

PARTE I: MÓDULOS DE VALORACIÓN CLÍNICA

Módulo **1**

VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR



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

MÓDULO

1

1.- INTRODUCCIÓN

¿QUÉ ES LA GERIATRÍA?

PECULIARIDAD DE LA ENFERMEDAD EN GERIATRÍA

2.- VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR

ANTECEDENTES DE SALUD

EXAMEN FÍSICO

VALORACIÓN NUTRICIONAL

VALORACIÓN FUNCIONAL

VALORACIÓN DEL ESTADO MENTAL Y AFECTIVO

VALORACIÓN SOCIAL

IDENTIFICACIÓN DEL ADULTO MAYOR FRÁGIL

DIAGNÓSTICO

TRATAMIENTO

3.- VALORACIÓN PREOPERATORIA

4.- GIGANTES DE LA GERIATRÍA

INMOVILIDAD

INESTABILIDAD

INCONTINENCIA

DETERIORO INTELECTUAL

IATROGENIA

5.- BIBLIOGRAFÍA

OBJETIVOS

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

ESPECÍFICOS:

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

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

1.- INTRODUCCIÓN

¿QUÉ ES LA GERIATRÍA?

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

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

PECULIARIDAD DE LA ENFERMEDAD EN GERIATRÍA

VARIABLES QUE AFECTAN LA PRESENTACIÓN DE ENFERMEDADES

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

CAUSAS MÚLTIPLES DEL MISMO SÍNTOMA

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

DIFERENTE PRESENTACIÓN QUE EN LOS ADULTOS JÓVENES

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

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

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

ENVEJECIMIENTO Y ENFERMEDAD

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

PRESENTACIÓN TARDÍA

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

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

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

RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE

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

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

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

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

OTROS FACTORES INVOLUCRADOS

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

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

- Posible deterioro de su entorno social y familiar.

2.- VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANTECEDENTES DE SALUD

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

CUADRO 1.1. DIMENSIONES PARA LA EVALUACIÓN

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

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

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

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

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

EXAMEN FÍSICO

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

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

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

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

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

VALORACIÓN NUTRICIONAL

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

Pregunte sobre la actividad física que acostumbra realizar la persona.

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

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

VALORACIÓN FUNCIONAL

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

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

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

VALORACIÓN DEL ESTADO MENTAL Y AFECTIVO

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

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

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

VALORACIÓN SOCIAL

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

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

DIAGNÓSTICO

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

TRATAMIENTO

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

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

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

CUADRO 1.2. TAMIZAJE RÁPIDO DE LAS CONDICIONES GERIÁTRICAS¹

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

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

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

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

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

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

3.- VALORACIÓN PREOPERATORIA

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

Con la evaluación pre-operatoria se pretende:

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

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

FACTORES DE RIESGO

- **EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIACO**

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

Las necesidades y los valores del paciente determinan el abordaje

CUADRO 1.3. ÍNDICE DE RIESGO CARDIACO MODIFICADO³

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

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

- **EVALUACIÓN DEL RIESGO PULMONAR**

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

Los factores de riesgo son:

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

- **EVALUACIÓN DEL ESTADO COGNITIVO**

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

- **EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL**

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

- **EXÁMENES DE LABORATORIO**

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

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

- **MÉRITO Y LIMITACIONES DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

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

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

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

La anestesia se puede complicar porque:

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

- **PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA**

Tome en consideración lo siguiente:

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

4.- LA GERIATRÍA EN EL CONTEXTO DE ATENCIÓN PRIMARIA

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

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

INMOVILIDAD

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

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

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

INESTABILIDAD

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

INCONTINENCIA

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

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

DETERIORO INTELECTUAL

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

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

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

IATROGENIA

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

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

5.- BIBLIOGRAFÍA

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

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

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

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

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

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

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