



## 1º Curso Anual de Geriatria a Distancia

# “Salud en la tercera edad”

Dirigido por:  
**Prof. Dr. Alcides Greca**  
**Prof. Adj. Dr. Fernando Filippini**

### Índice:

**Módulo 1:** Generalidades sobre las enfermedades en ancianos. La consulta de salud.

**Módulo 2:** Evaluación funcional.

**Módulo 3:** Incontinencia urinaria: cómo evaluarla, cómo tratarla.

**Módulo 4:** Caídas, trastornos de la marcha.

**Módulo 5:** Mareos y trastornos del equilibrio.

**Módulo 6:** Polifarmacia, interacciones de drogas.

**Módulo 7:** Inmovilidad, sus consecuencias, cómo prevenirla. Ulceras en los miembros inferiores.

**Módulo 8:** Alteraciones intelectuales: la queja cognitiva y sus diagnósticos diferenciales.

**Módulo 9:** Síncope

**Módulo 10:** Prevención en ancianos: screening, profilaxis y vacunas.

**Módulo 11:** Síndrome confusional. Delirios.

**Módulo 12:** Demencias, cómo evaluarlas, nuevos aspectos sobre su tratamiento.

**Módulo 13:** Depresión en el geronte, la mayoría de las veces subdiagnosticada.

**Módulo 14:** Trastornos del sueño.

**Módulo 15:** Aspectos en el manejo de la diabetes.

**Módulo 16:** Hipertensión arterial: ¿tiene aspectos diferentes que debemos conocer?

**Módulo 17:** Dislipidemias: ¿hasta cuándo tratarlas?

**Módulo 18:** Evaluación y tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico: ¿existen otros aspectos en este grupo etario?

**Módulo 19:** Temblor esencial y movimientos anormales: evaluación en el consultorio.

**Módulo 20:** Cuidando a los cuidadores de pacientes ancianos.

**Módulo 21:** Disfunción sexual: un problema real subdiagnosticado.

**Módulo 22:** Osteoporosis, tratamiento y prevención.

**Módulo 23:** Estudio de la pérdida de peso inexplicada.

**Módulo 24:** Tratamiento del dolor.

**Módulo 25:** Fractura de cadera: factores de riesgo, cómo prevenirla, pronóstico y tratamientos.

### Organización:

Curso organizado por la 1ra Cátedra de Clínica Médica de la Universidad Nacional de Rosario y el Servicio de Clínica Médica del Hospital Provincial del Centenario

Auspiciado por: la Asociación de Medicina Interna de Rosario (AMIR) y el Círculo Médico de Rosario (CIMERO). El Colegio de Médicos de la Segunda Circunscripción de la Provincia de Santa Fe le ha otorgado su reconocimiento con 100 puntos para la recertificación de Especialidades.

### Autoridades:

#### Directores:

Prof. Dr. Alcides Greca  
Prof. Adj. Dr. Fernando Filippini

#### Coordinadores:

Dr. Roberto Parodi  
Dra. María Soledad Rodríguez  
Dr. Javier Montero

#### Desarrollo Informático:

Dr. Ramón Ferro

## Módulo 1

Generalidades  
La consulta de saludDr. Javier Montero  
Prof. Adj. Dr. Fernando Filippini

Tanto en los países llamados del "primer mundo" como en aquellos en vías de desarrollo, como el nuestro, el aumento de la esperanza de vida, asociado a la reducción progresiva de la mortalidad, están provocando cambios importantes en las pirámides poblacionales. La esperanza media de vida ha aumentado 20 años desde 1950 llegando en el año 2000 a 66 años, y se estima que para el año 2050 haya aumentado 10 años más. Es por esto, que el médico clínico tiene la obligación de prepararse adecuadamente para atender esta creciente demanda. Es por esto que decidimos desarrollar este curso sobre "Salud en La Tercera Edad".

El envejecimiento es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Estos cambios se caracterizan por una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación y de reserva del organismo, que produce un aumento de la vulnerabilidad ante situaciones de estrés.

Esta pérdida de las respuestas adaptativas hace que la forma de presentación de las enfermedades en este grupo etario sea atípica o que se manifiesten tardíamente. Por ejemplo, un infarto agudo de miocardio, que habitualmente se presenta con dolor precordial, puede manifestarse con disnea de reciente comienzo o como un cuadro de insuficiencia cardíaca descompensada; por otro lado, una peritonitis apendicular puede manifestarse como un síndrome confusional agudo, luego de 48 hs de manifestaciones abdominales inespecíficas sin peritonismo. Por lo expuesto, cuando atendemos a un anciano debe tenerse una alta sospecha diagnóstica y debe abandonarse el esquema médico tradicional de "síntomas más signos, igual enfermedad".

Por convención, en 1984 se decidió denominar *anciano* a aquel paciente mayor de 65 años. La presencia de problemas de salud en éstos es frecuente. Si bien el 60 a 70 % de los ancianos vive en la comunidad sin grandes problemas médicos ni funcionales, la mayoría tiene más de una alteración crónica de la salud, habitualmente entre 2 y 4. Las más comunes son artrosis (50 %), lumbalgia (33 %), déficit visual (32 %) y disnea (25 %). Sólo el 10 % de los mayores de 75 años no presentan trastornos médicos. Por otro lado, se debe tener en cuenta la elevada prevalencia de los llamados "**gigantes de la geriatría**", problemas comunes que generan mucha discapacidad y dependencia que deterioran la calidad de vida del geronte. Estos son la inmovilidad,

la incontinencia urinaria, la inestabilidad postural, el deterioro intelectual; a éstos pueden agregarse el insomnio, la impotencia y la depresión. Cuando se evalúa a un anciano es importante conocer estos síndromes que suelen responder a varias causas, no tienen resoluciones simples y requieren, básicamente un apoyo humano considerado. Es función del médico de cabecera realizar un exhaustivo análisis para determinar la capacidad y los problemas médicos, funcionales y sociales de los ancianos con el objetivo de desarrollar un tratamiento adecuado y un seguimiento prolongado en el tiempo.

## La consulta de salud

Cuando evaluamos a un anciano debemos salir de la estructura médica clásica de analizar el motivo de consulta como único objetivo a resolver e intentar llevar adelante un modelo orientado hacia la detección de problemas habituales en este grupo etario, para luego ubicarlos en orden de jerarquía desde el punto de vista funcional. Esto requiere una evaluación no solo médica, prestando especial atención a los *gigantes de la geriatría*, sino también funcional y psicosocial. Supongamos que nos consulta un paciente de 78 años con un análisis que informa una glucemia de 190 mg/dl como único hallazgo anormal, al cual le constatamos una disminución de la agudeza auditiva y visual, y que al interrogar al familiar, nos refiere que tiene tendencia al aislamiento como expresión de un síndrome depresivo. En este caso es más importante insistir en la consulta oftalmológica y otorrinolaringológica que en lograr una glucemia de 120 mg/dl, si bien debemos hacer el esfuerzo por conseguirla.

La atención adecuada del paciente anciano es un proceso muchas veces multidisciplinario. Es importante incorporar el concepto de *consulta de control de salud del anciano* tanto en el paciente como en el cuidador (familiar, amigo, etc.) para lograr una calidad de vida lo más adecuada posible para cada paciente en cuestión.

El **interrogatorio** es como siempre, la parte más importante de la historia clínica. A los datos habitualmente clínicos, que uno recaba al interrogar a un adulto (datos filiales, antecedentes quirúrgicos, de enfermedades crónicas o pasadas, factores de riesgo cardiovascular y alcoholismo, entre otros) deben agregarse nuevos propios de este grupo etario. Me refiero a investigar sobre la presencia de problemas comunes (ver cuadro N1º) a través de una adecuada *evaluación funcional del anciano*, profundizar en el

antecedente de ingesta de *medicamentos* y tener en cuenta los *aspectos sociales*.

La *evaluación funcional* consiste en medir a través de diversos instrumentos y pruebas (ej. Índice de Katz, *minimal test*, etc.), la capacidad del anciano de funcionar como ser integral evaluando las áreas física, cognitiva y social. En la *esfera física* se debe interrogar sobre como realiza las actividades de la vida diaria (vestirse, comer, lavarse, caminar, etc.), si lleva a cabo actividades instrumentales necesarias para considerarse independiente (manejo del dinero, hacer las tareas de la casa, forma de desplazarse y de transporte, etc.), y si realiza actividades llamadas avanzadas (ejercicios, viajes, trabajo). La *esfera cognitiva* se evalúa a través del *test del reloj* y del *minimal test*, y en la *esfera social* se debe pesquisar indicios de depresión ya que es una causa comúnmente subdiagnosticada, de desatención, aislamiento y de trastornos de la alimentación.

El antecedente de *ingesta de fármacos* es fundamental debido a que la mayoría de los ancianos presentan algunos de los problemas previamente citados, e ingieren gran cantidad de medicamentos algunos recetados por profesionales y otros no. Debe tenerse en cuenta que el filtrado glomerular se reduce con la edad pudiendo llegar a un 40% a los 75 años y que, por otro lado, se altera la farmacocinética de varias drogas. Esta combinación hace que los ancianos polimedificados sean vulnerables a la administración de dosis habituales de algunas drogas, y más aún a dosis inadecuadas, pudiendo tener consecuencias desfavorables en ellos (bradipsiquia, caídas, interacciones por síndrome confusional, etc.). Está demostrado que existe un porcentaje no despreciable de internaciones por efectos adversos a drogas. Por otro parte se debe tener en cuenta la posibilidad de interacciones medicamentosas perjudiciales en estos pacientes. No debe olvidarse, por último, que muchos pacientes no consideran "drogas" a la aspirina, vitaminas, benzodiazepinas. Debe interrogarse explícitamente este antecedente.

El *medio ambiente* donde se desarrolla y la *red social* en la cual está inmerso deben ser tenidos en cuenta. Se debe interrogar sobre la calidad y tipo de vivienda (distribución de muebles, iluminación, barras en la bañera, escaleras, etc) para evaluar por ejemplo, el riesgo de caídas o la importancia que se le da al anciano en su casa. Las relaciones interpersonales con la familia y amigos y expectativas del cuidador son muy importantes y van a dictar también el pronóstico de cada paciente.

El **examen físico** comienza cuando el paciente ingresa al consultorio evaluando como entra al consultorio (caminando solo o con ayuda), como es la marcha, como está vestido e incluso como es tratado por el acompañante. Muchas veces con solo mirar al paciente uno puede saber ante quien está. El examen físico no varía mucho del que realizamos en

un adulto y no es nuestro objetivo explayarnos demasiado en esto, pero haremos mención a ciertas consideraciones.

La altura y el peso son datos importantes en estos pacientes. La primera debe medirse cada tres años. Se estima que un paciente puede reducir su talla en no más de 5 centímetros durante su vida. Cuando se supera este valor debe sospecharse aplastamiento vertebral. El exceso y déficit de peso se

asocia a mayor morbimortalidad. El índice de masa corporal (BMI) ideal se encuentra entre 22 y 25. Este dato es importante para planear una estrategia nutricional con el paciente. Debe pesarse periódicamente a los pacientes, y llevar un registro comparativo anual.

La evaluación inicial puede realizarse con el paciente sentado con las piernas colgando lo que permite una mayor comodidad y una cálida aproximación humana, fundamental en la relación médico-paciente. En esta parte no debe

olvidarse la exploración de las articulaciones y los reflejos osteotendinosos buscando signos de extrapiramidismo; la palpación de las arterias temporales; el examen de la boca debido a que en esta población la prevalencia de cáncer de boca es mayor; la búsqueda de adenopatías cervicales; y debe realizarse un primer examen cardiopulmonar.

Antes de acostar al paciente para completar el examen físico, ya más habituado al consultorio y al médico, se debe tomar el registro de la tensión arterial teniendo en cuenta la pseudohipertensión y descartándola a través de la maniobra de Osler. Se insufla el manguito del tensiómetro hasta superar la PA sistólica y se palpa el pulso radial; si aparecen juntos el latido palpatorio y auscultatorio la toma es correcta; si el latido auscultatorio aparece antes que el palpatorio es pseudohipertensión. En este caso debe tomarse en cuenta el latido palpatorio como indicador de PA sistólica. Otro modo de detectarla es insuflar el manguito del tensiómetro hasta superar la presión sistólica, para que desaparezca la onda de pulso, y verificar si se palpa la arteria radial rígida. Esto significa indirectamente que el paciente tiene arterias esclerocalcificadas, y que debe dudarse de los valores obtenidos, en especial si la PAS es muy elevada con respecto a la PAD (Presión diferencial o de Pulso). Posteriormente puede acostarse al paciente para completar la evaluación cardíaca, abdominal y de miembros. Antes de terminar debe tomar nuevamente la TA acostado y luego parado buscando la presencia de hipotensión ortostática, condición que se demuestra en un 10 a 30 % de los gerontes. Se hace diagnóstico si la PAS cae 20 mmHg, la PAD cae 10 mmHg, o el paciente refiere síntomas dentro de los tres minutos del ortostatismo. Por último, el fondo de ojo y el examen otoscópico deben formar parte del examen físico del gerente. En el cuadro 2 se muestran las maniobras del examen físico que se recomiendan realizar anualmente.

#### Cuadro 1. Problemas comunes en ancianos

- Inmovilidad
- Inestabilidad postural
- Caídas
- Deterioro intelectual
- Incontinencia urinaria
- Insomnio
- Impotencia
- Alteraciones visuales y Auditivas
- Depresión
- Malnutrición

La solicitud de **exámenes complementarios** puede ser necesaria para confirmar o descartar problemas médicos teniendo en consideración la relación costo-beneficio de estos estudios. Es el médico tratante quien deberá evaluar adecuadamente esta situación y saber interpretar los resultados. Debemos tener en cuenta cuales son los resultados que pueden alterarse como fenómeno asociado al proceso de envejecimiento, y cuales no. Los elementos formes de la sangre (eritrocitos – hematocrito / hemoglobina – leucocitos y plaquetas), electrolitos, calcio, fósforo, nitrógeno ureico y las pruebas de función hepática no presentan modificaciones importantes en relación con los valores del adulto. Sin embargo, otros parámetros sufren algunas modificaciones.

Con la edad la glucemia basal casi no se modifica, pero sí disminuye la tolerancia a la glucosa. Es por esto que se acepta un aumento de 10 mg/dl por década a partir de los 50 años tras la sobrecarga oral de glucosa.

La función renal disminuye con la edad. La disminución de la masa muscular lleva a una menor producción de creatinina. Por esto, es conveniente calcular la *depuración o clearance de creatinina* por la fórmula de Cockcroft ( $140 - \text{edad (años)} \times \text{peso (kg)} / 72 \times \text{Cr sérica}$ ). En las mujeres será el 80% del resultado de la fórmula. El clearance de creatinina disminuye en un 10% por década aproximadamente. Recordemos que en los mayores de 75 años puede llegar al 40 %.

La TSH y la T<sub>4</sub> libre no sufren modificaciones. Sin embargo se produce una disminución gradual de T<sub>3</sub> por menor conversión periférica de T<sub>4</sub> en T<sub>3</sub>. Algunos fármacos (propranolol, amiodarona, corticoides) pueden incrementar este efecto. En ocasiones, se puede observar disminución de T<sub>3</sub> y T<sub>4</sub> en pacientes con enfermedades graves sin significación de hipotiroidismo, es lo que se denomina **el estado del enfermo eutiroideo**.

La fosfatasa alcalina puede sufrir una elevación leve, pero valores altos deben levantar sospecha de procesos óseos (Enfermedad de Paget, osteoporosis, osteomalacia, fracturas vertebrales) o hepatobiliares.

El hierro sérico pueden estar bajos, pero debe evaluarse pérdidas o lo más común, malnutrición.

Se sugiere inicialmente en el primer control de salud, realizar pruebas sencillas como ser: hemograma, glucemia, creatinina, ácido úrico, colesterol, albúmina, fosfatasa alcalina, ionograma, y

un sedimento de orina. Se podría completar el análisis inicial con un electrocardiograma y una radiografía de tórax. Algunos especialistas proponen la realización de pruebas de función tiroidea, por la alta prevalencia y forma atípica de presentación de estas enfermedades.

### Conclusión

Como verán, el control de la salud del anciano es un proceso que puede requerir tiempo en muchos casos, e incluso puede ser extenuante para aquel médico que no entienda que el manejo de estos pacientes debe ser multidisciplinario. Es probable que se requieran varias consultas para abarcar todos los problemas que el paciente padece y además para impartir medidas preventivas tan relevantes en el cuidado de los ancianos. Debe explicarse al paciente y al familiar la importancia de la consulta de *control de salud* para poder acompañarlo adecuadamente en los últimos años de su vida de la mejor manera posible.

El médico debe dejar el esquema clásico orientado al diagnóstico clínico brillante ya que la mayoría de las veces tiene una relevancia limitada en estos pacientes. El modelo basado en la detección de problemas y la jerarquización y resolución según la importancia funcional de estos es lo que se propone.

### Bibliografía:

1. Evaluación Geriátrica multidimensional. Jáuregui R., Estrenaro J. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Editorial Panamericana.
2. [www.medicinageriatrica.com.ar](http://www.medicinageriatrica.com.ar)
3. J. L. Larrión. Valoración geriátrica integral (III): valoración de la capacidad funcional del paciente anciano. Servicio de Geriátria. Hospital de Navarra. Pamplona. Anales del sistema sanitario de Navarra.
4. Redín, J. M. Valoración geriátrica integral (I): Evaluación del paciente geriátrico y concepto de fragilidad. Servicio de Geriátria. Hospital de Navarra. Pamplona. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Suplemento 1. [www.cfnavarra.es](http://www.cfnavarra.es)
5. Larraín, P.P. Problemas en la atención del paciente anciano en la consulta ambulatoria. Boletín Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. 1997; 26:105-106.
6. [www.escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatria](http://www.escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatria)
7. Messerli FH, Ventura HO, Amadeo C. Osler's maneuver and Pseudo hipertensión. New England Journal of Medicine 1985; 312:1548-1551