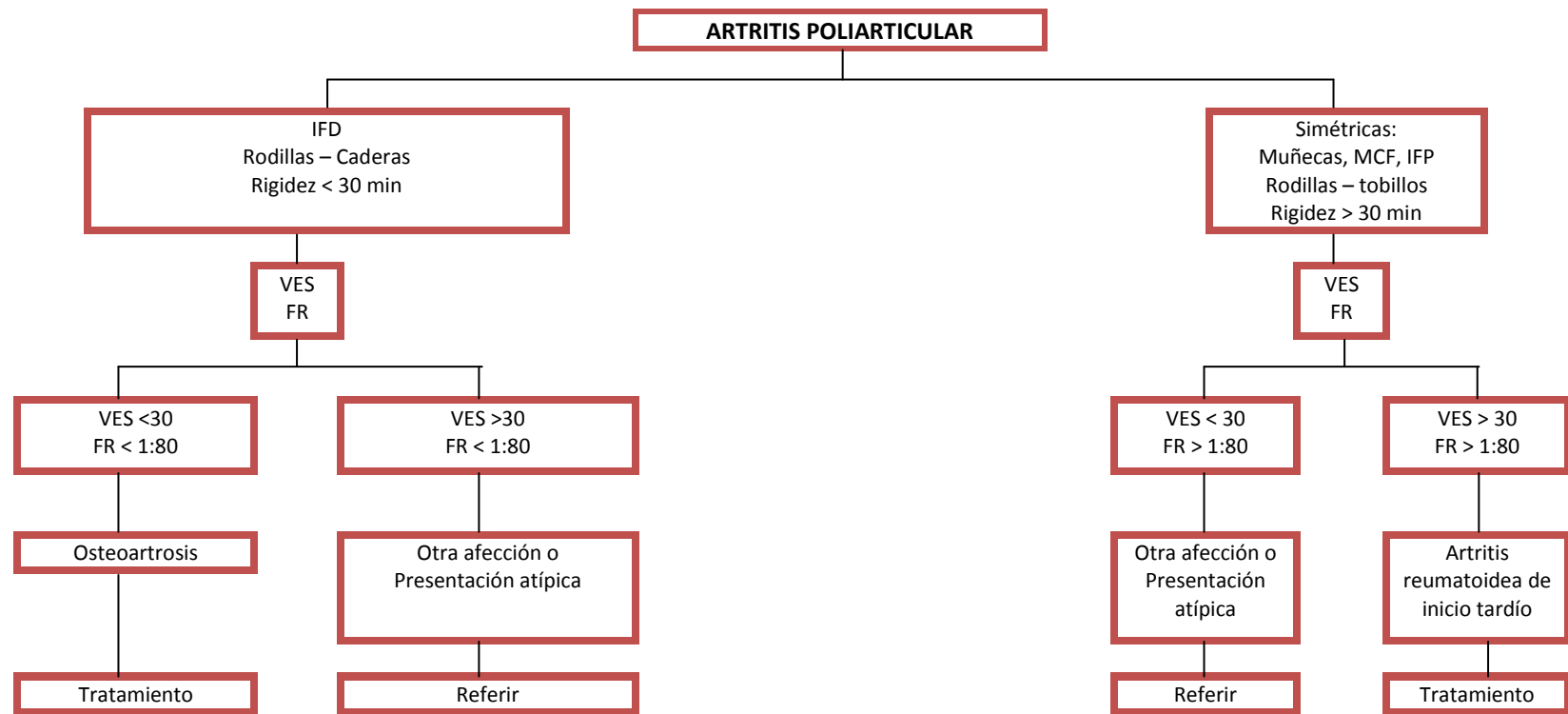
Enfermedad	Características Clínicas
Osteoartrosis	<p>Dolor más importante cuando la articulación se somete a carga. Aumenta con el movimiento y disminuye con el reposo. Afecta caderas, rodillas, columna lumbar, articulaciones interfalángicas distales y la primera articulación carpo-metacarpal. El dolor es habitualmente más importante en la mañana al comenzar a moverse y disminuye en el transcurso del día.</p>
Polimialgia Reumática	<p>Es la enfermedad reumatológica sistémica más frecuente de inicio en el adulto mayor. Dolor en cintura escapular y pélvica bilateral. Rigidez importante. Generalmente de inicio agudo. El dolor es peor en reposo que en movimiento. Velocidad de sedimentación elevada.</p>
Gota	<p>Generalmente de inicio agudo. Mono u oligo-artritis distal. Dolor intenso en la articulación afectada, la cual generalmente está eritematosa. La articulación más afectada es la primera metatarso-falángica. Las siguientes en frecuencia son rodilla y codo. Puede tener síntomas sistémicos.</p>
Pseudogota	<p>Características parecidas a la gota, aunque la pseudogota es más frecuente que la gota en el adulto mayor. Generalmente asociada a estrés metabólico (como en el período posoperatorio). Puede tener afección sistémica.</p>
Artritis Reumatoidea*	<p>Poco frecuente que tenga su inicio en el adulto mayor. Generalmente poliartritis distal <i>simétrica</i>. Afecta de manera predominante las <i>articulaciones pequeñas</i>. Puede tener síntomas sistémicos. Generalmente no afecta a interfalángicas distales.</p> <p><i>*Para el diagnóstico se requieren 4 características de las siguientes: rigidez matutina de más de 30 minutos de duración, artritis en al menos tres áreas articulares, afectación en manos, simetría, nódulos reumatoides, factor reumatoide positivo, alteraciones radiográficas compatibles. Las 4 primeras deben estar presentes por lo menos 6 semanas.</i></p>



ALGORITMO PARA DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS MONOARTICULAR



ALGORITMO PARA DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS POLIARTICULAR



IFD:
Interfalánfca
distal

IFP:
Interfalángica
proximal

MCF:
Metacarpofalánfca

FR:
Factor Reumatoideo

VES:
Velocidad de
sedimentación globular



C. MANEJO DEL PROBLEMA

1. Intervenciones específicas

MANEJO DEL DOLOR ARTICULAR	
Osteoartrosis	<p>El fármaco de elección, es el <i>acetaminofén a dosis de hasta 4 grs al día</i>.</p> <p>Se debe recordar que la osteoartrosis se caracteriza por <i>exacerbaciones y remisiones</i>, por lo que el tratamiento no es continuo en la mayoría de los casos.</p> <p>Durante las exacerbaciones se pueden emplear AINES, recordando asociarlos con misoprostol o bien con omeprazol para prevenir la aparición de enfermedad ácido péptica.</p> <p>El uso de <i>inhibidores de la COX2</i> es una buena alternativa, sin embargo su costo limita el uso a largo plazo (no disponible en CSS). Si a pesar del uso de estos medicamentos el dolor persiste, el paciente deberá ser referido a un nivel superior de atención.</p>
Gota y Pseudogota	<p>En la crisis aguda se utilizan <i>anti-inflamatorios no esteroideos</i> como primera elección.</p> <p>Una segunda opción es la <i>colchicina a dosis de 0.6 mg por vía oral cada 12 horas</i>.</p> <p>Este tratamiento es menos efectivo en la pseudogota que en la gota.</p> <p>Si existe hiperuricemia, esta se puede tratar con <i>alopurinol durante el período asintomático</i> para prevenir nuevos ataques.</p> <p>No se debe utilizar alopurinol durante un ataque agudo, sin embargo, si el paciente lo tomaba no es necesario suspenderlo.</p>
Artritis Reumatoide de inicio tardío	<p>Los <i>anti-inflamatorios no esteroideos</i> se pueden utilizar como primera opción, aunque cada vez aparecen más reportes de que los <i>agentes de remisión</i> pueden ser utilizados como primera línea, en particular el <i>metrotexate</i>.</p> <p>De cualquier manera, si los antiinflamatorios no esteroideos se encuentran contraindicados o bien son ineficientes, el paciente debe ser referido.</p> <p>Una opción es utilizar <i>inhibidores de la COX2</i>, los cuales han demostrado buen efecto terapéutico con baja probabilidad de efectos secundarios.</p>
Polimialgia Reumática	<p>La sospecha diagnóstica de polimialgia reumática obliga a una referencia urgente al especialista.</p> <p>De no ser esta posible y en ausencia de contraindicación, puede iniciar tratamiento de prueba con <i>20 mg de prednisona cada 24 hrs</i>. La respuesta suele ser "espectacular" cuando el diagnóstico es correcto, si bien, puede tardar en aparecer hasta una semana.</p>

2. Intervenciones genéricas

La actividad física revierte muchas consecuencias fisiológicas de envejecimiento; específicamente, el ejercicio mantiene la masa muscular y ósea, disminuye el aumento en la proporción grasa - músculo asociada con el envejecimiento y preserva la función física. Tan recientemente como mediados de los años ochenta, la instrucción en el tratamiento de la artritis reumatoide era que el ejercicio se debía de evitar y el reposo en cama total era un tratamiento de base cuando habían episodios graves en la



enfermedad. Cada vez más las pruebas han refutado estas creencias antiguas y han mostrado *el valor del ejercicio para las personas con artritis. El ejercicio preserva la función, reduce los síntomas y el número de días enfermos en los trastornos reumatológicos inflamatorios y osteoartritis*. El ejercicio prescrito debe considerarse una parte esencial del tratamiento de todos los trastornos reumatológicos.

PUNTOS CLAVES QUE RECORDAR

**El diagnóstico diferencial de una monoartritis aguda debe ser realizado de una manera expedita.
Se debe evitar el uso de anti-inflamatorios no esteroideos de manera crónica.**

D. BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS SUGERIDAS

- **Guías de Atención Integral al Adulto Mayor, Guía de Manejo y Diagnóstico, Dolor Articular, Parte II, Capítulo 13, OPS/OMS 2010**
- Agudelo CA, Wise CM. Crystal-associated arthritis. Clin Geriatr Med. 1998; 14(3):495- 513.
- Beers MH y Berkow R. Musculoskeletal Disorders. The Merck Manual of Geriatrics. Edición internet, 2000. http://www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/contents.htm
- Kane Robert L., J. Ouslander, I. B. Abrass, Geriatria Clínica. 3a. Edición. México: MacGraw-Hill Interamericana, publicación de PALTEX, Organización Panamericana de la Salud. 1997: 202-207.
- Matteson EL. Current treatment strategies for rheumatoid arthritis. Mayo Clin Proc. 2000; 75(1):69-74.
- Neshet G, Moore TL, Zuckner J. Rheumatoid arthritis in the elderly. J Am Geriatr Soc. 1991; 39:284-294.
- Ling SM, Bathon JM. Osteoarthritis in older adults. JAGS 1998; 46:216-225.
- Loeser RF, ed. Musculoskeletal and connective tissue disorders. Clinic Geriatric Med 1998; 14(3):401-667.
- Lozada CJ, Altman RD. New drug therapies for osteoarthritis. J Musculoskeletal Med 1998; (Oct.):35-40
- Sewell KL. Rheumatoid arthritis in older adults. Clin Geriatr Med. 1998; 14(3):475-494.
- Fundación Novartis para Estudios Gerontológicos: www.healthandage.com , en la sección Health Centers, encontrará una sección sobre Artritis.
- La página web del Centro de Vigilancia de Enfermedades de los Estados Unidos, (Center for Disease Control) tiene en su página web en el tema de envejecimiento (aging) información epidemiológica y de educación pública sobre el tema de artritis en las personas adultas mayores. www.cdc.gov



CAPÍTULO XVII CONFUSIÓN MENTAL O DELIRIUM

A. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El **DELIRIUM** es un *síndrome cerebral orgánico agudo*, caracterizado por un deterioro global de las funciones cognitivas, depresión el nivel de conciencia, trastornos de la atención e incremento o disminución de la actividad psicomotora. En todos los casos es consecuencia de una **enfermedad somática aguda**.

Hasta una tercera parte de los adultos mayores *hospitalizados*, presentan confusión mental al momento del ingreso o durante la hospitalización. Entre un 10 y 14% de los que se someten a *cirugía general* desarrollan delirium. Después de la *cirugía por fractura de cadera*, hasta la mitad de los pacientes mayores desarrollan un estado confusional agudo. Se desconoce cuál es su verdadera incidencia en el medio comunitario.

Como se observa, los términos: **delirium, confusión, confusión mental o estado confusional agudo** son tomados como *sinónimos* por la literatura.

B. FORMAS DE PRESENTACIÓN

El paciente se presenta con un estado de *desorientación* con fluctuaciones en su intensidad, generalmente con empeoramiento en la noche, tiende a tener una *conducta anormal* con hiperactividad, aunque en ocasiones ocurre lo contrario. Los *trastornos en la atención* son típicos.

Los *trastornos en el ciclo sueño-vigilia* pueden estar presentes, aunque en el paciente mayor no necesariamente tienen que estar relacionados a un síndrome confusional.

La importancia clínica de la confusión mental aguda
la determina su alta incidencia y el ser el primer indicador en la mayor parte de los
casos, de una enfermedad orgánica aguda.

C. FACTORES DE RIESGO

- Aunque el delirium puede aparecer a cualquier edad, se ha demostrado que su frecuencia aumenta de forma ostensible *después de los 60 años*.
- El *deterioro de las condiciones físicas y mentales previas* del paciente, ha demostrado ser un riesgo para desarrollar el síndrome ante *stress clínico o quirúrgico*. Al demostrar la existencia de un síndrome confusional agudo, se reconoce que existe un proceso patológico agudo que lo causa; por lo que trascendental para su manejo, la identificación del mismo

IDENTIFICACIÓN DE LOS PACIENTES EN RIESGO	
<p>VULNERABILIDAD O FACTORES PREDISPONENTES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Edad, cuanto más edad más riesgo. ▪ Existencia de demencia previa. ▪ Déficits sensoriales llimitantes y no corregidos. ▪ Deterioro funcional severo. 	<p>OTRAS CAUSAS MÉDICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastornos hidroelectrolíticos. ▪ Insuficiencia renal, hepática y/o respiratoria. ▪ Enfermedades endocrinas. ▪ Trastornos metabólicos. ▪ Hipotermia. ▪ Enfermedades cardiovasculares. <ul style="list-style-type: none"> – Arritmias. – Insuficiencia cardiaca. – Infarto cardíaco. – Tromboembolismo pulmonar. – Hipotensión arterial. ▪ Traumatismos y quemaduras. ▪ Enfermedades del sistema nervioso: <ul style="list-style-type: none"> – Hematoma subdural. – Enfermedades cerebrovasculares. – Encefalitis virales o paraneoplásicas. – Epilepsia
<p>IDENTIFICACIÓN DE FACTORES PRECIPITANTES MÁS FRECUENTES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fármacos, principal factor desencadenante modificable. ▪ Infecciones: en primer lugar, vías urinarias y respiratorias. Pueden ser banales. ▪ Deshidratación. ▪ Desnutrición. ▪ Dolor, en pacientes con limitación funcional importante. ▪ Impactación fecal. ▪ Intervenciones quirúrgicas, sobretodo ortopédicas (fractura de cadera) y cardiaca. 	<p>POR CAUSAS MÚLTIPLES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuando aparece más de una de las anteriores causas.
<p>INTOXICACIÓN O SUPRESIÓN DE SUSTANCIAS O MEDICAMENTOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intoxicación con drogas. ▪ Supresión de alcohol y otras drogas. 	

D. DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

En el adulto joven, *el dolor, la fiebre o la taquicardia* indican la existencia de *enfermedad médica aguda*. En el paciente mayor, es común que estos síntomas estén ausentes y que sea el **delirium** la *primera, y en ocasiones, la única expresión clínica de enfermedad*; la cual muchas veces es una condición médica tratable, pero que amenaza la vida del paciente.

Múltiples son los procesos que pueden provocarlo, por lo que en estos pacientes se debe realizar un *interrogatorio detallado*, con una *historia medicamentosa cronológica*, el *examen clínico general* y emplear *pruebas de laboratorio* apropiadas para diagnosticar infecciones, trastornos metabólicos y cardiorespiratorios. No olvide las causas neurológicas; puede ser necesario realizar una tomografía computarizada o un estudio del líquido cefalorraquídeo, procedimientos que justifican la referencia a un segundo nivel de atención.



Es posible obtener datos de interés en la búsqueda de la etiología, con una cuidadosa confección de la *historia clínica*. Debe realizarse la búsqueda de *signos que sugieran una causa médica general*, tales como: evidencias de infección, deshidratación o trastornos metabólicos de seriedad como es el caso de la hipoglucemia. Es infrecuente que un infarto agudo del miocardio o un tromboembolismo pulmonar tengan como debút este síndrome.

La *revisión cuidadosa de la historia medicamentosa del paciente* puede alertarnos sobre la posibilidad de que ésta sea la causa del problema. Muchas drogas son capaces de producir el síndrome sin necesidad de grandes cantidades de medicamentos para que el cuadro se desarrolle. Es también muy frecuente que la supresión brusca del tratamiento con determinadas drogas pueda ser el factor desencadenante del delirium.

Las *causas neurológicas* son también una etiología frecuente. Es muy útil la búsqueda de signos de focalización neurológica; cuando aparecen pueden ser muy orientadores en el diagnóstico, aunque su ausencia no nos asegura la posibilidad de que la confusión sea debida a una de estas causas.

En muchas ocasiones existe *más de una causa* que podría explicar el síndrome y en muchos casos es imposible determinar cuál es la que llevó al paciente a este estado; se dice entonces que la confusión ha tenido causa múltiple.

Aunque el Manual Diagnóstico de las Enfermedades Mentales (*DSM-IV*) no reconoce los *factores psicológicos o sociales* como causa de delirium, muchos autores insisten en que estos son capaces de producirlo. Entre los factores que más se mencionan están: la privación sensorial, la inmovilización, la admisión en hospitales, el cambio de hogar y/o la depresión.

E. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO

1. Cuidadosa historia clínica, tanto al paciente como a la familia.
2. Algoritmo diagnóstico: CAM (Confusion Assessment Method: Inouye et al.)
 - a. Inicio brusco y curso fluctuante.
 - b. Inatención.
 - c. Pensamiento desorganizado.
 - d. Alteración del nivel de conciencia.

Se requiere la presencia de a + b + c ó d.

Mientras no se demuestre lo contrario, todo cambio brusco con respecto al nivel previo del estado cognitivo, debe interpretarse como un delirium.

SEGÚN DSM-IV LOS CRITERIOS BÁSICOS PARA EL DIAGNÓSTICO SON:

- Trastornos de la conciencia (reducción de la claridad para reconocer el medio), con reducción de la habilidad para focalizar y sostener la atención.
- Cambios en la cognición (tales como disminución de memoria, desorientación y trastornos del lenguaje) o el desarrollo de trastornos de la percepción. Estos trastornos no deben ser atribuibles a un proceso demencial previo o en evolución.
- El trastorno se desarrolla en un corto período de tiempo (usualmente días u horas) y los síntomas fluctúan en el transcurso del día.
- Evidencias por la historia, el examen físico o los exámenes complementarios de que el trastorno es consecuencia fisiopatológica directa de una condición médica general, por intoxicación, uso de medicación o por más de una causa.



F. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL SÍNDROME CONFUSIONAL

- La demencia puede ser confundida con el delirium, y de hecho, los dementes tienen mayor susceptibilidad para desarrollar una confusión aguda, especialmente los pacientes con demencia por cuerpos de Lewy difusos, en quienes el delirium es un rasgo típico y precoz.
- Por el grado de desorganización del pensamiento, las alucinaciones y el incremento de la actividad psicomotora, muchos pacientes con delirium pueden ser diagnosticados y tratados erróneamente como psicóticos. Esto es muy peligroso, ya que no permite identificar y tratar la condición médica relacionada con el trastorno.
- Las características que permiten diferenciar a la demencia de estos cuadros de síndrome confusional agudo se muestran a continuación:

G.

COMPARACIÓN ENTRE EL DELIRIUM Y LA DEMENCIA	
Delirium	Demencia
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comienzo repentino ▪ Momento preciso de comienzo ▪ Suele ser reversible ▪ Duración breve (normalmente, de días a semanas) ▪ Fluctuaciones (por lo general, de minutos a horas) ▪ Niveles anormales de conciencia ▪ Se asocia típicamente con la administración de fármacos, o con enfermedad aguda ▪ Casi siempre es peor por la noche (sundowning o síndrome del anochecer) ▪ Desatención ▪ Desorientación variable ▪ Lenguaje típicamente lento, incoherente e inapropiado ▪ Recuerdo deficiente, pero variable 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comienzo insidioso. ▪ Momento impreciso de comienzo ▪ De progresión lenta ▪ Duración prolongada (años) ▪ Días buenos y días malos ▪ Nivel de conciencia normal ▪ Típicamente, no hay asociación fármacos o enfermedad aguda ▪ Suele empeorar por la noche ▪ No mantiene la atención ▪ Desorientación temporal y espacial ▪ Posible dificultad para encontrar la palabra correcta ▪ Pérdida de la memoria, en especial para acontecimientos recientes

H. BASES PARA EL MANEJO

1. INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

- Mantener un estricto balance hidroelectrolítico, una nutrición apropiada y es recomendable la administración de suplementos vitamínicos.
- Monitorizar el estado mental y las funciones vitales y garantizar un ambiente tranquilo, con rostros familiares al paciente, así como proveer objetos y en lo posible lugares comunes.
- Cuando los pacientes presentan inquietud o agitación hay tendencia a sujetarlos en el lecho. Esta conducta generalmente tiende a empeorar su estado y hacerlo menos tolerables, por lo que debe evitarse.
- El delirium frecuentemente empeora durante la noche, la oscuridad propicia su presentación, por lo que se recomienda mantener la habitación bien iluminada, incluso durante la noche.



- El insomnio, que molesta tanto al paciente como a sus cuidadores, puede tratarse con benzodiazepinas de acción corta o intermedia como el lorazepan, oxazepan o temazepan, mientras que la agitación puede responder al haloperidol.
- Cuando se requiera un tratamiento sintomático para los trastornos conductuales, será importante que se seleccionen siempre las drogas con menor efecto anticolinérgico.

2. INTERVENCIONES GENÉRICAS

- La corrección precoz de los déficits sensoriales.
- Movilización precoz.
- Colocación en la habitación del hospital o del hogar, un reloj de pared y calendario.
- La corrección precoz de los desequilibrios metabólicos, el tratamiento oportuno de las infecciones y el cuidado en el empleo de las drogas, son esenciales medidas de prevención contra estados confusionales.
- Es importante, en el adulto mayor que se hospitaliza, mantener un ambiente tranquilo y de confianza. Debe recibir información del lugar y los horarios, y de ser posible, tener una ventana con acceso a la luz del día y la presencia de un familiar cercano.
- El enviar al paciente lo más rápido posible a su casa, es una medida muy importante que evita la confusión, así como las infecciones nosocomiales.

3. INTERVENCIONES EN PACIENTES CON DEMENCIA

En estos pacientes y ante la presencia de delirium, estará indicado un análisis de orina por la frecuencia de infecciones urinarias que pueden pasar desapercibidas, así como una revisión de todos los fármacos.

- Principios del tratamiento farmacológico: No hay fármaco ideal y cualquier fármaco puede empeorar el delirium.
- Son deseables fármacos con:
 - Escaso efecto anticolinérgico.
 - Escaso efecto hipotensor.
 - Escaso efecto sobre el centro respiratorio.
- La elección vendrá dada por:
 - Facilidad de administración.
 - Efectos secundarios a evitar.
 - De elección, un neuroléptico. Entre ellos, el Haloperidol.
 -
- Necesario:
 - Monitorización diaria.
 - Reajustar dosis según respuesta.



I. ATENCIÓN A LOS CUIDADORES

Los cuidadores de pacientes con delirium sufren extraordinariamente las interminables noches de angustia tratando de controlar a un paciente agitado, lo que repercute en su salud. Es importante que se realice rotación adecuada entre los cuidadores y que éstos no desatiendan sus propios problemas de salud. Es importante que conozcan, que si bien, generalmente el delirium es una condición reversible, puede tomar un mes o más la recuperación del enfermo.

J. INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUCIÓN O ATENCIÓN

- Lo usual en presencia de delirium, es que el paciente deba ser *hospitalizado*, a menos que la causa del mismo sea clara y el tratamiento sea posible en su domicilio.
- La presencia de un delirium *hipoactivo*, suele asociarse con una enfermedad grave que requiere hospitalización.
- La *persistencia* del estado confusional, a pesar de la corrección de las anomalías que en apariencia le dan origen, obliga a su referencia para una más profunda evaluación.

PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

Es necesario *buscar sistemáticamente la causa de la confusión mental aguda para destacar alteraciones tratables como: trastornos metabólicos, infecciones y causas de gasto cardíaco bajo.*

Los medicamentos son causa frecuente de delirium en los mayores.

K. BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS SUGERIDAS

- APA Guideline Practice for the Treatment of patients with Delirium. Am J Psy 1999; 156 (59): 1-20 suppl. www.psychguides.com.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth edition (DSM-IV), published by the American Psychiatric Association, Washington D.C., 1994. <http://www.psychology.net/org/dsm.html>.
- Beers, Mark H. y Robert Berkow. The Merck Manual of Geriatrics. Edición 2000 disponible en internet : www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/.
- Breitbart W, Rosenfeld B, Roth A, et al. The Memorial Delirium Assessment Scale. J Pain Symptom Manage. 1997; 13 (3): 128-137.
- Inouye SK et al. The Confussion Assessment Method. Annals int med. 1999; 113: 941-948.
- Inouye SK, Bogardus ST, Charpentier P, Leo-Summers L, Acampora D; Holford and Cooney LM. A Multicomponent Intervention to Prevent Delirium in Hospitalized Older Patients. NEJM 1999; 340(9): 669-76
- Jahnigen DW. Delirium in the elderly hospitalized patient. Hosp Pract 1990; 25(8):135-157.
- Kane, Robert L., J. Ouslander y I. B. Abrass, Geriatria Clínica. 3a. Edición. México: MacGraw-Hill Interamericana, publicación de PALTEX, Organización Panamericana de la Salud. 1997: 75-83.



PROTOCOLO DE ATENCIÓN URGENTE DEL ICTUSISQUÉMICO

En su atención periférica policlínica o centro asistencial.

Introducción.....

El ictus es una emergencia médica. Los pacientes con ictus cerebrales requieren una evaluación inmediata, con la misma prioridad que el paciente con infarto agudo de miocardio o con politraumatismo. La creciente disponibilidad de tratamientos específicos que pueden ser empleados en las primeras horas tras el ictus obliga a establecer sistemas de coordinación de los diferentes niveles asistenciales, para asegurar una demora mínima en la evaluación y el tratamiento del paciente en el medio hospitalario. En este sentido, la implantación del llamado “código ictus” para coordinar los servicios extrahospitalarios de transporte urgente con los servicios hospitalarios ha demostrado ampliamente su utilidad.....

Medidas generales: Se deberán realizar los siguientes procedimientos iniciales:

1. Estabilización hemodinámica y cardiorrespiratoria.
2. Detectar traumatismos externos y otras complicaciones como úlceras por presión, síndromes compartimentales y rabdomiolisis en pacientes con bajo nivel de conciencia que han permanecido caídos en el suelo durante un tiempo prolongado.
3. Reposo absoluto en cama. La cabecera se mantendrá incorporada a 30-45°.
4. Anamnesis sencilla y rápida y exploración física.
5. Mantener inicialmente al paciente en nada por boca.
6. Toma de constantes: presión arterial (PA), temperatura, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno (SaO₂) glucemia capilar, al menos dos veces por turno de enfermería, más si el paciente se encuentra inestable o en caso de procedimientos especiales (por ejemplo, trombolisis).
7. Colocación de vía venosa periférica en el brazo no parético.
8. Utilizar suero de salina, evitar el suero glucosado.
9. manejo de la presión arterial: Se deberá tratar sólo cuando las cifras de PA se sitúen por encima de 185/110 mm Hg, se emplearán para ello fármacos hipotensores por vía intravenosa como labetalol (bolos de 10-20 mg) o urapidilo (dosis de 10-50 mg). Se deben evitar descensos bruscos y mantenidos de PA y por ello no deben emplearse fármacos hipotensores por vía sublingual. El descenso brusco de la presión arterial es más deletéreo en el anciano que en el joven por el pequeño margen que tiene con respecto a la presión media.
10. Recordar que la terapia antitrombótica puede usarse cuando el paciente ingresa al hospital antes de 4,5 hs del evento, el traslado lo antes posible es importante.
11. En caso de hiperglicemias por arriba de 140 mg/dl debe corregirse con insulina rápida o ultrarápida si disponen de ella.
12. en caso de SO₂ menor 92% utilizar oxígeno. No corrige y hay inestabilidad respiratoria intubar al paciente.

Bibliografía

- 1 Adams HP Jr, del Zoppo G, Alberts MJ, Bhatt DL, Brass L, Furlan A, et al. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups: the American Academy of Neurology affirms the value of this guideline as an educational tool for neurologists. *Stroke*. 2007;38:1655-711.
- 2 El European Stroke Organization (ESO) Executive Committee y el ESO Writing comité. Guías clínicas para el tratamiento del ictus isquémico y del accidente isquémico transitorio 2008. Disponible en: www.eso-stroke.org/pdf/ESO08_Guidelines_Spanish.pdf



salud
Ministerio de Salud
Chile

Programa Nacional de Salud de Adulto

ANEXOS



ANEXO 1

ESCALA DE ISQUEMIA DE HACHINSKI		
DATO CLÍNICO	PUNTAJE	PACIENTE
Comienzo súbito	2	
Deterioro a brotes	1	
Curso fluctuante	2	
Confusión nocturna	1	
Conservación de la personalidad	1	
Depresión	1	
Síntomas somáticos	1	
Labilidad emocional	1	
Antecedentes de hipertensión arterial sistémica	1	
Antecedentes de ictus	2	
Signos de aterosclerosis	1	
Signos neurológicos focales	2	
Síntomas neurológicos focales	2	
PUNTAJE: < 4 puntos = sugiere un trastorno degenerativo De 4 a 7 = casos dudosos y demencias mixtas >7 = sugiere demencia vascular		



ANEXO 2

ESCALA GLOBAL DEL DETERIORO (GDS) Para la Evaluación de la Demencia Primaria Degenerativa (ESCALA DE REISBERG)

Diagnóstico	Fase	Señales y Síntomas
Falta de demencia	Fase 1: Ningún declive cognitivo	En esta fase la persona tiene una función normal, no experimenta la pérdida de la memoria, y es sano mentalmente. Gente que no tiene la demencia sería considerada estar en la Fase 1.
Falta de demencia	Fase 2: Un declive cognitivo muy leve	Esta fase se usa para describir el olvido normal asociado con el envejecimiento; por ejemplo, olvidarse de los nombres y de donde se ubican los objetos familiares. Los síntomas no son evidentes a los seres queridos ni al médico.
Falta de demencia	Fase 3: Declive cognitivo leve	Esta etapa incluye la falta de memoria creciente, dificultad leve que concentra, funcionamiento de trabajo disminuido. La gente puede conseguir perdió más a menudo o tiene dificultad que encuentra las palabras correctas. En esta etapa, un person' s amados comenzará a notar una declinación cognoscitiva. Duración media: 7 años antes del inicio de la demencia
Etapa temprana	Fase 4: Declive cognitivo moderado	Esta etapa incluye dificultades de concentrarse, una disminución de la habilidad de acordarse de los eventos recientes, y dificultades de manejar las finanzas o de viajar solo a lugares nuevos. La gente tiene problemas llevando a cabo eficientemente/con precisión las tareas complejas. Puede no querer reconocer sus síntomas. También la gente puede recluirse de los amigos y de la familia porque las interacciones sociales se hacen más difíciles. En esta etapa un médico puede notar problemas cognitivos muy claros durante una evaluación y entrevista con el paciente. Duración promedia: 2 años.
Etapa media	Fase 5: Declive cognitivo moderadamente severo	Gente en esta fase tiene deficiencias serias de la memoria y necesita ayuda a completar las actividades diarias (vestirse, bañarse, preparar la comida). La pérdida de la memoria se destaca más que antes y puede incluir aspectos importantes de la vida actual; por ejemplo, puede ser que la persona no recuerda su domicilio o número de teléfono. También puede que no sepa la hora, el día, o donde está. Duración promedia: 1,5 años.
Etapa media	Fase 6: Declive cognitivo severo (la demencia media)	Las personas en esta fase requieren ayuda extensiva a hacer las actividades diarias. Empiezan a olvidar los nombres de los miembros de la familia y tienen muy poco recuerdo de los eventos recientes. Muchas personas solamente pueden recordar algunos detalles de la vida temprana. También tienen dificultades de contar atrás de 10 y de llevar a cabo las tareas. La incontinencia (la pérdida del control de la vejiga o de los intestinos) es un problema en esta fase. Cambios de la personalidad tales como el delirio (creer algo que no es verdad), las compulsiones (repetir una actividad, como limpiar), la ansiedad o la agitación pueden ocurrir. Duración promedia: 2,5 años.
Etapa avanzada	Fase 7: Declive cognitivo muy severo (la demencia avanzada)	Las personas en esta fase esencialmente no tienen la habilidad de hablar ni de comunicarse. Requieren ayuda con la mayoría de las actividades (p.ej., usar el baño, comer). A menudo pierden las habilidades psicomotores, por ejemplo la habilidad de caminar. Duración promedia: 2,5 años.