Revista Argentina de Gerontología y Geriatría

Órgano de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría

Diciembre 2023

TOMO XXXVIII - AÑO 37 - Nº 1

ISSN 2525-1279

Paratonía en personas mayores con deterioro cognitivo global que residen en una institución de larga estadía

Parathonia in older people with global cognitive impairment who live in a long term care facility

Incidencia de SARS-Cov2 en trabajadores de la salud (TDS) de una residencia de larga estadía (RLE), riesgo de contagio y herramientas para la toma de decisión/acción en situación de crisis

Incidence of Sars-Cov-2 among healthcare workers (HCWS) in a long-term care facility (LTCF), risk of transmission, and decision-making tools in crisis situations

Enfoque gerontológico integral de un paciente con miositis y cáncer de parótida

Comprehensive gerontological approach in patient with myositis and cancer parotid

El consumo problemático de sustancias químicas en personas adultas mayores. La construcción de un problema social y de salud en el siglo XXI

Problematic use of chemical substances in older people. The construction of a social and health problem in the century

Objetivos, alcance y misión

La Revista Argentina de Gerontología y Geriatría (R.A.G.G.) es el Órgano Oficial de difusión de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría (S.A.G.G.), dedicada al estudio y actualización de la Especialidad.

La Revista se fundó en el año 1981 y su edición en papel continuó hasta el año 2016, momento en el cual se decidió seguir editándola electrónicamente en la página web de la S.A.G.G.; se publica en los meses de abril, agosto y diciembre de cada año, en idioma castellano y con sus respectivos resúmenes en idioma inglés y portugués.

Esta publicación está dirigida a geriatras y gerontólogos y su objetivo es conseguir la difusión y actualización de los conocimientos propios de la Especialidad, buscando un intercambio académico y científico con profesionales de diversos países; otro de sus propósitos es permitir que el trabajo de los geriatras y gerontólogos de toda la Región Latinoamericana puedan dar a conocer sus producciones científicas a nivel internacional.

La Revista permite el acceso libre inmediato a su contenido (Acceso Abierto) con el fin de poner gratuitamente a disposición de los profesionales información actualizada sobre la geriatría y gerontología nacional e internacional. La R.A.G.G. adhiere a las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas y cumple los Requisitos de Uniformidad para Manuscritos enviados a Revistas Biomédicas (documento disponible en: www.icmje.org); en la actualidad es financiada por la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría.

CONSEJO EDITORIAL

Editor en Jefe

Dr. Moisés Schapira

Profesor de Medicina del adulto Mayor, Instituto Universitario CEMIC.
Profesor de Gerontología USAL. Profesor adjunto Medicina Familiar UBA.
Director Asociado Carrera de Especialistas en Geriatría, Universidad Maimónides.
Director de Docencia e Investigación Hirsch

COMITÉ EDITORIAL

Editor Sección Geriatría

Dr. Matías Manzotti

Profesor Adjunto en la Maestría en
Gestión de Servicios de Gerontología de la Universidad Isalud.

Médico Coordinador del Área de Geriatría.
Servicio de Clínica Médica del Hospital Alemán,
Buenos Aires, Argentina

Editora Sección Gerontología

Dra. Paula Pochintesta

Doctora en Ciencias Sociales y Licenciada en Psicología de la UBA, Investigadora Asistente (CONICET),Centro del Adulto Mayor "Mario Strejilevich"- Inst. de Salud Colectiva, Dto. de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús.

Profesora Adjunta, Dto. de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Luján y Dto. de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús.

Dra. Cecilia Cabello

Médica Clínica. Especialista en Geriatría. (SAGG). Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional. Jefa del Servicio de Gerontología de la Unidad Asistencial César Milstein

Dr. José Ricardo Jauregui

Doctor en Medicina. Profesor Adjunto Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de La Matanza. Director y Fundador de la Unidad de Investigación en Biología del Envejecimiento (UIBE) del Hospital Italiano de San Justo Agustín Rocca. Director de Gestión Asistencial Nuevo Hogar Ledor Vador, Bs. As., Argentina

Dra. Margarita R. Murgieri

Doctora en Medicina. Magíster en Gerontología Social Aplicada (Universidad de Barcelona). Subgerente Operativa, Hogar Martín Rodríguez, dependiente de la DGSD de la Secretaría de Tercera Edad, Ministerio de Hábitat y Desarrollo Humano de CABA, Bs. As., Argentina

Dr. Julio Berreta

Profesor Regular Adjunto De Fisiología y Biofísica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Jefe de Terapia Intensiva del Hospital Dr. Carlos Bonorino Udaondo, Bs. As., Argentina

Dra. María Inés Passanante

Doctora en Sociología. Asesora del Instituto para el matrimonio y familia de la Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA) Buenos Aires, Argentina

Dra. Dorina Stefani

Doctora de la Univ. de Buenos Aires (área Salud Mental), Fac. de Medicina. Licenciada en Sociología (UBA). Investigadora Principal del CONICET. Jefa del Laboratorio de Psicología Social y Salud y Directora del Equipo de Investigación en Psicología Social y Salud, ININCA/CONICET-UBA

Dra. Paula Daniela Hermida

Licenciada en Psicología, Fac. de Psicología, UBA. Doctora en Humanidades Médicas, Fac. de Medicina, UBA. Investigadora Asistente del CONICET - Instituto de Investigaciones Cardiológicas ININCA-UBA-CONICET. Jefa de Trabajos Prácticos en la Facultad de Psicología, UBA.

Dr. José Luis Amorone

Médico especialista en Urología. Consultor de la Sociedad Argentina de Urología. Jefe del Servicio de Urología, Hospital Aeronáutico Central. Máster en Gestión Sanitaria, Univ. de Barcelona. Director del Programa de Actualización en Urología Oncológica, Departamento de Graduados, Facultad de Medicina, UBA.

Comité Asesor Científico

Edgar Aguilera Gaona

Médico Geriatra en Instituto de Previsión Social, IPS, Paraguay

Ricardo Allegri

Doctor en Ciencias Médicas y Profesor de Neurología (UBA), Jefe de Neurología Cognitiva, Neuropsiquiatría y Neuropsicología (Fleni) Buenos Aires, Argentina

Antonio A. Burgueño Torijano

Médico especialista en Medicina Preventiva, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, España

Luis Manuel Cornejo Alemán

Profesor Asociado. Departamento de Salud Pública y Medicina Comunitaria. Tufts University School of Medicine, Boston Massachussetts. Médico especialista, Servicio de Geriatría, Hospital Irma de Lourdes Tzanetatos, Caja de Seguro Social, Panamá.

Carmen Lucía Curcio Borrero

Doctora en Gerontología. Grupo de Investigaciones en Gerontología y Geriatría, Facultad de Ciencias para la Salud, Universidad de Caldas, Colombia

Gustavo Duque

Doctor en Medicina, Jefe Departamento de Medicina Interna y Director del Instituto Australiano de Ciencias Músculo-esqueléticas Universidad de Melbourne y Western Health, Australia

Fernando Gómez Montes

Profesor Titular Sección de Geriatría Clínica, División de Medicina Interna. Departamento Clínico Quirúrgico. Programa de Medicina. Facultad de Ciencias para la Salud, Universidad de Caldas. Director grupo de Investigación en Gerontología y Geriatría, Grupo A Colciencias. Universidad de Caldas, Colombia

Luis Gutiérrez Robledo

Doctor en Ciencias Médicas por la Univ. de Burdeos, Especialista en Geriatría por la Univ. de Grenoble y Director General Instituto Nacional de Geriatría de los Institutos Nacionales de Salud de México, México

Marianela F. de Hekman

Médica Geriatra. Centro do Envelhecimento Hosp. Moinhos de Vento, Hospital São Lucas - PUC - RS, Brasil

Roberto Lourenco

Doctorado, Instituto de Medicina Social, Universidad do Estado do Rio de Janeiro Academia Latinoamericana de Medicina del Adulto Mayor (ALMA), Miembro del Comité Ejecutivo, Brasil

Carlos Musso

Doctor en Medicina, Prof. de Fisiología Humana de Instituto Universitario del Hospital Italiano de Bs. As., Jefe de las áreas de diálisis peritoneal y fisiología clínica del Servicio de Nefrología del Hospital Italiano de Bs. As., Argentina

Dr. Julio Nemerovsky

Presidente Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría. Profesor Titular en Inst. Universitario Fundación Barceló. Jefe de Trabajos Prácticos en Universidad Nacional de La Matanza. Profesor Adjunto en Universidad Maimónides. Investigador en Inst. Universitario Fundación Barceló y Univ. Maimónides. IAGG Council Member por SAGG

Clever R. Nieto Ferreira

Médico geriatra. Miembro fiscalizador de la Soc. Uruguaya de Gerontología y Geriatría, Uruguay - Council Member IAGG

M. Julieta Oddone

Profesora Titular de Sociología de la Vejez, Facultad de Ciencias Sociales de la UBA y de la Carrera de Relaciones del Trabajo. Investigadora Principal del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de la Nación Argentina (CONICET) Buenos Aires, Argentina

Leocadio Rodríguez Mañas

Doctor por la Universidad Autónoma de Madrid Profesor Titular de Geriatría en la Universidad Europea de Madrid Jefe de Servicio de Geriatría, Hospital Universitario de Getafe, España

Susana Rubinstein

Licenciada en Terapia Ocupacional. Directora Nacional de Políticas para Adultos Mayores. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, Buenos Aires, Argentina

Marcelo Schapira
Director de la Carrera de Especialista en Geriatría, Universidad de Buenos Aires. Jefe Unidad de Evaluación Funcional de Anciano - Sección Geriatría, Hospital Italiano, Bs As, Argentina

Enrique Vega García
Máster en Salud Pública y Envejecimiento. Institución académica: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Asesor regional de Envejecimiento y Salud, Org. Panamericana de la Salud / Org. Mundial de la Salud, Cuba

José Manuel Ribera Casado
Catedrático Emérito de Geriatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina, España

Dra. María Florencia Tartaglini
Doctora de la UBA, Facultad de Medicina, en el área de Humanidades Médicas. Investigadora Adjunta CONICET. Coordinadora del Programa Acompañando al Cuidador, Fundación Ineba. Instituto de Neurociencias Buenos Aires – INEBA

Dra. Carolina Feldberg
Lic. en Psicología Facultad de Psicología, UBA. Especialista en Neuropsicología Clínica. Facultad de Psicología, UBA. Doctora en Humanidades Médicas, Facultad de Medicina, UBA. Investigadora CONICET. Docente Facultad de Psicología, UBA

Lic. Paulina Czyzyk
Lic. en Kinesiología y Fisiatría, UBA. Profesora titular Cátedra de Psicomotricidad y Neurodesarrollo, Carrera de Kinesiología, Facultad de Medicina, UBA

Prof. Dr. Néstor Rubén Lago
Médico Patólogo Profesor Titular Regular Departamento de Patología

Prof. Dr. Hugo Norberto Catalano
Jefe del Servicio Clínica Médica, Htal. Alemán. Centro Afiliado Red Cochrane IberoAmericana. National partner of the MacGRADE Centre. Miembro Grupo GRADE. Prof. Adjunto de Medicina Interna. SubDirector Carrera Médico Especialista Universitario en Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Fac. de Medicina, UBA

Acad. Dr. Jorge Alberto Neira
Médico intensivista. Miembro de Número de la Academia Nacional de Medicina. Fellow American College of Critical Care Medicine. Fellow American Association for the Surgery of Trauma. Consultor Unidad de Cuidados Intensivos, Sanatorio de la Trinidad Palermo. Presidente de la Fundación Trauma. Presidente del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos de la Academia Nacional de Medicina

Lic. Mónica Gottschalk
Licenciada en Fonoaudiología (Univ. del Museo Social Argentino). Doctorado cursado (Universidad del Museo Social Argentino). A cargo del Servicio de Fonoaudiología y Clínica Fonodeglutoria en Centro "Hirsch" Internación - Rehabilitación Adultos y Adultos Mayores. Coordinadora Grupo Estudio y Capacitación "Trastornos Fono-respiratorio-deglutorios en Adultos"

Prof. Dra. María Isolina Dabove
Investigadora del CONICET en la Facultad de Derecho, UBA. Profesora Titular de Derecho de la Vejez en la UBA, UNR y UNC. Directora de la Maestría en Derecho de la Vejez de la UNC. Titular de Derecho de la Vejez en la UBA, UNR y UNC. Directora de la Maestría en Derecho de la Vejez de la UNC

Dra. Diana Olga Cristalli
Dra. en Medicina Especialista Consultor en Neurología. Docente Investigador de la Cátedra de Neurología de la Facultad de Ciencias Médicas U.N.L.P. Profesor Adjunto de la Cátedra de Neurología de la Facultad de Ciencias Médicas U.N.L.P. Miembro del Grupo de Trabajo de Neurología del Comportamiento y Neurociencias Cognitivas de la Sociedad Neurológica Argentina

Dra. Cynthia Mariñansky
Médica Geriatra de Planta de la Unidad de Geriatría del Hospital Durand. Directora Ejecutiva de International Longevity Center, Argentina. Directora de la Especialización en Geriatría de la Universidad Maimónides. Docente adscripta a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires

Lic. Victoria Tirro
Psicogerontóloga. Máster en Neurociencias. Prof. Universitaria Pre y Postgrado. Docente Investigadora. Instituto de Psicología. UCV-Caracas- Venezuela

Dra. Teresa Martínez Rodríguez
Doctora, Universidad de Oviedo. Licenciada en Psicología, Universidad Complutense de Madrid. Diplomada en Gerontología Social por la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Miembro del grupo de investigación Evaluación Psicométrica de la Universidad de Oviedo

Lic. Magalí Risiga
Lic. en Terapia Ocupacional. Especialista en Psicogerontología. Coordinadora Programas Preventivo Terapeúticos y Asistenciales de Estimulación de la Memoria. Docente de posgrado en Universidad Maimónides y Untref

Dra. Myriam Monczor
Médica psiquiatra – Presidenta del Capítulo de Psicogeriatría de APSA – Presidenta de la Fundación de Docencia e Investigación en Psicofarmacología (FUNDOPSI) – Coordinadora del Programa de Adultos Mayores de Proyecto Suma – Miembro del Capítulo de Psicogeriatría de la SAGG

Revista Argentina de Gerontología y Geriatría

Órgano de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría

FUNDADA EN 1951

La Revista Argentina de Gerontología y Geriatría se distribuye exclusivamente entre los profesionales de la medicina y será editada tres veces por año.
Registro Nacional de Derecho de Autor Nº 247.102.
Propiedad Intelectual perteneciente a la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría
© 2022 Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría
Reservados todos los derechos.
Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones u otros sistemas de reproducción de información sin la autorización por escrito del titular del copyright.
ISSN 2525-1279

Hecho el depósito legal.
Impreso en la Argentina
El material publicado en la Revista Argentina de Gerontología y Geriatría representa la opinión de sus autores y no refleja indispensablemente la opinión de la Dirección o de la Editorial de esta revista. La Revista de la SAGG no se responsabiliza por las opiniones vertidas por el o los autores de los trabajos originales, ni de la pérdida de los originales durante su envío, ni de la exactitud de las referencias bibliográficas.

Propietarios y editores responsables:

FUNDADA EN 1951

SOCIEDAD ARGENTINA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA
Av. Córdoba 1352 • C1055AAQ • Buenos Aires, Argentina.
Tel. (54 11) 4372-1689 - (54 11) 4371-8861
info@sagg.org.ar **www.sagg.org.ar**

Diseño gráfico
ag ARTS & GRAPHICS

Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría

Comisión Directiva
2021 - 2023

Presidente	Dr. Julio Leonardo Nemerovsky
Vicepresidente	Dra. Romina Karin Rubin
Vicepresidente Gerontológico	Lic. Alejandro David Sneibrum
Secretaria General	Dra. Fabiana Noemí Giber
Prosecretario	Dr. Moisés Schapira
Secretaria de Actas	Dra. Mayra Giselle Villalba Nuñez
Tesorero	Dr. Mariano Alejandro Quezel
Protesorero	Dr. Matías Edgardo Manzotti

Vocales Titulares

Prof. Dra. Natalia Soengas
Dra. Patricia Carmen Casanova
Dr. Roberto Daniel Gavazzi
Dra. María Clara Perret
Dr. Miguel Angel Ciorciari
Dr. Pablo Jorge Landi
Dra. Graciana Alessandrini
M.T. María Reina Guillemi
Dra. Wanda Gisbert
Dra. Paula Analía Pochintesta
Dra. Cecilia Elvira Cabello

Vocales Suplentes

Dr. Carlos Alfredo Engel
Dr. Marcelo Carlos Schapira
Lic. Edgardo Oscar Di Virgilio

Consejo de Ex Presidentes

Dr. Isidoro Fainstein
Dr. Hugo A. Schifis

Comisión de Ética 2018

Prof. Dr. Julio Alberto Berreta
Dr. Isidoro Fainstein
Prof. Dra. Adriana M. A. Alfano

¿Y si se trata de una Hemofilia Adquirida[1,2]?

Uno de cada dos pacientes que presenta hemofilia adquirida tiene más de 65 años de edad[1].

Para detectarla, es importante estar alerta a las siguientes señales:

- Moretón/sangrado espontáneo inesperado o relacionados a trauma menor (principalmente mucocutáneo)[1,2].
- Ausencia de antecedentes hemorrágicos personales y familiares[1,2].
- aPTT prolongado aislado[1,2].

Un diagnóstico rápido puede salvar vidas[1,2].

Enrique, tiene 78 años.

El modelo se utiliza solo con fines ilustrativos.

AR21NS00014 | Material entregado a profesionales de la salud.

VER INFORMACIÓN DE PRODUCTO. Certificado N° 48.580.

Código QR
Si usted tiene dificultad con la lectura del Código QR, contactarse con:
atencioncli@novonordisk.com
0800-345-NOVO (6686)

novo nordisk®

Referencias: **1.** Journal of Thrombosis and Haemostasis, 10: 622–631. DOI: 10.1111/j.1538-7836.2012.04654. **2.** María Teresa Álvarez Roman, María Eva Mingot Castellano. Coordinadores. Recomendaciones para el diagnostico y tratamiento de la hemofilia adquirida. Barcelona. Editorial Ambos Marketing Service, S.L. 2017. ISBN: 978-84-9459-45-2-6. Depósito legal B 8956-2017

NovoSeven® Recombinant Factor VIIa

Contenidos

Tomo XXXVIII - Vol. 37 - 1ra Edición. Diciembre 2023

EDITORIAL

Más vejez

More old age

Mais velhice

Hugo Pisa **3**

ARTÍCULO ORIGINAL

Paratonía en personas mayores con deterioro cognitivo global que residen en una institución de larga estadía

Parathonia in older people with global cognitive impairment who live in a long term care facility

Paratonia em idosos com comprometimento cognitivo global que residem em uma instituição de longa permanência

S. Mohr; M. Rubio; M. Sorrentino, M. De La Rúa, P. Furuken, C. Morano, M. Vega, A. Barbacovi, L. A. Morozumi

Rev. Arg. de Gerontología y Geriatría;Vol 37(1):5-14 **5**

ARTÍCULO ORIGINAL

Incidencia de SARS-Cov2 en trabajadores de la salud (TDS) de una residencia de larga estadía (RLE), riesgo de contagio y herramientas para la toma de decisión/acción en situación de crisis

Bases para afrontar futuras crisis epidemiológicas en enfermedades respiratorias

Incidence of SARS-Cov-2 among healthcare workers (HCWS) in a long-term care facility (LTCF), risk of transmission, and decision-making tools in crisis situations

Foundations for addressing future epidemiological crises in respiratory diseases

Incidência de SARS-Cov2 em trabalhadores da saúde (TDS) de uma instituição de longa permanência (ILPI), risco de contágio e ferramentas para tomada de decisão/ação em uma situação de crise

Bases para enfrentar futuras crises epidemiológicas em doenças respiratórias

R. K. Rubin, L. E. Peralta, M. Gurfinkiel, E. A. Villoldo

Rev. Arg. de Gerontología y Geriatría;Vol 37(1):15-27 **15**

CASO CLÍNICO

Enfoque gerontológico integral de un paciente con miositis y cáncer de parótida

Comprehensive gerontological approach in patient with myositis and cancer parotid

Enfoque gerontológico integral de um paciente com miosite e câncer de parótida

N. Rodriguez Malagrida, J. M. Orlandi Phagouape, C. I. Mariñansky

Rev. Arg. de Gerontología y Geriatría;Vol 37(1):28-31 **28**

REVISION BIBLIOGRÁFICA

El consumo problemático de sustancias químicas en personas adultas mayores. La construcción de un problema social y de salud en el siglo XXI

Problematic use of chemical substances in older people. The construction of a social and health problem in the century

Consumo problemático de substâncias químicas em pessoas idosas. A construção de um problema social e de saúde no século XXI

M. F. Baglione

Rev. Arg. de Gerontología y Geriatría;Vol 37(1):32-42 **32**

NutriBio PREMIUM

Suplemento nutricional completo y equilibrado.

BENEFICIO SIMBIÓTICO[1]

PREBIÓTICOS + PROBIÓTICOS

- Favorecen el crecimiento de una microbiota intestinal saludable, estimulan las defensas.
- Facilitan la digestión y la absorción de calcio.
- Normalizan el tránsito intestinal.

1. Probióticos y Prebióticos. Guías prácticas de la Organización Mundial de Gastroenterología. Mayo de 2008.

pami

ETHICAL PHARMA

Dr. Hugo Pisa*

EDITORIAL

Más vejez

More old age

Mais velhice

Asistimos al envejecimiento de la vejez:[1] no se amplió la expectativa de vida; se sumaron más años a nuestra última etapa. Ante lo nuevo se ensayan diferentes maneras de nombrarla, cuarta edad; incluso, segunda adolescencia. Quizás, no sea otra cosa que un reflejo del miedo que, como sociedad, tenemos al momento de enfrentarnos con las –nuevas– realidades y por ese motivo las camuflamos dándoles nombres distintos. Más allá de las disquisiciones que se realicen desde la amplia gama de disciplinas –sociología, filosofía, antropología, psicología– que se involucran, interactúan y se entrecruzan en el estudio de la vejez; podríamos decir que todas coinciden en que esta mayor longevidad es un logro importante de los tiempos modernos, pero que plantea (y planteará) desafíos relacionados con la atención sanitaria de la persona mayor. En ese sentido, más allá de las apreciaciones teóricas, aparece la enfermedad y sus diferentes correlatos. Aparece también la geriatría que, desde su vertiente clínica, busca dar respuestas a las diferentes maneras en las que se presenta la enfermedad en la vejez. Porque si bien, la mayoría viven vidas sanas e independientes, el aumento de la longevidad también conlleva un mayor riesgo de presentar comorbilidades.

La SAGG (Sociedad Argentina de Geriatría y Gerontología) se creó en 1951, lo que constituyó uno de los hitos en la historia de la vejez en la Argentina[2]. No obstante, si tenemos en cuenta el marco relacionado con el envejecimiento que señalamos, la geriatría podría considerarse una especialidad joven (todavía) que evoluciona –o tiene que evolucionar– a la par o de manera constante a partir de los nuevos desafíos que, si en otros momentos se podían presentar como situaciones aisladas, hoy a la luz del cambio demográfico se vuelven una constante. En 1965 Bernard Issacs instauró el término de los cuatro gigantes de la geriatría; en la actualidad esos gigantes no sólo no desaparecieron, sino que en la actualidad se le sumaron otros: la sarcopenia; la soledad y el aislamiento; la fragilidad y las demencias que se relacionan –también– con hospitalizaciones, institucionalización y morbimortalidad.[3] En esta línea, el

* *Médico especialista en Psiquiatría. Magister en Psicofarmacología (Fundación Favaloro). Magister en Desarrollo humano (FLACSO). Presidente del capítulo de Psicogeriatría (APSA). Supervisor de la residencia de Psiquiatría del Hospital Rivadavia.*

número de personas que necesitarán cuidados en instituciones geriátricas aumentará: las previsiones indican que los ingresos a residencias aumentarán un 127% en Alemania y un 111% en el Reino Unido entre los años 2000 y 2050.[4] Por lo tanto, son y serán cruciales las estrategias médico-sanitarias dirigidas a la evaluación, atención y prevención.

Tanto la actualidad por la que transitamos, como el panorama que se vislumbra nos invita –¿obliga?– a mantener una apertura a la experiencia que garantice un verdadero trabajo interdisciplinario; así como la búsqueda de las mejores preguntas que nos permitan encontrar las soluciones acordes frente a los problemas nuevos (y a los de siempre). En este punto, el presente número de la revista constituye un aporte en ese sentido.

El trabajo de la Lic. Baglione, *El consumo problemático de sustancias químicas* –legales e ilegales– *en personas adultas mayores*, lleva a cabo una revisión exhaustiva sobre un tema invisibilizado y sub-estimado en la vejez. Dicho consumo, crónico o de inicio tardío, impacta en la calidad de vida de las personas mayores: incrementa la morbi-mortalidad. Por este motivo, como sugiere la autora, es importante que desnaturalicemos el consumo en personas mayores para fomentar, así, un abordaje integral de esta problemática.

La paratonía en el marco de los deterioros cognitivos en el contexto de las residencias de larga estancia constituye un problema poco abordado como tal, atribuido en general a otras causas (psicofarmacológicas, por ejemplo). El artículo de investigación del grupo de trabajo interdisciplinario de kinesiología y terapia ocupacional, profundizan al respecto. A partir de un desarrollo histórico-semiológico, ubican a la paratonía como un problema habitual en las demencias avanzadas que conlleva alteración de la movilidad, dolor y disminución de la capacidad funcional. Sin duda, aspectos que deberíamos tener en cuenta al momento de delinear nuestros tratamiento e intervenciones.

Si mantenemos nuestra mirada en las residencias de larga estadía, no podemos soslayar una temática que nos ocupó (y preocupó) desde el comienzo del 2020: la pandemia por SARS-Cov-2. Un verdadero quiebre a nivel nivel sanitario que marcó un antes y después relacionado con la manera de abordar este tipo de situaciones. Es el desafío que se plantearon las autoras del trabajo *Incidencia de SARS-Cov2 en trabajadores de la salud de una residencia de larga estadía*, riesgo de contagio y herramientas para la toma de decisión/acción en situación de crisis. En el mismo, no sólo describen los factores de riesgo de contagio de la infección por Covid-19 en trabajadores de salud; sino también, sientan las bases que podrían ser el punto de partida de nuestras tomas de decisiones futuras frente a crisis epidemiológicas por enfermedades respiratorias.

Por último, la evaluación geriátrica integral es un proceso de diagnóstico interdisciplinar multidimensional centrado en determinar la capacidad clínica, psicológica y funcional de una persona mayor con el objetivo de delinear un plan de atención coordinado e integrado.[5] En sintonía con este concepto se desarrolla el trabajo de la Unidad de Geriatría del Hospital Carlos G. Durand. A partir de un caso clínico de un paciente con miositis y cáncer de parótida muestran cómo esta evaluación integral constituye una herramienta eficaz para determinar, en este caso, la pertinencia del tratamiento. Nos muestran, también, la importancia que tiene pensar desde esta perspectiva la asistencia de la persona mayor.

Referencias bibliográficas

1. Zegers Prado, B. Lecturas al atardecer: ocho temas acerca del envejecimiento. Santiago de Chile: Ed. Universitaria, 2014.
2. Otero H. Historia de la vejez en Argentina (1850-1950). Buenos Aires: Prohistoria ediciones, 2020.
3. Morley JE. The New Geriatric Giants. Clin Geriatr Med. 2017 Aug;33(3):xi-xii.
4. Briggs R, et al. Comprehensive Geriatric Assessment for community-dwelling, high-risk, frail, older people. Cochrane Database Syst Rev. 2022 May 6;5(5):CD012705.
5. Ellis G, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Sep 12;9(9):CD006211.

ARTÍCULO ORIGINAL

Paratonía en personas mayores con deterioro cognitivo global que residen en una institución de larga estadía

Mohr, Sabrina[1]; Rubio, Mariana[1]; Sorrentino, Mariana[1]; De La Rúa, Matías[1]; Furuken, Pablo[1]; Morano, Cecilia[1]; Vega, Maria Virginia[1]; Barbacovi, Ana[1]; Morozumi, Luis Agustín[1]

[1] *Fundación Nuevo Hogar LeDor VaDor. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina*

Correo electrónico: *rehabilitacion@hogarledorvador.org.ar*

Conflictos de interés: Los autores de este trabajo no presentan conflicto de intereses

Recibido el 22 de septiembre de 2023; aceptado el 14 de octubre de 2023

RESUMEN

Introducción

La paratonía representa la aparición más común de hipertonía en personas mayores, de carácter variable se observa principalmente en personas con deterioro cognitivo. Las tasas de prevalencia varían según la etapa de la demencia de un 10% a un 90-100% en la etapa final de la demencia. La paratonía tiene consecuencias como pérdida de la movilidad, dolor, disminución de la capacidad funcional (equilibrio pobre y alteraciones de la marcha).

Objetivos: Reportar la prevalencia de paratonía en sujetos con deterioro cognitivo global que residen en una institución de larga estadía y describir las características clínico-demográficas y funcionales de los sujetos con paratonía. Secundariamente, analizar la relación entre las variables funcionales deambulación y contractura articular y la presencia de paratonía.

Material y métodos: diseño: observacional retrospectivo transversal y analítico. Se extrajeron los datos de la historia clínica electrónica entre mayo-junio 2023. Se incluyeron: sujetos que residan en la institución con deterioro cognitivo moderado o grave. Se excluyeron sujetos con datos incompletos.

Variables: tiempo institucionalizado, antecedentes, upp, dolor, antipsicóticos, contractura articular, MMSE y GDS. Variables Primarias: PAI, tipo de paratonía, Ashworth, capacidad de deambulación y funcionalidad.

Resultados: En una muestra de 57 sujetos, media de edad 87 años, la prevalencia de paratonía fue del 84%. Se encontró asociación significativa entre paratonía y marcha nula y/o dependencia física de terceros para lograrla (test de Alusti < 2) ($p < 0.05$). No se encontró asociación significativa entre contractura articular y presencia o no de paratonía (p>0,05).

Conclusiones: Se encontró una prevalencia del 84% de paratonía en sujetos con deterioro cognitivo moderado a severo. La mitad presentó paratonía resistiva. De los sujetos con paratonía, casi el 90% tenía marcha nula o requería asistencia física de un tercero, y el 95% tenía al menos una contractura articular con compromiso funcional. Los sujetos con PAI negativo, también presentaron contractura articular, de modo que no hubo asociación significativa entre contractura articular y presencia o no de paratonía. Se encontró asociación significativa entre paratonía y deambulación dependiente de contacto físico de un tercero.

Palabras clave: *Personas mayores, hipertonía muscular, contractura, deterioro cognitivo, institución de larga estadía*

Parathonia in older people with global cognitive impairment who live in a long term care facility

ABSTRACT

Introduction: Parathonia is the most frecuent type of hyperthonia in the elderly, its most likely to appear in patients with cognitive impairment. Prevalence rate varies according to the stage of dementia, going from 10% to a 90-100% in the final stages. The consecuences are limitation of the range of movement, pain, decrease in functional capacity, gait and balance impairments, among others.

Objectives: The purpose of this study is to report the prevalence of parathonia in subjects with global cognitive impairment that live in a long term care facility and describe the clínical-demoghaphic and functional characteristics. Also, to analize the relationship between the functional variables and the presence of parathonia.

Methods: Design: observational, retrospective and analytical study. The data was collected from the electronic medical history (may-june 2023). Inclusion criteria: older people that live in a long term care facility with moderate or severe global cognitive impairment. Exclusion criteria: incomplete data.

Variables: presence of parathonia and type, years of institucionalization, presence of pressure ulcers, use of antipsychotics drugs, pain, MMSE, GDS, gait hability, functionality, grade of hypertonia.

Results: 57 subjects were evaluated. We found an 84% prevalence rate of parathonia. There was significant association between parathonia and inahbility to walk or severe gait impairment (Alusti test < 2). There was not significant association between "articular contracture and presence of parathonia.

Conclusion: We found an 84% prevalence of parathonia in subjetcs with moderate or severe global cognitive impairment. Half of the sample showed resistive parathonia. Among those with parathonia, 90% showed inhability to walk and 95% had at least one articular contrature with impairment of the functional range of motion. In spite of presenting negative PAI assesment, these subjects showed articular contrature. There was significant association between parathonia and inahbility to walk or severe gait impairment.

Key words: *Older people, Hypertonia, contracture, cognitive impairment, long term care*

Paratonia em idosos com comprometimento cognitivo global que residem em uma instituição de longa permanência

RESUMO

Introdução: A paratonia representa a ocorrência mais comum de hipertonia em idosos, de caráter variável, observada principalmente em pessoas com comprometimento cognitivo. As taxas de prevalência variam de acordo com o estágio da demência, de 10% a 90-100% no estágio final da demência. A paratonia tem consequências, como perda de mobilidade, dor e diminuição da capacidade funcional (falta de equilíbrio e alterações da marcha).

Objetivos: relatar a prevalência de paratonia em indivíduos com comprometimento cognitivo global que residem em uma instituição de longa permanência e descrever as características clínico-demográficas e funcionais dos indivíduos com paratonia. Em segundo lugar, analisar a relação entre as variáveis funcionais de deambulação e contratura articular e a presença de paratonia.

Material e métodos: o estudo tem desenho observacional retrospectivo, transversal e analítico. Os dados foram extraídos de prontuários eletrônicos entre maio e junho de 2023. Foram incluídos indivíduos residentes na instituição com comprometimento cognitivo moderado ou grave. Foram excluídos indivíduos com dados incompletos. Variáveis: tempo institucionalizado, antecedentes, úlcera por pressão (UPP), dor, antipsicóticos, contratura articular, Mini-Mental State Exam (MMSE) e Geriatric Depression Scale (GDS). Variáveis primárias: Paratonia Assessment Instrument (PAI), tipo de paratonia, Ashworth, capacidade de deambulação e funcionalidade.

Resultados: em uma amostra de 57 indivíduos, com idade média de 87 anos, a prevalência de paratonia foi de 84%. Observou-se uma associação significativa entre paratonia e ausência de marcha e/ou dependência física de terceiros para realizá-la (teste de Alusti < 2) ($p < 0,05$). Não foi encontrada associação significativa entre contratura articular e presença ou não de paratonia ($p>0,05$).

Conclusões: verificou-se uma prevalência de 84% de paratonia em indivíduos com comprometimento cognitivo moderado a grave. A metade apresentou paratonia resistente. Dos indivíduos com paratonia, quase 90% tinham marcha nula ou precisavam de assistência física de terceiros, e 95% tinham pelo menos uma contratura articular com comprometimento funcional. Os indivíduos com PAI negativo também apresentaram contratura articular, de forma que não houve associação significativa entre contratura articular e presença ou não de paratonia. Observou-se uma associação significativa entre paratonia e deambulação dependente de contato físico de terceiros.

Palavras-chave: *idosos, hipertonia muscular, contratura, comprometimento cognitivo, instituição de longa permanência.*

Introducción

La paratonía representa la aparición más común de hipertonía en personas mayores. Se caracteriza por ser una hipertonía variable. Esta alteración motora se observa principalmente en personas con deterioro cognitivo. Presenta una resistencia variable involuntaria dependiente de la velocidad y la fuerza ejercida por el evaluador ante la movilización pasiva de la articulación.[1,2] Las tasas de prevalencia varían según la etapa de la demencia siendo desde un 10% en las primeras etapas hasta un 90 o 100% en la etapa final de la demencia.[3]

El término paratonía fue mencionado por primera vez en un artículo de Dupre y Gelma en 1910 donde se asocia a una incapacidad para relajar los músculos en deterioro cognitivo. En 1927, Kleist asocia un fenómeno de tono alto en pacientes con demencia, encontrando una respuesta hipertónica al movimiento pasivo en la etapa final de la demencia llamándola "contra-resistencia". En 1949, Kral describió la paratonía facilitatoria como una forma de asistencia o ayuda activa al movimiento pasivo.[2,4,5]

En 1980, crece el interés por este fenómeno en los Países Bajos y autores como Middelveld-Jacobs y Van den Boogerd caracterizaron esta hipertonía como diferente de la hipertonía espástica y parkinsoniana, introduciendo el término paratonía en este país.[2]

La naturaleza de la paratonía puede cambiar con la progresión de la enfermedad demencial, se estima que está presente en un 5% en DCL y en hasta un 100% en los pacientes con demencia avanzada.[5]

Se clasifica a la paratonía en facilitadora y oposicional o resistiva. La paratonía facilitadora es más común en las etapas tempranas y a medida que avanza la enfermedad es más frecuente la paratonía oposicional.

La paratonía tiene múltiples consecuencias, como por ejemplo la pérdida de la movilidad con el desarrollo de la llamada actualmente "hipertonía deformante adquirida".[2,6] Estas últimas se asocian secundariamente a dolor, trastornos del sueño, lesiones en piel, infección y disminución de la capacidad funcional[5,7,8] La paratonía se asocia con una disminución de la motricidad gruesa como la marcha y el equilibrio, presentando un equilibrio pobre y alteraciones de la marcha, por lo que se supondría que el riesgo de caídas podría aumentar.[1]

Por otro lado, la paratonía tiene un impacto en la calidad de vida de las personas que sufren esta afección[3] Suele verse con asidua frecuencia la postura fetal típica, presentando importantes dificultades a la hora de ser asistidos para la higiene y el vestido diario, a veces se convierte en un obstáculo para los cuidadores y enfermeros y una molestia para los pacientes ya que los asistentes podrían estimar que la resistencia ofrecida por los movimientos impuestos podría ser intencional, lo que resultará en una complicación del cuidado diario.[9]

Objetivos

Debido a lo antes expuesto y junto a la escasa divulgación que existe sobre la paratonía en nuestro país, nos propusimos reportar la prevalencia de paratonía en personas mayores con deterioro cognitivo global que residen en una institución de larga estadía y describir las características clínico-demográficas y funcionales de los sujetos con paratonía. Secundariamente, analizar la relación entre las variables funcionales deambulación y contractura articular y la presencia de paratonía.

Material y Métodos

Estudio de diseño observacional, retrospectivo, transversal y analítico. Se extrajeron los datos de la historia clínica electrónica (HC). La recolección de datos se realizó entre el período mayo-junio 2023 en el Hogar Ledor Vador. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia hasta alcanzar el tamaño muestral calculado.

Población

Residentes de la Institución Ledor Vador que presentaran deterioro cognitivo.

Criterios de inclusión:

- Personas mayores (definidos como adultos mayores de 60 años) que residan en la institución Hogar Ledor Vador

- Presencia de deterioro cognitivo moderado o grave certificado por evaluación cognitiva (MMSE < 20) dentro de los seis meses previos al comienzo de la recolección de datos.

Criterios de exclusión:

- Aquellos sujetos que presentaran datos faltantes o incompletos de las variables paratonía, contractura articular y/o otros datos que se consideraran relevantes para el análisis.

Variables

1. Clínico-demográficas:
   a. Edad y grupo etario (70-79, 80-89, > 90)
   b. Sexo
   c. Tiempo institucionalizado: meses transcurridos desde el ingreso a la institución hasta la fecha de recolección de datos.
   d. Antecedentes relacionados a trastornos del tono muscular: accidente cerebro vascular (ACV), enfermedad de parkinson (EPK), diabetes mellitus (DBT).
   e. Escaras
   f. Fármacos antipsicóticos: se registró como positivo cuando el sujeto tomaba alguno de los siguientes fármacos: risperidona, quetiapina, olanzapina
   g. Contractura articular (CA) con compromiso funcional: definida como limitación severa en el rango de movimiento articular pasivo secundario a acortamiento de tejido conectivo periarticular y muscular que genera una limitación funcional. [10-14]

      Se extrajeron los datos de rango de movimiento de hombro, codo, cadera, rodilla y tobillo y se categorizaron como contractura articular cuando el valor se encontraba en un rango menor al establecido como funcional[10]:
      - Hombro
        - Flexión: 0-95°
      - Codo
        - Flexión: 90-130°
        - Falta de extensión: 30-90°
      - Cadera:
        - Flexión: 0-90°
      - Rodilla:
        - Flexión: 0-90°
        - Falta de extensión: > 9°
      - Tobillo
        - Dorsiflexión: < 0°
   h. *Mini Mental State Examination* (MMSE): es uno de los instrumentos de detección más utilizados en nuestro país ante la sospecha de deterioro cognitivo o demencia. Consiste en una prueba de aplicación rápida en la que se evalúan orientación autopsíquica, temporal y espacial, atención, cálculo, lectura, escritura, memoria, habilidades visuoespaciales entre otras. Tiene un rango de puntuación de 0 a 30 puntos.[15-17] Se extrajo el puntaje de los mismos desde la HC, categorizando segundo:
      - Moderado: MMSE 20-11 puntos
      - Severo: MMSE <11 puntos
   i. Escala de Deterioro Global de Reisberg (GDS): contempla 7 fases desde la normalidad (GDS 1) hasta la etapa de severidad (GDS 7) definiendo el progreso de la evolución de la demencia. Se aplica como cuestionario a cuidadores, enfermeros y profesionales que interactúan con el residente, y por observación de desempeño. Tiene un correlato funcional reflejando la progresiva incapacidad del sujeto para el mantenimiento de las Actividades de la vida diaria (AVD). A su vez, los estadíos pueden relacionarse con los puntajes de MMSE.[17] Se extrajo el puntaje de los mismos desde la HC, categorizando en:
      - Moderado: GDS-Fast 4-5
      - Severo: GDS-Fast 6-7

2. Primarias:
   a. Presencia de Paratonías: se extrajo el resultado del **Instrumento de Evaluación de Paratonía (**PAI) que consiste en una evaluación dicotómica

con la que un examinador puede establecer la presencia (o ausencia) de paratonía moviendo sucesivamente las cuatro extremidades de forma pasiva en flexión y extensión mientras el participante está sentado o en posición supina en la cama y con el fin de evaluar el cambio de velocidad de movimiento, el examinador utiliza un metrónomo con auriculares a 60 bpm y a 100 bpm. El PAI es una construcción de cinco criterios que permiten un diagnóstico categórico de paratonía, es decir, la paratonía solo se puede diagnosticar cuando están presentes los cinco criterios: 1) una resistencia variable involuntaria; 2) un grado de resistencia que varía según la velocidad del movimiento (p. ej., una resistencia baja a los movimientos lentos y una resistencia alta a los movimientos rápidos; 3) la resistencia al movimiento pasivo se puede sentir en cualquier dirección (sin un patrón diferenciado); 4) sin fenómeno de navaja; y 5) la resistencia está presente en 2 direcciones de movimiento en 1 miembro o en 2 miembros diferentes.[2]

b. Tipo de paratonía: Resistiva o ambas (facilitatoria y resistiva)
c. Severidad de las paratonías: categorizado a través de la escala de Ashworth, se registró el valor asignado a cada movimiento para MMII y MMSS[18]:
   - No hay incremento del tono: tono normal
   - Hipertonía leve: aumento del tono muscular con detención del movimiento pasivo de la extremidad, mínima resistencia en menos de la mitad de su arco de movimiento.
   - Hipertonía moderada: aumento del tono muscular durante la mayor parte del arco de movimiento, pero puede moverse pasivamente con facilidad la parte afectada.
   - Hipertonía intensa: incremento marcado, dificultad en la flexión y extensión. Aumento prominente del tono muscular, con dificultad para efectuar los movimientos pasivos.
   - Hipertonía extrema: no es posible el movimiento. La parte afectada permanece rígida, tanto para la flexión como para la extensión.
d. Dolor durante la evaluación de paratonía

3. Funcionales:
   a. Uso de silla de ruedas: tomados en cuenta en caso de que su uso fuera permanente o para traslados dentro de la institución.
   b. Tiempo de uso de silla de ruedas: calculada como el promedio de hs/dia por semana que utiliza la silla. En caso que se levante en silla solo ocasionalmente, se promedió por los 7 días de la semana
   c. Capacidad de deambulación: clasificada según los criterios definidos en la evaluación del test de Alusti.[19]
      - Marcha nula o con ayuda física de 2 personas.
      - Marcha con gran ayuda física de 1 persona
      - Marcha con un ligero contacto físico de 1 persona
      - Marcha sólo, con supervisión de 1 persona
      - Marcha independiente en terreno llano
      - Marcha independiente en terrenos irregulares.
   d. Capacidad para las AVD: se extrajeron los datos del Índice de Barthel (IB) correspondientes a la última evaluación realizada que fue tomada en consideración siempre y cuando hubiera sido realizada dentro de los últimos 6 meses previos al comienzo del estudio.

      Para el IB, la puntuación sugerida por Shah et al.[20]:
      - 0-20: Dependencia total
      - 21-60: Dependencia severa
      - 61-90: Dependencia moderada
      - 91-99: Dependencia escasa
      - 100: Independencia

Análisis estadístico

Para el análisis de los datos se utilizó el software Statistix versión 8. Las variables numéricas se reportaron como como media (desvío estándar) o mediana (rango intercuartil) según corresponda. Las variables categóricas se reportaron como frecuencia y porcentaje. Para evaluar la normalidad se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk o Kolmogorov-Smirnov según corresponda. Se consideró significativo un valor de $p<0,05$.

Se reportó la prevalencia como nº de casos existentes en el periodo/población total en el periodo mayo-junio 2023. Considerando una prevalencia esperada de paratonía del 34%[2], se calculó un tamaño mues-

tral de 49 sujetos para calcular la prevalencia de paratonía en nuestra población; con un nivel de confianza del 95% y un error alfa de 0,05.

Se utilizó el test de proporciones o el test de Fisher, según correspondiera, para comparación de muestras independientes.

Resultados

Se analizaron un total de 57 sujetos (figura 1 → flujograma). Se encontró una prevalencia del 84% de paratonía (48 sujetos). Se describen las características clínico- demográficas y funcionales en la tabla 1.

No se encontró asociación significativa entre contractura articular y presencia o no de paratonía ($p > 0,05$).

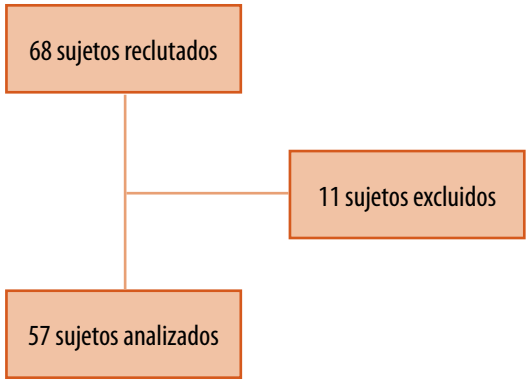

Figura 1. Flujograma.

Se encontró asociación significativa entre paratonía y marcha nula y/o dependencia física de terceros para la marcha (test de Alusti < 2) ($p < 0.05$).

Discusión

Prevalencia

En nuestro estudio hemos encontrado presencia de paratonía (con resultado positivo en el PAI) en 48 sujetos arrojando una prevalencia del 84,21% en una muestra con DCM y DCS con puntajes de GDS de entre 4 y 7.

Esto concuerda con las estimaciones de prevalencia reportadas en la bibliografía que oscilan entre un 10% en etapas leves y de un 77 al 100% en la etapa final de la enfermedad de Alzheimer (EA) en los estadios 6 y 7 del GDS.[21] A su vez, Vahia y cols. reportan en un estudio de pacientes con diagnóstico de EA una prevalencia del 48% 70% y 83% en personas en las etapas de GDS 4, 5 y 6 respectivamente; cifras similares a lo que hemos encontrado.[22]

Por otro lado, Hobbelen y cols. en un estudio con seguimiento de un año donde utiliza el PAI como herramienta diagnóstica determina en una población de pacientes con deterioro cognitivo institucionalizados una prevalencia de paratonía del 34,8% al inicio del estudio y del 37,9% al finalizarlo. Dicho autor encuentra más alta la prevalencia de paratonía en pacientes con demencia mixta con un 44,4%, demencia vascular 42%, EA 29,7%.[2] En nuestro estudio no fue posible reportar la prevalencia de paratonía según el tipo de demencia ya que en la historia clínica en algunos casos no figuraba el diagnóstico específico, es una limitación de nuestro estudio ya que el grado de deterioro motor puede variar con el tipo de demencia.[5]

PAI

Existe un consenso sobre la definición operativa de paratonía que se origina de un consenso Delphi;[23] si bien el PAI se desprende de esta definición, aún puede ser discutido ya que dentro de sus propiedades psicométricas sólo se ha reportado la confiabilidad intero-bservador (coeficiente Kappa de Cohen de 0,625 a 1), resultando entre moderada y buena.[2]

Estimamos que por un lado nuestra prevalencia pudo haber sido más alta por ser una población altamente dependiente con el 89,5% de los sujetos con GDS de 4 a 7 (el autor presentaba GDS de 3 a 6). En concordancia con el concepto de que a mayor GDS, mayor probabilidad de tener este signo.[2,3,22] Sin embargo no descartamos que la inexperiencia de los evaluadores del centro con respecto al uso de la herramienta pueda sesgar los resultados de la misma.

En nuestro centro, cuando se comenzó a utilizar la herramienta se diseñó una grilla estandarizada para

Tabla 1. Características clínicas, demográficas y funcionales.

	n= 57 n (%)	Sujetos con paratonía n =48 (%)
Años	87 (±6,2)*	87,85 (±6,07)*
Grupos etareos		
70-79 años	8 (14%)	5 (10%)
80-89 años	28 (49,1%)	24 (50%)
> 90 años	21 (36,8%)	19 (39%)
Sexo femenino	44 (77,2%)	37 (77,1%)
Tiempo de institucionalización	20 (11-59,5)**	48,68 (11,35-66)**
Antecedentes		
Uso de silla	41 (71,9%)	40 (83%)
Tiempo de uso de sillas de ruedas (hs)		n=36
1 a 4 hs		10 (27,8%)
5 a 8 hs		24 (66,7%)
más de 8 hs		2 (5,6%)
UPP	8 (14%)	8 (17%)
Acv	6 (10,5%)	5 (10,4%)
Enfermedad de parkinson	3 (5,26%)	3 (6,3%)
Diabetes	11 (19,3%)	9 (18,8%)
Fármacos antipsicóticos	44 (77,19%)	37 (77%)
MMSE		
Moderado (20-11)		20 (41,7%)
Severo(<11)		28 (58%)
GDS		
5-4	24	18
6-7	33	30
Funcionalidad		
Deambulación		
Marcha Nula y Dependencia física de 3eros	49 (86%)	43 (89,6%)
Categorías de ALUSTI		
Marcha nula	30 (52,6%)	29 (60,4%)
Marcha con gran ayuda física de 1 persona	14 (24,6%)	13 (27,1%)
Marcha con ligero contacto físico	2 (3,5%)	1 (2,1%)
Marcha con supervisión	3 (5,3%)	1 (2.1%)
Marcha independiente	8 (14%)	4 (8,3%)
Índice de Barthel		
Dependencia total	26 (45,6 %)	25 (52,1%)
Dependencia severa	20 (35,1%)	17 (35,4%)
Dependencia moderada	11 (19,3%)	6 (12,5%)
Paratonía		
PAI positivo	48 (84,21%)	
Dolor durante el PAI		16 (33,3%)
Tipo de paratonía		
Resistiva		24 (50%)
Ambas		24 (50%)
Hipertonía intensa (Asworth >3) en al menos dos movimientos		18 (31,6%)
Hipertonía intensa en MMSS		13 (22,8%)
Hipertonía intensa en MMII		15 (26,3%)
Presencia de al menos 1 CA con compromiso funcional	53 (93%)	46 (95,8%)
Cantidad de CA con compromiso funcional	5,5 (-+4,2)*	6,14 (+-4,21)*

*Expresado como Media (Desvío Estándar), **Expresado como Mediana (Rango Intercuartil), Mini Mental State Examination (MMSE), Escala del deterioro global (GDS), Instrumento de evaluacion de paratonia (PAI), miembros superiores (MMSS), miembros inferiores (MMII), contractura articular(CA)

ordenar la evaluación de la misma y, además, se incorporó un metrónomo en 60 y 100 bpm escuchado con auriculares solo por el evaluador para no influir el ritmo en el paciente.[24] De esta forma consideramos que se podrán aunar criterios en el ítem de los cambios de velocidad y disminuir la variabilidad de la herramienta.

En cuanto a los tipos de paratonía que se pueden identificar durante la evaluación, se ha reportado que probablemente la facilitatoria antecede a la resistiva y que se desconoce en qué momento puede progresar.[25] En nuestro estudio el 50% de los sujetos con paratonía presentaron ambas y en algunos casos coexistieron en un mismo miembro.

Antecedentes clínicos

Se ha reportado que los sujetos con DBT mellitus tienen un riesgo casi 11 veces mayor de desarrollar paratonía.[2] En nuestra muestra el 18,8% presentó DBT.

También se encontró un 10,4% de ACV y un 6,3% de EPK. Se reportaron estos antecedentes debido a que pueden ser posibles confundidores durante la evaluación del tono. El Pai permite que los profesionales puedan distinguir entre paratonía, rigidez parkinsoniana y hemiparesia espástica.[2,3]

En los distintos estudios es controversial el impacto del uso de antipsicóticos sobre el tono muscular. Por un lado, se ha reportado que este tipo de fármacos puede inducir la rigidez como efecto secundario.[26,27] Sin embargo, en un seguimiento de un año, el uso de antipsicóticos no se relacionó con una mayor prevalencia de paratonía.[2] En nuestra muestra, el 77% de los sujetos con paratonía tenían indicación médica de estos fármacos. Se deberían realizar más investigaciones sobre la influencia de los distintos tipos de medicaciones y su dosis en la aparición de este fenómeno.

Grado de hipertonía y CA con compromiso funcional

Hemos obtenido un Asworth > a 3 en al menos dos movimientos en el 31,6% de los sujetos, el 22,8% presentaron hipertonía intensa en MMSS y 26,3% en MMII. Este hallazgo implicaría una hipertonía moderada a extrema pudiendo dificultar la tarea del cuidador o enfermero, los residentes con este signo experimentan dificultades para adaptar sus propios movimientos y posturas a las acciones que requieren de movilidad cooperativa como el cuidado diario, lavado y vestido. Estas actividades se convierten en obstáculos que tienen que sortear tanto paciente como cuidadores. Con frecuencia el personal de asistencia directa que no estén al tanto de esta temática estimaran que la resistencia ofrecida contra los movimientos impuestos puede ser intencional y por lo tanto se podría convertir en una lucha el cuidado e higiene diaria.[3,7]

Si a esta resistencia le sumamos la posible aparición de dolor por presencia de contracturas y úlceras por presión (17% en nuestro estudio) el problema tiende a agravarse.[7]

Encontramos en nuestra muestra el 93% de los sujetos presentó al menos 1 contractura articular; con una media de 5,5 contracturas en total. Esto se acerca a lo que arroja Dehail en su publicación, con 4,4 contracturas en promedio por sujeto.[8]

A su vez, no se encontró asociación significativa entre contractura articular y presencia o no de paratonía, lo cual está en concordancia con el origen multifactorial de las mismas, siendo la paratonía una de sus posibles causas. Dehail menciona otras causas como alteración del tono, la medicación utilizada para el tratamiento de los SCPD (síntomas conductuales psicológicos de la demencia) y los factores ambientales.[6,8,28] También, la inmovilidad juega un papel importante en su desarrollo.[11]

La mediana del tiempo de institucionalización en nuestra muestra general fue de 20 meses, la bibliografía reporta que a medida que aumenta la estancia media de los residentes en instituciones de larga estadía (ILE) aumenta 3 veces más la posibilidad de tener una contractura.[28]

Deambulación

El 89% de los sujetos con paratonía en nuestra muestra presentan marcha nula y/o dependencia física

de 3eros para concretarla. Por otro lado, se encontró asociación significativa entre paratonía y test de Alusti < 2. Es decir que en esta muestra hubo una mayor asociación entre sujetos que no deambulaban y el resultado positivo en el PAI. Si bien se necesitaría un estudio de factores de riesgo que corrobore esta relación, se ve reflejada la tendencia de que la disminución en la movilidad funcional y el deterioro cognitivo sería el perfil de los pacientes con paratonía.

A través de este estudio queremos destacar la importancia de la evaluación de paratonía en la práctica diaria de la atención de personas mayores con el objetivo de comprender las implicancias clínicas de este fenómeno, y sus diversas estrategias de tratamiento en las distintas etapas de la demencia.

Conclusión

Se encontró una prevalencia del 84% de paratonía en personas mayores con deterioro cognitivo moderado a severo medido a través del PAI. La mitad presentó solo paratonía resistiva. De los sujetos con paratonía, casi el 90% requería asistencia física de un tercero para la marcha o no deambulaba, y el 95% tenía al menos una contractura articular con compromiso funcional. Sin embargo, los sujetos con PAI negativo, también presentaron contractura articular, de modo que no se encontró asociación significativa entre contractura articular y presencia o no de paratonía. Por último, sí se encontró asociación significativa entre paratonía y marcha nula y/o dependencia física de terceros para lograrla

Bibliografía

1. Van Deun B, Van Den Noortgate N, Van Bladel A, Palmans T and Cambier D. The Impact of Paratonía on Fine and Gross Motor Function in Older Adults With Mild and Moderate Dementia. Alzheimer Dis Assoc Disord. Volume 33, Number 1, January–March 2019.
2. Hobbelen, Johannes & Koopmans, Raymond & Verhey, Frans & Habraken, Kitty & Bie, Rob. (2008). Diagnosing paratonía in the demented elderly: Reliability and validity of the Paratonía Assessment Instrument (PAI). International psychogeriatrics / IPA. 20. 840-52. 10.1017/S1041610207006424.
3. Souren L, Franssen E and Reisberg B. Neuromotor Changes in Alzheimer's Disease: Implications for Patient Care. Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology / Vol. 10. July 1997.
4. Foucher J, et al. Paratonía, Gegenhalten and psychomotor hypertonia Back to the roots. Schizophrenia Research. September 2022.
5. Drenth H, Zuidema S, Bautmans I, Marinelli L, Kleiner G, Hobbelen H. Paratonía in Dementia: A Systematic Review. J Alzheimers Dis. 2020;78(4):1615-1637. doi: 10.3233/JAD-200691. PMID: 33185600; PMCID: PMC7836054.
6. Dehail P, Gaudreault N, Zhou H, Cressot V, Martineau A, Kirouac-Laplante J, Trudel G. Joint contractures and acquired deforming hypertonia in older people: Which determinants? Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, Volume 62, Issue 6, November 2019, Pages 435-441.
7. Ubis-Díez E, Olivera-Pueyo J. Trastornos del sueño en pacientes con demencia valorados en una consulta de geriatría. Psicogeriatría 2012; 4 (1): 21-29.
8. Dehail P, Simon O, Godard A.L, Faucher N, Coulomb Y, Schnitzler A, Denormandie P, Jeandel C. Acquired deforming hypertonia and contractures in elderly subjects: Definition and prevalence in geriatric institutions (ADH survey). Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, Volume 57, Issue 1, February 2014, Pages 11-23.
9. Van Deun B, Van den Noortgate N, Saucedo C, Van Bladel A and Dirk C. Paratonía in Flemish Nursing Homes: Current State of Practice. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias. 2018, Vol. 33(4) 205-214.
10. Clavet H, Hébert PC, Fergusson D, Doucette S, Trudel G. Joint contracture following prolonged stay in the intensive care unit. CMAJ. 2008 Mar 11;178(6):691-7. doi: 10.1503/cmaj.071056. PMID: 18332384; PMCID: PMC2263098.
11. Mollinger LA, Steffen TM. Knee flexion contractures in institutionalized elderly: prevalence, severity, stability, and related variables. Phys Ther. 1993 Jul;73(7):437-44; discussion 444-6. doi: 10.1093/ptj/73.7.437. PMID: 8316577.
12. Wagner LM, Clevenger C. Contractures in nursing home residents. J Am Med Dir Assoc. 2010 Feb;11(2):94-9. doi: 10.1016/j.jamda.2009.04.010. Epub 2010 Jan 15. PMID: 20142063.
13. Müller M, Fischer U, Bartoszek G, Grill E and Meyer G. Impact of joint contractures on functioning and social participation in older individuals – development of a standard set (JointConFunctionSet): study protocol. BMC Geriatrics 2013, 13:18.
14. Offenbächer M, Sauer S, Rieß J, Müller M, Grill E, Daubner A, Randzio O, Kohls N, Herold-Majumdar A. Contractures with special reference in elderly: definition and risk factors - a systematic review with practical implications. Disabil Rehabil. 2014;36(7):529-38. doi:10.3109/09638288.2013.800596. Epub 2013 Jun 17. PMID: 23772994.
15. Allegri RF, Allegri RF, Ollari JA, Mangone CA, Arizaga RL, De Pascale A, Pellegrini M, Baumann D, Burin D, Burutarán K, Candal A, Delembert W, Drake M, Elorza P, Feldman M, Fernández P, Harris P, Kremer J, Stein G, Taragano FE. El "Mini-Mental State Examination" en la Argentina: Instrucciones para su administración. Grupo de Trabajo de Neuropsicología Clínica de la Sociedad Neurológica Argentina. Noviembre 1998.
16. Butman J, Arizaga R.L, Harris P, Drake M, Baumann D, de Pascale A , Allegri R.F, Mangone C.A, Ollar J.A. El "Mini - Mental State Examination" en español. Normas para Buenos Aires. Rev. Neurol. Arg. Vol. 26, Núm. 1, Año 2001.
17. Allegri R, Roqué M. Deterioro Cognitivo, Alzheimer y otras Demencias. Formación Profesional para el Equipo Socio-Sanitario. pag 53, Capítulo 7. 2016.
18. Harb A, Kishner S. Modified Ashworth Scale. [Updated 2023 May 1]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554572/
19. Calvo Aguirrey JJ, Navarro A, Zaldua U, Eizaguirre S, Yáñez B. Test Alusti: nueva escala de valoración del rendimiento físico para la población geriátrica. Revista Española de Geriatría y Gerontología, Volume 53, Issue 5, 2018, Pages 255-261.

20. Stone, S. P., Ali, B., Auberleek, I., Thompsell, A., & Young, A. (1994). The Barthel index in clinical practice: use on a rehabilitation ward for elderly people. Journal of the Royal College of Physicians of London, 28(5), 419–423.

21. Franssen EH, Kluger A, Torossian CL, Reisberg B. The neurologic syndrome of severe Alzheimer's disease. Relationship to functional decline. Arch Neurol. 1993 Oct;50(10):1029-39. doi: 10.1001/archneur. PMID: 8215960.

22. Vahia I, Cohen CI, Prehogan A, Memon Z. Prevalence and impact of paratonía in Alzheimer disease in a multiracial sample. Am J Geriatr Psychiatry. 2007 Apr;15(4):351-3. doi: 10.1097/JGP.0b013e31802ea907. PMID: 17384318.

23. Hobbelen, J. S., Koopmans, R. T., Verhey, F. R., Van Peppen, R. P., & de Bie, R. A. (2006). Paratonía: a Delphi procedure for consensus definition. Journal of geriatric physical therapy (2001), 29(2), 50–56.

24. Marinelli L, Mori L, Pardini M, Beversdorf D, Cocito L, Currà A, Fattapposta F, Ghilardi MF, Abbruzzese G, Trompetto C. Electromyographic assessment of paratonía. Exp Brain Res. 2017 Mar;235(3):949-956. doi:10.1007/s00221-016-4854-7. Epub 2016 Dec 20. PMID: 27999892.

25. Beversdorf DQ, Heilman KM. Facilitory paratonía and frontal lobe functioning. Neurology. 1998 Oct;51(4):968-71. doi: 10.1212/wnl.51.4.968. PMID: 9781514.

26. Soininen, H., Laulumaa, V., Helkala, E. L., Hartikainen, P., & Riekkinen, P. J. (1992). Extrapyramidal signs in Alzheimer's disease: a 3-year follow-up study. Journal of neural transmission. Parkinson's disease and dementia section, 4(2), 107–119.

27. Risse SC, Lampe TH, Bird TD, Nochlin D, Sumi SM, Keenan T, Cubberley L, Peskind E, Raskind MA. Myoclonus, seizures, and paratonía in Alzheimer disease. Alzheimer Dis Assoc Disord. 1990 Winter;4(4):217-25. doi: 10.1097/00002093- 199040400-00003. PMID: 2264979.

28. Souren LE, Franssen EH, Reisberg B. Contractures and loss of function in patients with Alzheimer's disease. J Am Geriatr Soc. 1995 Jun;43(6):650-5. doi: 10.1111/j.1532-5415. 1995.tb07200. x. PMID: 7775724.

ARTÍCULO ORIGINAL

Incidencia de SARS-Cov2 en trabajadores de la salud (TDS) de una residencia de larga estadía (RLE), riesgo de contagio y herramientas para la toma de decisión/acción en situación de crisis.

Bases para afrontar futuras crisis epidemiológicas en enfermedades respiratorias

Rubin Romina K.[1], Peralta Lorena E.[1], Gurfinkiel Mirta[1], Villoldo Érica A.[1]

[1] Médica geriatra. Fundación Nuevo Hogar LeDor VaDor. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina

Correo electrónico: *rubinromina@yahoo.com.ar*

Conflictos de interés: Las autoras declaran no tener conflictos de intereses.

Recibido el 29 de septiembre de 2023; aceptado el 7 de noviembre de 2023

RESUMEN

Objetivos: Describir la incidencia COVID-19 en TDS de una RLE, explorar los factores de riesgo de contagio y establecer herramientas para disminuir los tiempos de decisión ante futuras situaciones de crisis epidemiológicas por enfermedades respiratorias.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte prospectivo. Se recolectaron los datos de 600 TDS, entre el 20/03/2020 y el 31/12/2020, con una media de seguimiento de 239.25 días. Se realizó un cuestionario con datos de interés y testeos PCR covid-19 por medio de hisopado nasofaríngeo. Se realizó un análisis bivariado entre las variables de interés y el desarrollo de COVID-19 troclear. Para comparar las variables categóricas se utilizó el test de $\chi 2$, mientras que para las continuas se utilizó el test de Mann-Whitney o T-test acorde a su distribución.

Resultados: Se incluyeron 600 trabajadores. El 10.38% son del área de administración, el 22.67% del área de soporte logístico y el 66.50% del área de profesionales asistenciales. Un total de 183 trabajadores (30.50%) desarrollaron infección por COVID-19 (IC95% 26.9-34.2).

Mediante el score de riesgo de contagio de los TDS, categorizamos a los TDS según el tiempo de contacto con los residentes que vivían en la RLE.

Del cruce de las variables; riesgo de contagio y contacto con residentes, definimos el grupo crítico de TDS y realizamos intervenciones.

Discusión y conclusiones: el estudio proporciona una visión detallada de la situación de COVID-19 entre los TDS en una RLE, identifica los factores de riesgo y establece pautas específicas para el contacto con personas mayores.

Palabras clave: *SARS-Cov2, residencias de larga estadía, enfermedades respiratorias, trabajadores de la salud – No existe conflicto de intereses*

Incidence of SARS-Cov-2 among healthcare workers (HCWS) in a long-term care facility (LTCF), risk of transmission, and decision-making tools in crisis situations: foundations for addressing future epidemiological crises in respiratory diseases.

ABSTRACT

Objectives: To describe the incidence of COVID-19 among Healthcare Workers (HCWs) in a Long- Term Care Facility (LTCF), explore risk factors for transmission, and establish tools to expedite decision-making in future epidemiological crises involving respiratory diseases.

Materials and Methods: Prospective cohort study. Data from 600 HCWs were collected between March 20, 2020, and December 31, 2020, with an average follow-up of 239.25 days. A questionnaire was administered to collect relevant information, and COVID-19 PCR tests were conducted through nasopharyngeal swabs. Bivariate analysis was performed between the variables of interest and the development of COVID-19.

Results: A total of 600 workers were included. 10.38% were from the administrative area, 22.67% from the logistical support area, and 66.50% from the healthcare professional area. A total of 183 workers (30.50%) developed a COVID-19 infection (CI95% 26.9-34.2). Using the risk score for HCWs' contagion, HCWs were categorized based on their contact time with residents living in the LTCF. Through the intersection of variables; contagion risk and contact with residents, we defined the critical group of HCWs and implemented interventions.

Discussion and Conclusions: The study provides a detailed insight into the COVID-19 situation among HCWs in an LTCF, identifying risk factors and establishing specific guidelines for contact with older individuals.

Keywords: *SARS-CoV-2, long-term care facilities, respiratory diseases, healthcare workers - No conflicts of interest exist.*

Incidência de SARS-Cov2 em trabalhadores da saúde (TDS) de uma instituição de longa permanência (ILPI), risco de contágio e ferramentas para tomada de decisão/ação em uma situação de crise. Bases para enfrentar futuras crises epidemiológicas em doenças respiratórias.

RESUMO

Objetivos: descrever a incidência de COVID-19 em TDS de uma ILPI, explorar os fatores de risco de contágio e estabelecer ferramentas para reduzir o tempo de decisão diante de futuras situações de crise epidemiológica devido a doenças respiratórias.

Materiais e métodos: estudo de coorte prospectivo. Os dados foram coletados de 600 TDS, entre 20/03/2020 e 31/12/2020, com uma média de seguimento de 239,25 dias. Realizou-se um questionário com dados de interesse e teste de PCR para COVID-19 por swab nasofaríngeo. Foi feita uma análise bivariada entre as variáveis de interesse e o desenvolvimento da COVID-19 troclear. O teste $\chi 2$ foi usado para comparar variáveis categóricas, enquanto o teste de Mann-Whitney ou o T-test foram usados para variáveis contínuas de acordo com sua distribuição.

Resultados: foram incluídos 600 trabalhadores. Enquanto 10,38% eram da área administrativa, 22,67% pertenciam à área de apoio logístico e 66,50% eram profissionais assistenciais. Um total de 183 trabalhadores (30,50%) desenvolveu infecção por COVID-19 (IC95% 26,9-34,2).
Através do score de risco de infecção dos TDS, categorizamos esses TDS de acordo com o tempo de contato com os residentes que viviam na ILPI.
A partir do cruzamento das variáveis, risco de contágio e contato com os residentes, definimos o grupo crítico de TDS e realizamos intervenções.

Discussão e conclusões: o estudo fornece uma visão detalhada da situação da COVID-19 entre os TDS em uma ILPI, identifica fatores de risco e estabelece diretrizes específicas para o contato com idosos.

Palavras-chave: *SARS-Cov2, instituições de longa permanência, doenças respiratórias, trabalhadores da saúde.*

Introducción

A finales de 2019, se identificó un nuevo coronavirus que causó neumonía en Wuhan, China. Rápidamente provocó una epidemia allí, seguida de casos en otros países. El 30 de enero de 2020, la OMS declaró la emergencia de salud pública internacional; y en febrero, designó la enfermedad como Covid-19, el virus que causa el síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2).[1]

En Argentina, el 25 de enero del 2020, el Ministerio de Salud estableció un protocolo de manejo de casos sospechosos de Covid-19, el 3 de marzo confirmó el primer caso, y el 7 de marzo, la primera muerte del país y de América Latina. El Presidente de la Nación, decretó la cuarentena en todo el territorio nacional a partir del 20 de marzo del 2020.[2] El Ministerio de Salud de la Nación generó una serie de recomendaciones para prevención y abordaje de Covid 19 en residencias de larga estadía (RLE).[3]

La OMS informó que más de la mitad de los fallecidos en Europa corresponden a personas mayores que vivían en RLE. En España equivaldría a un 69% del total notificado oficialmente y en Canadá la cifra ascendería al 82%.

En Argentina el 1.8% de las personas mayores viven en RLE, del total de los casos confirmados, el 10% se encuentran en estos dispositivos de cuidado, y de los fallecidos, el 15% vivía en RLE.[5]

Desde que se declaró la pandemia a nivel mundial los trabajadores de la salud (TDS) han estado expuestos al contagio de SARS-Cov-2. Las tasas de contagios en TDS en Sudáfrica alcanzó un 37%.[6] En el estudio italiano la incidencia de SARS-CoV-2 en trabajadores fue de 20%.[7]

En el Estudio de Baker y col en Estados unidos al inicio de la pandemia (entre abril y junio de 2020) se detectó una seroprevalencia de SARS-CoV-2 de 3.8% y esta se asoció a los factores de riesgo demográficos y comunitarios, incluido el contacto con personas positivas para Covid-19 más que a la exposición en el lugar de trabajo.[8]

Existen también algunos grupos identificados como de mayor riesgo de impacto de la infección viral o de contagio.[9] Está descrito que, en las instituciones cerradas, barrios vulnerables y los barrios populares y particularmente la residencia de larga estadía, están dadas las condiciones generales para propagar el virus. Es por eso que nos vemos comprometidos con la realización del presente trabajo de intervención/ investigación y sentar bases preventivas para futuras situaciones de crisis epidemiológica asociada a enfermedades respiratorias que comparten el mismo mecanismo de transmisión.

Objetivos

El objetivo de este estudio es describir la incidencia Covid-19 en TDS de una RLE, explorar los factores de riesgo de contagio y establecer herramientas que permitan disminuir los tiempos de decisión/acción ante futuras situaciones de crisis epidemiológicas por enfermedades respiratorias.

Identificar la relación de factores de riesgo de contagio con la infección de Covid-19 en TDS y armar un score de riesgo.

Sentar bases para la toma de decisiones en futuras crisis epidemiológicas relacionadas a enfermedades respiratorias.

Material y métodos

Diseño

Estudio de cohorte prospectivo. Se recolectaron los datos de 600 TDS participantes, entre el 20 de marzo y el 31 de diciembre de 2020, con una media de seguimiento de 239.25 días.

Población y ámbito

Se incluyeron en el estudio trabajadores de la salud de una residencia de larga estadía dentro de los cuales se describen: personal que desarrollaba tareas en áreas asistenciales, médicos, enfermeros, nutricionistas, kinesiólogos, terapistas ocupacionales, psicólogos, acompañantes terapéuticos, fonoaudiólogos, camareros, asistentes gerontológicos y personal de áreas no asistenciales como personal de limpieza, mantenimiento, seguridad, áreas administrativas y cuidadores particulares. Se excluyeron los trabajadores que tenían una dispensa por ley como mayores de 65 años y profesionales con factores de riesgo.[10]

La residencia es una institución situada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina y cuenta con 250 residentes permanentes y una unidad de residentes con internaciones transitorias para rehabilitación o recuperación funcional. Presenta una superficie de 13200 m2 distribuidas en tres plantas con 10 sectores diferentes. Además, la residencia cuenta con espacios comunes ubicados en planta baja: cafetería, templo, jardines, peluquería, gimnasio de kinesiología, comedor central, espacio de terapia ocupacional y biblioteca, con gran circulación y movimiento de residentes, familia o equipo profesional. Es una institución de puertas abiertas, y previo al inicio de la pandemia, transitaban los espacios comunes 1200 personas por día.

En los sectores se distribuyen las personas de acuerdo a necesidades asistenciales y sociales, con el interjuego de variables tales como: funcionalidad, deterioro cognitivo, presencia de alteraciones con-

ductuales, habilidades sociales y complejidad médica. Cada sector contaba hasta el inicio de la pandemia con equipos interdisciplinarios formados por: enfermeros, médicos, nutricionista, psicólogo, talleristas, y otros. Las actividades de terapia ocupacional y kinesiología se realizaban en el gimnasio y espacio destinados a tal fin. Algunos profesionales compartían sus tareas en más de 1 sector.

Respecto a los equipos de enfermería, la dotación total era de 220 personas entre licenciados en enfermería, auxiliares y asistentes gerontológicos distribuidos en distintos turnos que cubrían las 24 horas de atención. La tarea se realizaba en cinco turnos; mañana, tarde, noche por medio y fines de semana. La distribución de residentes para la asistencia variaba según el sector debido a que la carga asistencial estaba relacionada con los criterios de agrupabilidad mencionados anteriormente, podría decirse que variaba entre 7 a 12 residentes por persona.

Algunas de las modificaciones que se realizaron para control epidemiológico, a partir de marzo 2020 fueron:

- Creación de un acceso único a la institución para control de ingreso: control térmico, registro en libro foliado, screening de preguntas de riesgo, colocación de postas de lavado de manos,
- Asesoría de especialistas en infectología
- Equipos de protección personal para staff y residentes
- Búsqueda activa de casos asintomáticos, con hisopados PCR nasal y oral semanal.
- Disminución de la circulación vertical, que implicó cambios en el esquema de atención y rediseño de todo el circuito organizacional.
- Re funcionalización de espacios, creación de tres zonas de aislamiento para pacientes sospechosos y/o confirmados Covid-19.
- Plan de contingencia por sectores, para casos de brote Covid-19.
- Con respecto a los contactos y comunicación con familias, se incorporó tecnología para favorecer la conectividad, se creó la cabina de visitas y abrazos cuidados, visitas en jardín con renovación del espacio y entrada independiente.
- Adecuación de actividades en los sectores, se dejan de utilizar los espacios comunes para disminuir la circulación y el intercambio entre sectores. Se habilita un canal interno de tv.
- Cambio de modelo asistencial a unidades de convivencia o mini residencias, con equipo de atención exclusivo, y rutinas propias. Estructura de burbujas sociales, concepto pechero de color.
- Reorganización de tareas, priorizando la asistencia en actividades básicas, por parte de todo el equipo asistencial de la mini residencia.

Variable de resultado

La principal variable de resultado fue el desarrollo de enfermedad clínica por Sars-Cov-2 o Covid-19. Se definió la misma como presentar 2 o más de los siguientes síntomas: Fiebre (37.5°C o más), tos, odinofagía, dificultad respiratoria, cefalea, mialgias diarrea/vómitos, rinitis/congestión nasal, pérdida de olfato y un test positivo de PCR para Sars-Cov-2.

Otras variables

Los datos demográficos como edad y sexo fueron extraídos de los registros institucionales. Por otra parte, los trabajadores completaron una encuesta donde brindaron información sobre el medio de transporte utilizado, el tiempo en viaje, las dimensiones de su hogar y la cantidad de convivientes, previo consentimiento. (Ver Anexo)

Según la profesión y el rol se clasificaron a los trabajadores en área administrativas (Secretarías, RRHH, Sistemas y desarrollo de fondos), área de soporte logístico (Cocina, nutrición, farmacia, limpieza, mantenimiento, ropería y seguridad) y área asistencial (Médicos, profesionales licenciados en actividades de colaboración con la medicina, psicólogos, enfermeros, cuidadores).

Según la prevalencia de casos de Covid la OMS y luego el ministerio de salud estableció mapas de circulación viral para identificar las zonas de mayor riesgo de contagio del virus Covid-19 donde “verde” indicaba sin circulación viral, “amarillo” circulación focal del virus, “naranja” varios brotes de casos Covid-19 en la

comunidad y "rojo" virus con circulación comunitaria. La recomendación era regular la circulación según la zona para disminuir el contagio y cortar la cadena epidemiológica.

Según el estudio realizado por Carlos M. Leveau (2021), Los barrios con mayores niveles de pobreza estructural, localizados en su mayoría en la mitad sur de la ciudad de Buenos Aires, presentaron mayores riesgos de mortalidad con respecto al resto. Además de la composición de los hogares y las características de las viviendas, que podrían incidir en una propagación mayor del virus. Existiría algún indicio de una difusión intra-urbana de la mortalidad hacia áreas de menor nivel socioeconómico hasta mediados de agosto 2020.[11]

Según el mecanismo de trasmisión del virus, contacto-respiratorio, se buscó relacionar variables que incrementan la exposición al virus SARSCov-2 de TDS con el contagio de Covid-19, identificado por medio de los testeos periódicos. Además, se vio que el riesgo de contagio de las personas mayores se encontraba directamente relacionado con el contacto de los TDS infectados.

Es por ello que decidimos realizar una valoración del riesgo de contagio en los TDS, identificar los subgrupos propensos a contagiarse y relacionarlo con el contacto con las personas mayores. Para esto realizamos una categorización del contacto con residentes y del interjuego de estas dos variables pudimos segregar los grupos de mayor riesgo para realizar intervenciones específicas.

Para definir el riesgo de contagio de los TDS utilizamos las siguientes variables, su puntaje y categorización se detallan en el **cuadro 1**.

1. Barrio en donde vive: las zonas rojas identificadas según la información publicada en Boletín Epidemiológico Caba y del Registro público pro-

Cuadro 1. Resumen de variables y su puntaje para definir el riesgo de TDS.

Variable de riesgo	Categorías	Puntaje	Factor de corrección
Zona de residencia	Verde	0	
	Amarillo	5	
	Naranja	15	
	Rojo	25	Factor de corrección
Uso de transporte público	0	0	
	1	2	
	2 o más	25	Factor de corrección
Superficie de la vivienda	Valor numérico		
Cantidad de convivientes	Valor numérico		
Mts cuadrados/personas	0	0	
	Hasta 10	2	
	Más de 10 menos de 20	5	
Contacto con paciente Covid	No	0	
	Si	25	Factor de corrección
Cantidad de transporte público que utiliza	0	0	
	1	2	
	Más de 2	25	Factor de corrección
Tiempo de viaje	Menos de 15 minutos	0	
	De 16 y 60 minutos	2	
	Más de 60 minutos	5	

vincial de Villas y Asentamientos precarios de la Provincia de Buenos Aires.
2. Cantidad de convivientes
3. Metros cuadrados de vivienda
4. Relación metros cuadrados /convivientes
5. Trabaja en otro lado
6. Trabaja en otro lado con contacto covid19
7. Viaja en transporte público
8. Tiempo total de viaje

Las variables de riesgo zona de vivienda, poli trabajo y uso y tiempo de transporte público predisponen al contacto con personas potencialmente contagiadas, por lo que se les asignó un factor de corrección:

- Vivir en zona de riesgo suma 25 puntos. Poli trabajo suma 25 puntos.
- Más 1 transporte público suma 25 puntos.

El score que estratifica a los TDS según el puntaje obtenido de las variables mencionadas, fue bajo riesgo, riesgo medio y alto riesgo de contagio. (**Ver cuadro 2**).

Teniendo en cuenta que por disposiciones gubernamentales estaba restringida la salida de las personas mayores y no había circulación de personas en la residencia, el nexo epidemiológico para contagio de Covid-19 en personas mayores era únicamente los TDS.

Como sabemos el tiempo prolongado de exposición aumenta el riesgo de transmisión, uno de los criterios de contacto estrecho definidos por el Ministerio de Salud es haber estado más de 15 minutos a una distancia menor a 1.5 m y de acuerdo a esto definimos las categorías.[12-14]

Como nuestro interés estaba puesto en disminuir la circulación de Covid-19 dentro de la RLE, buscamos categorizar a los TDS en niveles según el tiempo de contacto que tuviesen con las personas mayores que vivían en la residencia. De esta manera encontramos cuatro niveles; nada, poco, moderado y mucho contacto. **Ver gráfico 1**.

En el **cuadro 3**, se puede observar el cruce de estas dos variables; riesgo de contagio y contacto con residentes, donde definimos el grupo crítico/de intervención de TDS; riesgo de contagio medio- contacto moderado y mucho, y riesgo de contagio alto- contacto moderado y mucho. Sobre este grupo realizamos las intervenciones específicas.

Procedimientos de recolección de datos

Se realizó un cuestionario para recabar datos de las variables de interés: domicilio, metros cuadrados de la vivienda, cantidad de convivientes, tiempo de transporte al trabajo, cantidad de transporte que toma y pluriempleo. Se realizó un registro institucional. (Ver anexo)

Se realizaron, además, testeos PCR Covid-19 al personal de la institución por medio de hisopado nasofaríngeo realizado por personal de enfermería previamente capacitado por el Centro de diagnóstico Rossi.

Tamaño muestral

Se incluyeron en el estudio 600 trabajadores. Debido al tamaño muestral fijo se calcula el poder de la muestra para un intervalo de confianza de 95% a dos colas (alfa de 0.05) y teniendo en cuenta un riesgo de Covid-19

Cuadro 2. Categorización riesgo de contagio de TDS.

Riesgo de contagio de TDS	Puntaje
Bajo	Menos de 30
Medio	De 30 a 34
Alto	Más de 34

Cuadro 3. Cruce de variables Riesgo de contagio y contacto con residentes.

Riesgo de contagiarse	Contacto con residentes
Bajo	Nada Poco Moderado Mucho
Riesgo medio	Nada Poco Moderado Mucho
Riesgo alto	Nada Poco Moderado Mucho

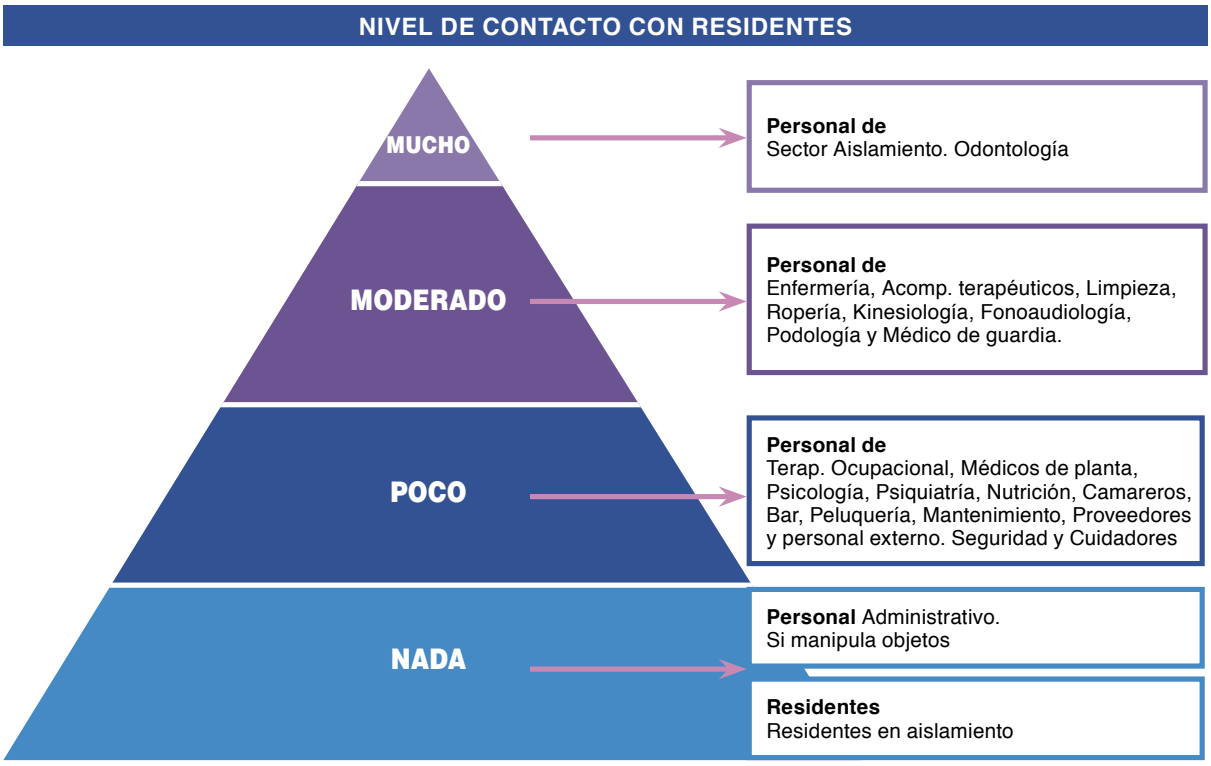

Gráfico 1. Nivel de contacto con residentes. Fuente: Elaboración propia

de 40% en trabajadores con alto probabilidad versus un 25% en los de bajo probabilidad se estima que el estudio tiene un poder de 95%.

Análisis estadístico

Los datos fueron exportados de una base en Excel después de verificar que los campos estuvieran completos.

Las variables categóricas se describieron como frecuencias absolutas y proporciones. La incidencia de Covid-19 fue expresada como una proporción con su intervalo de confianza 95% (IC95%).

Las variables continuas se resumieron como media y desvío estándar o mediana y rango intercuartílico (RIC) según la distribución de los datos. Para establecer la distribución se utilizaron histogramas y el test de Shapiro-Wilk.

Se realizó un análisis bivariado entre las variables de interés y el desarrollo de Covid-19 troclear. Para comparar las variables categóricas se utilizó el test de $\chi 2$, mientras que para las continuas se utilizó el test de Mann-Whitney o T-test acorde a su distribución.

Se realizó un modelo de riesgos proporcionales de Cox para determinar el efecto independiente de los predictores estudiados y el riesgo de Covid-19 que presentan los *Hazard ratio* (HR) con su IC95%. Los datos fueron censurados al 31 de diciembre de 2020, al primer episodio de Covid-19 o si el trabajador discontinuaba su relación laboral con la institución.

Para evaluar el efecto del score de riesgo en desarrollo de Covid-19 se utilizó test logrank.

El nivel de significancia fue establecido en 0.05. Se utilizó el software Stata 13 IC (StataCorp, College Station, TX). Ver gráfico 2.

Resultados

Se incluyeron 600 trabajadores, 442 (73.8%) fueron de sexo femenino y la mediana de la edad fue 38 años (RIC 31-47). Sesenta y cinco trabajadores pertene-

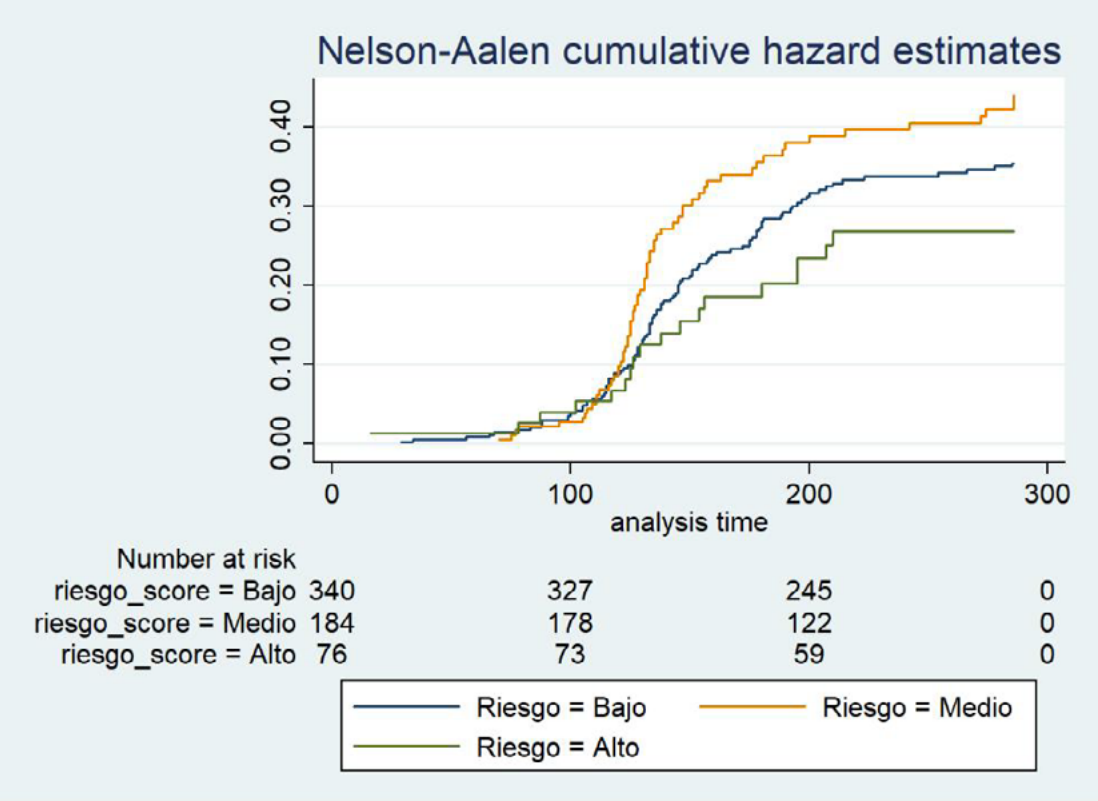

Gráfico 2. Nelson-Aalen cumulative hazard estimates. Fuente: Elaboración propia

cían al área de administración (10.83%), 136 (22.67%) al área de soporte logístico y 399 (66.50%) al área de profesionales asistenciales. Más características pueden verse en la **tabla 1.**

Incidencia de SARS-Cov-2

Un total de 183 trabajadores (30.50%) desarrollaron infección por Covid-19 (IC95% 26.9-34.2). La media de seguimiento fue 239.25 días (rango 16 -286). El grupo más afectado fue el de trabajadores que tenían mucho contacto con pacientes 140 casos (76,5%), seguido del grupo de moderado contacto con 18 casos (9.8%), poco contacto 17 (9.3%) y finalmente quienes no tenían contacto 8 casos (4.4%). En el área de profesionales que asistían a pacientes la incidencia fue de 136/263 trabajadores (51%). **Ver tabla 2.**

Factores de riesgo de SARS-Cov-2

Cuando examinamos los factores demográficos y de exposición a SARS-Cov-2 de todos los trabajadores, en el análisis bivariado encontramos algunas asocia-

Tabla 1. Características sociodemográficas de los trabajadores incluidos

Edad, mediana (RIC)	38.06 (30.85- 46.79)
Sexo	
Femenino	442 (73.8%)
Masculino	157 (26.2%)
Sector de desempeño	
Administración	65 (10.8%)
Soporte logístico	136 (22.7%)
Profesionales	399 (66.5%)
Semáforo epidemiológico (zona de residencia)	
Verde	8 (1.3%)
Amarillo	240 (40.0%)
Naranja	238 (39.7%)
Rojo	114 (19.0%)
Uso de transporte público	
Ninguno	145 (24.2%)
Un transporte	210 (35.1%)
Dos o más	243 (40.6%)
Cantidad de convivientes, mediana (RIC)	3 (2 - 4)
Superficie de la vivienda	64 (45, 90)
Metros cuadrados por persona	22.58 (14 -37.75)

Tabla 2. Comparación de las características de las pacientes y el desarrollo de Covid

	Covid No N=417	Covid Sí N=183	P valor
Edad, mediana (RIC)	39.0 (32.0 -47 .9)	36.9 (29.9 -44.6)	0.014
Sexo			
Femenino	306 (73.6%)	136 (74 .3%)	0.85
Masculino	110 (26.4%)	47 (25.7%)	
Sector de desempeño			
Administración	52 (12.5%)	13 (7.1%)	0.021
Soporte logístico	102 (24.5%) 34 (18.6%)		
Profesionales	263 (63.1%)	136 (74 .3%)	
Semáforo epidemiológico (zona de residencia)			
Verde	6 (1.4%)	2 (1.1%)	0.60
Amarillo	163 (39.1%)	77 (42.1%)	
Naranja	163 (39.1%)	75 (41.0%)	
Rojo	85 (20.4%)	29 (15.8%)	
Uso de transporte público		0.14	0.14
Ninguno	110 (26.4%)	35 (19.2%)	
Un transporte	139 (33 .4%)	71 (39.0%)	
Dos o más	167 (40.1%)	76 (41.8%)	
Tiempo de viaje			
Menor a 15 min	44 (10.6%)	12 (6.6%)	0.24
Entre 15 y 60 min	164 (39.3%)	70 (38.3%)	
Más de 60 min	209 (50.1%)	101 (55.2%)	
Metros cuadrados por persona conviviente mediana (RIC)	25.0 (15.0 -4 0.0)	17.5 (12.0-28.3)	<0.001
Contacto con residentes			
Nada	42 (10.1%)	8 (4.4%)	0.028
Poco	58 (13.9%)	17 (9.3%)	
Moderado	41 (9.8%)	18 (9.8%)	
Mucho	276 (66.2%)	140 (76.5%)	

ciones (ver tabla 2). Podemos describir una tendencia como causa si el tiempo de viaje fue de más de 60 minutos en comparación si duró menos de 15 minutos con HR 1.95 IC95% 0.90-4.24) p 0.089 y una disminución de riesgo por cada metro cuadrado por conviviente HR 0.99 (IC95% 0.98-1.0004), p 0.069.

Al realizar un análisis de subgrupos en el grupo de 286 profesionales que asisten pacientes encontramos una asociación con el área con riesgo epidemiológico elevado zona amarilla HR 2.23 (IC95% 1.34-3.71), p<0.001, zona naranja HR 2.45 (IC95% 1.45-4.13), p<0.001. También hay una asociación con la duración del traslado, Si es entre 15-60 minutos respecto si es <15 HR 3.78 (IC95% 1.16-12.32), p 0.027 y si es mayor de 60 min respecto a menor de 15 min HR 3.47 (IC95% 1.05-11.45), p 0.041.

Al analizar el score de riesgo creado previamente obtuvimos un p 0.12.

Discusión

La incidencia acumulada de infecciones por SARS-Cov-2 fue de 30.5% fue más frecuente en los trabajadores que asistían pacientes directamente. Similar a los datos publicados en el mundo.[7]

Desde el inicio de la pandemia de Covid-19 se sabía que las personas mayores de 70 años, en especial las

que vivían en centros residenciales, tenían un riesgo de morir muy elevado en caso de infección. El objetivo sanitario debió haber sido proteger la vida de estas personas mayores y evitar a toda costa que el virus entrara en dichos centros. En Europa y en Norteamérica no se consiguió este objetivo, quizá simplemente porque las autoridades sanitarias no lo priorizaron. En la escena internacional, la mortalidad por el COVID 19 en los centros residenciales de las personas mayores durante los primeros meses varió entre el 24% y el 82%, lo que puede indicar diferencias en la calidad de los servicios residenciales y en la gestión de la pandemia.

En medio del escenario cambiante, incierto pero que sabíamos iba a llegar, antes del primer caso en el país, tomamos contacto con referentes de Europa que ya se encontraban transitando circulación viral dentro de sus RLE, compartiendo experiencias que nos ayudaron a tomar conciencia y magnitud de lo complejo de la situación.

El virus invadió las residencias principalmente a través de los trabajadores que entraban y salían a diario, lo que se tradujo en una alta mortalidad. Además, los trabajadores que prestaban asistencias en varias residencias podían convertirse en eficaces mecanismos de transmisión entre distintos centros. La situación sanitaria que provocó la pandemia de Covid-19 generó mucha tensión y puso en evidencia los puntos más débiles del sistema de salud. Realizar intervenciones precoces era prioritario, aun no teniendo datos o evidencia de la efectividad de las mismas.

Del cruce de las dos variables; riesgo de contagio y contacto con residentes, donde definimos el grupo crítico de intervención de TDS; riesgo de contagio medio-contacto moderado y mucho, y riesgo de contagio alto-contacto moderado y mucho. Sobre este grupo realizamos las intervenciones específicas. Identificado el grupo crítico de TDS, realizamos acciones sobre este:

1. Se asignaron remises para el traslado desde el domicilio a la residencia al personal que tenía factores de corrección.
2. Se otorgaron préstamos a tasa cero para la compra de transporte como ser bicicletas o motos.
3. Se destinaron sectores dentro de la RLE, para aquellos que quisieran quedarse a dormir, reduciendo la exposición a factores que aumentan el riesgo de contagio como por ejemplo el uso de transporte público.
4. Se entregó EPP para utilizar fuera de la institución para uso personal o del grupo familiar.

Se tomó una conducta proactiva, realizando pruebas repetidas secuenciales, cada semana, en la búsqueda activa de TDS asintomáticos, por medio de hisopado nasofaríngeo para Covid-19. Se categorizó al personal según el nivel de contacto con residentes, y se gestionó el uso interno de Equipo de Protección Personal (EPP) de acuerdo al contacto. **Ver gráfico 3**.

Un estudio de la *National Institutes of Health* describe que el sistema inmunológico de las personas recuerda el Covid-19 durante meses después de la recuperación, a esto lo denomina "memoria" y se encuentra presente en el 95% de las personas estudiada.[13] Conocer este fenómeno nos permitió establecer una rápida reorganización de los criterios de agrupabilidad, cambiando el modelo de gestión asistencial. Se decidió a partir de este momento que el personal recuperado de Covid-19 realizaría tareas de cuidados a aquellos residentes que no habían tenido Covid-19 y viceversa, logrando así reducir la circulación viral.

El año 2020 fue el año más crítico, debido a la incertidumbre de este nuevo virus, los protocolos del ministerio de salud se modificaban frecuentemente, inclusive llegando a cambiar cada 2 o 3 días. Los protocolos específicos para manejo de casos Covid-19 en RLE fueron los últimos en realizarse. Dentro de la gestión de la pandemia en la RLE, realizamos un protocolo interno para manejo de casos sospechosos y confirmados Covid-19 ajustado a las características de la institución, fuimos siempre exigentes, más que las disposiciones generales.

Luego de las intervenciones se observó en la evolución de la frecuencia de contagio en TDS una reducción progresiva. **Ver gráfico 4**.

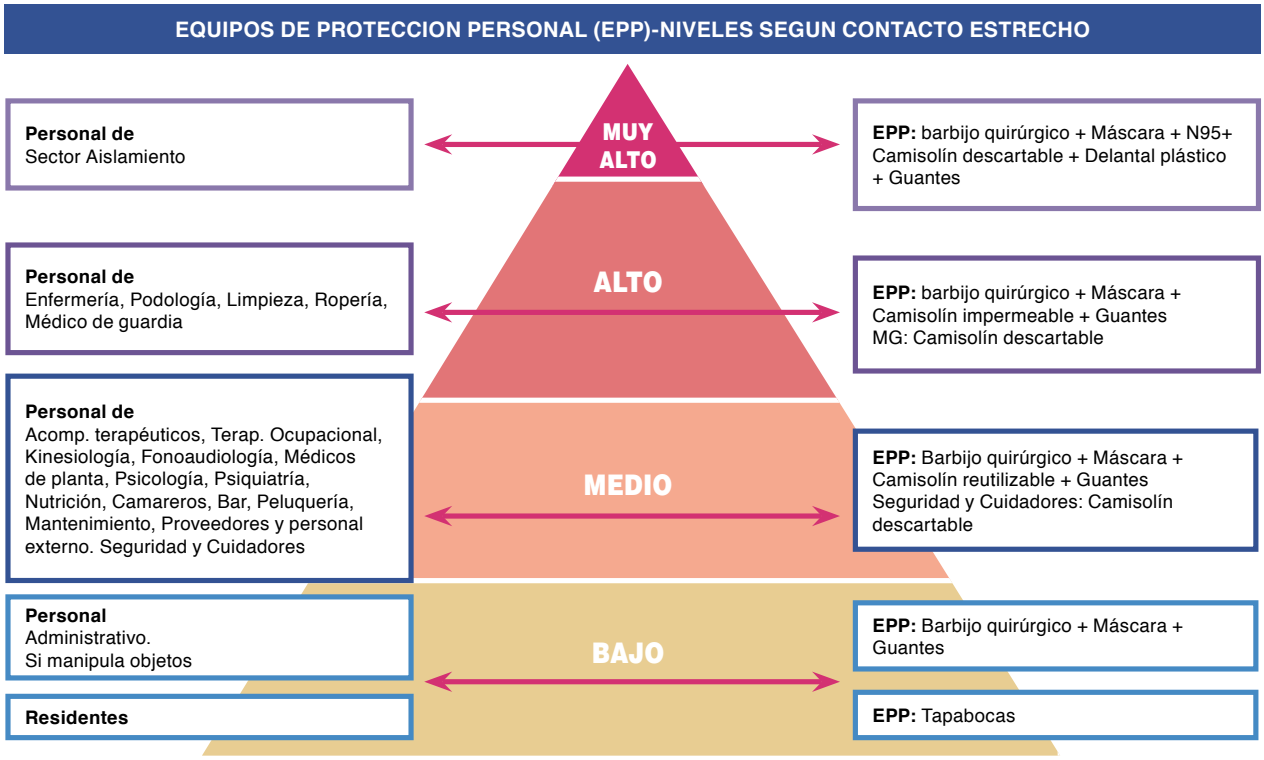

Gráfico 3. EPP según niveles de contacto. Fuente: Elaboración propia

Conclusiones

Luego de haber transitado el año 2020 de crisis epidemiológica, que afectó al mundo entero, donde se replantearon prioridades en la toma de decisiones y se redirige las políticas públicas de forma inesperada, con un dinamismo feroz y sin las herramientas ni la información que hoy se cuenta sobre el virus SARS-Cov2, tuvimos que aprender a tomar decisiones en momentos de crisis. Poder recolectar datos en esos momentos fue importante para analizar y acelerar el proceso de toma de decisiones.

Atender al personal sanitario, establecer líderes para el manejo de la crisis, definir y suspender las tareas no esenciales, llevar el control y seguimiento de los TDS infectados y buscar gestionar de la mejor manera posible los cuidados fue parte del desafío que tuvimos que superar.

Por su situación de vulnerabilidad, el cuidado de las personas mayores residentes fue prioridad, las condiciones de aislamiento nos permitieron controlar variables de circulación e intervenir en otras como las mencionadas en este trabajo, para reducir el contagio.

Identificamos la relación de factores de riesgo de contagio con la infección de Covid-19 en TDS y armar un score de riesgo de contagio de enfermedades que comparten el mismo mecanismo de transmisión.

Describimos la incidencia Covid-19 en TDS de una RLE, exploramos los factores de riesgo de contagio y definimos los niveles de contacto con las personas mayores. Implementamos herramientas que nos permitieron disminuir los tiempos de decisión y que nos permiten sentar bases para la toma de decisiones en ante futuras situaciones de crisis epidemiológicas por enfermedades respiratorias.

La crisis también nos obligó a tomar conciencia rápidamente de este ambiente en constante cambio. Las situaciones extremas vividas también requieren la voluntad de experimentar y de mantenerse creativos, porque en tiempos como estos, no hay recetas únicas.

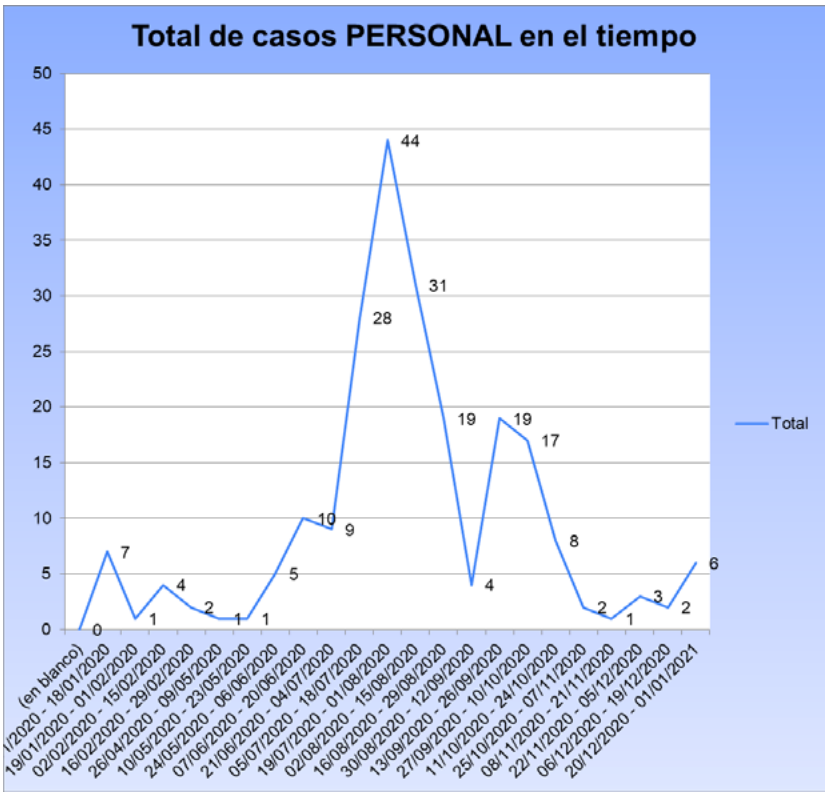

Gráfico 4. Casos positivos de Covid-19 durante el año 2020. Elaboración propia

Hoy nos damos cuenta de la plasticidad que tuvimos para tomar decisiones en crisis y del aporte que podría significar compartir la experiencia, sentando las bases para afrontar futuras crisis epidemiológicas por enfermedades respiratorias que compartan el mismo mecanismo de transmisión en RLE.

Consideraciones éticas

Todos los participantes fueron voluntarios y no recibieron retribución por su participación y firmaron de forma libre un consentimiento informado en donde se explicita la investigación, su procedencia y uso, como también las garantías de confidencialidad de la información proporcionada en el evento que el estudio o parte de él fuera publicado.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Observaciones del Director General en la rueda de prensa sobre 2019-nCoV el 11 de febrero de 2020. http://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020.
2. Gráfico 127477 Versión 8.0 Ministerio de salud de la Nación. https://www.argentina.gob.ar/salud
3. Ministerio de salud de la Nación. Plataforma para adultos mayores. https://portalgeriatrico.com.ar/recomendaciones-para-la-prevencion-y-abordaje-en-residencias-para-personas-mayores-y-plan-de-contingencia/
4. https://www.paho.org/es/noticias/30-9-2020-personas-mayores-60-anos-han-sido-mas- afectadas-por-Covid-19-americas
5. https://www.argentina.gob.ar/noticias/en-argentina-la-tasa-de-letalidad-de-Covid-19-en-las- personas-mayores-de-60-anos-es-de-105
6. Cumulative incidence of SARS-CoV-2 and associated risk factors among healthcare workers: a cross-sectional study in the Eastern Cape, South AfricaDavid Stead, Oladele Vincent Adeniyi, Mandisa Singata-Madliki, Shareef Abrahams , Joanne Batting , Eloise Jelliman , Andrew Parrish PM. ID: 35304402 PMCID: PMC8935006
7. Factors Associated with SARS-CoV-2 Infection Risk among Healthcare Workers of an Italian University Hospital - PubMed (nih.gov)
8. Quantification of Occupational and Community Risk Factors for SARS-CoV-2 Seropositivity Among Health Care Workers in a Large U.S. Health Care System - PubMed (nih.gov)
9. ARMADO IR 2 COVID.indd (argentina.gob.ar)
10. Grupos en riesgo | Argentina.gob.ar
11. VARIACIONES ESPACIO-TEMPORALES DE LA MORTALIDAD POR Covid-19 EN BARRIOS DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES (scielo.org.ar)
12. https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/your-health/risks-exposure.html
13. https://salud.nih.gov/recursos-de-salud/nih-noticias-de-salud/cuanto-tiempo-dura-la- proteccion-despues-del-Covid-19
14. covid19-aislamiento-seguimiento-casos-sospechosos-y-o-confirmados-y-estrategia-rastreo- contactos-estrechos.pdf (salud.gob.ar)

BOOST

Nestlé HealthScience

AYUDA A MANTENER MÚSCULOS Y HUESOS FUERTES

Suplemento nutricional completo recomendado para adultos a partir de los 50 años.

Disponible en las principales farmacias y supermercados del país.

20g DE PROTEÍNA*

456mg DE CALCIO*

8,8mcg DE VITAMINA D*

www.BOOST.com.ar

SENTITE FUERTE

Sentite activo

*CORRESPONDE A UNA PORCIÓN DE 55G (6 CUCHARADAS SOPERAS) DE BOOST SIN SABOR.
SUPLEMENTO DIETARIO DIETÉTICO EN POLVO PARA PREPARAR BEBIDA Y BEBIBLE A BASE DE PROTEÍNAS, CARBOHIDRATOS, LÍPIDOS, FIBRA, VITAMINAS Y MINERALES, SABORES CHOCOLATE, VAINILLA Y CAFÉ CON LECHE. SUPLEMENTA DIETAS INSUFICIENTES. CONSULTE A SU MÉDICO Y/O FARMACÉUTICO.

Rev. Arg. de Gerontología y Geriatría;Vol 37(1):28-31

CASO CLÍNICO

Enfoque gerontológico integral de un paciente con miositis y cáncer de parótida

Rodriguez Malagrida, Natalia; Orlandi Phagouape, Julieta Manuela; Mariñansky, Cynthia Irene[1]

[1] Unidad de Geriatría Hospital Carlos G. Durand

Correo electrónico: *durandgeriatria@gmail.com*

Conflictos de interés: las autoras declaran no presentar conflicto de interés.

Recibido el 10 de agosto de 2023; aceptado el 11 de octubre de 2023.

RESUMEN

Introducción: La valoración Gerontológica integral demostró ser una herramienta eficaz para determinar la pertinencia del tratamiento propuesto a un caso de miositis y enfermedad oncológica.

Objetivo: Destacar la relevancia de la Valoración Gerontológica Integral para definir el tratamiento de un paciente con diagnóstico de miositis y enfermedad oncológica.

Material y método: Caso clínico correspondiente a un paciente de la Unidad de Geriatría del Hospital Carlos G. Durand evaluado en forma multidisciplinaria por: Cirugía de cabeza y cuello, Reumatología, Anestesiología, Nutrición, Terapia Intensiva y Neurología.

Resultados: La valoración gerontología integral es crucial a la hora de determinar la elección de un tratamiento en personas mayores guiando el trabajo interdisciplinario.

Conclusiones: La valoración gerontológica integral contribuye al análisis de las posibilidades terapéuticas y a la toma de decisiones criteriosas que no afecten la expectativa de vida del paciente.

Palabras clave: *Valoración Gerontológica integral; Miosisitis; Enfermedad oncológica; interdisciplinar*

Comprehensive gerontological approach in patient with myositis and cancer parotid

ABSTRACT

Introduction: The comprehensive gerontological assessment proved to be a effective tool to determine the appropriateness of treatment proposed to a case of myositis and oncological disease.

Materials and methods: Clinical case of a patient of a hospitalized in Acute Geriatrics Unit of the Carlos G. Durand Hospital evaluated in multidisciplinary by: Head and neck surgery, Rheumatology, Anesthesiology, Nutrition, Intensive Care and Neurology.

Results: Comprehensive gerontology assessment is crucial when it comes to determine the choice of treatment in older people guiding interdisciplinary work

Conclusions: Comprehensive gerontological assessment contributes to analysis of therapeutic possibilities and decision making criteria that do not determine the patient's life expectancy

Keywords: *Comprehensive Gerontological Assessment; Myosisitis; Oncological disease; interdiscipline*

Enfoque gerontológico integral de um paciente com miosite e câncer de parótida

RESUMO

Introdução: a avaliação Gerontológica integral demonstrou ser uma ferramenta eficaz para determinar a pertinência do tratamento proposto para um caso de miosite e doença oncológica.

Objetivo: destacar a relevância da Avaliação Gerontológica Integral para definir o tratamento de um paciente com diagnóstico de miosite e doença oncológica.

Material e método: caso clínico correspondente a um paciente da Unidade de Geriatria do Hospital Carlos G. Durand, avaliado de forma multidisciplinar por: Cirurgia de cabeça e pescoço, Reumatologia, Anestesiologia, Nutrição, Terapia Intensiva e Neurologia.

Resultados: a avaliação gerontológica integral é crucial no momento de determinar a escolha do tratamento em pessoas idosas, orientando o trabalho interdisciplinar.

Conclusões: a avaliação gerontológica integral contribui para a análise das possibilidades terapêuticas e para a tomada de decisões criteriosas sobre o tratamento que não afetem a expectativa de vida do paciente.

Keywords: *Avaliação gerontológica integral, miosite; doença oncológica; interdisciplina*

Introducción

Material y Método

Análisis del caso clínico de un varón de 77 años internado en la Unidad de Geriatría con diagnóstico de miositis de un año de evolución con escasa respuesta al tratamiento específico y deterioro funcional. Durante su estancia hospitalaria se le diagnostica cáncer de parótida.

Marco teórico

Las miopatías inflamatorias son un grupo heterogéneo de enfermedades que afectan a músculo.

Clasificación

1. Polimiositis idiopáticas
2. Dermatomiositis idiopáticas
3. **Dermatomiositis-Polimiositis asociada a neoplasias (MAC)**
4. Dermatomiositis-Polimiositis juvenil
5. Polimiositis-Dermatomiositis (asociadas a enfermedades del colágeno).

Las MAC presentan las siguientes características:

- Corresponden al 8% de las miositis.[1]
- Difícil diagnóstico.[1]
- Síntomas y anatomía patológica que no difieren del resto de las miopatías inflamatorias, aunque el inicio rápido, la presencia de disfagia, la afección diafragmática.[2]
- Pueden preceder o suceder al diagnóstico de cáncer 2 años o 1 año según distintos autores.[1][3]
- La extirpación del cáncer pudiera mejorar la miopatía, aunque ocurren remisiones espontáneas con independencia de la evolución del tumor.
- Más resistente al tratamiento con esteroides y citotóxicos.[1][2]
- Mayor elevación de CPK.[2]
- Anticuerpos miositis específicos (anti-JO, anti-MI-2) negativos.[2]
- ANA positivos.[2]

Fisiopatología

Etiología multifactorial involucrando citoquinas inflamatorias producidas por el tumor, reacción cruzada del sistema inmune con antígenos tumorales o un mecanismo desconocido condicionado por factores ambientales o trastornos inmunológicos.

- Pronóstico:
  - Supervivencia a cinco años:
- MAC: 10-70%
- resto de las miopatías inflamatorias: 90%[2].

Su curso clínico es paralelo al del tumor primario y el tratamiento oncoespecífico suele dar como resultado la regresión del trastorno reumatológico[2].

Existe cierta evidencia de que el tratamiento oncológico rápido y la inmunoterapia (inmunomodulación, inmunosupresión) pueden ser beneficiosos, especialmente si se instituyen durante el tiempo de progresión de los síntomas, siendo ineficaz después que los mismos se hayan establecido por completo.

Si hay falta de respuesta del síndrome neurológico al tratamiento puede deberse a un daño neuronal irreversible que ocurrió antes de que se hiciera el diagnóstico y se iniciara el tratamiento.[3]

Los tumores más frecuentes asociados a MAC son:
En mujeres: Mama, útero, ovario, tracto gastrointestinal[2]. En hombres: Pulmón, Próstata, colon[2]. La polimiositis suele asociarse con síndromes linfoproliferativos[2]. Sin embargo, se ha reportado asociación con neoplasias poco comunes y de muy diversos tipos (feocromocitoma maligno, mieloma múltiple, timoma, carcinoma papilar seroso, teratomas, sarcoma de Kaposi y melanoma, entre otros).[2]

Historia natural y evolución del paciente

Se trata de un varón de 77 años con antecedentes clínicos de hipertensión arterial, accidente cerebrovascular isquémico en diciembre de 2021 con secuela motora: paresia leve braquial derecha y disartria.

En enero de 2022 presenta progresivo deterioro funcional se detecta en análisis de sangre aumento de CPK con un valor de 16.320 mg/dl y troponina de 1544 UI/l motivo por el cual se interna en unidad coronaria donde se descarta origen cardiológico y en clínica médica se diagnostica miositis inflamatoria iniciándose tratamiento con corticoides y Azatioprina se indica su egreso sanatorial en octubre de 2022.

Por debilidad progresiva y compromiso funcional Reumatología aumenta dosis de Azatrioprina y evoluciona desfavorablemente con disfagia, ingresa a Sala de Geriatría del Hospital Carlos G. Durand con diagnóstico de reactivación de miositis inflamatoria.

Se realiza *Valoración Gerontológica integral* con las siguientes conclusiones:

- Paciente Geriátrico.
- Esfera clínica: miositis inflamatoria con reactivación y falla de respuesta al tratamiento específico, hipertensión arterial, accidente cerebrovascular isquémico, estenosis aortica moderada (informada por ecocardiograma)
- Esfera mental: deterioro cognitivo moderado (diagnóstico por neurología en enero 2022)
- Esfera funcional: dependencia total AIVD (actividades instrumentales de la vida diaria) y ABVD (actividades básicas de la vida diaria).
- Esfera social: familia presente no continente.
- Síndromes geriátricos: inmovilidad, incontinencia, inanición malnutrición).
- Se inicia en forma oportuna nutrición enteral logrando mantener parámetros nutricionales aceptables.

Examen físico

- Vigil globalmente orientado sin signos de foco neurológico, fuerza muscular globalmente, pupilas isocóricas y reactivas. Sensibilidad conservada.
- R1 R2 en 4 focos, soplo sistólico 4/6, foco aórtico sin signos de falla de bomba.
- Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral.

Estudios Complementarios	
EMG	Compromiso miógeno en franca actividad denervatoria en músculos proximales de MSI y MII **compatible con miopatía** probablemente inmunomediada a descartar miopatía necrotizante autoinmune
Biopsia músculo deltoides	- **Fibrosis** intersticial - Focos aislados de **miofagocitosis** , - **Escaso infiltrado inflamatorio** linfocitario endomicial - Sin signos de atrofia ni necrosis ni cuerpos de inclusión
RMN de encéfalo	- **Lesión secuelar** vascular isquémica subaguda tardía frontal derecha - **Lesión secuelar** vascular isquémica crónica perirolandica izquierda

Perfil Inmunológico	
Anti jo-1	Negativo
Anti Mi-2	Negativo
Anti-ku	Negativo
Anti PM- scl- 100	Negativo
Anti PL- 7 y 12	Negativo
ANA	Positivo (1/180)

- Abdomen blando, depresible no doloroso, ruidos hidroaéreos positivos.
- Sin lesiones en piel.

Tratamiento

- Pulsos de Solumedrol EV del 29 al 31/1/2023 sin mejoría clínica por lo cual posteriormente recibe gammaglobulinas del 19 al 24/3 sin mejoría clínica. Por persistir disfagia se realiza gastrostomía 19/4/23 y se realiza tomografía de encéfalo, cuello, tórax, abdomen y pelvis para descartar proceso oncológico donde se evidencia Imagen redondeada de borde definidos en parótida izquierda con realce homogéneo mide 12 mm compatible con adenoma pleomorfo. Se realiza punción aspiración con aguja fina que informa Carcinoma adenoide quístico, categoría V del sistema Milán con riesgo de malignidad 60%.
- Si bien el paciente al momento de este diagnóstico se encontraba en condiciones clínicas estables que hubiesen permitido su estudio en forma ambulatoria, no se pudo proceder a su externación por motivos sociales.
- Es evaluado por Oncología quien considera que debe realizarse exéresis de tumor.
- Cirugía de Cabeza y Cuello en conjunto con Anestesiología informan que se debe realizar una cirugía con tiempo quirúrgico largo requiriendo de intubación oro traqueal, lo cual implicaría un elevado riesgo de mortalidad por el compromiso funcional y muscular del paciente y probable compromiso diafragmático.
- Se realiza espirometría con resultado insuficiente, el cual no permite evaluar compromiso diafragmático.
- Por otro lado, Anestesiología para confeccionar el riesgo anestésico indaga sobre sintomatología relacionada a estenosis aórtica, la cual no puede definirse porque el paciente no deambula.
- Ante estas dificultades oncología plantea posibilidad de tratamiento con radioterapia, siendo el limitante la falta de contención social.

Discusión

- Al momento de la evaluaciónm se trata de un paciente geriátrico por lo cual no estaría en condiciones para realización de tratamiento invasivos y oncoespecíficos.
- Esta condición no permite realizar una correcta valoración anestésica presentando, además, riesgo de compromiso diafragmático para su posterior extubación.
- El compromiso motor severo, también imposibilita una correcta valoración cognitiva
- La pluripatologia y el gran impacto funcional dado por la miositis impiden avanzar con un tratamiento invasivo.
- Queda sin dilucidar si el cuadro autoinmune está asociado al cáncer de parótida o si el paciente es portador de dos entidades independientes.
- Asimismo la literatura no cita esta neoplasia como predisponente.

Bibliografia

1. Maria Viamomnete Tapia y col: «Polimiositis como Manifestación Paraneoplásica de un Cáncer Gástrico». Revista Medisan, Santiago de Chile, año 2011.
2. Lilia Andrade Ortega; «Miopatías en Relación con el Cáncer». Revista de Reumatologia clinica, Mexico, año 2009.
3. Josep Delmau; Myrna R Rosenfeld, "Overview of paraneoplastic syndromes of the nervous system". Up to Date marzo 2023.
4. Adele G. Fam, "Paraneplasic Rheumatic Syndromes". Elsevier vol 14. Septiembre 2000.

Rev. Arg. de Gerontología y Geriatría;Vol 37(1):32-42

REVISIÓN DE TEMA

El consumo problemático de sustancias químicas en personas adultas mayores. La construcción de un problema social y de salud en el siglo XXI

***Lic. Baglione M. Florencia*[1]**

[1] *Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales*

Correo electrónico: *florenciabaglione@outlook.com*

Conflictos de interés: La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación: El presente artículo de revisión se encuentra financiado por una beca doctoral CONICET.

Recibido el 18 de septiembre de 2023; aceptado el 23 de octubre de 2023.

RESUMEN

El presente escrito tiene por objetivo realizar una recolección y sistematización de trabajos académicos que aborden el consumo de sustancias químicas, legales e ilegales, en personas mayores de 60 años. Se espera poder proporcionar un panorama sobre los consumos en este grupo poblacional, dando cuenta de su proceso de construcción como un problema social y de salud a lo largo del siglo XXI. La búsqueda bibliográfica fue realizada a partir de portales como *Google Scholar*, *SciELO*, *PudMed*, *Redalyc* y *Dialnet*; asimismo, se incluyeron informes epidemiológicos internacionales y nacionales de Ministerios de Salud y los Observatorios de Drogas que contaban con datos de personas de 60 años y más.

Los principales resultados dan cuenta de una preocupación internacional respecto a la ausencia de datos específicos, programas y tratamientos centrados en las personas mayores. Ello se debe a que la problemática de los consumos ha sido históricamente asociada a jóvenes y adultos jóvenes, invisibilizado el hecho de que estos comportamientos no distinguen entre género y edad. En efecto, se observa un aumento en la prevalencia por parte de este grupo, vinculado al envejecimiento de las cohortes consumidoras y la naturalización del consumo como un medio para sobrellevar pérdidas vivenciadas en la vejez. Cabe aclarar que, este tipo de comportamientos repercute negativamente en la calidad de vida de las personas mayores ya que incrementa la posibilidad de padecer enfermedades o sufrir accidentes. Es necesario profundizar sobre estos datos para desnaturalizar el consumo en personas mayores y fomentar un abordaje desde una perspectiva integral.

Palabras clave: *Personas mayores, consumos problemáticos, perspectiva integral, pérdidas, salud y calidad de vida.*

Problematic use of chemical substances in older people. The construction of a social and health problem in the century

ABSTRACT

The objective of this writing is to collect and the systematization of academic works that address the consumption of legal and illegal chemical substances in people over 60 years of age. It is expected to be able to provide an overview of consumption in this population group, giving an account of its construction process as a social problem and of health throughout the 21st century. The bibliographic search was carried out from portals such as *Google Scholar*, *SciELO*, *PudMed*, *Redalyc* y *Dialnet*; Likewise, international and national epidemiological reports from Ministries of Health and the Drug Observatories that had information about people of 60 years and older.

The main results show an international concern regarding the absence of specific data, programs and treatments focused on older people. This is because the problem of consumption has historically been associated with youth and young adults, making invisible the fact that these behaviors do not distinguish between gender and age. Indeed, an increase in prevalence is observed among this

group, linked to the aging of the consumer cohorts and the naturalization of consumption as a means to cope with losses experienced in old age. It should be noted that this type of behavior has a negative impact on the quality of life of older people since it increases the possibility of suffering from illnesses or accidents. It is necessary to delve deeper into these information to distort consumption in older people and promote an approach from a comprehensive perspective.

Keywords*: Older people, problematic consumption, comprehensive perspective, losses, health and quality of life.*

Consumo problemático de substâncias químicas em pessoas idosas. A construção de um problema social e de saúde no século XXI

RESUMO

O objetivo deste estudo é reunir e sistematizar trabalhos acadêmicos que abordam o consumo de substâncias químicas, lícitas e ilícitas, em pessoas com mais de 60 anos de idade. Espera-se oferecer um panorama sobre os consumos nesse grupo populacional, demonstrando o processo de sua construção como um problema social e de saúde ao longo do século XXI. A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio de portais como *Google Scholar, SciELO, PudMed, Redalyc e Dialnet*. Além disso, foram consultados relatórios epidemiológicos internacionais e nacionais de Ministérios de Saúde e Observatórios de Drogas que possuíam dados sobre pessoas com 60 anos ou mais.

Os principais resultados revelam uma preocupação internacional com relação à ausência de dados específicos, programas e tratamentos centrados nas pessoas idosas. Isso ocorre porque o consumo problemático tem sido historicamente associado a jovens e adultos jovens, invisibilizando o fato de que esses comportamentos não fazem distinção entre gênero e idade. Com efeito, tem sido observado um aumento da prevalência nesse grupo, associado ao envelhecimento das coortes de consumidores e à naturalização do consumo como um meio de lidar com as perdas vivenciadas na velhice. É importante esclarecer que esse tipo de comportamento tem um impacto negativo na qualidade de vida dos idosos, pois aumenta a possibilidade de ocorrência de doenças ou acidentes. É necessário se aprofundar no estudo desses dados para desnaturalizar o consumo em idosos e promover uma abordagem a partir de uma perspectiva integral.

Palavras-chave: *pessoas idosas, consumos problemáticos, perspectiva integral, perdas, saúde e qualidade de vida.*

Introducción

La construcción de datos y abordajes en torno a los consumos problemáticos[i] estuvo históricamente relacionada al tráfico y uso de sustancias ilegales por parte de los jóvenes y adultos jóvenes. A partir de estas premisas, los Estados comenzaron formular estrategias que posibilitarán adquirir datos para delimitar la magnitud del consumo en la población. Sin embargo, los informes epidemiológicos sólo se abocaron a poblaciones de entre 12 y 65 años, dando lugar a una invisibilización de estos comportamientos en quienes superan dicha franja etaria. Según el Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías[1] (OEDT) el consumo de (sustancia no tiene edad y esta asociación histórica con ciertos grupos ha generado que los datos en relación a las personas mayores sean escasos.

Recién en 2007[2] se comienza a tratar el tema como un problema que involucra a las personas mayores de 60 años, por dos razones: la primera, es la interiorización de las lógicas de la sociedad de consumo, donde las sustancias son percibidas como un medio para sobrellevar las pérdidas propias de este momento del curso de vida (como, la soledad, aislamiento, incomunicación, exclusión social, perdidas familiares, etc.). La segunda razón es el envejecimiento de las cohortes consumidoras, principalmente las cohortes que envejecen durante y después del *baby boom* (grupos nacidos entre finales de 1950 y mediados de 1970) que experimentaron niveles de crecientes disponibilidad de drogas a lo largo del tiempo junto con tasas más

(i) Actualmente, con base a la Ley Nacional N° 26.934 conocido Plan de Abordaje Integral de los Consumos Problemáticos (en adelante Plan IACOP), se entiende por consumos problemáticos a todos aquellos consumos –sea con o sin sustancia- que inciden negativamente, en forma crónica, sobre la salud física o psíquica de una persona o sus relaciones sociales.

altas de uso de drogas ilícitas durante la juventud[3-4]. Cuando los *baby boomers* tenían entre 21 y 33 años (1979), el 27% de ellos reportaba uso de sustancias ilícitas en el último mes; pero, ahora esa población ha envejecido, por lo que se espera un incremento en la cantidad de usuarios mayores[5].

A partir de lo expuesto, se puede reconocer dos tipos de consumidores: los de iniciación temprana o sobrevivientes, que hacen referencia a aquellas personas que iniciaron su consumo previo a la vejez. Y, los de iniciación tardía o reactivos, es decir, quiénes inician su consumo en la vejez y se relaciona con algún acontecimiento propio de este momento vital. Si bien, las consecuencias difieren con respecto al tiempo de exposición, el uso recurrente de sustancias químicas genera una mayor predisposición a enfermedades y accidentes en este grupo poblacional, ocasionando una mayor demanda de servicios sanitarios. En términos de Castro Toschi[6] esta situación de consumo implica importantes pérdidas en esperanza de vida y costos elevados para el Estado y la sociedad.

Para Pino y Jiménez[7] esta situación puede agravarse si se considera el uso particular de fármacos. Las personas mayores "se han convertido en los consumidores más grandes de medicamentos" [8], su combinación con otras sustancias o el mismo abuso de los psicofármacos podría provocar una serie de reacciones adversas que pongan en riesgo su salud. Más aún, cuando existe una predisposición física, como la disminución de la masa muscular, del agua corporal y la filtración glomerular, que genera un metabolismo más lento para digerir las sustancias y su cerebro puede ser más sensible a las drogas[9,10] .

Con base a dichas consideraciones, es que resulta necesario tomar dimensión de la problemática de los consumos en las personas mayores y fomentar abordajes respecto del tema [11]. Sin embargo, y de acuerdo a los lineamientos promovidos por la Ley Nacional N° 26.934 [12] conocida como Plan de Abordaje Integral de los Consumos Problemáticos (en adelante Plan IACOP), estas acciones deben partir de una mirada integral que involucre a la comunidad en su conjunto, por ejemplo, la escuela, la iglesia y el centro de jubilados, entre otros espacios[13].

De esta manera, el presente escrito busca indagar sobre el proceso a partir del cual los consumos de sustancias químicas en personas mayores fueron construyéndose como un problema social y de salud a lo largo del siglo XXI, enfatizando en las siguientes preguntas: ¿cuáles son las principales características que presenta el consumo en este grupo poblacional? ¿desde qué perspectivas se ha abordado el tema? ¿cuáles son los factores (sociales económicos, de salud, de género) asociados al consumo de sustancias químicas?

Método

La revisión bibliográfica está conformada por trabajos académicos, desarrollos teóricos e informes epidemiológicos internacionales. La búsqueda fue realizada entre mayo y julio del 2023 en portales como *Google Scholar*, *SciELO*, *PudMed*, *Redalyc* y *Dialnet*, utilizando palabras claves como: adicciones en adultos mayores y consumos de sustancias psicoactivas en personas de 60 años. Asimismo, se recurrió a páginas de Ministerios de Salud, la Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC), el Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (OEDT), la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA), el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol en Chile (SENDA) y el Observatorio Argentino de Drogas (OAD).

Con base al objetivo propuesto, no se establecieron filtros temporales, finalizando el proceso en julio del 2023. Se incluyeron artículos científicos en español, portugués e inglés. Esto incluyó informes de organismos nacionales, libros, documentos técnicos, investigaciones de tipo cualitativas, cuantitativas o mixtas, revisiones sistemáticas y narrativas **(Ver figura 1).**

Resultados

Todos los artículos que abordan el consumo de alguna sustancia química por parte de personas mayores

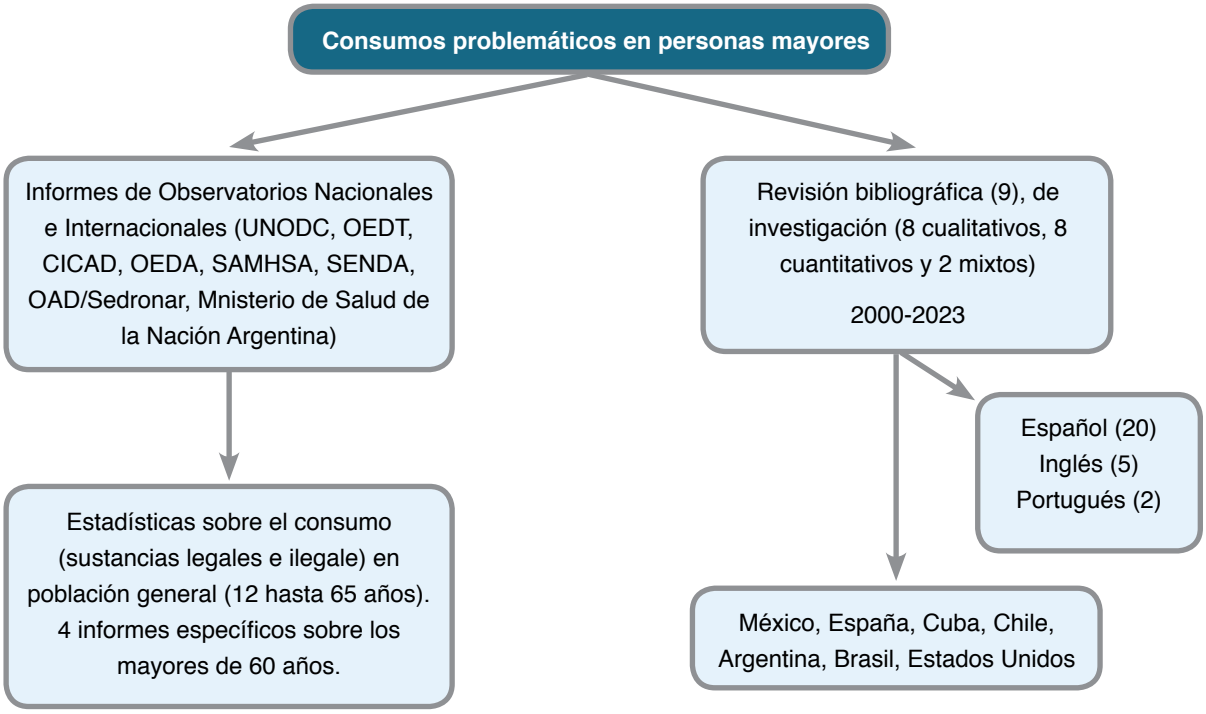

Figura 1: Diagrama de revisión bibliográfica. Fuente: De elaboración propia con base a los datos obtenidos en la investigación

de 60 años fueron incluidos en la presente revisión **(Tabla 1).**

A partir de la búsqueda bibliográfica fue posible encontrar 32 documentos que abordan desde diferentes enfoques el consumo problemático en personas de 60 años y más.

Un panorama sobre el consumo en personas mayores: principales aportes de estudios e informes internacionales

De acuerdo a varios autores como Solís et al [14], Wangy Andrade[15], Pozo[16], y Pinelo Camachoa[17], todas las sustancias independientemente de su estatus legal, son percibidas como un medio para divertirse, sobrellevar situaciones negativas o para tranquilizar un dolor físico o emocional/psicológico. Este método de "cancelación tóxica"[18] repercute en todas las personas sin distinguir en edades; pero, la vejez es percibida como un momento del curso de vida que propicia la iniciación o el aumento de los consumos por las pérdidas que se vivencian durante este período: soledad, aislamiento, incomunicación y exclusión social sumado, muchas veces, a pérdidas familiares y un bajo nivel en su poder adquisitivo, que se hacen insuficientes para mantener un lugar social acorde a sus necesidades/falta de inserción social [19-20].

Asimismo, este tipo de comportamientos repercute en la calidad de vida de las personas mayores, aumentando las posibilidades de accidentes y caídas, lo que genera erogaciones económicas, discapacidades y defunciones en personas mayores. Esta afirmación se evidencia en la investigación realizada por Solís et al[17] donde el 13,6% de 106 personas reconocieron una correlación entre las caídas, los golpes y los accidentes con el consumo de alcohol. Cabe aclarar que, los autores también destacan que de 700 personas mayores de 65 años que acudieron a servicios de atención primaria del Distrito Federal (México), sólo el 2,4% afirma ingerir mayores cantidades de bebidas alcohólicas en los últimos 6 meses, mientras que un 3,8% reconoció tener problemas con relación a este tipo de consumo. Es debido a la baja prevalencia, en comparación con otros grupos etarios, que no se lo considera un problema.

Tabla 1: Trabajos sobre consumo de sustancias químicas en personas mayores de 60 años

Año de public. y país	Autores/as	Título/Tipo de trabajo	Objetivo
2000 México	Solís, Vélez y Dorisvelia Berumen	"Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas y problemas asociados en personas de la tercera edad que acuden a los servicios de atención primaria de la ciudad de México"	Indagar sobre la prevalencia de bebidas alcohólicas en personas mayores y los problemas asociados a ese tipo de comportamientos.
2007 Estados Unidos	Epstein, Fischer-Elber, Al-Otaiba,	*"Women, Aging, and Alcohol Use Disorders"*	Describir y caracterizar el consumo de alcohol en mujeres mayores.
2008	Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías	Documento teórico	Visibilizar el consumo de sustancias en adultos mayores.
2008 México	Castillo Marziale, Castillo, Facundo y Meza	"Situaciones de la vida estresante, uso y abuso de alcohol y drogas en Adultos mayores de Monterrey, México"	Identificar las diferencias en el consumo de alcohol y medicamentos por sexo y estado marital. Determinar los eventos de la vida estresantes que se asocian con el uso y abuso de esas sustancias.
2010	García Martínez, Fontaine Machado, Hernández Meléndres y Castañeda Abascal	"Intervención psicológica en el anciano alcohólico, familia y sociedad"	Abordar el consumo de bebidas alcohólicas en personas mayores y aquellos factores que lo identifican como un problema de salud para el Estado y la sociedad.
2012 Argentina	Castro Toschi	"Caracterizar pacientes de 60 años y más que ingresan a salas de urgencias por uso indebido de alcohol y drogas. Argentina, diciembre de 2003 y octubre de 2005"	Caracterizar la población de pacientes de 60 años y más ingresados a sala de urgencias y sus antecedentes inmediatos de uso indebido de alcohol y drogas.
2013 Estados Unidos	Wang YP, Andrade LH.	*"Epidemiology of alcohol and drug use in the elderly. Curr Opin Psychiatry"*	Revisar las tendencias recientes sobre la epidemiología del consumo de alcohol y drogas en los ancianos, para planificar e implementar intervenciones efectivas para este problema de salud pública inminente.
2013 Estados Unidos	Saccoa, Kuerbis Goge y Bucholz	*"Help seeking for drug and alcohol problems among adults age 50 and older: A comparison of the NLAES and NESARC surveys"*	Estimar las tasas de búsqueda de ayuda entre adultos mayores y de mediana edad con consumo de alcohol y trastornos por consumo de drogas entre las encuestas NLAES (1991–1992) y NESARC (2001–2002) e identificar las diferencias.
2014 México	Borges, Mendoza Meléndez, López Brambila, García Pacheco. Velasco-Ángeles, Beltrán Silva, Valdez Corchado, Medina-Mora, Camacho Solís.	"Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco, alcohol y drogas en una muestra poblacional de adultos mayores del Distrito Federal"	Presentar las prevalencias de consumo de alcohol, tabaco, medicamentos y drogas ilícitas en los beneficiarios del programa de pensión alimentaria del Instituto para la Atención del Adulto Mayor del Distrito Federal (IAAM-DF).
2015 España	Pozo Rosario	"Estigma e invisibilidad: alcoholismo y proceso de envejecimiento en mujeres"	Comprender, analizar y describir los procesos de envejecimiento femenino de personas alcohólicas, que pasan por los diversos servicios e instituciones de atención de desintoxicación, deshabituación, de tratamiento o reinserción en las Islas Baleares.
2015 México	Mendoza-Meléndez, Borges Guimaraes, Gallegos-Cari, García Pacheco, Hernández-Llanes, Camacho-Solís, Medina-Mora Icaza.	"Asociación del consumo de sustancias psicoactivas con el cuidado y la salud del adulto mayor"	Evaluar si el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas estaba asociado con diversas variables de su cuidado, como la necesidad de cuidador, actividades básicas de la vida diaria, apoyo social y familiar percibido, percepción de salud.
2015 Estados Unidos	Sacco P, Unick GJ, Kuerbis A, Koru AG, Moore AA.	*Alcohol-Related Diagnoses in Hospital Admissions for All Causes Among MiddleAged and Older Adults: Trends and Cohort Differences From 1993 to 2010*	Caracterizar las tendencias en los ingresos hospitalarios (entre 1993 y 2010) relacionados con el consumo de alcohol entre adultos de mediana edad y mayores. Enfatizando en su relación con la edad, el género, la raza y la pertenencia a la cohorte.
2016	Soengas	Relaciones entre el consumo de alcohol y los adultos mayores	Analizar desde un punto de vista médico el consumo de bebidas alcohólicas en personas mayores y la situación de alcoholismo.
2017 México	Pino y Jiménez	"Trastorno por consumo de sustancias en la vejez. Enfoque psicosocial"	Analizar los consumos de sustancias legales e ilegales en las personas adultas mayores, considerando los factores socioculturales, la personalidad, familia, y las peculiaridades en la vejez.
2017 México	De Niz Villaseñor	"El desarrollo de la capacidad de agencia en adultos mayores con adicciones en proceso de rehabilitación" **(Tesis de maestría)**	Indagar sobre la capacidad de agencia en personas mayores que atraviesan un proceso adictivo autodestructivo.

(Continúa)

Tabla 1: Trabajos sobre consumo de sustancias químicas en personas mayores de 60 años *(continuación)*

Año de public. y país	Autores/as	Título/Tipo de trabajo	Objetivo
2017 Cuba	Cuéllar Álvarez, Zeida Fuentes Martinez, Rodriguez Méndez, López	"Riesgo tabáquico en adultos mayores desde la consulta de cesación"	Caracterizar el riesgo tabáquico geriátrico desde la consulta de cesación perteneciente al policlínico "José Ramón León Acosta" de Santa Clara.
2017 Chile	Claudio Rojas-Jara, Ramírez Cisterna, Pinto Poblete, Concha Garrido, Chandía Espinoza, Cerda Rodríguez, Apablaza Osorio,	"Polifarmacia en el adulto mayor y el significado del uso de drogas en la vejez"	Elaborar una mirada comprensiva y analítica a los significados que pueden estar tras el uso de drogas en adultos mayores.
2017	Diniz, Pillon, Monteiro, Pereira, Gonçalves, Dos Santos	"*Uso de substâncias psicoativas em idosos: uma revisão integrativa*"	Analizar la producción científica sobre el uso de sustancias psicoactivas en personas mayores, enfatizando en las condiciones sociodemográficas y clínicas.
2017 Estados Unidos	Namkee G. Choi DiNitto, y Nathan Marti	*"Older adults who use or have used marijuana: Help-seeking for marijuana and other substance use problems"*	Examinar las relaciones entre la búsqueda de ayuda por el uso de marihuana y el consumo paralelo de otra sustancias y/o trastornos mentales entre adultos mayores de 50 años.
2018 Argentina	Sedronar	"Estudio exploratorio sobre sustancias psicoactivas en adultos mayores en Área Metropolitana	Analizar la magnitud y las características del consumo de sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol y psicofármacos) y detectar factores de riesgo y protección en los adultos mayores que asisten a centros de adultos mayores del Área Metropolitana.
2018	Quimbayo Díaz José Humberto	"El adulto mayor frente a las adicciones, un problema de salud pública"	Reflexionar y caracterizar el consumo de sustancias químicas en la vejez.
2018 México	Pavón-León, Gogeascoechea-Trejo, Blázquez-Morales, Sánchez-Solis	"Factores asociados con el consumo de alcohol y tabaco en adultos mayores"	Identificar la asociación de diferentes variables con el consumo de alcohol y tabaco en adultos mayores.
2020 Cuba	Cobo, Parada, y Ramos	"Caracterización del tabaquismo en adultos mayores institucionalizados"	Caracterizar el tabaquismo en ancianos institucionalizados
2020 Argentina	Baglione M. Florencia	"Curso de vida y consumos problemáticos en personas mayores: un estudio de casos en el Área metropolitana de Buenos Aires"	Conocer aquellos cambios que perciben en sus trayectorias de vida personas de 60 años y más -residentes del Área Metropolitana de Buenos Aires- que atravesaron y/o se encuentran atravesando una situación de consumos problemáticos.
2021	Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones	Encuesta sobre alcohol, drogas y otras adicciones en mayores de 64 años en España.	Relevar información que permita diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo de drogas y otras adicciones y los problemas asociados a esta conducta.
2021 Chile	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)	Estudio uso de alcohol y otras drogas en población de 60 años o más. Principales resultados	Conocer la dimensión del consumo de sustancias en personas de 60 años y más, enfatizando en el contexto de pandemia Covid-19.
2021 Argentina	Portela Andrea	"El consumo de sustancias psicoactivas en mujeres mayores en la Argentina. Investigación bibliográfica 2010-2020"	Recopilar y sistematizar la producción académica argentina de los últimos diez años sobre el consumo de sustancias psicoactivas en mujeres mayores.
2021 México	Araujo Monroy	"Viejos. Ayer, hoy. . . sin mañanas. Adultos mayores y adicciones"	Realizar un abordaje del consumo de como fenómeno social de naturaleza intergeneracional y su vinculación con el abuso, maltrato y abandono de la persona mayor.
2021 Brasil	Cruz VD, Santos SSC, Oliveira MM, Moraes CL, Oliveira PC.	"O consumo de substâncias psicoativas entre pessoas idosas: um olhar complexo"	Descrever o padrão de consumo de substâncias psicoativas entre pessoas idosas sob a ótica da complexidade
2022 México	Pinelo Camacho, Pavón-León, Salas-Garcia b, Xóchitl De San Jorge-Cárdenas, Beverido Sustaeta y Sánchez Mejorada-Fernandez	"Consumo de drogas legales e ilegales y síntomas de depresión en adultos mayores usuarios de Facebook durante la pandemia por SARS-CoV-2 en México"	Analizar el consumo de drogas en personas mayores de 60 años, usuarios de Facebook y su relación con síntomas de depresión durante la pandemia por SARS-CoV-2.
2022 Brasil	Pacheco Ferreira, Telles Nichele , Dezordi Wermuth, Dias Wermelinger	"Uso y abuso de substancias en adultos mayores atendidos en Servicios de Salud Mental"	Mostrar el uso de sustancias en adultos mayores en Centros de Atención Psicosocial del Rio de janeiro, con la aplicación del test ASSIST
2023 Argentina	Portela, Andrea	"Consumo de sustancias psicoactivas en mujeres mayores de 60 años de clases populares de la Ciudad de Buenos Aires en el contexto de la pandemia por COVID19"	Indagar sobre el consumo de sustancias psicoactivas en mujeres mayores de 60 años, atravesadas por condiciones de vulnerabilidad social y económica, durante la pandemia de COVID19.

Fuente: De elaboración propia con base a los datos obtenidos en la investigación

No obstante, para Epstein et al[2] la baja prevalencia se debe al hecho de que no se concibe a la persona mayor como posible consumidora de una sustancia, es por ello que no se suelen identificar este tipo de situaciones ni implementar los abordajes correspondientes para reducir los riesgos del consumo. Según Castro Toschi[4], la ausencia de políticas y planes de trabajo sobre esta problemática terminará promoviendo un aumento del consumo en los adultos mayores. Para el autor, esta tendencia es observable en Argentina a través de la Encuesta a Pacientes en Sala de Urgencia de la SEDRONAR (de diciembre de 2003 y octubre de 2005). De 3561 personas de 60 años y más, el 0,55% de los ingresos estuvieron relacionadas con abuso de drogas (sobredosis y síndrome de abstinencia), un 19,7% a causa de violencias y un 5.32% a accidentes de tránsito. Además, el 20,3% de los casos estuvo vinculado a estados de violencia y consumo de alcohol; pero, este porcentaje asciende a 40,8% para los pacientes de entre los 40 y 59 años de edad.

Del mismo modo, Sacco et al[21] comparan las encuestas *National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey* (NLAES) de 1991–1992 y *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* (NESARC) realizada entre 2001 y 2002[ii]. Los principales resultados dan cuenta de que las tasas de búsqueda de ayuda a lo largo de la vida por problemas de alcohol y drogas en mayores de 50 años fueron más altas en la NESARC (3,63%) en comparación con NLAES (2,76%). También, la investigación longitudinal efectuada por Sacco et al[22] da cuenta de que las tendencias en los ingresos hospitalarios durante 1993 y 2010 en Estados Unidos, relacionados con el consumo de alcohol entre adultos de mediana edad y mayores, aumentaron a lo largo del tiempo. Vale destacar que, las tasas de hospitalizaciones fueron más altas entre las cohortes *baby boom*.

Esta afirmación en relación al aumento de consumo en los *baby boomers* coincide con los datos relevados por Choi[23] en cuanto al consumo de marihuana. Según la Encuesta Epidemiológica Nacional sobre el Alcohol y Condiciones Relacionadas (NESARC) de Estados Unidos, la prevalencia del consumo de marihuana entre los mayores de 65 años pasó del 0% en 2002-2003 al 1,3% en 2012-2013; mientras que, en el caso de las personas entre 45 a 64 años, la prevalencia de último año aumentó del 1,6% al 5,9%. Este incremento en el uso de la marihuana se relaciona al hecho de que no es percibida como algo perjudicial, sino como una alternativa a los psicofármacos; pero, su consumo combinado con otras sustancias puede repercutir negativamente en la salud de las personas mayores.

Estos últimos aspectos vinculados a la comorbilidad y al envejecimiento de las cohortes consumidoras es retomado por la UNODC[iii], donde se estima que el 75% de las muertes por trastornos por el uso de drogas entre las personas mayores de 50 años está vinculado al consumo de opioides, un 6% por cocaína y anfetaminas, y el 13% restante por otras sustancias[24]. En el caso específico de América Latina, el informe llevado a cabo por la CICAD[iv] en 2019 permite dar cuenta de la presencia de consumo de alcohol en la población de 35 a 64 años supera el 30% de la prevalencia en el último mes en Estados Unidos, México, Panamá, Argentina, Uruguay, Chile, Paraguay, Colombia, Venezuela, Guyana, Perú, Suriname, Las Bahamas, Jamaica, Barbados y República dominicana. En relación a la prevalencia del último mes sobre consumo de tabaco se estima que sólo superan el 30% Chile, Uruguay y Argentina. Puntualmente, el consumo de cannabis presenta valores menores al 30%: siendo Canadá, Estados Unidos, Chile, Uruguay y Jamaica los que superan un 15%. Por el contrario, las sustancias inhalables, cocaína y medicamentos no prescriptos, no presentan datos en la población mayor de 34 años y, en el caso de los estimulantes de tipo anfetamínicos no se encuentran datos desagregados con base a la edad [25].

Esta lógica en la que invisibilizan a las personas que superan los 64/65 años fue adoptada por varios obser-

(ii) De acuerdo a Sacco et al, el NLAES y NESARC fueron estudios con evaluaciones y metodologías comparables, que contaron con una muestra representativa a nivel nacional sobre el consumo de alcohol y condiciones relacionadas entre estadunidenses mayores de 18 años. La primera de ellas estuvo conformada por un total de 26.958 personas menores de 50 años y 15.904 personas mayores de 50 años; mientras que la segunda encuesta nacional conto con una muestra de 26.066 personas correspondientes al primer grupo y 17.027 al segundo.

(iii) Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito

(iv) Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas

vatorios de drogas; pero, algunos países han comenzado a implementar encuestas dirigidas a mayores de 60 años. En el caso de Argentina se trata de un estudio exploratorio centrado en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) con base a 178 personas mayores. Los resultados muestran que el alcohol fue la sustancia que presentó mayor prevalencia de consumo (el 66,9% durante el último año y 55,1% durante el último mes), seguido por los psicofármacos (el 23,6% durante el último año y el 19,7% en el último mes) y el tabaco (5,6% y 10,1%).

En 2021 España lleva a cabo 1.443 cuestionarios a personas mayores de 64 años –no institucionalizadas–[v]. Este grupo presenta una mayor preponderancia hacia las sustancias legales, siendo las mujeres quienes se destacan en el uso de hipnosedantes y analgésicos opioides. Cabe mencionar que, el uso de psicofármacos, alcohol y tabaco aumentan con base a la edad, mientras que, las drogas ilegales disminuyen. Esta tendencia también es observada en el estudio llevado a cabo por Chile a personas mayores de 60 años[vi]. Además, se evidenció que tras el advenimiento de la pandemia Covid-19 y las medidas socio sanitarias empleadas, el 66,5% de las personas han sostenido su consumo de bebidas sin ningún tipo de alteración en la frecuencia, un 26,7% lo ha disminuido y 6,8% lo ha incrementado.

Cabe aclarar que el contexto de pandemia Covid-19 ha generado efectos secundarios como el incremento de sentimientos negativos: soledad, aislamiento y tristeza, entre otros. Estas emociones se constituyen para Pinelo Camachoa et al[27] en factores que propiciaron el consumo de sustancias. Según su investigación, aplicada a 380 personas mayores mexicanas, se observa una mayor prevalencia en el último mes de los tranquilizantes (16,05%), marihuana (7,89%), cocaína (2,63%), crack o piedra, solventes inhalables y anfetaminas (1,32%). El porcentaje de adultos mayores que había consumido solo una droga fue del 41,1% y el 21,1% declaró consumir 2 o más drogas.

Esta vinculación entre el consumo de sustancias y el contexto de la pandemia también fue retomado por Pacheco Ferreira et al[28] en la ciudad de Rio de Janeiro, Brasil. Por medio de la implementación del Cuestionario de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST versión 3.1) se observó que, en un total de 432 pacientes, las sustancias que presentaron mayor prevalencia para los varones fueron el cannabis (57,14%), anfetamina (13,73%), inhalantes (4,45%) y alucinógenos (3,27%). Mientras que, en el caso de las mujeres fue la anfetamina (15,14%), inhalantes (3,49%) y alucinógenos (3,49%).

Como se pude observar, el consumo problemático de sustancias en personas mayores de 60 años es una realidad actual. Si bien, existe una preponderancia hacia las sustancias legales, el consumo de sustancias ilegales se está incrementado en este grupo poblacional.

Más allá de estadísticas: factores asociados a los consumos de sustancias químicas en personas mayores

Con la finalidad de complementar los datos presentados anteriormente, se recupera la investigación llevada a cabo en 2008 por Castillo et al[29] en Monterrey (México) donde se contó con la participación de 112 pacientes mayores de 60 años. Los principales resultados dan cuenta de que los eventos de la vida que reportaron como estresantes (el deterioro de la memoria, de su estado financiero, alteraciones de la salud o conducta de un familiar, la presencia de enfermedad, etc.), no presentan una relación significativa con el consumo de alcohol actual. En efecto, se opta por alternativas más saludables. Cabe aclarar que, son las mujeres quienes declaran haber vivenciado más eventos estresantes (59,8%) y un 20% de ellas manifestó consumir ansiolíticos y antidepresivos; mientras que, los hombres presentan una mayor prevalencia hacia el consumo de bebidas alcohólicas (62.2%).

Es dable destacar que, esta tendencia en relación al género también es destacada por las investigaciones

(v) El estudio se realizó entre el 7 de febrero y el 13 de marzo de 2020, previo a la disposición de aislamiento por la pandemia Covid-19. La muestra estuvo conformada por un 57,2% de mujeres y un 42,8% de varones; además, el 51,3% de personas tenían entre 65 y 74 años, mientras que el 48,7% restante tenían 75 o más años.

(vi) El estudio se desarrolló desde el 6 de abril al 6 de mayo de 2021 en las 16 regiones del país. La muestra estuvo conformada por 3.503 encuestas telefónicas, donde el 51,7% eran varones y 48,3% mujeres, de los cuales el 70% tenía entre 60 y 70 años y el 30% restante más de 71 años.

de Borges et al [30] y León et al [31], situación que se asocia a un contexto social y cultural donde se acepta y justifica el consumo de sustancias en hombres y no así el de las mujeres. Según Castillo et al [33] el consumo de bebidas alcohólicas por parte de los varones son conductas más abiertas y manifiestas, mientras que en las mujeres son ocultas y moderadas, presentando cargas estigmatizantes que persisten en la vejez. Estas representaciones sociales adjudicadas al consumo de alcohol se replican en las sustancias ilegales, motivo por el que Portela [32] afirma que las mujeres tienden al uso de sustancias legales. Así, evitar los circuitos de la marginalidad asociados a los consumos ilegales y consumir en el ámbito privado se constituyen en estrategias que sostienen las mujeres mayores para resguardarse de las sanciones sociales[vii].

Relacionado a esta situación, Pozo [33] destaca la necesidad de reconocer la existencia de una diferenciación de género en el consumo. A partir del análisis de 8 historias de vida, la autora evidencia que ser mujer inmersa en procesos de envejecimiento y consumo de alcohol problemático son factores acumulativos de vulnerabilidad, ya que son ellas quienes cuentan con menores apoyos y recursos económicos o dificultades para acceder a ellos[viii]. En contraste con los datos proporcionados por Castillo[33], el consumo en este grupo es percibido como una manera de enfrentarse o sobrellevar la depresión, ansiedad y estrés, lo que se relaciona a un historial de abuso físico, sexual, psicológico o económico e intentos de suicidio.

Esta concepción en relación al abordaje y estudio de los consumos en personas mayores por medio del método biográfico también es implementada por Cruz et al.[4], DeNiz-Villaseñor[3] y Baglione [34]. A partir de entrevistas en profundidad, los autores enfatizan en que los consumos problemáticos deben comprenderse desde un enfoque integral, lo que permite conocer los cambios y percepciones en torno a la trayectoria del consumo e identificar factores de riesgo y de protección. En relación a este último caso, se destacó el rol de las redes de apoyo (familiares, amigos, profesionales y la misma comunidad) como uno de los pilares principales que pueden incidir en un proceso que tienda a reducir o cesar un determinado consumo.

Conclusiones

La presente revisión tuvo por objetivo realizar una recolección y sistematización de trabajos académicos que aborden el consumo de sustancias en personas mayores, enfatizando en su construcción como un problema social y de salud a lo largo del siglo XXI. A partir del análisis se observó que los consumos de sustancias químicas son una realidad en el colectivo de las personas mayores y presentan una mayor tendencia hacia las sustancias legales.

La prevalencia del consumo en este grupo poblacional está aumentando como consecuencia del envejecimiento de las cohortes consumidoras. Sin embargo, este panorama también se relaciona a la percepción y promoción de la sustancia como un hábito social, un medio para divertirse o sobrellevar una pérdida, un dolor psicológico o físico. Esto último, implica pensar que dicho consumo es indistinto a la edad; sin embargo, los mayores de 60 años continúan siendo invisibilizados, principalmente porque presentan valores estadísticos menores que los jóvenes y adultos jóvenes.

Otra cuestión importante de retomar es el hecho de que este grupo poblacional no suele acudir a los servicios de salud por el uso de sustancias, sino que recurren a ellos por otras situaciones como accidentes (caídas) o enfermedades crónico-degenerativas, infecciosas-respiratorias y trastornos mentales[ix]. Muchos de estos diagnósticos o accidentes pueden estar relacionados a un consumo problemático y, es debido a ello que se enfatiza en la necesidad de capa-

(vii) Esta aseveración es sustentada en una investigación cualitativa, cuya muestra era de 320 mujeres mayores que acudieron a las salas de espera de efectores públicos de salud del AP del Hospital Piñero, ubicado en la provincia de Buenos Aires, Argentina.

(viii) En el caso de una mujer alcohólica se observa que la pareja también suele sostener un consumo problemático, lo que incide negativamente en su tratamiento de recuperación; mientras que, en el caso de los hombres consumidores, la pareja suele conformar un apoyo.

(ix) Tales como el trastorno bipolar, esquizofrenia, depresión, Alzheimer, diabetes mellitus, el síndrome metabólico, la disfunción eréctil, la osteoporosis, la esclerosis lateral amiotrofia, la úlcera duodenal, la ceguera, las cataratas, el glaucoma, el cáncer de mama, el de próstata, el gástrico y el de vejiga, neumonía, influenza, resfriado común, otitis media y virus del papiloma humano (VPH), entre otras.

citar al personal de salud para poder indagar y abordar el uso de sustancias por parte de las personas mayores. A partir de esta visibilización se espera reducir las situaciones que inciden negativamente en la calidad de vida de este grupo y, consecuentemente disminuir la demanda de servicios de salud. Este enfoque sanitario fue destacado por varios autores ya que, el aumento poblacional de las personas mayores y el cambio en los patrones de comportamiento de las generaciones implica atender los nuevos desafíos para la salud pública.

Es en este contexto que se deben generar canales de prevención y abordaje, con perspectiva de género, que apunten a la construcción o fortalecimiento de redes sociales, con base a las características personales, las del entorno cercano (familia y grupo de pares) y las del entorno macro social. Esto implica incorporar una mirada gerontológica que tienda a desnaturalizar las prenociones existentes sobre los consumos y las personas mayores, fomentando un trabajo conjunto entre instituciones estatales, ONG´s, la sociedad en su conjunto y las familias. De esta manera, se considera necesario fomentar la construcción de datos y políticas públicas que se adecuen a las necesidades reales de este grupo poblacional, reconociendo la heterogeneidad presente en las trayectorias de consumo y la existencia de vejeces.

Bibliografía

1. OEDT. Consumo de sustancias en adultos mayores: un problema olvidado. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas; 2008 Disponible en: https://duckduckgo.com/?sites=emcdda.europa.eu&ia=web&q=personas+mayores
2. Epstein EE, Fischer-Elber K, Al-Otaiba Z. Women, aging, and alcohol use disorders. J Women Aging. 2007;19(1-2):31-48. doi: 10.1300/J074v19n01_03. PMID: 17588878
3. DeNiz-Villaseñor, J. B. El desarrollo de la capacidad de agencia en adultos mayores con adicciones en proceso de rehabilitación [Tesis de maestría]. Lugar de publicación: Editorial; 2017. Disponible en: https://rei.iteso.mx/handle/11117/5753
4. Cruz V.D, Santos S.S.C, Oliveira M.M, Moraes C.L, y Oliveira P.C. O consumo de substâncias psicoativas entre pessoas idosas: um olhar complexo. SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. [Internet]. 2021 [citado el 20 de agosto del 2023]; 17(4): 54-62. doi: https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.174432
5. Pino, M. B., y Jimenez, F. J. A. Trastorno por consumo de sustancias en la vejez. Enfoque psicosocial. Rev. Arg. de Gerontología y Geriatría [Internet]. 2017 [citado el 3 de junio del 2023]; 31(1): 3-13. Disponible en: http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/Consumo-Vejez.pdf
6. Castro Toschi, R. Caracterización de pacientes de 60 años y más que ingresan a salas de urgencias por uso indebido de alcohol y drogas. Argentina, diciembre de 2003 y octubre de 2005. Revista de Salud Pública [Internet]. 2012 [citado el 12 de julio del 2023]; 16 (1): 48-62. https://doi.org/10.31052/1853.1180.v16.n1.6914
7. Pino, M. B., y Jimenez, F. J. A. Trastorno por consumo de sustancias en la vejez. Enfoque psicosocial [Internet]. 2017 [citado el 4 de junio del 2023]; 31(1):3-13. Disponible en: http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/Consumo-Vejez.pdf
8. Rojas-Jara, C., Ramírez, L., Pinto, C., Concha, C., Chandía, S., Cerda, B., y Apablaza, B. Polifarmacia en el adulto mayor y el significado del uso de drogas en la vejez. En: Ingrid Fergusson Cárdenas y Claudio Rojas Jara. Gerontología: actualizaciones y temas emergentes. Universidad Católica de Maules. Chile: Universidad Católica de Maules; 2017. 137-157. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Claudio-Rojas-Jara/publication/319507649_Polifarmacia_en_el_adulto_mayor_y_el_significado_del_uso_de_drogas_en_la_vejez/links/59b00b84a6fdcc3f8889a248/Polifarmacia-en-el-adulto-mayor-y-el-significado-del-uso-de-drogas-en-la-vejez.pdf
9. Castillo, B. A. A., Marziale, M. H. P., Castillo, M. M. A., Facundo, F. R. G., y Meza, M. V. G. Situaciones de la vida estresantes, uso y abuso de alcohol y drogas en adultos mayores de Monterrey, México. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]. 2008 [citado el 15 de junio del 2023]; 16: 509-515. https://www.scielo.br/j/rlae/a/CbqTX5Z6hy4qphYpKmchZgF/abstract/?lang=es
10. National Institute on Drug Abuse. NIDA. Substance Use in Older Adults DrugFacts. [Sede Web]. Estados Unidos: Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas; 9 de julio de 2020 [Fecha de acceso 31 de julio de 2023]. Disponible en: https://nida.nih.gov/publications/drugfacts/substance-use-in-older-adults-drugfacts
11. Martínez, A. G., Machado, O. F., Meléndrez, E. H., y Abascal, I. C. Intervención psicológica en el anciano alcohólico, familia y sociedad. Psicología y Salud [Internet]. 2010 [citado el 6 de julio del 2023]; 20(1): 55-64. Disponible en: https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/617
12. Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos. Ley N° 26934 de 29 de mayo del 2014. Boletín oficial del Estado 29/05/2014. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26934-230505/texto
13. Ramírez, R. Abordajes y esquemas de tratamiento para el consumo de drogas de Argentina. En Ana Rita Díaz-Muñoz (Editora). Agenda de Salud Pública Argentina. Enfoques, experiencia e investigación. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: ISALUD; 2021. 307-332.
14. Solís, L. R., Vélez, A., y Berumen, D. Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas y problemas asociados en personas de la tercera edad que acuden a los servicios de atención primaria de la ciudad de México. Salud Mental [Internet]. 2000 [citado el 16 de julio deñ 2021] 23(3), 38-45. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=22665
15. Wang YP, Andrade LH. Epidemiology of alcohol and drug use in the elderly. Curr Opin Psychiatry [Internet]. 2013 [citado el 10 de julio del 2023] Jul;26(4):343-8. doi: 10.1097/YCO.0b013e328360eafd. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23689545/
16. Pozo, R. Estigma e invisibilidad: alcoholismo y procesos de envejecimiento en mujeres. Educación Social y Género [Internet]. 2015 [citado el 4 de junio del 2023]; 21, 143-153. Disponible en: http://eduso.net/res/wp-content/uploads/documentos/680.pdf#page=144
17. Kenya Elena Pinelo Camachoa, Patricia Pavón-León, Betzaida Salas-Garcia, Xóchitl De San Jorge-Cárdenas, Paulina Beverido Sustaeta y Jorge Sánchez Mejorada-Fernandez. Consumo de drogas legales e ilegales y síntomas de depresión en adultos mayores usuarios de Facebook durante la pandemia por SARS-CoV-2 en México. Revista

Española de Geriatría y Gerontología [Internet] 2022 [citado el 31 de julio del 2023]; 57(2022), 273-277. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-avance-resumen-consumo-drogas-legales-e-ilegales-S0211139X22000750

18. Rojas-Jara, C., Ramírez, L., Pinto, C., Concha, C., Chandía, S., Cerda, B., y Apablaza, B. Polifarmacia en el adulto mayor y el significado del uso de drogas en la vejez. Gerontología: actualizaciones y temas emergentes [Internet]. 2017 [citado el 15 de junio del 2023]; 137-157. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Claudio-Rojas-Jara/publication/319507649_Polifarmacia_en_el_adulto_mayor_y_el_significado_del_uso_de_drogas_en_la_vejez/links/59b00b84a6fdcc3f8889a248/Polifarmacia-en-el-adulto-mayor-y-el-significado-del-uso-de-drogas-en-la-vejez.pdf
19. Castro Toschi, R. Caracterización de pacientes de 60 años y más que ingresan a salas de urgencias por uso indebido de alcohol y drogas. Argentina, diciembre de 2003 y octubre de 2005. Revista de Salud Pública [Internet]. 2012 [citado el 5 de julio del 2023]; 16 (1), 48-62. Disponible en: https://doi.org/10.31052/1853.1180.v16.n1.6914
20. DeNiz-Villaseñor, J. B. El desarrollo de la capacidad de agencia en adultos mayores con adicciones en proceso de rehabilitación [Tesis de maestría]. Lugar de publicación: Editorial; 2017. Disponible en: https://rei.iteso.mx/handle/11117/5753
21. Sacco P, Kuerbis A, Goge N, Bucholz KK. Help seeking for drug and alcohol problems among adults age 50 and older: a comparison of the NLAES and NESARC surveys. Drug Alcohol Depend. [Internet]. 2017 [citado el 14 de julio del 2023]; 131(1-2):157-61. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23140804/
22. Sacco P, Unick GJ, Kuerbis A, Koru AG, Moore AA. Alcohol-Related Diagnoses in Hospital Admissions for All Causes Among Middle-Aged and Older Adults: Trends and Cohort Differences From 1993 to 2010. J Aging Health. [Internet]. 2015 [citado el 14 de junio del 2023];27(8):1358-74. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25903980/
23. Choi NG, DiNitto DM, Marti CN. Older adults who use or have used marijuana: Help-seeking for marijuana and other substance use problems. J Subst Abuse Treat [Internet]. 2017 Jun [citado el 14 de junio del 2023]; 77:185-192. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28216197/
24. UNODC. Informe Mundial sobre las Drogas. Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; 2018. Disponible en: https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf
25. CICAD. Informe sobre el consumo de drogas en las Américas. Washington: CICAD-OEA; 2019. Disponible en: http://www.cicad.oas.org/main/pubs/Informe%20sobre%20el%20consumo%20de%20drogas%20en%20las%20Am%C3%A9ricas%202019.pdf
26. OAD. Estudio exploratorio sobre consumo de sustancias psicoactivas en adultos mayores en el Área Metropolitana. Argentina: Sedronar, Observatorio Argentino de Drogas; 2018. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad_2019._estudio_exploratorio_sobre_consumo_de_sustancias_psicoactivas_en_adultos_mayores_en_area_metropolitana_ano_2018.pdf
27. Pinelo Camachoa, Pavón-León, Salas-Garcia, De San Jorge-Cárdenas, Beverido Sustaeta y Sánchez Mejorada-Fernández. Consumo de drogas legales e ilegales y síntomas de depresión en adultos mayores usuarios de Facebook durante la pandemia por SARS-CoV-2 en México. Revista Española de Geriatría y Gerontología [Internet]. 2022 [citado el 7 de junio del 2023]; 57 (2022): 273–277.
28. Pacheco Ferreira, A., da Silva Telles Nichele, C., Dezordi Wermuth, M. Â., y Dias Wermelinger, E. Uso y abuso de substancias en adultos mayores atendidos en Servicios de Salud Mental. Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. [Internet]. 2022 [citado el 30 de julio del 2023]; 20(1), 73-84. http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1812-95282022000100073
29. Castillo, B. A. A., Marziale, M. H. P., Castillo, M. M. A., Facundo, F. R. G., y Meza, M. V. G. Situaciones de la vida estresantes, uso y abuso de alcohol y drogas en adultos mayores de Monterrey, México. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]. 2008 [citado el 12 de julio del 2023]; 16, 509-515. Disponible en: https://www.scielo.br/j/rlae/a/CbqTX5Z6hy4qphYpKmchZgF/abstract/?lang=es
30. Borges, G. L. G., Meléndez, M. Á. M., Brambila, M. Á. L., Pacheco, J. Á. G., Velasco-Ángeles, L. R., Silva, M. A. B., y Solís, R. C. Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco, alcohol y drogas en una muestra poblacional de adultos mayores del Distrito Federal. Salud mental [Internet]. 2014 [citado el 16 de junio del 2023]; 37(1), 15-25. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=48668
31. León, P. P., del Carmen Gogeascoechea-Trejo, M., Blázquez-Morales, M. S. L., & Sánchez-Solis, A. Factores asociados con el consumo de alcohol y tabaco en adultos mayores. Revista Médica de la Universidad Veracruzana [Internet]. 2018 [citado el 10 de junio del 2023]; 18(1), 5-16. Disponible en: https://rmuv.uv.mx/index.php/rmuv/article/view/27
32. Portela, A. Consumo de sustancias psicoactivas en mujeres mayores de 60 años de clases populares de la Ciudad de Buenos Aires en el contexto de la pandemia por COVID19. [Internet]. 2023 [citado el 20 de agosto del 2023]; 24, 1-17. Disponible en: https://ultimadecada.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/64177
33. Pozo, R. Estigma e invisibilidad: alcoholismo y procesos de envejecimiento en mujeres. Educación Social y Género [Internet]. 2015 [citado el 2 de junio del 203]; 21, 143-153. Disponible en: http://eduso.net/res/wp-content/uploads/documentos/680.pdf#page=144
34. Baglione, M. F. Consumos problemáticos en personas adultas mayores: un estudio de casos en el Área Metropolitana de Buenos Aires [Tesis de grado]. Buenos Aires, Argentina: Universidad Nacional de Luján; 2020. Disponible en: https://ri.unlu.edu.ar/xmlui/handle/rediunlu/1020

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES DE LA REVISTA ARGENTINA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

La Revista Argentina de Gerontología y Geriatría (RAGG) es el órgano de difusión de la Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría (SAGG).

Desde el año 2016, la RAGG adoptó el formato digital y publica contribuciones originales que se relacionan con el ámbito de la Medicina Geriátrica, la Gerontología y temas relacionados. Acepta trabajos redactados en español y, eventualmente, en inglés o portugués. La edición electrónica de la Revista Argentina de Gerontología y Geriatría se encuentra en la siguiente dirección: www.sagg.org.ar/ragg

Para información más detallada, consultar el REGLAMENTO DE PUBLICACIONES DE LA S.A.G.G. en la siguiente dirección: www.sagg.org.ar/ragg

Notas Preliminares

Ética Editorial

La decisión de aceptar o rechazar un trabajo se basa estrictamente en un proceso de revisión por pares o colegas *(peer review)*, árbitros *(referees)* o revisores *(reviewers)*. La revista adhiere a las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas y cumple los Requisitos de Uniformidad para Manuscritos enviados a Revistas Biomédicas (documento disponible en: www.icmje.org).

Responsabilidades del autor

1. Carta de Presentación

Todo manuscrito deberá estar acompañado por una carta de presentación firmada por todos los autores en la que se especifique a qué categoría pertenece el artículo.

Si alguna parte del manuscrito ha sido publicada o remitida a otro medio (por ejemplo, tablas o ilustraciones), esta información deberá ser consignada y los autores tendrán que presentar los permisos de publicación correspondientes.

2. Financiación y Conflicto de Intereses

Los autores deben indicar cualquier interés financiero directo o indirecto que puedan tener relación con el manuscrito presentado, debiendo autorizar a la Revista Argentina de Gerontología y Geriatría la publicación de dicha información si así lo consideran los editores. A los autores que declaren algún interés financiero se les pedirá que firmen una Declaración de Conflicto de Intereses.

3. Bioética

Los autores deben garantizar que toda investigación experimental realizada con humanos en el trabajo se haya obtenido con consentimiento informado y que se hayan respetado las pautas éticas de la institución a la que pertenecen y de la Declaración de Helsinki de 1975, con la revisión de octubre del 2000 (disponible en: http://www.wma.net/e/policy/b3.htm - versión en inglés y español). En caso de ensayos clínicos controlados, deberá seguirse la normativa CONSORT, disponible en: http://www.consortstatement.org; mientras que, si se trata de una evaluación de performance diagnóstica, hay que seguir la normativa STARD, disponible en: http://www.stard-statement.org/. Si se presentan trabajos de experimentación con animales, deberán explicitarse las condiciones de trabajos con los mismos y la autorización o pautas de manejo de los animales emanados por una institución oficial o privada, o bien las pautas de leyes internacionales o del país/estado de origen del trabajo.

4. Originalidad

El envío de un trabajo a la RAGG para su evaluación implica: a) que dicho trabajo no haya sido publicado previamente (excepto en forma de resumen o como parte de una tesis); b) que dicho trabajo no se encuentre bajo consideración de publicación en ninguna otra revista o medio de divulgación científica; y c) que su publicación haya sido aprobada por todos los autores y coautores del trabajo, así como también por la institución en la que se ha desarrollado.

5. Plagio

Todos los manuscritos recibidos en la RAGG se procesan de forma automática a través de un programa *ad hoc* antes de someterse a la revisión por pares.

Requisitos para la publicación

6. Copyright

Una vez aceptado el artículo, se solicitará al autor responsable que complete un «Acuerdo de publicación

en la revista. Se le enviará un mensaje de correo electrónico confirmando la recepción del manuscrito y adjuntando el documento de dicho Acuerdo. La Revista Argentina de Gerontología y Geriatría es de acceso libre (Open Access).

El autor transferirá el copyright a la Sociedad.

Si se incluyen pasajes de otros trabajos con copyright, el/los autor/es debe/n obtener la autorización por escrito de los titulares del mismo y mencionar la/s fuente/s del artículo.

Preparación

7. Envío de manuscritos

Los manuscritos deben enviarse por e-mail a ragg@sagg.org.ar en formato Word.

8. Normas específicas para cada Sección

El Comité Editorial de la RAGG considerará para su publicación trabajos relacionados con Medicina Geriátrica, Gerontología y temas afines a la Especialidad. Los autores deberán adecuar los trabajos remitidos, de acuerdo con sus objetivos, a las siguientes categorías:

a) Originales
b) Revisión de tema
c) Comunicaciones
d) Monografías
e) Informe de Caso o Serie de casos
f) Carta Científica
g) Cartas al Editor y Respuesta

a) Originales

Los trabajos deberán presentar nueva información relevante basada en la descripción y/o evaluación estadística de casos propios a partir de investigaciones originales. El cuerpo del trabajo no debe superar las 4500 palabras, no puede contener más de 20 figuras y el número máximo de autores será de 6 gerontólogos y/o geriatras.

La organización del manuscrito es la siguiente:

I. Resumen:

Debe ser lo suficientemente claro e informativo para permitir la comprensión del trabajo; ser estructurado, con un máximo de 250 palabras y estar dividido en 5 partes: Objetivo; Materiales y Métodos; Resultados; Discusión y Conclusión; presentar de 3 a 5 palabras clave; y no utilizar abreviaturas ni citas bibliográficas. En todos los casos deberá elaborarse un resumen en inglés *(abstract)* de similar extensión e idéntica segmentación a la versión en español. Es decir, debe dividirse en: *Objective (Purpose)*; *Materials and Methods*; *Results; Discussion* y *Conclusion*; y presentar de 3 a 5 keywords.

II. Introducción:

Consta de tres partes. La primera define el problema, la segunda hace un breve recuento de lo que se conoce respecto del problema y en la tercera parte se exponen los objetivos del trabajo, teniendo en cuenta lo desarrollado en los párrafos anteriores.

III. Materiales y Métodos:

Se indican claramente los criterios de selección de los sujetos incluidos en el trabajo. El protocolo debe ser expuesto claramente, teniendo en cuenta los datos que son útiles para el trabajo. Si se trata de un trabajo no clínico, deben describirse las características completas de los sujetos en estudio, ya que la experiencia debe poder ser reproducida en su totalidad.

IV. Resultados:

Todos los resultados en relación con el trabajo se exponen de manera clara y lógica, comprendiendo también los resultados negativos. Si se utilizan tablas, éstas y el texto no deben repetir la información. Se utiliza el tiempo pasado. En esta Sección deberán incluirse las ilustraciones pertinentes a la casuística analizada/estudiada.

V. Discusión:

Se discuten tanto los materiales como los métodos, y se examina la validez de los resultados.

VI. Conclusión:

Se resumen brevemente los resultados del estudio y sus consecuencias. Estos deben desprenderse rigurosamente de la casuística analizada.

VII. Bibliografía:

No puede superar las 50 citas bibliográficas. (Consultar apartado Citas Bibliográficas)

b) Revisión de Tema

Actualización de un tema o técnica que abarque los últimos conceptos referentes a aspectos clínicos o gerontológicos. Es un artículo basado en la descripción

de la experiencia del autor en un tema determinado, fundamentado en una sólida revisión bibliográfica. Además, integran esta categoría los trabajos sobre temas anexos (legislación, ejercicio profesional, etc.). El resumen no debe estar estructurado y no puede superar las 250 palabras. En él se plantean el objetivo y las partes esenciales. Es necesaria la elaboración de un resumen en inglés *(abstract)*. Deben presentarse hasta 5 palabras clave *(keywords)* y el cuerpo del trabajo no debe superar las 3000 palabras.

Las citas bibliográficas no excederán las 70 y sólo se podrán incluir hasta 15 figuras. El número máximo de autores será de 6 geriatras y/o gerontólogos.

c) Comunicaciones

Hallazgos diagnósticos, observaciones epidemiológicas, resultados terapéuticos, efectos adversos, trabajos preliminares o cualquier otro evento que por su importancia ameriten ser comunicados. El material debe organizarse de la siguiente manera: resumen no estructurado o estructurado (máximo: 250 palabras), y entre 3 y 5 palabras clave (en castellano e inglés), introducción, descripción sintética de las observaciones y discusión breve. No es necesaria una conclusión. Las figuras no deben superar las 6. Las referencias bibliográficas no deben ser más de 15. El cuerpo del artículo no debe superar las 2000 palabras y el número máximo de autores será de 6 geriatras y/o gerontólogos.

d) Monografías

Descripción y tratamiento especial de determinada parte de la Medicina Geriátrica y/o de la Gerontología y/o de algún tema en particular, referido a la Especialidad. Las referencias bibliográficas y los textos deben ser relativamente breves. Hay que elaborar un resumen no estructurado en castellano e inglés de hasta 250 palabras, y se deben incluir de 3 a 5 palabras clave/keywords. El cuerpo del trabajo no debe superar las 3000 palabras y no puede contener más de 15 figuras. Se permiten hasta 50 citas bibliográficas y el número máximo de autores será de 6 geriatras y/o gerontólogos.

e) Informe de caso o serie de casos

Contendrán título (en español e inglés, en los que no se indicará el diagnóstico final), autores, resúmenes (no más de 150 palabras) en español e inglés, palabras clave en ambas lenguas y estarán compuestos por presentación del caso, discusión clínica, justificando la presentación del mismo por infrecuencia, valor etiológico, pronóstico, diagnóstico, terapéutico, por la importancia del diagnóstico diferencial. No podrán superar las 2.000 palabras, hasta dos tablas o figuras y no más de 15 referencias. Resumen no estructurado.

f) Carta Científica

Narración no estructurada de un caso clínico o gerontogeriátrico, dirigida al Editor. Debe contener una introducción donde conste el objetivo, un desarrollo corto y la evolución del caso. No incluirá resumen, conclusión o tablas, ni tampoco palabras clave. La extensión del manuscrito no podrá superar las 1000 palabras. Se aceptarán hasta 4 figuras y las citas bibliográficas no deberán superar las 10. El número máximo de autores será de 6 geriatras y/o gerontólogos. Ante la recepción de un caso clínico, el Editor podrá recomendar esta modalidad de presentación cuando lo considere oportuno.

g) Cartas al Editor y Respuesta

Trabajo relativamente breve que expresa el juicio personal del/los autor/es sobre un determinado tópico controvertido, o bien críticas o discrepancias con artículos publicados en la RAGG, elaboradas de manera constructiva, objetiva y educativa. Las cartas deberán aclarar, en el marco del derecho a réplica, los puntos controvertidos del artículo o tema en cuestión. Este tipo de artículo no lleva resumen ni palabras clave y el cuerpo del texto no puede superar las 700 palabras. Puede contener hasta 2 figuras y 5 citas bibliográficas. El número máximo de autores será de 3 geriatras y/o gerontólogos.

• *Presentación de Caso (Case Report):* relatos de casos raros por su forma de presentación, escasa frecuencia o asociación inusual con otra entidad.

9. Estructura de los Trabajos

I. Página de Título (Primera Página)

Esta página debe incluir el título del artículo (en castellano y en inglés), los nombres de los autores y la dirección (incluyendo código postal) de la institución

donde se desarrolló el trabajo. A su vez, deberá identificarse al autor para el envío de correspondencia indicando dirección, teléfono y e-mail. En este documento deberá incluirse el texto relativo a la **Contribución de Autoría** y especificar si existe **Conflicto de Intereses y/o Financiación**. Los **Reconocimientos** a personas, por colaboración en el estudio o la preparación del manuscrito, así como a Centros o Entidades que hayan apoyado la elaboración del trabajo, podrán incluirse en esta página.

II. Página de Título "Ciega" (Segunda Página)

El texto del manuscrito deberá comenzar por el nombre de la sección a la que corresponde y el título del trabajo sin el nombre de los autores, a fin de ser usada en el proceso de revisión por pares *(peer review)*.

El texto del manuscrito deberá organizarse de acuerdo a la categoría a la que este corresponda.

III. Resumen – Abstract

Excepto la Carta al Editor y la Carta Científica, todos los artículos deberán incluir un resumen/abstract. En el caso de los originales, dicho resumen deberá segmentarse acorde con lo expuesto anteriormente en este Reglamento, en el apartado de Originales. En las otras categorías, el resumen/abstract correspondientes no requieren segmentación (es decir, no habría que dividirlo en Objetivo, Materiales y Métodos, etc.).

IV. Palabras Claves – Keywords

Excepto en la Carta al Editor y la Carta Científica todos los artículos deben incluir entre 3 y 5 palabras clave, en español e inglés, e incluirse en la Página de Título "Ciega".

V. Citas Bibliográficas

Las citas deben escribirse a doble espacio comenzando en página separada y tienen que estar numeradas consecutivamente de acuerdo con el orden en que aparecen en el texto. Todas las citas que aparezcan listadas en las citas bibliográficas deben indefectiblemente estar incluidas como referencia en el texto. Dichas citas deberán escribirse en superíndice (por ejemplo,[21]) y aparecerán al final de la frase que contenga información a referenciar. En caso de citarse los nombres de los autores, la cita deberá incluirse inmediatamente después de estos (por ejemplo, Fustinoni, O. et al.[4]).

Las referencias deben numerarse en forma consecutiva, en el mismo orden en que son citadas por primera vez en el texto. En las referencias donde se citan seis o menos autores, deben figurar todos ellos con apellido e inicial del nombre. En caso de ser siete o más autores, sólo los seis primeros deben identificarse y luego deben ir seguidos de et al. El título de las revistas citadas deberá abreviarse acorde al *Index Medicus MEDLINE* (disponible en: http://www.ncbi.nlm. nih.gov/pubmed. A manera de ejemplo, suministramos las maneras correctas de citar:

• Artículo de Revista

José Gutiérrez Rodríguez, Marta Alonso Álvarez, Carmen Varela Suárez, Juan José Solano Jaurrieta. Factores de riesgo asociados a deterioro funcional en el anciano tras su consulta en un servicio de urgencias. Rev Mult Gerontol 1999; 9:139-146.

• Capítulo de Libro

Henrich, WL. Diálisis. México McGraw-Hill Interamericana; 2001. P94 Chamoles N, García Erro, M. Los errores congénitos del metabolismo. En Sica REP, Muchnik S. Clínica Neurológica. Buenos Aires: La Prensa Médica; 2003. p 173-202.

• Libro Completo

Risgven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 20 ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

• Las citas de resúmenes bibliográficos, editoriales y cartas al editor deben aclarar su origen: Spargo PM, Manners JM. DDVAP and open heart surgery (letter). Anaesthesia. 1989; 44:363-4. Fuhrman SA, Joiner KA. Binding of the third component of complement 3 by Toxoplasma gondii (abstract). Clin Res. 1987;35:475ª

• Cita de Revista Online

Friedman SA. Preclamsia: a review of the role of postaglandins. Obstet Gynecol (serial online). January 1988; 71:22-37. Available from: BRS Information Technologies, McLean VA. [consultado Dec 1990]

• Cita de Base de Datos

EARSS: the European Antimicrobial Resistance Surveillance System [Internet].Bilthoven (Netherlands):

RIVM. 2001 - 2005 [cited 2007 Feb 1]. Available from: http://www.rivm.nl/earss/

• *Cita de Página Web*

Gostin LO. Drug use and HIV/AIDS (JAMA HIV/AIDS website) June 1, 1996. Updated (Actualizado): june 26, 1997.

Para más información en relación con otras fuentes citables (por ejemplo: actas de conferencia, artículo presentado en conferencia, etc.), se recomienda consultar las Normas de Vancouver (pueden consultarse en http://www.icmje.org)

VI. Tablas

Deben asociarse con un breve título descriptivo y numerarse en el orden en el que aparecen en el texto.

Las abreviaturas deben aclararse en una nota al pie. Deben ser "autoexplicativas" y no duplicar datos suministrados en el texto o las figuras. Las referencias bibliográficas deben numerarse en secuencia con las del texto. Si se utilizan datos procedentes de otra fuente, publicada o inédita, hay que solicitar la autorización por escrito a la revista o editorial fuente y reconocer su origen.

VII. Figuras o Ilustraciones

Se aceptarán las figuras o ilustraciones indicadas en cada categoría. El número de la figura debe coincidir con el número asignado en el texto y se asigna de forma correlativa.

Las fotos, figuras o ilustraciones deben ser enviadas mediante soporte digital. Las mismas tendrán que contar con una resolución igual o mayor a 800x600 píxeles (300 dpi), en formato JPG. La medida mínima de ancho es de 8.5 cm y el máximo de 17.5 cm.

Dentro del Word se pueden incluir las imágenes para ver la ubicación en el trabajo, pero tendrán que ser enviadas también por separado ser de excelente resolución y uniformes en tamaño.

VIII. Epígrafes

Cada figura deberá acompañarse de su respectivo epígrafe, deben escribirse en la misma hoja del manuscrito, a doble espacio como el resto del texto. En caso de referencias bibliográficas en las leyendas de las figuras, deben numerarse en secuencia con las del texto.

IX. Estadística

Describir los métodos estadísticos con detalle suficiente para que el lector, versado en el tema y que tenga acceso a los datos originales, pueda verificar los resultados presentados. En lo posible, cuantificar los hallazgos y presentarlos con indicadores apropiados de error o incertidumbre de la medición. Analizar la elegibilidad de los sujetos de experimentación y dar los detalles del proceso de aleatorización.

Presentación de los trabajos

I. Texto

El texto debe estar escrito a doble espacio (incluidas las citas bibliográficas, tablas/gráficos, pies de figuras y comentarios a pie de página). Si se utilizan abreviaturas o iniciales, estas deben estar previamente explicadas en el texto. Las páginas deben numerarse desde la portada. El nombre de los autores debe aparecer sólo en la primera página.

Las drogas y sustancias químicas deben referirse por su nombre genérico y no por su nombre comercial.

II. Abreviaturas y Acrónimos

Defina las abreviaturas y acrónimos al comienzo del texto, empleando primero la palabra completa seguida de la abreviatura entre paréntesis: por ejemplo, Valoración Geriátrica Integral (VGI).

Después de aceptado el trabajo

Pruebas de autor

Se enviará un conjunto de pruebas de página (en archivos PDF) por correo electrónico al autor encargado de la correspondencia. Si no desea utilizar la función de anotaciones en PDF, puede enumerar las correcciones (incluidas las respuestas del formulario de dudas) y enviarlas a la RAGG por correo electrónico. En esta fase solamente se considerarán cambios significativos en el artículo que fue aceptado para su publicación con el permiso del Director. Es importante asegurarse de que todas las correcciones se nos envían de vuelta en una comunicación: compruébelo minuciosamente antes de responder.