



REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

Editorial



Tejano, Venkida (Ca. 1515), Óleo 97 x 81,2 cm. Alte Pinakothek, Munich.

Trabajos originales

Factores predictores de temor a caer

Actualizaciones

El Síndrome de Dorian Gray (DGS)

Presentación de casos

Enfermedad de Fahr

Gerontología

Deducción funcional
en el anciano con delirium



**REVISTA DE LA ASOCIACIÓN
COLOMBIANA DE
GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

Vol. 20 No. 4 / octubre - diciembre de 2006

Publicación trimestral de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria
Carrera 13 No. 38-65 Oficina 203. Telefax: 57 1 2853304 , Bogotá, D.C., Colombia
Correo electrónico: acgg@acgg.org.co en internet <http://www.acgg.org.co>
Impreso por Editorial Bochica Ltda. Esta edición consta de 1.000 ejemplares



REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

Vol. 20 No. 4 / octubre - diciembre de 2006

CONTENIDO

| | |
|--|-----|
| INDICACIONES A LOS AUTORES _____ | V |
| EDITORIAL _____ | VII |
| TRABAJOS ORIGINALES | |
| Factores predictores de temor a caer Carmen Lucía Curcio, José Fernando Gómez Montes _____ | 959 |
| ACTUALIZACIONES | |
| El Síndrome de Dorian Gray (DGS) Diego Andrés Osorno Chica _____ | 971 |
| PRESENTACIÓN DE CASOS | |
| Enfermedad de Fahr: Reporte de un caso Diego Andrés Osorno Chica, Leonardo Velasco _____ | 974 |
| GERONTOLOGÍA | |
| Declinación funcional en el anciano con delirium _____ José Fernando Gómez M., Carmen Lucía Curcio B. | 977 |



REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

Vol. 20 No. 4 / octubre - diciembre de 2006

Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria
Junta Directiva 2006 - 2008

| | |
|----------------|---|
| Presidente | Carlos Alberto Cano Gutiérrez |
| Vicepresidente | Victoria Eugenia Arango Lopera |
| Secretario | Diego Andrés Osorno Chica |
| Tesorero | Jorge Hernán López |
| Vocales | José Fernando Gómez Montes María Teresa Calzada Gutiérrez José Mauricio Ocampo Francisco Javier Tamayo Giraldo |

Comité Editorial

Diego Andrés Osorno Chica
Editor en Jefe
laura46@emtel.net.co

Especialista en Medicina Interna y Geriatria. Profesor del Departamento de Medicina Interna de La Universidad del Cauca.

Comité Científico en Colombia

Diana Lucía Matallana Eslava

Neuropsicóloga PhD. Profesora Titular Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana.

Patricia Montañés Ríos

PhD. Neuropsicóloga. Docente Universidad Nacional de Colombia. Investigadora Clínica de la Memoria Hospital Universitario de San Ignacio. Profesor Titular de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Tecnológica de Pereira y Coordinador del Grupo de Psicogeriatría y Demencias de la UTP.

Rafael P. Alarcón Velandia

Médico Geriatra. Profesor de Medicina Interna y Geriatria, Universidad de Caldas, Manizales. Magíster en Educación y Desarrollo Humano.

Felipe Marulanda Mejía

Comité Científico en el exterior

Gustavo Adolfo Duque Naranjo

Profesor Asistente de Medicina Interna y Geriatria, Universidad de McGill y Jewish General Hospital

Luis Miguel Gutiérrez Robledo

MD PhD Director Departamento de Geriatria Instituto nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán», México.

Manuel Montero Odasso

MD, PhD, Assistant Professor of Medicine, Parkwood Hospital, Division of Geriatric Medicine, University of Western Ontario. Associate Scientist, Lawson Research Institute.

Carlos Alfonso Reyes Ortiz

Geriatrician, Research Scientist Sealy Center on Aging, Division of Geriatric Medicine University of Texas Medical Branch.

Clemente Zúñiga

Medico Internista y Geriatra. Encargado del Servicio de Geriatria Hospital General de Tijuana. Profesor Titular del Curso de Especialización de Medicina Interna, Universidad Autónoma de Baja California. Profesor titular de la materia de Geriatria Universidad Autónoma de Baja California.



INDICACIONES A LOS AUTORES

1. La REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA, órgano oficial de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria, publica artículos de las áreas relacionadas con ellas, previa aprobación del Comité Editorial.

2. Los trabajos deben ser inéditos y suministrados exclusivamente a la revista. En algunos casos, y solo por acuerdo con el editor, podrá aceptarse la difusión pública previa de los datos contenidos en el artículo, por ejemplo, para alertar sobre riesgos de salud pública.

La publicación posterior o reproducción total o parcial de un artículo aparecido en la revista, requerirá de la autorización del Comité Editorial.

3. Los trabajos deben ser remitidos a la dirección anotada en CORRESPONDENCIA, en original, copia y disquete de alta densidad (HD). Las copias en papel deben ser en tamaño carta a doble espacio y guardando un margen izquierdo de cuatro cms. El disquete debe grabarse en un PC; evitando traer consigo virus.

El trabajo debe venir acompañado de una carta firmada por todos los autores, en donde se exprese claramente que ha sido leído y aprobado por todos. Igualmente, debe informar si se ha sometido parcial o totalmente a estudio por parte de otra revista.

El autor debe guardar copia de todo el material enviado.

4. Se deben seguir las siguientes secuencias: página del título, resumen, texto, resumen en inglés

(opcional), agradecimientos, referencias, tablas (cada tabla en página separada con su título y notas) y leyendas para las figuras. Cuando se informen experimentos en humanos indique si los procedimientos utilizados siguen las normas del comité de ética de la institución donde se realizaron, de acuerdo con la declaración de Helsinki de 1975. No mencione nombres de pacientes, iniciales o números de historias clínicas.

5. En la primera página se incluye el título, corto y que refleje el contenido del artículo, el nombre del autor y sus colaboradores con los respectivos títulos académicos y el nombre de la institución a la cual pertenecen.

Se señalan los nombres y direcciones del autor responsable de la correspondencia relacionada con el trabajo. Se especifican las fuentes de ayuda para la realización en forma de subvenciones, equipos y medicamentos.

6. El resumen, de no más de 250 palabras, debe enunciar los propósitos del estudio de la investigación, los procedimientos básicos, los hallazgos principales y las conclusiones, de acuerdo con los siguientes títulos: objetivos, métodos, resultados y conclusiones.

7. El texto debe incluir introducción, material y métodos, resultados y discusión. Las abreviaturas deben explicarse y su uso limitarse.

8. Las referencias se enumeran de acuerdo con el orden de aparición de las citas en el texto y se escriben a doble espacio:

a. En caso de revistas: apellidos e iniciales del nombre del autor y sus colaboradores (si son

más de seis puede escribirse, después de los tres primeros, “y cols.”); título completo del artículo; nombre de la revista abreviado según estilo del Index Medicus; año de publicación, volumen, páginas inicial y final. Para el uso de mayúsculas y puntuación, sígase el ejemplo: Jones HR, Siekert RG, Geraci JE. Neurological manifestations of bacterial endocarditis. *Ann Intern Med* 1969; 71:21-28.

- b.** En caso de libros: apellidos e iniciales de todos los autores; título del libro, edición, ciudad, casa editora, año, páginas inicial y final.

Para el uso de mayúsculas y puntuación, sígase el ejemplo:

Fenichel O. Teoría psicoanalítica de las neurosis. 3a. ed. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1966:56.

- c.** En caso de capítulos de libros: apellidos e iniciales de los autores del capítulo, título del capítulo, autores, editores del libro, título del libro, edición, ciudad, casa editora, año, páginas inicial y final.

Para el uso de mayúsculas y puntuación, sígase el ejemplo:

Drayer BP, Poser CM. Enfermedad en inclusión citomegálica del SNC. En: Toro G, Vergara I, Sarabia J, Poser CM, eds. *Infecciones del Sistema Nervioso Central*. Bogotá: Fondo Educativo Interamericano S.A., 1978: 172-175.

- 9.** Las tablas y cuadros se denominarán tablas y deben llevar numeración arábica de acuerdo con el orden de aparición. El título correspondiente debe estar en la parte superior de la hoja y las notas en la parte inferior. Los símbolos para unidades deben aparecer en el encabezamiento de las columnas.

Las fotografías, gráficas, dibujos y esquemas se denominan figuras, se enumeran según el orden de aparición y sus leyendas se escriben en hojas separadas. Los originales de las fotografías deben enviarse en papel y tener nitidez y contraste

suficientes para lograr una buena reproducción. Si son gráficas o dibujos deben identificarse con su número de orden en la parte inferior.

Si una figura o tabla ha sido previamente publicada, se requiere el permiso escrito del editor y debe darse crédito a la publicación original. Si se utilizan fotografías de personas, éstas no deben ser identificables, en caso contrario, debe obtenerse el permiso escrito para emplearlas.

El Comité Editorial se reserva el derecho de limitar el número de figuras y tablas.

- 10.** Los editoriales se publicarán exclusivamente por solicitud del Comité Editorial.
- 11.** Se consideran actualizaciones aquellos trabajos que contienen una completa revisión de los adelantos recientes ocurridos en un campo específico de la Gerontología o Geriatria.
- 12.** Comunicaciones y conceptos son aquellos que presentan la opinión o experiencia del autor sobre un tema que se considera de interés para el área. Puede incluir una revisión del tema.
- 13.** Presentación de casos son los trabajos destinados a describir uno o más casos que el autor considere de interés especial; debe constar de resumen, descripción detallada del caso y discusión. Su extensión no debe ser mayor de 8 páginas a doble espacio y se acepta un máximo de 5 ilustraciones.
- 14.** Las cartas al editor son comentarios cortos sobre algún material previamente publicado por la Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria.
- 15.** La Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria no asume ninguna responsabilidad por las ideas expuestas por los autores.
- 16.** Para citas de referencia la abreviatura de la Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria es:
Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr.

Hace algunos días llegó a la sede de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria, una carta con fecha del 11 de octubre de 2006, escrita por la señora **Luz Ángela Gómez de Marroquín**, dirigida a la editora anterior de la revista y al comité editorial de la misma; en esta ocasión me tomo la libertad de citarla textualmente para conocimiento del público lector:

Bogotá, 11 de octubre de 2006.

Estimada Dra. Victoria Eugenia Arango.

Desde hace algún tiempo he tenido la intención de felicitarle por el trabajo de la revista de la ACGG que usted gerencia en el comité editorial.

Hoy al ver la portada del último número con "Susana en el baño" de Rembrandt, pintor favorito de Guillermo Marroquín Sánchez fundador de esta publicación, pensé en la aventura que fue el comienzo de esta disciplina en Colombia y por supuesto el de la revista, que se inició con el primer boletín en el año de 1975 según fotocopia que le adjunto. Son 31 años de la vida de este esfuerzo editorial, que usted y su grupo presentan a la luz de la era moderna pero con la misma filosofía.

La emoción en el momento me hace escribirle a mano para contarle esto que por su juventud no tiene por qué saberlo. Después de su fallecimiento la dirigí yo por un año.

Hacer historia es importante en la vida de los pueblos, sociedades, de las instituciones y las personas.

Aprovecho este momento para hacer a usted una petición muy comedidamente. Todas las publicaciones, periódicos y revistas en el mundo registran en la portada el nombre de su fundador, porqué en este no se hace? Sería bueno que bajo su dirección apareciera el nombre de su fundador quien la dirigió hasta su muerte en 1982.

Victoria Eugenia, gracias, muchas gracias por la atención prestada.

Luz Ángela Gómez de Marroquín.

Anexa a la carta la remitente envió una fotocopia de la primera página de un escrito titulado BOLETIN DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE GERONTOLOGIA Y GERIATRIA, de la Confederación Latinoamericana de Sociedades de Gerontología y Geriatria, Vol. 1 No 1 de Marzo de 1975, en donde a pie de página aparece la junta directiva de la ACGG para entonces constituida por: Guillermo Marroquín Sánchez, Presidente; Jaime Vélez, Vicepresidente; Santiago Perdomo, Secretario-Tesorero, y como vocales, Jaime Márquez y Rubén Grimberg.

Mucho ha transcurrido para la ACGG desde esa fecha hasta hoy, incluyendo la pérdida de personas que fueron un pilar importante para la misma como en el caso del propio Dr. Marroquín y el Dr. Márquez. Algunos de los que somos hoy miembros de la ACGG no tuvimos la oportunidad de conocerlos pero trabajamos para ella siguiendo

los lineamientos planteados por ellos desde su inicio en pro de un mantenimiento de la identidad de nuestra especialidad en Colombia. Al igual, los sucesores del Dr. Marroquín en la dirección de la hoy llamada Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátrica, han pretendido mantenerla viva y garantizar su calidad y continuidad, esfuerzo que como lo dijo la editora anterior, *no es para nada fácil*, por lo que creo que no existe mayor homenaje para sus fundadores que el hecho de demostrar su vigencia y continuidad.

A pesar de que no conozco personalmente a la señora Luz Ángela Gómez de Marroquín, sé que continúa siendo miembro (fundador) de la ACGG, y aunque la carta va dirigida a la editora previa, agradezco como nuevo editor y como miembro de la junta directiva de la ACGG, su observación, tanto a mi nombre como al de muchos otros miembros, el detalle de mostrarnos el inicio de la revista que hoy todos los lectores tienen en sus manos y trataremos de acatar su planteamiento en los próximos números a publicar.

Diego Andrés Osorno Chica
Editor

FACTORES PREDICTORES DE TEMOR A CAER

Carmen Lucía Curcio (*)
José Fernando Gómez Montes (**)

Resumen

El temor a caer ha sido considerado como un elemento importante de la salud, valoración y cuidado de los ancianos. Actualmente se acepta que aunque está relacionado con las caídas no necesariamente es consecuencia de ellas, es multifactorial y multidimensional y se constituye en un factor fundamental de restricción de actividades que puede llevar a limitación, discapacidad y deterioro de la calidad de vida del anciano.

Objetivo: Conocer los factores predictores de temor a caer en ancianos que viven en la comunidad.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo y transversal. El universo fue la población mayor de 65 años, radicada en el área urbana de la ciudad de Manizales. La muestra total estuvo constituida por 250 ancianos. Se utilizó un cuestionario estructurado, precodificado, aplicado mediante entrevista personal, para obtener información de los aspectos demográficos, de salud, funcionales y sociales; además se hizo observación de las medidas basadas en la ejecución.

Las variables se analizaron a un nivel simple: proporciones, medidas de tendencia central y de dispersión. Chi cuadrado para evaluar asociaciones y determinar Odds Ratio (OR). Análisis de regresión logística paso a paso para evaluar los predictores independientes de temor a caer.

Resultados

La población fue 41.2% hombres y 58.8% mujeres (n=250) el promedio de edad 74.1 años (DE 7). Ningun temor a caer lo refiere el 22.4%, poco temor 12%, regular 17.6% y mucho 48%. Por sexo, mucho temor lo refieren 27% de los hombres y 62.5% de las mujeres (p<0.001). No se encontraron diferencias con la edad. El temor les había hecho suspender actividades que antes hacían al 39.7% de los ancianos, 43.8% de las mujeres y 31.3% de los hombres sin diferencias estadísticas por sexo y edad.

En el análisis bivariado se encontró que los factores predictores de temor a caer fueron: edad mayor de 75 años, sexo femenino, caídas recurrentes, osteoartritis, presencia de vértigo o mareo, dificultad para ver, 23 puntos o menos en el Minimental Test, presencia de depresión subsindromal, no sentirse saludable, tener mala o muy

(*) Profesora Departamento Acción Física Humana, F.C.S Universidad de Caldas

(**) Profesor Departamento de Medicina Interna F.C.S Universidad de Caldas.

Recibido: Noviembre 1 de 2006.

Aceptado para publicación: Noviembre 23 de 2006.

Correspondencia: fercho7@telesat.com.co

Espacio de publicidad

mala auto percepción de salud, alteraciones en balance y marcha y. En el modelo final de regresión logística, ser mujer, tener 75 o más años, alteraciones en el balance estático en posición de pie, mareo o vértigo, mala o muy mala auto percepción de salud y alteraciones en traslados, incrementan significativamente el riesgo de temor a caer.

Palabras clave: ancianos, caídas, predictores, temor a caer.

Summary

The fear to fall has been considered as an important element of health, valuation and care of older people. At the moment it is accepted that although it is related with the falls it is not necessarily consequence of them, it is multifactor and multidimensional and it is constituted in a fundamental factor of restriction of activities that can lead to limitation, disability and deterioration of the quality of elderly life.

Objective: To know the predictors factors of fear to fall in old people that live in the community.

Materials and methods

It's a descriptive and traverse study. The universe was the population bigger than 65 years, living in the urban area of Manizales, Colombia. 250 older people constituted the total sample. A structured questionnaire was used applied by means of personal interview, to obtain information of the demographic aspects, of health, functional and social, observation of the measures was also made based on the execution.

The variables were analyzed at a simple level: measures of central tendency and of dispersion. Chi squared to evaluate associations and to determine Odds Ratio (OR). Analysis of regression logistical step to step to evaluate the independent predictors of fear to fall.

Results

The population was 41.2% men and 58.8% women (n=250) the age average 74.1 years (OF 7). Any fear to fall the she refers 22.4%, little fear 12%, to regulate 17.6% and a lot 48%. For sex, a lot of fear refers him the men's 27% and the women's 62.5% (p < 0.001). They didn't meet differences with the age. The fear had made

them suspend activities that before made to 39.7% of the old men, the women's 43.8% and the men's 31.3% without statistical differences for sex and age.

In the analysis it was found that predictors factors of fear to fall were: age bigger than 75 years, recurrent feminine, fallen sex, osteoarthritis, presence of vertigo or sickness, difficulty to see, 23 points or less in the Minimental Test, presence of depression not to feel healthy, to have bad or very bad car perception of health, alterations in balance and it goes and. In the final pattern of logistical regression, to be woman, to have 75 or more years, alterations in the static balance in foot position, sickness or vertigo, bad or very bad car perception of health and alterations in transfers, increase the risk of fear significantly to fall.

Key words: Elderly, Falls, Predictores, Fear to fall.

Introducción

El temor a caer ha sido considerado como un elemento importante de la salud, valoración y cuidado de los ancianos desde que Murphy e Isaacs (1982) hicieron la clásica descripción del síndrome poscaída. Desde entonces ha tenido varias definiciones, baja percepción de auto eficacia (Tinetti y col. 1990), pérdida de la confianza en las habilidades del balance (Maki y col., 1991), temor anormal caracterizado por restricción de actividades (Lachman y col., 1998), preocupación de caer o ansiedad específica dirigida hacia un factor provocador particular: la caída (Tennsted y col., 1998); y otros autores lo han definido como un concepto general que describe baja confianza para evitar caídas (Cumming y col., 2000). Actualmente se acepta que aunque está relacionado con las caídas no necesariamente es consecuencia de ellas, es multifactorial y multidimensional y se constituye en un factor fundamental de restricción de actividades que puede llevar a limitación, discapacidad y deterioro de la calidad de vida del anciano.

En ancianos que viven en la comunidad, la prevalencia reportada está entre 12 y 85%, más alta en mujeres y se incrementa con la edad (Tinetti 1994, Arfken y col., 1994, Vellas, 1997, Lawrence 1998, Kressing 2001, Miller 2002, Kim 2001). La variabilidad en la prevalencia se debe, probablemente, a la variedad de definiciones e instrumentos utilizados para su valoración.

Los estudios transversales muestran que los factores

independientemente asociados con temor a caer son: género femenino (Fessel 1997, Howland y col., 1998), historia previa de caídas (Murphy & Isaacs, 1982, Nevitt y col., 1989, Arfken y col., 1994, Tinetti y col 1993, 1994 y 1998, Fessel y col., 1997, Howland y col., 1998, Friedman y col, 2002, Fletcher 2004), deterioro de la función física o de la movilidad (Arfken y col., 1994, Fessel y col., 1997), alteraciones de balance y marcha (Tinetti 1993 y 1994, Maki 1997, Williams 1998, Brouwer 2004), discapacidad en actividades de la vida diaria (Cumming, 2000, Nourhashemi 2001, Fletcher 2004, Brouwer 2004, Delbaere 2004), mareo crónico (Burker 1995, Vellas 1997, Tinetti 2000), problemas visuales (Arfken y col., 1994,) pobre salud física (Brouwer 2004, Yardley y Smith 2002) pobre salud mental (Arfken y col., 1994), depresión (Arfken, 1994, Murphy 2002), ansiedad (Howland y Col. 1998, Murphy 2002), estilo de vida sedentario (Gómez y Curcio 1998, Lachman 1998, Bruce 2002), restricción de la participación en actividades sociales (Howland, 1993), disminución de contactos sociales (Howland y col., 1998) y pérdida de soporte (Fletcher, 2004).

Solo dos estudios longitudinales han examinado los predictores o factores predisponentes del temor a caer. El primero, de Vellas y col. (1997), encontró que el sexo femenino, anormalidades de la marcha, pérdida de recursos económicos, y pobre estado cognoscitivo se asocian con temor a caer. En el segundo estudio, Friedman y col. (2002) encontraron que el sexo femenino, mayor edad, historia de caídas en el año anterior, uso de cuatro o más medicamentos y la presencia de alteraciones psiquiátricas se asociaron con el desarrollo de temor a caer.

Las caídas y el temor a caer tienen un set similar de factores de riesgo (Tinetti 1988, Campbell 1989, Lord 1991, Arfken 1994, Tinetti 1995, Vellas 1997, Howland y col., 1998) y ambos tienen una relación bidireccional (Fiedman y col. 2002).

El objetivo fue conocer los factores predictores de temor a caer en ancianos que viven en la comunidad.

Materiales y métodos

El presente estudio se constituye en una investigación epidemiológica de carácter descriptivo y transversal, en el que se utilizaron los datos del "Estudio Multicéntrico longitudinal de la salud de los ancianos en Colombia,

sede Manizales" (sin publicar). Se consideró como universo la población mayor de 65 años, radicada en el área urbana de la ciudad de Manizales. Se hizo un muestreo aleatorio estratificado basados en la división administrativa de la ciudad en cComunas, se tomaron éstas como los conglomerados a partir de los cuales se seleccionaron las unidades de muestreo, que correspondieron a los barrios de cada comuna, se hizo un barrido, barrio por barrio, hasta completar la muestra requerida. La muestra total estuvo constituida por 250 ancianos mayores de 65 años.

Se utilizó un cuestionario estructurado, precodificado, aplicado mediante entrevista personal, y además se hizo observación de las medidas basadas en la ejecución. El cuestionario está basado en el utilizado por la Organización Mundial de la Salud para estudios epidemiológicos en varias regiones del mundo (Heikkinen 1984); incluye preguntas acerca de aspectos demográficos generales como estado civil, nivel educativo, ocupación actual, estructura familiar en cuanto a número de hijos y hermanos, número de personas convivientes y la presencia de redes de apoyo en caso de enfermedad y evaluación de la auto percepción de salud. En cuanto a la presencia de enfermedades se hizo una lista de chequeo de las patologías crónicas más prevalentes y de los síntomas físicos y mentales más frecuentes. Además, se preguntó sobre la presencia de discapacidades sensoriales, audición, visión y problemas con los pies. En cuanto al uso de medicamentos se indagó el número de medicamentos tanto prescritos como auto prescritos. Para evaluar las caídas, sus consecuencias y el temor a caer, se utilizó la adaptación del cuestionario original del FICSIT (Tinetti 1993); para la presencia de caídas y sus consecuencias se tuvo en cuenta el número de caídas en al año anterior, la actividad realizada al momento de caer, el mecanismo y la presencia de lesiones. Para el temor a caer se utilizó una escala ordinal con cuatro opciones de respuesta desde ninguno hasta mucho temor.

En cuanto a los aspectos del funcionamiento individual se utilizó la escala de Barthel para las actividades de la vida diaria nivel físico (AVDF) (Baztan y col., 1993) y una escala de Lawton modificada para valorar las actividades instrumentales (AVDI) (Reuben, 1990, Curcio y col., 2001).

A todos los participantes se les realizaron las siguientes medidas basadas en la ejecución:

Equilibrio estático en posición de pie (prueba de Romberg modificada): se evaluaron cuatro posiciones con los ojos abiertos, de menor a mayor dificultad: pies separados, pies tan juntos como pueda, la punta del pie dominante al lado del talón del no dominante (semi-tandem) y un pie tras otro en línea recta, con el pie dominante detrás (tandem). Se evalúa la capacidad de mantener cada posición durante 10 segundos y se da un punto por cada posición para un total de 4 (Buchner y Col., 1993).

Alcance funcional: antes de iniciar la prueba es necesario fijar un metro a la pared, a la altura del hombro del anciano y en sentido horizontal. Se le pide que estire el brazo dominante hacia adelante (no arriba), tanto como pueda con el puño cerrado y sin mover los pies. Si la persona mueve los pies o intenta dar un paso, la prueba se descarta y se hace de nuevo, se realizan dos intentos y se registra la mayor distancia alcanzada teniendo en cuenta los nudillos o articulación carpometacarpiana (Duncan y Col., 1992).

Velocidad de la marcha: se registra el tiempo utilizado en caminar 6 metros, en segundos y el número de pasos dados en la misma distancia; se realiza en un solo intento y se observa si requiere ayuda (bastón, andador o muleta) o asistencia (por una o dos personas). Además, se registra si fue suspendida, a qué distancia y la razón para la suspensión (Podsiadlo y Col., 1991).

Incorporarse de una silla: se toma el tiempo desde el momento que se inicia la acción de incorporarse con los brazos cruzados o con la utilización de alguna ayuda como bastón, andador, muleta u otra persona, hasta que se levanta y queda en posición de pie estable (Buchner y Col., 1993).

Escala de Tinetti (balance): es una medida compuesta que permite evaluar diferentes aspectos del equilibrio que son claves en el mantenimiento de la movilidad. Se realizan 12 maniobras diferentes, con una puntuación de normal: 2, regular: 1 y anormal: 0, para un total de 24 puntos (Tinetti, 1986).

Los aspectos de bienestar emocional fueron evaluados mediante varias preguntas de auto percepción de salud. Además se aplicó la escala de valoración cognoscitiva Mini Mental Test de Folstein (1975) y la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Yesavage y Col., 1983).

El análisis estadístico se realizó usando el programa EPIINFO 6.04d y Statgraphics 5.1. Las variables se analizaron a un nivel simple: proporciones, medidas de tendencia central y de dispersión. Se hizo un análisis bivariado para examinar la asociación entre los potenciales predictores que han sido reportados en estudios previos como factores de riesgo o asociados con temor a caer y tres opciones dicotómicas de la variable consecuencia ("sin temor vs. con temor", "poco o ningún temor vs. regular y mucho temor", "ninguno, poco y regular vs. mucho temor"); se utilizó Chi cuadrado para evaluar asociaciones y determinar Odds Ratio (OR). Se hizo un análisis de regresión logística paso a paso para evaluar los predictores independientes de temor a caer; todas las variables fueron incluidas con un criterio de $p < 0.5$ en los análisis bivariados, y los resultados se reportan usando OR e intervalos de confianza (IC).

Resultados

En la tabla 1 se presentan las características demográficas y de salud de la población.

El 88% de la población sufría al menos una enfermedad crónica. Al diferenciar por sexo se encontró que mientras el 77% de los hombres refería tener al menos una, en las mujeres era 96% ($p < 0.001$). En cuanto a grupos de edad es evidente el aumento del porcentaje de quienes reportan la presencia de enfermedades pero sin diferencias estadísticas.

Del total de la población, 52.8% informó dificultades para ver, al discriminar por sexo se encuentran mayores dificultades en las mujeres (57.8% Vs. 45.6%), sin diferencias estadísticas. El 29.6% del total de la población refiere dificultades para oír, que corresponde al 31.6% de los hombres y 28.6% de las mujeres.

El 18.8% de los ancianos afirma tener muy buena salud, mientras que el 30.4% dice que buena, el 40.4% la considera término medio, 9.2% afirma tener mala salud y 2.4% muy mala. El 58% aseguró sentirse mejor que los de su misma edad, y 31.2% afirmó sentirse más o menos igual. Existe una más mala auto percepción de salud entre las mujeres y al discriminar por grupos de edad se encontró mejor auto percepción en los grupos más jóvenes ($p < 0.05$).

En general, una gran proporción de ancianos, 82.8% consume al menos un medicamento prescrito por mé-

Características demográficas y de salud de la población

| Características | Total |
|---|------------|
| Edad (media, DE) | 74.1 (7) |
| Mujeres (%) | 58.8 |
| Estado civil | |
| Casados (%) | 50.0 |
| Viudos (%) | 34.8 |
| Solteros (%) | 8.4 |
| Escolaridad | |
| Sin escolaridad (%) | 9.2 |
| Primaria (%) | 27.2 |
| Bachiller y superior (%) | 18.4 |
| Vive solo (%) | 4.0 |
| Condiciones Crónicas | |
| Hipertensión (%) | 53.2 |
| Várices (%) | 49.2 |
| Osteoartritis (%) | 43.2 |
| Problemas de circulación (%) | 40.4 |
| Enfermedades del corazón (%) | 27.6 |
| Consumen más de tres medicamentos | 43.2 |
| Presencia de mareo con frecuencia o continuamente (%) | 10.8 |
| Dificultades en visión | 52.8 |
| No se sienten saludables | 41.2 |
| Auto percepción de salud mala y muy mala (%) | 11.6 |
| Minimental Test de Folstein (media, DE) | 24.9 (4.6) |
| Escala de Yesavage: presencia de depresión (%) | 24.4 |

Tabla 1

dico, sin diferencias estadísticas por sexo, aunque hay mayor cantidad de mujeres que los consumen 88.4% vs., 74.8%. El promedio general de consumo de medicamentos prescritos por médico es 2.35 (DE 1.90) y un rango de 9. Las mujeres consumen un promedio de 2.5 (DE 1.85) y los hombres 2.1 (DE 1.97). 28.1% consume medicamentos auto prescritos, el promedio es 0.3, (DE 0.7) y el rango 6. 30% de las mujeres y 26.2% de los hombres consume al menos un medicamento auto prescrito sin diferencias por sexo. Los ancianos que consumen tres o más medicamentos, considerado como polifarmacia, corresponden al 43.2% si se consideran los prescritos por médico y 0.8% si se toman en cuenta solamente los auto prescritos. Existe un promedio mayor de medicamentos consumidos prescritos por médico entre los grupos de menor edad ($p < 0.05$) y de auto prescritos en los más viejos.

En el Minimental Test se encontró un puntaje promedio de 24.98 puntos (DE 4.6), el puntaje mínimo encontra-

do fue 10. El coeficiente de variación es 18.45. Cuando se considera el punto de corte para comunidades urbanas con más de 8 años de educación, de 24 puntos, el deterioro cognoscitivo corresponde al 30%; si se considera el punto de corte en 17 puntos el porcentaje de ancianos con deterioro cognoscitivo es 8.4%.

Respecto a depresión se encontró una prevalencia de depresión mayor de 2.4% y 22% de los ancianos tenía criterios para depresión subsindromal.

Características funcionales de la población

| Características | Total |
|---|---------------|
| Escala de Barthel (media, rango) | 94.8 (10-100) |
| Medidas de Evaluación basadas en la ejecución | |
| Alcance funcional (media, DE) | 22.7 (9.9) |
| Velocidad de la marcha (media, DE) | 0.97(1.46) |
| Pobre balance estático (%) | 30.9 |
| Pobre balance dinámico* (%) | 59.7 |
| Problemas en la marcha ** (%) | 37.9 |

* Menor de 35 puntos en la Escala de Tinetti prueba de balance.
** Menor de 9 puntos en la Escala de Tinetti prueba de marcha

Tabla 2

En cuanto a funcionalidad (ver Tabla 2), los resultados de la Escala de Barthel (AVD físico) indican que el 64.8% de los ancianos es completamente independiente en AVD físico. Las actividades en la que hay mayor cantidad de ancianos con dificultad o dependencia son en orden, micción 18.8%, (lo cual indica incontinencia urinaria) seguido de subir y bajar escalones (18%) y en tercer lugar arreglo personal que incluye cepillarse los dientes, afeitarse o maquillarse. En las que se presenta menor porcentaje de dificultades y no hay ninguna persona con dependencia completa es alimentación. Se hizo un análisis separado de las actividades de movilidad de la escala de Barthel y se encontró que el 5.6% reporta discapacidad o limitación en actividades de traslados, 4.4% en locomoción y 18% en subir y bajar escalones.

En lo que respecta a las medidas de evaluación basadas en la ejecución (MEBE) 7.2% presenta el balance en posición de pie completamente alterado. Para incorporarse de una silla, el tiempo promedio general es 2.77 segundos (DE 10.4) con un rango de 95 segun-

dos y un coeficiente de variación de 37.7, lo que muestra gran heterogeneidad del grupo. Además, 15% necesita el apoyo de brazos para incorporarse lo cual indica riesgo. En alcance funcional el rango fue 43 cm. y coeficiente de variación 43.6, dado que el punto de corte que indica riesgo de deterioro de la movilidad es 20 cm (Curcio y col., 2000) con este alcance o menos se encuentra el 68.8% de la población, con mayor proporción de mujeres ($p < 0.001$) y de ancianos de 80 y más años. En velocidad de la marcha 19.7% necesitó algún tipo de ayuda. Se considera que una velocidad de 0.4m/seg. o menor indica discapacidad de la marcha y gran riesgo de discapacidad de la movilidad (Curcio y col., 2000) y con esta velocidad se encuentran el 5.2%.

En general, en la escala de Tinetti, prueba de balance, las alteraciones se presentan en 48% de hombres y 34.9% de mujeres; las actividades con mayores alteraciones son balance en un pie y alcanzar un objeto alto. En cuanto a la escala de marcha, se encontró que el aspecto con mayor porcentaje de anormalidad corresponde a la altura del paso con 21.8% y simetría del paso que fue anormal en el 19.8% de los ancianos.

Caídas y temor a caer

| Características | Total |
|---|-------|
| Caídas en el último año (%) | 26.4 |
| Casi caídas en el último año (%) | 32.0 |
| Temor a caer | |
| Mucho (%) | 48.0 |
| Regular (%) | 17.6 |
| Poco (%) | 12.0 |
| Ninguno (%) | 22.4 |
| Restricción en AVD por temor a caer (%) | 39.7 |

Tabla 3

En cuanto a caídas en el último año, hay mayor proporción de mujeres caedoras pero sin diferencias estadísticas. En cuanto al número de caídas se encontró que de los que han caído, 44% tuvo caídas recurrentes, es decir, dos o más veces en un año; el promedio fue 2.4 (DE 2.8) sin diferencias por sexo pero sí aumentan con el incremento de la edad ($p < 0.001$). Las caídas ocurren en similares proporciones dentro y fuera de la casa (49% vs. 51%) y en su mayoría por tropezones o deslizamientos; el 16.7% le atribuye la causa de la caída a mareo. Las caídas con lesión son aquellas que origi-

nan algún de tipo de lesión como fracturas, trauma craneano, laceraciones, esguinces o luxaciones y otras lesiones serias no especificadas. En este estudio se encontró que a causa de una caída el 12.5% se fracturó (42.9% fractura de cadera) 9.5% presentó luxaciones y 18.8% heridas de tejidos blandos.

También se evaluó la limitación en las actividades de la vida diaria (ABC) como consecuencia de una caída, tanto en las AVD físicas, como instrumentales y sociales. Las consecuencias en las AVD físicas se evaluaron preguntando si por una caída había tenido limitaciones para caminar dentro de la casa y se encontró que el 31% las refirió. En cuanto a las ABC instrumentales se encontró que el mismo porcentaje no pudo realizar actividades domésticas. En lo que respecta a las ABC sociales, se preguntó la limitación para trabajar, como consecuencia de una caída y se encontró en el 22% de los ancianos.

El temor a caer se presenta en la tabla 3. Por sexo, mucho temor lo refiere el 27% de los hombres y 62.5% de las mujeres ($p < 0.001$). No se encontraron diferencias con la edad. El temor les había hecho suspender actividades que antes hacían al 43.8% de las mujeres y 31.3% de los hombres sin diferencias estadísticas por sexo y edad.

En el análisis bivariado se consideró la presencia o ausencia de temor a caer con todas las variables (ver tabla 4).

En el modelo final de regresión logística, ser mujer, tener 75 o más años, alteraciones en el balance estático en posición de pie, mareo o vértigo, mala o muy mala auto percepción de salud y alteraciones en traslados, y la presencia de dos o más caídas en el año anterior incrementan significativamente el riesgo de temor a caer (ver Figura 1).

Discusión

Este estudio revela que cerca de la mitad de la población que vive en la comunidad en Manizales tiene mucho temor a caer y más de la tercera parte refiere que por ese temor ha restringido actividades de la vida diaria. Existe mayor proporción de mujeres y se incrementa en forma progresiva con la edad.

Los porcentajes de temor a caer en la literatura mundial son muy variables y con un rango muy amplio, lo

**Predictores de temor a caer
(regular y Mucho miedo)**

| Predictor | Odds Ratio (Intervalo de confianza) | p |
|---|--|------------|
| Dificultades para ver | 1.82 (1.03 – 3.22) | 0.0024 |
| Osteoartritis | 2.39 (1.38 - 4.15) | 0.00000001 |
| Sexo femenino | 2.75 (1.55 – 4.90) | 0.00016 |
| Balance estático | 3.44 (1.88 – 6.32) | 0.000010 |
| Velocidad de la marcha < 0.9m/seg. | 2.49 (1.30 – 4.79) | 0.0025 |
| Alteraciones en traslados | 5.25 (1.30 – 24.7) | 0.001 |
| Deterioro cognoscitivo | 1.94 (1.08 – 3.51) | 0.016 |
| Depresión subsindromal | 3.03 (1.31 – 2.25) | 0.00051 |
| Edad > 75 años | 2.21 (1.26 – 3.88) | 0.0026 |
| sentirse saludable | 4.46 (2.50 – 7.98) | 0.00000005 |
| Auto percepción de salud mala- muy mala | 6.13 (2.23 – 17.76) | 0.000029 |
| Presencia de vértigo o mareo | 4.10 (2.24 – 7.56) | 0.00000045 |
| Disminución de la longitud del paso | 2.22 (1.07 – 4.65) | 0.018 |
| Alteración en la marcha | 2.57 (1.46 – 4.54) | 0.00038 |

Tabla 4

Regresión logística para la presencia de temor a caer

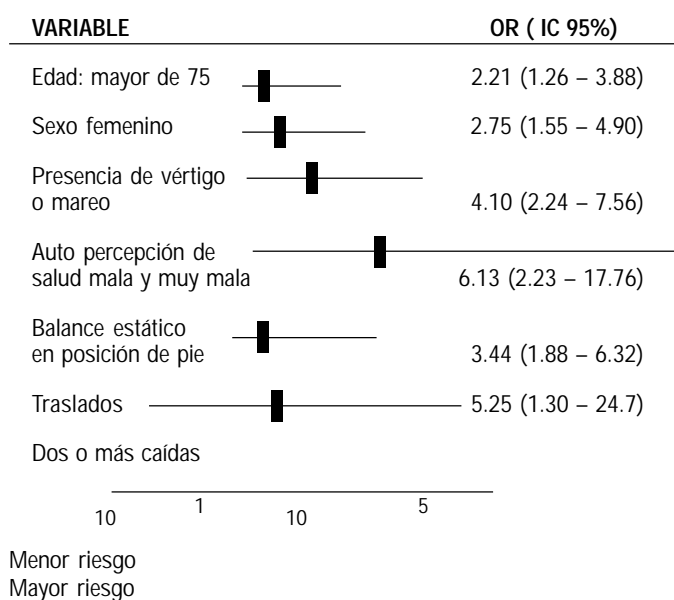


Figura 1

cual hace que los resultados difícilmente se encuentren por fuera de lo reportado. Esto se debe, probablemente, a la diversidad de conceptos y definiciones operacionales utilizadas en los estudios.

En el presente estudio se encontró mayor proporción de temor a caer entre las mujeres y los grupos de mayor edad. En un estudio realizado por Fletcher (2004) se discute que las diferencias por sexo se deben, probablemente, a que las mujeres tienden a sobreestimar los riesgos y los hombres a subestimarlos. Al igual que en éste, estudios previos han demostrado que el temor a caer se incrementa con la edad (Friedman y col 2002), y se encontró la edad como predictor independiente de miedo a caer.

Respecto a la asociación de temor a caer con presencia de vértigo o mareo, Vellas y col. (1997) relacionaron el vértigo al levantarse con el temor a caer. Un estudio realizado por Tinetti (1991, 2000) da como resultado que las alteraciones en el equilibrio y la presencia de vértigo perturban las actividades diarias del vivir y fortalecen el temor a caer; Isaacs (1982) manifiesta que el vértigo al levantarse es un gran factor de riesgo de caídas y de temor a caer y que también es causa de la restricción de la actividad y la movilidad. Burker y col., (1995) encontraron que el vértigo crónico está fuertemente asociado con la presencia de temor a caer.

Otro de los factores fuertemente asociados con temor a caer fue la baja auto percepción de salud, tanto no sentirse saludable como calificarla como mala y muy mala. Brouwer y col., (2004) plantean que quienes tienen temor tienen una más pobre percepción de su salud física y que el temor por sí mismo, puede precipitar el deterioro de la salud física por reducción en la función física y viceversa, es decir, están recíprocamente relacionados. La auto percepción de salud está influida por la función física, la presencia de enfermedades y la existencia de discapacidades y limitaciones funcionales. Muchas investigaciones sugieren que también la afectan los hábitos y conductas saludables, el uso de servicios de salud, el soporte social y la religiosidad (Kaplan 1993, Deeg y col. 1989). En un estudio realizado por Miller y col. (2002) se encontró que una auto percepción de salud excelente y buena es un factor protector para temor a caer.

Numerosos estudios, tanto transversales como longitudinales, han demostrado que una auto percepción de

buena salud se correlaciona con bajo número de condiciones crónicas, ausencia de discapacidades severas, mejor soporte social, bajo estrés, mejor satisfacción con la vida, y mejor ejecución física y cognoscitiva (Idler y Benyamini, 1997).

Los porcentajes encontrados en cuanto a caídas están acordes con los hallazgos informados por la literatura mundial, ya que se estima que aproximadamente la tercera parte de las personas mayores de 65 años que viven en la comunidad, han tenido una caída en el último año, son más frecuentes en mujeres y se aumentan en forma considerable en los grupos de mayor edad (Curcio y Col. 1998), como se observa en este estudio.

Respecto a las caídas, este estudio corrobora los hallazgos de numerosos estudios que han reportado la asociación entre caídas y temor a caer. El temor a caer puede ser tomado como un factor de riesgo que ocasiona las caídas (Nevitt, Cumming, Kidd, y Black, 1989); varios autores han informado que el temor a caer está relacionado con una experiencia previa de caída propia o ajena (Murphy & Isaac, 1982; Nevitt 1989; Tinetti 1988), hecho que puede ser mediado potencialmente por cambios en la marcha, restricción de la actividad y desacondicionamiento (Maki 1997, Tinetti 1994, Howland 1998 Kressing, 2001). Friedman y col. (2002) reportan que las caídas son predictores independientes de temor a caer después de 20 meses de seguimiento, y a su vez el temor a caer al inicio del estudio es predictor de caídas al finalizar el estudio, cada uno es predictor del otro y un individuo que desarrolla una de estas dos condiciones, tiene un gran riesgo de desarrollar la otra; además, sugieren que el temor a caer no es una consecuencia aguda que resulte de una caída. En el modelo final de regresión logística realizado por Fletcher y col. (2004), las caídas recurrentes incrementan significativamente el riesgo de temor a caer.

En otro estudio llevado a cabo en la misma ciudad y por los mismos autores de este estudio (Gómez y col. 1998), entre quienes hacían y no hacían ejercicio, se encontraron porcentajes similares de temor a caer entre los que se caen y no se caen, y no encontraron diferencias en este aspecto entre quienes hacían ejercicio y quienes no, pero al evaluar la restricción de las AVD por este temor sí se encontraron diferencias. Muchos estudios han demostrado que la restricción secundaria al temor a caer puede llevar a desacondicionamiento e incrementar el riesgo de caídas;

alternativamente una reducción en la actividad puede disminuir las oportunidades de caer (Howland 1998, Nevitt 1989, Friedman y col, 2002).

Brouwer y col (2004) refieren que la restricción en actividades debida al temor a caer es más en función de la auto eficacia que de una restricción real de la actividad, debido a que hay una vulnerabilidad percibida o una pérdida de la confianza cuando se ejecutan las actividades de la vida diaria. Lachman (1998) plantea que la restricción en actividades relacionada con el temor a caer se correlaciona con la ejecución física, el desplazamiento del centro de gravedad y con la fuerza muscular. Estas asociaciones son más pronunciadas para actividades de movilidad y menos para las actividades sociales. Para Delbaere (2004) el temor general a caer y la restricción de actividades son los mejores predictores psicológicos de caídas, especialmente en combinación con mayor edad y sexo femenino. Tennsted y col. (1998) no usan la palabra "temor" sino "preocupación", porque para ellos, el temor no predice conductas actuales. El temor a caer puede ser factor de riesgo cuando restringe las actividades hasta el punto de causar desacondicionamiento y debilidad muscular, y a su vez la restricción de actividad es un factor de riesgo para caídas. Para los ellos, las personas con temor a caer o baja auto confianza tienen menor nivel funcional y menos actividad.

Respecto a los hallazgos de ausencia de asociación entre temor a caer con el puntaje total de la escala de Barthel, y que al analizar los ítems por separado solamente se encuentra asociación significativa con traslados, estaría indicando que el temor no afecta las actividades básicas de supervivencia, solamente la actividad básica de movilidad, que requiere una biomecánica más compleja, desplazamiento de la línea de gravedad, traslado de peso y grandes modificaciones en la base de soporte del cuerpo, a diferencia de las otras actividades incluidas en la escala, que no implican poner en funcionamiento estos complejos mecanismos, por ejemplo vestirse o alimentación, que pueden realizarse en posición sentado. Sin embargo, llama la atención no encontrar asociación subir y bajar escalas que es la actividad más compleja y con mayor porcentaje de ancianos con necesidad, limitación o discapacidad. En un estudio realizado por Suzuki y col. (2002) muestra que en las mujeres las actividades de deambulación y baño se correlacionan fuertemente con temor a caer.

Espacio de publicidad

Espacio de publicidad

Según Delbaere (2004), las tareas de movilidad son las más afectadas por el temor a caer, la restricción en actividades relacionada con el temor a caer se correlaciona con ejecución física, desplazamiento del centro de gravedad y con la fuerza muscular. Estas asociaciones son más pronunciadas para actividades de movilidad y menos para las actividades sociales. El temor a caer es una importante variable psicosocial en el desarrollo y exacerbación del proceso de fragilidad física, puesto que lleva a dificultades en la ejecución de las AVDF, el individuo puede ser menos capaz de utilizar y ejercitar sus habilidades de fuerza muscular y control postural, lo que conduce al círculo vicioso de la fragilidad (Delbaere 2004). El temor a caer es un problema de salud entre caedores y no caedores, se asocia con declinación en la habilidad para ejecutar las AVDF sin asistencia y con incremento del riesgo de institucionalización (Cumming, 2000).

El hallazgo de que las alteraciones en balance estático predicen temor a caer, puede deberse a que un pobre balance estático resulta en disminución de la ejecución y participación en actividades, reduce fuerza y esto a su vez causa debilidad y fatiga o reduce velocidad de ejecución de las actividades. Los estudios reportan que los ancianos que tienen temor a caer presentan pobre ejecución en pruebas de balance estático y dinámico (Maki y col. 1991), con ojos abiertos y cerrados, pero no es claro si el temor afecta la pruebas de balance o realmente existe un verdadero deterioro del control postural el cual produce temor, por tanto, las pruebas deben interpretarse con precaución en individuos aprehensivos. Los ancianos pueden modular sus estrategias de balance y de control postural, de acuerdo con el nivel de exigencia que anticipan, es decir, pueden parecer más relajados o tensos según la prueba a realizar; los menos aprehensivos tienden a adoptar estrategias similares en todas las pruebas (Maki y col. 1991).

El temor a caer tiene un amplio rango de consecuencias, desde el incremento de las precauciones en la ejecución de las actividades de la vida diaria, las cuales pueden proteger de caídas (Clemson 2003), hasta una excesiva restricción de actividades que puede llevar a discapacidad. Desde este punto de vista el temor no es dañino por sí mismo, y lo es solamente si interfiere con la ejecución de actividades y reduce la interacción social, porque puede llevar a inactividad con la subsecuente declinación en las capacidades físicas; el

temor puede ser parte de un desorden psicológico más generalizado (Murphy 2002).

En síntesis, este estudio proporciona información acerca del temor a caer en ancianos que viven en la comunidad. En primer lugar se corrobora la multidimensionalidad de este fenómeno, en segundo lugar proporciona un set de factores a tener en cuenta en la valoración y atención del anciano y en tercer lugar permitió identificar predictores del temor a caer que son potencialmente modificables mediante estrategias de prevención primaria y secundaria, cuya intervención puede disminuir o eliminar este temor.

Una de las limitaciones más importantes de este estudio es su carácter transversal, sin embargo, se corrobora lo encontrado en otras investigaciones. El temor a caer en sí mismo es un factor potencialmente modificable y puede permitir a los ancianos recuperar un estilo de vida activo, limitado o afectado por la percepción de limitación o discapacidad. Si la percepción de limitación o discapacidad funcional no se fundamenta en la presencia de una discapacidad física real, es decir, sólo existe tal creencia, mediante una intervención adecuada se previenen las consecuencias negativas y se permite el mantenimiento de la independencia funcional del anciano. Sin embargo, se requieren estudios longitudinales que permitan valorar los cambios con el tiempo en estos aspectos, para un mejor y mayor conocimiento de las condiciones de salud de los ancianos.

Bibliografía

1. Arfken CL, Lach HW, Birge SJ, Miller JP. The prevalence and correlates of fear of falling in elderly persons living in the community. *Am J Public Health* 1994; 84:565-570.
2. Baztán JJ, Pérez de Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebro vascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1993; 28: 32-40
3. Brouwer B, Musselman K, Culham E. Physical function and health status among seniors with and without a fear of falling. *Gerontology*; 2004; 50(3): 135-141.
4. Bruce DG, Devine A, Prince RL. Recreational physical activity levels in healthy older women: the im-

- portance of fear of falling J AM Geriatr Soc 2002; 50:84-89.
5. Buchner DM, Hornbrook CM, Kuutner NG y otros. Development of the common database for the FIC-SIT trials. J Am Geriatr Soc 1993; 41(3): 297-308.
 6. Burkner EJ, Wong H, Sloane PD, Mattingly D, Preisser J, Mitchell CM. Predictors of fear of falling in dizzy and non dizzy elderly. Psychol Aging 1995; 10(1): 104-110
 7. Campbell AJ, Borrie MJ, Spears GF. Risk factors for falls in a community based prospective study in people 70 years and older. J Gerontol 1989; 44:M112-M117
 8. Clemson L, Cumming RG, Heard R. The development of an assessment to evaluate behavioral factors associated with falling. Am J Occup Ther 2003; 57(4): 380-8
 9. Cumming RG, Salked G, Thomas M, Szonyi G. Prospective study of the impact of fear of falling on activities of daily living, SF-36 scores, and nursing home admission. J Gerontol 2000; 55A(5): M299-M305
 10. Curcio CL, Gómez JF, Galeano C. Validez y reproducibilidad de las medidas de evaluación basadas en la ejecución. Revista Española de Geriatria y Gerontología 2000; 35(2):82-88
 11. Curcio CL, Gómez JF, Martínez JA. Caídas en ancianos: un problema en aumento. Rev Asoc Colomb Gerontol Geriatr 1998; XII (2): 64 - 82
 12. Deeg DJH, Van Zonneveld RJ, Van Der Maas P, Habbema JDF. Medical and social predictors of longevity in the elderly: total predictive value and interdependence. Soc Sci Med 1989; 29 (11): 1271-80
 13. Delbaere K, Crombez G, Vanderstraeten G, Willems T, Cambier D. Fear-related avoidance of activities, falls and physical frailty. A prospective community-based cohort study. Age ageing 2004; advanced access published march 26.
 14. Duncan PW, Studenski S, Chandler J y cols. Functional reach: Predictive validity in a sample of elderly male veterans. J Gerontol Med Sci 1992; 47: M93-98
 15. Fessel KD, Nevitt MC,. Correlates of fear of falling and activity limitation among persons with rheumatoid arthritis. Arth Care Res 1997; 10:222-228.
 16. Fletcher CP, Hirdes HP. Restriction in activity associated with fear of falling among community-based seniors using home care services. Age aging 2004; 33(3): 273-279
 17. Folstein MF, Folstein SE, MsHugh PR. "Mini Mental State": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975; 12:189-98
 18. Friedman SM, Muñoz B, West SK, Rubin GS, Fried LP. Falls and fear of falling: Which comes first? A longitudinal prediction model suggest strategies for primary and secondary prevention. JAGS 2002; 50: 1329-1335
 19. Gómez JF, Curcio CL. Valoración integral de la salud del anciano. Gráficas Tizán Ltda. Manizales. Abril 2002. ISBN 958 33 2520 1
 20. Gómez JF., Curcio CL. Caídas en ancianos que hacen y no hacen ejercicio. Colombia Médica. 1998; 29(4): 125-28
 21. Heikkinen E, Waters WE, Brzezinski ZJ. The elderly in eleven countries. World Health organization. Regional Office for Europe. Copenhagen. Public Health in Europe 21. 1983
 22. Howland J, Peterson EW, Levin WC, Fried L, Porndon D, Bak S. Fear of falling among the community-dwelling elderly. J Aging Health 1993; 5:229-243.
 23. Howland, J. Lachman ME, Peterson EW, Cote J, Kasten L, Jette A. Covariates of fear of falling and associated activity curtailment. Gerontologist 1998; 38:549-555.
 24. Idler EL, Benyamini Y. Self rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J of Health and Social Behavior 1997; 38: 21-37
 25. Kaplan GA, Strawdbridge WJ, Camacho T, Cohen RD. Factors associated with change in physical functioning in the elderly. J of Aging and Health 1993; 5: 140-153
 26. Kim H, Yoshida M, Suziki T, Ishizaki T, Hosoi T, Yamamoto S, Orimo H. The relationship between fall-related activity restriction and functional fitness in elderly women. Nippon Ronen Igakkai Zassi 2001; 38(6): 805-11
 27. Kressing RW, Wolf SL, Sattin RW. Association of demographic, functional and behavioral characteristics with activity related fear of falling among ol-

- der adults transitioning to frailty. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49:1456-62.
28. Lachman ME, Howland J, Tennsted S, Jette A, Asman S, Peterson E. Fear of falling and activity restriction: the survey of activities and fear of falling in the elderly (SAFE). *J Gerontol* 1998; P43-P50.
 29. Lawrence RH, Tennsted SL, Kasten LA. Intensity and correlates of fear of falling and hurting oneself in the next year. *J Aging Health* 1998; 10:267-286
 30. Lord SR, Clark RD, Webster IW. Physiological factors associated with falls in an elderly population. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39:1194-1200.
 31. Maki BE, Holliday PJ, Topper AK. Fear of falling and postural performance in the elderly. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1991; 46:M123-M131
 32. Maki BE. Gait changes in older adults: predictors of falls or indicators of fear? *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 313-320
 33. Miller WC, Speechly M, Deate B. The prevalence and risk factors of falling and fear of falling among lower extremity amputees. *Arch Phys Med Rehabil* 2002; 82(8):1031-7
 34. Murphy J, Isaacs B. The post-fall syndrome. A study of 36 patients. *Gerontology*. 1982; 28:265-270
 35. Murphy SL, Williams CS, Gill TM. Characteristics associated with fear of falling and activity restriction in community-living older persons. *JAGS* 2002; 50:516-520
 36. Nevitt MC, Cumming SR, Kidd SH, Black D. Risk factors for recurrent nonsyncopal falls. *JAMA* 1989, 261,18:2663-2668
 37. Nourhashemi F, Andrieu S, Gillette-Guyonnet S, Vellas B, Albaredo JL, Grandjean H. Instrumental activities of daily living as a potential marker of frailty: a study of 7364 community-dwelling elderly women (The EPIDOS study) *J Gerontol Med Sci* 2001; 56A:M448-M453
 38. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go". A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J. Am. Geriatr. Soc* 38: 142-148, 1991
 39. Reuben DB, Wieland DL, Rubenstein LZ. Functional status assessment of older persons: concepts and implications. *Facts and Research in Gerontology*. 1993. 7, 231-240
 40. Shaw FE. Estudios de los factores de riesgo de caídas: impacto en la función cognitiva. *Reviews in clinical gerontology* 2001; 11(4)
 41. Speechley M, Tinetti ME. Falls and injuries in frail and vigorous community elderly persons. *J Am Geriatr Soc*. 1991; 39:46-52
 42. Suzuki M, Ohyama N, Yamada K, Kanamori M. The relationship between fear of falling, activity daily living and quality of life among elderly individuals *Nurs Health Sci* 2002; 4(4): 155-61
 43. Tennsted S, Howland J, Lachman M. et al. A randomized controlled trial of a group intervention to reduce fear of falling and associated activity restriction in older adult. *J Gerontol A Psychol Sci Soc Sci* 1998; 53:P384-P392
 44. Tinetti M, Powell L. Fear of falling and low self-efficacy: a case of dependence in elderly persons. *J Gerontol* 1993;48:35-38
 45. Tinetti M, Richman D, Powell L. Falls efficacy as a measure of fear of falling. *J Gerontol* 1990; 45(6):P239-P241
 46. Tinetti ME, Inouye SK, Gill TM. Shared risk factors for fall, incontinence and functional dependence. Unifying the approach to geriatric syndromes. *JAMA* 1995; 273:1348-1353.
 47. Tinetti ME, Mendes de Leon CF, Doucette JT y cols. Fear of falling and fall-related efficacy in relationship to functioning among community-living elders. *J Gerontol* 1994. 49:M140-M147
 48. Tinetti ME, Speechly M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med* 1988; 319:1701-1707.
 49. Tinetti ME, Williams CS, Gill TM. Health, functional and psychological outcomes among older persons with chronic dizziness. *J Am Geriatr Soc* 48: 417 – 421, 2000
 50. Tinetti ME. Performance-Oriented Assessment of Mobility Problems in Elderly Patients. *J Am Geriatr Soc* 1986; 34: 119-126
 51. Tinetti M, Baker DI, Garret PA, et al. Yale FICSIT: factor abatement strategy for fall prevention. *J Am Geriatr Soc*. 1993; 41:35-320
 52. Vellas BJ, Wayne SJ, Romero LJ. Fear of falling and restriction of mobility in elderly fallers. *Age Aging* 1997; 26:189-193.

53. Yardley L, Smith H. A prospective study of the relationship between feared consequences of falling and avoidance of activity in a community-living older people. *Gerontology* 2002; 42:17-23
54. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, y cols. Development and validation of a geriatric depression scale. *J Psychol Res* 1983; 17: 31-49

EL SÍNDROME DE DORIAN GRAY (DGS)

Diego Andrés Osorno Chica (a)

Resumen

El síndrome de Dorian Gray es una alteración de la autopercepción corporal relacionada con una displacentera percepción del proceso de envejecimiento que puede asociarse a una gran variedad de alteraciones psiquiátricas.

Palabras Clave: Dismorfobia, Envejecimiento, Psicodinamia.

Summary

The Dorian Gray syndrome is a new mental disorder characterized by a perverted perception of the body and the aging process and it is related to many other mental diseases.

Key words: Dismorphobics, Aging, Psychodynamics.

Introducción

El Síndrome Dorian Gray (**DGS**) denota un fenómeno cultural y social caracterizado por una preocupación excesiva hacia la propia apariencia del individuo (dismorfobia). Generalmente se acompaña de dificultades en el ajuste (coping) hacia el proceso de envejecimiento y a los fenómenos propios de la madurez. Las víctimas del **DGS** son usuarias recurrentes de los servicios de salud dirigidos a procedimientos médicos cosméticos y son consumidores asiduos de productos comerciales, en un esfuerzo desesperado por conservar su juventud (1).

El **DGS** no está reconocido en la versión actual del Manual Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM-IV-TR).

Definición

El **DGS** se define por una tríada de síntomas que combinan señales de diagnóstico de dismorfosis, rasgos de carácter narcisista, y bloqueos en la maduración psíquica derivada del proceso del envejecimiento. Los pacientes con **DGS** frecuentemente son usuarios excesivos de productos derivados del estilo de vida médico (1).

(*) Profesor Departamento de Medicina Interna Universidad del Cauca, Popayán, Colombia.

Recibido: septiembre 20 de 2006.

Aceptado para publicación: noviembre 6 de 2006.

Correspondencia: laura46@emtel.net.co

Antecedentes

El síndrome se describió por primera vez en el Continuous Medical Education Board de Landesärztekammer Essen sobre estilo de vida y medicamentos y medicina estética en el año 2001 (1).

El nombre deriva de la famosa novela de Oscar Wilde, **EL RETRATO DE DORIAN GRAY**, en la que el protagonista, incapaz de madurar, regala su alma para no envejecer (2).

La condensación artística de Wilde en el formato contenido en el libro, cita y transgrede rasgos francamente narcisistas que reflejan los motivos de la interpretación y deseo anómalo de la belleza eterna y el proceso de envejecer y la maduración, lo cual fue representado por el dúo espejo y persona. La creación artística de Wilde sirve como un fondo para la descripción clínica del síndrome (2).

Las causas

Psicodinámicamente, existe una interacción entre las tendencias del narcisismo (la belleza eterna), y la incapacidad para progresar y madurar (el bloqueo en el proceso), y finalmente como una defensa ante el uso de productos médicos y medicamentos modificadores del estilo de vida (restauradores de crecimiento de pelo, fármacos para la disfunción eréctil, medicamentos para la obesidad, modificadores del afecto, tratamientos láser de la piel, y cirugía estética para quitar señales del proceso de envejecimiento) (3).

El síndrome debe caracterizarse dentro de los conceptos clínicos que abarcan el trastorno de personalidad narcisista, dismorfosis y las parafilias. Mientras los pacientes con **DGS** despliegan rasgos de diagnóstico compatibles con estos desórdenes, el síndrome describe eventos psicodinámicos subyacentes comunes como una defensa hacia la maduración tiempo-dependiente, buscando la belleza eterna.

Se estima que cerca del 3% de la población global padece el síndrome.

Características diagnósticas

Los criterios operativos que deben cumplir los pacientes para un diagnóstico de **DGS** son:

Signos de Dismorfosis (cumpliendo criterios para trastornos delirantes crónicos del DSM-IV-TR).

Incapacidad para madurar y seguir el proceso de envejecimiento.

La utilización de por lo menos dos elementos modificadores médicos que ofrezcan modificaciones del estilo de vida como:

| |
|--|
| Restauradores de crecimiento de pelo (finasteride) |
| Antiobesidad (orlistat) |
| medicación contra la disfunción Eréctil (Sildenafil) |
| Elevadores del humor (Fluoxetina) |
| Dermatología cosmética (láser) |
| Cirugía estética (levantamiento de la cara, liposucción) |

Tabla 1.

Criterios de diagnóstico para el SDG

| |
|--|
| Preocupación excesiva con la apariencia exterior. |
| Defectos imaginarios o mínimos en la apariencia externa que causa perturbación y aislamiento social. |
| Junto con el cuidado excesivo acerca de la apariencia externa hay un deseo fuerte de conservar la juventud y de no envejecer (nadando contra la corriente de tiempo aludiendo al rechazo del proceso de envejecimiento). |

Tabla 2.

Complicaciones

Clínicamente, se observan a menudo episodios depresivos y las crisis suicidas en los pacientes con **DGS** son altamente frecuentes.

Tratamiento

Tratar el **DGS**, es de gran importancia y se debe establecer un clima de confianza en la relación médico paciente, para motivarlos se debe realizar psicoterapia intensiva (4).

Si una condición depresiva es evidente, el tratamiento recomendado es un inhibidor de recaptación de sero-

tonina selectivo (SSRI, como fluvoxamina o clorimipramina) solo o en combinación con el pimozide u otro antipsicótico atípico como el aripiprazol o la quetiapina.

La psicoterapia debe ser intensiva (si necesario se debe realizar institucionalmente con una alta frecuencia) los métodos cognoscitivo-conductuales se recomiendan como una alternativa al enfoque psicodinámico (5).

Bibliografía

1. Brosig B, 2000 Das Dorian-Gray-Syndrom. Haarwuchsmittel und andere "Jungbrunnen". Vortrag zum Thema "Life style-Drogen" der Sektion Klinische Pharmakologie an der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Bad Nauheim, 29.4.2000.
2. Colarusso CA, 1999 The development of time-sense in middle adult hood. *Psychoanal Q* 68: 52-83.
3. Cotterill JA, 1996 Body dysmorphic disorder. *Dermatol Clin* 14: 457-463.
4. Euler S, Brähler E, Brosig B., 2003: Das Dorian-Gray-Syndrom als „ethnische Störung“ der Spätmoderne. *Psychosozial* 26 :73-89.
5. Phillips KA, 2000 Body dysmorphic disorder: Diagnostic controversies and treatment challenges. *Bull Menninger Clin* 64: 18-35.

ENFERMEDAD DE FAHR:

REPORTE DE UN CASO

Diego Andrés Osorno Chica (*)
Leonardo Velasco (**)

Introducción

Algunos de los parkinsonismos secundarios son extremadamente comunes y con frecuencia son confundidos con la Enfermedad de Parkinson, mientras que algunos de ellos son extremadamente raros a tal punto que su reporte en la literatura es exótico dada la baja prevalencia e incidencia de los mismos, motivo por el cual el hallazgo de un caso de estos motiva a comunicarlo con la finalidad de sensibilizar a los colegas en su búsqueda y detección.

Descripción del caso

Paciente de 75 años de edad, de sexo femenino, procedente del municipio de Miranda, Cauca, que ingresa al servicio de urgencias del Hospital Universitario de la ciudad de Popayán, remitida de su localidad con un diagnóstico de Meningitis.

Al momento del ingreso 5 días de evolución de cuadro clínico consistente en cefalea global gravativa, tratada de manera empírica en casa sin mejoría y posteriormente por médico general de su pueblo de origen con analgésicos varios sin resultados positivos.

Asociado a lo anterior, la paciente tuvo disminución del estado de conciencia en su domicilio relacionada con episodios de agitación psicomotora junto a alucinaciones visuales y auditivas complejas y heteroagresividad; progresivamente la marcha se hace dificultosa razón por la cual la paciente permanece inmóvil en silla o en cama.

Más tarde aparece fiebre, escalofríos y la paciente manifiesta dolor abdominal hipogástrico junto a una orina fétida y colúrica con aumento de la frecuencia miccional asociada a incontinencia fecal y urinaria.

Nuevamente es llevada a institución de salud de nivel I donde realizan un uroanálisis encontrándose una infección urinaria para la cual inician terapia con gentamicina parenteral.

(*) Especialista en Medicina Interna y Geriátrica, Profesor Departamento de Medicina Interna de la F.C.S de la Universidad del Cauca, Popayán, Cauca, Colombia.

(**) Estudiante Internado Rotatorio F.C.S de la Universidad del Cauca

Recibido: Octubre 8 de 2006.

Aceptado para publicación: Octubre 13 de 2006.

Correspondencia: laura46@emtel.net.co

Progresivamente el estado neurológico se hace mucho más comprometido evidenciándose alteración del lenguaje (Disfasia) y mayor hipoactividad que motivan la remisión a nivel superior, donde al ingreso se encuentra en franco Delirium hipoactivo.

En la historia previa las hijas de la paciente refieren que desde aproximadamente 20 años han advertido ocasionalmente episodios que describen como desmayos con pérdida del conocimiento de corta duración (3-5 segundos), sin características epilépticas y de 5 a 8 años atrás habían aparecido cambios en el comportamiento prevaleciendo la agresividad y la impaciencia acompañadas de labilidad emocional y afectiva con llanto fácil y risas inmotivadas asociadas a comportamientos bizarros.

Igualmente la familia manifestó que la marcha progresivamente se hizo dificultosa en la paciente casi al mismo tiempo de la aparición de los síntomas comportamentales, siendo torpe y a pequeños pasos con caídas y casi caídas frecuentes además con dificultad para agarrar objetos con la mano y temblor epiléptico de las extremidades superiores.

En los últimos meses previos al ingreso la paciente ha mostrado importantes dificultades con la memoria episódica y de trabajo y han sido frecuentes los cuadros de alucinaciones predominantemente visuales.

El examen físico de ingreso mostró, como datos positivos, una paciente somnolienta, disártrica, confusa, desorientada, facies hipomímica y perpleja con franco parkinsonismo rígido simétrico y marcada sarcopenia con positividad para reflejos de liberación frontal. Se realizó el CAM, siendo positivo para Delirium (motivo por el cual no se realizó minimental). Al interrogar a la familia para obtener información con relación a las escalas de funcionalidad, se encontró una importante alteración en el puntaje de la escala de Lawton (previo a la hospitalización) y un Barthel previo de 70/100.

Los paraclínicos practicados en la hospitalización mostraron una infección urinaria (uroanálisis) y calcificación simétrica de los ganglios basales en la tomografía craneal simple (Figura 1). Otros exámenes realizados no mostraron otras alteraciones.

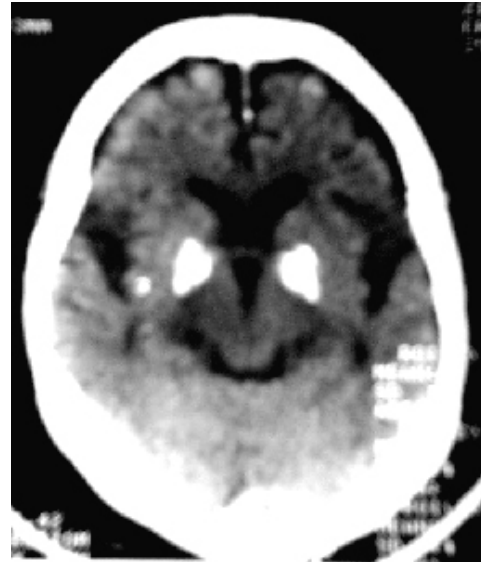


Figura 1.

Discusión del caso

La Enfermedad de Fahr es una causa poco frecuente de Parkinsonismo atípico con demencia. Es conocida también como calcinosis estriado pálido dentada o calcificación idiopática de los ganglios basales.

Se caracteriza por acumulación idiopática de depósitos de calcio a nivel de los ganglios basales, y clínicamente se manifiesta como una coreoatetosis con o sin demencia o un parkinsonismo rígido simétrico akinético con o sin demencia asociado a caídas y alteraciones de la sensopercepción (como en el caso de la paciente en cuestión). El deterioro clínico en la enfermedad es progresivo ocasionando severas dificultades en las habilidades motoras y relacionadas con la memoria procedimental, llevando a la inmovilidad y a complicaciones asociadas a ésta y a un compromiso del tracto óptico con amaurosis severa secundaria.

La mayoría de los casos de enfermedad de Fahr reportados tiene una agregación familiar con un patrón de herencia autosómico dominante y algunos casos menos frecuentes (posiblemente el de esta paciente) de manera esporádica. Algunos autores clasifican como enfermedad de Fahr de manera errónea la calcificación de los ganglios basales se cundaría a un hiperparatiroidismo y debe ser diferenciada de los depósitos ferruginosos que ocurren en la enfermedad de Hallervorden-Spatz.

El diagnóstico de la entidad se hace de manera fácil frente a una persona que se presenta a la consulta con un parkinsonismo atípico o una coreoatetosis con o sin demencia asociados a la evidente calcificación gangliobasal demostrada por imagenología. La demencia generalmente tiene un perfil subcortical a la cual con frecuencia se asocian trastornos sensorceptivos importantes y la presencia de afecto pseudobulbar como manifestación gangliobasal predominante.

Se ha considerado como una enfermedad degenerativa primaria sin tratamiento en la cual se ha identificado un gen asociado a la susceptibilidad de padecerla en el Cro 1, que se ha denominado: **IBGC-1**.

La paciente presentada en este artículo ingresó por un cuadro clínico altamente sugestivo de un Delirium hipoaditivo secundario a una infección de vías urinarias teniendo como factor predisponente a la enfermedad de Fahr que en este caso se asocia a demencia.

Desafortunadamente el tratamiento a ofrecer no sobrepasa el manejo del Delirium y los síntomas sensorceptivos previos con neurolépticos atípicos dado que la enfermedad al igual que los demás parkinsonismos atípicos, se asocia a una especial susceptibilidad a impregnación y reacciones adversas extrapiramidales generadas por drogas de generaciones tempranas.

Conclusión

La presencia de síntomas neurológicos en ancianos no necesariamente se debe correlacionar con neuroinfección dado que la neurodegeneración es un importante predisponente de Delirium y manifestaciones sensorceptivas variadas. El médico debe estar atento, sobre todo el especialista, a la detección de las manifestaciones parkinsonianas y las neurodegenerativas sin calificar las mismas como enfermedad de parkinson dado que las medicaciones utilizadas para dicha enfermedad pueden traer reacciones adversas en el caso de los parkinsonismos atípicos. El diagnóstico de entidades como la presentada en este trabajo, permite mostrar lo anteriormente expuesto y la optimización de la pericia de los colegas en relación al conocimiento de las enfermedades neurodegenerativas manifestadas con parkinsonismos atípicos.

Bibliografía

1. DeLong Mahlon R, Juncos Jorge L. Other Parkinsonian disorders. Harrison's Principles of internal medicine 16th Ed. McGraw Hill. 2005; 2413-2415.
2. Fahn Stanley. Parkinson's Disease and related disorders. Principles of geriatric medicine and gerontology. 5th ed. McGraw Hill. 2003; 1409-1419.
3. Osorno Chica D, Ocampo José M, Arango Victoria E. Síndromes Parkinson plus o parkinsonismos atípicos. Rev. Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr. Vol. 19 N 4/2005; 859-864.

DECLINACIÓN FUNCIONAL EN EL ANCIANO CON DELIRIUM

José Fernando Gómez M. (*)
Carmen Lucía Curcio B. (**)

Resumen

El delirium es un trastorno que con mucha frecuencia aparece en ancianos hospitalizados y que viven en la comunidad, el cual con mucha frecuencia se asocia a pobres resultados y malos desenlaces en las personas que lo padecen, afectando la calidad de vida, la funcionalidad a nivel instrumental y físico.

Palabras clave: Ancianos, Delirium, Funcionalidad.

Summary

Delirium is a very frequent disorder that affects hospitalized and ambulatory elderly people. At the same time delirium is related to a very poor outcome and affect the quality of life and function at instrumental and physical level.

Key words: Elderly, Delirium, Functionality.

Hace algunos años se pensaba erróneamente que el delirium tenía un buen pronóstico con recuperación completa hasta la normalidad, si el anciano sobrevivía a la causa que lo originó y además siempre de corta duración. Hoy en día la realidad es diferente: el delirium está relacionado con consecuencias adversas en pacientes ancianos tanto durante la hospitalización como después del egreso, generalmente entre un mes y dos años.

Las principales consecuencias son aumento de la mortalidad, estancia hospitalaria prolongada, mayor riesgo de desarrollar complicaciones intrahospitalarias, aumento de la institucionalización en hogares de ancianos, deterioro cognoscitivo posterior y declinación funcional, tanto en las Actividades Básicas Cotidianas en su área física (ABCF) como en el área instrumental (ABCI). Además en algunos ancianos puede persistir y ser la antesala de deterioro cognoscitivo (1).

Aunque el delirium está claramente asociado con pobre pronóstico, no se ha logrado identificar si contribuye en forma independiente al pobre pronóstico, o si es solamente un marcador para identificar pacientes con características basales de pobre pronóstico, como severidad de la enfermedad o comorbilidad, demencia, deterioro funcional o edad avanzada. Este artículo se centrará fundamentalmente en la declinación funcional posterior al desarrollo de un episodio de delirium (1).

(*) Profesores Facultad de Ciencias de la Salud Universidad de Caldas, Manizales, Colombia.

Recibido: Septiembre 18 de 2006.

Aceptado para publicación: Octubre 31 de 2006.

Correspondencia: Fercho7@telesat.com.co

Es probable que el aumento de la mortalidad en ancianos con delirium sea explicado por deterioros funcionales y cognoscitivos previos. Pero aun en ancianos sanos y con funcionamiento previo adecuado, el delirium es un predictor independiente para declinación de la capacidad funcional a los dos años. Además es claro que el delirium al momento del ingreso hospitalario en pacientes con fractura de cadera también es un predictor de pobre recuperación funcional al año, y se vio cómo a los tres meses de haber sido dados de alta, el delirium permanecía como un determinante pronóstico independiente para declinación funcional, institucionalización y muerte. En ancianos hospitalizados, tanto el delirium como la demencia, especialmente esta última, están asociados con deterioro del estado cognoscitivo y funcional al año después de la admisión, independiente de la comorbilidad presente o la severidad de la enfermedad que llevó a la hospitalización. Adicionalmente, el delirium en ancianos con demencia aumenta considerablemente la posibilidad de ser ingresados a un hogar de ancianos (2).

Los pocos estudios longitudinales controlados que han evaluado la declinación funcional asociada a delirium muestran que por encima del 80% de los pacientes (o ancianos) presentan una declinación posterior a la hospitalización, aunque estos estudios tienen algunos problemas: las muestras son pequeñas, los periodos de seguimiento muy cortos y la evaluación de un número limitado de consecuencias. Otra situación conflictiva es que variables como severidad de la enfermedad y comorbilidad no siempre son controladas, y además la capacidad funcional es evaluada de diversa manera, por ejemplo, algunos estudios toman la capacidad funcional previa al evento y otros al momento de la admisión. Es evidente que el delirium afecta la capacidad funcional durante la estancia hospitalaria, mientras que la demencia puede afectar la capacidad funcional previa. Sin embargo, existen situaciones claramente definidas como que el delirium contribuye a la presencia de consecuencias funcionales adversas a largo plazo y que estas persisten más allá de los episodios agudos (2).

Se debe partir de la base de que los pacientes con delirium están más agudamente enfermos y tienen mayor cantidad de comorbilidades, demencia y discapacidad funcional que otros, lo cual podría estar relacionado con las consecuencias nocivas presentadas. Los ancianos con delirium tienen de 2 a 3 veces mayor posibi-

lidad de consecuencias funcionales adversas y se presentan tanto en delirium hipoactivo como en el hiperactivo y en el mixto (3).

Respecto a las comorbilidades, el delirium multiplica sus efectos sistémicos, especialmente las enfermedades crónicas en ancianos a través de varias vías: el delirium dispara una cascada de eventos adversos que aumentan el riesgo de declinación funcional como restricción física o química, desacondicionamiento, caídas, cateterización urinaria, broncoaspiración, úlceras por presión, pobre nutrición, deterioro sensorial y malnutrición. Otra vía es el deterioro cognoscitivo que conlleva el delirium y origina mayores dificultades en los regímenes terapéuticos recomendados. Además, el delirium se resuelve lentamente y sus efectos persistentes son evidentes al momento de dar de alta a los pacientes. Los efectos deletéreos, probablemente, están relacionados con la duración, la severidad y la causa subyacente del delirium, así como con la vulnerabilidad del huésped. Sin embargo aún no es claro si el delirium origina daño neurológico permanente, el cual a su vez origina el deterioro de capacidad funcional en estos pacientes (4).

Se ha observado que la capacidad funcional, evaluada mediante la escala de Barthel, muestra un comportamiento similar al Mini Mental Test en los estudios prospectivos: los pacientes con demencia, con o sin delirium, tienen menores puntajes a los 2, 6 y 12 meses de seguimiento. Los mejores puntajes en el seguimiento se presentan en ancianos sin delirium ni demencia. Sin embargo, en cualquier anciano que haya tenido delirium y hubiere requerido hospitalización, se evidencia una disminución del ABCF en el año siguiente. Por lo regular a los 6 meses el anciano con delirium tiene dependencia en una o más actividades del ABCF que el no confuso, y persiste por más tiempo. Así, a los dos años de seguimiento el doble de los pacientes confusos con fractura de cadera, tiene mayor probabilidad de estar dependiente en el ABCF (4).

El ABC instrumental se afecta de igual manera después de un episodio de delirium, pero su disminución está más relacionada con la presencia de demencia concomitante que con el delirium. Una gran proporción de ancianos con fractura de cadera y delirium no regresa a su capacidad previa para deambular por las habitaciones y tiene mayor tendencia a ser institucionalizado. Además de la demencia, el delirium también

se ha visto con frecuencia asociado a anciano con fractura de cadera y depresión, especialmente la recuperación de la capacidad funcional se ve francamente deteriorada en presencia de depresión (5).

En cuanto a la persistencia del delirium más allá de 30 días, se sabe que contribuye de manera importante a consecuencias nocivas a largo plazo. Existe una fase transicional prolongada después del delirium en la cual se presentan anormalidades cognoscitivas, afectivas, conductuales y funcionales, y además son más frecuentes los episodios recurrentes de delirium. Algunos de sus síntomas, como la inatención, pueden persistir largo tiempo después de la resolución del delirium, situación que probablemente está relacionada con enfermedad física crónica, con síndrome de desajuste o con una homeostasis neurofisiológica retrasada, y puede tener alguna relación con el deterioro cognoscitivo y funcional observado en los estudios de seguimiento. Se ha observado que alrededor del 70% de los casos se complica con demencia en el seguimiento y que menos del 50% tiene total recuperación de su funcionamiento cognoscitivo. Los déficits cognoscitivos pueden perdurar por más de seis meses y es poco frecuente un funcionamiento cognoscitivo completo al año del seguimiento (6).

Otra hipótesis, sobre las consecuencias funcionales pobres en delirium, explica que durante el episodio se produce disfunción neuronal irreversible o muerte neuronal selectiva que explica los nuevos déficits cognoscitivos y funcionales; de hecho los pacientes con delirium muestran mayor atrofia y alteraciones estructurales en la tomografía computada computarizada. La excesiva activación de los receptores N-metilD-aspartato (NMDA) por glutamato endógeno causa degeneración excitotóxica neuronal en síndromes agudos del sistema nervioso central, como enfermedad cerebro vascular y trauma, lo que hace que las células neuronales sean propensas a delirium (7).

Una última hipótesis habla del delirium como enfermedad crónica, puesto que se constituye en un factor de riesgo para desarrollar demencia y ambas tienen componentes de metabolismo cerebral reducido, déficits en transmisión colinérgica e inflamación o trastornos en los sistemas neuronales que regulan la respuesta al estrés. Así, el mal pronóstico funcional y cognoscitivo después de un episodio de delirium sería la evolución natural de una enfermedad cerebral no reconocida (8).

Las consecuencias funcionales adversas a largo plazo, son más acentuadas cuando el paciente presenta delirium al ingreso que cuando lo desarrolla durante la hospitalización; podría ser que el delirium desarrollado durante la estancia en el hospital, especialmente posterior a la cirugía de fractura de cadera, tal vez la patología más frecuente en los estudios, sea una entidad diferente del delirium desarrollado antes del ingreso. El delirium presente al momento de la admisión tiene un impacto negativo en la capacidad funcional a los dos años posterior a una fractura de cadera, con impacto también en el funcionamiento cognoscitivo y afectivo, y una lenta recuperación y aumento de la probabilidad de dependencia en ABCF y ABCI (9).

Se ha insistido en las Unidades de Geriátrica dentro de los hospitales generales cómo la mejor forma de prevenir deterioro funcional relacionado con delirium, pero dados los altos costos de funcionamiento que tienen las unidades y el atender solamente a un pequeño grupo de ancianos, últimamente han tomado más fuerza los grupos de atención geriátrica, con una enfermera especializada y un geriatra, que realizan un tamizaje para detectar condiciones frecuentes en ancianos como delirium, úlceras por presión, incontinencia, caídas, inmovilidad y trastornos del sueño, y hacen recomendaciones específicas en cuidado gerontológico, para prevenir las complicaciones que conlleva la hospitalización de un anciano, especialmente el delirium. Aunque los reportes de una intervención de enfermería o multidisciplinaria dirigida a prevenir los factores que llevan a delirium no reduce la frecuencia de su aparición, sí tienen un efecto modesto en el estado funcional (10).

Es fundamental la implementación de medidas que permitan al menos su detección precoz y que lleven a minimizar el impacto de las complicaciones funcionales que se presentan en ancianos, especialmente los frágiles y los discapacitados. Además, se debe llevar a cabo un seguimiento que permita intervenciones más allá de la hospitalización, especialmente de colaboración y apoyo a los cuidadores ante posibles recaídas o ante la persistencia del delirium, haciendo énfasis en la recuperación y mantenimiento de la capacidad funcional del anciano (11).

Bibliografía

1. Inouye SK. Delirium in hospitalized older patients. Clin in Geriatr Med. 1998, 14; 2:745-764.

2. McCusker J, Cole M, Dendukuri N, Belzile E, Primeau F. Delirium in older medical inpatients and subsequent cognitive and functional status: a prospective study. *Can. Med. Assoc. J.* 2001; 165: 575-83.
3. Inouye SK, Rushing JT, Foreman MD y cols. Does delirium contribute to poor hospital outcomes? A three-site epidemiologic study. *J Gen Intern Med* 13: 234-242, 1998.
4. Francis J, Kappor WN. Prognosis after hospital discharge of older medical patients with delirium. *J Am Geriatr Soc* 40: 601-606, 1992
5. Murray AM, Levkoff SE, Wetle TT, & cols. Acute delirium and functional decline in the hospitalized elderly patients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 48: M181-186, 1993.
6. O'Keefe S, Lavan J. The prognostic significance of delirium in older hospital patients. *J Am Geriatr Soc* 45: 174, 1997.
7. Brannstrom B, Gustafson Y, Norberg A, & cols. ADL performance and dependency on nursing care in patients with hip fractures and acute confusion in a task allocation care system. *Scand J Caring* 5: 3-7, 1988.
8. Koponen H, Stenback U, Mattila E, y cols. Delirium among elderly persons admitted to a psychiatric hospital: clinical course during the acute stage and one-year-follow-up. *Acta Psychiatr Scan*, 79: 579, 1989.
9. Pompei P, Foreman M, Rudberg MA, Inouye SK, Braund V, Cassel CK. Delirium in hospitalized older persons: outcomes and predictors. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 809-15.
10. Rogers MP, Liang MH, Daltroy LH, & cols. Delirium after elective orthopedic surgery: risk factors and natural history. *Int J Psychiatr Med* 19: 109, 1989.
11. Rockwood K, Cosway S, Carver D, Jarrett P, Standyk K, Fisk J. The risk of dementia and death after delirium. *Age Ageing* 1999; 28:551-6.
12. Gustafson Y, Berggen D, Brannstrom B, & cols. Acute confusional states in elderly patients treated for femoral fracture. *J Am Geriatr Soc* 36: 525-530, 1988.

Espacio de publicidad

Espacio de publicidad

