

NO. 33 | AÑO 2019



# RELEVANCIA<sup>®</sup>

MÉDICA



RELEVANCIAMEDICA.COM

- EDICIÓN ESPECIAL -  
GERIATRÍA & GERONTOLOGÍA

---

Llenos de riqueza tras un largo caminar, son los Adultos Mayores los que nos invitan a **brillar**.



# CARTA EDITORIAL

El envejecimiento es un estado que comprende cambios estructurales y funcionales que aparecen con el paso del tiempo, considerándose como fisiológicos, con pérdida progresiva de las funciones y que no son consecuencia de ninguna enfermedad o accidente. En todos los países se ha incrementado la proporción de personas adultas mayores debido al aumento de la esperanza de vida, lo cual ha modificado la pirámide poblacional, en algunos casos invirtiéndola por completo.

La Geriátrica es la rama de la medicina que se dedica al cuidado de las personas adultas mayores y se enfoca en los aspectos preventivos, de rehabilitación y paliativos, integrando los aspectos sociales y familiares, tiene como objetivo conservar la autonomía y la independencia del adulto mayor. La Gerontología es el estudio de la vejez, orientada al análisis de la ancianidad en sus distintas facetas, centrándose en factores sociales, psicológicos, culturales y económicos.

En Guatemala aún no es muy conocida esta rama de la medicina, por lo que se ha emprendido un largo camino para que la sociedad pueda comprender que, el envejecimiento, conlleva muchos cambios físicos, emocionales y de entorno, que necesitan ser evaluados con atención.

Un envejecimiento saludable (envejecimiento activo), promueve la optimización de las oportunidades para la salud, participación y seguridad, incrementando la calidad de vida de las personas como objetivo primordial. Por ello se presentan temas de mucha relevancia y utilidad, para que el lector pueda profundizar y comprender la importancia de las condiciones, acciones preventivas y terapéuticas, que pueden presentarse y aplicarse en una persona mayor, así como concientizar la situación social actual a la que está sujeta.

La vejez es una realidad que todos vamos a afrontar y no se tienen las condiciones adecuadas para que esta etapa de la vida sea llevada de una forma digna y saludable, por lo que se necesitan de políticas de salud pública específicas, que ejecuten en su totalidad las acciones necesarias. Esta edición de **RELEVANCIA MÉDICA**, dedicada al adulto mayor, se ha realizado con mucha dedicación y esmero, como un aporte a la sociedad guatemalteca.



**Dra. Débora Katinna Romero Rivas**  
Geriatra y Gerontóloga

**Director General**  
Dr. René Fonseca Borja

**Directora Comercial**  
Mónica Icuté Velásquez

**Consejo Editorial**  
Dr. René Fonseca Borja /  
Mónica Icuté Velásquez /  
Wanda de Morales

**Dirección Creativa**  
Andrés González Paz

**Marketing Digital &  
Social Media**  
Alejandra Soto

**Redacción & Ortografía**  
Alejandra Soto /  
Margarita Velásquez

**Carta Editorial**  
Dra. Débora Romero Rivas

**Autores**  
Dr. Julio Reyes Gordillo  
Dr. Carlos G. Tapia  
Dr. Luis Humberto Bermúdez Vega  
Dra. Debora Romero Rivas  
Dr. Carlos Antonio Nava Zacarias  
Dra. Teresa Maldonado Mérida  
Dra. Cindy Yamilet Gil Gil  
Dr. Oliver Josué Aroche Álvarez  
Dra. Karin Olmstead Zamora

**Contacto**  
Tel: + (502) 2255-8744  
Cel: + (502) 5327-3988  
rm@relevanciamedica.com

**Impresión** Visión Digital

Los artículos y materiales publicitarios incluidos representan la opinión de sus autores y anunciantes quienes son responsables de los mismos.

Todos los derechos están reservados incluyendo derechos de autor, creatividad y diseño.

Relevancia Médica es propiedad de R&M Integral Services Corporation, S.A. (INSECO,S.A.) impresa en Guatemala, C.A. El 15 de noviembre de 2019.

# ÍNDICE

05

## HISTORIA DE LA GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

Dr. Julio Reyes Gordillo

12

## TRANSPLANTE PULMONAR

Dr. Carlos G. Tapia

18

## PRESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS, ¿SE PUEDE?

Dr. Luis Humberto Bermúdez Vega

22

## FRAGILIDAD EN EL ADULTO MAYOR

Dra. Débora Katinna Romero Rivas

28

## ASPECTOS DE RELEVANCIA EN EL DETERIORO COGNITIVO POSTOPERATORIO

Dr. Carlos Antonio Nava Zacarias

34

## GERONTOLOGÍA Y PERSONAS ADULTAS MAYORES

Dra. Teresa Magnolia Maldonado Mérida

38

## PODOLOGÍA CLÍNICA GERIÁTRICA

Dra. Cindy Yamilet Gil Gil

44

## POLIFARMACIA Y USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS, BUSCANDO UNA PRESCRIPCIÓN MÁS RAZONADA

Dr. Oliver Josué Aroche Álvarez

52

## SÍNDROMES GERIÁTRICOS

Dra. Karin Haydée Olmstead Zamora

# HISTORIA DE LA GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

Dr. Julio Reyes Gordillo  
Médico Geriatra Gerontólogo Msc



Iniciare haciendo un breve recorrido por la historia de la geriatría a nivel mundial y en otro apartado más adelante me referiré al capítulo Guatemala.

Geriatría, rama de la medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales en la salud y enfermedad de los ancianos.

**Brocklehurst** catedrático de Geriatría en la Universidad de Mánchester, dice: **Un geriatra tiene que ser: Un coordinador de recursos médicos y sanitarios. Un educador (de médicos, enfermeras, etc.). Un poco de Epidemiólogo, Sociólogo y Psicólogo. Mucho de rehabilitador y sobre todo un competente clínico.**

## HISTORIA

El envejecimiento ha sido de interés durante centurias, para civilizaciones como la antigua China (leyendas del Tíbet) - India

**Más tarde griegos y romanos continuaron tratando de entender los mecanismos del proceso de envejecimiento.**

**Gerontocracia (gobierno controlado por ancianos denominados Gerontes - Grecia) hombres que pasaban los 60 años, pudo haber sido el término precursor.**

El deseo de entender el envejecimiento no es reciente, se han buscado respuestas desde siempre: tiempos bíblicos: el Rey David.

## LOS PRIMEROS PASOS

**1.236, Roger Bacon:** en su libro **“Cura de la vejez y la preservación de la juventud”**

**Otros autores: Zerbi 1468, Cornaro 1467, Ficher 1685 y Canstatt 1807.**

En el siglo XVII y XVIII Francis Bacon y Benjamin Franklin, trataban de descubrir las leyes que gobernaban el envejecimiento, para buscar el rejuvenecimiento.

## PRINCIPIOS SIGLO XX

En 1903 Michael Metchnikoff, Sociólogo y Biólogo ruso, sucesor de Pasteur y premio novel de Medicina y Fisiología, propuso a la Gerontología como ciencia para el estudio del envejecimiento.



## HITOS HISTÓRICOS

1974 - La Organización Mundial de la Salud (OMS), publicó un informe sobre la organización de los servicios geriátricos.

En las décadas de los 80 y 90 se produce un avance espectacular. En Naciones Unidas en la convención de Viena del 26 de julio al 6 de agosto de 1982 se realiza la I Asamblea Mundial del Envejecimiento.

Se estipuló que en los países en vía de desarrollo, se debe tomar como edad de derecho a ser considerado dentro del grupo de adultos mayores, a partir de 60 años y para los países desarrollados a partir de 65 años.

Son los gobiernos, ante todo, los responsables de la aplicación del Plan de Acción, de forma mancomunada con las asociaciones intergubernamentales, las sociedades civiles, el sector privado y las propias personas mayores, quienes deben implicarse en la solución de sus problemas.

## MADRID:

**8 al 12 de abril de 2002. II Asamblea Mundial del Envejecimiento. Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento.**



## OBJETIVO:

que las personas mayores puedan disfrutar plenamente de sus derechos humanos, envejecan de forma segura, participen plenamente en la vida económica, política y social, y tengan la posibilidad de realizarse en su edad más avanzada.

Se centra la atención en la eliminación de la violencia y la discriminación de las personas mayores, la igualdad de género, la importancia vital de la familia, la asistencia sanitaria y la protección social de las personas mayores.

## ESPAÑA

En 1947 se crea un servicio de Geriatria en Barcelona dirigido por el Dr. Panella Casas y una Cátedra de Geriatria en Valencia dirigida por el Profesor Beltrán Báguena. En 1948, se crea la Sociedad Española de Gerontología. **Se realiza el I Congreso de Geriatria y Gerontología en Barcelona con más de 200 participantes.**

## MEXICO 1977

Sociedad de Geriatria y Gerontología de Mexico A.C.

## CUBA 1987

Se funda la Sociedad Cubana de Geriatria y Gerontología donde resultó electo como presidente el Dr. Osvaldo Prieto Ramos.

## EL SALVADOR

la Unidad de Geriatria del ISSS nació el 14 de agosto de 2003.

## HONDURAS

Se crea el centro de Atención Integral al Adulto Mayor es una unidad del IHSS en el 2003.

## GUATEMALA

La asistencia gerontológica se inició en Guatemala en el gobierno del general **Jorge Ubico, inaugurando el primer "Asilo de Ancianos"** el 1 de noviembre de 1934, aprobando su reglamento el 25 de abril de 1940.

**Luego, en 1955**, se fundó el patronato para ancianos, que luchaba por establecer otros centros similares en todo el país, emprender campañas a favor de la ancianidad, además de mejorar las condiciones del único asilo existente.

**Entre 1956 y 1957**, Guatemala presentó un trabajo sobre la asistencia geriátrica al **Primer Congreso Panamericano de Gerontología y al VII Congreso Médico Americano.**

**Para 1958** existían ya cuatro asilos de ancianos, tres de ellos auspiciados por asociaciones y patronatos independientes.

**El Dr. Manuel Antonio Girón Mena, Médico y Especialista en Salud Pública, catedrático por más de 30 años en la Facultad de Medicina Preventiva y Social en la Facultad de Ciencias Médicas (USAC)**, a su retiro se dedicó a la Gerontología y escribió los libros, Gerontología y Geriatria Social 1982, (figura en el catálogo de Tesoros de la Gerontología Social de la OMS y OPS; vol. 2, Julio de 1987).



Liberación de la Vejez 1936 (mereció el Quetzal de Oro que otorga la Asociación de Periodistas de Guatemala APG, al mejor libro del año en 1986).

Y Gerocultura 1991.

Fue presidente de la Asociación Gerontológica de Guatemala y vicepresidente del Comité Nacional de Prevención de la Vejez.

**Desde que se celebró la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en 1982, representó a Guatemala en varios encuentros internacionales y organizó seminarios sobre envejecimiento.**

La Ley de Protección para las Personas de la Tercera Edad, Decreto Número 80-96 del Congreso de la República y sus reformas, en el artículo 32 crea el Comité Nacional de Protección a la Vejez, que se podrá abreviar **CONAPROV**; el cual está integrado de la siguiente manera: a) Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente de la República (**SOSEP**), b) Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (**IGSS**); c) Ministerio de Trabajo y Previsión Social (**MINTRAB**); d) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (**MSPAS**); e) Procuraduría General de la Nación (**PGN**); y, f) dos delegados de las instituciones públicas o privadas vinculadas con la problemática de las personas de la tercera edad.

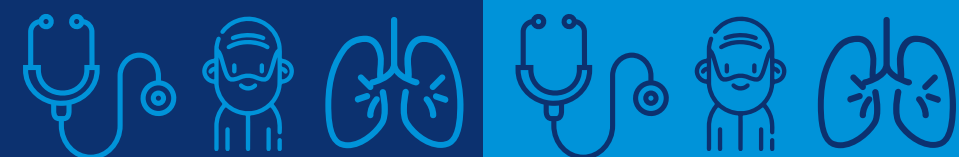
Esta misma Ley, establece que estará adscrito en todas sus funciones a la SOSEP.

El mismo artículo indica que la SOSEP y el CONAPROV estarán encargados de promover, impulsar, coordinar, realizar y orientar programas y acciones relativas al bienestar y seguridad de las personas de edad avanzada, por medio del Programa Nacional de la Ancianidad.

Actualmente la Procuraduría de derechos Humanos del Adulto Mayor juega un rol importante en la defensa de los adultos mayores.

# TRANSPLANTE PULMONAR

Dr. Carlos G. Tapia  
Ms.C Medicina Interna  
Neumología Hospital Roosevelt



**En Guatemala como en el resto del mundo, la esperanza de vida y la población de adultos mayores, ha aumentado;** según datos de OMS se estima que en las Américas para el año 2020 se tendrán 200 millones de personas adultas mayores, lo cual representa el doble de lo que se contaba en el 2006, y de estos más de la mitad estará ubicada en América Latina y el Caribe; para 2025, el 69% de quienes nacen en Norteamérica y el 50% de los que nacen en América Latina vivirán más allá de los 80 años.



El aumento en la esperanza de vida y el crecimiento de la población mayor trajo consigo el incremento en las enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas también destacan las enfermedades de tipo respiratorio, para mencionar algunas podemos encontrar la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (**EPOC**), la **fibrosis pulmonar idiopática**, **cáncer pulmonar** y **otras neumopatías relacionadas al envejecimiento pulmonar**.

Es importante que los médicos del siglo XXI estén preparados, y que los servicios de salud y la sociedad comprendan y atiendan las nuevas necesidades de la población de adultos mayores en crecimiento, tanto en el tratamiento, como en la **prevención de las enfermedades crónicas**, y realizar de una manera sostenida cambios en las formulaciones de políticas que promuevan un estilo de vida digno, atención paliativa y desarrollo social de las personas adultas mayores.





La función pulmonar y las habilidades de ejercicio a menudo son diferentes entre las poblaciones geriátricas y más jóvenes.

**Además, es un dato conocido que, a mayor edad, los pacientes tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedades pulmonares.**

Considerando los datos anteriores, es necesario que los médicos en formación estén preparados para atender de forma integral las necesidades de esta población en particular.

Teniendo esto en cuenta y como parte importante de la formación académica, los integrantes del post grado de Neumología del Hospital Roosevelt con un importante apoyo por parte de **Productos Del Aire de Guatemala**, realizan una rotación en las instalaciones del departamento de trasplante pulmonar en Mayo Clinic, en Jacksonville, Florida, en donde es posible observar el seguimiento y tratamiento de enfermedades pulmonares crónicas, muchas de ellas en adultos mayores.



En este centro se puede observar el modelo de **“medicina integrativa”** en donde el paciente tiene un manejo multidisciplinario, tanto de personal médico, como de los otros participantes del sistema de salud y voluntarios; esto con el fin de poder abordar una patología o problema de salud específico, ofreciendo de manera literal **“un nuevo aliento de vida”** a los pacientes, esto en especial a los pacientes adultos mayores, que en otro tiempo eran condenados a un pronóstico ominoso al escuchar diagnósticos como fibrosis pulmonar, o EPOC.

Hoy en día esto está cambiando, ya que la tecnología permite tratamientos tan radicales como lo es el trasplante pulmonar, o más conservadores, pero con un impacto importante en la calidad de vida del paciente, como la rehabilitación pulmonar y, por último, pero no menos importante, **el acceso a un sistema de salud que incluyen los cuidados paliativos eficientes y accesibles.**



También pudimos observar que existe una cultura de prevención, ya que existen clínicas especializadas para el adulto mayor en donde los médicos especialistas abordan al paciente y se enfocan en la prevención de muchas de estas enfermedades, o de su detección temprana; esto es de vital importancia ya que el prevenir una enfermedad respiratoria crónica o detectarla en etapas tempranas, puede disminuir importantemente el impacto económico, tanto a nivel asistencial privado, como público.

Este enfoque de salud no solo curativa sino que preventiva es a lo que debemos aspirar en países con tantas necesidades como el nuestro.



Además de esto, se cuenta con nuevos medicamentos para enfermedades crónicas los cuales brindan una mayor esperanza de vida, mejor calidad de vida, mejor desempeño y funcionalidad del paciente con enfermedades respiratorias crónicas.

Ya lo dijo muy acertadamente el papa Francisco: **“Los adultos mayores son los que nos traen la historia, nos traen la fe y nos la dan en herencia. Son los que como el buen vino envejecen, tienen esta fuerza interior para darnos una herencia noble”.**

Gracias a los avances de la medicina la expectativa de vida se ha extendido: pero la sociedad no se ha abierto a la vida. El número de adultos mayores se seguirá multiplicando, pero



nuestras sociedades no se han organizado lo suficiente para hacerles el espacio que se merecen, con justo respeto y dignidad, los adultos mayores son una riqueza y no deben ser invisibilizados.

El futuro de las personas adultas mayores tiene un aspecto alentador, y es por esto por lo que en este ejemplar de **Relevancia Médica** se aborda el manejo multidisciplinario del paciente geriátrico, ayudando en gran manera a formar conciencia en los profesionales de la salud, a promover el trabajo en equipo, a reconocer al ser humano de forma holística (biológico, espiritual, emocional y social), a regresar a las bases humanas y empáticas de la vocación médica, para poder cuidar de aquellos pacientes que un día cuidaron de nosotros.

Desde hace

95

AÑOS

Somos  
el oxígeno  
de Guatemala

Síguenos 

# ¿Enfermedades respiratorias?

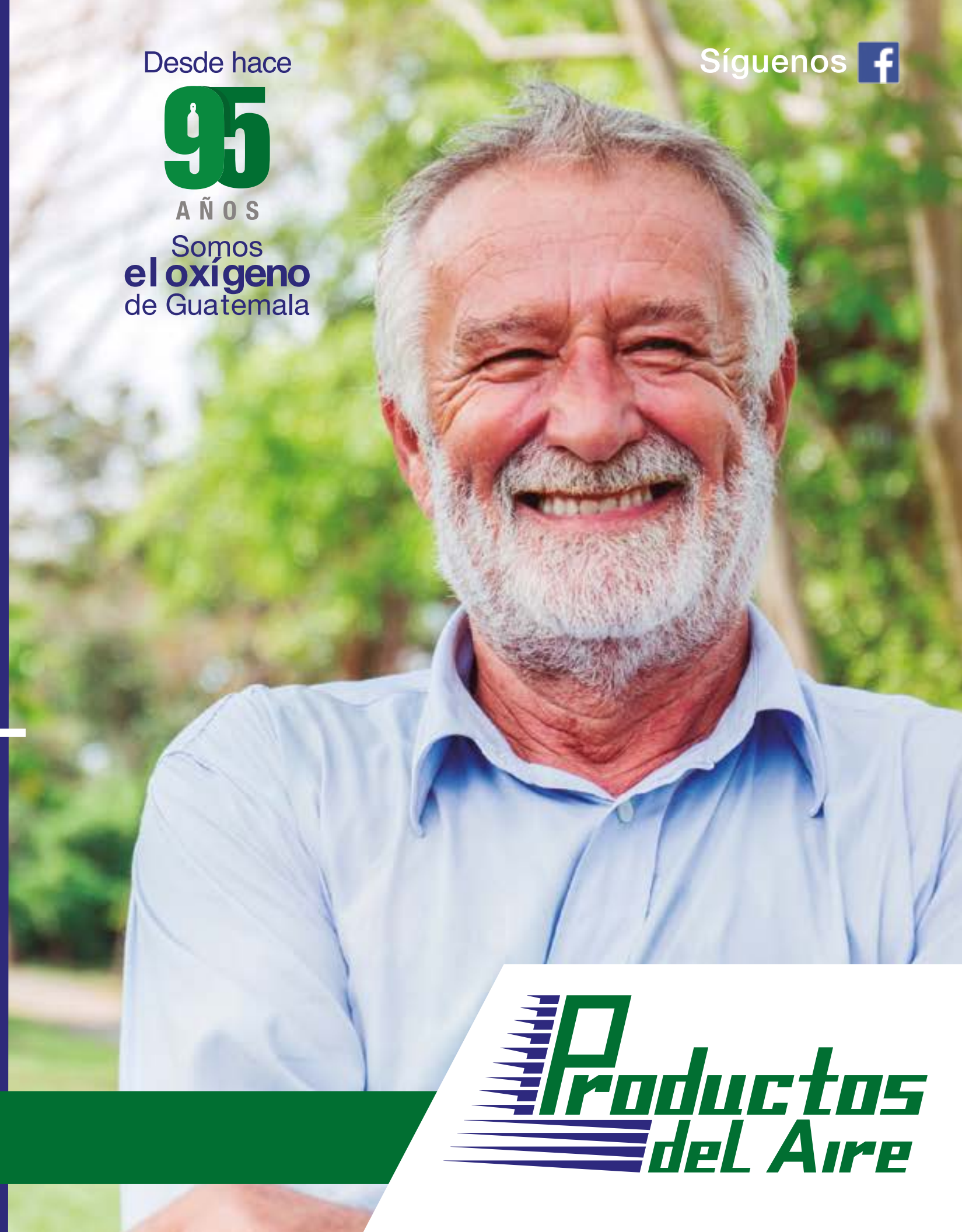
Realiza tu *terapia respiratoria* desde cualquier lugar y mejora tu calidad de vida.

LLÁMANOS PBX: 2421-0400

[www.productosdelaire.com](http://www.productosdelaire.com)



**Productos  
del Aire**

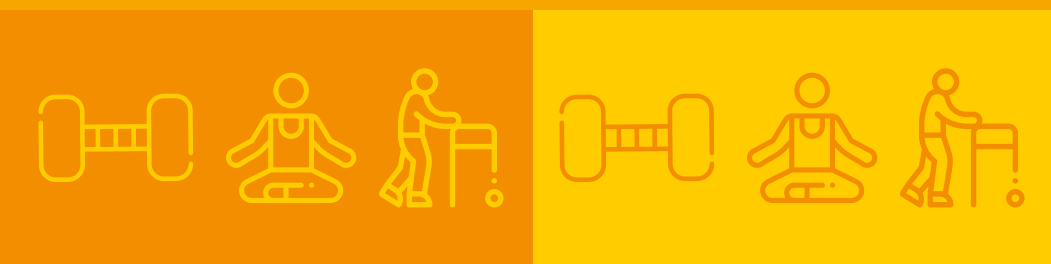




## PRESCRIPCIÓN DEL EJERCICIO DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS,

## ¿SE PUEDE?

Dr. Luis Humberto Bermúdez Vega  
Geriatría - Cuidados Paliativos, El Salvador



**L**a persona mayor adquiere su independencia a través de ejecución y adecuada función de las actividades de la vida diaria, se debe tener en cuenta que el mismo proceso de envejecimiento y el apareamiento o cronicidad de patologías, pueden revertir lo dicho y hacer caer a la persona en deterioro funcional.

La atención sanitaria debería acompañar en todo el proceso de envejecimiento, realizando intervenciones en estados de independencia como de deterioro.

Tanto el ejercicio físico, como su carencia se han estudiado a través del tiempo, en 1960 Bengt Saltin et al. realizaron un estudio sobre la relación del reposo en cama y la disminución de la aptitud cardiovascular, en 1996 la OMS en The Heidelberg Guidelines for Promoting Physical Activity Among Older Persons reconoce ya los beneficios del ejercicio físico. En 2002 y 2003 World Health Survey (OMS) refleja la inactividad física en hombres en porcentajes de 27.5 % y mujeres 32.9 %, siendo el grupo etéreo más predominante el de personas mayores.



La inactividad tiene efectos catastróficos y pareciera que existe un determinante cultural en nuestros países al ingresar pacientes a un hospital, sosteniendo el paradigma erróneo que, cuya estancia, es igual a reposo en cama.



Cada ingreso puede desencadenar una crisis catabólica muscular, Le Blanc et al., Paddon Jones et al, observaron una pérdida de 0.14 y 0.10 Kg respectivamente en la primera semana de reposo, y cuya afectación era principalmente a nivel de miembros inferiores. Kortebein et al.

**Observaron en adultos mayores sanos una pérdida de 0.95 Kg de masa magra de la pierna a los 10 días de reposo y que 0.63 kg se perdían en los primeros siete días.**

Las personas mayores que realizan ejercicio físico conservan una función fisiológica mejor en comparación con las sedentarias, demostrando mejor interrelación entre los sistemas cardiovascular, respiratorio y muscular.

El volumen máximo utilizado de oxígeno es mayor por personas que desempeñan una actividad física versus el inactivo. Dicho efecto se puede ver replicado también en la prehabilitación para obtener mejores efectos en eventos quirúrgicos.

**El ejercicio tiene efectos beneficiosos indiscutibles en los mayores, en todas sus esferas, en la hospitalaria lo describe Cochrane en un metaanálisis publicado en 2009, donde se verifica que las intervenciones en este grupo de pacientes son beneficiosas adecuándolas a cada condición y comorbilidades del mayor.**

**Los métodos de búsqueda fueron MEDLINE, CINALH, EMBASE, COCHRANE, entre otros, examinando 3138 documentos y conservando 143 artículos que incluyeron 7 ensayos controlados aleatorizados y 2 ensayos clínicos controlados que comparaban el ejercicio para pacientes hospitalizados versus controles sin intervención.**

Con un total de 4223 participantes se encontró dentro de los datos más relevantes un aumento significativo de los pacientes dados de alta al hogar ( RR 1.08, IC 95%, 1.03 a 1.04 ), también una reducción en la duración de la hospitalización aguda ( -1.08 días, IC 95%, -1.93 a -0.22), así como una reducción en el total de los costos hospitalarios en

comparación con la atención habitual.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Tratado de Medicina Geriátrica, Capítulo 33, Relevancia del Ejercicio Físico en el Anciano, Wojtek Chodzko-Zajko, A. Schwingel, C. Bouzón.
- Protecting muscle mass and function in older adults during bed rest. Kirk L English and Douglas Paddon-Jones, The University of Texas, January 2010.
- Physical Activity, Anging an Physiological Function, Stephen D. R. Harridge and Norman Lazarus, Centre of Human and Aerospace Physiological Sciences, Faculty of Life Sciences and Medicine, King's Collage London, United Kingdom, February 22, 2017.
- Exercise for Acutely Hospitalized older medical patients. Morton N, Keating JL, Jeffs K, Cochrane Library Database of Systematic Reviews, 2009.
- Impact of Rehabilitation on morbidity and Mortality after pulmonary lobectomy by minimally surgery: a cohort of study. Fairuz Boujibar, Tristan Bonnie, David Debeaumont et al. Normandie University, UNIROUEN INSERM U1096.



f @ y  
www.centromedico.com.gt

## NUEVO Laboratorio y Fisioterapia en Naranja Shops

Local L 15 / PBX: 2319-4600 Ext. 4702

Horario: Lunes a sábado: 6:00 a 19:00 horas

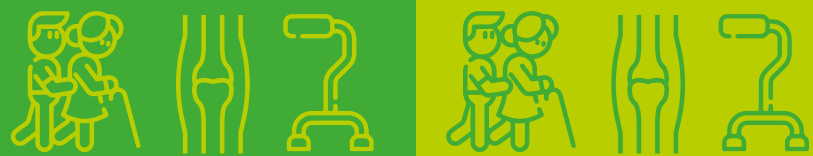
Domingo, asuetos y feriado: 7:00 a 14:00 horas



*Especialistas en ti.*

# FRAGILIDAD EN EL ADULTO MAYOR

Dra. Débora Romero Rivas  
Geriatra y Gerontóloga



La fragilidad en las personas mayores es un marcador pronóstico que forma parte importante en geriatría para ofrecer a la persona mayor una adecuada asistencia médica y así una mejor calidad de vida.

Actualmente la fragilidad se conceptúa como un síndrome clínico que inicia con la pérdida de la reserva fisiológica del organismo, que provoca un declive funcional en los sistemas corporales (cardiovascular, neuro-endocrino, musculo-esquelético, metabólico e inmunológico) dando como resultado deterioro funcional, que, a su vez, se verá manifestado en el anciano por presentar discapacidad y dependencia, haciéndole más vulnerable a enfermedades o a eventos desafortunados, como por ejemplo, una caída.

Dentro de los factores de riesgo para presentar fragilidad se encuentran los factores genéticos del envejecimiento, factores ambientales, hábitos o estilos de vida, enfermedades crónicas, trastornos del ánimo, deterioro visual y auditivo.



Las personas mayores que presentan este síndrome inician con pérdida de peso, debilidad, disminución de la fuerza, fatiga, falta de apetito e inactividad, es muy importante identificar estos síntomas ya que algunas veces pueden mal interpretarse como un comportamiento natural o común del envejecimiento, pasando totalmente desapercibido el cuadro clínico.

Identificados los síntomas es muy importante que la persona mayor sea sometida a una valoración geriátrica integral, la cual contempla muchos parámetros dentro de los cuales se encuentra la situación funcional, cognitiva y psicosocial de la persona mayor.



Dicha valoración se realiza con ayuda de herramientas como los test funcionales los cuales evalúan las actividades básicas (comer, ducharse, uso del retrete, desplazarse, vestirse) e instrumentales (uso de teléfono, hacer compras, preparación de alimentos, cuidado de hogar) de la vida diaria.

Otros parámetros de suma importancia es la identificación de signos clínicos como la pérdida de masa muscular de forma generalizada y que se le conoce con el término de sarcopenia, la cual es el denominador común en cuadros clínicos de fragilidad, así como la pérdida de densidad ósea u osteopenia,

trastornos en la marcha/equilibrio y la inmovilidad, estos se encuentran estrechamente relacionados entre sí y como resultado la persona mayor tiene mayor riesgo de muerte, discapacidad por lesiones o caídas, mayor incidencia de institucionalización (ingreso a residencia para personas mayores) y de ingresos hospitalarios con mayor frecuencia, con intervalos de tiempo muy cortos, complicando aún más la situación física, emocional, social y económica de la persona mayor y su entorno familiar.

En el mejor de los casos la fragilidad debería ser prevenida o identificada en una etapa inicial o temprana

para que la persona mayor no sea dependiente, y de esta forma no pierda su autonomía que es uno de los grandes objetivos para lograr un envejecimiento satisfactorio y saludable.

Para lograr este gran objetivo como se mencionó anteriormente, se debe realizar una valoración geriátrica para medir la fragilidad de manera integral y efectiva, logrando obtener información fiable de parte de la persona mayor o de su cuidador y familiares para la prevención o manejo de la misma de una forma individualizada.

Otro pilar importante es abordar de forma correcta

las enfermedades crónicas, así como la revisión periódica de los medicamentos que la persona mayor utiliza para dichas enfermedades, ya que los mismos pueden provocar efectos negativos, ya sea por la cantidad de fármacos que usa o por la manifestación de reacciones adversas medicamentosas que pueden contribuir a la aparición del síndrome de fragilidad.

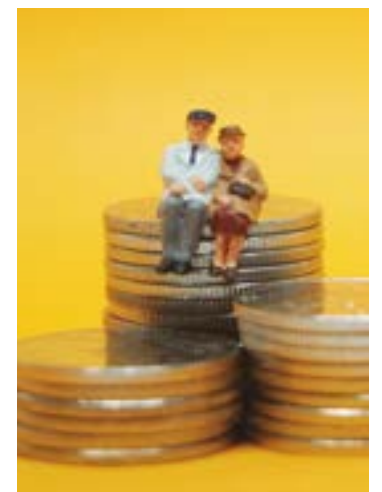
Dentro de las medidas de prevención efectivas para la población adulta mayor se pueden citar el ejercicio físico, el cual preserva la masa muscular con lo que se mantiene la fuerza y por ende la funcionalidad que es lo que tanto se busca

preservar, así como mantener un buen estado nutricional.

**En conclusión, la fragilidad es considerada como un síndrome geriátrico que se vuelve un desafío importante al que se enfrentarán las personas mayores hoy en día, ya que ha venido aumentado su incidencia en los últimos tiempos.**

Se debe actuar de forma rápida y eficaz por medio de herramientas que forman parte de una valoración integral, para que la persona mayor no presente discapacidad y dependencia, principal objetivo de un envejecimiento satisfactorio y activo, ya que esta

condición produce complicaciones de gran magnitud reflejadas en la **salud física y emocional de la persona mayor, con alto costo social y económico que va produciendo un desgaste en el núcleo familiar.**



# Nos especializamos en cirugía para la **obesidad**

El propósito de los procedimientos bariátricos es: ayudar a las personas a recuperar su salud, alcanzando su peso ideal conforme a sus propias características.



## **MANGA GÁSTRICA**

Procedimiento en donde la capacidad del estómago disminuye. La persona come el **80%** menos de lo que solía comer.



## **BYPASS GÁSTRICO**

Procedimiento en donde se reduce la capacidad del estómago y se modifica el sistema digestivo para absorber menos calorías.



## **REVISIÓN BARIÁTRICA**

Procedimientos en donde se modifica un procedimiento bariátrico anterior, para corregir o mejorar el proceso de pérdida de peso.



UN MOTIVO INSPIRADOR PARA  
**RENACER EN UNA VIDA SANA**

  
**newlife**<sup>®</sup>  
C E N T E R

Edificio Clínicas Médicas de Las Américas, 10 Calle 2-45 Zona 14, Clínica 1202,  
Guatemala C.A. 01014 Tel/fax: [502] 2363-5421, 2368-3621

[newlifecenter.com.gt](http://newlifecenter.com.gt)

# ASPECTOS DE RELEVANCIA EN EL DETERIORO COGNITIVO POSTOPERATORIO

Dr. Carlos Antonio Nava Zacarias  
Médico y Cirujano  
Médico Anestesiólogo  
Médico Geriatra y Gerontólogo



La anestesia geriátrica está tomando cada vez mayor importancia, especialmente por los avances de la medicina intensiva y de la anestesia.

Actualmente los ancianos tienen la posibilidad de operarse aún en cirugías electivas. Sin embargo, esto crea la necesidad de una rama geriátrica en varias especialidades médicas y que de esta forma se puedan manejar los trastornos inherentes o más frecuentes para este tipo de pacientes, como el caso del deterioro cognitivo del paciente en el postoperatorio.



El delirio en pacientes postoperados, es una condición común y constituye un marcador de la calidad de atención en salud, al mismo tiempo se asocia con eventos adversos a corto y largo plazo.

La relevancia de la aparición del delirio en el desenlace de los pacientes hospitalizados, ha motivado a la búsqueda de los mecanismos, de las mejores estrategias de la prevención y terapia, así como la urgencia de sensibilizar a los diversos equipos médicos en este tema.

Existen tres desórdenes postanestésicos: delirio, disfunción cognitiva postoperatoria y el trastorno conocido como demencia.

Estos cambios se caracterizan por una alteración de la conciencia, con alucinaciones y pérdida de la noción espacial, en general los pacientes se encuentran lucidos en la mañana, pero a medida que avanza el día aparecen los síntomas.



Es importante saber reconocer a los pacientes que tienen mayor riesgo de padecer estas entidades, por lo que varios estudios se han dirigido a encontrar los factores de riesgo más comunes, entre estos se mencionan: factores de riesgo no farmacológicos entre los que se cita hipoalbuminemia, hematocrito menor de 30%, shock cardiogénico postcirugía cardíaca, infección aguda postoperatoria, cirugía valvular cardíaca, empeoramiento de disfunción cognitiva, hipertensión arterial, alcoholismo,

ateroesclerosis y los factores postoperatorios más importantes, hipoxia, acidosis, hipoperfusión, anemia e hipoventilación.

En el caso del delirio postoperatorio, este se define como un síndrome confusional agudo con cambios en la atención y la cognición, siendo una condición neuroinflamatoria, la presentación clínica varía en el paciente de edad avanzada, la cual puede ocurrir hasta 30 días después de la cirugía y se manifiesta desde una importante agitación hasta hipoactividad.

El delirio postoperatorio en adultos mayores tiene una incidencia entre el 5 al 50%, la alta incidencia que se puede llegar a alcanzar en pacientes sin demencia como patología de base, hace de esta complicación un tema de investigación relevante en este grupo vulnerable.

Se ha reportado asociación de delirio postoperatorio con mayor estadía hospitalaria, complicaciones, institucionalización y pérdida de la independencia del paciente, lo que conlleva a cambios importantes en la vida del paciente y en la vida de su familia, además de aumento en el costo hospitalario y extrahospitalario.

En un estudio realizado en Holanda los pacientes clasificados con riesgo alto presentaban un 37.1% de incidencia y los de riesgo bajo un 3.8%, siendo la edad un factor predictivo



independiente; los pacientes en urgencia presentaron 4 veces más riesgo en comparación con los de cirugía electiva. En estudios anteriores realizados en Inglaterra, se encontró que al estratificar a los pacientes en bajo y alto riesgo, la frecuencia varía entre el 2 y 50%, asociándose a una mayor tasa de complicaciones.

Todos estos cambios fueron relacionados a factores como: deterioro cognitivo preexistente, comorbilidades complejas, cirugía de emergencia, dolor no controlado, edad, disrupción de sueño y hemorragia intraoperatoria.

Por todo esto, el impacto de delirium crea la necesidad de un diagnóstico

temprano y la toma de estrategias preventivas, así como la estratificación preoperatoria del riesgo la cual puede ser de ayuda para cambiar el manejo anestésico del paciente.

Existen diferentes criterios que muestran una relación o no, de agentes y métodos anestésicos con la aparición o exacerbación de alteraciones en la función cognitiva.

**Se han demostrado modificaciones cognitivas relacionadas, con el número de medicaciones prescritas, algunos consideran que el tipo de anestesia no varía el riesgo de desarrollo, otros han encontrado mayor relación con la duración de la cirugía y de la anestesia con la memoria secundaria implícita.**

Todos estos cambios que producen, tanto la cirugía, como la anestesia en el deterioro cognitivo, se han asociado al incremento de la morbilidad, pérdida de las habilidades de la vida cotidiana y dependencia.

Por lo que hace importante la evaluación de la función cognitiva en el proceso del acto anestésico y quirúrgico, en especial, en enfermos de edad avanzada, implementando medidas preventivas para la toma de las precauciones en el abordaje de los factores de riesgo.

En el cerebro del anciano, la disfunción cognitiva postoperatoria puede persistir por varios días o meses después de suspender drogas y las alteracio-

nes mentales se pueden asemejar a procesos neurodegenerativos.

Estos desórdenes pueden ser reportados por los pacientes y se pueden corroborar con pruebas neurológicas, siendo este un asunto que está tomando mucha importancia, como un problema de salud después de la cirugía y la anestesia, debido a que se asocia a una morbilidad cada vez mayor, que conlleva a un tiempo de estancia hospitalaria prolongada y un incremento en los gastos para las instituciones, reduciendo así la calidad de vida de los pacientes.

**Es por esto que es necesaria la evaluación de los pares craneales, presencia de anomalías motoras o**

**sensitivas, datos de disfunción, reflejos tendinosos y existencia de reflejos primitivos.**

**Evaluación neuropsiquiátrica, psicológica y cognitiva del paciente en el periodo postoperatorio, empleando el Mini Mental Test. Aunque es muy difícil predecir los efectos de la anestesia sobre la memoria.**

En el trastorno de la disfunción cognitiva, también influyen factores como: ser sometido a cirugía cardiovascular y ocurre después de 10 días de la operación además de presentar antecedentes de bajo nivel intelectual, alcoholismo, tabaquismo y carencias nutricionales.

Aunque para el Delirium postoperatorio los primeros reportes provienen de adultos mayores con fractura de cadera, en pacientes con cirugía cardíaca, existe una asociación entre delirio postoperatorio con la mortalidad, así como con la necesidad de reingreso y menor calidad de vida.

En la actualidad se acepta que la prevención no farmacológica en un abordaje multidisciplinario es una estrategia factible, económica y más efectiva que las maniobras farmacológicas. En cuanto al manejo de este trastorno, la falta de evidencia en el uso rutinario de farmacoterapia antipsicótica para prevenir o tratar el delirio, da cada vez más peso a la consideración de otras intervenciones no farmacológicas, dirigidas a



modificar factores de riesgo que si han demostrado efectividad en la reducción de su incidencia.

Por lo previamente mencionado se debe identificar todos los procesos patológicos, sociales, culturales, que puedan ser considerados como factores de riesgo para dicha población, el geriatra y el anestesiólogo, por lo que deben conocer a fondo su fisiopatología, abordaje, diagnóstico y tratamiento con el objetivo de alertar al enfermo y a sus familiares, sobre la elevada frecuencia e implicaciones pronósticas de esta entidad.

Teniendo como objetivo prevenir las complicaciones y lograr la independencia en sus actividades principalmente de autocuidado, que el anciano sea funcional llegando a una vejez de manera más saludable, retardando el tiempo de aparición de discapacidad con un enfoque en la calidad, más que en la cantidad de años.

#### REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

- Tobar A, E., Abedrapo M, Godoy C, J. and Romero P, C. (2012) Delirium Postoperatorio: Una ventana hacia la mejoría de la calidad y la seguridad en la atención de pacientes quirúrgicos. Revista Chilena de Cirugía, 64(3), pp. 297-305.
- Willians-Ruso, P., Urquhart, B.L., Sharrock, N. E and Charlson, M.E. (1992), Post-Operative Delirium: Predictors and Prognosis in Elderly Orthopedic Patients. Journal of the American Geriatrics Society, 40:759-767. Doi: 10.1111/j.1532-5415.1992.tb01846x.

"Nos importas tú  
y los tuyos"

**UNIPALIA**  
EL PILAR DE TUS MOMENTOS IMPORTANTES



SANATORIO  
**El Pilar**  
PBX: 2279 5000

# GERONTOLOGÍA Y PERSONAS ADULTAS MAYORES

Licda. Teresa Magnolia Maldonado Mérida  
MSc. Gestión de Sistemas de Salud



La Gerontología es la ciencia que estudia el proceso del envejecimiento sus objetivos son dar más vida a los años y mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores, se caracteriza por ser multidisciplinaria ya que trabaja de la mano con otras disciplinas como lo son la medicina, biología, sociología, economía, derecho, antropología, etc., condición que permite asegurar un abordaje integral precisamente en lo relacionado al proceso del envejecimiento, como a lo relativo a la etapa de la vejez.

**Partiendo de este contexto, surge la necesidad que cualquier atención dirigida hacia personas adultas mayores sea con un enfoque gerontológico, de esta manera se logra visualizar con más amplitud los intereses, necesidades y problemática de este sector poblacional de forma individualizada, considerando que en el proceso de envejecimiento influyen aspectos biológicos, psicológicos y sociales.**

Por lo tanto al llegar a la etapa de la vejez, las personas no son iguales ya que los aspectos descritos los convierten en personas diferentes con sus propias características y especificidades. **Cabe mencionar que cuando se habla de la vejez se hace referencia a la última etapa de vida del ser humano y que la misma se construye socialmente debido a que se pone como referencia una edad cronológica.**

En lo relacionado a la prestación de servicios de atención en salud, ya sea en el ámbito público o privado, es fundamental que dentro de la estructura de los programas dirigidos a personas adultas mayores, incluyan un área gerontológica.

Esta será la encargada de ir dando la pauta de una coordinación interdisciplinaria, donde la atención sea centrada en la persona precisamente de acuerdo a sus particularidades, y no únicamente se dé desde la visión de primera mano como aquellas personas que asisten por una afección de salud, enfermas o porque por el nivel de esperanza de vida es mínimo no merecen más que un servicio asistencialista, un área con esta perspectiva hace la diferencia en cuanto al trato humano que debe brindarse a este grupo poblacional.

Los sistemas de salud prestadores desde la perspectiva gerontológica en sus planificaciones hacen énfasis en la prevención y promoción de la salud, puesto que aquí surge el tema relacionado con el autocuidado de las personas adultas mayores base fundamental para incidir en la autonomía relacionada con la capacidad por valerse por sí mismos, tomar sus propias decisiones y por consiguiente en la independencia relativa al plan de su propia vida.





En los servicios tradicionales la percepción del autocuidado es diferente, su aplicación se orienta a las enfermedades y no en sí a la persona adulta mayor, si bien es cierto las patologías instaladas en ellos sea un referente a considerar en la planificación de esta clase de programas, las mismas no pueden ser determinantes en la orientación que se debe generar en cuanto a la preservar la salud o al adecuado manejo de enfermedades instaladas, pues el objetivo específico del autocuidado es permitir la mayor funcionalidad de la persona mayor en las actividades relacionadas con la vida diaria.

Los profesionales con conocimientos gerontológicos conocen muy bien que el aprendizaje de autocuidado que debe generarse en las personas adultas mayores, es el orientado a conductas sobre **salud física, mental, social y espiritual**; respecto a la salud física, la persona adulta mayor aprenderá sobre la importancia de preservarla ejerciendo cuidados generales en todo el cuerpo, el adecuado manejo de los medicamentos, si ya es necesaria su aplicación, la importancia del envejecimiento activo relacionado con la actividad física, relaciones sociales, actividades culturales y recreativas.

**Sobre la salud mental la enseñanza es para que se genere en ellos la resilien-**

**cia, ya que esta manera puede afianzar su capacidad para aceptar cambios que surgen en la etapa de la vejez, en su entorno familiar, social o comunitario.**

Procurar que una persona mayor sea resiliente es ayudarle a descubrir aquellas reservas de fortaleza que como seres humanos se tienen para soportar las diversidad de situaciones difíciles que se van presentando por causas que sin que sea la voluntad de ellos se salen de su control;

En referencia a lo espiritual, un área que casi siempre se deja de abordar y para las personas adultas mayores es de muchísimo valor, su orientación tiene que dirigirse a las necesidades elementales como ser humano, valores éticos, **respeto a credos religiosos, realización de actividades solidarias con el involucramiento de la familia primordialmente, generación de espacios donde puedan dar respuestas a muchas cuestionamientos sobre la última etapa de la vida.**

Entender que en nuestro país es necesario que se dé a conocer el rol importante que tiene la Gerontología en la atención de las personas mayores es vital, ya que conforme este grupo poblacional crezca, la demanda de una atención integral que facilite un envejecimiento activo irá en aumento.

# El IGSS le da la oportunidad a las personas de

# 55 años o más

## de completar las cuotas para tener derecho a su pensión

**Si dejó de contribuir al IGSS y tiene mínimo 55 años y 180 contribuciones hasta el 2010 puede seguir como Contribuyente Voluntario únicamente para el programa IVS**

Tiene del 12 de noviembre de 2019 al 11 de noviembre de 2020 para solicitarlo\*

\*Acuerdo Número 1429 de Junta Directiva



Para más información escanee el código QR





# PODOLOGÍA CLÍNICA GERIÁTRICA

Dra. Cindy Yamilet Gil Gil  
Geriatra y Gerontóloga



No pierdan su tiempo ni el dinero de los pacientes y de la sanidad pública multiplicando las pruebas paraclínicas de identificación de enfermedades si el paciente que está envejeciendo, o ya es mayor, es asintomático. Por el contrario, le hará un gran favor si se dedica a examinar su visión, su audición y sus pies.

*Peter Millard*  
*Profesor europeo de Geriatría*

**Un buen maestro dijo un día “nadie ve lo que no conoce”, y es ahí donde radica la importancia de este artículo.**

Como profesionales de la medicina nos hemos enfocado tanto en las enfermedades metabólicas crónico terminales y en sus complicaciones aisladas que nos hemos olvidado de las limitaciones físicas que la enfermedad en sí o el envejecimiento normal puede llegar a ocasionar en las personas mayores.

Recientemente tuve la oportunidad de adquirir

nuevos conocimientos en Podología Clínica, rama de la medicina que en nuestro país realmente NO existe, a través de Nuchim Foundation Corp. con la Dra. Dolca Muriscot Niell de España y la Dra. María José Céliz de Argentina, ambas expertas en Podología y, como profesionales, muy colaboradoras e interesadas en que más médicos de nuestro país puedan involucrarse en ésta rama tan desconocida por nuestros colegas, con el único objetivo de disminuir el número alarmante de amputaciones por pie diabético y complicaciones vasculares en nuestra población.



**E**l pie es una estructura compleja, básica para el soporte del cuerpo y la locomoción, donde se mantiene el apoyo y las fuerzas dinámicas al mismo tiempo para desplazarnos de un lado a otro; su función esencial para amortiguar la transmisión de las fuerzas descendentes o ascendentes durante las distintas actividades de la marcha, carrera o el salto es realmente importante.

**Empecemos por reconocer cuáles son los cambios fisiológicos de la piel y faneras, que, a partir de aquí, serán el centro de atención para que ayudemos a un paciente geriátrico a seguir siendo independiente y ambulatorio:**

- Atrofia epidérmica.
- Disminución del número de melanocitos.
- Aplanamiento de la unión dermoepidérmica.
- Alteraciones en la matriz extracelular dérmica.
- Pérdida de la curvatura normal de los arcos del pie; medial, lateral y anterior.

**Esto conlleva a padecimientos tales como:**

- Elastoidosis (fibras elásticas alteradas) que se expresan clínicamente, en concreto, por la presencia de heliodermia o envejecimiento actínico (arrugas y pliegues).
- Reducción del crecimiento de los cabellos y las uñas.
- Reducción del número de melanocitos que contribuye al encanecimiento del cabello.
- Reducción de la actividad de las glándulas sebáceas, sudoríparas, ecrinas y apócrinas que contribuyen a una cierta sequedad cutánea conocida como Xerodermia.
- Hiperqueratosis de las uñas.
- Infecciones Fúngicas y Bacterianas Oportunistas
- Aparición de Helomas (cayos con raíz, clavos u ojos de pescado) por puntos de presión.

El proceso general de envejecimiento del sistema osteoarticular provoca una osteopenia, una amiotrofia responsable de una hipotonía muscular, una distensión de las estructuras capsuloligamentosas.

Todas estas alteraciones, que dependen de numerosos factores con interacciones poco conocidas, darán lugar a modificaciones estructurales muy diferentes en los distintos individuos, pero que finalmente adoptan una misma dirección: una especie de estiramiento de todas las estructuras musculoligamentosas que, asociado a factores como el aumento de peso, va a dar lugar a una especie de postración generalizada de la viga compuesta que es el pie.

Esta tendencia no tiene fuerza de ley y hay que tener en cuenta la arquitectura del pie con el avance de la edad.





**También habrá que tener en cuenta las diferencias fisiológicas relacionadas con el sexo (clásica laxitud relativa a la osteopenia, más importante en la mujer), la actividad física de cada persona, la higiene, el calzado, el tiempo en bipedestación, etc.**

Realmente es el punto de partida para la prevención de caídas, conservación del equilibrio, preservación de la marcha y movilidad en una persona mayor, por lo que debemos prestar atención a un correcto examen físico de los miembros inferiores, una evaluación minuciosa de las uñas, evaluar la sensibilidad, pulsos y reflejos osteotendinosos para poder así garantizar que el paciente mayor no tenga dolor o limitaciones físicas que estén distorsionando su postura al caminar y que se puedan corregir oportunamente.

Recordemos que en ésta etapa final de la vida lo más importante es brindarle al paciente calidad de vida, no buscamos prolongar la vida que ya está programada genéticamente, si no que brindarle todas las herramientas para que pueda seguir realizando las actividades básicas de la vida diaria al lado de su familia.

**Recomendaciones para el cuidado adecuado de los pies de las personas mayores:**

**Evaluación podológica 1 vez al año.**

**Quiropodia cada 40 a 50 días.**

**Humectación diaria.**

**Vigilar por Helomas y áreas de hiperqueratosis.**



**beyvive**

*Una vida maravillosa*



**BeyVive**, es una marca que nació para satisfacer las necesidades de personas mayores y personas con necesidades especiales, a través de productos innovadores como: baberos con bolsillo y toalla, trajes de una pieza para fácil cambio del adulto, y otros artículos de apoyo para una vida más independiente y comfortable para el adulto mayor.

También contamos con artículos que hacen más fácil la movilización, tanto para el paciente, como para el cuidador.

 **5959-3223**

 /Beyvive

 info@beyvive.com

 beyvive.com

# POLIFARMACIA Y USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS, BUSCANDO UNA PRESCRIPCIÓN MÁS RAZONADA

Dr. Oliver Josué Aroche Álvarez  
MSc Geriatria y Gerontología  
Miembro fundador y presidente  
Asociación Guatemalteca de Geriatria y Gerontología.



**Envejecer es más que una etapa vital del ser humano, para el Diccionario de la Real Academia Española (RAE), involucra cambios estructurales y funcionales que aparecen con el paso del tiempo y que no necesariamente están relacionados con enfermedades ni accidentes.**



Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), estos cambios conllevan a una pérdida gradual de las capacidades físicas y mentales, con un consecuente aumento del riesgo de padecer enfermedades.

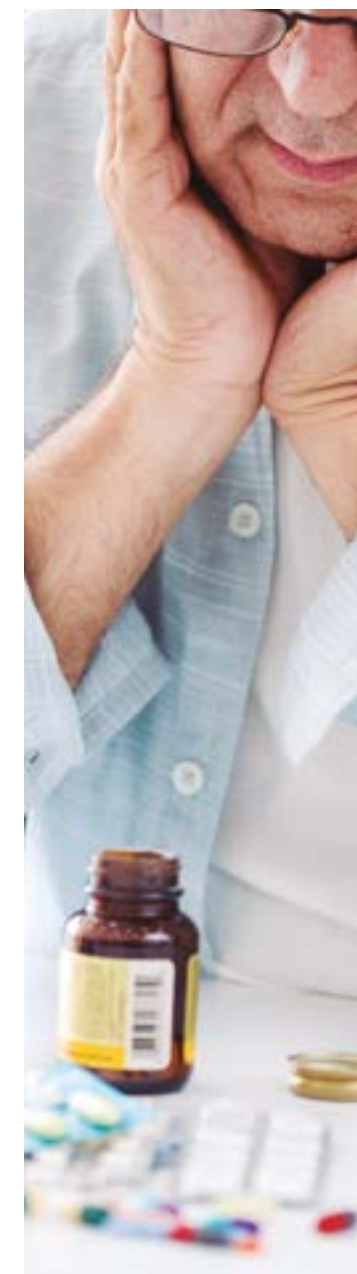
Es este aumento de riesgo de padecer enfermedades el que lleva a un Adulto Mayor al consumo de medicamentos, ya sea prescritos por médico o auto recetados.

Los cambios fisiológicos propios del envejecimiento, no solo afectan órganos y sistemas corporales, si no también, la forma en la que

actúan los medicamentos en el organismo, es decir, afectan su farmacodinamia y farmacocinética.

Estos cambios, unidos al consumo o aumento del consumo de medicamentos eleva el riesgo de presentar problemas relacionados con estos, derivado de las interacciones farmacológicas y los hábitos de consumo de medicamentos.

Por lo tanto, hablar de **PO-LIFARMACIA**, es un tema complejo, muchos autores han tratado de definirlo, llegando a un consenso en el que se entiende como la toma de más de 5 medicamentos.



## PRINCIPALES RIESGOS

Los riesgos relacionados con la toma de medicamentos en Adultos Mayores, aumentan en proporción a la cantidad que consume, se ha estimado que si toma 5 aumenta un 50% la probabilidad de presentar problemas relacionados con medicamentos, en tanto que si toma 7 medicamentos ésta aumenta al 100%.

Los problemas asociados al consumo de medicamentos están más relacionados con reacciones adversas de los medicamentos y los derivados por las interacciones farmacológicas.



Para la OMS, Reacción Adversa (RAM) es cualquier respuesta nociva a un medicamento o fármaco, no intencionada, que se presenta a dosis adecuadas para el tratamiento, diagnóstico y/o profilaxis del paciente.

En tanto que se entiende por Interacciones medicamentosas, aquellas que surgen cuando el efecto o acción de un medicamento se ve alterado o modificado

por el efecto o acción de otro.

Estos dos puntos pueden ser causa de consulta médica o de hospitalización, y pueden llegar a ser confundidos con un cuadro patológico nuevo, en lugar de ser considerados como de origen farmacológico, especialmente en la presencia de Polifarmacia.

En la actualidad, Polifarmacia es considerada ya

un Síndrome Geriátrico, gracias a la prescripción de más de un medicamento para distintas patologías, y que, en algunos casos, pueden duplicar el tratamiento para una misma.

## Factores que promueven la Polifarmacia

Son variadas las causas que provocan Polifarmacia, entre ellas podríamos mencionar:

### Auto medicación:

que no es más que el uso de medicamentos sin una prescripción médica. En este sentido se puede hablar de aquellos que son vendidos sin necesidad de presentar receta médica: complejos vitamínicos, analgésicos, antibióticos.

### Falla de adherencia al tratamiento:

que se refiere a la interrupción del tratamiento prescrito, ya sea en cuanto a la dosificación indicada por el médico, a la frecuencia de ingesta o a la duración del tratamiento.

## Falta de un objetivo terapéutico claro:

En este caso, se hace referencia a la indicación de un tratamiento farmacológico determinado, sin tener claro lo que se persigue al prescribirlo o que la indicación clínica para su uso no sea bien definida.

## Uso inadecuado o excesivo de ciertas formas farmacéuticas:

tales como medicamentos de aplicación intramuscular, consumo de jarabes, etc.



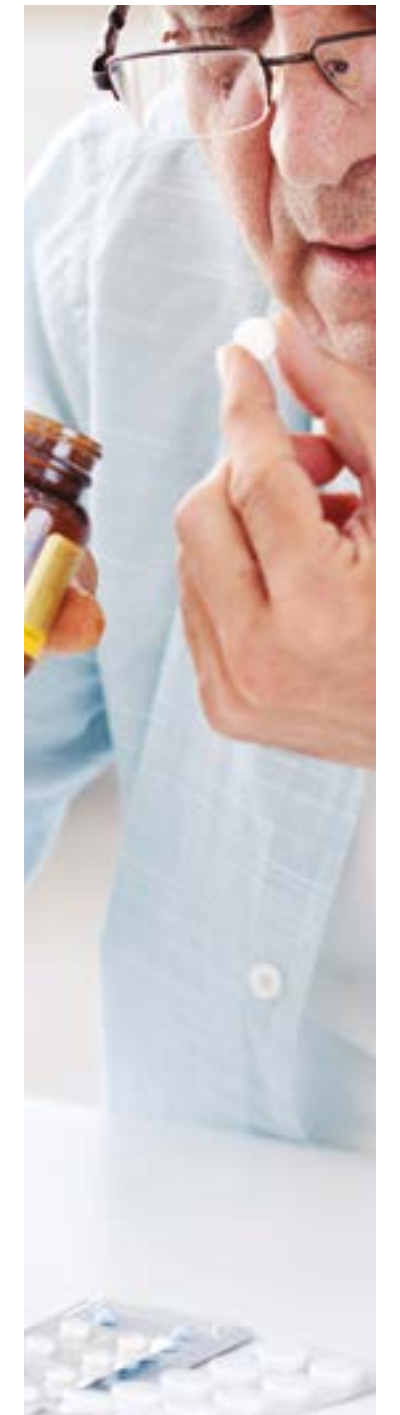
### Factores culturales:

aquí nos referimos a la creencia de evaluar la "calidad" de la atención de un médico según el número de recetas o prescripciones emitidas por consulta clínica realizada a un paciente. Muchos pacientes consideran como "mala atención" si el médico tratante no emite prescripción alguna.

### Múltiples consultas médicas:

En este sentido, el paciente puede realizar consultas a especialistas en lugar de un médico general, por considerar que es preferible, por la calidad de la atención recibida. Esto conlleva a la consulta de varios especialistas, que, en muchos

casos, pueden desconocer el o los tratamientos establecidos por otros, lo que provoca aumento en la medicación del paciente, aumentando los riesgos ya mencionados en el consumo de medicamentos.



## Manifestaciones clínicas de la Polifarmacia

En el Adulto Mayor, las manifestaciones clínicas de las enfermedades pueden ser muy atípicas y variadas. Sin embargo, lo más relacionado con estas y el uso de medicamentos pueden ser: **mareos, alteraciones de la memoria, del estado de conciencia, del sueño, del ánimo, sensaciones referidas como palpitaciones, agitación, hasta llegar al riesgo de caídas, cuadros depresivos, vértigo, etc.**

Por ser tan variado el rango de manifestaciones clínicas, requiere mucha sospecha y seguimiento muy de cerca del paciente y su evolución clínica, para poder determinar en qué momento se está ante la presencia de molestias referidas que puedan ser secundarias al uso de medicamentos y no una patología emergente.

## ¿Qué hacer para prevenir la Polifarmacia?

Hasta ahora el panorama es variado, puede llevar a un temor por parte del médico, al momento de realizar el ejercicio de la prescripción de los pacientes y un temor en los pacientes al momento de utilizar medicamentos, cualquiera que estos sean.

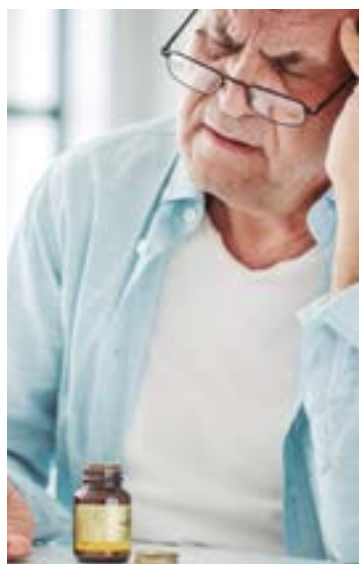
Sin embargo, no se trata de quedarse en el temor, sino, en tomar acciones que permitan corregir estos aspectos y evitar caer en Polifarmacia y sus riesgos, ya que los fármacos son una herramienta para el médico que permiten alcanzar un objetivo terapéutico en cualquier patología que el paciente pueda presentar.

En este sentido, las medidas que pueden tomarse son variadas, y permiten abordar el problema desde distintas aristas. **Entre ellas tenemos:**

## Promover el uso racional de los medicamentos

Según la OMS, no es más que procurar que el paciente reciba el tratamiento adecuado, a la dosis adecuada, por el período de tiempo necesario y a un costo que permita sostener el tratamiento sin poner en dificultades al paciente.

Esto involucra un ejercicio de prescripción más razonada, donde se identifique claramente el objetivo terapéutico que se busca alcanzar al prescribir un medicamento; se anote adecuadamente la frecuencia de toma de cada dosis, indicando claramente el horario, la cantidad de tabletas a administrar y la duración específica del tratamiento.



Un punto importante es este sentido es que el medicamento más novedoso no necesariamente es el mejor medicamento, derivado que la experiencia clínica con su uso es limitada; y el apareamiento de nuevos medicamentos de una misma familia terapéutica, muchas veces son variaciones del primer medicamento, siendo este último el que tiene más evidencia clínica en cuanto a seguridad y eficacia en su uso.

## Educación médica continua

Orienta al médico a estar en constante actualización sobre la información de medicamentos, sean antiguos o novedosos; guías de práctica clínica donde se recogen las recomendaciones más específicas para las líneas de tratamiento de las patologías del paciente.

En cuanto a la información de medicamentos, lo más esencial es su objetividad, ya que, mucha de esta información puede provenir de la misma industria farmacéutica, es necesario obtener información neutral sobre ella, donde el análisis de la mejor evidencia clínica puede orientar de mejor manera la aplicación del medicamento como parte del tratamiento farmacológico del paciente.



## Educación al paciente

El plan educacional al paciente es fundamental para abordar cuestiones relacionadas con la patología o las patologías que presente, así como su tratamiento, donde se puede abordar los efectos secundarios que pueden esperarse, las indicaciones de ingesta del tratamiento, las comidas o sustancias que pueden interferir con la adecuada absorción del mismo, la dieta a seguir, el estilo de vida necesario, etc.

## El uso de herramientas de prescripción en adulto mayor

Existen herramientas que pueden ser útiles al momento de orientar sobre los grupos farmacológicos con más interacciones terapéuticas o lo que pueden provocar o potenciar los efectos adversos de uno u otro medicamento.

Dentro de este grupo 2 conocidas son: los Criterios Beers y los Criterios Stopp - Start.

**Los Criterios Beers se refiere a una serie de principios activos, que, en Adulto Mayor, reciben la recomendación de ser evitados, y medicamentos cuyo uso es inadecuado en patologías específicas.**

Estos criterios han sido propuestos por la Asociación Americana de Geriátrica (AGS, por sus siglas en inglés), revisados y actualizados en tres ocasiones, con la característica de ser muy propias del sistema sanitario de Estados Unidos, sin embargo, han sido adaptados al contexto sanitario español y pueden servir de guía para estimar la conveniencia o no del uso o combinación de algunos principios activos.

Por su parte, la Sociedad de Medicina Geriátrica de la Unión Europea, ha propuesto los criterios Stopp-Start, como una herramienta que permite detectar la prescripción potencialmente inadecuada o ser una herramienta de monitoreo de alerta para evaluar la prescripción adecuada.

Estos evalúan los errores de tratamiento o de omisión de tratamiento más comunes y permiten una fácil asociación con los diagnósticos activos del paciente y la terapéutica farmacológica establecida.

## Conclusión

Pese a que el consumo de medicamentos en Adulto Mayor puede ir aumentado, sea por la automedicación y acceso a medicamentos sin prescripción, o por necesidades claras de terapéutica, es importante que el médico tratante y los médicos especialistas estén en constante comunicación, con el fin que se puedan evitar en la medida de lo posible problemas relacionados con medicamentos que puedan poner en riesgo la salud del paciente.

El componente educativo, para abordar la Polifarmacia, es fundamental, tanto dirigido hacia el paciente para que pueda tener claro los motivos de su tratamiento, como para el médico, para que pueda tomar las mejores decisiones fármaco terapéuticas, especialmente buscando la mayor seguridad en el uso de los medicamentos que seleccione para el tratamiento de sus pacientes.

Evitar la prescripción por complacencia, y recordar que las bases del uso racional de los medicamentos están relacionadas con lo oportuno del tratamiento farmacológico, permitirán evitar errores de medicación, disminuir el riesgo de reacciones adversas e interacciones farmacológicas.

Por último, y no menos importante, considerar siempre que, ante signos y síntomas nuevos, como posibilidad diagnóstica, pueda tratarse de reacciones adversas o problemas relacionados con medicamentos o interacciones farmacológicas, y no necesariamente una nueva patología; por lo que indagar siempre sobre su historial fármaco terapéutico dará indicios del problema en desarrollo y cómo poderlo abordar.



## VIRGEN DEL ROCÍO

RESIDENCIA PARA ADULTO MAYOR



*Un lugar ideal  
para cuidar a su  
ser querido*


**Virgen del Rocío**, es una Residencia para el Adulto Mayor, dedicada a brindarle una mejor calidad de vida, como si fuera su segundo hogar. La atención es personalizada, ya que contamos con una enfermera por cada dos pacientes y visita médica geriátrica, de lunes a viernes.

Todo el personal además de profesional es muy cariñoso y cuidadoso en el trato a los huéspedes que viven con nosotros. Se les complace con su alimentación y también en sus paseos cuando salen dentro de la Colonia Oakland.

 **2363-4318**

12 Avenida "A" 13-75 zona 10 Oakland

 [centrovirgendelrocio.com](http://centrovirgendelrocio.com)

 [administracion@centrovirgendelrocio.com](mailto:administracion@centrovirgendelrocio.com)

# SÍNDROMES GERIÁTRICOS

Dra. Karin Olmstead Zamora  
Médico Geriatra Gerontólogo Msc



La cantidad de personas que envejecen a nivel mundial, cada día es mayor, lo que implica que los sistemas de salud deben estar preparados para atender a este grupo poblacional que tiene necesidades diferentes a los demás grupos etarios.

**Para el año 2017, se calculaba que había 962 millones de personas con 60 años o más, es decir, un 13 por ciento de la población mundial, con una tasa de crecimiento del 3% anual.**

Las personas pueden envejecer sin estar enfermas; por lo cual la atención debe estar enfocada en proporcionar una mejor calidad de vida a las personas mayores conforme el avance de la edad y los problemas médicos y necesidades que vayan surgiendo.

**El personal de salud debe estar capacitado para ayudar en la educación del adulto mayor a tener un envejecimiento saludable y proveerles de los mejores recursos para atender todas sus necesidades.**

La OMS define el envejecimiento activo como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

El envejecimiento activo se aplica, tanto a los individuos, como a los grupos



de población. Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia.

Los países desarrollados han puesto en marcha programas de salud, que pueden satisfacer en mejor forma, la demanda los

servicios por parte de las personas mayores y su intervención va desde la prevención, tratamiento y rehabilitación a los usuarios de los mismos, sin embargo, en los países con poco desarrollo se observan muchas personas que no tienen acceso a los mismos.

**Los gobiernos en general no están preparados para atender a personas mayores, ni a sus diversas necesidades.**

Hacia el año 1909 se utiliza el término geriatría en la terminología médica cuando I. L. Nascher publica un artículo en el New York Medical Journal, denominado **“Geriatrics: The diseases of the old age and their treatments”**. Sin embargo, es hasta 1935 que el concepto se moderniza, cuando la doctora Marjory Warren cambia el concepto y el cuidado del adulto mayor, al brindarles un adecuado diagnóstico, a través de una evaluación y rehabilitación adecuada, es aquí donde se inicia una medicina moderna para los adultos mayores.

**La doctora Warren aboga por un mejor trato y diagnóstico para la persona mayor.**

Es importante la prevención y un adecuado diagnóstico para el adulto mayor, de esto dependerá su futuro. Cuando las manifestaciones de las enfermedades no se detectan a tiempo, serán un problema mayor para el

paciente, el cuidador y para el sector salud, en términos económicos y sociales.

Las enfermedades pueden tener diferentes formas de presentación de acuerdo al individuo y el término síndromes geriátricos se utiliza para referirse a las formas más frecuentes en que se presentan las enfermedades en la persona mayor.

**Aunque es un poco complejo cada síndrome puede tener una o más causas y una misma enfermedad puede presentarse como diferentes síndromes.**

La calidad de vida de las personas mayores está ligada a su nivel de independencia, es por ello que los síndromes geriátricos que se describen a continuación deberán ser tomados en cuenta siempre que se evalúe un paciente, para ser detectados y tratados adecuadamente, pero sobre todo prevenirlos.



**Kane, en 1989 describe en su libro “Essentials of Clinical Geriatrics” a través de una regla nemotécnica con las «ies» los síndromes geriátricos fáciles de recordar:**

- Immobility: inmovilidad.
- Instability: inestabilidad y caídas.
- Incontinence: incontinencia urinaria y fecal.
- Intellectual impairment: demencia y síndrome confusional agudo.
- Infection: infecciones.
- Inanition: desnutrición.
- Impairment of vision and hearing: alteraciones en vista y oído.
- Irritable colon: estreñimiento, impactación fecal.
- Isolation (depression)/insomnio: depresión/insomnio.
- Iatrogenesis: iatrogenia.
- Inmune deficiency: inmunodeficiencias.
- Impotence: impotencia o alteraciones sexuales.

**Dentro de los factores determinantes que están ligados a los síndromes geriátricos se encuentran más frecuentemente:**

- Mujeres, sin embargo los hombres también se ven afectados.
- Personas solteras.
- Nivel bajo de estudios.
- Nivel socioeconómico bajo.
- Abandono.
- Paciente institucionalizado.
- Demencias.

**Con lo anteriormente descrito es mucho el trabajo por hacer. Se debe hacer énfasis en la prevención que es mas económica que la curación en todo sentido.**

Las poblaciones merecen tener un envejecimiento sano, adultos mayores activos en la comunidad, gobiernos comprometidos con la salud de esta población creciente, personal de salud capacitado en la detección e intervención temprana de estos síndromes y programas de rehabilitación adecuados.

Cada persona tiene su forma propia de envejecer, ninguno es igual a otro, por lo tanto, la intervención temprana evitará la presentación de estos síndromes geriátricos que pueden llevar a la inmovilización y la muerte.



## Referencias Bibliográficas

[<http://www.envejecimientoactivo2012.net/Menu29.aspx>  
Archivado el 26 de octubre de 2016 en la Wayback Machine. OMS, 2002, concepto adoptado en la segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento, celebrada en 2002 en Madrid, España

Martínez Sánchez, Miguel (25 de octubre de 2016). «20 años de Envejecimiento Activo, una visión optimista de la vejez». Apuntes de Demografía. CSIC. ApdD.

<http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n4.36944> Autopercepción de salud en adultos mayores y desenlaces en salud física, mental y síndromes geriátricos, en Santiago de Cali; Helmer Zapata-Ossa. 9 de mayo 2015

2. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Disponible en: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_%20constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_%20constitution_sp.pdf). Consultado marzo 26 2019

# DIRECTORIO MÉDICO



**DR. CARLOS G. TAPIA**  
Ms.C Medicina Interna  
Neumología Hospital Roosevelt  
@ carlostapiamd@gmail.com

**DRA. DEBORA KATINNA ROMERO RIVAS**  
Geriatra y Gerontóloga  
☎ 5859-8748  
@ debikatinna@gmail.com

**DRA. CINDY YAMILET GIL GIL**  
Geriatra y Gerontóloga  
☎ (+502) 4218-0601  
@ yamiletgil@gmail.com

**DRA. KARIN HAYDÉE OLMSTEAD ZAMORA**  
Geriatra y Gerontóloga  
☎ (+502) 5580-8000  
@ kholmsteadz@gmail.com

**DR. LUIS HUMBERTO BERMÚDEZ**  
Geriatra y Gerontólogo  
☎ (+502) 2141-8902  
@ luisbermudezvega@gmail.com

**DR. CARLOS ANTONIO NAVA ZACARIAS**  
Geriatra y Gerontólogo  
☎ (+502) 3008-3267  
@ medicinava@yahoo.com.mx

**DR. OLIVER JOSUÉ AROCHE ÁLVAREZ**  
Geriatra y Gerontólogo  
☎ (+502) 3033-9899  
@ oliverjosue@yahoo.com



# Visión Digital

Tu punto de impresión

**¿NECESITAS ADHESIVOS  
PARA TUS PRODUCTOS O  
PROYECTOS PERSONALES?**

**Puede ser la forma  
que tu quieras**

**Troquelado por Q15**

**TIPOS DE ADHESIVOS:**

- Adhesivo Normal
- Adhesivo Vinil
- Adhesivo Permanente
- Adhesivo Removible  
(blanco o transparente)

Llegá con

waze



Visión Digital



visiondigitalgt

**#TuPuntoDelImpresión**

**PBX: 2320-3000**

**TIENDA CAYALÁ**

Boulevard Rafael Landívar, 10-05 local A1. zona 16  
visiondigitalcayala@gmail.com

**TIENDA MAJADAS**

Diagonal 12 25-85 Parque Comercial  
Las Majadas zona 11 L11-12  
visiondigitalmajadas@gmail.com

**TIENDA VISTA HERMOSA**

2a 17-88 zona 15 VHII, CC. Pacific Vista Hermosa  
visiondigital11@gmail.com



VIVE TU MEJOR DESCANSO



DÉJANOS SER CÓMPLICE DE TU  
EVENTO DONDE LO NECESITES

Teléfono: +(502) 2413-4444

Email: [inter.gua@r-hr.com](mailto:inter.gua@r-hr.com)

14 calle 2-51, Zona 10, Ciudad de Guatemala

[www.intercontinental.com](http://www.intercontinental.com)

*Live the InterContinental Life*



REAL  
INTERCONTINENTAL®  
GUATEMALA