
CASOS CLINICOS

CASO CLINICO N° 1: Dr. Jorge R. Battaglia (*Cursante de la Carrera de Geriatría y Gerontología de la Facultad de Medicina – UNNE*)

Sexo: F. Edad: 84 años. Fecha de Consulta. 04/02

Paciente con demencia vascular de varios años de evolución, con pérdida total de la independencia funcional, postrada en cama desde hace aproximadamente 3 años, al cuidado permanente de 2 de sus hijas, portadora además de miocardiopatía dilatada, cumpliendo tratamiento en la actualidad con Digoxina, Furosemida, Enalapril, AAS y baso activos cerebrales. Desde hace 10 días presenta dificultad para deglutir los alimentos, presentando accesos de tos hemetizante durante las ingestas, y desde hace 48 hs., fiebre, dificultad respiratoria progresiva, somnolencia permanente y expectoración muco purulenta fétida.

VALORACION BIOMEDICA

Estado actual. Paciente en mal estado general, con lenguaje incomprensible, con desnutrición severa, piel pálida, seca e inelástica, con pliegue persistente, hipotrofia muscular generalizada, mucosas secas, halitosis, dentadura en mal estado; presenta las venas del cuello ingurgitadas, aleteo nasal, tiraje intercostal, cianosis labial y sub-ungueal.

Signos vitales. Pulso: 90 x' -FR: 26 x' -T A: 110/70 mmHg -Temperatura axilar: 36,8°. Ap. Resp. Estertores burbujosos superiores bilaterales a predominio espiratorios, subcrepitantes húmedos finos difusos a predominio de campos inferiores; algunas sibilancias espiratorias; hipo ventilación franca de ambas bases.

Ap. C. V. Ambos ruidos cardiacos de baja intensidad, soplo sistólico intenso en área mitral que irradia hácia la axila izquierda; edema en ambos pies.

Abdomen. Es blando, no doloroso a la palpación; el borde hepático se palpa a 3 traveses de dedos por debajo del reborde costal, indoloro.

Presenta principios de escaras sacras y bitrocantareas.

S.N.C.: No presenta signos de foco sensitivo motor.

VALORACION MENTAL

Deterioro cognitivo severo.

VALORACION DEL ESTADO AFECTIVO

Tes de Yasevage imposible de realizarse debido al estado mental del paciente.

VALORACION FUNCIONAL

Paciente que debe recibir asistencia completa en todas las funciones de la vida diaria.

VALORACION SOCIAL

Vive en casa de material, con su esposo y 2 hijas, quienes las cuidan permanentemente.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Laboratorio. GR: 3.630.000 x mm³ -Hb: 10,9% -Hto. 33% -GB: 5.400 x mm³ -NC: 0% -NS: 81% -Eo: 2% -Ba: 0% -L: 14% -M: 3% -Glucemia: 82% -Uremia: 18mg% Sodio: 137mEq/l - Potasio: 3,8 mEq/l.

Rx. de Torax. Cardiomegalia. Se observan opacidades múltiples en ambos campos pulmonares medios e inferiores, de densidad heterogénea, de bordes difuminados

DIAGNOSTICO:

I.R.A. - Neumopatía aguda aspirativa - Deshidratación -Demencia.

TRATAMIENTO.

- Intemación en UTI:
- Hidratación parenteral.
- ATB
- Nebulizaciones con fenoterol Digoxina
- Nebulizaciones con fenoterol
- Goteo de aminofilin
- A.K.R. y R.K.

BIBLIOGRAFIA

1. Neumonías en el anciano. Guía diagnóstica del Servicio de Geriatría del Hospital General de México. [en línea] [fecha de acceso 1 de mayo de 2004]. URL disponible en: http://www.hgm.salud.gob.mx/servmed/u_geriatria_guias_7a.html
2. Repetto JP. NEUMONIA EN EL SENESCENTE. REVISTA DE MEDICINA INTERNA (Chile) [en línea] 1997 [fecha de acceso 1 de mayo de 2004]; 1 (2). URL disponible en: <http://www2.udec.cl/~ofem/remedica/VOL2/senescent/neumonia.htm>
3. Jiménez Castro D, Díaz Nuevo G, Pérez Rodríguez E. Neumonía: Anexo III Infecciones pleuropulmonares por anaerobios. El médico interactivo: diario electrónico de la sanidad. [en línea] 2000 [fecha de acceso 1 de mayo de 2004]; URL disponible en: <http://www.medynet.com/elmedico/aula/tema5/neumonia13.htm>

CASO CLINICO N° 2: Dr. Rubén Edgardo Hemadi (*Cursante de la Carrera de Geriatría y Gerontología de la Facultad de Medicina – UNNE*)

Edad: 69 años. **Sexo:** Masculino **Motivo de consulta:** control de HTA por cefalea y sensación de inestabilidad.

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente de 69 años de edad con antecedentes de HTA de carácter leve -moderada desde hace 8 años aproximadamente además de Hipercolesterolemia desde hace 10 años según refiere, para lo cual ingiere como medicación, Enalapril 10 mg e hidroclorotiazida 12,5 mg una vez por día, complementando dicho tratamiento con dieta hiposódica e hipocolesterolemica. Manifiesta que no cumple estrictamente con la dieta descrita pero que siempre ingirió la medicación antihipertensiva. Consulta el día de hoy por cefalea a predominio frontal, la cual se manifiesta desde hace varios días acompañado de sensación de inestabilidad que no sabe referir exactamente pero si manifiesta sentirse muy extraño, situación que no es habitual en el pero, que lo inquieta y preocupa por lo cual decidió concurrir a la consulta medica, por propios medios. Manifiesta que últimamente no controló su T A como se le había indicado y que tampoco respetó la dieta habitual. Como antecedente importante refiere hipercolesterolemia leve, nunca padeció diabetes ni presenta hasta el momento problemas de memoria. Además expresa que siempre llevó una vida activa, que solía concurrir desde el pueblo hasta su domicilio rural en bicicleta hasta hace unos 10 años aproximadamente, fecha en que decidió vivir en la localidad al serle adjudicada una vivienda del plan FO.NA.VI., no presenta problemas de memoria, responde al serle preguntado.

VALORACION BIOMEDICA

Antecedentes Heredofamiliares: Padre y madre fallecidos, por probables causas cardiovasculares según refiere, en la longevidad ambos. Variables fisiológicas:

Apetito: conservado. Manifiesta que ingirió siempre una dieta rica en carnes, ya que vivió siempre en una zona rural. Desde el diagnóstico de su HTA disminuyó la sal de mesa, pero no en forma constante.

Sed: normal.

Diuresis: nicturia en número de dos o tres micciones por noche, no abundantes. Chorro miccional aparentemente normal, según refiere. No presenta incontinencia urinaria.

Defecación: manifiesta que siempre fue normal, heces formadas, no constipado. Líbido: disminuida según la edad.

Tareas: siempre efectuó tareas rurales, de mucho esfuerzo físico hasta el momento en el campo de su propiedad. Al momento actual continua con las mismas pero con menor esfuerzo físico.

Antecedentes patológicos

Antecedentes tóxicos: no fuma, nunca lo hizo. Bebe en pequeña cantidad solo con las comidas. Enfermedades de la infancia: no refiere.

Antecedentes traumáticos y quirúrgicos: presenta traumatismos de menor importancia efectuados en las zona rural en ocasión de efectuar una domadas de vacunos (yerra rural), para lo cual siempre fue un especialista, según refiere. Nunca fue intervenido quirúrgicamente.

ESTADO ACTUAL

EXAMEN FISICO GENERAL: paciente longilíneo. Altura: 1,88 metros. Peso: 94 Kg. de aspecto atlético para la edad. Mucosas húmedas, rosadas. Estado nutricional: muy bueno. Fascie compuesta, ubicado en tiempo y espacio. Deambula sin dificultad, para la edad. Presenta edemas leve en miembros inferiores: Godet (+). Pulsos periféricos presentes, regular, rítmico sin E.S. Venas ingurgitadas en miembros inferiores, pero no varicosas. No se palpan ganglios linfáticos en regiones inguinales, ni axilares. No se palpan otras adenopatías. IMC: normal.

PIEL y FANERAS:

Piel blanca, constitucional, pero bronceada a nivel del rostro. No muy arrugada para la edad. Presenta Efélides hiperocrómicas y generalizadas en tronco, y ambos miembros superiores e inferiores, de pequeño tamaño.

Humedad de la piel conservada, no presenta signo del pliegue. Uñas: no presenta micosis, lecho ungueal rosado. TCS: elasticidad conservada.

A excepción de miembros inferiores, no presenta edemas localizados.

CABEZA y CUELLO

Cabeza: simétrica, implantación pilosa normal, con calvicie avanzada, cabellos moderadamente canosos. No presenta hiperalgesia superficial ni profunda.

Cráneo y rostro: simétricos, presenta efélides hiperocrómicas pequeñas, presenta arrugas de la piel, aparentemente actínicas, piel bronceada intensamente.

Cavidades orbitarias y globo ocular: de tamaño normal, simétricas, no presenta estra-

bismos. Córnea: arco senil incompleto en ambos ojos.

Conjuntivas: húmedas, levemente congestivas.

Pupilas: central y simétricas, moderada opacidad del cristalino al examen de luz.

Presenta acomodación de la visión para cerca y para lejos, con refracción óptica. Reflejos fotomotor y consensual levemente disminuidos. Nariz: agrandada, orificios nasales permeables. Boca: normal, humedad conservada.

Cavidad oral: humedad normal, faltan piezas dentarias, el resto en regular estado de conservación, sin presencia aparente de infecciones. Presenta prótesis dental. Cuello: normal, se palpa latido carotideo. Pulso regular, rítmico. No presenta ingurgitación yugular. No se palpa glándula tiroides.

APARATO RESPIRATORIO:

Tórax de aspecto normal, tipo torácico correspondiente al hábito longilíneo, de aspecto atlético, pectorales prominentes. No presenta tiraje. No presenta deformidades torácicas ni abovedamientos.

Implantación pilosa de acuerdo al sexo y moderadamente canosa. Movimiento respiratorio: tipo costo-abdominal. FR: 20 por minutos.

Percusión: sonoridad aparentemente normal para la edad. Expansión torácica aparentemente normal.

Auscultación: murmullo vesicular aparentemente normal, no se auscultan ruidos agregados. Auscultación de la voz: aparentemente normal.

Auscultación de tos: aparentemente normal, sin movilización de secreciones

APARATO CIRCULATORIO: TA: 170- 85. TA Sistólica.

Pulso: regular, rítmico, no presenta extrasístoles, 74 por minutos.

No se ve, ni se palpa ápex, pero si se ausculta, ubicado en 6° espacio intercostal, línea axilar. Percusión: matidez cardíaca levemente agrandada.

Ruidos cardíacos normofonéticos, silencios libres. No se auscultan ruidos cardíacos patológicos en los focos de auscultación cardíaca.

ABDOMEN

Inspección: Plano, cicatriz umbilical a nivel del plano de la piel la cual no se encuentra muy arrugada, sobresaliendo levemente la porción situada debajo del estómago, típico del anciano. Implantación pilosa según el sexo.

No presenta circulación colateral, presenta efélides hipercrómicas, pequeñas.

A nivel inguinal no se observa deformidades, en posición de decúbito y al incorporar al paciente. Percusión: meteorismo abdominal normal.

Palpación: piel hidratada al no presentar signo del pliegue, no presenta organomegalias a la palpación abdominal profunda.

A la palpación del trayecto inguinal derecho con dedo índice de mano derecha, no se palpan hernias

Auscultación: ruidos HA aparentemente normal, con signos de movimientos abdominal activo.

APARATO UROGENITAL

Caracteres sexuales secundarios según la edad y el sexo, conservados Implantación pilosa según la edad y el sexo.

Chorro miccional aparentemente normal responde al serle preguntado. PU. (-). PP: (-).

Tacto rectal: no se efectúa debido a no poseer el paciente, síntomas a nivel urinario ya la negativa del paciente.

APARATO LOCOMOTOR

Deambula sin dificultad, a pesar de manifestar sensación de inestabilidad. Leve Hallux Valgus en ambos miembros inferiores.

Masas musculares palpables, hipertrofiadas, con tonismo aumentado.

Articulaciones: palpables, movilidad activa y pasiva presente, indoloras.

Presenta venas ingurgitadas en miembros inferiores, típico aspecto atlético masculino que coincide con hipertrofia de masas musculares, a nivel de miembros superiores e inferiores. Sin alteraciones tróficas.

Sensibilidad del MI conservada. Edemas en MI: Godet (+).

SISTEMA NERVIOSO

Motilidad, taxis, reflejos rotuliano presente. Reflejo aquileo ausente.

Visión: presenta visión para cerca (presbicia) y lejos (miopía) moderadamente disminuidas, según la edad con corrección óptica.

Audición: aparentemente conservadas, según la edad.

Pruebas de sensibilidad termoalgésicas y palestésicas, con tubos de agua fría y tibia, aguja que se desliza desde la región inferior de la pierna hacia arriba, y con diapazón, aparentemente conservadas.

Signo de la navaja y de la rueda dentada, negativas. Pruebas de Romberg, negativa.

VALORACION FUNCIONAL

Lavado: lo hace sin ayuda. Vestido: lo hace sin ayuda.

Uso de sanitarios: lo hace sin ayuda.

Movilización: entra y sale de la cama sin ayuda. Continencia urinaria y fecal: existen. Alimentación: lo hace sin ayuda.

Conclusión: independiente en todas las funciones.

VALORACION MENTAL

FUNCION COGNITIVA: MINI MENTAL TEST DE FOLLSTEIN:

Orientación en el tiempo: sabe en que día, mes, año, día de la semana y recuerda la hora de la semana se encuentra.

V: 5 puntos.

Orientación en el espacio: sabe en que país, ciudad y barrio se encuentra su casa. Sabe en que hospital se atiende y en que ciudad se encuentra este.

V: 3 puntos.

Memoria reciente: repite tres palabras de las tres que se le menciona.

V: 3 puntos.

Atención y calculo: de contar hacia atrás de siete en siete partiendo de 100 dice: 100' 93, 86 y luego le es imposible continuar.

V: 2 puntos

Memoria diferida: de los tres objetos que se le señaló anteriormente, recuerda los tres.

V: 3 puntos.

Denominación:

Gnosia: se le muestra dos objetos comunes, reconoce los dos.

V: 2 puntos.

Lenguaje:

- De expresión verbal: se le dice que repita una frase sencilla, lo consigue.

V: 1 punto

- De comprensión verbal: se le da una orden compleja de tres pasos cumple dos.

V: 2 puntos.

- De comprensión visual. se le da una orden escrita y la cumple.

V: 1 puntos.

- De expresión escrita: se le pide que escriba una oración sencilla con verbo, sujeto y predicado y la cumple.

V: 1 puntos.

Praxia: se le pide que reproduzca un dibujo sencillo y lo consigue.

V:1 puntos.

Escala de valuación máxima: 26 puntos (no existe deterioro mental)

VALORACION DEL ESTADO AFECTIVO CON LA ESCALA DE DEPRESION DE YESAVAGE (abreviada) 15 puntos en lugar de 30. puntaje normal, la mitad del test completo:

- 1) ¿Está Ud satisfecho con su vida? Si.
- 2) ¿Ha dejado de hacer cosas que le interesaban últimamente? No.
- 3) ¿Siente que su vida está vacía? No.

- 4) ¿Se aburre frecuentemente? A veces.
- 5) ¿Está de buen humor la mayor parte del tiempo? No.
- 6) ¿Está preocupado porque algo malo puede sucederle? Si.
- 7) ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? Si.
- 8) ¿Se siente frecuentemente abandonado? No.
- 9) ¿Prefiere quedarse en casa que salir y hacer cosas nuevas? Si.
- 10) ¿Cree que tiene mas problemas de memoria que el resto de la gente? No.
- 11) ¿Se siente feliz de estar vivo? Si.
- 12) ¿Se siente inútil e inservible? No.
- 13) ¿Se siente con fuerzas? Si
- 14) ¿Se siente desesperanzado? No.
- 15) ¿Siente que la mayoría de la gente es mejor que Ud? No.

Valoración: 3 puntos,

Conclusión: indica que no presenta depresión.

VALORACION SOCIAL

Actividades sociales: manifiesta el paciente que presenta una actividad social adecuada ya que siempre visita a familiares y amigos de la zona rural y de la localidad de Gancedo. Inclusive los fines de semana y en ciertas fechas familiares importantes se reúne con familiares y amigos en la zona rural, para gustar unos asados, refiere.

Relaciones sociales: el paciente posee tres hijos en total: 2 hijas mujeres y un hijo varón. Vive con su esposa en la localidad, y tienen también una casa en el campo de su propiedad, adonde concurren frecuentemente. En el campo vive el hijo varón, con su cónyuge y los hijos de este: tres en total. Las hijas viven en gancedo. Posee siete nietos en total. Tiene algunos vecinos con los que se visita mutuamente. Todos ellos pueden asistirlo en su enfermedad.

Recursos sociales. vive en el pueblo, en una casa de material, de dos ambientes, que posee piso de cerámicos y techo de chapas de zinc y machimbre. El baño es instalado y se encuentra en el interior de la vivienda, es de apariencia higiénica según refieren. La casa no presenta objetos peligrosos para su integridad física y es de buena luminosidad. Es de condición: clase media.

Conclusión: presenta una actividad social adecuada, y tiene muy buena contención familiar. El paciente a pesar de la consulta actual, se siente pleno de vida.

DIAGNOSTICO

- 1) Hipertensión Arterial Sistólica.
- 2) Hipercolesterolemia (por antecedentes).
- 3) Presbicia y Miopía.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Hematocrito. 44 %. Normal No presenta anemia. Hemoglobina: 13, 5, normal.

Sodio- potasio plasmáticos. Normales.

Creatinina y/o aclaración de creatinina: normal. Glucemia: 93 mg/ml.

Colesterol total: 248 mg / ml. LDL: V.N: menor de 150 mg por dl. El paciente posee: 147 mg por dl.

Triglicéridos: 172 mg/ml.

Acido úrico plasmático: 58 mg/ml.

Orina completa: aparentemente normal.

Electrocardiograma: dentro de límites normales.

Radiografía de tórax: no presenta hipertrofia cardiaca.

Fondo de ojo: de color rojo (normal) a nivel de los cruces arteriovenosos, se nota una pérdida de transparencia arterial, por lo cual no se ve la vena a través de la arteria pero no existe deformidad en uso de los extremos venosos. No presenta edemas, exudados ni hemorragias en el fondo de ojo por lo cual se considera que no presenta retinopatía hipertensiva.

NOTA: debe reservarse el término retinopatía hipertensiva para las alteraciones del parénquima retinal. La sola alteración de los vasos de la retina no conforma una retinopatía mientras no se producen edema, hemorragia y exudados.

PSA (antígeno prostático específico): 3 mg. Normal.

TRATAMIENTO

REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

1) Comentarios respecto a HTA Sistólica y su relación con nuestro paciente: la HTA es un problema común en los ancianos mayores de 60 a 65 años, que alcanza una prevalencia de casi el 60 a 80 %. Los datos del Framingham Heart Study han demostrado que la sistólica aumenta y la diastólica disminuye después de los 60 años de edad y que la HTA sistólica aislada responde por el 65 al 70 % de los casos de HTA en los ancianos. Las elevaciones en las presiones sistólica y diferencial, se deben principalmente a una disminuida adaptabilidad arterial, lo cual concuerda en términos generales con nuestro paciente.

Hasta no hace mucho tiempo se consideraba que el tratamiento de la HTA en el anciano debía ser menos agresivo, fundándose en que se requería mayor presión de perfusión, especialmente a nivel cerebral, en razón de que estos tienen mayores probabilidades de padecer lesión vascular subclínica, además de otras alternativas, como el de ser un hecho fisiológico en el anciano y en respuesta de una función baroreceptora deteriorada. Pero, la incidencia de procesos cardiovasculares por

año en los ancianos con HTA es aproximadamente el doble de la observada en pacientes jóvenes. Además 5 grandes ensayos: 2 en HTA diastólica, 2 en HTA sistólica aislada, 1 en HTA diastólica y sistólica aislada han demostrado un beneficio significativo mediante terapia antihipertensora en el anciano. Esta mejoría es demostrable y en algunos estudios sobre sujetos mayores de 80 años. Un ensayo realizado en Suecia evaluó un grupo de pacientes entre 70 y los 84 años, como es el caso de nuestro paciente (media igual a 76 años). El registro medio de T A fue de 195 - 102, que disminuyó hasta 166- 85 en el grupo tratado, pero solo hasta 193- 95 en el grupo placebo. La terapia consistió principalmente tiazidas en bajas dosis (25 mg de hidroclorotiazida con un diurético ahorrados de K) o un betabloqueante o ambos. Este estudio demostró que el número de pacientes a tratar por cinco años para evitar un ataque o una muerte cardiovascular, fue de 14. Debe recordarse que en HTA en los jóvenes este número asciende a 43, lo que indica que la relación costo -beneficio de tratar la HTA en el anciano es altamente ventajosa con respecto de tratar adultos jóvenes. La tendencia actual es categorizar a la HTA en el anciano de manera similar a la aplicada a los adultos jóvenes, ya que las presiones sistólicas y diastólicas son igualmente importantes.

Los objetivos terapéuticos son: -una presión diastólica de 85 a 90 mm de Hg en pacientes con HTA diastólica, y una presión sistólica que sea 20 mmHg por debajo del nivel de base si el valor inicial estaba entre 160 y 180 mm de Hg; o por debajo de 160 mm de Hg si el valor inicial estaba por encima de 180 mm de Hg.

La mortalidad y la morbilidad cardiovascular están reducidas en el anciano tratado por HTA sistólica aislada, a pesar de una reducción en la presión diastólica hasta por debajo de 70 mm de HG en pacientes que a menudo comenzaron con una presión diastólica por debajo de 80 mm de Hg.

TRATAMIENTO. En el enfoque del tratamiento de HTA en el anciano deben enfatizarse algunas pautas que deberán respetarse en nuestra paciente:

- Las dosis iniciales bajas deben utilizarse para disminuir al máximo el riesgo de efectos secundarios.
- La reducción en la TA, debe ser gradual para disminuir al máximo el riesgo de síntomas isquémicos, en particular en pacientes con hipotensión postural.
- Los estudios científicos muestran el beneficio obtenido a partir del tratamiento de la HTA en el anciano. Debemos tener

una mayor precaución con la terapia en pacientes débiles y el tratamiento debe ser detenido si la hipotensión postural constituye un problema.

VENTAJAS DEL TRATAMIENTO:

1) -2): La droga de primera línea preferida en la mayoría de los ancianos hipertensos, es un diurético Tiazida. Se debe comenzar con 12,5 mg por día, o cada tercer día según la respuesta terapéutica, de Hidroclorotiazida o su equivalente. La dosis puede aumentarse según sea necesario, hasta un máximo de 25 mg día para disminuir el riesgo de complicaciones metabólicas. Por ejemplo, amiloride o triamtireno, pueden ser adicionados si aparecen calambres o la concentración de K está disminuida. Una posible ventaja adicional de los diuréticos tiazidas en los pacientes de edad avanzada es que tienden a reducir la excreción urinaria de Ca, lo que da lugar a un equilibrio positivo del Ca y posiblemente, índices disminuidos de pérdida ósea y fractura de cadera.

2) Todos los diuréticos disminuyen el riesgo de enfermedades cardiovasculares, hecho que también se observa en diabéticos no tratados con insulina, como en sujetos no diabéticos sin intolerancia a los hidratos de carbono.

En los ancianos, a diferencia de otros grupos de edad, la coexistencia de otras enfermedades, como la DIABETES influye en la decisión terapéutica inicial a base de diuréticos, los cuales pueden utilizarse con reserva en casos de cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca izquierda, y diabetes. Por lo tanto de no existir contraindicaciones para los diuréticos, estos serán de primera elección en el tratamiento de la HTA sistólica aislada.

1) El único otro fármaco, a excepción de los diuréticos, con una reducción demostrada en la mortalidad y la morbilidad en los pacientes de edad avanzada, con HTA sistólica, es la Nifedipina, un bloqueador del canal de Ca - dihidropiridina de acción prolongada, utilizado en el estudio Sist -Eur.

2) No se ha demostrado que los betabloqueantes solos, reduzcan la mortalidad en el anciano, y tampoco en el adulto joven, si bien reduce la incidencia de eventos cardiovasculares. Están contraindicados de manera parcial o absoluta en aquellos casos con broncoespasmo, neumopatía obstructiva, insuficiencia arterial periférica, insuficiencia cardíaca, hipertrigliceridemia, disfunción sexual, insomnio, y en DIABÉTICOS con marcada sintomatología hipoglucémica.

En las mujeres de edad avanzada, los betabloqueantes pueden ser menos efectivos y podrían ser desventajosos respecto a los blo-

queadores del canal del Ca o los IECA en el mantenimiento de la calidad de vida.

En síntesis: la combinación de diuréticos tiazídicos y de betabloqueantes se emplea como la terapia mas adecuada en la HTA sistólica del anciano.

1) Estas recomendaciones generales deben ser adecuadas al caso particular ya los padecimientos concomitantes. Por ejemplo:

- Un diurético debe ser utilizado para fallo cardíaco o edema.
- Un betabloqueador debe ser utilizado en una cardiopatía coronaria, taquiarritmias, cefaleas migrañosas y quizás, con el carvedilo, en una insuficiencia cardíaca congestiva.
- Un IECA debe ser utilizado en el fallo cardíaco por disfunción sistólica, una nefropatía crónica de ligera a moderada, en particular la nefropatía diabética o una enfermedad vascular periférica. Es la droga con mayor efecto nefroprotector.
- Un bloqueador del canal del Ca debe ser utilizado en la cardiopatía coronaria, el fallo cardíaco debido a disfunción diastólica, enfermedad vascular periférica o el varapamil para las taquiarritmias.
- Un bloqueador alfa debe ser utilizado para el prostatismo.

No obstante la eficiente indicación del tratamiento, el riesgo de hipotensión ortostática y calda está presente cualquiera sea el fármaco antihipertensor empleado.

En nuestro paciente, se deberá suspender el Enalapril 10 mg por día y agregar la asociación de DIURÉTICOS TIAZIDAS y BETABLOQUEANTES, combinación que demostró como la señalamos anteriormente y vale la pena reiterarlo una disminución de la morbimortalidad en la HTA sistólica del anciano. La indicación sería de esta manera: un diurético tiazida en bajas dosis: hidroclotiazida 12,5 mg por día o cada tercer día según la respuesta terapéutica, agregando 50 mg por día Atenolol 50 mg, los cuales son de primera línea y preferida en la mayoría de los ancianos hipertensos. Las dosis se ajustarán según la respuesta terapéutica del paciente a las drogas señaladas. Se evaluará su efecto depletor de K en el curso del tratamiento, a fin de agregar un diurético ahorrador de K (amilorida o triamtirene) en bajas dosis.

3) HTS AISLADA: plantea especiales dificultades el manejo de este tipo de HTA, sobre en el individuo muy anciano. Se trata todavía de un mas claro factor de riesgo que la HTA diastólica y, por lo tanto, subsidiario de tratamiento, aunque todavía no hayan podido demostrarse, sus beneficios. Por ello nos hace ser cautos y moderados tanto en la dosificación

de los fármacos como de los objetivos a conseguir.

7) -PATOLOGIA DEL COLESTEROL EN EL ANCIANO: ¿A quien hay que tratar?

No está claro que todos los ancianos se beneficien del tratamiento y está aceptado que tratarse los siguientes grupos:

Clasificación clínica -terapéutica

a) Ancianos menores de 70 sin incapacidades importantes y con colesterol total mayor de 240 o LDL mayor de 160, o aquellos que presentan un valor de colesterol comprendido entre 200 y 240 ó LDL entre 130 y 160, pero con 2 ó mas factores de riesgo cardiovascular, considerando a estos como los siguientes: cardiopatía isquémica previa, HTA, obesidad importante, niveles de colesterol HDL menores de 35, tabaquismo, diabetes, sexo masculino.

b) Ancianos mayores de 70 años con las condiciones del apartado anterior, pero que manifiesten su interes y capacidad de seguir el tratamiento.

c) Ancianos mayores de 70 años con hipercolesterolemias graves ó más de dos factores de riesgo cardiovascular.

Respecto al antecedente de hipercolestolemia del paciente, considerando su colesterol total de 248 mg por ml, el mismo es factible de tratamiento médico ya se encuentra encuadrado dentro del grupo "a" de la clasificación clínica terapéutica mencionada.

TRATAMIENTO DEL COLESTEROL

Una vez comprobada la enfermedad, se iniciará el tratamiento:

A) Dieta: esta se basa en tres postulados: conseguir el peso óptimo por reducción de la ingesta calórica, disminuir la ingesta de colesterol y reducir la de ácidos grasos saturados.

- La grasa total no debe exceder del 30 % de las calorías, reduciendo las saturadas al 10 % y aumentando las poliinsaturadas hasta el 10 %, siendo una buena fuente de ácidos grasos omega 3 y 6, encontrados en el pescado, que aumentan los niveles de HDL, aunque no esté comprobada su influencia sobre la enfermedad cardiovascular. El otro 10 % debe aportarse como ácidos grasos monoinsaturados (por ejemplo aceite de oliva). La ingesta de colesterol debe limitarse a 300 mg diarios.
- Los H. de carbono serán el 60 % de las calorías y el resto de proteínas de alto valor biológico.
- Como consejos prácticos, hay que evitar embutidos, grasas animales y vísceras.

La carne debe limpiarse de grasa antes de cocinarla, y no se restringirán las carnes rojas. Una buena fuente de proteínas puede provenir del pollo sin piel y del pescado azul y otros. Los vegetales con fibra y las legumbres son una buena fuente de hidratos de carbono. La leche se preferirá descremada y la margarina vegetal se sustituirá por margarina vegetal, los dulces se limitarán y los huevos (yemas) se restringirán a tres semanales.

B) Si tras 6 meses de dieta correcta no se consigue el objetivo, se valorará el tratamiento médico para lo cual hay seis grupos de fármacos:

- 1) Resinas de intercambio: colestiramina.
- 2) Ácido nicotínico.
- 3) Inhibidores de la hidroximetilglutaril -coenzima A- reductasa.
- 4) Probucof.
- 5) Derivados del ácido Fibrico.
- 6) Estatinas. son las mas usadas.

La respuesta al tratamiento se valorará al cabo de un mes y, si es satisfactoria, al trimestre, para luego hacer valoraciones semestrales; durante el seguimiento es suficiente la medición de colesterol total. Si no se obtiene respuesta adecuada, se puede recurrir a la asociación de fármacos.

Los objetivos terapéuticos se valorarán en función de los factores de riesgo cardiovascular, edad, incapacidades y problemática social acompañante.

6) - Sensibilidad a la sal: el estudio ambiental que mas atención requirió es el consumo de la sal. Este factor pone de manifiesto la naturaleza heterogénea de la población con HTA ya que la presión arterial es sensible al consumo de la sal, solo en el 60 % de los pacientes hipertensos.

BIBLIOGRAFIA

- 1) GOMEZ RINESI JF. TRATAMIENTO DE HTA EN EL ANCIANO. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 102 -marzo de 2001.
- 2) BELTRAN GR. HIPERTENSION SISTOLICA AISLADA EN EL ANCIANO. Geriátria 121 -122.
- 3) SALGADO A, GUILLEN F. TRATAMIENTO DE LA HTA EN EL ANCIANO: Manual de Geriatria: 222 -223.
- 4) Roveda JM, Roveda CE. ALTERACIONES VASCULARES DE LA RETINA: Hipertensión Arterial -Retinopatía Hipertensiva. Manual de Oftalmología. 6° Edición : 226 -228.
- 5) Dra. Dora Mondaini. TRATAMIENTO DEL COLESTEROL. Clase teórica de Colesterol. Carrera de Geriatria - Facultad de Medicina de la UNNE.
- 6) Harrison. Sensibilidad a la sal. Principios de Medicina Interna -13° Edición.
- 7) SALGADO A, GUILLEN F. PATOLOGIA DEL COLESTEROL: Manual de Geriatria -2° Edición. :391-393.