

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

VOLUMEN 16 NÚMERO 3 JULIO SEPTIEMBRE DE 2002

5º Congreso Nacional e Internacional de Gerontología y Geriatría

**Cartagena
Agosto 16 al 19
de 2002**

MEMORIAS

ISSN: 0122 - 6916

Tarifa Postal Reducida No. 487. Vence diciembre de 2002

Dirección para correspondencia
Carrera 14 No. 98 - 95 oficina 106
Bogotá - Colombia



REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

Vol. 16 No. 3 julio - septiembre de 2002

**Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria
Junta Directiva 2000 - 2002**

Presidente	René Alejandro Manzur Calderón
Vicepresidente	Francisco Javier Tamayo Giraldo
Secretaria	Leonor Luna Torres
Tesorera	Leonilde Morelo Negrete
Vocales	José Fernando Gómez Montes Nidia Aristizábal - Vallejo Bartolomé Bacci Miranda Javier Antonio Arias Salazar

Comité Editorial

Carlos Alberto Cano Gutiérrez

Geriatra

Álvaro Ruiz Morales

Internista - Epidemiólogo Clínico

Enrique Ardila Ardila

Endocrinólogo - Epidemiólogo Clínico

Germán Mauricio Guevara Farfán

Geriatra Clínico

Nidia Aristizábal - Vallejo

Psicóloga, Gerontóloga

Felipe Marulanda Mejía

Geriatra Clínico

Francisco Javier Tamayo Giraldo

Geriatra Clínico



Adpostal

Llegamos a todo el mundo!
**CAMBIAMOS PARA SERVIRLE MEJOR
A COLOMBIA Y AL MUNDO**



REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

Vol. 16 No. 3 julio - septiembre de 2002

CONTENIDO

INDICACIONES A LOS AUTORES _____	VI
EDITORIAL _____	IX
Envejecimiento de la población colombiana: Nuevo desafío socio-demográfico nacional _____	371
Clasificación de la Incontinencia: un enfoque para la consulta diaria _____	371
Manejo de las Incontinencias en los Hogares geriátricos _____	372
Fragilidad, funcionalidad y envejecimiento _____	373
Autocuidado, una estrategia para envejecer saludablemente _____	374
Un día, en la, larga, vida de... Aportes al conocimiento en centenarios _____	375
Anticoagulación en ancianos: casos difíciles _____	375
Importancia de la investigación interdisciplinaria _____	376
Presente y futuro de los estudios con células humanas _____	377
Función de los estrógenos en el metabolismo óseo _____	378
TRH y riesgo cardiovascular _____	378
Estrógenos y cerebro _____	379
Aspectos conflictivos en la propuesta de reforma pensional _____	380
Socialización e identidad de un jubilado _____	380
Impacto en la salud de la reforma pensional _____	381
Caídas en Colombia: un problema por identificar _____	382
Factores asociados a fracturas de cadera en tres hospitales universitarios colombianos _____	383
Morbimortalidad de la fractura de cadera _____	384
Dislipidemias en mayores de setenta y cinco años: tratar o no tratar? _____	385

Particularidades del sueño en el anciano _____	386
Actualización Terapéutica de los Trastornos del Sueño _____	388
Valoración física: cómo se predice la discapacidad? _____	388
Evaluación neuropsicológica: Una herramienta útil para todos _____	389
Prevención contra Influenza y neumococo en el adulto mayor _____	390
La importancia de la vacunación en el anciano _____	391
Educación en Geriatría: experiencia de la Universidad Nacional _____	392
Postgrado en Geriatría _____	392
Experiencias en la Universidad de Caldas _____	394
Evidencia del tratamiento farmacológico en EA _____	395
Factores de riesgo de úlceras por presión: se desconocen? _____	397
Cómo se evalúan actualmente las úlceras de presión, avance o retroceso? _____	397
Manejo de úlceras por presión: Qué se hace en los hospitales? _____	398
Globalización de los niveles asistenciales _____	398
Atención domiciliaria _____	399
Realidad de los derechos humanos de la mujer en Colombia _____	400
Educación e investigación comunitaria en la problemática de género _____	400
Función de las mujeres ancianas en la familia urbana _____	401
Endotelio y envejecimiento _____	402
Nuevas terapias en la depresión en el anciano _____	403
Influencia de la boca en la calidad de vida del anciano _____	404
Evidencia en el tratamiento específico de la Enfermedad de Alzheimer _____	405
El anciano postrado en cama _____	406
Las demencias y la familia _____	407
Dislipidemias en el anciano con HTA y diabetes _____	408
Hipertensión arterial y diabetes: enfoque terapéutico _____	408
Características de la Osteoporosis en Colombia _____	409
Controversias en el diagnóstico de Osteoporosis _____	410
Manejo de la Osteoporosis _____	411
Introducción a la investigación cualitativa _____	412
Alternativas epistemológicas en la lógica del descubrimiento científico _____	412
Interacción medicamentosa y nutrición _____	413
Nutrición y Discapacidad _____	413

Actualización en parámetros, normas y requisitos de los centros de bienestar al anciano _____	414
Proyecto de cooperación técnica internacional: fortalecimiento de la red gerontológica en el municipio de Aldana, departamento de Nariño _____	415
La Geriátría en el Hospital Carlos Durand de Buenos Aires _____	415
Propuesta de un plan de atención geronto - geriátrico para el asilo San Rafael de Bucaramanga _____	416
Programa de alojamiento intergeneracional estudiantes-pensionados de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogota _____	417
El anciano condiciona la imagen de cuerpo a la funcionalidad _____	418
Características médicas, antropométricas y hábitos de vida en el adulto mayor que labora en la Universidad del Cauca _____	419
El viejo de ayer a hoy _____	420
Las claves de envejecimiento óptimo y/ o con éxito: Una experiencia de Centro Día con 100 adultos mayores _____	421
Relación entre religiosidad, función familiar, soporte social y depresión en adultos mayores _____	421
Temores del adulto mayor y sus posibles soluciones _____	422
Perspectivas espirituales en la vejez (teoterapia) Una experiencia en 130 adultos _____	422
Apendicitis: diferencias en la presentación y en la evolución en ancianos y jóvenes _____	424
Úlceras por presión en ancianos hospitalizados _____	425
Evaluación y tratamiento del vértigo posicional paroxístico: Canalitiasis _____	426
Dificultades en la valoración y diagnóstico de mareo, inestabilidad y vértigo en ancianos _____	426
Fuerza de agarre en hombres ancianos ambulatorios _____	427
Validación de un instrumento para medir la calidad de vida _____	427
Capacidad operativa de una prueba de tamizado en el diagnóstico temprano de la Enfermedad de Alzheimer _____	428
Estudio longitudinal de la conciencia de las alteraciones en la Enfermedad de Alzheimer _____	429
Memoria retrospectiva pública en pacientes con Enfermedad de Alzheimer leve a moderada _____	430
Abordaje de terapia ocupacional en personas con Demencia Tipo Alzheimer: modificaciones de la actividad y del entorno para mejorar su calidad de vida _____	430
EVENTOS _____	432



REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

Vol. 16 No. 3 julio - septiembre de 2002

INDICACIONES A LOS AUTORES

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

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

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

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

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

El autor debe guardar copia de todo el material enviado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Visítenos en Internet

www.acgg.org.co

E-mail: acgg@acgg.org.co

EDITORIAL

Reseña Biográfica del Dr. Guillermo Marroquín Sánchez

Hace veinte años falleció el doctor Guillermo Marroquín Sánchez creador, fundador, de la Sociedad Colombiana de Gerontología y Geriatria. Al registrar este luctuoso aniversario, la Sociedad rinde homenaje de gratitud y reconocimiento al insigne Médico Geriatra.

El Doctor Marroquín abrió el camino y señaló la ruta para que esta organización científica iniciara su recorrido, estructurando sus cimientos con gran visión del futuro. Este es un reconocimiento a su labor en beneficio del estamento de la comunidad más desprotegido y olvidado, no solamente por la sociedad y la familia sino por el estado: Los viejos. A ellos ofrendó y dedicó su vida.

Nació en Bogotá el 7 de abril de 1925, en el seno de una familia de profesionales en las áreas de la salud; Sus estudios de primaria los cursó en el Colegio de La Salle y obtuvo el título de bachiller en el colegio Antonio Nariño. Egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, elaboró su tesis de grado, enfermedades venéreas en la región de Fusagasugá, donde practicó su año rural en 1.950.

Bullía en su mente la inquietud de especializarse en una de las ramas de la medicina y partió para España. Inicialmente bajo la cátedra de los profesores Carlos Jiménez Díaz y Gregorio Marañón, eminencias de la medicina universal, tuvo el privilegio de sus enseñanzas.

Lejos de su patria, pienso yo, recordó que en Colombia no existía una organización científica, ni programa estatal, ni menos aún una legislación que velara por los intereses, atención y asistencia de la ancianidad y optó por la especialización de Gerontología y Geriatria. Ingresó al hospital geriátrico de la Cruz Roja de Madrid, bajo la dirección del eminente Profesor Blanco Soler.

De regreso a Colombia, donde la especialidad era totalmente desconocida tendría que iniciar su ejercicio profesional en un medio donde estaba todo por hacer en este campo. Contaba con treinta años de edad y veía la magnitud de la empresa que le esperaba y desde entonces aceptó y asumió el reto con dinamismo, fortaleza, firmeza y decisión, actitud que mantuvo hasta su muerte.

Debo resaltar que en su momento, Guillermo Marroquín simbolizó él solo la Institución. Él era la imagen y el carisma unificados que reflejaban el cuerpo de la entidad, presidente, delegado único a los congresos, director de la revista y hasta distribuidor de la misma, que lo hacía personalmente en la mayoría de los casos, como me consta, cuando un día con un voluminoso paquete en sus brazos, me pidió el favor de ayudarlo en la entrega a sus diferentes destinatarios. Era la grandeza de su espíritu cumpliendo su noble misión desinteresada por una causa patriótica que marcó su vida y lo colmo de inmensas satisfacciones, a pesar de tantos sacrificios que hasta la misma muerte le cobró sus desvelos.

Fue el primer Geriatra que abrió un consultorio privado. Difícil terreno para ejercer esta novedosa rama de la Medicina en el país y a la vez hacer figurar ingeniosamente la especialidad en la esfera gubernamental. Ocupa el cargo en la secretaria nacional de asistencia de la Presidencia de la República que más tarde se llamó Asesor de la presidencia para asuntos de la tercera edad. No se queda solamente en el campo de la práctica profesional. Su inquietud científica despliega una tarea diversificada y comienza su divulgación permanente empleando todos los medios a su alcance y escribe el primer artículo sobre la materia en una revista notable titulada "La vejez desde el punto de vista médico". Organiza el primer curso de asistencia a la vejez e hizo proclamar los derechos del anciano. Perfila así su actitud desde el comienzo de un trabajo constante y dinámico que empleará por el resto de su existencia.

La presidencia de la República lo delegó como representante al primer congreso panamericano de Gerontología y Geriátrica celebrado en México en 1956. Allí propuso que el 28 de agosto, fuera proclamado como Día Panamericano de la Ancianidad". Ratificó esta fecha para Colombia en el primer seminario sobre el anciano patrocinado por el Ministerio de Salud, Instituto de Bienestar Familiar y Cruz Roja Colombiana.

Vio la necesidad de integrar las diversas actividades y constituir una Unidad Rectora, y en 1973 un domingo de octubre, invitó a almorzar en su residencia a los doctores Jaime Márquez de Manizales, Ruben Grimberg de Cali, Jaime Vélez de Medellín y Santiago Perdomo de Bogotá, para que lo acompañaran a la creación de la Sociedad Colombiana de Geriátrica y Gerontología. Expuesto el motivo de la convocatoria fue recibida con entusiasmo y fue elegido presidente, honroso y merecido cargo que desempeñó hasta el día de su muerte. Hoy 29 años después de este memorable acontecimiento, recordamos su nombre con viva emoción. Vemos una Asociación pujante, vigorosa, optimista y con la decisión inquebrantable de continuar la obra de su fundador y maestro. Publica en 1975 el primer número de la revista de la Sociedad Colombiana de Gerontología y Geriátrica de la que también fue su director hasta su fallecimiento.

Producto de sus disquisiciones investigativas expone en el siguiente año, basándose en la involución y evolución del envejecimiento humano la "Escala Biosicosocial del Envejecimiento" que describe el proceso permanente, natural e irreversible.

Pero llegó el día en que emprende el viaje para retornar sin vida a su patria. Es invitado como conferencista al congreso de Bello Horizonte en Brasil y continúa para cumplir con su agenda a Montevideo para participar en el IV Congreso de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Gerontología y Geriátrica; a pesar de su quebrantada salud impulsa sus postreras energías y consigue que Colombia se incorpore en la Federación Latinoamericana de Gerontología. Al día siguiente entrega su alma a Dios el 27 de octubre de 1.982 actuando en la brega como tantas veces lo había hecho cumpliendo la cita a costa de su propia vida para representar con eficiencia y orgullo a nuestro país, en el concierto Universal de las Sociedades Geronto – Geriátricas.

El doctor Rodrigo Quintero de Venezuela evoca el nombre del Doctor Guillermo Marroquín con conmovedoras palabras; decía: "Ese grande hombre sencillo, modesto, culto y estudioso de la problemática Gerontológica de su país, pionero de la Geriátrica y Gerontología Colombiana y Latinoamericana", y agrega "Guillermo, sabemos que desde tu lejana morada compungido de emoción y llorando de alegría nos estas acompañando al ver cristalizada en manos de tus discípulos, seguidores de tu amantísima Luz Angela, amigos, extranjeros, ese anhelo obsesivo de realizar este tu primer congreso Colombiano de Gerontología y Geriátrica".

Esta breve reseña, es para tener una idea de la regia personalidad del hombre que, en el campo que fuera, alzaba su voz autorizada para clamar como si fuera propia toda la responsabilidad de las necesidades que sufre la población de los mayores con el ánimo de mejorar el nivel y calidad de vida de la ingente e indigente población senecta. Su espíritu y alma generosos estaban abiertos para dar salida al inmenso caudal de su gran corazón. Así irrigó la tierra al principio infértil porque era sembrador solitario, pero la semilla que plantó germinó con la savia de su inteligencia y produjo lo más gratificante de su vida: La Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátrica.

Hoy vemos, gracias a ti Guillermo que nosotros desde la tierra invocamos tu nombre y tú en el cielo gozarás con la más viva complacencia, sabiendo que tu trabajo no fue en vano. Hoy el árbol está fuerte y frondoso y abriga con su sombra el desamparo de tus viejos que fueron tu angustia. Pero tus discípulos están como tú les enseñaste, entregados a la protección de tus abuelos creándoles un ambiente donde puedan descansar sus fatigas y sufrimientos y recuerden apaciblemente sus amores y alegrías.

*Raúl Ramírez Forero M.D.
Editor invitado
Miembro Fundador de la Asociación Colombiana
de Gerontología y Geriátrica*

Conferencia Magistral

Envejecimiento de la población colombiana: Nuevo desafío socio-demográfico nacional

Olinto Rueda
Sociólogo, demógrafo; asesor del DANE

Objetivo

Presentar algunos rasgos del proceso de envejecimiento de la población colombiana en el contexto mundial y examinar los factores socio – demográficos que intervienen en su evolución, así como algunas de sus principales repercusiones económicas, sociales y culturales.

- I. Las transformaciones demográficas en la segunda mitad del siglo XX y sus efectos en la recomposición poblacional de la sociedad colombiana.

Esta sección introductoria está dedicada al examen de los radicales cambios ocurridos en la dinámica de la población entre 1950 y el fin del milenio en lo que respecta al notable descenso de la mortalidad general e infantil a mediados del siglo, su impacto en la aceleración de la dinámica del crecimiento demográfico y en el “rejuvenecimiento” de la población. A continuación se examina el intenso descenso de la fecundidad en las 3 últimas décadas del siglo y su incidencia en la recomposición por edad de la población.

- II. El futuro envejecimiento:
un escenario previsible.

La segunda sección plantea el escenario probable de la evolución demográfica nacional en los próximos 50 años y la profundización de las transformaciones en la composición etarea de la población, particularmente en cuanto al envejecimiento y sus singularidades respecto a la intensidad y magnitud de dicho proceso.

- III. Desafíos inminentes y oportunidades previsibles.

La tercera sección se dedica a la descripción y el análisis de sus expresiones específicas críticas en cuanto a los diferenciales por género y condiciones sociales de la población.

Finalmente, abre un espacio de reflexión ante sus inminentes, irreversibles e ineludibles implicaciones en

los campos de la salud y la seguridad social, la participación económica, la participación social, la familia, la educación y la cultura, la investigación y la información y la planificación del desarrollo económico y social.

El texto está apoyado en estadísticas socio – demográficas recientes y en los estimativos y proyecciones de población efectuadas por el DANE para el período 1950 – 2050, acompañados de material gráfico y documental.

Evaluación y manejo de la Incontinencia Urinaria

Clasificación de la Incontinencia: un enfoque para la consulta diaria

Fernando Orozco Aldana
Geriatra Clínico

Se calcula que la incontinencia urinaria afecta un 10 a 35 % de los adultos que vive en comunidad y hasta un 50 a 60 % de los residentes en hogares geriátricos. A pesar de la alta prevalencia, menos de la mitad consultará al médico por este problema, así que el primer paso será establecer la confianza necesaria o “abrir la puerta” para que el paciente lo aborde. La historia clínica, el examen físico y exámenes sencillos permiten en la mayoría de los casos establecer el tipo de incontinencia y su causa. De esto dependerá asimismo una adecuada aproximación terapéutica.

En la aproximación inicial definimos si el paciente cursa con una incontinencia transitoria (reversible) o establecida. La historia y tiempo de evolución son claves, la nemotecnia DIAPPERS es útil en evaluar las causas transitorias.

En caso de incontinencia establecida la siguiente clasificación clínica permite aclarar la causa:

Incontinencia de esfuerzo o stress: pérdida involuntaria de orina con determinados esfuerzos (tosar, reírse, ejercicios, etc.) sin una contracción vesical. Afecta generalmente a las mujeres con alteraciones en el piso pélvico.

Incontinencia de urgencia: pérdida involuntaria de orina relacionada a súbita urgencia de orinar que no puede evitarse o suprimirse. Puede ser idiopática; asociada a alteraciones del SNC como enfermedad de Parkin-

son; por irritación vesical secundaria a infección o cálculos.

Incontinencia por rebosamiento: pérdida continua de orina al sobrepasar la cantidad de orina que puede ser contenida en la vejiga. Se encuentran alteraciones en la contractilidad del detrusor o el tracto de salida urinario.

Así se puede encontrar antecedentes de diabetes, déficit de vitamina B12, enfermedad de médula espinal, hipertrofia prostática, etc.

Incontinencia mixta: se encuentran síntomas de incontinencia de urgencia y esfuerzo.

Incontinencia funcional: en pacientes con limitaciones para alcanzar el baño debido a enfermedad física, cognitiva o factores medio ambientales.

Una serie de datos en la historia, preguntas específicas (se escapa la orina al toser, al reír?, debe correr al baño porque se le escapa la orina?) y hallazgos al examen (signos de prolapso genital, impactación fecal, etc.) nos permiten inicialmente clasificar y aclarar la causa de la incontinencia. Otra herramienta útil en la evaluación es el diario miccional.

Solo casos seleccionados ameritan evaluaciones complejas urológicas.

Manejo de las Incontinencias en los Hogares geriátricos

Carmen Cecilia Vargas S.
Enfermera. Univ. Nal.
Administradora. Univ. EAN
Directora Hogar Geriátrico
"Villa Gerona Nueva"

Las demencias y las incontinencias son la mayor causa de institucionalización del paciente geriátrico. Al ser la incontinencia consecuencia de una enfermedad, su presencia, dependiendo del estado mental del paciente, resulta mas traumática para la familia y las personas de su entorno que para el mismo paciente.

En los hogares geriátricos de nuestro medio aún no se conoce un modelo instituido para el manejo de la incontinencia, no por falta de voluntad, sino por los ele-

vados costos que implica contar con suficiente personal para su aplicación y seguimiento.

El siguiente es un somero panorama sobre el manejo de la IU en algunos hogares geriátricos de la ciudad de Bogotá. Para tal fin se aplicó una encuesta a 35 hogares tomados al azar.

Objetivo de la encuesta

Conocer cómo se lleva a cabo el manejo de la incontinencia en los hogares geriátricos de la ciudad de Bogotá.

Resumen

1. El mayor porcentaje de los hogares geriátricos se encuentra ubicado en el estrato 4
2. En las 35 instituciones residen en total 593 pacientes. Promedio de 17 pacientes por cada una
3. Residen más pacientes incontinentes (305) que continentales (288) en los hogares geriátricos
4. 304 pacientes incontinentes usan pañal. 1 tiene sonda permanente
5. El 61% de los incontinentes usa pañal las 24 horas del día
6. El promedio de pañales usado durante el día es: 1.6 por paciente. Durante la noche: 1.3 por paciente
7. Al 40% de los pacientes se le seca la piel con papel higiénico o toalla, al cambio del pañal (cuando se trata solo de orina). Cabe anotar que al 25.7% no se le realiza ningún procedimiento
8. Al 28.6%, se le aplica la misma crema del cuerpo cuando se cambia el pañal. Al 20% no se le aplica nada
9. De los que van solos al baño: el 69%, hace buen uso de él. El 11% orina por fuera, no alcanza a llegar, u orina en otro sitio. El 20% avisa para que lo lleven
10. Al 54% de los pacientes continentales no se le lleva periódicamente al baño
11. Calificación de 1 a 5 de la carga de trabajo de enfermería que implica el manejo de las incontinencias. El 34% calificó en 4. El 43% calificó en 5

Conclusión

Es necesario adoptar un instrumento que permita organizar el tiempo y las actividades pertinentes al ma-

nejo de la incontinencia en los hogares geriátricos con el fin de obtener mejores resultados en menor tiempo y con menos desgaste del personal de enfermería.

Recomendación

Propuesta de instrumento para CONTROL HORARIO DE INCONTINENCIAS, para ser trabajado con el paciente desde el momento de su ingreso al hogar. Este instrumento permitirá:

- Disminuir el número de pañales a usar, e incluso, en algunos casos, abolición del mismo
- Mayor preservación de la integridad de la piel del paciente
- Mayor locomoción y movilidad del paciente
- Facilitar el reentrenamiento vesical

Se realizó una adaptación de la tabla sobre incontinencias presentada por el Geriatra Germán Mauricio Guevara en la revista de la ACGG. No. 1 Vol. 14. 2000 que será presentada en la ponencia.

Bibliografía

CASTRO Diaz.D. GONZALEZ. R. "Incontinencia urinaria". Ediciones Pulso. Barcelona España. 1993
 GARTLEY Cheryle B . "Cómo tratar la incontinencia urinaria". Ancora.S.A. Barcelona España. 1992
 GUEVARA Germán Mauricio. "Incontinencia urinaria". Vol.12 N0. 2 y 3. Vol. 14. No.1 Revista ACGG. 1999 - 2000

Envejecimiento saludable: realidad o mito

Fragilidad, funcionalidad y envejecimiento

José Fernando Gómez
 Programa de Investigaciones en
 Gerontología y Geriatria
 Universidad de Caldas, Manizales

Se ha insistido en los últimos años en la diferenciación entre envejecimiento usual, como aquel que no es patológico pero con alto riesgo, del envejecimiento exitoso, aquel que conlleva bajo riesgo de enfermar y con un alto funcionamiento.

El envejecimiento exitoso incluye tres componentes principales: baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad relacionada con enfermedad, alto nivel de

capacidad funcional, tanto cognoscitiva como física, y un elevado nivel de satisfacción con la vida.

En el primer componente, no solamente es ausencia o presencia de enfermedad, sino ausencia o menor severidad de factores de riesgo. En el segundo componente, la capacidad física alta se relaciona con el mantenimiento de la actividad física hasta edades avanzadas, con excelentes condiciones cognoscitivas. El componente de satisfacción con la vida incluye adecuadas relaciones interpersonales y mantenimiento de la actividad productiva.

Esta ponencia presenta la información disponible en la literatura de cada componente, basada fundamentalmente en el estudio McArthur sobre envejecimiento exitoso y haciendo énfasis en la información existente en el medio colombiano.

El concepto previo de aumento del riesgo de enfermedades y discapacidad con la edad, resultado de un inevitable proceso intrínseco de envejecimiento, ha disminuido su importancia dados los resultados de varias investigaciones que muestran que muchas características del envejecimiento son debidas a factores relacionados con el estilo de vida y otros factores relacionados con la edad, pero no dependientes de la edad.

Los factores intrínsecos del envejecimiento son muy importantes, pero aquellos relacionados con el estilo de vida juegan un papel fundamental. Al avanzar la edad la contribución relativa de los factores genéticos disminuyen y aumentan los no genéticos. Además, y es un hallazgo clave en gerontología preventiva, varias características del envejecimiento usual pueden ser modificadas. Se presenta el impacto de factores como el nivel educativo, el ingreso económico, la actividad física y la autoeficacia, relacionados con altos o bajos niveles de funcionamiento físico y cognoscitivo, además de otros factores como el mantenimiento de las relaciones sociales y la actividad productiva al envejecer, que son comunes en ancianos con envejecimiento exitoso.

En Colombia, algunos factores que limitan la posibilidad de envejecimiento exitoso son el bajo nivel educativo, la pobreza, menor autoeficacia y dificultades en actividades productivas y en el mantenimiento de las relaciones sociales al envejecer por múltiples causas, donde los estereotipos sobre la vejez son la constante.

Autocuidado, una estrategia para envejecer saludablemente

Leonor Luna torres
Profesora Asociada
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

“Cada persona a través de su vida crece y se capacita en sus expresiones de cuidado...”
Boykin y Schoenhofer

Y si las vivencias de cuidado han sido para satisfacer necesidades humanas en salud, éstas se realizan con compromiso, confianza, responsabilidad social, espiritual, moral y ética para consigo mismo y frente a quienes le rodean.

La teórica en enfermería Dorotea Orem define el autocuidado como todas aquellas acciones que permiten al hombre mantener salud y bienestar y responder de manera constante a satisfacer sus necesidades para mantener la vida, la salud y curar las enfermedades.

Resulta igualmente válido señalar que existe una condición innata en el ser humano como cuidador de su propia existencia, sin embargo es válido que el cuidado que se vive momento a momento y se desarrolla constantemente desde los primeros vestigios de la existencia de la persona, en algunas circunstancias de la vida se modifica y convierte a la persona en el sujeto de cuidado, tal es el caso del anciano en quien confluyen condiciones de vulnerabilidad en el proceso normal de envejecimiento, que lo lleva a padecer multipatologías, muchas de ellas de tipo crónico, convirtiéndolo en sujeto de cuidado con dependencia parcial o total.

Hablar de autocuidado, exige partir de elementos básicos como la cultura, percepción y manejo de la salud y la enfermedad, tipos de cuidado, persona en quien se centra la acción, particularidades del sujeto, (valores y creencias, costumbres, hábitos, recursos físicos y humanos disponibles, nivel sociocultural, entorno socio-familiar y medio ambiente, etc.).

Educar a la comunidad para que la persona empiece a ejercer control sobre esos factores de riesgo potenciales o presentes a fin de minimizar daños o hacer detección temprana de la enfermedad, es el compromiso

inaplazable para quienes cuidamos a la población anciana, esto exige ser entrenados y cualificados, con el fin de atender individualmente y con especificidad al anciano, a partir del grado de independencia, funcionalidad o déficits identificados.

Es preciso trazar, desarrollar y evaluar programas de salud visual, salud oral, nutrición, detección temprana de cáncer, H.T.A., trastornos endocrinos, etc. avalados por acciones de seguimiento y control, donde el anciano debe aprender a cuidar su propia salud así como también se le debe educar para cuidar la enfermedad, en esta acción es preciso comprometer al cuidador informal y formal, entonces en la referencia, se involucra al médico, a la enfermera, al odontólogo, la terapeuta, la nutricionista, la trabajadora social entre otros profesionales y por su puesto el primer gran comprometido debe ser el mismo anciano, los momentos propicios serán todos aquellos que originen la interacción entre el anciano y el terapeuta que interviene en su cuidado.

En el caso particular del anciano colombiano, es importante tener en cuenta que hoy por hoy, su imagen está rodeada culturalmente de una serie de estereotipos o improntas que en nada contribuyen a propiciar estilos de vida saludables y por ende no garantiza la calidad de vida a los ancianos de hoy, por tanto corresponde a los profesionales que estamos trabajando en el campo de la gerontología y geriatría desvirtuar mitos y creencias que se han tejido con relación a ese segmento de la población y el cuidado de la salud y el afrontamiento de la enfermedad.

Cuando la sociedad colombiana en pleno comprenda, que la vejez es una etapa normal en el proceso vital humano, veremos surgir programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tarea que debe ser de inmediato asumida por los países tercermundistas, debido al incremento inusitado de ancianos que tendremos en las próximas dos décadas, entonces el compromiso habrá de ser asumido por los estados, los gobiernos de turno, la sociedad civil en general y de hecho unos sectores tendrán un mayor compromiso, acá quiero llamar la atención al sector salud, educación, trabajo y desarrollo para que en un esfuerzo conjunto trabajemos por una nueva cultura de la vejez y del envejecimiento que asimile el tema del Autocuidado como estrategia para envejecer de manera saludable.

Finalmente, el autocuidado hoy más que nunca debe ser desarrollado de manera intensa si se tiene en cuenta el sistema y la prestación de servicios de salud que se ofrecen en Colombia, donde cada vez son más cortos los espacios de intervención asistencial y es mayor el tiempo que se le confía a la persona la continuidad en el cuidado y la participación en los procesos de promoción, recuperación y rehabilitación.

Un día, en la, larga, vida de... Aportes al conocimiento en centenarios

Diana Lucía Matallana Eslava
Neuropsicóloga

Santacruz de C., Cano C. A., Benito M.,
Villaquirán C.

En un solo siglo la expectativa de vida aumentó en más de 30 años y, posiblemente, la posibilidad de tener a mano una información que ha acercado las distancias, hoy sabemos de personas que tienen cien o más años. La Clínica de la Memoria en sus años de funcionamiento ha visto ocasionalmente centenarios o personas que están llegando a su "primer" siglo. Qué mejor momento que éste para aprender y compartir lo que un centenario nos enseña con un sólo día o un breve momento de su... larga vida. El análisis de algunas consideraciones de quienes llevan a cabo el estudio en sujetos centenarios, así como la observación y discusión de entrevistas o de relatos acerca de los mismos, dio origen a este trabajo, donde una primera consideración hace referencia a lo poco que conocemos de personas longevas. A través de una serie de casos, 46 sujetos tuvieron una evaluación comprensiva y funcional (Media= 94 años, 8 mayores de 100 años, 63% Mujeres y 37% Hombres). Los resultados mostraron que más del 40% de la muestra presentaba enfermedades asociadas (hipertensión, diabetes; demencia y osteoartritis= 37%). Disfunciones sensoriales estaban presentes en el 40% de los casos; las actividades instrumentales (Lawton) estaban comprometidas en el 90% de los casos, así como las actividades Básicas (Barthell). La evaluación del funcionamiento cognoscitivo se realizó al 22% de los sujetos dadas las limitaciones sensoriales. Un análisis descriptivo nos llevó a concluir que todas las funciones cognoscitivas estaban prácticamente 2 o más desviaciones estándar por debajo del promedio normal. Una aproximación a la comprensión del funcionamiento cognoscitivo de los sujetos en estudio incluyó un análisis cualitativo a través del registro de un día en la vida del sujeto.

Entre las reflexiones que intentamos incluir en el presente trabajo se destaca, en primer lugar, lo inadecuado del proceso de evaluación y especialmente de algunos instrumentos. En segundo lugar, proponer modalidades de estudio e intervención un tanto diversas a las tradicionales. Dado que se acostumbra a estudiar al longevo como si se tratara de un "anciano joven" y se olvida la importancia de los cambios físicos, las transformaciones del entorno y las motivaciones del sujeto tendiendo a realizar una mirada "médica" a esta población, el presente estudio define alternativas en el estudio de centenarios.

**La anticoagulación en ancianos:
de la teoría a la práctica**

***Anticoagulación en ancianos:
casos difíciles***

Jorge H. López R. MD. Internista, Geriatra
Profesor Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Colombia

El manejo de la anticoagulación siempre es difícil, ya que en general anticoagular a un paciente es someterlo a una condición patológica y prueba de ello es que los valores normales del laboratorio (por ejemplo el TP y el TPT) se alteran con la medicación. Así mismo anticoagular a un paciente anciano es aún más complejo por las particularidades propias de esta población como son los cambios fisiológicos normales que hacen que estos pacientes sean más susceptibles a la anticoagulación especialmente la oral a base de cumarínicos sin cambios importantes en la respuesta a la anticoagulación IV con heparínicos. La presencia de hepatopatía concomitante, y especialmente el uso de otros fármacos que interactúan aumentando o inhibiendo la acción de la warfarina son circunstancias que se encuentran en la práctica diaria y merecen especial consideración como se muestra en la siguiente tabla:

Drogas que interactúan con la warfarina

Potencian la acción de la warfarina

Estudios aleatorizados controlados

Alcohol (con hepatopatía concomitante)- Amiodarona – Esteroides anabólicos – Cimetidina – Clofibrato– Cotrimoxazol – Eritromicina – Fluconazol – Isoniacida – Metronidazol – Omeprazol – Piroxicam – Propafeno-

na – Propranolol – Sulfinpirazona
 Acetaminofén – Hidrato de cloral – Ciprofloxacina –
 Dextropropoxifeno – Disulfiram – Itraconazol – Quinidi-
 na – Fenitoína- Tamoxifeno- Tetraciclina – Vacuna de
 la Influenza

Estudios observacionales

ASA – Disopiramida – Fluoruracilo- ketoprofeno – lo-
 vastatina – metozalone – moricizina – ac. Nalidixico –
 norfloxacina – ofloxacina – propoxifeno – sulindac –
 tolmetin – salicilatos tópicos Cefamandol – Cefazolina
 – Gemfibrozil – Heparina- Indometacina – Sulfisoxazol

Inhiben la acción de la warfarina

Estudios aleatorizados controlados

Barbitúricos – Carbamacepina – Clordiacepóxido –
 Colestiramina – Griseofulvina - Nafcilina – rifampicina
 – Sucralfate – Alimentos ricos en Vit K. – Alimentación
 enteral-Dicloxacilina

Estudios observacionales

Azatioprina – Ciclosporina – Etreinato – trazodone

Fuente: Sixth Accp Consensus Conference on Anti-
 thrombotic Therapy. Chest 2001. 119; 8S-16S.

La farmacodinamia de la Warfarina está sujeta a facto-
 res genéticos y ambientales. Individuos con factores
 genéticos de resistencia pueden requerir 5 a 20 veces
 la dosis. Mutaciones en el factor IX se asocian a san-
 grado sin excesiva prolongación del TP.

Estados hipermetabólicos inducidos por fiebre o hiper-
 tiroidismo inducen aumento en la respuesta de la dro-
 ga, posiblemente por aumento del metabolismo de
 factores de la coagulación dependientes de vitamina K.

Con alguna frecuencia los pacientes de edad avanza-
 da consumen ASA y AINES, los cuales pueden produ-
 cir erosión de la mucosa gástrica lo que puede potenciar
 el riesgo de sangrado digestivo.

Se recomienda que la dosis inicial de warfarina en el
 anciano sea algo menor de 5 mg. y debe buscarse un
 INR lo más cercano a 2. En general se ha documenta-
 do que INR de 2 a 3 tienen un riesgo de sangrado 50%
 menor que los pacientes sometidos a INR > de 3. Ade-

más de los fármacos debe tenerse vigilancia especial
 en pacientes > de 75 años especialmente si presentan
 enfermedades que los colocan en mayor riesgo de san-
 grado como hipertensión arterial, evento cerebro vas-
 cular previo, falla renal, malignidad y antecedente de
 sangrado digestivo. Es indispensable que el anciano
 hipertenso que tenga indicaciones para anticoagulación,
 reciba un tratamiento de su hipertensión estricto bus-
 cando mantener la tensión arterial en niveles menores
 de 130 la sistólica y 80 la diastólica.

Referencias

Hirsh J, Dalen J, Anderson D et al. Oral anticoagu-
 lants: Mechanisms of action, clinical effectiveness, and
 optimal therapeutic range. Chest 2001. 119; 8S-16S.

Ansell J, Hirsh J, Dalen J et al. Managing Oral Anticoa-
 gulant Therapy. Chest 2001; 119: 22S – 38 S.

Levine M, Raskob G, Landefeld S, Kearon C. Hemorr-
 hagic complications of anticoagulant treatment. Chest
 2001; 119: 108S – 121S.

Lip G, Li-Saw-Hee L. Anticoagulation of older patients.
 Age and Ageing 2000;29;3-4.

Sebastian J and Tresch D. Use of oral anticoagulants
 in older patients. Drugs and aging 2000;16:409-435.

Ética e investigación

Importancia de la investigación interdisciplinaria

Nidia Aristizábal-Vallejo
 Psicóloga. Master en Gerontología Social
 Profesor Asociado Universidad El Bosque
 Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria
 navallejo@hotmail.com

La investigación como proceso dinámico, continuo,
 estructurado y sistemático tiene como objetivos funda-
 mentales: a) producir conocimiento, b) producir teorías
 c) resolver problemas prácticos y d) producir tecnolo-
 gía, entre otros.

Siempre que investiguemos temas relacionados con
 personas sea a nivel individual o social debemos ha-
 cerlo desde un enfoque integral –*eco-biopsicosocial-*

donde las diferentes disciplinas de manera coordinada aportan su valioso conocimiento.

En gerontología el eje fundamental es el ser humano y por la amplitud de la disciplina, teniendo en cuenta que ella se nutre de muchas más como la biología, las ciencias de la salud, las ciencias sociales y económicas, por nombrar algunas, se hace necesaria la investigación interdisciplinaria, ya sea que trabajemos en el proceso de envejecimiento o con los mayores de 60 años.

Desafortunadamente existen muchos mitos y estereotipos sobre el investigar, unos en cuanto a: 1-la extrema dificultad del proceso, 2-los investigadores (edad, sexo, formación académica y rasgos de personalidad inclusive), 3-la investigación científica vs. no científica, 4-la cuantitativa vs. la cualitativa, 5- se realiza desde una mirada externa vs. participación activa y directa de los investigadores en el proceso, 6-disciplinario vs. interdisciplinario, la no resolución y claridad de los anteriores enunciados entorpecen y dificultan la investigación.

En Colombia se hace evidente la necesidad de investigación interdisciplinaria en gerontología, partiendo de nuestra cultura e idiosincrasia, que dé respuesta a las necesidades, se optimicen recursos, minimice las amenazas y la vulnerabilidad en la vejez, y en la población envejeciente para que durante su ciclo vital y en la vejez se tengan más oportunidades, fortalezas y condiciones favorables ecobiopsicosocialmente, sin desconocer la investigación transcultural, ya que en muchas ocasiones esas investigaciones nos orientan, para la realización de las propias y algunos de sus hallazgos pueden aplicarse a nuestra cultura.

En Colombia se hace necesaria la participación de los economistas, arquitectos, ingenieros, diseñadores industriales y administradores entre otros en la investigación gerontológica con el fin, de que desde sus disciplinas y con la participación de profesionales de ciencias de la salud y sociales (interdisciplinaria), contribuyan todos con su conocimiento para un mejor presente y futuro; en el 2002 hay más de un 7% de mayores de 60 años y entre los años 2010 y 2020 el incremento de personas viejas será de 4.46% sobre el crecimiento total de la población que será del 1.3%, además los viejos del futuro, como lo reflejan los datos anteriores, somos los mayores de 40 y 50 del 2002.

La investigación interdisciplinaria en gerontología es una de las llaves o alternativas para la resolución de los interrogantes y las implicaciones que surgen por el envejecimiento poblacional colombiano.

Presente y futuro de los estudios con células humanas

Silvio Hernán Velásquez Mejía
Médico de Familia
Pontificia Universidad Javeriana

Los cultivos de células y tejidos permiten establecer sistemas aislados, con control del medio físico y químico (temperatura, pH, presión osmótica, tensión de O₂ y de CO₂). La técnica comenzó a desarrollarse con los trabajos sobre morfogénesis y fisiología de Harrison (1907) en células de reptil, y de Carrel (1912) en células embrionarias de corazón de pollo. Hayflick (1961) establece que los fibroblastos se replican un número fijo de veces, según la especie y la edad ("límite Hayflick").

El comportamiento de las células "in vitro", sin la influencia neurohormonal, es una buena fuente de información de la fisiología celular y permite reducir la variabilidad en el análisis estadístico. El desarrollo moderno ha facilitado el estudio del cáncer y ha llevado a la producción de vacunas, anticuerpos monoclonales, líneas celulares hematopoyéticas y a la terapia génica. La inserción de fragmentos de genes en los núcleos de células procariontas permite establecer líneas celulares y producir en forma industrial medicamentos.

Los estudios de farmacología y toxicología en células "in vitro" permiten la exposición a agentes farmacológicos en concentración definida, hacen menos costoso el tamizaje de sustancias químicas y las consideraciones éticas y legales pueden ser menores.

Los estudios de cromosomas del líquido amniótico, vellosidades coriónicas y de otros tejidos, permiten detectar en forma precoz enfermedades genéticas.

Las investigaciones actuales que utilizan cultivos de células incluyen: actividad intracelular (replicación y transcripción del ADN), flujo intracelular (movimiento del ARN del núcleo al citoplasma), translocación de complejos receptores de hormonas, transformación inducida por virus o sustancias químicas, fluctuaciones de

los sistemas metabólicos, síntesis de proteínas, secreción de sustancias especializadas, respuesta a estímulos externos, mecanismos de acción de medicamentos, metabolismo energético, procesos de nutrición e infección, embriología, cinética de poblaciones celulares, sociología y adhesión celular, y envejecimiento.

Las células embrionarias totipotenciales se pueden convertir en células diversas, como cardiomiocitos, neuronas, o células del páncreas y podrían ayudar a curar enfermedades cardiovasculares, parkinsonismo, demencias y diabetes.

Recientemente se han desarrollado células multipotenciales procedentes de tejidos adultos; las células sanguíneas se pueden convertir en neuronas o hepatocitos, entre otras, cuando se transplantan a esos tejidos.

Las neuronas embrionarias humanas se pueden transformar en otros tipos de neuronas. En el futuro próximo será posible regenerar órganos completos; los esfuerzos actuales se orientan a evitar el rechazo por el sistema inmune que podría lograrse mediante la manipulación genética. El desarrollo de las técnicas de cultivo de células y tejidos representan un potencial enorme para la biotecnología. La práctica de la medicina cambiará radicalmente en el futuro con el desarrollo de células madre, de la clonación y de la terapia génica.

Controversias en la TRH

Función de los estrógenos en el metabolismo óseo

Enrique Ardila Ardila
Profesor Asociado de Medicina Interna y
Endocrinología
Centro de Epidemiología Clínica
Universidad Nacional de Colombia
Miembro Científico ACGG

La terapia estrogénica en estudios observacionales se asocia a una reducción del 50 a 60% en el riesgo de fracturas de cadera relacionadas con la osteoporosis, y de 80% a fracturas vertebrales. Aumentan la densidad mineral ósea en el hueso trabecular de columna lumbar en un 6% y en cadera y radio entre 2 a 3%.

Los estrógenos no han demostrado reducir la incidencia de nuevas fracturas vertebrales en mujeres mayo-

res de 65 años, por esta razón en mujeres que tienen fracturas la terapia estrogénica sola no está indicada como tratamiento.

No existe ninguna diferencia significativa respecto al tipo de estrógeno o vía de administración.

Están aprobados por la FDA para prevenir la osteoporosis, son útiles en las mujeres a partir que se diagnostique un déficit estrogénico fisiológico o inducido. Además en este tipo de tratamiento están sus efectos adicionales como son: control de la sintomatología climática, acción cardiovascular y sobre el sistema nervioso.

Como contraindicación absoluta se enumeran: neoplasia activa dependiente de estrógeno (cáncer de mama y endometrio), hepatopatías agudas, trastornos tromboflebíticos o tromboembólicos activos y enfermedades sistémicas graves no controladas.

Nunca es tarde para iniciar este tipo de tratamiento. Los estudios han confirmado que las mujeres con osteopenia mayores de 65 años y las mujeres con osteoporosis establecida, aumentan su densidad mineral ósea con terapia estrogénica, pero no está definido si este tipo de tratamiento tiene alguna influencia sobre la disminución de fracturas.

TRH y riesgo cardiovascular

Francisco González López
U. de Caldas, Manizales

Existe un amplio consenso sobre el efecto de la Terapia Hormonal de Reemplazo en la postmenopausia en la disminución del riesgo cardiovascular. Debido a que la enfermedad cardiovascular es la primera causa de morbilidad en la mujer, cualquier método efectivo de prevención primaria supone un real impacto epidemiológico

Por el contrario, los datos sobre prevención secundaria de eventos cardiovasculares en pacientes con cardiopatías previas son menos contundentes en la actualidad. La primera dificultad radica en la definición de la paciente cardíaca ya que bajo ese concepto se encuentra patología muy diversa como enfermedad coronaria, hipertensión arterial, arritmia, cardiopatía diabética, etc.

Es conveniente resumir los efectos benéficos de la THR sobre el corazón sano y enfermo para comprender el potencial en la prevención de eventos cardiovasculares en la paciente postmenopáusica. La acción estrogénica se enfoca en dos niveles: miocardio y arterias coronarias. Sobre el primero, aumenta el inotropismo al modular la calcio-miosín ATPasa, la actina magnesio-miosín ATPasa y las isoenzimas de la miosina. A nivel arterial se produce dilatación con obvio aumento del flujo sanguíneo, estimulan la invasión endotelial y bloquean el crecimiento de las células del músculo liso, factor fundamental en el remodelado en patologías obstructivas. Los estrógenos no sólo previenen la formación de la placa de ateroma, sino que además retardan su progresión y pueden llegar a disminuir su tamaño.

La THR busca la supresión de los síntomas y la protección cardiovascular y ósea. Es necesario, por lo tanto, analizar el impacto del estrógeno administrado y luego la modulación en función del tipo y la pauta del progestágeno acompañante. Las diferencias epidemiológicas no se deben a respuestas biológicas distintas en los efectos de los estrógenos. Es posible constatar que con preparados que contengan etinil estradiol se obtienen modificaciones positivas del perfil lipídico y se revierten las respuestas vasculares coronarias negativas en el test de acetil colina. En un grupo de mujeres con síntomas de angina inestable o una prueba de esfuerzo positiva se pudo establecer que con la inyección de etinil estradiol IV durante un cateterismo coronario, la mejoría de la actividad vasomotora basal como la respuesta basal a la acetil colina, lo cual prueba que la forma sintética del estrógeno tiene un efecto agudo sobre la pared vascular lesionada. Es posible deducir que los posibles efectos deletéreos de los estrógenos sintéticos no son atribuibles a su perfil biológico sino a su potencia.

En lo referente a las nuevas moléculas tipo TISH (tissue specific hormone) de acción estrogénica caracterizadas por una especificidad tisular distinta a la de los estrógenos convencionales, la tibolona y el raloxifeno pueden tener ventajas frente a los estrógenos clásicos, ya por la reducción de las concentraciones de colesterol y disminución de los triglicéridos, su acción sobre el flujo vascular, reducción de activador tisular del plasminógeno con incremento de las concentraciones del plasminógeno y mejoría en la utilización periférica de la

glucosa, y en prevención secundaria de la paciente con cardiopatía. La prescripción combinada de TSH con hipolipemiantes y aun antioxidantes (sin estudios aún concluyentes) puede ser de utilidad en el manejo de la vasta patología cardiovascular de la paciente postmenopáusica.

Estrógenos y cerebro

Victoria Eugenia Arango Lopera
Médica Internista Geriatra
Departamento de Medicina Interna
Pontificia Universidad Javeriana

La menopausia, época de la mujer que constituye la tercera parte de su vida, se relaciona con el incremento de ciertas enfermedades crónicas, como los trastornos cardiovasculares, el cáncer y la osteoporosis, para las cuales día a día se están buscando nuevas aproximaciones terapéuticas. La terapia de reemplazo hormonal, específicamente los estrógenos, hace parte de esto.

Está plenamente establecida la utilidad de las hormonas en el manejo de los síntomas vasomotores presentes en el climaterio y en la osteoporosis. Del mismo modo se han establecido claramente algunos de los riesgos aunados a su uso: cáncer endometrial, aumento de trombosis venosa, y no se ha definido exactamente la relación con el cáncer de seno, y con las enfermedades de la vesícula. De otro lado hay ciertas áreas de incertidumbre respecto a la terapia de reemplazo hormonal: enfermedad coronaria, cáncer colorectal, cáncer de ovario, DM tipo 2 y disfunción cognoscitiva, entre otros.

Una de las principales áreas de duda es su uso en el manejo y la prevención de la Enfermedad de Alzheimer. En el efecto de los estrógenos sobre el cerebro y las funciones cognoscitivas, se ha visto que algunos estudios observacionales sugieren que es menos probable desarrollar la enfermedad en mujeres que toman estrógenos en la posmenopausia, cuando se comparan con las que no lo hacen; otros estudios han fallado en soportar esta hipótesis.

Las diversas opiniones y hallazgos en las diferentes investigaciones parten de las diferencias entre las personas que eligen tomar hormonas y las que no, incluyendo el nivel educativo, acceso al cuidado médico, estilo de vida y la adherencia a la terapia prescrita.

Reforma pensional en Colombia

Aspectos conflictivos en la propuesta de reforma pensional

Esther Cecilia Galofre M.
Abogada – Gerontóloga
Miembro titular de la Asociación de Gerontología y Geriatría

Remontándonos a los orígenes de la pensión de jubilación, en 1937, cuando el 5 de julio se dictó la primera ley que establecía que se les debía conceder una pensión a las viudas y huérfanos de granadinos fallecidos en servicio activo de 1830 en adelante, encontramos que esta nació como una recompensa y no como un derecho civil, para quienes por mucho tiempo y en trabajos de determinada importancia prestaban sus servicios.

Las palabras pensión y jubilación, están definidas por la Real Academia Española así: Pensión: del latín *Pensio onis*. Cantidad anual que se asigna a una persona por méritos o servicios propios o extraños o bien por pura gracia del que la concede.

Jubilación: del latín *iubilare*. Disponer que por razón de vejez, largos servicios o imposibilidad y generalmente con derecho a pensión, cese un funcionario civil en ejercicio de su carrera o destino. Alegrarse, regocijarse. Dispensar a una persona por razón de su edad o decrepitud de ejercicios o cuidados que practicaba o le incumbían.

Jubilación: del latín *iubilatio-onis*. Acción y efecto de jubilar o jubilarse. Haber pasivo que disfruta la persona jubilada.

A través del tiempo, esa regulación ha ido cobijando a todos los trabajadores y se ha ido modificando el tiempo por el cual se recibe, hasta ser de carácter vitalicio, llegando a la regulación existente, con sus condiciones de tiempo de servicio y años de edad, para tener derecho a ella.

Si bien la figura de la jubilación nació como un reconocimiento para quienes prestaban sus servicios por largos años a un mismo patrón, con el tiempo, tan noble figura se ha ido desdibujando por diferentes circunstancias de carácter socioeconómico, hasta llegar al

punto de la incertidumbre; la de mayor impacto ha sido la creación de competencia entre los sistemas de capitalización y reparto, en forma abrupta (Seguro Social y Fondos de Pensiones) y hoy se le suma la situación de desempleo y de envejecimiento poblacional de nuestro país, que han hecho que cualquier proyección al respecto, se quedara corta por cuanto hay menos trabajadores que aporten para pagar las mesadas de los pensionados y los regímenes pensionales especiales hacen que el estado cada vez asuma unas cargas más pesadas que benefician en forma excesiva a unos pocos en detrimento de la inmensa mayoría.

Diez años después de estar en vigencia la ley 100, la situación se agrava y se habla de una reforma pensional que suba requisitos y baje beneficios, lo que implica pensar en una pensión más lejana, pero con algo más de seguridad que lo que se está viviendo en la actualidad; sin embargo, esto no sería ninguna garantía.

En conclusión, el panorama cada vez es más incierto y preocupante porque cualquier reforma deberá superar varios debates antes de ser ley, pero independiente de eso, lo cierto es que el espíritu real de la pensión se ha perdido hasta el punto de afectar en forma directa la calidad de vida de los futuros pensionados, quienes verán disminuidos y a más largos plazos los ingresos por concepto de mesada pensional.

Socialización e identidad de un jubilado

Aura Marlene Márquez Herrera
Trabajadora Social
Consultora independiente
área de Gerontología
Miembro Grupo Envejecimiento
Universidad Nacional de Colombia

La población identificada como jubilada representa un porcentaje de población que ha adquirido el derecho a una pensión de vejez, por haber cumplido 60 años de edad los hombres y 55 las mujeres, y trabajado 20 años o más. Su pensión es equivalente al 65% del ingreso base de liquidación y en ningún caso el monto total supera el 85%, ni es inferior a la pensión mínima, o sea, al salario mínimo mensual vigente. En principio parecería una situación razonable.

No obstante, si se hace una lectura a partir de la realidad, se encuentra que las coberturas son muy bajas,

pues no superan el 20% de la población mayor de 60 años. Más del 70% de los pensionados recibe apenas un salario que no corresponde al nivel de sus necesidades -las cuales no disminuyen con la edad-, y aun cuando no pierden su derecho a la pensión, dependen de los recursos existentes, lo que significa que si las empresas se declaran en quiebra, o no hay fondos específicos, los jubilados dejan de percibir sus pensiones. El acceso a los servicios de salud y servicios sociales complementarios se ve afectado por la precariedad de sus ingresos.

Estos aspectos, identifican al grupo de jubilados o pensionados de Colombia, y es el marco en el cual se ha creado una identidad con características más negativas que positivas. Varias son las razones: En su mayoría, es un grupo de población con condiciones mínimas de subsistencia; su condición de jubilado o pensionado implica que se ha dado una ruptura con la actividad que ocupó la mayor parte de su vida (sobre todo en el caso de los hombres) y la probabilidad de no poder desarrollar una nueva actividad productiva; enfrenta una reducción significativa de ingresos -que de hecho ya eran insuficientes- y la pérdida de las relaciones sociales laborales. También tiene que afrontar el cambio de estatus en la familia y la sociedad, y el miedo a sufrir otro tipo de pérdidas de orden físico, psicológico, social y afectivo.

Todos los aspectos, inciden en la relación de la persona vieja con su entorno y de éste hacia ella. Generalmente la relación se presenta de una manera negativa, porque en esta nueva etapa, la socialización se da a partir de su condición de pensionado, que de por sí ya está viciada por los factores mencionados. Su principal forma de organización son las asociaciones de pensionados, pero no todos se vinculan a ellas. Frente a su nueva realidad, los pensionados reflexionan sobre la necesidad de la preparación para la jubilación, lo cual tampoco les hubiese ofrecido respuestas porque el problema fundamental está en que bajo el título de jubilados viven la realidad de la exclusión laboral, y ahora también social, igual que las personas de edad que no tienen pensión. Entonces es necesario buscar en los ámbitos académicos y de reflexión, nuevas alternativas que permitan una identidad positiva y unos espacios de socialización donde las personas sientan que vale la pena seguir viviendo. Pero sobre todo, el Estado tiene la obligación de ofrecer un nuevo sistema de

seguridad social que realmente sea universal, integral y solidario y garantice el disfrute de este derecho.

Impacto en la salud de la reforma pensional

Marco Antonio García
Médico Geriatra

El tiempo de trabajo y la edad de pensión juegan un papel determinante en los aspectos relacionados con la parte física, psíquica, social y económica en la etapa de pensionado.

Inicialmente se calculaba la edad de pensión, según la expectativa de vida, dejando un margen de años libres de carga laboral como compensación a sus años de trabajo y a su disminución en la capacidad física; desde la Ley 100 del 93 la Reforma Pensional -RP-, no está enfocada a mejorar estas condiciones en el individuo, si no a disminuir costos.

Los años de compensación al trabajo (pensión) se han disminuido según la relación de la expectativa de vida dada al momento de nacer y al de pensionarse por edad (Proyecciones Nacionales de población 1950 – 2025 / 1985 – 2000 - Departamento Nacional de Planeación. DNP), lo que hace que físicamente sus posibilidades

Grupo etáreo	Estructura de Costo	Valor Año	Valor Año con Prima Adicional
Menores de 1 año	2.47	742.690,42	987.778,26
De 1 a 4 años	1.28	384.876,01	511.885,09
De 5 a 14 años	0.68	204.465,38	271.938,96
De 15 a 44 años (Hombres)	0.60	180.410,63	239.946,14
De 15 a 44 años (Mujeres)	1.24	372.848,63	495.888,68
De 45 a 59 años	0.81	243.554,35	323.927,29
Mayores de 60 años	2.28	685.560,39	911.795,32

Fuente: Acuerdo 218 del 27 de diciembre de 2001 del CNSSS

también sean menores para desarrollar actividades alternativas, reduciéndose casi exclusivamente al tratamiento de sus patologías, en su mayoría crónicas y avanzadas, lo cual se hace evidente en la estructura de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) determinada por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud –CNSSS-.

Los aspectos psicológicos y sociales también se ven alterados por la disminución del tiempo del disfrute, si se tiene en cuenta que además de la supresión laboral y la pérdida del papel de trabajador se disminuye el tiempo y las posibilidades de un trabajo alternativo y productivo en términos económicos (anteriormente posible), así también las posibilidades de realizar actividades lúdicas, culturales, entre otras, agravado por una mayor pérdida de familiares y amigos.

Si a todo lo anterior le agregamos el deterioro en su poder adquisitivo, tanto por la disminución del monto pensional promedio de los últimos 20 años según la RP, como por los costos fijos en las prestaciones de salud: CUOTAS MODERADORAS: entre \$ 1.100 y \$10.900 por cada uso de un servicio y los COPAGOS (para beneficiarios) con valores máximos entre \$78.000 a \$618.000 por evento (Acuerdos 30 de 1996 y 218 de 2001 del CNSSS) y, además, otros cargos no fijos que inciden frecuentemente en la parte económica como la compra de medicamentos POS no entregados por la IPS-EPS, el pago de servicios de salud contemplados en el POS como consultas (general y especializada), medios diagnósticos (laboratorio clínico, imagenología), procedimientos y urgencias realizadas particularmente por demora en su obtención, el pago de medicamentos y procedimientos NO POS y el pago de honorarios profesionales a abogados para obtener servicios de salud (tutelas).

Entendida la salud como el equilibrio de factores físicos, psicológicos, sociales y económicos, podemos concluir que entre menor sea el tiempo de la etapa pensional (últimos años de la vida) y menor el monto de la pensión, menores también son las posibilidades de lograr mantener una salud adecuada en esa etapa de la vida.

Impacto epidemiológico de las caídas

Caídas en Colombia: un problema por identificar

José Fernando Gómez M.
Programa de Investigaciones en Gerontología y Geriatria
Universidad de Caldas, Manizales

Las caídas, junto con la inmovilidad, el delirium y la incontinencia, se consideran los gigantes de la Geriatria. Las devastadoras consecuencias de las caídas, como fracturas, deterioro de la movilidad, pérdida de la independencia y miedo a caer, constituyen factores fundamentales de limitación de la actividad y restricción de la participación en el grupo de ancianos.

Cada año, aproximadamente el 30% de las personas mayores de 65 años tiene una caída, cerca del 10-15% son caídas con lesión, de las cuales 0.2-1% son fracturas de cadera, 5% fracturas en otros sitios y 5% lesiones de tejidos blandos. Los ancianos que caen presentan deterioro en las ABC físicas y en actividades sociales, con un mayor riesgo de institucionalización, además, dos meses después de una caída, alrededor del 40% de los ancianos evaluados en los servicios de urgencias por una caída con lesión, continuaba reportando dolor o restricción de la actividad.

En Colombia, de las enfermedades debidas a trauma y violencia en mayores de 60 años, las caídas representan el 52% en las mujeres y el 23% en los hombres. En general, se estima que aproximadamente la tercera parte de las personas mayores de 65 años que vive en la comunidad, ha tenido al menos una caída en el último año.

Dentro del Programa de Investigaciones en Gerontología y Geriatria de la Universidad de Caldas se han desarrollado varios proyectos de investigación, los cuales han permitido determinar que en el área urbana de la ciudad de Manizales el 45.9% ha tenido al menos una caída en el último año. Hay mayor tendencia a caer en las mujeres; el 34.8% de la población tuvo al menos una casi-caída, con una diferencia estadística entre los institucionalizados y quienes hacían ejercicio ($P < 0.05$). La restricción en las ABC por caídas o casacaídas fue: ABC físico 25.8%, ABC instrumental 30.6% y ABC social 38.7%. En el mismo estudio se encontró que una

de las consecuencia de las caídas, el miedo a caer, estaba presente en más de dos terceras partes de los encuestados y al 26% este miedo les limitaba las ABC.

Entre ancianos campesinos, el 37.6% ha tenido una caída en el año anterior, con un porcentaje ligeramente mayor en mujeres, el porcentaje de caídas con lesión fue 11.4% de las cuales 8.5% corresponde a fracturas, entre las cuales las más prevalentes son las de cadera y las de antebrazo (fractura de Colles). En cuanto a caídas recurrentes se encontraron en el 93% de las mujeres y 43% de los hombres. El promedio de caídas en el último año fue de 2.88 (DE 3.47), al 28.5% de los ancianos originó discapacidad para realizar el ABC físico (caminar) y al 31.4% el ABC instrumental (oficios en casa). El 70% refiere mucho miedo a caer y solamente el 19.3% refiere poco o ningún miedo.

Factores asociados a fracturas de cadera en tres hospitales universitarios colombianos

Enrique Ardila Investigador Principal
Profesor Asociado de Medicina
Interna y Endocrinología
Centro de Epidemiología Clínica
Facultad de Medicina, Universidad Nacional de
Colombia
Miembro Científico ACGG

Coinvestigadores

Miguel Guzmán, Pilar Cristancho, Leonardo Méndez, Facultad de Salud, Universidad Industrial de Santander
Álvaro Puig, Farina Medina, Alexandra Salazar, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia
Óscar Uribe, Juan F. Velásquez, Carlos A. Palacio, Juan J. Yepes, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia

Objetivo: determinar la prevalencia de fracturas de cadera, describiendo sus características epidemiológicas, demográficas y factores de riesgo asociados.

Diseño: serie de casos.

Lugar: Hospital Universitario Ramón González Valencia de Bucaramanga, Hospital San Juan de Dios de Bogotá y Hospital San Vicente de Paúl de Medellín.

Muestra: se revisaron en total 1184 historias clínicas correspondientes a los años 1995-1997, mediante la aplicación de un instrumento que fue probado previamente, pacientes que habían egresado con diagnóstico de fractura de cadera, con la siguiente distribución:

414 de Bucaramanga (35%), 123 de Bogotá (10.4%) y 647 de Medellín (54.6%). La diferencia entre los grupos fue atribuida especialmente a la forma de archivar las historias en estos tres centros hospitalarios.

Resultados: durante este período egresaron de estos hospitales 1184 pacientes con este diagnóstico, su prevalencia fue determinada solo para el Hospital Ramón González Valencia de Bucaramanga y corresponde a un 7 por 1000 de egresos hospitalarios.

Tomando el grupo como un todo se encontró que estos correspondieron a un 48.9% hombres y a un 51.1% en mujeres, con una distribución porcentual por edades de 8.4% (0 a 20 años), 13.3% (21-40 años), 15.6% (41-60 años) 62.7% (por encima de los 60 años). El diagnóstico más frecuente fue fractura intertrocanterea de fémur con un 43.3%, seguido por otro tipo de fractura 27.9%, subtrocantérica con un 14.0%, basicervical 6.9%, trancervical 4.3%, subcapital 3.2% y cervical 0.3%.

El origen de la fractura fue caída de su propia altura 57.5%, otros traumas 22.6% y accidente de tráfico 19.8%. Realizando análisis bivariado se encontró diferenciándolos por género que en los hombres el 41.3% correspondió a caída de su propia altura, 30.2% otros traumas y 28.5% accidente de tráfico; en las mujeres 73.1% caída de su propia altura, 15.3% otros traumas y 11.6% accidente de tráfico.

De todo el universo solamente el 2.5% tenía anotado el diagnóstico de osteoporosis y el 10.4% había tenido fracturas anteriores.

Como factores de riesgo asociados se encontraron: Hipertensión Arterial 27.2%, Diabetes Mellitus 9%, EPOC 8%, ECV 4.9% y Alteraciones Visuales 4.6%.

Antecedente de consumo de tabaco se encontró en el 29.6% y de alcohol en el 15.7% con las reservas que esta información puede suministrar.

El promedio de estancia hospitalaria fue determinada para el Hospital Ramón González Valencia que fue de

18 días, con un costo aproximado de \$2.700.000.00 por paciente para pesos de 1997, lo que corresponde para 93 casos un total de \$251.000.000.00 equivalente al 1% del presupuesto del hospital en ese año.

La información correspondiente a estilo de vida (nutrición, ejercicio) presentó un subregistro importante.

Conclusiones: este es uno de los primeros intentos realizados en el país en el cual se pretendió conocer el panorama de la osteoporosis en nuestro medio, encontrándose que representa un problema de salud pública importante, con unas frecuencias, factores asociados y complicaciones que no difieren mucho de otros lugares.

Se hace imperativo alertar a las autoridades sanitarias de la importancia de realizar campañas preventivas de esta entidad, además a las entidades formadoras del recurso humano en salud incluir estos temas dentro de sus programas académicos.

Además se recomienda a los hospitales mejorar la calidad de sus historias clínicas que faciliten la realización de estudios clínicos.

En el futuro se deberán realizar estudios prospectivos y metodológicamente válidos que brinden información que permita conocer este problema y aplicar medidas de impacto especialmente preventivas.

Morbimortalidad de la fractura de cadera

Leonilde I. Morelo Negrete

Médica Geriatra

Departamento de Medicina Interna

Pontificia Universidad Javeriana

Con los cambios poblacionales en la expectativa de vida la presencia de enfermedades crónicas y discapacidad serán indicadores importantes que registrarán comportamientos en políticas de salud y distribución de recursos para manejo de un grupo con características especiales. Cerca de un 40% de mujeres y un 15% de hombres mayores de 50 años experimentarán una fractura durante su vida, siendo la fractura de cadera muy importante y generadora de altos costos sanitarios llamada "la fractura asesina del anciano" por su asociación con discapacidad y muerte. La mortalidad alcanza valores que superan el 30% al año con un mayor impacto

en los siguientes 6 meses de la fractura; posteriormente las curvas de supervivencia se van igualando a la de los controles sin fractura pero los sobrevivientes persisten hasta en un 50% con alteraciones significativas en la marcha. El principal objetivo inicial, será solucionar la fractura e iniciar un temprano programa de rehabilitación física e intentar retornar al paciente a su vida funcional e independencia previa. Estudios recientes del consensus general de osteoporosis han permitido conocer factores de riesgo en donde son resaltables la vejez, sexo femenino, presencia de osteoporosis, antecedentes de otras fracturas, pobre agudeza visual, limitación en la actividad, alteraciones en la marcha y equilibrio, comorbilidad. La mortalidad se correlaciona directamente con el estado físico, mental y funcional previo del paciente, más que con el sitio, naturaleza y tratamiento directo de la fractura; sin embargo, una intervención oportuna y temprana, quirúrgica o no, disminuye la presentación de complicaciones y mejora el pronóstico. La procedencia del paciente de la comunidad es un factor negativo para morbilidad, en comparación con los provenientes de institución en relación con funcionalidad o discapacidad previa. Diversos autores han demostrado que la demencia es un fuerte factor predictivo negativo para pronóstico en estos pacientes. En un estudio prospectivo de un año realizado en 70 pacientes del Hospital de San Ignacio en Bogotá con promedio de edad de 77.3+/- 8.2 años, con fractura de cadera encontramos que el 7% tenía fracturas múltiples de fémur, se realizó la intervención quirúrgica en el 46% antes de las 48 horas, pese a limitación funcional moderada a severa en el 52% de los pacientes. Presentaban pluripatología, de 5-7 enfermedades asociadas, incluyendo demencia, alcanzando una mortalidad al año del 18%, siendo de 11% en los primeros 6 meses a consecuencia de delirium multifactorial, desequilibrio hidroelectrolítico -especialmente hiponatremia-, infecciones como neumonías y de vías urinarias. La mortalidad en el segundo semestre fue de un 7% secundaria a sepsis, inmovilismo, neumonías y complicaciones de patologías crónicas como cardiopatía isquémica y diabetes mellitus. Las consecuencias económicas, sociales, en funcionalidad, calidad de vida y autoestima de la fractura de cadera hace necesaria la toma de medidas de intervención en promoción y prevención en salud comunitaria para enfrentar adecuadamente el problema.

Conferencia Magistral

Dislipidemias en mayores de setenta y cinco años: tratar o no tratar?

Emilio José García Mayo
Internista - Geriátra
Médico adscrito Servicio de Geriátría
Instituto Nacional de Ciencias
Médicas y Nutrición
Salvador Zubirán de ciudad de México

Esta pregunta ha sido objeto de considerable debate en los últimos diez años. El objetivo de la intervención sería el disminuir el riesgo de morbi-mortalidad de origen coronario. Sin embargo, hay evidencia sugestiva de que los beneficios del tratamiento dirigido a reducir el colesterol disminuyen al avanzar en edad.

En sujetos mayores de 65 años los estudios son poco numerosos, y más allá de los 75 casi inexistentes. Pocos dudan que la dislipidemia sea un factor de riesgo de enfermedad coronaria, pero es claro que tal asociación se debilita al envejecer.

Aunque el riesgo relativo de EC disminuye con la edad, el riesgo absoluto no deja de aumentar y mantiene vigente la posibilidad y quizás la necesidad, de intervenir.

En este contexto, en la actualidad es necesario definir la respuesta a las siguientes preguntas:

- 1) ¿La hipercolesterolemia es un factor de riesgo significativo en el muy anciano (mayor de 75 años)?

A este respecto la discusión está abierta. Hay evidencia en pro y en contra pero los datos disponibles sugieren que la importancia relativa de la hipercolesterolemia frente a otros factores de riesgo disminuye al avanzar en edad.

- 2) ¿Qué tanto los efectos benéficos putativos de la disminución de la colesterolemia tardan en manifestarse?

En los jóvenes, sabemos que hay un beneficio manifiesto al cabo de 3 años de iniciar el tratamiento (1). Aún carecemos de información a este respecto luego de los 75 años. Considerando que la esperanza de vida a esta edad en países como México es de 5 años, ¿se-

ría aún plausible esperar un beneficio clínicamente significativo? Por ahora parece difícil responder en sentido afirmativo.

- 3) ¿Acaso las personas de mayor edad pueden responder al tratamiento hipolipemiante de la misma manera que los individuos más jóvenes?

Datos de estudios como el CRISP sugieren que la rapidez del descenso en las cifras de colesterol en los ancianos bajo tratamiento es comparable a lo que sucede en los sujetos más jóvenes. Sin embargo los efectos benéficos de los hipolipemiantes en el mayor de 75 años siguen siendo hipotéticos y no contamos sino con la información que pudiéramos extrapolar de los estudios Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S) y Cholesterol and Recurrent events Study (CARE) que incluyeron más sujetos de edad avanzada.

- 4) ¿Acaso la intervención contribuye a disminuir la mortalidad global, y la específica para enfermedad coronaria?

Esperamos aún una respuesta definitiva a este interrogante. Hay en la actualidad varios estudios en curso que en unos años contribuirán a resolver la cuestión. El estudio: Anti-hypertensive and Lipid-lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT), que incluye una rama de tratamiento de la hipercolesterolemia LDL dará probablemente información a este respecto en el año 2002 (2). Entre tanto, parece claro que debemos establecer rutinariamente recomendaciones en cuanto se refiere a tabaquismo (3), dieta (4) y, por supuesto, ejercicio (5), o intervenciones terapéuticas novedosas y de bajo costo, como por ejemplo el tratamiento con semillas de psyllium a razón de 10 gr/d que puede disminuir en 5.3% la tasa de colesterol (6) en el corto plazo.

Referencias

1. Brown G, Albers JJ, Fisher LD. Regression of coronary artery disease as a result of intensive lipid lowering therapy in men with high levels of apolipoprotein B. *N Engl J Med* 323:1289-98, 1990.
2. Davis, B. R., Cutler, J. A., Gordon D. J. et al. (1995). Rationale and design for the antihypertensive and lipid lowering treatment to prevent

- heart attack trial (ALLHAT). *Am. J. Hypertens.*, 9, 342-60.
3. Friedman GD, Pettiti DB, Bawol RD, Sieglau AB. Mortality in cigarette smokers and quitters, effect of base line differences. *N Engl J Med* 304:1407-10, 1981.
 4. National Advisory Committee on Nutrition education. Proposals for nutritional guidelines for health education in Britain. London: Health Education Council. 1983.
 5. Blumenthal JA, Emery CF, Madden DJ et al. Cardiovascular and behavioural effects of aerobic exercise training in healthy older men and women. *J Gerontol* 44:M147-57, 1989.
 6. Davidson MH; Maki KC; Kong JC; Dugan LD; Torri SA; Hall HA; Drennan KB; Anderson SM; Fulgoni VL; Saldanha LG; Olson BH. Long-term effects of consuming foods containing psyllium seed husk on serum lipids in subjects with hypercholesterolemia. *Am J Clin Nutr*, 1998 Mar, 67:3, 367-76.

Trastornos del sueño: ampliando su conocimiento

Particularidades del sueño en el anciano

Carlos Alberto Cano Gutiérrez

Médico Geriatra

Director Clínica de Memoria e Instituto de

Envejecimiento

Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá

Introducción

Los trastornos del sueño son uno de los problemas geriátricos más prevalentes en este grupo poblacional y suelen ser una de las principales causas de iatrogenia, especialmente por la formulación inadecuada de medicamentos (1). La historia clínica estructurada y dirigida es la principal herramienta para evitar este tipo de complicaciones, pues nos da la oportunidad de conocer la verdadera causa del problema del sueño y por ende la mejor intervención terapéutica (2).

Epidemiología

La mayoría de estudios que reporta trastornos del sueño ha sido realizada en poblaciones cautivas tales como

hogares geriátricos, unidades de agudos o en instituciones de media y larga estancia (3,4). En estos casos la prevalencia suele ser mayor del 70%, pero la mayoría están relacionados con la presencia de enfermedades crónicas que se acompañan de alteraciones en el patrón del sueño e incluso como efectos secundarios de la utilización de fármacos. Caso especial suele ser el anciano con demencia, pues el insomnio se convierte en la principal causa de saturación del cuidador y de institucionalización (5, 6).

El principal estudio de prevalencia de trastornos del sueño, es el que realizó el Instituto Nacional de Envejecimiento de los Estados Unidos (6), en donde encontraron que la mitad de las personas mayores de 60 años refería haber presentado una alteración importante en su patrón del sueño y de ellos, entre el 23 y el 34% la tenía en el momento del estudio.

Cambios del sueño relacionados con la edad

Es controvertido hablar de cambios en el patrón del sueño con la edad, pues un grupo importante de ancianos saludables no presenta modificaciones esenciales. No obstante, las horas de sueño se pueden disminuir desde la tercera década de la vida en adelante. Así mismo, el sueño reparador se puede modificar, siendo ellos más sensibles a los cambios térmicos y ambientales. Los estadios 3 y 4 de la fase REM del sueño se pueden acortar, aumentando la posibilidad de despertarse más fácilmente que los jóvenes. De igual manera, los niveles de melatonina y hormona del crecimiento se encuentran disminuidos (7), factores que influyen notoriamente en la fisiopatología del insomnio.

Particularidades en la clasificación

Los trastornos del sueño pueden ser por defecto (insomnio) o por exceso (hipersomnia). Se considera como insomnio, cuando la principal queja es la dificultad para iniciar o mantener el sueño, o éste no resulta reparador y la situación se ha prolongado por más de un mes y suele corresponder a las dos terceras partes del trastorno en sí mismo (2).

Aunque existen muchas clasificaciones de los trastornos del sueño, la presentada por el Dr. Jaime Márquez Arango (8), tiene la gran ventaja de ser el resultado de su amplia experiencia en este tema y está adaptada a nuestro contexto cultural

Queja de despertar frecuente: es tan frecuente, que se considera normal con el envejecimiento, siempre que se vuelva a recuperar el sueño y su calidad se considere reparadora.

Patrones antiguos de sueño: en nuestro país, sobre todo en algunas regiones, el levantarse a horas muy tempranas es un patrón cultural, por razones muy diversas. Al envejecer las personas esta necesidad desaparece, pero no cambia el patrón y se tiene la sensación de dormir mal, por el despertar temprano, que es un hábito antiguo y porque el período en cama, sin dormir, se prolonga. No hay una razón especial para que el patrón de sueño de toda la vida cambie a una edad determinada: lo que pasa es que el viejo ya no tiene la necesidad de madrugar pero sigue haciéndolo. Muchas veces la queja por esta razón es de las personas jóvenes que conviven con la persona vieja y son despertadas por ella. A este patrón cultural se suma el de acostarse demasiado temprano y el período habitual o personal de sueño no se prolonga porque uno tenga una determinada edad.

Tiempo total de sueño: cuando la persona se queja de dormir mal y se hace un examen cuidadoso del tiempo total de sueño se puede encontrar que, sumando las horas de sueño nocturno y las numerosas siestas diurnas, el tiempo total de sueño es adecuado, igual o superior al normal. Por lo general el período normal de sueño está entre 5 y 9 horas.

Este incremento del sueño diurno, junto con el despertar frecuente durante la noche, es el trastorno más frecuente del sueño.

Latencia aumentada: hace alusión a situaciones en que la persona tiene dificultades para conciliar el sueño. Se considera que la latencia normal es de 30 a 45 minutos. Las causas de este trastorno son muy variadas. Puede tratarse de una situación transitoria de ansiedad, por problemas familiares, económicos o personales. Puede ser producida por cambios en el medio ambiente: demasiada luz, demasiado calor o frío, ambientes muy ruidosos o, muy frecuentemente, la persona se acuesta con hambre. Los cambios inducidos en los hábitos alimenticios de nuestra población, por diversas consideraciones socioculturales, son muy diferentes a los que tenían nuestros antepasados. La abolición de la comida de noche, de la merienda y otras

alteraciones, hacen que muchos viejos se vayan a la cama con hambre.

Despertar temprano: a diferencia del primer patrón examinado, en este caso la persona no es capaz de conciliar, de nuevo, el sueño y permanece largas horas despierto, hasta que llega la hora de levantarse. Se siente cansado y somnoliento durante el día. Este caso merece un estudio cuidadoso puesto que, muchas veces, es la manifestación de un cuadro depresivo.

Apnea del sueño: la persona se queja de somnolencia diurna, cefalea, fatiga y mala calidad del sueño. Las personas que conviven con ella suelen anotar que es un roncadador que impide el sueño de otras personas. El examen físico muestra, por lo general, otros estigmas del síndrome: obesidad, cuello corto, cianosis, enfermedades cardíacas o pulmonares crónicas. El síndrome de apnea del sueño puede ser obstructivo o central y para su diferenciación es necesario el estudio polisomnográfico. Es de gran importancia sospechar el cuadro, en la evaluación clínica, puesto que su tratamiento es complejo y están contraindicados, como en ningún otro caso, los inductores del sueño. Estas personas tienen una mortalidad mayor que sus congéneres.

Movimientos anormales: pueden presentarse mioclonías del sueño o el síndrome de la pierna inquieta, por lo general en personas con alteraciones neurológicas, y requieren estudios especiales en laboratorios del sueño, puesto que su tratamiento es difícil.

Iatrogenia: por último, es preciso realizar una encuesta terapéutica completa puesto que son muchas las sustancias que pueden alterar el sueño, tanto las de uso médico como las de consumo popular o social. El alcohol está incluido en esta categoría pues, si bien puede mejorar la calidad del sueño, en principio y en pequeñas cantidades, su uso crónico produce insomnio. Las bebidas como el té, el café, el chocolate, las gaseosas, pueden alterar el sueño y deben evitarse en la noche. Algunas personas no tienen problemas con este punto y la norma no puede hacerse universal.

Otras: es conveniente recordar que cualquier enfermedad sistémica puede alterar el sueño, sobre todo, cuando el componente mayor es el dolor, que produce alteraciones en muchos pacientes por mal tratamiento.

Referencias

1. Ford, D.E. and Kamerow, D.B. Epidemiologic Study of sleep disturbances and psychiatric disorders. JAMA 1998, 262:1479-1484.
2. Folks, D.G. and Burke, W.J. Sedative hypnotics and sleep. Psychotherapeutic Agents in older adults. In Clinics in Geriatric Medicine. 1998, vol. 14 No. 1: 67-85.
3. Rodin, J.; McAvay, G. and Timko, C. A longitudinal study of depressed mood and sleep disturbances in elderly adults. J. Gerontol. 1988, 43:45-53.
4. Vollrath, M.; Wicki, W. and Angst, J. The Zurich study VIII: Insomnia: Association with depression, anxiety, somatic syndromes and course of insomnia. Eur Arch Psychiatry Neurol Sci. 1989, 239: 113-124.
5. Pollack, CP., Perlick, D. and Linsner, JP. Sleep problems in the community elderly as predictors of death and nursing home placement. J Community Health 1990, 15: 123-135.
6. Carlson DL, Fleming KC, Smith GE, Evans JM. Management of dementia-related behavioral disturbances: a nonpharmacologic approach. Mayo Clin Proc 1995;70:1108-15.
7. Foley, DJ., Monjan, AA and Brown, SL. Sleep complaints among elderly persons: An epidemiological study of three communities. Sleep. 1995, 18 (6): 425-432.
8. Márquez, J. Trastornos del sueño en el anciano. Rev. Geriatr. 1998, 3:1-12.

Actualización Terapéutica de los Trastornos del Sueño

Franklin Escobar M.D.

Profesor Asistente de Psiquiatría

Facultad de Medicina

Universidad Nacional de Colombia

Laboratorio de Neurofisiología Clínica

Hospital San Juan de Dios. Consulta

de Trastornos del Sueño

Clínica San Pedro Claver. Instituto de los Seguros

Sociales. Bogotá D.C.

feescob@bacata.usc.unal.edu.co

Los trastornos del sueño son una patología frecuente. Cerca del 35% de los colombianos presenta en cual-

quier momento de su vida una alteración del sueño. El insomnio es la queja principal en adultos y ancianos.

La prevalencia del insomnio en mujeres es del 40%, se presenta en 30% de los hombres y en 50% de personas mayores de 65 años. Los factores asociados con mayor prevalencia son género femenino, presencia de trastornos mentales, condiciones médicas generales, abuso de sustancias y edad avanzada. Una adecuada intervención exige el diagnóstico cuidadoso y el tratamiento según la causa.

Existe relación directa entre insomnio y alteraciones médicas, neurológicas, neumológicas y psiquiátricas. El somnólogo descarta estas patologías cuando examina un paciente mediante la anamnesis, heteroanamnesis, examen físico, agenda de sueño, exámenes somáticos y psicológicos y en ocasiones la polisomnografía.

Para su manejo se evalúan factores predisponentes, precipitantes y perpetuadores que afectan el curso del insomnio. El tratamiento actual considera un abordaje integral y etiológico. Se usa higiene del sueño, hipnóticos, CPAP - BiPAP - AutoCPAP, luminoterapia, cronoterapia y en ocasiones la melatonina.

En esta ponencia se mostrará el mecanismo de acción de los hipnóticos. Su acción sobre receptores GABA - A, canal de cloro y sitios omega. Actualmente se cuenta con gran cantidad de hipnóticos antiguos y modernos, estos últimos bastante hipnoselectivos y con pocos efectos colaterales como Zolpidem, Zopiclona y Zaleplon. También se describen las principales técnicas comportamentales y su aplicación en el tratamiento de estos pacientes.

Valoración geriátrica multidimensional: capacitación y actualización

Valoración física: cómo se predice la discapacidad?

Carmen Lucía Curcio B.

Programa de Investigaciones en

Gerontología y Geriatria

Universidad de Caldas, Manizales

Dentro de la valoración física el aspecto fundamental es la dependencia, entre los ancianos se define como

no ser capaz de hacer las cosas por sí mismo o no ser capaz de hacer lo que se quiere cuando se quiere. Son dependientes quienes no pueden ejecutar competentemente un rango de acciones y actividades estipuladas para su comunidad, quienes no pueden llevar a cabo las tareas esenciales de autocuidado, movilidad y comunicación y aquellos que son incapaces de asumir o mantener roles sin supervisión. Es un concepto diferente de la dependencia económica o de la reciprocidad e interdependencia entre seres humanos. La dependencia hace referencia a cómo la salud, la enfermedad y sus consecuencias, afectan la capacidad de la persona para vivir independientemente, es decir a lo que la persona puede o no puede hacer.

La discapacidad describe la función del cuerpo en su totalidad, es la restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en forma total, de acuerdo con el sexo y la edad del individuo y puede ser causada por una enfermedad. Se caracteriza por alteraciones en el desempeño y comportamiento normal de una actividad rutinaria, en la ejecución de tareas, en aptitudes y conductas y crea problemas de adaptación que limitan el funcionamiento individual. Puede ser permanente o transitoria y reversible o irreversible, por tanto, representa la objetivación de una deficiencia. La discapacidad puede ser causada no solamente por limitaciones físicas o mentales, sino también por las expectativas culturales, los obstáculos medioambientales o una baja motivación o pobre entrenamiento. Por ejemplo, tradicionalmente los ancianos viudos que tienen debilidad a causa de un evento cerebro vascular pueden ser físicamente capaces de cocinar y preparar sus alimentos, pero no lo hacen, en este caso la discapacidad es causada por una combinación de su debilidad, sus experiencias pasadas y los patrones culturales.

Prueba de ello es que inicialmente en la década de los 70 se desarrollaron escalas para medir diversos dominios del funcionamiento de los ancianos que vivían en la comunidad y realizaban tareas domésticas, a diferencia de los institucionalizados que básicamente desarrollaban actividades de autocuidado, lo que posibilitó el establecimiento de las diferencias entre los niveles físico e instrumental de las actividades de la vida diaria. Sin embargo las escalas miden la función hipotéticamente puesto que se basan en el autorreporte. Posteriormente, varios investigadores, entre ellos Tinetti (1986), Duncan (1986), Guralnik (1989), y Reu-

ben (1995), desarrollaron las medidas basadas en la ejecución para minimizar las dificultades del autorreporte, trascenderlo y valorar más objetivamente la funcionalidad de los ancianos, lo cual dio paso a lo que se conoce como función experimental o medidas basadas en la ejecución, ya que dichas medidas se emplean en situaciones clínicas y de laboratorio.

Otro aspecto a considerar es la limitación funcional (también llamada discapacidad clínica), que se ha definido como un estado de restricción o dificultad en la ejecución de las actividades que son esenciales para la vida diaria, tales como bañarse, vestirse y preparar las comidas, pero sin llegar a representar discapacidad. Usualmente es el resultado de muchos factores que actúan durante muchos años. La extensión de la limitación funcional de una persona se determina por las habilidades que están comprometidas y por el grado de compromiso que ellas tengan. También hay diferencias entre discapacidad catastrófica y progresiva.

Para valorar y en alguna medida predecir la discapacidad física se recomienda la utilización de La Evaluación Geriátrica Multidimensional (EGM) (Comprehensive Geriatric Assessment) que es un procedimiento diagnóstico interdisciplinario multidimensional, que busca determinar las capacidades y cuantificar los problemas de un anciano, para establecer un plan de tratamiento y organizar el seguimiento a largo plazo. Las principales áreas incluidas en la EGM, con sus componentes físicos son: indicadores de severidad de la enfermedad, cuantificación de la utilización de servicios médicos, autopercepción de salud o discapacidad, ABC físico, ABC instrumental, Medidas de Evaluación Basadas en la Ejecución (MEBE) y niveles de actividad física.

***Evaluación neuropsicológica:
Una herramienta útil para todos***

Margarita María Benito
Neuropsicóloga MA

La evaluación neuropsicológica es una herramienta fundamental en el ámbito clínico y es reconocida su ayuda en el proceso diagnóstico de sujetos con compromiso cognoscitivo cualquiera que sea su etiología. A manera de ejemplo podemos mencionar su utilidad en la demostración de las alteraciones cognoscitivas de los pacientes en que se detectan cambios mínimos

en la evaluación inicial del estado mental; en determinar el impacto de factores de tipo emocional en el rendimiento cognoscitivo; en la determinación del grado de competencia en asuntos legales y en la evaluación de los casos de demencia degenerativa de inicio temprano, en los cuales se deben tomar decisiones importantes que tengan repercusión en el ámbito laboral o familiar del paciente.

De igual modo, en el estudio longitudinal de los pacientes en quienes se sospecha un inicio de demencia o en aquellos que tienen un proceso demencial instaurado, ya que resulta de gran ayuda para determinar programas de intervención con el paciente y su familia y aporta conocimientos acerca del curso y las características del proceso demencial.

Dicha evaluación, está conformada por un conjunto de métodos y técnicas que nos permiten definir desde el punto de vista clínico, el estado de las capacidades mentales superiores de los pacientes; siendo un proceso complejo en donde lo fundamental no es obtener datos cuantitativos, sino realizar una adecuada interpretación de los mismos.

Los test neuropsicológicos empleados, deben fundamentarse en conceptos neurobiológicos y neurofuncionales; además deben ser confiables (en la medida en que en las mismas circunstancias, producen el mismo resultado) y válidos (cuando miden lo que están diseñados para medir).

Por todos es sabido que nada aporta más al estudio de un paciente, que la realización de una buena historia clínica, sin embargo existen herramientas tan útiles como lo es la evaluación neuropsicológica descrita, la cual nos va a permitir ahondar en este caso, en la esfera mental.

En esta presentación se pretende, no solo, describir los instrumentos utilizados en la evaluación sino describir las dimensiones cognoscitivas y de esta manera proporcionar guías útiles para todos en el interrogatorio de una historia clínica que permitan acercarse a un examen neuropsicológico.

La vacunación como estrategia

Prevención contra Influenza y neumococo en el adulto mayor

Carlos Espinal T. M.D.
Aventis Pasteur

De acuerdo con el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para 1998 la infección respiratoria aguda, incluyendo la gripe o influenza y la neumonía, representa la primera causa mundial de mortalidad en menores de 5 años y adultos, ocasionando 3.5 millones de muertes en ese año. Igualmente de acuerdo con la OMS la infección respiratoria aguda, incluyendo la neumonía y la gripe, ocasiona 83 millones de Años de Vida Perdidos ajustados por Discapacidad (AVAD). Estos dos tipos de infecciones constituyen también causas importantes de hospitalización.

El virus de la Influenza presenta un patrón de circulación definido por hemisferios. En el trópico el virus circula durante todo el año pero presenta picos de mayor incidencia en algunos meses, que pueden cambiar de acuerdo con los diversos factores que afectan la presencia y circulación del virus.

En la actualidad se reconoce que debido a los cambios detectados en el virus en 1997 y 1999, se predice la aparición de una nueva pandemia que ocasionaría una elevada morbilidad y mortalidad, especialmente en los grupos de mayor riesgo como los adultos mayores de 65 años, niños menores de 5 años y personas con factores de riesgo conocidos como predisponentes de enfermedad grave por Influenza.

Carga de la enfermedad por influenza y neumococo

Las tasas de hospitalización por influenza por grupos de edad y factores de riesgo son mayores en los niños menores de 4 años, los adultos entre los 45-64 años con factores de riesgo y, principalmente, en los mayores de 65 años. De este modo el solo hecho de ser un adulto mayor de 65 años, es un muy importante factor de riesgo para las complicaciones de la infección por el virus de la influenza.

El S pneumoniae o neumococo afecta principalmente a los niños menores de 1 año y adultos mayores de

60-65 años, indicadores en estas dos edades extremas.

La infección ocasionada por el virus de la influenza y la enfermedad invasiva por *S pneumoniae* representan una importante carga de enfermedad en el adulto mayor en Colombia. No es posible diferenciar específicamente la proporción de enfermedad inducida por estas dos patologías, que en la realidad se presentan con elevada frecuencia en forma simultánea o como factor de riesgo una con la otra.

La información obtenida del DANE para el año 1998 demuestra la mortalidad por infección respiratoria baja en mayores de 50 años de edad en Colombia. Aproximadamente 2.855 personas mayores de 50 años fallecieron por causas compatibles con la infección respiratoria por influenza y neumococo. La mortalidad se incrementa en forma importante en directa relación con el proceso de envejecimiento. Datos del Servicio de Salud de Antioquia demuestran que la neumonía es una de las principales causas de egresos hospitalarios en los diferentes grupos de edad, representando la tercera causa en los mayores de 60 años y la segunda causa en todas las edades.

Los altos costos de atención debidos a las consultas, tratamientos, laboratorios e imágenes y hospitalización, entre otros, más los indirectos que en algunas veces superan los anteriores, demuestran la necesidad de implementar programas de prevención cuyo costo-beneficio tenga un impacto importante en la calidad de vida y la preservación de la salud en el adulto mayor.

La importancia de la vacunación en el anciano

Javier Arias Salazar, MD
Especialista en Geriatria
Master en Gerontología

El envejecimiento gradual de la población de Colombia ha generado una nueva urgencia de buscar soluciones a los problemas de salud de los adultos mayores. La prevención de la enfermedad representa uno de los mejores métodos para mejorar la calidad de vida y disminuir los costos de asistencia de este grupo etáreo; actualmente se le está dando una atención especial al desarrollo de inmunizaciones para aplicar en la población geriátrica.

De acuerdo con las OMS, una de las principales causas de morbilidad entre la población anciana es la influenza, que puede provocar grandes complicaciones. Los ancianos son particularmente susceptibles a infecciones de las vías respiratorias inferiores; por esta razón, las enfermedades respiratorias son la quinta causa de muerte en la población de 60 y más años; incluso, cuando las infecciones respiratorias no causan la muerte, se acompañan de una morbilidad importante, que incluye hospitalizaciones innecesarias, tiempos de recuperación prolongados y anormalidades cardíacas, como arritmia. La población de 65 y más años son consideradas de alto riesgo de infección por influenza, especialmente las personas de edad avanzada con enfermedades subyacentes tales como cardiopatía, demencia o enfermedades pulmonares crónicas. En conjunto, del 80 al 90% de la mortalidad por influenza ocurre en este grupo de edad.

La opción más importante para reducir el impacto de la influenza es la inmunoprofilaxis a través de la vacunación anual para todos los grupos de riesgo, haciendo énfasis en los adultos mayores con el fin de reducir la morbilidad y las hospitalizaciones. El virus de la influenza A tiene múltiples subtipos basados en sus antígenos hemaglutinina (H1H2H3) y neuroaminidasa (N1N2); estos antígenos cambian con el tiempo y ello da por resultado pérdida de la inmunización e ineficacia de vacunas "antiguas", lo que hace necesario repaso anual de composición de la vacuna. Todas las vacunas son inactivadas (las cepas de virus presentes están muertas y por lo tanto no son infectantes, pero conservan sus propiedades antigénicas).

Numerosos estudios han demostrado claramente el beneficio de la vacunación cuando se evalúan los costos sociales y económicos de la enfermedad; las hospitalizaciones por complicaciones de la infección provocan pérdidas económicas significativas para la comunidad y organismos de salud. La influenza sigue el patrón estacional típico de muchas enfermedades virales respiratorias; en el hemisferio sur, circulan de abril a noviembre, con pico de mayo a agosto. En Colombia los virus de la influenza circulan en forma permanente, iniciándose en agosto de cada año, con un pico entre octubre y noviembre; la circulación puede prolongarse hasta el primer trimestre del año siguiente y lo usual es un nuevo pico durante los meses de marzo a junio, coincidiendo con la temporada de lluvias.

La vacunación contra neumococo debe administrarse una vez a los 60 años, como regla, sólo necesita administrarse en una ocasión; la administración simultánea de ambas vacunas en sitios diferentes está plenamente recomendada.

Educación en Geriatría: presente y futuro

Educación en Geriatría: experiencia de la Universidad Nacional

Jorge H. López R. MD
Especialista en Medicina Interna y Geriatría
Profesor Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Colombia

La enseñanza de la Geriatría en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional se inició a mediados de la década de los 90s con clases magistrales que luego fueron reemplazadas por una rotación que actualmente se realiza en las tardes durante 2 semanas, es decir una intensidad horaria de 20 horas semestre. Cada grupo está conformado por 10 a 15 estudiantes con actividades teóricas sobre los aspectos básicos como fisiología del envejecimiento, aspectos farmacológicos, historia clínica geriátrica, entre otros. Además se hace una discusión sobre el Proceso de Morir y se realiza una visita al Hogar Geriátrico San Pedro Claver donde residen cerca de 240 ancianos.

Estas actividades están a cargo de un grupo de docentes de la Facultad que incluyen en la actualidad 2 médicos especialistas en Geriatría con el apoyo de docentes de farmacología, especialistas en ética y endocrinología, entre otros.

La respuesta del estudiantado ha sido favorable; por ejemplo en las encuestas realizadas al terminar la rotación el 48% de los estudiantes piensa que la intensidad horaria es poca, el 100% considera que el tema es importante o muy importante y el 80 % encontró que las actividades realizadas eran de buena calidad.

Además se encuentra en curso el proyecto para la creación del posgrado en Geriatría Clínica dirigido a médicos generales con una duración de 4 años y para especialistas en Medicina Interna y Medicina Familiar con una duración de dos años.

Además de la Facultad de Medicina, en la Universidad Nacional existe un grupo interdisciplinario dedicado a estudiar y realizar proyectos en Envejecimiento. A este grupo están vinculados docentes de Medicina, Terapias, Odontología, Nutrición, Antropología y Enfermería. El grupo coordina un curso de contexto que realiza educación una tarde a la semana con participación de 60 estudiantes de diferentes facultades como Derecho, Ingeniería, Psicología y todas la facultades de la salud. También se realiza una vez al año un curso de educación continuada dirigido al personal que trabaja con ancianos en todo Bogotá y alrededores.

Vale la pena resaltar también el trabajo que desde hace varios años se realiza en las Facultades de Enfermería y Odontología, con trabajo a nivel comunitario y proyectos de investigación en ancianos que han dado pie a textos y publicaciones ampliamente reconocidos en todo el país.

Esperamos que la Universidad Nacional siga ejerciendo liderazgo y gestando iniciativas que cumplan con los principios de docencia, extensión e investigación y fortalecer todo lo que tenga que ver con la problemática del envejecimiento no solo en pregrado sino también en posgrados en diferentes facultades.

Postgrado en Geriatría

Carlos Alberto Cano Gutiérrez
Médico Geriatra
Director Clínica de Memoria
e Instituto de Envejecimiento
Jefe Unidad de Geriatría,
Departamento de Medicina Interna
Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá

La Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana ha mostrado una particular sensibilidad ante la problemática del Envejecimiento, traducida en la creación de un Instituto en esta área; y es claro que posee la capacidad científica y social para llevar a cabo un proceso de formación en Geriatría, dependiente del Instituto de Envejecimiento y apoyada en la Unidad de Geriatría del Departamento de Medicina Interna con lo cual el programa se beneficia tanto de la infraestructura de la Facultad de Medicina, del Hospital Universitario de San Ignacio y de los sitios con los cuales existen convenios docente – asistenciales, como de las posibilidades de otras Unidades Académicas de la Universidad.

Ahora bien, como antecedentes y experiencias de las Unidades Académicas que sustentan la presentación de este programa de especialización se destacan las del Instituto y de la Unidad de Geriatria, por cuanto son las directamente responsables, subrayando que las demás Unidades involucradas (entre las cuales están los Departamentos de Medicina Interna, Psiquiatria, Cirugía, Ortopedia y Traumatología, Radiología, Medicina Preventiva y Social, entre otros, al igual que otras instancias de la Facultad y de la Universidad) cuentan con amplios logros en sus áreas de conocimiento.

El Instituto de Envejecimiento orienta sus desarrollos en cuatro áreas: investigación en las líneas: clínica (énfasis en demencia y enfermedad de Alzheimer), básica, sociocultural y centenarios; educación: formal en pregrado y posgrado, educación continuada, capacitación, actualización e información a instituciones y grupos (ancianos, familiares, cuidadores), elaboración de materiales y publicaciones; social: asesoría en la conformación de redes y grupos, desarrollo de políticas, servicios y programas, y estudios culturales alrededor de la vejez y del envejecimiento; asistencial: con servicios y programas del Hospital de San Ignacio: enlace, hospitalización, atención ambulatoria, evaluación interdisciplinaria.

Entonces, aunque el Instituto de Envejecimiento es de reciente creación no lo es su trayectoria docente, investigativa y de servicio sustentada inicialmente en la Clínica de Memoria del Hospital San Ignacio (una de sus áreas más desarrolladas con la participación de varias unidades y disciplinas). Además se posee experiencia en el trabajo con familiares, cuidadores y organizaciones que se ocupan de los ancianos, y particularmente ha impulsado y apoyado la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y los grupos de *Mutuayuda*. Todos los anteriores conforman campos de despliegue del posgrado, cuyos proyectos incluirán a los residentes.

En cuanto a la Unidad de Geriatria, ésta inició sus actividades en octubre de 1994 como parte del Departamento de Medicina, cuenta en la actualidad con tres geriatras. Sus funciones académicas se dirigen a estudiantes de pre - grado (V, VI, VII, X e internado) y pos grado (residentes de Medicina Interna, Psiquiatria y Medicina Familiar), no solo de nuestra institución sino de otras universidades (Caldas, El Bosque y los An-

des) y de otras disciplinas. Sus actividades asistenciales parten de la población anciana que ingresa al hospital en los diferentes servicios (médicos y quirúrgicos), proyectándose a otros servicios asistenciales como consulta externa geriátrica y específica (Clínica de Memoria y de Úlceras de Piel) y al hospital día de la Unidad de Salud Mental.

El plan de desarrollo de la Unidad, está articulado al del hospital, donde se proyecta la estructuración de otros servicios asistenciales tales como la Ayuda Domiciliaria y la Unidad de Media Estancia. Estos servicios permitirán ampliar y diversificar la oferta dentro de un continuo que, dando cabida a las restantes instituciones y programas contemplados por las rotaciones de la especialización, está demarcado por los distintos niveles de complejidad de la atención, por el tipo de procesos (promocional, preventivo, terapéutico, de rehabilitación, de integración), de intervenciones (clínicas, psicosociales) y por los ámbitos del institucional al comunitario.

Objetivos de la especialización

General

Formar médicos (as) con amplio conocimiento teórico y práctico en la atención integral, en la investigación, la docencia, la asesoría y el desarrollo de servicios y programas, que contribuyan a solucionar, en el marco de la ética, los problemas de salud y psicosociales de las personas viejas y del envejecimiento en general.

Específicos

- Profundizar en las peculiaridades de la práctica clínica centrada en personas ancianas, adaptando los procesos de evaluación, terapéuticos y de rehabilitación a sus necesidades y posibilidades.
- Posibilitar el aprendizaje y la ejecución de investigación basada en paradigmas cuantitativos y cualitativos, ofreciendo abordajes diversos a la complejidad de los problemas del envejecimiento y particularmente a los de la enfermedad y la salud de esta población.
- Desarrollar habilidades para reforzar, mediante tareas de acompañamiento y apoyo, el papel protagónico de la familia y de los cuidadores informales, asimismo, en la medida de lo posible, favorecer y respetar la independencia y auto-

- mía de las personas ancianas.
- Propiciar el trabajo interdisciplinario en las diversas áreas y ámbitos de la especialización, reconociéndolo como la posibilidad de ampliar, complementar y explorar nuevos caminos para el conocimiento y las intervenciones e identificar los límites del propio quehacer.
- Brindar formación pedagógica aunada al acompañamiento permanente de los profesores y a la participación en actividades educativas dirigidas a estudiantes de pregrado y a otros grupos, garantizando el desempeño del futuro especialista en tareas docentes formales e informales.
- Potenciar la función social del futuro especialista a través del conocimiento y la experiencia de los aspectos organizacionales, legales y económicos en salud que permitan su participación y contribución en el desarrollo de políticas, proyectos y servicios para las personas viejas.

Experiencias en la Universidad de Caldas

José Fernando Gómez M.
Programa de Investigaciones en Gerontología y Geriatria
Universidad de Caldas, Manizales

Esta ponencia presenta, basada en los principios pedagógicos y metodológicos que orienta la especialización de geriatría clínica, los logros y dificultades de la enseñanza de geriatría en el medio.

Dentro de los principios pedagógicos que orientan la formación están

- **Aprender haciendo:** estimulando un aprendizaje interactivo y participativo de manera tal que se aumenten las competencias cognitivas del saber y del saber hacer.
- **Aprendizaje productivo:** el proceso debe partir de las estructuras cognitivas que posee el estudiante, su experiencia y conocimiento previo para enriquecer esas estructuras y lograr que el aprendizaje sea realmente productivo.
- **Aprender a hacerse:** Mediante estrategias de autodirección y autogestión para el desarrollo de las competencias de desarrollo humano.
- **Principio de relevancia y pertinencia:** todas las actividades realizadas y los contenidos de las rotaciones tienen una finalidad y un objetivo.
- **Aprender a aprehender:** todas las actividades y contenidos de las diferentes rotaciones deben ser analizadas con una mirada reflexiva y crítica, que fomenten procesos de evaluación constante de ellas.
- **Aprender a construir conocimiento:** se ofrecen los elementos necesarios para que con el desarrollo de las competencias del estudiante, se logre que haga nuevos aportes a la Gerontología y la Geriatria.
- **Aprender a interactuar:** la pluralidad y la interdisciplinariedad marcan la pauta de todas las actividades realizadas en la especialización, además de la formación de actitudes y valores de convivencia humana.
- **Aprender del error:** solamente cuando se logra un desequilibrio conceptual y se entra en conflicto cognoscitivo, se está listo para aprender.

Los principios metodológicos que orientan la formación en geriatría en la Universidad de Caldas son

- La integración teórico - práctica como la base metodológica del desarrollo de las competencias cognitivas.
- La flexibilidad en los procesos, de acuerdo con el cumplimiento de los objetivos y acciones propuestas en cada rotación.
- Contextualizar los contenidos del currículo y el proceso general dentro del medio cultural, social y económico del país.
- Permitir la participación del alumno en la planeación del proceso y facilitar los procesos de autoevaluación, autocrítica y autorreflexión.
- Dar la oportunidad de objetivar y confrontar el desarrollo y adquisición de competencias cognitivas y de desarrollo humano.
- Desarrollar la capacidad de investigación del alumno a partir de los procesos de aprender a hacer, haciendo.
- Favorecer la producción escrita y el desarrollo de habilidades de comunicación de conocimientos.
- Generar espacios de confrontación de conocimientos en el contexto social: confrontación entre lo aprendido y la realidad y confrontación con pares.
- Favorecer el trabajo en grupo: Confrontación y producción en grupo, no solamente al interior, sino en otros espacios externos.

Capacitación en demencias

Evidencia del tratamiento farmacológico en EA

Rodrigo Pardo

La constante reevaluación de los modelos etio patogénicos ha generado el advenimiento de nuevos medicamentos en el panorama del tratamiento de la EA. Es interés de la comunidad en general, esclarecer la eficacia y la seguridad de los medicamento descartando los factores de confusión atribuibles a las particularidades de esta enfermedad. Para lograrlo, es necesario conocer la calidad metodológica, la estandarización y reproducibilidad de los estudios y establecer la relevancia clínica y estadística de los resultados.

Para el diseño de estudios que evalúen el efecto de los medicamentos es importante tener en cuenta las metas del tratamiento en la EA, ellas son: enlentecer o detener la pérdida de memoria y de la función cognoscitiva; y mantener la autonomía e independencia funcional.

Para el presente análisis, se realizó una revisión de la información disponible en las bases de datos de la COLABORACIÓN COCHRANE. Se dispone de meta-análisis para Selegilina (1998), Donepezilo (1998), Rivastigmina (1999), Tacrina (1998), CDP-colina (1998), Hidergina (1998), Nicotina (1999), Galantamina (2001).

A partir de los datos extraídos, se realizó un análisis comparativo, estableciendo cuatro categorías dentro de las que se compararon ciertos aspectos: objetivo, Calidad metodológica, descripción de los estudios, y resultados.

Los estudios tuvieron como objetivo evaluar la eficacia y seguridad de los medicamentos en pacientes con Enfermedad de Alzheimer leve a moderada, diagnosticada de acuerdo con los criterios del NINCDS-ADRDA (1984) y DSM IV (1994). Este punto estuvo claramente establecido en los estudios de Tacrina, Donepezilo, Rivastigmina, Selegilina y Nicotina.

La duración de los estudios y el tamaño de las muestras fue muy heterogénea.

Se incluyeron ensayos clínicos aleatorios, controlados, doblemente enmascarados, libres de efecto de confusión, en los cuales se comparó el medicamento con placebo. La aleatorización no fue adecuada en la mayoría de los estudios. Los criterios de exclusión fueron muy amplios, restringiendo la población en estudio a tal punto, que no es comparable con los pacientes que se ven en la práctica clínica. Esto sucede específicamente en los estudios de Donepezilo.

En vista de la dificultad que existe para establecer medidas de resultado precisas para evaluar el efecto de los medicamentos sobre el curso de la EA, las agencias internacionales proponen que estos marcadores apunten hacia las características centrales de la enfermedad (función cognoscitiva, desempeño funcional e impresión global). Las medidas de desenlace para los estudios de Donepezilo, Tacrina, Rivastigmina y Selegilina incluyen los tres dominios mencionados y adicionalmente evalúan comportamiento, institucionalización, la calidad de vida, muerte, tolerancia y efectos en el cuidador. Llama la atención que en el análisis de resultados no se tienen en cuenta muchos de estos marcadores.

La función cognoscitiva, la impresión global de cambio y las ADLs fueron evaluadas con escalas estandarizadas en los estudios de donepezilo, rivastigmina, Selegilina y Galantamina. Para la evaluación de estos aspectos en los estudios de los demás medicamentos se emplearon baterías neuropsicológicas no estandarizadas.

Existe alguna evidencia que la selegilina mejora la función mental de los pacientes con EA, sin producir efectos colaterales significativos. El hecho de que en la mayoría de los ensayos clínicos, no se utilicen escalas cognoscitivas estandarizadas hace que la evidencia sea bastante limitada y no sea concluyente para recomendar el uso rutinario de selegilina en la práctica clínica. Hay evidencia aislada que la selegilina mejora el comportamiento y el estado de ánimo.

En el caso de CDP colina se evalúan ensayos clínicos de un período de tiempo muy largo, con diversas aproximaciones metodológicas, dificultando el análisis de su efecto en el tratamiento de los pacientes con EA. Hay una evidencia pequeña que muestra que CDP-colina tiene un efecto positivo en memoria y comportamiento. Los

resultados son más consistentes en pacientes con deterioro cognoscitivo secundario a enfermedad vascular.

Resulta difícil plantear alguna conclusión con respecto a la eficacia del tratamiento con Tacrina en pacientes con EA. Siendo el medicamento más estudiado, son pocos los estudios útiles metodológica y estadísticamente. Adicionalmente el alto porcentaje atribuible a los efectos adversos contraindica su uso.

Los estudios con Hidergina y Nicotina tienen serias dificultades en su diseño lo cual hace imposible dar una recomendación con respecto a su utilidad en el tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer.

El Donepezilo, la Rivastigmina y la Galantamina demostraron tener un efecto modesto en la función cognoscitiva y en la impresión clínica global en pacientes seleccionados, con Enfermedad de Alzheimer leve a moderada, sin enfermedades concomitantes importantes. No hay evidencia que demuestre un efecto positivo en la calidad de vida del paciente ni del cuidador.

La tasa de deterioro de los pacientes con EA es menor en aquellos que alguno de estos tres medicamentos en comparación con placebo, su efecto es dosis dependiente, sin embargo hay mayor número de abandonos por efectos adversos a medida que aumenta la dosis.

Se requiere de estudios de mayor duración, con una muestra más representativa de la población general, que incluyan pacientes en fases preclínicas de la enfermedad, y con deterioro cognoscitivo leve. Es importante evaluar los efectos en los cuidadores y en la calidad de vida de los pacientes.

Los iChE son efectivos y seguros, pero representan solo el primer paso en el tratamiento farmacológico de EA. Otras aproximaciones para mejorar la función cognoscitiva en EA están siendo evaluadas en ensayos clínicos bien diseñados. El número de opciones terapéuticas para tratar el déficit cognoscitivo en EA seguirá aumentando.

Bibliografía

1. BIRKS, J. Selegiline for Alzheimer's disease. The Cochrane library 1998, issue 4.

2. BIRKS, J. Rivastigmine for Alzheimer's disease. The Cochrane library 1999, issue 4.

3. BIRKS, J.S. The efficacy of donepezil for mild and moderate Alzheimer's disease. The Cochrane library 1998 issue 4.

4. CUMMINGS, J. Pharmacotherapy of Alzheimer's disease. 3FC.004-55-65.

5. FIORAVANTI, M. CDP-choline in the treatment of cognitive and behavioural disturbances associated with chronic cerebral disorders of the aged. The Cochrane library 1998, issue 4.

6. LADNER, C. Pharmacological drug treatment of Alzheimer's disease: the cholinergic hypothesis revisited. Journal of neuropathology and experimental neurology. 1998; 57; 8: 719-731.

7. LÓPEZ, JM. Nicotina para la Enfermedad de Alzheimer. The Cochrane Library 1999.

8. McLENDON, B. Defining meaningful change in Alzheimer's disease trials: the donepezil experience. Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology 1999; 12: 39-48.

9. OTIN, J. Efficacy of Hydergine for dementia. The Cochrane library 1998, issue 4.

10. PITCHUMONI, S. Current status of antioxidant therapy for Alzheimer's disease. Journal of the American geriatric society 1998; 14; 12: 1566-1572.

11. QUIZILBASH, N. Tacrine for Alzheimer's disease. The Cochrane library 1998, issue 4.

12. ROGERS, S.L. A 24-week double-blind, placebo-controlled trial of donepezil in patients with Alzheimer's disease. Neurology 1998; 50:136-151.

13. SANO, M. A controlled trial of selegiline, alpha-tocopherol, or both as treatment for Alzheimer's disease. The New England journal of medicine 1997;336; 17:1216-1222.

14. Donepezil. AHFS Drug Information (full text). Base de datos Hemeroteca Nacional.

15. Selegiline. AHFS Drug Information (full text). Base de datos Hemeroteca Nacional.

Úlceras por presión: avance o retroceso?

Factores de riesgo de úlceras por presión: se desconocen?

Ángela María Botero B.
Departamento Clínico Quirúrgico
Facultad de Ciencias para la Salud
Programa de Investigaciones en
Gerontología y Geriatria
Universidad de Caldas, Manizales

Las Úlceras por Presión (UP) representan un problema frecuente en Geriatria, su prevalencia varía entre el 3 y el 11% en ancianos hospitalizados. En nuestro medio ha sido reportada en el 9.5% al ingreso del paciente al hospital y en el 8.05% desarrolladas durante la hospitalización. Las UP además de ser un indicador de la calidad del cuidado del anciano, representan un factor importante del aumento de morbilidad, mortalidad, estancia hospitalaria y costos en la prestación de los servicios.

La principal estrategia para combatir este problema está representada por la prevención, por tanto, se hace crítico el reconocimiento e identificación de los pacientes en riesgo.

Son muchas las variables que se han asociado al desarrollo de UP según la literatura, pero los resultados difieren según el tipo de estudio, la población estudiada y el medio donde se realiza.

Estudiando el problema en este medio, se encontró asociación significativa con el sexo masculino, los bajos puntajes en las escalas de Barthel y de Braden, la patología osteoarticular como diagnóstico primario y la enfermedad neurológica como diagnóstico secundario, la presencia de eritema no blanqueable al examen físico y el uso de neurolépticos.

Cómo se evalúan actualmente las úlceras de presión, avance o retroceso?

Leonilde I. Morelo Negrete
Médica Geriatra
Departamento de Medicina Interna
Pontificia Universidad Javeriana

Se define "úlceras" como cualquier pérdida de la continuidad de la piel, determinada por factores externos o

internos que llevan a la aparición de un complejo sindromático que incluye dolor, secreción, inflamación o infección.

Las úlceras por presión se consideran un problema sanitario de gran importancia, que aqueja a la población gravemente enferma o con alteraciones significativas en la movilidad, afectando a todas las edades, principalmente mayores de 65 años, teniendo una incidencia hasta del 70%, en este grupo. Alcanza porcentajes hasta del 20 en unidades hospitalarias.

Las úlceras se relacionan con factores de riesgo inherentes a una entidad clínica específica, que lleven al paciente a un inmovilismo prolongado, independiente del factor etiológico, siendo éstas más prevalentes en pacientes ancianos. Su diagnóstico, prevención y tratamiento requiere de un enfoque integral, con lo cual se pretende dar una mejor asistencia y disminuir los costos que ellas representan. Están relacionadas con deterioro funcional, importantes alteraciones en la calidad de vida y alta mortalidad; además, generan elevación de costos y representan un marcador de eficiencia hospitalaria.

Las úlceras por presión ameritan el manejo por parte de un equipo interdisciplinario para llegar a conseguir la estabilidad del paciente y una adecuada evolución en sus patologías de base con óptima cicatrización de sus heridas, se recomienda un grupo básico de tratantes con la intervención de las disciplinas que sean consideradas necesarias en cada caso particular.

Se contemplan en la literatura diversas escalas de fácil manejo que ayudan a determinar el riesgo de su aparición en un paciente, siendo destacables la Escala de Norton y la de Braden, las cuales permiten de forma rápida y sencilla conocer la condición física, mental, grado de actividad, movilidad y continencia además de estado nutricional y otros en la de Braden; según los resultados de la sumatoria podemos estimar el riesgo y establecer medidas preventivas y de intervención incluyendo un plan de seguimiento en el tiempo.

El diagnóstico de úlceras por presión es clínico. Se localizan en los sitios de apoyo. Los factores asociados como mala condición física, postración en cama, estupor o coma e incontinencia, facilitan su presencia. El objetivo deseado es obtener una superficie con abun-

dante tejido de granulación favoreciendo una cicatrización efectiva en el menor tiempo posible. Para ello se deben estudiar idealmente todos los pacientes en cualquier ambiente hospitalario o no con más de 48 horas de inmovilismo buscando hacer un plan individualizado con capacitación para el personal encargado de su cuidado. Las úlceras de presión son una manifestación dermatológica de un problema sistémico grave, en un individuo con severas limitaciones, quien precisa de un equipo interdisciplinario y competente en su manejo por todas las implicaciones económicas, sociales y personales que acarrearán, siendo importante la determinación del riesgo de aparición de nuevas lesiones, establecimiento en la periodicidad de las visitas de seguimiento, según el paciente y el protocolo, definición del plan de manejo y la Instrucción al personal encargado.

***Manejo de úlceras por presión:
Qué se hace en los hospitales?***

Martha Cecilia Bernal

Programa de Investigaciones en
Gerontología y Geriatria

Universidad de Caldas, Manizales, Colombia

El primero de los principios generales del tratamiento de las úlceras por presión (UP) es la prevención, que reduce la incidencia en un 50% en hospitales de cuidado agudo.

El análisis mediante la escala de Braden permite detectar los pacientes en riesgo de desarrollar UP y obliga a implementar medidas preventivas actuando sobre los cuatro mecanismos fisiopatológicos básicos, a saber: presión, deslizamiento, fricción y humedad.

En un estudio descriptivo, en 764 pacientes ancianos hospitalizados en unidades de cuidado agudo, del Hospital de Caldas ESE, se aplicó la escala de Braden para predecir riesgo de UP y al 44.6% de los pacientes con puntajes menores o iguales a 16 puntos, se les observó para determinar las medidas preventivas que se implementaban y se encontró, en cuanto a presión: el 45% de los ancianos no era movilizado con frecuencia, en 68% no se empleaba almohadas o cojines para aliviar la presión, y 31% recibía masaje sobre prominencias óseas. El 93% tenía protectores plásticos en la cama o silla y el 75% no usaba sufridores o sábanas

de movimiento, factores que facilitan el deslizamiento y la fricción. Al momento del examen el 76.5% estaba húmedo y el 21.1% tenía restricción física externa.

Teniendo en cuenta que se dispone de la escala de Braden para predecir el riesgo de UP, que el entrenamiento del personal de salud, de la familia y del paciente, disminuye el riesgo de UP en un 63%, que las medidas preventivas son eficaces y posibles en cualquier medio, y que de desarrollarse una UP el costo económico, personal, social y emocional, es enorme, vale la pena encaminar todos los esfuerzos a educar en factores de riesgo e implementar medidas preventivas, como cambios de posición frecuentes, en cama o en silla, uso de almohadas o cojines para mantener la posición y aliviar la presión, evitar el uso de neumáticos y masajes sobre prominencias óseas, emplear sábanas de movimiento o sufridores para movilizar el paciente, evitar utilizar protectores plásticos de colchón o elevar la cabecera de la cama más de 30° si no es indispensable, solucionar la incontinencia y otros factores que generen humedad.

**Niveles asistenciales:
nuevos enfoques**

Globalización de los niveles asistenciales

Victoria Eugenia Arango Lopera

Geriatra clínica

Departamento de Medicina Interna

Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá

La atención geriátrica precisa una preparación, una infraestructura y un funcionamiento que la diferencia del resto de la prestación de servicios médicos. Hasta hace poco tiempo los servicios dedicados a la atención de los ancianos eran considerados, por las diversas políticas en salud, sistemas de poco provecho, costosos y llenos de pacientes sin recuperación alguna. La geriatría, junto con su interdisciplinariedad, ha demostrado lo equivocado de esta apreciación: al contar con el recurso apropiado, con plena conciencia de la problemática, la atención es más eficaz, disminuyendo el uso errado de los diversos servicios y sobre todo mejorando la calidad de vida.

Los niveles asistenciales se definen como un conjunto de actividades preventivas, asistenciales, terapéuticas

y de capacitación, preparadas a partir de un equipo de salud y dirigidas a los pacientes y sus familias.

Estos niveles pueden clasificarse en función del tiempo: a corto y a largo plazo. Los primeros comprenden la atención de los problemas agudos y las consecuencias inmediatas. Aquí se incluyen la hospitalización, la atención domiciliaria y el hospital día, entre otros. De otro lado, el largo plazo incluye los servicios creados para la atención de enfermedades crónico-degenerativas, sus consecuencias y secuelas. En esta última categoría se incluyen las guarderías, las residencias para ancianos, los centros de cuidado diurno, las unidades de cuidado paliativo, entre otros. Así mismo las diferentes comunidades han creado gran cantidad de modalidades diversas donde se concentran los viejos a otras actividades, generalmente recreativas.

Todos los modelos de atención son alternativas, pero tienen una característica común y es que deben basarse en el respeto, la máxima autonomía del individuo, la voluntad y la calidad de vida a quienes se apliquen.

Atención domiciliaria

Sergio Villamizar S.

Md. Geriatra

Fundación Adulto Mayor "Gerontes", Cúcuta

Nuestra sociedad es cada vez más vieja, fenómeno llamado "Demografía del envejecimiento". El número de longevos y su proporción en la población general es cada vez mayor, con un considerable porcentaje de mayores dependientes, que exige una reorganización de los servicios sanitarios para adaptarlos a sus necesidades.

En la atención, la Asistencia Domiciliaria es una de las estrategias que cada día cobra más interés, ya que mejora la calidad de vida, prolonga la supervivencia de los pacientes y reduce las probabilidades de ingreso a una residencia o institución; ésta va más allá de la atención del caso clínico en el hogar, llegando al estudio del medio físico y social en el que se desenvuelve el paciente. Va dirigida especialmente a las personas mayores con dificultades para desplazarse a los centros sanitarios y a los enfermos crónicos y terminales con graves limitaciones funcionales y de movilidad. Vista de esta manera, la visita domiciliaria requiere una valo-

ración multidimensional con un enfoque biopsicosocial a través de un equipo interdisciplinario (Enfermera, médico, trabajadora social, terapeuta) que tiene como objetivo, devolver la máxima autonomía al paciente y permitir una estancia más cómoda en su medio, evaluando cuidadosamente las necesidades de cuidados de salud del paciente, así como los recursos sociales de que se dispone.

Los expertos y autoridades sanitarias sobre envejecimiento y dependencia están inquietos sobre el futuro y la importancia de la asistencia sanitaria, la cual debe ser prioridad antes que las residencias.

La Sociedad Americana de Geriátría cree que esta atención debe darse con una alta calidad y un equipo interdisciplinario, los proveedores deben tener un nivel apropiado de competencia, el acceso a la atención debe asegurarse a la mayoría de la población, debe existir un sistema de información apropiado conectado a las diferentes redes y presupuesto económico que garantice su continuidad.

Son múltiples las ventajas de la atención domiciliaria:

- Identificar problemas de impacto que se escapan en la valoración realizada en el consultorio o institución.
- Mejorar y evaluar la capacidad funcional en las condiciones reales en que se desenvuelve el paciente.
- Relación del equipo interdisciplinario con el paciente, cuidador y familia, que permita mayor información y mejores diagnósticos, aclarar dudas, y organizar tratamientos.
- Continuidad de la atención geriátrica y tratamientos hospitalarios en casa y disminución de costos e institucionalizaciones frecuentes.
- Disminuir inequidades, atención para todos.

Desafortunadamente, hay carencia de servicios y equipos de atención capacitados y ausencia de política para crearlos, así como para la financiación y sostenibilidad de los mismos.

Foro Interdisciplinario Vejez y derechos humanos: una perspectiva de género

Realidad de los derechos humanos de la mujer en Colombia

Aura Marlene Márquez Herrera
Trabajadora Social
Consultora independiente
área de Gerontología
Miembro Grupo Envejecimiento
Universidad Nacional de Colombia

En primer lugar es importante insistir que en relación con los derechos humanos, el sector de los adultos mayores es el más vulnerado, no solo en los derechos económicos, sociales y culturales, sino también en los políticos y civiles. A los viejos y viejas de este país, más que a los otros grupos de edad, se les niega el derecho al trabajo, la salud, la vivienda, el acceso a los préstamos, los seguros y demás aspectos necesarios para mejorar condiciones de vida.

En segundo término hay que tener en cuenta que el tema de los derechos humanos en relación con la vejez, siempre debe ser visto con una perspectiva de género, porque de lo contrario se incurriría en una situación de violación al derecho a la diferencia que tienen hombres y mujeres, independientemente de la edad. Las condiciones son distintas para unos y otras y el análisis de esta realidad es igualmente importante para los dos géneros.

Sin embargo, al centrar la atención en la situación de la mujer, también se deben identificar dos momentos diferentes: uno es el que se refiere a la situación de los derechos humanos de la mujer en general y otro el que plantea la situación de las mujeres viejas. En realidad, cada etapa de la vida trae consigo necesidades distintas con situaciones diversas, pero dentro de los estudios que se vienen adelantando sobre la situación de las mujeres, poco se contempla el caso de las mujeres mayores. En esa medida hay otro factor de invisibilidad además del de género, el de segregación por edad.

A pesar de los logros alcanzados hasta la fecha, las mujeres de todas las edades y en especial las mujeres de edad, siguen siendo víctimas de la discriminación y la falta de oportunidades.

Las mujeres de edad se encuentran en mayor desventaja que los hombres, cuando la realidad es que un

mayor número de ellas los sobrevive, razón por la cual envejecen viudas o separadas con menores probabilidades de volver a casarse y mayor probabilidad de vivir en pobreza.

Por lo anterior es importante promover la protección de los derechos humanos de las personas de edad, en especial de las mujeres, para que puedan recuperar su autoestima y reconocer la importancia de su participación activa en el desarrollo de la vida social, comunitaria y política del país. Pero no como derechos específicos para un grupo en particular, sino teniendo en cuenta que siguen siendo mujeres con todas las necesidades y derechos, como las de los otros grupos de edad, y hacia ello es que hay que dirigir las acciones en cualquier caso.

Educación e investigación comunitaria en la problemática de género

Leonor Luna Torres
Profesora Asociada
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Hemos multiplicado nuestras posesiones, pero... hemos reducido nuestros valores

La vejez no es cuestión de género, es una construcción social, resultado de un proceso continuo que imprime a quien alcanza esta etapa unas características específicas. No obstante, al repasar la historia de nuestro país encontramos zanjadas diferencias en el tema de los derechos humanos y la vejez; este análisis resulta válido para los ancianos de hoy entendiendo que cada época tiene sus particularidades y desarrollos.

A pesar de que organismos internacionales como la ONU, OPS, OMS, OIT, han venido manifestando su preocupación en el campo de las políticas y programas que involucran a la población anciana, este impacto aun no es muy evidente. En este momento la ONU, tiene como objetivo **“asegurar que todas las personas en todo el mundo puedan envejecer con seguridad, dignidad y continuar participando en sus países como ciudadanos con plenos derechos”**, sin embargo en el caso de Colombia lograr estos objetivos está aún muy lejos; cada vez se observa que un buen número de los ancianos es excluido socialmente por razones como la edad y sumado a ello, subsisten prejuicios profundamente

arraigados en contra de la persona anciana que conlleva que se le niegue derechos básicos.

Help Age International, propone 10 acciones para que a las personas ancianas de todo el mundo les sean respetados sus derechos; en este orden de ideas es necesario empezar por el reconocimiento de los derechos que este segmento de la población tiene y entender que el envejecimiento de la población, es también un beneficio para el desarrollo humano.

La ONU, en su informe sobre desarrollo humano presentado en 1990, define el desarrollo humano como **“el proceso de mejorar las opciones de la población, destacando entre ellas la posibilidad de llevar una vida larga y sana...”**; no obstante, la realidad muestra un panorama donde el anciano hoy por hoy, experimenta desatención tanto de sus necesidades como de sus potencialidades; la misma familia y la comunidad se hacen impotentes para atender sus requerimientos, el acceso a recursos y servicios de salud son insuficientes, satisfacer necesidades básicas como alimentación, vestuario, techo y recreación se convierten en artículos de lujo para un sinnúmero de nuestros ancianos, a pesar de que la constitución política del país (1886 y 1991) habla de la protección y la asistencia a las personas de tercera edad, estos derechos se desdibujan en el tiempo y se encuentran al margen de muchos procesos sociales.

Los derechos humanos se fundamentan en las necesidades humanas y en las posibilidades de satisfacerlas dentro de una sociedad, en el caso de Colombia, el país y la sociedad en pleno marcaron en sus inicios de la historia desarrollos desiguales entre hombres y mujeres en temas como la educación, el empleo, los patrones de crianza y el desempeño de roles, desigualdades que hoy en día, se ven reflejadas en el empobrecimiento de la calidad de vida que experimentan unos y otros, no obstante para la mujer la situación se muestra más desfavorable porque justamente un alto número de ellas no tuvieron acceso a la educación y por tanto la ocupación que desempeñaron fue en trabajos no cualificados (hogar) que les permitiera el acceso a la seguridad social, por tanto vivir la etapa de vejez, cobra un alto precio para sortear las contingencias propias de vulnerabilidad que le imprime su condición de persona anciana.

La violación de los derechos humanos, no está sólo a este nivel y quizá genera aún más preocupación el he-

cho de que el anciano día por día, está siendo marginado familiar y socialmente. El Ministerio de Salud, en la resolución 7020 habla del derecho a “una actuación protagónica, en los espacios de participación comunitaria...”; en la praxis ese derecho está vulnerado para muchos de ellos. La exclusión social aleja a las personas mayores de la vida en sociedad, los limita para participar en la toma de decisiones, en la planificación de sus comunidades, en la distribución de los recursos, haciéndolos propensos a experimentar soledad, baja autoestima, minusvalía y lo que es aún más grave, es que la marginación del anciano niega a las generaciones venideras la posibilidad de recibir sus conocimientos, legados y experiencias como parte del desarrollo de la sociedad.

La Defensoría del Pueblo, registra un sinnúmero de denuncias que ponen de manifiesto la violación de los derechos humanos; entonces se habla que el anciano es víctima de aislamiento social, inseguridad, maltrato familiar y social, abandono y desprotección estatal, situación que hoy en Colombia se ha agudizado como consecuencia de la violencia, el desplazamiento forzoso y el resquebrajamiento y transformación de la unidad básica de la sociedad: la familia, corresponde entonces a quienes estamos comprometidos en la atención integral del anciano, direccionar intervenciones que apunten no solo al buen trato del anciano, lo que significa debilitar la de género, fortalecer la interacción del anciano con la familia y la sociedad, este es un compromiso ético y moral que debemos asumir con el fin que se equiparen para hombres y mujeres ancianas oportunidades de educación, salud, trabajo, vivienda, recreación y desarrollo a fin de que los derechos humanos estén presentes en la cotidianidad de ellos.

Función de las mujeres ancianas en la familia urbana

Nidia Aristizábal-Vallejo
Psicóloga. Master en Gerontología Social
Profesor Asociado Universidad El Bosque
Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria
navallejo@hotmail.com

La mujer, por tener una esperanza de vida mayor, en muchos casos, está llegando a su vejez sola, ya sea porque nunca tuvo pareja o porque la perdió; además si se tuvieron hijos, ellos generalmente han conforma-

do su familia y viven aparte, aunque en los últimos cinco años (1997-2002) por necesidades económicas se ha vuelto a la convivencia de dos o más generaciones.

La mujer mayor de 60 años tiene roles de mayor o menor relevancia dentro de la familia urbana dependiendo de las condiciones sociales, educativas y económicas, así como de los valores, patrones de crianza y costumbres.

Si la mujer vieja o anciana, fue desde su juventud el centro de la familia, así lo es o lo será en la vejez; muy pocas veces se cambia de una función pasiva y casi invisible a una activa y visible, claro que este cambio se puede dar por razones económicas, cuando la mujer cobra importancia en la vejez por sus bienes y posesiones.

Se dice que la mujer es la que lleva el liderazgo del hogar (responsabilidad bastante grande para una sola persona), pero que en muchas de las regiones colombianas es cierto y es por ello que se tiene la figura de la matrona, donde ella tiene una gran e importante función en la conservación, unión, tradición y grandes decisiones de la familia. En otras regiones en el sector urbano sin que la mujer tenga esa figura de matrona ella tiene una gran relevancia en cuanto al cuidado (mas no crianza) y responsabilidad por los nietos o sobrinos cuando se es soltera, delegando a la mujer anciana una responsabilidad que no le corresponde y que le imposibilita la vinculación a procesos participativos comunitarios y sociales.

Es importante resaltar que muchas de nuestras mujeres viejas, a pesar de haber trabajado toda la vida no cuentan con una pensión de jubilación ni ahorros que les permitan solventar económicamente todas sus necesidades, lo que conlleva a una dependencia de su pareja o de su familia y a convertirse según la familia en “una carga” teniendo en muchos casos que ser relegadas al último rincón, realizar los oficios domésticos y pagar los diferentes recibos (agua, luz, teléfono, pensiones, etc.) para “ganarse el techo y la comida”, lo que indudablemente afectará su desarrollo integral (físico, social y emocional).

Para finalizar también es importante comentar que en esta última etapa de la vida (la vejez) muchos hijos e hijas devuelven a sus progenitoras o familiares el mal-

trato que de ellas recibieron, perpetuando entonces la cadena de la violencia. Haciendo un paralelo con el agro, creo que cada uno cosecha lo que ha sembrado, aunque por supuesto existen excepciones.

Conferencia Magistral

Endotelio y envejecimiento

Patricio López-Jaramillo MD PhD
Facultad de Salud, Universidad Industrial
de Santander
Instituto de Investigaciones Fundación
Cardiovascular
Instituto Colombiano de Investigaciones Biomédicas.
Bucaramanga, Colombia
jplopezj @ hotmail.com

El envejecimiento es considerado como un factor de riesgo no modificable para las enfermedades cardiovasculares (ECV) y se asocia con una mayor prevalencia de alteraciones como la hipertensión arterial, la obesidad, la diabetes y las dislipidemias.

Todas estas patologías se relacionan con una alteración de la función endotelial.

El endotelio vascular está constituido por una monocapa de células que revisten interiormente la pared vascular de arterias, capilares y venas constituyendo en su conjunto un peso de 1.8 Kg., una superficie equivalente a 5 canchas de tenis y una masa equivalente a la de 4 corazones.

Estas células estratégicamente ubicadas entre el músculo liso vascular y el torrente sanguíneo producen una serie de sustancias vasodilatadoras como la prostaciclina, el Óxido Nítrico (NO) y el factor hiperpolarizante derivado del endotelio, así también como sustancias vasoconstrictoras como las endotelinas.

En condiciones fisiológicas el endotelio cumple un papel regulador del sistema cardiovascular al mantenerlo bajo un tono dilatado, impidiendo la adhesión y la agregación plaquetaria, controlando la adhesión y migración de monocitos al interior de la pared y actuando como una barrera selectiva para macromoléculas. La mayoría de estas funciones las cumple el endotelio a través de la producción de NO. Sin embargo, bajo la presencia de

factores de riesgos para ECV el endotelio vascular sufre un proceso de desequilibrio en la producción de radicales libres, aumentando la generación de radical libre de oxígeno (O_2^-) el mismo que inactiva al NO y da lugar a la formación de peroxinitrito (ONOO) circunstancias en las cuales el endotelio invierte sus funciones constitutivas y se transforma en una célula protrombótica, proaterogénica y vasoconstrictora, situación que es conocida como disfunción endotelial y que actualmente es considerada la vía final común que lleva al desarrollo de las enfermedades cardiovasculares (1-3).

El proceso de envejecimiento se acompaña de una menor producción de NO por el endotelio vascular.

Así nosotros (4) demostramos que los niveles plasmáticos de nitrito y nitrato, los metabolitos estables de NO son significativamente ($p < 0.0001$) menores en individuos viejos aparentemente sanos ($8.3 \pm 1.2 \text{ umol} / \text{L}$) en relación a jóvenes controles sanos ($17.1 \pm 1.6 \text{ umol} / \text{L}$). Cuando valoramos la función endotelial a través de vasodilatación mediada por flujo (VMF) un método no invasivo que utiliza eco-doppler para valorar el cambio en el diámetro de la arteria braquial en respuesta a estímulo hiperémico encontramos que el porcentaje de VMF en 64 individuos menores de 29 años fue 13.57% el mismo que fue progresivamente disminuyendo con el incremento de la edad. Así, los 72 individuos entre 30 y 39 años tuvieron un porcentaje de VMF de 12.53% el que bajó a 11.55% en los 73 sujetos de 40 a 49 años y se hizo francamente disfuncionante en los 44 mayores de 50 años quienes presentaron una VMF de 9.51% que en este estudio mostró un valor menor de 10.4% como diagnóstico de disfunción endotelial (5).

En mujeres menopáusicas demostramos (6) que los niveles plasmáticos de nitritos y nitratos se incrementaron significativamente luego de que estas mujeres recibieron terapia estrogénica sustitutiva.

En su conjunto estos resultados sugieren que el envejecimiento cursa con una menor producción endotelial de NO la cual probablemente se relaciona con una disminución en la producción de hormonas esteroideas sexuales como estrógenos dehidroepiandrosterona.

Bibliografía

1. López-Jaramillo P. Bioquímica del endotelio vascular : Implicaciones fisiológicas y clínicas. Quinta

Edición, Horizonte Impresores Ltda. Bogotá, Colombia.

2. López-Jaramillo P. Casas JP. Blockade of endothelial enzymes: new therapeutic targets. *Journal of Human Hypertens.* 16: S 100 –S 103 ; 2002.
3. López-Jaramillo P. Casas JP. Endothelial dysfunction, angiotensin converting enzyme inhibitors and calcium antagonist. *Journal of Human Hypertension.* 16: S34-S 37 ; 2002.
4. Terán E, Lazo P, Escudero C, de Félix M and López-Jaramillo P. Nitric Oxide production in older men is related to dehydroepiandrosterone concentrations. *Naunyn-Schmiedeberg's Archives of Pharmacology* 358:R296; 1998.
5. Accini JL, Sotomayor A, Trujillo F, Barrera JG, Bautista L, López-Jaramillo P. Colombian study to Assess the Use of Noninvasive Determination of Endothelium-Mediated Vasodilation (CAN-DEV). Set of Normal Values. *Endothelium* 8:157-166;2201.
6. López-Jaramillo P, Terán E, Molina G, Rivera J, Lozano A. Oestrogens and depression. *Lancet* 348:135-136;1996.

Depresión: Otra epidemia

Nuevas terapias en la depresión en el anciano

Rafael P. Alarcón Velandia
Profesor Titular y Coordinador de la
Clínica de la Memoria,
las Demencias y el Envejecimiento
Normal de la U. Tecnológica de Pereira

La exposición sobre Nuevas Terapias en la Depresión del Anciano comprende los siguientes aspectos:

- Una breve exposición sobre la clínica de los distintos trastornos depresivos que pueden presentarse en el anciano.
- Consideraciones básicas sobre los diferentes tipos de conductas terapéuticas en depresión del anciano.
- Psicoterapias para la depresión del anciano: avances y metodología.

- Terapias de apoyo: modalidades e indicaciones.
- Estimulación magnética transcraneal: fundamentación científica, criterios de aplicación y técnica.
- Otras terapias biológicas o neurofisiológicas: fundamentación y criterios de aplicación.
- Psicofármacos antidepresivos: avances en psicofármacos antidepresivos para el anciano, farmacocinética y farmacodinamia, nueva clasificación, indicaciones y efectos adversos.
- Bibliografía recomendada para consulta.

Odontogeriatría: Perfil oral y representaciones sociales de la boca

Influencia de la boca en la calidad de vida del anciano

Dairo Javier Marín Zuluaga
Odontólogo UN,
Esp. Rehabilitación Oral, UN,
Profesor UN

La población mundial envejece el 1,7% anualmente y se espera que para el año 2025 existan aproximadamente 1.100.000.000 de personas mayores de 60 años. De este total, según el Centro Latinoamericano de demografía, 82.000.000 estarán en América Latina.

Funciones del sistema estomatognático

El sistema estomatognático tiene unas funciones fisiológicas (incidir y desgarrar los alimentos, masticar, conformar el bolo alimenticio, iniciar la nutrición y deglución, humectar la parte superior de la laringe, defensa, saborear alimentos -gusto-, articulación del lenguaje), y unas funciones de interacción social (comunicación con palabras y/o gestos, reír, sonreír, besar, coquetear, sexo, etc.). Estas permiten entender la influencia de la boca en la calidad de vida de los individuos. Cuando se tiene salud bucal, o cuando ésta se pierde, dichas funciones se ven afectadas, alterándose así todas las esferas del individuo (la biológica y la psicosocioafectiva). Esta reflexión necesariamente obliga a todos los profesionales del área de la salud, pero también de las ciencias humanas y sociales a recontextualizar no solo la cavidad bucal sino su mirada del individuo y de su labor profesional, pero también constituye un llamado a to-

das las personas para hacerse más conscientes de su boca y de la importancia de su cuidado.

Las características bucales de las generaciones anteriores de viejos, de los sistemas de atención en salud y de la práctica profesional, entre otros factores, contribuyeron a crear algunos equívocos acerca de la salud bucal en los ancianos:

- El proceso de envejecimiento conlleva inevitablemente a la pérdida dental
- Una lesión indolora en boca no es cáncer
- Solamente se necesita ir al odontólogo cuando hay dolor
- La sequedad oral -xerostomía- es un cambio propio de la edad
- Quienes usan prótesis totales no requieren ir al odontólogo
- Los dientes, naturales o artificiales, son esenciales para la buena nutrición

La investigación ha permitido crear nuevo conocimiento, refutando estos estereotipos y hoy empezamos a ver ancianos que conservan total o parcialmente su dentición natural

La salud bucal forma parte integral de la salud de cualquier individuo, la alteración de ésta no solamente limita sus funciones fisiológicas, sino además las de interacción social resultando particularmente grave en el anciano por su situación de "desplazado social" a la que se ve avocada normalmente en las sociedades occidentales.

La recuperación y mantenimiento de la salud y funcionalidad de la cavidad bucal en el anciano repercute de manera significativa en su calidad de vida y la responsabilidad de esta labor no recae solamente en manos de la profesión Odontológica, sino en las de todo profesional de la salud o de las humanidades y particularmente en todas las familias en cuyo interior hay alguna persona adulta mayor.

Necesitamos saber cómo se sienten los viejos sobre sus dientes y su boca y el impacto de éstos sobre su vida diaria

Referencias

- 1 Munevar, A; Rojas, J; Marín, D. Perfil epidemiológico bucal de los pacientes de 55 años y más

que asisten a las clínicas del geronte a la facultad de odontología de la U. N. durante el primer semestre del año 2000 y cuál es la percepción que tienen estos pacientes sobre su propio estado de salud bucal. *Revista de la Fed. Od. Col.* Vol. 61 Oct. 2001 – Feb. 2002.

**Inhibidores de colinesterasa:
niveles de evidencia**

Evidencia en el tratamiento específico de la Enfermedad de Alzheimer

Carlos Alberto Cano Gutiérrez
Médico Geriatra
Director Clínica de Memoria e Instituto de Envejecimiento
Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es sin duda alguna una de las enfermedades que mayor importancia presenta a la sociedad del siglo XXI por ser una entidad edad dependiente y acompañar al fenómeno de envejecimiento poblacional que estamos presentando (1, 2). Toma mayor relevancia cuando esta patología compromete tanto al paciente, como a su familia y a la comunidad.

La EA es la demencia más prevalente en el mundo occidental y podría representar entre un 30 y un 75% del total de ellas (1, 2). La mayor información sobre su fisiopatología y la inversión de mayores recursos en la investigación en este campo específico, nos han abierto el camino para encontrar medicamentos que aunque no la curan, sí han demostrado mejoría o estabilidad en algunos aspectos cognoscitivos, comportamentales, en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) y en la carga del cuidador en cierto grupo de pacientes (3, 4, 5).

La gran dificultad que se tiene en la investigación de pacientes con EA es que no existe un patrón de oro para su diagnóstico in vivo y es así como se debe llegar a éste por criterios clínicos como los del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales en su cuarta edición (DSM-IV) (6) o los del National Institute of Neurologic and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer’s Disease and Related

Association (NINCDS-ADRDA) (7) y, a su vez, por descarte de otras entidades que puedan producir demencia, situación ésta que aumenta en una forma exagerada los costos. Si los estudios van dirigidos a la investigación farmacológica, se deben aplicar los instrumentos recomendados por la FDA, que miden múltiples aspectos cognoscitivos, comportamentales, capacidad funcional dirigida a AIVD y sobrecarga del cuidador (8, 9). Esta medida pretende unificar conceptos y de alguna manera poder comparar los resultados obtenidos por cada una de las moléculas investigadas.

Se han estudiado múltiples medicamentos dirigidos al tratamiento específico, pero son pocos los que han tenido resultados alentadores, es decir, que mejoren algunos síntomas o detengan la evolución de la enfermedad en un período de tiempo determinado (10). Los inhibidores de colinesterasa han sido los únicos en ser aceptados por la FDA, cumpliendo los requisitos previamente establecidos para tal fin (10). El primero de ellos, el Clorhidrato de Tacrina (3), fue registrado en el año de 1992, pero su principal dificultad estaba dada por los altos efectos secundarios y la necesidad de tomarlo 4 veces al día. Posteriormente aparecieron los inhibidores de colinesterasa de segunda generación, los cuales son mejor tolerados tales como el Donepezil (4) y la Rivastigmina (5).

Realizando una búsqueda sistemática y ante la pregunta “Efecto de medicamentos en la Enfermedad de Alzheimer” encontramos una publicación de Clinical Evidence (10) con los siguientes resultados:

Medicamento	Medicamento	Muestra	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
Donepezil	Meta-análisis	1102	I	A
Rivastigmina	Experimento Clínico controlado	725	II	B
Tacrina	Meta-análisis	1434	I	E (*)
(*) No se recomienda no sólo por no encontrar evidencia de mejoría, sino por efectos secundarios				

En la última publicación de "evidencia clínica", publicada hace unos días (11), se continúan observando los mismos resultados, destacando que el Donepezil muestra un claro beneficio, seguido por la Rivastigmina y la galantamina. El Número de pacientes a Tratar (NNT) para obtener un beneficio es de 4 con el Donepezil, 15 con la Rivastigmina y 7 con la Galantamina (11).

Referencias bibliográficas

1. Bachman, D.L.; Wolf, P.A.; Linn, R. et. al. Prevalence of dementia and probable senile dementia of the Alzheimer type in the Framingham study. *Neurology*. 1992; 115-119.
2. Fratiglioni, L., Grut, M., Forsell, Y. et. al. Prevalence of Alzheimer's disease and other dementias in an elderly urban population: Relationship with age, sex, and education. *Neurology*. 1991; 1886-1892.
3. Farlow, M.; Gracon, S.I.; Hershey, L.A. et al. A 12 week, double-blind, placebo-controlled, parallel-group study of tacrine in patients with probable Alzheimer's disease. *JAMA*. 1992; 268:2523-2529.
4. Rogers, S.L., Farlow, M.R., Doodly, R.S. et. al. A 24 week double blind controlled trial of donepezil in patients with Alzheimer's disease. *Neurology*. 1998; 50:136-145.
5. Anand, R. Gharabawi, G. Efficacy and safety results of the early phase studies with Exelon (ENA 713) in Alzheimer's Disease: an overview. *J. Drug. Dev. Clin. Pract.* 1996; 8: 1-14.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders revised*. 4th edition. Washington D.C. American Psychiatric Association, 1994.
7. McKhann, G.; Drachman, D.; Folstein, M. et. al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of department of health and human services task force on Alzheimer's disease. *Neurology*. 1984; 939-944.
8. Reisberg, B.; Ferris, S.H.; De Leon, M.J. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J. Psychiatry*. 1982; 139:1136-1139.
9. Stern, Y.; Hesdorffer, D.; Sano, M.; et. al. Measurement and prediction of functional capacity in Alzheimer's disease. *Neurology*. 1990; 8-14.
10. Warner, J and Butler, R. Alzheimer disease. In *Clinical evidence* 1999 2: 341-346.
11. Warner, J and Butler, R. Enfermedad de Alzheimer. En *Evidencia Clínica* 2002: 829-843.

Problemas comunes en ancianos

El anciano postrado en cama

Marga Preda
Médico Geriatra ISS
Clínica San Pedro Claver
Docente Universidad Nacional de Colombia

«El anciano postrado en cama» es un cuadro clínico complejo, específico de la Geriatria, con el cual, el médico se enfrenta cada vez más tanto en la asistencia intrahospitalaria, como en la domiciliaria. Representa una realidad crítica con marcadas implicaciones clínicas, psicológicas, familiares y económicas.

Las circunstancias etiológicas del cuadro son múltiples, incluyendo la polipatología del adulto mayor junto a las características del proceso de involución fisiológica y frecuentemente, asociándose un importante factor iatrogénico.

Los factores determinantes de dicho cuadro lo constituyen las afecciones graves, invalidantes que obligan a la inmovilización por largos periodos de tiempo (ACV, fracturas, cirugías, cardiopatías severas, etc.), las afecciones con compromiso mental que alteran la comunicación con el medio (demencias, depresión mayor). Desafortunadamente, muchas veces es el resultado del tratamiento inadecuado de cuadros de agitación psicomotora determinados por conflictos familiares o cambios bruscos de medio, situaciones reactivas y al principio reversibles, que pueden avanzar hasta el estado de «dependencia terminal».

Generalmente, el cuadro evoluciona con tres tipos de síntomas: psíquicos, somáticos y metabólicos que alteran progresivamente el estado de salud del anciano, acelerando la aparición de las complicaciones graves, a veces fatales.

El anciano reducido a esta situación especial se enfrenta a la pérdida de su independencia física, económica y social, alteración de su autoestima, de su papel en la familia que en muchos casos conduce a deterioro

mental, depresión o ansiedad pero en otros a la aceptación desprovista de interés por el entorno. Pueden aparecer una serie de temores: a la enfermedad fatal, al dolor, al abandono por parte de los familiares, amigos e incluso por el personal médico.

En la asistencia geriátrica, ante un anciano inmovilizado en cama, se debe actuar en equipo multidisciplinario, de forma integral e individualizada, en estrecha colaboración con la familia y/o el cuidador. La convivencia y el cuidado continuo de estos enfermos pueden alterar de forma importante la vida del cuidador, causando cansancio físico, problemas emocionales, familiares, laborales. Por dedicar más tiempo al anciano, llegan a perder amigos, oportunidades, hobbies, incluso el trabajo. En otros poco casos, la situación implica una relación más estrecha entre los miembros de la familia en torno al anciano, circunstancia que los mantienen más unidos, compartiendo responsabilidades.

El papel del equipo geriátrico es conocer que le preocupa al anciano postrado y a sus cuidadores para ofrecerles la adecuada colaboración y educación, respeto al cuidado del enfermo no solamente desde el punto de vista médico sino también de acuerdo a las necesidades emocionales, sociales, financieras y espirituales de ellos.

Las demencias y la familia

Beatriz Eugenia Botero de Mejía

Magister Gerontología Social

Profesor Titular Universidad de Caldas

La demencia es una enfermedad que se presenta en la edad adulta y es más diagnosticada en la edad avanzada (80 años). Las demencias se pueden clasificar en dos tipos, las primarias y las secundarias.

Se caracterizan por pérdida de la capacidad mental, se afectan memoria, atención y juicio. Entre las demencias la Enfermedad de Alzheimer tiene un cuadro clínico que progresa de manera insidiosa. Con el tiempo se pierde la capacidad para tomar decisiones, en las etapas finales suelen desarrollar mutismo (incapacidad para hablar) o hablan con tonos guturales o gruñidos.

Las pérdidas intelectuales se acompañan de cambios en la propia personalidad, se desarrollan conductas infantiles y antisociales, con emociones lábiles, pue-

den llegar a presentar delirios, alucinaciones y pensamientos paranoides.

También se pierde la capacidad de identificar y realizar planes, aun para lo más sencillo. Cuando ocurre alguna frustración se incrementa la fatiga, aumenta el estrés presentando una menor capacidad para la tolerancia; esta situación propicia estados de confusión, de agitación y de temor que los lleva a actuar de manera desorientada y aun violenta.

El cuidado de los enfermos con demencia es un problema de salud pública; una estrategia es el cuidado en el domicilio, razón por la cual el cuidador (es) debe capacitarse, sobre la enfermedad y cuidados que se debe brindar.

Los profesionales tenemos un rol fundamental y muy importante, el cual es educar a la comunidad sobre los principales cambios que se pueden dar en las personas cuando se empiezan a desarrollar los signos y síntomas iniciales.

La colaboración acertada de los miembros de la sociedad y de la familia que faciliten la realización de un diagnóstico en las primeras etapas de la enfermedad es de gran valor para desarrollar planes y programas.

Es necesario para ser un buen cuidador, poseer y desarrollar cualidades que faciliten el bienestar y la calidad de vida del enfermo:

- Creer en los valores y potenciales del enfermo
- No criticar al enfermo
- Expresar afecto a través de conductas positivas, amistosas y alegres
- Mantener empatía
- Ser auténtico
- Ser paciente
- Conservar el respeto para generar confianza
- Ser una persona de fiar

La manera de cuidar al enfermo se debe dar desde las etapas más tempranas (primeros tres años), en la etapa intermedia a partir de esos 4 años hasta la etapa terminal que generalmente dura un año.

El hogar deberá ser el lugar ideal para la rehabilitación y para el cuidado; además la familia y los profesiona-

les de la salud deberán crear un plan de atención adecuado y oportuno para que el paciente tenga calidad de vida.

¿Cómo podrá ser el cuidado? ¿Será un apoyo en lo físico y lo emocional? ¿Será un tratamiento médico, o de un equipo interdisciplinario? Son estos los interrogantes que debemos resolver.

Bibliografía

BRUCE, A Ferrell, LAURANCE Z, Rubenstein. Clinics in Geriatric Medicine. Geriatric Home Care. Vol 7, number 4, november 1991

COOK, J. Sue, FONTAINE, Karen Lee. Fundamentos esenciales de enfermería en salud mental. Editorial interamericana McGraw Hill, España, 1993

HAMDY, Ronald C., TURNBULL, James M. WARREN Clark, LANCASTER, Mary M. Alzheimer's disease a handbook for caregivers. Editorial Mosby, Baltimore, 1994

Suárez Canal, Roberto, Maiso Mantaras, Carmen. Una Luz en la Enfermedad de Alzheimer. San Fernando VI-TAE, 2001

LUCKMANN, Joan. Cuidados de enfermería, Saunders. Vol I. Editorial McGraw Hill, México, 1997

MORRISON, Michelle. Fundamentos de enfermería en salud mental. Editorial Mosby, España, 1999.

La relación HTA y Diabetes

Dislipidemias en el anciano con HTA y diabetes

Emilio José García Mayo
Internista - Geriatra
Médico adscrito al Servicio de Geriatria
Instituto Nacional de
Ciencias Médicas y Nutrición
Salvador Zubirán de la ciudad de México

En todo paciente que se presenta con dislipidemia el primer paso a seguir es determinar el riesgo de enfermedad coronaria.

Dentro de los factores de riesgo coronario publicados en el adult treatment panel III (ATP III) destacan: la edad mayor o igual a 45 años en el hombre y mayor o igual a 55 años en la mujer. Asimismo, la diabetes es considerada como un factor de riesgo equivalente a la enfermedad coronaria. Como en publicaciones previas la hipertensión también es considerada como factor de riesgo. Lo anterior hace que los pacientes ancianos con dislipidemia que tienen diabetes y son hipertensos se les considere en el grupo al cual se le debe tratar de manera más agresiva la dislipidemia teniendo como objetivo de tratamiento un nivel de LDL menor a 100 mg/dl.

En un meta-análisis se encontró que la disminución del riesgo coronario era muy parecido en pacientes jóvenes y en pacientes ancianos. Sin embargo, en los estudios considerados no se incluyeron en general pacientes de más de 75 años.

Sabemos que conforme avanza la edad la contribución de la dislipidemia al riesgo coronario va disminuyendo. Así, es posible decir que la dislipidemia en los pacientes ancianos, diabéticos e hipertensos debe de ser tratada, en general, de manera igual a personas más jóvenes. Sin embargo en los mayores de 75 años la decisión de dar un tratamiento agresivo se deberá individualizar aun más.

Es importante recalcar que antes de iniciar un plan de tratamiento se deben descartar las causas secundarias de dislipidemia (hipotiroidismo, diabetes, enfermedad hepática obstructiva, insuficiencia renal, fármacos etc.) y que en aquellos que necesitan tratamiento, los cambios en el estilo de vida son eficientes en alcanzar el objetivo en niveles de LDL en cerca del 50 % de los casos.

Hipertensión arterial y diabetes: enfoque terapéutico

Roberto D'Achiardi Rey, MD, FACP

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es frecuente en ancianos y se asocia con gran frecuencia a hipertensión arterial (HTA), patología también común para la edad, siendo ambas factores de alto riesgo de complicaciones cardiovasculares.

La HTA según el Sexto JNC se diagnostica a partir de cifras de tensión arterial (TA) > 140/90 mm Hg y en DM2 con TA > 130/85 mm Hg.

A su vez, mientras el VI JNC considera un control adecuado de TA llevarla a <140/90 mm Hg, el criterio actual para los diabéticos es TA < 130/80 mm Hg y según las recomendaciones del MDRD (8% de diabéticos) en pacientes con insuficiencia renal y proteinuria mayor de 1 g debe ser de 125/75 mm Hg.

La hipertensión sistólica (HAS) es el factor de riesgo aislado más importante en ancianos para enfermedades cardiovasculares y afecta 2/3 de hipertensos entre 65 y 89 años, siendo difícil de controlar como lo muestran los estudios ALLHAT y CONVICE.

Dos grandes estudios clínicos, el Systolic Hipertensión in the Elderly Program (SHEP) y el Systolic Hypertension in Europe (SYST-EUR) mostraron que la reducción de la presión sistólica (PS) en ancianos con DM e HTA estado 2 y 3, reduce la morbi-mortalidad en este grupo de población.

Un sub-estudio del SHEP en DM2 no tratada con insulina, mostró en pacientes que recibieron clortalidona, añadiendo atenolol o reserpina de ser necesario, que a los 5 años las enfermedades cardiovasculares disminuyeron 34% con respecto al placebo y la reducción absoluta de riesgo con tratamiento fue el doble para diabéticos que para no diabéticos, sin poder demostrar beneficios atribuibles al betabloqueador (BB) y la reserpina. Los resultados fueron similares a los del HDFP realizado en 1079 diabéticos entre los 30 y 69 años, con TA diastólica > 90 mm Hg.

En el SYST-EUR realizado en 4965 pacientes mayores de 60 años con TA sistólica > 160 mm Hg, de los cuales 492 eran diabéticos, hubo una disminución de ECV fatales en 42%, de eventos cardiovasculares en 31% y de mortalidad en 26%, utilizando nitrendipina a la cual se añadió enalapril e hidroclorotiazida cuando fue necesario. Luego se demostró que el tratamiento también era efectivo en HAS aislada en ancianos, incluidos los diabéticos.

Tanto el estudio HOT como el UKPDS 38, están de acuerdo con el beneficio de utilizar una TA límite más baja y con la combinación de medicamentos.

El estudio STOP-Hypertension2, con más del 10% de los pacientes con DM2 que recibieron diuréticos, BB, calcioantagonistas o IECA mostró reducción similar de la TA, con mortalidad cardiovascular similar y un bene-

ficio marginal respecto a infarto de miocardio con el uso de IECA.

Se conoce en la actualidad la utilidad de los IECA y los ARA II en el manejo de la nefropatía diabética en DM1 (Estudio de Lewis-REIN) y DM2 (Micro HOPE) y de los ARA II en DM2 (estudios IRMA, RENNAL, IDNT y MARVAL), aun en pacientes cuya única manifestación de nefropatía es la microalbuminuria; así como en patología cardíaca, independiente que estudios recientes como el UKPDS 38 en DM 2 hayan encontrado equivalencia en los efectos de un IECA y un BB. Según lo anterior, todos estos antihipertensivos pueden utilizarse en HTA en DM, pero la comorbilidad es muy importante en la selección del fármaco. No hay estudios que hayan evaluado la utilidad del tratamiento en pacientes con HAS estado 1 ni en sujetos con presión normal alta.

Osteoporosis

Características de la Osteoporosis en Colombia

Enrique Ardila
 Profesor Asociado de Medicina Interna y
 Endocrinología
 Centro de Epidemiología Clínica
 Facultad de Medicina
 Universidad Nacional de Colombia
 Miembro Científico ACGG

Colombia es un país heterogéneo formado por regiones con diferentes grados de desarrollo, en el que se encuentran poblaciones con distintos orígenes raciales (blanco, negro, indígena), con hábitos particulares en su dieta, variaciones en su clima y exposición al sol.

Su población se ha ido envejeciendo, siendo el segundo país de América Latina que más ha aumentado la expectativa de la mujer, lo que lo hace más susceptible de presentar patologías de tipo crónico como la osteoporosis; además si comparamos las diferentes pirámides poblacionales colombianas podemos observar que la base de éstas se ha ido achicando y aumentando los grupos poblacionales por encima de los 45-50 años; de acuerdo al censo poblacional de 1993 el 7% de la población se encontraba por encima de los 60 años, lo que hace a Colombia un país con envejecimiento intermedio en América Latina.

Los pocos esfuerzos que se han realizado han demostrado que la DMO de columna lumbar, cuello femoral y esqueleto total en mujeres normales nos indican que el pico de masa ósea es similar a otras regiones del continente, sin embargo después de la menopausia estos valores son más bajos y son similares solamente a los obtenidos en Sao Paulo.

En trabajos realizados con el Instituto Nacional de Salud en Bogotá con una muestra estratificada de mujeres por encima de los 40 años y pertenecientes a diferentes orígenes, se encontró que la osteoporosis aumenta en forma notoria y acelerada entre las décadas quinta y sexta de la vida, con una prevalencia más alta en relación con las estadísticas internacionales para estos grupo etáreos. Otros trabajos como los realizados en Medellín y Barranquilla hablan de una frecuencia muy similar a los llevados a cabo a nivel internacional.

Estudios de fracturas de cadera llevados a cabo en Bucaramanga, Bogotá y Medellín nos muestran estadísticas similares a las informadas en la literatura internacional.

Controversias en el diagnóstico de Osteoporosis

Germán M. Guevara F.
Geriatra Clínico, Universidad de Caldas, Manizales

La osteoporosis es la enfermedad metabólica ósea más común y constituye un verdadero problema de salud pública ya que se considera que más de 100 millones de personas en el mundo la padecen.

Existen cuatro elementos básicos para el diagnóstico de osteoporosis:

1. Elementos clínicos: no existen para diagnóstico precoz; se presentan en estadios avanzados de la enfermedad: dolor axial agudo (fractura vertebral) o crónico, aumento de la cifosis dorsal, disminución de la talla, signo del pino en espalda, bandas transversales queratinizadas en piel del abdomen superior, uñas en "helado napolitano". Todos estos son hallazgos de enfermedad avanzada cuando han ocurrido una o varias fracturas vertebrales, por lo tanto no tienen ninguna utilidad en el diagnóstico precoz.
2. Elementos radiológicos: la atenuación de la opa-

cidad vertebral o del grosor cortical, lo mismo que la pérdida de la trabeculación vertebral (primero las horizontales y luego las verticales) o del fémur proximal, se observan cuando ya existe disminución muy grande de la densidad de masa ósea.

3. Marcadores de recambio óseo: pueden medirse en sangre y orina: Existen marcadores de formación (niveles séricos de fosfatasa alcalina específica de hueso y osteocalcina) y de resorción (niveles urinarios de piridinolina y deoxipiridinolina, y séricos y urinarios de telopéptidos del colágeno tipo I CTX y NTX). Los niveles de estos marcadores pueden identificar cambios en el remodelamiento óseo dentro de un intervalo de tiempo corto (días a meses), antes de que puedan detectarse cambios en la DMO, pero, su nivel no predice la masa ósea ni el riesgo de fractura. Por tal motivo, tienen utilidad limitada en la evaluación clínica de los pacientes.
4. Densitometría ósea: aunque en un principio se implementó para definir poblaciones, la medición de la densidad mineral ósea (DMO) se viene usando para diagnóstico de osteoporosis en la práctica clínica desde hace más de cuarenta años. De acuerdo con los parámetros definidos por la OMS desde 1994, puede detectar precozmente la enfermedad cuando todavía no hay elementos clínicos o radiológicos que apoyen el diagnóstico.

Lo anterior significa que solo el diagnóstico precoz de osteoporosis evita la morbilidad generada por la enfermedad avanzada, y la mortalidad asociada con las fracturas, especialmente la de cadera. Igualmente demuestra que la densitometría ósea es la única manera de detectar precozmente la enfermedad y el riesgo de fractura.

Desde la década de los 60's se han desarrollado diferentes técnicas y aparatos para la medición no invasiva de DMO, cada una con propiedades distintas en cuanto a precisión, exposición a radiación, sitio esquelético de medición, sistema de emisión. Con el desarrollo de la tecnología, los aparatos cuyos sistemas de emisión eran isótopos, fueron reemplazados por rayos X. Igualmente los densitómetros de energía única fueron reemplazados por sistemas de energía doble. Las técnicas desarrolladas son: densitometría de energía única, densitometría de energía doble, tomografía computarizada cuantitativa y ultrasonografía cuantitativa.

Actualmente ninguna técnica cumple con todos los requerimientos clínicos. Cual técnica es la mejor? La respuesta depende del propósito de la medición de la DMO: riesgo de fractura en cadera, columna y hueso global, monitoreo de cambios esqueléticos por el envejecimiento o como respuesta al tratamiento, confirmación de baja DMO por comparación con datos normativos.

El valor de la DMO en predecir riesgo de fractura está plenamente establecido. En el mercado existen aparatos que miden densitometría central (cadera y columna) por técnica DEXA (absorciometría por rayos X de doble energía) y periférica (DEXA en falange distal y ultrasonido cuantitativo en calcáneo) y pueden calcular el riesgo de fractura. La densitometría central es el único método aprobado por la OMS para diagnóstico y seguimiento de la enfermedad, aunque existe controversia en la aplicación universal de sus valores. Es claro que las medidas periféricas en falange y calcáneo, especialmente la última, están aprobadas hasta el momento para tamizaje, y tienen utilidad específica identificando personas con riesgo de presentar osteoporosis y que deben realizarse una densitometría central.

Adicional a la medición de la DMO y del riesgo de fractura, para el diagnóstico de osteoporosis es indispensable la elaboración de una buena historia clínica que incluya edad, historia familiar, menopausia, tratamiento concomitante y algunos exámenes de laboratorio para descartar causas secundarias.

Hasta el momento no se ha establecido claramente la relación costo-efectividad de practicar tamizaje universal ni de iniciar tratamiento preventivo con el propósito de evitar fracturas tardías en mujeres perimenopáusicas. Entre tanto, se recomienda un abordaje individual, teniendo en cuenta que los factores de riesgo aumentan con la edad y con la presencia de factores adicionales.

Manejo de la Osteoporosis

Leonilde Morelo Negrete
Geriatra

Departamento de Medicina Interna
Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá

La osteoporosis es una enfermedad metabólica con compromiso óseo generalizado caracterizada por una pérdida en la densidad de la masa mineral del hueso

por deterioro en su microarquitectura, produciendo marcada fragilidad con susceptibilidad a presencia de fracturas. La prevalencia varía en el mundo pero se habla de 20-30% de mujeres postmenopáusicas en América Latina y España, pero se considera que con el aumento en la expectativa de vida se incrementa de forma dramática en los próximos años especialmente en los países en desarrollo. Afecta a ambos sexos pero su incidencia, es de predominio femenino por la mayor expectativa de vida en este sexo y la influencia hormonal en el metabolismo óseo con los cambios asociados a la menopausia. Se habla de una incidencia en hombres de hasta el 10% en mayores de 65 años.

Se considera la fractura vertebral como la más frecuente con un importante aumento en la mortalidad, compromiso en la funcionalidad y calidad de vida; pese a que sólo una tercera parte de ellas tiene expresión clínica. La fractura de cadera se considera la consecuencia más devastadora con una mortalidad cercana al 40% al año siguiente de su presentación. La evidencia que permite referirse a los factores de riesgo para osteoporosis proviene de la Investigación Europea sobre Osteoporosis Vertebral (EVOS) y del Estudio Prospectivo Europeo sobre Osteoporosis (EPOS); teniendo en cuenta estos datos los pacientes que deberían beneficiarse con el tratamiento son aquellos con fractura previa con baja densidad mineral ósea, los que reciben corticoterapia a largo plazo y los ancianos, entre otros. Seleccionado el paciente, el tratamiento adecuado va a depender de la eficacia de la intervención y la adherencia a medidas farmacológicas y no medicamentosas. Indicaciones como una dieta adecuada con ingesta suficiente de calcio, cambios en el estilo de vida, referentes al consumo de alcohol y tabaco, además de ejercicio, son medidas no farmacológicas útiles. Se dispone de una gran gama de posibilidades terapéuticas medicamentosas en donde son fundamentales el sexo, edad, presentación o no de fractura previa, para hacer la recomendación farmacológica, teniendo la mayor evidencia la terapia de reemplazo hormonal, moduladores selectivos de los receptores estrogénicos, bifosfonatos, Calcitonina, Tibolona, Hormona Paratiroidea; cada uno de ellos con sus indicaciones precisas, además de dificultades por efectos secundarios, costos o adherencia a largo plazo es un problema con grandes consecuencias personales y sociales en donde a largo plazo la discapacidad con calidad de vida no adecuada puede ser la mayor consecuencia.

Investigación cualitativa

Introducción a la investigación cualitativa

Carmen Lucía Curcio B.
Programa de Investigaciones en
Gerontología y Geriatria
Universidad de Caldas, Manizales

Cada vez se habla más de la investigación cualitativa como complemento de la investigación cuantitativa, mientras una se asimila a las cuentas, la cualitativa se asimila a los cuentos: la explicación y la comprensión, la realidad exterior y la historia. Ambos tipos de investigación son mutuamente correlativo, correspondientes a dos enfoques del mismo objeto. Es una complementariedad por deficiencia: todo se puede contar, pero cuentas y cuentos hablan de procesos diferentes; demarcación, exploración y análisis de territorios diferentes dentro del mismo campo objetual, pero ni el uno agota al otro, ni lo supera, dada la complejidad multidimensional de la realidad.

Se presentan las diferencias y contrastes entre los paradigmas cuantitativo y cualitativo, tomando ejemplos de investigación en geriatría. Además se analiza cuándo utilizar la investigación cualitativa y con ejemplos prácticos se describen los diferentes tipos utilizados en Geriatria Clínica: fenomenología, etnografía, teoría fundada, etnociencia y etología cualitativa. La investigación cualitativa se basa en el estudio de la conducta humana y se fundamenta en el análisis de los datos narrativos para dar una interpretación del significado o sentido de estas conductas, desde el punto de vista de los participantes, en su propio contexto sociocultural. Epistemológicamente se preocupa por la construcción de conocimiento sobre la realidad social y cultural desde el punto de vista de quienes la viven y la producen.

¿Qué se quiere saber? y el por qué o para qué se hace aquello que se hace, son las preguntas claves en investigación, puesto que de su esclarecimiento surgen con claridad las preguntas y respuestas acerca del enfoque, el paradigma, el método y la metodología. Dado el concepto holístico y multidimensional del envejecimiento este tipo de investigación se constituye en un complemento importante en el aporte teórico y práctico de la geriatría al conocimiento de los ancianos.

Conferencia Magistral

Alternativas epistemológicas en la lógica del descubrimiento científico

Orlando Mejía Rivera
Profesor asociado Universidad de Caldas

El tema de cómo los científicos logran realizar sus descubrimientos ha sido poco estudiado. Sin embargo, en los últimos años, ha surgido el interés por comprender la manera como aparecen las ideas y los procesos mentales por los cuales dichas ideas se transforman en hipótesis y luego en teorías que pueden conducir a experimentos exitosos. Los primeros resultados de estas pesquisas revelan que elementos extraños a la clásica valoración del método científico aparecen con gran frecuencia: El azar, los accidentes, la indeterminación. En esta conferencia se tratará de plantear la siguiente hipótesis: Los denominados descubrimientos serendípicos o por azar no son casos anecdóticos en la historia de la ciencia, sino que corresponden a ciertos tipos de patrones epistemológicos de descubrimiento, que pueden ser clasificados, analizados e, incluso, buscados en condiciones experimentales similares. Para desarrollar lo anterior se analizarán casos como los de la experimentación clínica de Claude Bernard, el descubrimiento de la insulina por Banting y el hallazgo de la penicilina por Fleming, que permiten ejemplificar los distintos tipos de serendipia científica que han sido postulados y, fuera de lo anterior, proponer una nueva clase de descubrimiento serendípico: la que he denominado serendipia bibliográfica.

De otro lado, se examinará con detenimiento la génesis del neologismo «serendipia», su evolución histórica y, sobre todo, su presencia y significado en la historia de la ciencia y sus implicaciones epistemológicas. Por último, se relacionarán las serendipias científicas con la denominada «Abducción», término acuñado por el filósofo norteamericano Charles Peirce, considerada el primer paso del método científico (el segundo sería la deducción y el tercero la inducción), y esta abducción es la única, según Peirce, que genera conocimiento nuevo en la ciencia.

Es posible que lo denominado como azar merezca una reflexión epistemológica que está por ser pensada y visualizada a la luz de una redefinición de lo que entendemos por racionalidad y lógica humana. En el fondo de esta temática se insinúan otras alternativas episte-

mológicas en la investigación científica y la exploración de teorías diferentes en relación con la creatividad, la imaginación, los mecanismos cerebrales del conocimiento y la percepción y construcción de la realidad.

Situaciones especiales de la nutrición en ancianos

Interacción medicamentosa y nutrición

María Elvira Camacho M.D.

Geriatra

Bucaramanga

El envejecimiento normal cursa con reducción de la ingesta calórica y en edad muy avanzada anorexia. El declinar de los mecanismos adaptativos en la vejez resulta en reducción de la capacidad de relajación del fondo gástrico, mediada por Óxido Nítrico que resulta en saciamiento rápido y reducción total de la ingesta en cada comida. Al paso de la comida por estómago y duodeno con el envejecimiento normal hay incremento en la liberación de colecistoquinina (CCK). La CCK es el mediador hormonal más importante en la anorexia del envejecimiento. La Leptina disminuye en la mujer y se mantiene alta en el hombre a pesar de la reducción de tejido graso y determina una mayor reducción de la ingesta calórica en el hombre. Muchas patologías resultan en aumento de citoquinas, la Interleucina-1, el factor de necrosis tumoral y la Interleucina-6 entre otros tienen un potente efecto anoréxico, disminuyen la retención de nitrógeno y la síntesis de albúmina. Estos son algunos de los factores del huésped anciano normal y/o enfermo que alteran la nutrición y pueden estar sumados medicamentos que son una causa frecuente de pérdida de peso y de síntomas digestivos en el adulto mayor.

Medicamentos que afectan la nutrición		
<i>Anorexiantes</i>	<i>Aumentan el metabolismo</i>	<i>Causan malabsorción</i>
Digitálicos	L-Tiroxina	Laxativos
Fluoxetina	Efedrina	Sorbitol
Fenotiacinas	B-miméticos	Orlistat
Teofilina	Teofilina	Colestiramina

Medicamentos que afectan la nutrición

Varias alteraciones metabólicas inducen anorexia incluyendo hipertiroidismo, Addison, hiperparatiroidismo y otras causas de hipercalcemia, algunas veces causadas por iatrogenia. Las reacciones adversas a drogas son más frecuentes con la edad. Pero la causa no es en sí la edad sino la polifarmacia. Cuando se administran dos medicinas el riesgo de reacciones adversas (RA) es de 6%, con cinco medicinas es de 50% y con 8 o más es de 100%. En estos casos frecuentemente una o varias drogas han sido formuladas para tratar efectos adversos de otra medicina. Varias de las RA de medicamentos son de tipo digestivo y pueden llegar a interferir con la nutrición del paciente. Estas RA incluyen náusea, vómito, dispepsia, dolor abdominal, constipación, diarrea o anorexia, además de malabsorción y/o aumento del metabolismo. Es frecuente el uso de medicamentos que producen esofagitis y/o gastritis incluyendo las xantinas, los AINES y los antibióticos. Los efectos anticolinérgicos de antidepresivos y antisecéticos, boca seca y constipación que interfieren con el apetito pero además frecuentemente llevan a confusión o delirium. En resumen todas las causas de anorexia y síntomas digestivos anotados son frecuentes y deben ser alerta diaria para quienes trabajan con adultos mayores.

Nutrición y Discapacidad

María Rosalba Beltrán

Nutricionista Dietista

Pontificia Universidad Javeriana

Miembro de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria

La alimentación del adulto mayor discapacitado exige la identificación apropiada de los posibles profesionales y el establecimiento de un plan asistencial global por parte del equipo interdisciplinario de salud donde normalmente están incluidas diversas especialidades, quienes intervienen en el manejo clínico del paciente y posteriormente en la educación, rehabilitación y preparación tanto de la familia como del paciente para su ubicación posterior en el hogar o en una institución de mediana complejidad.

El adulto mayor puede presentar diferentes formas de discapacidad: mental, física, síquica, visual y auditiva, siendo necesario identificar qué clase de alteración es y cómo afecta su estado nutricional.

Los cambios en el estado funcional representan un síntoma importante en la determinación del estado nutricional requiriendo un monitoreo específico. Igualmente la inhabilidad para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria relacionadas con la nutrición indican la presencia potencial de una deficiencia nutricional. Dichas actividades incluyen no sólo la habilidad para comprar, seleccionar y preparar sus propios alimentos siendo esencial el estado de salud y la capacidad que tenga el individuo para llevar a la boca los alimentos, masticar, deglutir, digerir y absorber todos los nutrientes.

Sin la presencia de cada una de estas condiciones nos encontramos ante una discapacidad que amerita el abordaje de un grupo interdisciplinario que defina y aplique la terapéutica correspondiente.

El deterioro de la condición física del organismo que ocurre por la presencia de enfermedades crónicas degenerativas y por el paso de los años, limita en el adulto mayor la autonomía y anula la habilidad e independencia para comer. Por lo anterior, el objetivo principal del equipo debe ser el de maximizar la autonomía e independencia funcional, minimizando la discapacidad, buscando comodidad, calidad de vida y mantenimiento del estado nutricional.

Las discapacidades mentales contribuyen a aislamiento social, depresión y por ende a una deficiente ingesta alimentaria, que acompañada de una deambulación constante produce un incremento de los requerimientos calórico-proteicos en este tipo de pacientes quienes adicionalmente, pueden cursar con disfagia requiriendo mayor vigilancia, tiempo y cuidado en el suministro de la alimentación.

Las patologías asociadas con debilidad en la musculatura de los labios, boca, lengua, paladar, faringe y esófago, así como la falta de coordinación de movimientos, la ablación quirúrgica de tejidos y la disminución de sensaciones en la cavidad oral y faríngea, provocan un deterioro de la deglución que puede llevar a complicaciones pulmonares, deshidratación y procesos de malnutrición.

Algunos síntomas como sensación de ahogo, tos durante el consumo de alimentos y después de ellos, incapacidad para succionar con tubo fino, depósito de

alimentos en el vestíbulo de la boca, ausencia de reflejo nauseoso, infección crónica de vías respiratorias superiores, pérdida de peso, anorexia, tos húmeda de comer alimentos o tomar líquidos son claves para identificar algunas de las alteraciones en el proceso de deglución siendo la disfagia la más común en pacientes con problemas neurológicos.

Un gran número de pacientes pueden ser broncoaspiradores silenciosos sin que se detecte la gravedad del problema hasta que se producen ataques repetitivos que llevan a complicaciones pulmonares severas.

La alimentación en estos pacientes requiere del ofrecimiento de comidas nutricionalmente balanceadas, fraccionadas, con alta densidad de nutrientes, modificadas en consistencia y textura las cuales, ofrecidas en ambiente placentero que promuevan la socialización y el respeto, producen un impacto positivo en la calidad de vida del usuario que maximiza y garantiza su rehabilitación.

Temas Libres

Actualización en parámetros, normas y requisitos de los centros de bienestar al anciano

Javier Arias Salazar, MD

Médico Geriatra – Master en Gerontología

Los Centros de Bienestar al Anciano (Hogares de Larga Estancia u Hogares Geriátricos) están obligados a cumplir normas del Ministerio de Salud y para su funcionamiento necesitarán **inscripción y licencia** por medio de los servicios seccionales de salud; forman parte del sector salud y tienen por objeto brindar atención integral a la población definida, mediante el desarrollo de actividades que garanticen un óptimo nivel de bienestar personal.

Recomendaciones sobre su estado, su modo de vida y los cuidados que necesita

Se considera residencia geriátrica, según las siguientes recomendaciones, toda institución en el seno de la cual se alojan, durante un período de tiempo y mediante pago, las personas que han llegado a una edad en que se requiere una asistencia a las actividades de la

vida diaria y que por regla general, no tienen lazo de parentesco con los propietarios o dirigentes de una residencia.

Recomendaciones

Admisión en una residencia: la admisión en una residencia no debe tener lugar hasta que se hayan agotado todas las posibilidades razonables de prestaciones de asistencia ambulatoria que permitan a una persona mayor dependiente de continuar viviendo en su propio domicilio.

Protección de la personalidad: en su calidad de residentes de un geriátrico, las personas mayores deben poder conservar su integridad personal y ser reconocidos como individuos de pleno derecho.

Autodeterminación: dentro de los límites de sus facultades y posibilidades, los residentes de un geriátrico deben poder ejercer sus derechos personales y sus derechos cívicos.

Participación y derecho de recurso: en principio, conviene hacer participar a los residentes de una residencia en el proceso de decisión en lo referente a la explotación de la residencia y sobre otras cuestiones que les afectan directamente.

Obligaciones – lazos con el mundo exterior – práctica religiosa – fomento de un modo de vida activo – cuidados médicos – acompañamiento en la última etapa de la vida.

***Proyecto de cooperación técnica
internacional:
fortalecimiento de la red gerontológica
en el municipio
de Aldana, departamento de Nariño***

Fabián Ricardo Villacís
Gerontólogo, Miembro Científico
Asociación Colombiana de
Gerontología y Geriatria

A finales de los 90 se perdieron recursos cercanos a los 3.000 millones de dólares destinados a la Cooperación Técnica Internacional por carencia de proyectos interesantes que ameriten la destinación de recursos.

La difícil situación financiera de los países del tercer mundo agravada por el impacto de la globalización hace necesaria la búsqueda de recursos en fuentes alternativas para la cofinanciación de **PROYECTOS NO ASISTENCIALES** enfocados a la generación de producción y desarrollo.

En Colombia a partir de 1993 se establece la Ley 100, la cual crea el sistema general de seguridad social en salud, las instituciones que presten servicios de atención al anciano deben redireccionarse convirtiéndose en instituciones productivas, autosostenibles y eficientes que brinden servicios de calidad dentro del libre mercado y competencia. Con la implantación de la Ley 715 del año 2001 se impulsa el concepto de **RED DE SERVICIOS EN SALUD**, bajo la cual las instituciones que presten servicios de atención al anciano deben sujetarse a este modelo modernizando su estructura institucional sean estas entidades de servicio público o privado.

El presente trabajo pretende servir de aporte a las instituciones que prestan servicios de atención al anciano a través de la elaboración, desarrollo e implantación de un proyecto de cooperación técnica internacional enmarcando en la línea de desarrollo y fortalecimiento institucional. Proyecto puesto en marcha en el municipio de Aldana Departamento de Nariño, adaptando los esquemas institucionales existentes a los nuevos modelos de desarrollo y fijar pautas que establece la cooperación técnica internacional y el enfoque **MARCO LÓGICO**.

***La Geriatria en el Hospital
Carlos Durand de Buenos Aires***

Germán Darío Cruz Méndez
Médico Geriatria y Gerontólogo
Médico Oncólogo Clínico

El objetivo es difundir la experiencia geriátrica y gerontológica argentina y en especial el funcionamiento dentro del Hospital Carlos G. Durand de la Unidad de Geriatria. Esta es la única unidad de Geriatria inserta en un hospital público general de agudos dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Esta presentación busca estimular la creación y formación de unidades geriátricas y de especialistas en geriatria. Además brindar un aporte a la generación y puesta en marcha de las políticas de tercera Edad en América y

generar políticas de intercambio en función formativa e incluso asistencial.

Argentina cuenta con la mayor experiencia en la especialidad dentro de América Latina. Esto se debe a la historia, demografía e interés de desarrollar esta especialidad médica. La Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría (S.A.G.G.) se creó en el año 1951 y de ella se ha generado la creación de las demás sociedades provinciales que funcionan en la actualidad. En la década del 70 se crearon las unidades de Geriatría en algunos hospitales municipales de Buenos Aires. Hoy en día la unidad de Geriatría del Hospital Durand, es la única sala de internación para ancianos en el ámbito gubernamental de la capital federal.

Descripción de la Unidad: el funcionamiento asistencial se presta en un total de 30 camas, con personal de planta como médicos geriatras, médicos residentes y concurrentes y enfermería especializada. Además cuenta con dos consultorios externos y contesta interconsultas a otros servicios del hospital. Su modalidad de trabajo es interdisciplinaria basada en la cuadrivaloración del paciente. Cuenta para esto con: médicos geriatras, enfermería especializada, psicólogas que trabajan con el paciente y la familia, asistente social, kinesiólogo, nutricionista, farmacéutico, podología; todos estos trabajando desde el diagnóstico, tratamiento, evolución y criterios de externación o alta hospitalaria.

El funcionamiento docente consta de la residencia médica dependiente de Capacitación Municipal, la formación de postgrado donde realizan los trabajos prácticos alumnos de los cursos de especialización de la Asociación Médica Argentina; U. Kennedy, U. Maimónides y U. de la Plata con el Colegio Médico de rotación de la unidad hospitalaria de la Universidad de Buenos Aires (UBA).

Formación de Enfermería. Psicología: curso psicodinámico de psicólogos de la UBA y curso de psicología clínica. Práctica de los residentes de terapia física y kinesiología. Curso para la formación de asistente gerontológico dependiente del área programática del hospital, dirigido a la comunidad.

Propuesta de un plan de atención geronto - geriátrico para el asilo San Rafael de Bucaramanga

Sor Blanca E. Suárez G.
Enfermera Universidad de la Sabana
Especialista en Administración de servicios de la Salud
Universidad Industrial de Santander UIS
Directora del Asilo San Rafael

Las conclusiones de la segunda Asamblea mundial sobre envejecimiento, realizada en Madrid España en Abril 8 de 2002, muestra que el envejecimiento es el gran desafío para la humanidad en el siglo XXI en lo científico, político, social, laboral, económico y en salud, dado que para el año 2020 tendremos mil millones de Adultos Mayores, de los cuales el 70% estará en países subdesarrollados y para el año 2050 tendremos dos mil millones de adultos mayores y más del 90% estará en los países subdesarrollados.

Teniendo como marco de referencia lo enunciado y respondiendo a una inquietud del quehacer administrativo, del día a día en Institución, se presenta un plan de atención Geronto – Geriátrico en donde deben interactuar las diferentes disciplinas y sectores de la comunidad, pues como se sustenta en este documento, el envejecimiento poblacional es una realidad imparable y las estadísticas muestran que puede convertirse en un problema mundial ante lo cual hay que estar preparados con propuestas tendientes a mantener la funcionalidad e independencia de los Adultos Mayores fortaleciendo su autoestima y autodeterminación desde una perspectiva de globalidad.

La propuesta parte de un diagnóstico funcional, socio-demográfico, socioeconómico, epidemiológico de la población objeto. El programa se basa en la concepción holística del Adulto Mayor como agente principal en la dinamización de sus potencialidades y el cambio de sus actividades y valores a favor de su propio bienestar. Los principios que fundamentan el programa y que se encontrarán inmersos en los diferentes subprogramas dependiendo de la necesidad para su desarrollo son:

- Interdisciplinariedad
- Intersectorialidad
- Participación de la familia
- Participación del propio Adulto Mayor

- Inter-Institucionalidad
- Investigación y docencia
- Ambiente de respeto por la dignidad de la persona, confianza, cariño, responsabilidad y participación

La inmersión de estos principios entre las estrategias va a permitir la viabilidad para la solución de situaciones y problemas que afectan la integridad del Adulto Mayor, así como la creación de condiciones que aseguren una atención integral. Los programas de salud deben responder a los problemas sanitarios prevalentes en el Adulto Mayor del Asilo San Rafael descritos en el diagnóstico con los factores de riesgo que requieren ser modificados para reducir morbilidad y mortalidad y mejoramiento de la calidad de vida.

***Programa de alojamiento intergeneracional
estudiantes-pensionados de la
Universidad Nacional de Colombia,
sede Bogotá***

Aurora González
Trabajadora Social
División de Salud Estudiantil
Universidad Nacional de Colombia

Congruente con la misión, visión y políticas de bienestar universitario, la Universidad Nacional de Colombia, como ente autónomo en su condición de primer centro universitario estatal del país, se transforma en respuesta a las necesidades y demandas de la sociedad colombiana, entonces surgen nuevas respuestas.

Tomando la experiencia de otras sociedades, como la española que a través de varias universidades y en particular la Universidad de Sevilla que sirvió como referencia en la construcción del Programa de Alojamiento Intergeneracional Estudiantes-Pensionados, el cual centra su atención en la problemática que experimentan dos colectivos, el pensionado como protagonista del desarrollo y construcción de universidad y de país que hoy enfrenta SOLEDAD, como consecuencia de los cambios de la dinámica familiar y el estudiante que viene de regiones diferentes a Bogotá y que se ve abocado a encontrar soluciones de vivienda digna para el desarrollo de sus estudios.

Fue así, como en el año 2000 se conformó el grupo gestor interdisciplinario, el cual tendría la misión de

avanzar en la consolidación del programa iniciando la prueba piloto en el 2001. El programa está enmarcado en la política de Bienestar Universitario de la sede de Bogotá, con el propósito de fortalecer el tejido social que congrega a dos generaciones: pensionados (docentes y administrativos) que demandan compañía, para mitigar la soledad y estudiantes universitarios de pre-grado y postgrado que necesitan una solución de vivienda, en una relación de simbiosis que busca despertar la solidaridad de los actores comprometidos, en una relación de ayuda como una forma ejemplarizante de convivencia y la construcción de un diálogo de saberes fomentando una nueva cultura del envejecimiento para una sociedad que envejece.

Los principios que orientan el programa son: solidaridad, convivencia, respeto, libre participación, tolerancia, equidad, calidad de vida, pertinencia y compromiso social.

El fondo de proyectos de Bienestar del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES), avaló el desarrollo del estudio: "Caracterización de los pensionados de UNISALUD" de donde se captaron los primeros oferentes del mismo, la ubicación de estudiantes como posibles candidatos se lleva a cabo a través de las 11 Vice Decanaturas de Bienestar y la selección de los alojados corresponde a la División de Salud Estudiantil.

El grupo gestor lo integran: profesionales de Ciencias Económicas, Ciencias Humanas, Ciencias de la Salud y Ciencias Políticas y tiene la responsabilidad de fijar y desarrollar los procesos de selección, ubicación, monitoreo y evaluación del programa y definir proyecciones del mismo.

Hoy el programa cuenta con 10 Alojantes que han recibido a 17 Alojados, provenientes de los departamentos de: Atlántico, Cesar, Sucre, Norte de Santander, Santander, Boyacá, Cundinamarca y Meta; matriculados en las facultades de: Ciencias Económicas, Ciencias Humanas, Agronomía, Medicina, Enfermería, Derecho y Ciencias Políticas.

Las perspectivas del programa son ampliar cobertura, a otras sedes de la misma universidad y a otras universidades del país. Como eje de construcción social se

convierte en generador de conocimiento, investigación, realización de pasantías y toda iniciativa que fortalezca la presencia institucional con enfoque social.

Los resultados empiezan a mostrar que las expectativas del Alojante frente al programa se han cumplido; a partir de la convivencia se ha logrado disminuir los niveles de ansiedad y angustia generados por la soledad que antes les acompañaba y por el pensamiento de no ser útiles a la sociedad. Los alojados expresan que a partir de su vinculación con el programa, han logrado un mejor rendimiento académico, adaptación social y desarrollo personal. Por estas razones el deseo mutuo es continuar en el proceso de convivencia y la construcción de una óptima calidad de vida.

El anciano condiciona la imagen de cuerpo a la funcionalidad

Álvarez AA, Agudelo JA, Aguirre VM, Aranzales HT y Curcio CL.

Programa de Investigaciones en Gerontología y Geriatria

Programa de Educación Física y Recreación
Facultad de Ciencias para la Salud
Universidad de Caldas, Manizales, Colombia.

Objetivo: comprender cómo los ancianos del Hospital Geriátrico San Isidro (HGSI) y de la Caja de Compensación Familiar Campesina afrontan y manifiestan los cambios del cuerpo.

Diseño: cualitativo, basado en la teoría fundada planteada por Grosser y Strauss.

Población: los criterios bajo los cuales se seleccionaron los informantes fueron: tener 60 o más años, con buena capacidad de expresión y mentalmente coherente, para la selección se realizaron entrevistas no estructuradas. En cada una de las instituciones se seleccionaron seis (6) ancianos con los cuales se inició el proceso de investigación, para un total de 12 informantes, posteriormente, el grupo se redujo y se culminó solamente con cinco, que conservaron la disponibilidad e intención de continuar hasta la culminación del estudio.

Sitios: el HGSI Empresa Social del Estado, de primer nivel de atención. ofrece servicios hospitalarios de cui-

dado agudo, crónicos, discapacitados, psicogeriatría y pensión. La Caja de Compensación Familiar Campesina (COMCAJA), presta servicios sociales de subsidios para vivienda, educación y capacitación y servicios de salud.

Materiales y métodos: el acercamiento a las dos instituciones, se llevó a cabo a través de lo que Hamersley denomina «padrinazgo», acceso por medio de un tercero que pertenece al grupo, en este caso educadores físicos. El instrumento principal fue la entrevista, la cual fue de tres tipos: inicialmente de tipo global, que permitió el acceso, posteriormente en profundidad o específicas, finalmente entrevistas focalizadas. La información se registró por medio de grabaciones de audio, posteriormente se transcribieron y se fueron analizando junto con la información no textual. También se utilizó la observación participante información que se plasmó a manera de diario de campo sobre los comportamientos, actitudes, conductas y posturas que tomaron los entrevistados.

Análisis y categorización de los datos: se organizó como un proceso de triangulación y comparación constante: investigados, investigadores y contextos, lo cual permitió establecer categorías de análisis, las cuales emergieron desde el primer momento y se mantuvieron durante todo el proceso, sólo se modificó la relación entre ellas, estas categorías son: la opinión de los demás y familia, estados emocionales frente a la imagen de sí mismo; formas de expresión del cuerpo y cambios; finalmente y a manera de conclusión, ¿negación o evasión del cuerpo?

Hallazgos: la expresión del cuerpo o las diferentes formas de manifestación de los cambios, se dan a través de definiciones que son sinónimos de pérdida de la funcionalidad. Aceptar los cambios con el envejecimiento puede ser difícil para algunos. Es como si fuesen sorprendidos por esta etapa, y reconocerlo no es fácil, sólo la opinión de los demás los confronta como ancianos y no es fácil aceptarlo. En ocasiones el trato o la forma como se dirigen a ellos, es un referente de cómo son vistos y valorados por los demás. De otro lado, parece que los sujetos investigados, niegan o evaden el cuerpo, y lo expresan en frases como: “No, no me preocupo de eso”, “pues no...”. Hay evidencia de la pérdida de interés por el cuerpo, que tiene una imagen no deseada porque se conoce con anticipación lo que

va a suceder en la vejez, por lo cual “no se motivan a observarse”. Percibir que el cuerpo ha cambiado a simple vista por parte del anciano, es una idea difícil, ya que la exteriorización del cambio en sí misma es poco notable o eludible, pero a nivel interno, la percepción está sujeta a diferentes sentimientos y condiciones del cuerpo, muchos cambios físicos se ven enmarcados, la mayoría de las veces, por la presencia de enfermedades o por la pérdida de la funcionalidad, expresada a través de incapacidad para realizar actividades que antes sí hacían: “Es muy sencillo, me considero inútil, porque no puedo hacer lo que hacía”.

Conclusiones: para los ancianos el cuerpo no tiene mayor significado, por lo que al hablar de él lo niegan o evaden, y manifiestan los cambios por medio de actividades que realizaban o aún realizan, dando toda la importancia a la funcionalidad mantenida o perdida, según el caso.

Características médicas, antropométricas y hábitos de vida en el adulto mayor que labora en la Universidad del Cauca

Clara Inés Córdoba Llanos
Nancy Janneth Molano Tobar
Universidad del Cauca, Popayán, Colombia

Introducción

Diferentes investigaciones muestran que nuestro estilo de vida, puede contribuir a un riesgo elevado de enfermedades principalmente cardiovasculares, sin embargo cuanto más sean los factores de riesgo que la persona posee mayor será la probabilidad de sufrir una enfermedad.

El propósito de la realización del presente estudio, nos permitirá determinar cuáles fueron las patologías que se presentaron con mayor frecuencia, qué hábitos de vida llevan y la relación existente entre salud – enfermedad en un grupo de adultos mayores, que laboran en la Universidad del Cauca.

Objetivo general

Determinar la condición médica, el nivel de aptitud física y medidas antropométricas en un grupo de adultos mayores, que labora en la Universidad del Cauca.

Objetivos específicos

- Establecer el diagnóstico de salud, presente en los adultos mayores inscritos al gimnasio de la Universidad del Cauca
- Detectar qué factores de riesgo van en detrimento de la salud
- Establecer el grado de aptitud física en que se encuentra esta población

Marco referencial

Los inadecuados hábitos alimenticios unidos al estilo de vida, pueden predisponer en las personas a condiciones desfavorables referentes a su salud. Por lo tanto la posición actual es la prevención de la enfermedad, con un enfoque hacia la reducción de conductas lesivas sobre el individuo, como el uso de tabaco, comidas grasas, y un estilo de vida sedentario (Lester Breslow 1999).

Del Castillo V. (2001) cita que la conducta alimentaria de los distintos grupos humanos, es uno de los rasgos culturales más arraigados y de difícil modificación, quizá porque cada cultura genera una serie de ideas y creencias respecto de supuestas virtudes o propiedades que poseen los alimentos de sus dietas, generando problemas de sobrepeso y obesidad entendiéndose como obesidad al exceso de grasa corporal que se genera cuando el ingreso energético es superior al gasto -Atalah E. y col. (1999) igualmente definida por Peña M y Bacallao J. (2001)-.

Pineda M. y col (2000) en su estudio de tipo transversal consideran que los factores de riesgo cardiovasculares son condiciones que están ligadas al estilo de vida y que incrementan la posibilidad de padecer y morir por enfermedad cardiovascular, además esto se aumenta cuando más de un factor coexiste entre los cuales encontraron el tabaco, la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia.

Cabrera H. A. y col. (1997) afirman que el hábito de fumar aumenta la posibilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares y la Hipertensión Arterial acelera el proceso de arteriosclerosis.

La Sociedad Española de Arteriosclerosis, Sociedad Española de Medicina Interna y Liga de la Lucha contra la Hipertensión Arterial, determinan que excederse en el consumo moderado de alcohol puede ocasionar

problemas cardiovasculares, tales como hipertensión, accidentes cerebrovasculares, arritmias y cardiomiopatía (enfermedad del músculo cardíaco).

Igualmente mencionan que el sedentarismo se asocia como un factor de riesgo coronario y generalmente interactuante con otros. Su modificación consigue grandes beneficios porque a la vez influye favorablemente sobre los otros factores a los que se asocia.

Saavedra C., en su artículo "Rol de la actividad física en el sobrepeso y la obesidad" concluye que el ejercicio físico bien impartido, contrarresta de manera eficiente el sedentarismo.

Peña M, y Bacallao J. consideran que la prevención es la base fundamental, creando las oportunidades para que los estilos de vida saludables estén al alcance de toda la población.

Marco metodológico

La presente investigación fue de tipo descriptivo, con un diseño transversal, el cual tuvo lugar en el segundo semestre de 2001 y primer semestre de 2002, analizando parte del cuerpo docente y administrativo de la UNIVERSIDAD DEL CAUCA, con una muestra aleatoria de 324 personas en edades oscilantes entre 20-66 años aproximadamente, de los cuales 55 eran adultos mayores y que tenían como objetivo ingresar al gimnasio de la institución en mención, y se obtuvieron los resultados que se mostrarán a continuación con la ayuda de gráficos de barras y de estilo torta.

Métodos y procedimientos

Para la recolección de datos se utilizó:

- Historia Clínica
 - Identificación
 - Antecedentes personales y familiares
- Examen Médico
 - Por sistemas
- Test de resistencia cardiovascular (Test de Ruffier)

Variable

Dieta
Ingesta alcohólica
Tabaco
Actividad física

Antecedentes médicos

Hipertensión arterial
Hiperlipidemias
Diabetes
Obesidad
Test de Ruffier

El viejo de ayer a hoy

Germán Darío Cruz Méndez
Médico Geriatra y Gerontólogo
Médico Oncólogo Clínico

Debido a los cambios impuestos por las costumbres, tradiciones, más la vida moderna en la Argentina el viejo de hoy ocupa un lugar muy reducido tanto geográfica como socialmente.

Por razones económicas hoy en día se produce el incremento de la migración a las grandes urbes lo que ha llevado a la fractura de la familia, la reducción del espacio de vivienda y el incremento del sentimiento de soledad en cada individuo, repercutiendo notablemente en el estado de salud individual y familiar.

El espacio actual del viejo dentro de la célula familiar está perdido y tiende a inhibirse su vitalidad por la limitación existente hoy en día de la interacción intergeneracional en la familia. Cuando el viejo vive solo, se mantiene activo y vital, se interrelaciona familiar y socialmente. Cuando este equilibrio se ve roto por un trastorno físico, mental o social, pierde su individualidad, aparece la discapacidad y su institucionalización. La familia puede tomar una posición errónea ante el adulto mayor que pueda variar entre el desamparo y la excesiva protección, generando situaciones anómalas que repercuten en la salud del viejo y la interacción familiar. El ser humano cumple con un ciclo de vida: este se inicia con la infancia durante la cual los vínculos afectivos padres / hijos son muy fuertes; en la adolescencia se experimenta el estar solo para buscar nuevos espacios sociales y a continuación la formación de la familia y su proceso de madurez hasta la presenescencia, cuando aparece la tercera generación, los nietos; en este momento enfrenta su propio envejecimiento y el de sus padres que puede generar una situación conflictiva. Cuando un viejo consulta debe mirarse a sus hijos que pueden necesitar ayuda. En los inicios del siglo XXI nadie quiere llegar a ser viejo y se valora sólo la juventud y lo nuevo, negando y escapando de la an-

cianidad como proceso natural, formador de nuestra historia y transmisión de nuestras raíces. Existen políticas gubernamentales con respecto a los derechos de la ancianidad plasmadas a niveles constitucionales que no se están cumpliendo actualmente. Socialmente se están aceptando mitos y conceptos erróneos acerca del envejecimiento que llevan a la discriminación del viejo. Es inherente a los seres vivos y más en el ser humano el proteger, cuidar y acariciar piel a piel el cuerpo del recién nacido como base fundamental de la teoría del contacto. Al perderse esto se genera violencia, agresividad y miedos que en el viejo producen sometimiento por lo que inhibe sus ideas, sentimientos y actos, todo esto dentro del entorno familiar y social disfuncional de la vida moderna.

Tenemos un desafío: honrar la vida, valorándola en cada una de sus etapas y ofreciendo a los ancianos la asistencia y el respeto que requieren en el medio familiar y social. Sobrevivir como pseudo-jóvenes o marginar a los viejos, es asumir un proyecto contrario a lo único permanente en los seres humanos: LA DIGNIDAD

Las claves de envejecimiento óptimo y/o con éxito: Una experiencia de Centro Día con 100 adultos mayores
Javier Arias Salazar, MD
Médico Geriatra – Master en Gerontología

Las modificaciones demográficas actuales están provocando un aumento en el número de adultos mayores, y un incremento dramático de la demanda de servicios médico asistenciales, frente a la escasa oferta de los mismos, para atender las necesidades en salud de los adultos mayores, objeto del programa.

El presente trabajo tiene como objetivo general mostrar una alternativa de atención en salud menos costosa y más eficiente – Programa de Promoción de Salud y Prevención de la enfermedad desde un Centro Día, que racionaliza la demanda, mejora la calidad de la asistencia y aumenta la cobertura mediante el cambio en los hábitos, los comportamientos y estilos de vida; que produzca mejorías sustanciales en su calidad de vida y condiciones socio – familiares, y al mismo tiempo reduzca o retarden la aparición de enfermedades crónicas discapacitantes, en un grupo de 100 adultos pensionados de UNIMEC EPS.

Existe una vejez sana con baja probabilidad de enfermar y de discapacitarse, asociada a la participación activa en programas de Promoción de Salud. Esta tipología de la vejez es posible y además rentable dado que, desde la aplicación de estos programas se ha logrado potencializar la vejez a altos niveles de funcionalidad e independencia, logrando reducir la vejez patológica, la alta demanda de los servicios médico – asistenciales y por ende, los onerosos costos de los mismos.

Las actividades de Promoción y Prevención propuestas en este programa, son variadas de acuerdo a la edad, estado de salud, condición socio – familiar, grado de inactividad, etc. Se incluyen modelos de instrumentos para evaluar la calidad de vida y / o estado integral de salud, antes y después de implementar el programa expuesto.

Relación entre religiosidad, función familiar, soporte social y depresión en adultos mayores

Ocampo, J. M.; Romero, N. M.; Saa, H. A.;
Herrera, J. A.; Reyes, C. A.
Universidad del Valle. Facultad de Salud.
Departamento de Medicina Familiar
Cali, Colombia.

Se han realizado estudios encaminados a determinar la relación que existe entre la religión y los adultos mayores, encontrando que las personas con una historia de creencias y comportamientos religiosos afrontan y tienen mejores recursos ante las situaciones de estrés que lleva consigo la vejez, como también que gozan de mejor salud física, mental y viven más que las personas que no realizan dichas prácticas.

Objetivo: determinar la asociación entre las prácticas religiosas, el soporte social y el apoyo familiar con los síntomas depresivos en adultos mayores.

Diseño: se trata de un trabajo observacional de tipo descriptivo.

Escenario: Centro de Atención Ambulatoria “La Selva” del Instituto de los Seguros Sociales de Cali, Colombia.

Participantes: 136 adultos mayores de 60 años entre el período de agosto del 2000 a mayo del 2001.

Mediciones: a los 136 pacientes se les aplicó la Escala de Religiosidad Intrínseca / Extrínseca Revisada de Gorsuch y McPherson (I/E-R), la prueba de APGAR Familiar y soporte de amigos y la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, se valoró también la frecuencia de la oración personal, grupal o comunitaria y la lectura de los Libros Sagrados de acuerdo con su religión, en días, semanas o meses.

Resultados: la edad promedio fue 69.2 años, con una desviación estándar de 6.4 años, el 57% fueron hombres, el 60% era casado y el 15% viudo. El 97.8% afirmó tener algún tipo de religión, la religión predominante fue la católica con un 90%. El 40% oraba una vez al día y el 33% dos veces al día. El 40% asistía al templo una vez por semana y el 13% dos veces por semana. El 40% nunca leía los Libros Sagrados y el 19% los leía una vez al día. El 54.4% tenía orientación en religiosidad intrínseca, el 33.8% en religiosidad extrínseca, y el 11.8% en religiosidad mixta. El 29% presentaba algún tipo de disfunción familiar, de los cuales el 7% tenía disfunción severa. El 50.7% carecía de un adecuado soporte social. El 93% no tenía depresión, y sólo el 3.7% tuvo depresión severa. Al relacionar las variables de depresión, edad y viudez se encontró asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$). Se encontró un mayor porcentaje de hombres deprimidos (60%). El 24% de las personas que oraban estaba deprimido, mientras que en los deprimidos la oración no hacía parte de su vida diaria.

Conclusiones: el ser hombre, viudo y de edad avanzada son factores que se relacionan con depresión en personas adultas mayores que viven en la comunidad. Por tanto, es importante sensibilizar al médico de atención primaria en la identificación, prevención de factores de riesgo y precipitantes asociados a la enfermedad, en el diagnóstico y manejo de la depresión, utilizando la religión como un soporte benéfico para los adultos mayores.

***Temores del adulto mayor
y sus posibles soluciones***
Luz Marina Villegas Vanegas
Gerontóloga
U.C.O

A través de la investigación realizada con 50 personas pertenecientes al programa Centro Día Gerontológico,

la experiencia de 9 años y observaciones, se destacaron los siguientes resultados obtenidos con 25 hombres y 25 mujeres de los 60 hasta los 95 años.

Dicha investigación permitió comprobar que llegar a la tercera edad, sin preparación, es un enfrentamiento hacia algo desconocido, que causa mayores dificultades como difícil aceptación de las enfermedades propias del envejecimiento, cambios fisiológicos, la soledad, pérdida de la memoria, ausencia de los hijos, demencias, temor a la muerte y depresión.

Las anteriores manifestaciones se vuelven menos complicadas y ayudan a paliar las dificultades mediante la participación en programas especiales liderados por profesionales que tengan conciencia de mejorarles la calidad de vida; aportando lo mejor de sí con soluciones adecuadas a sus necesidades oportunas y respetuosas.

Si lo anteriormente mencionado se cumple se logra mejorar: la comunicación y socialización de los adultos mayores, se sienten más personas y felices y con una mayor realización, aumentan la motivación, las relaciones personales mejoran sustancialmente, se crea un mayor compromiso con su autoestima la cual mejora paralelamente la autonomía y la salud y generan una mayor expectativa de vida.

Ningún tipo de actividad es excluyente para los gerontes, cuando se cuenta con un estado fisiológico apto, acompañado de voluntad.

El envejecimiento no se puede impedir pero sí mejorar las condiciones de vida para una vejez feliz, activa y satisfactoria.

***Perspectivas espirituales en la vejez (teoterapia)
Una experiencia en 130 adultos***

Javier Antonio Arias Salazar
Médico Geriatra, Master en Gerontología

No le es fácil a un médico geriatra explicar ciertos fenómenos de la vida mística o espiritual en el adulto mayor; existen pruebas nuevas de que el cerebro humano

está dotado de circuitos que lo llevan a creer en Dios, esta teoría ha hecho de Newbwrgr, de 35 años, una de las personalidades más importantes de la incipiente ciencia de la neuroteología (teoterapia), que explora un vínculo entre la espiritualidad y el cerebro.

Efectos psicofisiológicos de la oración profunda (teoterapia) en el adulto mayor

Los efectos psicofisiológicos de un buen estado de espiritualidad representan también excelentes condiciones humanas para la meditación contemplativa y para la oración profunda en general. Al observar cuidadosamente, mediante un adecuado instrumental, el organismo humano de la persona entregada a actividades espirituales tales como la oración o meditación profunda, se constatan importantes alteraciones fisiológicas directamente relacionadas con la actividad mental del adulto mayor sometido a teoterapia; la primera constatación hecha en la persona de edad en estado de oración, fue que todas las funciones del organismo se realizan de un modo óptimo. Todas las causas fisiológicas quedan neutralizadas, de modo que la salud mejora y se fortalece en todos los sentidos.

Entre los efectos fisiológicos del estado en que se encuentra el adulto mayor entregado a la oración profunda, como en el caso de la meditación trascendental, se observan estos fenómenos:

- Reducción de la tasa metabólica del 25% al 30%
- Reducción del consumo de oxígeno total en 20%
- Reducción de la frecuencia respiratoria 12 – 12 a 4 – 6 respiraciones
- Aumento cuantitativo de las ondas alfa en el E.E.G. Electroencefalograma
- Aparición de ondas Z
- Reducción de la presión arterial a una medida de 20% en pacientes hipersensibles
- Gran aumento (hasta quintuplicarse) de la resistencia cutánea
- Modificaciones del Ph y del bicarbonato de sodio en la sangre
- Reducción en la producción de uropepsina
- Disminución del flujo cardiaco (flujo de sangre en el corazón) en un 25%

Entre los efectos psicológicos (salud mental) ligados a la oración profunda y observados por los científicos, se dan sobre todo los siguientes:

- Mayor capacidad intelectual y aumento de la energía y de la eficacia en cualquier tipo de actividad
- Mayor capacidad de reacción psicofísica
- Mayor calma y eliminación de la tensión mental y física
- Sensación y sentimiento de seguridad y de prudencia al hablar y actuar
- Aumento de la capacidad creativa, de la productividad inventiva, del discernimiento de la intuición y de la concentración (en el estudio y en las clases)
- Pérdida del deseo de alucinógenos o de drogas depresivas, del alcohol, del tabaco, del café, etc., o total eliminación de estos estupefacientes en las personas viciadas
- Atenuación de síntomas de algunos condicionamientos corporales, insomnio, hipertensión
- Mejor movilización de los recursos corporales para afrontar circunstancias intensas, como accidentes, monotonía sensorial, infortunios, etc.

La resultante lógica de tales cambios en la personalidad psicobiológica puede sintetizarse así:

- Un notable ensanchamiento del margen de libertad en el interior en los procesos resolutorios (decisiones y opciones personales)
- Un profundo sentimiento de armonía y equilibrio interior
- Una mejoría en las condiciones generales de la salud
- Un crecimiento de la sensación de felicidad y de la alegría de vivir

A todo esto puede añadirse que el anciano sencillamente se transforma en múltiples aspectos de su personalidad: moral, psicológico, y hasta físico y fisiológico. Son resultados que muchos consiguen solo elaborar penosamente a lo largo de meses y aun años de psicoterapia. Se diría, pues, que los resultados más costosos al hombre en desgaste de energía y no pocos sufrimientos, Dios se los concede gratis y multiplicados por diez a sus amigos más íntimos.

Apendicitis: diferencias en la presentación y en la evolución en ancianos y jóvenes

Jorge H. López R., Profesor Asistente
Departamento de Medicina Interna
Diana María Palacios Ortiz,
Profesora Asistente Departamento de
Patología, Patóloga
Fundación Santafé de Bogotá
Fabio Cortés, Profesor Asistente
Departamento de Cirugía
Ricardo Sánchez, Profesor Titular
Centro de Epidemiología Clínica
Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Colombia

Introducción

La apendicitis es una causa importante de morbilidad y un motivo frecuente de consulta en las salas de Urgencia. Si bien esta entidad tiende a ser menos frecuente en las personas de edad, su importancia estriba en el hecho de que presenta mayor riesgo de complicaciones y de mortalidad en este grupo de pacientes.

Materiales y métodos

Se hizo una revisión de las apendicectomías enviadas al Departamento de Patología del Hospital San Juan de Dios de Bogotá entre noviembre 1 de 1997 y diciembre 31 de 1999. Para efecto de esta investigación se consideraron 2 grupos: un grupo conformado por los mayores de 60 años (ancianos) y el segundo grupo pacientes menores de 50 años (jóvenes). Con esta información se solicitó al archivo de estadística las correspondientes historias clínicas y a cada una de estas se les aplicó el respectivo formulario.

Análisis estadístico

Los procedimientos estadísticos se efectuaron con los paquetes estadísticos STATA (6) y SPAD (7). Para todos los casos se utilizó un nivel de significancia de 0.05. Se desarrolló un estudio de tipo transversal de asociación.

Resultados

Se logró obtener información confiable de 95 pacientes a los cuales se les practicó apendicectomía. 27 eran mayores de 60 años (ancianos) y 68 menores de 50

(jóvenes). Las edades promedio del grupo de ancianos y jóvenes, respectivamente, fueron 72,6 años (60 - 91 años) y 26,8 años (15 - 46 años).

La evolución del dolor, en promedio en horas, fue de 95,5 (3,97 días) en los viejos y de 34,1 (1,42 días) para los jóvenes, ($p=0.027$). La presencia de dolor epigástrico fue más frecuente en los jóvenes que en los viejos (54,2% vs. 25% respectivamente; $p=0.014$). En cambio el dolor en fosa ilíaca derecha se presentó en proporción similar en ambos grupos: 81,5% en ancianos y 83,6% en jóvenes ($p=0.51$).

Ninguno de los hallazgos al examen físico abdominal demostró diferencia importante entre los dos grupos. Los signos evaluados en ancianos y jóvenes respectivamente, fueron: dolor en fosa ilíaca derecha (88,9% vs 91%; $p=0.4$); defensa de los músculos abdominales (50% vs 67%; $p=0.09$); signo de Blomberg (69,2% vs 77,3%; $p=0.29$); Rowsing (35,7% vs 34%; $p=0.57$); distensión abdominal (24% vs. 15,6%, p no significativa).

Los hallazgos en la cirugía fueron así: en ancianos 6 apéndices edematosos (22.2%), 3 gangrenosos (11.1%), 12 perforados (44.4%), 6 apéndices con perforación y gangrena (22.2%), ningún apéndice sano. En los jóvenes hubo 40 (58.8%) edematosos, 8 (11.8%) gangrenosos, perforados 11 (16.2%), y sanos 7 (10.3%). Cuando se comparó el total de apéndices edematosos con apéndices complicados (perforación, gangrena o ambas) se encontró que el grupo de ancianos tenía una OR de 6.66 con un 95% de IC de 2.4 - 18.5 ($p=0.0002$) para desarrollar complicaciones. La presencia de peritonitis en el momento de la cirugía fue 7.77 veces más frecuente en ancianos que en jóvenes (95% IC 2.9 - 21, $p=0.0000$).

Las complicaciones en el postoperatorio como atelectasia pulmonar, infección de la herida quirúrgica, peritonitis, falla cardíaca, falla renal y SDRA, fueron más frecuentes en el grupo de ancianos, con una frecuencia de 59.3%, comparado con 11.8% en los jóvenes, (OR = 10.9 ; 95% IC 3.8 - 31.1; $p=0.000$).

La peritonitis como complicación se presentó en el 25.9% de los ancianos y en el 1.5% de los jóvenes (OR 23.5, 95% IC 3.46, como límite inferior; $p=0.001$). El 18.5% de los ancianos tuvo sepsis vs 0% en el grupo de menor edad ($p=0.001$).

Discusión

El presente trabajo encontró que la presentación y la evolución de la apendicitis son diferentes en los pacientes ancianos comparados con pacientes jóvenes.

Se observó que los ancianos consultan a urgencias mucho más tarde que los jóvenes, hecho que puede contribuir de manera significativa a las ulteriores complicaciones.

La presencia de dolor en fosa ilíaca derecha fue la manifestación más común en ambos grupos.

Al examen físico, el dolor al palpar la fosa ilíaca derecha, defensa muscular, signo de Blomberg, signo de Rousing y la distensión abdominal se presentaron casi con igual frecuencia en ambos grupos. Puede advertirse que el dolor al palpar la fosa ilíaca derecha es un hallazgo casi universal en ambos grupos, presente hasta en el 90 % de los pacientes.

En el 77.7% de los ancianos se encontró, en la cirugía, apéndice con perforación y gangrena, solas o en combinación, esto comparado con 29.5% en los jóvenes; así los ancianos tienen una OR de 6.66 para apendicitis complicada comparados con los jóvenes (95% IC 2.4 – 18.5; $p = 0.0002$). Datos similares han sido reportados en otros estudios.

Las complicaciones postoperatorias fueron más frecuentes en los ancianos (59.3% vs. 11.8% $p = 0.000$). Las complicaciones que alcanzaron significancia estadística fueron infección de la herida quirúrgica, falla cardíaca, peritonitis y sepsis.

Úlceras por presión en ancianos hospitalizados

Gómez JF, Bernal MC, Botero AM,
Chacón A, Curcio CL.

Programa de Investigaciones en
Gerontología y Geriatria
Universidad de Caldas, Manizales, Colombia

Objetivo: establecer la incidencia de Úlceras por Presión (UP) en ancianos hospitalizados en unidades de cuidado agudo; describir las características demográficas, funcionales y epidemiológicas y determinar los factores de riesgo presentes para desarrollar UP.

Diseño: estudio de cohorte.

Población: 832 pacientes hospitalizados que habían permanecido al menos 72 horas en la institución.

Sitio: centro universitario de tercer nivel de atención.

Materiales y métodos: se incluyeron todos los pacientes mayores de 60 años, hospitalizados en un centro de tercer nivel de atención, durante 1 año sin UP al ingreso; en total 832 pacientes hospitalizados que ingresaron al estudio y habían permanecido al menos 72 horas en la institución. Los pacientes eran reevaluados cada 72 horas hasta que fueran dados de alta, fallecieran, desarrollaran UP o cumplieran tres semanas de hospitalización. Se evaluaron las variables demográficas y se clasificó el tipo de piel. Se aplicaron las escalas de Barthel para valorar el estado funcional en su nivel físico y la versión validada de la escala de Braden para predecir riesgo de UP. Se evaluaron además otros factores de riesgo informados previamente. Se hizo inicialmente un análisis bivariado y con aquellas variables significativas, se realizó un análisis multivariado para encontrar las variables independientes y el mejor modelo de predicción de UP.

Medida de consecuencia principal: desarrollo de UP dentro del hospital, de un estadio I o mayor.

Resultados: la incidencia encontrada fue de 8%, con alrededor de tres cuartas partes durante la primera semana, especialmente tipo I y II; topográficamente se distribuyeron 67% en el sacro, 15% en los glúteos y 6% en trocánteres y talones. Por análisis bivariado se encontraron asociadas 19 variables, aunque ya en el análisis multivariado, los siguientes factores permanecieron como predictores independientes para desarrollar UP: la presencia de eritema no blanqueable; el diagnóstico de enfermedad osteoarticular, que incluía fractura de cadera, un puntaje bajo en la escala de Braden y las características de fricción y deslizamiento como problema; humedad constante y movilidad limitada o completamente inmóvil. El modelo de predicción más ajustado para desarrollo de UP incluye la fricción y el deslizamiento, el eritema no blanqueable, la humedad constante y el diagnóstico de enfermedad osteoarticular.

Conclusiones: la incidencia y los factores de riesgo independientes son similares a los informados en estudios previos para ancianos hospitalizados, aunque para

ancianos hospitalizados en unidades de cuidado agudo pueden ser diferentes que para ancianos en otros medios clínicos. Se presenta un perfil de riesgo para desarrollo de UP en ancianos hospitalizados en el medio: anciano con fractura de cadera, con problemas de humedad, movilidad limitada y fricción y deslizamiento constante, y con presencia de eritema no blanqueable al examen físico. Se deben tener en cuenta los ítems de valoración de las características de la escala de Brandt y Barthel, no solamente el puntaje total, ya que predicen UP con mayor precisión. Además los factores de riesgo podrían ser diferentes dependiendo del tipo de población, tipo de UP y medio donde se desarrollen.

Evaluación y tratamiento del vértigo posicional paroxístico: Canalitiasis

José Luis Osorio Guzmán
Otorrinolaringólogo - Pereira

Clínica de inestabilidad, vértigo y caídas
U de Caldas

Lab. Fisiopatología vestíbulo-coclear. U de la República, Uruguay

A pesar del conocimiento actual del complejo sistema vestibular y de los múltiples estudios sobre esta entidad, existen dos principales modelos que lo explican, proponiendo una evaluación y manejo, con un alto porcentaje de mejoría y curación.

Desde 1920 se describen elementos científicos del V.P.P., pero en nuestro medio pasaron décadas, con explicaciones que no se ajustaban a la realidad, apoyados en la característica de auto compensación del V.P.P. Los síntomas desaparecen en la mayoría de los casos a través de los años (habituaación del sistema).

En el paciente viejo la situación es más compleja, pues, con sistemas multilesionados: sistema vestíbulo-oculomotor, sistema vestíbulo-espinal, sistema cerebeloso, secuelas de lesión del laberinto posterior, oftálmico, cardiovascular, etc., más la multimedicación, que en suma le generan al paciente síntomas como vértigo, mareo, inestabilidad, casi caídas, caídas, trastornos emocionales y otros; agregarle a todo lo anterior una patología más (V.P.P.), es un reto para el médico, discernir cada elemento y acercarse a los múltiples diagnósticos y manejo.

La etiología puede ser traumática, viral, bacteriana, vascular, post cirugía del estribo y otros, pero el mayor grupo es idiopática hasta la fecha.

Con base en la fisiopatología, se describen los dos principales modelos: CUPULOLITIASIS Y CANALITIASIS, haciendo énfasis en el modelo que usamos en nuestra institución.

Se describen signos, síntomas, acercamiento diagnóstico y tratamiento.

Se presentan los ejercicios de Brandt, las maniobras de reposición de Epley, de Semont y de Epley modificado.

El promedio de edad del V.P.P. en la literatura mundial, oscila entre 60 y 65 años, según región; en nuestra consulta es de 49 años. Se describirán propuestas de explicación a esta variante y la estadística del V.P.P. en nuestro servicio.

Dificultades en la valoración y diagnóstico de mareo, inestabilidad y vértigo en ancianos

Osorio JL, Gómez JF, Curcio CL.

Clínica de inestabilidad, vértigo y caídas en ancianos
Universidad de Caldas. Manizales

Las quejas de mareo, vértigo e inestabilidad son un problema frecuente en el grupo de ancianos. Su enfoque tiene dificultades ya que no existen parámetros estandarizados para su valoración, además los informes sobre los diagnósticos son contradictorios.

Objetivo: este estudio describe las características de los síntomas y los diagnósticos más frecuentes en ancianos remitidos a la clínica de inestabilidad, vértigo y caídas de la Universidad de Caldas.

Diseño: descriptivo.

Medio: clínica de referencia para atención especializada en un centro de tercer nivel hospitalario.

Participantes: cincuenta pacientes que asistieron a la clínica entre abril de 2001 y junio de 2002.

Mediciones: valoración a través de historia clínica geriátrica multidimensional estandarizada y guía de valo-

ración de síntomas, construida por el equipo interdisciplinario.

Resultados: los síntomas referidos por los pacientes fueron: vértigo 52%, la mayoría de tipo rotatorio; mareo 56% incluyendo mareo presincopeal, e inestabilidad 56%. La sensibilidad de la escala de valoración de los síntomas osciló entre 62 y 99%, siendo mayor para vértigo y menor para mareo. La especificidad fue mayor para inestabilidad y menor para mareo. El promedio de enfermedades por anciano fue 3.3 y la multicausalidad del síntoma se presentó en una tercera parte de la población estudiada. Los diagnósticos primarios como causa del síntoma fueron en su orden: Enfermedad Vestibular Periférica 16.8%, enfermedad cardiovascular 14.4%, HTA 8.3%, trastorno endocrino 7.2%, trastorno psiquiátrico 6%, espondiloartrosis y trastorno neurológico, cada uno 4.8% y ECV 3.6%. En la mitad de los casos, el diagnóstico principal se acompaña de problemas visuales y de ansiedad. El 72% consume al menos un medicamento, la mayoría antihipertensivos. Los síntomas crónicos, de más de tres meses de duración, se relacionaron con mala auto-percepción de salud, deterioro en la escala de asuto eficacia, mayores puntajes en la escala de Yesavage y menor frecuencia de caídas.

Conclusiones: el mareo en ancianos es difícil de precisar, tanto por el mismo paciente como por el equipo de salud; son menos difíciles de precisar los síntomas de vértigo e inestabilidad. Los diagnósticos encontrados son similares a los informados en la literatura, especialmente los problemas vestibulares periféricos y los cardiovasculares. El componente de trastorno psiquiátrico es otro elemento importante, especialmente la depresión y el trastorno de ansiedad generalizada.

Los síntomas crónicos (mayores de tres meses) deterioran considerablemente la calidad de vida.

***Fuerza de agarre en hombres
ancianos ambulatorios***

Giraldo JA, Giraldo DA,
Suárez CM, Curcio CL.
Programa de Investigaciones en
Gerontología y Geriatria
Universidad de Caldas, Manizales

Objetivo: valorar la fuerza de agarre en hombres sanos ambulatorios; describir sus valores normales y sus

características y evaluar la asociación con factores identificados en la literatura.

Diseño: Estudio trasversal descriptivo.

Medio: Sitios de reunión de ancianos ambulatorios: parques, cafés, calles y plazas de la ciudad de Manizales.

Sujetos: 150 ancianos mayores de 60 años.

Medida de consecuencia principal: fuerza de agarre medida en Kg./fuerza.

Resultados: La edad promedio fue 70.5 años (DE 6 años). El promedio de fuerza de agarre fue de 31 Kg./fuerza (DE 6.0), con un rango entre 15 y 48 Kg. / fuerza. Se encontró una disminución anual de 1.4% entre los 60 y los 85 años, acentuándose especialmente después de los 80 años. En el análisis bivariado menor fuerza de agarre se relacionó con edad, mala auto-percepción de salud, presencia de osteoartritis y fractura de cadera, pero en el análisis multivariado solamente la edad persistió como el factor independiente más importante de medición de fuerza de agarre.

Conclusiones: Es evidente el deterioro de la fuerza muscular al envejecer, medida mediante fuerza de agarre, con deterioros similares a los informados previamente. Sin embargo las comparaciones con otros estudios son difíciles porque se utilizan diferentes equipos y métodos en su valoración, por ello es importante estandarizar el procedimiento de evaluación de fuerza de agarre para lograr comparaciones y análisis de los factores relacionados con esta medida, especialmente el nivel de actividad física.

***Validación de un instrumento para
medir la calidad de vida***

Orozco MV*, Orozco LC*,
Herrera JP**, Méndez G**,
Mendoza MY**, Pinzón LI**,
Sánchez VJ* *

* Docente Escuela de Enfermería,
Universidad Industrial de Santander

**Enfermeras Universidad Industrial de Santander

Objetivo del estudio: este estudio busca validar una escala compuesta de la calidad de vida en ancianos de

la ciudad de Bucaramanga, en sus aspectos físico, emocional, cognitivo y social.

Muestra: se tomaron 3 poblaciones de ancianos de la ciudad de Bucaramanga (Colombia): grupos de calistenia, institucionalizados y no institucionalizados, con 60 personas por cada grupo.

Medidas y resultados principales: los instrumentos utilizados miden los dominios emocional, cognitivo y social. Los instrumentos fueron el Índice de Capacidad Funcional (autoevaluación), Examen Mental Abreviado, CES-D, Yesavage y la Escala de Experiencias Sociales; estos instrumentos cumplen las propiedades psicométricas y miden los dominios físico, emocional, cognitivo y social. Las alfa de Chronbach de los cuatro instrumentos fueron altas y el análisis de factores confirmatorio, demostró un solo factor que puede ser denominado Calidad de vida.

Capacidad operativa de una prueba de tamizado en el diagnóstico temprano de la Enfermedad de Alzheimer

Instituto de Envejecimiento

Facultad de Medicina

Clínica de Memoria, Hospital Universitario de San Ignacio

Pontificia Universidad Javeriana

Carlos Alberto Cano Gutiérrez (1*),

Álvaro Ruiz Morales (2),

Sandra Plata (3), Diana Lucía Matallana (4),

Patricia Montañés (4), Margarita Benito(4),

Leonilde Morelo (1),

Victoria Eugenia Arango (1), Olga Lucía Pedraza (5),

María Camila Montalvo (6),

Raúl García (3), Adriana Gámez (3),

María Consuelo Álvarez (7),

Alexander Moreno (3), Aída Victoria Hoyos (3) y

Diego Chacón (8).

(*) correspondencia: ccano@javeriana.edu.co

(1) médico(a) geriatra, (2) médico internista,

epidemiólogo clínico, (3) psicólogo(a),

(4) neuropsicóloga, (5) neuróloga, (6) psiquiatra,

(7) estudiante de psicología

(8) estudiante interno de medicina

Una de las principales dificultades que se tiene en las demencias en general, y en la Enfermedad de Alzhei-

mer (EA) en particular, es poder realizar un diagnóstico temprano adecuado. Esta situación se presenta, entre otros factores, por no tener un instrumento diagnóstico estandarizado, o Patrón de Oro, diferente a la anatomía patológica, dado que los criterios utilizados para tal fin son clínicos y un número importante de ellos son de difícil aplicación o interpretación. Sumado a lo anterior, sabemos que existen otras variables que dificultan el diagnóstico tales como el nivel educativo, la situación social o cultural del individuo, la orientación del interrogatorio al paciente o a su familiar, el estado clínico en el que se encuentra, la edad, e incluso el lugar donde se realiza la evaluación. Esta problemática no es exclusiva de nuestra población colombiana, sino por el contrario es un fenómeno universal, independiente del idioma o del nivel de desarrollo. El dinero invertido por las empresas de salud en el diagnóstico temprano y tamizado inicial suele ser muy alto (mayor a 2.000 dólares en los Estados Unidos), dado que se debe llegar a éstos por descarte de otras patologías. Además, los costos sociales, familiares y laborales, entre otros, son incalculables. Por tal motivo, los grupos de investigación en demencias tenemos la misión de buscar herramientas diagnósticas de fácil aplicación y que disminuyan los altos costos ya enunciados, adaptándolas a las condiciones particulares de cada población.

El objetivo de este trabajo fue conocer la **Capacidad Operativa** (Sensibilidad y Especificidad), valor predictivo positivo, valor predictivo negativo y **punto de corte** de una prueba muy sencilla denominada **Queja Subjetiva de Pérdida de Memoria Referida por el Familiar (QSPM_(F))** y que mide la Memoria Explícita Episódica en los **estadios iniciales** de los pacientes con EA. La aplicación de dicho instrumento al cuidador o familiar, suele tardar 5 minutos y no se modifica conceptualmente por el nivel educativo, social o cultural.

El diseño de este estudio es de **Validación en una cohorte de pacientes y controles** rigurosamente estudiados y seguidos longitudinalmente por el grupo de la Clínica de Memoria (Medicina Interna y Geriatria, Neuropsicología, Neurología y Psiquiatría) del Hospital Universitario de San Ignacio, buscando un diagnóstico interdisciplinario y por Consenso (patrón de oro), basándonos en los Criterios Diagnósticos recomendados por el Instituto Nacional de Desórdenes Neurológicos y Enfermedad de Alzheimer y Desórdenes Relacionados,

(NINCDS/ADRDA) y los definidos por la Asociación Americana de Psiquiatría en el DSM-IV.

A todos (con o sin demencia) se les realizó, dentro del protocolo universal, la prueba a validar y se les citó a un seguimiento longitudinal mayor de tres (3) meses. En aquellos casos en que el diagnóstico era una EA, se clasificó en grados de severidad según los criterios del NINCDS/ADRDA y Escala Global de Deterioro (GDS de Reisberg).

Dentro de los 700 pacientes evaluados por el grupo, 250 de ellos cumplían los criterios de inclusión para el diagnóstico de EA y 56 de ellos eran normales, es decir no tenían demencia (grupo control). El análisis estadístico se realizó por el Programa **Analyse-it, versión 1.62-2002**.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los aspectos descriptivos de los dos grupos (edad y sexo). La puntuación en la **QSPM_(F)** de los pacientes con EA fue mayor que la obtenida en los controles: 33.15 ± 6.23 vs. 9.37 ± 5.74 ($p < 0.001$). La Capacidad Operativa del Receptor para dicha prueba mostró un alto valor predictivo en su curva, con un área de 0.989 ($p < 0.0001$), error estándar (SE) de 0.0052 y el Intervalo de Confianza del 95% entre 0.979 a 0.999. El punto de mayor operatividad (punto de corte) se encontró en el valor numeral 19 de los 45 posibles (sensibilidad del 96.8% y especificidad del 96.1%).

Como conclusión principal encontramos que en nuestra serie de pacientes la **Queja Subjetiva de Pérdida de Memoria Referida por el Familiar (QSPM_(F))** tiene una alta capacidad discriminativa entre los pacientes con Enfermedad de Alzheimer y personas sin compromiso cognoscitivo o sin demencia. El punto de corte de 19/45 es el más adecuado, dado que es el de mejor capacidad operativa.

Los hallazgos previamente referidos son un gran aporte al diagnóstico temprano de la Enfermedad de Alzheimer, en especial en un país como el nuestro con escaso recurso financiero y que redundará indudablemente en el ahorro de dinero a nuestro sistema de salud. Así mismo, disminuirá la necesidad de utilizar inadecuadamente al personal altamente calificado, pudiendo optimizarle, con este tipo de tamizado, en otras áreas asistenciales. Tenemos como reto probar este instru-

mento en la comunidad en general y con personal no especializado, motivo por el cual buscaremos financiar este estudio, que, aunque costoso en su diseño, nos aportará resultados prácticos y útiles en múltiples aspectos.

Estudio longitudinal de la conciencia de las alteraciones en la Enfermedad de Alzheimer

Moreno A^{*}, Montañés P^{**}, Matallana D^{**}, Benito M^{**}, Cano C^{***}, Arango V^{***}, Morelo L^{***}, Montalvo M^{****}, Pedraza O^{****}, Jiménez M^{*****}, Plata S^{*}, Gámez A^{*}, Álvarez, M^{*} y García R^{*}.

*Psicóloga (o), ** Neuropsicóloga,
*** Geriatra, **** Psiquiatra,

*****Neuróloga, ***** Neuropatóloga

Clínica de Memoria, Hospital Universitario de San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana

Para evaluar longitudinalmente la conciencia de enfermedad, se tomó como criterio temporal mínimo 7 meses entre observaciones, y se llevó a cabo una evaluación neuropsicológica de control a 20 pacientes con diagnóstico de EA probable, de acuerdo con los criterios del NINCDS-ADRDA (McKhan y cols., 1984), los cuales fueron parte de un estudio transversal previo (Plata y Montañés, 2000). Los pacientes son diestros, con edades comprendidas entre los 57 y los 91 años (14 mujeres y 4 hombres), en estadio leve a moderado de la enfermedad (GDS: 3-4; MMSE: 15-28). Todos los pacientes tienen un alto grado de funcionalidad (Barthel >85) y se excluyeron aquellos con evidencia clínica de depresión (Yesavage >5). La conciencia de los déficits se estableció a partir de la aplicación de tres instrumentos empleados de manera independiente a pacientes y familiares: Queja Subjetiva de Memoria, Escala de Anosognosia (Migliorelli y Teson, 1995) y Escala de Competencias (Vasterling y Seltzer, 1997). El grado de anosognosia está dado por la diferencia entre paciente y cuidador, en el cual una puntuación positiva da cuenta de una sobreestimación de las dificultades, mientras que una negativa señala ausencia de conciencia de las alteraciones.

Los análisis se realizaron en términos de los dominios de anosognosia (anosognosia intelectual, anosognosia comportamental, anosognosia socioemocional, anosognosia cognoscitiva y anosognosia de autocuidado)

y de los totales de las escalas (anosognosia en la queja subjetiva, anosognosia total y anosognosia de competencias). Se encontró la presencia de tres factores al interior de la anosognosia en la EA y se encontraron correlaciones por dominio con variables neuropsicológicas. Se realizó un análisis ideográfico de casos llamativos al interior de cada uno de los dominios, basados en criterios clínicos, con miras a explorar la variación intraindividual. Los resultados son discutidos en términos del fraccionamiento de la conciencia.

***Memoria retrospectiva pública
en pacientes con
Enfermedad de Alzheimer
leve a moderada***

García R*, Montañés P**, Matallana D**,
Cano C***, Benito M**, Arango V***, Morelo L***,
Montalvo M****, Pedraza O*****, Jiménez M*****,
Plata S*, Gámez A*, Álvarez M*,
Moreno A*, y Hoyos A*

* Psicóloga (o), ** Neuropsicóloga,
*** Geriatra, **** Psiquiatra,
***** Neuróloga, ***** Neuropatóloga
Clínica de Memoria, Hospital Universitario de
San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana

La memoria retrospectiva de un grupo de ancianos normales y un grupo de pacientes con Enfermedad de Alzheimer leve a moderada, fue evaluada mediante una prueba de recuerdo y reconocimiento de personajes nacionales famosos, en la década comprendida entre 1988 y 1998. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($p = <0.5$) en las comparaciones entre el desempeño de los grupos en ambas subpruebas, siendo que los pacientes ejecutaron significativamente por debajo de los controles. Estas diferencias fueron más marcadas a nivel del recuerdo verbal. En el grupo de pacientes se evidenció además una tendencia moderada a recordar y reconocer mejor los personajes de los primeros años de la década evaluada, respecto a los de los últimos años (gradiente temporal). Esta tendencia estuvo asociada con el tiempo de evolución de la enfermedad, demostrando que los pacientes con menor tiempo de evolución recordaron y reconocieron mejor los personajes de los últimos años de la década, mientras que los pacientes con mayor tiempo de evolución recordaron mejor los personajes de los primeros años. Al comparar los puntajes obtenidos por los pa-

cientes en la prueba de memoria retrospectiva pública con los puntajes de una prueba de memoria verbal explícita, se halló asociación con la mayoría, pero no todos los componentes de esta segunda prueba. Un análisis de los errores cometidos en el recuerdo verbal de los personajes demostró que los pacientes generaron más errores que los controles. Al clasificar los errores por categorías, se encontró que, en ambos grupos, una gran proporción de éstos fueron por no conocimiento de los personajes. Adicionalmente, los pacientes produjeron una mayor cantidad de errores semánticos no relacionados (confabulación), con la categoría ocupacional del personaje, poniendo en evidencia su marcada tendencia a generar falsas memorias. Las implicaciones de los hallazgos de diferencia entre recuerdo y reconocimiento, el gradiente temporal, y la correlación encontrada entre amnesia retrógrada y anterógrada, se discuten a la luz de las concepciones tradicionales y actuales sobre el fenómeno de pérdida de la memoria en la EA.

***Abordaje de terapia ocupacional
en personas con
Demencia Tipo Alzheimer:
modificaciones de
la actividad y del entorno
para mejorar su calidad de vida***

Martha C. Atehortúa R.
Terapeuta Ocupacional
Profesora Escuela de Rehabilitación Humana
Universidad del Valle

La esperanza de vida para nuestro país, según el DANE, ha ido incrementándose y se proyecta aún más. Es así, como en los años cincuenta para los hombres era de 48.9 y para las mujeres de 52.3; en el 2.000 para los hombres era de 69.1 y para las mujeres de 75.3 y para el 2.050 se espera que la esperanza de vida sea para los hombres de 76.0 y para las mujeres de 82.5. Este aumento progresivo de la longevidad humana da origen a la aparición de un mayor porcentaje de procesos patológicos, los cuales tienen implicaciones directas en los hábitos, convirtiéndose en un factor determinante para su autoconfianza y autoestima y por ende en la calidad de vida, tanto del adulto mayor, como de su familia.

La calidad de vida se define como «la capacidad de funcionar correctamente, de disfrutar de una sensación de bienestar y de experimentar con satisfacción los

aspectos sociales, emocionales, físicos e intelectuales de la vida» (1, 2), y esto es lo que busca mejorar Terapia Ocupacional cuando promueve una relación armónica entre los componentes de la tríada que conforman el desempeño ocupacional: individuo, ocupación y entorno.

En la conferencia se darán las indicaciones y contraindicaciones de las modificaciones de los lugares y actividades relacionados con la persona con Enfermedad de Alzheimer:

1. El entorno físico y social

1.1 Entorno físico del hogar:

- § Atributos y adaptaciones
- § Indicaciones y contraindicaciones de: accesos (señalización, paredes, puertas, ventanas, pasamanos, gradas, pasillos, balcones y terrazas), iluminación, mobiliario, baño, cocina, fuera de la casa

1.2 Capacitar a familiares y cuidadores:

- § Conocimiento y aceptación de la enfermedad
- § Capacitación en el manejo de la persona con Enfermedad de Alzheimer
- § Perfil del cuidador, cuidados a tener con el cuidador y sobrecarga del cuidador
- § Grupos de autoayuda e institucionalización

2. Las actividades de la vida diaria, productivas y de tiempo libre

2.1 Actividades de la vida diaria:

- § Aditamentos
- § Modificaciones de las actividades de: autocuidado, higiene, vestido, alimentación, rutina medicamentosa, sueño, uso del dinero, comunicación funcional y movilidad
- § Modificaciones de las actividades de organización del hogar
- § Modificaciones de las actividades de ocio

Este proceso de rehabilitación pretende **prevenir antes que enseñar**, proveyendo las asistencias y compensaciones para la persona con Enfermedad de Alzheimer, la familia, el cuidador y el entorno social; esto teniendo en cuenta las características de los hábitos, de la comunicación y del afecto.

Referencias

- Patrick D, Erickson P: **Health status and health policy; quality of life in health care evaluation and resource allocation**. Oxford. Oxford University Press, 1993.
- Deyo RA: **The quality of life, research and care**. Ann Intern Med 1991; 114: 695-7.

EVENTOS

Eventos a realizarse en el año 2002

Quinto Congreso Nacional e Internacional de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria. Hotel Almirante de Cartagena, Colombia, agosto 16 al 19 de 2002. Informes en esta dirección de correo acgg@acgg.org.co telefax (57 1) 6180724 y en Internet www.acgg.org.co

Séptimo Congreso Internacional Francófono de Gerontología, en Bruselas, del 22 al 25 de septiembre de 2002. Idioma: Francés. Información e Inscripciones: www.gerontologie2002.org Prof. Dr. Jean-Pierre Baeyens

XXIV Congreso de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología - Congreso de la Sociedad Murciana de Geriatria y Gerontología. Murcia 2002. Informes en esta dirección de correo segg@segg.org

The third International Conference on Family Care: Empowerment Through Innovation. October 12-14, 2002. Wasington DC. www.caregiving.org/content/conference2002.html

International Federation on Ageing 6th Global Conference on Ageing. Conference Dates 27-30 October 2002. Secretariat: Congress West Pty Ltd PO Box 1248, West Perth WA 6872, Australia. Tel.: +61 8 9322 6662 or +61 8 9322 6906, Fax. + 61 8 9322 1734 Email: ifa@congresswest.com.au Web site: www.congresswest.com.au/ifa.

3rd European Congress of Biogerontology. November 8-12, 2002 Firenze e Montecatini Terme, Italy. Organized by Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, Sezione di Biogerontology, e Fondazione Italiana per la Ricerca sull'Invecchiamento in collaboration with European Biological Section of International Association of Gerontology. For all information please visit the Congress Websites: www.sigg.it or www.unipi.it/convegni

Eventos a realizarse en los próximos años

Congreso Europeo de Gerontología. Barcelona, España. Junio de 2003. Informes en esta dirección de correo segg@segg.org

Pan American Congress of Gerontology. Buenos Aires, Argentina, abril 30 a mayo 3 de 2003. Informes en estas direcciones de correo electrónico sagg@connmed.com.ar y sagg@intramed.net.ar Web site www.sagg.org.ar las comunicaciones postales y telefónicas serán dirigidas a la S.A.G.G. San Luis 2538 - C1056AAD Buenos Aires Argentina Telefax (54-11) 4961-0070/1042/6814

Congreso Internacional de Geriatria y Gerontología (COMLAT – IAG) Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile, Comité Latinoamericano de Geriatria –COMLAT, Asociación Mundial de Gerontología – IAG. 3 – 6 septiembre de 2003 Hotel Crowne Plaza, Santiago – CHILE. Contacto: Tajamar Congresos y Eventos Sra. Luisa Martinez. Mail: lmartinez@tajamar.cl Fono: (56 2) – 336 8165, fax: (56 2) – 233 2996.