Guía Práctica de experiencias cotidianas

Félix Eduardo Nallim

Gerontología y geriatría



Gerontología y Geriatría

Guía Práctica de experiencias cotidianas

Gerontología y Geriatría

Guía Práctica de experiencias cotidianas

Félix Eduardo Nallim

Para Titi, mi mujer. Para Andrea, Valeria, Graciana y Farid, mis hijos.

AGRADECIMIENTOS

Debo reconocer la generosidad de mis pacientes y sus familiares que en gran parte han permitido la elaboración de este libro.

Debo agradecer también a Víctor Cattaneo, Maimará Ofelia Brugnoli, Eduardo Luis Pons, Rubén Michaux, Valeria Nallim, Luis Ignacio Mackern, Magdalena Nállim y Máximo Arias, por la estimada colaboración que me han prestado.

Sería injusto olvidar las valiosas enseñanzas que en la carrera de mi especialidad me han brindado Marcos Berezovsky (+), Robert Hugonot, Jean Dauverchain, Hervé Beck, Yves Delomier, Abraham Monk, Yehoshua Erlich, Alain Franco y Emilio La Rosa.

También a mis bondadosos amigos, Mario I. Sztern, Daniel Canet (+), Vicente Tedeschi, Roberto Barca, Gerardo Gastron, Mario Sánchez Quintana, Gustavo Mauricio y Ricardo Sardi.

Por fin, a la Asociación Interdisciplinaria de Gerontología y Geriatría de la Provincia de Mendoza, Federación Argentina de Geriatría y Gerontología, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cuyo y Facultad de Medicina de la Universidad del Aconcagua.

A mis abuelos, que inspiraron este libro.





A mis padres, que me ayudaron a ser médico.



PRÓLOGO

Cuando el Profesor Marcos Berezovsky me invitó en 1987 para dictar un curso de una semana en Rosario sobre Geriatría-Gerontología, no imaginaba yo que ese encuentro marcaría el comienzo de una hermosa aventura que iba a durar 15 años en la Argentina.

La colaboración y la amistad que nos unió con el Prof. Marcos Berezovsky tuvo su origen en la creación de una Asociación Internacional que íbamos a llamar "UNITAGE" (Universidad Internacional Itinerante de Gerontología). Los cursos de tres a cuatro semanas, dictados anualmente en Rosario, Mendoza, Mar del Plata y Montevideo y las conferencias en La Plata, Buenos Aires y Santa Fe, marcaban a UNITAGE con una impronta preponderante en la Argentina, antes de su extensión a Vietnam y Camboya.

Fue, pues, la Argentina, la cuna de esta empresa. Entre aquellos que han seguido esta epopeya, uno de los pioneros y el más fiel, fue el Dr. Félix Eduardo Nallim. A través de su Centro Gerontológico ("La Casa de Mis Padres") y sus funciones en el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI), Regional IV Mendoza, logró reunir todos los aspectos de la Gerontología Médica y Social. Los cursos de UNITAGE se desarrollaron primero, en el marco de la Universidad Nacional de Cuyo y luego, en la Universidad del Aconcagua.

Lo que dominó esta aventura mendocina fue, sin duda, el entusiasmo de quienes trabajaban con el Dr. Félix Eduardo Nallim en diversas Asociaciones Sociales y Hospitalarias y las numerosas Memorias redactadas por todos aquellos que deseaban coronar sus esfuerzos con un diploma.

Me siento feliz de ver que este movimiento gerontológico se ha ampliado en este momento, con la creación de Sociedades Médicas dinámicas y que ha tomado conciencia de que, en un futuro cercano, las "políticas de la vejez" deberán ser completadas por las "políticas del envejecimiento". El Dr. Félix Eduardo Nallim es uno de los pioneros de esta toma de conciencia y forma discípulos, de los cuales el principal, sin duda, es su yerno, el Dr. Luis Ignacio Mackern, quien ha seguido en Grenoble y Anncy una formación en Gerontología por más de dos años.

El trabajo que el Dr. Nallim nos presenta en esta obra está dentro de esta línea. Práctico, visual, formador por naturaleza, debería incitar a estudiantes y médicos de todas las edades a volcarse hacia una disciplina que, tanto en la Argentina como en los países industrializados que envejecen, tiene futuro.

Profesor Robert Hugonot (Traducción: Prof. Josefina Beatriz Barrangou de Mallol)

PREFACIO

Ser invitado a escribir el prefacio de un libro representa siempre un desafío que obliga a meditar concienzudamente sobre qué es lo que se puede decir de una obra que de por sí exhibe un valor significativo y, además, porque es arriesgado abrir juicios que armonicen con las ideas del autor o hacer interpretaciones que no pudieran estar en el contexto de la idea principal.

Tomar la decisión de trasladar al texto las experiencias personales de muchos años de práctica profesional es un acto lleno de generosidad, ya que esos textos tienen como finalidad continuar con la propia obra y ofrecer a sus lectores la posibilidad de compartir las experiencias del autor, difundiendo enseñanzas y aprendizajes surgidos de una intensa y extensa labor profesional desde distintos escenarios y variados roles.

Es también tener la convicción de que en ese caudal de conocimientos y saberes existe un valor que merece ser ofrecido a la comunidad. Así, la tarea que queda por realizar encontrará en el libro una referencia documental en la cual está sintetizada una idea fundamental, la de aproximarse lo más comprometidamente posible a comprender el destino del hombre en sus postreros años de existencia. Esos años en que la sociedad, el mundo del trabajo, y hasta el entorno socio afectivo no siempre comprenden la problemática que envuelve a los seres humanos que transitan los tiempos de la tercera edad, de la senectud, de la vejez.

Y este trabajo del Dr. Félix Eduardo Nallim constituye un testimonio de ese compromiso vital que asumió hace muchos años. Hoy nos entrega esta obra que es un verdadero manual de procedimientos que incluye los elementos necesarios para valorar la situación clínica de los gerontes desde las más diversas ópticas.

En el primer capítulo describe el escenario evolutivo de la vejez en nuestro país, los ámbitos de la gerontología y sus diversos enfoques, los medios de contención y los instrumentos utilizados en el cuidado de los ancianos, agregando tablas y escalas de valoración y seguimiento.

En el segundo capítulo presenta una rica galería de imágenes clínicas y correlaciones fotográficas con imágenes, que le han permitido en forma sintética destacar los rasgos salientes del caso y recomendar la terapia o advertir sobre ciertos detalles que es menester tener en cuenta. Nos lleva así por un recorrido ilustrado de su larga experiencia, haciendo de cada caso un motivo para una reflexión oportuna. En el capítulo tercero nos presenta en orden alfabético las patologías y malestares del anciano prevalentes, destaca aspectos particulares a tener en cuenta y hace las recomendaciones que su experiencia justifica.

Este libro permite al médico situarse rápidamente en la realidad del cuidado de los gerontes, no es un libro para aprender medicina sino una juiciosa guía para aprender a desenvolverse eficazmente en el campo gerontológico. Es un resumen de una larga experiencia que se expone para guiar, para promover la reflexión, para incitar a la mejora continua.

Viene por ello a llenar un vacío en la gerontología operacional. Ese es un mérito destacable porque pretende contribuir a la formación médica y de cuidadores de ancianos, para hacerlos más eficientes, para ayudarlos a saber hacer.

El envejecimiento poblacional al que asistimos nos obliga adoptar medidas preventivas para poder atender mejor a una población anciana creciente, de la cual, tarde o temprano, la gran mayoría de nosotros será parte.

Esta publicación es un desafió para que otros la superen y se preparen para cumplir el deber irrenunciable de la medicina de cuidar al hombre en su infortunio, en su padecer y en su tránsito hacia su fin terrenal.

Es una distinción haberme encargado de escribir estas palabras, lo hago con la alegría de ocuparme de un trabajo de alguien a quien conozco por su dedicación al tema, con quien hemos compartido numerosos emprendimientos en el área geriátrica y gerontológica, y hoy me provoca una enorme satisfacción acompañarlo desde estas líneas.

Pero quienes conocemos el perfil profesional del Dr. Nallim sabemos que esta obra no solo es producto de su entusiasmo sino que se apoya en una sólida formación. Médico graduado en nuestra provincia, especializado en Medicina del Trabajo, Cirugía y Geriatría, ha obtenido diplomas universitarios en Gerontología en la UNITAGE (Universidad Itinerante Internacional de Gerontología, de Grenoble). También se ha especializado en Francia e Israel, beneficiado por becas y obtenido premios. Por otra parte, ha tenido funciones de dirección en organismos asistenciales, de asesoramiento y conducción en organismos del gobierno nacional y del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados; y ha sido autor del anteproyecto de Ley Provincial de la Ancianidad. En fin, ha transitado intensamente por los carriles académicos y docentes, en sociedades científicas locales y nacionales, ha participado de numerosas reuniones científicas como expositor, panelista, moderador y consultor.

Esta ajustada síntesis de la dedicación profesional del Dr. Nallim permite vincular el mensaje de este libro con una vocación a la que el autor le ha sido fiel con el cultivo continuado de una disciplina, desde las distintas actividades relacionadas con ella en las que le fue posible actuar.

Profesor Mario Sánchez Quintana

PRESENTACIÓN

Siempre que he querido encontrar la razón por la que elegí trabajar con los "viejos" llegan a mi memoria las imágenes de mis cuatro abuelos, inmigrantes, quienes fueron generosos conmigo y me inculcaron el valor de llegar a la vejez. Y ya en el camino de las profesiones, mis padres con su esfuerzo permitieron que llegara a ser lo que más quería: médico.

La Gerontología y la Geriatría se comprenden, muchas veces, por lo que uno puede ver. Así, cuando no se tiene la oportunidad de una enseñanza formal de la problemática del envejecimiento y la vejez, los estudiantes finalizan su carrera sin haber tenido contacto directo con los pacientes viejos y sus enfermedades agudas y crónicas.

Esta necesidad me motivó para redactar este libro, donde se muestran con exclusividad patologías de la vejez. En él, los futuros médicos y los que ya están en ejercicio, encontrarán fotos acompañadas con una descripción de la enfermedad y algunos posibles tratamientos.

Cabe aclarar que la ausencia de muchas patologías geriátricas se debe a que he trabajado exclusivamente con mis pacientes.

Félix Eduardo Nallim

ÍNDICE

-		
Presentac	ión1	5
Anrovim	ación a la Gerontología Médica y Social	
Аргохии		
	Integración étnico-cultural de la población argentina	
	Objetivos de la Gerontología y categorías gerontológicas	
	Redes de contención gerontológica	
	El geriatra y su función	
	Instrumentos de valoración de un paciente geriátrico	
	Astenia en el sujeto de edad avanzada	
	Indice de Katz de actividades de la vida diaria	
	Escala de Blessed modificada	
	Examen Mínimo del Estado Mental.	
	Protocolo para el seguimiento del anciano con diabetes	
	Indice para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	
	Test del reloj	
	Otras tablas de valoración y seguimiento	
	onds tastes at fall-ration, y seguination	
Gerontol	ogía Clínica Ilustrada	
	Enfermedades del aparato cardiovascular	19
	Enfermedades del aparato respiratorio	
	Enfermedades del aparato digestivo y pared abdominal	
	Enfermedades del riñón y vías urinarias	
i	Enfermedades dismetabólicas	36
	Enfermedades de las glándulas endócrinas) 0
	Enfermedades osteoartrósicas y del aparato locomotor)2
	Enfermedades de la piel	3
	Enfermedades del sistema nervioso central y periférico	26
	Enfermedades oftalmológicas	39
	Enfermedades odontológicas	1 6
	Enfermedades de la mama	19
	Enfermedades del aparato vascular periférico	51
	Caídas y escaras	56
	Caídas: los diez mandamientos	51

Gerontología Clínica y Conocimiento de la Enfermedad

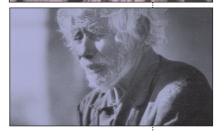
Alim	nentación. Anciano de alto riesgo. Anciano frágil	166
Arte	riopatía obliterante de miembros inferiores. Arteriopatías isquémicas periféricas	167
Caío	das	168
Cán	cer colo-rectal.	169
Cán	cer de mama. Cáncer de próstata	170
Cen	vicoartrosis. Constipación	171
Cox	artrosis. Degeneración macular. Delirium	172
Dem	nencia	173
Desh	hidratación. Desnutrición. Diabetes	175
Diar	теа	177
Dier	ntes. Disnea	178
Dolo	or abdominal agudo. Dolores abdominales crónicos.	
Eder	mas de miembros inferiores	179
Enfe	ermedad de Paget. Parkinson	180
	ermedad prostática. Entropión y Ectropión	
	ermedad de Alzheimer Probable. Enfermedad de Alzheimer Improbable	
	pela	
Eritr	· osedimentación. Escaras	184
Esófa	ago: Trastorno motor	185
	ilación auricular. Fiebre y aporte hídrico. Fractura de fémur e isquiopúbica	
	tura de húmero. Gonartrosis	
	rocefalia a presión normal. Hipertensión arterial	
	ertiroidismo. Hipotensión ortostática. Hipotiroidismo	
	ricia. Infección respiratoria	
	ovilización imperativa. Insuficiencia cardíaca. Insuficiencia coronaria	
	ficiencia respiratoria crónica. Insuficiencia venosa crónica funcional por la edad	
	cemia linfoide crónica. Lesiones cutáneas	
	edema	
Linfo	omas no Hodgkin y Enfermedad de Hodgkin. Litiasis biliar	195
	ıbalgias crónicas. Marcha: Trastornos	
	loma múltiple. Mielopatía cervical. Osteoporosis	
	ilisis del 3°, 4° y 6° par craneano. Patología uterina	
	dida de la autonomía. Periartritis escápulo-humeral	
	artritis. Prurito. Seudodemencia	
	drome de Diógenes. Temblores	
	nbosis venosa profunda de miembros inferiores. Tuberculosis	
	era de pierna	
	·	
Bibliografía		205

1

APROXIMACIÓN A LA GERONTOLOGÍA MÉDICA Y SOCIAL







APROXIMACIÓN A LA GERONTOLOGÍA MÉDICA Y SOCIAL

► INTEGRACIÓN ÉTNICO-CULTURAL DE LA POBLACIÓN ARGENTINA

ara acercarnos a la Gerontología ("ciencia que tiene por objeto el estudio exhaustivo del proceso biológico del envejecimiento en sus distintos aspectos, tanto en el hombre como en los otros organismos vivientes"), es importante en el caso de los viejos de nuestro país tener en cuenta, particularmente, algunos aspectos de su historia. Recordemos cómo estaba compuesta la población argentina hacia mediados del siglo XIX: 70% de origen mestizo, 12% indígenas, 16% negros y mulatos, 3% europeos. Estos datos nos sirven para comprender la integración racial y cultural que había dejado el período colonial entre los antiguos habitantes, los conquistadores españoles y la primera inmigración de ultramar constituida por población africana.







En esta integración, funcionaron distintos procesos.

A. Colombres¹ los define así:

- **1. Aculturación:** proceso de cambio complejo, en el cual a medida que se impone la cultura invasora se va destruyendo la del grupo invadido.
- **2. Transculturación:** procesos de aculturación impuestos y efectuados en forma acelerada y violenta.
- 3. Asimilación: se produce cuando el proceso de aculturación ha concluido con la adopción absoluta de las pautas de la cultura dominante en reemplazo de las propias formas culturales.

Ya a finales del siglo XIX, principios y mediados del siglo XX, y si tenemos en cuenta el fenómeno de la transculturación que sufrió la Argentina debido a las corrientes inmigratorias europeas, podemos afirmar -con Borges- que nuestro origen "desciende de los barcos". Y esto es significativo porque, actualmente, un número importante de pacientes demenciados son inmigrantes y se nos plantea el problema, en esta etapa, de la falta de adaptación a las normas y costumbres del país que los acogió; por ejemplo, olvidan la lenqua española y retoman su lengua materna (italiana, árabe, rusa etc.). Es decir, es como si nunca se hubiera producido la asimilación cultural²

"Toda sociedad sabe: un viejo no puede vivir solo. Esto es culturalmente así. siempre ha sido así. Está en la conciencia de todos que solo los más afortunados pueden llegar a viejos, dadas las condiciones precarias de vida que deben soportar".

UN CASO ESPECIAL: LOS ABORÍGENES

Dentro de los procesos interculturales y, en especial de la convivencia de distintas culturas, es interesante destacar la forma de vida de los aborígenes. Sobre todo porque ya "en la antropología moderna para definir a un indígena, no se tienen en cuenta sus características físicas, sino las particularidades de sus culturas. Estas culturas son las que nos permiten la clasificación, aunque hoy en día ya no podemos hablar de culturas aisladas o 'puras' en la Argentina. Todas están influidas o modificadas por la cultura occidental traída por los conquistadores "3.



foto 1

Cultura indígena.

"En la antropología moderna para definir a un indígena, no se tienen en cuenta sus características físicas, sino las particularidades de sus culturas. Son las culturas las que nos permiten la clasificación, aunque hoy en día ya no podemos hablar de culturas aisladas o 'puras' en la Argentina. Todas están influidas v modificadas por la cultura occidental traída por los conquistadores".

Veamos las características de un indígena en relación con la vejez:

"Nunca un indígena anciano está inactivo; si es agricultor, trabajará el pedazo de tierra que sus fuerzas le permitan; si es ama de casa, realizará las tareas que pueda; pero no como ayuda a los más jóvenes, sino como persona que hace su trabajo orgullosamente.

Los abuelos lo son de toda la sociedad, no interesa de quiénes son padres o hijos. Es de destacar la relación que mantienen con nietos y bisnietos.

En una sociedad aborigen no hay abandonados a sus propios medios. No están aislados en agrupaciones de viejos (asilos, pensiones).

No se organizan "asociaciones de viejos" porque no se considera que ellos sean diferentes, o estén imposibilitados de comunicarse con los más jóvenes.

Un anciano vivirá hasta el momento de su muerte con las mismas personas de siempre, en su casa de siempre y haciendo las tareas que siempre supo hacer"⁴.

Observemos las ilustraciones:

- **1.** Cultura indígena. *(foto 1)*
- **2.** Y aunque toda la sociedad sabe que "un viejo no puede vivir solo" -porque esto culturalmente ha sido

" Por lo general toda enfermedad es atribuida a la acción de un ente sobrenatural sobre el alma y lo consideran como único responsable de la enfermedad".



foto 3

Abuela indígena.

"Los abuelos lo son de toda la sociedad, no interesa de quiénes son padres o hijos. Es de destacar la relación que mantienen los ancianos con nietos y bisnietos. En una sociedad aborigen no hay abandonados a sus propios medios. No están aislados en agrupaciones de viejos (asilos, pensiones). Está incorporado a la normativa social que la vejez es una etapa más de la vida; se la acepta naturalmente".



23

así-, en la actualidad está en la conciencia de todos que sólo los más afortunados pueden llegar a viejos, dadas las condiciones precarias de vida que muchos de los aborígenes deben soportar. (foto 2)

- **3.** Anciana huarpe. (foto 3)
- **4.** Abuela indígena. (foto 4)
- **5.** Anciana indígena trabajando: la salud para el hombre andino es armonía consigo mismo, con el medio y con la divinidad. *(foto 5)*
- **6.** Pero tampoco podemos dejar de ver que si bien el proceso de transculturación ha permitido cambios de costumbres, no todas han sido beneficiosas, sino que a veces ha favorecido los hábitos tóxicos, como el beber o el fumar. (foto 6)
- **7.** Anciano indígena demenciado: a los ancianos que han perdido su memoria, su comunidad los protege y se hace cargo de ellos, pues el anciano es un bien valioso. Es poseedor de una historia que le permite relatar con fidelidad los acontecimientos que los jóvenes no vivieron. (foto 7)

"Cuando la comunidad aborigen emigra de su lugar de origen a los pueblos o ciudades se transforman en comunidades periurbanas".



foto 5



Alcoholismo.

"Paciente que es descendiente de huarpes y ha adquirido el hábito de la bebida. El alcoholismo aumenta de una manera alarmante.
La transculturalización ha permitido cambios de costumbres y ha favorecido los hábitos tóxicos como beber y fumar".

OBJETIVOS DE LA GERONTOLOGÍA Y CATEGORÍAS GERONTOLÓGICAS

Al comienzo del capítulo señalamos que la Gerontología era el estudio exhaustivo del proceso del envejecimiento en el hombre en particular y en todos los organismos vivientes en general.

Además, otros objetivos de esta ciencia son:

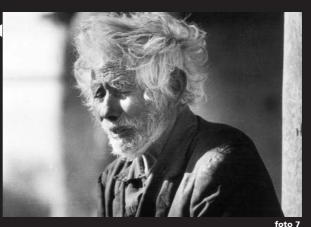
- El diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades de la vejez. Especialmente las llamadas crónicas degenerativas.
- La rehabilitación física, psíquica y social de los viejos.
- Retardar o frenar la velocidad del envejecimiento, prolongando el plazo de la vida de la mayor parte de los miembros de la comunidad hasta la longevidad que les correspondería filogenéticamente. Vale decir, por pertenecer a la especie humana, tratando de que dicha longevidad sea alcanzada en condiciones físicas, psíquicas y sociales adecuadas.

También, dentro de su estudio, podemos delimitar tres ramas o categorías gerontológicas:

a. Experimental o biológica: estudia el envejecimiento desde el punto de vista morfológico, fisiológico y psicológico en el hombre y otros organismos vivientes.



"La ausencia de salud es sinónimo de violación de tabúes, faltas cometidas o transgresiones de pautas modales o sociales que perjudican a toda la comunidad".



- **b. Médica o Geriatría:** es la aplicación de las ciencias biológicas del envejecimiento a la clínica humana.
- **c. Social:** estudia el envejecimiento desde el punto de vista sociológico y la influencia en dicho proceso de los factores ecológicos.

► REDES DE CONTENCIÓN GERONTOLÓGICA

VIVIENDAS COMPARTIDAS E INSTITUCIONALIZACIÓN

Sabemos que los pacientes demenciados desestructuran la familia y la ponen en estado de crisis, pues generalmente no encuentran las soluciones adecuadas para resolver este difícil problema.

Por otra parte, también es cierto que recién en los últimos años hemos tomado conciencia de esta problemática. Por eso, todavía no estamos suficientemente preparados socioeconómica y culturalmente para enfrentar esta realidad, pues es escasa la inversión que se ha hecho tanto en salud como en capacitación de recursos humanos. Y si bien es difícil montar una red gerontológica adecuada que pueda contener al paciente, su familia y su cuidador en todo el curso de su enfermedad, no es imposible.

"Los actores directos son los ancianos solos, carentes de vivienda; deciden voluntariamente su inclusión en el programa y eligen su propio grupo de convivencia".



foto 8



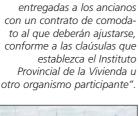
Desde el punto de vista sociológico, se puede ayudar a las familias ofreciendo la posibilidad de que el anciano viva en un medio que le brinde la atención adecuada. Las formas más corrientes son las viviendas compartidas y la institucionalización

VIVIENDAS COMPARTIDAS

La vivienda es uno de los requerimientos primarios de todo individuo y, según sus características, puede convertirse en factor de salud o enfermedad y, en casos extremos, en factor de aislamiento social. Una vivienda digna es la que garantiza la independencia y seguridad personal, favorece el esparcimiento y la ocupación del tiempo libre, permite la continuidad del propio estilo de vida, y desde donde se puede acceder fácilmente a los servicios comunitarios, centros asistenciales y de culto.

Las personas que viven solas afrontan como principales temores la soledad, el aislamiento, la enfermedad y la inseguridad.

Las condiciones económicas desfavorables y la carencia de familia continente determinan frecuentemente un hábitat inadecuado o la incorporación a conjuntos poblacionales marginales. Por eso, las viviendas compartidas procuran mejorar las condiciones y la calidad de vida de los ancianos, tengan o no familiares. Específicamente, procuran vivienda a los ancianos solos y/o matrimonios, promueven la integración grupal y comunitaria y evitan el desarraigo.



"Las viviendas serán





Logros:

- . Casa propia.
- . Conservación de sus propias pertenencias.
- . Recepción de sus familiares.
- . Nuevas relaciones comunitarias (grupo conviviente, vecinos, etc.)
- . Mejor calidad de vida.



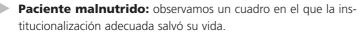
Otras de sus ventajas son:

- Ofrecen una atmósfera de comprensión en un medio adecuado a sus necesidades.
 - Mejora el estado general en lo bio-psico-social.
 - Disminuye la demanda de institucionalización.
 - . Aumenta la esperanza de vida.
 - . Aumenta la utilización de los servicios de la comunidad.
 - Permiten realizar tareas o trabajos remunerados o no, en el seno de la comunidad. (fotos 8, 9, 10, 11, 12 y 13)

INSTITUCIONALIZACIÓN

En este caso, entre las ventajas más importantes podemos mencionar:

- Posee una infraestructura adecuada a las capacidades.
- Disminuyen las tensiones familiares ocasionadas por el cuidado de un anciano enfermo.
- Atiende a los ancianos personal especializado (médicos, enfermeros, psicólogos, terapeutas, asistentes sociales, etc.)



Hombre de 66 años que presentaba depresión bipolar (abandono total de su persona, pérdida de peso hasta caer en un cuadro de malnutrición por ausencia del deseo de comer). Se evita su muerte alimentándolo por vía nasogástrica hasta recuperar parte de su peso. (foto 14)



foto 14



foto 15





Los centros gerontológicos deben poseer:

- . Sala de kinesioterapia.
- . Gabinete de podología.
- . Sala de lectura.
- . Consultorio odontológico.
- . Salones multiuso (gimnasia, música, etc.)

Talleres terapéuticos: los pacientes institucionalizados participan activamente de distintos talleres; en todos ellos se busca mejorar el bienestar del paciente y que disfruten de momentos de esparcimiento. Veámoslos:

Taller terapéutico de canto. Los pacientes trabajan la memoria, pues a través de las canciones reviven su pasado. Es una buena terapia para los pacientes afásicos con trastornos en la comunicación, los desorientados, los que padecen Alzheimer, y para los que simplemente les gusta el canto. (foto 15)

No sólo el canto, cualquier actividad musical (musicoterapia) favorece la sociabilización y permite utilizar la memoria sin dificultad. Un compositor de música de 84 años que sufre un deterioro psicoorgánico profundo, sin embargo puede tocar correctamente el órgano, rodeado de familiares y de otros ancianos que tienen un deterioro similar o más profundo. (foto 16)

Taller terapéutico de gimnasia y baile. Es importante para mantener la autonomía física del paciente anciano, pues mantienen o mejoran los reflejos y la movilización. Evalúa sus capacidades de escuchar, comprender, memorizar, reproducir e imitar gestos. No está contraindicado el uso de aparatos de gimnasia si se practica en forma moderada y controlada. (fotos 17, 18 y 23)



toto 18



En un país como el nuestro, donde tenemos un número importante de pacientes demenciados "que son inmigrantes", olvidan la lengua castellana y recurren a su lengua materna. En estos casos es muy importante el rol de la familia.

En la Argentina de hoy se desconocen datos estadísticos del porcentaje de pacientes demenciados como también el gasto que demanda la asistencia de esta población.



- ► Taller terapéutico intergeneracional. Se realiza con niños escolares para compartir recuerdos, bailes, cantos, paseos, una comida, la narración de historias de vida. (foto 19)
- **Taller terapéutico de lectura.** Permite a los ancianos situarse en el tiempo, apelar a la memoria, valorizar la expresión oral, conectarse con el mundo exterior y compartir sus experiencias. Ayuda a los pacientes con trastornos afásicos en la estimulación para devolverles la confianza en sí mismos. Tener una biblioteca es ideal; también la lectura de diarios y revistas de actualidad. (foto 20)
- Taller terapéutico de manualidades. A los pacientes con trastornos cognitivos, se los hace trabajar en estos talleres para fomentar la expresión y la creatividad. Se les enseñan distintas técnicas para trabajar, por ejemplo, con diarios, revistas, jabón en pan. También pueden ocupar su tiempo con actividades manuales como el tejido o la costura. (foto 21)
- **Taller terapéutico de memoria.** Si bien en todos los talleres se trabaja con la memoria, en éste se atiende especialmente esta capacidad para tratar de mantenerla y estimularla. Comúnmente se trabaja, sobre todo, con fichas, juegos de mesa y cartas. Sirve para estimular a pacientes depresivos, afásicos, y a los que están desorientados en el tiempo. *(foto 22)*



foto 21



EL GERIATRA Y SU FUNCIÓN

Autonomía versus dependencia

Recordemos:

- **a.** Pacientes que antes morían, hoy la medicina los transforma en personas con discapacidad.
- **b.** La Gerontología se propone aumentar la calidad de vida de los mayores, pero en estado de autonomía, para que puedan decidir sobre la conducta y el comportamiento de su vida.
- c. La función del geriatra es tratar las polipatologías.

El profesor Dr. Robert Hugonot⁵, nos aclara:

- Autonomía: es la capacidad de gobernarse a sí mismo; es decir, se tiene juicio, libertad, autodeterminación. Sólo es autónomo aquel que puede decidir sobre la conducta y el comportamiento de su vida.
- **2. Dependencia:** es la imposibilidad parcial o total de efectuar sin ayuda las actividades físicas, psíquicas y sociales de la vida diaria, y de adaptarse al medio que lo rodea. Entonces se requiere la ayuda de otras personas o se es cada vez más dependiente de aparatos sofisticados.

No debemos confundir:

- Una persona con una parálisis de sus miembros inferiores en silla de ruedas es dependiente, pero si su cerebro funciona claramente y puede decidir por sí mismo, es autónomo.
- Un paciente con enfermedad de Alzheimer ha perdido su dependencia y su autonomía.

Edades de interés geriátrico

Por su parte, el Prof. Dr. Hervé Beck, establece las edades de interés geriátrico:

45-60 años: edad del primer envejecimiento.

60-75 años: vejez gradual (viejos jóvenes).

75-85 años: vejez declarada.

85-99 años: grandes viejos (viejos viejos).

100 años y más: centenarios.

Y en su comentario nos recuerda que si bien tenemos una edad cronológica que está registrada en nuestro documento de identidad, también tenemos una edad biológica que es la resultante de la situación de cada uno de nuestros órganos. Es decir, alguien puede tener una edad cronológica avanzada y una edad biológica menor, o viceversa.

Características de un médico geriatra

Finalmente, el Prof. Jacques Richard⁶, hace hincapié en las características de un médico geriatra:

- Tiene la obligación del cuidado y no de curar.
- Debe ayudar al paciente, pero sobre todo lo ayudará a ayudarse.
- Busca valorar las capacidades residuales del paciente, para facilitar su inserción o reinserción social.
- Su meta es mejorar la calidad de vida del paciente en su última etapa del ciclo vital.
- Debe interrogarse sobre la libertad, el sufrimiento, la muerte, el tratamiento, la eutanasia y debe tener una orientación filosófica de la vida y, en especial, de su propia vida.

El paciente geriátrico

¿A quién consideramos "un paciente geriátrico"?

Al que suele reunir tres o más de las siguientes condiciones:

- . Habitualmente mayor de 70 años.
- Presenta pluripatologías.
- Su enfermedad principal tiene tendencia a la invalidez física.
- Hay patología mental acompañante o predominante.
- El manejo de la enfermedad está condicionado por problemas sociales.

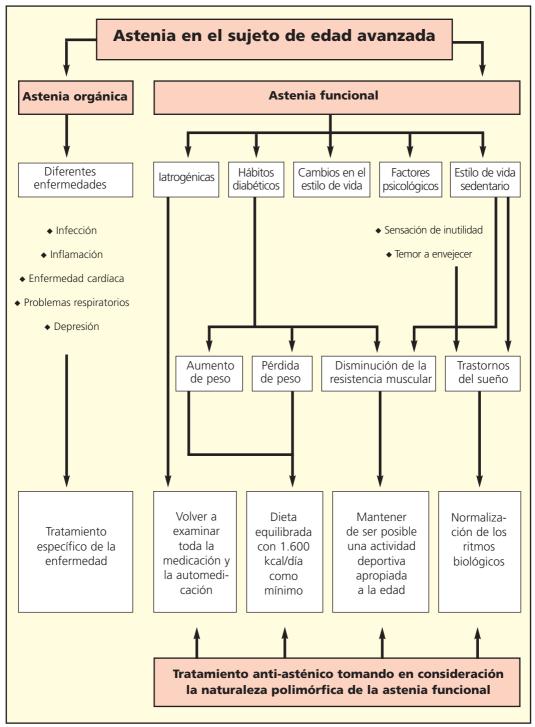
(O.M.S.)

También con el fin de reconocer a un posible paciente geriátrico, tengamos en cuenta "Las Once I de la Geriatría":

- 1 Inmovilidad
- 2. Incontinencia.
- Inestabilidad.
- 4. Insomnio.
- 5. Indigencia.
- 6. Impotencia.
- 7. latrogenia.
- 8. Irritabilidad de colon.
- 9. Inmunodeficiencia.
- 10. Incapacidad visual y auditiva.
- 11. Intelecto disminuido.

Instrumentos de valoración de un paciente geriátrico		
GRUPO GENERAL	NOMBRE DE LA PRUEBA	
Actividades de la Vida Diaria	Indice de Katz	
	Indice de Barthel	
	Indice de Lawton	
Apoyo social	OARS Escala de recursos sociales	
	Inventario de Recursos Sociales en ancianos	
Caídas	Cuestionario de la OMS para el estudio de caídas	
Calidad de vida y salud	COOP-WONCA	
Comunicación	Escala de comunicación de Holden	
Apoyo informal	Entrevista sobre carga del cuidador de Zarit	
Historia clínica	Historia global	
Funcionamiento cognitivo	Mini-examen cognoscitivo	
	Test del dibujo del reloj	
	Test del informador	
	Escala de demencia de Blessed	
	Test ADAS-COG	
	FAST	
Funcionamiento afectivo:	Escala de depresión de Yesavage	
ansiedad y depresión	Escala de Hamilton para valoración de la depresión	
	Inventario de la depresión de Beck	
	Cornell Scale	
	Escala de valoración de Hamilton para la ansiedad	
	Indicadores de tensión y ansiedad de Cautela y	
	Upper	
	Escala de depresión y ansiedad de Goldberg	
Satisfacción vital	Philadelphia Moral Scale	
Marcha	Escala de Tinetti	
Úlceras	Escala de Arnell	
Valoración nutricional	Mini Nutritional Assessment	
Síntomas neuropsiquiátricos	Neuropsychiatric Inventory	
Conducta	Cohen-Mansfield Agitation Inventory	
	COBRA	

Fuente: Curso Virtual "Síntomas Conductuales y Psicológicas en Demencia" 6/17 mayo 2002 - Geriatranet.com - (España)



Fuente: Adapted from: Guide Practique de Gériatrie. 2nd ed. Paris ммі édition; 1998.

INDICE DE KATZ DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Fecha...../...../....../ Para cada área de funcionamiento señalar la más aplicable (Ayuda significa supervisión, dirección o ayuda personal) **BAÑO: TANTO DUCHA COMO BAÑO** No recibe ayuda Recibe ayuda en una Recibe ayuda para en el baño. parte del cuerpo. más de una parte corporal. Toma la ropa y se Toma la ropa y se viste Recibe ayuda para viste sin ayuda. sin ayuda excepto para toma la ropa o vesatarse los cordones. tirse, o queda en parte desvestido. IR AL SERVICIO: PARA ELIMINACIÓN DE ORINA O HECES, LIMPIARSE Y COLOCAR SUS ROPAS Va al baño, se limpia Recibe avuda para ir al No va al baño solo y coloca sus ropas sin servicio o en la limpieza para eliminación ayuda (puede usar apoyos o en colocarse las ropas de orina o heces. como bastón o silla de después de la eliminaruedas y puede mantener ción o en el uso de oricuñas u orinal). nal o cuñas. **TRASLADO** Entra y sale de la cama Entra y sale de la cama No sale al iqual que de la silla con avuda. de la cama. sin ayuda (puede usar ayudas como el bastón). **CONTINENCIA** Controla los esfínte-La supervisión le ayuda Tiene accidentes de res por completo. a controlar. (Usa catéforma ocasional. ter o es incontinente). **ALIMENTACIÓN** Recibe ayuda en la Se alimenta solo, Se alimenta solo, excepto sin ayuda. alimentación o es en algunas cosas como cortar la carne. alimentado parcial o totalmente por tubos o intravenosamente.

Fuente: Katz et al., 1963.

Escala de Blessed modificada *

A. CAMBIOS EN LA EJECUCIÓN DE **ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA**

Esta sección permite calificar tres diferentes grados de severidad: No= 0, Algo= 0.5, Mucho= 1. Sume los puntajes corres-pondientes a las respuestas correctas en la línea al final de la sección

PÉRDIDA DE HARILIDAD

¿Ha notado usted en el paciente? NO ALGO MUCHO 0.5 1. Incapacidad para realizar tareas domésticas 1 0.5 2. Incapacidad para maneiar pequeñas sumas de dinero 3. Incapacidad para recordar una lista corta 0 0.5 1 de artículos 0 05 1 4. Incapacidad para encontrar los accesos en casa (encontrar la cocina, el baño, etc) 0.5 1 5. Incapacidad para encontrar el camino en calles que le son familiares o conocidas 0.5 6. Incapacidad para interpretar su entorno (no reconocer el lugar donde se encuentra la casa, el hospital, o para distinguir entre distintos tipos de personas: la familia, el doctor, los amigos, el cuidador) 0.5 7. Incapacidad para recordar eventos recientes (qué hizo, a dónde fue por la mañana, quién lo visitó, qué comió, etc) 0.5 1 8. Tendencia a situarse en el pasado (siente estar viviendo en el pasado)

B. CAMBIOS DE HÁBITOS

Marque la calificación correspondiente a la respuesta correcta y sume los puntajes de esta sección en la línea destinada para ello.

9. Comida

Utiliza con propiedad	0
los cubiertos	
Come sólo con cuchara	2
y de manera sucia	
Come sólidos simples	2
(ya no puede usar la cuchara)	
Tiene que ser alimentado	3

10. Vestido

_		
	Sin ayuda	0
	Ocasionalmente comete errores	1
	al abotonarse	
	Secuencia errónea, olvida	2
	prendas (se pone la camiseta	
	sobre la camisa)	
	Incapaz de vestirse solo	3

11. Control de esfínteres

. 44 45	
Control completo	0
Ocasionalmente moja la cama	1
Frecuentemente moja la cama	2
Doble incontinencia	3
(ambos esfínteres)	
(annual contract co)	_

Subtotal B:

1

C. CAMBIOS EN LA PERSONALIDAD INTERESES Y MANEJO DE SITUACIONES

Subtotal A:

12. Sin cambios	0
13. Aumento de la rigidez (menos adaptable)	1
14. Aumento del egocentrismo	1
15. Insensibilidad en relación a los otros	1
16. Tosco en su afecto	1
17. Disminución del control emocional (más irritable o	1
más impulsivo)	
18. Hilaridad en situaciones inapropiadas	1
19. Disminución de la respuesta emocional	1
20. Interés sexual disminuido o conducta sexual inapropiada	1
21. Interés sexual conservado	0
22. Abandono de sus pasatiempos	1
23. Disminución en su iniciativa o apatía creciente	1
24. Hiperactividad sin propósito	1
Subtotal C:	

D. PREGUNTAS COMPLEMENTARIAS

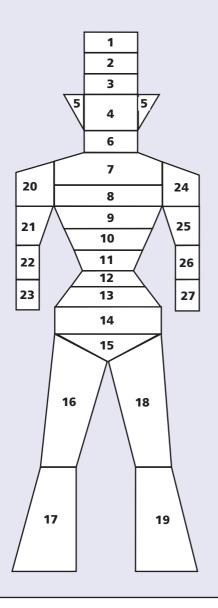
- 1. Hay dificultad para planear y organizar lo que se va a hacer (con una secuencia lógica)
- 2. Le es difícil mantenerse dentro de un tema conversación
- 3. Olvida con frecuencia apagar los aparatos eléctricos (plancha, tv, radio)
- 4. Tiene dificultad para comprender las preguntas que alguien le hace
- 5. Tiene dificultad para realizar y concluir adecuadamente tareas o actividades que inicia (completar todos los pasos para lavar la ropa, cocinar, etc)

Subtotal D:

Escala de evaluación global

G E R O N T E

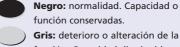
En 1981, en el servicio de Geriatría del hospital francés de Vierzon los médicos R. Leroux, G. Viau, M. Fournier y R. Bergeot dieron a conocer en La Revue de Geriatrie 6/9/1981 una escala gráfica en la que con la simple visualización de una silueta humana, que denominaron "geronte", un observador rápidamente puede captar la información completa del estado biopsicosocial de un paciente.



Nombre y apellido

Fecha/..../...../

- 1. Coherencia
- 2. Orientación T.E.
- 3. Integración social
- 4. Vista
- 5. Oído
- 6. Habla
- 7. Higiene (parte superior)
- 8. Higiene (parte inferior)
- 9. Vestirse (parte superior)
- 10. Vestirse (parte superior)
- 11. Calzarse
- 12. Alimentarse
- 13. Tipo de alimentación
- 14. Continencia
- 15. Continencia fecal
- 16. Manejar objetos usuales
- 17. Preparación de alimentos
- 18. Tareas domésticas
- 19. Comunicarse
- 20. Utilización de transportes
- 21. Salir de compras
- 22. Hacer visitas
- 23. Actividades socioculturales
- 24. Validez global
- 25. Desenvolvimiento interior
- 26. Ayudas para AVD
- 27. Desenvolvimiento exterior



función. Capacidad disminuida.

Blanco: Incapacidad total. Pérdida

de la función.

	Mínimo del Estado Mental (Mini Mental Status Exam) Fecha	
Nombre del paciente	Cada respuesta correcta vale 1 punto	Puntaje Actual Ideal
Orientación en el tiempo (No induzca las respuestas).	¿Qué fecha es hoy? ¿Qué día es hoy? ¿En qué mes estamos? ¿En qué estación del año estamos? ¿En qué año estamos?	1 1 1 1 1
Orientación en el espacio (No induzca las respuestas).	¿Dónde estamos? ¿En qué piso estamos? ¿En qué ciudad estamos? ¿En qué provincia estamos? ¿En qué país estamos?	1 1 1 1
Registro (Enuncie las tres palabras claras y lentamente a un ritmo de una por segundo. Luego de haberlas dicho, solicite a su paciente que las repita. La repetrición determina el puntaje, pero haga que el paciente siga repitiendo hasta que aprenda las tres, hasta seis intentos).	Pelota Bandera Arbol	1 1 1
Atención y cálculo (Hágale deletrear la palabra MUNDO de atrás hacia adelante (ODNUM). Cada letra en el orden correcto vale 1 punto; o bien, pidale al paciente que realice restas consecutivas de a 7 unidades, comenzando desde 100 (93,86,79,72,65). Deténgase luego de 5 restas. Cada resta correcta vale 1 punto).	Deletrear MUNDO al revés (1 punto por cada letra correcta: ODNUM) o bien, ¿cuánto es 100 -7? (Hacer 5 restas: (93), (86), (79), (65): 1 punto por cada resta correcta)	5 (5)
Evocación (Pregunte al paciente si puede recordar las tres palabras que antes repitió).	Nombre las tres palabras que antes repitió.	3
Lenguaje		
Nominación (Sólo un intento que vale 1 punto, para cada ítem).	¿Qué es esto? (mostrarle un lápiz) ¿Qué es esto? (mostrarle un reloj)	1
Repetición (Sólo un intento que vale 1 punto, para cada (tem).	Dígale a su paciente la siguiente frase: "el flan tiene frutillas y frambuesas" y pídale que la repita.	1
Orden de tres comandos (Cada parte correctamente ejecutada vale 1 punto).	Déle a su paciente un papel y dígale: "tome este papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y colóquelo en el piso".	3
Lectura (Otorgue 1 punto sólo si el paciente cierra sus ojos).	Muéstrele la hoja que dice: "cierre los ojos", y dígale: "haga lo que aquí se indica, sin leerlo en voz alta".	1
Escritura (No dicte la oración; ésta debe ser espontánea. Debe contener un sujeto y un verbo. No es necesario que la gramática y la puntuación sean correctas).	Déle a su paciente una hoja en blanco y pídale que escriba una frase.	1
Copia (Para ser correcto, deben estar presentes todos los ángulos, los lados y las intersecciones. No se toman en cuenta temblor líneas desparejas o no rectas. La distribución de las figuras copiadas debe ser igual al original).	Déle a su paciente la hoja que dice: "copie esta figura", y pídale que copie el dibujo.	1
Total MMSE:		30

Fuente: Folstein y colaboradores.

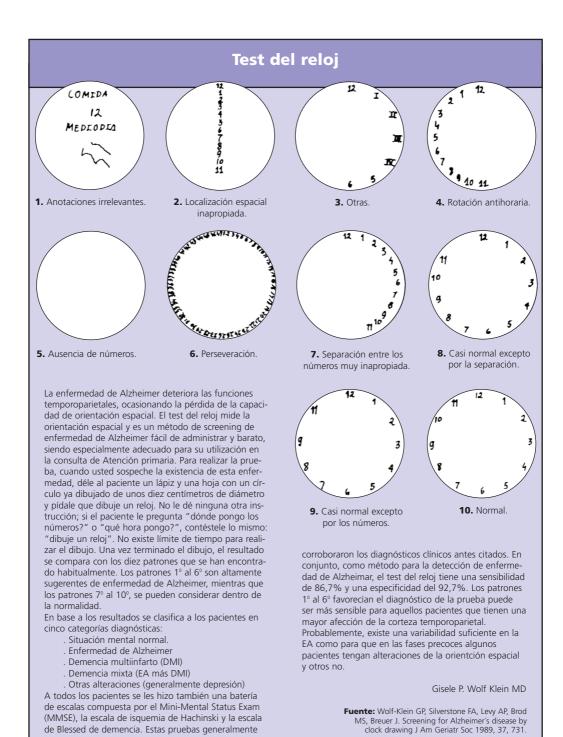
Procedimiento	Inicial	Cada 3 o 4 meses	Anua
Historia clínica completa	Х	Х	Х
Actualización datos historia clínica			Х
Evolución de problemas activos y nuevos eventos		Х	
Examen físico completo	Х		Х
Talla	Х		
Peso e IMC	Х	Х	Х
Diámetro cintura o relación cintura/cadera	Х		Х
Tensión arterial	Х	Х	Х
Pulsos periféricos	Х		Х
Inspección de los pies	Х	X	Х
Sensibilidad pies (vibración, monofilamento)	Х		Х
Reflejos aquiliano y patelar	Х		Х
Fondo de ojo con pupila dilatada o fotografía no	Х		Х
midriática de retina			
Agudeza visual	Х		Х
Examen odontológico	Х		Х
Glucemia	Х	X	Х
HbA 1c	Х	X	Х
Perfil lipídico	Х		Х
Parcial de orina	Х		Х
Microalbuminuria	Х		Х
Creatinina	Х		Х
Electrocardiograma	Х		Х
Prueba de esfuerzo	Х		Х
Ciclo educativo	Х		Х
Reforzamiento de conocimientos y actitudes		X	
Evaluación psicosocial	Х		Х

Fuente: Prof. Dr. Pedro Tesone, Buenos Aires, Argentina, 2002.

Índice para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

	_
A. Capacidad para usar el teléfono	
Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc	1
2. Marca unos cuantos números bien conocidos.	
Contesta el teléfono, pero no marca	
4. No usa el teléfono en absoluto	
4. No usa el telefotio en absoluto	0
B. Ir de compras	
Realiza todas las compras necesarias con independencia	1
Compra con independencia pequeñas cosas	
Necesita compañía para realizar cualquier compra	
Completamente incapaz de ir de compras	
4. Completamente incapaz de il de compras	0
C. Preparación de la comida	
1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	1
2. Prepara las comidas adecuadas si se le dan los ingredientes	
Calienta, sirve y prepara las comidas o las prepara pero no mantiene una dieta adecuada	
4. Necesita que se le prepare y sirva la comida	
D. Cuidar la casa	
1. Cuida la casa solo o con ayuda ocasional (por ejemplo trabajos duros, ayuda doméstica)	1
Realiza tareas domésticas ligeras como fregar los platos o hacer las camas	1
3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1
4. Necesita ayuda con todas las tareas de la casa	0
5. No participa en ninguna tarea doméstica	0
C Louado do ropo	
E. Lavado de ropa	4
Realiza completamente el lavado de ropa personal	
2. Lava ropas pequeñas, aclara medias, etc.	
3. Necesita que otro se ocupe de todo el lavado	0
F. Medio de transporte	
Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio coche	1
Capaz de organizar su transporte utilizando taxis, pero no usa otros transportes públicos	
	1
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona	
Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros	0
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona	0
Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros. No viaja en absoluto	0
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona 4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros. 5. No viaja en absoluto. G. Responsabilidad sobre la medicación	0
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona 4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros. 5. No viaja en absoluto G. Responsabilidad sobre la medicación 1. Es responsable en el uso de la medicación en las dosis correctas y a las horas correctas	0
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona 4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros. 5. No viaja en absoluto G. Responsabilidad sobre la medicación 1. Es responsable en el uso de la medicación en las dosis correctas y a las horas correctas 2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis separadas	0
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona 4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros. 5. No viaja en absoluto G. Responsabilidad sobre la medicación 1. Es responsable en el uso de la medicación en las dosis correctas y a las horas correctas	0
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona 4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros. 5. No viaja en absoluto G. Responsabilidad sobre la medicación 1. Es responsable en el uso de la medicación en las dosis correctas y a las horas correctas 2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis separadas	0
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona 4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros. 5. No viaja en absoluto G. Responsabilidad sobre la medicación 1. Es responsable en el uso de la medicación en las dosis correctas y a las horas correctas 2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis separadas 3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	0100
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona 4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros. 5. No viaja en absoluto G. Responsabilidad sobre la medicación 1. Es responsable en el uso de la medicación en las dosis correctas y a las horas correctas 2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis separadas 3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación H. Capacidad de utilizar el dinero	0100
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona 4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros. 5. No viaja en absoluto G. Responsabilidad sobre la medicación 1. Es responsable en el uso de la medicación en las dosis correctas y a las horas correctas 2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis separadas 3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación H. Capacidad de utilizar el dinero 1. Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga	0100
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona 4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros. 5. No viaja en absoluto G. Responsabilidad sobre la medicación 1. Es responsable en el uso de la medicación en las dosis correctas y a las horas correctas 2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis separadas 3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación H. Capacidad de utilizar el dinero 1. Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga	0010
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona 4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros. 5. No viaja en absoluto G. Responsabilidad sobre la medicación 1. Es responsable en el uso de la medicación en las dosis correctas y a las horas correctas 2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis separadas 3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación H. Capacidad de utilizar el dinero 1. Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga	0010
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona 4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros. 5. No viaja en absoluto G. Responsabilidad sobre la medicación 1. Es responsable en el uso de la medicación en las dosis correctas y a las horas correctas 2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis separadas 3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación H. Capacidad de utilizar el dinero 1. Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga	0010

Fuente: Philadelphia Geriatric Center, Lawton y Brody, 1969.



	Demencia vascular Score de la isquemia de Hachinski
* * * * * * * * * * * * * * * * * * *	Debut brutal 2 Agravación por golpes 1 Evolución fluctuante 2 Confusión nocturna 1 Conservación de la personalidad 1 Depresión 1 Lamentos somáticos 1 Labilidad emocional 1 Hipertensión arterial 1 Antecedentes de AVC 2 Síntomas focales 2 Signos neurológicos focales 2 Signos de aterosclerosis 1
To	rtal
	Demencia vascular > 7 Demencia degenerativa < 4

Demencia vascular Escala de Loeb "Hachinski modificada"	
* Debut brutal 2 * Antecedentes de AVC 1 * Síntomas focales al interrogatorio 2 * Síntomas neurológicos focales 2 * Hipodensidad en la TAC Aislada 2 Múltiples 3	
Total	
1 Demencia vascular 5-10 2 Demencia degenerativa 0-2 3 Demencia mixta 3-4	

Antidiabéticos orales Diabetes tipo II							
Grupo		Mecanismo de acción	Fármaco				
Sulfanilureas	Primera generación	Mejoran la excreción de insulina	Clorpropamida Acetohexamida Tolazamida Tolbutamida				
	Segunda generación		Glipicida-gliburida Glimipirida				
	Larga duración		Glipicida Repaglinide				
Biguanida		Disminuyen la producción hepática de glucosa	Metformina				
Triazolidino-diona		Disminuyen la resistencia a la insulina	Troglitazona				
Inhibidor de la alfa-glucosidasa		Inhibidores competitivos de la amilasa	Acarbosa Miglitol				

Escala de riesgo de desarrollo de escaras							
Estado General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia			
Bueno	Bueno	Camina	Total	Ninguna			
4	4	4	4	4			
Regular	Apático	Con ayuda	Disminuida	A veces			
3	3	3	3	3			
Malo	Confuso	Sentado	Muy limitada	Urinaria			
2	2	2	2	2			
Muy malo	Inconsciente	Acostado	Inmóvil	Uri-fecal			
1	1	1	1	1			
Total: > de 14 sin riesgo < 14 con riesgo							

Fuente: Dr. Nouzashemi, B. Vellas y J.L. Albarede.

Sexualidad						
Edad	Actos sexuales por años	Promedio mensual				
25	0 a 185	27,6				
40	0 a 135	17,2				
55 a 65	0 a 24	3,9				
65 a 75	0 a 8	1,8				

Fuente: Dr. Nouzashemi, B. Vellas y J.L. Albarede.

Más allá de estas cifras hay diferencia en los comportamientos individuales y también factores que pue den disminuir la frecuencia sexual: diabetes, tabaquismo, alcoholismo, miedo al fracaso, viudez, etc. La sexualidad está asociada a la genitalidad y a la afectividad.

Dr. Robert Hugonot

Autonomía Cuestionario de Sherbrooke

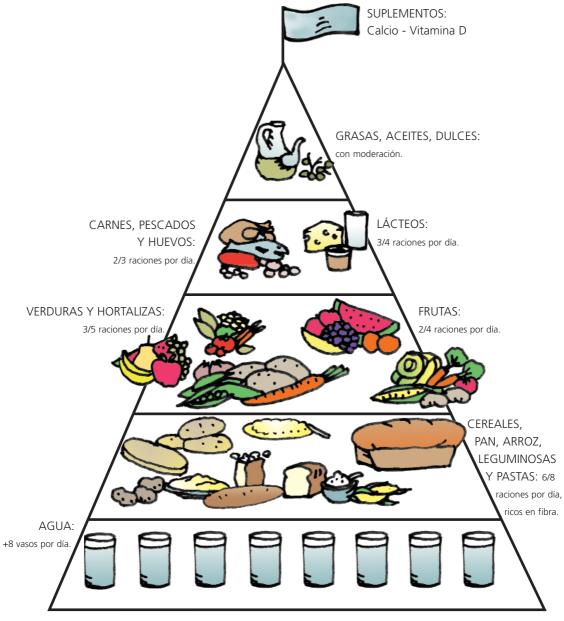
Las respuestas entre paréntesis indican el riesgo.

1.	¿Vive solo/a?	.(sí)
2.	¿Toma más de 3 medicamentos diferentes por día?	.(sí)
3.	¿Utiliza un bastón, andador, o silla de ruedas para desplazarse?	.(sí)
4.	¿Ve bien?	.(no)
5.	¿Escucha bien?	.(no)
6.	¿Tiene problemas de memoria?	.(sí)

La persona está en riesgo de perder su autonomía:

- * Si presenta más de un factor de riesgo.
- * Si no devuelve el cuestionario.

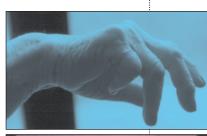
Pirámide de alimentos para mayores de más de 70 años

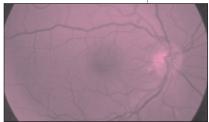


Fuente: Russell et al., 1999, modificada. Revista Alimentación, Nutrición y Salud, vol. 8 nº 4, pág. 111, octubre/diciembre 2001.

2

GERONTOLOGÍA CLÍNICA ILUSTRADA







Paciente de 80 años que presenta una disección aneurismática de la aorta abdominal infrarrenal, complicada con rotura que produce hemorragia retroperitoneal.





Paciente de 70 años que presenta groseras calcificaciones en la pared de la aorta torácica ascendente con voluminosos trombos murales (más trombo que luz). En la aorta descendente se observan calcificaciones parietales sin signos de aneurismas.

Trombo

Calcificaciones

Paciente de 70 años que presenta lesión disecante de la aorta torácica descendente. La imagen de RMN muestra claramente el despegamiento de la íntima.

Desprendimiento de la íntima





Paciente de 86 años. Rx de perfil presenta: Imagen de aorta flexuosa, dilatada, ateromatosa. Cardiomegalia. Hernia de Hiatus por deslizamiento. Patrón intersticial bilateral a predominio basal izquierdo.

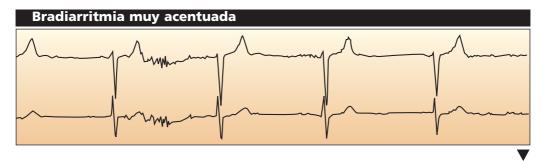
Paciente de 95 años que presenta una calcificación de la pared de la aorta, con sintomatología de insuficiencia aórtica, siendo en este caso la causa más probable su ateromatosis.

Diagnóstico diferencial con: cardiopatía reumática, endocarditis infecciosa, Síndrome de Marfán, espondilitis anquilosante, aortitis sifilítica.





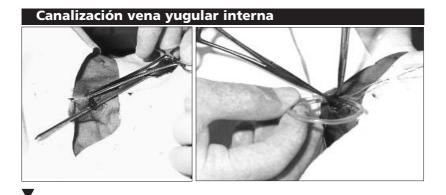
Paciente de 90 años que presenta una bradicardia marcada. *Bradi:* prefijo que significa lentitud. Se considera que una lentitud del ritmo cardíaco por debajo de 50 latidos por minutos es una bradicardia. Si bien la bradicardia sinusal suele encontrarse en individuos sanos, por ejemplo en los deportistas, también es frecuente en pacientes con hipotiroidismo, ictericia, hipotermia, crisis vagales, arritmias, etc.



Paciente de 90 años que presenta un ritmo alterado y francamente disminuido. La bradicardia es también la expresión de una arritmia, sobre todo en el bloqueo cardíaco completo.

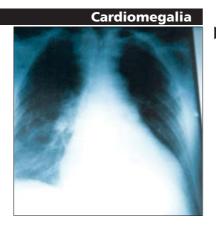
Paciente de 85 años que presenta una calcificación de la aorta con elongación y marcada cifosis. La calcificación de la arteria aórtica es visible en un alto porcentaje de ancianos y no tiene ninguna significación patológica.





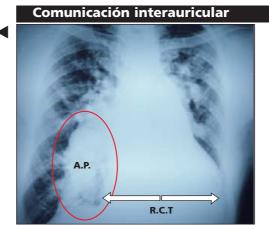
Paciente de 75 años con una insuficiencia cardíaca severa. Se realiza una canalización por la vena yugular interna. Accede fácilmente a la subclavia, a la cava superior y a la aurícula derecha. Facilita la medición de la presión venosa central (PVC) y la hidratación. Es necesario que el paciente esté hospitalizado.

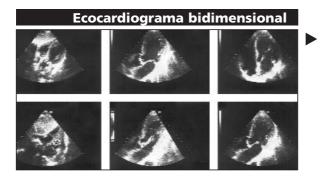
GUÍA PRÁCTICA DE EXPERIENCIAS COTIDIANAS



Paciente de 86 años con una cardiomegalia por hipertensión arterial crónica con insuficiencia cardíaca. Aumento bilateral simétrico de la trama bronco-vascular de ambas bases, más evidente a nivel derecho.

Paciente de 70 años que presenta una comunicación interauricular no tratada. Se observa una cardiomegalia. La arteria pulmonar está muy dilatada por la inversión del flujo sanguíneo que es doble que el sistémico.





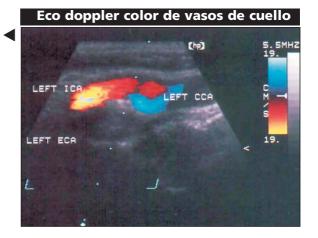
Paciente de 81 años con un síndrome febril prolongado con sospecha de una endocarditis bacteriana. Ecocardiograma transtorácico: muestra una esclerosis valvular aórtica con limitación en la apertura y cierre incompetente. Imagen de vegetación móvil, pequeña en cara ventricular de válvula aórtica. Hipertrofia ventricular izquierda con función sistólica conservada. Dilatación auricular izquierda.

Paciente de 75 años que presenta cuadros sincopales con caídas y pérdida de conocimiento de escasos segundos.

Arteria carótida primitiva derecha: elongada con mínimas irregularidades por ateromatosis.

Arteria carótida primitiva izquierda: levemente elongada, con irregularidades difusas por ateromatosis.

Arteria carótida externa e interna: con irregularidades mínimas no significativas. Resto arterias del cuello: permeables y sin alteraciones.



Edema agudo de pulmón



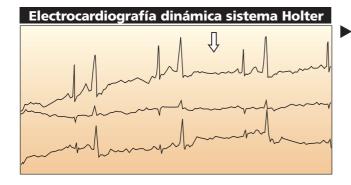
Paciente de 75 años que presenta una insuficiencia cardíaca con una rémora en el lecho vascular del pulmón. El cuadro mejoró con tratamiento clásico para la insuficiencia cardíaca congestiva crónica.

Paciente de 80 años con una insuficiencia cardíaca crónica de larga evolución. El calzado queda dibujado y marcado por el edema que persiste en el tiempo. Prueba del Godet positiva. Edema sobre la región maleolar externa e interna que hace perder su forma anatómica al tobillo. Dificultad para encontrar los pulsos periféricos. Medicada con digital y diuréticos de larga data.

Edema que guarda la impresión

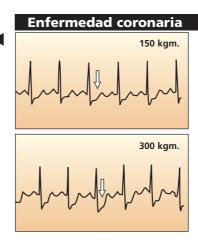


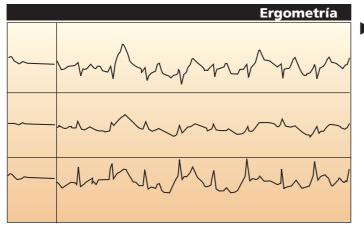
Marca del calzado



Paciente de 78 años que presenta caídas inesperadas con pérdida de conciencia y recuperación rápida sin causa aparente. El Holter nos informa: extrasístoles ventriculares de tres focos muy frecuentes. Cuplas ventriculares de dos focos frecuentes, pausas de hasta dos segundos post extrasistólicas. Tratamiento: marcapasos, resultado óptimo.

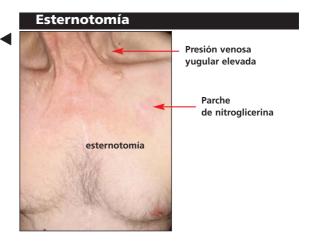
Paciente de 70 años que presenta un infradesnivel ST de 2mm a los 150 kgm. Se incrementa a 4mm a los 300 kgm. Sintomatología: leve dolor precordial a la marcha. Tratamiento: by-pass descendente anterior, circunfleja, coronaria derecha.

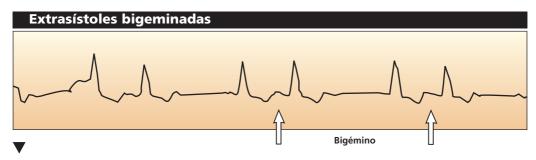




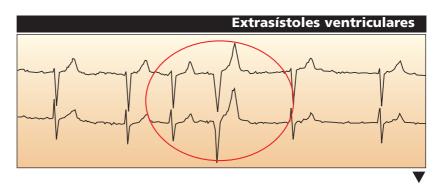
▶ Paciente de 78 años al que se le realiza una prueba de esfuerzo graduada para controlar marcapasos. No presenta falla de bomba, angor ni alteraciones del ST-T. Arritmia ventricular grado II de Lown que desaparece con el esfuerzo. Buena inhibición del marcapasos. Adecuada respuesta presora.

Paciente de 82 años que presenta una esternotomía media no reciente (by-pass). Enfermedad coronaria tratada con nitroglicerina transdérmica para prevenir crisis de angina de pecho por enfermedad coronaria crónica, a pesar del reemplazo.



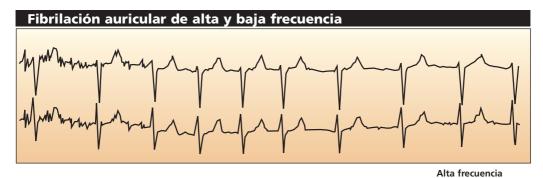


Paciente de 86 años que presenta un ECG con ritmo sinusal, bradicardia, (FC=53/min) bloqueo completo de rama izquierda con extrasístoles bigeminadas (latido doble). Descartar intoxicación por digital.



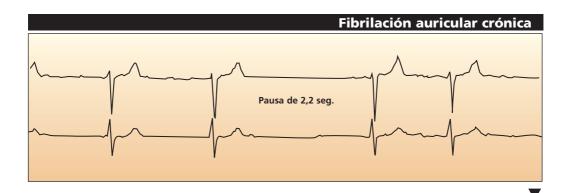
Paciente de 91 años que presenta latidos ectópicos (extrasístoles) generados fuera del nódulo sinoauricular, generalmente prematuros en el tiempo. En este caso surgen de un foco ventricular.

Algunas causas son las enfermedades cardíacas, el tabaco, el exceso de cafeína y son corrientes en personas normales.



Baja frecuencia

Paciente de 93 años que presenta latidos rápidos, irregulares e inconexos. La fibrilación puede afectar a las aurículas o a los ventrículos independientemente. Entre las causas más importantes está la arteriosclerosis, la enfermedad reumática crónica cardíaca, la hipertensión arterial, hipotiroidismo, etc. El ritmo cardíaco puede mejorar con la digitalización.

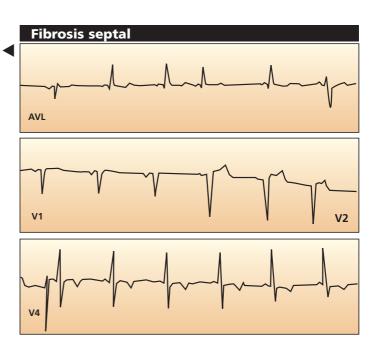


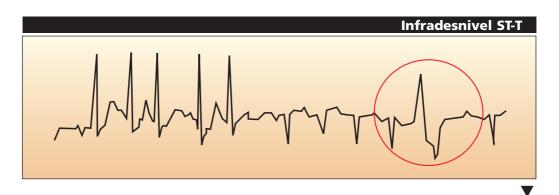
Paciente de 93 años que presenta una fibrilación auricular crónica de baja respuesta ventricular, el número total de latidos en veinticuatro horas se encuentran francamente disminuidos.

No se observan arritmias complejas, ni trastornos de la conducción AV.

Se observa un episodio de pausa de 2,2 segundos de duración.

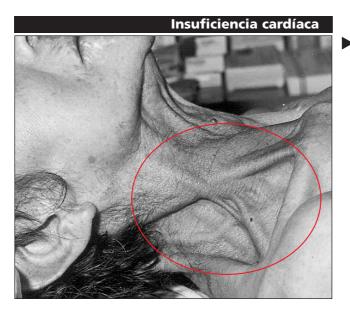
Paciente de 82 años que presenta al ECG un ritmo sinusal (FC=72/min), extrasístoles supraventriculares bigeminadas. Hemibloqueo anterior izquierdo. Fibrosis septal (falta progresión R en V1-V2). Patente isquémica subepicárdica anterior en V4.





Infradesnivel ST-T. Paciente de 71 años que muestra en la ergometría a los 300 Kgm/min., una frecuencia cardíaca de 120, presión arterial de 140/90 mmHg. Aparecen extrasístoles ventriculares frecuentes, por momentos bigeminadas, con un infradesnivel del ST-T de 1 mm sin angor.

Se detiene por agotamiento muscular.



Paciente de 75 años que presenta una insuficiencia cardíaca izquierda. Podemos observar en el triángulo supraclavicular la distensión de las venas yugulares internas y externas. En la semiología del cuello, buscar el signo de Kussmaul propio de la pericarditis, el reflujo hepato yugular, signo de una insuficiencia tricuspídea y descartar insuficiencia cardíaca derecha. En la insuficiencia izquierda, todas estas maniobras son negativas. La turgencia venosa casi desaparece al sentar al paciente.

Paciente de 92 años que presenta signos de fibrosis pulmonar bilateral. Aorta densa, elongada, de calibre irregular con extensas calcificaciones parietales. Electrodo de marcapasos en ventrículo derecho. Cifoescoliosis con espondiloartrosis. Marcado aplastamiento en cuña del cuerpo vertebral de la séptima dorsal con condensación de tipo secuelar.

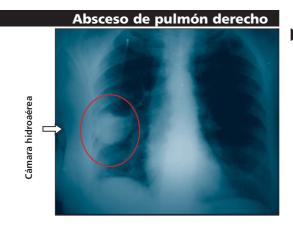




Paciente de 70 años con una insuficiencia coronaria grave. Se realiza un radiocardiograma en posición oblicua anterior. Fracción de eyección sin modificaciones. Buena contracción de las paredes de ambos ventrículos y de la zona del tabique sin disquinesias sectoriales o aquinesia. Superposición de imágenes de fin de sístole y fin de diástole, ausencia de áreas sectoriales de hipoquinesia en reposo (foto 1) y en esfuerzo (foto 2).



Paciente de 80 años que tiene colocado un marcapasos, se le efectúa un electrocardiograma de control. Captura uno por uno. Marcapasos en buen funcionamiento.



Paciente de 68 años que presenta una imagen supurativa del parénquima. La eliminación del tejido esfacelado y purulento ha dado lugar a una cámara hidroaérea. Las supuraciones del aparato respiratorio pueden tener origen en la pleura, bronquios, parénquima pulmonar o por contigüidad.

Paciente de 80 años que presenta una acidosis respiratoria que determina una vasodilatación periférica, con manos calientes y secas, cianosis con signos de circulación hiperquinética: pulso saltón, taquicárdico con dilatación de las venas periféricas.





Paciente de 71 años que presenta una acromegalia que radiológicamente muestra un agrandamiento de las clavículas y de las costillas.

Hay que examinar mandíbula, manos, pies, cráneo y ver si han crecido progresivamente.

Las complicaciones más comunes son: diabetes, cardiopatía acromegálica.

GERONTOLOGÍA CLÍNICA ILUSTRADA

Paciente de 70 años que presenta obstrucción del bronquio del lóbulo medio derecho con semilla de naranja. Colapso del lóbulo medio derecho con retención de secreciones que permiten la opacificación de las bullas. El bronquio puede obstruirse de modo intermitente, y este término de broncoestenosis cubre todos los grados de obstrucción.





Bronconeumonía tuberculosa

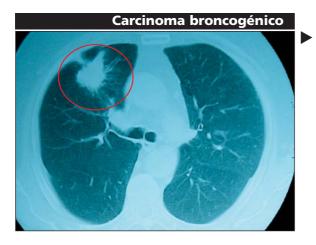


Paciente de 70 años que presenta focos confluentes en ambos pulmones pluricéntricos. Se observan en la vejez y, en general, la bronconeumonía es de comienzo más insidioso.

Paciente de 70 años que presenta una silicosis con calcificaciones ganglionares del mediástico que asemejan cáscaras de huevo. Estas calcificaciones se producen en nódulos fibrosos de una silicosis.

Calcificaciones pulmonares no tuberculares





Paciente de 77 años que presenta lesión de densidad sólida y homogénea en segmento anterior del lóbulo superior derecho con espiculaciones y adherencias pleurales sugerentes de neoplasia primitiva.

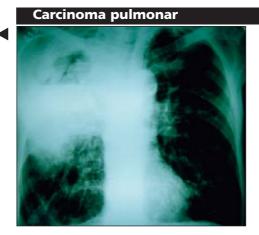
Paciente de 70 años que presenta un cáncer broncopulmonar de tipo epidermoide en el lóbulo inferior izquierdo de comienzo solapado con astenia, anorexia y adelgazamiento paulatino.



Carcinoma epidermoide izquierdo



 Paciente de 65 años que presenta una neoplasia broncopulmonar del lóbulo superior izquierdo.
 Se considera que los lóbulos superiores sufren más los efectos del carcinoma bronquial. Paciente de 80 años que presenta un carcinoma pulmonar necrosado y absedado del lóbulo superior derecho.



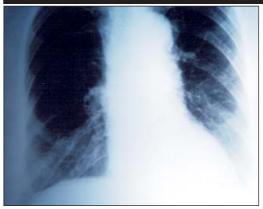
Disnea



 Paciente de 80 años con una disnea severa, que permite observar claramente los músculos respiratorios accesorios. Marcada malnutrición.

Paciente de 85 años que presenta un ligero fibroenfisema pulmonar, con tos crónica productiva. Fumar más de 20 cigarrillos diarios, durante más de cuarenta años, le ha provocado una bronquitis crónica enfisematosa.

Fibroenfisema



Fibrosis pulmonar medicamentosa



Paciente de 70 años que presenta una fibrosis pulmonar por amiodarona por tratamiento prolongado, investigar si no hay microdepósitos corneales. Se produce una acumulación en el intersticio pulmonar semejante a la hemosiderosis.

Paciente de 66 años que presenta una hemosiderosis que puede ser idiopática o por una estenosis mitral. Se forman pequeñas lesiones del tamaño de una punta de alfiler y son visibles debido al contenido de hierro acumulado en el intersticio pulmonar por los hematíes desintegrados.

Hemosiderosis



Hidatidosis pulmonar

Paciente de 65 años que presenta una hidatidosis pulmonar bilateral. Se observa una complicación grave, ya que el quiste de pulmón derecho está evacuado e infectado.

> Imagen hidroaérea de contornos circulares y escasa reacción periquística

Paciente de 67 años que presenta un quiste hidatídico complicado en el lóbulo superior derecho y otro intacto en el lóbulo inferior izquierdo.

La entrada de aire entre la pared propia del quiste y la adventicia que lo rodea puede dar una imagen de transparencia.



Linfangitis carcinomatosa



Paciente de 65 años que presenta una diseminación carcinomatosa en el parénquima pulmonar por una neoplasia gástrica. Se observan imágenes de aspecto reticular. Además se podría observar hipertrofia de los ganglios hiliares.

Paciente de 78 años que presenta un infiltrado del intersticio pulmonar por vía linfo-hemática.

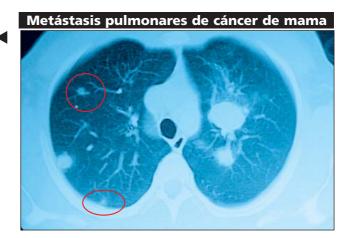
Metástasis de carcinoma de útero

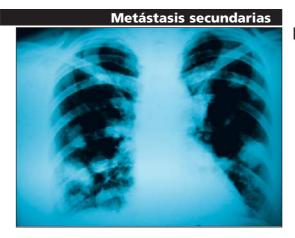




▶ Paciente de 75 años que presenta metástasis ganglionares mediastínicas con lesiones osteolíticas en la columna por un hipernefroma.

Paciente de 72 años que presenta múltiples lesiones nodulares densas distribuidas en ambos campos pulmonares compatibles con metástasis.





 Paciente de 65 años que presenta metástasis bilaterales en pulmón, sin diagnóstico del tumor primitivo.
 Las imágenes tienen la apariencia de "balas de cañón" o de "sueltas de globos" de tamaños variables. Paciente de 70 años que presenta una metástasis a lóbulo medio del pulmón derecho, de un carcinoma de colon.

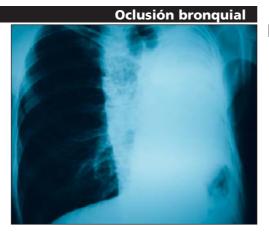


Neumonía aguda

Paciente de 68 años que presenta un infiltrado en segmento posterior del lóbulo superior derecho y de los segmentos basales del lóbulo inferior derecho. Lóbulo medio ventilado.

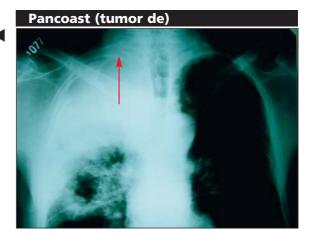
Paciente de 67 años que presenta una imagen de necrosis del parénquima con supuración y excavación. Es una complicación rara de la neumonía, y puede confundirse con un absceso.





Paciente de 70 años que presenta una atelectasia total de pulmón izquierdo por una neoplasia del bronquio fuente izquierdo. Esto determina la falta de aire con colapso del pulmón distal a la obstrucción.

Paciente de 70 años que presenta una neoplasia pulmonar que ha invadido y destruido los arcos costales posteriores de 3ra., 4ta. y 5ta. costillas y el canal vertebral derecho.





Paciente de 70 años que presenta bronquiectasias de tipo sacular, secuelas de una tuberculosis, que se pueden observar con el estudio de la broncografía. A veces en el mismo lóbulo afectado podemos encontrar dilataciones tubulares, fusiformes y saculares.

GERONTOLOGÍA CLÍNICA ILUSTRADA

Paciente de 65 que presenta una silicosis pulmonar en etapa pseudotumoral con gran destrucción del parénquima pulmonar e insuficiencia respiratoria grave.



Sílico tuberculosis





▶ Paciente de 65 años con antecedente de haber trabajado en minas de silicio. La sílice estimula la fibrosis del tejido pulmonar y favorece considerablemente la susceptibilidad a la tuberculosis. La tuberculosis de los huesos del carpo confirmaron el diagnóstico.

Paciente de 74 años que presenta una atelectasia laminar basal izquierda. Examen semiológico: vibraciones vocales abolidas, matidez, murmullo vesicular abolido, columna sonora. El hemitórax está retraído y el diafragma algo elevado.

Síndrome de atelectasia





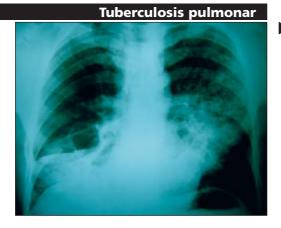
GUÍA PRÁCTICA DE EXPERIENCIAS COTIDIANAS



 Paciente de 80 años. Mediastino de forma regular y de contornos netos. Numerosos ateromas calcificados.
 Parénquima bien ventilado, algunas bullas pequeñas. En la base del pulmón derecho se observa un proceso de tipo exudativo, sin signos de derrame pleural.

Paciente de 73 años, no diabético, que presenta una tuberculosis fibrocaceosa excavada.

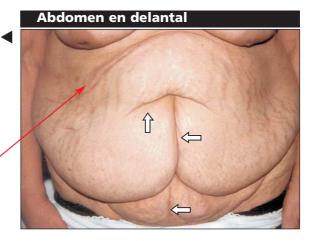




Paciente de 68 años que presenta un colapso del lóbulo medio derecho por obstrucción del bronquio. Diseminación broncógena al segmento ántero lugular del lóbulo superior izquierdo.

Paciente obesa de 78 años, con múltiples cirugías por dermolipeptomía. Escasos resultados estéticos con gran componente iatrogénico. Complicación frecuente, y a veces mortal, por tromboembolismo pulmonar graso.

Cicatriz en boca de horno



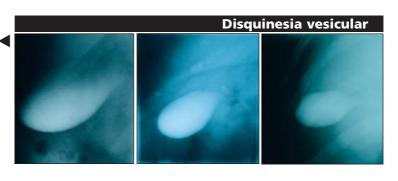


Paciente de 65 años que presenta un aneurisma disecante aórtico abdominal distal en el que se observa un área en medialuna hipodensa correspondiente a un trombo mural, luz permeable y calcificaciones parietales.

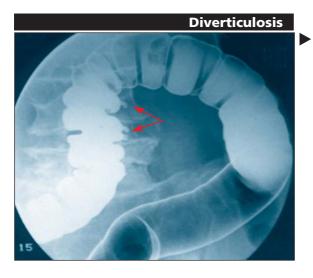
luz o lumen trombo

calcificaciones

Paciente de 67 años que presenta un síndrome dispéptico hiposténico de tipo biliar. Manifiesta dolor epigástrico, que se propaga al hipocondrio derecho y al dorso seguido de naúseas y vómitos



biliosos. Se observa una vesícula permeable con buena capacidad de concentración y respuesta satisfactoria al Boydem. La disquinesia vesicular puede originar dolores de tipo cólico, semejantes a los que se producen en la litiasis biliar.

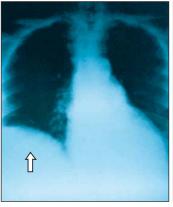


Paciente de 65 años que presenta formaciones diverticulares aisladas en el sigmoides sin manifestaciones clínicas. Han sido descubiertas por azar al efectuar el examen radiológico; por eso hablamos de diverticulosis. En cambio, se trata de diverticulitis cuando hay manifestaciones clínicas.

Paciente de 80 años, diabética insulino dependiente. Deterioro psicoorgánico grave. Reacción alérgica por ingestión de "jabón de tocador".



Elevación cúpula diafragmática derecha





Paciente de 76 años que presenta una cardiomegalia. Elevación de la cúpula diafragmática derecha. TAC de tórax constató elevación de hígado. En el perfil se observa una superposición cardiohepática, se lo considera una variante normal en los adultos.

GERONTOLOGÍA CLÍNICA ILUSTRADA

Paciente de 80 años que presenta una eventración gigante de larga evolución. Dolor, molestias abdominales, estreñimiento, obstrucción intestinal, pérdida del apetito y malnutrición. Infarto mesentérico con resección intestinal seguido de muerte.



Farmacomas



Paciente de 82 años que presenta formaciones calcificadas que se proyectan en la región glútea. *Pharmaco*: prefijo que significa drogas. En este caso, se produjeron por la medicación utilizada por vía intramuscular para aliviar el intenso dolor crónico referido por la paciente.

Paciente de 89 años con constipación crónica y fracturada, presenta:

Fractura intertrocantérea.

Fecaloma: material fecal endurecida

y retenida.

Coproma: materia fecal endurecida

que simula un tumor.

Coprolitos: materia fecal endurecida

y calcificada.

Fractura-Fecaloma-Coprolitos-Coproma





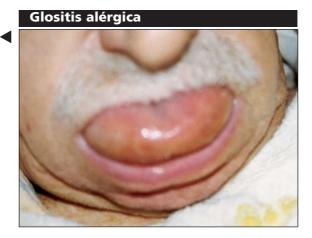
Paciente de 70 años que presenta en la curvatura menor, inmediatamente por debajo del saco herniario deslizado supradiafragmático, imagen saliente e inconstante con ligera rigidez parietal que puede corresponder a proceso inflamatorio agregado de la mucosa gástrica. Tono y motilidad conservados con evacuación rápida. Examen anatomopatológico: gastritis crónica con hiperplasia críptica focal.

Paciente de 80 años con Enfermedad de Alzheimer. La paciente deja de comer, se decide colocar una sonda por gastrostomía clásica. La sonda utilizada es una Foley número veinticuatro que se cambia cada 21 días. Evolución de la paciente sin complicaciones. Recurso terapéutico que necesita una discusión ética.



GERONTOLOGÍA CLÍNICA ILUSTRADA

Paciente de 92 años que, postingesta alimenticia, comienza con dificultad respiratoria, ronquido, dificultad para hablar y tragar, lengua grande que no cabía en su boca, de aspecto lisa y un rojo pálido. Otras causas que producen esta glositis: déficit de hierro, vitamina B12, pelagra, malnutrición, hipotiroidismo.



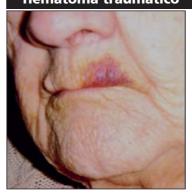
Glositis erosiva



Paciente de 77 años que presenta una lengua de aspecto rojo, con fisuras y lesiones blanquecinas que deben descartar una leucoplasia. Esta lengua está asociada a una enfermedad cutánea: Xantoma eruptivo.

Paciente de 80 años que presenta un hematoma reciente en labio superior izquierdo que irá pasando por un ciclo de colores a medida que se descompone la sangre.

Hematoma traumático



GUÍA PRÁCTICA DE EXPERIENCIAS COTIDIANAS

Hemorroides complicadas



Paciente de 84 años que presenta un prolapso de mucosa con trombosis venosa anal y hemorroides externas. Aparece una mucosa anal inflamada y enrojecida con pliegues radiales. El dolor es muy intenso. En la región glútea se ve una imagen ulcerada sangrante de una escara en evolución favorable.

Paciente de 85 años que presenta proctorragia, prurito intenso, con apéndices cutáneos y hemorroide externa trombosada. Patología antigua que determina un ciclo prurito-rascado-prurito. Antecedentes de dolor intenso, se incrementa con la defecación, lleva a la constipación.

Hemorroide externa trombosada



Hemorroides internas



Paciente de 94 años que presenta intenso dolor al defecar, proctorragia y prurito anal. Las hemorroides están capturadas por el esfínter anal. Constituyen una causa común de hemorragia rectal y anemia.

GERONTOLOGÍA CLÍNICA ILUSTRADA

Paciente de 66 años que presenta una hernia de hiatus gigantesca, se observa todo el estómago dentro de la cavidad torácica. Advertimos un espacio aéreo intratorácico, con nivel líquido y demarcación del medio de contraste. La hernia produce una sombra mediastínica por detrás del corazón.



Hernia inguinal

Paciente de 90 años que presenta una hernia inguinal derecha, reductible de muchos años de evolución con leve dolor. Se hace evidente cuando se pone de pie, al toser y cuando hace fuerza para defecar. No dificulta su diario vivir.

Paciente de 86 años que presenta una hernia inguino escrotal derecha de larga evolución sin complicaciones, fácilmente reductible en posición acostada. Achicamiento aparente del tamaño del pene cuando la misma se desliza en posición de pie.



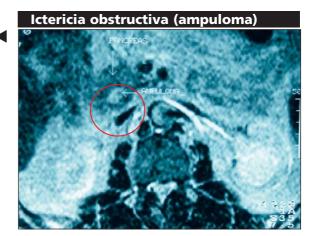
GUÍA PRÁCTICA DE EXPERIENCIAS COTIDIANAS

Hernia umbilical irreductible



Paciente de 78 años que presenta una hernia umbilical con sintomatología: dolores reflejos, náuseas, vómitos. Posiblemente las adherencias epiploicas son la causa de tracción visceral. El cambio de color de la piel nos indicaría sufrimiento por la irreductibilidad del tumor herniario. Observamos una cicatriz mediana supra e infraumbilical que bordea el ombligo. ¿Será la causa del tumor herniario?

Paciente de 70 años que presenta ictericia sin imágenes compatibles con TU pancreático o litiasis por TAC y Ecografía. La imagen de RMN muestra una lesión en la desembocadura coledociana compatible con el diagnóstico de tumor de la ampolla o ampuloma.



Impactación fecal

Paciente de 84 años que presenta un cuadro de impactación fecal por estreñimiento crónico. Muchas veces la extracción manual es suficiente para lograr el vaciamiento, otras es necesario enemas evacuantes. En esta radiografía podemos observar abundantes heces en el colon. Es frecuente ver cuadros confusionales de tipo tóxicos agudos en los viejos.

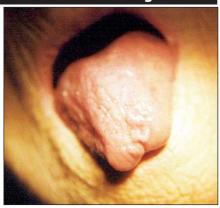
Calcificación arteria ilíaca primitiva derecha

GERONTOLOGÍA CLÍNICA ILUSTRADA

Paciente de 78 años que presenta muy mala higiene bucal. La lengua escrotal o fisurada es una variable normal de lengua. Las fisuras pueden ser aún más profundas. Tener en cuenta una infección por cándida.



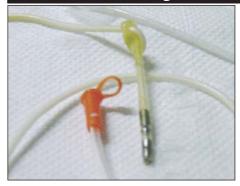
Lengua seca

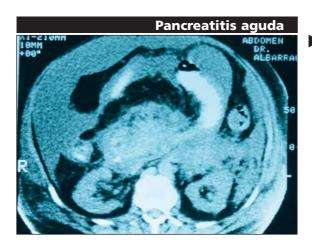


 Paciente de 80 años que presenta un cuadro de deshidratación.
 La respiración por boca puede producir este signo.

Paciente de 87 años que es alimentada por sonda nasogástrica por un ACV. Se determina obstrucción de la sonda y al retirarla se constata anudamiento en la porción distal de la misma por los movimientos peristálticos del estómago.

Nudo en sonda nasogástrica

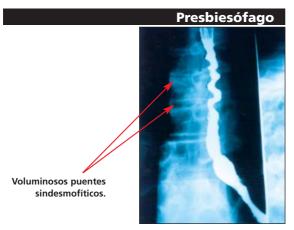




Paciente de 65 años que presenta una alteración difusa en la densidad del parénquima pancreático, con compromiso de planos grasos periglandulares, vasos mesentéricos superiores y facia prerrenal izquierda. Hallazgos característicos de la patología en imágenes de TAC.

Paciente de 79 años que presenta en la zona cutánea de la región anal extensiones compactas de piel, que no cambian con la presión de vaciado y relleno. No confundir con hemorroides externas.





▶ Presby - presbyo: prefijo que significa edad anciana. Paciente de 87 años. Radiografía contrastada de esófago: imagen arrosariada a nivel medio y distal. Presencia de ondas peristálticas de tipo terciarias que configuran el llamado presbiesófago. Paciente de 80 años con déficit vitamínico, anemia, falta de higiene oral, dentadura postiza mal adaptada que favorecen el proceso. Investigar niveles de hemoglobina, hierro sérico, vitamina B12, para determinar el tipo de anemia.



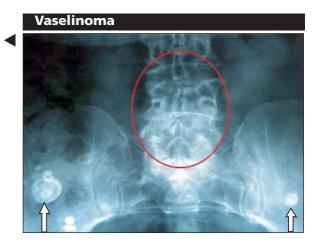


Paciente de 70 años que presenta una hernia hiatal por deslizamiento con partes del techo gástrico supradiafragmático y fácil reflujo gastroesofágico al efectuar maniobra de valsalva. El esófago terminal presenta ligera estenosis con engrosamiento de pliegues mucosos, que sugiere esofagitis por reflujo. El examen anatomopatológico indica: mucosa esofágica sin alteraciones histopatológicas significativas.



Paciente de 80 años que presenta una úlcera en mucosa gingival post traumática por desadaptación de su prótesis dental inferior. Otras lesiones posibles: leucoplasia, afta, carcinoma.

Paciente de 70 años que presenta en ambas regiones ilíacas vaselinomas asintomáticos. Un traumatismo o un proceso inflamatorio es suficiente para comenzar con dolor. Se observa una pérdida de volumen de la porción media de la L4, meseta superior, probable secuela traumática, disminución de la densidad ósea. Espondilosis. Sacro horizontalizado. Actitud escoliótica.



Paciente de 79 años que presenta un Síndrome Parkinsoniano con gran dificultad para la marcha y con una incontinencia esporádica por no poder desplazarse voluntariamente. Esta enfermedad ocasiona una pérdida importante de la autonomía pero no de la autodeterminación.

Incontinencia urinaria



Infección urinaria



Paciente de 87 años que presenta una infección urinaria aguda con hematuria. Antecedentes de hipertrofia prostática. Tratamiento: Finesteride bloqueante de la dihidrotestosterona, favorece la reducción de la glándula y su sintomatología. Sonda Foley y bolsa recolectora con evacuador: se observa un sedimento purulento por decantación.

Paciente obeso de 86 años, que presenta un área húmeda, enrojecida, pruriginosa y mal oliente en la zona inguinal.

Esta dermatitis es causada, la mayoría de las veces, por una micosis.

Los factores que contribuyen son: la obesidad, falta de higiene personal, ropas con fibra sintética que evitan una correcta transpiración.

Intértrigo del escroto



GUÍA PRÁCTICA DE EXPERIENCIAS COTIDIANAS



Paciente de 87 años. En un examen ginecológico se le encuentra un Presario en anillo que ha permanecido olvidado en la vagina por un largo tiempo. La mala utilización del mismo se produce en ancianas con incontinencia urinaria y provoca molestias, infección pelviana, infección urinaria. Se debe eliminar y realizar un prolijo examen ginecológico. Tratar la infección urinaria y vaginitis.







Cicatriz post quirúrgica

Paciente de 81 años que presenta una prótesis peneana fija desde 1985. Tratamiento de fractura de cabeza de fémur con un clavo placa Jewett.



Paciente de 65 años.
 Vejiga: contrastada de

Vejiga: contrastada de paredes lisas sin patología. Próstata: de aspecto bilobular, contornos netos, mide: 3,5 x 2,4 x 5 cm, con un volumen de 22 cc. Presenta aspecto homogéneo de los lóbulos laterales y de la región transicional, que se encuentra levemente aumentada de volumen. Uretra prostática de calibre normal, vesículas seminales simétricas de volumen y ecoestructuras conservadas.

Paciente de 93 años que presenta un importante edema con fóvea en la mano izquierda, secundario a una hipoalbuminemia grave. Se puede apreciar la diferencia de color en la piel y en las uñas del paciente con las del colaborador.







Sonda vesical





Paciente de 82 años que presenta un deterioro psicoorgánico grave. Escaras de decúbito grado III a nivel glúteo con incontinencia urinaria y fecal. Sonda Foley para evitar la dermatitis amoniacal, la humedad y maceración de la piel que desfavorece la evolución de la escara y facilita, aún más, su infección.

Paciente de 70 años con sensación de pesadez lumbar y hematuria microscópica. La imagen de TAC muestra una formación expansiva de densidad heterogénea que compromete ampliamente al riñón izquierdo compatible con diagnóstico de nefroblastoma o tumor renal primitivo.

Tumor renal primitivo (nefroblastoma)





Pacientes de más de 80 años que presentan una deshidratación moderada sin hipernatremia importante, el método de la hidratación subcutánea permite aportar hasta 1,5 litros por día. Se ha utilizado la vía anterior del tórax por una razón de comodidad y buena tolerancia (varios días sin ninguna complicación). ¿Qué utilizamos?: solución isotónica de CINa (9 g/l), o solución glucosada al 5% (agregando un mínimo de 1 g de CINa y un máximo de 1 g de CLK en 500 cc).

Otros medicamentos: Metoclopramida, Buprenorfina, Midazolam. Furosemida.

Ceftriaxona 1g. Levomepromazina. Todos por vía subcutánea.

Deshidratación: hidratación subcutánea



Paciente de 83 años que presenta un cuadro de deshidratación moderada sin hipernatremia importante. Este método permite aportar hasta 1,5 litros por día. En: abdomen, pierna, cara anterior del tórax, brazo. La aguja debe ser tipo Batterfly y subcutánea, no en el músculo. Si hay dificultad en la reabsorción, se resuelve en 24 horas.

Paciente de 87 años que padece una diabetes insulino dependiente. Crisis de glaucoma agudo en ojo izquierdo y luego en ojo derecho que lleva a la pérdida total de la visión. Midriasis bilateral en plena luz, lagrimeo en ojo derecho.



Diabetes y tuberculosis

Paciente de 76 años que presenta una asociación de enfermedades de evolución muy grave. Se observa una tuberculosis fibrocaceosa excavada del lóbulo superior derecho, con diseminación broncogénea a lóbulo medio e inferior. Atelectasia del lóbulo medio y el lóbulo superior.

Paciente de 83 años que presenta una diabetes I de larga evolución, con un cuadro de deterioro psicoorgánico moderado, diarrea crónica y cuadros de hipoglucemia. Este método facilita una vigilancia inmediata en cualquier medio. El equipo permite el dosaje de glucemia por el acoplamiento de una

reacción bioquímica y una respuesta electrónica. Se utiliza un equipo electrónico con cintas especiales, se hace una pequeña punción en el pulpejo del dedo en su cara lateral y se coloca en la cinta una gota de sangre. Se introduce la cinta en el equipo y nos muestra el valor que nos ayudará en el diagnóstico y tratamiento.

Diabetes: Dosaje electrónico de glucosa



Malnutrición: Herramientas para su evaluación



Medida del espesor del pliegue cutáneo





Medida de la circunferencia de brazo y pantorrilla



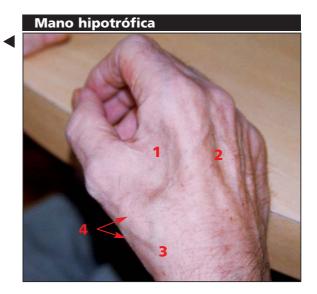


Paciente de 65 años, con un cuadro de malnutrición severa por una depresión de largo tiempo, acompañada de un deterioro psicoorgánico moderado. Se niega a comer. Pérdida de más del 10% de su peso corporal. Índice de masa corporal menor a 21 kg/m2. Circunferencia braquial menor de 23 cm, pliegue cutáneo tricipital menor de 6 mm. Albúmina debajo de 30 g/l.



Paciente de 65 años que presenta un cuadro de malnutrición severa, se puede observar en la anatomía superficial de su mano:

- Depresión por hipotrofia del primer interóseo dorsal.
- Canales dorsales por hipotrofia de interóseos entre los metacarpianos.
- 3. Tabaquera anatómica.
- 4. Extensor largo y corto del pulgar.





V

Paciente de 78 años con Enfermedad de Alzheimer que dejó de comer a los 75 años y se comenzó con alimentación enteral, primero por sonda nasogástrica (K106-108), luego por un gastrostoma colocado en el estómago. Se administra una dieta hiperproteica de 2.000 cal. en 2.000 cc por día. La administración del alimento se controla con una bomba automática. Se prefiere esta vía porque el catéter naso-enteral es mal tolerado y produce úlceras de decúbito en el esófago y neumopatía bronco aspirativas.



Paciente de 80 años con un síndrome paraneoplásico. Ecografía de la glándula tiroides: el lóbulo izquierdo presenta una lesión nodular en el tercio medio, bien delimitada, de contenido mixto a predominio sólido, que tiene un diámetro de 25 mm. El lóbulo derecho presenta una imagen nodular hiperecogénica bien delimitada de 6 mm de diámetro, en su tercio medio. El resto sin alteraciones.



Paciente de 85 años que presenta signos oculares de hipertiroidismo: edema bipalpebral, quemosis e inyección conjuntival. La proptosis es igual en ambos ojos y existe dificultad para cerrar ambos párpados. Aunque tiene dificultad para cerrar los párpados no hay exoftalmía porque no queda todo el ojo descubierto y no muestra la esclerótica en la parte superior; tampoco hay retracción del párpado superior.



Paciente de 86 años que presenta una cara gruesa y rechoncha. Tiene lentitud en los reflejos tendinosos, molestias reumáticas, cansancio, estreñimiento y lentitud en los procesos mentales con marcada somnolencia. Mejora con el tratamiento sustituto de levotiroxina.

Paciente de 93 años que presenta una hipertricosis (aumento de la longitud, grosor y color del vello) con distribución masculina del pelo (bigote y barbilla). Es normal en la mayoría de las ancianas a esa edad.



Púrpura adquirida



Paciente de 78 años que ha recibido esteroides por mucho tiempo por su artritis reumatoidea, presenta un adelgazamiento de la piel, equimosis, con lesiones costrosas, fragilidad vascular. Tratamiento: suspensión gradual de los corticoides.

Paciente de 78 años. Los síntomas y signos más la ingesta continua por mucho tiempo de corticoides por vía oral, nos permite hacer el diagnóstico de Síndrome de Cushing (No Enfermedad de Cushing). La paciente muestra una obesidad central más que periférica, lesiones en la piel típica de una púrpura esteroidea, fragilidad vascular, una amiotrofia proximal que le dificulta fundamentalmente levantarse de la silla.

Síndrome de Cushing







▶ Paciente de 70 años que presenta una complicación del Mal de Pott o espondilitis tuberculosa, que migra hacia la pelvis tomando el músculo Psoas. Fusión de las 3ra. y 4ta. vértebras lumbares.

Paciente de 67 años que presenta una amputación de falangina y falangeta del dedo índice derecho por accidente laboral en su juventud.



Anquilosis vertebral



Paciente de 72 años que presenta una fusión espontánea de las vértebras lesionadas, que aísla el foco tuberculoso. Esta lesión del raquis se considera curada.

Paciente de 70 años que presenta modificaciones progresivas con erosiones múltiples y severas que se pueden observar a nivel del carpo con desaparición de la línea interarticular.



Artrosis de la mano



Paciente de 80 años con secuelas de una hemiplejía derecha con una artrosis de mano (afectación de las articulaciones interfalángicas distales, carpometacarpianas del pulgar y metacarpofalángicas). Se observan los clásicos nódulos de Heberden. Piel apergaminada con abundantes manchas.

Nódulos de Heberden y desviación de la articulación por pérdida asimétrica del cartílago.

Paciente de 83 años. Modista.

Deformaciones en las articulaciones interfalángicas distales con desviación.

No se observan nódulos de Heberden, sino solamente una deformación de tipo artrósico.

Artrosis de la mano



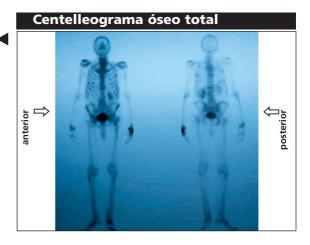
Calcificación de los discos intervertebrales Rx DIRECTA R. M. N.

 Paciente de 77 años que presenta una calcificación de los discos invertebrales en la columna cervical.
 Pueden ser síntomas de una artritis progresiva; examinar las orejas para descartar una ocronosis que pueda afectar la columna.

Paciente de 82 años que presenta: protrusión posterocentral C3/C4, protrusión posterocentral con expansión discreta hacia ambos lados C4/C5. Protrusión posteromedial y bilateral, asociada a osteofitos marginales y eventualmente a calcificación del ligamento vertebral común posterior en el nivel C5/C6. Esta discopatía provoca deformación de la cara anterior del saco dural y de la médula espinal, se observa un pequeño foco de mielomalacia en su interior. Protrusión posteromedial y bilateral C6/C7.



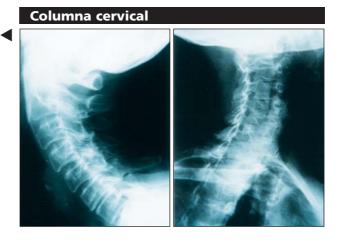
Paciente de 80 años que presenta una hipercaptación en columna, (diagnóstico diferencial entre enfermedad ósteo-articular, aplastamiento vertebral secundario a patología ósea metabólica, metástasis). Hipercaptación costal que sugiere lesiones secundarias. El resto de las áreas de hipercaptación son compatibles con enfermedad ósteo-articular degenerativa.



Caja del marcapasos Electrodo

 Paciente de 86 años que presenta una cifoescoliosis con espondiloartrosis.
 Área cardíaca aumentada de tamaño, aorta densa, elongada con calcificaciones parietales.
 El electrodo del marcapasos se proyecta en el área ventricular derecha.

Paciente de 78 años que presenta cambios espondilósicos y espondiloartrósicos sobre un fondo marcadamente osteopénico. Estrechamiento del espacio discal intervertebral C5/C6 en su sector posterior y pinzamiento discal C6/C7. Signos osteoartrósicos interlaminares bilaterales.



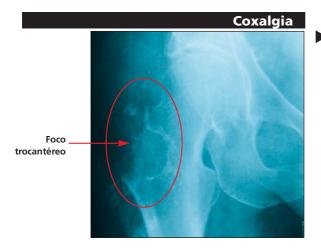


Paciente de 81 años que presenta una consolidación viciosa del radio post fractura, se observa una acentuación de la prominencia de la apófisis estiloides del cúbito. En este caso la función articular está alterada y la fuerza de prensión disminuida.

Paciente de 84 años que sufre una caída con fractura de D12 con aplastamiento. Se realiza corset para aliviar el dolor y favorecer la movilización.







Paciente de 70 años que presenta una tuberculosis de la articulación coxofemoral; predomina la imagen destructiva sobre la degenerativa. El sexo masculino suele ser más afectado que el femenino, y es poco frecuente en la vejez. El tratamiento oportuno favorece su curación.

Paciente de 80 años que presenta una deformación en cuello de cisne en el dedo anular de mano izquierda con hiperextensión de la articulación interfalángica proximal y flexión de la articulación interfalángica distal. Engrosamiento y deformación del dedo medio tipo ojal.



Dedo en martillo



Paciente de 82 años que presenta un hallux valgus del primer dedo. El segundo dedo montado y luxado por no tener espacio suficiente. Lesión callosa en la cara dorsal, dificultad para la marcha. Calzado especial para evitar el dolor, que es el síntoma cardinal.

Anciano de 86 años que presenta una deformación de ambos dedos pulgares, clásico de la artritis reumatoidea de la mano con una subluxación de la articulación. El enfrentamiento de ambos permite observar la formación en "paréntesis" o "gemelar" de los mismos.

Deformidad en "paréntesis" del pulgar



GUÍA PRÁCTICA DE EXPERIENCIAS COTIDIANAS

Desprendimiento óseo



 Paciente de 74 años que presenta un desprendimiento de la tuberosidad humeral izquierda, producto de una caída de costado.
 Tratamiento: inmovilización con cabestrillo.

Paciente de 70 años que presenta una radiculopatía del territorio L4 derecho.
Las imágenes de RMN plano sagital (A) y axial (B) muestran retrolistesis de L2 y L3, extensos cambios artrósicos en asociación con discopatía degenerativa, con compromiso foraminal derecho.





Enfermedad de Dupuytren

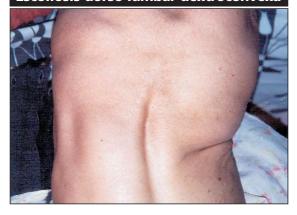


Paciente de 65 años que presenta una contractura de Dupuytren donde la aponeurosis palmar está engrosada y retraída, con engrosamiento de los pliegues cutáneos. Esta enfermedad suele ser bilateral, simétrica y sin dolor. Con su evolución produce una retracción de los dedos en flexión a nivel de las articulaciones metacarpofalángicas.

Paciente de 80 años que presenta una posición viciosa en la cama por una exacerbación de la escoliosis, favorecida por el post operatorio de una fractura de fémur con reemplazo completo. La asociación de osteoporosis más el dolor crónico, determinan una posición defectuosa con trastornos de la marcha.



Escoliosis dorso-lumbar dextroconvexa



Paciente de 84 años que presenta una escoliosis de columna dorso-lumbar dextroconvexa de larga evolución que provoca una deformación torácica por la rotación. Se puede mejorar esta posición con un corset para aliviar fundamentalmente el dolor y facilitar la marcha.

Paciente de 85 años que presenta una rotación de cuerpos vertebrales. Signos de artrosis en grandes y pequeñas articulaciones. Vértebra de transición dorso-lumbar. Osteofitosis exuberante derecha de L1 y L2 e izquierda de L5 y S1 con pinzamientos discales múltiples, mayor en relación con la curva escoliótica. Calcificaciones vasculares parietales.

Escoliosis dorso-lumbar sinistroconvexa



Espondiloartritis anquilosante



Paciente de 76 años que presenta una posición de cabeza típica, cifosis dorsal, tórax aplastado y abdomen prominente, con afectación coxofemoral. Por lo general, la movilidad es mejor en las mujeres que en los hombres. Tener en cuenta la distrofia muscular progresiva como diagnóstico diferencial.

Paciente de 76 años que presenta una rectificación de la lordosis, con pinzamientos de los espacios intervertebrales y formación osteofítica que determinan la deformación de los cuerpos vertebrales. La espondiloartrosis cervical se asocia frecuentemente con insuficiencia vertebrobasilar, radiculitis braquial, desvanecimientos, caídas; a veces es asintomática. Suele aparecer después de los 50 años.

Espondiloartritis cervical



Fractura de cadera





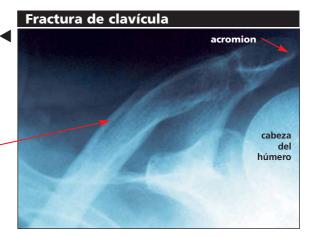
Paciente de 97 años con una prótesis total. Formación calcificada en partes blandas que impresionan como una formación "quística" del muslo izquierdo por posible extravasación de cemento al colocarla. No acarrea ningún trastorno, sólo estético.

Calcificación partes blandas

Arteria femoral calcificada

Paciente de 82 años que sufre una caída en un pozo y se produce una fractura simple de la clavícula izquierda. Se realiza inmovilización y se coloca un cabestrillo. Evolución favorable.

> Clavícula. Línea de fractura



Fractura de extremidad superior del húmero



Paciente de 95 años que sufre una fractura de la extremidad superior del húmero por una caída con los brazos extendidos. Generalmente son de poca importancia. Fractura encajada que no necesita reducción. Tratamiento: inmovilización con cabestrillo.

Paciente de 89 años con una demencia de tipo frontal. Signos de desinhibición con comportamiento agresivo para consigo y para con los demás, ansiosa. Tendencia a golpear, posible causa de la fractura de la falange proximal de la mano, aunque no se pudo comprobar con certeza la causa del traumatismo.

Fractura de falange proximal



Trazo de la fractura de la tercera falange proximal

GUÍA PRÁCTICA DE EXPERIENCIAS COTIDIANAS

Fractura de fémur derecho







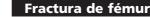
Paciente de 86 años, que presenta una fractura de fémur derecho por caída al levantarse. Clavo placa deslizante (sistema DHS) que lo inmoviliza en cama por largo tiempo.

Complicaciones: escaras de decúbito a nivel del trocánter izquierdo y la región sacra, evolución mortal.

"Una caída en el anciano es el comienzo frecuente del final".

Paciente de 84 años que sufre una caída de costado y se fractura el subcapital del cuello del fémur.

Observar rotación externa y acortamiento del miembro inferior fracturado. Existen otros tipos de fractura de fémur: transcervical, intertrocantérica y subtrocantérica.







Fractura de fémur: rehabilitación en cama



Paciente de 93 años que presenta gonartrosis bilateral con fractura de fémur derecho subcapital. Se comienza con rehabilitación temprana para evitar mayor anquilosis, escaras e inmovilización crónica.

Paciente de 86 años que presenta una fractura de cabeza de húmero encajada. Se realiza tratamiento de inmovilización con un cabestrillo que se puede realizar con lo que se tenga a mano (cinturón, corbata, pañuelo grande, camisa, pañoleta). Siempre debe colocarse el brazo sobre el pecho, mirando el lado contrario a la lesión.



Rama iliopubiana rota Agujero obturador deformado

Paciente de 82 años, diabética insulinodependiente, que sufre una caída sentada. Dolor irradiado a región inguinal derecha con claudicación del miembro inferior derecho. No hay rotación externa ni acortamiento. Radiografía de pelvis: fractura de la rama iliopubiana y de la rama isquiopubiana. Tratamiento: reposo. Control radiográfico.

Rama isquiopubiana rota

Paciente de 70 años que sufre una caída y se fractura la rótula derecha. Se realiza un yeso que la inmoviliza por un período de tiempo importante. Se debe movilizar con silla de ruedas especial. Evitar el encamado. Presenta hallux valgus bilateral con lesiones callosas en el segundo dedo martillo.



Desprendimiento

olécranon

GUÍA PRÁCTICA DE EXPERIENCIAS COTIDIANAS

Fractura del olécranon



Paciente de 84 años con una marcada osteoporosis que presenta una fractura del olécranon con desplazamiento. Su tratamiento más efectivo es quirúrgico; pero dadas las condiciones de la paciente sólo se realiza una inmovilización con yeso.

Paciente de 89 años que sufre una caída domiciliaria y se fractura. Tratamiento: clavo placa deslizante. Deberá permanecer en reposo y sentarse a la orilla de la cama, usar silla de ruedas, y no apoyar el pie derecho en el suelo por varios meses (tres a cuatro). Movilizar pasivamente para evitar escaras. Anticoagular oralmente.

Fractura intertrocantérea derecha



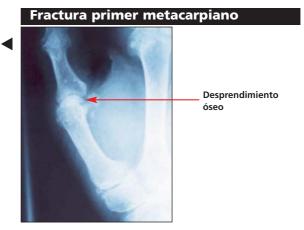
Fractura patológica de ambos húmeros





Paciente de 75 años que presentaba un tumor de mama izquierdo abscedado. Su evolución determinó, primero, fractura del húmero derecho y posteriormente del húmero izquierdo con similares características. Se puede observar una marcada osteoporosis por malnutrición y desuso.

Paciente de 83 años que presenta una fractura del primer metacarpiano con desprendimiento óseo por una caída con apoyo de la mano. Dolor, hinchazón. No confundir con sesamoideo. Tratamiento: yeso corto.



Apófisis estiloides del radio Escafoides

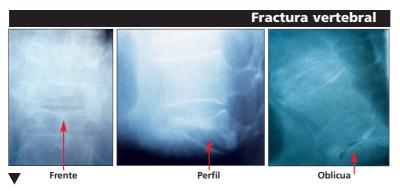
Paciente de 81 años que sufre una caída con las manos extendidas.

Observamos un empotramiento del extremo distal del radio sobre sí mismo que ocasiona una angulación y acortamiento con dolor e hinchazón de la muñeca y se ve la forma de bayoneta o tenedor de Colles.

Tratamiento: yeso corto en brazo.

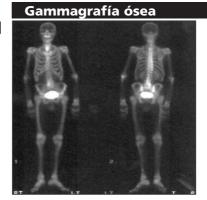
Paciente de 66 años con marcada osteoporosis que presenta una fractura del cuerpo vertebral D10, con acuñamiento anterior y retropulsión del margen posterior del cuerpo, que ocasiona mielopatía por compresión.





Paciente de 86 años que presenta una fractura por aplastamiento del cuerpo de la doce dorsal con vacum por caída sentada. Espondilosis lumbar. Artrosis interapofisiarias. Dolor exquisito a nivel de la región de la fractura, dificultad para la marcha. Tratamiento: reposo relativo, inmovilización con corset.

Paciente de 80 años. Se realiza gammagrafía ósea de cuerpo entero, donde se observan focos de actividad compatibles con procesos artrósicos; pero no áreas de aumento patológico en la acumulación del material radiactivo, que puedan interpretarse como secundarias a neoformación.







Paciente de 65 años que presenta sus piernas arqueadas. Puede aparecer en la infancia, se mejora espontáneamente o se debe corregir quirúrgicamente. Secundariamente aparece en artritis reumatoidea, artrosis, raquitismo, osteomalacia, enfermedad de Paget, fracturas.

Paciente de 85 años que presenta una artrosis de rodilla frecuente en los ancianos.

Se debe a una enfermedad articular degenerativa. Suele ser muy invalidante por el dolor, a veces es intermitente. Ha desaparecido la anatomía de la rodilla derecha. Podemos clasificar a las gonartrosis en dos clases:

Gonartrosis fémoro-tibiales y Gonartrosis fémoro-patelares. Este caso corresponde a la segunda por las características clínico radiológicas. Mejora con el tratamiento médico.



Gonartrosis bilateral



 Paciente de 77 años que presenta una gonartrosis bilateral con defectos de compresión en ambos cóndilos internos.

Hematoma del codo





Paciente de 86 años que sufre una caída con fractura del olécranon. No habiéndole prestado atención a la impotencia funcional y al dolor, el diagnóstico radiológico se efectuó varios días después. Aunque por las características de la fractura la terapéutica indicada es quirúrgica, dadas las condiciones de la paciente se realiza una inmovilización con yeso.

GUÍA PRÁCTICA DE EXPERIENCIAS COTIDIANAS



Paciente de 75 años que presenta un dolor a nivel de la cara externa del hombro, que le impide algún movimiento en abducción. La palpación a nivel de la tuberocidad mayor del húmero determina dolor. La radiografía muestra una imagen calcificada homogénea, que difiere del hueso esponjoso y permite hacer el diagnóstico de tendinitis del supraespinoso con calcificación.

Paciente de 93 años que presenta un síndrome de inmovilización, sólo va de la cama al sillón y viceversa. Terapeúticamente se coloca un cuello ortopédico para evitar que su cabeza se caiga y se apoye en el tórax en forma permanente.



Mal de Pott lumbar

Paciente de 75 años que presenta una manifestación terciaria de la tuberculosis con lesiones de los cuerpos vertebrales. Se puede observar una destrucción del disco intervertebral y un ataque a la vértebra contigua.

Encaje de los cuerpos enfermos

Paciente obeso de 85 años, que presenta una gonartrosis bilateral.

Adopta una postura de flexión con pasos cortos y dificultad para levantar los pies del piso y para girar.

Diferenciar con la marcha senil que está relacionada con el lóbulo frontal.



Osteólisis



 Paciente de 80 años que presenta una marcada disolución del hueso humeral derecho por metástasis de carcinoma de colon. Fractura del húmero.

Paciente de 66 años que presenta un geno valgo, además de pie cavo y zambo (equinovaro), várices y lesiones postflebíticas. Los posibles procesos de osteítis y periosteítis, con fibrosis periarticulares, han sido los que determinaron las actitudes viciosas de ambos pies con postración.





GUÍA PRÁCTICA DE EXPERIENCIAS COTIDIANAS

Poliartritis crónica evolutiva



Paciente de 86 años que presenta un estadio tardío de la enfermedad donde predominan las deformaciones anquilosantes. Al cerrar la mano se puede observar la subluxación palmar y la desviación cubital de las articulaciones metacarpofalángicas.

Paciente de 89 años que sufre una caída domiciliaria con fractura de fémur derecho (intertrocantérea), se le coloca clavo placa deslizante. Gran hematoma quirúrgico con lesiones dérmicas, producto de la cirugía. Tratamiento post operatorio: inmovilización y anticoagulación.



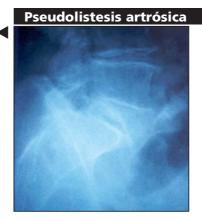
Protección e inmovilización 2° dedo en martillo





Paciente de 81 años que presenta un hallux valgus, el segundo dedo se monta sobre el primero y produce intenso dolor, dificultad para el calzado y movilización, lesiones tróficas de piel. Se realiza un manguito de inmovilización acolchado que evite que el dedo se monte sobre el primero y mejora la sintomatología.

Paciente de 86 años que presenta una pseudolistesis artrósica de quinta lumbar, vacum del cuarto disco y espondilosis lumbar con escasa sintomatología.

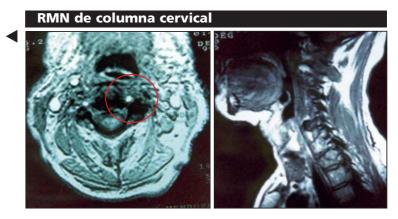


Quinto dedo bilateral en martillo



Paciente de 78 años que presenta en ambos pies una sobreposición del quinto dedo de tipo gemelar. Alteraciones distróficas en las uñas. Mala implantación del quinto dedo.

Paciente de 80 años que presenta una rectificación de la lordosis fisiológica cervical. Discopatía degenerativa C5/C6 con calcificación del anillo fibroso externo. Fenómenos artrósicos de las apófisis unciformes y de las carillas articulares interapofisia-



rias en múltiples niveles que producen estenosis foraminal secundaria. Antecedentes: Insuficiencia Vertebrobasilar.

Resonancia magnética de columna



Paciente de 80 años con un cáncer de próstata. Se observa disminución de altura con solución de continuidad de la carilla superior de L1, con alteración de su intensidad de señal. Este hallazgo corresponde a una metástasis, correlacionado con sus antecedentes clínicos.

Riz: prefijo que significa raíz. Paciente de 65 años que comienza con dolor a nivel de la articulación metacarpo falángica e interfalángica del dedo pulgar que le dificulta su actividad profesional de pianista. Se observan incipientes signos de rizartrosis. No presenta deformidad articular.

Tratamiento: sintomático.

Rizartrosis



Paciente de 84 años que presenta lesiones en la región dorsal del tronco, muy comunes en los ancianos.

Histológicamente es un angioqueratomas que aparece como malformación aislada en la piel genital. No es maligno y es de causa desconocida. Tratamiento quirúrgico.



Callo plantar



Paciente de 80 años que presenta el dedo gordo del pie en abducción (juanete). Segundo dedo en martillo. Callo plantar ulcerado que le provoca intenso dolor, con dificultad para caminar y calzarse. Diagnóstico diferencial con verruga plantar, pues ésta presenta una superficie verrugosa y hemorragias puntiformes.

Paciente de 80 años que presenta una lesión ulcerosa en la región frontal de superficie carnosa que sangra, bordes indurados y retracción del tejido con costras a su alrededor. Elevación de la ceja derecha que deja ver más el ojo por mayor apertura. El tratamiento quirúrgico debe ser previo a las metástasis. En esta instancia realizar un vaciamiento ganglionar.

Carcinoma epidermoide invasor





Paciente de 89 años que presenta sobre la primera articulación metatarsofalángica una bolsa de contenido líquido. Es dolorosa, caliente, con enrojecimiento y trastornos tróficos de la piel; se produce por el uso de calzado inadecuado. Esta patología se conoce como "juanete".

Paciente de 80 años, obesa e incontinente (fecal y urinaria) que facilita la infección en los grandes pliegues cutáneos. Poca higiene e inadecuados cambios de pañales determinan una dermatitis amoniacal.





Paciente de 86 años que presenta una dermatitis por contacto en ambos antebrazos por apoyarlos en los apoyabrazos de la silla de metal cromada. Se observa enrojecimiento, edema, pápulas y pequeñas vesículas. El síntoma: prurito.

Tratamiento: protección de antebrazos, aislamiento del apoyabrazos de la silla.

Paciente de 81 años que presenta una erupción eritematoescamosa que toma la región central de la cara, los pliegues nasolabiales, la barba. Además puede tomar la región postauricular, los párpados y las cejas.



Dislipoidosis colesterólicas



Paciente de 76 años que presenta xantomas diseminados: pápulas lenticulares en todo su cuerpo, con intenso prurito, con lesiones de rascado y costras (prurigo). Los depósitos de lípidos en los tejidos están en relación con el aumento de la lipemia: hipercolesterinemia.

Paciente de 80 años que presenta en la planta izquierda una placa eritematoescamosa con fisuraciones de límites indefinidos.





Paciente de 86 años que presenta una elastosis y pliegues cutáneos profundos. Es una enfermedad benigna, que está ligada fuertemente a los rayos ultravioletas y puede ser prevenida. Es una degeneración de las fibras amarillas del tejido conectivo y de la piel.

Paciente de 86 años, que presenta una lesión de tipo forunculosa en la cara anterior de la pierna y una mancha roja caliente y dolorosa que provoca escalofríos y fiebre. Mejora con penicilina. Profilácticamente se continúa con penicilina de depósito mensual. La erisipela es una infección streptocóccica.





Paciente de 81 años que presenta una exageración del color rosado normal de la palma de la mano. Carece de significado patológico debido a la extracción reciente de un yeso corto por fractura del radio. Sin este antecedente pensar en: hipertiroidismo, hepatopatía crónica.

Paciente de 65 años medicado con litio por un cuadro depresivo grave (Litemia 0.20 mE/l). Presenta una erupción generalizada más evidente en la región posterior del tórax. Puede confundir con un sarampión y se debe tener en cuenta un secundarismo sifilítico.



Escabiosis

Paciente de 89 años que presenta una erupción pápulo-eritematosa generalizada con prurito intolerable. Frecuente entre las personas de edad que viven en instituciones asilares y en un contexto socioeconómico precario. No toma la cara en los adultos, a veces de difícil diagnóstico (se confunde con un eccema y un prurigo), pero es necesario hacer un tratamiento sobre un diagnóstico presuntivo.

Paciente de 79 años cuya biopsia diagnostica un carcinoma espinocelular. Tratamiento y evolución de criocirugía.





Paciente de 97 años que presenta un hematoma en cara dorsal de la mano izquierda producido por una rotura vascular por una venoclisis de hidratación. La lesión pasa por un ciclo de diferentes colores a medida que se descompone la sangre: rojo, púrpura, amarillo verdoso, pardo y, finalmente, desaparece.

Paciente de 85 años que presenta una hipopigmentación postinflamatoria en brazo y antebrazo, zonas donde se había producido equimosis espontáneas o por presión en las tomas para movilizarla, ya que padecía Cushing iatrogénico.





 Paciente de 82 años que presenta una lesión inflamatoria superficial debida al calor, la humedad y el sudor.
 El intértrigo se produce entre dos superficies cutáneas en contacto. Se da mucho más en personas obesas y puede infectarse. Se observa también mastectomía derecha.

GERONTOLOGÍA CLÍNICA ILUSTRADA

Paciente de 97 años que presenta manchas planas redondeadas u ovaladas de color marrón en la piel, provocadas por una producción mayor de melanina. Se puede transformar en un cáncer cutáneo de muy lento crecimiento. Importante atrofia.



Lesiones múltiples en piel



Paciente de 77 años que presenta lesiones de rascado en región abdominal, hematomas en cara anterior de tórax post traumático, múltiples lesiones pequeñas xantomatosas diseminadas y una pápula lenticular grande que se diferencia del resto. Todo esto produce intenso prurito generalizado que mejora con Meprednisona 8 mg/día.

Xantoma (pápula lenticular)

Paciente de 75 años en estado terminal por un cáncer de mama con metástasis y fracturas patológicas. Presenta áreas lívidas de la piel ocasionadas por una congestión de la circulación de color azulado cianótico en estado moribundo.







Anciana de 97 años. Marcada disminución de la elasticidad de la piel de aspecto apergaminado. Pérdida de la masa de los pequeños músculos de la mano. Manchas de color marrón pálido. Delgadez de la piel, fragilidad y transparencia que permite ver la ingurgitación venosa posicional. Descripción normal en un anciano.

Paciente de 66 años que presenta un nevo azul en la cara anterior del tórax, normalmente estas lesiones son benignas. Los lunares de la dermis profunda son los que adquieren un color azul. Con la edad avanzada los lunares tienden a desaparecer.





Paciente de 75 años que presenta una uña con desprendimiento parcial de la placa con respecto al lecho, con cambios del color tirando al pardo. De perfil parece un pico de loro. Tratamiento: extracción para evitar el dolor.

Paciente de 90 años, que presenta una micosis de las uñas de los dedos de la mano con acortamiento de la placa y cambios en la coloración de las uñas (color ocre) con surcos transversales y longitudinales.



Pies abandonados



Paciente de 97 años que presenta un descuido de sus pies, evidente en las uñas que no han sido cortadas durante mucho tiempo (años). La falta de cuidado se debe a su edad avanzada, su ceguera e inmovilidad.

Observamos un hallux valgus bilateral, que se monta sobre el segundo dedo.

Paciente de 84 años que presenta una lesión -muy frecuente y benigna-, que aparece por una alteración en la producción de colágeno y por un aumento de la fragilidad capilar en los ancianos. Sin otros signos, no hay necesidad de realizar exámenes complementarios. Se observa una lesión escoriativa con desprendimiento de la piel por un traumatismo, en este caso producido por el cuidador al realizar alguna maniobra para movilizar a la paciente.







Paciente de 86 años que presenta lesiones inflamatorias de tipo pápulas diseminadas, aisladas, de diámetro variable con una escoriación central, muy pruriginosas y con ardor. El rascado alivia y erosiona las pápulas. Diagnóstico diferencial con escabiosis. Investigar diabetes, hepatopatías, nefropatías, ingesta medicamentosa, etc.

Paciente de 67 años que presenta un tumor ulcerante con un tapón central de queratina, de crecimiento rápido que desaparece espontáneamente.

Es necesario una biopsia para un diagnóstico de certeza y descartar lesión maligna de piel.



Queratosis seborreica y carcinoma superficial



Anciana de 97 años con una lesión benigna (queratosis solitaria) y una lesión maligna en la piel (carcinoma basocelular superficial). Siendo el tumor que prevalece en los ancianos de piel clara, suele no constituir una amenaza para la vida del paciente. Su evolución natural provoca grandes deformidades que se evitan con un correcto diagnóstico y tratamiento.

Paciente de 86 años que presenta pequeños vasos capilares superficiales dilatados como una mancha rojiza de arañuelas, que palidecen con la presión, se observa también en la nariz. La facie del paciente es pletórica, de forma redondeada, por su obesidad e hipotiroidismo.



Tinea pedis



Paciente de 82 años que presenta una infección micótica crónica de la piel situada entre los dedos del pie conocida como "pie de atleta". Fisura interdigital.

Paciente de 78 años operada, a la que se le realiza un injerto en la base de la nariz. Se observa: una mancha de color blanco nácar antiestética. Cierre de la abertura palpebral por mala técnica quirúrgica. Lagrimeo, leve entropión. Arco senil o gerontoxon.

Tumor espinocelular: tratamiento quirúrgico





Paciente de 84 años que presenta un pie enrojecido con piel brillante, uñas con signos de distrofia y pérdida del vello. Se observa una úlcera perforante en la cara superior del dedo con una secreción seropurulenta ¿osteomielitis falángica? El proceso inflamatorio determina una forma en salchicha del dedo afectado. Tratamiento: Rifamicina diaria. Evolución favorable.

Paciente de 84 años. Presenta hallux valgus del primer dedo que obliga al segundo, por falta de espacio, a montarse. El traumatismo permanente con el calzado le ha provocado una lesión ulcerada de bordes indurados, inflamada y muy dolorosa que le dificulta la marcha.





Paciente de 84 años que presenta una infección bacteriana que provoca un desprendimiento parcial de la uña (onicólisis). Enrojecimiento y engrosamiento de la piel en los rebordes ungueales. Los cultivos descartaron Cándida albicans y dieron positivos para Staphylococcus aureus y Escherichia Coli. Se realizó tratamiento con antibiótico tópico (Mupirocina) con buenos resultados. Diagnóstico diferencial: Melanoma.

GERONTOLOGÍA CLÍNICA ILUSTRADA

Paciente de 84 años con despigmentación perioral y en cuello, que padece Enfermedad de Alzheimer (EA). El vitíligo es una enfermedad autoinmunitaria. Es importante observar la simetría que presenta a nivel perioral, no existe explicación para dicho fenómeno.

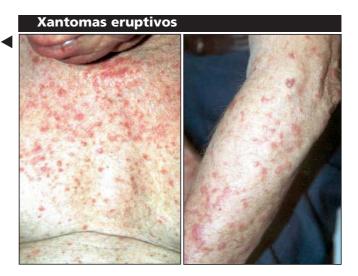


Vitíligo perianal



Paciente de 83 años que presenta una despigmentación perianal con lesiones típicas de una dermatitis del pañal en una persona con demencia e incontinencia urinaria. Este paciente presenta, además, una despigmentación perioral.

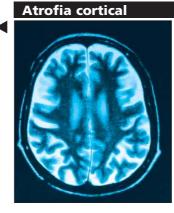
Paciente de 72 años que presenta una erupción de la piel con intenso prurito que toma el cuello, tórax, abdomen, brazos, piernas. Deja limpia la cara. Se observa en la hipercolesterolemia familiar con hipercolesterolemia secundaria. Suele ser más frecuente en las mujeres. Tratamiento: Sintomático.

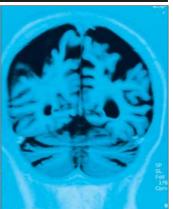




 Paciente de 82 años al que se le efectúa una angioresonancia de los vasos endocraneales.
 Muestra normalidad en el flujo de las arterias del polígono de Willis.

Paciente de 70 años con un deterioro psicoorgánico profundo, no específico (demencia). Presenta marcado aumento de profundidad y espesor de los surcos subaragnoideos de la convexidad frontoparietal bilateral. Imágenes de RMN compatibles con atrofia cortical.





Contractura y flexión permanente





Paciente de 75 años que presenta las secuelas de una hemiplejía izquierda. Esta incapacidad puede ser prevenida con kinesioterapia precoz y prolongada. Paciente de 86 años que presenta un hundimiento en la región témporo-parietal izquierda por cirugía de un tumor cerebral (astrocitoma). Evolución: deterioro psicoorgánico profundo.

Craneotomía témporo-parietal izquierda Hundimiento

Paciente de 85 años que presenta como enfermedad de base un cuadro de asma bronquial crónico, el espasmo del carpo se podría deber a la alcalosis respiratoria con hipocalcemia y/o hipomagnesemia. Los dedos están flexionados a nivel de la articulación metacarpofalángica y el dedo pulgar en abducción.

Paciente de 87 años que presenta una flexión permanente del dedo meñique desde los 5 años. Causa: jugando, un conejo le muerde la mano y lesiona el tendón flexor del meñique. Es tratada incorrectamente con cirugía en 1920. Secuela: retracción y flexión del meñique con hipotrofia y limitación de movimientos.

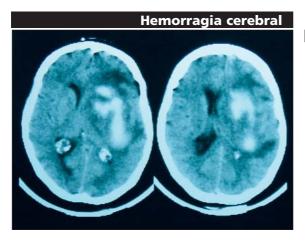




Paciente de 68 años que presenta lesión expansiva parieto occipital derecha, heterogénea y con efecto de masa que sugiere Glioblastoma multiforme como primer diagnóstico de probabilidad.

Paciente de 87 años que presenta una hemiplejía derecha. Utiliza su miembro superior izquierdo para leer, comer, escribir y para poder hacerse entender, debido a que presenta una afasia de expresión.





 Paciente de 66 años que presenta lesión gangliobasal-paracapsular izquierda con edema periférico y efecto de masa con diagnóstico de TAC de hematoma intraparenquimatoso agudo.

GERONTOLOGÍA CLÍNICA ILUSTRADA

Paciente de 65 años en el que se observan dilatación del sistema ventricular con edema periependimario moderado y signos de enfermedad isquémica en la sustancia blanca. Los surcos subargnoideos son pequeños. El paciente presenta trastornos cognitivos, de la marcha e incontinencia urinaria, causados por la dilatación ventricular marcada.



Hipoacusia

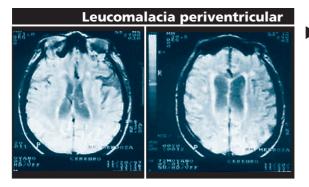


Paciente de 86 años con un audífono colocado en el conducto auditivo externo por disminución de la audición. Generalmente son pacientes socialmente inadaptados, deprimidos y agresivos, con una actitud de tipo paranoica por la privación sensorial. Por razones estéticas, los varones son más prejuiciosos para el uso del audífono.

Paciente de 65 años con una lesión hipodensa cortical y subcortical fronto-temporal derecha con compromiso gangliobasal. Características tomográficas típicas de un infarto isquémico en territorio de la arteria cerebral media.



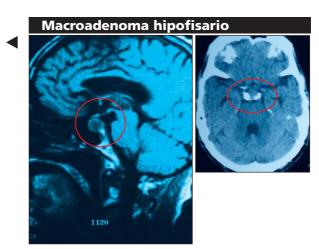
GUÍA PRÁCTICA DE EXPERIENCIAS COTIDIANAS



Paciente de 83 años que presenta infartos de la sustancia blanca periventricular (leucomalacia periventricular). Signos involutivos corticales y centrales con predominio bitemporal. Su comportamiento clínico es de un deterioro psicoorgánico profundo.

Paciente de 67 años que presenta en la TAC: lesión expansiva de densidad intermedia celar-supracelar con invasión del dorso de la silla turca.

RMN: Lesión hipointensa adenohipofisaria con bloqueo de la cisterna supracelar, erosión del piso y compromiso parcial del seno cavernoso izquierdo. Compatible con el diagnóstico de macroadenoma hipofisario.



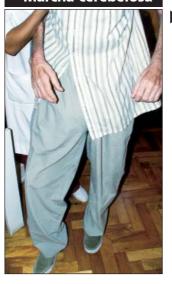


Paciente de 89 años con un deterioro psicoorgánico grave que presenta una incapacidad para extender la muñeca y las articulaciones metacarpofalángicas de los dedos, igual que el dedo pulgar que se esconde dentro de la palma de la mano. Diagnóstico diferencial con la parálisis radial. Paciente de 79 años con un deterioro psicoorgánico moderado que presenta una marcha con base de sustentación más amplia con ligera flexión hacia delante con pasos cortos y lentos, arrastrando los pies, como si estuvieran pegados al piso.

Marcha apráxica



Marcha cerebelosa



Paciente de 65 años que camina con pasos irregulares, con una base de sustentación más amplia, como si estuviera "borracho", lateraliza hacia un lado y otro, hacia adelante y hacia atrás y, si no se lo ayuda es incapaz de mantenerse parado. Se cae a pesar de mantener los ojos abiertos.

Paciente de 78 años que presenta una marcha de circunducción bilateral debido a una hemiplejía por un accidente cerebrovascular. Se observa en las lesiones bilaterales de la neurona motora superior. El paciente no deja de mirar el suelo.

Marcha en tijera



GUÍA PRÁCTICA DE EXPERIENCIAS COTIDIANAS

Marcha hemipléjica

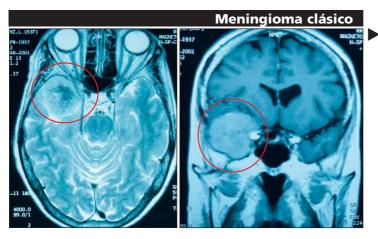


Paciente de 67 años que ha sufrido una lesión de la cápsula interna y muestra en su miembro inferior izquierdo un movimiento en semicírculo, como si dibujara el de una guadaña, arrastra la punta del pie sobre el suelo.

Paciente de 84 años que padece enfermedad de Parkinson de larga evolución, que le dificulta los movimientos. Arrastra los pies, cabeza semiflexionada, cuerpo inclinado hacia adelante y muy rígido, los brazos (en este caso sostenidos por una ayudante) están en aducción y sin balanceo. Esta posición se exagera a medida que camina, como si buscara el "centro de gravedad". Da la impresión que el paciente estuviera por correr. Todos sus movimientos son en bloque. Su cara no tiene expresión, es sudorosa y grasosa con un parpadeo mínimo (cara de jugador de póker).

Marcha parkinsoniana

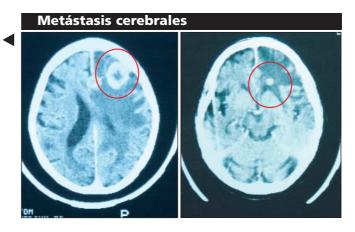




Paciente de sexo femenino de 65 años que presenta lesión extraparenquimatosa en relación con el ala menor esfenoidal derecha con compromiso parenquimatoso por compresión, cuyas características en RMN son típicas de un meningioma.

GERONTOLOGÍA CLÍNICA ILUSTRADA

Paciente de 70 años que presenta múltiples lesiones corticosubcorticales contrastadas, con abundante edema vasogénico asociado, compatibles con neoplasias secundarias.



Mielopatía e inestabilidad de columna



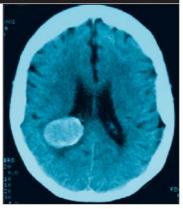
Paciente de 77 años que presenta una Mielopatía compresiva y Discopatías degenerativas múltiples con protución discal desde C2 a C6. Se coloca una placa barra occípitocervical de titanio fijada con tornillos en: occipital y transpediculares bilaterales C2/C3/C4. Se completa la fijación caudal.

Paciente de 86 años que presenta movimientos involuntarios tipo Corea Senil, que se caracterizan por ser bucolinguo-faciales repetitivos.



GUÍA PRÁCTICA DE EXPERIENCIAS COTIDIANAS

Papiloma de plexos coroides calcificados



▶ Paciente de 81 años que presenta una formación con carácter expansivo sólida, a nivel de la prolongación occipital del ventrículo lateral derecho (lóbulo temporal derecho) de bordes regulares. Diagnóstico diferencial con quiste hidatídico calcificado.

Paciente de 89 años que presenta una hemiplejía izquierda y una afasia completa. Se puede observar el babeo por la comisura izquierda, desaparición del surco nasogeniano homónimo, y respiración de fumador de pipa.

Parálisis facial izquierda



Parálisis facial tipo moto neurona superior





Paciente de 84 años. **Foto 1:** Se puede observar la flaccidez de todos los músculos del lado izquierdo. La frente que no se arruga al levantar las cejas. La ceja derecha más elevada y la abertura ocular está más abierta. El pliegue naso labial desdibujado y el pómulo más saliente marca una verdadera asimetría.

Foto 2: Nos muestra que a la orden de "enseñe los dientes haciendo mucha fuerza" se marca el músculo cutáneo del cuello en forma unilateral (derecho). La boca se desplaza más hacia la derecha y de ese lado está más abierta. Como la

frente tiene inervación bilateral se ve menos afectada. Su hipoacusia se puede deber a parálisis del músculo del estribo.

Paciente de 68 años que presenta una paresia de VI par que no tiene valor localizador ya que es el par craneal más comprometido en cualquier tipo de lesión cerebral. El ojo con paresia del recto lateral abduce parcialmente y el paciente compensa con tortícolis, girando la cabeza a la izquierda para evitar la diplopía.



Postura parkinsoniana



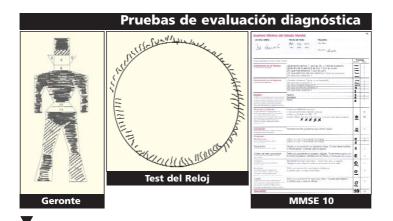
Paciente de 93 años que presenta Mal de Parkinson. Se puede observar la posición adoptada al estar sentado, la dificultad de movimientos y la facie de jugador de póker (sin mímica).

Paciente de 86 años que presenta un descenso del párpado superior derecho. Para compensar, la paciente contractura el músculo frontal, se marcan más sus arrugas en la frente, y se produce una elevación de las cejas. Cualquier lesión del núcleo del III par puede dar ptosis.

Observamos un arco senil o gerontoxon.

Ptosis adquirida





Paciente de 80 años que presenta Enfermedad de Alzheimer (EA) y se le efectúan algunas pruebas de evaluación neuropsicológicas. **Geronte:** Mide la autonomía funcional: negro, lo perdido; gris, en vías de perderse; y blanco, conservado. **Test del Reloj:** Sugerente de E.A. No coloca números y existe una perseveración. **MMSE** (Examen Mínimo del Estado Mental): Resultado 10 puntos de 30 factibles.

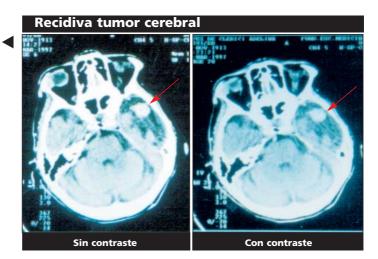


Paciente de 80 años que se encuentra realizando algunas de las tantas pruebas de evaluación geriátricas que se utilizan para orientar el diagnóstico. En esta oportunidad se está efectuando el Examen Mínimo del Estado Mental (MMSE) y el Test del Reloj. Estas son generalmente las más utilizadas en la práctica para poder orientar el diagnóstico en un paciente con deterioro cognitivo.

No son las únicas a aplicar, hay muchas más.

Paciente de 83 años.

TAC de cerebro
post-quirúrgica (un año
después) con y sin
contraste de un tumor
témporo-parietal izquierdo.
A nivel del polo temporal
se visualiza formación
redondeada, de
aproximadamente 1,5 cm
de diámetro, que podría
corresponder a recidiva
local. No descartar gliosis.



Síndrome de Diógenes





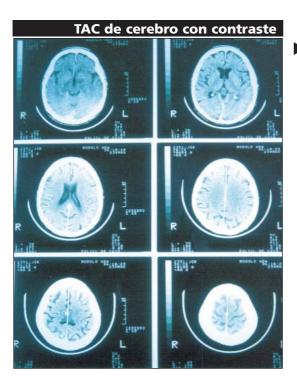


Departamento

Institución

Departamento

Paciente de 80 años que vive sola en su departamento en estado de total abandono, suciedad y soledad, con antecedentes de alcoholismo. Trastornos de conducta: huraña, antisocial. Acumulación de diversos elementos (diarios, revistas, comida); desorden en su ropero y debajo de la cama. Negación de la realidad. Nivel de educación aceptable, sin inconvenientes económicos. Suspicaz, indiferente, con un cierto grado de personalidad paranoide.



Paciente de 80 años, al que se le realiza una tomografía axial computada de cerebro. Los resultados están dentro de los límites normales para su edad. Mínimos signos de atrofia cortical involutiva.

Paciente de 76 años que presenta una tortícolis de inicio de la edad adulta. Es más frecuente en las mujeres. Comienzo rápido; a veces, progresivo con contracciones dolorosas y espasmódicas del esternocleidomastoideo, suelen ser unilaterales y producen una postura anormal de la cabeza. La contractura del músculo determina una rotación de la cabeza respecto a la posición neutra.



GERONTOLOGÍA CLÍNICA ILUSTRADA

Paciente de 97 años que presenta sus pupilas regulares pero desiguales, la derecha responde con una contracción a la luz. Exotropía leve izquierda por descompensación de un estrabismo asociado a falta de visión. Causas: catarata nuclear, maculopatía senil.



Arco senil o gerontoxon



Paciente de 85 años que presenta un gerontoxon bilateral. Con frecuencia aparece en la vejez. Raramente se observa en personas jóvenes y se lo denomina arco senil. Es una infiltración lipoide del estroma en la periferia de la córnea que forma un arco de color blanco-grisáceo opaco.

Paciente de 70 años que presenta una opacificación del cristalino, que afecta la visión por pérdida de transparencia. Las alteraciones fisicoquímicas de las sustancias coloideas que constituyen el cristalino determinan la pérdida de su transparencia.

Catarata senil



GUÍA PRÁCTICA DE EXPERIENCIAS COTIDIANAS



▶ Paciente de 80 años que presenta catarata. Las cataratas pueden ser: congénitas, por edad avanzada, secundarias a traumatismos físicos o por irradiación, por complicación de una diabetes mellitus, hipocalcemia. Tratamiento con corticoides local o sistémico.

Paciente de 79 años. Debemos reconocer dos formas de cataratas: nuclear y cortical. Cuando se opacifica el núcleo consiste en la esclerosis de la porción central. El núcleo puede tomar un color pardusco y también negro, su evolución es lenta. La catarata senil cortical afecta la corteza, y evoluciona más rápidamente. Iluminando la pupila aparece de color blanco (leucocoria).





Paciente de 80 años que sufrió una herida penetrante con ruptura de la cápsula del cristalino. Ptosis palpebral. Antecedente de ausencias atípicas y accidente cerebro vascular isquémico, con infarto témporo-occipital basal derecho que deja como secuela cuadrantanopsia superior homónima izquierda. En la cuadrantanopsia homónima se pierde en el campo visual el mismo cuarto en cada ojo.

GERONTOLOGÍA CLÍNICA ILUSTRADA

Paciente de 97 años que presenta una ceguera sin causa aparente. En estos ancianos las causas más frecuentes de ceguera son: cataratas, vasculopatías retinianas, degeneración macular, glaucoma, diabetes.



Conjuntivitis aguda



Paciente de 80 años con un deterioro psicoorgánico grave que presenta una conjuntivitis bacteriana. Conjuntiva inflamada que produce ojo rojo con sensación de arenilla, secreción purulenta e intenso lagrimeo.

Arco senil o gerontoxon: común en los ancianos por depósito de lípidos.

Paciente de 89 años que presenta un ectropión bilateral senil, con aumento de la abertura palpebral que se limita al párpado inferior, por alteraciones tróficas y pérdida del tono del orbicular. Es frecuente el lagrimeo.





GUÍA PRÁCTICA DE EXPERIENCIAS COTIDIANAS



▶ Paciente de 76 años que presenta un ectropión del párpado inferior, por alteraciones tróficas y pérdida del tono del orbicular que abandona el contacto con el globo ocular y se evierte.

Paciente de 65 años que presenta un estrabismo divergente del ojo izquierdo desde la infancia. Este paciente tiene una ambliopía estrábica. No hay tratamiento eficaz a esta edad para la ambliopía, la cirugía sólo es cosmética y/o estética.





▶ Paciente de 87 años que padece una diabetes I (insulinodependiente) de larga evolución y debuta con un glaucoma agudo que puede conducir a la pérdida de la visión si no se actúa rápidamente. Paciente de 95 años que presenta en forma espontánea una hemorragia en ojo derecho. Antecedentes: hipertensión arterial. Arco senil o gerontoxon.





Paciente de 75 años en el que se puede ver un pequeño desprendimiento de retina sensorial en el área macular. Esto se debe a la formación de una membrana neovascular subretiniana, que produce la separación entre la retina sensorial y el epitelio pigmentario retiniano. Este tipo de maculopatía es la menos frecuente pero produce la mayoría de las cequeras.

Paciente de 78 años que presenta un trastorno de pigmentación con presencia de drusas en el área macular.

Las drusas son excrecencias de membrana basal de epitelio pigmentario retiniano, que sobresalen entre las células, que abomban en dirección anterior. Son áreas pequeñas redondeadas de color blanco amarillento, con bordes definidos.



GUÍA PRÁCTICA DE EXPERIENCIAS COTIDIANAS



Paciente de 65 años con conjuntivitis de ojo derecho. Las conjuntivitis pueden ser agudas o crónicas, infecciosas, irritativas y favorecidas por la disminución de lágrimas frecuente en pacientes añosos. Ojo rojo, sensación de cuerpo extraño, secreción; a veces, fotofobia. La visión no está alterada. Antecedentes: Diabetes II e hipertensión arterial.



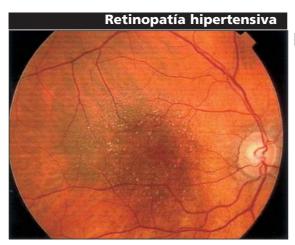
Paciente de 77 años que presenta un globo ocular parcialmente vacío, disminuido en su tamaño ocular, con pérdida total de la función. Causas: traumáticas (quirúrgicas o accidentales). Infección: úlcera de córnea perforada.



Paciente de 75 años que presenta el párpado superior de ojo izquierdo caído, se observa que su borde cubre más del tercio superior de la córnea. El paciente trata de compensar la falta de elevación del párpado con una contracción mayor del músculo frontal, marcando las arrugas y elevando la ceja. Las ptosis adquiridas son casi siempre de origen neurológico.

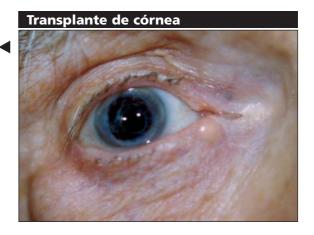
Paciente de 72 años que presenta múltiples exudados y edema de mácula. Esta es una de las causas de alteración de la visión más frecuente.





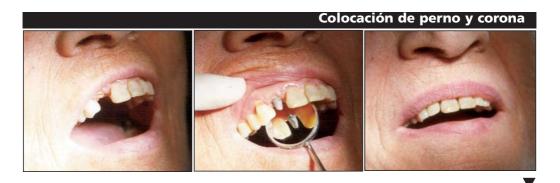
Paciente de 70 años que presenta retinopatía hipertensiva que clásicamente se divide en IV estadios. En el estadío I observamos adelgazamiento de las arteriolas; en el grado II, estrechamiento generalizado y signos de esclerosis vascular con entrecruzamientos arteriovenosos patológicos causados por compresión de las arterias sobre las venas; en el estadio III hay hemorragias y exudados algodonosos y en el estadio IV, edema de papila.

Paciente de 92 años. Antecedentes:
herpes de córnea derecha con
opacificación. Maculopatía bilateral.
Atrofia iris ojo derecho. Se le realiza
una retinofluoreceinografía que
muestra una papila grande miópica,
una retinopatía miópica, una mácula
semilibre y exudados. Transplante
de córnea a los 90 años. Visión
mejorada levemente.





Paciente de 91 años. Diabetes I.
Desdentada total. Presenta
microtraumatismos en el velo
del paladar (úlceras traumáticas).
Hipertrofia gingival. La mala
higiene y las roturas en su prótesis
dental producen lesiones
traumáticas por falta de
adaptación.



Paciente de 85 años que sufre la fractura del incisivo lateral superior derecho, se le efectúa tratamiento de conducto (endodoncia: tratamiento radicular), colocación de perno y corona. Se puede observar el mejoramiento de su estética y función bucal.



Paciente de 80 años, desdentada total que determina una pérdida de la dimensión vertical y una hipotonía de los músculos peribucales. Es frecuente en los ancianos de nuestro país por pobreza, educación y falta de conciencia de conservar las piezas dentarias.

Endodoncia Fractura Tratamiento de conducto

Paciente de 85 años a la que se le efectúa una radiografía del incisivo lateral superior derecho por fractura. Se realiza tratamiento de conducto. La endodoncia es el estudio y tratamiento de las enfermedades de la pulpa dentaria y de sus secuelas.

Paciente de 66 años que presenta enfermedad periodontal severa, con pérdida de inserción y movilidad grado III. Tratamiento periodontal y exodoncia de las piezas incurables, se las reemplaza por prótesis.





Paciente de 97 años que presenta cicatriz de cirugía reparadora de labio superior y reborde alveolar. Desviación de la línea media nasobucal.



Paciente de 86 años que presenta una hipertrofia debido a mala adaptación de su prótesis superior. Tratamiento rebasado con acondicionador de tejidos blandos y confección de una prótesis nueva.

Paciente de 77 años que presenta un resto radicular fistulizado desde hace varios años, acompañado de una prótesis mal adaptada, que provoca una hipertrofia gingival, reabsorción del hueso alveolar, dolor y proceso infeccioso e inflamatorio crónico.



Tratamiento periodontal en paciente anticoagulado





V

Paciente de 86 años que presenta una periodontitis moderada con pérdida de inserción ósea. Se suspendió tratamiento anticoagulante por 48 hs. y se pudo realizar raspaje supra y subgingival con ultrasonido sin ninguna complicación y mínimo sangrado. Posterior al acto quirúrgico se reinicia anticoagulación.

Paciente de 75 años que presenta una tumoración en el cuadrante superior externo de mama izquierda, con secreción sero-hemática (formación de una falsa costra) con retracción del pezón. Piel de naranja. Complicación: fracturas patológicas de ambos húmeros.



Hematoma de mama traumático

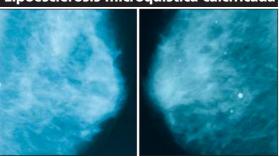


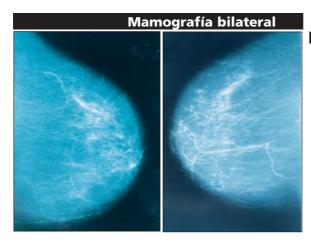
Paciente de 93 años que recibe anticoagulante por vía oral (acenocoumarol 4 mg/día) en forma profiláctica post reemplazo de fractura del cuello del fémur. El peso de la paciente y la inmovilidad determinan hematomas que inquietan al personal de enfermería sin experiencia.

Paciente de 65 años que consulta por una mastodinea. La mamografía bilateral nos muestra: mamas involutivas con evidencias de fibrosis residual de tipo micronodular. Presencia de calcificaciones de aspecto benigno en ambas mamas (Bi-rads 2).

Tratamiento: Vitamina A + E.
Antiinflamatorios. Control:
Mamografía periódica.

Lipoesclerosis microquística calcificada





Paciente de 80 años que presenta mamas simétricas de estructura fibroadiposa con escaso predominio glandular involutivo difuso. Espacios retromamarios libres de formaciones nodulares. No se observan microcalcificaciones anárquicas.

Paciente de 75 años que presenta un carcinoma de mama en cuadrante superior interno izquierdo. Se debe solicitar: radiografía de tórax, esqueleto y columna vertebral. Xerografía, tomografía y gammagrafía hepática. Analítica completa (CA 15-3). Descartar metástasis. Diagnóstico de certeza: biopsia con examen anatomopatológico.

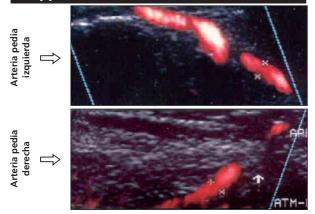




Paciente de 81 años que a los 65 años fue operada de cáncer de mama derecha. Controles periódicos determinan que no hay evidencia de enfermedad. Mamografía anual de mama restante. Paciente de 70 años que presenta amputación de ambos miembros inferiores sobre las rodillas debido a un cuadro de vasculopatía grave con antecedentes de diabetes y alcoholismo. Rehabilitación: temprana con un equipo multidisciplinario con experiencia y compromiso familiar.

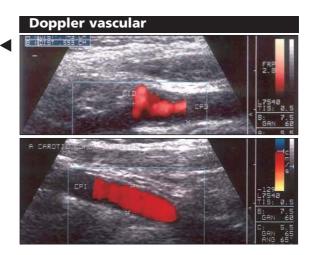


Doppler arterial de miembros inferiores



Paciente de 91 años que presenta en la arteria pedia derecha un calibre de 0,23 cm. Con pequeñas lesiones ateromatosas calcificadas, que producen estenosis leve a moderada. La arteria pedia izquierda presenta un calibre de 0,26 cm. con ateromas calcificados, que le dan un aspecto arrozarriado. Con el Doppler dúplex pulsado se obtienen velocidades circulatorias disminuidas con un flujo sistólico máximo de 17 cm/seg.

Paciente de 77 años que presenta cuadros de tipo sincopales con pérdida de conocimiento. Al examinar el cuello se ausculta soplo en ambas arterias carótidas. La Eco-tomografía de vasos de cuello nos indica signos de ateromatosis difusa. La Ultrasonografía Doppler Color muestra moderada disminución de velocidad en el territorio carotideo izquierdo con discreta turbulencia generalizada.



Erisipela y linfedema bilateral



Paciente de 79 años que presenta erisipela en miembro inferior derecho con linfedema en ambos miembros inferiores, mayor a nivel del derecho. Observar el pliegue a nivel de los tobillos típico de esta enfermedad linfática. Su hermana menor también presenta un linfedema de miembros inferiores lo que hace pensar en un linfedema primario (hereditario). La erisipela es una enfermedad infecciosa provocada por el S. Pyogenes que afecta comúnmente a los ancianos y se localiza a nivel de piernas, cara, manos. Eritema con borde bien delimitado, zona caliente, dolorosa. Puede recidivar frecuentemente. Tratamiento: Penicilina.

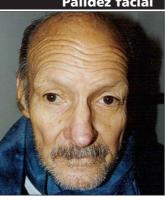
Paciente de 89 años que presenta un linfedema bilateral congénito o enfermedad de Milroy. Se produce por insuficiencia de los vasos linfáticos que lleva a edema crónico con fibrosis y complicaciones como celulitis y ulceraciones. El edema es fácilmente depresible, pero la piel da la sensación de acartonada y dura. El diagnóstico es clínico y por linfografía. Tratamiento: difícil de tratar. Vendaje elástico compresivo y elevación del miembro.

Linfedema



Palidez facial





Paciente que presenta una palidez facial que contrasta con sus manos. Presenta una tromboangeítis obliterante con amputación del antepié derecho. Paciente de 85 años que muestra secuelas de una trombosis venosa con trastornos tróficos de la piel.

Fenómeno desarrollado con el tiempo: edema, trastornos en la pigmentación de la piel, ulceración en la cara interna del tercio inferior de la pierna, procesos infecciosos, linfangitis. Todo este proceso puede llegar a producir una osteítis y una periosteítis.





Trastornos trofovenosos



Paciente de 84 años que presenta alteraciones de las piernas con atrofia cutánea como una bota corta de color marrón oscuro apergaminada, con aspecto de "momificación" y trastornos en las uñas. Es un varicoso puro, de muchos años de evolución y descuido.

Tromboangeítis obliterante (Enfermedad de Buerger)







Paciente de 70 años que presenta una amputación del antepié derecho. En ambas manos, una isquemia marcada con cianosis. Se caracteriza por una obliteración trombótica de la luz arterial, y se manifiesta clínicamente por isquemia que va desde la claudicación intermitente hasta la gangrena con amputación. Es una enfermedad casi exclusiva de los hombres, comienza a temprana edad, está muy relacionada con el tabaco y el frío.



Paciente de 82 años postrado en cama con un deterioro psicoorgánico profundo. Trombosis venosa profunda: dolor espontáneo a la palpación, a la movilización de la pierna. Edema de todo el miembro inferior izquierdo, piel pálida y fría. Lesiones dérmicas de piel con ampollas y color violáceo a nivel plantar. Pulsos palpables dificultados por el edema. Piel blanco pálido. Al examinar los miembros, la *flegmasia alba dolens* es una pierna blanca, la *flegmasia cerulea dolens* es una pierna violácea, cianótica. Ambas corresponden a una trombosis venosa profunda de origen iliofemoral que presentan ciertas diferencias.

Paciente de 89 años que presenta una lesión ulcerativa en la cara interna del segundo dedo del pie, piel brillante y ligeramente lívida. Uñas distróficas con escaso vello.

Se observa una fístula al realizar limpieza quirúrgica.
Tener en cuenta insuficiencia vascular.





Paciente de 75 años que presenta una ulceración varicosa de miembro inferior, como consecuencia de una trombosis venosa profunda.

Esta úlcera extendida no le produce dolor.



Paciente de 78
años, muestra en
cara posterior
izquierda y en cara
externa derecha,
várices serpiginosas
que pertenecen al
sistema safeno
externo.



- No importa la edad, sexo o enfermedad de base. El pronóstico es diferente para cada paciente. Las caídas se pueden evitar teniendo en cuenta por ejemplo:
 - El diseño arquitectónico de las viviendas, edificios, lugares públicos, etc.
 - La no ingesta de psicofármacos.







Extirpación del tejido necrótico. Lavar con solución fisiológica, secar con aire frío (secador de pelo). Hay tantas técnicas como médicos que curan escaras, algunas de ellas:

- * Vaselina sólida blanca.
- * Azúcar.
- * Gasas impregnadas con nitrofurazona.
- * Fibrinolisina, desoxirribonucleasa, antibiótico.

SIEMPRE:

* Cubrir con gasas y apósitos estériles bien acolchados.



Paciente de 82 años que presenta una escara sacra de grado III, que se cura diariamente con sacarosa (azúcar común de mesa). Evolución favorable, mejora el color, la granulación y desaparece el olor fétido. Curación al mes de haber comenzado el tratamiento.



Escara de talón

Paciente de 86 años que presenta una escara de talón grado III en evolución por inmovilización en cama post fractura de fémur. Tratamiento: clavo placa deslizante, obliga al paciente estar encamado.

Paciente de 88 años que permanece postrada en cama por un accidente cerebrovascular con secuela de hemiplejía derecha. Se observan varias formaciones eritematosas en piel sana.





Paciente de 82 años que presenta una escara grado IV en la región sacra, habiéndose hecho limpieza quirúrgica hasta el hueso. Antecedentes: cuadriplejía por hernia discal no tratada a nivel de la C5/C6.

Paciente de 97 años que presenta un gran hematoma en evolución post caída en su domicilio con una pequeña escara en la región sacra y un prolapso hemorroidal crónico.





Paciente de 77 años que presenta un hematoma en la oreja derecha por caída nocturna provocada por la ingesta inadecuada de: hipnótico (flunitrazepam), antidepresivo tricíclico (imipramina), ansiolítico (lorazepam).

Paciente de 92 años que presenta una ulceración traumática en la región sacra a la derecha de la línea media, causada por la tapa del inodoro de madera. Paciente constipado que permanece mucho tiempo sentado para defecar.

Tratamiento: Se realizan curaciones diarias con sulfadiazina de plata, vitamina A y lidocaína.

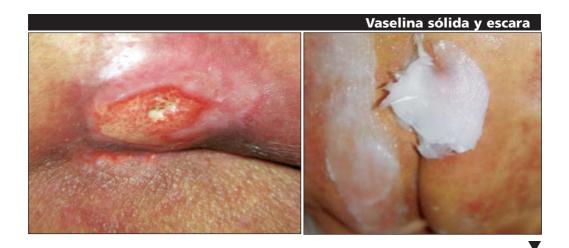




Paciente de 80 años que presenta una úlcera de decúbito de grado III, post complicación de una fractura de fémur con reemplazo: prótesis total no cementada. El tratamiento de curación duró cuarenta días. Método utilizado: * Secado con aire frío. * Colocación de vaselina sólida blanca. * Cubrir con apósitos esterilizados y tela adhesiva hipoalérgica. * Movilización permanente. * No se utilizó ningún tipo de antiséptico.



Paciente de 86 años diabético II. Estado general malo, inmovilizado e incontinente. En una escara se combinan: la fuerza de arrastre, el peso del cuerpo que se concentra sobre las protuberancias óseas, que se suman a la pérdida de sensibilidad y a los trastornos circulatorios. La piel se rompe y la escara en su evolución puede llegar hasta el hueso. Se producen por negligencia de todo el equipo de salud. Existen áreas más expuestas como el sacro, trocánteres, maléolos, talones, pabellón de la oreja. Evolución y limpieza quirúrgica de la misma escara grado IV.



Paciente de 93 años con un síndrome de inmovilización que presenta una escara en evolución con lesiones de dermatitis amoniacal. Tratamiento: diario con vaselina sólida con evolución favorable. La vaselina sólida es otro recurso terapéutico para las úlceras de decúbito de grado I y II.

Caídas: los diez mandamientos

- **1.** Considerar la llamada del anciano que se ha caído como una urgencia médica y siempre psicológica.
- **2.** Descartar un traumatismo que necesite un acto quirúrgico.
- **3.** Intentar después de la caída hacer caminar al paciente.
- **4.** No hospitalizar si no hay estricta necesidad.
- **5.** Buscar la o las causas y diferenciar las caídas mecánicas de las caídas por indisposición.
- **6.** Investigar la ingestión de medicamentos que puedan provocar las caídas iatrogénicas.
- **7.** Observar al paciente los días subsiguientes para comprobar si existe una pérdida de la autonomía.
- **8.** Estudiar los factores de riesgo existentes en el medio circunvecino y corregirlos.
- **9.** Hacer que el paciente recobre la confianza en sí mismo con una acción kinésico terapéutica. (Reeducación del equilibrio, entrenamiento para caminar).
- **10.** Enseñar sistemáticamente a los ancianos cómo levantarse.



Recoger el pie hacia atrás.



Doblar las rodillas.



Sostenerse en la ayudante y elevarse.

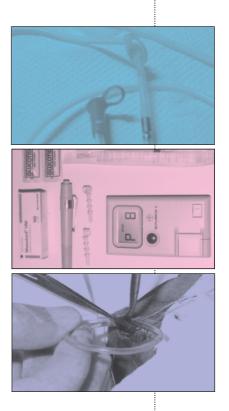


Mantenerse a sí mismo.



3

GERONTOLOGÍA CLÍNICA Y CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD



ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO

Déficit neurológico transitorio mayor de 1 hora y menor de 24 horas.

Sintomatología:

- * Trastornos visuales.
- * Trastorno de la palabra.
- * Trastorno sensitivo (parestesias).
- * Trastorno motor (déficit).

Examen neurológico normal. Descartar:

Hipoglucemia, epilepsia focal, procesos expansivos benignos o malignos, trastornos vertebro basilar o carotidio, ateroma cerebro vascular o cardiopatía embolígena.

Tratamiento:

- * Antiagregantes plaquetarios (ácido acetil salicílico 100 a 200 mg/día), y/o ticlopidina y/o anticoagulación.
- * Control de la presión arterial (hay que regularizarla).
- * Consulta con neurociruiano.



Si el paciente tiene una valvulopatía mitral, o episodios de fibrilación auricular paroxística o estenosis carotidia diagnosticada, hospitalizar.

ACÚFENOS

Zumbido de oídos en ausencia de estímulos exteriores. Cualquier patología auditiva es capaz de causar zumbidos de oídos.

1. Acúfenos objetivos:

Enfermedades vasculares complicadas:

- * Fístula arterio-venosa.
- * Estenosis de grandes vasos.
- * Aneurismas arterial y/o arterio venoso.
- * Tumores vasculares.

2. Acúfenos subjetivos:

Abarcan desde los trastornos del oído externo hasta los del oído interno.

Tratamiento:

- * Medicamentos de acción vascular.
- * Estimulación eléctrica transcutánea.
- * Psicoterapia e indicación de algunos ansiolíticos, antidepresivos, antisicóticos.



Todos los resultados dependerán de la tolerancia del paciente a sus "ruidos".

ADENOMA DE PRÓSTATA

1. Adenoma de próstata operable:

* Se debe valorar la posibilidad de cirugía por la edad, tamaño del adenoma, tolerancia funcional.

2. Indicaciones formales:

- * Dilatación del aparato urinario: micción por rebosamiento.
- * Insuficiencia renal.
- * Episodios de retención vesical aguda.
- * Infección urinaria a repetición.
- * Litiasis vesical.

3. Indicación preventiva:

* Menor de 75 años con trastornos funcionales y adenoma voluminoso.

4. Tratamiento:

- * Adenectomía transvesical.
- * Resección transuretral.

Control:

Tacto rectal, creatininemia, ecografía prostática vesical y renal.

Complicaciones post quirúrgicas:

Estenosis uretral, incontinencia urinaria, eyaculación retrógrada, recidiva del adenoma prostático, cáncer en la cápsula prostática.



Dosaje de PSA dos semanas posteriores al tacto rectal.

ALIMENTACIÓN

Alrededor de 35 al 55% de personas ancianas hospitalizadas por patología aguda presentan un síndrome de malnutrición proteíno-energética: dosaje de albúmina inferior a 35 g/l. La malnutrición aumenta la morbi-mortalidad de los ancianos.

Factores que influyen en los cuadros de mala alimentación:

- * Pobreza.
- * Soledad
- * Institucionalización en geriátricos no adecuados para los ancianos.
- * Trastornos buco-dentales.
- * Depresión.
- * Polimedicación.
- * Alimentación escasa en: sal, azúcar, grasas, fibras.

No deben faltar los alimentos derivados de la leche, carnes, pecados, huevos, frutas de estación, legumbres, cereales y leguminosas. Cuando un paciente deja de comer debemos recurrir a:

- 1. Sonda naso-gástrica.
- 2. Gastrostomía quirúrgica.
- 3. Gastrostomía percutánea por endoscopía.

ANCIANO DE ALTO RIESGO

- * Mayor de ochenta años.
- * Vive solo.
- * Anciana soltera y/o viuda.
- * Residente en instituciones.
- * Sin familia
- * Enfermo crónico o inválido.
- * Casado con un cónyuge enfermo o incapacitado.
- * Los que viven con ayudas económicas mínimas

(Organización Mundial de la Salud, O.M.S.)

ANCIANO FRÁGIL

- **1.** Personas de edad avanzada que requieren el máximo de:
 - * Necesidades médicas.
 - * Cuidados.
 - * Servicios comunitarios.
 - * Ayudas formales o informales.
 - * Cuidados de larga duración.
- 2. Parte de la población mayor de 65 años:
 - > 65 años = 10-20% de frágiles.
 - > 85 años en la comunidad = 46% de frágiles.
- **3.** La medicina geriátrica está orientada esencialmente hacia el cuidado de estos ancianos.

Definiciones de la fragilidad

- Las personas mayores frágiles son vulnerables y los más expuestos a los riesgos:
 - * Dependencia.
 - * Institucionalización.
 - * Caídas.
 - * Accidentes.

- * Enfermedades agudas.
- * Hospitalización.
- * Convalescencia prolongada.
- * Mortalidad.

2. Las personas mayores frágiles se definen según los factores predisponentes:

- * Edad avanzada.
- * Dependencia.
- * Morbilidad.
- * Polipatología.

Diagnóstico del síndrome de fragilidad

Cuando se presentan cuatro o más de las siguientes características:

- * Mayor de 80 años.
- * Trastornos del equilibrio y de la marcha.
- * Deambulación y marcha reducidas.
- * Depresión.
- * Utilización de sedantes.
- * Disminución de la fuerza muscular: hombros y rodillas.
- * Trastornos funcionales de los miembros inferiores
- * Pérdida de la visión de cercana.

(Dr. Alain Franco)7

ARTERIOPATÍA OBLITERANTE DE MIEMBROS INFERIORES

1. Reflejo local de una enfermedad general:

- * Claudicación intermitente constante e inconstante.
- * Embolismo pulmonar por fibrilación auricular paroxística.
- * Coxoartrosis, gonartrosis, canal lumbar estrecho, neuropatía periférica (palpar pulso).
- * Trastornos cognitivos: el paciente no

- puede expresar correctamente sus síntomas (por ej: claudicación al esfuerzo o dolor en los decúbitos).
- * Úlcera sobre un terreno de insuficiencia venosa, que a veces se asocia a la patología arterial.
- * Aneurisma aórtico

Tener en cuenta:

- * Calor local, trayecto del pulso.
- * Palpar el abdomen (aneurisma aórtico, no olvidarlo).
- * Hueco poplíteo, auscultar el trayecto de las arterias femorales, poplíteas, etc.

Tratamiento:

* Antiagregantes plaquetarios, reeducación de la actividad física, higiene de los pies, cirugía que a veces se acompaña de amputación. Corregir los factores de riesgo.



Indicar un eco Doppler arterial y venoso.

ARTERIOPATÍAS ISQUÉMICAS PERIFÉRICAS

- a) Tomar en cuenta el contexto de vida y el círculo de familiares del enfermo.
- b) Favorecer la confianza psicológica.

1. Restablecimiento de las grandes funciones somáticas:

- * Hidratación y llenado vascular.
- * Restablecimiento de la función cardiopulmonar.
- * Regulación de la glucemia.
- * Restablecimiento de la albúmina normal.
- * Restablecimiento del equilibrio nutricional.

* Movilización del paciente.

2. Tratamiento del dolor y de la depresión:

- * Evaluación del sufrimiento y del dolor.
- * Tratamiento antálgico.
- * Antidepresivos.
- * Estimulación eléctrica antálgica externa.

Para evitar factores de riesgo:

- * Interrupción del tabaco sin importar la edad.
- * Control prudente de la hipertensión.
- * Tratamiento razonable de:
 - 1. Diabetes.
 - 2. Hipercolesterolemia.
 - 3. Hiperuricemia.
 - 4. Sobrepeso.
- * Evitar las situaciones de riesgo (heridas distales, podología).

Tratamiento:

- * Cuidados locales.
- * Podología.
- * Antálgicos.
- * Hidratación.
- * Equilibrio iónico.
- * Regulación de la glucemia.
- * Antibióticos.
- * Fisioterapia, kinesioterapia.
- * Hiperemia reaccional.
- * Neuroestimulación
- * Hemodilución iso-volémica.
- * Hipertensión terapéutica.
- * Vasoactivos convencionales.
- * Bloqueantes cálcicos.
- * Prostaciclinas.
- * Antitromboticos.
- * Trombolisis.
- * Oxigenoterapia normo/hiperbárica.
- * Angioplastía.
- * Trombectomía.

- * Recanalización.
- * Simpatectomía/Simpatolisis.
- * Amputación.
- * Termalismo arterial.

(Dr. Alain Franco)

CAÍDAS

Aumentan con los años. Un anciano que se ha caído debe ser interrogado y examinado minuciosamente y, además, hay que solicitar al entorno que colabore para determinar las causas que pueden haber originado la caída.

1. Tipos de fracturas:

- * Fractura de fémur: acortamiento y rotación externa del miembro afectado.
- * Fractura de pelvis: dolor en la región inguinal e impotencia funcional.
- * Fractura de muñeca, húmero, vértebra, etc.

2. Causas de las caídas:

Nicturia, hipotensión ortostática, benzodiazepinas, alfombras, piso deslizable, escaleras, etc.

Consejos:

- * No levantar ni realizar movimientos bruscos.
- * Controlar la presión arterial.
- * Mejorar la visión. No usar calzados inadecuados. Retirar las alfombras. No encerar los pisos. Las camas deberán tener una altura suelo-colchón de 60 cm. Colocar barandas en los baños y escaleras. Elevar el inodoro. Mantener bien iluminados los espacios. Evitar los desniveles. etc.

Todo anciano fracturado debe ser evaluado y en caso de gravedad debe ser hospitalizado. Realizar:

- * Examen osteo-articular, neurológico, sensorial, cardiovascular, pulmonar y psicológico.
- * Examen del equilibrio: adaptación, protección.
- * Examen de la marcha: 10 metros descalzo.
- * Tests predictivos de la caída: Up and Go, Tinetti.

Ver cuadro de caídas los diez mandamientos en pág. 161, capítulo 2.

Tratamiento de las caídas:

- * Debe ser precoz, activo, rápido, eficaz, global.
- * Hay que lograr readaptación al esfuerzo, al movimiento, al equilibrio, a la marcha y reaprendizaje de los automatismos.
- * Ayudas mecánicas, andador, bastón, buen calzado
- * Reaprendizaje de las características del suelo.
- * Participación de los que lo rodean, familiares y otros.
- * Adaptación ergonómica del medio.

(Dr. Alain Franco)

Trastornos del equilibrio y caídas:

- * Explicarles que los problemas de equilibrio son frecuentes a partir de cierta edad y que algunos ejercicios sencillos pueden ayudar a mejorar esta situación.
- * Advertirles que el levantarse bruscamente puede provocar la sensación que la cabeza da vueltas y corren el riesgo de caerse.

* Enseñarles que si saben manejar su cuerpo, evitarán las caídas.

Consejos:

- **1.** Acuéstese de costado, colocando una pierna encima de la otra.
- **2.** Deje las dos piernas colgando fuera de la cama y enderece el cuerpo.
- **3.** Ayúdese con las manos para enderezarse.
- **4.** Quédese sentado tranquilamente sobre la cama.
- **5.** Después de un rato párese y, si es necesario, utilice un bastón.

(Dr. Robert Hugonot)



La mayoría de las veces una caída es el comienzo del final del paciente anciano.

CÁNCER COLO-RECTAL

El cáncer colo-rectal es el más frecuente de los cánceres en los ancianos (20% mayores de 70 años) y no respeta sexo.

Síntomas de tumor rectal:

- * Modificación del tránsito intestinal habitual. (Tumor estenosante).
- * Dolores cólicos, rectorragia. (Tumor recto colónico).
- * Mucorrea, hipocalemia. (Tumor velloso).
- * Anemia microcítica ferropénica. (Tumor de colón derecho).

Diagnóstico:

Examen clínico. Analítica completa. Tacto rectal. Sangre oculta en heces. Colon por enema. Coloscopía (biopsias múltiples). Recto-sigmoideoscopía.

- * Variedad de pólipos: hiperplásico, poliadenoma benigno y poliadenoma maligno.
- * El riesgos aumenta si los pólipos son: múltiples, pediculados, mayores de dos centímetros, vellosos muy displásicos.

Tratamiento:

- * Hemicolectomía derecha (cáncer de colon derecho).
- * Colectomía segmentaria (cáncer del ángulo izquierdo).
- * Colectomía izquierda (cáncer de colon izquierdo).
- * Amputación abdómino-perineal con colostomía definitiva (cáncer de recto).



Todo pólipo debe ser extirpado y sometido a un examen anatomopatológico.

CÁNCER DE MAMA

Diagnóstico:

Examen anual aconsejable. La palpación de las mamas debe ser un examen sistemático en toda mujer vieja. El 95% de las veces el diagnóstico clínico por la palpación es positivo y solo el 5% de los cánceres de mama se diagnostican con mamografía.

En caso de duda diagnóstica:

Practicar biopsia para confirmarlo. Determinar pronóstico y orientación terapéutica con dosaje de receptores hormonales.

Tratamiento:

- 1. Tumerectomía.
- 2. Mastectomía simple.

- 3. Mastectomía radical.
- **4.** Hormonoterapia. En una mujer muy vieja el mejor tratamiento es la hormonoterapia con tamoxifene (mejora la sobrevida y la calidad de vida). Tratamiento simple, eficaz y bien tolerado.
- **5.** Quimioterapia.
- **6.** Radioterapia.

CÁNCER DE PRÓSTATA

Es una causa importante de mortalidad.

Es aconsejable realizar todos los estudios para un diagnóstico precoz a partir de los 50 años.

Sintomatología:

Cáncer prostático: disuria, polaquiuria nocturna, retención urinaria.

Expansión: infección urinaria, dolor lumbar revelador de una uretro-hidronefrosis por reflujo. Insuficiencia renal crónica. Edema crónico. Dolor vertebral o radicular por una metástasis. Fractura ósea espontánea. Anemia

Diagnóstico:

Antígeno específico prostático (PSA):

Cuando el dosaje es mayor de 80-100 ng/ml el diagnóstico de cáncer de próstata es certero. **Biopsia prostática:** después del tacto rectal y la ecografía, confirma el diagnóstico.

Tratamiento: dependerá de:

- 1. Edad, autonomía, estado general.
- **2.** Descubrimiento anatomopatológico fortuito.
- **3.** Cáncer prostático aparentemente localizado.

- **4.** Cáncer prostático que pasó el límite capsular o con metástasis.
- **5.** Hormonoterapia: agonistas de la LH-RH antiandrógenos periféricos.
- 6. Radioterapia.



Castración quirúrgica: la más eficaz y económica (aunque no guste).

CERVICOARTROSIS

A partir de los cincuenta años las lesiones artrósicas cervicales son frecuentes y hasta silenciosas.

Cervicalgias:

- * De intensidad variable, ubicada en la nuca, se irradia a la región escapular, occipital y hombro.
- * Sensación de dolor crónico, puede durar días o semanas.
- * Examen clínico: limitación en el movimiento del cuello por dolor y una sensibilidad muscular inespecífica.
- * La radiografía de cuello facilita el diagnóstico.

Tener en cuenta:

- * Síndrome de Pancoast-Tobías.
- * Neuralgia amiotrófica.
- * Mielopatías cervicoartrósicas.

Tratamientos:

- **1.** Reposo con inmovilización. (Minerva collar).
- 2. Antiinflamatorios no esteroides. (AINE)
- 3. Kinesioterapia suave.
- **4.** Evitar la tracción para estiramiento.

CONSTIPACIÓN

Es una de las razones de mayor consulta y preocupación.

Factores que determinan la constipación:

- * Medicamentos: antiácidos, anticolinérgicos, psicotrópicos, diuréticos, analgésicos.
- * Alimentación: ingesta de baja cantidad de fibras
- * Enfermedades crónicas: parkinsonismo, hipotiroidismo, depresión, inmovilización

La constipación puede deberse a:

- * Trastorno en la progresión (movimientos peristálticos del intestino).
- * Trastorno de la evacuación (hemorroides, fístulas, abscesos, etc.).

Fecaloma: es la complicación más importante de la constipación.

No resuelto por mal diagnóstico, su tratamiento es tardío e inoportuno.

La evacuación manual (ruptura) debe ser muy prudente.

Tener en cuenta: colopatías funcionales, hipo-motilidad colónica derecha, síndrome sub-oclusivo y vólvulo de sigmoides.

iojo!

Muchas veces una constipación crónica (fecaloma) nos hace creer que el paciente tiene diarrea, debido a que entre la pared intestinal y el bolo fecal resuma un líquido diarreico:



Es importante sospecharlo y realizar un simple tacto rectal.

COXARTROSIS

Frecuencia elevada a medida que aumenta la edad.

Síntomas y signos:

- * Dolor a veces intolerable.
- * Dificulta la marcha.
- * Obliga a la postración.

Tratamiento:

Quirúrgico: colocación de una prótesis total de cadera.

Ventajas:

- * La tasa de fracaso es muy baja en manos de traumatólogos con mucha experiencia.
- * Las complicaciones infecciosas y mecánicas son excepcionales si la indicación es correcta.
- * La vida útil de la prótesis supera a la del paciente la mayoría de las veces.
- * Le permite levantarse rápidamente, en no más de tres días, así se evitan las complicaciones de la postración (trombo-embolismo, escaras, etc.) y el uso de antiinflamatorios y sus consecuencias.

DEGENERACIÓN MACULAR

Dos formas ligadas a la vejez:

- **1. Formas secas:** más frecuentes (80 % de los casos). Hay escasos recursos terapéuticos. Evolucionan progresivamente a la atrofia macular.
- **2. Formas exudativas:** más raras (20 % de los casos). Se deben a un desarrollo neovascular sub-retiniano, y son muy severas. Si el diagnóstico es precoz, existe un recurso terapéutico: la fotocoagula-

ción con láser. El pronóstico dependerá de la localización de la membrana neovascular respecto a la zona vascular central.

Sintomatología:

Fotofobia, sensación de moscas volando, metamorfosis con ruptura de las líneas o de las letras a la lectura.

Factores de riesgo:

- **1.** Edad (fundamentalmente después de los setenta).
- 2. Hipermetropía.
- 3. Mujer.
- 4. Débil pigmentación ocular.
- 5. Antecedentes familiares.
- **6.** Tabaquismo.
- 7. Exposición solar excesiva.

DELIRIUM

Denota una incapacidad del paciente para pensar con la rapidez, claridad y coherencia acostumbradas. Los síntomas incluyen desorientación, atención y concentración disminuida, alucinaciones visuales y auditivas, incapacidad para registrar adecuadamente cualquer información y después recordarla. Reducción en el alerta y en la actividad psicomotora. Puede haber respuestas hiperactivas. Puede coexistir con un síndrome demencial.

(Consensos Funsalud- México, 96)8

No hay diferencias entre los mecanismos del delirio del joven y del viejo.

- * **Alucinaciones:** auditivas, visuales, olfativas, cenestésicas.
- * **Delirios:** de perjuicio, persecución, hipocondríaco.

Factores que lo favorecen:

- * Trastornos de la visión y audición.
- * Soledad, hospitalización.
- * Institucionalización.
- * Trastornos psicoorgánicos.

Tratamiento:

Neurolépticos:

- * Haloperidol: gran acción antialucinatoria, anticolinérgica y escasa acción sobre la presión arterial, efectos secundarios indeseables como síntomas extrapiramidales, disquinesias tardías, etc.
- * Risperidone: más nuevo que el anterior y pertenece a los derivados benciso-xazólicos. Por su actividad alfa-bloqueante hay que ser cuidadoso con la presión arterial. Los síntomas extrapiramidales son más leves al igual que las disquinesias tardías. Tiene mejor tolerancia.



Ambos neurolépticos deben ser usados con precaución y comenzar con baja dosis.

Tipos de delirium

1. Hiperactivos: más frecuentes y de mejor pronóstico.

2. Letárgicos o Hipoalertas:

- * Hasta el 50% de los ancianos hospitalizados pueden padecerlo.
- * Su duración puede ser hasta de 30 días.
- * Es un síndrome transitorio de comienzo agudo casi siempre reversible que indica una disfunción cerebral de tipo fluctuante.
- * Se desencadena por múltiples causas que impiden que el cerebro funcione normalmente.

Algunas causas:

- * Edad avanzada.
- * Alteraciones cognitivas previas.
- * Antecedentes confusionales anteriores.
- * Cambios de entorno.
- * Déficits neurosensoriales Parkinson.
- * Depresión Alcoholismo.
- * Deshidratación Trastornos del sueño.
- * Procesos Infecciosos Dolor no controlado.
- * Malnutrición Sonda vesical.
- * latrogenia medicamentosa.



El delirio es un buen indicador del deterioro funcional y declive de la vejez, nos anticipa un cuadro demencial.

DEMENCIA

Es un síndrome que se caracteriza por el deterioro de la funciones cerebrales superiores, en cuyo curso la conciencia permanece clara. Es un proceso habitualmente progresivo y ocasionalmente reversible, que interfiere con el desempeño en las actividades de la vida diaria, laborales y sociales.

Este deterioro se caracteriza por el trastorno persistente de la memoria y de dos o más funciones psicológicas, a saber: el lenguaje, las praxias, las gnosias, así como la abstracción, el juicio y la conceptualización. Suele acompañarse de cambios en la personalidad y/o en el estado emocional.

(Consensos Funsalud-México, 96)

Agitación del demente Tres categorías clínicas:

1. Conducta agresiva:

* Dar golpes, puntapié, empujar, arañar, adueñarse de objetos, agresión verbal, morder, escupir.

2. Conducta inapropiada no agresiva:

* Deambulación, cleptomanía, desplazamientos sin sentido, transporte de objetos inapropiados.

3. Conducta verbal inapropiada:

* Quejas, búsqueda de una constante atención, negativismo, llantos.

Otras demencias

- **1.** Demencias vasculares
- 2. Demencia subcortical.
- **3.** Hidrocefalia a presión normal. (Hakim Adams)
- **4.** Demencias curables (¿pseudoemencias?):
 - * Intoxicación.
 - * Metabólicas
 - * Deficiencia en vit B1-B12.
 - * Infecciones.

Demencia con Cuerpos de Lewy Diagnóstico:

- * Declinación progresiva de las funciones cognitivas.
- * Trastorno de la memoria.
- * Trastorno de la capacidad visual y espa-
- * Trastornos de la atención y de la vigilancia
- * Alucinaciones visuales y de otros tipos.
- * Parkinsonismo.
- * Caídas frecuentes
- * Trastornos de conciencia transitorios.
- * Delirio sistematizado.
- * Sensibilidad a los neurolépticos.



Las caídas a repetición es un elemento diagnóstico casi patognomónico de la Demencia con Cuerpos de Lewy.

Siempre se debe tener en cuenta como antecedentes:

- * Accidentes cerebro-vasculares
- * Otras enfermedades cerebrales.

Demencias Fronto-Temporales Diagnóstico:

- * Comienzo insidioso antes de los 65 años.
- * Antecedentes familiares.
- * Trastornos psíquicos frecuentes al comienzo de la enfermedad.
- * Alteraciones en el comportamiento social
- * Aumento desmedido del apetito.
- * Exhibicionismo y pérdida de las inhibiciones.
- * Disminución del vocabulario.
- * Estereotipias.
- * Ecolalia y perseveración.
- * Mutismo.
- * Ideas fijas.
- * Depresión Ansiedad.
- * Parálisis bulbar.

Exámenes Complementarios:

- * FFG: normal
- * Pruebas frontales: alteradas.
- * Imágenes cerebrales: anormales (morfológicas y/o funcionales).

Tratamiento de las demencias:

- * Tratamiento medicamentoso.
- * Recuperar las funciones pérdidas (alimentación, hidratación, visión, audición, motricidad).

- * Adaptar el medio ambiente (modificar espacios, evitar las caídas y fracasos).
- * Utilización óptima de las funciones residuales y tratamiento medicamentoso sintomático (trastornos del comportamiento).
- * Informar, formar y sostener a la familia y los cuidadores.
- * Alivio temporal de la disminución de los neurotransmisores (Tacrina, inhibidores de la colinesterasa).
- * Impedir la muerte de las neuronas o aumentar su sobrevida (Anticálcicos, estrógenos, antiinflamatorios).
- * Disminuir los ataques de los radicales libres (Vit E, aceites vegetales).
- * Disminuir el clivaje por la proteasa del APP

(Geriatranet.com)9

DESHIDRATACIÓN

La mayoría de los ancianos no toman la cantidad necesaria de líquidos.

Diagnóstico:

- * Pérdida de peso en unos días.
- * Presión arterial más baja que lo habitual. Taquicardia.
- * Pliegue cutáneo persistente, a nivel esternal.
- * Seguedad gingival y de lengua.
- * Fiebre, anorexia, vómitos, diarrea.
- * Tratamiento con diuréticos.
- * Elevación del hematocrito, protidemia.
- * Síndrome confusional, caídas, neuropatías.

Tratamiento:

1. Oral: si la pérdida hídrica es moderada, la

- conciencia está lúcida, y tiene una familia competente con una natremia no muy elevada: < 148 mmol/l.
- **2. Parenteral:** hospitalización para efectuar venoclisis. En un paciente febril agregar 300 ml/por grado de fiebre, y si además tiene diarrea y vómitos, 600 ml/día.
- **3. SNG:** agua corriente, siempre que el paciente tolere la sonda y no se la quite. (Usar manoplas).
- **4. Subcutánea:** colocación de un batterplay en tórax, muslo, antebrazo. No más de 1,5 l/d, de solución isotónica de CINa. Si es solución glucosada, agregar CINa 1g/500cc.

DESNUTRICIÓN

- * La desnutrición es frecuente en el hospital y subestimada en el domicilio.
- * Las consecuencias de la desnutrición en el plano individual son un aumento de la mortalidad y de morbilidad así como una pérdida de autonomía.
- * El costo social se calcula en la hospitalización y en la dependencia.

(Monique Ferry)10

DIABETES

Afecta:

- * Mayores de 65 años: 10%.
- * Mayores de 80 años: 20%.

Complicaciones principales:

1. Hipoglucemia: es el mayor riesgo en los pacientes tratados con insulina y/o hipoglucemiantes orales que pueden provocar:

- * Riesgo cerebral: síndrome confusodemencial. Accidente cerebrovascular.
- * Riesgo coronario: necrosis.
- * Riesgo de caída: fractura de fémur, hematoma subdural, etc.
- **2. Coma hiperosmolar:** se asocia a una deshidratación profunda intra y extracelular

Complicaciones:

- * Alteración de la autonomía y desnutrición: el catabolismo proteico aumenta considerablemente el riesgo de infección y de escaras.
- * Neurológicas: parálisis periférica, neuropatía vesical, etc.
- * Oftalmológicas: microangiopatía retiniana, etc.

Tratamiento:

Dietético, insulínico, antidiabéticos orales. (Ver Cap. 1, p. 43 y Cap. 2, p.87).

Clasificación etiológica de los trastornos de la glucemia

Tipo I: destrucción de la célula beta que generalmente conduce a un déficit absoluto de insulina.

Tipo II: puede abarcar desde una insulino resistencia con deficiencia de insulina relativa hasta un defecto en la secreción con o sin insulino resistencia

Otros tipos específicos:

- * Defectos genéticos en la función de la célula beta.
- * Defectos genéticos en la acción de la insulina.
- * Enfermedad del páncreas endócrino.
- * Endocrinopatías.
- * Inducida por drogas o químicos.
- * Infecciones.

* Otros síndromes genéticos ocasionalmente asociados con diabetes.

(Dr. Juan N. Nieto)11

Criterios de diagnóstico:

Normoglucemia	Ayunas	110 mg% o menos
Prueba de tolerancia a la glucemia anormal.	Ayunas 2 horas después de sobrecarga c/glucosa (75 g)	110 mg% Mayor de 140 mg%
Diabetes Mellitus	Ayunas 2 horas después de sobrecarga c/glucosa (75 g)	Menor de 140 mg% Igual o mayor de 200 mg%

Diabetes inducida por algunas drogas o agentes químicos, como:

- * Ácido nicotínico.
- * Glucocorticoides.
- * Hormona tiroidea.
- * Agonistas alfa-adrenérgicos.
- * Agonistas beta-adrenérgicos.
- * Tiazidas.
- * Dilantina.
- * Pentamidina
- * Vacor.
- * Terapia con interferón alfa.

Otros síndromes genéticos asociados ocasionalmente con diabetes:

- **1.** Síndrome de Down.
- 2. Ataxia de Friedreich.
- **3.** Corea de Huntington.
- 4. Síndrome de Klinefelter.
- **5.** Síndrome de Lawrence-Moon.Biedel.
- 6. Distrofia miotónica.
- **7.** Porfiria.
- **8.** Síndrome de Prader Will.

- **9.** Síndrome de Turner.
- **10.** Síndrome de Wolfram.

Alimentación del diabético

- * Debe ser equilibrada, sana y variada.
- * Debe ser personalizada, teniendo en cuenta la edad, estatura, el peso, actividad física y otras patologías asociadas.
- * Debe permitir mantener un buen estado nutricional y el peso ideal de cada persona.

Los pilares fundamentales del tratamiento son:

- * La alimentación.
- * El ejercicio físico.
- * Los medicamentos.
- * La educación sanitaria.

(Lic. Natalia Zavaroni)12

Prevención del pie diabético

- **1.** No caminar descalzo.
- 2. Evitar caminar con pantuflas.
- **3.** No usar zapatos incómodos o ajustados, usar calzados blandos, sin costuras internas
- 4. Observación y aseo diario del pie.
- **5.** Probar el agua con las manos, por la disminución de la sensibilidad.
- **6.** No usar bolsa de agua caliente.
- **7.** Para pies fríos usar medias de algodón o lana.
- **8.** Palpar las plantas en forma diaria, buscando durezas.
- **9.** Usar, luego de la higiene, cremas humectantes.
- 10. Cortar las uñas, callos.
- **11.** El corte de uñas es aconsejable que lo realice un podólogo con experiencia.
- **12.** Hacer ejercicios de pies.

(Lic. Juan Carlos Jora)13

Neuropatías diabéticas

1. Simétricas:

- * Polineuropatía distal predominante sensitiva. Puede ser: mixta, con afectación de fibras grandes, con afectación de fibras pequeñas.
- * Neuropatía autónoma.
- * Neuropatía proximal de evolución crónica.

2. Asimétricas:

- * Neuropatía motora proximal aguda o subaguda.
- * Mononeuropatía craneal.
- * Neuropatía troncal.
- * Neuropatía por atrapamiento en las extremidades.

(Dra. Susana Palavecino)14



Una glucosuria negativa no permite excluir una glucemia elevada.

DIARREA

Tipos más frecuentes:

- 1. Falsa diarrea del constipado: líquida que alterna con constipación (típica del fecaloma). El tacto rectal hace el diagnóstico o una radiografía directa de abdomen muestra la cantidad de materia fecal detenida.
- **2. Incontinencia fecal:** puede permitirnos descubrir la razón de la diarrea.
- 3. Abuso de laxantes.
- **4. Antibioticoterapia:** generalmente escasa, sin fiebre ni dolor abdominal.
- **5. Alimentaria:** bacteriana, viral, parasitaria.

6. Crónicas: diabetes, cirugía de intestino, gastrectomía, cáncer, insuficiencia pancreática, síndrome de mala absorción, neuropatías, etc.

Diagnóstico:

- * Tener en cuenta las características de la diarrea
- * Interrogatorio sobre uso de antibióticos y síntomas (fiebre, náuseas, vómitos).
- * Descartar un abdomen agudo, un estado confusional.
- * Hospitalizar si hay deshidratación, abdomen agudo, melena, proctorragia.

DIENTES

La consulta anual al odontólogo es necesaria y obligatoria.

Dolor: Por lo general, los ancianos no se quejan de dolor a pesar de la localización de las caries, abscesos, pulpitis dentaria, etc.

Accidente mecánico: es la consulta más frecuente (fractura de un diente, diente que lastima la lengua, encías, rotura de la prótesis o una corona).

Mala adaptación de la prótesis: provoca lesiones ulcerativas en la mucosa, reabsorción ósea, lesiones leucoplásicas y cáncer. **Boca seca:** sensación de quemadura, alteración del gusto e infección micótica. (Malnutrición).

Revisar prolijamente la boca y aconsejar la consulta con el odontólogo, esta colaboración entre ambos profesionales mejora las condiciones bucodentarias de las personas de edad.

Aconsejar: buena higiene bucal. Enseñar cómo limpiar su boca y su prótesis.

Prevención: siempre es bueno comenzar, no importa la edad.



Es importante mantener la integridad, funcionalidad y estética del aparato masticador.

(Dra. Valeria Nallim)¹⁵

DISNEA

Siempre es una urgencia, hay que tratarla de inmediato.

1. Las causas más frecuentes:

- * Insuficiencia ventricular izquierda.
- * Insuficiencia respiratoria aguda, complicación de una insuficiencia respiratoria crónica. (Ej: asma-cardíaco).
- * Neuropatía aguda.
- * Polipnea ansiosa.
- 2. La causa menos frecuente y más difícil de diagnosticar:
 - * Embolismo pulmonar.
- 3. La causa menos diagnosticada y de diagnóstico fácil:
 - * Anemia.

Investigar: Características de la disnea, signos asociados, medicación actual, tabaquismo, antecedentes tuberculosos.

Solicitar: ECG, radiografía de tórax, hemograma completo, gases en sangre arterial.

Tratamiento:

- * De acuerdo con el diagnóstico.
- * La mayoría de las veces se impone la hospitalización.

DOLOR ABDOMINAL AGUDO

Diagnóstico:

1. Necesidad de urgencia quirúrgica:

- * Hernia o eventración dolorosa irreductible
- * Masa abdominal batiente, expansiva, soplante, paciente hipotenso, pálido.
- * Defensa en hipocondrio derecho con signo de Murphy positivo, grito peritoneal
- * Fosa ilíaca derecha: apendicitis.
- * Fosa ilíaca izquierda: sigmoiditis.

2. Examen abdominal:

* Buscar cicatrices abdominales, eventración. Explorar los orificios inguinales, examinar los hipocondrios, las fosas ilíacas.

3. Tener en cuenta:

- * La ausencia de contractura no descarta una peritonitis.
- * La diarrea es compatible con una oclusión del intestino delgado, una perforación, extrangulación, infarto mesentérico, pancreatitis con poco o nada de meteorismo.
- * Vómitos, constipación, diarrea, eructos, anticoagulantes, antiinflamatorios.

4. Radiografía directa de abdomen:

* Permite descartar fecaloma, suboclusión intestinal, vólvulo de sigmoides, acompañados de un meteorismo importante.



No olvidar la aproximación diagnóstica que permiten el tacto rectal (maniobra de Sanmartino Yódici), y el tacto vaginal (Fondo de saco de Douglas).

DOLORES ABDOMINALES CRÓNICOS

Las patologías dolorosas abdominales crónicas más frecuentes son:

- * Litiasis vesicular.
- * Hernia hiatal.
- * Diverticulosis colónica.

La mayor parte del tiempo son asintomáticas, salvo la migración del cálculo al colédoco, la regurgitación con pirosis o una diverticulitis.

Características del dolor:

- 1. Dolor crónico: posible colopatía.
- **2. Pirosis:** mejora con la elevación de la cabecera de la cama, es inmediato al finalizar de comer. Síntoma posible de regurgitación por hernia diafragmática, úlcera y/o gastritis.

Diagnóstico:

- * Seriada esófago gastro-duodenal.
- * Fibroscopía gastro-duodenal.
- * Ecografía del aparato bilio-pancreático.
- * Biopsia.

Tratamiento:

- **1. Clínico:** aliviar la sintomatología con omeprazol, laprazol, pantoprazol, etc.
- **2. Quirúrgico:** evaluar ventajas y desventajas, es decir la relación costobeneficio.

EDEMAS DE MIEMBROS INFERIORES

1. Edema del miembro inferior con enrojecimiento:

* Erisipela.

- * Celulitis en una pierna con insuficiencia venosa.
- * Distrofia del pie.

2. Edema blanco unilateral:

- * Flebitis.
- * Compresión.
- * Ruptura de un quiste poplíteo.

3. Edema blanco bilateral y simétrico:

- * Ingesta de medicamentos: vasodilatadores, antiinflamatorios, hormonas.
- * Compresión.
- * Insuficiencia venosa.
- * Insuficiencia cardíaca derecha.
- * Insuficiencia cardíaca global.
- * Hipoalbuminemia (síndrome de malnutrición).
- * Endocrinopatías (hipotiroidismo).

ENFERMEDAD DE PAGET

Remodelación anárquica del tejido óseo acompañado de una fibrosis medular y una desorganización de los huesos afectados.

Características:

- * Afecta a un 10% de los mayores de 70 años
- * La mayoría de las veces la enfermedad pasa inadvertida y latente.
- * Muchas veces, se descubre fortuitamente.
- * Evoluciona lentamente con dolor, deformaciones óseas y complicaciones graves (sarcoma).

Diagnóstico radiológico: evidencia el desorden arquitectural del hueso.

1. Cráneo: imagen de placa descalcificada como si fuera una osteoporosis circunscripta.

- **2. Vértebra:** unión del cuerpo y el arco posterior. Aspecto de una gran vértebra.
- **3. Pelvis:** Realizar diagnóstico diferencial con un cáncer.
- **4. Articulación coxofemoral:** protrusión acetabular, con pinzamiento de la interlínea articular (deterioro del cartílago).

Exámenes complementarios: Fosfatasa alcalina. Calcemia. Fosfatemia. Calciuria.

Tratamiento:

- * Calcitonina.
- * Disfosfonatos.

ENFERMEDAD DE PARKINSON

Edad y demencia agravan su pronóstico.

Diagnóstico:

- * **Temblor de reposo ausente:** el mejor diagnóstico es la L Dopa, ineficaz en otras enfermedades no parkinsonianas. Comenzar con una dosis progresiva semanal de cuatro tomas por día, por tres o cuatro semanas. Si no hay respuesta es improbable que sea un Parkinson.
- * **Temblor de reposo:** pronóstico terapéutico más favorable.
- * Síndrome aquíneto hipertónico.

Un anciano con Parkinson presentará:

- * Trastornos de la marcha y caídas-Deficiente higiene corporal.
- * Trastornos de la micción Trastornos de la deglución.
- * Trastornos digestivos Bradipsiquia.
- * Ansiedad Angustia Depresión.

- * Deterioro mental (incidencia importante en los viejos).
- * Confusión mental.

Tratamiento:

Levodopa + Benserazida y/o Carbidopa.

ENFERMEDAD PROSTÁTICA

Diagnóstico:

- * Palpar abdomen: investigar fosas lumbares, descartar una hernia inguino escrotal, examinar el escroto, etc.
- * Tacto rectal obligatorio: ningún otro examen lo reemplaza. La palpación de una masa elástica y lisa es signo de un adenoma. Si se palpa un nódulo indurado de 1 cm. de diámetro único o múltiple siempre hay que pensar en un cáncer de próstata.
- * Exámenes complementarios:
 - **1.** Ecografía vésico-prostática-renal.
 - **2.** Examen completo de orina (descartar infección urinaria).
 - 3. Creatininemia.
 - **4.** Dosaje de PSA (debe ser obligatorio). Un dosaje normal del antígeno específico prostático no descarta un adenocarcinoma prostático.
 - **5.** Pielografía.
 - **6.** Citoscopía: siempre que haya hematuria asociada.



Siempre, sin excepción, realizar: PSA + Ecografía + tacto rectal.

ENTROPIÓN Y ECTROPIÓN

1. Entropión: inversión del borde libre del párpado hacia el globo ocular.

Características:

- * Se acompaña generalmente de retroversión de las pestañas hacia la córnea.
- * Afecta esencialmente al párpado inferior.
- * El entropión senil es secundario a un relajamiento de los diferentes elementos constitutivos del párpado.

Sintomatología:

- * Lagrimeo.
- * Conjuntivitis crónica.
- * Fotofobia, dolor ocular.

Tratamiento:

Quirúrgico: debe realizarse si el entropión es muy importante.

2. Ectropión: eversión del borde libre del párpado, perdiendo contacto con el globo ocular.

Características:

* El ectropión senil es secundario a un relajamiento de tejido palpebral.

Sintomatología:

- * Lagrimeo.
- * Conjuntivitis a repetición.

Tratamiento:

Quirúrgico: acortamiento del tejido palpebral.

PROBABLE

Sintomatología:

- * Afasia: deterioro progresivo del lenquaie.
- * Apraxia: deterioro progresivo de la motricidad.
- * Agnosia: deterioro progresivo de la percepción.
- * Disminución de las Actividades de la Vida Diaria e Instrumentales (A.V.D.I.) con trastornos del comportamiento.
- * Antecedentes familiares similares y en particular si ellos son confirmados (neuropatología).

Exámenes complementarios:

- * LCR normal.
- * EEG normal o muestra modificaciones no específicas (aumento de los ritmos lentos).
- * TAC: atrofia cerebral con agravación progresiva después de varios exámenes.

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER IMPROBABLE

Sintomatología:

- 1. Debut agudo en forma brutal.
- **2.** Aparición de signos y síntomas neurológicos, psicológicos y anímicos como:
 - * Hemiparesia.
 - * Problemas sensoriales.
 - * Déficit del campo visual.
 - * Incoordinación de aparición precoz.
 - * Conciencia muy perturbada.
 - * Curso variable por momentos.
 - * Atención muy alterada.

3. Crisis comisiales o problemas de la marcha al principio de la enfermedad.

Signos compatibles con la Enfermedad de Alzheimer después de la eliminación de otras causas de demencia:

- **1.** Evolución típica.
- 2. Signos asociados:
 - * Depresión Insomnio Apatía Ansiedad.
 - * Delirio Ilusiones Alucinaciones- Errores de identificación (Síndrome de Capgras o de Fregoli).
 - * Reacciones bruscas verbales, emocionales o físicas.
 - * Terror nocturno Incontinencia.
 - * Pérdida de peso Agitación Vagabundeo.
 - * Negatividad Intrusividad Desinhibición sexual.
- **3.** Ciertos pacientes en un estado avanzado presentan:
 - * Hipertonía Mioclonías.
 - * Problemas de la marcha.
 - * Crisis convulsivas.
- 4. TAC: normal para su edad.

Evolución:

- * Desintegración progresiva, global y homogénea de las funciones mentales.
- * Efectuado el diagnóstico, evoluciona entre los 2 y 20 años, con una media de 8 a 9 años.
- * Los siete estadios de Reisberg. (Trastornos de las funciones mentales):
 - Memoria.
 - Atención.
 - Personalidad.
 - Orientación.
 - Praxias/gnosias.
 - Lenguaje.
 - Motricidad.

Diagnóstico:

- **1.** Ante un síndrome demencial, en ausencia de otras anomalías neurológicas, psiquiátricas o sistémicas, suficientes para causar una demencia.
- **2.** En presencia de variaciones en el modo de inicio en la presentación o en la evolución clínica.
- **3.** En presencia de otras afecciones sistémicas o cerebrales susceptibles de producir una demencia.
- **4.** Investigando ante un déficit cognitivo severo, aislado de evolución progresiva y en ausencia de otra causa identificable.

Criterios certeros:

- **1.** Criterios clínicos de la Enfermedad de Alzheimer probable.
- **2.** Signos histopatológicos evidentes obtenidos por biopsia o en la autopsia.

Criterios probables:

Demencia establecida por el examen clínico y documentada por:

- * MMSE (Mini Mental Status Exam).
- * Escala de demencia de Blessed.
- * Test del reloj.
- * Test neuro-psicológico (síntomas conductuales y psicológicos).
- * Existencia de un déficit de por lo menos 2 funciones cognitivas.
- * Agravación progresiva de la memoria y de otras funciones cognitivas.
- * Ausencia de problemas de conciencia o vigilancia.
- * Debut entre los 40 y 90 años. Aumenta después de los 65 años.
- * Ausencia de patología sistémica o cerebral susceptible de producir por ella misma una alteración progresiva de problemas de memoria o de otras funciones cognitivas.

¿Cuándo tratar la Enfermedad de Alzheimer?

No se deberían prescribir tratamientos farmacológicos si no se reúnen las cuatro condiciones siguientes:

- **1.** Diagnóstico probable y estadio moderado para que el paciente pueda responder a las pruebas que se le presenten.
- 2. No estar prescripto otro tratamiento asociado al que se prescribirá. Si esto fuere así, suspender por dos semanas y comenzar con el tratamiento específico para el Alzheimer.
- **3.** Asegurar la continuidad y el seguimiento del mismo. Responsabilizar a nivel institucional y/o domicilio.
- **4.** El ambiente familiar o institucional debe ser favorable para este intento terapéutico.

(Dr. Robert Hugonot)

ERISIPELA

La erisipela también conocida por "Fuego de San Antonio" es capaz de afectar la cara, mano y los miembros inferiores.

La causa de la infección es el Streptococcus Pyogenes.

Sintomatología:

- * Alteración del estado general.
- * Escalofríos.
- * Hormiqueos.
- * Eritemas.
- * Vesículas.
- * Inflamación.
- * Hipersensibilidad en la piel.
- * Dolor

Tratamiento: Penicilina.

ERITROSEDIMENTACIÓN

La eritrosedimentación aumenta en la vejez. Cuando supera los 100 mm en la primera hora, hay que pensar en una enfermedad grave e investigar.

En los mayores de 65 años la eritrosedimentación hasta 40 mm se considera normal.

La elevación de la eritrosedimentación se observa frecuentemente en:

- * Infecciones parenquimatosas: endocarditis bacteriana, tuberculosis.
- * Neoplasias y hemopatías: mieloma múltiple, leucosis, cánceres en general.
- * Enfermedades sistémicas e inflamatorias: Artritis en general, trombo-embolismo, lupus eritematoso diseminado agudo.

ESCARAS

La inmovilización favorece la anoxia tisular en las zonas de apoyo, compresión de la piel y el tejido celular subcutáneo acelera el proceso de necrosis por disminución de la circulación local.

La alteración del estado general, malnutrición con hipoprotidemia (incontinencia urinaria que macera la piel) favorece la formación ulcerativa.

Las escaras se producen rápidamente en las primeras 48 horas siguientes a la inmovilización y necesitan semanas o meses de tratamiento

Prevención:

- * Higiene corporal.
- * Movilización de las articulaciones y rotación permanente.
- * Masajes en las zonas de apoyo al rotar.

Medidas a tomar en el tratamiento de las escaras:

Cuando tenemos un paciente escarado debemos valorar correctamente su estado general, el tipo de lesión y quiénes se encargan de su cuidado para luego proceder:

- **1.** Minimizar o eliminar los puntos de presión cambiando de posición al paciente cada hora u hora y media, realizando movimientos pasivos o activos, utilizando camas, sillones, sillas con colchones y almohadones adecuados para disminuir la fricción durante el mayor tiempo posible.
- 2. Determinar el grado de la escara.
- **3.** Concientizar al paciente y a sus cuidadores para evitar su desmejoramiento o la aparición de nuevas lesiones.
- **4.** Controlar la lesión todos los días para observar su evolución

Tratamiento:

- * No colocar más al paciente sobre la lesión.
- * Utilizar camas adecuadas, alimentación hipercalórica, buena hidratación, evitar la humedad de la zona en los pacientes incontinentes
- * Curaciones diarias con diferentes técnicas que sean eficaces:
 - **1.** Limpieza de la escara.
 - 2. Desbridamiento
 - 3. Control de la infección.
 - **4.** Aplicación de azúcar y/o cualquier otro medicamento experimentado.

Tratamiento de las escaras con azúcar:

El azúcar posee una actividad:

- * Bacteriostática
- * Bacteriolítica.

Mecanismo de acción:

- * Crea un micro ambiente de baja actividad de agua (Aw) y alta presión osmótica capaz de inhibir el crecimiento bacteriano (por debajo de Aw = 0.86 no hay crecimiento bacteriano salvo algunas levaduras y hongos).
- * En un medio de baja Aw una bacteria se deshidrata y muere.
- * Estimula la actividad macrofágica que es la responsable de la limpieza de la herida y permite: fagocitar tejido necrótico, reconocer cuerpos extraños, atraer fibroblastos y contribuir a la síntesis de colágeno para obtener una cicatriz firme y resistente.

(Dra. Claudia Grill, Dr. Hugo Roman, otros)16

El tratamiento estará de acuerdo con el grado de la escara:

- **1.** Limpieza quirúrgica del tejido necrótico hasta el límite del tejido sano sangrante.
- **2.** Lavado con solución fisiológica de cloruro de sodio y compresas que mantengan la humedad.
- **3.** Curación cotidiana para evitar el dolor. Media hora antes de la curación se debería utilizar un analgésico.
- **4.** No realizar antibioticoterapia local para la desinfección.
- **5.** Si hubiere un cuadro de infección se debe utilizar la vía parenteral.

El pronóstico de una escara es imprevisible cuando se tiene un paciente:

- * Inmovilizado.
- * Con trastornos neurológicos.
- * Deshidratado.
- * Malnutrido.
- * Polimedicado.
- * Infectado.



Siempre las lesiones eritematosas que no mejoran o desaparecen inmediatamente con los cambios de apoyos son una urgencia terapéutica.

ESÓFAGO: TRASTORNO MOTOR

Es frecuente en el anciano y está relacionado con los tres niveles del esófago:

- * Esfínter superior.
- * Cuerpo.
- * Esfínter inferior (determina un reflujo gastro-esofágico).

Síntomas:

- * Disfagia.
- * Pirosis con sensación de quemadura ascendente.
- * Reflujo gastroesofágico se manifiesta por: tos nocturna, episodios infecciosos broncopulmonares a repetición.

Diagnóstico:

- * Tránsito esofágico, radiomanometría, electromiograma.
- * La fibroscopía digestiva diagnosticará un trastorno motor, un cáncer, una estenosis péptica, un cuerpo extraño, un divertículo.
- * Los dolores de tórax seudo anginosos deben ser diferenciados de una insuficiencia coronaria típica, y muchas veces obliga a realizar una coronariografía. (diferencia con un dolor condro-esternal).

Tratamiento:

* Prevención del reflujo nocturno: elevar la cabecera de la cama, no acostarse inmediatamente si se ha terminado de comer.

- * Caminatas postprandiales.
- * Utilización de los inhibidores de la bomba de protones.
- * Cirugía.

FIBRILACIÓN AURICULAR (FA)

Aumenta con la edad y hay más riesgos de:

- **1.** Insuficiencia cardíaca: por pérdida de la sístole auricular.
- **2.** Trombo-embolismo: principalmente cerebral.
 - * Evolución de la fibrilación auricular:
 - 1. Aguda (reversible).
 - 2. Crónica (permanente).
 - 3. Paroxística (intermitente).

Lograr:

- 1. Obtener nuevamente el ritmo sinusal.
- **2.** Prevenir un accidente trombo-embóli-
- **3.** Reconocer factores predisponentes como fiebre e hipoxia.

Hospitalizar: Descompensación hemodinámica. Accidente trombo-embólico. Complicación de infarto de miocardio agudo. Insuficiencia respiratoria.

Tratamiento:

- * Elegir entre Digital o Amiodarona.
- * Anticoagulantes: Calciparina o Heparina de bajo peso molecular.
- * Antibioticoterapia: cuando es un cuadro de infección.



Ajustar toda otra medicación que esté tomando.

FIEBRE Y APORTE HÍDRICO

- **1.** En caso de fiebre, el aporte de agua debe aumentarse. Este aumento será de 300 cc por grado de temperatura superior a los 37°C. Cuando la temperatura supere los 40°C., el aporte puede llegar a un litro por día.
- **2.** En caso de disnea severa, que pierde mucho líquido por perspiración, la reposición debe estar alrededor de los 500 cc por día.
- **3.** La prescripción de un régimen sin sal puede provocarle un daño grave. Esto favorece la deshidratación cuando hay pérdida excesiva de sodio (Na+) y la intoxicación hídrica, en caso de un aporte muy importante de líguido sin sal.
- **4.** El pliegue cutáneo es de un valor relativo para el diagnóstico de la deshidratación. Interpretar correctamente la persistencia del pliegue sobre el esternón.
- **5.** El agua se reparte en dos sectores:
 - * Intracelular: 40% del peso corporal.
 - * Extracelular: 20% del peso corporal (5% volumen plasmático, 15% líquido intersticial)

FRACTURA DE FÉMUR E ISQUIOPÚBICA

1. Fractura de fémur: es la más frecuente entre los viejos.

Características:

- * La mortalidad es muy importante en el primer mes en que se produce.
- * Favorece la pérdida de la autonomía y aumenta la dependencia y la institucionalización

Diagnóstico clínico y radiológico:

- * Todo dolor o impotencia funcional por caída de un miembro inferior por mínima que ella sea, nos obliga a realizar una radiografía de pelvis frente y perfil.
- * Ante un paciente accidentado debemos observar si hay rotación externa del miembro, acortamiento, dolor, impotencia funcional, y si puede mantener elevado el miembro sin ayuda.
- * Dolor exquisito que se desencadena al percutir manualmente y/o con martillo el talón cuando el miembro está extendido
- * Radiografía panorámica de cadera, frente, perfil y oblicuo.

2. Fracturas isquiopúbicas o iliopúbicas:

Diagnóstico:

- * Dolor referido en la región inguino crural con impotencia funcional y dificultad para la marcha sin acortamiento ni rotación.
- * Radiografía.

Tratamiento:

En todos los casos es una urgencia médica; pero dependerá del tipo de fractura, edad, estado general del paciente, autonomía anterior y opinión del cirujano.



Evitar todas las complicaciones conocidas por el encamamiento.

FRACTURA DE HÚMERO

Características:

- * Sin gran desplazamiento y muy estable.
- * Consolida fácilmente y con muy pocas secuelas.
- * No altera mayormente la autonomía del paciente ni produce una gran dependencia

Tratamiento:

- * A veces, es suficiente una inmovilización ligera sobre el miembro fracturado con un cabestrillo que permite la movilización precoz del hombro, para evitar una anquilosis de la articulación (hombro congelado y doloroso).
- * Kinesioterapia: evita el dolor, que va desapareciendo progresivamente con la reeducación.
- * Fisioterapia antiálgica: ultrasonido, electroterapia, etc.



Si el dolor persiste después de varias semanas, pensar en una complicación tipo algiodistrofias, tendinitis del hombro.

Debemos resolverla rápidamente.

GONARTROSIS

* **Fémoro-tibiales:** en relación directa con el *genu varum* o *genu valgum*.

Tratamiento:

* Si hay diagnóstico temprano, cirugía correctiva. La más efectiva es con tuto-

res externos en manos expertas.

- * Reemplazo con prótesis:
 - 1. Unicompartamental.
 - Bicompartamental: compartimientos destruidos (interno y externo).
 Conserva intacto los ligamentos.
 - 3. Tricompartamental: rodilla destruida e inestable.
- * **Fémoro-patelares:** son frecuentes. Se asienta sobre una displasia.

Tratamiento:

- * Kinesioterapia: Masajes, reeducación isométrica del cuádriceps sin trabajo de resistencia ni tratamiento con poleas.
- * Infiltrativo intra-articular: Debe ser pensado en función de las posibilidades quirúrgicas.

HIDROCEFALIA A PRESIÓN NORMAL (HAKIM-ADAMS)

Dilatación ventricular clínicamente sintomática, por dificultad en la reabsorción del líquido cefalorraquídeo.

Sintomatología:

- * Trastornos de la marcha y del equilibrio: son los primeros en aparecer y su diagnóstico precoz mejora el pronóstico.
- * Trastornos intelectuales.
- * Trastornos urinarios.

Diagnóstico:

- * La tomografía axial computada: muestra los ventrículos cerebrales dilatados.
- * La resonancia magnética nuclear: no es necesaria.

Tratamiento:

* Neuroquirúrgico: derivación ventrículoperitoneal que permite desplazar el exceso de LCR que no es posible de absorber

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La OMS define que una persona de edad es hipertensa cuando sus valores superan 160/95 mmHg.

Riesgos de la hipertensión:

- 1. Disminución de la esperanza de vida.
- 2. Cardíaco.
- 3. Cerebral.
- 4. Retiniano
- 5. Renal

Diagnóstico:

- * ECG.
- * Radiografía de Tórax.
- * Analítica completa más creatininemia, electrolitos en plasma.
- * Presurometría. (Holter tensional).
- * Ecografía abdominal y cardíaca.

Tratamiento:

- * Diuréticos. Beta bloqueantes. Inhibidores cálcicos. Inhibidores de la enzima de conversión, etc.
- * No está demostrado que los mayores de ochenta años se beneficien de un tratamiento antihipertensivo.



Siempre comenzar con diuréticos y luego agregar, si es necesario, inhibidores cálcicos.

HIPERTIROIDISMO

Sintomatología:

* Taquicardia.

- * Adelgazamiento.
 - los más frecuentes
- * Cambios cardíacos recientes: fibrilación auricular
- * Alteración del estado general: adelgazamiento. diarrea.
- * Alteración reciente de la autonomía: confusión mental, astenia.
- * Alteración psíquica repentina.

Diagnóstico:

- * Dosaje de TSH T3 -T4.
- * Exploración morfológica de la tiroides.

Tratamiento:

- * lodo 131
- * El tratamiento quirúrgico y el farmacológico en los ancianos son más riesgosos que el iodo radiactivo.



La ausencia de bocio no excluye un hipertiroidismo. No olvidar que la ingesta de amiodarona puede provocar hipertiroidismo.

HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA

Frecuente en los ancianos (muchas veces iatrogénica).

Aunque no haya hipotensión en el momento de tomar la presión, no hay que descartarla. Por eso, es aconsejable tomar la presión luego de un reposo prolongado y en diferentes horas del día.

1. Paciente con sintomatología:

- * Tomar la presión arterial acostado y de pie.
- * Investigar una hipovolemia aguda.

2. Paciente sin sintomatología:

* Averiguar ingesta de L Dopa, antidepresivos tricíclicos, neurolépticos, diuréticos, hipotensores, etc.

Prevención:

- * Control de la medicación prescripta.
- * Explicar las causas posibles de la enfermedad.
- * Vendaje elástico de miembros inferiores.
- * Consejos posturales.
- * Elevar la cabeza para dormir.

Tratamiento:

* Escasos medicamentos son eficaces: fludrocortisona, dihydroergotamina.



Indicar regímenes hiposódicos, pero no excluir la sal.

HIPOTIROIDISMO

El hipotiroidismo afecta aproximadamente al 3 % de las personas mayores de 65 años. Es de fácil diagnóstico y su tratamiento determina un gran beneficio al paciente anciano.

Signos y síntomas más frecuentes:

- * Astenia con o sin pérdida de la autonomía.
- * Síndrome depresivo.
- * Cuadro confusional reciente.
- * Trastornos de la marcha.
- * Bradicardia sinusal, trastornos del ritmo.
- * Desproporción cardiotorácica.
- * Síndrome del canal carpiano, fundamentalmente si es bilateral.

- * Anemia normocrómica normocítica.
- * Hipercolesterolemia.
- * Elevación de la CPK.

Diagnóstico:

* TSH - T3 - T4 - FSH - LH.

Tratamiento:

* Hormonoterapia sustitutiva por tiempo indeterminado.

ICTERICIA

Síntomas:

- * Obstrucción neoplásica: alteración del estado general, adelgazamiento, prurito, palpación de la vesícula biliar (signo de Courvoisier-Terrier).
- * Cirrosis: alcoholismo crónico y hepatomegalia con superficie irregular del hígado a la palpación. No descartar posibles metástasis hepáticas.
- * **Hepatitis medicamentosa:** ingesta de psicotrópicos, antiepilépticos, analgésicos, antibióticos, etc.
- * Colecistitis aguda: ictericia, fiebre, escalofríos, hipotermia.
- * Insuficiencia cardíaca global: agrandamiento hepático por congestión.
- * **Hepatitis virósica:** transfusión de sangre reciente.

Diagnóstico:

- * Hemograma completo, bilirrubina total, fosfatasa alcalina, transaminasas, eritrosedimentación, amilasemia.
- * Ecografía hepato-biliar.
- * Colangio-pancreatografía retrógrada endoscópica.

INFECCIÓN RESPIRATORIA

Siempre es una urgencia en Geriatría.

Síntomas:

* Síndrome de condensación: tos, expectoración, dolor lateral, disnea, fiebre.

Diagnóstico:

Examen clínico de tórax: rales crepitantes asociados con un soplo tubario, matidez, aumento de las vibraciones vocales, disminución o abolición del murmullo vesicular (sobre todo si es asimétrico). Frecuencia respiratoria mayor de 20 por minuto. Pueden haber roncus bilaterales y sibilancias. Muchos de estos signos pueden no estar presentes en el anciano.

Descartar:

- * Embolia pulmonar.
- * Edema pulmonar.
- * Abdomen agudo.

Exámenes complementarios: Hemocultivo. Hemograma completo. Eritosedimentación. Ionograma. Creatininemia Glucemia. Radiografía de tórax. ECG.

Tratamiento: Hospitalización.



El tratamiento antibiótico es la prioridad inmediata. Ningún examen complementario lo debe demorar.

Estos confirmarán posteriormente el diagnóstico.

INMOVILIZACIÓN IMPERATIVA

Causas:

- * Fracturas que no permiten el apoyo.
- * Trombosis venosa profunda con riesgo embólico.
- * Alteraciones de la vigilancia, coma.
- * Hemiplejía reciente con alteraciones del tono muscular.
- * Enfermedad aguda con alteración severa del estado general.
- * Hospitalización por problemas que alteran poco el estado general, diagnóstico, evaluación, orientación.
- * Perfusión.
- * Miedo a las caídas y a la incontinencia.
- * Alteraciones de la marcha que obligan a la posición sentada.

(Dr. Alain Franco)

INSUFICIENCIA CARDÍACA

La insuficiencia cardíaca aumenta con la edad

Sintomatología:

- * Astenia con o sin alteración de la autonomía.
- * Signos neuro-psíquicos de confusión mental.
- * Insomnio por ortopnea, disnea paroxística nocturna.
- * Bradicardia por trastornos de la conduc-
- * Trastornos digestivos por falla cardíaca.

Diagnóstico:

Insuficiencia cardíaca: sub-edema pulmonar con polipnea u ortopnea franca con rales crepitantes en ambas bases, asociados a

los signos de fallo cardíaco derecho. Clínicamente nos mostrará una tos de esfuerzo, ortopnea (un signo patognomónico) y galope protodiastólico.

Exámenes complementarios:

- * Radiografía de tórax (cardiomegalia asociada a un éstasis pulmonar).
- * ECG (hipertrofia ventricular izquierda, insuficiencia coronaria).
- * Ecocardiograma.
- * El Eco Doppler Cardíaco es un examen de elección para realizar el diagnóstico etiológico.



Utilizar diuréticos de gran valor en el mejoramiento funcional y en el ahogo. Si no obtenemos una mejoría, revisar el diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva.

INSUFICIENCIA CORONARIA

Dolor típico, se puede hacer diagnóstico por interrogatorio.

Es importante disponer de trazados anteriores para realizar la comparación.

Signos y síntomas para realizar un ECG:

- * Disnea inhabitual al esfuerzo y/o al decúbito.
- * Trastorno del ritmo reciente y/o transitorio.
- * Sintomatología digestiva aguda: náuseas. vómitos.
- * Trastornos neuro psíquicos: confusión mental.

- * Patología esofágica: hernia de hiatus con reflujo.
- * Patología reumática torácica: Síndrome de Tietze (costo-condritis).
- * Patología aórtica: disección aórtica.

Diagnóstico:

Dosaje de enzimas: CPK, LDH, SGOT es una condición indispensable para definir el diagnóstico.

Exámenes complementarios: Holter. Ergometría. Ecocardiografía. Exploración isotópica de la función coronaria y ventricular.

Diferenciar tres situaciones:

- * Angor estable.
- * Angor inestable.
- * Infarto de miocardio

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRÓNICA

La insuficiencia respiratoria crónica en el viejo se puede deber a:

- * Origen obstructivo: fumador, asmático.
- * Origen restrictivo: secuelas de tuberculosis, cifoescoliosis, neumoconiosis.

Efectuar un balance respiratorio completo: gases en sangre, espirometría.

La presión parcial de oxígeno disminuye con la edad: hasta 75 mmHg., es normal.

La saturación de O2 puede no ser superior a 93% y está ligado a un cierre precoz de los bronquiolos, que lleva a una inadecuada relación ventilación-perfusión.

Tratamiento:

- * Broncodilatadores: mal utilizados por el anciano.
- * Kinesioterapia respiratoria: indispensa-

- ble para mejorar los gases en sangre y la tolerancia al esfuerzo.
- * Prevención de infecciones: ORL, estomatológicas, vacunación antigripal, antineumocóccica anual.
- * No fumar.
- * Evitar los antitusivos y los inductores del sueño derivados de las benzodiazepinas por sus efectos depresores.
- * Asistencia ventilatoria: oxigenoterapia.



La edad avanzada no contraindica la asistencia ventilatoria.

INSUFICIENCIA VENOSA CRÓNICA FUNCIONAL POR LA EDAD

Bomba músculo venosa de la pantorrilla:

- * Activa a través del ejercicio, de la marcha.
- * Reduce la presión venosa de éstasis.

Persona de edad avanzada:

- * Problemas neurológicos, ortopédicos, del equilibrio, miedo a caminar y a la caída.
- * No hay activación de la bomba por falta de ejercicio activo, posición sentada prolongada.
- * Hipertensión venosa crónica.

(Dr. Alain Franco)

Ejercicio:

- * Fortalece el miocardio.
- * Disminuye un 30% el riesgo de HTA.
- * Aumenta los HDL.
- * Aumenta el volumen plasmático (menor viscosidad).

- * Se recomienda 20 a 30 minutos, tres veces / semana.
- * Está escrito, pero no confirmado, que el ejercicio prolonga la esperanza de vida dos años.

(Blair, JAMA 89; Paffenberger, NEJM 86; Pekkanen, LANCET 87).

LEUCEMIA LINFOIDE CRÓNICA

La más frecuente de las leucemias en los ancianos.

Se caracteriza por un aumento permanente del número de los linfocitos en la sangre y en la médula.

Podemos encontrar en los pacientes:

- * Linfocitosis.
- * Adenopatías.
- * Hepato esplenomegalia.

Exámenes complementarios:

- **1.** Hemograma completo con recuento plaquetario y reticulositos.
- **2.** Proteinograma por immunoelectroforesis: hipogammaglobulinemia, gammapatía monoclonal.
- **3.** Test de Coombs directo: aumento de los reticulocitos, disminución de hepatoglobina, elevación de la LDH.
- 4. Punción esternal: confirma el diagnóstico.



En dos tercios de los casos las leucemias linfoides crónicas no necesitan tratamiento.

LESIONES CUTÁNEAS

Los tumores de piel van en aumento creciente con la edad

- Lesiones precancerosas: el sol es el principal factor de cancerogénesis. Los cánceres cutáneos están siempre precedidos de lesiones pre epiteliomatosas y deben ser reconocidas y tratadas precozmente.
- **2. Queratosis senil:** lesión muy común, siempre en las partes del cuerpo expuestas al sol. Es una mácula ligeramente pigmentada, lisa o un poco rugosa, de espesor variable y múltiple.

Diagnóstico:

* Biopsia con estudio anatomopatológico.

Tratamiento:

- * Electrocoagulación superficial.
- * Criocirugía.
- * Fluoro-uracilo local.
- **3. Enfermedad de Bowen:** frecuente sobre las mucosas genitales.

Tratamiento: quirúrgico.

4. Liquen esclero-atrófico: un síntoma común es el prurito vulvar rebelde.

Diagnóstico: Se confirma con biopsia.

Tratamiento:

- * Corticoides.
- * Andrógenos de aplicación local.
- 5. Epitelioma basocelular: es el más frecuente, de evolución lenta y estrictamente local. Gran capacidad de destrucción local y recidivante. La mayoría se localiza en la cara, cuello y cuero cabelludo. Crecimiento lento y ausencia de metástasis.

Tipos clínicos: Epitelioma plano cicatri-

zal, ulceroso, superficial, nodular esclerodermiforme, pigmentado.

6. Epitelioma espinocelular: Se desarrolla en una epidermis o mucosa orificial (bucal, anal o genital).

Se presenta de color amarillo pardusco, fácilmente sangrante, exofítico, de base indurada, indoloro y su región central frecuentemente es necrótica.

Diagnóstico: biopsia. ¡ojo! Hace metástasis. Tratamiento: quirúrgico.



Evitar el sol prolongado, usar protección solar y tratar las lesiones precancerosas.

LINFEDEMA

Edema provocado por el bloqueo del drenaje linfático de un miembro.

1. Primario: hereditario.

Los más frecuentes:

- * Enfermedad de Milroy.
- * Disgenesia ovárica.
- * Otros trastornos genéticos.
- **2. Secundario:** cáncer o su tratamiento, parásitos, neoplasias, cirugías, radioterapia.

Localización: extremidad de los miembros (dedos de las manos o del pie, cara dorsal de la mano o del pie).

Raíz del miembro y extensión progresiva hacia las partes distales.

Diagnóstico:

- * Linfografía isotópica.
- * Linfangiografía.

Evolución:

- * Imprevisible: después de un episodio infeccioso o traumático intercurrente.
- * Voluminosos: fuente de invalidez física, psíquica, social.
- * Complicaciones: infección cutánea (estreptocóccica).
- * Trastornos articulares y de la estática vertebral.

(Dr. Alain Franco)

Tratamiento:

- * Flevación de las extremidades
- * Vendaje elástico.

Consejos:

- **1.** Siempre es posible sin importar la edad.
- 2. Educación del enfermo.
- **3.** Reducción del edema por kinesioterapia.
 - * Específica y especial.
 - * Drenaje linfático manual.
- **4.** Vasoprotector:
 - * Hidrosmina-Betaescina- Rutósido.
- **5.** Estancia hospitalaria programada.

(Dr. Alain Franco)



El edema al comienzo de la enfermedad suele presentar fóvea pero a medida que pasa el tiempo y la enfermedad se hace crónica, se comienza a endurecer y la piel se pone rugosa y arrugada. (Elefantiasis).

LINFOMAS NO HODGKIN Y ENFERMEDAD DE HODGKIN

1. Linfoma no Hodgkin sospecharlo cuando existe:

- * Fiebre prolongada con alteración del estado general.
- * Sudores nocturnos.
- * Prurito intermitente o permanente con lesiones de rascado.

El síndrome tumoral es generalmente descubierto por el paciente, al palpar las adenopatías indoloras.

Diagnóstico:

- * Biopsia ganglionar: nos permite clasificar la hemopatía, determinar pronóstico y efectuar tratamiento.
- * Hemograma: generalmente normal y descarta una leucemia linfoide crónica.
- * Radiografía de tórax. Ecografía abdominal y tomografía en busca de adenopatías profundas y hepato-esplenomegalia.

Tratamiento:

Los ancianos tienen menos tolerancia que los jóvenes a la quimioterapia, por su toxicidad.

2. Enfermedad de Hodgkin: Localizada, pronóstico bueno.

Tratamiento: Radioterapia.

Los estadios II, III y IV se pueden beneficiar con quimioterapia.



La mayor dificultad terapéutica es la toxicidad del tratamiento necesario para obtener una remisión de la enfermedad.

LITIASIS BILIAR

Sintomatología:

- * Dolor abdominal.
- * Ictericia.
- * Fiebre.
- * Escalofríos.
- * Una colecistitis y, a veces, una pancreatitis nos deben hacer pensar en una migración de un cálculo en la vía biliar principal.

Diagnóstico:

- * Hemograma: hiperleucocitosis con neutrofilia.
- * Creatininemia: nos obligará a investigar una insuficiencia renal orgánica (comienzo de una tubulopatía) o funcional (deshidratación).
- * Pruebas hepáticas: Colestasis. (elevación de la FAL). Bilirrubinemia. GPT elevada por citólisis.
- * Amilasemia: elevada por reacción pancreática por migración del cálculo.
- * Ecografía abdominal: es la llave del diagnóstico.

Con ella buscamos una litiasis vesicular con o sin signos de colelitiasis y, fundamentalmente, una dilatación de la vía biliar principal o de la vía biliar intrahepática.

En caso de duda diagnóstica hospitalizar al paciente y realizar en forma urgente una ecografía abdominal.



No es aconsejable operar una litiasis asintomática en los viejos-viejos.

LUMBALGIAS CRÓNICAS

Dolor lumbar provocado por el esfuerzo.

Se calma con el reposo sin desaparecer. La posición en cama lo modera por la noche y se amanece con un dolor leve.

Examen clínico:

- * Revisar columna: su movilización provoca dolor.
- * Presionar sobre los músculos paravertebrales: provoca dolor.
- * Examen neurológico de miembros inferiores: normal.

Exámenes complementarios:

- 1. Analítica completa, calcemia, fosfatemia.
- 2. Radiografía de columna lumbar: frente y perfil.
- 3. RMN: investigar los discos intervertebrales

Causas:

- * Hernia de disco.
- * Artrosis apofisaria posterior.
- * Canal lumbar estrecho.



Tener en cuenta que las lumbalgias pueden ser síntomas de: cáncer, infecciones, traumatismos.

MARCHA: TRASTORNOS

1. Ortopédicos:

* Cadera: coxoartrosis, secuela de fractura de fémur.

- * Rodilla: artrosis, condrocalcinosis, geno valgo-varo, subluxación de rótula.
- * Tobillo y pie: pie zambo, cavo, talo, plano.

2. Neurológicas:

- * Hemipléjica.
- * Parkinsoniana.
- * Cerebelosa.
- * Hidrocefalia normotensiva. (Hakim-Adams).
- * Insuficiencia vértebro-basilar.
- * Canal lumbar estrecho.
- * Pseudo bulbar
- * Parálisis periférica.

3. Asociación de factores:

- * El envejecimiento favorece las caídas.
- * Factores patológicos intervinientes.
- * Regresión psicomotora.
- * Síndrome post caída.
- * Movimientos anormales.

4. latrogénicos:

Neuritis:

* Amiodarona.

Cerebrales:

- * Neurolépticos, antidepresivos, antiparkinsonianos, antieméticos, hipnóticos, ansiolíticos.
- * Antihipertensores centrales, ciertos vasodilatadores, diuréticos, beta bloqueantes, antiarrítmicos.
- * Colirios de pilocarpina, beta bloqueantes.



Si con los tratamientos específicos no se nota mejoría, se aconseja: reeducación, calzado adecuado, sillas de ruedas, bastones, andadores, marcha acompañada.

(Dr. Alain Franco)

MIELOMA MÚLTIPLE

Sintomatología:

- * Alteración del estado general y decaimiento creciente.
- * Episodios infecciosos a repetición (bronco pulmonares, urinarios).
- * Síntomas ligados al padecimiento óseo: dolor sin un patrón diario, fracturas patológicas frecuentes.
- * Trastornos neurológicos: signos de compresión medular, confusión mental, delirios, cefaleas, que podrían estar ligados a una hipercalcemia o a un síndrome de hiperviscosidad (debido a las propiedades físicas de la para-proteína componente M).

Diagnóstico:

- * Hemograma: Anemia normocroma, normocítica. Eritrosedimentación muy elevada (> 100 mm en la primer hora). Presencia de hematíes en forma de rodillos, neutropenia, trombocitopenia.
- * Proteína de Bence-Jones en orina (paraproteína).
- * Insuficiencia renal reciente. Hipercalcemia.
- * La radiografía simple del esqueleto muestra la presencia de lesiones en sacabocado en cráneo, costilla, pelvis, huesos largos.

Tratamiento:

* Quimioterapia: Melphalan (se puede asociar a otros alquilantes).

MIELOPATÍA CERVICAL

Complicación neurológica de la artritis reumatoide.

Características:

- * Neuropatía por compresión secundaria.
- * Se observa en estos pacientes una inestabilidad del cuello. El mentón está laterizado y tocando el esternón lo que provoca una marcha inestable con caídas frecuentes.

Diagnóstico:

- * Analítica completa.
- * Radiografía de columna cervical.
- * RMN
- * Derivación especializada.

Tratamiento:

- 1. Sintomático.
- **2.** Inmovilización del cuello con collar ortopédico.
- **3.** Fijación de columna cervical: colocación de placa barra occípito-cervical de titanio.



Puede llevar a una transección de la médula y determinar una muerte súbita si el cuello se moviliza en forma incorrecta, por ejemplo: acto quirúrgico, movimiento imprudente de la cabeza.

OSTEOPOROSIS

Osteoporosis tipo I:

- * Se localiza fundamentalmente a nivel vertebral (dorso lumbar) a nivel del extremo inferior del radio.
- * Aparece diez años después de la menopausia.
- * Rarefacción predominante de hueso esponjoso.

Osteoporosis tipo II:

- * Rarefacción del hueso esponjoso pero fundamentalmente del hueso cortical.
- * Más frecuente en la mujer que en el hombre y es la causa mayor de fractura de cuello de fémur.

Diagnóstico diferencial:

Osteomalacia. Mieloma. Hiperparatiroidismo primitivo. Osteodistrofia renal.

Tratamiento sintomático:

- * Inmovilización, calcitonina, analgésicos, psicoterapia.
- * Debemos asociar el calcio y la vitamina D que es esencial para todos.
- * La actividad física es primordial porque aumenta la masa muscular y disminuye el riesgo de caída y sus consecuencias, favorece la conservación del hueso.
- * Corticoides: ¡ojo! producen una pérdida ósea por acción directa inhibidora sobre los osteoblastos y una acción indirecta estimulante de los osteoclastos. La osteoporosis inducida por los corticoides es a la vez trabecular y cortical.



Toda corticoterapia prolongada debe ser acompañada por una prevención.

PARÁLISIS DEL TERCERO, CUARTO Y SEXTO PAR CRANEANO

Controlan los músculos de los movimientos oculares.

Lesión del III par: produce ptosis, midriasis paralítica, estrabismo divergente paralítico y diplopía.

Lesión del IV par: diplopía en la mirada hacia abajo. El paciente compensa con tortícolis típica, girando e inclinando la cabeza.

Lesión del VI par: estrabismo convergente (contractura del recto medio antagonista del recto lateral paralizado), diplopía, tortícolis e incapacidad de abducir el ojo afectado.

PATOLOGÍA UTERINA

El examen ginecológico debe ser una práctica habitual y sistemática por el médico clínico y el geriatra.

Para el diagnóstico, examinar:

Vulva: descartar un liquen esclero-atrófico, un prolapso.

Vagina y cuello uterino:

- * Tacto vaginal: movilidad del útero y anexos.
- * Colocar espéculo: descartar un prolapso, un rectocele, un cistocele, hacer toser a la paciente. Evaluar el trofismo de la vagina y cuello uterino. El color del cuello nos puede orientar en la patología.
- * Palpar abdomen y revisar detenidamente las mamas. Sin excepción.

Exámenes complementarios: Colposcopía. Papanicolaou. Ecografía pelviana. Histeroscopía. TAC - RMN. Histerosalpingografía. Examen urodinámico.



Cuando se ha realizado un diagnóstico de prolapso, metrorragia, cáncer de endometrio, u otra patología, derivar al especialista lo antes posible.

PÉRDIDA DE LA AUTONOMÍA

Un anciano puede presentar bruscamente adinamia, anorexia y/o deshidratación; sin más alteraciones aparentes de ningún otro aparato.

Conducta a seguir:

- **1.** Interrogar al paciente y a su familia para descartar una intoxicación medicamentosa por:
 - * digitálicos antidiabéticos.
 - * corticoides hipotensores.
 - * diuréticos fiebre.
 - * arritmia cardíaca hipotensión arterial.
 - * alcoholismo caídas psicofármacos.
- **2.** Evaluar correctamente al paciente y solicitar los exámenes complementarios necesarios.
- **3.** Determinar si debe ser hospitalizado o continuar en su domicilio.

Un anciano puede presentar progresivamente un desmejoramiento, a pesar de los esfuerzos por alimentarlo, evitar su encamamiento y conectarlo socialmente.

Examen clínico:

- * Cardiovascular: hipotensión arterial, insuficiencia cardíaca, etc.
- * Neurológico: descartar patología central o periférica.
- * Pulmonar: disnea, obstrucción pulmonar crónica.
- * Digestivo: descartar un tumor, realizar tacto rectal.
- * Urinario: infección urinaria crónica, tumor, adenoma de próstata.
- * Descartar enfermedades crónicas: Parkinson, deterioro psicoorgánico.

* Exámenes complementarios: contribuyen al diagnóstico y permiten una terapéutica correcta.



Todo geriatra consciente es capaz de retirar el exceso de medicación que prescriben otros médicos. Es un acto médico terapéutico.

PERIARTRITIS ESCÁPULO HUMERAL

Sintomatología:

- Dolor a nivel de la cara externa del muñón de la escápula que hace que el paciente se acueste sobre el lado enfermo para evitar la molestia.
- **2.** Dolor provocado por la abducción del omóplato.
- **3.** Dolor exquisito al presionar sobre la correa dentro del surco acromio-tuberocitario.
- **4.** La rotura o deterioro completo del tendón del supra espinoso provoca una pseudo parálisis de la escápula.
- **5.** La periartritis escápulo humeral calcificante provoca un intenso dolor.

Diagnóstico:

Se debe realizar con radiografías.

Tratamiento:

- * Reposo, antiinflamatorios, infiltración.
- * Destrucción de la calcificación por artroscopía.
- * Reeducación.

POLIARTRITIS

Síntomatología:

- * Tofos gotosos.
- * Nódulos reumatoideos.
- * Sinovitis articular palpable con tumefacción.
- * Derrame articular.
- * Palpación de los pulsos arteriales: particularmente las arterias temporales superficiales (Enfermedad de Horton).
- * Erupción cutánea de los párpados y pérdida de la fuerza muscular (dermatomiositis o una polimiositis).
- * Atrofia del cartílago de la nariz o de las orejas (policondritis atrófica).

Diagnóstico:

- * Radiografía de pulmón, pelvis, manos, muñeca para orientación clínica y descartar otras patologías.
- * Analítica completa, creatininemia, uricemia, proteinograma por electroforesis.
- * Examen del líquido articular (mantener la asepsia).
- * Biopsia de la arteria temporal (pseudo poliartritis rizomelica, enfermedad de Horton).

PRURITO

1. Pruritos localizados:

- * Cabeza
- * Miembros inferiores: dermatitis periulcerosa, eccema, etc.
- * Ano-genital: micosis, liquen esclero atrófico, síndrome depresivo, hemorroides, fisuras, fístula.

2. Pruritos generalizados:

* Eccema - Urticaria.

- * Micosis fungoide Dermatitis herpetiforme.
- * Xantomas eruptivos.

Causas:

- * Escabiosis (sarna).
- * Pediculosis (piojos).
- * Medicamentosa: barbitúricos, litio, opiáceos, sales de oro, etc.
- * Hepato-biliar: cirrosis biliar primaria, cáncer de cabeza de páncreas.
- * Hematológica: enfermedad de Hodgkin, poliglobulia, leucosis.
- * Endócrina: hipertiroidismo.
- * Hipercolesterolemia familiar.
- * Neoplásicas: cáncer digestivo.
- **3. Prurito senil:** intenso, permanente, intolerable en la noche.

Se observan lesiones en la piel de rascado.

Tratamiento: higiene, evitar secreciones cutáneas y ciertos medicamentos.



En algunos casos, el corticoide local suele producir cierto alivio.

SEUDODEMENCIA

Término poco afortunado. Es más correcto decir **deterioro cognitivo asociado a un cuadro depresivo**.

- * La vejez es un período de la vida en el que se suman factores de riesgo para desarrollar una enfermedad depresiva.
- * La asociación depresión y demencia en la vejez es clínicamente frecuente.
- * Siempre la demencia es un deterioro

- cognitivo; pero no todo deterioro cognitivo es una demencia.
- * Hay trastornos depresivos que cursan con deterioro cognitivo leve que mejoran con antidepresivos del tipo de los inhibidores de la recaptación de serotonina.

Tratamiento:

* Fluoxetina - Venfalaxina - Paroxetina - Tianeptina - etc.

SÍNDROME DE DIÓGENES

Desorden del comportamiento asociado a un modo de vida muy particular de tipo vagabundeo domiciliario.

Características:

- * Acumulación de objetos heterogéneos.
- * Descuido y negligencia de sí mismo.
- * Ausencia de trastornos psíquicos o demenciales
- * Comúnmente, buen pasar económico y un alto grado de educación.

Diagnóstico:

- 1. Vivienda sucia y desordenada.
- 2. Acumulación de objetos inútiles en des-
- Abandono de sí mismo en lo corporal y vestimenta.
- 4. Ausencia de enfermedades psiquiátricas en la mayoría de los casos.
- 5. Inteligencia superior con nivel de educación elevado.
- 6. Personalidad distante, agresiva, desafiante, mentirosa e imaginativa.

- 7. Rechazo a todo tipo de ayuda.
- 8. Sin sentimiento de culpa de la vida que lleva
- 9. Pérdida de los contactos sociales, tendencia a la soledad.

Antecedente de: alcoholismo, ideas paranoicas, personalidad ezquizoidea con tendencia a un cuadro de deterioro psicoorgánico de tipo frontal.

Tratamiento: social (institucionalización) y sintomático.

TEMBLORES

- 1. **Temblor esencial:** es el más frecuente de los movimientos involuntarios de evolución lenta y progresiva. Desaparece con el reposo y se exagera por la emoción, fatiga, frío. Los miembros superiores son los primeros afectados, también se puede ver afectada la cabeza.
- **2. Temblor parkinsoniano:** mejora con los antiparkinsonianos permitiendo su diferenciación.
- **3. Temblor fisiológico:** puede estar exagerado por medicamentos, alcoholismo, hipertiroidismo, antidepresivos, litio, ácido valproico, beta estimulantes, hipoglucemia, ansiedad y angustia.

Tratamiento:

1. Médico:

* Propanolol: es el medicamento de primera línea, no es clara su acción: bloquearía a los receptores beta adrenérgicos y actuaría sobre el sistema nervioso central. La dosis debe ser creciente y no superar los 200 mg/día. Estar seguros de que el paciente no posee un bloqueo aurículo-ventricular (realizar ECG). La dosis no debe bajar la frecuencia cardíaca del paciente a menos de 50 latidos por minutos ni provocar hipotensión ortostática.

* Primidona: usarla cuando el propanolol está contraindicado, es menos eficaz y de resultado más espectacular.

2. Quirúrgico:

* Talamotomía Estereotáxica.

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA DE MIEMBROS INFERIORES

Difícil diagnóstico en Geriatría, a pesar de su frecuencia

Complicaciones de:

- * Post cirugía ortopédica de fractura de fémur, de próstata, rodilla.
- * Infección, deshidratación, insuficiencia cardíaca, cáncer digestivo, antecedentes de flebitis, accidente cerebro-vascular

1. Edema en un miembro inferior con:

- * Antecedentes invocados anteriormente.
- * Fiebre elevada

2. Signos de sospecha de embolismo pulmonar:

* Disnea, angustia, dolor torácico de aparición brutal.

3. Pierna roja:

- * La erisipela puede estar presente con la flebitis.
- 4. Trombosis venosa superficial.
- 5. Síndrome post flebítico.

Exámenes complementarios:

- * Ecografía venosa asociado a un Doppler.
- * Flebografía.

Tratamiento:

Anticoagulante: Heparina de bajo peso molecular.

Contención venosa fija para evitar las secuelas post flebíticas.



La internación hospitalaria es obligatoria en una flebitis poplítea o la sospecha de tromboembolismo pulmonar.

TUBERCULOSIS

- Re-infección endógena: por bacilo de Koch que ha permanecido en el organismo en reposo después de la primo infección.
- Re-infección exógena: por contaminación de un enfermo activo (ej: hogar de ancianos).

Diagnóstico:

Realizar reacción cutánea de tuberculina y radiografía pulmonar en las internaciones de los ancianos en hogares comunitarios.

Insistir en dos tipos de localizaciones:

- * Tuberculosis miliar localizada de pulmón.
- * Tuberculosis de órganos hematopoyéticos: hígado, ganglios, bazo, huesos.

Conducta a seguir:

- * Prevención bacteriológica (baciloscopía positiva).
- * Radiografía de tórax.
- * Comenzar tratamiento: INH Etambutol
 - Streptomicina Piracinamida.

Tratamiento:

Habitualmente, dura seis meses para todas las formas de tuberculosis. Se realiza en dos etapas:

- **1. Dos meses:** INH Rifampicina Piracinamida Etambutol.
- 2. Cuatro meses: INH Rifampicina.



No olvidar la consulta con el especialista. La internación deber ser de tiempo mínimo.

ÚLCERA DE PIERNA

Pérdida de sustancia de los tejidos sin tendencia a la reparación espontánea.

Causas principales:

- * Venosa superficial.
- * Post flebítica.
- * Arterial o arteriolo capilar.
- * Mixtas o arterio venosas.

Exámenes complementarios:

- * Analítica completa.
- * Control cardiológico.
- * Eco-Doppler arterial y venoso de miembros inferiores.

Tratamiento:

- **1. Local:** determinar el origen de la úlcera y hacer tratamiento como si se tratara de una escara.
- **2. Regional:** colocación de vendaje elástico desde el pie a la rodilla. Cirugía de várices si es posible.
- **3. General:** vacunación antitetánica, pues estas lesiones ulcerativas suelen ser la primera puerta de entrada del tétanos en los ancianos. Evitar el calor fuerte. Movilizar. Corrección de su estado nutricional. Antiagregantes plaquetarios. Antibioticoterapia.

REFERENCIAS

- 1. Adolfo COLOMBRES (comp.). Hacia la autogestión indígena. Quito, 1977, pp. 43 y 47.
- 2. Para profundizar el problema intercultural, ver "Una comparación intercultural para una mejor calidad de vida", *Revista de Geriatría Práctica*, Vol. II, N° 2, 1992; en especial p. 27.
- 3 Ibídem
- 4. Ibídem.
- 5. Prof. Robert HUGONOT. Ancien Chef du Service de Gérontologie Clinique du Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble. Conseiller Scientifique du Centre Pluridisciplinaire de Gérontologie de l'Université des Sciences Sociales de Grenoble. Administrateur de la Fondation Nationale de Gérontologie. Ancien Président de la Société Française de Gérontologie. Président de l' Université Internationale Itinérante de Gérontologie (UNITAGE).
- Jacques RICHARD. Estas características que resalta Richard fueron citadas por el Prof. Hugonot en uno de los cursos de UNITAGE.
- Prof. Alain FRANCO. Président de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie. Chef du Département de Médecine Gériatrique et Communautaire. Ll2G, Université Joseph Fourier -Grenoble 1.
- 8. CONSENSOS FUNSALUD (Fundación Mexicana para la Salud). Síndromes de Deterioro Intelectual y Padecimientos Demenciales. México, 1996.
- 9. *Geriatranet. com Revista electrónica de Geriatría*. Curso on line "Síntomas conductuales y psicológicos en demencia". España, 2002.
- Monique FERRY et al. Nutrition de la personne âgée. Aspects fondamentaux cliniques et psychosociaux. Paris, Berger-Levrault, 1996.
- Dr. Juan Norberto NIETO. Vicepresidente de la Asociación Interdisciplinaria de Gerontología y Geriatría de la Provincia de Mendoza. (AIGEM). Atención Multidisciplinaria del Paciente Diabético Anciano. 2001. (Teleconferencia).
- Licenciada Natalia ZAVARONI. Vocal Titular de la Asociación Interdisciplinaria de Gerontología y Geriatría de la Provincia de Mendoza (AIGEM). Atención Multidisciplinaria del Paciente Diabético Anciano. 2001. (Teleconferencia).
- 13. Licenciado en Enfermería Juan Carlos JORA. Vocal Titular de la Asociación Interdisciplinaria de Gerontología y Geriatría de la Provincia de Mendoza (AIGEM). Atención Multidisciplinaria del Paciente Diabético Anciano. 2001 (Teleconferencia).
- 14. Dra. Susana PALAVECINO. Miembro Titular de la Asociación Interdisciplinaria de Gerontología y Geriatría de la Provincia de Mendoza. (AIGEM). Atención Multidisciplinaria del Paciente Diabético Anciano. 2001 (Teleconferencia).
- Dra. Valeria NALLIM. Miembro Titular de la Asociación Interdisciplinaria de Gerontología y Geriatría de la Provincia de Mendoza. (AIGEM). Atención Multidisciplinaria del Paciente Diabético Anciano. 2001 (Teleconferencia).
- 16. Dra. Claudia GRILL, Dr. Hugo ROMAN, otros. "Curación de heridas quirúrgicas abdominales infectadas (Estudio comparativo)"; Revista Argentina de Residentes de Cirugía, Volumen 2, N° 3, 1997.

BIBLIOGRAFÍA

Esta bibliografía no pretende ser exhaustiva, es sólo una selección que puede ayudar al lector en su labor.

- ARCAND, Marcel; HÉBERT, Réjean. *Précis practique de Gériatrie*. Deuxiéme Edition. Québec, Meloine, 1997.
- BAZO, María Teresa (coord.). Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional. Barcelona, Editorial Médica Panamericana, 1999. (Col. Gerontología Social, dirigida por Pilar Rodríguez).
- BELMIN, J.; AMALBERTI, F. Les soins aux personnes âgées. Paris, Masson, 1997.
- CONSTANS, Thierry, FRANCO, Alain; MOULIAS, Robert, et al (coord.). Le Collège National des Enseignants de Gériatrie. Corpus de Gériatrie. Tomo 1. Montmorency, 2M2, 2000.
- CONTEL, Joan; GENÉ, Joan; PEYA, Margarita. *Atención domiciliaria. Organización y práctica*. Barcelona, Springer, 1999.
- DE NICOLA, Pietro. Fundamentos de Gerontología y Geriatría. Barcelona, Editorial Jims, 1979.
- FINKELSTEIN MYSS, José. Principios de Gerontología. Santiago de Chile, Editorial Universitaria, 1961.
- FORBES, Charles D.; JACKSON, William F. *Atlas de medicina interna*. 2° ed. Madrid, Harcourt Brace, 1998.
- FORNAZZARI, Luis. Alzheimer. Santiago de Chile, Mediterráneo, 1997.
- GOMAS, Jean-Marie. *La malade en fin de vie & le médecin généraliste. Guide thérapeutique pour le cancer et le sida*. Francia, VIM Vision Internationale Médicale, 1998.
- GONZÁLEZ MAS, Rafael. Rehabilitación médica de ancianos. Barcelona, Masson, 1995.
- HAM, Richard; SLOANE, Philip. *Atención primaria en Geriatría*. 2° ed. Barcelona, Mosby/Doyma Libros, 1995.
- HAUW, Jean-Jacques; DUBOIS, Bruno; VERNY, Marc, DUYCKAERTS, Charles. *La maladie d' Alzheimer.* Paris, John Libbey Eurotext, 1997.
- HUGONOT, Robert; HUGONOT, Laurence. *Atlas du vieillissement et de la vieillesse*. Toulouse, Érès, 1988.
- HUGONOT, Robert. La vieillese maltraitée. Paris, Dunod, 1998.
- JIMÉNEZ HERRERO, Fernando. Gerontología. Barcelona, Masson-Salvat Medicina, 1993.
- KAMAL, Asif. *Ilustraciones diagnósticas en Medicina Geriátrica. Pruebas de autoevaluación.* Madrid, Interamericana, 1991.
- LA REVUE DE GÉRIATRIE. Organe officiel de la Societé Française de Gériatrie et Gérontologie. Números correspondientes desde el año 1994 en adelante.

- LARGIADÉR, Felix; WICKI, Otto; STURM, Alexander (sous la direction de). *Checklists de Médecine*. *Gériatrie*. Paris, Thieme-Vigot, 1998.
- LÓPEZ, Begoño Polonio. Colaboradores principales: Pilar Durane Molina Pilar Pedro Tarrés. *Terapia ocupacional en Geriatría: 15 casos prácticos*. Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2002.
- MANUAL MERCK DE GERIATRÍA. Barcelona, Doyma, 1992.
- MEARIN, Fermin; PIQUE, Josep M.; PONCE, Julio. Preguntas clave en la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Barcelona, Doyma, 1999.
- MICHANS, Juan R. (dir.). Patología guirúrgica. Buenos Aires, El Ateneo, 1965.
- MICHEL, Bernard-Francois; DEROUSNE, C.; GELY-NARGEOT, M.C. (dir.). De la plainte mnésique a la maladie d' Alzheimer. Marseille, SOLAL, 1997.
- NOUZASHEMI, F., VELLAS, B., ALBAREDE, J.L. Guía de Evaluación Geriátrica. En colaboración entre la Unidad de Evaluación e intervención Gerontológica de Toulouse y el Centro Educacional de investigación de Geriatría de Los Angeles. Centro Hospitalo-Universitario de Grenoble. Francia. UNITAGE - Profesor Robert HUGONOT. Traducción al español: Dr. Luis I. Mackern. Grenoble, 2000.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. "La salud de los ancianos: una preocupación de todos". Comunicación para la Salud N° 3. Washington DC, Organización Panamericana para la Salud, 1992.
- PÉRGOLA, Federico; FUSTONI, Juan C. *Trastornos neourológicos y psiquiátricos del anciano. ¿Se puede prolongar la vida?* Buenos Aires, Atlante, 1998.
- PONT GEIS, Pilar. *Tercera edad, actividad física y salud. Teoría y práctica*. 4° ed. Barcelona, Paidotribo, 2000.
- RABOURDIN, Jean Pierre; RIBEYRE, J.P.; HÉRRISON, C.; SIMON, L. (dir.). *Rééducation en Gériatrie*. Paris, Masson, 1999.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar (coord.). Residencias para personas mayores. Manual de orientación. Barcelona, Sociedad Española de Geriatría y Gerontología/ SG Editores, 1995.
- SÁEZ NARRO, Narciso; RUBIO HERRERA, Ramona; DOSIL MACEIRA, Agustín. *Tratado de Psicogerontología*. Valencia, Promolibro, 1996.
- SÁNCHEZ DELGADO, Delia. Gerontología Social. Puerto Rico, Publicaciones Puertorriqueñas, 1999.
- SCHAPOSNIK, Fidel. Semiología. 6° ed. Buenos Aires, Atlante, 2002.
- SCHÄFFLER, Arne MENCHE, Nicole (coord.). Médecine & soins Infirmiers. Paris, Meloine, 2000.
- SIDOBRE, Béatriz, diététicienne; Docteur FERRY, Monique; Professeur HUGONOT, Robert. *Guide practique de l' Alimentation*. Paris, Hervas, 1997.
- STREJILEVICH, Mario. Temas de Psicogeriatría. Buenos Aires, Ediciones 1919, 1990.
- ZATOUROFF, Michael. *Atlas de signos físicos en Medicina General*. 2° ed. Barcelona, Harcourt Brace, 1997.

Félix Eduardo Nallim nació en Mendoza, Argentina. Se recibió de Médico en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo, en 1973. Ha obtenido diplomas de estudios superiores en Gerontología y Geriatría. Becado en Francia (1987) y en Israel (1993), realizó estudios sobre "Epidemiología del envejecimiento" y "Servicios para la tercera edad en la familia y la comunidad", respectivamente.

Además fue premiado, en Gerontología, por su trabajo "Diagnóstico de la situación de los hogares de ancianos de la provincia de Mendoza", en Rosario (Santa Fe, 1983). Su nombre se incluye en el *Libro de las personalidades médicas argentinas* (1994).

Ha participado como expositor en reuniones científicas en la Argentina, otros países de América y Europa.

Ciudades francesas como Grenoble, Saint-Etienne, Dijon y Paris lo han recibido como invitado para realizar pasantías y trabajos de investigación.

Por otra parte, y paralelamente a su actividad docente y de investigación, ha ejercido distintas funciones en reparticiones gubernamentales. Entre otras, ha sido Jefe del Departamento de Prestaciones Sociales del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (1989-2000), Asesor de Gabinete de la Secretaría de Estado de la Tercera Edad del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (1993-1994), Gerente Regional de la Delegación IV Mendoza del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (1999-2000).

Actualmente es Presidente de la Asociación Interdisciplinaria de Gerontología y Geriatría de la Provincia de Mendoza (AIGEM), Miembro del Petit Comité de la Universidad Internacional Itinerante de Gerontología de Grenoble, Francia (UNITAGE) y Presidente de la Federación Argentina de Geriatría y Gerontología (FAGG).



Me siento feliz de ver que este movimiento gerontológico se ha ampliado en este momento, con la creación de Sociedades Médicas dinámicas y que ha tomado conciencia de que, en un futuro cercano, las "políticas de la vejez" deberán ser completadas por las "políticas del envejecimiento". El Dr. Félix Eduardo Nallim es uno de los pioneros de esta toma de conciencia y forma discípulos (...)

El trabajo que nos presenta en esta obra está dentro de esta línea. Práctico, visual, formador por naturaleza, debería incitar a estudiantes y médicos de todas las edades a volcarse hacia una disciplina que, tanto en la Argentina como en los países industrializados que envejecen, tiene futuro.

Robert Hugonot

Este trabajo del Dr. Félix Nallim constituye un testimonio de ese compromiso vital que asumió hace muchos años. Hoy nos entrega esta obra que es un verdadero manual de procedimientos que incluye elementos necesarios para valorar la situación clínica de los gerontes desde las más diversas ópticas.

Este libro permite al médico situarse rápidamente en la realidad del cuidado de los gerontes; no es un libro para aprender medicina sino una juiciosa guía para aprender a desenvolverse eficazmente en el campo gerontológico. Es un resumen de una larga experiencia que se expone para guiar, para promover la reflexión, para incitar a la mejora continua.

Mario Sánchez Quintana

CRÉDITOS

Tapa, diseño gráfico interior, diagramación y control de calidad Mirta Leucrini / Alejandra Rodón

Fotografía

Las fotos son del autor, excepto las de los aborígenes del capítulo 1, que son gentileza de Máximo Arias y las de fondo de ojo, gentileza de la Dra. Maimará O. Brugnoli.

Corrección

Prof. Magdalena Ercilia Nállim

Desarrollo del Producto en CD A.U.S. Ana María E. Pensalfine

Todos los derechos son reservados. Ninguna de las partes de este libro impreso y/o digital pueden ser reproducidas o transmitidas por los medios conocidos o a ser inventados, electrónicos o no, incluyendo fotocopiados, grabación o impresión sin licencia o permiso escrito del autor, excepto para pequeñas menciones o referencias.

Mendoza, 2003 Hecho el depósito que marca la Ley 11.723

Libro Impreso: ISBN N° 987-43-5327-9 Libro Digital: ISBN N° 987-43-5935-8

© Félix Eduardo Nallim

Olegario V. Andrade 861 - 5500 Mendoza - República Argentina Tel. - Fax: 0261 - 4288004 / 4250833

E-mail: nallimfe@speedy.com.ar