

Revista de la
Asociación Geronto Geriátrica del Centro

ISSN: 1852-4230

ASOCIACIÓN
GERONTO
GERIÁTRICA
DEL **C**ENTRO

Córdoba Argentina. 2009. AÑO I NUMERO 1.



COMISION DIRECTIVA AGGEC

Asociación Gerontogeriatrica del Centro
"Prof. Dr. Mario Alberto Crosetto"

Presidente: Prof. Dr. Martínez Héctor David
Vice Presidente: Dr. Giraudo José Antonio
Secretario General: Mgter. Maidana José Luís
Pro-Secretaria: Dra. Moreno Adriana Elizabeth
Tesorero: Cdor. Giraudo Carlos Vicente
Pro-Tesorero: Dr. Isquierdo Ariel Rogelio
1º Vocal Titular: Dr. Parodi Luís Horacio
2º Vocal Titular: Prof. Dr. Cosiansi Julio Cesar
3º Vocal Titular: Prof. Dr. Ramello Mario Francisco
1º Vocal Suplente: Prof. Dr. Dahbar Miguel Ángel
2º Vocal Suplente: Dra. Luque Leticia Elizabeth
Titular 1º Comisión Revisora de Cuenta: Mgter. Burba Maria Cristina
Titular 2º Comisión Revisora de Cuenta: Dra. Nicolás Graciela Beatriz
Suplente 1º Comisión Revisora de Cuenta: Abg. Warde Adriana Maria,
1º Miembro Junta Electoral: Mgter. Castro Toschi Rubén Armando
2º Miembro Junta Electoral: Dra. Bianciotti, Maria Eugenia
3º Miembro Junta Electoral: Dr. Giraudo Luís Alberto Bautista



Revista de la Asociación Geronto Geriátrica del Centro
"Prof. Dr. Mario Alberto Crosetto"
AÑO 1 NUMERO 1

ISSN: 1852-4230

Editor responsable: Oscar Alfredo Atienza
Dirección: Duarte Quirós 1248 Alto Alberdi Córdoba
Cod Postal 5003 Córdoba Argentina
TE 0351-4809335
0351-4215129
Fax: 0351-4270977
Email: info@aggec.com.ar

Staff

Director

Prof. Dr. Héctor David Martínez

Secretario

Mgter. José Luis Maidana

Directores de Área

Geriatría: Dr. Martín Eugenio Ferrer

Gerontología: Mgter. Maria Cristina Burba

Comité Redacción

Prof. Dr. Julio Cesar Cosiansi (Córdoba)
Prof. Dr. Raúl Edgardo Ledesma (Córdoba)
Prof. Dr. Miguel Ángel Dahbar (Córdoba)
Prof. Dr. Juan Carlos Muiño (Córdoba)
Prof. Dr. Mario Francisco Ramello (Cba)
Prof. Dr. Rodolfo Esteban Ávila (Córdoba)
Prof. Dr. Víctor Cinelli (Córdoba)
Prof. Dr. Rodolfo Daniel Pereira (Cba)
Dr. Hugo Alberto Schifis (Bs. Aires)
Prof. Dr. Roque Alejandro Maffrand (Cba)
Prof. Dra. Alicia Maria Ramírez (Córdoba)
Prof. Dr. Rodolfo Bielohercovzky (Cba)
Prof. Dr. Juan Carlos Vergottini (Córdoba)
Prof. Dra. Elisa Burgos (Córdoba)
Prof. Dra. Alicia Navarro (Córdoba)
Prof. Dr. Carlos de Anquin (Córdoba)
Mgter. Juan Eustaquio Soria (Córdoba)
Prof. Dr. Miguel Manzur (Córdoba)
Dra. Maria Elena Mitchell (Córdoba)
Dra. Cristina Graciela Aguirre (Córdoba)
Dr. Alfonso J. Rodríguez Morales (Venezuela)

Mgter. Oscar Alfredo Atienza (Córdoba)
Mgter. Eduardo Simondi (Córdoba)
Lic. Alicia Tobares (Córdoba)
Mgter. Rubén A. Castro Toschi (Córdoba)
Dr. Miguel Ángel Lipka (Canadá)
Mgter. José Antonio Girauo (San Luís)
Prof. Dra. Norma Tobares (España)
Dr. Luís Alberto Bautista Girauo (Córdoba)
Prof. Dr. Miguel Ángel Domingo Girauo (Bs. Aires)
Mgter. Susana Raquel Rivolta (Córdoba)
Mgter. Luís Carreño (Córdoba)
Dr. José Juni (Córdoba)
Prof. Dr. Jorge García Salord (Córdoba)
Prof. Dr. Luís Horacio Parodi (Córdoba)
Dr. Eduardo Segura (Misiones)
Prof. Dra. Maria Susana Keim (Córdoba)
Prof. Dr. Bernardo Gandini (Córdoba)
Dra. Graciela Nicolás (Córdoba)
Prof. Dra. Cecilia Braxs (Córdoba)
Dr. Héctor Rubén Quiroga (Córdoba)
Prof. Dra. Maria Elena Samar (Córdoba)

Diseño / Diagramación
Mgter. Oscar Alfredo Atienza

Publicación trimestral
Copyright 2008

Reservado todos los derechos.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida en ninguna forma medio alguna, electrónica o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones u otro sistema de información sin la autorización por escrito del titular del copyright.

1. Editorial

2. Artículo Original

3. Artículo Original

4. Caso Clínico

5. Fotografías

6. Actualización

ARTICULO ORIGINAL

HERNIOPLASTÍA INGUINAL SIN TENSIÓN EN LA TERCERA EDAD

Sergo, Gustavo A., Fernández, Ricardo A., Andrawos, Alicia

Instituto Medico de la Comunidad. S. F. V. de Catamarca, Carrera de Especialización en Geriátrica, Córdoba
República. Argentina

RESUMEN

La hernia inguinal es una patología frecuente en la tercera edad, cuya aparición se ve favorecida por los cambios anatómicos y fisiológicos que ocurren durante la misma. Los pacientes gerontes toleran 2 o 3 patologías crónicas concomitantes, pero en ellos los procesos agudos son causa de muerte.

En el presente trabajo se evaluó en forma prospectiva desde junio de 2003 a junio de 2008, la evolución postoperatoria de hernia plastia inguinal sin tensión con reemplazo de la Fascia Transversalis por malla de polipropileno, en 6 pacientes de 65 a 71 años que fueron estudiados por consultorio externo. Se observó que los mismos presentaron una pronta recuperación, con regreso a sus actividades cotidianas con mínima morbimortalidad y ninguna mortalidad. Se concluye que la cirugía de Hernia Inguinal sin Tensión reemplazando la Fascia Transversalis con malla de polipropileno ofrece buenos resultados y mínimas complicaciones quirúrgicas en pacientes gerontes.

MATERIAL Y MÉTODO

Entre junio de 2003 y junio de 2008, se llevó a cabo en una Institución privada de la ciudad de San Fernando del Valle de Catamarca, un trabajo prospectivo en 6 pacientes entre los 65 a 71 años, con hernia inguinal comprendidas entre tipo III A y III B de la clasificación de Nyhus (1, 12, 14, 15, 20); localizadas en 4 casos a la derecha y en 2 a la izquierda.

El tiempo máximo de observación fue de 5 años y el mínimo de 18 meses.

Sólo un paciente arrastró la patología desde la juventud.

Las patologías crónicas asociadas presentes en el trabajo quedan registradas en el siguiente cuadro:

Patologías	Casos
Insuficiencia Cardiaca	1
Enfermedad de Alzheimer	1
Hipertrofia de Próstata	2
HTA	3
Etilismo	1
Diabetes	1
Insuficiencia Renal	1
EPOC	1

INTRODUCCIÓN

La hernia inguinal es una patología frecuente en el paciente geronte, que aumenta con la edad debido a cambios anatómicos y fisiológicos, tales como ensanchamientos de su orificio interno, consecuencia de la disminución de la resistencia de los tejidos, en especial la Fascia Transversalis; y a procesos patológicos crónicos que aumentan la presión intrabdominal: constipación, enfermedades pulmonares que ocasionan tos y patología prostática (10, 13, 21).

Los pacientes gerontes pueden presentar dos o tres patologías crónicas asociadas y bien toleradas con tratamiento, a diferencia de las patologías agudas que provocan una elevada morbilidad y mortalidad, encontrando entre éstas los casos quirúrgicos de urgencia. (10, 13)

El tratamiento de la hernia inguinal exige un conocimiento anatómico, fisiológico y quirúrgico de la región (1, 8, 9, 15, 17, 18).

La cirugía sin tensión, aplicando mallas de polipropileno ofrece buenos resultados con escasa complicaciones (2, 11, 15, 20).

El objetivo de este trabajo, fue observar la evolución postoperatoria de pacientes mayores de 65 años en cirugías programadas de hernia inguinal, proponiendo una técnica de hernioplastia sin tensión reemplazando la Fascia Transversalis con malla de polipropileno.

Los pacientes fueron valorados con ECG y valoración Cardiovascular, Rx. de Torax, Laboratorio de rutina con coagulograma completo, ecografía prostática y valoración urológica en los casos correspondientes. La misma conducta se tomó para el paciente con insuficiencia renal valorado por nefrología (13).

La internación se realizó el día de la cirugía, se practicó antibióticoterapia con cefalotina 500 mg. por 7 días, cada 6 hs (13).

La analgesia se llevó a cabo con diclofenac a150 mg. en goteo de 24 hs. durante la internación y por vía oral durante 72 hs., continuando según necesidad (3)

Se realizó anestesia raquídea en 5 casos y el restante anestesia general, a pedido del paciente.

Se realizó hernioplastia inguinal sin tensión colocando malla de polipropileno en el lugar del defecto, lugar correspondiente a la Fascia Transversalis; la cual es abierta y disecada en toda su extensión; aplicando y fijando la prótesis a la arcada del transverso por arriba, a la arcada inguinal por

debajo, un punto vecino a tejidos de la espina del pubis, y desplazando el cordón inguinal hacia fuera de la línea media, creando un nuevo anillo con aumento de la oblicuidad. Finalmente la Fascia es reconstruida sobre la malla para mantener el cordón inguinal con mínimo contacto a la prótesis (4; 18). Se colocó drenaje subcutáneo a todos los pacientes por 24 hs.

Los controles postoperatorios se realizaron a los 7, 15, y 30 días, luego una vez por mes durante el siguiente trimestre, y finalmente una vez por año por consultorio externo hasta junio del presente año.

RESULTADOS

Los pacientes fueron dados de alta sanatorial dentro de las 24 hs. del postoperatorio, luego de la curación y extracción del drenaje subcutáneo, en el que se drenó de 20 a 100 cc. de líquido serosanguinolento. La extracción de puntos de sutura se realizó a los 7 días, y se comprobó: un hematoma leve que se resolvió espontáneamente; un seroma drenado espontáneamente y por presión, que llevó a decidir la extracción de sutura a los 15 días del postoperatorio.

La movilización comenzó con la recuperación de la anestesia. A los 15 días ya se encontraban reintegrados a la vida cotidiana.

Los pacientes refirieron sensación de parestesia en zona de herida quirúrgica.

No se presentó recidiva hasta la fecha mencionada.

No se registró mortalidad.

DISCUSIÓN

Los pacientes geriátricos presentan una mayor predisposición a la aparición de hernias en áreas de mayor debilidad o de defectos congénitos. (10, 13, 21). En trabajos consultados se afirma la disminución de fibras oxitalánicas de la colágena, con un incremento de la sustancia amorfa de las fibras elásticas que afectan la resistencia de la Fascia Transversalis en pacientes mayores de 60 años (21). Las patologías crónicas que afectan los pulmones ocasionando tos crónica, los esfuerzos físicos, cambios en el hábito intestinal que llevan a la constipación y síntomas relacionados con la hipertrofia prostática ocasionan un aumento de la presión intrabdominal (10, 13, 21). En nuestro trabajo, cinco pacientes presentaron el tumor herniario después de los 60 años.

La mayoría de los pacientes en esta etapa de la vida tienen más de una enfermedad crónica asociada, que controladas y medicadas son bien toleradas; no así los procesos agudos, y entre éstos las cirugías de urgencia que ocasionan una elevada morbilidad y mortalidad (10, 13). Pudimos observar que todos los pacientes de la serie presentaban enfermedades crónicas bajo control médico, tres con dos procesos y uno con tres. En las cirugías realizadas en forma programada, la morbilidad fue escasa y leve, con ninguna mortalidad.

Las condiciones especiales que presentan los pacientes gerontes, llevan a definir procedimientos

quirúrgicos seguros que impliquen mínima morbimortalidad. Con el advenimiento de las mallas de polipropileno se logran resultados aceptables disminuyendo la recidiva herniaria y una menor morbilidad que permite la rápida movilización de los pacientes, con menor dolor, lo que también ha sido observado en nuestro trabajo (2, 11, 15, 21).

En este trabajo, la técnica quirúrgica aplicada sin tensión con la aplicación de prótesis e interponiendo la Fascia Transversalis entre ésta y el cordón inguinal, consigue resultados similares a otras técnicas, no registrando morbilidad relacionada con el cordón inguinal hasta la fecha.

CONCLUSIONES

La cirugía programada de Hernia Inguinal sin Tensión reemplazando la Fascia Transversalis con malla de polipropileno ofrece buenos resultados y mínimas complicaciones quirúrgicas en pacientes gerontes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Astiz, J.M.; Deveaux, G. Paredes Abdominales. Parte I: Hernias. Tratamiento Convencional y Laparoscópico. Programa de Actualización en Cirugía. PROACI. Editorial Medica Panamericana. Sexto ciclo, Modulo 1: 37-79. Bs. As. 2002.
- 2) Barroetaveña, J; Herzage, L; Tibaudin, H; Barroetaveña, J; Ahuall, C. Cirugía de las Eventraciones. Ed. Librería El Ateneo Editorial, Bs. As. 1988.
- 3) Cilurzo, M.A. Dolor. Programa de Actualización en Cirugía. PROACI. Editorial Médica Panamericana. Cuarto ciclo, Módulo 3: 9-44. Bs. As. 2002.
- 4) Cisneros Muñoz, H. A.; Mayagoitia González, J. C.; Suárez Flores, D. Hernioplastia inguinal libre de tensión con técnica de mesh-plug. Cirugía General. Vol. 23 Num. 1 Pag 21-24. Año 2001.
- 5) Christmann, F.E., Ottolenghi, E.; Raffo, J.M.; Gunter Von Grolman: Tecnicas Quirurgicas. Ed. Librería El Ateneo Editorial. 12ª edición 1987
- 6) Condon, R.E.: La Anatomía de la Región Inguinal y su Relación con la Hernia. En: Nyhus, Ll. M.; Condon, R. E.: Hernia. 3ª edición. Editorial Médica Panamericana. Capítulo 2, pp 39-77. 1991.
- 7) Condon, R.E. Plástica Anterior con el Ligamento IleoPubiano. En: Nyhus, Ll. M.; Condon, R. E.: Hernia. 3ª edición. Editorial Médica Panamericana. Capítulo 7, pp 145-159. 1991.
- 8) Deschamps, J. H.; Grinfeld, D.; Ortiz, F.; Wilks, A. E.: Cirugía Semiología Fisiopatología y Clínica Quirúrgica. Tercera reimpresión, Librería El Ateneo Editorial. 1987
- 9) Donahue, P.E.: Aspectos Teóricos de las Hernias. En: Nyhus, Ll. M.; Condon, R. E.: Hernia. 3ª edición. Editorial Médica Panamericana. Capítulo 3, pp 78-89. 1991.

- 10) Faraoni, H. Faraoni, E. Abdomen Agudo en el Anciano. Programa de Actualización en Cirugía (PROACI) Editorial Médica Panamericana. Quinto Ciclo. Modulo 1; 49-106. Bs. As. 2001.
- 11) Kingsnorth, A.; Le Blanc, K. Hernias: Inguinal and Incisional. Lancet. Nov. 8; 362 (9395) 1561-71. 2003.
- 12) Latarjet, M.; Ruiz Liard, A.: Anatomía Humana. Editorial Médica Panamericana. Tomo 1. Bs. As. 1983.
- 13) Manual Merck de Geriatria. Segunda Edición. Editores: Mark H Beers, M. D.; Robert Berkow, M. D.: Cirugía. www.msd.com.ar
- 14) Minetti, A.M. Hernia Inguinal Clasificación. Programa de Actualización en Cirugía (PROACI) Editorial Médica Panamericana. Cuarto Ciclo. Modulo 3; 45-64. Bs. As. 2000.
- 15) Noferi, C; Torrecillas, D. "Hernia Inguinal en 2006" Relato Oficial XXV Congreso de Cirugía de Córdoba. Córdoba Argentina Sep. de 2006.
- 16) Nyhus, L.I.M. El Abordaje preperitoneal y la plástica de la hernia inguinal con el ligamento ileopubiano. En: Nyhus, L.I. M.; Condon, R. E.: Hernia. 3° edición. Editorial Médica Panamericana. Capítulo 8, pp 161-190. 1991.
- 17) Nyhus, L.I. M.; Thomas Bombeck, C.; Klein, M.S. Hernias. En: Sabiston, D.C.; Tratado de patología quirúrgica. Editorial Interamericana. Mc Graw-Hill. 14 edición Vol. II 1995.
- 18) Romero Torres, R. Tratado de Cirugía. Editorial Interamericana. 1° edición Vol I 1986.
- 19) Sergio, G.A., Olocco, C. Nassar, M.R.; Moreno, E. Bacteremias Transitorias y Antibioticoprofilaxis en Cirugía. Pren. Méd. Argent. 85:894-897. 1998.
- 20) Sergio, G.A. Hernia Inguinal: reparación sin tensión reemplazando la fascia transversalis. Pren. Med. Argent.; 91:755-757. 2004
- 21) Suárez Flores, D.; Mayagoitia González, J.C.; Cisneros Muñoz, H.A. Hernioplastia sin tensión. Una alternativa en los pacientes de la tercera edad. Cirujano General Vol. 25 Num.1 – 2003.
- 22) Wantz, G. E. La técnica canadiense para la plástica de la hernia inguinal. En: Nyhus, L.I. M.; Condon, R. E.: Hernia. 3° edición. Editorial Médica Panamericana. Capítulo 12, pp 235-250. 1991.

ARTICULO ORIGINAL

LA INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN UNA UNIDAD DE MEDICINA INTENSIVA POLIVALENTE.

Autor: Chiatti, Roberto..

Carrera de Especialización en Geriátrica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba Argentina.

RESUMEN**OBJETIVOS:**

Estudiar incidencia y morbimortalidad por IRA en una unidad de Medicina Intensiva y sus características.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Durante 4 meses (Abril - Julio 2006) estudiamos prospectivamente todas los pacientes admitidos en UTI (n=179) de los cuales fueron incluidos los que presentaron oliguria y aumento de productos nitrogenados (n=35) se estudiaron índices urinarios, sedimento de orina en fresco, equilibrio ácido-base, ionograma plasmático, ecografía abdominal. Se separaron en grupo teniendo en cuenta el servicio del cual provenían, diagnóstico de ingreso, patológica concomitante, estado clínico del paciente, tratamiento recibido y pronóstico.

RESULTADOS: Prevalencia de IRA 19.6% (n=35) lo que corresponde a los de cada diez pacientes. Edad media 53.7 ± 14.3 mujeres 40% varones 60%. El 60% provenían de Guardia Central, con patología cardiovascular (37.1 %) Y el 22.9% restante entre neurológicos y nefrológicos.

Un 23% tenían alteraciones renales previas. El 80% fueron pre-renales y un 20% renales. Como causa de presentación sepsis pura estuvo en un 10.7% pero sumado a otros factores fue un 70%; pérdida de volumen 50%; re distribución interna 35%. Un 60% recibió diálisis. Días de internación 8.5. 6. Tasa de mortalidad 51.4, la hipertensión arterial concomitante presenta una mortalidad significativa. (62.7%).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN: La IRA por si misma no presenta alta mortalidad pero al sumarse sepsis, compromiso multiparenquimatoso, injuria, hipertensión arterial; forma parte de un síndrome mayor elevando la mortalidad. Los días de estadía fueron similares en aquellos en los que tuvieron buen pronóstico y en los que evitaron. Dos de cada diez pacientes tienen IRA (alta prevalencia) con una tasa de mortalidad significativa que coincide con la bibliografía mundial. En el contexto de la un cuando aparece IRA en un paciente, por todo 10 antes mencionado, debe iniciarse enseguida la búsqueda de otro proceso para promover estrategias de prevención para un adecuado manejo de esta entidad.

oligúrica. Aún cuando la IRA puede durar 3 a 4 semanas en algunos pacientes, la función renal suele comenzar a mejorar 10 a 12 días después del inicio de la enfermedad. En general la IRA no oligúrica se asocia con una duración significativamente más breve que la IRA oligúrica y a menudo dura solo 5 a 6 días⁽²⁾. En ambas la recuperación es anunciada por elevaciones inicialmente pequeñas en el volumen urinario en días sucesivos (1-2 l/día ó más). La diuresis masiva (aumentos 3-5 l/día) durante el período de recuperación ya no es común, probablemente porque ahora la aplicación agresiva de diálisis impide la sobrecarga severa de líquidos y el nivel elevado de nitrógeno ureico sanguíneo (BUN) que eran frecuentes en la era prediálisis.

La anuria total es tan atípica en la IRA no complicada, que presencia por más de 2 a 3 días en un paciente hemodinámicamente estable debe elevar la sospecha a cerca de una obstrucción de flujo urinario de salida, compromiso de los vasos renales mayores, necrosis cortical renal, enfermedad glomerular o de los vasos pequeños o una vejiga rota como posibles causas.⁽³⁾ Se conoce que con el advenimiento de las técnicas de diálisis son muy pocos los pacientes que mueren de uremia, pero sumando patología subyacentes tales como sepsis, traumatismos, enfermedades sistémicas hacen de esta entidad una alta incidencia de morbimortalidad (de 40-80%)⁽¹⁾

OBJETIVOS

Estudiar la incidencia y morbimortalidad por IRA en una unidad de Medicina Intensiva, y sus características.

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante un periodo de 4 meses (desde abril a julio de 2006) se estudio prospectivamente todos los episodios de IRA ocurridos en pacientes adultos admitidos en terapia intensiva, independiente del sexo y edad.

El total de la población fueron 179 pacientes, de los cuales sólo 35 fueron incluidos por presentar oliguria y elevación de productos nitrogenados, 14 de sexo femenino y 21 masculino.

Se estudiaron estos 35 pacientes con índices urinarios EFNa, UP/urea, UP/creatinina, sedimentos urinarios, estado ácido-base, citológicos diarios, ionogramas, y se realizaron en la mayoría de los casos ecografías

INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia Renal Aguda (IRA) se define como una disminución relativamente rápida de la función renal, que lleva a la acumulación de agua, solutos cristaloides y metabolitos nitrogenados en el organismo. Se acompaña de un aumento diario en las concentraciones séricas de creatinina (más de 0,5 mgr/dl) y de nitrógeno ureico (más de 10 mg/dl) (1) La IRA es inducida habitualmente por shock, sepsis, traumatismos, cirugías, insuficiencia cardiaca, enfermedades autoinmunes, fármacos, y un sin número de enfermedades sistémicas que inexorablemente ocasionan fallo renal.

Se define a oliguria como un volumen urinario < 400 ml/dl aunque hay pacientes que presentan IRA no

abdominales para valorar la correlación entre la imagen corticomedular y la presencia de insuficiencia renal crónica previa.

Se separaron en grupos teniendo en cuenta el servicio del cual provenían, diagnóstico al ingreso y patologías concomitantes.

Se realizaron fichas con todos los datos anteriormente descritos, incluyendo también clínica de los pacientes, (signos de hipovolemia, deshidratación, hemorragias, tercer espacio, insuficiencia cardíaca, como el tratamiento recibido en casos de diálisis (21 pacientes); el resto, 14 pacientes, fue limitada por inestabilidad hemodinámica, tendencia al sangrado, etc.

Definición de términos:

- Insuficiencia Renal Aguda (1) definida anteriormente.
- IRA Prerenal (4): Corresponde a una variedad de IRA en la que el hecho central está determinado por un descenso de flujo sanguíneo renal (FSR) y que puede deberse a una caída del volumen del líquido extracelular (LE), débito cardíaco, o aumento de la RSV, con diversas causas etiológicas.

- IRA Renal (4): Es aquella ocasionada por una lesión primaria en la vasculatura, glomérulo o intersticio renal. Para señalar que el daño renal se ha consolidado también se lo denomina IRA establecida, en la que la injuria primaria, obedecida a fenómenos tóxicos y/o sepsis, isquemia del túbulo e intersticio renal.

Excreción Fraccional de Sodio (5): La excreción fraccional de sodio (FENa) representa la fracción de sodio filtrado en el glomerulo que se excreta en orina. Un sodio urinario inferior a 20 mEq/l suele indicar un estado prerrenal. Sin embargo un sodio previo a 40 mEq/l puede presentarse cuando existe disfunción renal previa, o tratamiento diurético en curso.

La FENa se determina mediante la comparación entre el clearance urinario de sodio y el de creatinina FENa < 1 %, azoemia prerrenal, FENa > 2 % insuficiencia renal aguda.

Durante el análisis de los resultados se utilizó el test de homogeneidad de varianzas de Levene (Levene's Test), y prueba paramétrica (Test de Student para grupos independientes) para comparar medias aritméticas. Se utilizó la prueba del Chi cuadrado (χ^2) para comparar proporciones.

Se fija un nivel del 5% ($p < 0,05$) para considerar a una diferencia como significativa.

RESULTADOS:

Entre Abril y Julio incluido del año 2006, ingresaron a nuestro servicio 179 pacientes con diversos cuadros, siendo la prevalencia de IRA de 19/6% (n=35), por lo que dos de cada diez pacientes son ingresados por dicho cuadro nosológico.

Este grupo de pacientes mostraron una media de edad de $53/7 \pm 14/3$ años, mediana y modo de 58, dentro de

un rango comprendido entre 19 y 78 años. La distribución es gaussiana con un muy ligero sesgo negativo, estando el intervalo intercuartilar (cuartiles 25% y 75%) comprendido entre los 46 y 64 años de edad. El 54.0% tenía entre 45 y 64 años, 23/0% menos y 23/0% más años.

El 40% (n=14) de los casos eran de sexo femenino, en tanto que el 60% (n=21) restan te, masculino. La media de edad del sexo femenino fue de $49 \pm 18/2$ años y a del masculino de $57 \pm 10,5$ con varianzas no homogéneas (330 y 109 respectivamente), pero siendo la diferencia de 8 años entre ambos sexos estadísticamente no significativa (Levenes's Test $F = 9,3$ $P < 0,005$; Test t con varianzas no homogéneas = $1/5$ $gl = 19$ $P = 0,16$). Por lo que el sexo femenino mostró valores más heterogéneos (dispersos) que el masculino, pero el promedio si bien es más joven la diferencia no resulta significativa. La diferencia radica en que las mujeres presentan una proporción ligeramente mayor de individuos menores de 45 años (35,7%) respecto del masculino (14,3%), mientras que estos últimos tienen una proporción ligeramente superior de personas entre 45 y 64 años (62,0%) que las primeras (43,0%).

En cuanto al servicio de procedencia de los pacientes con IRA, la mayoría (60%) provienen del Servicio de Guardia Central (tabla 1).

Tabla 1. - Procedencia de derivación de los pacientes con IRA asistidos en UTI del Hospital .

PROCEDENCIA	N	%	% Acumulado
<i>Clínica Médica</i>	4	11,40%	11,40%
<i>Guardia Central</i>	21	60,00%	71,40%
<i>Cirugía General</i>	4	11,40%	82,90%
<i>Cirugía Cardiovascular</i>	4	11,40%	94,30%
<i>Neurología</i>	2	5,70%	100%
TOTAL	35	100%	

Observando la tabla 2, notamos que 37,1 % de los pacientes con IRA como complicación que son internados en nuestro servicio, tienen como diagnóstico primario una enfermedad cardiovascular que en más de la mitad de los casos se acompañaba de algún proceso infeccioso y/o respiratorio crónico o agudo. Otro 22,9% de los casos tienen como diagnóstico primario un proceso neurológico agudo, que en algunos pocos casos se acompañaba de un proceso infeccioso o respiratorio. Un grupo también importante (22,9%) era el constituido por pacientes con un proceso Nefrológico agudo o crónico con un cuadro infeccioso y/o respiratorio concomitante. Finalmente

los pacientes con algún proceso Infeccioso y/o respiratorio u otros constituyeron el 17,1 % de la serie.

Tabla 2.- Diagnóstico de los pacientes complicados con IRA que ingresan a UTI del Hospital.

DIAGNÓSTICO DE INGRESO	N	%
Solo Cardiovascular	5	14,30%
Cardiovascular con algún proceso infeccioso, Nefrológico crónico y/o Resp. Agudo o crónico concomitante.	8	22,90%
Solo Neurológico	6	17,10%
Neurológico con algún proceso Infeccioso o Resp. Crónico concomitante.	2	5,70%
Nefrológico agudo o crónico con un proceso infeccioso renal o respiratorio	8	22,90%
Infeccioso y/o respiratorio u otros	6	17,10%
TOTAL	35	100%

El 46,2 % de los diagnósticos cardiovasculares, 75 % de los Neurológicos y Nefrológicos y 50,0% de cualquier otro diagnóstico son derivados desde la Guardia Central de nuestro nosocomio (tabla 3). Al respecto destacamos que una importante proporción de pacientes cardiovasculares con IRA son derivados por el Servicio de Cirugía Cardiovascular (30,8%).

Tabla 3.- Distribución de los pacientes con IRA de acuerdo al diagnóstico principal según el servicio que lo deriva.

DIAGNÓSTICO	SERVICIO QUE DERIVA PTES. CON IRA			TOTAL
	Clínica Médica y Neurológica	Guardia Central	Cirugía General y Cardiovascular	
Cardiovascular	3 23,1%	6 46,2%	4 30,8%	13 100,0%
Neurológico	2 25,0%	6 75,0%		8 100,0%
Nefrológico		6 75,0%	2 25,0%	8 100,0%
Otros	1 16,7%	3 50,0%	2 33,3%	6 100,0%
TOTAL	6 17,1%	21 60,0%	8 22,9%	35 100,0%

Es importante destacar que el 23 % de la serie sufrían alguna nefropatía crónica diagnosticada (ahora reagudizada), variando solo ligeramente con el tipo de diagnóstico principal, desde un 12,5% precisamente aquellos pacientes cuyo diagnóstico de ingreso era nefropatía, hasta un 33,3 % en aquellos con proceso infeccioso y/o respiratorio u otros, pasando por un 23,1 % Y 25% de los cardiovasculares y neurológicos respectivamente. 25% de estos pacientes con nefropatía crónica previamente diagnosticada tenían algún proceso autoinmune subyacente conocido, y otro 25% se trataba de nefropatía diabética, el restante 50% estaba presente en pacientes con hipertensión arterial sin enfermedad autoinmune ni diabetes.

El 80% (n=28) de las IRAs fueron clasificadas como de etiología prerrenal y el 20% (n=7) restante como de etiología renal. Las de etiología prerrenal, en el 35,7% de los casos se presentaron en pacientes con diagnóstico de enfermedad cardiovascular, 28,6% en pacientes con diagnóstico de nefropatía, 21,4 % neurológica y 14,3 % en pacientes con otros diagnósticos; en tanto que las renales, el 43 % fue en pacientes con diagnóstico cardiovascular, 28,6 % neurológicos y 28,6 % en otros diagnósticos. Tanto el 43 % como el 64,3 % de las renales y prerrenales respectivamente ingresaron por guardia central. Ambos tipos fueron homogéneos en cuanto a edad y sexo.

Una diferencia significativa y lógica fue que el 71,4 % de las IRAs renales VS 10,7% de las prerrenales se trataron de nefropatías crónicas reagudizadas ($x^2=11,7$ $gl=1$ $P<0.001$).

Tanto el 28,6% de las IRAs renales como el 21,4% de las prerrenales provenían de pacientes con infección como patología concomitante.

En la tabla 4, se muestra la situación real y simultánea de las causas que actuaron en las IRAs prerrenales. Al respecto observamos, que en el 28,6 % de los casos no se identificó la causa, y que el grado de combinación de los mecanismos en aquellos que sí se pudieron identificar es muy alto (55%), siendo las causas únicas más frecuentes la pérdida de volumen (17,9 %) Y la sepsis (10,7%). Ahora bien, si analizamos el grado de participación de cada causa independientemente de la presencia simultánea de alguna otra (tabla 5), nos encontramos con que la causa de sepsis estuvo presente hasta en el 70% de los casos, seguidos en frecuencia por la pérdida de volumen (50%) y la redistribución interna (35,0%).

Tabla 4.- Causas de presentación de las IRAs Prerenales.

	<i>n</i>	%
No identificado	8	28,60%
Pérdida de volumen	5	17,90%
Pérdida de volumen, redistribución y sepsis	3	10,70%
Redistribución y sepsis	3	10,70%
Sepsis	3	10,70%
Sepsis y BGC	2	7,10%
Pérdida de volumen y sepsis	2	3,60%
Redistribución, Sepsis y BGC	1	3,60%
BGC	1	3,60%
TOTAL	28	100,00%

Tabla 5.- Frecuencia relativa de los diversos mecanismos de Presentación de las IRAs Prerenales, excluyendo aquellos pacientes en que no pudieron identificarse.

<i>CAUSAS</i>	<i>n</i>	%(<i>n=20</i>)
Sepsis	14	70%
Pérdida volumen	10	50%
Redistribución interna	7	35%
BGC	4	20%

Un 60% de los pacientes recibieron diálisis como tratamiento.

Considerando solo aquellos pacientes que tuvieron buena evolución final (no fallecieron), el promedio de días de internación en UTI fue de $8,5 \pm 6$ días, mediana de 7 y modo de 3 días, dentro de un rango de uno a 20 días.

La tasa de mortalidad de la serie estudiada fue del 51,4% ($n=18$), que resulta significativamente más elevada a la tasa de mortalidad de todos aquellos pacientes ingresados al servicio con otros trastornos nosológicos (28,5%) ($\chi^2=6,7$ $gl=1$ $P<0.01$).

También se destaca, que los pacientes con evolución fatal tuvieron un promedio de internación de 10 ± 9 días, mediana y modo de 7 días, dentro de un rango de 2 a 45 días; que si bien fue mas elevada respecto a aquellos con buena evolución, la diferencia no resulta estadísticamente significativa (Levene's Test=Varianzas homogéneas, Test $t=0,6$ $gl=31$ $P=0,6$).

La mortalidad resultó estadísticamente independiente del sexo (aunque fue ligeramente más frecuente en hombres: 62% vs 35,7% en mujeres), de la edad (aunque fue mas baja en menores de 45 años: 25% vs 59,3 % en mayores), del diagnóstico de ingreso

(aunque fue bastante más elevada en los neurológicos: 75,0% vs 44,4% de otros diagnósticos), del servicio que fue derivado (aunque fue muy ligeramente superior en aquellos que provenían de un servicio quirúrgico: 62,5% vs 48,1 %).

Ahora bien, la mortalidad fue significativamente mayor en pacientes con hipertensión arterial concomitante (62,5% vs 27,3% de normotensos; $P=0,05$), en pacientes con infección concomitante (87,5% vs 40,7% sin infección; $P<0,05$). Sin ser una asociación, la mortalidad fue más elevada también en pacientes con nefropatía crónica reagudizada (87,5% vs 44,4%) y en aquellos con IRA Renal (71,4% vs 46,4% de los prerenales).

CONCLUSIONES

A partir de los estudios realizados, comparamos con la bibliografía mundial (6) y llegamos a la conclusión que nuestras estadísticas coinciden con la misma.

La tasa de mortalidad en nuestro grupo de pacientes fue del 51A % contra el 45% del estudio comparado, la incidencia en sexo mayor en hombres y en edad mayor de 45 años.

Destacamos que nuestro nosocomio es un centro de referencia de patologías cardiovasculares y neurológicas, por lo que el diagnóstico primario era cardiovascular, y de estos mas de la mitad fueron derivados del Servicio de Guardia Central al igual que los neurológicos.

Otra correlación es que la IRA por sí misma no representa un alto índice de mortalidad, pero se observó que al sumarse sepsis, compromiso mutiparenquimatoso, injuria, hipertensión arterial la IRA es sólo una parte del síndrome mayor, elevando la mortalidad significativamente.

Con respecto a los índices urinarios la FENa, fue sensible y específica para diferenciar por sí solos los estados de oliguria prerenal vs renal, a diferencia del resto de los índices, resaltando que en el porcentaje de pacientes, 28 incluidos como causa no identificable, este índice por sí coincidía para prerenal pero el resto era confuso.

En nuestros pacientes un 60% ($n=21$) de los pacientes recibieron diálisis como tratamiento, y el resto ($n=14$) fue limitada por inestabilidad hemodinámica, tendencia al sangrado, o por que no la requerimos.

Con respecto a los pacientes dializados, se encontró una cifra superior a la de la bibliografía mundial (6), dato en el que no hubo coincidencia (60% vs 36%).

A pesar de la terapéutica recibida la mortalidad en relación con los días de estadía fue similar, para los casos que tuvieron buen pronóstico, con aquellos que obitaron.

Podemos concluir que 2 de cada 10 pacientes tienen IRA (alta prevalencia) con una morbimortalidad significativa, representante de un compromiso mutiparenquimatoso, en consecuencia, es importante y trascendente conocer las características de estos

pacientes para promover las estrategias de prevención para un adecuado manejo de esta entidad.

BIBLIOGRAFIA:

- 1-ANDERSON, R.; LINAS S.L.; BERNASAS. et al.; (1977) Nonoliguremic acute Renal Failure; N Engl J Med; 296:1134.
- 2-BARRANCO RUIZ, F.; BLASCO MORILLA, J; MÉRIDA MORALES, A.; MUÑOZ SANCHEZ, M.A.; JAREÑO CHAUMEL,A.; COZAR CARRASCO, J.; GUERRERO PABON,R.; GIL CEBRIAN, J.; MARTÍN RUBÍ, C.; RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, J.C.(2002) Tratado de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos. Edit. SAMIUC: Sociedad Andaluza de Medicina Intensiva y Unidades. España.
- 3-DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES.(2003) Insufficiency Renal. National Institutes of Health. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases.
- 4-DE LA SERNA, F.: (2003) Insuficiencia Cardíaca Crónica. Editorial Federación Argentina de Cardiología 2da Edición. Argentina
- 5-CORNACHIONE, M. A.; y Col.(2005) Guía para el cuidado de ancianos con problemas. Edit. Brujas Córdoba Argentina.
- 6- FERRI. FRED. F.:(2006) Consultor Clínico, Claves diagnósticas y Tto. Edit. Elsevier Mosby. España.
- 7- GRENVIK, A.G.; AYRES, S.M; SHOEMAKER, W.C.; HOLBROOK, P.R.:(2002) Edit. Médica Panamericana. Buenos Aires Argentina.
- 8-HARRISON, TINSLEY RANDOLPH.(2006)Principios de Medicina Interna McGraw-Hill; México, D.F.
- 9-LIAÑO E.; PASCUAL J.; THE MADRID ACUTE RENAL FAILURE STUDY GROUP. (1996) Epidemiology of acute renal failure: A prospective multicenter; community - based study. Kidney International. Vol 50 pp 811-818.
- 10-MARINO P.. Medicina Crítica y terapia Intensiva I.e. V. Book. Panamericana. Buenos Aires (1996) pp 453-462.
- 11-PACIN J; DUBIN A; GALLESIO A.; LAFFAIRE E.; MASKIN B.; SAN ROMAN E. (1995) Insuficiencia Renal Aguda en Terapia Intensiva (S.A.T.I.) Panamericana. Buenos Aires. Edición 2ª, pág. 566-577.
- 12-PERÉZ MELERO, A.:(1999) Guía de cuidados de personas mayores. Editorial Sintesis, Madrid España
- 13- ROQUE, F.(2006) Como prevenir las enfermedades. Edit. Prehuma. Buenos Aires Argentina
- 14-SHOEMAKER A., YRESGRENVIK H. (1995) Insuficiencia renal aguda y crónica en el adulto; en Tratado de Medicina Crítica y Terapia Intensiva. Editorial Panamericana. Philadelphia 3a. pp 1029-1039.
- 15-WYNSGAARDEN y SMITH. (1991) Insuficiencia renal aguda en CECIL Tratado de Medicina Interna. Edit. Interamericana. Méjico 18a edil. PP 616-622.
- 16-ZATTI, D.:(2003) Ancianidad, ¿ El Ocaso de una Vida? Editorial Claretiana. Buenos Aires Argentina.

ARTICULO ORIGINAL

ACTIVIDAD FISICA EN GERIATRIA
"ELABORACION DE UN INSTRUMENTO DE EVALUACION DE LA
CONDICION FISICA EN ADULTOS MAYORES SANOS
AMBULATORIOS PARA LA PRESCRIPCION DE EJERCICIOS
FISICOS NO COMPETITIVOS PARA MANTENER O MEJORAR EL
ESTADO FISICO"

Autor: Ibáñez, Abel Gustavo

Carrera de Especialización en Geriátrica-Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba

INTRODUCCION

El proceso de envejecimiento se caracteriza por una disminución funcional y progresiva del cuerpo humano, con un aumento de la vulnerabilidad y falta de respuesta al estrés. Los ancianos se han convertido en las últimas décadas en un grupo etario de alto crecimiento demográfico.

Casi todos los gerontólogos consideran a la senectud como un complejo de procesos entrópicos degenerativos, solo por el hecho de que se producen a lo largo del tiempo. Algunas teorías sobre el envejecimiento tratan sobre los fenómenos que controlan estos procesos y las razones que explican la existencia de tales controles. Existen varias teorías que superan los hechos demostrados.

TEORIA DEL CAÑON SIN ARTILLERO. Proponen que un agente productor de entropía (radicales libres o glucosa) altera los componentes macromoleculares de las células. Se cree que la glucosa favorece la senectud, sobre todo por medio de su unión no enzimática a las proteínas y a los ácidos nucleicos, mediante un proceso similar al que produce la hemoglobina glucosilada. Las concentraciones de proteínas glucosiladas aumentan con la edad. Hay pocos datos directos que respalden el papel de glucosilación en la senectud.

TEORIA DE LA VELOCIDAD DE LA VIDA. Según esta teoría los mamíferos más pequeños tienen tasas metabólicas elevadas, por lo cual tienden a morir a edades más tempranas, esta teoría guarda relación con la idea de que los radicales libres y otros productos metabólicos de desecho desempeñan un papel en la senectud. Sin embargo estudios detectaron variación en la correlación entre tamaño y la longevidad, lo cual socava la credibilidad de este planteamiento.

TEORIA DEL VÍNCULO DÉBIL. Esta teoría establece que un sistema fisiológico

específico (neuroendócrino, o inmunitario) es especialmente vulnerable durante la senectud por procesos entrópicos. El fallo del sistema acelera la alteración funcional de todo el organismo. Sin embargo hay pocas pruebas de que el fallo de algunos de los sistemas contribuya directamente a las enfermedades o la mortalidad relacionadas con el envejecimiento.

TEORIA DE LAS CATASTROFES DE ERRORES DE ORGEL. Esta teoría defiende que los errores en la transcripción del ARN terminan por provocar errores genéticos que favorecen a la senectud. Según datos los organismos a mayor edad presentan alteraciones de proteínas que reflejan estos cambios genéticos, pero la teoría no explica los cambios relacionados con la edad.

TEORIA DEL RELOJ MAESTRO. Es una de las más antiguas y no goza de credibilidad. Defiende que el envejecimiento depende de un control genético directo.

Teleológicamente, sugiere que cada especie ha desarrollado su velocidad de crecimiento que es la más adecuada para ella. Las variaciones individuales dependen de una mala adaptación. En la naturaleza los individuos mal adaptados tienden a morir. Se desconoce que es lo que controla la velocidad del envejecimiento, podría ser un gen o algún proceso de división celular, como la reparación del ADN, que daría lugar a la apoptosis.

TEORIA DE LA PROGRAMACION GENETICA DE HAYFLYCK. Según el profesor el envejecimiento de un individuo con origen genético está determinado en el momento mismo de la concepción. El hombre estaría en las últimas cuando su programa inscripto en las moléculas de ADN, tocara su fin. La vida pararía entonces como cesa la música, como cuando una cinta magnetofónica llega a su fin. Esta cinta codificada puede sufrir alteraciones, desgaste, si se tiene en cuenta el número de reproducciones,

independientemente de la perfección de la maquina de fabricar copias, estas acaban en algún momento dado, dejando de ser conforme al original.

Ciertas sustancias toxicas, virus, radiaciones, pueden alterar también el código genético y provocar en los tejidos lesiones características del envejecimiento.

La única conclusión razonable es que el envejecimiento debe estar controlado genéticamente, al menos en cierta medida. En una misma especie y entre ellas, la forma de vida y las exposiciones pueden alterar el proceso del envejecimiento.

Como consecuencia creciente del proceso de envejecimiento y el aumento de la longevidad de la población en numerosos países. Es y va ser uno de principales cambios sociales del siglo XXI.

Se estima que el 6% de población mundial tiene más de 65 años y más de la mitad vive en los países en vías de desarrollo.

Los países en desarrollo están envejeciendo aceleradamente, este proceso lejos de revertirse se incrementará.

En América latina, el continente con mayor desigualdad en la distribución de la riqueza tiene como signo distintivo la diversidad cultural y la desigualdad social.

Argentina no escapa a estas características. Actualmente la población mayor de 60 años representa el 13.2 % (INDEC Censo 2001) de la población total, lo que nos ubica entre los países con poblaciones envejecidas.

En cuanto a la diversidad cultural es uno de los aspectos que se destaca en las personas mayores. Las condiciones de vida en las personas mayores son muy disímiles, como disímiles son ellos mismos. Sus historias de vida, sus historias laborales y educacionales, su cobertura de salud, su seguridad social y sus posibilidades de disfrutar de una red familiar y social, producen notables diferencias entre individuos de una misma generación. Las diferentes oportunidades y obstáculos a lo largo de muchos años de vida, hacen que las formas de envejecer, enfermar y morir sean diversas.

En cuanto a la desigualdad social, en nuestro país, según datos del ultimo censo (INDEC Censo 2001) el 65% de esta población tiene cobertura social y el 86 % cobertura de algún seguro de salud y el 14 % restante se atiende solo en el hospital público.

En cuanto a la desigual distribución de la riqueza el 34.6 % de la población mayor de 60 años es pobre por ingresos y el 7.6 % es indigente,

según medición de las necesidades básicas insatisfechas.

La proporción de personas de edad manifiesta un tendencia creciente en argentina, la población de 60 y más años en nuestro país es de aproximadamente 4.9 millones de personas (2.8 millones de mujeres y 2.1 millones de varones), según las últimas proyecciones poblacionales, lo que representa el 13.2 % de la población total.

La esperanza de vida para las personas mayores que hoy tienen 60 años es de 17.8- años para los varones y 22.5- para las mujeres.

Hacia la mitad del milenio se estima aproximadamente 1 de cada 4 habitantes de la argentina pertenecerá al grupo de adultos mayores, tendencia que se acentuará especialmente entre los de 80 y mas años, donde se verificará una duplicación de la participación relativa de los denominados viejos-viejos, entre los que son actualmente y los que serán en el 2025, población que, obviamente, requerirá de nuevas prestaciones y cuidados.

Esta realidad requiere de la planificación de servicios y programas de larga duración destinados a personas mayores con pérdida de autonomía. Sin embargo son aún escasos los esfuerzos realizados en ese sentido. Ni el sector público, tampoco los privados hacen el esfuerzo de desarrollar programas o servicios orientados a brindar apoyo a las familias o a las personas mayores, a excepción de la institucionalización.

Quizás el principal desafío para argentina y otros países de Latinoamérica sea trabajar sobre medidas vinculadas a hábitos de vida saludable, menos alcohol y tabaco , dietas ricas en frutas y verduras, menos soledad , mas redes familiares y sociales , menos trabajo sectorial aislado , actividad física adecuada y regular .

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades es un aspecto clave para asegurarse el arribo a una buena vejez en las mejores condiciones posibles.

Los estilos de vida que deben modificarse están referidos a conductas, hábitos, costumbres y consumo, definidos social y culturalmente, que ponen en riesgo la salud de los adultos mayores. Modificar estilos de vida significa transformar conocimientos con frecuencia muchas veces rutinarias, y fuertemente arraigadas en sistemas de creencias y tradiciones culturales.

El profesional medico (no importa la disciplina) debe indagar y promover el diálogo con el adulto mayor a cerca de la instalación o refuerzo de hábitos saludable en toda oportunidad en que tenga contacto con ellos.

Con respecto a la actividad física hay evidencias que reduce el riesgo cardiovascular, fracturas de cadera en las osteoporosis, y mejora la declinación física. Sin embargo no hay evidencias de que el consejo médico aumente la actividad física a nivel poblacional.

Cabe entonces preguntarnos que podemos hacer como profesional médico a la hora de aplicar nuestros conocimientos, para la prevención de patologías del adulto mayor y a su vez mejorar la promoción de estilos de vida saludables como la práctica de actividad física.

Sin embargo el conocimiento de las necesidades de cómo prescribir o recomendar al paciente adulto mayor sano ambulatorio durante la práctica médica en el consultorio, a cerca de como iniciar un trabajo rutinario de actividad física adecuada a su estado físico, llevó a plantear como se podría implementar pautas claras y aplicables a tener en cuenta a la hora de recomendar la práctica de actividad física.

Si bien se conoce y se investiga continuamente sobre los beneficios que esto implica sobre el organismo mediante estudios aportados por distintas ramas de las ciencias de la salud sean estos, nutricionistas – kinesiólogos y fisioterapeutas –cardiólogos – deportólogos – psicólogos –etcétera, poco se conoce respecto a como aplicarlo en forma práctica, útil y sencilla en la consulta médica al momento de prescribir actividad física en un paciente adulto mayor.

Como única respuesta la mayoría de las veces **se le dice al paciente " camine , haga deportes , muévase , ande en bicicletas ."** pero **nunca se especifica que tipo de actividad realmente le convendría realizar según su condición física actual** , edad , patologías previas existentes o no , las posibles complicaciones que pudiesen aparecer al momento de realizarlas , como así también tiempo de duración , metas u objetivos que se quisieran alcanzar .teniendo en cuenta que siempre el objetivo es tratar de mantener su condición física mejorando su calidad de vida .

Hoy en día en la práctica médica diaria no contamos con un instrumento de valoración real que permita darnos una idea acabada y rápida de la condición o aptitud física de nuestros pacientes adultos mayores. Si bien se trató de buscar algo que sea de utilidad a nuestro fin, lo único que se acercó a nuestra demanda fue un cuestionario puesto en práctica en algunos países llamado **Pshyical Activity Readiness Questionary PAR-Q-** que tiene el formato de una declaración jurada del paciente que lo realiza el mismo en el consultorio médico.

El cuestionario consta de nueve preguntas personales que son muy generales y en realidad, es muy poco el aporte que puede darnos a la hora de realizar la evaluación integral del paciente, es por eso que a partir de esta duda planteada se generó la idea de poder realizar nuestro propio cuestionario más amplio que brinde mayor información, de rápida aplicación , sin entrenamientos previos y además pueda ser adjuntado a la historia clínica integral del paciente como un elemento más de valoración clínica.

Uno de los objetivos que desea realizar este trabajo esta orientado a facilitar al profesional medico, mediante pautas posibles ,útiles y sencillas realizar una buena valoración de la condición física de pacientes adultos mayores, con la finalidad de realizar una adecuada indicación de la practica de actividad física no competitiva en adultos mayores sanos ambulatorios, intentando incorporar a la historia clínica geriátrica integral una tabla o cuestionario de valoración rápida de la aptitud física de adultos mayores que desean incorporar a su actividad diaria, la práctica regular de la actividad física no competitiva, ya sea para mejorar o mantener su condición física actual, adaptándola según las necesidades. De esta manera será posible dar una respuesta satisfactoria y clara a las demandas requerida por nuestros pacientes, logrando mejorar la relación medico-paciente, y cumplir con nuestro objetivo primordial- **"Mejorar la calidad de vida de nuestros ancianos "- El cuerpo humano es la única maquina que mejora con el uso , cuando se la deja de utilizar envejece...**

En la medida que se logre profundizar objetivamente el tema se intenta no solo aplicar este conocimiento en el consultorio médico a través de la incorporación del instrumento de valoración para determinar aptitud física en pacientes adultos mayores (**CUESTIONARIO DE VALORACIÓN RÁPIDA ADAPTADO A PACIENTES ADULTOS MAYORES**),sino también que sea esto una herramienta de conocimiento para aplicarlos en beneficio de la comunidad, a partir de la promoción y difusión de la importancia de realizar actividad física, y su influencia directa sobre la calidad de vida, como así también intentar promover la formación de espacios para la práctica de deportes y grupos de integración.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar adecuadamente mediante historia clínica integral la condición BIO-FISICO y

PSICO-SOCIAL de los pacientes adultos mayores ambulatorios antes de realizar la prescripción de ejercicios físicos.

MATERIAL Y MÉTODO

MATERIAL Revisión bibliográfica mediante búsqueda de artículos, informes, de páginas Web en Internet. Libros de medicina geriátrica, libros de medicina familiar, trabajos realizados previamente en instituciones médicas privadas. Historia Clínica confeccionadas.

METODO: Estudio transversal- Descriptivo- Implementa en base a recopilación bibliográfica e historias clínicas vigentes. La determinación mediante cuestionario adaptado para los ancianos determinando la actitud física del momento.

DESARROLLO VALORACION CLINICA GERIATRICA INTEGRAL

La practica clínica nos impulsa a buscar instrumentos de graduación de la situación clínica de un individuo, calcular probabilidades de deterioro, mortalidad, morbilidad, para eso necesitamos herramientas para monitorizar la evaluación de cada paciente, tras instaurar un tratamiento queremos describir estas situaciones y cambios, para eso es necesario utilizar un lenguaje que sea de utilidad para cuantificar las situaciones clínicas y transmisión de información entre profesionales.

Buscamos siempre instrumentos validos, fiables, sensibles al cambio y que no consuma tiempo, tampoco requiera de un entrenamiento intenso para su manejo.

Todo paciente que acude a la consulta medica geriátrica es frecuente que junto a ellos traigan aparejados múltiples problemas que a veces son complejos y requieran una valoración clínica exhaustiva plasmada en una buena redacción de historia clínica , a partir de donde se pueda hacer un análisis global de los problemas que repercuten en nuestros paciente anciano.

El análisis de diversos factores que pueden influir en su estado de salud afectando a veces su calidad de vida nos permite acercarnos con facilidad y mayor posibilidades de éxito de un diagnostico certero y la instauración de un tratamiento adecuado en beneficio del paciente.

La evaluación geriátrica integral es un proceso diagnostico multidimensional e interdisciplinario que pretende cuantificar las

capacidades y problemas médicos, psicológicos, sociales y funcionales del anciano con la intención de elaborar un plan exhaustivo para el tratamientos seguimiento a largo plazo.

La valoración geriátrica incluye todas las esferas del individuo.

-* SALUD FISICA – Evaluación BIOMEDICA.

-* SALUD MENTAL

-* ESTADO COGNITIVO

-* ESTADO AFECTIVO

-* FACTORES SOCIALES Y HAMBIENTALES-

Los objetivos de los programas de la historia clínica integral del anciano son:

* Realizar evaluación geriátrica en las cuatro áreas clínica, funcional psicológica, y social.

* Planificar racionalmente el tratamiento.

* Organizar la rehabilitación (elegir para cada paciente la más apropiada)

* Rastrear enfermedades tratables.

* Determinar la ubicación óptima del paciente (hospital de día, sala de agudos crónicos).

* Facilitar la atención primaria y el manejo de cada caso en particular.

* Optimizar el uso de los recursos de la salud.

* Determinar cambios en el tiempo.

* Estimular la educación geriátrica y la investigación.

SALUD FISICA

EVALUACION BIOMEDICA

ELABORACION DE HISTORIA

CLINICA GERIATRICA INTEGRAL

Tradicionalmente el médico utiliza la queja principal del paciente como punto central de la entrevista, sin embargo este enfoque es muy estructurado y puede ser muy limitado en los ancianos, se aconseja que el paciente describa “**un día típico**” de su vida, así se podría obtener una información sobre su calidad de vida, su vivacidad de pensamiento, y su independencia física.

Es necesario muchas veces varias consultas para completar la historia clínica debido a que los relatos de los ancianos es mas lento , o en ese momento no recuerda determinadas cosas que son importantes para el entrevistador.

Para determinar la fiabilidad de lo que cuenta el paciente explorar el estado mental al principio de la entrevista.

Es preferible entrevistas a solas para facilitar el comentario de aspectos personales.

No debe invitar a familiares a estar presentes sin antes pedir permiso al paciente.

Se trata de recabar la mayor cantidad de información respecto a su estado de salud y emocional del momento.

1- ANTECEDENTES PERSONALES-

- * Revisar enfermedades anteriores
- * Tratamientos aplicados que ya no se usan
- * Intervenciones quirúrgicas (complicaciones)
- * Números de internaciones y las causas
- * Internaciones en UTI.
- * Tiempo de permanencia de las internaciones

2- ANTECEDENTES FARMACOLOGICOS-

- * Fármacos utilizado posología, frecuencia de uso, medico que lo prescribió.
- * Medicamentos típicos
- * Medicamentos de venta libre- (aspirinas, aines)
- * Alergia a medicamentos
- * El paciente debe tratar de demostrar su capacidad para leer las etiquetas, abrir los envases reconocer los fármacos que ingiere.

3- ANTECEDENTES NUTRICIONALES

- * Cantidad y frecuencia de consumo de alimentos
- * Numero de comidas calientes por semana
- * Dieta especial pobre en sal y carbohidratos
- * Ingesta de alcohol
- * Ingesta de fibras
- * Vitaminas prescripta o como medicación de venta libre.

4- ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS

- * Cambios de patrones del sueño-
- * Insomnio
- * Uso de fármacos psiquiátricos
- * Estreñimiento
- * Tristeza –desesperanza
- * Episodios de llanto
- * Perdida de seres queridos incluso de animales (mascotas) que afecten su estado de ánimo.
- * Perdida de audición que provoca tristeza por la imposibilidad de comunicarse con los demás.
- * Depresión sin causa aparente y que se manifieste de forma habitual.
- * Irritabilidad
- * Temores - ataque de pánico
- * Tendencia al aislamiento

5- ANTECEDENTES FAMILIARES Y SOCIALES

- * Antecedentes de enfermedades hereditarias- (cáncer- enfermedad de Alzheimer, diabetes, cardiopatías-etc.
- * Antecedentes sociales, valoración de la forma de vida, característica de la vivienda.
- * Cantidad de personas que conviven en la casa
- * Relato de un día típico del paciente para
- * Valorar tipos de actividades que realiza como la lectura, ve televisión, trabajo, ejercicios, interacciones con los demás, amigos, grupos religiosos-
- * Cuidadores, servicio de apoyo
- * Estado de abandono
- * Estado civil- soltero-casado-viudo-

EXPLORACION FISICA

La primera evaluación puede ser la higiene personal.

Se describe su aspecto general.

Se observa si el paciente se siente cómodo, inquieto, mal nutrido, poco atento, pálido, disneico, cianótico.

A- SIGNOS VITALES-

- * Tensión arterial sistólica-diastólica- sentado luego de un reposo de 5 minutos y en decúbito
- * Pulso- frecuencia cardiaca –regularidad- ritmo
- * Temperatura
- * Peso y talla – índice de masa corporal (IMC)
- * Frecuencia respiratoria (disnea- taquipnea)

B- EXAMEN DE LA PIEL

- * Inspeccionar buscando lesiones premalignas o malignas de la piel –ulceras o escaras, signos de malos tratos, infecciones mitóticas en los dedos de los pies, uñas encarnadas, onicocriptosis, uñas psoriásicas.
- * Piel caliente en MMII- flebitis
- * Buscar alteraciones de la hidratación con el signo del pliegue aumentado (deshidratación)
- * Edemas o cianosis de MMII
- * Observar la coloración
- * Zonas de despigmentación de la piel
- * Lesiones psoriásicas en diversas áreas del cuerpo.

* Cicatrices de traumas o lesiones quirúrgicas anteriores.

C)- CARA

*Cambios normales del rostro relacionados con la edad arrugas, deformaciones, cicatrices.

* Palpación de las arterias temporales en busca de engrosamientos, sensibilidad

* Puntos dolorosos en senos frontal y maxilar.

* Examen de la articulación – ténporo - maxilar - presencia de crepitación a la palpación indica signos de artrosis que se produce cuando hay faltantes de piezas dentaria provoca desgaste de la articulación.

C-1) -OJOS Y PARPADO -

* Perdida de la grasa orbitaria es normal y desplaza los globos oculares hacia la profundidad.

* Pseudoptosis -

* Enoftálmicos - exoftalmos

* Lagrimeo – ojo seco- secreciones- ojo rojo

* Entropión- ectropión

* Exploración de la agudeza visual-

* Exploración de la visión periférica

* Exploración de la discriminación de colores

*Excluir presencia de cataratas con examen oftalmoscópico descartar presencia de glaucoma

C2) NARIZ-

* Observar si hay aleteo nasal durante la respiración

* Forma tamaño coloración-

* Lesiones en la fosa nasal -sangrado

* Lesiones cancerosas de piel o tumoraciones

* Antecedente de epistaxis.

C3) CAVIDAD BUCAL-

* Labios- buscar lesiones Pre-malignas o malignas de labios.

* Encías-sangrante, supuraciones-inflamación

* Piezas dentarias faltantes, presencia de caries, dientes rotos, prótesis dentaria,

* Lengua- exploración de la cara ventral y dorsal. Buscar lesiones cancerosas.

* Faringe- dolores de garganta-irritaciones- dificultades para tragar

C4) OIDOS

* Lesiones en pabellón auricular

* Presencia de cerumen en conductos auditivo

* Presencia de puntos dolorosos

* Secreciones a través del conducto auditivo

*Valoración de la audición

Si usa audífonos examinar que funcione correctamente, que no haya deterioro del aparato, y su funcionamiento sea adecuado con batería en condiciones.

D) –CUELLO

* Examen de glándulas tiroides, tumores

* Auscultación de carótida en busca de soplos

* Realizar movimientos suaves de flexión- extensión- rotación –lateralización de la cabeza, observar si presenta resistencia a los movimientos debido ala presencia de dolores eso nos indicaría alguna patología cervical por presencia de artrosis cervical, contracturas musculares-

E) TORAX Y ESPALDA-

* Observación de deformidades del tórax

* Percusión –auscultación de ambos campos pulmonares.

* Excursiones respiratorias

* Movimientos del diafragma y expansión del tórax

* Exploración de la espalda- escoliosis-cifosis - lordosis-

* Exploración de las mamas

F) -APARATO CARIOVASCULAR

* Auscultación de los ruidos cardiacos, disminuidos o aumentados de intensidad, soplos, taquicardias –bradicardias.

* Arritmias

G) -APARATO GASTROINTESTINAL- ABDOMEN

* Inspección del abdomen- la paredes musculares son mas débiles y es posible presencia de hernias

* Palpación de hígado –bazo- riñones- buscar masas tumorales- una masa palpable por delante de la aorta abdominal que transmite pulsación descartar aneurisma de aorta abdominal

* Auscultación ruidos intestinales (frecuencias y calidad)

* Palpación abdominal en busca de tumoraciones. Fosa iliaca izquierda dolorosa, distensión abdominal, ruidos hidroaéreos aumentados de intensidad, posibles bolo fecal

H)- APARATOS GENITOURINARIO

* En el hombre. Examen prostático mediante tacto rectal valoración del tamaño de la próstata

*En la mujer exploración pélvica con citología- Cervico-vaginal regular –presencia de prolapsos vesical o uterino. Perdida de orina-incontinencias urinarias.

I) – MIEMBROS INFERIORES – PIES-

*Ulceras varicosas – pie diabético – palpación de pulsos femorales - popliteo-tibio-peroneo y maleolar.

*Palpación de la temperatura de los miembros inferiores.

*Presencia de flebitis- varices.

*Dolores o inflamación de las rodillas

*Dolores o inflamación de los tobillos

*Dolores por Hallux valgus

*Pie gotoso presencia de tofos

*Infecciones micóticas entre los dedos del pie. onicomicosis. Uña encarnada- callos-ampollas-

J)-EXAMEN NEUROLOGICO-

*Examen de los pares craneales completos

*Función motora- (fuerza –coordinación - marcha – reflejos-)

*Función sensitiva- propicepción-sensibilidad dolorosa-sensitivos

*Estado mental.

***VALORACION DE LA SITUACION FUNCIONAL**

El estado funcional se puede definir como la capacidad del paciente para realizar AVD (actividad vida diaria)

A su vez se pueden clasificar en **ABVD- (actividad básica de la vida diaria)** -AIVD- (actividad instrumental de la vida diaria)

Actividades básicas de la vida diaria – ABVD - son aquellas que permiten el auto cuidado del individuo como bañarse- vestirse-utilizar el aseo – comer- continencia de esfínter o transferencias- los instrumentos mas conocidos para medirlos son-

- Escala de la CRUZ ROJA -

- Índice de KATZ

- Índice de BARTHEL

Actividad instrumental de la vida diaria – AIVD- permite al individuo vivir de una forma mas independiente como comprar –manejar dinero – cocinar- manejar medicación-o utilizar el teléfono-

La escala mas utilizada es

- Escala de LAWTON.

El concepto de **actividad avanzada de la vida diaria - AAVD-** son aquellas que permiten al individuo su colaboración en actividades sociales, actividades recreativas, trabajo, viajes, y ejercicio físicos intensos.

VALORACION DE LA MARCHA-EQUILIBRIO Y MOVILIDAD

1)- VELOCIDAD DE LA MARCHA.

Existe una correlación con el nivel de salud en general.

Medir el tiempo que recorre una distancia de 6 a 10 metros, calzado, se mide los pasos que emplea y el tiempo que tarda en recorrer.

Gozan de buena salud aquellos que caminan a una velocidad de 1metro /segundo

Los ancianos frágiles tienen una velocidad de 0.6 metros /segundos.

2) MARCHA EN TANDEM.

Estudio epidemiológico para riesgos de caídas.

A) MEDIDAS DE EQUILIBRIO ESTATICO-

Se mide el tiempo que puede permanecer en postura paralela- en tandem- o sobre una sola pierna.

B) – MEDIDAS DE EQUILIBRIO DINAMICOS

* Alcance funcional – diferencia de entre la longitud del brazo y la máxima distancia que se puede alcanzar con la mano hacia delante a la altura del hombro-

* De sentado a posición de pie- que realice series lo más rápido posible.

C) MEDIDAS DE DESEQUILIBRIO POSTURAL

* Empujón sobre el esternón – se cuenta los pasos de retroimpulsión la respuesta del individuo.

* Test de Stress Postural –

D)- MANIOBRAS DE ACTUACION CON MULTIPLES TAREAS Y REGISTROS CUALITATIVOS-

* Test “LEVÁNTATE Y CAMINA”- Se le indica al paciente que desde la posición de sentado, se levante, camine 3 metros y vuelva a sentarse.

* La mayoría de los ancianos lo realizan en 10 segundos, los ancianos frágiles entre 11 y 20 segundos. Un tiempo superior a los 20 segundos se debe realizar un examen mas exhaustivo

* SALUD MENTAL

VALORACION DE FUNCIONES COGNITIVA Y ESTADO AFECTIVO

El nivel socio cultural junto a la edad son unos de los factores influyentes a la hora de valorar el estado cognitivo y un Síndrome depresivo.

- Escala de Hamilton
- Escala de Depresión Geriátrica Abreviada

FACTORES SOCIALES Y AMBIENTALES A)-VALORACION SOCIAL-

La realiza el trabajador social en los equipos interdisciplinarios, los más utilizados son

- SOCIAL RESOURCE SCALE (oars)
- FAMILY APGAR
- SOCIAL DYSFUNCTIONS RATING SCALE- (SDRS)

*VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL

La nutrición juega un papel un papel importante en el envejecimiento, a través de la modulación de cambios en diferentes órganos, y funciones asociados a este proceso, también en el desarrollo de enfermedades crónicas asociadas a la edad.

Como enfermedades cardiovasculares, HTA, diabetes, obesidad, Cáncer, osteoporosis.

La evaluación del estado nutricional debe incluir preguntas sobre independencia funcional y actividad física, evaluar patrones de alimentación, ingesta de calorías, nutrientes, antropometría, y algunos parámetros bioquímicos.

Las medidas antropométricas mínimas que deben hacerse en el anciano son : PESO- TALLA – PLIEGUES TRICIPITAL , SUBESCAPULAR, SUPRAILIACO- CIRCUNFERENCIA DEL BRAZO, CINTURA, CADERAS – DIAMETROS DE LA MUÑECA Y RODILLA – Habitualmente se usan variables de estas medidas, muy útiles para obtener un cuadro general del estado nutricional.

Una de las combinaciones de variable antropométricas de uso generalizado es el índice de Masa Corporal (IMC).

Parámetros bioquímicos – Hemoglobina. 12 gramos % en la mujer, 13 gramos % en el hombre,

Hematocrito, la mediana es 46 - 44% en el hombre y 41- 42% en la mujer.

Albúmina. Aparece como un buen indicador del estado de salud en este grupo etario. Albuminemia baja (<35 mg/dl)- albuminemia muy baja (<30 mg/dl).

Perfil lipídico: es muy común encontrar valores de colesterol superior a 200 mg/dl. HDL inferior a 40 mg/dl, triglicéridos superiores a 150 mg/dl.

REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES

El envejecimiento produce cambios fisiológicos que afectan necesidades de muchos nutrientes esenciales. Los requerimientos energéticos declinan con la edad en asociación de con la pérdida de masa magra y la disminución de la actividad física.

La carencia de patrones de referencias y puntos de corte ajustados por la edad para valoraciones antropométricas, bioquímicas, y clínicas dificulta una adecuada evaluación nutricional de los ancianos

-REQUERIMIENTO DE AGUA-

Se sabe que el agua corporal disminuye con los años la homeostasis depende del balance entre ingesta y pérdida, regulado a través de la sed, la hormona antidiurética y el filtrado renal (se sabe que disminuye el filtrado glomerular promedio de 0.75 ml./año, asimismo una disminución del flujo sanguíneo renal, de la masa renal, disminución y retardo de la diuresis).

La sed es el principal mecanismo de control de la ingesta de agua. La pérdida de agua tiene múltiples implicancias en el mecanismo de regulación de la salud y el tratamiento de las enfermedades. la disminución de agua corporal contribuye a elevar la concentración de medicamentos por kilo de peso con un efecto potencialmente toxico en deshidratados. Actúa también como buffer térmico en la protección contra la hipotermia e hipertermia.

Estas condiciones se agravan por la reducción de la sed en los ancianos y muchas veces por problemas en la obtención del líquido. Ello obliga a anticipar la necesidad de agua en los ancianos.

REQUERIMIENTO DE VITAMINAS

La demanda metabólica de vitamina B6 para mantener en forma la adecuada tolerancia a la glucosa y la función cognitiva.

Las vitaminas B6 –E – pueden mejorar las respuestas inmune

La disminución con la edad de la secreción gástrica de ácido reduce la habilidad del intestino para asimilar vitamina B12 y ácido fólico.

El envejecimiento disminuye la capacidad de la piel de sintetizar vitamina D

Niveles elevados de vitaminas C-E-b carotenos tienen menor riesgo de cáncer, cataratas y enfermedades cardíacas.

Déficit marginales de Zinc es común en los ancianos se relaciona con disminución de la agudeza visual, gustativa, letargo mental y retardo en la cicatrización.

Respecto al aporte suplementario con vitaminas, estudios sobre el estado nutricional de los ancianos en EEUU y Europa sugieren que los niveles de vitaminas B6-B12- y folátos a menudo son deficitarios. Por otra parte la dieta restringida en frutas y verduras frescas, se beneficia con un agregado de poli-vitamínicos. La suplementación con vitaminas y minerales pueden mejorar la inmunidad y disminuir las infecciones en los ancianos.

Además de suplir energía y nutrientes esenciales, juega un papel importante como modalidad terapéutica en el tratamiento de muchas enfermedades crónicas como por ejemplo la diabetes coexistente con la obesidad, aun una disminución de peso puede mejorar la tolerancia a la glucosa, la hiperlipémia y la hipertensión con la consecuente reducción en la dosis y el número de medicamentos. No se puede disociar de un estilo de vida saludable que incluye ejercicios físico y conducta alimenticia con especial énfasis en mejorar la calidad de vida.

La apropiada nutrición durante la práctica deportiva es necesaria para prevenir pérdida excesiva de peso y evitar un deterioro de la función inmune, mediante suficiente aporte de proteínas, vitaminas y minerales.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS NORMALES DEL ENVEJECIMIENTO

DETERIORO DEL TEJIDO CONJUNTIVO

Este tejido es considerado tejido de relleno o de envoltura destinado a servir de sostén de los órganos., a unirlos entre si, es el elemento más importante de los músculos, de la piel, de los vasos sanguíneos, del miocardio, del epitelio pulmonar.

La edad modifica los caracteres físico-químicos del gel coloidal, puede alterar la alimentación y la oxigenación de las células, acelerando el desgaste y la sensibilidad debido a la inestabilidad reconocida de las suspensiones coloidales.

ENVEJECIMIENTO DEL APARATO LOCOMOTOR-

Forman el almacén del cuerpo consta de 208 huesos con un peso aproximado de 8 kilogramos, con el envejecimiento sufre descalcificaciones por alteración de la osteína, al no poder fijarse el calcio y el fósforo originando osteoporosis por lo cual se pierde más hueso del que se fabrica debido a la falta de hormonas anabolizantes necesaria para la edificación del hueso.

Otra forma de descalcificación es la mineral dando origen a la osteomalacia en la cual la trama proteica queda intacta el calcio y el fósforo lo atraviesan sin fijarse consecuencia de una lesión nerviosa de origen desconocido.

EL ENVEJECIMIENTO DE LOS HUESOS

Se manifiestan a través de:

Transformación progresiva del hueso en una sustancia esponjosa y transparente.

Aparición de fijaciones óseas (osteofito) alrededor de los huesos (picos de loro), de tendones y arterias.

Ensanchamiento del conducto medular que hace un hueso más frágil.

* Disminución de la resistencia ósea

*Aumento de las predisposiciones a la fracturas

* Disminución del tejido óseo cortical y trabecular

ENVEJECIMIENTO DE LAS ARTICULACIONES

* Cambios degenerativos a nivel articular

* Lesiones principalmente en columna

* Disminución de la extensibilidad del tejido conectivo

Aparición de patologías frecuentes como artrosis o la artritis, afectando a una o varias articulaciones

La pérdida de flexibilidad se debe al desuso.

La pérdida de la extensibilidad de los tejidos conectivos son secuelas de lesiones y enfermedades degenerativas como la artritis.

ENVEJECIMIENTO DE LOS MÚSCULOS

Los músculos forman la masa de tejido del cuerpo dos tercios del peso corporal órganos activos del movimiento son alrededor de 500.

El músculo normal tiene cierta consistencia y tono, esta dotado de una elasticidad que le permite en estado de relajación disponer de la amplitud que le da el juego a la articulación normal. El envejecimiento trae consigo trastornos de tres clases.

* La artrosis –disminución de la masa muscular difusa pero predominante en los músculos grandes de los miembros inferiores y superiores, en cuello y los músculos de la región lumbar.

* Disminución del tono debida a una reducción sensible de la actividad de las fibras musculares con la edad. Sigue una disminución de la flexibilidad muscular y una regresión del tono en estado de reposo.

*disminución de la fuerza muscular, medida con dinamómetro revela que la fuerza contráctil es la misma hasta aproximadamente los 60 años, luego decrece lentamente hasta los 85 que no logra registrarse.

el envejecimiento muscular se manifiesta con la tendencia a fatigarse desde los 20 a 25 años debido a.

* Deficiencia de las condiciones de oxigenación

* Insuficiencia de la regulación circulatoria y respiratoria

* Disminución de la producción de energía debido al lento consumo de alimentos aportados por la sangre.

* Trastornos del equilibrio acido- base de la sangre

* Modificaciones bioquímicas, variaciones del sistema hormonal y los medidores químicos

* Desequilibrio neurovegetativo a nivel de los centros de regulación del sistema emocional (hipotálamo y rinencéfalo)

ENVEJECIMIENTO DEL APARATO CARDIOVASCULAR

A nivel cardiovascular se manifiesta el envejecimiento de dos formas.

a) A nivel anatómico-

* La masa muscular cardiaca no tiende a disminuir como ocurre con otros órganos como el hígado, la relación peso del corazón - peso total del organismo no varia con la edad.

* Las válvulas sufren depósitos ateromatosos que también pueden calcificarse y dar origen a soplos, insuficiencias o estenosis valvulares.

* Las fibras del miocardio se modifica provocando alteraciones de la elasticidad y la contractilidad, depósitos pigmentarios de lípidos que aumentan con la edad, hipertrofia muscular

* Los vasos sufren engrosamientos de sus paredes, falta de elasticidad, formación de placas de ateromas en sus paredes que disminuyen la luz arterial provocando disminución de la irrigación del músculo cardiaco.

b) A nivel patológico

* Soplos

* Hipertensión arterial

* Angina de pecho

* Infarto agudo de miocardio

* Arritmias

* Trastornos valvulares

* Miocardiopatías

* Pericarditis

ENVEJECIMIENTO DEL APARATO RESPIRATORIO

Todo el aparato respiratorio es sensible al envejecimiento.

Las mucosas de la nariz, faringe, laringe están sometidas al proceso de atrofia, manifestándose por goteo nasal, irritación de la garganta, voz áspera y temblorosa.

RX- * Horizontalización de las costillas

* Hiperclaridad del parénquima pulmonar-emfisema-

* Menor movilidad y estrechamiento del diafragma
Fisiológicamente.

* Reducción progresiva de la capacidad vital

* Disminución de la ventilación máxima-mínima

* Descenso del caudal respiratorio máximo en el primer segundo.

* dificultad para que el pulmón suministre el excedente de oxígeno que reclama el esfuerzo físico y elimine el gas carbónico que produce el músculo cuando trabaja, por disminución de la elasticidad de la membrana pulmonar.

Se observa una mayor ventilación en las zonas superiores del pulmón, y mal ventiladas en la región inferior lo que lleva a una hipoxemia.

ENVEJECIMIENTO DEL APARATO DIGESTIVO

En primer lugar alteraciones dentarias por caries, falta de piezas dentaria. , piorrea.

Al ser la trituración de alimentos defectuosa y la disminución de la secreción de saliva se deglute el bolo alimenticio en esófago, por lo tanto es menos susceptible de ser atacado por el jugo gástrico y digerido en estomago.

Modificaciones de la mucosa gástrica atrofiada secreta menor cantidad de jugo gástrico hace difícil la digestión de las sustancias y favorece la formación en intestino de una flora bacteriana anormal.

La atrofia de la mucosa intestinal disminuye la capacidad de esta como membrana de intercambio, junto con la debilitación de la musculatura abdominal trae aparejado el aumento de gases intestinales y una tendencia al descenso de los órganos.

La atrofia del hígado. La disminución de su volumen engendra trastornos de la función hepática.

Continuidad de la función de la vesícula biliar.

Disminución de la capacidad proteolítica y lipolítica del páncreas produce un mala asimilación de las proteínas y las grasas por consiguiente aumento de una flora intestinal de putrefacción.

ENVEJECIMIENTO DE LAS GLANULAS ENDOCRINAS

HIPÓFISIS: Posee funciones reguladoras, como del crecimiento, el metabolismo de las demás glándulas endocrinas en especial de las sexuales y del tono de los músculos lisos.

Por lo tanto tiene un claro papel en la edad crítica y explica los trastornos vasomotores y la inestabilidad neuro-vegetativa, tal como lo pone de manifiesto el aumento de las hormonas gonadotropinas que actúan sobre las glándulas sexuales en la orina.

ENVEJECIMIENTO DEL APARATO NEUROPSICOMOTOR

El envejecimiento neurológico se debe a las lesiones orgánicas acumuladas a lo largo de la vida.

Disminución del peso del cerebro con la edad entre los 20-25 años pesa 1400 gr. en el hombre y 1280 gr. en la mujer, a los 85 años llega a pesar 1180 gr. en el hombre y 1060 gr. en la mujer.

Disminución del número de neuronas cerebrales.

Disminución progresiva de la velocidad de propagación de los impulsos nerviosos en los nervios motores con un aumento del tiempo de respuesta sináptica, lo que se traduce en un

aumento del tiempo de reacción que separa el estímulo sensorial de la respuesta motriz.

Reducción de la irrigación sanguínea cerebral.

Disminución de la oxigenación cerebral.

Las facultades intelectuales disminuyen con la edad. Se mantiene la comprensión, la capacidad de juicio, el vocabulario y los conocimientos generales, pero se altera la atención y la concentración, la memoria, y la rapidez de reacción y asimilación.

Estos se ven compensados con los factores de la experiencia y de profesionalidad que pueden contrarrestar durante un tiempo el descenso teórico y psicométrico de un individuo.

La memoria falla en la capacidad de fijación. Una de ellas es la fijación de una impresión, la otra de memorizar.

Las aptitudes psicomotrices disminuyen por atenuación de los reflejos a nivel de los huesos y tendones.

Trastornos del equilibrio estando de pie.

Trastornos del conocimiento del propio cuerpo por consiguiente del mundo exterior.

Trastornos de ejecución de los ejercicios.

Trastornos del significado del objeto frente al significado de la acción.

Disminución de la capacidad del conocimiento perceptivo y de la identificación que puede alcanzar todas las esferas sensoriales.

Trastornos de la escritura, disminución del pulso, de las dimensiones de continuidad la caligrafía, dirección cada vez más descendente.

El aparato sensorial: disminución de la visión, alteraciones en el oído que provocan sordera, vértigo que disminuye el espacio motor y puede traer consigo una reducción del espacio social.

DISTINTOS TIPOS DE EJERCICIOS FISICOS

EJERCICIOS AEROBICOS O DE RESISTENCIA

Son los más beneficiosos ya que estos permiten mejorar la resistencia cardio-respiratoria y músculo-esquelética de los adultos mayores. Ejemplo: caminar – ciclismo, (paseos en bicicleta) baile – natación – aeróbic de bajo impacto – evitando siempre deportes de choque- fútbol, footing,

Durante los ejercicios de resistencia, el nivel de ejercicios se correlaciona con el riesgo de lesión y hay que controlarlo.

A) METODO DE LA FRECUENCIA CARDÍACA

Los pacientes pueden monitorizar su frecuencia cardíaca durante el ejercicio, bien tomándose el pulso o empleando un monitor de frecuencia cardíaca.

Una prueba de esfuerzo puede determinar la frecuencia cardíaca máxima y el rango de frecuencia objetiva.

Se puede emplear la fórmula- (220 - la edad)-sin embargo es algo conservadora. No es muy exacta.

El ejercicio de resistencia de intensidad moderada produce el 60-79% de la frecuencia cardíaca máxima. En ancianos con FC máxima 150 latidos / minutos tiene una frecuencia objetiva de 90-120 latidos / minutos. Es útil cuando previamente se realizó una prueba de esfuerzo.

B) – METODO DE LA VALORACION DE ESFUERZO PERCIBIDO-

- ESCALA DE BORG-

1-NIVEL DE INTENSIDAD BAJO-puede hablar – puede cantar- no hay sudoración
- la consistencia del músculo es normal.

2-NIVEL DE INTENSIDAD MODERADA – es posible hablar –no es posible cantar – aparece - sudoración –la consistencia del músculo normal-

3- NIVEL DE INTENSIDAD ALTO- Se habla con dificultad – no es posible cantar- sudoración – consistencia del músculo esta aumentado-

EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO –

Se deben producir contracciones fundamentalmente isotónica, las isométricas producen un aumento brusco de la tensión arterial y la frecuencia cardíaca, el entrenamiento de la fuerza puede incrementar la densidad ósea, la masa muscular, la fuerza, el equilibrio y el nivel global de la actividad física.

Expertos recomiendan que las personas mayores realicen ejercicios de fortalecimiento muscular al menos dos veces por semana.

Los programas de INTENSIDAD MODERADA mantienen la fuerza o la incrementan en un 10-20% durante varios meses y después la mantienen.

Incluyen ejercicios de manguito lastrados – calisténicos – que emplean como resistencia el peso del cuerpo y ejercicios con gomas elásticas de distintos grosores.

Los programas de ALTA INTENSIDAD pueden aumentar la fuerza de forma muy significativa -En estos programas se utilizan máquinas, gimnasios, centros deportivos, que son adecuados para ancianos sanos. La resistencia se establece en 60-80% de repetición máxima (el peso máximo que un individuo puede levantar una vez) las personas mayores pueden realizar 2 series de 10 repeticiones en 8-10 máquinas. La ganancia de fuerza puede ser de 30-150 % durante al menos el primer año de ejercicios pueden producir hipertrofia muscular. Son adecuados para pacientes con deterioro leve o significativo y en la sarcopenia. Las máquinas ofrecen resistencia por aire comprimido en vez que con peso, estos son seguros incluso para pacientes mayores de 80 años.

EJERCICIOS DE EQUILIBRIO –

Indicados para ancianos que presentan mayor riesgos de caídas - ejemplo TAI – CHI, mejoran sustancialmente el equilibrio se va progresando gradualmente.

Se comienza con lo más sencillos y progresan según sea necesario.

-NIVEL 1 – Caminar agarrando a una mesa.

-NIVEL 2 – Caminar con los brazos extendidos, en disposición de agarrarse a la mesa por si se pierde el equilibrio.

-NIVEL 3 – Caminar con los brazos cruzados al pecho y un peso adicional a las manos .Estos no forman parte de la rutina de los 30 minutos de actividad diaria.

EJERCICIOS DE FLEXIBILIDAD Y COORDINACION –

Estos aumentan el arco de movilidad se utilizan gran número de ejercicios de estiramientos muy suaves y bilaterales para integrar ambos hemisferios simétricos y asimétricos. Se realizan después de la práctica de ejercicios de resistencia o de fuerza cuando los músculos aun están calientes.

Ejercicios de estiramiento. Se recomiendan después de realizar ejercicios de resistencia o de fuerza cuando la musculatura esta caliente todavía. Se realiza durante 15-30 seg. 3-5 veces por sesión, deben realizarse en forma lenta, sin movimientos bruscos ni rebote.

BENEFICIOS PARA LA SALUD

Los beneficios exceden sobradamente a los peligros independientemente de otros factores de

riesgos. Se podrían resumir en beneficios directos e indirectos.

BENEFICIOS DIRECTOS

A)-Mejora factores físicos y fisiológicos.

Mantiene la fuerza del músculo esquelético, aumento de fibras musculares, aumenta la masa muscular magra, mejora la hidratación, aumento de la elasticidad capilar, aumento de la capacidad de vasodilatación, aumento de la capacidad oxidativa de radicales libres, por lo tanto disminuyen los radicales libres y aumenta la capacidad aeróbica contribuyendo a la movilidad e independencia.

Mejora síntomas de la insuficiencia cardíaca. Disminuye el consumo de oxígeno por parte del miocardio. Aumento del volumen minuto. Disminuye la frecuencia cardíaca.

Disminución de catecolaminas.

B)-Mejora la capacidad funcional.

Reduce el riesgo de deterioro de la capacidad funcional.

C) -Prevención y tratamientos de enfermedades.

En ancianos aumenta la sensibilidad a la insulina, y la tolerancia a la glucosa. Reduce la tensión arterial sistólica y diastólica, normaliza los niveles de lípidos sanguíneos, aumentando los HDL, reduciendo LDL, disminución de triglicéridos y de la grasa visceral, ayuda entonces a la prevención de patologías cardiovasculares, diabetes, osteoporosis, obesidad, cáncer de colon, trastornos psiquiátricos.

En la osteoporosis frecuente en mujeres que se encuentran durante el periodo del climaterio o la menopausia el efecto positivo de la actividad física mas la terapia hormonal puede dar a los pacientes la confianza para volver a la actividad regular y puede promover la interacción social.

D)-Prevención de caídas y lesiones asociadas a las mismas.

E)-Reducción de la mortalidad

Relacionada con patologías cardiovasculares – muerte súbita. La tasa de mortalidad de los ancianos de menos de 20%.

F)-Mejora los síntomas de enfermedades psiquiátrica – depresión-

En los pacientes que presenten síntomas depresivos, existe una buena respuesta respecto a

los tratados con antidepresivos. Disminuye los estados de ansiedad,

BENEFICIOS INDIRECTOS

A)- Interacción social-

Integración a grupos de actividades físicas, centros de recreación,

Mejora las relaciones interpersonales, integra nuevas amistades a su vida.

B) -Sensación de bienestar- mejora la autoestima personal.

Mejorar la calidad del sueño

-LOS RIESGOS PARA LA SALUD.

Se podría decir que a consecuencia de una mala prescripción de un determinado tipo de actividad física que puede realizar el paciente se corre el riesgo de producirse lesiones músculo-esqueléticas (ejemplo: ruptura de ligamentos-distensión muscular – durante el ejercicio, o bien producirse caídas y lesiones asociadas a las mismas (ejemplo: fractura de caderas)-

VALORACIÓN PRE-EJERCICIOS

Cuando se recomienda actividad física a pacientes mayores se recomienda primero una buena valoración clínica para determinar si existen patologías crónicas severas o que no estuvieran bien controladas, formando parte del estudio inicial en ancianos ambulatorios.

Es imprescindible un buen examen clínico que nos permita valorar cualquier alteración orgánica eventual que pudiera ser una contraindicación.

En la mayoría de los centros los ancianos que van a comenzar con un programa de ejercicios se realiza una valoración mediante una entrevista cuestionario con el objetivo de asignarles el ejercicio adecuado. **PHSYCAL ACTIVITY READINESS QUESTIONARY-(PAR-Q).**

Las patologías a tener en cuenta en las cuales es conveniente un estudio más exhaustivo, revisión de la medicación, exámenes complementarios, interconsulta si lo requiere con especialistas hasta estabilizar al paciente.

Ellos son:

AGINA INESTABLE

INSUFICIENCIA CARDIACA
DESCOMPENSADA
ARRITMIAS CARDIACAS
DESCONTROLADAS
ESTENOSIS AORTICAS SEVERAS
SINTOMATICA
MIOCARDIOPATIAS HIPERTROFICA
MIOCARDIOPATIAS SECUNDARIAS A
UNA MIOCARDITIS RECIENTE
HIPERTENSION PULMONAR GRAVE
TA SISTOLICA EN REPOSO MAYOR DE
200 mm.Hg
TA DIASTOLICA EN REPOSO MAYOR DE
110 mm.HG
MIOCARDITIS O PERICARDITIS ACTIVAS
O SOSPECHAS DE LAS MISMAS
ANEURISMA DISECANTE DE AORTA
TROMBOFLEBITIS
EMBOLISMO PULMONAR O SISTEMICO
RECIENTE
OBESIDAD MORBIDE
ARTROPATIAS DEGENERATIVAS
DESNUTRICION SEVERA
DESHIDRATAACION
EPOC SEVERA

En estas patologías se contraindica la actividad física de cualquier tipo hasta que tengamos la certeza que están bien controladas clínicamente, evitando posibles riesgos que provocarían al momento de comenzar con las actividades físicas.

DISEÑO DE TABLA DE VALORACIÓN DE APTITUD FISICA PARA ADULTOS MAYORES SANOS AMBULATORIOS

Realizar una buena historia clínica geriátrica integral es muy importante al comienzo de toda relación medico paciente, debido a que se obtiene un panorama global del estado de salud física y mental, así también su estado emocional.

Pero es necesario saber si nuestros pacientes se encuentran en buenas condiciones físicas para realizar una determinada actividad física, cuando son pacientes ambulatorios que acuden a la consulta médica para que se les indiquen o prescriban algún tipo de actividad física con el objetivo de mejorar o mantener su condición actual.

Las tablas de valoración existentes que logramos recabar y que son de uso en algunos países no satisfacen nuestras demandas, debido a que son incompletas y no aportan suficientes información y datos que son importantes para

saber si el paciente puede comenzar con un plan de ejercicios físicos regulares adaptados según su condición física, tipo de actividad, tiempo de duración del programa, impedimentos físicos por lesiones en especial, que se deban tener en cuenta.

La siguiente tabla de valoración de aptitud física adaptada para pacientes adultos mayores sanos consta de una parte inicial donde se recaban datos de filiación. Antecedentes de enfermedades actual, medicación actual, signos vitales, y si está asociado a algún servicio de emergencia médica.

El cuestionario consta de veinte preguntas con opciones de SI-NO- al cuál se le asigna una puntuación de 0-2 según sea la respuesta.

Las preguntas son referidas a tiempo que no realiza actividad física, y si lo realiza con que frecuencia lo hace, tiempo de duración si es que lo realiza, síntomas o signos que presentan antes, durante y después de realizar ejercicios físicos.

El resultado obtenido del cuestionario, es en base al puntaje de la sumatoria total de los puntos asignado a cada respuesta.

El resultado final se lo fraccionó en cuatro partes, obteniendo puntajes máximos de **más de 36 puntos** que se encuentran en excelente aptitud física, y resultados **menores de de 15 puntos** para los que no se encuentran en condiciones de realizar ningún tipo de actividad física sin antes realizar estudio previos más específicos.

También se pueden obtener puntajes intermedios **entre 26 - 35.puntos** que se encuentra en condiciones aceptables de aptitud física y puede realizar ejercicios físicos y aquellos que obtengan resultados **entre 16 – 20.puntos** presentan un regular estado de salud con una inadecuada aptitud física en la cuál se recomienda estudios previos antes de prescribir realizar actividad física.

La idea es que esta tabla de valoración de aptitud física sea un instrumento de valoración rápida, aplicable en el consultorio médico y por la importancia de los datos recabados de esta, sería importante incorporarla a la historia clínica geriátrica integral como un componente más y no aislada.

TABLA DE EVALUACIÓN RÁPIDA PARA DETERMINAR APTITUD FÍSICA DE LOS ADULTOS MAYORES AMBULATORIOS-

-Nombre y Apellido: ----- Edad: -----

-Domicilio: ----- Teléfono: -----

-Tensión arterial: ----- Frecuencia cardiaca: ----- Ritmo cardiaco: -----

- ECG- ----- Ergometria: -----

-Antecedente de enfermedad actual: -----

-Medicación actual: -----

-Servicio de emergencia médica-----

CUESTIONARIO PERSONAL

	SI	NO
1)-¿Realiza usted actividad física habitualmente?	SI- (2)	NO- (0)
2)-¿Cuanto tiempo hace que no realiza actividad física?		
Semanas	SI- (3)	
-Meses	SI- (2)	
-Años		SI- (0)
3)-¿Camina con frecuencia?		SI- (2) NO- (0)
4)-¿Con que frecuencia?		SI- (1)
1 vez por semana		
3 veces por semana	SI- (2)	
+de 3 veces por semana		SI- (3)
5)-¿Cuanta distancia recorre?		
- de 5 cuadras		SI- (0)
5-10 cuadras		SI- (2)
+de 10 cuadras		SI- (3)
6)-¿Durante cuanto tiempo realiza la actividad física?		
-menos de 15 minutos		SI- (0)
-15 a 30 minutos		SI- (2)
+de 30 minutos		SI- (3)
7)-¿Cuando realiza actividad física la mayoría de las veces lo hace? :		
-solo	SI- (1)	
- acompañado		SI- (2)
8)-¿Se fatiga con facilidad?		SI- (0) NO- (2)
9) -¿Se agita con frecuencia al realizar actividad física?		SI- (0) NO- (2)
10)-¿Se siente débil luego de realizar actividad física?		SI- (0) NO- (2)
11)-¿Puede subir escaleras o rampas con facilidad?		SI- (2) NO- (0)
12)-¿Suele sentir dolores de pecho cuando camina?	SI- (0)	NO- (2)
13)-¿Suele aparecer falta de aire cuando realiza actividad física?		SI- (0) NO- (2)
14)-¿Aparecen dolores articulares mientras camina?		SI- (0) NO- (2)
15)-¿Sufre dolores de espalda, cuello, pierna luego de caminar?	SI- (0)	NO- (2)
16)-¿Aparecen mareos, vértigos, cefaleas durante la actividad física?		SI- (0) NO- (2)
17)-¿Sufrió caídas alguna vez?		SI- (0) NO- (2)
18)-¿En que circunstancias?		
En el domicilio		SI- (0)
En la vía pública		SI- (0)
Mientras realizaba actividad física		SI- (0)
19)-¿Siente el deseo o, es una obligación realizar actividad física?	SI- (2)	NO- (0)

**20)-¿SIENTE QUE ES FELIZ?...
PUNTAJE-**

SI- (2) NO-(0)

**8-15-puntos- MALA APTITUD FISICA –
NO APTO PARA REALIZAR ACTIVIDAD
FISICA-COMPLEMENTAR ESTUDIOS-**

**16-25-puntos- REGULAR APTITUD FISICA-
NO APTO PARA RALIZAR ACTIVIDAD
FISCA INTENSA- COMPLEMENTAR
ESTUDIOS-**

**26-35-puntos- APTITUD FISCA BUENA -
APTO PARA REALIZAR ACTIVIDAD FISICA
+ DE 36 PUNTOS- APTITUD FISICA
EXCELENTE- ¡FELICITACIONES!
PUEDE REALIZAR CUALQUIER
ACTIVIDAD FISCA EN FORMA REGULAR-**

**3)- EJERCICIOS DE FUERZA- 10minutos. (-
uso de pequeñas mancuernas. evitar
movimientos isométricos).**

**4)-EJERCICIO AEROBICO- 30 minutos (ciclo
ergómetro)**

**5)-ENFRIAMIENTO- 5minutos (andar a paso
suave).**

Ejercicios de flexibilidad al final de la actividad física consiste en ejercicio de estiramientos, cuando la musculatura aun esta caliente .El **ESTIRAMIENTO** durante 10-30 segundos – 3-5 veces por sesión se realizan en forma lenta, sin movimientos bruscos ni rebote ,los ejercicios suelen ser de baja intensidad. No se incluyen en los 30 minutos de actividad.

ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA

TRABAJO INDIVIDUAL O COLECTIVO.

Trabajar si es posible en grupos de 10 a 15 personas en semicírculos adaptando a lo posible el programa a nivel individual. Si lo prefiere, se puede realizar en forma individual o en pareja.

DURACIÓN- 15-30 minutos

FRECUENCIA- 3-5 veces por semana

-La sesión incluirá calentamiento, acondicionamiento muscular (fuerza), ejercicio aeróbico y enfriamiento.

-Los ejercicios deben ser variados y no demasiados repetitivos (aburren y desmotivan)

-Esperar por lo menos dos horas si lo realizaran tras las comidas

-Se trabaja de manera incremental, comienzo de baja intensidad, se va progresando en 3 o 4 semanas –

-Se prioriza una intensidad de trabajo baja y un tiempo prolongado, igual beneficio a largo plazo y con menos riesgos.

-A mayor intensidad de trabajo, mayor efecto pero también mayor riesgo

-Por debajo de 15 minutos/sesión, o menos de 3 sesiones/semana y una frecuencia cardiaca menor del 45% máximo es ineficaz la actividad física.

EJEMPLO-

**1)-CALENTAMIENTO- 5 minutos- ejemplo;
(andar a buen paso- caminar rápido)**

**2)-EJERCICIOS DE FLEXIBILIDAD Y
COORDINACIÓN: 10 minutos. Ej: pasos de
baile-simétricos y asimétricos.**

CONCLUSIONES

Es evidente, que en los últimos años, la medicina se encuentra con grandes desafíos para el futuro, especialmente en lo que se refiere al terreno de la atención de paciente adultos mayores, haciendo hincapié, no solo, en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas, sino que también habrá que poner mucho énfasis en la prevención y retraso de la aparición de patologías crónicas propias de la vejez.

Es muy importante trabajar en la promoción y difusión con el objetivo de mejorar la calidad de vida, a partir de poder brindar adecuada información de los beneficios directos e indirectos que aportan, el realizar actividad física, la buena alimentación, las relaciones sociales y las relaciones con la familia.

El cuidado del cuerpo humano tanto en lo físico, como en lo mental, es la base fundamental par transitar por la vejez hacia una ancianidad plena sin trastornos serios o invalidantes de salud que impidan, que nuestros abuelos disfrutan de sus seres queridos y sean parte importante del grupo familiar con la sensación y satisfacción de vivir lleno de alegría.

El aporte que se intentó realizar a partir del diseño y elaboración de la tabla de valoración de aptitud física para adultos mayores, se debe a que se necesita tener a nuestro alcance un instrumento de valoración de fácil aplicación, adaptable a todo paciente mayor y además pueda ser adosado como parte importante de la historia clínica geriátrica integral tradicional.

Esto nos daría también la tranquilidad que se estará indicando o prescribiendo el ejercicio físico adecuado, acorde al estado de salud actual y sin riesgos de provocar daños o trastornos funcionales, traumáticos en el organismo.

Es importante que la acción de la promoción de la salud y mejor calidad de vida, no solo sea dirigido a pacientes adultos mayores, sino también a la población en general, alentando a incorporar estilos de vida saludable, creación de ambientes saludables, formación de grupos de encuentro, lugares de recreación, dónde se pueda interactuar socialmente y puedan realizar distintos tipos de actividades física en forma grupales. Por que indudablemente, a partir de ahí donde se debe tomar conciencia que los años nos pasará a todos por igual en mayor o menor medida y la falta de conciencia respecto al cuidado de nuestro cuerpo desde temprana edad, se hará sentir hacia el tramo final de nuestro largo recorrido por la vida.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Barton, M.:(2002) La Tercera Edad Feliz. Editorial San Pablo Buenos Aires Argentina
- 2) Beauvoir, S. de; (1980) La Vejez, Editorial Sudamericana, Buenos Aires, Argentina.
- 3) Cuadernos de Gerontología (1998) Actualizaciones en Gerontología. Edit. AGEBA. Buenos Aires Argentina
- 4) Grumbach, R.(1986) Lo que hay que saber en Geriatria, Edit. Sandoz, Argentina
- 5) Leer, U.; (1980) Psicología de la Senectud, Editorial Herder, Barcelona, España.
- 6) Linus, P.:(1987) Como Vivir más y Sentirse mejor, Editorial Planeta, Barcelona España.
- 7)-Manual MERK de Geriatria – Publicado originalmente en inglés con el título de The Merk Manual of Geriatrics – Copyright c MM by Merk & Co ,Inc. 2001- edición en español Ediciones Harcourt , S.A. Velazques 24, 5* Dcha 28001 Madrid- España.
Sección 1- Fundamentos de la Atención Geriátrica- Evaluación Geriátrica Integral - pagina 74- Sección 3- Cirugía y Rehabilitación – Valoración Pre ejercicios- pagina 297.- España-
- 8)-Medicina Familiar y Practica Ambulatoria- c 2001 EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA S.A. Marcelo T de Alvear 2145 Buenos Aires- Republica Argentina- La Salud del Anciano – Sección 10 - capitulo 70 Epidemiología del Envejecimiento poblacional
- capitulo 72 Evaluación Geriátrica Multidimensional – capitulo 73 Caídas en los ancianos.
- 9) Navarro, A.:(2003) Alimentación Nutrición y Ancianidad. Editorial Universitas. Córdoba Argentina
- 10) Pérez Melero, A.:(1999) Guía de cuidados de personas mayores. Editorial Síntesis, Madrid España.
- 11) Post-Grado en Salud Social y Comunitaria – Programa Médicos Comunitarios – Plan Federal de Salud – Ministerio de Salud – Presidencia de la Nación- Modulo 10 B Problemas Sociales de Salud Prevalentes / Silvia Gascón; Marisa Matías; Pablo Durán: ediciones literarias de Mariela Rossen- 1* edición Buenos Aires – Republica Argentina- Ministerio de Salud, 2006. UNIDAD 1 – La problemática de la tercera edad- pagina 18-19 – Republica Argentina.
- 12) Revista Argentina de Gerontología y Geriatria (1987) Rehabilitación Nutricional Geriatria. Edit SAGG Buenos Aires Argentina Vol 3
- 13) Sosa Álvarez, A.(1990) Actualizaciones en clínica Geriátrica y Gerontología Social. Ministerio del Interior. Uruguay.
- 14) Tallis, R.C.; Howard, M F.: (2005) , Geriatria, Brocklehurst s Edit. Marbán, Madrid, España TOMO I y II
- 15) Valderrama, H.; Col.:(1997) Manual Argentino para el Cuidado de Ancianos, Editorial Lux SRL, Santa Fe Argentina.

ARTICULO ORIGINAL

CONSUMO DE MEDICAMENTOS EN LOS ADULTOS MAYORES, EN LA CIUDAD DE CÓRDOBA-ARGENTINA.

Autores: Dr. Martínez, Héctor David; Dr. Atienza Oscar; Dr. Cosiansi Bai, Julio Cesar

RESUMEN

El presente trabajo ha sido diseñado a los efectos de conocer los medicamentos más frecuentemente prescritos en la tercera edad. Con este objetivo, se elaboró una encuesta que indagó datos como: edad, sexo, estado civil, obra social, lugar y tipo de atención, diagnóstico en base a la medicación usada, y tiempo de tratamiento, así como el costo mensual y la relación con el ingreso. Para lograr información veraz, se encuestó a 200 personas mayores de 65 años de la Ciudad de Córdoba. Del análisis de los datos se concluyó que la mayoría de las personas encuestadas estaban polimedicaadas, que el Enalapril es la monodroga más consumida y el Lotrial, la marca más indicada, el diagnóstico más frecuente es la hipertensión arterial y el tratamiento es de alto costo por la asociación con otros medicamentos consumidos.

SUMMARY

Present study has been designed in order to know about medicines more frequently prescribed in elder people. With these scope, an enquire has been elaborated, asking 200 people the following data: age, sex, marital status, health insurance, type and place of medical assistance, diagnosis, drugs and type and time of drugs used. Monthly income and cost of medicines, as well as medicines more frequently prescribed. Enquired were 200 elder people of 65 years old and over, in Córdoba. Results showed that that most people were polymedicated, being Enalapril the most used drug, and High Blood Pressure, the most frequent diagnosis. Cost of treatment was high, mainly because of polymedication.

Introducción

En la República Argentina ha desarrollado un sistema de atención de la salud mixto, caracterizado por la coexistencia de sub-sectores heterogéneos, poco integrados, donde

cada uno presenta rasgos propios y diferenciados. Sin embargo, se podría decir, que existe un hilo conductor de coincidencias casi absolutas en cuanto a dos objetivos básicos: tratar la enfermedad y restituir la salud.

En un país de recursos limitados como Argentina, con frecuencia y en contradicción con las recomendaciones de las organizaciones internacionales de salud, la toma de decisiones se conecta más con necesidades comerciales, y bajo influencia de las industrias tecnológicas y farmacéuticas, que con los objetivos de un sistema único de atención de la salud,

universal, equitativo y dirigido prioritariamente a la preservación del bienestar de las personas, mediante la prevención y promoción de la salud.

La falta de un sistema único e integrador de atención de la salud, el libre ejercicio profesional, una farmacopea hipertrofiada, así como la falta de protocolos consensuados para el tratamiento medicamentoso por patología, conspiran contra la utilización racional de los mismos.

Es frecuente, por lo tanto, en la práctica médica cotidiana, el hallazgo de pacientes de tercera edad polimedicaados, durante períodos prolongados, a dosis no ajustadas a la edad, en muchos casos sin una justificación real, con el consiguiente aumento de riesgos de reacciones adversas e internaciones.

El uso y abuso de medicamentos, en ocasiones responde más a imposiciones que a verdaderas necesidades terapéuticas. Funcionarios, profesionales y pacientes son sometidos a un exceso de información por medios no científicos, utilizando comunicación de alto impacto, que relativiza parámetros como seguridad y eficacia, sin evidencias concretas de los efectos benéficos de cierta farmacoterapia.

Además de los afectos biológicos derivados de la especial farmacodinamia y farmacocinética de los medicamentos, en pacientes de tercera edad, existen efectos económicos muy significativos en los presupuestos individuales, ya que en su mayoría dependen de bajos ingresos fijos.

El elevado consumo de medicamentos, ha ido también ocupando progresivamente un espacio significativo dentro del presupuesto global, asignado para la atención de la salud.

Una farmacoterapia segura y eficaz es uno de los mayores desafíos a los que enfrenta la Geriátria.

OBJETIVOS

- Abordar y evaluar del consumo de medicamentos en personas de la tercera edad en la ciudad de Córdoba, con la intención de reducir la posibilidad de que el adulto mayor sufra efectos secundario por el uso incorrectos de medicamentos.

MATERIAL Y MÉTODO

Para abordar el tema de consumo de medicamentos en tercera edad en la ciudad de Córdoba, se entrevistó y encuestó a personas voluntarias, mayores de 65 años. Los datos obtenidos fueron volcados en una Planilla, diseñada para tal fin, con el objetivo de recabar la mayor cantidad de información pertinente. En dicha Planilla se consignó: edad, sexo, nivel de instrucción, estado civil, cobertura de salud, sub-sector de atención (público o privado), tipo de atención (ambulatorio o internado), diagnósticos, monodrogas, nombres

comerciales, dosis, tiempos de tratamiento, categoría del prescriptor (médico de cabecera o especialista), automedicación e ingresos mensuales del entrevistado.

DESARROLLO

Presentación de datos:

- a) **Edad:** Se encuestaron 200 adultos mayores entre 65 y 99 años, según tabla N° 1.
- b) **Sexo:** 118 mujeres, el 59% y 82 hombres, 41% respectivamente,
- c) **Nivel de educación:** Se obtuvo información sobre el nivel educativo alcanzado por los encuestados, 27% primario incompleto, 48% nivel primario completo; 11.5% secundario completo; 7% secundario incompleto; 5.5% nivel terciario completo; sin estudios el 1%.
- d) **Estado civil:** El estado civil constatado fue: Solteros 11.5%; casados el 48%; viudos 34.5% y divorciados el 6%.
- e) **Cobertura social:** La distribución por cobertura social fue de: 56.5% jubilados; 34% pensionados; en tanto que el 9.5% carecía de cobertura social, Tabla N° 2.
- f) **Diagnósticos:** los más frecuentemente hallados fueron: hipertensión arterial, artrosis, insuficiencia cardíaca, arritmia, diabetes, cardiopatía isquémica, hipotiroidismo, ansiedad, dislipemia y depresión, según consta en tabla N° 3 y 4.
- g) **Monodrogas:** las de mayor fueron las siguientes: Enalapril, Alprazolam, Ac. Acetilsalicílico, Vitaminas, Atenolol, Amiodorona, Clonazepam, Atenolol, Furosemida, Digoxina, Isosorbide, Amlodipina y Aspirina, según los datos presentados en tabla N° 4.
- h) **Tiempo de tratamiento:** Se constataron tiempo de tratamiento variables, entre 1 y 360 meses.
- i) **Prescripción de medicamentos:** en 23 casos por automedicación, 108 prescripciones fueron realizadas por profesionales especialistas y en 69 casos por médicos generalistas.
- j) **Ingreso promedio mensual:** De los datos obtenidos, se pudo observar que el ingreso promedio entre las personas mayores de 65 años encuestadas, resultó ser de \$ 246,⁵².
- k) **Gasto promedio mensual:** Se constató que el gasto promedio mensual en consumo de medicamentos entre los encuestados, fue de \$ 97,⁸⁸.
- l) **Consumo promedio de medicamentos por sexo:** Se observó un mayor consumo de medicamentos en mujeres, con un promedio de 6.40 medicamentos por paciente, en comparación con los hombres, en los que el resultado arrojó un promedio de 5.30 medicamentos.

Como podrá observarse, la cantidad de datos obtenidos excede las necesidades del presente trabajo, lo que no

desmerece la utilidad de los mismos, en la perspectiva de su utilización en un trabajo subsiguiente.

Tabla N° 1: Distribución por edad, en los adultos mayores de la Ciudad de Córdoba año 2005.

Edad	Pacientes	%
65 a 69	38	19
70 a 74	49	24.5
75 a 79	54	27
80 a 84	36	18
85 a 89	15	7.5
90 a 94	6	3
95 a 99	2	1
Total	200	100.00

Fuente. Datos Propios

Tabla N° 2: Distribución por cobertura social de los adultos mayores de la Ciudad de Córdoba año 2005.

Obra Social	Pacientes	%
Jubilado/a	113	56.5
Pensionado/a	68	34
Sin Obra Social	19	9.5
Total	200	100.00

Fuente. Datos Propios

Tabla N° 3: Diagnósticos más frecuentes en adultos mayores de la Ciudad de Córdoba, año 2005.

Causas	N° de casos
Hipertensión Arterial	89
Artrosis	35
Insuficiencia Cardíaca	25
Arritmia	24
Diabetes	22
Cardiopatía Isquémica	17
Hipotiroidismo	14
Ansiedad	13
Dislipemia	10
Depresión	9

Fuente. Datos Propios

Tiempos de tratamiento: se constataron tiempo de tratamiento variables, entre 1 a 360 meses.

DICUSIÓN

Después de haber analizado y procesado los datos se desprende que los pacientes ambulatorios de la tercera edad, son sujetos con un alto consumo de medicamentos diarios, con un promedio general de 6.4 medicamentos entre las mujeres, y de 5.30 entre los varones, en pacientes ambulatorios.

Es evidente de que la automedicación existe, siendo común que concurren a la consulta con el único objetivo de la transcripción recetas sobre todo para sedantes por ejemplo Alplax y analgésicos

antiespasmódicos tipo Sertal compuesto o Buscapina compuesta.

Del análisis de la tabla maestra se pone en evidencia el gran gasto en medicamentos a través del tiempo y hasta es difícil de comprender la permanencia de tratamientos a largo plazo, sin controles y/o consultas para determinar si debe seguir la prosecución del tratamiento.

De acuerdo al cálculo de costos, es realmente alarmante el porcentaje de ingresos (sueldo o jubilaciones) que deben destinar a la compra de medicamentos, teniendo en cuenta que los 200 pacientes ambulatorios estudiados reciben un ingreso de entre 200 y 300 pesos mensuales.

CONCLUSIÓN

En el presente estudio epidemiológico descriptivo, realizado sobre un universo total de 200 adultos mayores, se analizaron diferentes variables relacionadas con el consumo de medicamentos, en personas mayores de 65 años, ambos sexos, de la Ciudad de Córdoba en año 2005.

Es finalidad del presente trabajo echar luz sobre la existencia de un vasto grupo de personas en aumento constante que padecen distintos tipos de problemas de salud.

Del análisis de los datos recabados, se desprenden varias conclusiones.

► El diagnóstico más frecuente en el grupo general y en subgrupo de casados y viudos es la hipertensión arterial

► El diagnóstico más frecuente en el subgrupo de los solteros son las metabopatías como diabetes y dislipemias.

► Los medicamentos más usados en la tercera edad son el lotrial, rivotril, atlansil, alplax, lanicor y aspirina (aas)

► Las monodrogas más utilizadas son el enalapril, alprazolán, amiodarona, ac. Acetilsalicílico.

► Los diagnósticos más frecuentes en el grupo total son hipertensión arterial, ansiedad, depresión e insomnio y artrosis, reuma.

► Las monodrogas más utilizadas en la hipertensión arterial en grupo total son enalapril, enalapril-hidrocrortiazida y amlodipina.

► El costo de los tratamientos es muy alto y los ingresos son bajos.

► Para realizar el tratamiento y vivir modestamente necesitan del apoyo de su familia o amistades.

► La mayoría cobra entre 200 y 300 pesos mensuales.

► En general los prestadores no tienen en cuenta los precios de los medicamentos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- González Aragón, J.:(1994) Manual de autocuidado y salud en el envejecimiento. Edit. Costa-Amic Editores S.A. México.
- 2.- Mark, L.B.; Berkow, R.: (2001) Manual Merck de Geriatria. 2º edit. Ediciones Harcourt S.A. Madrid. España.
- 3.-Miranda, J.:(2002) La autolisis en el contexto de la atención primaria. Medicina general. Edit. Generales. España
- 4.- Salgado, A.; Guillen L. F.; Ruperéz, C.I.: (2002) Manual de Geriatria, 3º ed., Editorial Masson S.A. Barcelona España.
- 5.-Yoselyn C. B.; Valenzuela B. E.: (2001) Fármaco en el adulto mayor Ed. Temas de Medicina Interna. Chile
- 6.-Zarit, S.:(2003) Ancianidad, el ocaso de una vida. Edit. Editoriales Clarentina. Buenos Aires, Argentina

ARTICULO ORIGINAL

LA CONTENCIÓN MECÁNICA EN PSIQUIATRÍA TIENDE A PERPETUARSE EN EL TIEMPO

Atienza, Oscar, Abraham, Mariana Alicia, Carréon, María Alejandra, Cumini, Pablo Luis, Ensabella, Gabriel Danilo

CARRERA DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA CON SISTEMA DE RESIDENCIAS FUNDACIÓN MORRA

SANATORIO "Prof. León S. Morra S. A."

Objetivos

* Analizar si las medidas de contención física aplicadas a pacientes psiquiátricos son efectivas, éticas, y respetan los derechos humanos de los mismos.

* Analizar la opinión de la sociedad general respecto a este tema, Comparándola con la de los profesionales de la salud.

* Verificar si en la práctica diaria dichas medidas son realizadas de manera adecuada.

* Evaluar si se justifica su aplicación, y de ser así en que casos.

* Realizar búsqueda bibliográfica para determinar si trae consecuencias negativas para el paciente el uso de estas medidas, y si las trae, de que tipo son las mismas.

Hipótesis

La sociedad en general continúa avalando a la contención mecánica como medio terapéutico ante pacientes en los que el riesgo para sí mismos o para terceros es inminente.

Introducción

Desde la antigüedad el enfermo mental ha sido objeto del apartamiento social, el prejuicio, y la discriminación.

Desterrados de la sociedad de la cual forman parte, privados de su libertad, su voz siempre ha quedado apagada.

Medidas que van desde el encierro en manicomios hasta la camisa de fuerza

farmacológica, han intentado hacer de los enfermos mentales personas que se adapten más a

la realidad, una realidad que nosotros formamos. El vivir desde el otro lado de la realidad ha generado siempre temor, y desentendimiento.

A lo largo de la historia, se ha buscado de distintas maneras ocultar lo que no se quiere ver, lo que no se puede aceptar. Por suerte esta no ha sido la única visión, también han existido personas que han buscado dar un espacio a aquellos que son despojados del derecho a ser.

En la actualidad, donde por un lado se reactualiza y revalida el uso de electroshock, surgen también por otro lado medidas que intentan resocializar antes que castigar, entender e interpretar antes que juzgar.

Es por lo tanto necesario realizar un análisis de las medidas que adoptamos en la práctica diaria de la salud mental, a fin de poder determinar cuales son las que benefician a los pacientes y cuales los siguen colocando en ese lugar de no ser.

En una sociedad en donde prima el éxito y la rapidez, antes que la escucha y el crecimiento, es importante examinar lo que estamos haciendo en cada uno de los roles que ocupamos.

Hoy en día los avances farmacológicos han permitido que las internaciones en instituciones psiquiátricas hayan disminuido al igual que el tiempo de permanencia en las mismas. Mas allá de eso, factores sociales hacen que todavía en el siglo XXI los pacientes sean depositados de por vida en estos lugares.

Quizás una de las medidas psiquiátricas que despierta opiniones encontradas en relación a su uso, son las medidas de contención física.

Utilizadas con la finalidad de menguar una crisis de excitación psicomotriz, y evitar así el riesgo

para los pacientes y/o terceros, es considerada para muchos como una medida eficaz y segura, mientras que para otros, atenta contra la integridad física de la persona y sus derechos.

Prima entonces la evaluación de esta modalidad, para determinar si realmente es necesaria y efectiva, si se utiliza adecuadamente y si existen otras alternativas que hagan que su uso sea dejado de lado. Por medio de este trabajo intentaremos encontrar las respuestas a estos interrogantes.

Marco Teórico

Contexto Histórico

A lo largo de la historia de la humanidad al enfermo mental se le ha ido asignando distintos rótulos en relación a las creencias de esa sociedad.

Vistos como una amenaza para la sociedad, la tendencia siempre fue la de apartarlos de la misma.

Hay descritas medidas de aislamiento y de contención física desde los comienzos de la medicina.

Desde la deserción obligada, como es el caso de las llamadas naves de los locos, barcos en los cuales se depositaba a los "locos" para expulsarlos de la sociedad a la que pertenecían, hasta el encierro en los manicomios, lugares donde generalmente se los abandonaba y donde no se los trataba como personas.

Es en Francia donde empiezan a realizarse algunos cambios en relación a trato de los enfermos mentales, cambios propulsados principalmente por Pinel y Esquirol.

Hay una anécdota en la cual Pinel decide quitar las cadenas a los alienados ante la negativa de Couthon que le decía: "Ciudadano, ¿es que tu mismo estas loco, para querer desencadenar a semejantes animales?" A lo que Pinel respondió: "Ciudadano, tengo la convicción de que si los alienados son tan intratables, es porque se les priva del aire y la libertad".¹

La historia siguió avanzando y también la psiquiatría, el desarrollo de nuevas teorías y el advenimiento de la psicofarmacología, permitieron un mayor desarrollo en el tratamiento de las enfermedades mentales, como así también un mejor trato a quienes la padecían.

A pesar de esto aun hoy en el siglo XXI, persiste el prejuicio y la tendencia a aislar de la sociedad al "loco", como también perdura la utilización de medidas que tienden a aislar al paciente y a someterlo a fijaciones físicas.

El uso de las medidas de contención, es aceptado como un medio eficaz para contener pacientes violentos con riesgo para si o para terceros, pero su utilización no siempre se realiza de la manera correcta y a veces también la finalidad de la misma se tergiversa, siendo en algunos casos utilizada como medio de castigo para los pacientes.

CONTEXTO TÉCNICO

CONTENCIÓN MECÁNICA:

A. OBJETIVO Y DEFINICIÓN

Evitar que se produzcan situaciones que pongan en peligro la integridad física del paciente o la de su entorno (familiares, otros pacientes o personal sanitario e incluso instalaciones del centro). Para conseguir este objetivo se limita con procedimientos físicos o mecánicos, los movimientos de parte y/o de todo el cuerpo del paciente.

B. INDICACIONES Y CONTEXTO

Se trata de una medida sanitaria, por lo tanto deberá ser decisión del personal sanitario, en un contexto sanitario (ejemplo el hospital) y ante una excitación o comportamiento violento generada por un fenómeno mórbido médico.

Las indicaciones por tanto serían:

- Prevención de lesiones al propio paciente (golpes, autolesiones...)
- Prevención de lesiones a otras personas (familiares, otros pacientes, personal sanitario)
- Evitar interferencias en el plan terapéutico del propio paciente o de los demás pacientes (la retira de vías, sondas naso gástricas...).
- Evitar daños materiales en el servicio donde se encuentra el paciente
- Como castigo negativo en una terapia de conducta, siempre y cuando se haya pactado antes con el paciente.
- Para evitar la fuga del paciente, si se considera que existe el riesgo y que el mismo corre peligro.
- Si el paciente lo solicita voluntariamente y el médico

¹ Foucault M. Historia de la Locura en la Época Clásica. 1964. Edit. Fondo de Cultura Económico

considera que existen criterios clínicos de indicación.

C. CONTRAINDICACIONES

Las situaciones en las que no se debe aplicar la restricción de movimientos son las siguientes:

- No exista indicación
- Si la situación se puede resolver por otros métodos de contención como el verbal y/o farmacológico.
- Utilizar la contención mecánica como castigo o pena.
- Cuando la decisión de contención mecánica está condicionada por antipatía hacia el paciente
- Si la conducta violenta es voluntaria, no justificable por una enfermedad sino con carácter delictivo (es en este caso competencia de las Fuerzas de Seguridad).
- Para el descanso del personal sanitario.
- Cuando no exista personal suficiente ó sea una situación peligrosa, y técnicamente imposible (paciente armado).

D. PROCEDIMIENTO DE LA SUJECCIÓN MECÁNICA

La toma de decisiones

La decisión de sujetar a un paciente deberá ser tomada siempre por el médico responsable del mismo, o en su defecto por el facultativo de guardia.

Si en el momento de decidir y siendo una situación de urgencia, no se puede contactar con el médico, el ATS/DUE esta expresamente autorizado para iniciar el procedimiento por su cuenta, pero debe comunicarlo al medico con la menor demora posible.

Se debe cumplimentar y firmar por parte del medico y del ATS el formulario de indicación de contención física (Anexo I).

Si la indicación de SM la realiza el medico vía telefónica, la enfermera lo registrara en el formulario, quedando pendiente el facultativo responsable de firmar el formulario lo antes posible.

Personal y medios materiales

El personal mínimo para la contención mecánica será de cuatro personas, si bien lo óptimo sería cinco, en cuyo caso cada persona sujetaría una extremidad y el quinto la cabeza. Se requerirá la presencia de los celadores y, si es preciso, se puede recurrir a la colaboración del

personal de seguridad. La colaboración para la contención será de todo el personal, sin embargo la presencia del médico será decisión del mismo en función de la posible interferencia en la posterior relación terapéutica.

El material constará de una sujeción de tórax, dos sujeciones de manos y dos de pies, cuatro alargaderas, así como del número de ganchos necesario para cada sujeción y al menos un imán, y por ultimo sin olvidar una cama con sistema de frenado. Deberá existir al menos un juego completo de sujeciones en cada unidad asistencial de ingreso y en el servicio de urgencias.

El mantenimiento del material citado quedará a cargo de la supervisora de enfermería de la unidad donde se requiera (Anexo V).

Medidas generales

- Información al paciente

El uso de la medida excepcional y urgente de la contención física en los supuestos planteados será informado al paciente de manera comprensible y acorde con su nivel de atención y con las circunstancias protagonizadas.

- Actitud del personal

Es importante evitar cualquier muestra de agresividad verbal o física con el paciente, hay que recordar que se trata de una medida sanitaria y no

De una venganza o pelea. No forzar en los movimientos. Apoyar la cabeza y las extremidades lejos de objetos lesivos como las esquinas de los muebles u objetos con los que pueda dañarse. No cargar excesivamente nuestro peso sobre el paciente siendo también importante evitar el uso de la rodilla o el codo durante la reducción.

Actuar con tranquilidad, serenidad pero con postura firme, segura y respetuosa.

- Seguridad y comodidad del paciente

En la medida de lo posible se le retirará la ropa y se le pondrá el pijama del hospital lo que proporcionará comodidad al paciente y facilitará su identificación en caso de intento de fuga.

En el caso que fuese imposible desvestir al paciente, se deberán retirar los cinturones, mecheros y otros objetos potencialmente peligrosos que puedan dañar al paciente, o favorecer los intentos de fuga.

La posición de contención ideal es en decúbito supino, con la cabecera elevada para permitir al enfermo mantener contacto con el medio y disminuir el riesgo de aspiraciones.

- Hábitat de calma y confianza

Es imprescindible ofrecer al enfermo un lugar que le permita preservar su intimidad y dignidad como persona. La habitación donde vaya a permanecer durante la contención será tranquila, con un nivel de iluminación adecuado y bien ventilada. El paciente tendrá la posibilidad de contactar con el personal, bien por la proximidad de la habitación con el control de enfermería o por medio de un timbre, no hay que olvidar que se trata de un paciente inmovilizado.

Antes de retirarse el personal debe asegurarse que las sujeciones están adecuadamente colocadas, seguras, sin presionar al paciente, ni con riesgo de provocar lesiones cutáneas.

E. OBSERVACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE SUJETO

Lejos de lo que pueda parecer, la indicación de sujetar y/o aislar a un paciente no reduce el trabajo del personal sanitario que lo atiende, sino que lo aumenta. Dos razones nos hacen afirmarlo, la primera la obligación de evitar y tratar complicaciones que pueden aparecer por la técnica de sujeción en si misma, y la segunda por las necesidades y complicaciones en un sujeto inmovilizado.

La valoración médica del paciente sujeto se realizará lo antes posible, aconsejable durante la primera hora desde el inicio de la contención. Se dejarán anotadas las observaciones en la historia clínica. En el caso de encontrar necesario prevención de riesgo tromboembólico se pautará heparina de baja peso molecular (Clexane o Fraxiparina) a dosis de ml/, vía subcutánea

El paciente debe ser observado por el personal de enfermería al menos cada 15 minutos, dejando constancia en las hojas de seguimiento. Además cada turno tomará las constantes vitales, proporcionará la dieta adecuada en función del nivel de conciencia y de otros datos médicos, controlará la ingesta hídrica y la diuresis así como los cuidados mínimos de higiene personal, cambios posturales y erosiones en las zonas de contacto de las bandas de sujeción y piel.

La finalización de la contención se realizará tras la valoración facultativa y tras la obtención del efecto terapéutico buscado. Se ejecuta de forma progresiva, se libera cada banda con un intervalo de 10 minutos, dejando siempre dos para retirar finalmente y a la vez. A continuación se valora conjuntamente con el paciente los motivos que llevaron a la misma.

Consecuencias perjudiciales de la inmovilización de los pacientes

- Daños severos o permanentes: compresión de nervios, contracturas y muerte (por asfixia, estrangulación, PCR o fuego)
- Úlceras por presión, incontinencia urinaria o intestinal y aumento de la frecuencia de la tasa de infecciones nosocomiales.

Factores que pueden contribuir o aumentar el riesgo de muerte

- Inmovilización de pacientes fumadores.
- Inmovilización en posición supina sin elevación de la cabeza, ya que predispone al riesgo de broncoaspiración.
- Inmovilización en decúbito prono, ya que predispone al riesgo de asfixia
- Inmovilización a pacientes que se encuentran en una habitación en la que no hay observación continua del personal sanitario.
- Inmovilización de pacientes con deformidades.
- Inmovilización de mujeres embarazadas.

Materiales y Métodos

Para el siguiente trabajo se utilizó como instrumento una encuesta de tipo semiestructurada, aplicada a profesionales de la salud, pacientes, familiares de pacientes, y población en general.

Dicha encuesta consta de 10 preguntas, a partir de las cuales se obtuvo información acerca de la opinión que se tiene de las medidas de contención física, la forma en que se utilizan, como deben aplicarse, y a quien le corresponde indicarlas y en que situaciones.

Resultados

El 81% de los médicos opinan que las medidas de contención física son una herramienta útil para contener pacientes violentos, y solo un 6% opina que es un método violento. En la población general el 43% opina que es una herramienta útil y un 23% considera a la contención física como un método violento. (Gráfico 1)

El 44% de los médicos ha indicado o ha conocido personas a las cuales se les aplicaron medidas de contención física, contra el 24% en la población general. (Gráfico 2)

El 94% de los médicos avalarían las medidas de contención física (50% según la situación), mientras que solo un 6% no aprueba estas medidas. En cambio un 22% de la población general no avalaría su uso. (Gráfico 3)

El 94 % de los médicos aplicaría las medidas de contención física cuando el paciente no puede ser contenido de otra manera y presenta riesgo para sí y para terceros, solo un 6% nunca aplicaría estas medidas. En la población general esta última cifra sube a un 16%. Ninguno de los grupos estudiados aplicaría estas medidas como castigo. (Gráfico 4)

El 56 % de los médicos consideran que siempre se debe solicitar el consentimiento informado antes de aplicar medidas de contención física, el 38% que a veces y el 6% opina que nunca. En la población general el 67% opina que siempre esta medida debe aplicarse con el consentimiento informado, un 11% opina que a veces, y un 22% considera que nunca es necesario solicitar el consentimiento. (Gráfico 5)

El 73% de los médicos consideran que el consentimiento debe solicitarse al familiar del paciente, y un 13% al familiar y al mismo paciente. El 32% de la población general considera que el consentimiento debe solicitarse al familiar y el 35% al paciente y su familiar. (Gráfico 6)

La totalidad de los médicos consideran que las medidas de contención física deben ser indicadas por el médico (un 6% junto a familiares o pacientes). En la población general un 14% opina que esta medida debe indicarse por otras personas. (Gráfico 7)

El 88% de los médicos consideran que las medidas de contención física deben mantenerse hasta que el médico lo indique. En la población general esta cifra se reduce al 39%, un 37% piensa que estas medidas deben mantenerse hasta que el paciente este tranquilo y recupere el control de los impulsos o el mismo lo solicite, y un 12% considera que directamente nunca debe llegar a tomarse esta medida. (Gráfico 8)

El 46% de los médicos considera a la contención física una medida efectiva para contener pacientes, un 47% opina que lo es a veces y un 11% considera que no es efectiva. En la población general un 28% la considera una medida efectiva, un 55% piensa que a veces, y un 11% no la considera efectiva. (Gráfico 9)

La mayoría de los encuestados (médicos y población general) consideran que el primer tipo de medida de contención que debe tomarse es la contención verbal (opción c), y colocan a la contención física (opción a) en tercer o cuarto lugar, luego de la contención farmacológica (opción b). (Gráfico 10)

Conclusión

A partir de las investigaciones realizadas, pudimos evaluar los objetivos planteados.

Observamos que en la mayoría de los casos la utilización de las medidas de contención física no se realiza siguiendo un protocolo específico. Se detectó también que en determinadas situaciones su uso no estaba justificado.

Se observó que además de las lesiones físicas que suelen producirse por la utilización de este tipo de medidas, generalmente asociadas a una incorrecta forma de realizarla, también se encontró que las mismas provocan daño psicológico en algunos pacientes, generalmente traumas psíquicos por la situación vivida.

En lo que respecta a la opinión de la sociedad en general en torno a este tipo de medidas, dista un poco de la de los profesionales de la salud, pero mantiene en común el hecho de que hay situaciones que avalan su uso, mas allá de ser considerado un método violento.

En relación a su efectividad, a pesar de ser un medio que logra su objetivo, el de evitar que el paciente se dañe o dañe a otros, es una medida que en determinados pacientes hace que en los mismos en vez de menguar su agresividad o descontrol, aumente el mismo.

El punto que mas discordia generó fue si es una medida que atente contra los derechos humanos, ya que para algunos su uso esta justificado por el fin que persigue, mientras que para otros no debería utilizarse.

Creemos que es un medio que va a seguir siendo utilizado, por lo cual es necesario que las personas que indiquen su utilización y las que la realicen estén debidamente capacitadas y sigan un correcto protocolo para su utilización. Debiendo ser solo utilizado en aquellos casos en los que se justifica su uso, y cuando se han agotado todas las demás alternativas terapéuticas, dejándolo siempre como último recurso.

Queda solo a modo de concluir el planteo de un interrogante: ¿Aceptaríamos que se utilizara con

nosotros las medidas terapéuticas que indicamos a nuestros pacientes?

Encuesta:

- ¿Qué opina de las medidas de contención física utilizada en pacientes psiquiátricos?
 - a) Es un método violento
 - b) Es una herramienta útil para contener pacientes violentos
 - c) Me es indiferente
 - d) Otro (especifique)
- ¿Ha sido utilizada esta medida con Ud. o algún conocido suyo, o ha indicado que se realice?
 - a) No
 - b) Si
 - c) No sabe/ no contesta
- ¿Indicaría Ud. o avalaría la aplicación de esta medida?
 - a) No
 - b) Si
 - c) Depende de la situación
 - d) Otro (especifique)
- ¿Cuales son las situaciones en las que cree que sería conveniente aplicar estas medidas?
 - a) En ninguna, es una medida que atenta contra la integridad humana.
 - b) En aquellas situaciones en las que el paciente no puede ser contenido de otra manera, y presenta riesgo para si o para terceros.
 - c) Como castigo a aquellos pacientes que no aceptan las normas institucionales.
 - d) Otro (especifique)
- ¿Considera Ud. que debe solicitarse el consentimiento informado previamente antes de aplicar este tipo de medidas?
 - a) Siempre
 - b) A veces
 - c) Nunca
- En relación a la pregunta anterior, ¿a quienes debe solicitarse el consentimiento?
 - a) Al paciente
 - b) Al paciente y a su familiar
 - c) Al familiar del paciente
 - d) Otro (especifique)
- ¿Quien considera Ud. que debe indicar esta medida?
 - a) El médico especialista
 - b) El enfermero u otro auxiliar de medicina
 - c) Familiares y/o pacientes
 - d) Otro (especifique)
- ¿Hasta cuando considera que debe mantenerse esta medida?
 - a) No debe nunca llegar a tomarse esta medida.
 - b) Hasta que el paciente este tranquilo y recupere el control de sus impulsos, o el mismo lo solicite.
 - c) Hasta que el medico lo indique, según su criterio.
 - d) Otro (especifique)
- ¿La considera una medida efectiva para contener pacientes?
 - a) Si
 - b) No
 - c) A veces
 - d) Otro (especifique)
- ¿Cuales serian los pasos previos a seguir antes de llegar a tomar esta medida? Ordene las opciones según su criterio.
 - a) Contención Física
 - b) Contención farmacológica
 - c) Contención verbal
 - d) Otras medidas terapéuticas

Respuesta: 1° (), 2° (), 3° (),

4° ()

Edad: **Sexo:** **Profesión:**
Especialidad:

Gráfico N° 1: Opinión acerca de las medidas de contención física

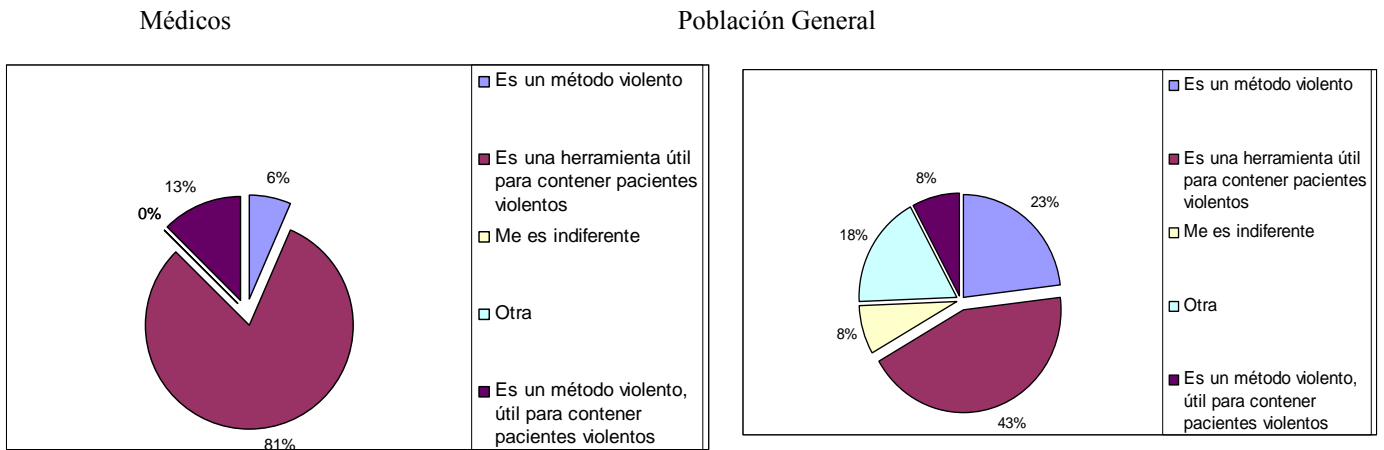


Gráfico N° 2: ¿Ha sido indicada esta medida con usted o algún conocido suyo, o ha indicado que se realice?

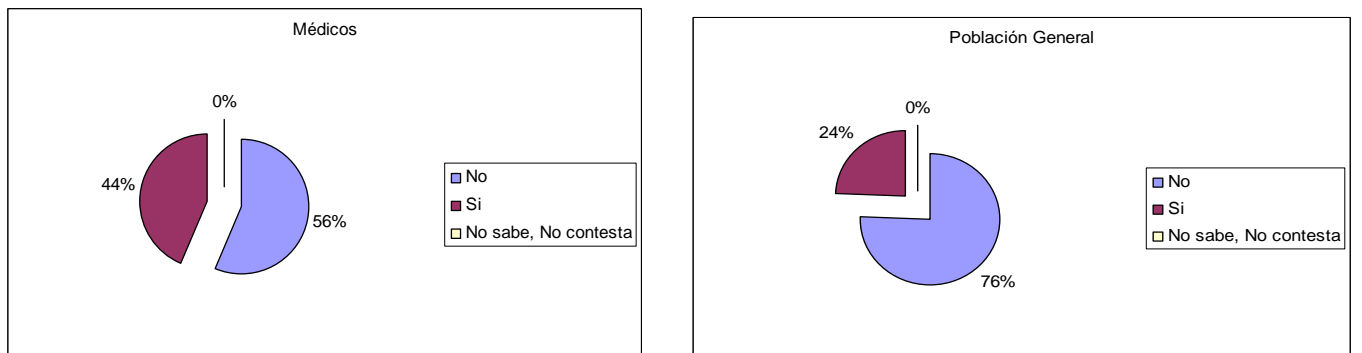


Gráfico N° 3: ¿Indicaría o avalaría la aplicación de esta medida?

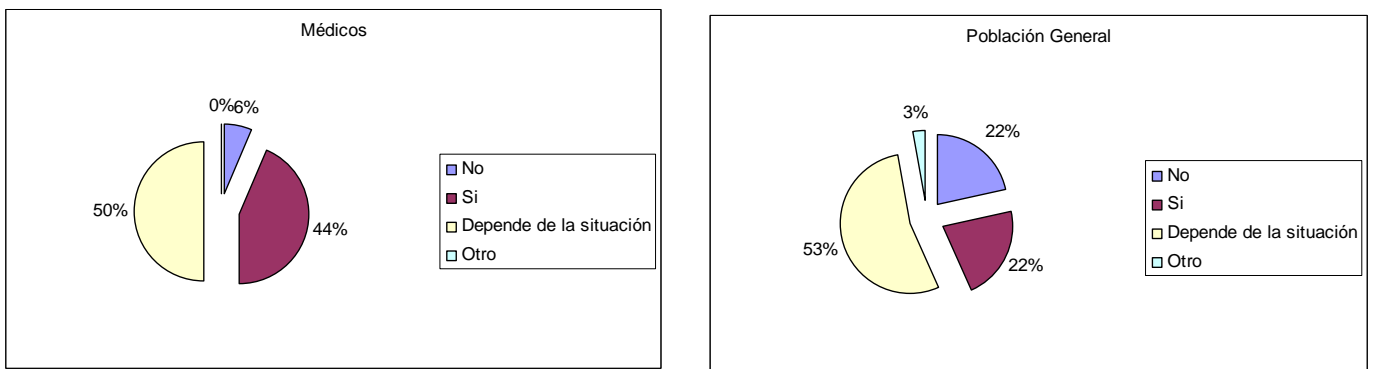


Gráfico N° 4: Condiciones en que se considera conveniente aplicar medidas de contención física

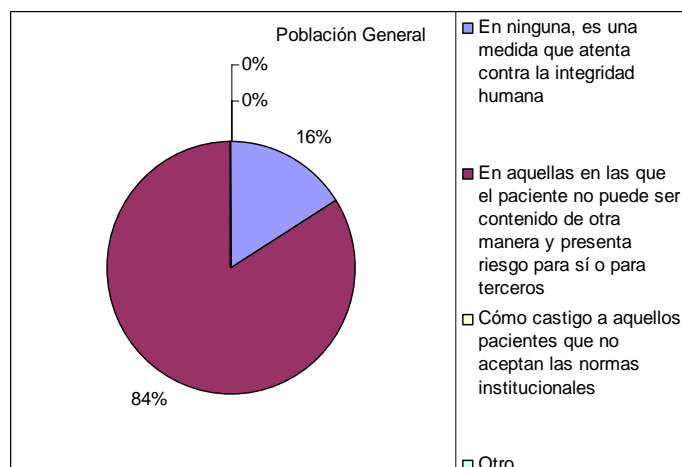
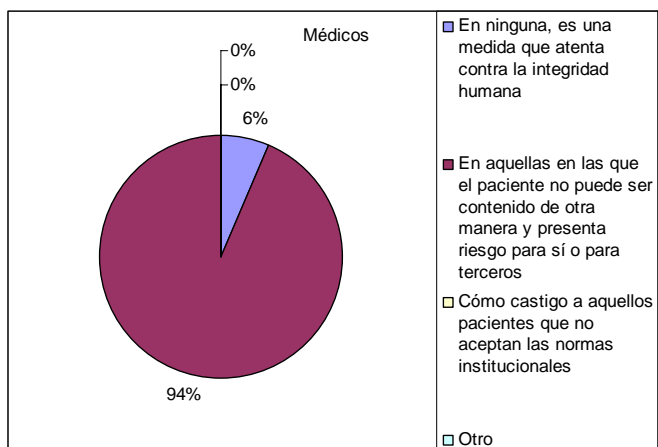
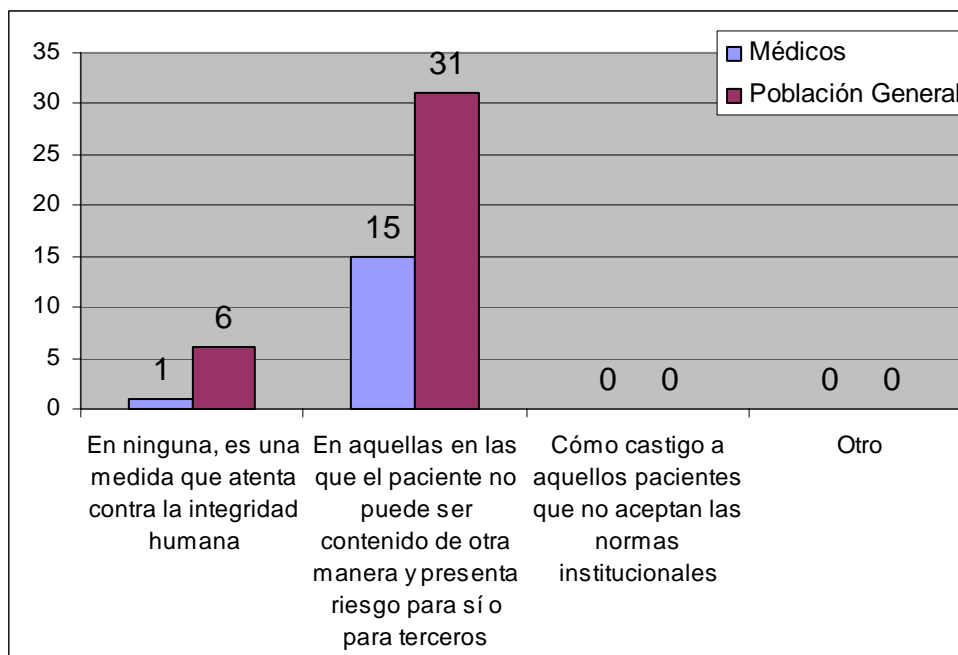


Gráfico N° 5: ¿Cuándo se considera que debe solicitarse el consentimiento informado antes de aplicar medidas de contención física?

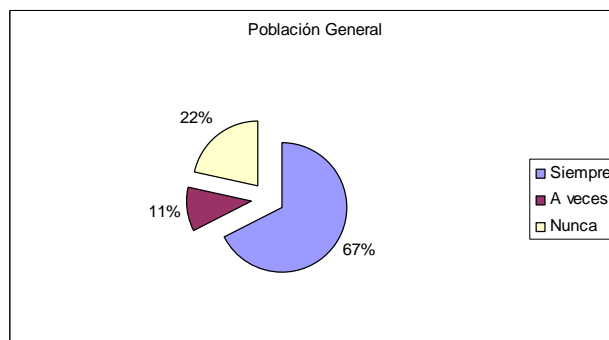
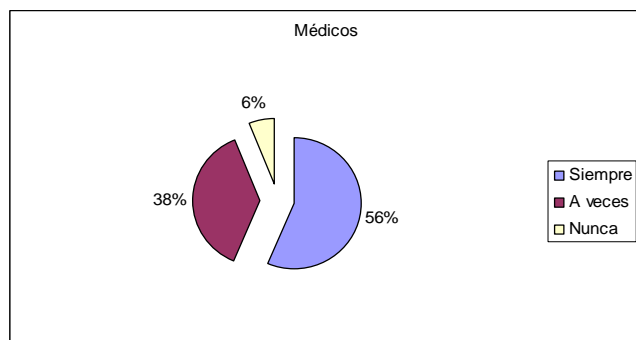


Gráfico N° 6: ¿A quien debe solicitarse el consentimiento informado?

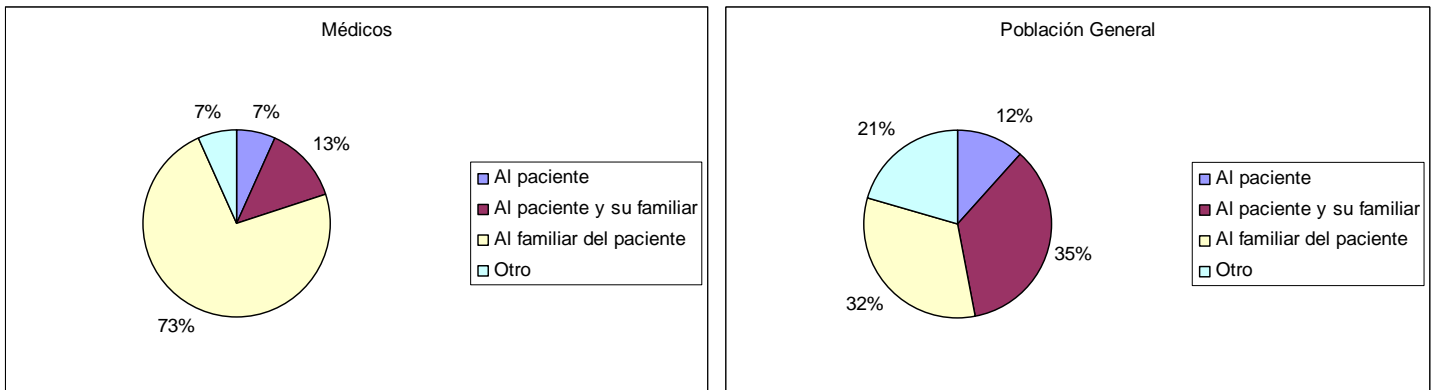


Gráfico N° 7: ¿Quién debe indicar las medidas de contención física?

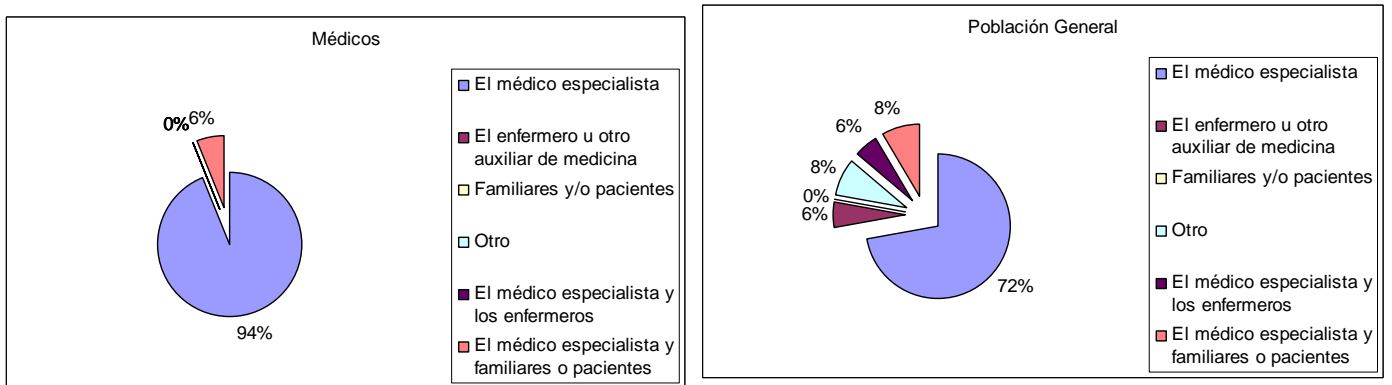


Gráfico N° 8: ¿Hasta cuando deben mantenerse las medidas de contención física?

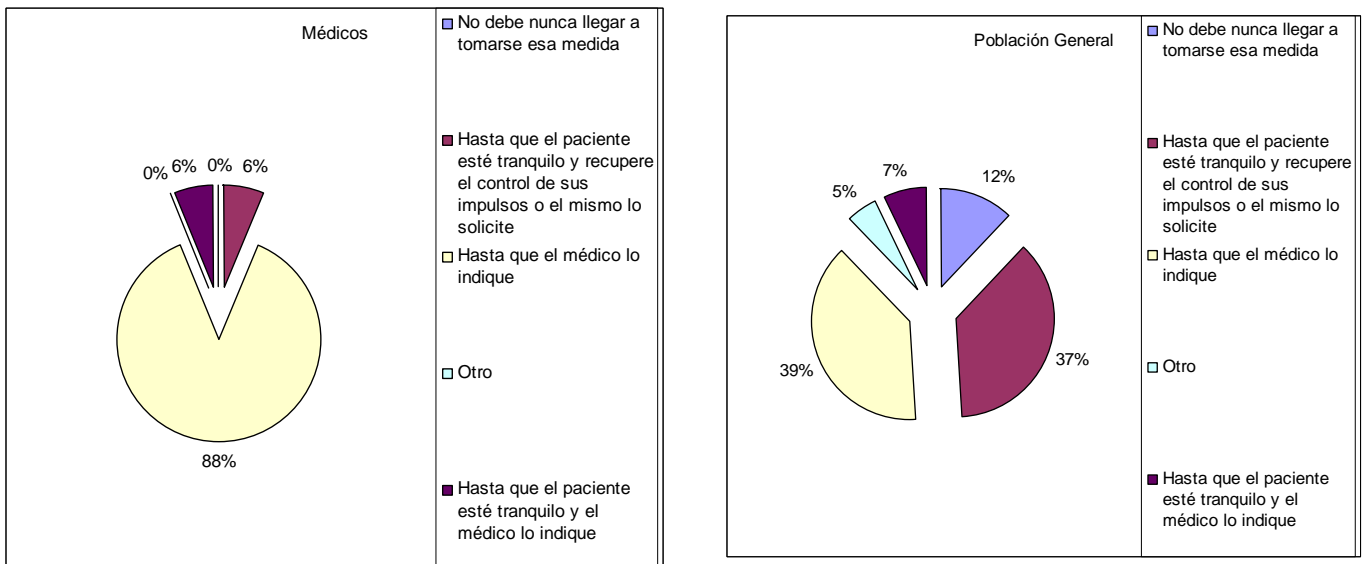


Gráfico N° 9: ¿Considera la contención física una medida efectiva para contener pacientes?

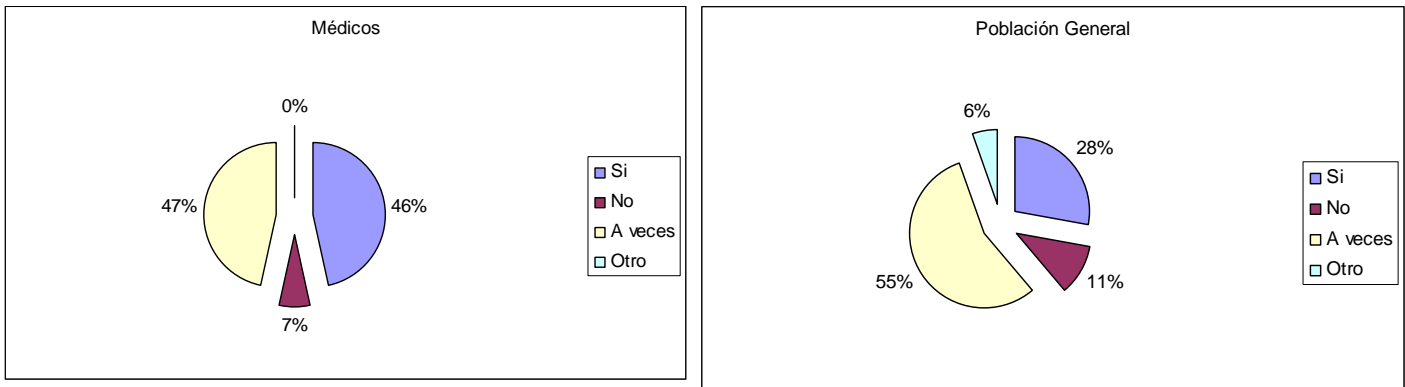
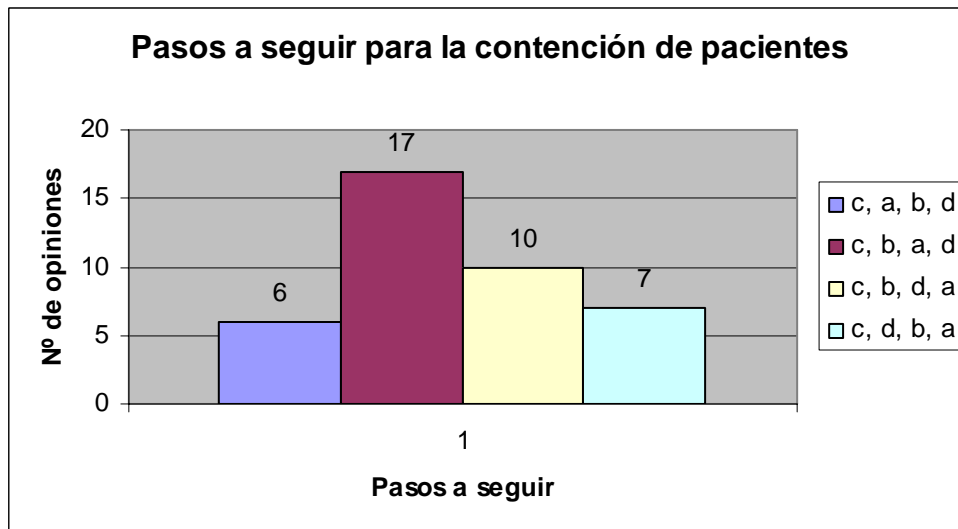


Gráfico N° 10



Bibliografía

1. Foucault M. Historia de la Locura en la Época Clásica. 1964. Edit. Fondo de Cultura Económico.
2. Foucault M. El Poder Psiquiátrico. 2003. Edit. Fondo de Cultura Económico.
3. Ey H., Bernard P., Brissey Ch. Tratado de Psiquiatría. 1965. Edit. MAsson, S.A.
4. Marchant N., Monchablon Espinoza A. Tratado de Psiquiatría. 2005. Edit. Grupo Guía.
5. Betta J.C. Manual de Psiquiatría. 2002. Edit. Centro Editor Argentino.
6. Kaplan H. I., Sadoc B. J. Manual de Psiquiatría de Urgencias. 1996. Edit. Médica Panamericana.
7. Ramos Brieva J. A. Contención Mecánica. Restricción de Movimientos y aislamiento. 1999. Edit. Masson.
8. Hyman S.E., Tesar G. E. Manual de Urgencias Psiquiátricas. 1996. Edit. Masson.
9. Fistierra.com – El paciente agitado - <http://www.fistierra.com/guias2/agitado.aspx>
10. Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria – Contención de pacientes - <http://www.faecap.com/archivo/2007/01/03/contencion-de-pacientes>
11. Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona – Contenciones físicas y/o mecánicas: aspectos éticos y legales - http://www.arrakis.es/~seegg/documentos/doc_int/contencion_colg_barcelona.pdf
12. Alerta de seguridad en atención sanitaria – Alerta N°5: precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes - <http://www.fadq.org/upload/files/Alerta%205%20Inmovilizacion01.pdf>
13. Informaciones Psiquiátricas - Primer trimestre 2004. Número 175 - Protocolos

- que regulan el uso de medidas restrictivas en el curso de la hospitalización -
http://www.revistahospitalarias.org/info_2004/01_175_04.htm
14. Gesma – Contención mecánica -
http://www.gesma.org/pdf/Enfermeria/Enfermeria_en_salud_mental/Procolos_y_Procedimientos/Protocolo_de_contencion_Mecanica.pdf
15. Guías Clínicas 2005 – El paciente agitado -
http://www.fernocas.com/descargas/paciente_agitado.pdf
16. HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS. Abril 2005-
http://www.fundacionmanantial.org/ssm_area_3/programas/guias/guia_contencion.pdf

COMPARACIÓN ENTRE LA MORTALIDAD DE SUJETOS NACIDOS EN ITALIA Y FALLECIDOS EN ARGENTINA, SUJETOS NACIDOS Y FALLECIDOS EN ITALIA Y SUJETOS NACIDOS Y MUERTOS EN ARGENTINA. AÑO 2000.

Autores: Dr. Luis Horacio Parodi; Dr. Héctor David Martínez; Dr. Mario Francisco Ramello; Lic. Maria Laura Tavella; Mgter. Maria Cristina González de Mene

Magíster en Gerontología y Especialidad en Geriátrica -Facultad de Ciencias Médicas – Universidad Nacional de Córdoba

INTRODUCCIÓN

El proyecto nace de la hipótesis, hoy bastante acreditada, que muchas enfermedades son el fruto de la interacción de factores genéticos y ambientales.

De esta hipótesis nace la idea de estudiar mediante un modelo natural el diferente impacto que puede tener el ambiente en la modificación de la historia natural de algunas enfermedades.

El modelo natural que más fácilmente satisface el requerimiento metodológico es aquel de la población emigrada y establecida en un ambiente muy diferente de aquel de origen.

En un rápido análisis emerge que el modelo de los italianos emigrados a la Argentina puede responder a esta pretensión: ambiente y estaciones invertidas, estilo de vida alimentaria diferente, diversa estructura social, exigua tasa de retorno, importante flujo migratorio entre los años 1920 y 1960 que garantiza un período de exposición ambiental suficientemente largo.

El análisis de la mortalidad se ha usado, y se usa, para determinar con bastante evidencia el estado de salud de un pueblo o una cierta región. Para ello utilizaremos la comparación entre las tasas estandarizadas de mortalidad de los sujetos que habiendo nacido en Italia fallecieron en Argentina, aquellos que nacieron y murieron en Italia y aquellos que nacieron y murieron en Argentina. Tendremos tres grupos de sujetos que llamaremos Ítalo-argentinos (nacidos en Italia y emigrados a Argentina), argentinos (nacidos y residentes en Argentina) y italianos (nacidos y residentes en Italia).

Las tasas, estandarizadas, serán calculadas para grandes grupos de enfermedades (según CIE X) por edad y sexo. El proyecto está diseñado para ser realizado en un solo año.

OBJETIVOS

Objetivo General.

- Analizar y comparar las tasas de mortalidad estandarizadas entre los sujetos "Ítalo-argentinos", "argentinos" e "italianos"².

² "Ítalo-Argentinos" sujetos que habiendo nacido en Italia residen habitualmente en Argentina. "Argentinos", sujetos nacidos y que residen habitualmente en Argentina. "Italianos", sujetos que residen habitualmente en Italia. Para la definición de los grupos se ha tomado como referencia al lugar de

Objetivos Específicos

- Establecer y estandarizar las tasas de mortalidad de sujetos nacidos en Italia y fallecidos en Argentina. Año 2000.
- Establecer y estandarizar las tasas de mortalidad de sujetos nacidos y fallecidos en Argentina. Año 2000.
- Establecer y estandarizar las tasas de mortalidad de sujetos nacidos y fallecidos en Italia. Año 2000.
- Comparar las tasas de mortalidad para los tres grupos de sujetos.

Material y Métodos

Para el logro de los objetivos se utilizarán los siguientes materiales:

- Bases de datos de la mortalidad en Argentina donde consta edad, sexo, causa de muerte y País de nacimiento. Año 2000. Provista por la Dirección Nacional de Estadísticas de salud.
- Total de la población nacida en Italia y que reside habitualmente en Argentina según Censo Nacional de Población y Viviendas 2001. Provista por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INDEC).
- Total de la población nacida en Argentina y que reside habitualmente en Argentina según Censo Nacional de Población y Viviendas 2001. Provista por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INDEC).
- Estructura de la población de Italia para el año 1991.
- Tasas de mortalidad estandarizadas en Italia para el año 2000. La estandarización de estas tasas se ha realizado teniendo como población tipo a la población de Italia del año 1991. Provista por: Banca Dati Sanitaria Farmaceutica. ISTAT. La mortalità per causa nelle Regioni Italiane. Anni 2000 e 2002. Publicación on line del 23/09/2004.

La metodología a utilizar en el presente trabajo será la habitual e internacionalmente recomendada para este tipo de investigaciones.

De la base de datos de la mortalidad en Argentina año 2000, se seleccionarán aquellos sujetos que tienen como país de nacimiento Argentina y se

nacimiento y la residencia habitual. Estas categorías difieren sustancialmente con el concepto jurídico de nacionalidad.

realizaran tablas de distribución de frecuencias por edad, sexo y grandes grupos de causas de muerte según normativas del Código Internacional de Enfermedades (CIE X.) El mismo procedimiento se realizará para seleccionar aquellos sujetos que tienen como país de nacimiento a Italia, realizándose también tablas de distribución de frecuencias por edad sexo y causas de muerte.

La población de sujetos, nacidos en Italia y que reside habitualmente en Argentina para el año 2000, se estimará teniendo en cuenta los datos de los Censos Nacionales de Población y Viviendas de los años 1991 y 2001. Se determinará la tasa de crecimiento media anual para la década, y luego se estimará la población que habiendo nacido en Italia residía habitualmente en la Argentina en el año 2000. El mismo procedimiento se realizará para estimar la población de sujetos que nacidos en Argentina residían

habitualmente en ella. Ambas estimaciones se realizarán por edad y sexo.

Las tablas de distribución de frecuencias por edad se agruparán por grupos de edad quinquenales si incluir a los menores de un año en ambos grupos de sujetos.

Con los datos de la mortalidad y los datos de la población se calcularán las tasas brutas de mortalidad por edad, sexo y grandes grupos de causas de muerte. Estas tasas se estandarizarán teniendo como población tipo o población de referencia a la estructura por edad y sexo de la población de Italia para el año 1991 de manera tal de homogeneizar las tasas estandarizadas con aquellas que vienen calculadas desde Italia garantizando así la comparabilidad.

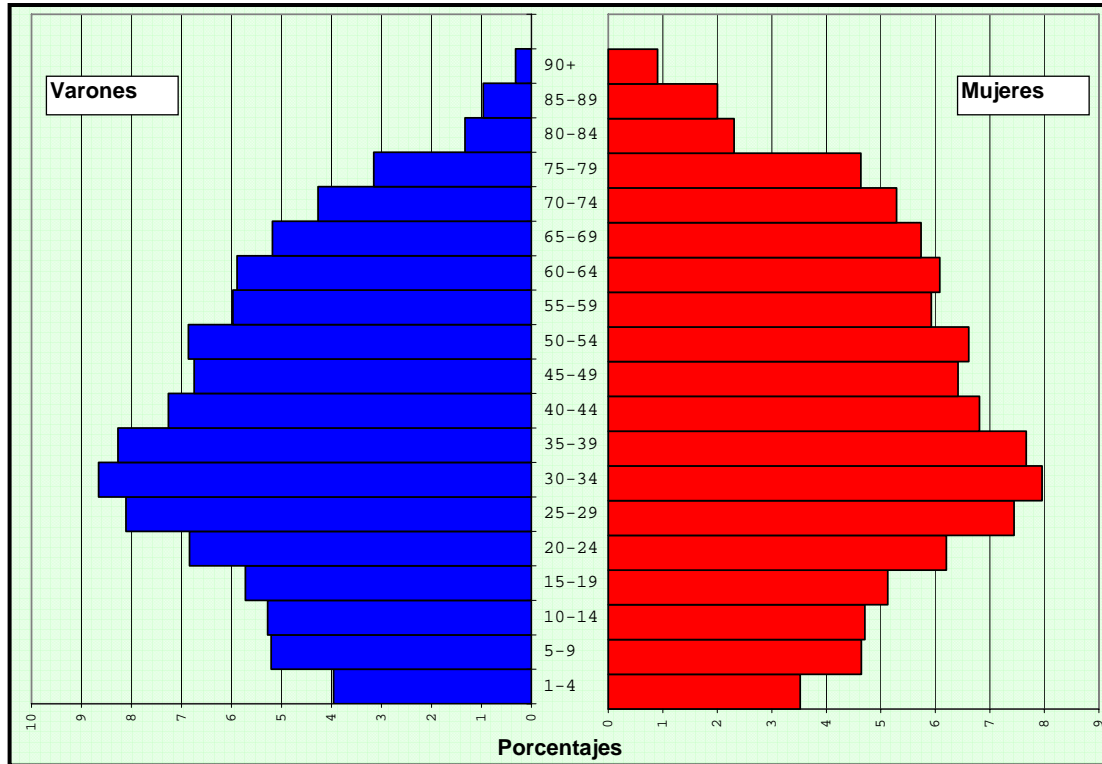
Con los datos así obtenidos se realizarán las comparaciones a través de tablas y gráficos ilustrativos

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Previo a la realización de las comparaciones, observaremos las distintas estructuras de las poblaciones a comparar. Como se percibe en el Gráfico N° 1, la pirámide de población de "italianos"³ presenta una marcada característica de una población con una clara tendencia al envejecimiento o ya envejecida.

³ Población residente en Italia en el año 2000.

Gráfico N° 1 Población de Italianos. Año 2000
(Porcentaje sobre el total de cada sexo)



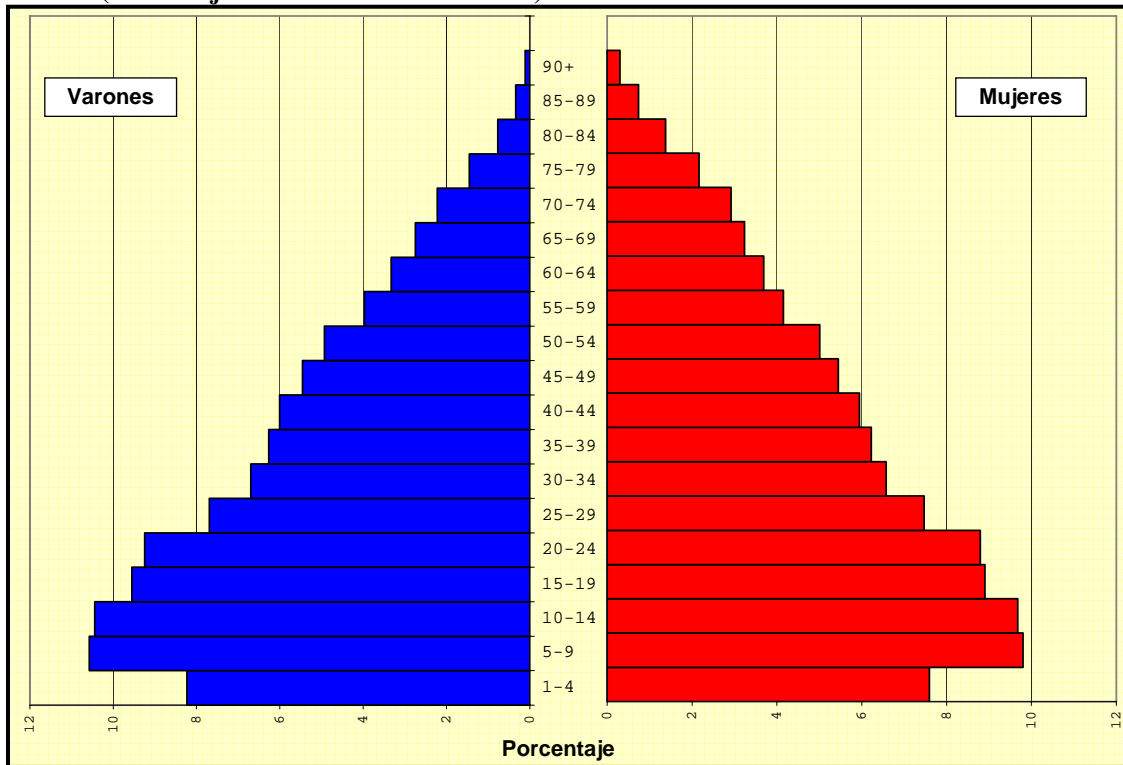
Fuente de datos: Banca Dati Sanitaria Farmaceutica. ISTAT.

La proporción de sujetos de 1-4 años es casi la misma que la de sujetos de 75-79 años con una marcada tendencia a la feminización, esto es con un índice de masculinidad menor a cien, fundamentalmente en la población mayor de 50 años. Típica población envejecida, debido a un descenso de la natalidad y una mayor expectativa de vida.

En tanto que en el Gráfico N° 2 se observa, en la pirámide de población de "argentinos"⁴, una característica forma piramidal. También se percibe que la proporción de sujetos de 1 a 4 años esta relativamente disminuida. Esto podría deberse a un incipiente proceso de envejecimiento poblacional, que solo con el transcurso del tiempo podrá verificarse.

⁴ Sujetos nacidos y que residen habitualmente en la Argentina

Gráfico N° 2 Población de nacidos y residentes en Argentina. Año 2000
(Porcentaje sobre el total de cada sexo)



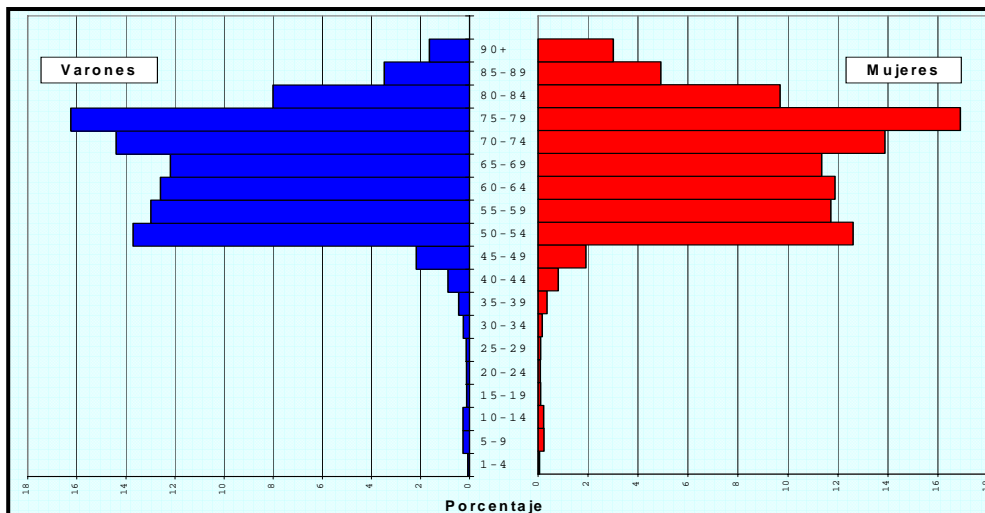
Fuente de datos: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). Censo de población y viviendas del 2001.

Hasta ahora hemos analizado las poblaciones de "argentinos" e "italianos", y hemos detectado las diferentes estructuras y composición de las mismas y podemos asegurar, sin temor a equivocarnos, que ambas poblaciones difieren en tamaño, estructura, composición e índice de masculinidad. La población "italiana", en su distribución, tiene una clara tendencia hacia la ojiva, mientras que la de "argentinos" una marcada forma piramidal con un incipiente proceso de envejecimiento.

Analizamos ahora la estructura de la población de "italo-argentinos"⁵.

Como podemos verificar en el Gráfico N° 3, se trata de una población totalmente envejecida, que no ha recibido aportes en los últimos años.

Gráfico N° 3 Población de nacidos en Italia y residentes en Argentina.
Año 2000 (Porcentaje sobre el total de cada sexo)



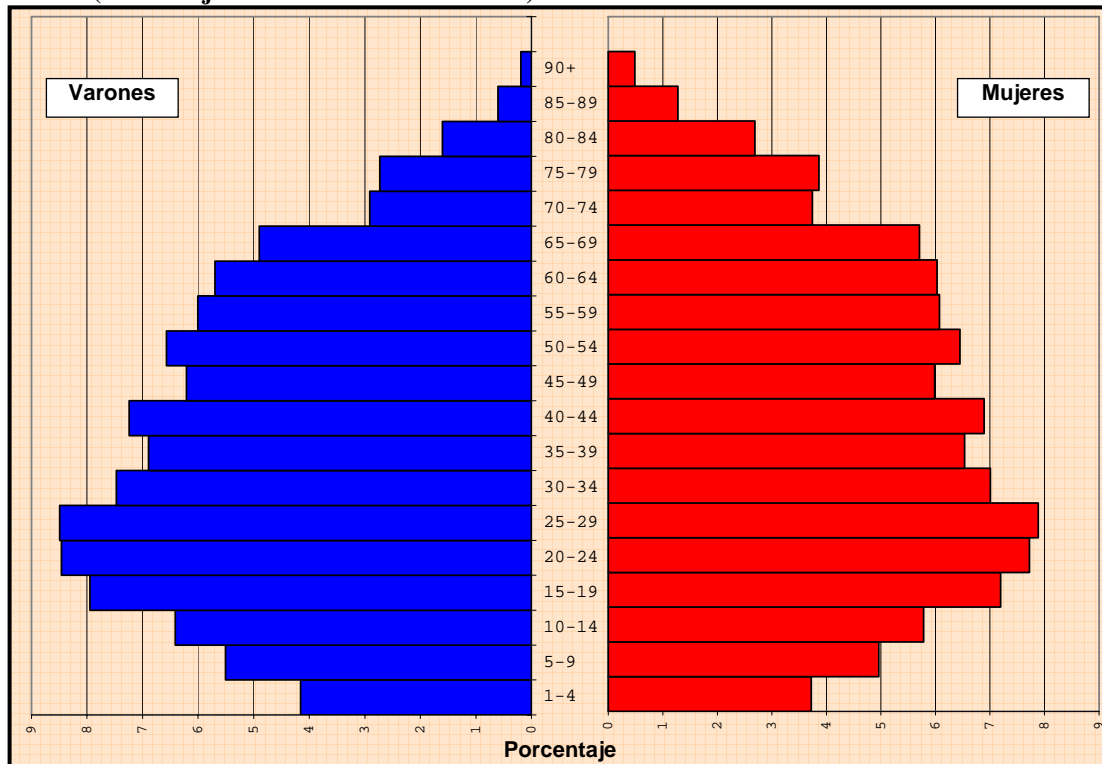
Fuente de datos: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). Censo de población y viviendas del 2001.

⁵ Población de sujetos que habiendo nacido en Italia residían en Argentina en el año 2000.

Vemos una bajísima proporción de sujetos menores de 49 años. Se trata, casi con seguridad, de inmigrantes arribados al país en la primera mitad del siglo XX, donde la gran mayoría de los sujetos presenta edades superior a los 50 años. Podríamos decir que se trata de una población en vías de extinción. Sin lugar a dudas, esta extraña composición se vera reflejada en las tasas de mortalidad, aún después de estandarizarlas. Retomaremos este punto cuando hablemos de las tasas de mortalidad.

Para realizar las comparaciones entre las tasas de mortalidad, después de establecidas las profundas diferencias entre las poblaciones, se decide estandarizar las tasas, tomando como población tipo o de referencia a la población de Italia en el año 1991⁶.

Gráfico N° 4 Población de Italia en el año 1991.
(Porcentaje sobre el total de cada sexo)



Fuente de datos: Banca Dati Sanitaria Farmaceutica. ISTAT.

EFECTO DE LA ESTANDARIZACIÓN EN LAS TASAS DE MORTALIDAD.

Es por todo conocido el efecto que tiene la estructura por edades de la población en las tasas de mortalidad. Poblaciones que tienen una distinta composición estructural, fundamentalmente edad y sexo, dan por resultado tasas de mortalidad que podrían inducir al error al compararlas sin ningún tratamiento. Para corregir el efecto estructural se procede a estandarizar las tasas de mortalidad y así realizar las comparaciones.

Cuadro N° 1 Tasas brutas de mortalidad, observada y estandarizada para "Italianos", "argentinos" e "íto-argentinos". Año 2000.

Sujetos	Tasas ⁷		Efecto estructural
	Observada	Estandarizada	
"Italianos"	97.59	79.14	18.45
"Argentinos"	59.65	94.91	-36.26
"Íto-Argentinos"	395.56	142.79	252.77

⁶ Los datos de mortalidad de "italianos" vienen estandarizados sobre ésta población tipo o de referencia. Para garantizar la comparabilidad hemos tomado la misma.

⁷ Las tasas están indicadas por 10.000 habitantes

Como se percibe en el Cuadro N° 1, las tasas brutas de mortalidad observadas, difieren entre sí, dando como resultado que la mortalidad de "Italianos" (97,59 ‰) es mucho más alta que la de "Argentinos" (59,65 ‰). Cuando ambas tasas se estandarizan, tomando como población tipo a la de Italia del año 1991, retándole el efecto estructural de la composición por edad, el fenómeno cambia, resultando que la mortalidad de "Argentinos" (94,91 ‰) es mayor que la de "Italianos" (79,14 ‰). La última columna del Cuadro N° 1, da cuenta de la magnitud del efecto estructural en cada una de las poblaciones. En el caso de los "Italianos" la tasa de mortalidad observada (97,59 ‰) es mayor que la estandarizada (79,14 ‰) siendo la diferencia (18,45 ‰) el efecto estructural que deriva de que la población de "Italianos" del año 2000 está más envejecida que la del año 1991.

Un fenómeno similar, pero inverso, se detecta si analizamos la mortalidad de "Argentinos". La mortalidad observada (59,65 ‰) es menor que la mortalidad estandarizada (94,91 ‰) existiendo un efecto estructural (-36,26 ‰). La tasa de mortalidad estandarizada es mayor a la observada debido a que la población de "Argentinos" es más joven, menos envejecida, que la población tipo, esto es la de Italia del año 1991.

Un párrafo aparte merece el análisis del efecto estructural de los "Ítalo-Argentinos". Como ya señaláramos y observáramos en el análisis del Gráfico N° 3 se trata de una población sumamente envejecida y en vías de extinción ya que no ha recibido aportes significativos en los últimos 50 años. En este caso el efecto estructural es dramático. La tasa observada (395,56 ‰) es casi tres veces mayor que la tasa estandarizada (142,79 ‰). El efecto estructural (252,77 ‰) es revelador de esta situación. La tasa de mortalidad

bruta estandarizada pasa a ser la mayor de las tres poblaciones comparadas. Dejamos para más adelante, cuando analicemos la mortalidad estandarizada por grandes grupos de edad, las consideraciones sobre donde se producen estas diferencias.

En conclusión, si tomamos las tasas brutas de mortalidad estandarizadas, advertimos que la tasa de mortalidad de "Argentinos" es mayor que la similar de "Italianos" y suspendemos el juicio con respecto a la tasa de los "Ítalo-Argentinos" para cuando analicemos las tasas por grandes grupos de edades.

Ahora bien, si realizamos un análisis similar, pero estratificando por sexo, como se puede verificar en el Cuadro N° 2, concluimos que:

- La diferencia entre las tasas brutas de mortalidad estandarizadas de "Italianos" vs. "Argentinos" se origina principalmente entre las mujeres, (61,06 ‰ vs. 84,57 ‰ respectivamente) no constatándose diferencias significativas entre los varones (104,96 ‰ vs. 105,89 ‰).
- El diferente efecto estructural que se constata entre varones y mujeres "Italianos", queda para un análisis de contenido más demográfico y por lo tanto excede los objetivos de este trabajo.
- La mortalidad de las mujeres es menor que la de los varones en ambas poblaciones siendo esta diferencia de mayor magnitud en la población de "Italianos" que la de "Argentinos".

Cuadro N° 2 Tasas brutas de mortalidad, observada y estandarizada por País de Nacimiento y sexo. Año 2000.

Sujetos	Tasas					
	Observada		Estandarizada		Efecto estructural	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
"Italianos"	100.76	94.60	104.96	61.06	-4.02	33.54
"Argentinos"	66.80	52.82	105.89	84.57	-39.09	-31.75
"Ítalo-Argentinos"	455.62	343.41	164.47	122.36	291.15	221.05

MORTALIDAD POR PAÍS DE NACIMIENTO Y GRANDES GRUPOS DE EDAD

Como hemos podido apreciar, las tasas brutas estandarizadas difieren entre "Italianos", "Argentinos" e "Ítalo-Argentinos". Analicemos ahora las tasas de mortalidad desagregadas por grandes grupos de edad, intentando conocer cual es el comportamiento de estas tasas en cada grupo de edad y en cada una de las poblaciones investigadas. Para el logro de este objetivo hemos construido el Cuadro N° 3 y el Gráfico N° 5.

Cuadro N° 3 Tasas estandarizadas por grandes grupos de edad⁸ y país de nacimiento. Año 2000

Edad	Italianos	Argentinos	Ítalo-Argentinos
1-14	1,51	3,42	62,39
15-34	5,90	9,71	100,29
35-59	25,84	43,11	50,87
60-79	190,98	241,59	256,50
80 y más	1.002,94	993,44	1.155,17
Total	79,14	94,91	142,79

En el Cuadro N° 3 observamos que, gran parte de las diferencias observadas en las tasas brutas estandarizadas se producen en los rango de edades que van de 1 a 34 años. Si bien se observan diferencias en los grupos de edad de 35 hasta 80 y más años estas diferencias no tienen la magnitud e intensidad que se aprecia en las primeras.

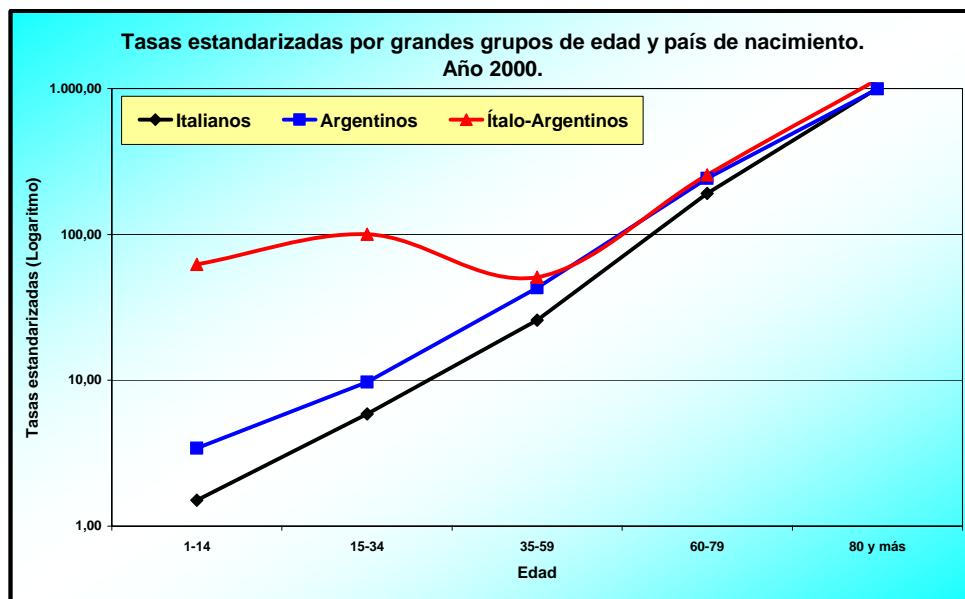
Para poder comprender con mayor claridad la magnitud de estas diferencias recurrimos a las relaciones que hay entre las distintas tasas. Si tomamos como base a la tasa de mortalidad de los "Italianos" en el grupo de edad de 1-14 años, tenemos que por cada punto de mortalidad de "Italianos" tenemos 2,26 puntos de mortalidad de "Argentinos", esto es de 1: 2,26. Si la relación se establece con los "Ítalo-Argentinos" esta es de 1: 41,32.

Si se establecen las mismas relaciones en el grupo de edad de 15-34 años, tenemos que la relación "Italianos" vs. "Argentinos" es de 1:1,65, si la relación es con los "Ítalo-Argentinos", tenemos que la misma es de 1:16,99.

Como puede observarse en el Cuadro N° 3 las tasas más extremas para estos grupos de edad corresponden a "Ítalo-Argentinos". En el resto de los grupos de edad (35 a 80 o más años) las relaciones y por ende las diferencias son menos extremas que en las edades jóvenes, fundamentalmente si la comparación se realiza contra los "Ítalo-Argentinos".

Para apreciar con más detenimiento estas diferencias hemos construido el Gráfico N° 5.

Gráfico N° 5.



En el Gráfico N° 5 se puede apreciar con más claridad estas diferencias. Para ello no hemos valido de un gráfico de escala semilogarítmica. Este tipo de gráfico tiene la particularidad, comparado con el de escala aritmética, que muestra con mayor claridad las diferencias relativas. En un gráfico convencional (escala Aritmética) se aprecia, en forma visual, las diferencias absolutas, mientras que en un gráfico semilogarítmico, lo que se aprecia son las diferencias relativas. En un gráfico aritmético, un punto que esta 5 unidades arriba de otro aparecerá a la misma distancia independientemente de que se esté pasando de por ejemplo, 5 a 10 o de 200 a 205, pero un cambio de 5 a 10 significa un aumento proporcionalmente mayor (un 100% de aumento), mientras que si el cambio es de 200 a 205, el incremento relativo es de apenas un 2,5%.

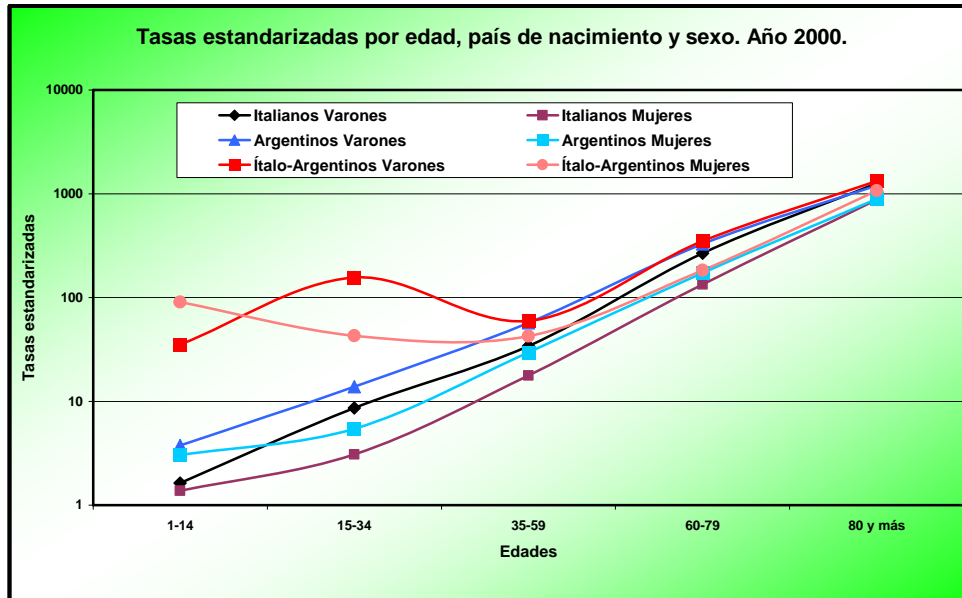
⁸ Tasas estandarizadas en el interior de cada grupo de edad.

Análisis similares podrían realizarse si se estratifica teniendo en cuenta el sexo. El Cuadro N° 4, y el Gráfico N° 6 nos permite apreciar las diferencias.

Cuadro N° 4 Tasas estandarizadas por grandes grupos de edad, país de nacimiento y sexo. Año 2000

Edad	Italianos		Argentinos		Ítalo-Argentinos	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Ene-14	1,63	1,38	3,77	3,04	35,41	90,63
15-34	8,63	3,08	13,86	5,46	156,28	43
35-59	34,17	17,72	56,96	29,66	59,29	42,7
60-79	266,54	133,43	328,95	172,46	349,98	182,54
80 y más	1.257,07	878,73	1.194,90	891,29	1.329,24	1.066,90
Total	104,96	61,06	105,89	84,57	164,47	122,36

Gráfico N° 6



Después de lo observado en los párrafos anteriores podríamos concluir que:

- Existen diferencias entre las tasas de mortalidad en los distintos grupos de edad.
- Estas diferencias se presentan con mayor magnitud en los grupos de edad más jóvenes, eso es en las edades que van de 1 a 34 años.
- Las diferencias extremas que se observan en las tasas de los "Ítalo-Argentinos", en estos grupos de edad (1 a 34 años), con respecto a los "Italianos" y los "Argentinos", podrían deberse a la falta de estabilidad en estas tasas, ya que han sido calculadas en una población con un escaso número de individuos, como ya observáramos al analizar las estructuras de las distintas poblaciones.
- El mismo fenómeno se observa cuando las tasas se estratifican por sexo.

MORTALIDAD POR PAÍS DE NACIMIENTO Y GRANDES GRUPOS DE CAUSAS

En la Argentina desde el año 1998 se utiliza el Código Internacional de Enfermedades en su décima revisión (CIE-10) en cambio en Italia se utiliza el Código Internacional de Enfermedades en su novena revisión (CIE-9). A los efectos de compatibilizar el análisis y garantizar la comparabilidad es que se presenta la Tabla N° 1 donde se deja establecido que es lo que incluye cada uno de los grandes grupos de causas con sus respectivos códigos según sea la décima o novena revisión.

Tabla N° 1 Grandes grupos de enfermedades y sus códigos. Décima y novena revisión.

Descripción	CIE-10	CIE-9
Tumores	C00-D48	140-239
Diabetes Mellitus	E10-E14	250
Sistema Nervioso	G00-H95	320-389
Sistema Circulatorio	I00-I99	390-459
Aparato Respiratorio	J00-J99	460-519
Aparato Digestivo	K00-K93	520-579
Accidentes y Violentas	V01-Y89	E800-E999
Otras Causas	El resto	El resto

Si prestamos atención a los datos del Cuadro N° 5 y el Gráfico N° 7, donde se muestran las tasas estandarizadas por país de nacimiento y grandes grupos de causas, observamos que, los "italianos" comparten con los "íto-argentinos" tasas similares en Tumores, con diferencias proporcionales⁹ que no llegan al -0,3% y diabetes mellitus, con diferencias del -9,5%, destacándose que en Tumores, en ambos casos son superiores a la de los "argentinos" en una proporción que está en torno al 17,7% y en diabetes, en ambos casos, son inferiores a las tasas de "argentinos" en una proporción de -26,1%.

Si lo que consideramos es Sistema Nervioso, observamos que los "italianos" superan a los "íto-argentinos" y estos a su vez superan a los "argentinos" con diferencias que son mínimas pero atendibles. Las diferencias proporcionales en diabetes son: "italianos" vs. "argentinos" 40,1%; "italianos" vs. "íto-argentinos" 28,6%; "argentinos" vs. "íto-argentinos" -19,1%.

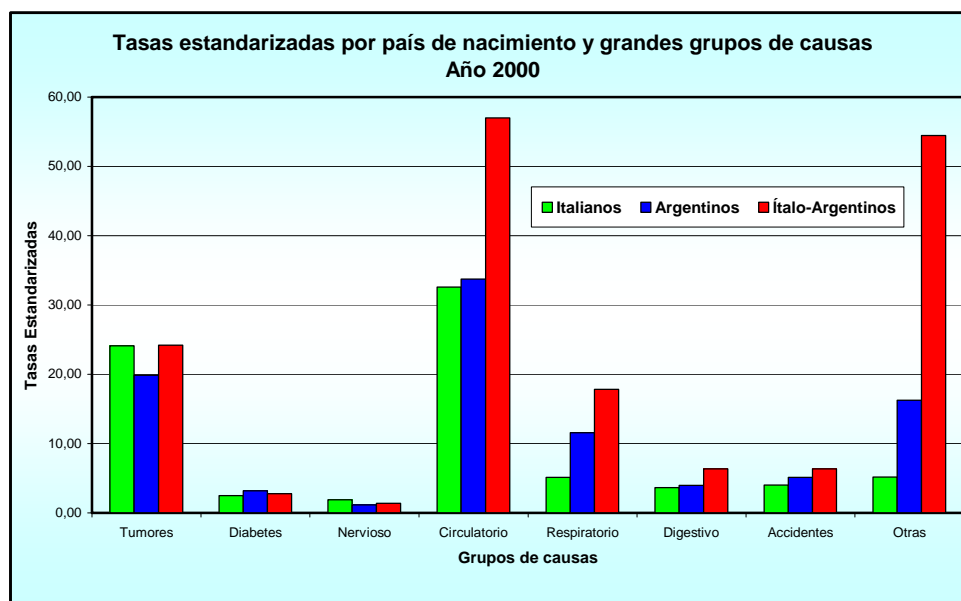
En el Sistema Circulatorio detectamos que "italianos" y "argentinos" poseen tasas similares con diferencias de entorno al -3,6% y que son inferiores a las de los "íto-argentinos". La diferencia entre "italianos" y "argentinos" comparado con "íto-argentinos" supera, en este caso, el -74,9%. Similar descripción podría realizarse al considerar el Aparato Digestivo, estando la diferencia en torno al -73,4%.

Cuadro N° 5 Tasas estandarizadas por país de nacimiento y grupos de causas. Año 2000

Grupos de causas	País de nacimiento		
	"Italianos"	"Argentinos"	"Íto-Argentinos"
Tumores	24,13	19,84	24,21
Diabetes	2,52	3,18	2,76
Nervioso	1,92	1,15	1,37
Circulatorio	32,58	33,76	57,01
Respiratorio	5,13	11,58	17,83
Digestivo	3,65	3,97	6,33
Accidentes	4,03	5,16	6,34
Otras	5,18	16,23	54,46
Todas	79,14	94,86	142,79

⁹ Con la finalidad de clarificar el cálculo de las diferencias proporcionales, se deja constancia, que el criterio utilizado para el cálculo, ha sido, tomar siempre como base sobre la cual se establecen las proporciones al grupo que se menciona en primer lugar.

Gráfico N° 7



El

Respiratorio es el que presenta mayor variabilidad siendo la tasa de "italianos" la de menor magnitud y la de "italo-argentinos" la de mayor magnitud, ubicándose la de los "argentinos" entre ambas. Las diferencias proporcionales entre: "italianos" e "italo-argentinos" son de aproximadamente -247,5%; entre "italianos" y "argentinos" -125,7%; entre "argentinos" e "italo-argentinos" -53,9%.

Si lo que consideramos son los accidentes y violentas vemos que las tasas menores corresponden a "italianos" siguiéndole la de los "argentinos" y por último la mayor de todas la de los "italo-argentinos". Las diferencias proporcionales son: "italianos" vs. "argentinos" -28,0%; "italianos" vs. "italo-argentinos" -57,3%; "argentinos" vs. "italo-argentinos" -22,8%.

Si lo que consideramos ahora, es la categoría residual Otras Causas, observamos la gran variabilidad que hay entre ellas. Las tasas de "italo-argentinos" son muy superiores a las de "argentinos" e "italianos". Las diferencias proporcionales entre ellas son: la de "italianos" vs. "argentinos" -213,3%; la de "italianos" vs. "italo-argentinos" -951,3%; y la de "argentinos" vs. "italo-argentinos" -235,5%. Diferencias proporcionales muy grandes y difíciles de explicar. Será motivo de una nueva investigación indagar que es lo que ocurre con esta categoría residual. Por el momento suspendemos el juicio sobre la interpretación de estas diferencias hasta tanto se cuenten con análisis más detallados de estas Otras Causas.

Cuando analizamos las diferencias proporcionales que se observan en la totalidad de las causas vemos

Aparato

que las tasas de mortalidad de los "italianos" es menor a la de los "argentinos" y estas a su vez son menores a la de los "italo-argentinos". Esas diferencias proporcionales son: las de "italianos" vs. "argentinos" -19,8%; las de "italianos" vs. "italo-argentinos" -80,4% y las de "argentinos" vs. "italo-argentinos" -50,5%.

Es posible, y solo a manera de hipótesis lo enunciamos, que una parte importante de las diferencias en las tasas de mortalidad en todas las causas este explicada por las diferencias dadas en la categoría residual Otras Causas.

MORTALIDAD POR PAÍS DE NACIMIENTO, GRANDES GRUPOS DE CAUSAS Y SEXO.

Observaremos ahora que ocurre con las tasas de mortalidad cuando las desagregamos por sexo. Para ello hemos construido los Cuadros N° 6 y 7 y los Gráficos N° 8 y 9 para varones y mujeres respectivamente. De momento atendamos al Cuadro N° 6 y al Gráfico N° 8 para analizar la mortalidad por país de nacimiento y grandes grupos de causas para varones.

En el caso de Tumores, entre los varones, tenemos que las tasas de "italianos" es superior al de "italo-argentinos" y estas a su vez son superiores a la de "argentinos". Las diferencias relativas entre estas se resumen en: "italianos" vs. "italo-argentinos" 11,3%; "italianos" vs. "argentinos" 33,5% y la de "argentinos" vs. "italo-argentinos" -33,3%.

En el caso de los varones fallecidos por Diabetes Mellitus se tiene que los "argentinos" aventajan a los "italo-argentinos" y estos a su vez a los "italianos" en distintas diferencias proporcionales

que se resumen a continuación: "italianos" vs. "argentinos" -28,0%; "italianos" vs. "íto-

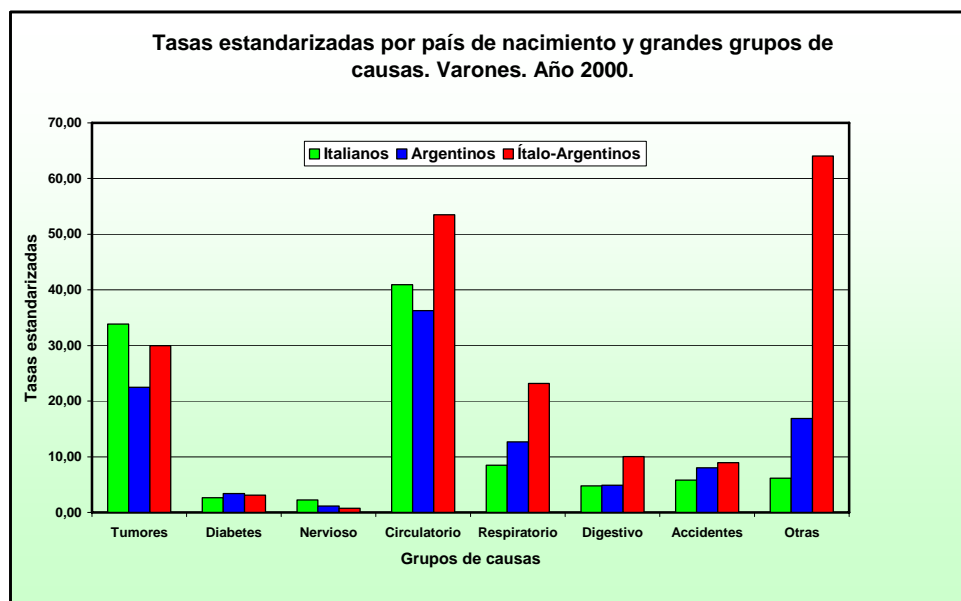
argentinos" -18,5% y "argentinos" vs. "íto-argentinos" 7,3%.

Cuadro N° 6 Tasas estandarizadas por país de nacimiento y grupos de causas. Varones. Año 2000

Grupos de causas	País de nacimiento		
	"Italianos"	"Argentinos"	"Íto-Argentinos"
Tumores	33,85	22,50	30,01
Diabetes	2,64	3,38	3,13
Nervioso	2,27	1,18	0,77
Circulatorio	40,92	36,26	53,53
Respiratorio	8,48	12,69	23,19
Digestivo	4,80	4,88	10,01
Accidentes	5,82	8,02	8,91
Otras	6,18	16,92	64,06
Todas	104,96	105,83	164,47

Las tasas de mortalidad de los varones fallecidos por patologías clasificadas como Sistema Nervioso presentan las siguientes características: los "italianos" presentan la tasa mayor le siguen en orden decreciente los "argentinos" y luego los "íto-argentinos". Las diferencias proporcionales son: "italianos" vs. "argentinos" 48,0%; "italianos" vs. "íto-argentinos" 66,0% y "argentinos" vs. "íto-argentinos" 34,7%.

Gráfico N° 8



Las tasas de mortalidad, calculadas en varones, cuando se atiende al Sistema Circulatorio, se distribuyen de la siguiente forma; los "íto-argentinos" presentan las tasas mayores, le siguen en ese orden los "italianos" y por último los que presentan las tasas menores son los "argentinos". Las diferencias proporcionales son: "italianos" vs. "argentinos" 11,2%; "italianos" vs. "íto-argentinos" -30,8%. Y "argentinos" vs. "íto-argentinos" -47,6%.

Si lo que se considera es el Aparato Respiratorio observamos que las tasas mayores corresponden a los "íto-argentinos" siguiéndole los "argentinos" y por último las tasas menores corresponden a los "italianos", con diferencias proporcionales de: -49,6%, -173,4%, -82,7% según sea "italianos" vs. "argentinos", "italianos" vs. "íto-argentinos" y "argentinos" vs. "íto-argentinos" respectivamente.

Cuando de Aparato Digestivo se trata observamos que las tasas entre "italianos" y "argentinos" no difieren significativamente con diferencias proporcionales en torno al -1,6%. Si hay diferencias con respecto a los "íto-argentinos" llegando a una proporción del -108,5%.

En causas Accidentales y Violentas constatamos que las tasas mayores corresponden a "íalo-argentinos" siguiéndole los "argentinos" y luego los "italianos", con diferencias proporcionales que se detallan a continuación: "italianos" vs. "argentinos" -37,8%; "italianos" vs. "íalo-argentinos" -53,0% y "argentinos" vs. "íalo-argentinos" -11,0%.

Los mismos conceptos vertidos anteriormente sobre Otras Causas corresponderían a este rubro cuando de varones se trata.

En la mortalidad por todas las causas en varones observamos que las diferencias proporcionales son: "italianos" vs. "argentinos" -0,8%; "italianos" vs. "íalo-argentinos" -56,6% y "argentinos" vs. "íalo-argentinos" -55,4%.

Atendamos ahora al Cuadro N° 7 y al Gráfico N° 9 para analizar las tasas de mortalidad por país de nacimiento, grandes grupos de causas calculadas en mujeres.

Cuando observamos las tasas en Tumores calculadas en mujeres vemos que las diferencias aparentes no tienen la magnitud que las mismas tasas calculadas en varones. Las tasas de las "íalo-argentinas" son las mayores que las de "italianas" y a su vez mayores que las de las "argentinas". Las diferencias proporcionales son: "italianas" vs. "argentinas" 0,6%; "italianas" vs. "íalo-argentinas" -7,4% y "argentinas" vs. "íalo-argentinas" -8,1%.

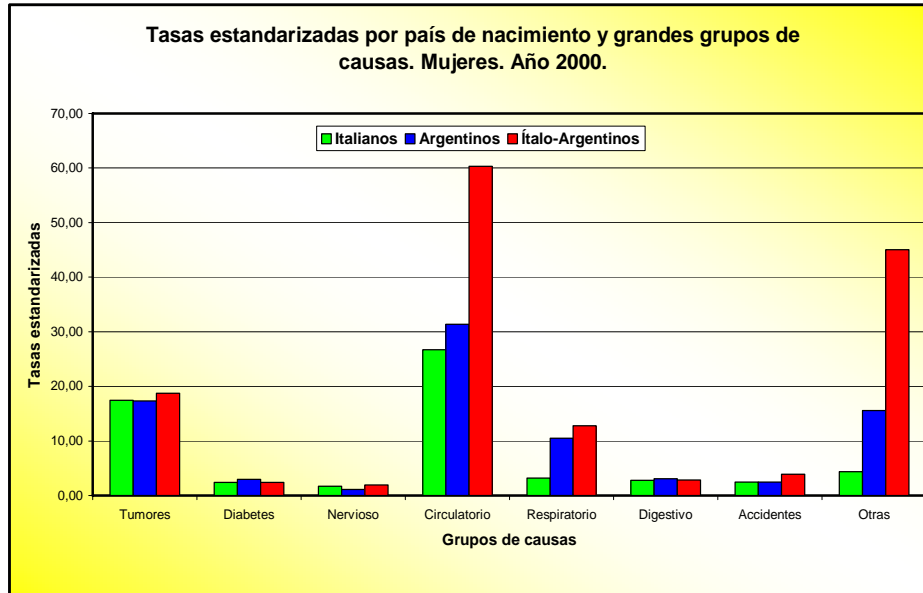
Las tasas calculadas para diabetes mellitas en mujeres tienen un comportamiento similar al de varones, la tasa mayor corresponde a "argentinas" le siguen las "íalo-argentinas" y luego las "italianas". Las diferencias proporcionales se resumen de la siguiente manera: "italianas" vs. "argentinas" -24,6%; "italianas" vs. "íalo-argentinas" -0,8% y "argentinas" vs. "íalo-argentinas" 19,1%.

Las tasas de mortalidad por causas del Sistema Nervioso en mujeres se comportan de manera distinta a las mismas tasas calculadas en varones. La tasa mayor corresponde a "íalo-argentinas" siguiéndole las "italianas" y por último las "argentinas". Las diferencias proporcionales son: "italianas" vs. "argentinas" 33,7%; "italianas" vs. "íalo-argentinas" -14,2% y "argentinas" vs. "íalo-argentinas" -72,3%.

Cuadro N° 7 Tasas estandarizadas por país de nacimiento y grupos de causas. Mujeres. Año 2000

Grupos de causas	País de nacimiento		
	"Italianas"	"Argentinas"	"Íalo-Argentinas"
Tumores	17,45	17,34	18,75
Diabetes	2,39	2,98	2,41
Nervioso	1,69	1,12	1,93
Circulatorio	26,73	31,41	60,29
Respiratorio	3,18	10,52	12,78
Digestivo	2,79	3,10	2,87
Accidentes	2,43	2,46	3,91
Otras	4,39	15,59	45,02
Todas	61,06	84,52	122,36

Gráfico N° 9



Si lo que consideramos ahora es el Sistema Circulatorio observamos que el comportamiento de las tasas es distinto según consideremos varones o mujeres. Teniendo en cuenta a estas últimas vemos que las tasas mayores corresponden a las "italo-argentinas", le siguen las "argentinas" y por último las "italianas". Las diferencias proporcionales se muestran a continuación: "italianas" vs. "argentinas" -17,5%; "italianas" vs. "italo-argentinas" -125,5% y "argentinas" vs. "italo-argentinas" 91,9%.

Cuando analizamos la distribución de las tasas producidas por Aparato Respiratorio en mujeres, observamos que presenta una distribución similar a la equivalente en varones pero con diferencias más marcadas. La tasa mayor corresponde a "italo-argentinas" continuando con las "argentinas" y por último las "italianas". Las diferencias proporcionales son: "italianas" vs. "argentinas" -230,8%; "italianas" vs. "italo-argentinas" -301,8% y "argentinas" vs. "italo-argentinas" -21,4%.

Cuando analizamos las tasas de Aparato Digestivo, averiguamos que el comportamiento de las tasas es distinto según se trate de varones o mujeres. En el caso de la mujeres la tasa mayor la obtuvieron las "argentinas" le siguen las "italo-argentinas" y luego las "italianas". Las diferencias proporcionales son: "italianas" vs. "argentinas" -11,1% "italianas" vs. "italo-argentinas" -2,8% "argentinas" vs. "italo-argentinas" 7,4%.

Las tasas en accidentes y violentas no solo se comportan de manera distinta según sean varones o mujeres, sino que en el caso de las mujeres son menores. Las tasas mayores corresponden a "italo-argentinas" le siguen las "argentinas" y por último las "italianas". Las diferencias proporcionales se detallan a continuación: "italianas" vs. "argentinas" -1,2% "italianas" vs. "italo-argentinas" -60,9% "argentinas" vs. "italo-argentinas" -58,9%.

Para el análisis de las Otras Causas en mujeres nos guiamos por lo ya expuesto en párrafos anteriores.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto podemos concluir que:

- La tasa de mortalidad de los "italianos" es menor que la de los "argentinos"
- Contribuyen a esta diferencia fundamentalmente Otras Causas, Aparato Respiratorio, Accidentes y Violentas y Diabetes Mellitus.
- Dentro de este marco cabe destacar que, Sistema Nervioso y Tumores son los únicos grupos de causas en que las tasas de los "italianos" son mayores a las de los "argentinos".
- La tasa de mortalidad de los "italianos" es menor que la de los "italo-argentinos" en una proporción mayor a la homologa comparación con los "argentinos".
- Contribuyen a esta diferencia fundamentalmente Otras Causas, Aparato Respiratorio, Sistema

- Circulatorio, Aparato Digestivo, Accidentales y Violentas y Diabetes Mellitus.
- Al igual que la comparación de "italianos" vs. "argentinos", los únicos grupos causas en donde la mortalidad de "italianos" es mayor a la de los "italo-argentinos" es en Sistema Nervioso y Tumores.
 - No hay diferencias significativas entre las tasas de mortalidad entre "italianos" vs. "argentinos" cuando de varones se trata.
 - Los grupos de Grandes Causas donde los varones "italianos" aventajan a los varones "argentinos" son: Otras Causas, Aparato Respiratorio, Accidentales y Violentas, Diabetes Mellitus y Aparato Digestivo.
 - Los Grandes Grupos de Causas donde los "italianos" tienen una mortalidad mayor a la de los "argentinos" son: Sistema Nervioso, Tumores y Sistema Circulatorio.
 - La tasa de mortalidad de "italianos" es menor a la de los "italo-argentinos" cuando de varones se trata.
 - Contribuyen a esta diferencia Otras Causas, Aparato Respiratorio, Aparato Digestivo, Accidentales y Violentas, Sistema Circulatorio y Diabetes Mellitus.
 - Las únicas causas donde los varones "italianos" superan a los "italo-argentinos" son: Sistema Nervioso y Tumores.
 - La mortalidad de varones "argentinos" es menor a la de "italo-argentinos"
 - La diferencia esta dada fundamentalmente por el aporte de las siguientes causas: Otras Causas, Aparato Digestivo, Aparato Respiratorio, Sistema Circulatorio, Tumores y Accidentales y Violentas.
 - Las únicas causas donde los "argentinos" superan a los "italo-argentinos" son: Sistema Nervioso y Diabetes Mellitus.
 - Si observamos las tasas de mortalidad en mujeres concluimos que las "italianas" tienen una tasa de mortalidad menor a la de las "argentinas"
 - Contribuyen a esta diferencia causas como Otras Causas, Aparato Respiratorio, Diabetes Mellitus, Sistema Circulatorio, Aparato Digestivo y Accidentales y Violentas.
 - Los únicos grupos de causas donde la "italianas" superan a las "argentinas" son Sistema Nervioso y Tumores.
 - Si la comparación en mujeres se realiza entre "italianas" e "italo-argentinas" concluimos que las "italianas" muestran una tasa de mortalidad menos que las "italo-argentinas".
 - Todas las causas contribuyen a esta diferencia.
 - Se destaca que las mínimas diferencias están dadas por Diabetes Mellitus, Aparato Respiratorio y Tumores.
 - Cuando la comparación se realiza entre "argentinas" vs. "italo-argentinas", la tasa de mortalidad de las "argentinas" es menor.
 - Todas las causas contribuyen a esta diferencia, a excepción de Diabetes Mellitus y Aparato Digestivo que son las únicas causas donde las tasas de las "argentinas" superan a las "italo-argentinas".

MORTALIDAD POR GRANDES GRUPOS DE CAUSAS, EDAD y PAÍS DE NACIMIENTO.

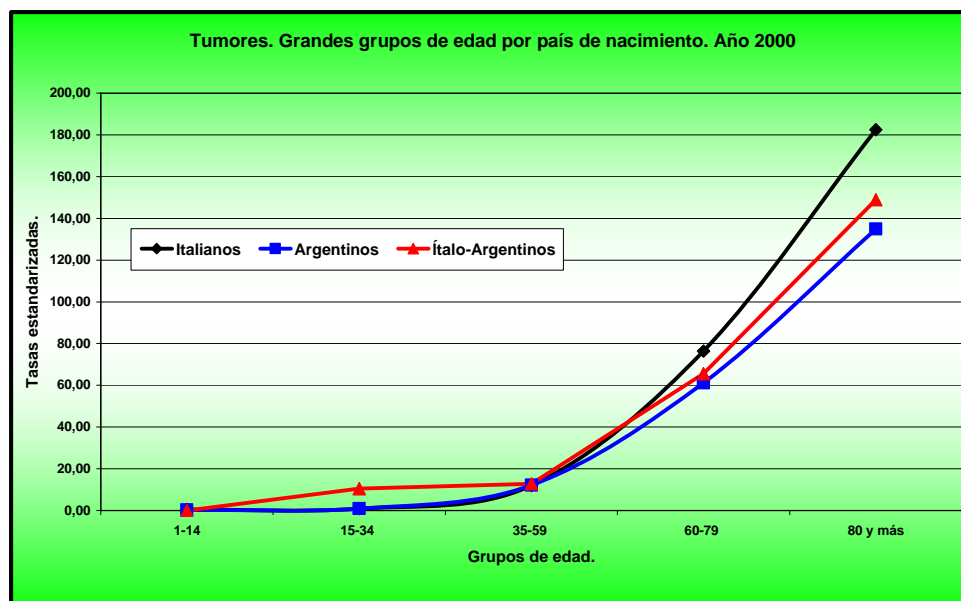
Veremos ahora, para cada uno de los grandes grupos de causas, como se distribuyen según la edad y el país de nacimiento.

El Cuadro N° 8 y el Gráfico N° 10 tenemos la distribución de las tasas en el grupo tumores y en ella observamos que las tasas estandarizadas de los "italianos" es superior a la de los "argentinos" en casi todos los grupos de edad, excepto en las categorías de edad 15-34 y 35-59 por una diferencia proporcional inferior al 7%.

Cuadro N° 8 Tumores. Grandes Grupos de Edad y País de Nacimiento. Año 2000.

Edad	"Italianos"	"Argentinos"	"Ítalo-argentinos"
1-14	0,43	0,37	0,00
15-34	0,86	0,94	10,41
35-59	11,96	12,17	12,75
60-79	76,35	61,10	65,62
80 y más	182,48	134,80	148,95
Total	24,13	19,84	24,21

Gráfico N° 10



Es en las edades de más de 80 años donde estas diferencias se hacen evidentes. Ya habíamos mencionado que, en este grupo de causas, la mortalidad de los "italianos" es mayor a la de los "argentinos".

La comparación entre "italianos" e "ítalo-argentinos" merece un párrafo aparte. Observamos que la tasa en las edades de 15 a 34 años es de 10,41 ‰, una tasa alta con respecto al resto de las tasas para el mismo grupo de edades, pero ocurre que, analizando los datos originales, detectamos que en ese grupo de edades solo falleció un varón de entre 20 y 24 años, cuando el número de sujetos en esa categoría de edad y sexo es de 127, lo cual eleva desproporcionadamente la tasa final. Este tipo de fenómeno podría estar ocurriendo en otros grupos de causas, fundamentalmente en las edades de 1 a 34 años, donde la población es escasa. Ya habíamos advertido sobre este problema cuando describimos las estructuras de las poblaciones a comparar.

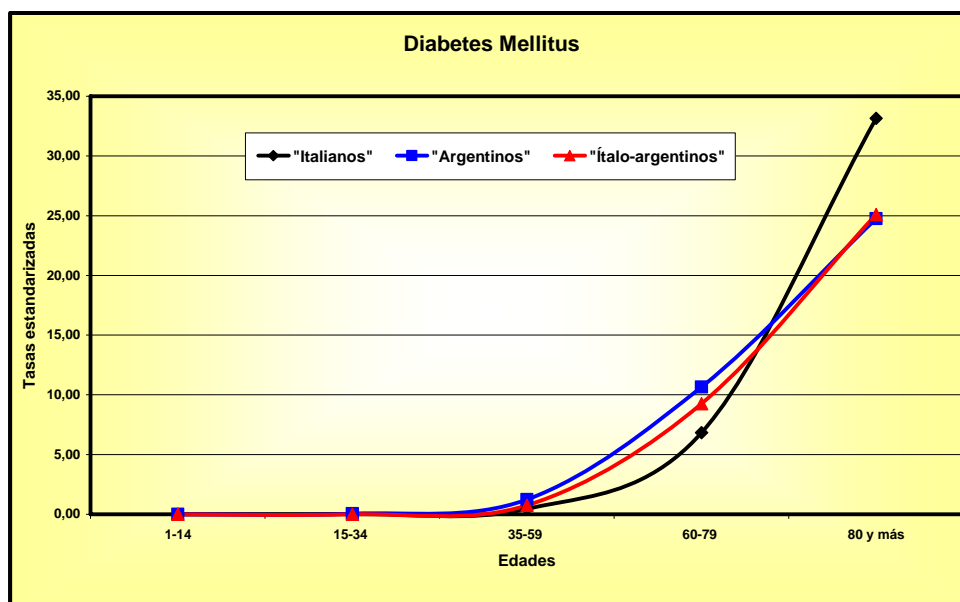
Las tasas de mortalidad estandarizadas, distribuidas por edad de los fallecidos y por Diabetes Mellitus se pueden observar en el Cuadro N° 9 y el Gráfico N° 11. En ella advertimos que el derrotero de estas tasas es similar en las tres poblaciones comparadas. Son los "argentinos" los que presentan tasas ligeramente mayores a lo largo de casi toda la vida. Solo en el grupo de edad de más de 80 años es superado por los "italianos" y los "ítalo-argentinos" que no alcanza a revertir el resultado final.

Cuadro N° 9 Diabetes Mellitus. Grandes Grupos de Edad y País de Nacimiento. Año 2000.

Edad	"Italianos"	"Argentinos"	"Ítalo-argentinos"
1-14	0,01	0,01	0,00
15-34	0,02	0,06	0,00
35-59	0,47	1,23	0,75
60-79	6,84	10,66	9,24
80 y más	33,14	24,76	25,11
Total	2,52	3,18	2,76

También del examen de la tabla, inferimos que la Diabetes Mellitus, tiene una incidencia leve en los años jóvenes y que esta va cobrando importancia a medida que aumenta la edad, teniendo su máxima expresión en las edades de más de 80 años.

Gráfico N° 11



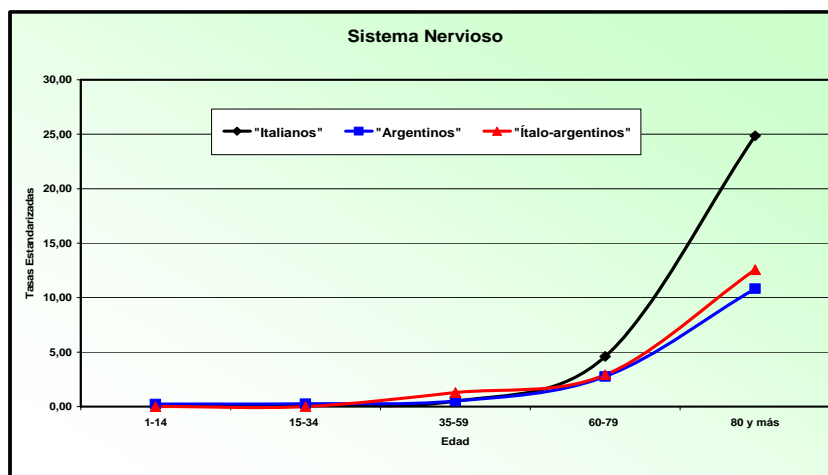
Sistema Nervioso es, junto con Tumores, el grupo de causas en donde las tasas de mortalidad de los "italianos" superan a los "argentinos" e "ítalo-argentinos", como se percibe en el Cuadro N° 10 y Gráfico N° 12.

Cuadro N° 10 Sistema Nervioso. Grandes Grupos de Edad y País de Nacimiento. Año 2000.

Edad	"Italianos"	"Argentinos"	"Ítalo-argentinos"
1-14	0,14	0,24	0,00
15-34	0,17	0,25	0,00
35-59	0,52	0,52	1,27
60-79	4,61	2,76	2,92
80 y más	24,87	10,83	12,56
Total	1,92	1,15	1,37

En las edades más jóvenes hay una predominancia en la mortalidad de los "argentinos", esta situación se revierte en el grupo de edad 35-59 y, a partir de allí la tasa de mortalidad de los "italianos" es mayor a la de los "argentinos" e "ítalo-argentinos". Sistema Nervioso y Tumores, sin lugar a dudas, merecen una investigación aparte para conocer más detalladamente las características de este fenómeno.

Gráfico N° 12



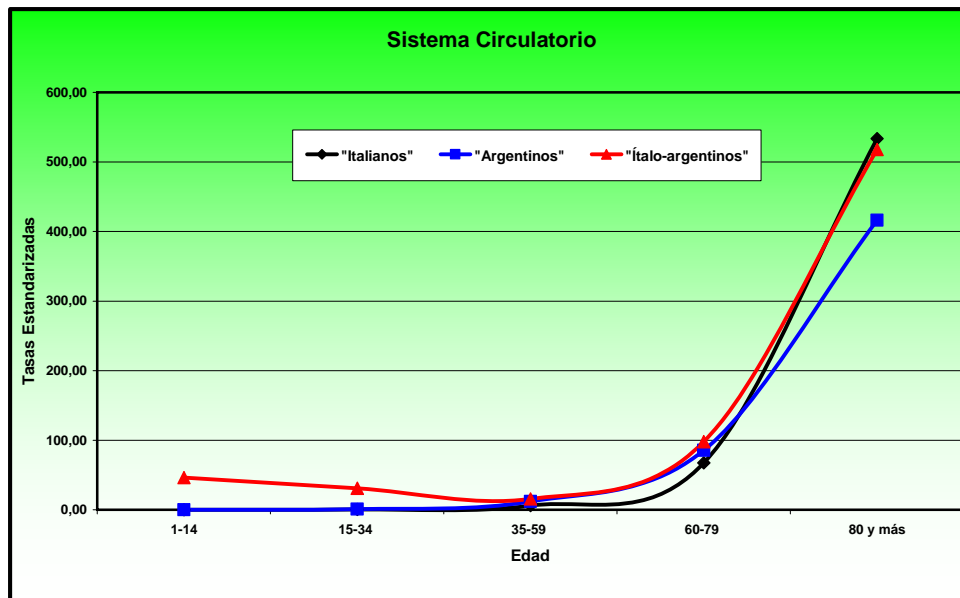
En el Cuadro N° 11 y el Gráfico N° 13 tenemos el desarrollo de las tasas de mortalidad por Sistema Circulatorio. Si consideramos la comparación entre "italianos" y "argentinos", observamos que, a lo largo de casi todos los años las tasas de los "italianos" es menor a la de sus homólogos "argentinos". Solo en el grupo de edades de 80 o más años la tasa de "italianos" es mayor a la de los "argentinos" pero que no alcanza a revertir el resultado final de que la mortalidad de "italianos" es menor a la de los "argentinos". Un párrafo aparte merece el curso de las tasas de los "italo-argentinos". Las tasas desproporcionadamente altas en los años más jóvenes (1-14 y 15-34) podrían estar siendo afectadas por el mismo fenómeno que ya hemos descrito cuando tratamos el tema de los Tumores.

Cuadro N° 11 Sistema Circulatorio. Grandes Grupos de Edad y País de Nacimiento. Año 2000.

Edad	"Italianos"	"Argentinos"	"Ítalo-argentinos"
1-14	0,16	0,18	46,06
15-34	0,47	0,79	30,73
35-59	6,00	11,89	15,69
60-79	67,43	85,56	98,02
80 y más	533,70	416,30	517,60
Total	32,58	33,76	57,01

En este contexto, solo podemos asegurar que en las edades mayores a 35 años las tasas son superiores a las de los "italianos" y los "argentinos".

Gráfico N° 13



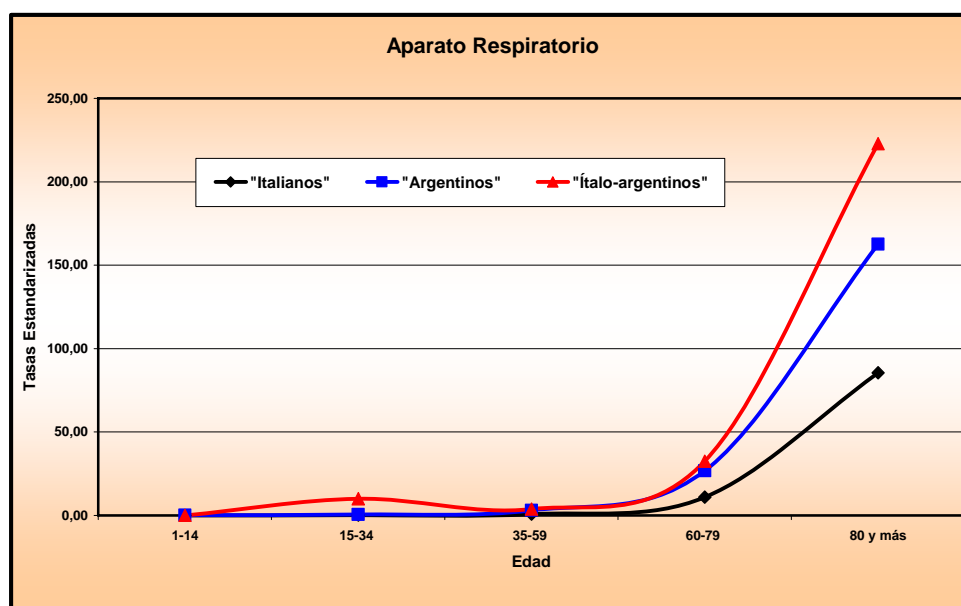
Hemos asegurado ya que la mortalidad general de los "italianos" es menor a la de los "argentinos" e "italo-argentinos" y, probablemente sea la mortalidad por Aparato Respiratorio la que más contribuye a esta diferencia. En el Cuadro N° 12 y el Gráfico N° 14 podemos advertir que la mortalidad por Aparato Respiratorio es menor en "italianos" que "argentinos" e "italo-argentinos" a lo largo de todas las edades con diferencias proporcionales de magnitudes muy importantes.

Cuadro N° 12 Aparato Respiratorio. Grandes Grupos de Edad y País de Nacimiento. Año 2000.

Edad	"Italianos"	"Argentinos"	"Ítalo-argentinos"
1-14	0,06	0,27	0,00
15-34	0,11	0,49	9,93
35-59	0,68	3,12	3,85
60-79	10,89	26,68	32,55
80 y más	85,47	162,53	222,84
Total	5,13	11,58	17,83

Merecería este grupo de causas una investigación aparte para conocer en que tipo de patologías se producen esas diferencias.

Gráfico N° 14



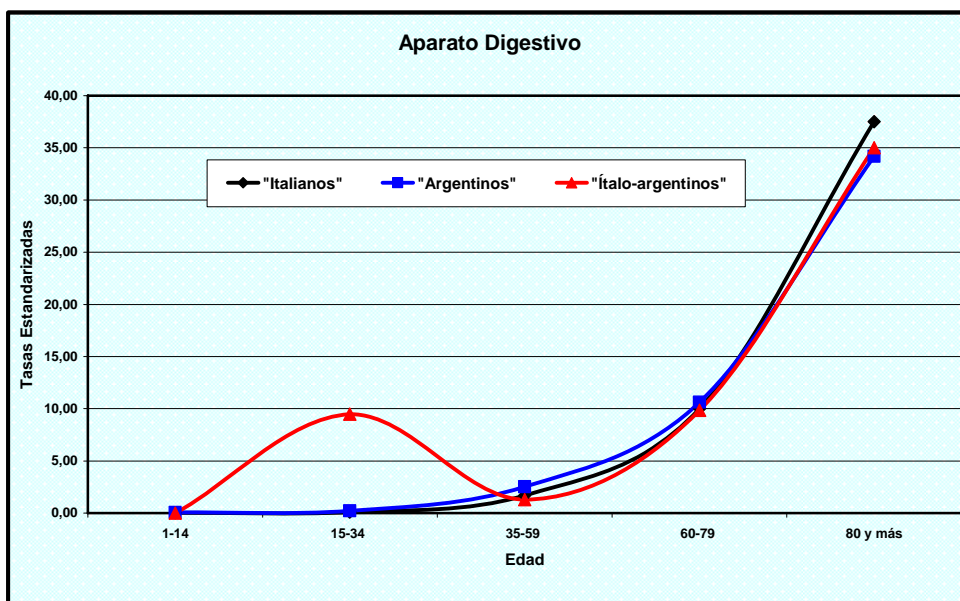
La mortalidad agrupada en Aparato Digestivo presenta, según se observa en el Cuadro N° 13 y el Gráfico N° 15, un desarrollo muy similar en las tres poblaciones a comparar. Salvo la tasa de "ítalo-argentinos" en las edades de 15 a 34 años, que pudiera estar ocurriendo el fenómeno ya descrito, en el resto de las edades presenta diferencias proporcionales de escasa magnitud que en la mayoría de los casos no supera el 10%.

Cuadro N° 13 Aparato Digestivo. Grandes Grupos de Edad y País de Nacimiento. Año 2000.

Edad	"Italianos"	"Argentinos"	"Ítalo-argentinos"
1-14	0,02	0,06	0,00
15-34	0,09	0,21	9,48
35-59	1,68	2,52	1,30
60-79	10,01	10,62	9,86
80 y más	37,51	34,19	35,02
Total	3,65	3,97	6,33

Podemos afirmar que las causas asociadas al Aparato Digestivo son las que menos aportan a la diferencia entre la mortalidad de las poblaciones a comparar.

Gráfico N° 15

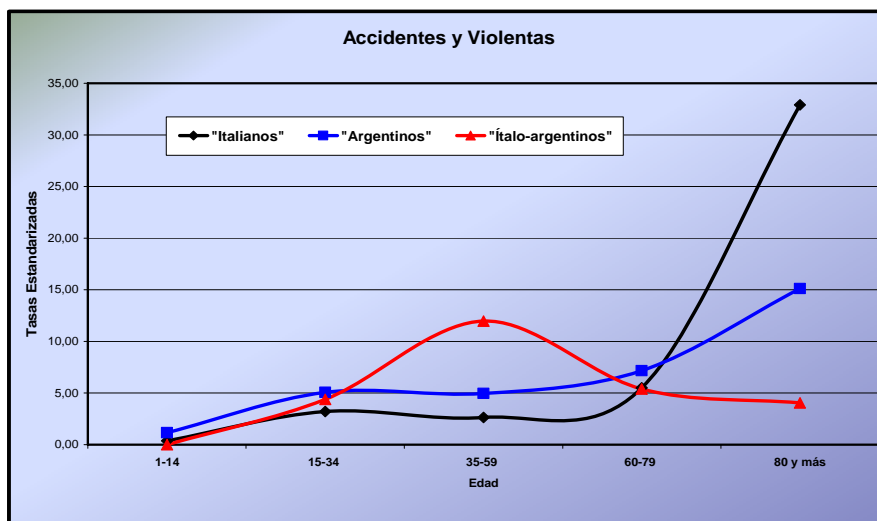


Las causas de muerte agrupadas en Accidentales y Violentas, son un tipo de causas no directamente vinculadas al servicio sanitario. Este tipo de causas están más vinculadas a la infraestructura vial, en el caso de accidentes de tránsito; al cumplimiento de las normas de seguridad en el trabajo, en el caso de accidentes laborales; a la seguridad de las persona, en caso de homicidios; etc. sin desatender, por cierto a los suicidios. En el Cuadro N° 14 y el Gráfico N° 16 observamos como se distribuyen estas causas de muerte. En general los "italianos" presentan tasas de mortalidad inferiores a los "argentinos" e "ítdo-argentinos". Cabe destacar, por su notoriedad, la tasa de mortalidad de "italianos" en el grupo de edad de 80 y más años, si bien no llega a revertir el resultado final, creemos que merecería un análisis más detallado, por tratarse de una etapa de la vida caracterizada por su vulnerabilidad.

Cuadro N° 14 Accidentes y Violentas. Grandes Grupos de Edad y País de Nacimiento. Año 2000.

Edad	"Italianos"	"Argentinos"	"Ítalo-argentinos"
1-14	0,39	1,16	0,00
15-34	3,21	5,05	4,39
35-59	2,63	4,96	11,95
60-79	5,50	7,17	5,38
80 y más	32,90	15,12	4,04
Total	4,03	5,16	6,34

Gráfico N° 16



En el Cuadro N° 15 y el Gráfico N° 17 observamos, con asombro, el desarrollo que tienen Otras Causas a lo largo de los años. Es tan disímil y tan extraño el desarrollo que tiene este grupo de causas que, a manera de ensayo, y solo a manera de ensayo, podríamos advertir que pudieran estar interviniendo, simultáneamente, dos fenómenos.

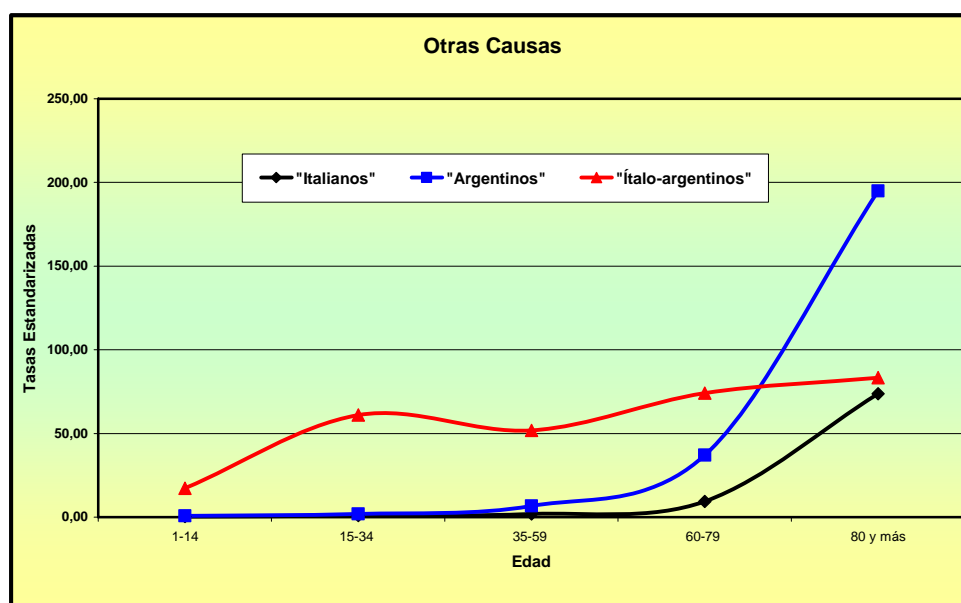
Cuadro N° 15 Otras Causas. Grandes Grupos de Edad y País de Nacimiento. Año 2000.

Edad	"Italianos"	"Argentinos"	"Ítalo-argentinos"
1-14	0,31	0,80	17,19
15-34	0,97	1,92	61,00
35-59	1,89	6,71	51,84
60-79	9,35	37,04	74,15
80 y más	73,78	194,93	83,24
Total	5,18	16,23	54,46

El primero, que ya fue descrito, es que las elevadas tasas en los años más jóvenes en los "ítalo-argentinos" se deben al exiguo número de población en esas edades. El segundo fenómeno, que pudiera estar afectando las tasas que se observan, es que al utilizar codificaciones distintas en Italia y Argentina y al tratarse una categoría residual, pudieran no ser las mismas causas. A pesar del esfuerzo para compatibilizar ambos tipos de codificaciones¹⁰ los agrupamientos pudieran no ser exactamente iguales.

Sospecho que el agrupamiento que se ha realizado en ambos tipos de códigos merece una profunda reflexión. De cualquier manera intuyo que en el intento de agrupamiento hay una equivalencia en torno al 95 a 97 por ciento.

Gráfico N° 17



MORTALIDAD POR GRANDES GRUPOS DE CAUSAS, EDAD, PAÍS DE NACIMIENTO Y SEXO.

Analizaremos ahora, de manera equivalente, la mortalidad por grandes grupos de causas, edad y país de nacimiento pero desagregadas por sexo.

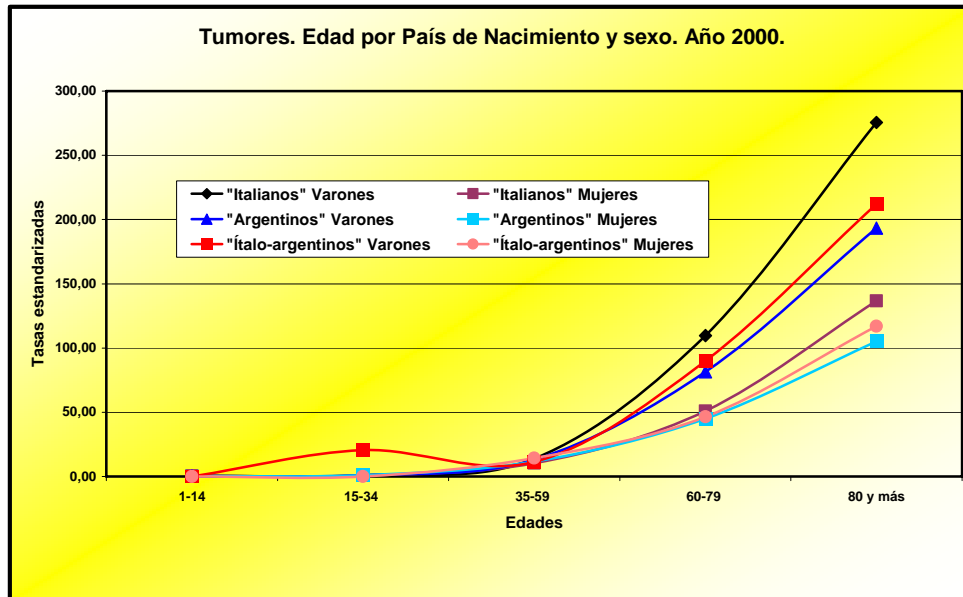
En el Cuadro N° 16 y el Gráfico N° 18 tenemos las tasas de mortalidad por Tumores desagregadas por sexo y en ellas observamos que la mortalidad por tumores es mayor en los "italianos" independiente mente del sexo. También observamos que las tasas de mortalidad por Tumores son superiores en los varones comparados con las mujeres en las tres poblaciones.

¹⁰ En la Tabla N° 1 se presenta este intento de compatibilizar los dos códigos. C.I.E. IX y C.I.E. X.

Cuadro N° 16 Tumores. Grandes Grupos de Edad por País de Nacimiento y sexo. Año 2000.

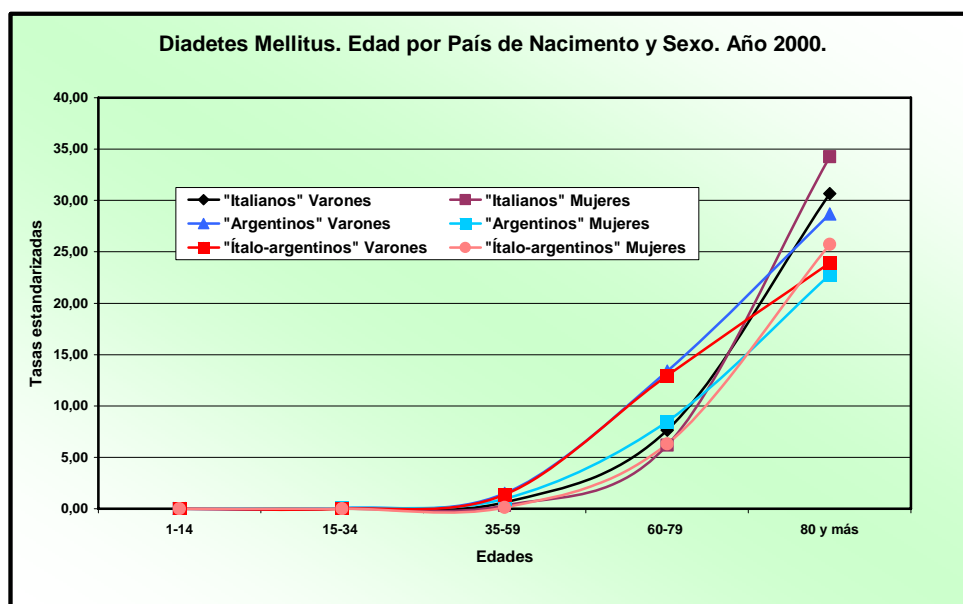
Edad	"Italianos"		"Argentinos"		"Ítalo-argentinos"	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
1-14	0,45	0,40	0,40	0,34	0,00	0,00
15-34	0,90	0,81	0,97	0,90	20,58	0,00
35-59	13,70	10,30	12,95	11,41	11,12	14,34
60-79	109,62	50,92	81,46	44,99	89,96	46,36
80 y más	275,46	136,67	193,43	105,07	212,06	116,95
Total	33,85	17,45	22,50	17,34	30,01	18,75

Gráfico N° 18

**Cuadro N° 17 Diabetes Mellitus. Grandes Grupos de Edad por País de Nacimiento y sexo. Año 2000.**

Edad	"Italianos"		"Argentinos"		"Ítalo-argentinos"	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
1-14	0,01	0,01	0,00	0,02	0,00	0,00
15-34	0,03	0,01	0,07	0,06	0,00	0,00
35-59	0,64	0,31	1,50	0,96	1,39	0,14
60-79	7,65	6,19	13,39	8,50	12,96	6,31
80 y más	30,65	34,25	28,71	22,75	23,91	25,72
Total	2,64	2,39	3,38	2,98	3,13	2,41

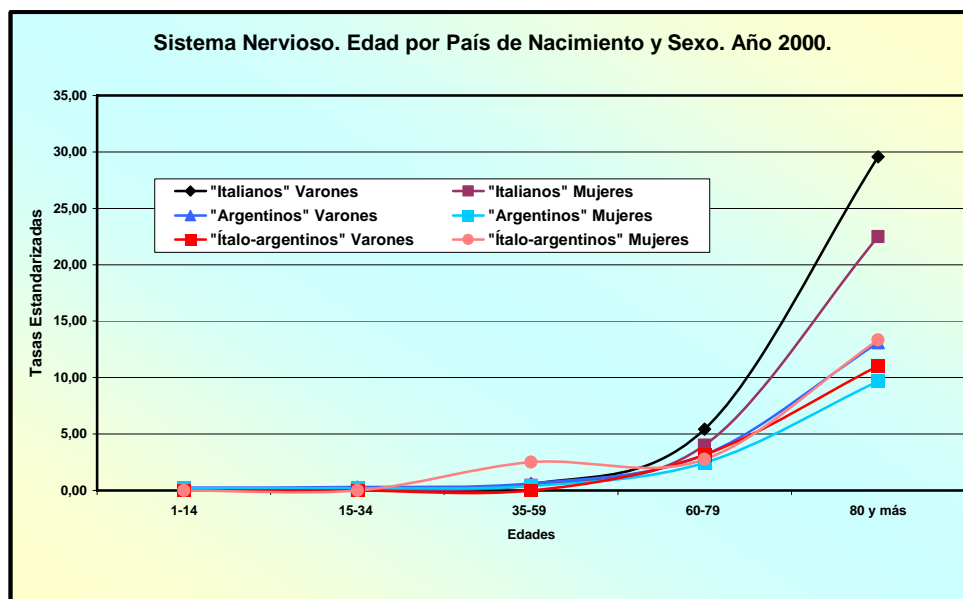
Gráfico N° 19



Cuadro N° 18 Sistema Nervioso. Grandes Grupos de Edad por País de Nacimiento y sexo. Año 2000.

Edad	"Italianos"		"Argentinos"		"Ítalo-argentinos"	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
1-14	0,15	0,13	0,27	0,21	0,00	0,00
15-34	0,22	0,11	0,30	0,19	0,00	0,00
35-59	0,58	0,45	0,63	0,41	0,00	2,51
60-79	5,44	4,00	3,17	2,45	3,14	2,75
80 y más	29,58	22,49	13,11	9,67	11,04	13,34
Total	2,27	1,69	1,18	1,12	0,77	1,93

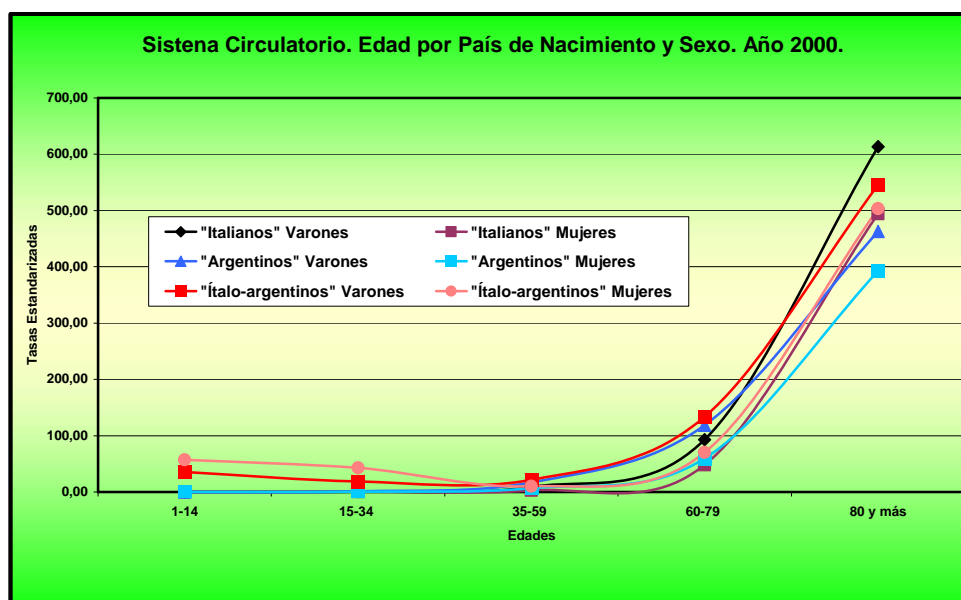
Gráfico N° 20



Cuadro N° 19 Sistema Circulatorio. Grandes Grupos de Edad por País de Nacimiento y sexo. Año 2000.

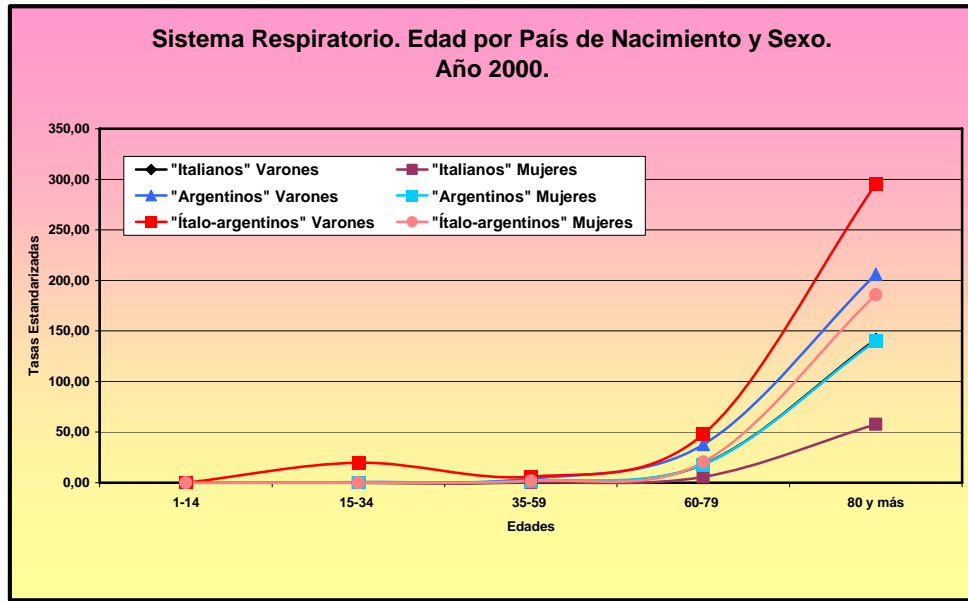
Edad	"Italianos"		"Argentinos"		"Ítalo-argentinos"	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
1-14	0,17	0,15	0,17	0,20	35,41	57,22
15-34	0,65	0,29	0,98	0,59	18,74	43,00
35-59	9,07	3,02	16,99	6,94	21,49	10,05
60-79	92,89	48,01	118,49	59,50	133,22	70,17
80 y más	613,42	494,29	462,88	392,68	545,52	503,44
Total	40,92	26,73	36,26	31,41	53,53	60,29

Gráfico N° 21

**Cuadro N° 20 Sistema Respiratorio. Grandes Grupos de Edad por País de Nacimiento y sexo. Año 2000.**

Edad	"Italianos"		"Argentinos"		"Ítalo-argentinos"	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
1-14	0,06	0,05	0,28	0,25	0,00	0,00
15-34	0,15	0,07	0,60	0,38	19,64	0,00
35-59	0,93	0,44	4,23	2,04	5,99	1,76
60-79	18,17	5,65	37,69	17,97	47,97	20,35
80 y más	141,37	57,76	206,20	140,38	295,31	186,09
Total	8,48	3,18	12,69	10,52	23,19	12,78

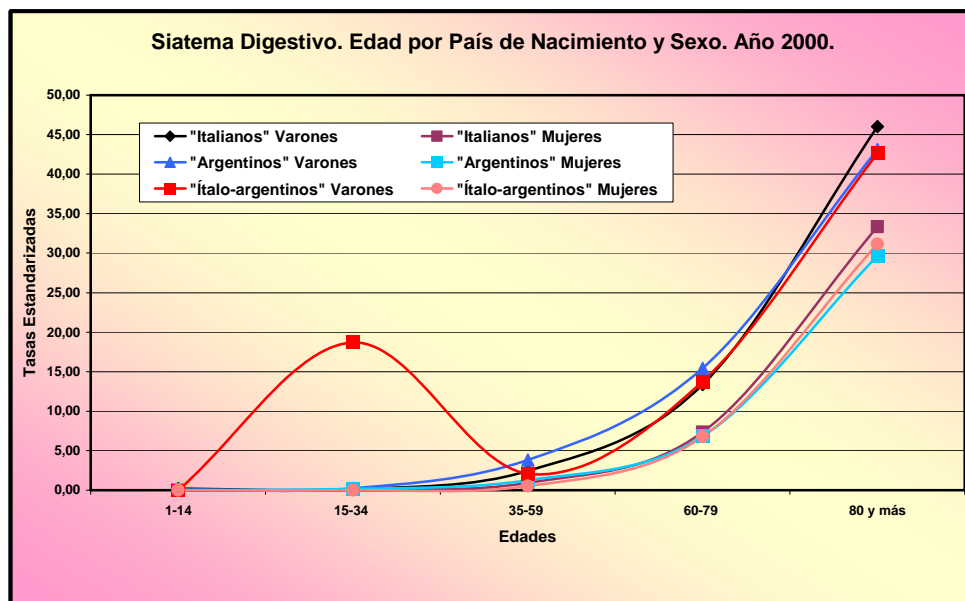
Gráfico N° 22



Cuadro N° 21 Sistema Digestivo. Grandes Grupos de Edad por País de Nacimiento y sexo. Año 2000.

Edad	"Italianos"		"Argentinos"		"Ítalo-argentinos"	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
1-14	0,20	0,01	0,05	0,06	0,00	0,00
15-34	0,11	0,07	0,25	0,17	18,74	0,00
35-59	2,43	0,94	3,81	1,27	2,09	0,54
60-79	13,36	7,36	15,43	6,82	13,77	6,76
80 y más	46,03	33,34	43,13	29,66	42,64	31,15
Total	4,80	2,79	4,88	3,10	10,01	2,87

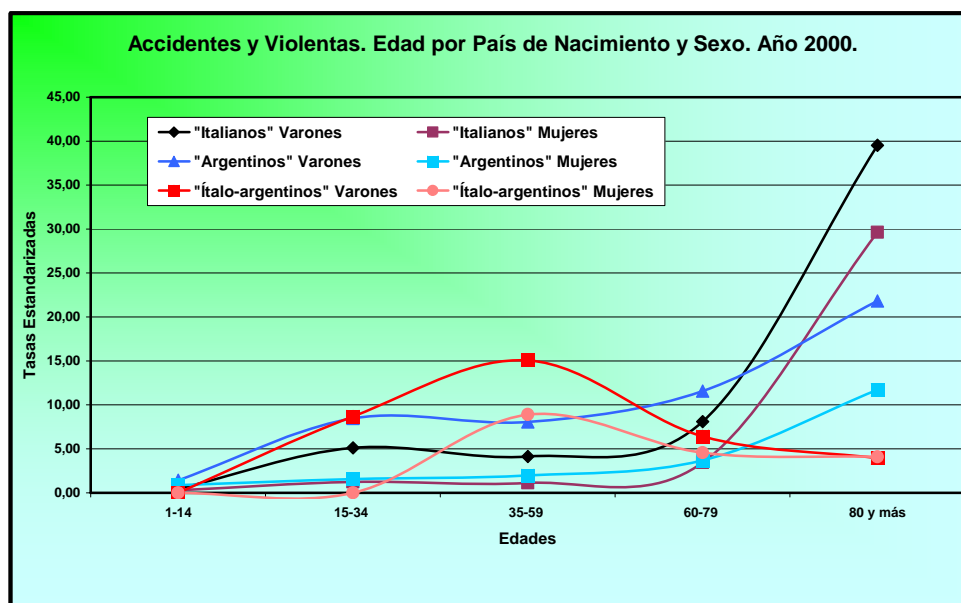
Gráfico N° 23



Cuadro N° 22 Accidentes y Violentas. Grandes Grupos de Edad por País de Nacimiento y sexo. Año 2000.

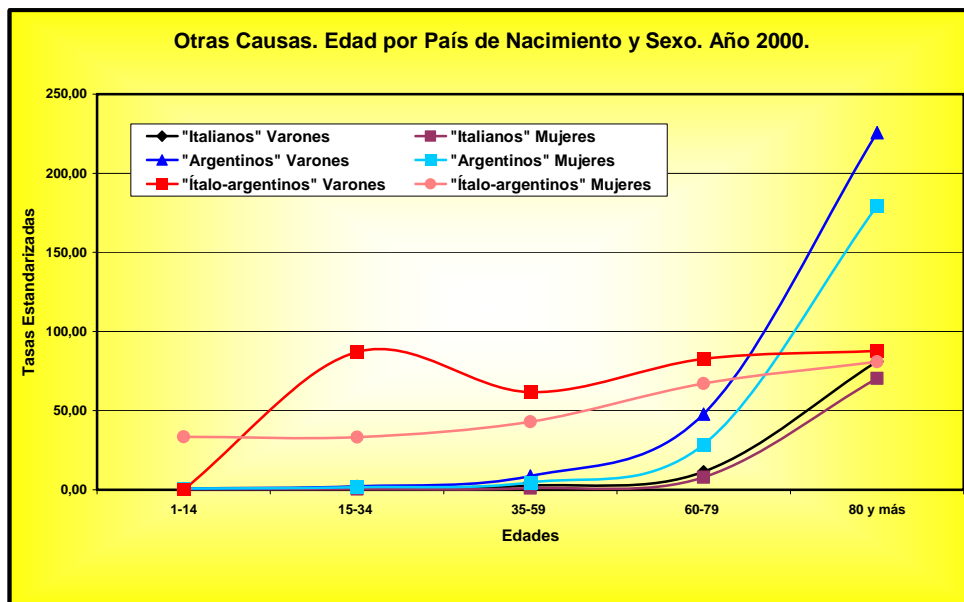
Edad	"Italianos"		"Argentinos"		"Ítalo-argentinos"	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
1-14	0,48	0,29	1,43	0,87	0,00	0,00
15-34	5,12	1,24	8,46	1,57	8,68	0,00
35-59	4,14	1,14	8,05	1,97	15,09	8,91
60-79	8,11	3,43	11,56	3,69	6,42	4,56
80 y más	39,54	29,65	21,83	11,72	3,95	4,08
Total	5,82	2,43	8,02	2,46	8,91	3,91

Gráfico N° 24

**Cuadro N° 23 Otra Causas. Grandes Grupos de Edad por País de Nacimiento y sexo. Año 2000.**

Edad	"Italianos"		"Argentinos"		"Ítalo-argentinos"	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
1-14	0,29	0,34	0,83	0,78	0,00	33,41
15-34	1,44	0,47	2,24	1,60	87,27	33,20
35-59	2,68	1,11	8,80	4,68	61,61	42,91
60-79	11,30	7,87	47,76	28,55	82,66	67,20
80 y más	81,01	70,27	225,64	179,35	87,73	80,85
Total	6,18	4,39	16,92	15,59	64,06	45,02

Gráfico N° 25



CONCLUSIONES

En conclusión, si tomamos las tasas brutas de mortalidad estandarizadas, advertimos que la tasa de mortalidad de "Argentinos" es mayor que la similar de "Italianos" y suspendemos el juicio con respecto a la tasa de los "Ítalo-Argentinos" por cuanto no se ha podido controlar totalmente el efecto estructural.

Ahora bien, si realizamos un análisis similar, pero estratificando por sexo, concluimos que:

- La diferencia entre las tasas brutas de mortalidad estandarizadas de "Italianos" vs. "Argentinos" se origina principalmente entre las mujeres, (61,06⁰/0000 vs. 84,57⁰/0000 respectivamente) no constatándose diferencias significativas entre los varones (104,96⁰/0000 vs. 105,89⁰/0000).
- El diferente efecto estructural que se constata entre varones y mujeres "Italianos", queda para un análisis de contenido más demográfico y por lo tanto excede los objetivos de este trabajo.
- La mortalidad de las mujeres es menor que la de los varones en ambas poblaciones siendo esta diferencia de mayor magnitud en la población de "Italianos" que la de "Argentinos".
- Existen diferencias entre las tasas de mortalidad en los distintos grupos de edad.
- Estas diferencias se presentan con mayor magnitud en los grupos de edad más jóvenes, eso es en las edades que van de 1 a 34 años.
- Las diferencias extremas que se observan en las tasas de los "Ítalo-Argentinos", en estos grupos de edad (1 a 34 años), con respecto a los "Italianos" y los "Argentinos", podrían deberse a la falta de estabilidad en estas tasas, ya que han sido calculadas en una población con un escaso número de individuos, como ya observáramos al analizar las estructuras de las distintas poblaciones. El mismo fenómeno se observa cuando las tasas se estratifican por sexo.
- La tasa de mortalidad de los "italianos" es menor que la de los "argentinos". Contribuyen a esta diferencia fundamentalmente Otras Causas, Aparato Respiratorio, Accidentes y Violentas y Diabetes Mellitus.

- Dentro de este marco cabe destacar que, Sistema Nervioso y Tumores son los únicos grupos de causas en que las tasas de los "italianos" son mayores a las de los "argentinos".
- La tasa de mortalidad de los "italianos" es menor que la de los "íto-argentinos" en una proporción mayor a la homologa comparación con los "argentinos".
- Contribuyen a esta diferencia fundamentalmente Otras Causas, Aparato Respiratorio, Sistema Circulatorio, Aparato Digestivo, Accidentales y Violentas y Diabetes Mellitus.
- Al igual que la comparación de "italianos" vs. "argentinos", los únicos grupos causas en donde la mortalidad de "italianos" es mayor a la de los "íto-argentinos" es en Sistema Nervioso y Tumores.
- No hay diferencias significativas entre las tasas de mortalidad entre "italianos" vs. "argentinos" cuando de varones se trata.
- Los grupos de Grandes Causas donde los varones "italianos" aventajan a los varones "argentinos" son: Otras Causas, Aparato Respiratorio, Accidentales y Violentas, Diabetes Mellitus y Aparato Digestivo.
- Los Grandes Grupos de Causas donde los "italianos" tienen una mortalidad mayor a la de los "argentinos" son: Sistema Nervioso, Tumores y Sistema Circulatorio.
- La tasa de mortalidad de "italianos" es menor a la de los "íto-argentinos" cuando de varones se trata.
- Contribuyen a esta diferencia Otras Causas, Aparato Respiratorio, Aparato Digestivo, Accidentales y Violentas, Sistema Circulatorio y Diabetes Mellitus.
- Las únicas causas donde los varones "italianos" superan a los "íto-argentinos" son: Sistema Nervioso y Tumores.
- La mortalidad de varones "argentinos" es menor a la de "íto-argentinos"
- La diferencia esta dada fundamentalmente por el aporte de las siguientes causas: Otras Causas, Aparato Digestivo, Aparato Respiratorio, Sistema Circulatorio, Tumores y Accidentales y Violentas.
- Las únicas causas donde los "argentinos" superan a los "íto-argentinos" son: Sistema Nervioso y Diabetes Mellitus.
- Si observamos las tasas de mortalidad en mujeres concluimos que las "italianas" tienen una tasa de mortalidad menor a la de las "argentinas"
- Contribuyen a esta diferencia causas como Otras Causas, Aparato Respiratorio, Diabetes Mellitus, Sistema Circulatorio, Aparato Digestivo y Accidentales y Violentas.
- Los únicos grupos de causas donde la "italianas" superan a las "argentinas" son Sistema Nervioso y Tumores.
- Si la comparación en mujeres se realiza entre "italianas" e "íto-argentinas" concluimos que las "italianas" muestran una tasa de mortalidad menos que las "íto-argentinas".
- Todas las causas contribuyen a esta diferencia.
- Se destaca que las mínimas diferencias están dadas por Diabetes Mellitus, Aparato Respiratorio y Tumores.
- Cuando la comparación se realiza entre "argentinas" vs. "íto-argentinas", la tasa de mortalidad de las "argentinas" es menor.
- Todas las causas contribuyen a esta diferencia, a excepción de Diabetes Mellitus y Aparato Digestivo que son las únicas causas donde las tasas de las "argentinas" superan a las "íto-argentinas".

BIBLIOGRAFÍA.

- Dirección de estadísticas e información de salud: *Estadísticas vitales. Información básica. Años 1998, 1999, 2000, 2001*. Serie 5 – Números 42, 43, 44 y 45. Programa Nacional de Estadísticas de Salud, Ministerio de Salud. Buenos Aires, Argentina.
- Indec, (1993): *Censo nacional de población y viviendas 1991*. Ministerio de Economía. Buenos Aires, Argentina.
- Indec, (2004): *Censo nacional de población y viviendas 2001*. Ministerio de Economía. Buenos Aires, Argentina.
- Istat, (2004): "La mortalità per causa nelle regioni italiane. Anni 2000 e 2002". A cura di Frova, Luisa e Marilena Pappagallo. Roma: Istat 2004 (Collana Informazioni n.11) http://www.istat.it/dati/catalogo/20040728_00/
- Istat (2001): "Rilevazione Istat sulla popolazione residente in italia per sesso, anno di nascita e stato civile (POSAS)" <http://demo.istat.it/>
- Istat (1992) "Censimento Istat del 1991 in Italia."
- Pappagallo, M (2004): "Sanità e assistenza" Istat, Direzione centrale per le statistiche e le indagini sulle istituzioni sociali (DCIS), Servizio, Unità operativa "Cause di morte", Roma.
- OMS/OPS. (1999) *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)* Organización Panamericana de la Salud.
- Pérez, C. (2001) *Técnicas estadísticas con SPSS®*. Prentice Hall. Madrid, España.

ACTUALIZACION

PATOLOGÍA DIGESTIVA PREVALENTE Y DE MANEJO DIFÍCIL EN LA CONSULTA DE GERIÁTRICA.

RECOMENDACIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA EN GERIATRÍA.

Prof. Dr. Bernardo J. Gandini

ENVEJECER NO ES FÁCIL SE NECESITA ENTRAR EN UN PROCESO DE ADAPTACIÓN Y EXISTE MUCHO MIEDO A ENFERMARSE

El aparato digestivo en condición de normalidad es un montaje de tejidos especializados preparados para realizar el complejo proceso de DIGESTIÓN-ABSORCIÓN (SECRECIÓN). El objetivo es la hidrólisis de macromoléculas en sus unidades menores capaces de ser incorporadas por distintos mecanismos desde el polo luminal del enterocito y abandonarlo por el polo vascular para alcanzar el hígado y ser metabolizados. Para poder cumplir con esta tarea es muy importante la integridad de las siguientes estructuras y funciones:

... EPITELIO.

... MOTILIDAD:

... CIRCULACIÓN:

A los médicos no les es fácil ubicarse topográficamente para reconocer el sitio de origen de los síntomas y menos aún comprender fisiopatológicamente las razones que los generan. Con el propósito de colaborar desde el punto de vista didáctico se propone el concepto de "Ciclo digestivo". En la realidad esto acontece sin una clara separación en etapas sino en forma concomitante o secuencial. Sólo a los fines de comprender la fisiopatología y lograr una actitud semiótica clara se sugiere:

REALIZAR LA ANAMNESIS DEL APARATO DIGESTIVO EN LA ENTREVISTA SIN PERDER LA REFERENCIA CON LA ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE Y ESPECIALMENTE CON LAS ETAPAS QUE ACONTECEN EN ESTE ACTO:

Ciclo Digestivo: Conjunto de etapas, ficticiamente separadas, que ocurren en el tubo digestivo cuando se llevan a cabo sus funciones.

Ayuno

Ingesta

Deglución

Post-prandial: inmediato – tardío

Absortivo – secretor

Metabólico

Excretor

En cada una de estas etapas hay sectores que se hallan actuando y es en este momento en que los órganos se expresan, mediante los SÍNTOMAS cuando ocurren alteraciones. Desde el punto de vista práctico sería muy

alusivo definir a un síntoma "COMO EL LENGUAJE A TRAVÉS DEL CUAL HABLAN LOS ÓRGANOS"

FUNCIONAMIENTO NORMAL DEL APARATO DIGESTIVO:

El funcionamiento normal coincide con la falta de conciencia sobre las funciones cotidianas ("no tener presente permanentemente su existencia y labor"). Las personas advierten el funcionamiento digestivo toda vez que se producen alteraciones orgánicas o funcionales.

Los mecanismos que aseguran el comportamiento fisiológico se pueden sintetizar en circuitos de "retro feed back" o retroalimentación negativa.

RETROALIMENTACIÓN NEGATIVA: A través de los siguientes ejemplos es posible advertir la génesis y el mecanismo de control.

AYUNO – ALIMENTACIÓN – SACIEDAD.

Es posible que gran parte de los profesionales adviertan que el estilo de vida actual con sus respectivas pautas culturales no avala un funcionamiento fisiológico del aparato digestivo. Al respecto señalaré:

... una alta proporción de personas no desayunan y de este modo evitan el evento motor más

Importante del aparato digestivo.

... la cena excesiva y el inmediato reposo en cama es casi la norma. Esto se halla determinado dado que se obvian parte de las ingestas del día.

... no hay respeto del estímulo defecatorio, se posterga la evacuación para momentos determinados.

... consumo de alimentos de alta densidad calórica, por lo que no se advierte que con pequeños volúmenes se aumente considerablemente de peso:

¡Yo no se por qué engordo así! ¡A mi hasta el agua me engorda!

... hay determinantes económicos en la elección de los alimentos, la realidad es demasiado gráfica como para explicitaciones innecesarias.

... los regímenes laborales y los tiempos disponibles para la preparación de alimentos son cada vez

Menores y la actitud de cocinar se reemplaza por la pedir comida elaborada.

Las dos últimas consideraciones es posible que afecten directamente a los gerontes que permanecen insertados en la vida familiar y no son protagonistas independientes de su estilo de vida.

... muchas personas comen mecánicamente, por razones de horario o por lo que hacen en su entorno, en este caso suele no respetarse la saciedad y forzar al aparato digestivo a perturbaciones que luego generan síntomas.

ACIDEZ- ALIMENTO- NEUTRALIZACIÓN- ACIDEZ- pH ANTRAL

... los períodos de ayuno por no realizar las ingestas correspondientes, sumados a las infusiones habituales y reiteradas, son capaces de explicar, muchas veces, estos síntomas y justificar el uso indiscriminado de productos antiácidos de venta libre o las automedicaciones propiamente dichas.

DISTENSIÓN GÁSTRICA- GASTROCÓLICO- REFLEJO DEFECATORIO

... la falta de educación para la salud puede explicar algunas constipaciones y alteraciones del estímulo defecatorio como consecuencia de la postergación, a veces por alienación laboral, por impedimentos sociales, etc

LA ANAMNESIS EN EL APARATO DIGESTIVO:

“DIFÍCILMENTE SE PUEDA ACLARAR MAS EN EL APARATO DIGESTIVO, DE LO QUE PERMITE UNA CORRECTA ANAMNESIS.”

A pesar de que esto se difunde, cuesta que los profesionales de primer nivel perfeccionen sus capacidades para una entrevista con anamnesis competente; es posible que entre las barreras se hallen las dificultades comunicacionales. Al respecto es hora de que las escuelas de Medicina se ocupen realmente del tema y no sólo desde la declamación áulica.

CONCEPCIÓN ACTUAL DE SIGNO:

Desde el punto de vista clínico es necesario actualizar las concepciones clásicas a la luz del paradigma basado en la evidencia (MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA).

Si persistimos en la definición de signo aceptando que es un hallazgo objetivo y no se profundiza en ella, se continuará restando valor al interrogatorio. Es posible que los autores, basados en una concepción biológica de la Medicina, no hubieran reparado lo suficiente en las consecuencias de tal definición.

Un signo es una construcción del intelecto de un médico. Para su construcción se cumpliría con el siguiente proceso:

... SÍNTOMA= SIGNIFICANTE

... CARACTERIZACIÓN SEMIÓTICA DEL
SÍNTOMA=OBJETIVACIÓN DEL SÍNTOMA

conduce al ... SIGNO=RECONOCIMIENTO DE UN SIGNIFICADO=PERCEPCIÓN DE UN MECANISMO FISIOPATOGÉNICO.

El profundizar en este aspecto no es el propósito de esta obra, pero soslayar la situación no contribuirá a la mejoría de las destrezas clínicas. En la consulta gastroenterológica la mayor parte de los signos se construirán con un interrogatorio eficiente y determinados niveles de caracterización de los síntomas. La orientación sobre la génesis de un síntoma requiere de un esquema de reconocimiento del mecanismo generador; para alcanzar este nivel de comprensión se necesita de una orientación topográfica, fisiológica, fisiopatogénica, sindrómica, nosológica y etiológica. Este aporte lo haré a través del análisis de casos clínicos representativos de la consulta prevalente. Es posible que los Médicos reconozcan mejor los problemas si los ven reflejados en una consulta propiamente dicha.

ENFOQUE INTEGRAL DEL PACIENTE EN EL ACTO MÉDICO:

El predominio de la especialización sin el cuidado del enfoque clínico de las consultas ha ido conduciendo al enfoque segmentario de los pacientes, lo que sumado a la desaparición de la figura del clínico de cabecera explica una parte considerable de los errores del manejo de enfermos.

Tal vez fuere muy gráfica la situación de un geronte del que no se conoce la historia de su etapa biológica precedente. La falta de un contexto en el que interpretar lo actual, es posible que aporte confusión más que comprensión.

La realidad muestra con frecuencia a pacientes que circulan por los consultorios con numerosos estudios que andan buscando que alguien les explique que padecen y si ello se cura y con que tratamiento.

“TENER MUY CLARO EL ESCENARIO REAL DEL GERONTE: HISTORIA COHERENTE COMPRENDIDA EN PROFUNDIDAD EN LA QUE SE INSERTAN LOS PROBLEMAS NUEVOS”.

HISTORIA CLÍNICA ORIENTADA AL PROBLEMA:

Nadie dudaría hoy del valor de este enfoque. La correcta caracterización de un problema es el principio básico en la estrategia del diagnóstico nosológico y etiológico. No todas las personas que ejercen la medicina tienen la capacidad de “problematizarse”, asumiendo la actitud de compromiso con los problemas del paciente acompañándolo en el proceso de recuperación de la salud. Esta falta de competencia puede ser la determinante de enfoques demasiado superficiales o estrictamente técnicos en las historias de cada paciente.

En geriatría, al igual que en el resto de la medicina, pero en mayor medida el enfoque de los problemas conlleva aspectos insolubles en el enfoque:

PROBLEMAS MÉDICO-CLÍNICOS.
PROBLEMAS PSICOLÓGICOS.
PROBLEMAS SOCIALES.
PROBLEMAS ECONÓMICOS.

A continuación permitámonos entrar en un consultorio virtual y analizar la gestión de un colega que desarrolló el acto médico siguiente; por "ACTO MÉDICO" ACEPTAMOS UNA INTERRELACIÓN DINÁMICA ENTRE UN PACIENTE QUE DEMANDA AYUDA PARA RECUPERAR SU SALUD Y UN MÉDICO QUE SE COMPROMETE A REALIZAR TODO LO NECESARIO PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO. Las diferencias entre los distintos colegas que desarrollan un "acto médico", radican en REALIZAR TODO LO NECESARIO PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO. Para algunos esto se limita al diagnóstico, para otros a solicitar estudios y recetar fármacos y para otros, tal vez la minoría, además incluye aspectos pronósticos, preventivos y educativos. Para evitar conflictos asumiré una posición personal y conceptual:

"ACTO MÉDICO": ES UNA INTERRELACIÓN DINÁMICA ENTRE UN PACIENTE QUE DEMANDA AYUDA PARA RECUPERAR SU SALUD Y UN MÉDICO QUE SE COMPROMETE A REALIZAR TODO LO NECESARIO, DESDE EL PUNTO DE VISTA DIAGNÓSTICO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, SOLICITUD DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS AL DIAGNÓSTICO, PRESCRIPCIÓN DE TRATAMIENTOS (NO FARMACOLÓGICOS Y FARMACOLÓGICOS), EJERCER NIVELES DE PREVENCIÓN, JUZGAR PRONÓSTICOS Y PROVEER LA EDUCACIÓN PARA EL LOGRO DEL OBJETIVO.

CONSIGNAS PARA REALIZAR LA TAREA:

1.- UD. DEBERÁ LEER LA HISTORIA:

2.- UD. DEBERÁ COMPLETAR EL ACTO MÉDICO CON ESE CASO CLÍNICO: PROPONIENDO RESPUESTA A LOS SIGUIENTES PASOS:

LECTURA COMPRESIVA EN PROFUNDIDAD:

SIGNIFICADO CLÍNICO COHERENTE:

PROBLEMAS:

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES:

DECISIÓN:

¿MANEJO EMPÍRICO?

VERSUS

¿REALIZACIÓN DE ESTUDIOS?

¿SE PUEDE MANEJAR EN APS CON ACEPTABLE SEGURIDAD PARA EL PACIENTE?

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS AL DIAGNÓSTICO:

TRATAMIENTO:

NO AVANCE HASTA NO TENER RESUELTAS LAS CONSIGNAS

DEBAJO SE HALLA LOS DOS CASOS RESUELTOS QUE DEBEN SERVIR PARA QUE UD. COTEJE LO REALIZADO Y PUEDA REFLEXIONAR Y CORREGIR LO NECESARIO

¡ATRÉVASE A TRABAJAR SIN HABER MIRADO LAS SOLUCIONES!

LEA CADA PASO Y REFLEXIONE ANTES DE CONTINUAR CON EL PRÓXIMO.

DE ESTE MODO PUEDE ADVERTIR ERRORES Y CORREGIRLOS

ACTO MÉDICO N°:1:

V.R.L. Viuda de 78 años, jubilada Docente de Córdoba.

M.de C.: Pirosis

A.E.A.: En forma esporádica, luego de transgresiones en volumen, experimentaba pirosis. Desde hace unos meses progresivamente comenzó a aumentar de peso y concomitante con ello exacerbación de la pirosis; actualmente se despierta por ardor retro-esternal a la siesta y por la noche.

A.P.F.: s/p. **H.T.:** s/p. **A.G-O.:** s/p. **A.E.:** s/p.

Examen Físico: 150/98, 90 ppm regular, 20 respir./min., afebril. IMC: 32Kg/m² Resto s/p.

NO AVANCE HASTA NO TENER RESUELTAS LAS CONSIGNAS

DEBAJO SE HALLA LOS DOS CASOS RESUELTOS QUE DEBEN SERVIR PARA QUE UD. COTEJE LO REALIZADO Y PUEDA REFLEXIONAR Y CORREGIR LO NECESARIO

¡ATRÉVASE A TRABAJAR SIN HABER MIRADO LAS SOLUCIONES!

LECTURA COMPRENSIVA EN PROFUNDIDAD:

Si lo que realmente existe es pirosis, y se ha podido diferenciar de acidez, nos está marcando una enfermedad por reflujo gastroesofágico.

SIGNIFICADO CLÍNICO COHERENTE:

El aumento de peso progresivo sumado a una alteración en la presión del EEI y la presencia fundamentalmente en decúbito, nos explica el contexto fisiopatogénico necesario.

PROBLEMAS:

PIROSIS- TRANSGRESIONES- AUMENTO DE PESO-ARDOR RETROESTERNAL= ENFERMEDADS POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO (ERGE) OBESIDAD. POSIBLE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES:

En la ERGE el diagnóstico diferencial es la DISPEPSIA ORGÁNICA O FUNCIONAL

DECISIÓN:

Inmediatamente a una correcta caracterización del problema conviene formularse la siguiente pregunta:

¿MANEJO EMPÍRICO?

Sería la utilización de conductas diagnósticas y o terapéuticas asumidas sin demostración mediante el uso de estudios, pero con alta probabilidad de existencia y que ellas contemplen decisiones costo-efectivas para contemplar el 80% o más de los casos posibles.

VERSUS

¿REALIZACIÓN DE ESTUDIOS?

En la actualidad existe una solicitud excesiva de estudios complementarios al diagnóstico; es posible que ello asiente, entre otras cosas, en la falta de competencia clínica para el razonamiento diagnóstico, que confiere un rol excesivo de la tecnología, y en otras por temor a la "mala praxis" (comúnmente entendido como sinónimo de error diagnóstico). Esta actitud excede una adecuada ecuación de costo-efectividad.

Para evitar un sesgo de manejo empírico excesivo es prudente la siguiente re-interrogación:

¿SE PUEDE MANEJAR EN APS CON ACEPTABLE SEGURIDAD PARA EL PACIENTE?

APS: Aceptando por Atención Primaria de la Salud o Primer nivel de atención médica y haciéndolo equivalente de Medicina General o Medicina Familiar y definiéndolo a un nivel de atención médica con:

UN ALTO NIVEL DE COMPETENCIA CLÍNICA Y BAJO NIVEL DE COMPLEJIDAD TECNOLÓGICA. A pesar de la insistencia en la difusión no existe una cabal comprensión del verdadero significado de

"Competencia clínica y Desempeño Médico" por lo que se puntualizaré mejor dichos conceptos:

ENSEÑANZA BASADA EN RESULTADOS: Denominado PROFESIONALISMO= Formación basada en la obtención de un Resultado deseado.

APRENDIZAJE: CAMBIO O MODIFICACIÓN DEL SENTIR-PENSAR-ACTUAR. AL FINAL SER CAPACES DE.... INTERACCIÓN CON PARES Y DOCENTES.

ENSEÑANZA: COMBINACIÓN DE DE CIENCIA APLICADA CON FORMACIÓN AUTORIZADA EN EL ARTE DE LA REFLEXIÓN EN LA ACCIÓN (SOBRE DILEMAS DE LA PRÁCTICA).

COMPETENCIA: CONOCIMIENTO + HABILIDAD + ACTITUD. Se relaciona con excelencia.

SABER HACER+PODER HACER+VALOR Y VOLUNTAD DE HACER

COMPETENCIA PROFESIONAL: conocimientos + habilidades teóricas + razonamiento + habilidades de organización + comunicación + solución de problemas.

DESEMPEÑO: COMPETENCIA + CAPACIDAD DE VENCER BARRERAS + ÉTICA. Se relaciona con resultados del trabajo.

En las situaciones pertinentes debemos pasar al paso del "acto médico" denominado:

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS AL DIAGNÓSTICO:

Cuando se actualizan los contenidos teóricos sobre ERGE, se lee que el diagnóstico de ella se basa, exclusivamente, en los hallazgos clínicos. Por lo que habitualmente no se requiere de la solicitud de estudios, salvo en situaciones atípicas o ante la posibilidad de hallar complicaciones de la enfermedad.

TRATAMIENTO:

Antes de la toma de decisiones terapéuticas, si los profesionales no han actualizado recientemente el tema, conviene realizar una búsqueda de información actualizada; es necesario comprender que las decisiones terapéuticas deben sostenerse en evidencias:

EVIDENCIA: Conocimiento demostrado por investigaciones relevantes y actualizadas o provenientes de la mejor investigación existente. Por ello es fundamental poseer la destreza suficiente para realizar búsquedas eficientes de información, recorriendo las fuentes de evidencias.

MARCO TEÓRICO:

Seguramente luego de la Búsqueda se puede tener un basamento firme para las decisiones terapéuticas, de prevención, pronóstico y educación para la salud. Al

algo, se compromete con ello y se pone marcha para el auto-aprendizaje, lo que es consecuencia de una auto-evaluación previa. Con el tiempo se aprende, que si en el Portafolio se anota una fecha como meta de logro, el proceso se torna más efectivo.

ACTO MÉDICO Nº:2:

M.A.M. 70 años, empresario, casado, Córdoba.

M.de C.: *Disfagia.*

A.E.A.: *Paciente que se hallaba en buen estado de salud, hasta que gradualmente comenzó con episodios de disfagia en tercio medio del esternón. Al principio fue para bolos grandes y alimentos secos, luego normales y finalmente la tiene para semisólidos. Le ocurre en todas las ingestas. A.P.F.:s/p. H.T.: s/p. A.P.P.: s/p. A.E.: s/p.*

Examen Físico: *130/88, 80 p.p.m. regular, 18 respiraciones/minuto, afebril. IMC: 26Kg/m2 Resto s/p.*

USE LA METODOLOGÍA DE AUTO-APRENDIZAJE PROPUESTA EN EL CASO ANTERIOR:

NO AVANCE HASTA NO TENER RESUELTAS LAS CONSIGNAS

DEBAJO SE HALLA LOS DOS CASOS RESUELTOS QUE DEBEN SERVIR PARA QUE UD. COTEJE LO REALIZADO Y PUEDA REFLEXIONAR Y CORREGIR LO NECESARIO

¡ATRÉVASE A TRABAJAR SIN HABER MIRADO LAS SOLUCIONES!

LECTURA COMPRENSIVA EN PROFUNDIDAD:

Disfagia progresiva no acompañada de historia de pirosis

SIGNIFICADO CLÍNICO COHERENTE:

El reciente comienzo a esa edad impone pensar en problema orgánico y alta probabilidad de malignidad.

PROBLEMAS:

DISFAGIA ORGÁNICA

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES:

ERGE ASINTOMÁTICA COMPLICADA CON ESTENOSIS

PACIENTE CON ALTERACIÓN MUSCULAR Y ERGE

PROBLEMA FUNCIONAL CON PRESENTACIÓN ATÍPICA

DECISIÓN:

¿MANEJO EMPÍRICO?

VERSUS

¿REALIZACIÓN DE ESTUDIOS?

¿Se puede manejar en APS con aceptable seguridad para el paciente?

APS:

ALTO NIVEL DE COMPETENCIA CLÍNICA Y BAJO NIVEL DE COMPLEJIDAD TECNOLÓGICA.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS AL DIAGNÓSTICO:

UN PACIENTE CON SÍNTOMAS DE ALARMA NO PUEDE MANEJARSE EN FORMA EMPÍRICA

1.- DERIVACIÓN A ESPECIALISTA Ó

2.- SOLICITUD DE ESTUDIOS: ÚNICA SITUACIÓN QUE CONVIENE INICIO CON RADIOLOGÍA BARITADA. SEGUIDA POR ENDOSCOPIA.

TRATAMIENTO:

Antes de la toma de decisiones terapéuticas, si los profesionales no han actualizado recientemente el tema, conviene realizar una búsqueda de información actualizada; es necesario comprender que las decisiones terapéuticas deben sostenerse en evidencias: Por ello es fundamental poseer la destreza suficiente para realizar búsquedas eficientes de información, recorriendo las fuentes de evidencias.

MARCO TEÓRICO:

Seguramente luego de la Búsqueda se puede tener un basamento firme para las decisiones terapéuticas, de prevención, pronóstico y educación para la salud. Vaya como ejemplo la siguiente ficha que los profesionales guardarán correctamente fechada en su portafolio:

CÁNCER DE ESÓFAGO:

INCIDENCIA Y EPIDEMIOLOGÍA:

PREVALENCIA: 4% DE TODAS LAS MUERTES POR CÁNCERES.

SEXO: VARONES /MUJERES: 3/1(ALTA PREVALENCIA 20/1 Y EN BAJA PREVALENCIA 1/1)

EDAD: MAYORES DE 60 AÑOS, MUJERES EN EDAD MENOR.

FACTORES DE RIESGO: CÁUSTICOS, DEFICIT DE HIERRO,

PLUMMER-VINSON, TILOSIS (Hiperqueratosis palmo. plantar, genético raro, autosómico dominante de penetrancia completa).

ANÁLISIS REFLEXIVO DE LO ACTUADO:

La práctica reflexiva con retro feed back es la base de la formación continuada y del perfeccionamiento de la destreza clínica.

CONTROL DE GESTIÓN:

AUTO-CONTROL DE GESTIÓN: Anotaciones en portafolio de cursos de acción a corregir o demostradamente eficaces.

ACTO MÉDICO N°:3:

N.M.A. 72 años, abogado jubilado, casado, La Rioja

M. de C.: *dolor epigástrico*

A. E. A.: *Paciente que camina tres veces por semana durante una hora a buen ritmo con tolerancia de esfuerzo. Desde hace un tiempo no precisable, en ciertas oportunidades siente ardor retro-esternal y minutos después un dolor que se irradia a dorso, como si fuera algo que no pasa; suele calmarlo con la ingesta de líquidos.*

Antecedentes: s/p.

Examen Físico: 124/78, 84 p.p.m, 20 respiraciones por minuto, 36,8 °C. IMC 25 Kg/m2. Resto clínicamente normal

USE LA METODOLOGÍA DE AUTO-APRENDIZAJE PROPUESTA EN EL CASO ANTERIOR:

NO AVANCE HASTA NO TENER RESUELTAS LAS CONSIGNAS

DEBAJO SE HALLA LOS DOS CASOS RESUELTOS QUE DEBEN SERVIR PARA QUE UD. COTEJE LO REALIZADO Y PUEDA REFLEXIONAR Y CORREGIR LO NECESARIO

¡ATRÉVASE A TRABAJAR SIN HABER MIRADO LAS SOLUCIONES!

LECTURA COMPRESIVA EN PROFUNDIDAD:
DOLOR TORÁCICO PROBABLEMENTE ATÍPICO O NO ANGINOSO, SIN FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR.

SIGNIFICADO CLÍNICO COHERENTE:
BUENA TOLERANCIA AL ESFUERZO- ARDOR RETROESTERNAL, PROBABLE SECUENCIA DE DOLOR TORÁCICO NO CARDIOGÉNICO. CEDE CON INGESTA LÍQUIDA = SIGNO LA PROBABILIDAD DE DOLOR CARDIOGÉNICO ATÍPICO CON ESTA SECUENCIA ES BAJA.

PROBLEMAS:
ERGE: ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO
TRASTORNO MOTOR PRIMARIO ESOFÁGICO
TRASTORNO MOTOR ESOFÁGICO SECUNDARIO A ENFERMEDAD SISTÉMICA.

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES:
DOLOR TORÁCICO NO CARDIOGÉNICO DE ETIOLOGÍA ESOFÁGICA:
¿SECUNDARIO A ERGE? ¿TRASTORNO MOTOR PRIMARIO?
DOLOR TORÁCCICO CARDIOGÉNICO.

DOLOR PLEURAL.

DECISIÓN:

¿MANEJO EMPÍRICO?

Es posible si se interpreta con alta probabilidad de origen digestivo.

TRATAMIENTO EMPÍRICO: Intenso bloqueo secretorio con dosis plena de inhibidores de la bomba de protones (Omeprazol 40 mg ó Pantoprazol 80 mg ó Lansoprazol 60 mg): La falta de respuesta terapéutica en pocos días de observación debería seguirse de cambio en la Medicación, pasando a la antiespasmódica específica y muy pocos días de observación.

NO evidencia RESPUESTA TERAPÉUTICA: impone la solicitud de ESTUDIOS

VERSUS

¿REALIZACIÓN DE ESTUDIOS?

¿Excluir enfermedad coronaria o demostrar enfermedad esofágica?

¿Se puede manejar en APS con aceptable seguridad para el paciente?

Es posible que algunos colegas piensen que si, pero deberán hacerlo bajo estricto control clínico.

APS:

ALTO NIVEL DE COMPETENCIA CLÍNICA Y BAJO NIVEL DE COMPLEJIDAD TECNOLÓGICA. Es posible que otros colegas piensen que no se puede y lo deriven, primero a una institución cardiológica y luego de excluir la patología de riesgo tratable, lo hagan a una institución gastroenterológica.

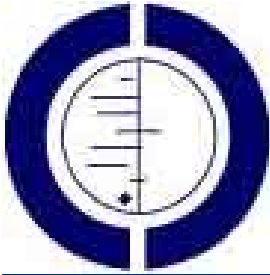
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS AL DIAGNÓSTICO:

Para excluir enfermedad coronaria se requeriría coronariografía.

Para demostrar enfermedad esofágica se requiere pHmetría de 24 horas con electronamometría y monitoreo de la correspondencia del dolor y los episodios demostrados

MARCO TEÓRICO:

Es necesaria la búsqueda de evidencias y Guías de Práctica clínica pertinentes al manejo de dichas patologías.



COCHRANE LIBRARY

SUM Search

BUSCADOR ESPECIALIZADO QUE REALIZA LA BÚSQUEDA EN CINCO BASES DE DATOS Y ORDENA LAS DEVOLUCIONES EN BASE AL NIVEL DE EVIDENCIAS Y COMPRENDE A LAS PRECEDENTES DIRECCIONES ELECTRÓNICAS.

ANÁLISIS REFLEXIVO DE LO ACTUADO:

CONTROL DE GESTIÓN:

AUTO-CONTROL DE GESTIÓN:

Hacerse cargo de lo que hay que aprender porque se asume no conocerse y fijar fecha para el logro del conocimiento.

ACTO MÉDICO N°:4:

D.M. 75 años, viuda jubilada peluquera, Catamarca M.de C.: dolor retro-esternal

A.E.A.: Paciente con cefalea crónica, que como estaba de viaje por Córdoba, para evitar una crisis se tomó un comprimido de Ibuprofeno en un visita guiada por la manzana jesuítica. Es probable que por el apuro lo haya ingerido con poco líquido. Notó que le cayó mal y a las dos horas comenzó con dolor a nivel del ángulo xifoideo muy intenso. Resto s/p.

Antecedentes: s/p.

Eamen Físico: 120/70, 90 ppm regular, afebril, 20 respiraciones/minuto, IMC: 24 Kgs/m². Resto: s/p.

USE LA METODOLOGÍA DE AUTO-APRENDIZAJE PROPUESTA EN EL CASO ANTERIOR:

NO AVANCE HASTA NO TENER RESUELTAS LAS CONSIGNAS

DEBAJO SE HALLA LOS DOS CASOS RESUELTOS QUE DEBEN SERVIR PARA QUE UD. COTEJE LO REALIZADO Y PUEDA REFLEXIONAR Y CORREGIR LO NECESARIO

¡ATRÉVASE A TRABAJAR SIN HABER MIRADO LAS SOLUCIONES!

LECTURA COMPENSIVA EN PROFUNDIDAD:
LA CRONOLOGÍA DE LA HISTORIA ES MUY ESPECÍFICA

SIGNIFICADO CLÍNICO COHERENTE:
CEFALEA- AINE CON POCO LÍQUIDO- LE CAYÓ MAL-DOLOR RETROESTERNAL.

PROBLEMAS:
ESOFAGITIS POR PÍLDORAS

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES:
ESPASMO DE ESÓFAGO SECUNDARIO A REFLUJO
TRASTORNO MOTOR PRIMARIO
NEOPLASIA EN PERÍODO ASINTOMÁTICO

DECISIÓN:
El planteo es similar al caso clínico anterior pero con alternativas dentro de la misma especialidad y con menos riesgo de vida urgente o de descompensación.

¿MANEJO EMPÍRICO?
Es posible y ante la NO RESPUESTA TERAPÉUTICA: LA INDICACIÓN DE ESTUDIOS.

VERSUS

¿REALIZACIÓN DE ESTUDIOS?
Solicitud de endoscopia urgente pero bajo información de lo acontecido al endoscopista para evitar interpretaciones erróneas de las lesiones observadas.

¿Se puede manejar en APS con aceptable seguridad para el paciente?
Para algunos será posible bajo intenso bloqueo secretorio (Omeprazol 40 mg ó Pantoprazol 80 mg ó Lansoprazol 60 mg).

APS:
ALTO NIVEL DE COMPETENCIA CLÍNICA Y BAJO NIVEL DE COMPLEJIDAD TECNOLÓGICA.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS AL DIAGNÓSTICO:

La Fibroesófagogastroduodenoscopia es necesaria para evaluar la evolución, especialmente la ausencia de complicaciones y el diagnóstico diferencial de patología concomitante.

MARCO TEÓRICO:

ESOFAGITIS POR PÍLDORAS:

FACTORES QUE INFLUYEN PARA SU PRODUCCIÓN: Posición frente a la ingesta, tipo de medicamento (forma, tamaño, peso, principio farmacológico).

Lesión alta, habitualmente autolimitada:

ATB: Tetraciclinas, doxiciclina, clindamicina. Ciprofloxacina, lincomicina, minociclina, espiramicina.

BROMURO DE EMEPROMIO: Anticolinérgico.

PREPARADOS DE HIERRO:

Lesión alta, habitualmente puede ser severa:

CLORURO DE POTASIO: Especialmente liberación lenta.

QUINIDINA – AINES – ALENDRONATOS (BIFOSFONATOS)

CLINITEST: Productos cáusticos similares en tabletas.

Lesión más baja:

ALRENOLOL- ÁCIDO ASCÓRBICO-CAPTOPRIL-
TABLETAS CELULOSA/FIBRA- CLOROQUINA-
CROMOGLICATO DE SODIO- CLOZAPINA –
DIFENILHIDANTOÍNA- MEXILETINA-
PANICILAMINA- PERCOGESISC-
FENOBARBITAL- ÁCIDO RETINOICO-
TEOFILINA- ZIDOVUDINA

ESOFAGITIS POR PÍLDORAS:

LA MAYORÍA EN AUSENCIA DE LESIONES PREEXISTENTES.

SITIOS HABITUALES DE LESIÓN EN RETRASO FISIOLÓGICO.

A PESAR DE LAS ESCASAS COMUNICACIONES SE SUPONE QUE LAS ALTERACIONES ESTRUCTURALES O MOTORAS PREDISPONEN A ELLOS.

LOS PACIENTES, FAMILIARES, ENFERMERAS, MÉDICOS Y FARMACÉUTICOS COMPARTEN LA RESPONSABILIDAD DE PREVENIRLAS.

EL ANTECEDENTE, LA CRONOLOGÍA Y LOS SÍNTOMAS SON MUY ORIENTADORES.

DOLOR HORAS O DÍAS DESPUES, ODINOFAGIA, DISFAGIA.

EN LA Rx. BARITADA Y EN LA ENDOSCOPIA SU ASPECTO PUEDE REMEDAR EL DE LAS NEOPLASIAS.

CITOLOGÍA: POSIBILIDAD DE FALSO POSITIVO TRATAMIENTO: INTERUPCIÓN, BLOQUEO SECRETORIO. DILATACIONES.

CIRUGÍAS.

ANÁLISIS REFLEXIVO DE LO ACTUADO:

CONTROL DE GESTIÓN:

AUTO-CONTROL DE GESTIÓN:

SÍNTESIS FINAL:

El médico con habilidades y destrezas suficientes para plantearse adecuadamente los problemas y la capacidad de resolverlos en APS / Medicina General / Medicina Familiar, con aceptable nivel de eficacia y seguridad para el paciente.

Entre las actitudes necesarias para una práctica clínica costo-efectiva se halla:

Competencia Clínica:

La competencia clínica es algo muy complejo; es la capacidad de utilizar el conocimiento, las habilidades, las actitudes, las aptitudes, el buen juicio para analizar la situación y la utilización de técnicas; es la capacidad para definir problemas, para buscar solución, para resolver problemas, para comunicar información, para educar a los pacientes e interactuar con su entorno.

La competencia no existe fuera de contenido ni de contexto.

Bibliografía.

1. .- Clavé P., Terré R, Kraa M. de, Serra M: Actitud a seguir ante una disfagia orofaríngea. Rev. Esp. Enferm. Dig. Feb. 2004; 2004(2):589-96
2. .- O'Mahony D, O'Leary P, Quigley EM.: Aging and intestinal motility: a review of factors that affect intestinal motility in the aged. Drugs Aging. 2002; 19(7):515-27
3. .- Firth M, Prather CM.: Gastrointestinal motility problems in the elderly patient. Gastroenterology. 2002 May; 122(6):1688-700.
4. .- Pilotto A: Aging and the gastrointestinal tract. Ital J Gastroenterol Hepatol. 1999 Mar; 31(2):137-53.
5. .- Newton JL.: Changes in upper gastrointestinal physiology with age. Mech Ageing Dev. 2004 Dec; 125(12):867-70.
6. .- Newton JL: Effect of age-related changes in gastric physiology on tolerability of medications for older people. Drugs Aging. 2005; 22(8):655-61
7. .- Camilleri M, Lee JS, Viramontes B, Bharucha AE, Tangalos EG: Insights into the pathophysiology and mechanisms of constipation, irritable bowel syndrome, and diverticulosis in older people. J Am Geriatr Soc. 2000 Sep; 48(9):1142-50.
8. .- Mönnikes H, Tebbe JJ, Hildebrandt M, Arck P, Osmanoglou E, Rose M, Klapp B, Wiedenmann B, Heymann-Mönnikes I.: Role of stress in functional gastrointestinal disorders. Evidence for stress-induced alterations in gastrointestinal

- motility and sensitivity. *Dig Dis.* 2001; 19(3):201-11.
10. .- Pilotto A, Di Mario F, Malferteiner P, Valerio G, Naccarato R.: Upper gastrointestinal diseases in the elderly: report of a meeting held at Vicenza, Italy, on 20 March 1998. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 1999 Jul; 11(7):801-8.
 11. .- Domínguez-Muñoz JE.: Targeting the abnormalities of gastroduodenal functions in functional dyspepsia. *Dig Dis.* 2001; 19(3):195-200.
 12. .- Lovat LB: Age related changes in gut physiology and nutritional status. *Gut.* 1996 Mar; 38(3):306-9
 13. .- Greenwald DA.:Aging, the gastrointestinal tract, and risk of acid-related disease. *Am J Med.* 2004 Sep 6; 117 Suppl 5A:8S-13S.
 14. .- Riordan SM, McIver CJ, Wakefield D, Bolin TD, Duncombe VM, Thomas MC.: Small intestinal bacterial overgrowth in the symptomatic elderly. *Am J Gastroenterol.* 1997 Jan; 92(1):47-51.
 15. .- Husebye E: Gastrointestinal motility disorders and bacterial overgrowth. *J Intern Med.* 1995 Apr; 237(4):419-27.
 16. .- Majumdar AP, Fligiel SE, Jaszewski R. Gastric mucosal injury and repair: effect of aging. *Histol Histopathol.* 1997 Apr; 12(2):491-501
 17. .- Orr WC, Chen CL: Aging and neural control of the GI tract: IV. Clinical and physiological aspects of gastrointestinal motility and aging. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol.* 2002 Dec; 283(6):G1226-31.
 18. .- Rösch W.: [The aging gastrointestinal tract--diseases of the gastrointestinal tract in old age] [Article in German] *Z Gerontol.* 1982 Mar-Apr; 15(2):66-9
 19. .- Parker BA, Chapman IM.: Food intake and ageing--the role of the gut. *Mech Ageing Dev.* 2004 Dec; 125(12):859-66.
 20. .- Altman DF.: Changes in gastrointestinal, pancreatic, biliary, and hepatic function with aging. *Gastroenterol Clin North Am.* 1990 Jun; 19(2):227-34.
 21. .- Salles N.: Basic mechanisms of the aging gastrointestinal tract. *Dig Dis.* 2007; 25(2):112-7.
 22. .- Morris H.: Dysphagia in the elderly--a management challenge for nurses. *Br J Nurs.* 2006 May 25-Jun 7; 15(10):558-62.
 23. .- Bacak BS, Patel M, Tweed E, Danis P.:What is the best way to manage GERD symptoms in the elderly? *J Fam Pract.* 2006 Mar; 55(3):251-4, 258.
 24. .- Mamun K, Lim J. Role of nasogastric tube in preventing aspiration pneumonia in patients with dysphagia. *Singapore Med J.* 2005 Nov; 46(11):627-31.
 25. .- Lambert HC, Abrahamowicz M, Groher M, Wood-Dauphinee S, Gisel EG.:The McGill ingestive skills assessment predicts time to death in an elderly population with neurogenic dysphagia: preliminary evidence. *Dysphagia.* 2005 Spring; 20(2):123-32.
 26. .- Johnson DA.: Gastroesophageal reflux disease in the elderly--a prevalent and severe disease. *Rev Gastroenterol Disord.* 2004;4 Suppl 4:S16-24.