



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

Vol. 23 No. 1 / enero - marzo de 2009

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



CONTENIDO

INDICACIONES A LOS AUTORES _____	V
EDITORIAL _____	VII
TRABAJOS ORIGINALES	
Consecuencias de las caídas en ancianos institucionalizados Guadalupe María Henao, Carmen Lucía Curcio Borrero, José Fernando Gómez Montes _____	1221
ARTÍCULO DE REFLEXIÓN	
Intereses y necesidades de las personas mayores en el municipio de chía 2008 Nidia Aristizábal Vallejo, Roberto Bernal Angarita, Personas mayores colaboradoras, Rosa Inés Castañeda, Efraín Velásquez, Gustavo Sandoval, Jorge Ayala, Alirio Rincón, Emilia de Naranjo, Juan Cristancho, Hernán Pescador y Pablo Ovalle. _____	1234
REVISIÓN DE TEMA	
Tratamiento de pacientes con Deterioro Cognitivo Leve y Demencia ligera a moderada Víctor Manuel Mérida Monahan MD, Maurits François Joseph Vandewoude MD, PhD _____	1240

Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria

Junta Directiva 2008 - 2010

Presidente: **Jorge Hernán López Ramírez**
Vicepresidente: **Diego Andrés Osorno Chica**
Secretario: **Juan Carlos Morales Ruiz**
Tesorero: **Marco Antonio García Ortiz**
Vocales: **Claudia Carrillo**
José Mauricio Ocampo Chaparro
Leonor Luna Torres
Nidia Aristizabal Vallejo



REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

Comité Editorial en Colombia

Diego Andrés Osorno Chica
Editor en Jefe
dosorno@javeriana.edu.co; daosorno@
husi.org.co

Diana Lucía Matallana Eslava

Patricia Montañés Ríos

Rafael P. Alarcón Velandia

Felipe Marulanda Mejía

Comité Científico en el exterior

Gustavo Adolfo Duque Naranjo

Luis Miguel Gutiérrez Robledo

Manuel Montero Odasso

Carlos Alfonso Reyes Ortiz

Clemente Zúñiga

Especialista en Medicina Interna y Geriatria.
Profesor Asistente, Pontificia Universidad Javeriana.

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

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 Psicogeriatria y Demencias
de la UTP.

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

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

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

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

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

Medico Internista y Geriatria. 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.



REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

Vol. 23 No. 1 / enero - marzo de 2009

INDICACIONES A LOS AUTORES

Tipos de textos

La Revista recibe los tipos de textos que aparecen a continuación, definidos por Colciencias:

Artículo de investigación científica y tecnológica.

Documento que presenta, de manera detallada, los resultados originales de proyectos terminados de investigación. La estructura generalmente utilizada contiene cuatro apartes importantes: introducción, metodología, resultados y conclusiones.

Artículo de reflexión. Documento que presenta resultados de investigación terminada desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, sobre un tema específico, recurriendo a fuentes originales.

Reporte de caso. Documento que presenta los resultados de un estudio sobre una situación particular con el fin de dar a conocer las experiencias técnicas y metodológicas consideradas en un caso específico. Incluye una revisión sistemática comentada de la literatura sobre casos análogos.

Revisión de tema. Documento resultado de la revisión crítica de la literatura sobre un tema en particular.

Documento de reflexión no derivado de investigación.

Reseña bibliográfica.

Carta al editor. Posiciones críticas, analíticas o interpretativas sobre los documentos publicados en la revista que, a juicio del Comité editorial, constituyen un aporte importante a la discusión del tema por parte de la comunidad científica de referencia.

Presentación del material

Los trabajos en español, inglés o portugués deben ser inéditos y suministrados exclusivamente a la Revista (en algunos casos podrán publicarse textos difundidos en otros medios). Los contenidos son responsabilidad total de los autores.

Deben venir acompañados de una comunicación firmada por los autores, incluyendo:

Institución de referencia de los autores y dirección de correspondencia.

Fuentes de financiación y patrocinio para el trabajo específico.

Declaración de posibles conflictos de intereses.

Fecha de la aprobación del Comité de Investigaciones y Ética institucional para los artículos de investigación.

Aceptación expresa de las Normas e Indicaciones a los Autores de la Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria.

Información acerca de publicaciones previas del documento y aprobación escrita de los editores para el nuevo sometimiento (cuando sea pertinente).

La Revista recibe artículos durante todo el año, remitidos al correo electrónico:

revistageriatria@acgg.org.co. Los autores guardarán copia de todo el material enviado. Para retirar un artículo se requiere de solicitud escrita a la Dirección / Edición.

Proceso de evaluación y aceptación

Acusado de inmediato su recibo mediante correo electrónico, cada contribución será considerada por el

Comité Editorial, que podrá rechazarla, devolverla para que se ajuste a las normas o aceptarla para el proceso de revisión anónima (se reserva el nombre de los examinadores y de los autores) realizada con base en criterios establecidos por dos evaluadores, quienes emiten concepto escrito.

En un plazo máximo de seis meses se informará a los autores acerca de los resultados del proceso de evaluación, solicitando modificaciones de ser necesarias. El Comité Editorial podrá, a su vez, efectuar ajustes de redacción y estilo para darle mayor precisión o coherencia al texto.

Aceptado el artículo, los derechos de impresión y reproducción en cualquier formato pasan a ser de la Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria. La publicación total o parcial en otro medio requiere la solicitud de los autores y la autorización escrita de la Revista.

Características y estructura de los documentos

Extensión. La extensión máxima para cada uno de los textos es la siguiente: Artículo de investigación científica y tecnológica: 25 páginas. Artículo de Reflexión: 20 páginas. Reporte de caso: 15 páginas. Revisión de tema: 20 páginas. Reseña bibliográfica: 2 páginas.

Se presentarán en espacio y medio en arial 12 (esto incluye referencias), con márgenes (laterales, superiores e inferiores) de mínimo 2,5 cm. en todas las páginas que deben estar enumeradas.

Identificación. Incluir título; nombres, grados académicos e inscripción institucional de los autores y una dirección para correspondencia (ésta será publicada); agradecimientos; fuentes de financiación y patrocinio (subvenciones, equipos, medicamentos, otros) en los casos en que aplique; declaración de posibles conflictos de intereses; información (lugar, fecha y modalidad) de exposiciones parciales o publicaciones previas del documento.

Resumen. En español e inglés, de no más de 250 palabras; en el caso de investigaciones se debe enunciar los objetivos, los referentes, los procedimientos básicos, los hallazgos principales y las conclusiones, de acuerdo con las particularidades del enfoque y del diseño utilizado.

Palabras clave. Máximo 6.

Desarrollo. El texto de los artículos en temas de investigación debe contener los problemas contemplados, una exposición conceptual, métodos, aspectos éticos, resultados y discusión, estructurados de acuerdo con el enfoque y diseño. Anotar, en el caso de las investigaciones, su aprobación por el comité institucional correspondiente y la manera como estuvo ceñida a las normas éticas internacionales (Declaración de Helsinki de 1975) y nacionales (para Colombia: Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud y otras pertinentes de acuerdo con el campo del conocimiento y la modalidad investigativa). Cuando sea del caso, es imprescindible guardar la confidencialidad y el anonimato excluyendo cualquier dato que permita la identificación de los sujetos participantes. La utilización de registros y fotografías requiere de consentimiento firmado.

Tablas, cuadros y figuras. Las tablas y cuadros se denominarán tablas y deben llevar numeración arábiga 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 la parte inferior. Los originales de las fotografías deben enviarse en archivos aparte y tener la nitidez y contraste necesarios para su publicación.

Citas y referencias. Se remiten a los Sistemas “Normas de Vancouver 2003” o “Harvard-APA” de citas y referencias bibliográficas, que pueden ser consultados en diversos sitios de la red virtual o en su versión impresa.

Información para prescribir o pauta

pauta congreso geriatría.

EDITORIAL

A partir de la presente, con entusiasmo, agradecimientos por la confianza, y algo de temor por no poder corresponder a la misma, hemos asumido la responsabilidad de editar la Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátrica, con la firme intención de continuar sus avances y de lograr en el menor tiempo posible su indexación dentro de la categoría más elevada. Para esto nos basaremos en la tradición de su estabilidad y reconocimiento, en los esfuerzos ya realizados según lo señalaba el doctor Diego Osorno en el Editorial pasado, al igual que en el papel primordial que cumple la Revista en un área del conocimiento con escasas publicaciones en el país e incluso en América Latina.

Los propósitos anunciados suponen una serie de cambios dirigidos a cumplir los criterios que exige Colciencias, entre otros en la estructura de la Revista, la composición de los Comités, la vinculación de árbitros o pares especializados para evaluar los artículos, por ende en las Indicaciones a los Autores, las cuales recomendamos leer de manera cuidadosa pues éstas se pondrán en práctica a partir del número próximo.

De igual forma, las transformaciones se traducen en formato y diagramación nuevos, en la apertura de otros espacios que permitan incluir contribuciones diversas y en un esfuerzo por ampliar el ámbito de difusión, enfatizando en los países latinoamericanos, también en España.

Aunque pareciera una frase obligada afirmar que el éxito de esta empresa y de la Revista depende de todos, en este caso es absolutamente auténtica; por tanto invitamos a cada uno a disponer sus posibilidades para cumplir en conjunto con este compromiso.

Cecilia de Santacruz
Carlos Alberto Cano

Editores

Aviso Pauta

CONSECUENCIAS DE LAS CAÍDAS EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS

Guadalupe María Henao^(*), Carmen Lucía Curcio Borrero, José Fernando Gómez Montes^(**)

RESUMEN

Objetivo: establecer la presencia, condiciones y consecuencias de las caídas en los ancianos institucionalizados en los servicios de cuidado de larga estancia del Hospital Geriátrico San Isidro (HGSI) en Manizales. **Materiales y métodos:** estudio longitudinal, prospectivo. De los 204 ancianos institucionalizados en cuidados de larga estancia, 83 (40.6%) presentaron al menos 1 caída durante 1 año de seguimiento. **Resultados:** el promedio fue $1,78 \pm 1,2$ caídas. Uno de cada tres era mayor de 80 años, el tiempo promedio de institucionalización era 13 años y el 30,1% había caído en el último año. Los diagnósticos más frecuentes fueron: retraso mental, síndrome de inmovilidad, hipertensión arterial, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, demencia y secuelas de Enfermedad Cerebro Vascular. El 62,7% tenía polifarmacia y solamente 47% era independiente en Actividades de la Vida Diaria, con un promedio de velocidad de la marcha de $0,25 \pm 0,23$ m/seg. El 66,3% requiere ayuda para el desplazamiento. Respecto a las características de las caídas, el 54,2% de ellas ocurrió en la alcoba y en el baño, y el deslizamiento fue el principal mecanismo de caída, (44,5%); las actividades que se realizaban eran mientras deambulaban, sentados o en los traslados cama/silla. El 42% presentó caídas recurrentes. Dentro de las consecuencias, el 55,5% tuvo caídas con lesión, de las cuales 56% eran lesiones menores. El temor a caer se evidenció en 39,8%. **Conclusión:** las características y consecuencias de las caídas evidenciadas en este estudio son similares a las reportadas en la literatura, su problemática va más allá de la alta incidencia, las condiciones medioambientales desfavorables y modificables se hacen evidentes, lo que permite determinar las estrategias para su intervención.

Palabras clave: caídas, cuidado crónico, anciano institucionalizado.

SUMMARY

Falls among 204 hospitalized long-term care residents 83 (40.6%) fallers were examined to identify characteristics, circumstances and consequences of falling. The mean of falls were $1,78 \pm 1,2$, increasing the percentage over the age of 80 and 30.1% had positive fall history. The diagnoses more frequent were mental retardation, immobility, hypertension, COPD, dementia and stroke. Only 47% was independent in Activities of Daily Living, and 62.7% reported polipharmacia. Respect about circumstances of falling 54.2% was in bedroom or bathroom, and slippery was the mean mechanism of falling; the majority of falls occurred while the residents were walking or standing.

^(*)Enfermera, magíster en gerontología, envejecimiento y vejez, docente Programa de Enfermería Facultad de Ciencias para la Salud. Universidad de Caldas.

^(**)Grupo de Investigación en Gerontología y Geriatria. Facultad de Ciencias para la Salud. Universidad de Caldas.

Correspondencia: gmheano@une.net.co

AVISO PAUTA

Recurrent falls occur in 42%. Respect consequences, 55.5% were injury falls and half of them report minor lesions; fear of falling as consequence was reported in 39.8%. In conclusion, the characteristics and circumstances of falling in long term care residents are similar of previously reported. The results raise important aspects for regarding to prevent falls on long-term care facilities.

Key words: falls, long-term care, elderly, falling circumstances.

INTRODUCCION

La literatura ha reportado una incidencia variable de las caídas en hogares de ancianos (1, 2). Se ha documentado que hasta el 63% de los ancianos institucionalizados en servicios de cuidado crónico ha sufrido al menos una caída en el último año (3). Por ello las caídas en los hogares de ancianos se consideran como un problema de salud pública (4) y como un problema social que predispone al deterioro físico (5,6), psicológico (7) y cognoscitivo de los ancianos institucionalizados, y produce un impacto negativo sobre la calidad de vida (5,8), la cual, a su vez, se ve afectada por la presencia de problemas de salud subyacentes en el anciano que cae (9). También se ha documentado que los residentes en hogares de ancianos tienden a ser más viejos y frágiles que los ancianos de la comunidad (10) y presentan mayor deterioro cognoscitivo (10,11), más limitaciones en la realización de sus actividades básicas cotidianas (ABC) y pueden padecer enfermedades crónicas que ocasionan alteraciones en la marcha (12,13), lo cual predispone a sufrir caídas.

Numerosos estudios relacionados con caídas en ancianos institucionalizados se han realizado a nivel mundial (2, 5, 10, 12-26). No obstante en Colombia los estudios sobre caídas en ancianos son pocos (27-29), por lo que es necesario realizar estudios que permitan conocer las características de la población institucionalizada que se cae y las condiciones y consecuencias que tienen las caídas en las instituciones que brindan cuidado crónico, con el fin de implementar intervenciones encaminadas a prevenir y disminuir factores de riesgo específicos y lograr una reducción en la frecuencia de caídas y de las lesiones relacionadas con ellas (20).

Con este estudio se pretende dar respuesta a la

siguiente pregunta: ¿Cuáles son las características sociodemográficas, clínicas y funcionales de los ancianos institucionalizados que presentan caídas y cuáles son las condiciones y las consecuencias inmediatas de las caídas en los servicios de cuidado crónico del Hospital Geriátrico San Isidro (HGSI) durante el período comprendido entre el 1 de junio del 2006 y el 31 de mayo del 2007?

Materiales y métodos

El presente estudio es longitudinal y prospectivo. La población total estuvo conformada por 204 ancianos institucionalizados, de los cuales se estudiaron 83 que presentaron caídas durante el tiempo de ejecución del estudio (1 de junio de 2006 hasta 31 de mayo de 2007), en el HGSI ubicado en el área rural del municipio de Manizales, (Eje Cafetero en Colombia).

Se diseñó un instrumento para registrar la información y se hizo una prueba piloto; una vez ajustado, el diligenciamiento se realizó en las 24 horas siguientes a la notificación de la caída y fue aplicado a todos los pacientes que presentaron caídas y que cumplían con los criterios de inclusión del estudio: tener más de 60 años y estar institucionalizado en uno de los servicios de cuidado crónico durante el tiempo de ejecución del estudio. El instrumento se aplicó cada vez que se presentó una caída, incluyendo las caídas recurrentes.

Los datos sociodemográficos fueron tomados de la historia clínica del paciente en el momento de recolectar la información.

La descripción de las condiciones clínicas de los pacientes se llevó a cabo con el registro de los diagnósticos médicos que estaban consignados en la historia clínica en el momento de la caída. La clasificación de los diagnósticos se hizo teniendo en cuenta la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10). También se registró la cantidad de medicamentos que el paciente estaba recibiendo al momento de caer (30).

Para la valoración de la agudeza visual se utilizó la escala de Snellen (31), el autorreporte del paciente sobre las dificultades para ver y la observación directa en algunos pacientes, que por su condición mental, no tenían la capacidad de responder a la prueba o de hacer autorreporte. También se registró el uso o no de anteojos. La historia de caídas en el año anterior fue tomada de los

registros de la historia clínica.

Los datos de la capacidad funcional física y mental previa a la caída fueron obtenidos de la historia clínica, proveniente de las valoraciones sistematizadas regulares que se hacen a los ancianos institucionalizados, teniendo en cuenta que la fecha de actualización no fuera mayor a seis meses. Para la evaluación de la capacidad funcional se tuvo en cuenta el índice de Barthel (32), el cual evalúa 10 Actividades Básicas Cotidianas (ABC) para un total de 100 puntos. El nivel de independencia en estas actividades se clasificó de la siguiente forma: ≥ 85 independiente, entre 60 y 80 dependencia leve, de 40 a 55 dependencia moderada, de 20 a 30 dependencia grave y menor de 20 dependencia total.

La evaluación de las Medidas de Evaluación Basadas en la Ejecución (MEBE), se realizó con la versión utilizada por el Grupo de Investigaciones en Gerontología y Geriátrica de la Universidad de Caldas, en la Clínica de Inestabilidad, Vértigo y Caídas (CIVC), como se explica a continuación:

La escala de Tinetti para medir el balance evalúa doce maniobras, a cada una de las cuales se le asigna un valor de 2 puntos cuando es Normal, 1 Regular y 0 Anormal. El máximo puntaje es 24 puntos (32). Para el análisis, los puntos de corte fueron dicotomizados, el mejor cuartil de ejecución como normal, con 19 puntos o más versus los otros tres cuartiles considerados como anormales menores de 19 puntos (33, 34).

La escala de Tinetti para la valoración de la marcha evalúa nueve ítems; cada uno se califica con 1 si es normal y 0 si es anormal. Se consideran como normales aquellos que obtuvieron una puntuación de 9 en el total de la escala (32, 33).

Para evaluar la velocidad de la marcha se le solicitó al anciano que recorriera un trayecto de 6 metros a un paso normal. Se registra el tiempo y el número de pasos dado. Se anotó cuando la marcha se suspendió y se registró la causa de la suspensión. El uso de ayudas para la marcha se evaluó por medio de la observación. El punto de corte de referencia para ancianos institucionalizados fue de 0,42 m/seg. (32-33).

La evaluación de la fuerza de agarre se llevó a cabo con un dinamómetro marca Takei modelo Smedley Hand Dynamometer III. Éste mide la fuerza de agarre en kilogramos / fuerza (Kg. /F), con el anciano en posición

de pie, con el brazo extendido adherido al cuerpo y el hombro en neutro. El dinamómetro se adapta a la longitud de la mano dominante, de manera que forma un ángulo de 90° en la segunda falange. A los ancianos se les da la orden de ejercer la máxima fuerza posible en el dinamómetro. Los puntos de corte fueron ≥ 16 normal y ≤ 15 anormal, de acuerdo con el percentil 25 de ejecución de los datos normativos para la población de Manizales (36).

Para valorar la función cognoscitiva se aplicó el Mini Mental test de Folstein, cuyo puntaje máximo es 30 puntos. Los ancianos se clasificaron en tres categorías: sin deterioro entre 24 y 30 puntos, deterioro moderado entre 18 y 23 puntos y deterioro severo entre 0 y 17 puntos (32, 34).

Para evaluar la depresión se utilizó la versión corta de la escala de Yesavage o Escala de Depresión Geriátrica, validada en español (38). Se clasificó de la siguiente manera: de 0 a 5 normal, de 6 a 10 depresión subsindromal y > 11 depresión severa (34).

Se evaluó la presencia de caídas. Una caída fue definida como el efecto de llegar a permanecer en forma no intencionada en la tierra, el piso u otro nivel más bajo. Excluye caer contra el mobiliario, las paredes u otras estructuras (32). También se registró la presencia de caídas recurrentes definidas como la presencia de dos o más caídas en un año (32), registradas en el tiempo de estudio. Se identificaron como características de las caídas: el sitio, la causa, actividad que se desarrollaba en el momento de caer, la necesidad de ayuda para levantarse y el tiempo de permanencia en el piso. La información fue suministrada por el personal de enfermería, personal que labora en la institución en cualquier cargo, bien sea asistencial, administrativo u operativo que pudo detectar e informar de la caída, el mismo paciente y otros pacientes.

Las lesiones físicas a consecuencia de una caída se clasificaron de acuerdo con el tipo y el sitio anatómico; se registraron directamente al momento de valorar el paciente. Además se utilizó una pregunta abierta para identificar otras consecuencias posteriores a la caída.

Análisis estadístico

Para las variables cuantitativas se utilizaron estadísticas descriptivas: promedio, desviación estándar (\pm),

valores mínimo y máximo, el rango y los percentiles 25, 50 y 75. Las variables cualitativas se describieron en frecuencias absolutas y relativas. Para establecer las asociaciones entre variables se utilizó la prueba χ^2 y se aceptó como significativa una $p < 0,05$. Para el análisis de los datos se utilizó el SPSS 12.0 en español.

Resultados

Del total de ancianos institucionalizados ($n=204$), ochenta y tres (40,6%) presentaron al menos una caída durante el período de estudio. El promedio de caídas fue de $1,78 \pm 1,2$ con un rango entre 1 y 8 caídas. De los ancianos que cayeron ($n=83$), 42% ($n=35$) presentó caídas recurrentes. En la tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de la población estudiada. Uno de cada tres ancianos que caía era muy viejo (mayor de 80 años) y las mujeres se cayeron con mayor frecuencia. La gran mayoría de la población estudiada presenta una escolaridad muy baja, 89% tenía menos de 5 años de educación formal. El promedio de tiempo de institucionalización fue de 13 años, con un mínimo de 0,3 años y un máximo de 66 años.

En la tabla 2 se presenta la distribución de los diagnósticos médicos registrados en las historias clínicas de los ancianos que cayeron. Los más frecuentes fueron: retardo mental, síndrome de inmovilidad, Hipertensión Arterial (HTA), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), demencia, secuelas de Enfermedad Cerebro Vascular (ECV), sordomudez y ceguera. En el momento de la caída 4,8% ($n=4$) de los ancianos no estaba recibiendo fármacos y el 62,7% ($n=52$) recibía 4 o más medicamentos.

El nivel de independencia según el índice de Barthel registrado en la historia clínica fue el siguiente: independientes 47% ($n=39$), con dependencia leve 20,5% ($n=16$), con dependencia moderada y grave 11,8% ($n=9$) y dependencia total 15,7% ($n=16$).

La marcha no pudo ser evaluada en 33,7% de los ancianos que cayeron ($n=28$) y la velocidad de la marcha no fue evaluable en 38,5% ($n=32$). El promedio de velocidad de la marcha fue de $0,25 \pm 0,23$ m/seg. Según la escala de Tinetti, el balance fue anormal en 78,4% ($n=18$) y la marcha fue anormal en 59% ($n=49$). La mayoría de los ancianos que cayeron utilizaba ayudas para el desplazamiento 66,3% ($n=35$). La más utilizada

fue la silla de ruedas (36,1%), seguida del bastón en 14,5%; el resto corresponde a caminador y muletas.

El promedio de fuerza de agarre de los ancianos que cayeron fue $12,3 \pm 6,9$ Kg/f, con un rango entre 2 Kg/f y 29,5Kg/f en 38,5% ($n=32$). El resto de la población no pudo ser evaluada debido a alteraciones cognoscitivas o a condiciones de inmovilidad, que no permitieron la realización de la prueba.

El Minimental Test de Folstein y la escala de Yesavage fueron aplicados solamente al 29% de los ancianos ($n=24$); los demás no fueron evaluados bien por deterioro cognoscitivo, por privación neurosensorial o por presencia de secuelas neurológicas. Por esta razón estos aspectos no se tuvieron en cuenta para el análisis.

De acuerdo con la historia clínica, 30,1% ($n=25$) de los pacientes estudiados había presentado una caída en el último año. Durante el tiempo de ejecución del estudio se presentaron 143 caídas en 83 personas; en la tabla 3 se presentan las características generales de las caídas. Más de la mitad de las caídas (54,2%) ocurrió en la habitación del paciente (alcoba y baño), seguida por las áreas comunes de los servicios. El deslizamiento fue identificado como el principal mecanismo que propició la caída, seguido de empujón o choque con otro. Con respecto a las actividades que se realizaban al momento de caer, una tercera parte se encontraba caminando, seguido de permanecer en silla o durante traslados silla-cama-silla. En el 12,5% de los pacientes no se logró identificar la actividad al momento de caer y en el 15,7% no se logró establecer una causa precisa. El 71% ($n=59$) de las caídas fue reportado por el personal auxiliar de enfermería, 14,4% ($n=12$), por enfermera o cuidadora, 6,02% ($n=5$) por otro paciente y el resto por otra persona.

El 86,7% ($n=72$) de los que cayeron necesitó ayuda para levantarse; el tiempo de permanencia en el piso osciló entre 3 y 300 segundos con un promedio de 36,8 seg. y mediana 15 seg; en 9,6% ($n=8$) de los casos no fue posible medirlo.

Consecuencias inmediatas de las caídas

En la tabla 4 se muestra la distribución porcentual de lesiones como consecuencia de una caída; del total de caídas, 55,5% ($n=46$) fueron caídas con lesión. En 56%

(n=26) de los casos, se identificaron lesiones menores y en 44% (n=20) lesiones mayores, especialmente trauma craneoencefálico (TEC). En 10% (n=5) se presentó fractura, lo que hizo necesario remitir al paciente a hospital de mayor complejidad. Ninguna de las caídas produjo la muerte como efecto inmediato. Según el sitio anatómico de la lesión, la distribución fue 25,3% (n=21) en cabeza y cuello, 20,5% (n=17) en extremidades inferiores y 9,6% (n=8) en extremidades superiores.

Otra consecuencia registrada al momento de caer fue el dolor reportado por el 16,8% (n=14) de los ancianos. En el registro de las consecuencias psicológicas referidas o identificadas en el paciente al momento de la caída se destacaron el temor a caer en 39,8% (n=33), angustia 37,3% (n=37,3); ira, llanto, risa, y agresividad en 12% (n=10) y 10,8% (n=9) no refirió ninguna consecuencia psicológica.

Discusión

Este estudio permitió hacer una aproximación a las características, circunstancias y consecuencias de caídas en hogares de ancianos. Las caídas en unidades de cuidado crónico son un problema común; la prevalencia de 40,7% de ancianos que presentó al menos una caída es similar a la de otros estudios, en los que se ha documentado que entre el 30% y el 63% de los ancianos que se encuentran institucionalizados, ha sufrido al menos una caída en el último año (3, 19 - 21).

El promedio de caídas en este estudio fue de 1,78 similar al informado por otros autores como Rubenstein y cols. (10), pero inferior al de los estudios de Gryfe (1), Lord (3) y Jensen (6). Probablemente la heterogeneidad de las condiciones de las instituciones, de las características de las poblaciones estudiadas y la diversidad en los sistemas de reporte de las caídas expliquen parcialmente estas diferencias. No obstante, el hallazgo de la mitad de ancianos con caídas recurrentes es consistente con lo reportado en la literatura, y corrobora la apreciación que dice que cuando un anciano institucionalizado cae una vez, tiene mayor probabilidad de volver a caer (43, 44).

No se encontraron diferencias en caídas en cuanto a género, como ha sido referido previamente en esta población (23). El hallazgo de que 75,9% de la población que presentó caídas fuera mayor de

70 años, coincide con los hallazgos de Rubenstein y cols. (42), quienes encontraron que las caídas tienden a aumentar con la edad. En este estudio no se encontró mayor número de caídas en ancianos con menor tiempo de institucionalización, contrario a lo reportado por Gross y cols. (16) quienes encontraron mayor número de caídas en las primeras semanas de institucionalización; es probable que esta situación se explique por el proceso de estricta vigilancia que se realiza a los ancianos a su ingreso a la institución, hasta lograr su adaptación dentro del servicio.

En este estudio se encontró una alta prevalencia de enfermedades crónicas y discapacitantes que diversos autores han asociado con caídas. Por lo regular, las caídas son más frecuentes en ancianos con enfermedades que alteran los sistemas neurológico, cardiovascular, musculoesquelético (26, 45), los órganos de los sentidos y la función mental (19), especialmente patologías como enfermedad cerebrovascular (25, 28, 29), epilepsia, enfermedad de Parkinson (46, 47), hipertensión arterial (9), inmovilidad, alteraciones en la visión y la audición (34), demencia (48) retardo mental y abandono social (36, 38). La gran proporción de ancianos con retardo mental, condición en la que se documenta una alta prevalencia de alteraciones de la marcha y el equilibrio, podría explicar la frecuencia y la recurrencia de las caídas. De otro lado, el abandono social, entendido como la ausencia total de redes de apoyo primarias, llevan al anciano a la institucionalización, que en sí misma se convierte en un factor predisponente para sufrir caídas, dadas las condiciones descritas anteriormente.

La presencia de comorbilidad y polifarmacia encontrada en la población estudiada, se puede considerar como una característica de los ancianos institucionalizados que caen y concuerda con la asociación directa encontrada previamente por investigadores como Granek y col. (15) Robbins y col. (49) y Myers y col. (50).

En este estudio, alrededor de la mitad de los ancianos que caen tenía dificultades previas para ejecutar sus ABC y presentó trastornos en la marcha; una quinta parte reflejó alteraciones del equilibrio, poca fuerza de agarre y baja velocidad de la marcha. Previamente se ha referido que el deterioro de la capacidad funcional, aumenta al doble la posibilidad de caer (51, 52), y que los problemas del equilibrio y de la marcha la triplican

(46, 47). La disminución en la fuerza de agarre y la disminución en la velocidad de la marcha indicarían la presencia de fragilidad, relacionada previamente con caídas (53). Más de la mitad de los ancianos que cayeron utilizaba algún tipo de ayuda para el desplazamiento, silla de ruedas, caminador o bastón, que como se ha visto previamente eleva en 2,6 veces el riesgo de caer (54).

En lo referente a las circunstancias de las caídas, en cuanto al sitio, en este estudio más de la mitad de ellas se produjo en la alcoba y en el baño, y se corrobora lo encontrado por Ashley y col. en 1977 (25) y Berry y col. en 1981 (14), quienes obtuvieron hallazgos similares. Una probable explicación puede ser dada por las alteraciones en la capacidad funcional que presentan los ancianos que caen, lo que puede llevarlos a permanecer mayor tiempo en su alcoba, donde la frecuencia de deambulación entre el sanitario y la cama se puede aumentar y a su vez, se puede acompañar de otros factores no evaluados en este estudio, como deficiente iluminación en la noche, ausencia de barandas, y presencia de pisos mojados o con inadecuadas condiciones (2,10). El hallazgo de caminar como la actividad que se desarrollaba con mayor frecuencia al momento de la caída, es similar a lo reportado por Ashley en 1977, quien encontró que 44% de las caídas se asocia con esta actividad (25). Una posible explicación puede ser que los pacientes con mayor funcionalidad e independencia para la marcha tienen mayor oportunidad para desplazarse y a la vez es probable que enfrenten mayores riesgos de caer. Con respecto a la relación entre caídas y traslados cama - silla - cama encontrada en este estudio, Ashley en 1977 y Jensen en el 2002, reportaron datos similares (3, 25). Esto podría ser explicado por la poca fuerza muscular y alteraciones en el equilibrio que no permiten que el anciano pueda sostener la posición bípeda el tiempo suficiente para realizar el traslado, sumado a lo cual está la dificultad que pueda presentar el anciano para expresar sus necesidades de ayuda.

En algunos casos, la falta de identificación de la causa de la caída y de la actividad al momento de caer encontrados en este estudio, fueron similares a los hallazgos de Berry y col. en 1981. En la investigación realizada con 2.177 ancianos institucionalizados, se encontró que en 18% de la población, las circunstancias de las caídas no se identificaron (14), coincidiendo esto

con los pacientes que fueron encontrados en el piso y en quienes tampoco fue posible registrar otros aspectos relacionados con la caída, posiblemente debido al deterioro cognoscitivo que se logró documentar.

En este estudio los datos sobre quien reporta la caída fueron importantes porque le permitieron a la institución cualificar al personal en los diferentes modelos de atención al anciano; no obstante, a este respecto no se encontró información en la literatura revisada.

El hallazgo de que casi 90% de los ancianos que cayeron requirió ayuda para levantarse, está acorde con lo reportado por Nevitt y col. en 1991, quienes además evidenciaron que la incapacidad para incorporarse después de una caída es una situación muy estresante y conlleva un mayor riesgo en caídas con lesión (43). En este estudio los ancianos que requieren ayuda para incorporarse son los que tienen mayor deterioro en ABC. Esto coincide con los hallazgos de King y col. en 1995, quienes sugirieron que las patologías de base que presentan los ancianos que caen no permiten la reacción del individuo (55). Curcio, en 2000, refiere que la dificultad para incorporarse se favorece notablemente por la restricción de la actividad y la movilidad (56); Oliver en 2001 lo relaciona con los niveles de discapacidad (57). Estas tres condiciones patológicas de base, restricción de la movilidad y niveles de discapacidad, forman un círculo de difícil intervención que favorece la vulnerabilidad y la discapacidad en el anciano que cae.

En este estudio, se registró un tiempo promedio de permanencia en el piso de 36,8 segundos y una mediana de 15 segundos. Autores como Nevitt y col. en 1991, reportaron que entre 25% y 50% de los ancianos que caen no se incorporan inmediatamente, 14% puede permanecer en el piso más de 5 minutos y 3% más de 20 minutos (43). Alrededor de la mitad de los ancianos que caen requiere ayuda para incorporarse y 10% debe permanecer en el piso al menos una hora antes de que aparezca la ayuda (43); esta situación puede relacionarse con las condiciones de discapacidad y deterioro cognoscitivo del anciano que cae y que le disminuyen la posibilidad de incorporarse o pedir ayuda.

En el presente estudio se encontró que las lesiones más frecuentes producidas por las caídas fueron similares

a las de otros estudios realizados previamente (24, 58, 59). Las fracturas se presentan entre 2% y 6% de los ancianos que se caen, y entre ellas, las de la cadera se observan entre 0,2% y 1,5% (24, 59). Este tipo de fractura es más común en las mujeres y se convierte en la lesión más grave debido a la lenta recuperación y a la posibilidad de aumentar las complicaciones. Otra de las lesiones relevantes tanto por su proporción como por las consecuencias para el anciano fue el TEC. Las condiciones de dependencia documentadas podrían contribuir a la pobre o nula capacidad de respuesta para defenderse del trauma lo que predispone a las lesiones descritas que generan la demanda de mayores niveles de complejidad en la atención e incrementan los costos tanto para el paciente como para la institución, lo que se pudo evidenciar con el porcentaje de remisiones.

De otra parte, se logró identificar el dolor como una de las consecuencias de caídas; algunos estudios han reportado la asociación entre el dolor y las fracturas (60, 61); ambos, dolor y caídas, afectan a los ancianos residentes en instituciones de cuidado crónico; sin embargo, ha sido difícil establecer si el dolor es causa o consecuencia de una caída (62).

El temor a caer como consecuencia más común en los ancianos que caen presentó una frecuencia similar a lo reportado en la literatura. También se ha documentado que éste trae como consecuencia la disminución de la actividad física y social de los ancianos (63).

En conclusión, las características y circunstancias de las caídas en ancianos institucionalizados en cuidados de larga duración permiten hacer un inventario de situaciones y factores de riesgo que deben tenerse en cuenta al momento de establecer un programa de prevención de caídas en hogares de ancianos.

BIBLIOGRAFÍA

- Gryfe CI, Amies A, Ashley MJ. A longitudinal study of falls in an elderly population: I. Incidence and morbidity. *Age Ageing* 1977;6 (4):201-10.
- Rhymes J, Jaeger R. Falls. Prevention and management in the institutional setting. *Clin Geriatr Med* 1988; 4(3): 613-22.
- Jensen J, Lundin-Olsson L, Nyberg L, Gustafson Y. Falls among frail older people in residential care. *Scand J Public Health* 2002; 30:54-61.
- Hill K, Vransidis F, Fearn M, Smith R, Muray K, Sims J. An analysis of research on preventing falls and falls injury in the older people: Community, residential care and hospitals setting's (2004 update). Report to the Australian Government. Australia: Department of Health and Aging, Injury Prevention Section by the National Aging Research Institute; 2004 February.
- Kron M, Loy S, Sturm E, Nikolaus T, Becker C. Risk Indicators for fall in Institutionalized Frail Elderly. *American Journal of Epidemiology* 2003; 158(7):645-653.
- Lord S, Sherrington C, Menz HB. Falls in the older people risk factor and strategies of prevention: Press Syndicate of the University of Cambridge; 2001.
- Bloem BR, Steijns JA, Smits-Engelsman BC. An update on falls. *Curr Opin Neurol* 2003; 16(1):15-26.
- Oliver D, Daly F, Martin F, McMurdo ME. Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a Systematic review. *Age Ageing* 2004;33 (2):122-130.
- Nnodim JA, Alexander NB. Assessing falls in older adults: A comprehensive fall evaluation to reduce fall risk in older adults. *Geriatrics* 2005; 60 (10):24-28.
- Rubenstein LZ, Josephson KR, Robbins AS. Falls in the nursing home. *Ann Intern Med* 1994; 121(6):442-51.
- Aisen PS, Davis KL, Berg JD, Schafer K, Campbell K, Thomas RG, et al. A randomized controlled trial of prednisone in Alzheimer's disease. Alzheimer's Disease Cooperative Study. *Neurology* 2000; 54(3):588-93.
- Bedsine R, Rubenstein LZR, Kane LS. Medical Care of the Nursing Home Resident. Philadelphia: American College of Physicians; 1996.
- Ejaz FK, Jones JA, Rose MS. Falls among nursing home residents: an examination of incident reports before and after restraint reduction programs. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42(9):960-4.
- Berry G, Fisher R, Lang S. Detrimental incidents, including falls, in an elderly institutional population. *J Am Geriatr Soc* 1981; 29:322-324.

15. Granek E, Baker SP, Abbey H, Robinson E, Myers AH, Samkoff JS, et al. Medications and diagnoses in relation to falls in a long-term care facility. *J Am Geriatr Soc* 1987; 35(6):503-11.
16. Gross YT, Shimamoto Y, Rose CL, Frank B. Why do they fall? Monitoring risk factors in nursing homes. *J Gerontol Nurs* 1990; 16(6):20-5.
17. Gostynski M. [Prevalence, circumstances and consequences of falls in institutionalized elderly; a pilot study]. *Soz Praventivmed* 1991;36 (6):341-5.
18. Rubenstein LZ, Josephson KR, Osterweil D. Falls and fall prevention in the nursing home. *Clin Geriatr Med* 1996; 12(4):881-902.
19. Tinetti ME, Williams CS. Falls, injuries due to falls, and the risk of admission to a nursing home. *N Engl J Med* 1997; 337(18):1279-84.
20. Gálvez R, Padilla F, Bueno A, Peinado C, Espigares M. Frecuencia, características y consecuencias de las caídas en una cohorte de ancianos institucionalizados. *Atención Primaria* 1998; 21(7):437 - 445.
21. Díaz D, Barrera A, Pacheco A. Incidencia de las caídas en el adulto mayor institucionalizado. *Rev Cubana Enfermer.* 1999; 15(1):34-38.
22. Fleming S, Blake H, Gladman J, Lymberly M, Dewey M, McClough H, et al. A randomised controlled trial of a care home rehabilitation service to reduce long-term institutionalization for elderly people. *Age and Ageing* 2004; 33(4):384-390.
23. Nurmi I, Luthje M, Kataja J. Long-term survival after falls among the elderly in institutional care. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2004; 38(1):1-10.
24. Vu MQ, Weintraub N, Rubenstein LZ. Falls in the nursing home: are they preventable? *J Am Med Dir Assoc* 2006; 7(3 Suppl):S53-8, 52.
25. Ashley MJ, Gryfe CI, Amies A. A longitudinal study of falls in an elderly population II. Some circumstances of falling. *Age Ageing* 1977;6 (4):211-20.
26. Aizen E, Shugaev I, Ruben L. Risk factors and characteristics of falls during inpatient rehabilitation of elderly patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2007; 44:1-12.
27. Curcio C, Gómez J, Martínez A. Caídas en ancianos: un problema en aumento. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria.* 1998; XII (2):64 - 82.
28. Romero CUM. Factores de riesgo para que la población mayor institucionalizada presente caídas. *Rev. Cienc. Salud.* 2004; 2(2):91-110.
29. Curcio C, Gómez JF. Factores predictores de temor a caer. *Rev. Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr.* 2006; 20:959-70.
30. Ocampo CJM. Aspectos farmacológicos y reacciones adversas medicamentosas. Cap. 22. In: López R. J. H CGCA, Gómez M. J. F, editor. *Fundamentos de Medicina. Geriatria.* Medellín: CIB; 2006. p. 128 - 131.
31. Sue S. Test distance vision using a Snellen chart. *Community Eye Health* 2007; 20(63):52.
32. Gómez J, Curcio C. Valoración integral de la salud del anciano. Manizales: Gráficas Tizan; 2002.
33. Curcio C, Gómez J, Galeano I. Validez y reproducibilidad de las medidas basadas en la ejecución. *Rev Esp de Geriatr Gerontol* 2000(35):82-8.
34. Gómez J. Instrumentos de Utilidad en geriatría. In: López JH. Cano C, Gómez J, editor. *Fundamentos de Medicina. Geriatria.* Medellín: CIB; 2006. p. 634-635.
35. Tinetti M. Performance-oriented assessment of mobility problems in the elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1986; 34:119-126.
36. Curcio C, Gómez M JF. Fuerza de Agarre de los Adultos Mayores de los Centros Día del Municipio de Manizales. *Rev. Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr.* 2005; 19 (4):849-858.
37. Tombaugh TM, McIntyre NJ. The Mini-Mental state examination: a comprehensive review. *Am Geriatr Soc* 1992; 40:922-935.
38. Santos Vilella F, Rodríguez J, Martínez M. Determinación de las propiedades psicométricas de la Escala de Depresión Geriátrica (Yesavage & Brink, 1983), en una muestra de ancianos puertorriqueños. *Bol Asoc Med P R* 2000; 92(1-3):39-44.

39. Yardley L, Smith H. A prospective study of the relationship between feared consequences of falling and avoidance of activity in community-living older people. *Gerontologist* 2002; 42(1):17-23.
40. Bandura A. Self-efficacy. The exercise of control. New York: W.H. Freeman and company; 1997.
41. Tinetti ME, Richman D, Powell L. Falls efficacy as a measure of fear of falling. *J Gerontol* 1990; 45(6):P239-43.
42. Rubenstein L, Josephson K. The epidemiology of falls and syncope. *Clin Geriatr Med* 2002; 18:141-158.
43. Nevitt MC, Cummings SR, Hudes ES. Risk factors for injurious falls: a prospective study. *J Gerontol* 1991;46(5):M164-70.
44. Nickens H. Intrinsic factors in falling among the elderly. *Arch Intern Med* 1985(145):1089-1093.
45. Curcio C, Gómez JF, García A. Caídas y capacidad funcional entre ancianos que realizan y no realizan ejercicio. *Colombia Médica* 1998; 29(4):125-128.
46. Bloem BR, Hausdorff JM, Visser JE, Giladi N. Falls and freezing of gait in Parkinson's disease: a review of two interconnected, episodic phenomena. *Mov Disord* 2004; 19(8):871-84.
47. Grimbergen YA, Munneke M, Bloem BR. Falls in Parkinson's disease. *Curr Opin Neurol* 2004; 17(4):405-15.
48. Tinetti ME, Williams TF, Mayewski R. Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities. *Am J Med* 1986;80(3):429-34.
49. Robbins AS, Rubenstein LZ, Josephson KR, Schulman BL, Osterweil D, Fine G. Predictors of falls among elderly people. Results of two population-based studies. *Arch Intern Med* 1989; 149(7):1628-33.
50. Myers AH, Baker SP, Van Natta ML, Abbey H, Robinson EG. Risk factors associated with falls and injuries among elderly institutionalized persons. *Am J Epidemiol* 1991; 133 (11): 1179-90.
51. Aisen ML, Iverson D, Schwalbe C, Weaver B, Aisen PS. Falls on a neurorehabilitation unit: reassessment of a prevention program. *J Am Paraplegia Soc* 1994; 17(4):179-82.
52. Lars N, Gustafson Y. Patient Falls in Stroke Rehabilitation A Challenge to Rehabilitation Strategies. *Stroke* 1995(26):838-842.
53. Speechley M, Tinetti M. Falls and injuries in frail and vigorous community elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39(1):46-52.
54. American Geriatrics Society A, Society BG, Orthopedic AA. Panel on Falls in Older Persons' Guidelines for the Prevention of falls in older persons. *JAGS* 2001; 49:664-672.
55. King MB, Tinetti ME. Falls in community-dwelling older persons. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43(10):1146-54.
56. Curcio C. Clínica de inestabilidad, vértigo y caídas en ancianos. *Rev Asoc Col Gerontol Geriatr* 2000; 14:133-134.
57. Oliver M. Consecuencias médicas de las caídas. In: Lázaro del N M, editor. *Evaluación del anciano con caídas a repetición*. 2 ed. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2001. p. 39-61.
58. Baker SP, Harvey AH. Fall injuries in the elderly. *Clin Geriatr Med* 1985; 1(3):501-12.
59. Lord S. Falls in the elderly, admissions, bed use, outcome and projections. *Medical Journal of Australia* 1990; 153(2):117-118.
60. Barragan-Berlanga AJ, Mejia-Arango S, Gutierrez-Robledo LM. Pain in the elderly: prevalence and associated factors. *Salud Publica Mex* 2007; 49 Suppl 4:S488-94.
61. Levenson S, Kimyagarov S. Frequency and reasons for falling among residents of the geriatric center. *Harefuah* 2007; 146(8):589-93, 647.
62. Blyth FM, Cumming R, Mitchell P, Wang JJ. Pain and falls in older people. *Eur J Pain* 2007; 11(5):564-71.
63. Tinetti ME. Prevention of falls and fall injuries in elderly persons: a research agenda. *Prev Med* 1994; 23(5):756-62.

**Tabla 1. Características sociodemográficas de los ancianos que cayeron
(n=83)**

Edad en años		
Promedio	75,84	
Desviación estándar	8,59	
Grupos de edad	n	%
60-69	20	24,1
70-79	32	38,6
> de 80	31	37,3
Sexo		
	n	%
Mujeres	48	57,8
Hombres	35	42,2
Escolaridad		
Años promedio	1,49±2,8	
Nivel educativo	n	%
Ninguna	55	66,2
Primaria Incompleta	19	22,8
Primaria Completa	5	6
Secundaria Incompleta o superior	4	4,8
Servicio		
	n	%
Psicogeriatría	20	24
Larga Estancia	36	43,3
Centro de bienestar al Anciano	27	32,5
Tiempo de Institucionalización		
Rango	0,3-66 años	
Promedio	12,9±15,0	
Percentil 50	4 años	

Tabla 1. Características sociodemográficas de los ancianos que cayeron
(n=83)

PATOLOGÍAS POR SISTEMA		Hombre		Mujer		Total	
		n	%	n	%	n	%
NEUROLÓGICO	Demencia	2		3		6	25,0
	Secuelas de ECV	4		3		10	41,7
	Polineuropatía			1		1	4,2
	Epilepsia	1		2		3	12,5
	Enfermedad de Parkinson	3				3	12,5
	Deprivación neurosensorial					1	4,2
Subtotal		10	11,0	10	7,8	24	100,0
CARDIOVASCULAR	Hipertensión Arterial	16		20		36	80,0
	Insuficiencia Cardíaca Congestiva	2		3		5	11,1
	Insuficiencia vascular	1		1		2	4,4
	Enfermedad vascular periférica	1				1	2,2
	Bradycardia sinusal			1		1	10,0
Subtotal		20	22,0	25	19,4	45	100,0
PULMONAR	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	6	6,6	4	3,1	10	100,0
Subtotal		6	6,6	4	3,1	10	100,0
MÚSCULO ESQUELÉTICO	Amputación Miembro Inferior Izquierdo	2				2	9,1
	Amputación Miembro Inferior Derecho	1				1	4,5
	Amputación Miembro Superior Izquierdo	1				1	4,5
	Secuelas de trauma			1		1	4,5
	Síndrome de inmovilidad	6		5		11	50,0
	Secuelas de fractura de cadera	2		2		4	18,2
	Osteoartrosis			2		2	9,1
Subtotal		12	13,2	10	7,8	22	100,0
ENDOCRINO	Hipotiroidismo			1		1	12,5
	Diabetes mellitus 2	1		3		4	50,0
	Osteoporosis	1		1		2	25,0
	Obesidad	1				1	12,5
Subtotal		3	3,3	5	3,9	8	100,0
GASTROINTESTINAL	Gastritis crónica	2		3		5	55,6
	Hernia hiatal	1				1	11,1
	Incontinencia fecal			1		1	11,1
	Gastrectomía parcial	1				1	11,1
	Enfermedad ácidopeptica			1		1	11,1
Subtotal		4	4,4	5	3,9	9	100,0

GENITOURINARIO	Incontinencia urinaria			1		1	33,3
	Hipertrofia prostática benigna	2				2	66,7
Subtotal		2	2,2	1	0,8	3	100,0
Órganos de los sentidos							
OJOS	Cataratas	1		1		2	11,8
	Cegara	3		3		6	35,3
	Pterigio	1		1		1	5,9
OIDOS	Sordera			1		1	5,9
	Hipoacusia			2		2	11,8
	Sordomudo			6		6	35,3
Subtotal		5	5,5	13	10,1	17	100,0
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	Trastorno afectivo bipolar (TAB)	1		2		3	7,1
	Retraso mental	7		21		28	66,7
	Esquizofrenia	2		5		7	16,7
	Psicosis	1		2		3	7,1
	Hipomanía			1		1	2,4
Subtotal		11	12,1	31	24,0	42	100,0
OTROS	Tabaquismo	1				1	2,4
	Abandono social	13		19		32	76,2
	Caso social	1				1	2,4
	Agobio para el manejo	2		1		3	7,1
	Desnutrición	1		1		1	2,4
	Masa intra abdominal			1		1	2,4
	Síndrome anémico			1		1	2,4
	Úlceras por presión			1		1	2,4
Subtotal		18	19,8	25	19,4	42	100,0
Total		91	41,0	129	58,1	222	99,1

Adaptado de Clasificación Internacional de Enfermedades 10^o (CIE 10^o REVISIÓN)

AVISO PAUTA

Tabla 3. Características de las caídas en los ancianos institucionalizados

CONDICIONES Y CARACTERÍSTICAS	CAÍDAS	
	n	%
Lugar de Caída		
Alcoba	29	34,9
Áreas comunes del servicio	27	32,5
Baño	16	19,3
Fuera del servicio	11	13,3
Causa de la caída		
Se deslizó	37	44,5
Empujón	17	20,4
Se tropezó	9	10,8
Se mareó y se cayó	7	8,4
No se logró identificar	13	15,7
Actividad al momento de caer		
Al caminar	32	38,5
Sentado en silla	19	22,8
Traslado cama silla cama	12	15,4
De pie	5	6,0
En el inodoro	4	4,8
No se logró identificar	11	12,5

Tabla 4. Distribución porcentual de las lesiones físicas como consecuencia de una caída

Lesiones encontradas en la primera caída		
	n	%
Ninguna	37	44,5
Trauma de Tejidos Blandos	12	14,4
Laceración	5	6
Herida	7	8,4
Luxación	1	1,2
TEC	15	18
Fractura	5	6
Total	83	100
Otra	1	1,2

AVISO PAUTA

INTERESES Y NECESIDADES DE LAS PERSONAS MAYORES EN EL MUNICIPIO DE CHIÍA 2008

Nidia Aristizábal Vallejo, Roberto Bernal Angarita(*), Personas mayores colaboradoras(**)

“El envejecimiento es un proceso que nos involucra a todos y cada uno de los seres humanos; el incremento de la esperanza de vida ha sido uno de los mayores logros de la humanidad, pero la posibilidad de vivir por más tiempo, tiene que convertirse en vivir con calidad, autonomía, independencia y satisfacción” (5). El envejecimiento de la población es una realidad: cada día se incrementa la población de 60 y más años tanto en términos absolutos como relativos.

“La vejez, como parte del ciclo vital, debe convertirse en una etapa llena de posibilidades individuales y sociales. Los mayores deben transformarse en actores o protagonistas, participando activa y decididamente en todas las esferas que los involucran. No es necesario crear guetos o subculturas de mayores, se deben ofrecer las mismas oportunidades y reconocer las enriquecedoras diferencias, así como la experiencia y sus aportes; hay que desmitificar la vejez” (5).

Tradicionalmente las personas mayores en Colombia fueron pasivas, receptoras de dádivas privadas y estatales, fieles representantes del paternalismo y el asistencialismo; una de las premisas era trabajar por el anciano.

En la década de los años 90 se inicia un cambio que lógicamente genera resistencias, y es la participación activa de las personas; se promueven diversos mecanismos y la propuesta es diferente; de ser objeto **se cambia a ser actor y protagonista**, a expresar sus inquietudes, necesidades, intereses, y a tomar decisiones sobre las acciones y eventos que los involucran, que afectan el relacionamiento y posición en la sociedad, así como su calidad de vida, por mencionar algunas características (22).

En el municipio de Chía la participación de las personas mayores se inicia a finales de la década del 90. Se han superado los obstáculos y algunos altibajos dados por la organización misma de las personas, por el liderazgo y por la poca o nula participación de los entes gubernamentales y sociales. Las personas mayores han tenido que evidenciar que siguen activas biopsicosocialmente, que piensan y que son parte de la sociedad y del estado.

“El discurso dominante sobre la vejez es en realidad un discurso social biologizado que tiende a naturalizar la vejez para mejor olvidar o negar su naturaleza sociopolítica... Los viejos animan tanto la memoria como la conciencia colectiva sin las cuales ninguna sociedad puede subsistir” (26). “Las formas de envejecer son tan variadas como las condiciones en que se envejece y en las que se vivió” (8).

De acuerdo con el DANE en el censo de 2005, la población total de Chía era de 97.444 habitantes; los mayores

(*) Rosa Inés Castañeda, Efraín Velásquez, Gustavo Sandoval, Jorge Ayala, Alirio Rincón, Emilia de Naranjo, Juan Cristancho, Hernán Pescador y Pablo Ovalle.

Correspondencia: a147830@usal.es, berantercero@yahoo.es

de 60 y más años eran 7.916 (8.12%) y el grupo entre 50 a 59 años eran 7.941 (8.14%); estas cifras evidencian la transición demográfica que se está presentando en el municipio. Hay que mencionar que el 90% de las personas de más de 60 años se encuentran entre los estratos cero y tres del Sisben, únicamente el 10% pertenecen a los estratos cuatro, cinco y seis.

En ejercicio del derecho constitucional a participar en las decisiones que les afecten (Artículo 2 de la Constitución Política de Colombia, 1991) y con el propósito de hacer visible la presencia de las Personas Mayores en el municipio de Chía, un grupo de este sector poblacional tomó la iniciativa de convocar a las personas mayores para que opinaran y expusieran sus necesidades e intereses, a la vez que recibían capacitación en la elaboración de Planes de Desarrollo, mecanismos de participación y trabajos grupales. Se revisaron los diferentes acuerdos emitidos por el Concejo Municipal de Chía relacionados con el envejecimiento y la vejez (1, 2, 3 y 4).

Para desarrollar la investigación se conformó un grupo con las 181 personas mayores que constituyeron el Comité Impulsor o motivador, con quienes se realizó la convocatoria y se llevaron a cabo las actividades

correspondientes como por ejemplo: diligenciar la encuesta, conformación de los grupos de salud, vivienda, educación, deportes, recreación y cultura, y los diferentes talleres; se realizaron cinco sesiones y como un primer fruto del trabajo desarrollado con las personas mayores se logró la vinculación de la Subsecretaría del Medio Ambiente y Desarrollo Agropecuario de la Alcaldía, cuyos representantes participaron exponiendo los temas a impartir en el Curso sobre Agricultura Urbana y Huertas Comunitarias, el cual se inició en abril de 2008 y se culminó en junio.

Resultados

La encuesta fue diligenciada por 135 personas mayores y representantes de organizaciones que trabajan con y para el adulto mayor, de los cuales eran 20 hombres y 115 mujeres; el 28.1% es analfabeta, el 55.6% tiene primaria, el 30.4% bachillerato y el 20.7% universidad.

A continuación se presentarán los resultados de las necesidades e intereses expresados en los talleres y en la encuesta que se cumplimentó, en dicho instrumento se podían marcar una o varias alternativas de las que se proponían en cada pregunta.

Tabla 1. Intereses y necesidades de las personas mayores de Chía

CAMPO O FACTOR	INTERESES Y NECESIDADES	PROPORCIÓN RESPUESTAS
EDUCACIÓN	Capacitación en: Actividades productivas Uso del tiempo libre Derechos y deberes	60.7% 48.9% 41.5%
SALUD	Programas de prevención y promoción Mejoramiento de la atención en salud	64.4% 80.7%
ALIMENTACIÓN	Programas de mejoramiento nutricional Huertas comunitarias y caseras	77.8% 66.7%

SEGURIDAD SOCIAL	Programas para la reinserción social Formación para el ejercicio de derechos y deberes Programas para la prevención de la discapacidad Programas convivencia	61.5% 67.4% 65.9% 77%
EMPLEO	Programas productivos para mayores Programas de autogestión Programas familiares Programas solidarios	83.7% 45.9% 65.2% 59.3%
VIVIENDA	Programas de vivienda para personas y sus familias Programas de mejoramiento y educación	75.6% 69.6%
VÍAS Y ESPACIO PÚBLICO	Recuperación de áreas para la gente Rampas/ ascensores en los edificios y espacios públicos Señalización clara y visible en las vías publicas Parques recreacionales adecuados para personas mayores	71.9% 67.4% 74.8% 74.1%
TRANSPORTE	Servicio público adecuado para personas mayores	91.1%
MEDIO AMBIENTE	Programas de promoción y defensa del medio ambiente Programas de manejo adecuado de residuos sólidos y reciclaje	75.6% 68.1%
COMUNICACIONES	Sistema eficiente de comunicación e información Boletines, periódicos Programas radiales y de televisión Organización de encuentros, foros y seminarios	56.3% 64.4% 60.7% 71.9%
DEPORTE, RECREACIÓN, TURISMO Y CULTURA	Deportes Recreación Cultura Turismo Tradiciones	60.7% 60% 59.8% 66.7% 54.1%

VESTUARIO Y EQUIPAMIENTO	Programas para mejoramiento de la higiene personal y del hogar	75.6%
	Programas de mejoramiento de equipamiento doméstico	57.8%
ENERGÍA	Programas para uso adecuado y ahorro de combustible y energía	68.9%
	Programas para uso de energías alternativas	53.3%
ACTIVIDADES INTERGENERACIONALES	Ayuda para tareas académicas	43.7%
	Visitas a jardines escolares	54.1%
	Charlas e intercambios en colegios	41.5%
	Actividades familiares	61.5%
TIEMPO QUE ESTARÍA DISPUESTO A APORTAR	Mañana	30.4%
	Tarde	48.9%
DISPOSICIÓN SERVICIO DE VOLUNTARIADO	Si	55.6%
	No	14.1%

Conclusiones

1. El que el municipio de Chía tenga una población adulta mayor de 60 años, superior al 8% exige llamar la atención de los estamentos públicos y privados, ya que ello significa que es un grupo poblacional determinante en el desarrollo; sus características específicas deben ser atendidas adecuadamente ya que el 90% de los mayores se encuentra en niveles inferiores del SISBEN pero con la plenitud de sus derechos ciudadanos.

2. Es importante destacar que el grupo de adultos entre 50 y 59 años es del 8.1%, lo cual significa que en menos de 5 años, la población de personas mayores de 60 y más años será del 16%; actualmente los planes y programas públicos y privados los mantienen al margen; en algunas ocasiones se les tiene en cuenta para programas del uso del tiempo libre.

3. Las carencias manifestadas por las Personas

Mayores reflejadas en los altos porcentajes sobre sus necesidades, ponen de manifiesto que se deben implementar programas permanentes de forma concertada y coordinada entre las entidades responsables, las personas mayores y las demás organizaciones que permitan asegurar su continuidad.

4. Es sentida la necesidad imperiosa de poner en funcionamiento el Comité Gerontológico municipal pues es quien debe orientar y coordinar todas las acciones en beneficio de las Personas Mayores y de la población envejeciente.

5. Por tal razón se propone el Plan Gerontológico Municipal cuyo contenido se espera sea incluido en su totalidad como parte integral del Plan de Desarrollo Municipal 2008 – 2011.

Bibliografía

Acuerdos municipales de chía

1. Acuerdo 32 de 2000. Por medio del cual se crea el Comité Gerontológico Municipal de Chía, se adiciona al artículo 1, numeral 1, literal E del Acuerdo N° 2 de 1999 y se le asignan funciones.
2. Acuerdo 08 de 2004. Por medio del cual se modifican los artículos 4° y 6° del Acuerdo número 32 de 2000, por el cual se creó el Comité Gerontológico Municipal de Chía y se dictaron otras disposiciones.
3. Acuerdo 20 de 2003. Por medio del cual se crea el Fondo Gerontológico Municipal, se crea la Estampilla pro Centro de Bienestar del Anciano, Institución y Centro de Vida para la Tercera Edad en el municipio de Chía, Cundinamarca y se dictan otras disposiciones.
4. Acuerdo 02 de 2004. Por medio del cual se modifica el Acuerdo 20 de 2003.
5. Aristizábal-Vallejo NL (2007). Estudio histórico comparado de la formación gerontológica en Psicología: Colombia y España. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca.
6. Aristizábal-Vallejo NL (2004): Imagen Social de las Personas Mayores en Estudiantes Jóvenes. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Salamanca (Trabajo de grado).
7. Aristizábal-Vallejo NL (2001). La Psicogerontología: un desafío para el siglo XXI. Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología. V. 1 No. 1. Facultad de Psicología Universidad El Bosque. Bogotá, D.C.
8. Álvarez-Uría F (2000). Los viejos y el futuro de la inseguridad social. Archipiélago, 44.
9. Bazo MT (1990). La Sociedad Anciana. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, CIS 113.
10. Constitución Política Colombiana (1991).
11. Dane (2005) Censo de población. Disponible en <http://www.dane.gov.co>.
12. Ley 1276 (5 de enero de 2009). "A través de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida". Diario Oficial. año cxliv. n. 47223. 5, enero, 2009. pag. 9.
13. Ley 1171 DE 2007 (7 de diciembre). Por medio de la cual se establecen unos beneficios a las Personas Adultas Mayores.
14. Ley 860 (diciembre 26). Por la cual se reforman algunas disposiciones del Sistema General de Pensiones previsto en la Ley 100 de 1993 y se dictan otras disposiciones.
15. Ley 789 de 2002. Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo.
16. Ley 729 de 2001 (diciembre 31). Por medio de la cual se crean los Centros de Acondicionamiento y Preparación Física en Colombia.
17. Ley 700 de 2001 (noviembre 7). Por medio de la cual se dictan medidas tendientes a mejorar las condiciones de vida de los pensionados y se dictan otras disposiciones.
18. Ley 687 de 2001 (agosto 15). Por medio de la cual se modifica la Ley 48 de 1986, que autoriza la emisión de una estampilla pro-dotación y funcionamiento de los Centros de Bienestar del Anciano, instituciones y centros de vida para la tercera edad, se establece su destinación y se dictan otras disposiciones.
19. Ley 300 de 1996 (julio 26). Por la cual se expide la Ley General de Turismo y se dictan otras disposiciones.
20. Ley 271 de 1996 (marzo 7). Por la cual se establece el Día Nacional de las Personas de la Tercera Edad y del Pensionado.
21. Ley 181 de 1995 (Enero 18). Por la cual se dictan disposiciones para el fomento del deporte, la recreación, el aprovechamiento del tiempo libre y la Educación Física y se crea el Sistema Nacional del Deporte.
22. Naciones Unidas ONU (1991). Resolución 46/91. Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad.
23. Naciones Unidas ONU (2002). Plan de acción

internacional de envejecimiento. Madrid.

24. Naciones Unidas ONU (2002a). Hechos y cifras. Madrid. Segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento.

25. Naciones Unidas ONU (2002b). Envejecimiento y desarrollo. Madrid. Segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento.

26. Noriega J (2000). La vejez divino tesoro. *Archipiélago*, 44.

27. PROYECTO PLAN DE DESARROLLO CHÍA 2008 –2011 presentado por la Alcaldía al Concejo Municipal.

TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE Y DEMENCIA LIGERA A MODERADA

Víctor Manuel Mérida Monahan MD, Maurits François Joseph Vandewoude MD, PhD.(*)

RESUMEN

Se calcula que la prevalencia de Alzheimer va a ser el doble en el año 2050, por lo que es primordial establecer un tratamiento beneficioso para esta enfermedad tan compleja. Tratamientos aprobados con inhibidores de acetilcolinesterasa y/o memantina presentan cierto alivio sintomático debido a que alteran los sistemas colinérgico y glutamático neurotransmisores. Otros tratamientos como estatinas, vitamina E, extractos de Ginkgo biloba, terapia cognitiva y terapias psicológicas también han sido sujetos a investigaciones clínicas. Debido a la cantidad limitada de medicinas contra la demencia aprobadas actualmente, es muy importante que los médicos utilicen las opciones de la manera más eficiente y, cuando esté indicado, combinar los tratamientos para poder brindarle los beneficios máximos al paciente. Debido a que el cuidado médico de los pacientes con demencia es multifacético y absorbe mucho tiempo, los médicos deberían considerar visitar al paciente varias veces durante un período de tiempo determinado en vez de abarcar demasiado en una sola visita. Médicos generales y especialistas deben tener a su disposición los instrumentos necesarios para poder atender a los pacientes con demencia de manera profesional y humana.

1 INTRODUCCIÓN

Los estudios de prevalencia realizados en los últimos años coinciden en señalar que el aumento progresivo de las demencias corre paralelo con el incremento de la edad. Las demencias degenerativas primarias suelen ser las de mayor prevalencia en la mayoría de los estudios y de ellas la enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente, correspondiendo a cifras entre el 50 y el 65% del total de las demencias (1, 2).

En todos los estudios, la prevalencia se multiplica consistentemente cada 5 años después de los 65 años (2). Las cifras están comprendidas en un rango de 1% entre los 50 y los 65 años, de 4,6% a 15,8% en mayores de 65 años y de 29,8% a 50% entre los mayores de 85 años de edad; tiende a disminuir después de los 90 años (3).

Actualmente se calcula que hay casi 24 millones de personas que padecen de demencia en el mundo. Cada año se presentan 4,6 millones de nuevos casos (4).

En Bélgica, aproximadamente 200.000 personas y en Colombia entre 150.000 y 200.000 personas sufren de demencia, siendo Alzheimer la más común (5, 6).

Debido al aumento de la expectativa de vida en todo el mundo, la demencia se está convirtiendo en un serio

(*) Centro Universitario de Geriátría (Universidad de Amberes), Hospital ZNA St Elisabeth, Leopoldstraat 26 2000 Amberes

Belgica, Correspondencia: Centro Universitario de Geriatria, Hospital ZNA St Elisabeth, Leopoldstraat 26 2000 Amberes Belgica

Correspondencia: Victor.merida@zna.be, vmmermo@hotmail.com, maurits.vandewoude@zna.be, maurits.vandewoude@ua.ac.be

problema de salud pública. Los médicos generales son los encargados de proporcionar los cuidados médicos requeridos, pero muchos médicos se sienten muy poco capacitados para diagnosticar y tratar la demencia (7). Además, en una práctica muy ocupada, encontrar el tiempo y la energía para proporcionar los cuidados necesarios a los pacientes con demencia representa un gran esfuerzo.

En la mayoría de los países latinoamericanos, los médicos generales creen que los trastornos de la memoria se asocian con el proceso de envejecimiento, por eso no realizan estudios y los pacientes llegan tarde a los centros especializados. Los estudios epidemiológicos son escasos y son pocos los países que cuentan con ellos. En la mayoría de los países los problemas económicos determinan serias dificultades para que los pacientes puedan acceder a toda la batería de exámenes complementarios necesarios para el diagnóstico de los deterioros cognitivos y establecer el tratamiento medicamentoso y no medicamentoso (8).

2 Deterioro Cognitivo Leve

Utilizando los criterios establecidos para diagnosticar demencia, la mayoría de los médicos tienen certeza para establecer el diagnóstico de Alzheimer y otros tipos de demencia (9). Se vuelve problemático cuando los pacientes no tienen demencia pero tampoco son "normales". De hecho, el término "normal" en personas mayores es controversial. Aunque muchas personas mayores observan cambios sutiles en el funcionamiento de la memoria y otras áreas cognitivas, la mayoría siente que la memoria y el funcionamiento doméstico diario son similares a los de personas de la misma edad. Muchos expertos catalogan esto como "envejecimiento cognitivo".

Deterioro Cognitivo Leve (mas conocido por sus siglas en inglés, MCI por Mild Cognitive Impairment) es el término utilizado más frecuentemente para caracterizar la frontera entre normalidad y demencia. Dicho término clínico es aplicado a personas mayores con trastornos de la memoria a corto y a largo plazo, pero que no tienen problemas en el funcionamiento diario. Los criterios iniciales para Deterioro Cognitivo Leve requieren un reporte subjetivo del deterioro de las funciones cognitivas, que ocurren de manera gradual y es persistente por lo menos durante un período de 6 meses. Dicho reporte subjetivo es respaldado por

medio de evidencias objetivas del deterioro de la memoria y la habilidad de aprender por medio de pruebas cognitivas. Por lo general otras funciones cognitivas permanecen intactas (10). El Deterioro Cognitivo Leve excluye personas que sufren de depresión, delirios, retraso mental u otros desórdenes psiquiátricos, los cuales pueden ser considerados la causa del deterioro. Si la pérdida de la memoria es severa y es acompañada de problemas cognitivos y en el funcionamiento diario, el paciente presenta criterios clínicos de demencia, no Deterioro Cognitivo Leve.

Muchas personas que padecen Deterioro Cognitivo Leve presentan riesgos vasculares. En algunos casos, imágenes diagnósticas muestran infartos cerebrales silenciosos que amplían los efectos degenerativos de enfermedades cerebrales. En otros casos, el paciente puede haber sufrido una serie de infartos silenciosos o clínicos que tienen un efecto acumulativo en las funciones cognitivas sin que el cerebro muestre ningún cambio indicativo de Alzheimer. En este caso es más apropiado utilizar el término "deterioro cognitivo vascular" que Deterioro Cognitivo Leve. El concepto Deterioro Cognitivo Vascular ha sido introducido para enfatizar la alta prevalencia de trastornos cognitivos cuando hay daño vascular en el cerebro. Deterioro cognitivo vascular abarca todos los grados de severidad de déficit cognitivo causados por la enfermedad vascular: según los criterios actuales algunos pacientes no serían considerados como pacientes con demencia, otros serían considerados como pacientes con demencia vascular, y otros serían diagnosticados con demencia, lo cual mejor, sería clasificado como una combinación de Alzheimer y enfermedad vascular. La inclusión de las formas más leves de trastornos cognitivos permitirá a los pacientes y a los trabajadores de salud establecer estrategias preventivas óptimas antes de llegar al grado de demencia. En todos estos casos, hay evidencia de que la hipertensión debe ser diagnosticada y tratada debidamente. Los otros factores de riesgo son menos evidentes.

Deterioro Cognitivo Leve sigue siendo un concepto difícil debido a la imprecisión de la definición de pérdida de memoria y trastorno funcional. Una de las dudas es si pacientes con depresión deben ser excluidos de ser considerados como pacientes con Deterioro Cognitivo Leve. Algunos estudios han demostrado

que la depresión se manifiesta en 60% de los pacientes con Deterioro Cognitivo Leve que luego desarrollan Alzheimer, y la presencia de depresión puede ser un instrumento de pronóstico útil en pacientes que padecen de Deterioro Cognitivo Leve (11). Deterioro Cognitivo Leve es quizás mejor considerarlo como un síndrome clínico heterogéneo que en algunos pacientes puede ser un pródromo para la demencia.

3 Tratamiento de Deterioro Cognitivo Leve

No obstante que hay pocas investigaciones sobre el tratamiento de Deterioro Cognitivo Leve hay ciertos tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que deben tomarse en consideración.

3.1 Tratamiento no farmacológico

3.1.1 Tratamiento de factores desencadenantes y procesos morbosos

Cierto número de procesos pueden acelerar la pérdida de memoria en pacientes con Deterioro Cognitivo Leve, o incluso causarlo en pacientes con funciones cognitivas normales. Se recomienda tomar en cuenta dichos factores. La depresión sigue siendo un aspecto importante. Depresión sin tratamiento puede acelerar la pérdida de memoria, si se presenta en pacientes con Deterioro Cognitivo Leve y Alzheimer debe ser tratada de manera apropiada, con terapia farmacológica y no farmacológica.

3.1.2 Intervenciones cognitivas

Estudios de cohorte longitudinales en pacientes mayores sanos han mostrado que el estímulo de actividades cognitivas está asociado con una mejor memoria y mejores habilidades verbales. Participar en actividades recreativas está asociado con riesgo reducido de demencia, incluso después de un ajuste de la línea de base del estatus cognitivo y la exclusión de personas con posible demencia preclínica (12). Un estudio a gran escala de intervenciones cognitivas (entrenamiento de memoria, razonamiento versus no entrenamiento) se efectuó en 2832 adultos mayores sanos. Los resultados indicaron un mejoramiento de las funciones cognitivas ejercitadas después del entrenamiento. Los efectos positivos (menos deterioro de las funciones cognitivas y de las funciones diarias más complejas) se mantuvieron durante el seguimiento

a 2 e incluso 5 años, y la magnitud de los efectos fueron de moderados a pronunciados (13, 14). Pese a que la eficiencia de entrenamiento cognitivo es controversial no hace daño estimularlo. Por eso los médicos deben promover actividades cognitivas como parte de un estilo de vida sano a pacientes con o sin pérdida de memoria (15).

3.1.3 Actividad física

Mientras algunos estudios no han mostrado el efecto protector de la actividad física en deterioro cognitivo y demencia, dos meta-análisis mostraron la influencia positiva del entrenamiento físico en las funciones cognitivas en personas mayores (16,17). Participar en actividades de baile ha sido asociado con un riesgo reducido a padecer demencia (12). De todas maneras es necesario efectuar más estudios para establecer las formas óptimas de ejercicio para adultos en edad avanzada, sobre todo en términos de intensidad y duración. También se necesita tener en cuenta aspectos como seguridad. Finalmente, no se ha efectuado ningún estudio involucrando específicamente pacientes con Deterioro Cognitivo Leve. Sin embargo, la actividad física a un nivel de intensidad adaptada a la capacidad física general de la persona debe ser estimulada como parte de un estilo de vida sano.

3.1.4 Tratamiento de los factores de riesgo vasculares

Hay un vínculo entre factores de riesgo vasculares y deterioro cognitivo (18). No hay ningún riesgo en reducir la presión en pacientes mayores hipertensos y que padecen de Deterioro Cognitivo Leve. La terapia antihipertensiva está asociada con un menor riesgo a padecer trastornos cognitivos y Alzheimer (19, 20). En particular, el uso de calcio-antagonistas ha sido asociado con un menor riesgo de deterioro cognitivo y Alzheimer independientemente del nivel de presión, lo que permite sugerir que hay un efecto neuroprotector específico en estos agentes antihipertensivos (21). El tratamiento de factores de riesgo, incluyendo hipertensión, debe ser implementado para prevenir la progresión a demencia en pacientes con Deterioro Cognitivo Leve.

3.2 Tratamiento farmacológico

Varias medicinas han sido estudiadas para el

tratamiento y la prevención del Deterioro Cognitivo Leve. Estas incluyen inhibidores de la Colinesterasa, drogas antiinflamatorias no esteroideas, terapia de sustitución de estrógenos, ginkgo biloba y vitamina E (22, 23). Hasta la fecha no se ha comprobado el beneficio clínico para este tipo de medicinas por lo que no hay datos suficientes para promover el tratamiento farmacológico de pacientes que padecen de Deterioro Cognitivo Leve.

4 Tratamiento de demencia leve a moderada

4.1 Tratamiento no farmacológico

En este caso se recomienda la misma actitud reservada que con el tratamiento no farmacológico para Deterioro Cognitivo Leve. Hasta la fecha no hay suficiente evidencia para recomendar entrenamiento cognitivo, rehabilitación o intervenciones del ambiente familiar para mejorar o mantener las funciones cognitivas en pacientes con demencia leve a moderada. Por otro lado, promover un estilo de vida saludable con alimentación adecuada, suficiente estímulo cognitivo y actividad física sigue siendo un elemento básico en el tratamiento de personas mayores con o sin pérdida de memoria.

4.2 Tratamiento farmacológico

4.2.1. Terapia con inhibidores de la colinesterasa

previenen el desdoble de la acetilcolina, un mensajero químico en el cerebro, importante para el aprendizaje y la memoria. De esta manera promueven la neurotransmisión colinérgica. Este tratamiento puede ser una opción para pacientes con enfermedad de Alzheimer leve a moderada. Tres inhibidores de la colinesterasa – donepezil, galantamina y rivastigmina – están disponibles. Estas medicinas tienen un grado de beneficio similar. Sin embargo, difieren en su manera de trabajar, en la forma de administrarse y en los riesgos de efectos secundarios. Una de estas medicinas puede trabajar mejor en un paciente que en el otro. No obstante la mayoría de los pacientes no tienen molestias de efectos secundarios, en caso de presentarse los más comunes son náusea, pérdida de apetito, vómitos y diarrea. Estos efectos suelen ocurrir al principio del tratamiento o cuando se incrementa la dosis. El uso de colinesterasas está basado en evidencia

obtenida de un substancial número de pruebas al azar y que han sido revisadas recientemente (24, 25). Sigue habiendo incertidumbre sobre los efectos a largo plazo de estas medicinas. Sin embargo, estudios recientes demuestran que son seguras y eficientes para las funciones cognitivas en pacientes con Enfermedad de Alzheimer severa (26, 27). Son menos claros los datos sobre resultados en el funcionamiento diario y conductual. La elección de un cierto inhibidor de las colinesterasas debe estar basada en factores como: tolerancia, efectos secundarios y facilidad de uso. Recientemente la rivastigmina está disponible como parche transdérmico que al parecer causa menos efectos secundarios que el de uso oral. Estas medicinas son también útiles para el tratamiento de la demencia vascular, demencia con cuerpos de Lewy o demencia en la enfermedad de Parkinson (28,29,30). Bloqueo de la rama derecha y otras anomalías de conducción cardíaca son consideradas contraindicaciones pero en la práctica pocos efectos cardiovasculares son vistos, excepto la disminución del ritmo cardíaco y presión arterial (31).

Si el paciente reacciona favorablemente sin efectos indeseables, el tratamiento farmacológico puede continuar. El paciente debe ser evaluado cada 6 – 12 meses.

4.2.2. Terapia con Memantinas. La Memantina es un antagonista de los receptores del tipo N-Metil-D-aspartato (NMDA). Una disfunción del Glutamato puede conducir a un exceso de flujo de iones de calcio que conduce a la muerte celular. La excitotoxicidad puede desempeñar un rol en la fisiopatología de la Enfermedad de Alzheimer. La Memantina bloquea esta excitotoxicidad sin inhibir la actividad sináptica normal. El tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer moderada a severa ha dado resultados satisfactorios en la esfera cognitiva, en las actividades de la vida diaria y de la conducta (particularmente agitación, inquietud y agresión) (32, 33, 34, 35). Se han obtenido también buenos resultados en el tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer de leve a moderada (36).

4.2.3. Anti-inflamatorios. La inflamación podría contribuir al desarrollo de la enfermedad de Alzheimer. Más aún, las autopsias presentan una inflamación generalizada en el cerebro, la que parecería ser causada por una acumulación de placas amiloideas.

Datos epidemiológicos sugieren que personas que toman medicamentos no esteroideos y anti-inflamatorios (NSAIDs por su sigla en inglés) durante más de dos años, comparados con aspirina o acetaminofen, son menos propensos a padecer Enfermedad de Alzheimer. Estos medicamentos parecen tener un efecto protector contra la demencia tipo Alzheimer pero no contra demencia vascular (37). Esto probablemente se debe al papel neuroinflamatorio que juega la acumulación de placas amiloides.

Desafortunadamente, estudios recientes en pacientes tratados con NSAIDs no específicos (naproxeno) o inhibidores de los COX-2 versus un placebo no previenen o detienen el deterioro cognitivo de pacientes con Enfermedad de Alzheimer (38).

4.2.4. Vitamina E. Sano et al. publicaron los resultados de un estudio demostrando los efectos beneficiosos de altas dosis (2000 IU/día) de vitamina E en pacientes con Enfermedad de Alzheimer leve y moderada (39). Hasta el día de hoy no ha habido más estudios que demuestren de manera clara los beneficios del tratamiento con vitamina E en pacientes con Trastorno Cognitivo Leve o Enfermedad de Alzheimer moderada.

4.2.5. Gingko biloba. Se considera que esta sustancia posee propiedades antioxidantes y mejora la memoria. Un estudio, publicado en JAMA (40), fue promocionado en los medios de comunicación como beneficioso para pacientes con Enfermedad de Alzheimer. Sin embargo, un escrutinio más minucioso del estudio sugiere un efecto mínimo en estos pacientes. No obstante que una comparación directa únicamente se puede hacer de uno en uno, los beneficios atribuidos parecen ser menores que los beneficios que proporcionan los medicamentos aprobados.

4.2.6. Omega-3. Hay un interés considerable en los potenciales efectos beneficiosos de omega-3 sobre la cognición. En un reciente análisis prospectivo, como parte del Framingham Heart Study, investigadores siguieron 899 hombres y mujeres durante un período de 9 años. Durante este período, 71 de los voluntarios desarrollaron Demencia Tipo Alzheimer. No obstante las personas con los niveles más altos de ácido decosahexaenoico (DHA) en la sangre tenían menos riesgo de desarrollar Alzheimer (41). El ácido decosahexaenoico (DHA) es un poliinsaturado omega-3, el cual se encuentra en el aceite de pescado.

Las personas con los niveles más altos de DHA reportaron que comían pescado de dos a tres veces por semana, mucho más que las personas con niveles más bajos de DHA. Un alto nivel de DHA está asociado con una reducción de 47% en el riesgo de desarrollar demencia en el Framingham Heart Study. En el futuro, va a ser importante determinar si un suplemento nutricional con DHA puede detener el deterioro mental en pacientes con demencia establecida.

4.2.7. Terapia de sustitución hormonal. Estudios de observación han revelado una menor incidencia de Enfermedad de Alzheimer en mujeres en la post-menopausia con tratamiento de estrógenos, lo que permite sugerir que tienen un papel protector. En los años recientes, sin embargo, el papel protector de los estrógenos ha sido cuestionado. En el 2003 el Womens Health Initiative llegó a la conclusión de que los riesgos de la sustitución hormonal con estrógenos son mayores que los posibles beneficios (42). Mientras se sigue debatiendo sobre los posibles beneficios de la sustitución hormonal no se recomienda específicamente para la prevención o tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer (25).

4.3. Terapia combinada

4.3.1. Administración combinada de inhibidores de la colinesterasa y Memantina.

La terapia combinada con inhibidores de la colinesterasa y Memantina está basada en el hecho de que las medicinas tienen distintos mecanismos de acción. Esta forma de terapia combinada es bien tolerada, con un perfil de seguridad similar a la terapia con inhibidores de la colinesterasa únicamente. No hay certeza sobre cuál de las terapias proporciona mayores beneficios. No obstante hay más y más evidencia que sugiere que agregar memantina a la terapia con inhibidores de la colinesterasa puede producir beneficios cognitivos y funcionales adicionales; esto acompañado por un riesgo insignificante debido a efectos secundarios. Una investigación clínica en 404 pacientes tratados con donepezil y memantina mostraron mejoría significativa en todos los aspectos investigados, incluida la cognición, actividades de la vida diaria, conducta, disturbios psiquiátricos y condición general, comparados con los que estaban en tratamiento con donepezil y placebo (43, 44).

4.3.2. Administración simultánea de colinesterasa inhibidores y/o memantina con antipsicóticos y antidepressivos

La administración simultánea de inhibidores de la colinesterasa y/o memantina con antipsicóticos y antidepressivos es un procedimiento estándar para pacientes con cambios de la conducta y depresión en un estado de Enfermedad de Alzheimer avanzada (33, 25).

Estos pacientes son más susceptibles a neurotoxicidad cerebral inducida por antipsicóticos por lo que tratamientos no farmacológicos deben ser considerados antes de prescribir medicinas para estos síntomas (45).

Los antipsicóticos tanto típicos (de primera generación) como atípicos (de segunda generación) se relacionan con un mayor riesgo de accidente cerebrovascular (33). El riesgo es sustancialmente más alto entre los pacientes que padecen demencia que entre los que no. Los pacientes que toman medicamentos antipsicóticos tienen 1.7 veces más probabilidades de sufrir un accidente cerebrovascular, y los pacientes con demencia que los toman tienen 3.5 veces más probabilidades. El riesgo de accidente cerebrovascular fue ligeramente mayor entre las personas que tomaban los antipsicóticos atípicos más recientes, en comparación con las que tomaban los antipsicóticos típicos más antiguos.

Los médicos que atienden a pacientes que regularmente presentan síntomas psiquiátricos, con frecuencia angustiantes y difíciles de tratar, deben tomar estos hallazgos en cuenta para el establecimiento de un tratamiento adecuado (46).

4.3.3. Administración simultánea de Terapias Tradicionales y no Tradicionales

Se ha considerado el uso de múltiples alternativas terapéuticas, entre ellas los inhibidores de la colinesterasa, memantina, hormonas (estrógenos especialmente), inhibidores de la COX-2 (ciclooxigenasa-2), antioxidantes como la vitamina E y el Ginkgo Biloba, pero los resultados siguen siendo contradictorios o insuficientes (22).

5. Enfoque para el tratamiento de personas con deterioro cognitivo

5.1 Notificación del diagnóstico y toma de decisiones

El diagnóstico de demencia debe ser notificado al paciente, sus familiares o cuidador (47). La notificación del diagnóstico es considerada como uno de los aspectos más difíciles en la demencia. Un estudio reciente ha mostrado que los médicos no han sido honestos durante la notificación del diagnóstico y solo han dedicado entre 40 segundos y 5 minutos para ello (48). No obstante no disponer de información práctica detallada sobre cómo notificar el diagnóstico, se pueden dar consejos generales. El tema se debe abordar de forma individual tomando en consideración las circunstancias únicas del paciente y que incluya también a la familia. Para la notificación del diagnóstico de demencia se recomiendan los ocho siguientes pasos (49):

- Prepárese para la notificación: planea la cita, arregle la asistencia y apoyo post diagnóstico; prepare al paciente.
- Integre a los familiares: identifique e involucre familiares, planifique la información necesaria para el paciente y los familiares, evite discusiones con la familia.
- Explore la perspectiva del paciente: explore cómo percibe el paciente los síntomas y sus expectativas sobre el diagnóstico.
- Notifique el diagnóstico: informe al paciente según sus necesidades y habilidad de enfrentar el diagnóstico; asegúrese de que el paciente comprenda toda la información, sobre todo, en nombre de la enfermedad; tome en consideración cualquier duda con respecto al diagnóstico; explique la relación entre demencia y Alzheimer; explique la diferencia entre demencia y envejecer de manera normal; hable sobre el pronóstico.
- Responda a las reacciones del paciente: explore la reacción emocional del paciente; infórmese sobre las dudas e inquietudes que pueda tener.
- Su enfoque debe estar dirigido hacia calidad de vida y bienestar: provea esperanza realista; explore

estrategias para enfrentar la enfermedad.

- Planee para el futuro: clarifique planes de seguimiento; presente los servicios de asistencia disponibles; proponga un plan de asistencia.
- Comuníquese de manera efectiva: implemente un sistema de reporte, utilice lenguaje verbal y no verbal apropiado; escuche activamente; involucre al paciente.

La notificación es un proceso, no una visita única. Debe tomarse el tiempo necesario. Con ciertos pacientes, 2 o 3 visitas durante un período de varias semanas pueden ser requeridas. La información debe ser proporcionada de manera empática y respetuosa. Puede ser útil proporcionar información educativa escrita, sobre todo si se puede hacer a la medida del paciente. Para información de soporte, los pacientes y los familiares deben ser referidos a los centros de conocimiento locales.

5.2 Tratamiento de la comorbilidad y medicación

El tratamiento de los procesos mórbidos pueden ser modificados por la presencia de demencia. Una vez el diagnóstico es establecido, cada condición de comorbilidad u otro diagnóstico deben ser reevaluados junto con el impacto clínico en el tratamiento del paciente.

Condiciones crónicas tales como diabetes o hipertensión deben ser tratadas de acuerdo a los lineamientos corrientes pero deben ser modificados en caso de que se manifieste una demencia. Pacientes con historial de CVA así como TIA deben seguir el tratamiento para reducir el riesgo de accidentes cerebrovasculares y otros problemas cardiovasculares. El tratamiento estricto de los niveles de colesterol sigue siendo materia controversial.

El delirio es común entre las personas con demencia que viven en la comunidad. Cuidadores y trabajadores médicos deben saber que un cambio abrupto en la cognición, las habilidades funcionales o en la conducta del paciente con demencia puede representar delirio. Si se confirma que el paciente está delirando, se debe buscar la causa precipitante y combinarlo con tratamiento y proporcionar cuidado adicional (50). Pacientes con demencia que son admitidos en un hospital tienen mayor riesgo de sufrir delirios. Demencia

es la condición pre-existente más fuertemente asociada con el desarrollo de delirios en pacientes admitidos en un hospital. Se deben iniciar intervenciones para disminuir la posibilidad de complicaciones; éstas incluyen orientación, actividades terapéuticas, estrategias que promuevan un buen sueño, ejercicio y movilización; proveer los aparatos necesarios para mejorar la visión y el oído y medidas pro-activas para prevenir deshidratación. Polimedicación, interacción entre medicinas y dependencia son aspectos importantes que deben ser tenidos en cuenta en el tratamiento de pacientes geriátricos. Una variedad de intervenciones (por ejemplo: recordatorios escritos, recordatorios telefónicos, visitas de una enfermera) pueden dar confianza en caso de estar presente un problema. Medicinas con efectos anticolinérgicos pueden empeorar el estatus cognitivo de pacientes con Enfermedad de Alzheimer y pueden inhibir el efecto de las colinesterasas (51). La escala de riesgos anticolinérgicos enlista las medicinas con potenciales anticolinérgicos utilizadas regularmente, y ha sido utilizada satisfactoriamente para identificar pacientes mayores con un riesgo incrementado de presentar efectos secundarios con los anticolinérgicos. El uso de estas medicinas debe ser minimizado en pacientes con Demencia Tipo Alzheimer (52).

5.3 Evaluación de la capacidad para conducir

Una persona que padece de demencia progresiva va a tener que dejar de manejar en un momento determinado. Ninguna prueba cognitiva o test como el Mini mental o dibujo del reloj deben ser utilizados como determinantes para la evaluación. La capacidad de conducir de una persona con demencia leve debe ser evaluada de manera individual (53).

Un método objetivo debe incluir una prueba intensa dentro y fuera de la ruta. Si ésta no es disponible, el clínico debe determinar la capacidad para conducir del paciente.

5.4 Apoyo al cuidador y/o familiares de pacientes con demencia

Usualmente, al menos una persona cuida o atiende a pacientes con demencia, y el papel básico y esencial que ellos desempeñan debe ser apreciado y valorado por el clínico tratante. Un contacto continuo entre estas personas y el médico para un apoyo, orientación

y capacitación regular y permanente sobre la enfermedad es vital para el bienestar del paciente. Los cuidadores y/o familiares de pacientes con la enfermedad de Alzheimer tienen un mayor riesgo de sufrir depresión (54). De manera regular el médico debe informarse sobre problemas de conducta del paciente. Si se presenta alguno, el paciente debe ser referido a un centro especializado para su manejo y tratamiento. La administración de farmacoterapia puede mejorar la calidad de vida del paciente y disminuir el tiempo para su cuidado. Los cuidadores/familiares deben ser informados sobre programas locales de cuidados en el hogar, ya que estos pueden proporcionar información sobre los medios de los que dispone la comunidad. Intervenciones multidisciplinarias contribuyen a retardar la necesidad de ingresar a los pacientes con demencia a instituciones especializadas. (55). Participación activa y capacidad de elección han demostrado ser factores importantes para el éxito de los programas de apoyo y soporte a los pacientes con la enfermedad de Alzheimer (56).

6 CONCLUSIÓN

La Demencia Tipo Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa devastadora que afecta y afectará a grupos cada vez más numerosos de personas en las próximas décadas. En los últimos años se han logrado algunos avances en su manejo y tratamiento. Hasta la fecha el enfoque del tratamiento se dirige sobre todo a la detección y diagnóstico temprano, y a intervenciones no farmacológicas y farmacológicas con medicinas que ayudan a combatir los síntomas. Finalmente, se tiene la esperanza de desarrollar un tratamiento revolucionario que prevenga o retrase el inicio de la enfermedad. Hasta el día en que esta posibilidad sea una realidad, es importante que los médicos utilicen al máximo los tratamientos sintomáticos para poder proporcionar el mejor tratamiento posible. Aspectos clínicos que pueden influenciar la efectividad de la terapia incluyen un temprano y efectivo diagnóstico, modificaciones de la conducta y del estilo de vida, la cooperación del paciente, y una terapia secuencial o combinada con las medicinas disponibles.

REFERENCIAS

1. Bachman DL, Wolf PA, Linn R et al. Prevalence of dementia and probable senile dementia of the

Alzheimer type in the Framingham study. *Neurology*. 1992; 115-119.

2. Hirtz D, Thurman DJ, Gwinn-Hardy K, Mohamed M, Chaudhuri AR, Zalutsky R. How common are the "common" neurologic disorders? *Neurology*. 2007 Jan 30;68(5): 326-37.

3. Skoog I, Nilsson L, Palmertz B et al. A population based study of dementia in 85 years old. *N. Engl. J. Med*. 1993: 153-158.

4. Wimo A, Winblad B, Aguero-Torres H, Von Strausse E. The magnitude of dementia occurrence in the world. *Alzheimer Dis Associ Disord*. 2003 Apr-Jun; 17(2):63-7.

5. Roelands M, Baro F, Dom H, Wostyn P. Epidemiology research on dementia in Antwerp, Belgium. *Neuroepidemiology* 1992;11:48-51.

6. Maseguerra Serra C, Morelo Negrete L. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria* 2008;vol.22; No.4: 1201-1210.

7. Lepeleire JD, Ylief M, Buntix F, Bouckaert F, Steeman E, Van Tichelt k. *Omgaan met dementerenden*. Garant 2007.

8. Mangone CA, Arizaga R, Allegri R, et al. La demencia en Latinoamérica. *Rev Neurol Arg* 25:1085-1112, 2000).

9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM IV*. Washington DC 1994.

10. Petersen R, Stevens J, Ganguli M, et al. Practice parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001; 56:1133-42.

11. Visser P, Verhey F, Ponds R, et al. Distinction between preclinical Alzheimer's disease and depression. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48:749-89.

12. Verghese J, Lipton R, Katz M, et al. Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *N Engl J Med* 2003; 348:2508-16.

13. Ball K, Berch D, Helmers K, et al. Effects of cognitive training interventions with older adults: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 2271-81.

14. Willis S, Tennsted S, Marsiske M, et al. Long-term

- effects of cognitive training on everyday functional outcomes in outdoors in older adults. *JAMA* 2006; 296:2085-14.
15. Vandewoude Maurits. *Cognitive training bij ouderen*. Mechelen: Wolters Kluwer, 2006. 118 p.
 16. Colcombe S, Kramer A. Fitness effects on the cognitive function of older adults: a meta-analytic studie. *Psychol Sci* 2003; 14:125-30.
 17. Heyn P, Abreu B, Ottenbacher K. The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. *Arch Phys Med Rehabil* 2004; 85:1694-1704.
 18. Ott A, Stolk R, van Harskamp F, et al. Diabetes mellitus and the risk of dementia: the Rotterdam Study. *Neurology* 1999; 53:1937-42.
 19. Forette F, Seux M, Staessen J, et al. The prevention of dementia with antihypertensive treatment: new evidence from the Systolic Hypertension in Europe (Syst-Eur) study. *Arch Intern Med* 2002; 162:2046-52.
 20. Tzourio C, Anderson C, Chapman N, et al. Effects of blood pressure lowering with perindopril and indapamide therapy on dementia and cognitive decline in patients with cerebrovascular disease. *Arch Intern Med* 2003;163:1062-75.
 21. Hanon O, Pequignot R, Seux M, et al. Relationship between antihypertensive drug therapy and cognitive function in elderly hypertensive patients with memory complaints. *J Hypertens* 2006; 24:2101-7.
 22. De la Vega R. y Zambrano A. Deterioro cognitivo leve (en línea). La circunvalación del hipocampo, septiembre 2008.
 23. Petersen Ronald, Thomas Ronald, Grundman M, et al. Vit E and Donepezil for the tratment of Mild Cognitive Impairment *N Engl J Med* 2005; 352:2379-2388.
 24. Raina P, Santaguida P, Ismaila A, et al. Effectiveness of cholinesterase inhibitors and memantine for treating dementia: evidence review for a clinical practice guideline. *Ann Intern Med* 2008; 148:379-97.
 25. Doody RS et al. Management of dementia. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001; 56:1154-1166.
 26. Winblad B, Kilander L, Eriksson S, et al. Donepezil in patients with severe Alzheimer's disease: double-blind, parallel-group, placebo-controlled study. *Lancet* 2006; 367:1057-65.
 27. Burns A, Bernabei R, Bullock R, et al. Safety and Efficacy of galantamine (Reminyl) in severe Alzheimer's Disease (the SERAD study). *Lancet Neurology* 2009; volume 8, issue 1, 39-47.
 28. Auchus A, Brashear H, Salloway S, Korczyn A, De Deyn P, Gassmann-Mayer C. Galantamine treatment of vascular dementia. *Neurology* 2007; 69:448-58.
 29. Samuel W, Caligiuri M, Galasko D, et al. Better cognitive and psychopathologic response to donepezil in patients prospectively diagnosed as dementia with Levy bodies: A preliminary study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000; 15:794-802.
 30. Emre M, Aarsland D, Albanese A, et al. Rivastigmine for Dementia Associated with Parkinson's Disease. *N Engl J Med* 2004;351:2509-18.
 31. De Ridder M, Vandewoude M, Paridaens K, D'Hooghe A. Electrocardiographic effects of donepezil in patients with moderate to severe dementia of the Alzheimer type. *J Nutr Health Aging* 2006; 10:332.
 32. Reisberg B, Doody R, Stffler A, et al. Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 2003; 348:1333-1341.
 33. Schneider L, Tariot P, Dagerman K, et al. Effectiveness of Atypical Antipsychotic Drugs in Patients with Alzheimer's Disease. *N Engl J Med* 2006; 355:1525-38.
 34. Osorno Chica D. Neurotoxicidad mediada por Glutamato en la enfermedad de Alzheimer. *Rev. Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr* 2008; vol.22; No.1:1118-1122.
 35. Osorno Chica D. Memantina: una revisión de su uso en la enfermedad de Alzheimer. *Rev. Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr* 2008;vol.22; No.1:1127-1131.
 36. Peskind E, Potkin S, Pomara N, et al. Memantine treatment in mild to moderate Alzheimer disease: a 24-week randomized, controlled trial. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 14:704-15.
 37. Int Veld B, Ruitenberg A, Hofman A, et al. Nonsteroidal antiinflammatory drugs and the risk of Alzheimer's disease. *N Engl J Med* 2001; 345:1515-1521.

38. Aisen P, Schafer K, Grundman M, et al. Effects of rofecoxib or naproxen vs placebo on Alzheimer disease progression: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 289:-26.
39. Sano M, Ernesto C, Thomas R, et al. A controlled trial of selegiline, alpha-tocopherol, or both as treatment for Alzheimer's disease. The Alzheimer's Disease Cooperative Study. *N Engl J Med* 1997; 336:1216-22.
40. Le Bars P, Katz M, Berman N, Itil T, Freedman A, Schatzberg A. A placebo-controlled, double-blind, randomized trial of an extract of *Gingko biloba* for dementia. *JAMA* 1997; 278:1327-32.
41. Schaefer E, Bongard V, Beiser A, et al. Plasma Phosphatidylcholine Docosahexaenoic Acid Content and Risk of Dementia and Alzheimer Disease. The Framingham Heart Study. *Arch Neurol* 2006; 63:1527-8.
42. Schumaker S, Legault C, Rapp S, et al. Estrogen Plus Progestin and the Incidence of Dementia and Mild Cognitive Impairment in Postmenopausal Women. The Women's Health Initiative Memory Study: A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2003; 289:2651-2662.
43. Tariot P, Farlow M, Grossberg G, Graham S, McDonald S, Gergel I. Memantine treatment in patients with moderate to severe Alzheimer disease already receiving donepezil: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291:3173-24.
44. Portela Romero M, Pombo Romero J, et al. Utilización de los inhibidores de la acetilcolinesterasa y la memantina para el tratamiento clínico de la demencia tipo Alzheimer. *Revista Española de Salud Pública* vol. 2005; 79 no. 6.
45. Trinh N, Hoblyn J, Mohanty S, Yaffe K. Efficacy of cholinesterase inhibitors in the treatment of neuropsychiatric symptoms and functional impairment in Alzheimer disease: a meta-analysis. *JAMA* 2003;289:21016.
46. Douglas I, Gandy G. Alzheimer's Association's national medical and scientific advisory council; Aug. 29, 2008, *British Medical Journal*, online.
47. KB. Wet betreffende de rechten van de patiënt. *Belgisch Staatsblad* 2002; 3341:43719-24.
48. Karnieli-Miller O, Werner P, Aharon-Peretz J, Eidelman S. Dilemmas in the (un) veiling of the diagnosis of Alzheimer disease: Walking an ethical and professional tight rope. *Patient Educ Conus* 2007; 67:307-14.
49. Lecouturier J, Bamford C, Hughes J, et al. Appropriate disclosure of a diagnosis of dementia; identifying the key behaviours of best practice. *BMC Health Serv Res* 2008; 8-95-105.
50. Young J, Inouye S. Delirium in older people. *BMJ* 2007; 334:842-6.
51. Lu C, Tune L. Chronic exposure to anticholinergic medications adversely affects the course of Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003; 11:458-61.
52. Rudolph J, Salow M, Angelini M, McGlinchey R. The anticholinergic risk scale and anticholinergic adverse effects in older persons. *Arch Intern Med* 2008; 168:508-13.
53. De Raedt R, Ponjaert-Kristoffersen I. The relationship between cognitive/neuropsychological factors and car driving performance in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48:1664-8.
54. Schulz R, O'Brien A, Bookwala J, Fleissner K. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence and causes. *Gerontologist* 1995; 35:771-791.
55. Pinquart M, Sörensen S. Helping caregivers of persons with dementia: Which interventions work and how large are their effects? *Int Psychogeriatr* 2006; 18:577-95.
56. Spijker A, Vernooij M, Vasse E, et al. Effectiveness of nonpharmacological interventions in delaying the institutionalization of patients with dementia: a meta-analysis. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56:1116-28.

AVISO PAUTA

Información para prescribir

Información para prescribir

AVISO PAUTA

INFORMACIÓN PARA PRESCRIBIR

Información para prescribir