

Universidad del Sureste.

Campus Tuxtla Gutiérrez.

Iris Rubí Vázquez Ramírez.

Lic. En medicina humana.

Sexto semestre.

Actividad 2: resumen de la evaluación de la reserva
física en el paciente geriátrico.

Geriatría.

Dr. Alfredo López López

Sábado 03 de junio del 2023.

Evaluación de la reserva física en el paciente geriátrico.

El examen físico del adulto mayor debe incluir todos los sistemas principales, pero con especial atención a las áreas de preocupación identificadas durante la anamnesis.

El médico debe describir el aspecto general del paciente (p. ej., cómodo, inquieto, desnutrido, desatento, pálido, disneico, cianótico). Si el examen se realiza en la cama, debe tomarse nota del uso de cojines o colchones protectores, barandas (parciales o completas), restricciones físicas, sonda urinaria o pañal para adultos.

Signos vitales.

En cada consulta debe registrarse el peso. Mientras se toma, los pacientes con problemas de equilibrio pueden tener que sostenerse de barras ubicadas cerca o sobre la balanza. La altura se registra anualmente para comprobar su reducción por osteoporosis.

También debe registrarse la temperatura. La hipotermia puede pasar inadvertida si el termómetro no es capaz de medir temperaturas unos pocos grados por debajo de las normales. La ausencia de fiebre no excluye infección.

Los pulsos y la presión arterial deben medirse en ambos brazos. El pulso se registra durante 30 segundos; toda irregularidad observada debe quedar anotada en la historia clínica. Dado que numerosos factores pueden alterar la presión arterial, ésta debe medirse varias veces tras descansos de > 5 minutos.

La presión arterial puede sobreestimarse en los pacientes ancianos porque sus arterias son más rígidas.

La frecuencia respiratoria de los adultos mayores difiere según la salud y la situación de vida. La frecuencia respiratoria normal de los adultos mayores que viven en forma independiente es de 12 a 18 respiraciones por minuto, mientras que la de aquellos que necesitan atención a largo plazo es de 16 a 25 respiraciones por minuto.

Piel y uñas.

En la inspección inicial puede evaluarse el color (rubor normal, palidez, cianosis). El examen incluye la búsqueda de lesiones premalignas y malignas, isquemia tisular y lesiones por decúbito. En los ancianos, deben considerarse los siguientes elementos:

- Las equimosis pueden aparecer fácilmente en la piel lesionada, a menudo en el antebrazo, porque la dermis se adelgaza con el envejecimiento.
- El bronceado dispar puede ser normal debido a la pérdida progresiva de melanocitos con el envejecimiento.
- Los surcos longitudinales sobre las uñas y la ausencia de lúnulas en forma de medialuna son hallazgos normales en los ancianos.
- Pueden identificarse fracturas de la placa ungueal debido a su adelgazamiento asociado con el paso de los años.
- Las hemorragias negras en astilla en el tercio medio o distal de la uña son más frecuentes debido a traumatismos que a bacteriemia.

- El hallazgo de una uña del dedo del pie amarillenta y engrosada indica onicomicosis , que es una infección micótica.
- Los bordes de las uñas de los pies que se curvan hacia adentro y hacia abajo sugieren una " uña encarnada " (onicocriptosis).
- Las uñas blanquecinas que se descaman con facilidad, a veces con superficie puntiforme, indican psoriasis.
- Los hematomas de causa desconocida pueden indicar abusos.

Cabeza y cuello.

Cara.

Los hallazgos normales relacionados con la edad pueden incluir los siguientes:

- Cejas que caen por debajo del borde orbitario superior.
- Descenso del mentón.
- Pérdida del ángulo entre la línea submandibular y el cuello.
- Arrugas.
- Piel seca.
- Vello terminal grueso en las orejas, la nariz, sobre el labio superior y el mentón.

Nariz.

El descenso progresivo de la punta de la nariz es un hallazgo normal relacionado con la edad. Puede hacer que los cartílagos laterales superior e inferior se separen, agrandando y alargando la nariz.

Ojos.

Los hallazgos normales relacionados con la edad son los siguientes:

- Pérdida de la grasa orbitaria: puede causar un hundimiento gradual de los ojos en dirección posterior dentro de la órbita (enofthalmos). En consecuencia, el enofthalmos no se considera necesariamente un signo de deshidratación en los ancianos. Este signo se asocia con profundización del párpado superior y ligera obstrucción de la visión periférica.
- Seudoptosis (reducción del tamaño de la apertura palpebral).
- Entropión (inversión de los bordes palpebrales inferiores).
- Ectropión (eversión de los bordes palpebrales inferiores).
- Arco senil (anillo blanco en el limbo)

Con el envejecimiento aparece la presbicia; el cristalino pierde elasticidad y disminuye su capacidad de cambiar de forma durante la visión de objetos cercanos.

El examen ocular debe enfocarse en la evaluación de la agudeza visual (p. ej., con una cartilla de Snellen). Los campos visuales deben evaluarse en la cabecera del paciente mediante confrontación, es decir que se le debe pedir al paciente que mire al examinador de manera de poder determinar diferencias entre el campo visual del examinador y el del paciente. No obstante, esta prueba tiene muy poca sensibilidad para identificar la mayoría

de los trastornos visuales. En ocasiones, se realiza una tonometría en los sitios de atención primaria, aunque esta prueba suele estar a cargo del oftalmólogo o el optometrista como parte del examen ocular habitual o del oftalmólogo cuando recibe al paciente derivado debido a un probable glaucoma sospechado en la evaluación clínica.

Oídos

El conducto auditivo externo debe examinarse para detectar cerúmen, en especial si se encuentra un problema de audición durante la consulta. Si un paciente usa un audífono externo, este debe retirarse y evaluarse. El molde para la oreja y la tubulatura plástica pueden taparse con cerúmen o la batería puede agotarse, lo que se confirma por la ausencia de silbido (retroalimentación) cuando se eleva el volumen del audífono.

Boca.

La boca se examina para identificar gingivorragia o inflamación de las encías, pérdida o rotura de piezas dentarias, infecciones micóticas y signos de cáncer (p. ej., leucoplasia, eritroplasia, úlceras, tumores). Los hallazgos pueden incluir

- Oscurecimiento de los dientes: debido a colorantes extrínsecos y a disminución de la transparencia del esmalte, que se asocian con el envejecimiento.
- Fisuras en la boca y la lengua, la lengua se pega a la mucosa yugal: xerostomía.
- Encías eritematosas y edematosas que sangran fácilmente: en general, indican una enfermedad gingival o periodontal.
- Mal aliento: que es posible que indique trastornos bucales (p. ej., caries, periodontitis), otra infección (p. ej., del seno) o, a veces, un trastorno pulmonar

Las prótesis dentales deben extraerse antes de examinar la boca. Estas prótesis aumentan el riesgo de candidiasis bucal y de reabsorción de las crestas alveolares. La inflamación de la mucosa palatina y las úlceras en las crestas alveolares pueden deberse al uso de prótesis inadecuadas.

Debe palparse el interior de la boca. Una glándula parótida inflamada, firme y dolorosa puede indicar parotiditis, en particular en pacientes deshidratados; el pus puede expresarse a través del conducto de Stensen cuando hay parotiditis bacteriana. Los microorganismos causales suelen ser estafilococos.

En los pacientes edéntulos que no usan prótesis, pueden identificarse fisuras dolorosas e inflamadas en las comisuras labiales (queilitis angular), en general asociadas con una infección micótica.

Articulación temporomandibular.

Esta articulación debe examinarse para identificar degeneración (artrosis), que es un cambio frecuente relacionado con la edad. La articulación puede degenerarse a medida que se van perdiendo dientes y las fuerzas compresivas que actúan sobre ella aumentan. La degeneración puede detectarse por la percepción de un sonido crepitante articular en la cabeza del cóndilo cuando el paciente sube y baja la mandíbula o si los movimientos mandibulares desencadenan dolor.

Cuello.

Se examina la glándula tiroides, que se encuentra en la parte frontal del cuello alrededor de la tráquea para detectar agrandamiento y nódulos.

Debe comprobarse la flexibilidad del cuello. La resistencia a la flexión, la extensión y la rotación lateral pasivas puede indicar un trastorno de la columna vertebral cervical. También puede aparecer resistencia a la flexión y la extensión en pacientes con meningitis, pero salvo que esta se asocie con un trastorno de la columna cervical, la rotación pasiva del cuello de un lado a otro puede llevarse a cabo sin resistencia.

Tórax y espalda.

Todos los campos pulmonares deben examinarse mediante percusión y auscultación. Pueden auscultarse estertores basales en pulmones de pacientes sanos, pero deben desaparecer después de varias respiraciones profundas. También debe registrarse la extensión de las excursiones respiratorias (movimiento del diafragma y capacidad de expandir el tórax).

La espalda debe examinarse para detectar escoliosis y dolor a la palpación. El dolor intenso en la región lumbar, la cadera y la pierna con marcado dolor sacro a la palpación pueden indicar fracturas osteoporóticas espontáneas del sacro, que pueden encontrarse en ancianos.

Corazón

El tamaño del corazón puede evaluarse palpando la punta. No obstante, su desplazamiento por cifoescoliosis puede complicar la evaluación.

La auscultación debe realizarse en forma sistemática (frecuencia, regularidad, soplos, chasquidos y frotos). Una bradicardia sinusal asintomática de causa desconocida en una persona mayor aparentemente sana puede no tener importancia clínica. Un ritmo irregularmente irregular sugiere una fibrilación auricular.

En adultos mayores, un soplo sistólico auscultado en la base (entre la punta y el esternón) indica más comúnmente esclerosis de la válvula aórtica.

Aparato gastrointestinal.

El abdomen se palpa en busca de debilidad de los músculos abdominales, que es frecuente en ancianos y puede predisponer al desarrollo de hernias. La mayoría de los aneurismas de la aorta abdominal se palpan como un tumor pulsátil; no obstante, sólo es posible evaluar su dimensión lateral durante el examen físico. En algunos pacientes (en particular delgados) es posible palpar la aorta normal, pero el vaso y sus pulsaciones no se extienden en dirección lateral. La ecografía de la aorta se recomienda como estudio de cribado para todos los hombres mayores que han fumado alguna vez. El hígado y el bazo deben palparse para determinar si están aumentados de tamaño. También debe comprobarse la frecuencia y las características de los ruidos intestinales y percutir el área suprapúbica para identificar la presencia de dolor a la palpación, molestias o signos de retención urinaria.

El área anorrectal debe examinarse desde el exterior en busca de fisuras, hemorroides y otras lesiones. También se debe evaluar la sensibilidad y el reflejo de guiño anal. Se realiza un tacto rectal para detectar una masa, una estenosis, dolor a la palpación o impactación fecal en hombres y mujeres. También se realizan pruebas de sangre oculta en materia fecal. Es importante revisar las recomendaciones de detección sistemática para el cáncer colorrectal.

Aparato reproductor masculino.

Debe palparse la próstata en busca de nódulos y dolor a la palpación y para definir su consistencia.

Debe examinarse el área genital para detectar signos de infecciones de transmisión sexual (ITS), otras infecciones y anomalías.

Aparato reproductor femenino.

Para realizar el examen pélvico bimanual, las pacientes que carecen de movilidad en la cadera pueden recostarse en decúbito lateral izquierdo. La reducción posmenopáusica de la concentración de estrógenos produce atrofia de las mucosas vaginal y uretral; la mucosa vaginal se encuentra seca y sin pliegues. Los ovarios no deben poder palparse 10 años después de la menopausia; la presencia de ovarios palpables sugiere un cáncer. Los pacientes deben ser examinados en busca de evidencia de prolapso de la uretra, la vagina, el cuello uterino y el útero. Se les pide que tosa para comprobar si hay pérdida de orina y prolapso intermitente.

Algunos profesionales de la salud recomiendan que los pacientes ≥ 21 años se sometan a exámenes pélvicos de cribado en forma anual. Otros recomiendan un intervalo de 3 años hasta los 65 años. Sin embargo, no hay evidencia que avale o refute la realización de exámenes pélvicos para los pacientes asintomáticos de bajo riesgo. Por lo tanto, para estos pacientes, la decisión sobre la frecuencia con la que deben realizarse estos exámenes debe individualizarse.

No se recomienda una prueba de Papanicolaou (Pap) ni una prueba para el papilomavirus humano (HPV) para las mujeres ≥ 65 años que han tenido resultados normales en los 10 años anteriores.

Sistema musculoesquelético.

Deben examinarse las articulaciones para identificar dolor espontáneo o a la movilización, tumefacción, subluxaciones, crepitación, calor, eritema y otras alteraciones. Debe determinarse la amplitud de movimientos articulares activa y pasiva. Debe registrarse la presencia de contracturas. En ocasiones, se evidencia una resistencia variable a la manipulación pasiva de los miembros (paratonía) asociada con el envejecimiento.

Pies.

Los hallazgos articulares más frecuentes relacionados con la edad son la deformidad en valgo del primer metatarsiano, la prominencia medial de la cabeza del primer metatarsiano con desviación lateral y rotación del primer dedo (juanete) y la desviación lateral de la cabeza del quinto metatarsiano. El "dedo martillo" (hiperflexión de la articulación

interfalángica proximal) y el dedo en garra (hiperflexión de las articulaciones interfalángicas proximal y distal de los dedos del pie) pueden interferir con la función y las actividades de la vida cotidiana. Las deformidades de los dedos del pie pueden ser el resultado de muchos años de calzado incorrecto o de enfermedades como artritis reumatoide, diabetes o neurológicas (p. ej., enfermedad de Charcot-Marie-Tooth).

Sistema nervioso.

El examen neurológico de los pacientes ancianos es similar al de cualquier adulto. No obstante, ciertas enfermedades no neurológicas frecuentes en ancianos pueden complicar este examen. Por ejemplo, las deficiencias visuales y auditivas pueden impedir la evaluación de los nervios craneales, y la periartritis (inflamación de los tejidos que rodean una articulación) en ciertas articulaciones, en especial los hombros y las caderas, pueden interferir sobre la evaluación de la función motora.

Los signos detectados durante el examen deben evaluarse en función de la edad, los antecedentes y otros hallazgos. En pacientes mayores pueden observarse hallazgos simétricos, como disminución de las sacudidas del tobillo y de la sensación de vibración distal, no acompañados con pérdida funcional y otros signos y síntomas neurológicos. El médico debe decidir si estos hallazgos justifican una evaluación minuciosa en busca de una lesión neurológica. Los pacientes deben reevaluarse de manera periódica en busca de cambios funcionales, asimetrías y síntomas nuevos.

Estado nutricional.

Los cambios de peso pueden reflejar alteraciones nutricionales o en el balance hídrico. La proporción de masa corporal magra y de grasa corporal cambia. A pesar de estos cambios relacionados con la edad, el índice de masa corporal (IMC) sigue siendo útil en los ancianos, aunque subestima la obesidad. En cambio, se utiliza la circunferencia de la cintura y la relación cintura-cadera. Se considera que hay riesgo aumentado cuando la circunferencia de la cintura es > 102 cm (> 40 pulg) en los hombres o > 88 cm (> 35 pulg) en las mujeres, o si la relación cintura-cadera es $> 0,9$ en los hombres y $> 0,85$ en las mujeres.

Si se identifican problemas en los antecedentes nutricionales (p. ej., pérdida de peso, probables deficiencias en nutrientes esenciales) o en el IMC, debe realizarse una evaluación nutricional minuciosa, incluso con pruebas de laboratorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

Stefanacci, R. G. (2023, May 20). *Examen físico del adulto mayor*. Manual MSD Versión

Para Profesionales. <https://www.msdmanuals.com/es->

[mx/professional/geriatr%20ADa/abordaje-del-paciente-](https://www.msdmanuals.com/es-professional/geriatr%20ADa/abordaje-del-paciente-)

[geri%20Altrico/examen-f%20ADSico-del-adulto-mayor](https://www.msdmanuals.com/es-professional/geriatr%20ADa/abordaje-del-paciente-geri%20Altrico/examen-f%20ADSico-del-adulto-mayor)