

Resúmenes

-
- 1** Albertsen PC. Las molestias urológicas: Cómo trabajar y aliviar los síntomas en los hombres. (Urologic nuisances: How to work up and relieve men's symptoms). *Geriatrics* 1997; 52(2): 46-54.
-

Entre los trastornos urológicos en los hombres de mediana edad se incluyen la obstrucción e hiperactividad del cuello vesical, así como la abundante secreción de orina. La obstrucción puede tener su origen en la hipertrofia benigna de la próstata o en algún otro problema distal para el cuello vesical, como puede ser la estrechez uretral. La hiperactividad puede estar inducida por situaciones de tensión, el consumo de cafeína, o bien puede sugerir una enfermedad neurológica o neoplasia del cuello vesical. La abundancia de orina puede tener su explicación en un excesivo consumo de líquidos en el padecimiento de diabetes insipidus o mellitus, o en su movilización por el uso de diuréticos o por enuresis nocturna. La disfunción sexual puede tener también su causa en las situaciones de tensión, aunque es más frecuente que se origine por un trastorno vascular periférico. El pesquiasaje para el cáncer de próstata es polémico, el beneficio de la prueba PSA es más efectivo en pacientes de alto riesgo, según su raza y sus antecedentes familiares.

- 2** Aronow, WS. Subutilización de la aspirina en pacientes de edad avanzada con infartos de miocardio previos al momento de ingresar en un hogar de ancianos. (Underutilization of aspirin in older patients with prior myocardial infarction at the time of admission to a nursing home). *J Am Geriatr Soc* 1998; 46: 615-616.
-

Objetivo: Investigar la prevalencia del uso de la aspirina en pacientes de edad avanzada con infartos de miocardio previos al momento de ingresar en un hogar de ancianos. *Diseño:* En un estudio prospectivo se investigó la prevalencia del uso de la aspirina en 350 pacientes de edad avanzada con infarto de miocardio de onda Q comprobado y ninguna contraindicación para el uso de la aspirina. Estos pacientes tenían 60 años o más al momento de ingresar en un hogar de ancianos. *Lugar:* Un gran centro de atención de salud a largo plazo. *Pacientes:* Entre los pacientes habían 231 mujeres y 119 hombres, con una media de edad de 81 ± 8 años (rango de 60 a 100). *Mediciones y resultados principales:* De los 350 pacientes con infarto de miocardio de onda Q comprobado y ninguna contraindicación para el tratamiento con aspirina, 60 (17 %) consumían aspirina al momento del ingreso en el hogar de ancianos. *Conclusión:* Existe una notable subutilización de la aspirina en el tratamiento de pacientes de edad avanzada con infarto de miocardio previo comprobado al momento del ingreso en un hogar de ancianos.

- 3** Baker SD, Grochow LB. Farmacología de la quimioterapia del cáncer en la tercera edad. (Pharmacology of cancer chemotherapy in the older person). *Clin Geriatr Med* 1997; 13(1):169-84.
-

Se han incrementado las poblaciones de ancianos y el cáncer se ha convertido en una enfermedad muy común en ellas. Con la aplicación más amplia y efectiva de la quimioterapia,

son los pacientes de edad avanzada los que se someten al tratamiento con citotóxicos. Aunque se han analizado los principios generales de la farmacología del cáncer en los ancianos, aún es escasa la información disponible respecto a la influencia de la edad en la farmacocinética y la farmacodinámica de cada uno de los agentes anticancerosos. Esta información cuantitativa puede permitir la administración óptima de agentes antitumorales, en un intento de incrementar la probabilidad del efecto terapéutico y de reducir al mínimo la posibilidad de toxicidad. En este trabajo de revisión se discuten los factores relacionados con la edad que pueden alterar la disposición del medicamento a lograr un efecto (farmacocinético y farmacodinámico) en los ancianos, los adultos disponibles que demuestran los efectos de la edad en el comportamiento farmacocinético de medicamentos antitumorales específicos y la influencia de la edad en la toxicidad de estos agentes.

-
- 4** Bennahum DA, Forman WB, Vellas B, Albarede JL. Esperanza de vida, comorbilidad y calidad de vida. (Life expectancy, comorbidity, and quality of life). *Clin Geriatr Med* 1997; 13(1): 33-54.
-

En los ancianos con cáncer, las decisiones médicas deben establecer un balance entre la esperanza de vida limitada, el posible riesgo de complicaciones en el tratamiento, y los efectos generales de la enfermedad y su tratamiento sobre la calidad de vida. Se brinda un contexto de referencia para las decisiones médicas, que consideran de modo particular la calidad de vida en los ancianos con cáncer. Desde la pasada década, se le ha otorgado mayor importancia a los aspectos relacionados con la calidad de vida de los pacientes con cáncer. En una reciente revisión, se encontraron 29 exámenes clínicos de medicamentos anticancerígenos, en los que se tenía en cuenta la calidad de vida de los pacientes. A la hora de tomar una decisión para diagnosticar o tratar el cáncer en cualquier edad, la intervención no debe tener consecuencias peores que las de la propia enfermedad. Bien vale la pena evitar el ya tradicional comentario de que la cirugía fue un éxito, pero el paciente falleció. Aunque la incidencia del cáncer aumentara de manera inevitable, en la población anciana no existe aún suficiente claridad en cuanto al modo de lograr un balance entre las acciones asistenciales y la curación. En una población que normalmente padece de uno ó más síntomas crónicos que incluyen la artritis, las deficiencias en la función renal y los trastornos cardiovasculares, resulta en ocasiones difícil distinguir la enfermedad comórbida y la disfunción en una crisis con amenaza para la vida. Más de la mitad de todos los casos de cáncer, se detectan en las personas mayores de 65 años. En esta población, la preservación funcional y el mantenimiento de la calidad de vida están muy relacionados y en ocasiones representan el objetivo principal del tratamiento. Para ayudar al médico en esta tarea compleja se revisan textos que abarcan los temas de esperanza de vida, la comorbilidad, y la calidad de vida en la educación del tratamiento.

-
- 5** Boulton C. *et al.* Evaluación y tratamiento del paciente externo geriátrico. (Outpatients Geriatric evaluation and Management). *J Am Geriatr Soc* 1998;46:296-302.
-

Se describe el desarrollo y la operación de un modelo práctico de evaluación y tratamiento geriátrico por consulta externa (ETG) para adultos de la tercera edad de alto riesgo y residentes en la comunidad, a partir de un estudio realizado con beneficiarios de *Medicare* de 70 años o más con un estado médico estable aunque con mucha probabilidad de un ingreso

hospitalario futuro ($P_{ra} > 0,40$) ($n = 248$). Se midieron las características demográficas, clínicas y de uso hospitalario de los pacientes, la naturaleza y cantidad de los servicios de ETG, así como la satisfacción de los pacientes y de sus médicos de atención primaria. Al inicio del estudio el paciente promedio tenía 78,7 años de edad, tomaba 5,0 medicamentos por prescripción facultativa a largo plazo y era incapaz de realizar 0,5 (de 6) actividades de la vida diaria (AVD) y 1,4 (de 7) AVD instrumentales. Muchos pacientes (71,3 %) informaron días de hospitalización durante el año anterior. Cada uno de los 3 equipos interdisciplinarios (geriatra, practicante de cuidados geriátricos, enfermera y trabajador social) realizaron evaluaciones integrales y después brindaron atención primaria y control de casos a un grupo de 45 a 52 pacientes. Como promedio, la ETG requirió de 6 meses, durante los cuales los pacientes visitaron el consultorio de ETG 7,4 veces, fueron atendidos 10,4 de sus problemas activos, hablaron a los miembros del equipo de ETG por teléfono semanalmente y fueron remitidos a otros 2 especialistas. La mayoría de los pacientes (94,4%) completaron el programa de ETG, 66,7 completaron directivas avanzadas. Fue alta la tasa de satisfacción entre los pacientes y sus médicos de atención primaria. El costo del personal de ETG promedió unos 1 540 USD por paciente tratado. Se concluye que este modelo de ETG por consulta externa brindó cuidados intensivos durante 6 meses a un costo razonable.

-
- 6** Brummel-Smith K.V. Componentes esenciales de la atención geriátrica por organizaciones encargadas de promover la salud. (Essential components of geriatric care provided through health maintenance organizations). *J Am Geriatr Soc* 1998; 46: 303-8.
-

El rápido incremento de ancianos atendidos en las organizaciones promotoras de la salud (OPS) conlleva un sin número de oportunidades y desafíos. Las personas mayores que reciben los beneficios de las OPS tienen necesidades diferentes a las de los individuos más jóvenes, entre ellas, las que parten de las condiciones médicas a su disposición, de la probabilidad de tener deficiencias funcionales, y de las diferencias en su adaptación a la vida. Además, sus necesidades asociadas con la salud en ocasiones se extienden más allá de la atención médica y pueden incluir las relaciones con los familiares, con las personas encargadas de la atención a su salud, y con las agencias de la comunidad. En este artículo se describen los tipos de servicios de que deben disponer los ancianos en las OPS para promover su salud y su independencia, así como para prevenir enfermedades y para mejorar su calidad de vida. Los hallazgos están basados en deliberaciones llevadas a cabo durante el pasado año por el grupo de trabajo de las OPS sobre la forma de atención a la salud, convenidas bajo el auspicio de la Fundación Robert Wood Johnson.

-
- 7** Burl JB. *et al.* Los geriatras en la práctica de la atención a largo plazo: demostración de la efectividad en la atención controlada. (Geriatric nurse practitioners in long-term care: demonstration of effectiveness in managed care). *J Am Geriatr Soc* 1998; 46: 506-510.
-

Objetivo: Este estudio se realizó para analizar el impacto de la utilización de equipos formados por un geriatra y un médico (PAG/M) sobre los costos y la utilización de los servicios para una cohorte de beneficiarios de una Organización de Mantenimiento de la Salud (*Health Maintenance Organization*, HMO) perteneciente al programa de *Medicare*. Estas

personas residían en centros de atención a largo plazo. Los resultados serían utilizados por la organización para fomentar el desarrollo del Programa de PAG. *Diseño:* Análisis retrospectivo durante 1 año de los datos sobre los ingresos y costos para 1 077 participantes en una HMO residentes en 45 centros de atención a largo plazo. *Lugar:* Centros de atención a largo plazo con licencia, privados y no lucrativos, en un área de servicios de la HMO de la región central del estado de Massachusetts. Los centros incluidos en el estudio contaban con camas de atención calificada (certificadas por *Medicare*) y camas con custodia no calificada. *Mediciones:* Se recopilaron datos retrospectivos sobre los costos generales, ingresos financieros, traslados a unidades de urgencia (UU), días de hospitalización y días de atención subcrítica. *Resultados:* De los 1 077 residentes, 414 fueron atendidos por equipos de PAG/M en comparación con 663 atendidos no sólo por médicos. La atención crítica y los costos de las UU fueron significativamente menores para los pacientes atendidos por un equipo PAG/M. Hubo una ganancia de 72 USD por residente por mes (PRPM) con los pacientes atendidos por el equipo PAG/M, en comparación con una pérdida de 197 USD PRPM en el caso de los pacientes atendidos sólo por médicos. No se observaron diferencias significativas en las prescripciones o los servicios auxiliares. *Conclusiones:* El uso de PAG en colaboración con médicos redujo los costos de la atención crítica y de UU en una cohorte de participantes de HMO atendidos a largo plazo. Esto propició que las HMO apoyaran el concepto de que la atención a largo plazo de los residentes en centros atendidos por las HMO debe ser tarea de equipos formados por PAG/M.

8 Claver Martín MD. Actualización en la evaluación y tratamiento del *delirium*. Rev Esp Geriatr Gerontol 1998; 33(4):227-35.

El *delirium* es un cuadro frecuente en la práctica geriátrica y psicogeriátrica, sobre todo en pacientes hospitalizados. De su rápida identificación, del estudio de los factores causales implicados y su corrección, así como del adecuado abordaje terapéutico, depende en parte la evolución. Se describe como un trastorno agudo y reversible aunque cada vez son más numerosos los estudios en los que se asocia con una evolución tórpida que con frecuencia conduce a una pérdida de autonomía. Además se asocia con una elevada mortalidad a corto y mediano plazo. En este trabajo se hace una revisión sobre el diagnóstico y tratamiento del *delirium*, con especial énfasis en los aspectos terapéuticos ambientales que, aunque conocidos con frecuencia, no son tenidos en cuenta. Se revisan también las distintas posibilidades de tratamiento sintomático.

9 Cambbell SS y PJ. Murphy. Relaciones entre el sueño y la temperatura corporal en sujetos de mediana y avanzada edad. (Relationships between sleep and body temperature in middle-aged and older subjects. J Am Geriatr Soc 1998; 46:458-462.

Objetivo: Aunque se considera que los cambios en el sistema del ritmo circadiano son un factor fundamental en la declinación de la calidad del sueño que con frecuencia acompaña al envejecimiento, pocos informes han analizado en detalle esta relación. Por causa de que algunos tratamientos del insomnio relacionado con la edad se basan en supuestos cambios circadianos, es importante ampliar la limitada base de datos que trata en particular esta cuestión. Este estudio examinó los cambios en el sueño vinculados con la edad así como las

relaciones entre esos cambios en el sueño y las alteraciones en el sistema del ritmo circadiano en un grupo de sujetos de mediana y avanzada edad. *Diseño:* Se estudiaron 60 hombres y mujeres saludables con edades entre 40 y 84 años. Un subgrupo de sujetos de avanzada edad (< 65 años) había informado trastornos del sueño durante al menos 1 año antes de su participación en el estudio. Se obtuvo una polisomnografía y se registró la temperatura basal corporal de forma continua durante 24 h. Todos los registros se tomaron en el Laboratorio de Cronobiología, Departamento de Psiquiatría, Colegio Médico de la Universidad Cornell. *Resultados:* No se observaron diferencias en la calidad del sueño entre los sujetos de mediana edad y los de avanzada edad sin trastornos del sueño. Sin embargo, la sincronización de la temperatura corporal mínima se produjo más temprano en los de edad avanzada sin trastornos del sueño, en comparación con el grupo de mediana edad. En contraste, las personas de avanzada edad con trastornos del sueño presentaron tiempos más cortos de sueño total, una reducción en su eficiencia, un mayor tiempo despierto después del comienzo del sueño y una reducción en la proporción del sueño de MRO, en comparación con los sujetos de avanzada edad sin trastornos del sueño. Sin embargo, no se observaron diferencias entre los 2 grupos de edad avanzada en el ritmo de la temperatura corporal. Para todo el grupo, la edad se correlacionó negativamente con el tiempo total de sueño, su eficacia, el porcentaje de sueño de fase 2 y con la sincronización de la temperatura mínima. *Conclusión:* Los resultados apoyan la noción muy extendida de que con el envejecimiento se producen cambios en el sueño y en el ritmo circadiano. Sin embargo, la hipótesis de que los cambios en el sueño vinculados con la edad pudieran estar asociados con el envejecimiento del sistema circadiano fue sustentada sólo en un grado limitado, lo que indica que los trastornos del sueño vinculados con la edad es probable que tengan múltiples causas. Por ello, puede que sean más efectivas las estrategias terapéuticas que incorporan una combinación de intervenciones.

10 Chandler JM. Hadley EC. El ejercicio como vía para mejorar el comportamiento fisiológico y funcional en la tercera edad. (Exercise to improve physiologic and functional performance in old age). Clin Geriat Med 1996; 12(4): 761-84.

El ejercicio es una acción clave para promover la salud y la aptitud física. La escuela de Medicina Deportiva de los EE.UU. ha establecido recomendaciones bien definidas referidas a la calidad y cantidad de los ejercicios que se requieren para desarrollar y mantener la fuerza, la flexibilidad y la aptitud cardiovascular en los adultos sanos. Las investigaciones que apoyan estas ideas se basan en estudios realizados en adultos jóvenes y de mediana edad, todos sanos. Y ¿qué ocurre con los ejercicios para el anciano sedentario y ya sin buenas condiciones físicas? Pueden prescribirse ejercicios a los adultos de edad avanzada que mantengan o mejoren su salud y la aptitud física? Y ¿cómo recomendar ejercicios a ancianos cuya salud y condiciones físicas ya se encuentran comprometidas? ¿Puede el ejercicio ayudar a reducir la fragilidad? Estas preguntas ganan cada día más importancia cuando se deja ver el impacto económico y social de una sociedad que envejece rápido y se buscan medios rentables con los que evitar la fragilidad y prolongar la independencia del anciano. La fragilidad relacionada con los trastornos de la fuerza, la resistencia, el equilibrio y la movilidad que aumentan la propensión a las caídas, las lesiones y la mayor dependencia de otros, prevalece con el paso de los años. Las evidencias científicas actuales indican que una porción de la pérdida asociada con el envejecimiento se debe al no uso de esa

reserva y a la falta de acondicionamiento físico, lo cual puede revertirse con el ejercicio. Las respuestas ante el ejercicio han variado en los pacientes de la tercera edad. Las diferencias en el tipo y la intensidad del estímulo aplicado por el ejercicio, el estado de salud de los ancianos que participaron y los resultados evaluados, pueden en parte ser responsables de la inconsistencia de las conclusiones.

11 Connel BR. Función del medio ambiente en la prevención de las caídas. (Role of the environment in falls prevention). *Geriatr Med* 1996, 12(4): 859-80.

Se ha reconocido que los factores de riesgo ambientales existentes en el lugar donde ocurre una caída contribuyen a que los ancianos se caigan. En la misma medida en que las condiciones ambientales realizan una función en las caídas, las modificaciones de estas condiciones ayudan a su prevención. En general, la facilidad, el costo y la factibilidad de la modificación de las condiciones ambientales inherentes a las caídas, es posible que no sean inferiores a los de las acciones que se dirigen hacia otros tipos de factores de riesgo (factores que afectan la salud como los trastornos de la marcha y el equilibrio y las conductas riesgosas como el deficiente discernimiento de las actividades). A diferencia de las acciones dirigidas a tratar factores de salud y de conducta para modificar los riesgos de caídas en un solo sujeto, las acciones que abordan los factores de riesgo ambientales tienen la potencialidad de beneficiar a todos los sujetos que usan un espacio en el cual se han introducido mejoras en la seguridad. Además, al incorporar los cambios ambientales a las estrategias multidimensionales para la prevención de caídas, éstos pueden complementar y reforzar el impacto de las acciones para abordar los factores de riesgo en otros terrenos. Por ejemplo, el mejorar la calidad y la cantidad de la iluminación en el hogar y reducir las fuentes de deslumbramiento deben complementar los beneficios que aporten las medidas médicas y de rehabilitación que modifican los déficit visuales asociados con los riesgos de caídas.

12 Devanand DP. Tratamiento de los trastornos de conducta en la enfermedad de Alzheimer. (Behavioral complications and their treatment in Alzheimer's disease). *Geriatrics* 1997; 52(2): 37-9.

La agitación, las manifestaciones psicóticas y la depresión son complicaciones comunes en los pacientes con la enfermedad de Alzheimer. La agitación tiende a ser frecuente y persistente, mientras que las psicosis son menos comunes y moderadamente continuas. La depresión con signos vegetativos no es común y a veces no persiste. Los datos limitados disponibles, obtenidos de exámenes controlados sugieren que los neurolépticos deben ser la primera opción para el tratamiento de las psicopatías y de la agitación. Los anticonvulsivos como el valproato y las benzodiazepinas pueden utilizarse para tratar la agitación, si hay ausencia de psicosis. La trazodona y el zolpidem son hipnóticos efectivos y la buspirona sirve para tratar la ansiedad. Los inhibidores selectivos de consumo de serotonina deben ser la primera opción para tratar la depresión. Las bajas dosis de medicación psicotrópica se indican en particular para los neurolépticos y las benzodiazepinas. Los síntomas específicos y los efectos secundarios potenciales deben identificarse y controlarse durante el tratamiento. Las interacciones entre medicamentos pueden ser un problema y el uso de medicaciones psicotrópicas múltiples no se recomienda, dada su toxicidad neurológica potencial. Para evitar los efectos secundarios a largo plazo, y el tratamiento innecesario de síntomas que

pueden ser transitorios, debe valorarse periódicamente la posibilidad de disminuir o discontinuar la medicación psicotrópica.

- 13** Egbert AM. Tratamiento del dolor posoperatorio en los ancianos débiles. (Prospective pain management in the fail elderly). Clin Geriatr Med 1996; 12(3): 583-600.
-

Los ancianos categorizados como débiles padecen disminución de su estado funcional y de enfermedades crónicas además de la pérdida normal de la función orgánica por el paso de los años. El tratamiento del dolor posoperatorio está cargado de complicaciones potenciales. Cuando éste es inadecuado resulta psicológicamente dañino sobre todo en los ancianos débiles. El clínico se enfrenta con la delicada tarea de equilibrar la estrategia terapéutica y las posibilidades de los enfermos. Algunos progresos recientes en el tratamiento del dolor agudo pueden aliviar potencialmente estos problemas, aunque aún no se han aplicado lo suficiente a los ancianos débiles. Se informan las dificultades en el tratamiento del dolor posoperatorio y se analizan estrategias terapéuticas beneficiosas. Se hace énfasis en los nuevos medicamentos y se plantean métodos en general disponibles para el médico de atención primaria, aunque también se describen las técnicas habituales instituidas sólo por los anestesiistas.

- 14** Ferrer Cascales RI, Ribera Domene D, Reig Ferrer A. Diferencias psicosociales y de salud en personas mayores según el modo de participación en un estudio. Rev Esp Geriatr Gerontol 1998, 33(1): 5-12.
-

Se describen las características diferenciales de las personas mayores que han participado en un estudio sobre condiciones de salud, psicológicas y sociales, según el modo de participación: entrevista por correo frente a aquéllas que han tenido que ser visitadas posteriormente en sus domicilios para obtener su colaboración. Los instrumentos utilizados han sido: un cuestionario de detección de necesidades psicosociales y de salud (de elaboración propia), y el Perfil de Salud de Nottingham ([PSN], instrumento de medida de la calidad de vida relacionada con la salud). Han participado 170 personas (81 hombres y 89 mujeres) de las 488 censadas en dicha localidad en enero de 1993. Se comprobó que las personas que participaron inicialmente por correo en el estudio son más jóvenes que las que han tenido que ser visitadas después en sus propios domicilios ($t = -2,15$, $p = 0,0327$), autoevalúan su salud como más positiva ($X^2 = 7,03$, $p = 0,0296$), padecen un menor número de enfermedades ($t = -2,66$, $p = 0,0088$), tienen una mejor percepción de su vida actual ($X^2 = 6,13$, $p = 0,0296$), y desean realizar un mayor número de actividades de ocio ($t = 2,48$, $p = 0,0161$). En cuanto a las escalas del Perfil de Salud de Nottingham (energía, dolor, reacciones emocionales, sueño, aislamiento social y movilidad física), no han aparecido diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, aunque las personas que han sido visitadas en sus domicilios presentan más problemas en la mayoría de las escalas del PSN, sobre todo en la escala de energía. Se concluye que presentan mejores condiciones psicosociales y de salud las personas participantes en el estudio inicial al responder el cuestionario enviado por correo, que aquéllas que después fueron visitadas en sus propios domicilios para conseguir su participación. Esto es de enorme interés, pues las personas mayores que no participan al iniciarse los estudios o programas, que se pierden, suelen ser las más necesitadas de ayuda y con más problemas en las diversas áreas de la vida.

-
- 15** Fox SA, Roetzheim RG, Kington RS. Barreras para la prevención del cáncer en las personas de la tercera edad. (Barriers to cancer prevention in the older person). Clin Geriatr Med 1997; 13(1): 79-96.
-

La comparación de las frecuencias de utilización de los procedimientos de pesquiasaje del cáncer entre distintos grupos demográficos, brinda información importante para concentrar la atención en las barreras potenciales para su aplicación. La interpretación de las diferencias en estas frecuencias es compleja, pues para muchos procedimientos de pesquiasaje del cáncer no hay un consenso claro sobre el uso adecuado de los servicios. Por ejemplo, casi toda la comunidad médica está de acuerdo en que la pesquisa del cáncer de pulmón con radiografías de tórax no es un medio efectivo para mejorar la salud. Sin embargo, en otros procedimientos tienen incluso una amplia aceptación, como el de la mamografía para detectar el cáncer de mama. Hay en ocasiones divergencias significativas en los detalles de las recomendaciones del pesquiasaje entre los conjuntos de recomendaciones promulgadas por varias organizaciones. La falta de consenso es importante, pues influye en la identificación de los grupos demográficos, con independencia de que puede tener implicaciones clínicas desfavorables al no aceptarse que el uso del procedimiento en el pesquiasaje tiene un impacto positivo para la salud. Sin embargo, la evidencia sugiere un cambio sustancial en el uso de los servicios de pesquisa preventiva del cáncer ampliamente aceptados entre los grupos demográficos.

- 16** Gambert SR. Abuso de la ingestión de alcohol: efectos médicos del alcoholismo en la tercera edad. (Alcohol abuse: medical effects of heaving drinking in late life). Geriatrics 1997; 52:30-7.
-

¿Achaques de la vejez o alcoholismo? Se conoce que por razones fisiológicas, las personas de edad avanzada son mucho más vulnerables a sufrir en su organismo las concecuencias derivadas del alcoholismo, ya sea agudo o crónico. Junto con la vejez, sobreviene el aumento de la frecuencia de los latidos cardíacos y la vasodilatación periférica, los cuales son factores que pueden dar lugar a serios problemas circulatorios. También en el período de la ancianidad es mayor el peligro de contraer trastornos metabólicos. Las personas que durante esta etapa de la vida consumen alcohol constantemente pueden sufrir inflamaciones en el aparato digestivo (estomatitis, gastritis, pancreatitis). Como consecuencia de un daño hepático por la acción del alcohol, puede producirse una serie de trastornos hormonales y hemáticos, aparte de la posibilidad de que se desarrolle cardiomiopatía con isuficiencia cardíaca consecutiva. Si a todo ello se agrega una nutrición deficiente, el anciano puede ser víctima de trastornos producidos por la carencia de elementos tan importantes como el ácido fólico, la vitamina B₁₂, la vitamina D y la tiamina, además de las sustancias minerales. Hoy está en discusión si la carencia de tiamina puede causar el Síndrome de Korsakoff, erróneamente interpretado como demencia senil.

- 17** Israel-Ancori S. Los trastornos del sueño en los ancianos: mitos para la cama. (Sleep problems in older adults: putting myths to bed). Geriatrics 1997; 52(1):20-30.
-

Se cree que las personas de edad avanzada requieren dormir menos. Sin embargo, más que la propia necesidad del sueño, es la capacidad de conciliarlo lo que disminuye con la edad.

Los ancianos objetivamente, duermen más durante el día, lo cual indica que no duermen lo suficiente en las noches. Su sueño se interrumpe por los cambios que se produzca en su frecuencia cardíaca, por problemas respiratorios (apnea), por los movimientos involuntarios de sus miembros durante el reposo, por padecer alguna enfermedad psiquiátrica, por el efecto de algún medicamento, o por malos hábitos al dormir. Los médicos pueden concentrar su atención en cada una de estas causas para tratar que los ancianos aprovechen las horas nocturnas para su descanso y hagan un uso adecuado del horario diurno.

18 Lee SW, Wei JY. Interacciones moleculares del envejecimiento y el cáncer. (Molecular interactions of aging and cancer). Clin Geriatr Med 1997; 13(1):69-78.

La incidencia del cáncer se incrementa de forma progresiva con la edad. La vejez es uno de los mayores factores de riesgo para el desarrollo del cáncer. La mayor incidencia del cáncer relacionada con la edad se ha interpretado desde hace mucho para sugerir que los múltiples cambios genéticos condicionan la aparición del mal. Las células cancerosas se diferencian de las normales en muchos aspectos como son la pérdida de la capacidad de diferenciación, de la mayor propensión a ser invadida y la menor sensibilidad a los medicamentos. Los diversos tipos de cáncer en los seres humanos en general se originan a partir de una serie de alteraciones múltiples en el conjunto de genes específicos que normalmente regulan el crecimiento y la diferenciación celular. Estas alteraciones pueden conllevar la activación de oncogenes, la desactivación de genes supresores de tumores o también la activación de genes de factor de crecimiento y sus receptores. En la génesis natural de los tumores en los seres humanos, los oncogenes se originan a partir de genes celulares endógenos conocidos con el nombre de foto-oncogenes, cuyo surgimiento tiene lugar por causa de una variedad de eventos submicroscópicos, que pueden dar motivo a una activación funcional inadecuada. El gen v-src fue el primer oncógeno identificado capaz de convertir una célula normal en tumoral. En 1976, una forma no oncogénica del gen v-src llamada foto-oncógeno fue descubierta en las células normales por el grupo de Bishop y Varmus. El gen celular apareció como algo normal involucrado en el control del crecimiento celular. Se convirtió en un oncógeno después de la mutación y fue entonces que provocó tumores. El alelo mutado de un oncógeno es funcionalmente superior a un alelo de tipo natural cuando ambos coexisten en una misma célula. Docenas de foto-oncogenes similares se han identificado hace poco en animales y seres humanos. Casi todos ellos tienen códigos para las proteínas, presentes en los caminos de señalización que regulan el crecimiento celular.

19 McCarten JR. Reconocimiento clínico de la demencia: De quién se sospecha, a quién se analiza (Recognizing dementia in the clinic: whom to suspect, whom to test). Geriatrics 1997; 52(2): 17-21.

La demencia, en particular la enfermedad de Alzheimer, afecta a millones de americanos, cuesta miles de millones de dólares a la sociedad y provoca un incalculable número de víctimas. A pesar de estas asombrosas estadísticas, no se le brinda aún la debida atención a este trastorno desde el punto de vista clínico. Si bien se emplean muchos argumentos para justificar esta deficiencia, no es menos cierto que existen muchas razones importantes para diagnosticar el síndrome. Cuando la demencia no se reconoce, el paciente corre el riesgo de

tener muchas complicaciones, dadas por errores en la medicación, o en una atención deficiente, con independencia de que puede llevarlo al desastre financiero; a sufrir accidentes en la vía, en el hogar y en el trabajo, así como provocar conflictos en sus relaciones humanas con familiares y amigos. Con ello se le niega la oportunidad de aspirar a un futuro más sano y feliz y a comprender mejor la naturaleza y la forma de enfrentar su enfermedad. El reconocimiento de la demencia progresiva debe ser una prioridad para todos los que tienen que ver con la atención a la salud de las personas de edad avanzada.

-
- 20** Monane M, Avorn J. Medicamentos y caídas. Causas, correlación y prevención. (Medications and falls. Causation, correlation and prevention). *Clin Geriatr Med*, 1996; 12(4):847-58.
-

Una buena comprensión de la medicación y de las caídas precisa de una apreciación correcta de la interrelación de ambos aspectos en personas de 65 años y más. Se muestra la literatura médica actual sobre estos temas y se introducen los métodos para abordarlos. Además, se debaten los retos en las investigaciones con sugerencias para la realización de investigaciones futuras. La importancia creciente del medicamento en la tercera edad es en parte consecuencia de tendencias demográficas. Si bien 13 % de la población norteamericana tiene más de 65 años, este grupo de la tercera edad consume casi 30 % de todos los medicamentos. Los ancianos también representan 25 % de todas las consultas médicas, así como 32 % de todas las recetas de medicamentos extendidas. Los gastos nacionales del sector de la salud en el renglón de los medicamentos se han incrementado rápido, de unos diez mil millones de dólares en 1965 a veinte mil millones en 1980, hasta llegar a casi sesenta mil millones en 1995. La incidencia anual de las caídas en la tercera edad es casi de 220 por cada 1 000 lo que implica unos siete millones de caídas anualmente. En 1948, Sheldom realizó un estudio de referencia por entrevistas, basado en una muestra aleatoria de ancianos residentes en Inglaterra. En una larga serie de puntos relacionados con la salud estaba la cuestión: ¿es propenso a las caídas? 43 % de las mujeres y 21 % de los hombres respondieron afirmativamente. Desde ese momento, varios estudios han abordado los índices de caídas en la comunidad.

-
- 21** Moore I. Vivir con la enfermedad de Alzheimer: comprensión de la perspectiva familiar y del paciente. (Living with Alzheimer's: Understanding the family's and patient's perspectives). *Geriatrics* 1997; 52(2):33-6.
-

Con el envejecimiento, toda persona se afecta al deteriorarse algún elemento físico, financiero, cognoscitivo, o psicosocial que ha tenido alguna importancia durante su vida. Los pacientes con la enfermedad de Alzheimer y sus familiares, en ocasiones presentan una complicada variedad de necesidades. La actual interpretación de la enfermedad de Alzheimer y de los problemas a ella asociados debe considerar la sensibilidad emocional de las personas que sufren sus efectos. Un enfoque con la perspectiva familiar y la del propio enfermo, constituye un factor crucial para el éxito de todo plan asistencial.

-
- 22** Maddox M, *et al.* Enfoques positivos para la atención de la demencia en el hogar. (Positive approaches to dementia care in the home). *Geriatrics* 1997; 52(2):54-8.
-

Quienes tienen a su cargo la atención de la salud, deben seleccionar las intervenciones adecuadas para los dementes, pues con ello ayudan a los familiares a comprender los cambios que sufren sus seres queridos y a aprender cómo enfrentar los desafíos que conlleva su

cuidado. Este Programa de Atención a la Demencia prescribe estrategias apropiadas para desarrollar otras habilidades funcionales en el paciente mientras disminuye su capacidad de percepción. La asistencia al enfermo con un enfoque interdisciplinario y la terapia ocupacional permiten una evaluación más integral a la aplicación de estrategias orientadas a obtener mejores resultados y prevenir o reducir los trastornos de conducta comunes en los dementes. El uso de los niveles cognoscitivos establecidos por Allen brinda una estructura que permite planes de atención más precisos e intervenciones más exitosas para los profesionales y familiares que asisten a las personas con trastornos demenciales.

- 23** Monforte Porto JA, Fernández Rojo C, Díez Boizas J, Toranzo Martín I, Alfonso Jiménez MM, Franco Martín MA. Prevalencia de la depresión en el anciano que vive en residencias. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998; 33(1):13-20.
-

La depresión constituye un problema sanitario y social frecuente. La depresión en el anciano es cada vez mayor y afecta directamente sobre la calidad de vida del que la sufre. Por este motivo se realizó un estudio sobre la prevalencia de síntomas depresivos y depresión en ancianos institucionalizados en la provincia de Zamora. Se estudió un total de 558 ancianos a los que se aplicó el GDS, Zung-Conde para la depresión e Índice de Barthel para la medición de la autonomía personal. Se encontró que 30 % de los ancianos padecen síntomas depresivos, y se estableció asociación entre depresión y autonomía personal. Se concluye que es muy importante conocer la existencia de depresión en el anciano institucionalizado y proceder a su tratamiento. Ello mejoraría su calidad de vida.

- 24** Nguyen DMT. Función de la medicina física y la rehabilitación en el tratamiento del dolor. (The role of physical medicine and rehabilitation in pain management). *Clin Geriatr Med* 1996; 12(3):517-30.
-

La práctica de la medicina física y la rehabilitación se orienta hacia lograr la máxima recuperación funcional posible del paciente con deterioro y discapacidad física. Este modelo terapéutico se puede aplicar en los pacientes geriátricos con dolor y con múltiples problemas médicos crónicos. El dolor osteomuscular crónico que involucra a la espalda y a las articulaciones apendiculares es más frecuente en los ancianos. Con un estudio simple los dolores crónicos de los pacientes geriátricos tienen más probabilidades de ser reconocidos como manifestaciones de estenosis espinal, artritis y osteoporosis. Los pacientes con estas dolencias, han mostrado una mejoría significativa con el tratamiento recibido en un centro para el dolor, medido por las escalas de proporción sobre la percepción del dolor, el estado funcional, y la habilidad ocupacional en varias variables de comportamiento, discapacidades y en las metas de modificación del centro para el dolor.

- 25** Olazarán Rodríguez J, Bermejo Pareja F. Tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer: logros y perspectivas. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998; 33(1):27-41.
-

Se presenta una visión panorámica de los tratamientos farmacológicos más investigados en la enfermedad de Alzheimer (EA). En lo referente al deterioro cognitivo, se presentan las pruebas de mayor relevancia realizadas en pacientes con EA definida. Aunque sólo la tacrina

y el donepezilo han mostrado eficacia clínicamente significativa, cabe esperar que pronto se disponga de fármacos de eficacia similar. En la segunda parte se ofrecen algunas líneas de actuación para el tratamiento farmacológico de los trastornos conductuales asociados, basadas en las pruebas abiertas disponibles y en la experiencia de los autores.

26 Olmi P, Cefaro GA, Balzi M, Becciolini A, Geinitz H. Radioterapia en los ancianos. (Radiotherapy in the aged. Clin Geriatr Med 1997; 13(1):143-68.

La esperanza de vida en los países industrializados ha llegado a ser casi de 73 años en los hombres y de 80 en las mujeres. La esperanza de una vida activa es de 10 y 8 años respectivamente para las personas de 65 y 70 años de edad. Por otra parte, la población mayor de 85 años es el segmento de más rápido incremento de la población. Según los cálculos basados en las tasas de crecimiento actual, las personas mayores de 85 años representarán 20 % de la población por encima de los 60 años para el año 2020. La neoplasia es una enfermedad muy difundida entre los ancianos. En 1936, Bauer ya había planteado que "el problema del cáncer coincide con el problema de senilidad". Hoy día se estima que cada año surgen en el mundo siete millones de nuevos casos de cáncer. De éstos, 50 % acontecen en los países industrializados, donde reside la cuarta parte de la población total mundial y casi las dos terceras partes de la población anciana. Se reporta la incidencia de los tumores más frecuentes en la población de 65 años de edad y más, para el año 1994 en los EE.UU., y se muestra la proyección de los casos incidentes en este país hasta el año 2030. Tratar el tema del cáncer en los ancianos requiere algunos análisis. En primer lugar hay que establecer si las acciones que resultan efectivas para reducir las defunciones por cáncer en los pacientes más jóvenes son válidas para los ancianos enfermos. Estas acciones incluyen el pesquiasaje y la detección temprana, la determinación adecuada de la fase del mal y su tratamiento. Segundo, es necesario explorar formas de tratamiento que prometan resultados más favorables en los pacientes de edad avanzada con reservas fisiológicas. La radioterapia es una modalidad muy conveniente para los ancianos, por su efectividad curativa y paliativa y su limitada toxicidad. Se analiza la información actual relacionada con la efectividad y toxicidad de la radioterapia en los pacientes ancianos, así como las posibilidades para alcanzar aún mejores resultados con su aplicación.

27 Ortiz de Solórzano Aurora FJ, Yarritu Villanueva C, Obelar Bernal L, Aguilera Sanz JJ, Fraile Jiménez E, Alvarez Rabanal R. Hernias de Spiegel en el anciano: a propósito de siete casos. Rev Esp Geriatr Gerontol 1998; 33(1):43-6.

Se presentan 7 pacientes a los que se les realizó cirugía por una hernia de Spiegel, 6 mujeres (85,7 %) y 1 hombre, con edades comprendidas entre los 66 y 93 años (media 74,5). En 4 pacientes (57,1 %) se trató de una cirugía urgente por un episodio de estrangulación. En 4 pacientes (57,1 %) la hernia se localizaba en el lado derecho. En 3 pacientes la ecografía de la pared abdominal detectó la patología herniaria. Todas las hernias se encontraban en posición infraumbilical y el saco herniario se localizaba por debajo del músculo oblicuo mayor. El contenido herniario en 4 pacientes era intestino delgado; fue necesario realizar una resección intestinal y una resección de epiplón. No existió mortalidad y las complicaciones presentadas fueron la infección de herida operatoria e infección urinaria. La estancia posoperatoria media fue de 6,1 d. Durante el seguimiento no se detectaron recidivas. En el

trabajo se realiza una revisión de la incidencia, clínica, diagnóstico y tratamiento de esta hernia poco frecuente de la pared abdominal.

- 28** Ouslander JG. *et al.* Incontinencia urinaria nocturna e interrupción del sueño entre residentes de hogares de ancianos. (Nighttime urinary incontinence and sleep disruption among nursing home residents). *J Am Geriatr Soc* 1988; 46:463-466.
-

Se evaluó la relación entre los episodios de incontinencia urinaria y la interrupción del sueño en una muestra de 73 residentes de 3 hogares de ancianos comunitarios. Se recopiló información durante un período de estudio inicial y casi 2 meses después, esto sirvió como control para los hogares donde se aplicó la intervención conductual. Los episodios de incontinencia fueron identificados por medio de almohadillas contra incontinencia conectadas a un dispositivo para detectar humedad de 10 mL o más. El sueño fue monitoreado por medio de actígrafos inalámbricos, colocados en la muñeca. Los cambios de luz y ruido fueron monitoreados por medio de dispositivos de registro colocados al lado de la cama. Los registros cubrieron 403 noches durante las cuales se detectaron 1 715 interrupciones del sueño a partir de 10 min consecutivos y se produjeron 1 168 episodios de incontinencia. Sólo 4 % de las interrupciones del sueño se asocian con un episodio de incontinencia y nada más que 23 % de los episodios de incontinencia se produjeron durante períodos de al menos 10 min consecutivos de sueño. En cuanto a estos episodios de incontinencia sólo 12 % de ellos pareció haber despertado al residente. Estos datos plantean interrogantes respecto a la relación entre los episodios de incontinencia y la interrupción del sueño en residentes de hogares de ancianos con incontinencia crónica. Los hallazgos deben ser interpretados con cautela, dadas las limitaciones en las tecnologías y definiciones utilizadas para identificar el sueño, las interrupciones de éste y los episodios de incontinencia. Aunque son difíciles de realizar desde el punto de vista logístico y técnico, se hacen necesarios los estudios donde se utilicen registros polisomnográficos del sueño para estudiar de forma más profunda estas importantes asociaciones.

- 29** Ravaglia G, Forti P, Maioli F, Boschi F, Cicognani A y Gasbarrini G. Medición de la grasa corporal en hombres sanos de la tercera edad: comparación de métodos. (Measurement of body fat in healthy elderly men: a comparison of methods). *The Journals of Gerontology Medical Sciences*, 1999; 54(2):M70-M76.
-

Antecedentes: La evaluación nutricional de las personas de la tercera edad es muy importante. En la práctica clínica se utilizan métodos de valoración de la composición corporal que constan de 2 componentes como son la antropometría y la impedancia bioeléctrica, pero es posible que sus postulados fundamentales sean invalidados en la persona adulta mayor. La absorción de rayos X y doble energía es un método bastante nuevo para hacer mediciones directas y fiables de la masa corporal en sus 3 componentes básicos: contenido total de mineral en los huesos del cuerpo (CTMHC), masa de tejido magro sin minerales (MTM) y la grasa. En este estudio, los estimados del porcentaje de grasa corporal derivados de la antropometría y la impedancia bioeléctrica, encontrados en hombres de diversas edades se compararon con las mediciones correspondientes a absorciometría. *Métodos:* Se estimó el porcentaje de grasa corporal en 67 hombres entre los 20 y los 95 años por medio de mediciones antropométricas (espesor de los pliegues de la piel, índice de masa corporal),

impedancia bioeléctrica y la absorciometría. Se utilizaron ecuaciones por edad específica para la antropometría y la impedancia. Se calcularon los límites de concordancia entre la absorciometría y los demás métodos. *Resultados:* Las ecuaciones basadas en el índice de masa corporal y en la impedancia bioeléctrica sistemáticamente calcularon en exceso el porcentaje de grasa corporal si se compara con el medido por la absorciometría en personas de todas las edades. La diferencia entre métodos en lo referente a la absorciometría y el espesor de los pliegues de la piel fue menos marcada, pero en personas mayores de 80 años, el porcentaje de grasa corporal señalado por las mediciones de los pliegues estuvo por debajo del que correspondió a la absorciometría. La variación entre los individuos relacionada con la edad en cuanto al CTMHC y en la mineralización de la masa libre de grasa podría explicar en parte las diferencias entre la absorciometría y los demás métodos. *Conclusiones:* Por limitaciones prácticas, la antropometría y la impedancia bioeléctrica a menudo constituyen las únicas opciones disponibles para valorar la composición del cuerpo en la rutina clínica, por lo tanto, se indica la necesidad de un estudio posterior sobre la validez y el mejoramiento de estos métodos aplicados en personas de la tercera edad.

30 Robinson B, Beghé C. El pesquiasje del cáncer en el anciano. (Cancer screening in the older patient). Clin Geriatr Med 1997; 13(1):97-118.

El tratamiento de algunos tipos de enfermedades malignas ha sido mucho más efectivo durante las últimas cuatro décadas y su detección precoz ha posibilitado el logro de mayores índices de supervivencia con mejoría en las tasas de supervivencia para los tipos. Los índices de mortalidad por cáncer continúan siendo elevados, y su proporción es mayor en las personas de edad avanzada. Alrededor de la mitad de las defunciones por cáncer ocurren en 12 % de la población mayor de 65 años. La identificación y el tratamiento del cáncer en estado presintomático debe orientarse básicamente a mejorar el estado de salud y el estado de los pacientes, con especial énfasis en aspectos tan importantes como su confort, sus relaciones interpersonales, la actividad física, la autoestima y otros elementos que determinan la calidad de vida. Algunos médicos consideran que la elevación de la supervivencia por los esfuerzos clínicos en la identificación y el tratamiento del cáncer presintomático ocasiona alguna reducción en la calidad de vida de los pacientes sometidos a tratamiento. Esta reducción puede tener su explicación por causa de la pérdida de tiempo, la comodidad y el dinero invertido en la atención médica necesaria para encontrar y tratar el cáncer. Un componente principal del cuidado a los ancianos plantea que mientras se envejece son más marcadas las diferencias. En los pacientes más jóvenes y vigorosos, se pueden establecer a veces valores comunes con respecto a la esperanza de vida. Las recomendaciones para el pesquiasje pueden definirse con mayor facilidad para los grupos de la misma edad y sexo, en los cuales se pueden hacer cálculos justos de los valores relativos a la esperanza de vida. En las personas de edad avanzada y, en particular en relación con su supervivencia, se reconocen diversos estados de salud y diferentes filosofías clínicas.

31 Rubenstein LA, Josephson KR, Osterweil D. La prevención de las caídas en los hogares de ancianos. (Falls and fall prevention in the nursing home). Clin Geriatr Med 1996; 12(4):881-902.

Las caídas son particularmente problemáticas cuando ocurren en hogares de ancianos. Al igual que la comunidad, las caídas en los hogares de ancianos pueden suceder por diversas

causas y se han identificado múltiples factores de riesgo que las predisponen, no obstante, existen aspectos exclusivos del hogar de ancianos y de su frágil población que convierte las caídas en un especial desafío. Del mismo modo que se deben evitar las caídas, hay que emplear un método terapéutico sistemático para los que ya las hayan sufrido y también prestar especial atención a la identificación y reducción de los factores de riesgo entre las personas mayores y frágiles, que aún no se han caído. Este artículo presenta una revisión del problema de las caídas en el hogar de ancianos y se concentra en las causas identificables, los factores de riesgo y los métodos preventivos.

32 Salom IR. Control del peso y nutrición: saber cuando intervenir. (Weight control and nutrition: Knowing when to intervene). *Geriatrics* 1997; 52(1):33-41.

El peso promedio de los adultos estadounidenses se incrementa, a pesar de las altas sumas de dinero invertidas para tratar de disminuirlo. El alto peso promedio en la mediana edad, se asocia con una mayor mortalidad y morbilidad mientras pasan los años para cada individuo. Sin embargo, existen diversos criterios en cuanto a los niveles de peso adecuados. Las tablas actuariales comúnmente utilizadas no dan cuenta acerca de si la forma en que las personas de mediana edad aumentan de peso es modesta o normal. Por lo tanto, son más recomendables las tablas ajustadas por edad. El tratamiento de la obesidad, uno de los trastornos de malnutrición más frecuente, resulta difícil por lo que debe interpretarse como una "enfermedad crónica", además de considerarse en el contexto de otros riesgos para la salud.

33 Sheehan DC, Forman WB. Tratamiento sintomático de las personas de mayor edad con cáncer. (Symptomatic management of the older person with cancer). *Clin Geriatr Med* 1997; 13(1):203-20.

Más de 50 % de las enfermedades malignas afectan a las personas mayores de 65 años. Muchas de ellas no se detectan a tiempo y requieren un tratamiento que los ancianos no desean o no pueden tolerar. En relación con esto, el control de los síntomas se convierte en el mejor recurso terapéutico. Los síntomas en los pacientes con cáncer avanzado pueden atribuirse a la forma de evolución de la propia enfermedad, al tratamiento fijado, a la falta de vigor, a un estado nutricional deficiente, o a otras ajenas al cáncer. En un estudio prospectivo realizado recientemente con 1 000 pacientes, se pudieron establecer los síntomas asociados con varios tipos de cáncer avanzados. La edad promedio en los afectados de pulmón avanzado fue de 64 años, de 61 en los pacientes con cáncer renal, y de 70 en los que sufrían cáncer de próstata. Se demostró que los síntomas más comunes eran también los más graves. El dolor fue el más frecuente de todos los síntomas para ambos sexos, la disnea afectó más a los hombres, mientras que la fatiga precoz estaba más presente en las mujeres. La cantidad de síntomas osciló entre 1 y 27, con una media de 11 y hubo diferencias significativas por sexo o por la localización primaria del cáncer. En un estudio retrospectivo anterior realizado con 100 pacientes, se obtuvo que durante la última semana de vida 99 % de ellos se quejaba de dolor, 46 % de disnea y 39 % sufría otras perturbaciones. Los síntomas que no se logran aliviar pueden producir un impacto negativo, en la calidad de vida, pues ejercen su efecto en la morbilidad y causan estados depresivos, trastornos del sueño; además de influir en la reducción de la participación del enfermo en actividades sociales, en

su malnutrición, en su disfunción cognoscitiva, en el uso excesivo de fármacos, en el desarrollo de trastornos de locomoción y en el sufrimiento frecuente de caídas.

-
- 34** Smyrnios N. Estrategia de 6 partes para el tratamiento del asma en los ancianos. (Asthma: A six-part strategy for managing older patients). *Geriatrics* 1997; 52(2):36-44.
-

El asma es una enfermedad común y seria en los ancianos que en ocasiones se diagnostica mal y no se trata correctamente. Las estrategias terapéuticas recién publicadas por los grupos de consenso son efectivas y con algunas modificaciones, se pueden aplicar en el tratamiento de las personas de la tercera edad. En el diagnóstico diferencial se deben considerar la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la bronquioestasis y el fallo cardíaco congestivo, los cuales pueden confundirse con el asma. Así todos los pacientes con sospecha de asma deben someterse a un estudio de función pulmonar. El tratamiento se basa en una estrategia a 6 partes, consistente en la educación, la medicación objetiva de la función pulmonar, el control ambiental, la medicación para el control del asma aguda y crónica, y su seguimiento regular. Las consideraciones especiales en los pacientes ancianos incluyen las medidas para mejorar su actitud ante el tratamiento y sobre esa base poder concentrar la atención en la interacción de los medicamentos y las enfermedades coexistentes.

-
- 35** Thom D. Variación en los estimados de la incidencia de incontinencia urinaria en la comunidad: Efectos de las diferencias en la definición, las características de la población y el tipo de estudio. (Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community: Effects of differences in definition, population characteristics, and study type). *J Am Geriatr Soc* 1998; 46(4):473-480.
-

Los estimados de la incidencia de incontinencia urinaria entre los adultos en la comunidad varían de 2 a 55 %. Se estudió la literatura para conocer el grado de las diferencias en la definición de la incontinencia por edad y sexo de las poblaciones estudiadas, tasas de respuestas, las técnicas de medición, o la locación pueden explicar las diferencias en las incidencias informadas. Se realizó una búsqueda bibliográfica para localizar todos los estudios publicados en inglés que abordaban la incidencia de la incontinencia urinaria en muestras poblacionales de adultos. Se resumió la información para adaptarla al estudio encaminado a definir la forma de manifestación de la incontinencia urinaria y su incidencia por grupos de edad y sexo. También se resumió, donde fue posible, la incidencia por tipo de incontinencia. La estratificación se aplicó para obtener los estimados de incidencia específicos por edad, sexo y frecuencia de la incontinencia. Se examinaron los datos para establecer asociaciones entre las incidencias y el tipo de investigación, la tasa de respuestas, el año y el lugar de la investigación. Un total de 21 estudios coincidieron en los criterios. La estratificación de la incidencia por frecuencia, sexo y edad redujo, significativamente, la variación en los estimados de incidencia. Para las mujeres ancianas, la incidencia estimada de incontinencia urinaria en un rango de 17 a 55 % (valor medio = 35 %, promedio unificado = 34 %) y en la incontinencia diaria se obtuvo un rango de 3 a 17 % (valor medio = 14 %, promedio unificado = 12 %). Para los ancianos del sexo masculino, la incidencia de la incontinencia se estimó de 11 a 34 % (valor medio = 17 %, promedio unificado = 22 %), y de 2 a 11 la incontinencia diaria (valor medio = 4 %, promedio unificado = 5 %). Con el estudio se

demostró que la incidencia de la incontinencia fue en general de 1,3 a 2,0 veces mayor para las mujeres que para los hombres comprendidos en este grupo de edad. Entre los adultos más jóvenes y los de mediana edad, la incidencia de incontinencia estuvo en un rango de 12 a 42 % (valor medio = 28 %, promedio unificado = 25 %) para las mujeres y de 3 a 5 % (valor medio = 4 %, promedio unificado = 5 %) para los hombres. La proporción de la incidencia de la incontinencia en las mujeres y los hombres en este grupo de edad se comportó en general dentro del rango de 4,1 a 4,5 %. La incontinencia por estrés predominó en las mujeres jóvenes, mientras que la incontinencia activa y la mixta fue más frecuente en las ancianas. Hubo una tendencia de los estudios a utilizar las entrevistas en persona para reportar las incidencias más altas. Se concluye que un estimado preciso de la incidencia de la incontinencia urinaria depende específicamente de la definición de incontinencia y de los grupos de intereses por edad y sexo.

36 Vokonas RS, Kannel WB. La diabetes mellitus y la cardiopatía coronaria en la tercera edad. (Diabetes mellitus and coronary heart disease in the elderly). Clin Geriatr Med 1996; 12(1):69-78.

La diabetes mellitus y la cardiopatía coronaria son situaciones clínicas muy entrelazadas, especialmente en las personas de la tercera edad. La cardiopatía es la manifestación clínica más común de la aterosclerosis relacionada con la diabetes, la mayoría de los fallecimientos en pacientes diabéticos, son atribuibles a las cardiopatías coronarias. Por lo tanto, sería muy útil una revisión detallada de las múltiples facetas de esta interrelación para comprender las complejidades de estas enfermedades y el desarrollo de métodos encaminados al control clínico y preventivo, tanto de los pacientes diabéticos ancianos con riesgo de desarrollar una cardiopatía como de aquellos que padecen de diabetes y de cardiopatía a la vez.

37 Wolinsky FD. *et al.* Secuelas de la hospitalización por accidentes vasculares encefálicos en ancianos. (The sequelae of hospitalization for ischemic stroke among older adults). JAGS 1998; 46:577-582.

Se calculó el efecto independiente de la hospitalización por accidentes vasculares encefálicos isquémicos sobre el estado funcional, la posterior hospitalización y la mortalidad de personas de la tercera edad. A tal efecto se hizo un análisis secundario del estudio longitudinal sobre el envejecimiento de representatividad nacional. La información obtenida en entrevistas iniciales (1984) se vinculó con los registros de defunciones y de hospitalizaciones de *Medicare* para el período 1984-1991 y con los informes sobre el estado funcional en 3 seguimientos bienales. Las entrevistas fueron personales y telefónicas y se realizaron a 6 071 ancianos no hospitalizados de 70 años o más. La hospitalización por accidentes vasculares isquémicos fue definida por haber sufrido uno o más episodios con códigos ICD9-CM de alta primaria de 433,0-434,9, 436 y 437,0-437,1. Se utilizaron 2 grupos de referencia: los hospitalizados por razones diferentes a accidentes vasculares encefálicos y los que no fueron hospitalizados. Los métodos estadísticos empleados fueron los riesgos proporcionales multivariantes, los métodos logísticos y la regresión lineal. El cociente de riesgos ajustado por haber tenido un diagnóstico primario en el alta hospitalaria de accidente vascular encefálico con referencia a la mortalidad fue de 7,57 (IC 95 % = 6,47 a 8,85) vs. 3,67 (IC 95 % = 3,28 a 4,10) por haber sido hospitalizado por otro motivo diferen-

te a un accidente vascular encefálico (ambos cocientes comparados con la categoría referencial de aquéllos que no fueron hospitalizados) No fue significativamente elevado el producto cruzado ajustado por una hospitalización posterior, asociada con un diagnóstico primario en el alta hospitalaria de accidente vascular encefálico isquémico (comparado con la hospitalización por otro motivo diferente (PCA = 1,16, IC 95 % = 0,94 a 1,42). Sin embargo, fueron significativos ($p < 0,001$) los aumentos porcentuales en la cifra posterior de episodios hospitalarios del precio total y del tiempo de estadía total para aquellos que fueron hospitalizados por un accidente vascular encefálico isquémico, en comparación con aquellos que lo fueron hospitalizados por otras causas. Estos incrementos porcentuales fluctuaron entre 16,3 y 39,0 %. La hospitalización por un accidente vascular encefálico isquémico también se relacionó significativamente con mayores incrementos en la cifra media ajustada por regresión de actividades instrumentales de la vida cotidiana y de limitaciones funcionales de la parte inferior del cuerpo en el seguimiento. Se concluye que la hospitalización por accidentes vasculares encefálicos isquémicos de adultos de la tercera edad, incrementa de forma significativa el riesgo de su posterior mortalidad, el volumen de consumo de recursos hospitalarios y de un mayor deterioro funcional, incluso cuando se compara con la hospitalización por otras causas. Por esta razón es necesario prestar una mayor atención a la prevención y el tratamiento de los accidentes vasculares encefálicos isquémicos.
