

Artículo original

Motivo de consulta, signos y síntomas, en adultos mayores en la consulta ambulatoria especializada en Geriatria.

Cornejo Luis Manuel¹, Brito Ana², Ruíz Yaravi³, Rivera Melchor⁴

Palabras clave:

Geriatria, adulto mayor, motivo de consulta, atención ambulatoria, comorbilidad.

**Médico Geriatria, Hospital Regional Docente "24 de Diciembre", Caja de Seguro Social. Departamento de Medicina, Facultad de Medicina Universidad de Panamá¹. Médica Geriatria, Hospital Regional Docente "24 de Diciembre", Caja de Seguro Social². Médica residente de Anestesiología, CHMAAM, CSS³. Médico, Hospital Santo Tomás⁴.*

Correspondencia:

Dr. Luis Manuel Cornejo, civita-pan@yahoo.com

Resumen

Para determinar los motivos de consulta, la frecuencia de patologías, síntomas y estilos de vida, se realizó una investigación retrospectiva de los expedientes de 633 pacientes mayores de 60 años, de primera consulta de geriatría en atención privada, en los Consultorios Médicos Paitilla.

Los resultados demostraron que los motivos de consulta más frecuentes fueron el "chequeo general" (23.5%), la preocupación por pérdida de la memoria (8.3%) y síntomas de depresión (4.8%). Las patologías más frecuentes fueron la hipertensión (26.4%), dislipidemia (22.1%) y Diabetes Mellitus (14.8%). Los síntomas más frecuentes fueron trastornos de la memoria (37%), desánimo (37.4%) y trastornos del sueño (31.8%). En estilos de vida encontramos un promedio de 3.2±1.93 medicamentos por paciente y una baja frecuencia de ejercicio regular (18.5%).

Los datos obtenidos permiten conocer mejor las necesidades asistenciales de las personas adultas mayores, orientando la promoción de la Salud y la prevención de las enfermedades en este grupo de edad.

La República de Panamá se encuentra en un proceso de transición demográfica intermedia, observándose un envejecimiento progresivo de su población. En el año 2010, 360,812 personas tenían 60 años o más, lo que representaba el 10.5% de la población [1].

La vejez se encuentra relacionada a diferentes enfermedades crónicas y discapacitantes, la mayoría de ellas producto de la cronificación de condiciones adquiridas en la edad adulta; otras, asociadas al desgaste fisiológico propio, y otras presentes por una mayor vulnerabilidad asociada a la edad.

Los cambios fisiológicos propios de la edad y la pérdida de las reservas homeostáticas propician en esta población muchas veces una presentación atípica de las

enfermedades. Estudios epidemiológicos en otros países muestran que más del 60% de este grupo sufre de dos o más enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, osteoartritis, coronariopatía isquémica y otras, por lo cual reciben múltiples medicamentos [2].

La complejidad de las enfermedades geriátricas propicia que las quejas y motivos de consulta no se encuadren fácilmente en categorizaciones clínicas definidas, existiendo gran variabilidad, dependiendo de la edad, el sexo, el nivel de instrucción y el medio ambiente.

El objetivo de esta investigación es identificar las causas más frecuentes para la consulta ambulatoria especializada inicial de geriatría por parte de las personas

R M P

2013; Volumen 33(1):26-32.

adultas mayores, así como su sintomatología, hallazgos físicos, patologías crónicas más frecuentes y estilos de vida predominantes, con la finalidad de poder orientar mejor la confección de guías para la atención y el tratamiento de este grupo de edad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se documentó el motivo de consulta aleatoria en una población de 633 personas de 60 años en adelante, que habían asistido a una consulta particular de la especialidad de Geriatria, por libre demanda, en Consultorios Médicos Paitilla, revisándose un archivo de datos desde los años 1991 al 2007, obtenido de una historia estandarizada como expediente clínico obligatorio, que categoriza las quejas y síntomas por casillas como lista de cotejo.

Los criterios de inclusión fueron: edad de 60 años en adelante, expediente de primera consulta completo y con el motivo de consulta bien especificado. Los criterios de exclusión fueron: pacientes con demencias moderadas o avanzadas, pacientes afásicos o que nos se pudieran comunicar y expedientes incompletos.

En todos los casos se determinó la edad, el sexo, el estado civil. Un mismo investigador preguntó y documentó la presencia de síntomas y /o patologías preexistentes, estilos de vida específicos y uso de medicamentos.

Los estilos de vida interrogados fueron el hábito de la siesta, de la caminata de por lo menos 30 minutos diarios, el uso del alcohol y tabaco, presente o pretérito. A todos los pacientes se les interrogó sobre cirugías previas y se les precisó el Índice de Masa Corporal, con una balanza estándar "Tecta", con su respectivo tallímetro. Se les determinó la presión arterial en posición sentada, después de cinco minutos, con un esfigmomanómetro de mercurio, categorizándose la presencia de hipertensión de acuerdo a los criterios Joint National Committee VII (JNC-VII) [10]. El interrogatorio se manejó en base a los síntomas frecuentes que presentaron los pacientes en la primera consulta en los últimos tres meses. Ellos sólo debían responder sí o no a la pregunta sobre el síntoma.

La confidencialidad se mantuvo en cada caso, a través de la omisión del nombre en la hoja de recolección de datos y la firma de un documento, por parte de cada miembro del equipo investigador, comprometiéndose al estricto cumplimiento del principio de confidencialidad. Los datos recolectados fueron recopilados, dividiéndolos por sexo y grupos de edad, para luego ser procesados a través de Epi Info.

Tabla N°1. Generalidades de la población adulta mayor de una consulta externa de Geriatria de Consultorios Médico Paitilla del 2004-2009

Características Demográficas	Total	60-74 años	≥ 75
Edad Media	77.0 ±10.03	184 (29.1%)	449 (70.1%)
Sexo femenino	439 (69.4%)		
Sexo masculino	194 (30.6%)		
Estado Civil			
Masculinos con pareja	134 (69%)	42(82.4%)	92(64.3%)
Femeninos con pareja	139 (32%)	62(46.6%)	77(25.1%)
Atención en salud			
Media de cirugías	2.0±1.7	1.81±1.1	2.1±2.1
Media de medicamentos	3.2±1.9	2.9±1.9	3.3±1.8

Fuente: Expedientes Clínicos

Tabla N°2. Motivos de consulta y hábitos/estilo de vida de la población adulta mayor de una consulta externa de Geriatria de Consultorios Médico Paitilla del 2004-2009.

Motivo de consulta	Total	60-74	≥75
Chequeo general	149 (23.54%)	50 (7.89%)	99 (15.64%)
Queja cognitiva	53 (8.37%)	13 (2.05%)	40 (6.31%)
Depresión	31 (4.89%)	5 (0.78%)	26 (4.11%)
Actualización de licencia	22 (3.48%)	6 (0.95%)	16 (2.53%)
Otro motivo	355 (56.08%)	108 (17.06%)	247 (39.02%)
Total	633 (100%)	190 (30.0%)	443 (69.98%)
Hábitos y estilo de vida			
Caminata diaria	117 (18.5%)	67 (36.4%)	50 (11.1%)
Siesta	217 (34.2%)	52 (28.2%)	165 (36.7%)
Tabaquismo	79 (12.5%)	25 (13.6%)	54 (12.0%)
Uso de alcohol	33 (5.2%)	10 (5.4%)	23 (5.1%)
Otros	88 (13.9%)	29 (4.58%)	59 (9.32%)

Fuente: Expedientes clínicos

RESULTADOS

Las características de la población estudiada, el promedio de medicamentos y el número de cirugías previas pueden observarse en la Tabla No 1.

En la Tabla número 2 observamos los principales motivos de consulta, hábitos estilos de vida y uso de medicamentos registrados.

Como podemos observar, el control de salud o chequeo general es el principal motivo de consulta al especialista (23.54% de los casos), seguido por la queja de trastorno cognitivo (falla de memoria) y depresión.

En la Tabla número 3 podemos observar las constantes biológicas y las principales comorbilidades detectadas, tanto por el interrogatorio como por el examen físico.

Predominó un Índice de Masa Corporal (IMC) con media 23.3, que representaría una categoría de sobrepeso, en la mayoría de la muestra estudiada.

Con respecto a la presión arterial y según los criterios JNC VII, observamos que la media total es prácticamente 140.9/81.7 mm HG y que las cifras de presión arterial son discretamente mayores en el sexo femenino y se hacen más elevadas después de los 75 años.

Table N°3. Constantes biológicas y comorbilidades de la población adulta mayor de una consulta externa de Geriátrica de Consultorios Médico Paitilla del 2004-2009

Características Biológicas	60-74 años	≥ 75 años	TOTAL
IMC Total	24.7±5.4	22.4±4.0	23.3±4.6
Sexo masculino	24.6±3.7	23.6±3.7	22.9±4.9
Sexo femenino	24.8±6.0	21.9±4.0	24.1±3.8
Presión arterial			
Media total	137.9±19.97 / 82.4±11.7	143.6±21.8 / 81.4±11.1	140.9±21.3 / 81.7±11.4
Sexo masculino	130.4±14.3 / 83.3±13.2	142±22.8 / 81.5±11.3	138.9±20.6 / 82.4±11.8
Sexo femenino	140±20.8 / 82.1±11.1	144.2±21.3 / 81.5±10.6	141.9±21.6 / 81.5±11.5
Comorbilidad			
Hipertensión arterial	105 (56.5%)	62 (13.8%)	167 (26.4%)
Diabetes Mellitus	31 (16.7%)	63 (14%)	94 (14.8%)

Fuente: Expedientes clínicos

Tabla N°4. Uso de medicamentos en población adulta mayor de una consulta externa de Geriátrica de Consultorios Médico Paitilla del 2004-2009

Uso de medicamentos	Total	60-74 años	≥75 años
Antihipertensivos	355 (56.1%)	85 (46.2%)	257 (57.2%)
Polivitamínicos	204 (32.2%)	52 (28.2%)	145 (32.2%)
Antiagregantes plaquetarios	117 (18.5%)	22 (11.9%)	95 (21.1%)
Diuréticos	92 (14.5%)	21 (11.4%)	69 (15.4%)
Calcio	84 (13.3%)	24 (13%)	56 (12.5%)
Hipolipemiantes	78 (12.3%)	20 (10.9%)	58 (12.9%)
Media de medicamentos	3.2±1.9	2.9±1.9	3.3±1.8
Antecedente de alergia medicamentosa (%)	34.80%	19.40%	15.40%

Fuente: Expedientes clínicos

Tabla N°5. Frecuencia de síntomas generales y geriátricos en adultos mayores de una consulta externa de Geriátrica en Consultorios Médicos Paitilla del 2004-2009.

Síntomas Generales	Total	60-74	≥75
Alteración de la memoria	37.0%	30.9%	40%
Desánimo	37.40%	34.20%	38.70%
Trastorno del sueño	31.80%	31.50%	31.80%
Dolor de rodillas	31.10%	35.30%	29.30%
Ansiedad	30.40%	31.50%	30.10%
Pérdida de peso	30%	27.10%	31.10%
Desequilibrio	30%	16.30%	35.60%
Hipoacusia	28.60%	13.50%	34.70%
Otros Síntomas Asociados a Síndromes Geriátricos			
Mareo	27.10%	20.10%	30.10%
Cansancio	27%	29.30%	26.10%
Incontinencia urinaria	25.10%	17.90%	28.10%
Caída	22.40%	13.60%	26.10%
Pérdida de visión	18.30%	16.80%	18.90%
Pérdida de fuerza muscular	18.30%	16.80%	18.90%

Fuente: Expedientes clínicos

Los resultados que se refieren a los síntomas más comunes registrados en el interrogatorio estándar pueden apreciarse en la Tabla número 5.

Como puede observarse, los síntomas más frecuentes, al interrogatorio, fueron quejas de mala memoria y desánimo, molestias que se incrementan con la edad. La relación entre algunos de estos síntomas y los Grandes Síndromes Geriátricos se discutirá más adelante.

DISCUSIÓN

La Geriátrica es la especialidad médica para el cuidado de la salud y problemas relacionados en pacientes adultos mayores a través de la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos en las enfermedades crónicas avanzadas [3]. Por la complejidad de las patologías, el compromiso funcional que ocasionan y las dificultades terapéuticas asociadas, el médico debe estar capacitado para reconocerlas y hacer intervenciones oportunas que prevengan discapacidad.

Las personas adultas mayores, al presentar varias o múltiples enfermedades, tienen motivos de consulta múltiples, agravados por su comorbilidad y pobres niveles de instrucción [4,5,6,7]. Esta particularidad alerta al médico a estar atento a las diferentes quejas presentes, obligándolo a efectuar interrogatorios más pormenorizados, en los que participa el familiar o cuidador, influidos además por las limitaciones de tiempo y aspectos culturales. El proceso diagnóstico se dificulta aún más cuando existe un trastorno cognoscitivo asociado [8].

Tanto los mecanismos del dolor central, como del periférico, pueden estar alterados en el adulto mayor y los procesos nosológicos pueden dar síntomas a distancia. Por ejemplo, pueden observarse quejas de dolor abdominal en presencia de bronconeumonía, caídas por una infección urinaria, fatiga por hipertiroidismo y muchos otros cuadros. Investigaciones sobre sus síntomas clínicos y la comorbilidad presente, que nos ayuden a comprender mejor sus motivos de consulta, sus quejas, patologías, estilos de vida predominantes o necesidades, se han identificado como prioritarias y representan un valioso auxilio para la obtención de datos que permitan mejorar la estratificación del riesgo clínico-epidemiológico de la población adulta mayor panameña, a través de la elaboración de estrategias preventivas y asistenciales que favorezcan sus necesidades prioritarias, mejorando la calidad de atención y favoreciendo un envejecimiento exitoso [9].

Los resultados obtenidos en este estudio retrospectivo de 633 pacientes mayores de 60 años, que consultaron a un médico geriatra ambulatoriamente en una clínica particular, por diversos motivos, merecen una discusión particular. Llama la atención que la mayoría de los que acuden a la atención geriátrica son las personas mayores de 75 años y en su mayoría de sexo femenino. Esta realidad hace difícil un abordaje preventivo del adulto mayor en edades más tempranas, ya que éstos acuden a la consulta con una evolución crónica de sus enfermedades y con algún grado de riesgo para limitación funcional no detectada previamente. La relación entre cronicidad y discapacidad en los adultos mayores abunda en la literatura médica [11,12].

El principal motivo de consulta al geriatra fue el "chequeo general", equivalente al control de salud. Esto traduce una preocupación por el autocuidado de la salud, tanto por parte del paciente, como de sus familiares.

El segundo motivo de consulta fue el trastorno cognitivo, generalmente por una queja predominante de falla de la memoria o por períodos de amnesia más significativos. La frecuencia encontrada de 8.37% puede

compararse con un estudio brasileiro de Roriz, que demostró una frecuencia de pérdida de memoria en el 6% de una población ambulatoria brasileira [13].

Los síntomas depresivos fueron los terceros en frecuencia y estuvieron presentes en el 4.8% de los adultos mayores, con mayor prevalencia después de los 75 años. Similares resultados proporcionales los encontramos en el estudio de Roriz y colaboradores ya citado [13].

Con respecto a estilos de vida, observamos que la frecuencia de ejercicio resultó baja, ya que solamente el 18% de los pacientes ejercitaba diariamente, mediante por los menos 30 minutos de ejercicio aeróbico. El hábito de hacer una siesta de por lo menos 30 minutos después del almuerzo se presentó en cerca de uno de cada tres entrevistados, alcanzando al 34%, casi igual para ambos sexos.

La frecuencia de siesta parece ser mayor en otros estudios, alcanzando a más del 50% de las personas mayores. El papel de la siesta para la salud del adulto mayor es controvertido [14]. La frecuencia de tabaquismo presente o pretérito fue de 12% y se registró más en varones.

Con referencia a las constantes biológicas y comorbilidades se encontró un IMC de promedio de 23.3 ± 4.6 , categoría de sobrepeso; eso equivaldría a que el 21.4% de la muestra tenía sobrepeso y el 21.5% obesidad. El estudio de Bernal de Mas sobre el estado nutricional del adulto mayor panameño, realizado en el año 2002 encontró un 39% de sobrepeso en personas mayores de la comunidad, con un promedio de 24.9 ± 3.7 en una muestra total de 302 personas, inferior a la nuestra, pero con resultados similares [16].

Comentando sobre las enfermedades o condiciones detectadas, es sabido que 80% de los individuos mayores de 65 años tiene una enfermedad crónica y 50% por lo menos dos o más [13,17]. Nuestro estudio encontró una prevalencia de hipertensión de 56% en el grupo de edad de 60 a 74 años, más predominante en sexo femenino. Sin embargo, la hipertensión previamente diagnosticada estaba presente solamente en el 26.4% de los casos, y en este grupo de pacientes predominaba en los menores de 75 años con un 56.5% de frecuencia.

Resultados similares fueron encontrados en el estudio de Bernal de Mas [16], mientras que el más amplio estudio Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida, (ENSCAVI), que evaluó por entrevistas a 1,278 adultos mayores en diferentes áreas geográficas nacionales, registró una prevalencia de 49.8% de hipertensión a los 60 años y de 54.1% a los 80 y más [18].

La elevada prevalencia de hipertensión en nuestra población envejecida constituye un desafío para la Salud Pública panameña ya que, a pesar de ser una enfermedad prevenible, es responsable por la elevada tasa de morbi-mortalidad por enfermedad cardiovascular en Panamá. Estudios de población similares, como el ya citado de Matheus Roriz [14] y el de Bambuí [19], en población comunitaria brasileira han encontrado prevalencias menores; respectivamente 13 y 25.8%. Mientras Di Trolio, en Argentina, encontró una frecuencia de 53% (20). El más amplio estudio, Salud y Bienestar y Envejecimiento (SABE), de la Organización Panamericana de la Salud, realizado en el año 2000, en 11,000 adultos mayores en siete ciudades latinoamericanas determinó una prevalencia de 48% (21).

Esta investigación encontró una frecuencia de Diabetes Mellitus de 14%, que se compara al 19.6% encontrado en el estudio Bernal de Mas y al 16.4% del estudio ENSCAVI. El estudio brasileño de Bambuí encontró una prevalencia de 12.4% de diabetes y el estudio SABE fluctuó entre 12.3% y 22.3% con un promedio de 16.5%. [16, 18, 19,20]. Un 22% de los pacientes sufrían de trastornos metabólicos de dislipidemia, sin diferencias sustanciales entre edades, mientras que en el estudio ENSCAVI se encontró una prevalencia de esta condición en 21.3% en los sexagenarios y de 17.5% en los octogenarios [18]. La cardiopatía isquémica fue detectada en 13% de los casos, variando de un 7.5% de frecuencia a los 60 años a un 15% en los mayores de 75 años. En los Estados Unidos, la prevalencia estimada de cardiopatía varía entre 11.1 a 17.7% entre los 65 y 74 años y de 16.1 a 18.6% en los mayores de 75 [22].

En nuestra serie encontramos una prevalencia de 6% de glaucoma reportado, lo que se aproxima a los resultados de Anraku, que en el estudio epidemiológico de Toronto la identifica en alrededor del 7.5% [23].

En cuanto al uso de medicamentos, observamos un promedio de tres medicamentos por paciente. Los más utilizados fueron los antihipertensivos, los polivitamínicos (con o sin prescripción) y los antiagregantes plaquetarios.

En comparación, un estudio brasileño de 634 mujeres mayores, encontró que el 52.7% de su muestra utilizaba de 1 a 4 medicamentos y 34.4% de 5 a 10 medicamentos, mientras que estudios en población anglosajona reportan promedios todavía mayores [24,25,26].

Finalmente, los síntomas secundarios más comunes encontrados en la investigación fueron la queja de pérdida de la memoria, la sensación de desánimo y los

trastornos del sueño. Los dos primeros se corresponden con los motivos de consulta ya citados, reforzando el hallazgo principal. Los trastornos del sueño constituyen una queja relativamente frecuente, que afecta la calidad de vida en la vejez. La prevalencia de insomnio en mujeres fue del 40%, frente al 30% en varones a los 65 años [27]. En nuestro estudio encontramos una frecuencia de insomnio de 31.8%.

Con respecto a los denominados Grandes Síndromes Geriátricos, los síntomas más frecuentes relacionados a ellos, fueron: el mareo, el cansancio/pérdida de fuerza (que se podrían relacionar con el síndrome de fragilidad), la incontinencia urinaria y las caídas. Todos estos resultados se aproximan a los encontrados por el estudio retrospectivo clínico-epidemiológico de Lee que identificó, en 11,113 mayores de 65 años, tres condiciones comunes y dos síndromes geriátricos con mayor frecuencia estadística: cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca congestiva, Diabetes Mellitus, incontinencia urinaria y caídas traumáticas [28]. El estudio de Smith y colaboradores en latinos adultos mayores de la comunidad en los Estados Unidos encontró una prevalencia de incontinencia urinaria de 26.9% [29].

Las fortalezas de esta investigación consisten en que por primera vez se investiga y presenta en Panamá una categorización general de síntomas y signos clínicos, en una numerosa población ambulatoria de personas adultas mayores, que acude a una consulta particular de geriatría, sistematizada a través de una historia clínica geriátrica. Esto permitió identificar los principales motivos de consulta en esta apreciable muestra de pacientes, ofreciéndonos además datos sobre su comorbilidad, uso de medicamentos y estilos de vida. Determinar que el principal motivo de consulta fue el chequeo general nos ayuda a valorar mejor la preocupación que tienen las personas mayores de 65 años por su autocuidado, ayudando a descartar estereotipos culturales, presentes inclusive entre los médicos, que suponen que los motivos de consulta principales de las personas mayores son el dolor, o la discapacidad.

Las limitaciones de este estudio están determinadas por el carácter subjetivo de las respuestas de los pacientes a las preguntas sobre síntomas y uso de medicamentos, así como por la predominancia del sexo femenino y por la categoría de la muestra, ya que se trataba de pacientes con una mejor situación económica, o con cobertura de compañías de seguros, lo que les permitió el acceso a una atención particular para los cuidados de la salud, razón por la cual los resultados obtenidos no pueden extrapolarse a la población mayor panameña en general. Constituyeron igualmente limitantes la falta de da-

tos más precisos sobre la funcionabilidad de las personas atendidas, la ausencia de mejores datos clínicos para el diagnóstico de demencia, así como la ausencia de historia laboral pretérita y el registro de nivel de instrucción.

y la prevalencia de sus principales quejas y enfermedades.

Como se ha mencionado, estos hallazgos podrían servir de base para el fortalecimiento de los programas preventivos y educativos en materia de promoción y atención de la salud del adulto mayor, para la preparación de programas de educación continuada para la atención primaria y especializada de Salud en Panamá y futuras investigaciones que incluyan una apreciación de las capacidades funcionales y cognitivas de este grupo de edad, que se puedan aplicar a la población general.

CONCLUSIONES

Estos resultados ofrecen una visión de la situación de salud de los pacientes adultos mayores panameños, las razones por las que acuden al especialista en geriatría

Key words:

Geriatrics, elderly outpatient care, symptoms and signs, chief complaints, comorbidity.

Abstract

To analyze the chief complaints, the frequency of diseases, symptoms and lifestyles, we made a retrospective study of 633 records of patients with more than 60 years old in their first consultation at an outpatient geriatric particular office in Consultorios Médicos Paitilla. The results showed that the most frequent reasons for consultation were a general medical evaluation, (23.5%), loss of memory (8.3%) and symptoms of depression (4.8%). The most frequent diseases were hypertension (26.4%), dislipidemia (22.1%) and Diabetes Mellitus (14.8%). The most frequent symptoms were memory impairment (37%), depression (37.4%) and sleep disorders (31.8%). In their life styles we found an average of 3.2 ± 1.9 use of drugs per patient and a low frequency of regular exercise (18.5%). The acquired data allows a better knowledge of the care needed in older people, guiding the preventive and educational programs on health promotion for new researches about elderly ambulatory care.

REFERENCIAS

- [1] Contraloría General de la República, Dirección de Estadística y Censo; Estadísticas Nacionales. <http://www.contraloria.gob.pa/inec/>, accesado en agosto, 2012.
- [2] Steinbrook R. Patients with multiple chronic conditions-how many medications are enough? *N. Engl J Med* 1998; 338: 1541-1542.
- [3] Duursma S, Castleden M, Cherubini A, Cruz Jentoff A, Pitkala K, et al. European Union Geriatric Medicine Society. Position statement on geriatric medicine and the provision of health care services to older people. *J. Nutr. Health Aging* 2004; 8 (3) 190-5.
- [4] Cornejo Luis. Prevalencia de Morbilidad Clínica em pacientes maiores de 60 anos. Tesis de grado de Maestría, Pontificia Universidad Católica do Rio Grande do Sul, 1992, Porto Alegre, Brasil.
- [5] Howell T, Piggot A. Morbid Anatomy of old Age. *Geriatrics*, 1951 6(2); 85-95.
- [6] Emmett KR. Nonspecific and atypical presentation of disease in the older patient. *Geriatrics* 1998; 53 (2): 50-52. 58-60.
- [7] Kroenke K. Studying Symptoms: Sampling and Measurement Issues. *Ann. Intern. Med.* 2001, 134 (9 Pt2); 844-853.
- [8] Schubert C, Boustani M, Callahan C, Perkins A, Carney CP, et al. Comorbidity Profile of Dementia Patients in Primary Care: Are They Sicker? *J Am Geriatr Soc* 2006, 54 (1): 104-109.
- [9] Landefeld CS. Improving Health Care for Older Persons. *Ann Intern Med* 2003;
- [10] Di Bari M, Virgilio A, Mateuzzi D, Inzitari M, Mazzaglia G, Pozzi C, et al. Predictive validity of measures of comorbidity in older community dwellers: the insufficienza cardiaca negli anziani residenti a Dicomano Study. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2006 54(2): 210-16.
- [11] Chobanian A, Bakris G, Black H, Cushman W,

- Green L, et al. The National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* 2003 (42):1206-1252.
- [12] Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch. Intern Med* 2002; 162(20): 2269-2276.
- [13] Karlamangla A., Tinetti M., Guralnik J., Studenski S, Wetle T, Reuben D. Comorbidity in Older Adults: Nosology of Impairment, Diseases, and Conditions. *J. Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007, 62 (3):296-300.
- [14] Roriz-Cruz M., Rosset I., Roriz-filho J., Cruz TR, Moraes EP, et al. Medical Complaints and Psychosocial and cultural characteristics of a Nationwide Sample of 2,136 Community-Dwelling Brazilian Elderly People: The Fundacao Perseu Abramo Project. *J Am. Geriatr Soc.* 2008, 56 (4) 762-764.
- [15] Picarscic JL, Glinn NW, Taylor CA., Katula JA, Goldman SE, et al. Self-reported napping and duration and quality of sleep in the lifestyle interventions and independence for elders pilot study. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2008; 56(9): 1674-80.
- [16] Bernal de Mas, Mabel. Estudio sobre el estado nutricional y calidad de vida del adulto mayor que asiste a consulta en Centros de Salud y Policlinicas de San Miguelito y Área Metropolitana. Publicación del Ministerio de Salud S/N, República de Panamá, 2003.
- [17] U.S. Department of Health and Human Services: Centers for Disease Control and Prevention. Healthy aging. <http://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/aag/aging.htm>. Who's Certified [Internet]. Evanston (IL): The American Board of Medical Specialists. c2000 - [cited 2001 Mar 8]. Available from: <http://www.abms.org/newsearch.asp>.
- [18] Moreno de Rivera A, Roa R, Mc Donald A, Luque H, González B, Gómez B. Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida, 2007. Publicación del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud y el Ministerio de Salud, S/N, República de Panamá, 2009.
- [19] Lima-Costa MF, Barreto SM, Uchoa E, Firmo JO, Vidigal PG. The Bambuí Health and Aging study (BHAS): prevalence of risk factors and use of preventive health care services. *Rev Pan Salud Pública*, 2001, 9 (4), 2001; 219-227.
- [20] Di Trolio Julio, Alfano Adriana. Evaluación del estado de salud de pacientes ambulatorios mayores de 65 años. Resumen. II Congreso del Comité Regional Latinoamericano y VII Congreso Argentino de Gerontología y Geriatria. *Vivir en Plenitud*, 1997, 38; 20-21.
- [21] Encuesta Multicéntrica, Salud y Bienestar y envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud, , Washington, 2001, CAIS36/2001.5
- [22] Vargas CM, Burt VL, Guillum RF. Cardiovascular Disease in the NHANES III. *Ann Epidemiol* 1997; 7(8): 523-5.
- [23] Anraku A., Jin YP, Butty Z., Jinapriya D, Alasbali T, et al. The Toronto Epidemiology Glaucoma Survey: a pilot study. *Can J, Ophthalmol.* 2011, 46 (4)352-7.
- [24] Rozenfeld S., Camacho L., Veras P. Medication as a risk factor for falls in older women in Brazil. *Rev. Panam Salud Pública* 2003, 13(6), 369-375.
- [25] Pitt SW, Byles JE, Cockburn J. Medication Review: patient selection and general practitioner's report of drug-related problems and action taken in elderly Australians. *J. Am Geriatr Soc.* 2007 55(6): 927-934.
- [26] Kaufman DW, Kelly JP, Rosenberg L, Anderson TE, Mitchell AA. Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States: The Slone survey. *JAMA* 2002; 287(3):337-344.
- [27] De la Calzada MD. Modificaciones del sueño en el envejecimiento. *Rev Neurol* 2000; 30(6): 577-580.
- [28] Lee P., Cigolle C., Blaum C. The Co-Occurrence of Chronic Diseases and Geriatric Syndromes: The Health and Retirement Study. *J. Am Geriatr Soc.* 2009, 57(3): 511-516.
- [29] Smith A., Wang PC, Anger JT, Mangioni CM, Trejo L, et al. Correlates of Urinary Incontinence in Community-Dwelling Older Latinos. *J. Am Geriatr Soc* 2010, 58 (6); 1170-1176.