

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

VOLUMEN 16 NÚMERO 4 OCTUBRE - DICIEMBRE DE 2002

Editorial

Originales

Autonomía y estado bucal en Adultos
Mayores que han recibido atención
odontológica domiciliaria

Presentación de casos

Implantes de titanio con elevación del seno
maxilar y su respectiva rehabilitación

Enfermedad de Alzheimer con Enfermedad
Vascular Cerebral: Demencia Mixta vs.
Enfermedad de Alzheimer con componente
vascular

Actualizaciones

Globalización de los niveles asistenciales

Eventos de la especialidad

ISSN: 0122 - 6916

Tarifa Postal Reducida No. 487. Vence diciembre de 2002



REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

Vol. 16 No. 4 octubre - diciembre de 2002

**Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria
Junta Directiva 2002 - 2004**

Presidente	Germán Mauricio Guevara Farfán
Vicepresidente	Victoria Eugenia Arango Lopera
Secretaria	Nidia Aristizábal - Vallejo
Tesorera	Leonilde Morelo Negrete
Vocales	René Alejandro Manzur Calderón
	María Francisca Echeverri Harry
	Sergio Villamizar Sayago
	Augusto Aponte Sierra

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



CONTENIDO

INDICACIONES A LOS AUTORES _____	IV
EDITORIAL _____	VII
TRABAJOS ORIGINALES	
Autonomía y estado bucal en Adultos Mayores que han recibido atención odontológica domiciliaria Ernesto Luna Maldonado _____	433
PRESENTACIÓN DE CASOS	
Implantes de titanio con elevación del seno maxilar y su respectiva rehabilitación. Caso Clínico Parte I Jimmy Matiz Cuervo _____	437
Enfermedad de Alzheimer con Enfermedad Vascular Cerebral: Demencia Mixta vs. Enfermedad de Alzheimer con componente vascular, a propósito de un caso Paola Pinto Margarita María Benito _____	441
ACTUALIZACIONES	
Globalización de los niveles asistenciales Adriana Yittzully Montoya Vargas Victoria Eugenia Arango Lopera _____	449
EVENTOS _____	454



REVISTA DE LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

Vol. 16 No. 2 abril - junio 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 arábiga de acuerdo con el orden de aparición. El título correspondiente debe estar en la parte superior de la hoja y las notas en la parte inferior. Los símbolos para unidades deben aparecer en el encabezamiento de las columnas.

Las fotografías, gráficas, dibujos y esquemas se denominan figuras, se enumeran según el orden de aparición y sus leyendas se escriben en 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.

Misión cumplida

Luego de dos años de trabajo en la revista de la Asociación, dejo este sitio a nuevas generaciones, con la tranquilidad de haber cumplido la misión encomendada por la Junta Directiva y bajo la presidencia de René Alejandro Manzur, a quien deseo especialmente agradecer el voto de confianza que ha depositado en nuestro grupo editorial. Logramos no solo rescatar parte de la productividad nacional en Gerontología y Geriátrica, sino que pudimos dar una estabilidad económica a este importante medio de producción científica.

Durante la realización del quinto congreso de la Asociación, se otorgó el premio al mejor trabajo original publicado en la revista durante los años 2001 y 2002 al tema “Escalas funcionales de la vida diaria Vs. MMSE (Minimental) en la detección temprana de la Demencia Tipo Alzheimer, influencia del genotipo APOE”, presentado por la doctora Victoria Eugenia Arango y cols. El premio al mejor artículo de actualización se le entregó al doctor Adalberto Campo Arias, por el tema “Tratamiento de los trastornos depresivos en pacientes geriátricos”. El premio a la mejor presentación de caso se le dio a la doctora Martha Lucía Jiménez y cols. por el tema “Demencia con Cuerpos de Lewy: reporte de un caso con seguimiento longitudinal”.

Odontogeriatría

La Odontogeriatría en nuestro país ha tomado, sin lugar a dudas, un papel protagónico en la producción intelectual de la Gerontología. Nuestra revista ha sido parte fundamental en la expresión científica de estos valiosos y cada vez más capacitados profesionales de la Salud. Para un ejemplo podríamos citar dos de los actuales artículos presentados en esta revista. El primero de ellos, denominado “Autonomía y estado bucal en adultos mayores que han recibido atención odontológica domiciliaria”, nos muestra un sorprendente hallazgo entre las variables que expone, en las cuales el autor nos presenta una muy interesante discusión sobre la posible explicación de la disminución de la funcionalidad en los pacientes dentados. El Caso Clínico sobre “Implantes de Titanio con elevación del seno maxilar y su respectiva rehabilitación”, nos muestra cómo es posible, bajo la nueva tecnología, dar respuesta a los problemas clínicos que inciden en una mejor calidad de vida de nuestros ancianos.

Demencias

La Unidad de Geriátrica y el grupo de la Clínica de Memoria del Hospital Universitario de San Ignacio y de la Pontificia Universidad Javeriana, ha jugado papel protagónico en estos dos años. Ellos siempre estuvieron prestos a entregarnos parte de su productividad científica, con el fin de exaltar esta revista. A todos ellos muchas gracias y estoy seguro que seguiremos viéndolos en próximas publicaciones.

Carlos Alberto Cano Gutiérrez
Editor

AUTONOMÍA Y ESTADO BUCAL EN ADULTOS MAYORES QUE HAN RECIBIDO ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DOMICILIARIA

Ernesto Luna Maldonado

Odontólogo. Diplomado en Rehabilitación Geriátrica y Gerontológica.

Especialista en Epidemiología.

ernestoluna@epm.net.co

Abstract

The main objective of the study was to explore the relation between the autonomy and the mouth state of the elderly adult patients attended through the domiciliary geriatric deontology service in the city of Medellín, Colombia. The methodology used was: a population analytic epidemiological study was designed with 87 attended patients. Dental data were taken from the clinical history and autonomy was obtained through the Barthel index. Results demonstrate the statistic association between having natural teeth and autonomy ($p=0.0042$). In other words, an elderly adult with teeth have 10 times greater the risk of loosing autonomy than those with no teeth and the adult elderly with loss of autonomy present 37 times a higher risk to need partial or total aid in order to perform an oral hygiene. As a conclusion, absence of dental disease (natural teeth) favors elderly adult subjects.

Resumen

El objetivo establecido fue el explorar la relación existente entre la autonomía y el estado bucal de los pacientes adultos mayores atendidos mediante el servicio de odontología geriátrica domiciliaria en la ciudad de Medellín, Colombia. Los métodos utilizados fueron: se diseñó un estudio epidemiológico analítico poblacional con los 87 pacientes atendidos. Los datos dentales fueron tomados de cada historia clínica odontológica y se determinó la autonomía aplicando el Índice de Barthel. Se realizó análisis estadístico descriptivo univariado y bivariado, y analítico calculando la razón de disparidad y el respectivo intervalo de confianza con las variables bivariadas. Los resultados evidenciaron la asociación

estadística entre la presencia de dientes naturales y la pérdida de la autonomía ($p= 0.0042$). Se encontró que el adulto mayor dentado tiene 10 veces más el riesgo de perder la autonomía que los edentados y el adulto mayor con pérdida de la autonomía presenta 37 veces más el riesgo de necesitar ayuda parcial o total para realizar la higiene bucal. Se concluye que la ausencia de enfermedad dental (dientes naturales) favorece la autonomía de la persona adulta mayor.

Introducción

Los servicios de salud domiciliarios son de gran importancia para proveer y mantener en los adultos mayores una adecuada calidad de vida. Es así como existen diferentes programas de cuidado y seguimiento al adulto mayor en su residencia, realizados principalmente por médicos, enfermeras, gerontólogos y trabajadores sociales ⁽¹⁾.

Las enfermedades más frecuentes que se presentan después de los 60 años de edad son precisamente las enfermedades crónicas discapacitantes, las cuales desencadenan el perfil de morbimortalidad de la población adulta mayor mundial, el cual es y en su orden: enfermedades del aparato circulatorio, tumores malignos, diabetes mellitus, desórdenes mentales y enfermedades músculo-esqueléticas ⁽²⁾. Las anteriores enfermedades presentan una alta probabilidad de causar la pérdida de autonomía del adulto mayor.

La pérdida de autonomía afecta la funcionalidad social y en consecuencia aumenta el tiempo de estancia en casa; afecta también el autocuidado, que genera un

mayor riesgo de enfermar o de agravar el estado de salud existente.

Los anteriores factores asociados al estado socioeconómico y cultural, afectan la asistencia oportuna del adulto mayor a los servicios de salud^(3,4). Bajo las anteriores circunstancias es cuando el servicio de salud domiciliario adquiere gran importancia y no puede la profesión odontológica ser ajena a las inmensas necesidades que en materia de salud bucal se derivan no sólo para el adulto mayor, sino también para su familia y cuidadores.

La población adulta mayor colombiana posee los más altos índices de enfermedad periodontal, pérdida dental y lesiones estomatológicas⁽⁵⁾. Se ha calculado que el 96.4% de los adultos mayores de Colombia tiene algún tipo de enfermedad bucal, convirtiéndose la cavidad oral en el mayor problema de salud de este grupo poblacional⁽⁶⁾. Estudios epidemiológicos bucales en diferentes poblaciones de adultos mayores del mundo, corroboran la presencia de altos niveles de enfermedad y necesidades bucales^(7, 8, 9, 10, 11), con lo cual se puede concluir que este fenómeno de salud afecta a toda la población adulta mayor sin diferenciar la diversidad existente entre las regiones del mundo.

La actual investigación tuvo como objetivo explorar la relación existente entre la autonomía y el estado bucal de la población adulta mayor atendida mediante el servicio de odontología geriátrica domiciliaria.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio epidemiológico analítico incluyendo a la totalidad de los pacientes atendidos por el autor en la consulta odontogeriatrica domiciliaria, realizada en la zona metropolitana de la ciudad de Medellín, Colombia, durante los años de 1999 a 2001.

El número total de personas atendidas durante los tres años fue de 87. Los datos de las variables demográficas, presencia o ausencia de dientes naturales y la capacidad o no de realizar el autocuidado bucal, fueron tomados de la historia clínica odontológica en la cual se encontraba el registro que fue realizado a través de la observación clínica y encuesta estructurada aplicada al adulto mayor o de ser necesario y en su orden, al familiar o cuidador.

Para determinar la autonomía en cada adulto mayor fue aplicado el Índice de Barthel, y luego clasificados

en dos grupos según la presencia o pérdida de la autonomía. La pérdida de autonomía fue establecida por un resultado inferior del índice a los 60 puntos^(12, 13).

Se realizó análisis estadístico descriptivo haciendo uso de las medidas de tendencia central y de dispersión. El estudio analítico se realizó mediante el uso de las tablas de contingencia y posterior cálculo de la razón de disparidad y el respectivo intervalo de confianza.

Resultados

El número total de adultos mayores atendidos durante los tres años fue de 87 quienes presentaron un promedio de edad de 77.5 ± 11.0 años, siendo la edad más frecuente los 82 años, la cual representó el 9.1%. La mitad de los pacientes adultos mayores tuvo una edad superior a los 80 años.

El 72.4% (63) correspondió a las mujeres y el 27.6% (24) fueron hombres, proporciones que se encuentran

Relación entre la edad y el sexo de los pacientes atendidos en consulta odontológica domiciliaria. Medellín, 1999 - 2001				
EDAD*	#	SEXO		%
		MASCULINO	FEMENINO	
50 - 54	3	0	3	3.9
55 - 59	2	0	2	2.6
60 - 64	8	3	5	10.4
65 - 69	6	4	2	7.8
70 - 74	6	1	5	7.8
75 - 79	10	4	6	13
80 - 84	18	5	13	23.4
85 - 89	13	2	11	16.9
90 - 94	10	3	7	13
95 - 99	1	0	1	1.2
TOTAL	77	22	55	100
* No se pudo obtener el dato exacto de la edad en 10 pacientes.				

Tabla 1

dentro de la expectativa de vida de ambos sexos. No se encontró asociación estadística entre la edad y el sexo ($p=0.92$) (Tabla #1), al igual que entre el sexo y la pérdida de la autonomía; quiere decir que la pérdida de la autonomía se expresa de igual manera tanto en los hombres como en las mujeres.

El 56.3% de los adultos mayores atendidos en la consulta odontogeriatrica domiciliaria fue autónomo y el 43.7% presentó pérdida de la autonomía. Las principales causas fueron: por accidente cerebrovascular el 28.6%, seguido con una frecuencia igual al 17.1% por la enfermedad mental tipo Alzheimer, las enfermedades músculo-esqueléticas, la fractura de cadera y la presencia de enfermedad terminal (principalmente cáncer). Un paciente presentó la pérdida de la autonomía por causa desconocida atribuida a efectos del proceso de envejecimiento (Tabla #2).

Relación entre la presencia de enfermedad incapacitante y la presencia de dientes naturales en los pacientes con pérdida de autonomía, atendidos en consulta odontológica domiciliaria. Medellín, 1999 - 2001			
Enfermedad incapacitante	Presencia de dientes naturales		%
	Si	No	
Enfermedad mental tipo Alzheimer	6	0	17.1
Enfermedad musculoesquelética	5	1	17.1
Accidente cerebro vascular	10	0	28.6
Enfermedad terminal (Cáncer principalmente)	3	3	17.1
Fractura de cadera	6	0	17.1
Etiología desconocida (envejecimiento)	1	0	2.9
Total	31	4	100

Tabla 2

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la presencia de dientes naturales y la pérdida de la autonomía ($p=0.0042$). El 88.5% (31) de los adultos mayores con pérdida de autonomía presentó dientes naturales (Tabla #2). El adulto mayor que ha conserva-

do dientes naturales tiene 10 veces más riesgo de perder la autonomía que los adultos mayores que han perdido todos los dientes naturales (Tabla #3).

Al evaluar la presencia de autonomía con la capacidad del adulto mayor de mantener el autocuidado bucal, se

Estudio analítico de la autonomía de los pacientes atendidos en consulta odontológica domiciliaria. Medellín, 1999 - 2001			
Autonomía vs.	Razón de disparidad	Intervalo de confianza	Valor de p
Edentulismo	10.14	2.97 < OR < 45.39	0.0000
Sexo	0.44	0.15 < OR < 1.27	0.0907
Autocuidado bucal	37.10	8.79 < OR < 233.29	0.0000

Tabla 3

encontró que el adulto mayor con pérdida de autonomía presenta 37 veces más riesgo de necesitar ayuda parcial o total para realizar la higiene bucal (Tabla #3).

Discusión

El resultado más relevante de la presente investigación es el hallazgo de la asociación entre la presencia de dientes naturales y la pérdida de la autonomía, o enfocado desde la óptica opuesta, la protección de la autonomía que tiene el edentulismo en los adultos mayores ($0.02 < 0.1 < 0.34$).

El anterior hallazgo puede ser explicado desde varias perspectivas. La primera, que podría catalogarse como simplista y nociva, sería que los dientes naturales tienen una corresponsabilidad con la pérdida de la autonomía. Si se responde a las siguientes preguntas sobre la salud bucal del adulto mayor: En qué estado se han mantenido los dientes naturales? y Cuál ha sido la cronicidad de la enfermedad dental?, se puede deducir de las respuestas el veredicto de inocencia de los dientes naturales y la condena de la presencia durante largo tiempo de la enfermedad dental en la vida del adulto mayor.

La segunda, sería precisamente la relación causal entre la enfermedad dental y el desarrollo subsecuente

de enfermedades discapacitantes. Al respecto en investigaciones recientes se ha evidenciado la relación existente entre la enfermedad periodontal y los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular y la diabetes ^(14, 15); y la tercera perspectiva derivada de las dos anteriores sería el detrimento de la salud dental secundario a la enfermedad discapacitante, como se ha demostrado en adultos mayores con diagnóstico de Demencia Tipo Alzheimer ^(16, 17).

Bajo la anterior evidencia es perfectamente posible que los adultos mayores que han perdido todos los dientes naturales y que por lo tanto han estado libres de enfermedad dental mantengan la autonomía durante mayor tiempo. Por último se puede deducir la probable existencia de la relación causa efecto y en doble vía, entre la enfermedad bucal y las enfermedades discapacitantes.

Conclusiones

1. Los adultos mayores dentados que recibieron atención odontológica domiciliaria y que por lo tanto tienen riesgo de sufrir enfermedad dental, presentaron mayor pérdida de la autonomía que aquellos que habían perdido todos los dientes naturales.
2. Existe relación directa entre la pérdida de la autonomía y la pérdida del autocuidado bucal en los adultos mayores que recibieron atención odontológica domiciliaria.
3. La enfermedad cerebrovascular fue la enfermedad más frecuente en los adultos mayores con pérdida de la autonomía que recibieron atención odontológica domiciliaria.
4. No se encontró relación causal ni estadística entre la autonomía, la edad y el sexo.
5. En la presente investigación no se pudo determinar con exactitud el momento en el cual el adulto mayor perdió todos los dientes naturales. Considero que la evaluación de este factor en otros estudios similares puede ser muy relevante.

Referencias

1. Scanameo AM, Fillit H. House calls: a practical guide to seeing the patient at home. *Geriatrics* 1995; 50:33-39.
2. World Health Statistics Annual. WHO. Geneva. 1998.
3. Grath CM, Bedi R, Gilthorpe MS. Oral health related quality of life-views of the public in the United Kingdom. *Community Dental Health* 2000; 17:3-7.
4. McGrath C, Bedi R, Dhawan N. Factors influencing older people's self reported use of dental services in the UK. *Gerodontology* 1999; 16:97-102.
5. Tercer Estudio Nacional de Salud Bucal. ENSAB III. Ministerio de Salud. República de Colombia. 1999.
6. Programa: Salud del Anciano. Dirección General de Promoción y Prevención. Ministerio de Salud. República de Colombia. 1997.
7. Rodríguez G, Goiriena FJ y Mallo L. Oral Health in the Elderly in Spain. Bilbao: Ediciones Eguia. 1998.
8. Karkazis HC, Kossioni AE. Oral health status, treatment needs and demands of an elderly institutionalized population in Athens. *Europe Journal restorative dentistry* 1993; 1:157-163.
9. Miyasaki H et al. Oral Health conditions and denture treatment needs in institutionalized elderly people in Japan. *Community dental oral epidemiology* 1992; 20:297-301.
10. Toward improving the oral health of Americans: an overview of oral health status, resources, and care delivery. Oral health coordinating committee, public health service. *Public health report*. 1993; 108:657-672.
11. Douglas Ch, Furino A. Balancing dental service requirements and supplies: epidemiologic and demographic evidence. *JADA* 1990; 12:587-592.
12. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Med Journal* 1965; 14:61-65.
13. Perlado F. Teoría y práctica de la Geriatria. Madrid: Editorial Díaz de Santos. 1995:209-251.
14. Kinane D, Lowe G. How periodontal disease may contribute to cardiovascular disease. *Periodontology* 2000. June. 2000.
15. Loshe W et al. Plasma lipid and blood glucose levels in patients with destructive periodontal disease. *Journal of Clinical Periodontology*. August, 2000.
16. Nordenram G, Ryd-Kjellen E, Johansson G, Nordstrom G and Winblad B. Alzheimer's disease, oral function and nutritional status. *Gerodontology* 1996; 13:9-16.
17. Ship JA, Puckett SA. Longitudinal study on oral health in subjects with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42:57-63.

IMPLANTES DE TITANIO CON ELEVACIÓN DEL SENO MAXILAR Y SU RESPECTIVA REHABILITACIÓN CASO CLÍNICO (PARTE I)

Jimmy Matiz Cuervo

Docente Odontogeriatría U. N.
Docente Rehabilitación oral U. N.
Certificación Implantología Oral
Especialista en Docencia Universitaria
Miembro ACGG

Summary

The titanium implants have been used for more or less 30 years, in the treatment of partially or totally edentulous patients with positive results in long term.

However some anatomic variables can do difficult the adequate insertion of implants.

Actual report presents an insufficient alveolar bone volume between the sinus floor and the crest of the residual ridge, because of big pneumatization of the sinus cavity.

It is necessary to use sinus grafting techniques in order to have rapid regeneration improving the maxillary sinus augmentation. Then it is time to place and stabilize the dental implant in a ideal bucco-palate position to receive fixed prosthesis.

The final objective about implant-supported fixed prosthesis provides to get back the morphology, function, comfort, esthetic, speech and health to the stomatognathic system.

These techniques are each day more and more used in older people treatment with successful results.

Introducción

El uso de los implantes en boca, no es nuevo. Ya desde los egipcios se encuentran referencias del uso de elementos extraños al organismo pretendiendo recuperar el órgano perdido. Naturalmente los materiales no eran los más adecuados. Las técnicas y materiales

utilizados para reemplazar los dientes perdidos han venido evolucionando a lo largo de los años. Así se han utilizado materiales como madera, dientes de animales, diferentes tipos de hueso, metales como el acero, varias aleaciones de metal y finalmente el de mejores resultados hasta el presente, el titanio. La técnica de fresado, la quirúrgica, el tiempo de espera para rehabilitar, las formas y tipos de implantes, también han evolucionado constantemente. Hoy día la efectividad de los tratamientos restauradores soportados sobre implantes dentales es altísima; se acerca en promedio al 98% en todos los casos siendo sin embargo algo menor para el maxilar superior.

La seguridad del éxito en estos tratamientos es absolutamente indiscutible, obviamente en manos expertas y con las condiciones clínicas, académicas y de infraestructura suficientemente disponibles.

Los implantes utilizados actualmente deben ser de titanio tipo IV y los hay roscados o en bala pudiendo ser recubiertos o no, con algún tipo de material óseo-integrador como el plasma de titanio (TPS) o de hidroxapatita (HA).

La evolución de la Implantología oral con la suficiente evidencia científica viene desde hace más o menos 25 años con los trabajos del profesor Branemark. Tanto así que la discusión hoy día sobre los implantes orales no está en si funcionan o no, sino en el tipo de superficie más adecuado para establecer la óseo-integración, en la geometría y en la biomecánica. Todo esto ha permitido ser aún más audaces en los tratamientos y ya

hay alternativas diferentes para casos clínicos difíciles o imposibles de realizar hasta hace algunos años.

Las alternativas de rehabilitación oral en un paciente con pérdida dental bilateral posterior (clase I de Kennedy) en maxilar superior ahora son viables y efectivas. Aun en casos donde el remanente óseo es menor de 4 mm y donde el seno maxilar está interfiriendo con la colocación del implante.

Para lograrlo es necesario colocar un injerto que nos dé mayor longitud ósea, mejorando la relación corona / implante y adicionalmente una mayor interfase hueso / implante.

El presente caso clínico es el ejemplo típico de la necesidad de elevar la membrana del seno maxilar, rellenar ese espacio que queda con un material de injerto específico, buscando un mejor soporte del implante y evitar así la invasión del seno maxilar.

Tenemos así en nuestras manos una alternativa de tratamiento ideal para la pérdida dental de nuestros pacientes y sobretodo la gran satisfacción que representa para ellos tratamientos de esta naturaleza.

Este tipo de tecnología no puede faltar en profesionales que atendemos permanentemente a pacientes adultos mayores ya que en ellos es donde se evidencia más la necesidad de una buena rehabilitación.

Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 72 años de edad que consulta por movilidad dental en segmentos posteriores del maxilar superior.

Antecedentes médicos

No presenta ningún tipo de patología sistémica en los últimos años y no ingiere ningún tipo de medicamento.

Análisis extra-oral

Cara redonda
Surco nasolabial bilateral ligeramente marcado

Análisis intra-oral

Puente fijo superior de 11 unidades en porcelana de 30 años de antigüedad completamente deteriorado.

Puente fijo de tres unidades de 34 a 37 en buen estado.

Corona en porcelana del 46 en buenas condiciones.
Pérdida de 18, 16, 15, 14, 12, 21, 22, 24, 26, 27, 35, 36, 38, 45, 48.

Dientes presentes 17, 13, 11, 23, 25, 28, 31, 32, 33, 34, 37, 41, 42, 43, 44, 46, 47.

Abrasión dental en anteriores inferiores.

Higiene oral deficiente.

Movilidad generalizada en el puente fijo superior.

Presencia de irritantes locales.

Examen radiográfico

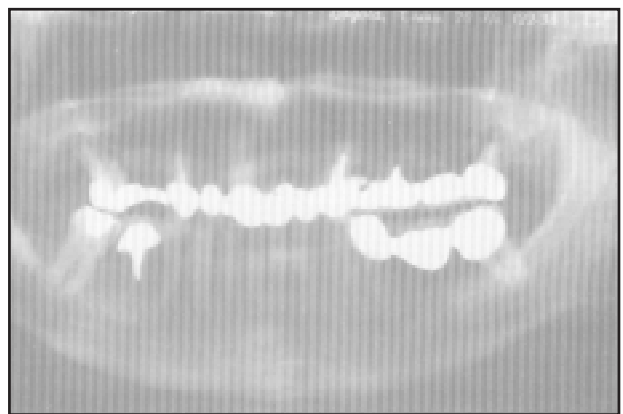


Figura 1

Pérdida ósea horizontal y vertical generalizada en maxilar superior.

Caries, desadaptación y pérdida ósea completa en el 17.

Mesialización del 17.

Endodoncia del 13 en buenas condiciones.

Endodoncia parcial del 23 con núcleo muy corto.

Raíz corta en el 25 con núcleo corto y ensanchamiento del ligamento.

Pérdida ósea completa en el 28 con tratamiento endodóntico inadecuado.

Mesialización del 28.

Pérdida ósea horizontal generalizada en maxilar inferior.

Desgaste incisal en incisivos anteriores.

Raíz curva del 44.

Núcleo ligeramente mesializado del 46.

Imagen radiográfica de puente fijo entre 34 y 37 y de corona individual en 46.

Imagen radiográfica de puente fijo del 17 al 28.

Análisis de modelos

Curva de Speed moderada.
Arco superior mixto.
Arco inferior mixto.

Diagnóstico

Trauma Oclusal.
Periodontitis del adulto severa localizada 17-28.
Periodontitis del adulto leve generalizada.

Plan de tratamiento

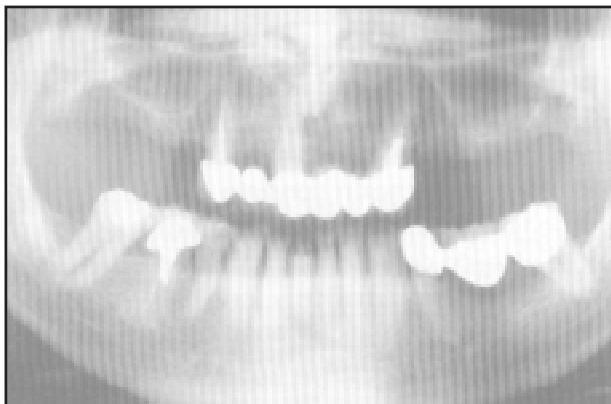


Figura 2

Tratamiento Periodontal.
Tratamiento endodóntico 23.
Tratamiento quirúrgico, Exodoncia 17-28.
Procedimiento de operatoria, resinas incisales nivelando el plano incisal.
Educación y manejo de Higiene Oral permanente.

Tratamiento Rehabilitador así:

Parcial Acrílica Inmediata.
Encerado diagnóstico.
Elaboración de puente fijo de 13 a 23 convencional.
Impresiones preliminares.
Encerado diagnóstico para establecer posición aproximada de los implantes.
Fase quirúrgica de elevación de seno maxilar derecho con colocación de injerto.
Fase quirúrgica I para colocación de implantes en cada cuadrante.
Fase quirúrgica II para restauración protésica de segmentos superiores posteriores.
Rehabilitación final con puentes fijos anclados a implantes.

Fase Quirúrgica I

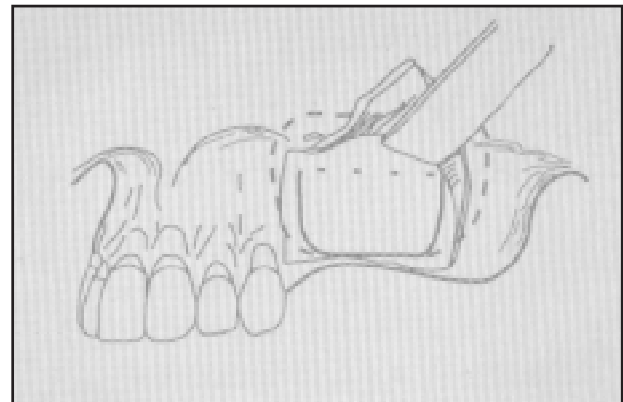


Figura 3

Debido a la poca altura del hueso remanente en el segmento posterior derecho, se planeó realizar un procedimiento quirúrgico de elevación del seno maxilar con la decisión de colocar injerto de hueso liofilizado del banco de huesos, mezclado con fosfato tricálcico. El primero con el objeto de servir de matriz al crecimiento óseo y el segundo como estimulante del crecimiento óseo. En el segmento superior izquierdo la altura ósea era algo mayor y nos permitía la colocación de implantes sin elevar seno maxilar. En este acto quirúrgico se colocarían los cuatro implantes ya que el hueso remanente nos daría la estabilidad primaria necesaria para lograr una óseo-integración adecuada.

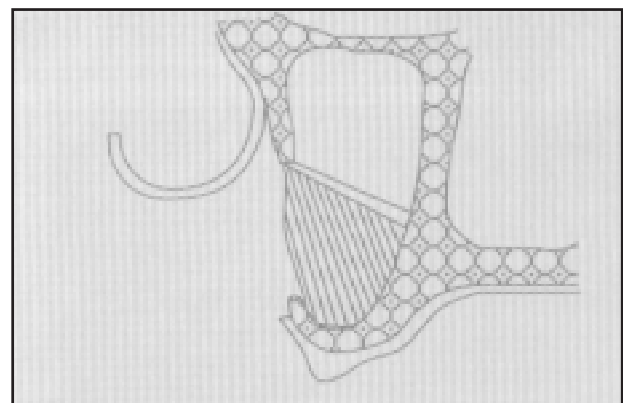


Figura 4

La cirugía se realizó bajo estrictas condiciones de bioseguridad, así:

Incisión continua en el fondo del surco vestibular a nivel de los segundos premolares, con relajante anterior

en la zona derecha ubicando la pared del seno maxilar.



Figura 5

Inmediatamente posterior al levantamiento perióstico, se marca con fresa sobre la pared ósea una ventana más o menos cuadrangular que en nuestro caso retiramos para posteriormente, una vez colocado el injerto, se reposiciona.

Con sumo cuidado de no rasgar la membrana sinusal se va desprendiendo y desplazando hacia arriba con la ayuda de un elevador de membrana sinusal, dando el espacio suficiente para el injerto óseo, el cual va a rellenar parte de lo que era la cavidad del seno maxilar.

Enseguida mezclamos el hueso liofilizado y el fosfato tricálcico con unas gotas de suero fisiológico y lo em-

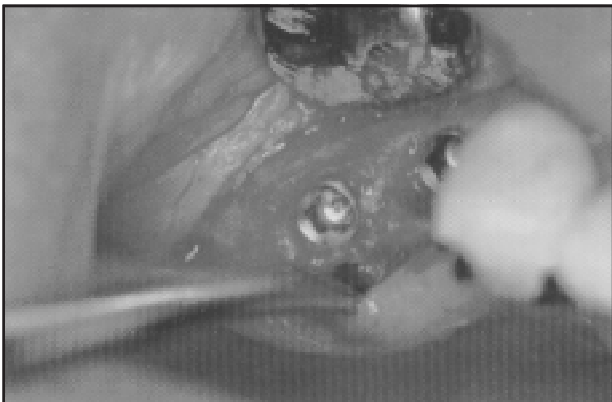


Figura 6

pacamos cuidadosamente entre la membrana del seno maxilar que queda por encima y el piso del seno maxilar por debajo. Debemos tener en todo momento un acceso visual excelente para controlar el desplazamiento de la membrana y la ubicación del injerto. Enseguida reposicionamos la tabla ósea y el colgajo desplazado.

En este caso en particular, debido a que el hueso remanente es de unos 4 mm, cantidad mínima suficiente para una fijación inicial de los implantes, se procede a su colocación a una distancia equidistante visualmente de unos 6 mm de las superficies distales de los caninos, continuando con la colocación a la misma distancia de los implantes más distales.

Se utilizaron implantes de tipo liso recubiertos de hidroxiapatita (Bio Vent) 10 y 13 mm de la casa Dentsply (spectra system) obteniendo en todos fijación primaria. La técnica de colocación consiste en la utilización de fresas de titanio quirúrgicas con irrigación interna para proteger el tejido de trauma térmico. Las fresas se utilizan de diferentes tamaños y longitudes progresivas para ir preparando el nicho óseo que va a recibir el implante dental.

Se reposicionan los tejidos y se sutura, medicando al paciente y realizando los controles clínicos y radiográficos mensuales. En este momento esperamos ocho meses, tiempo aceptado internacionalmente para la segunda fase quirúrgica y la rehabilitación final del paciente.



Figura 7

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER CON ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL: Demencia mixta vs. Enfermedad de Alzheimer con componente vascular: a propósito de un caso

Paola Pinto

MD. General - Universidad Pedagógica de Tunja

Margarita María Benito

Neuropsicóloga - Hospital de la Policía

Abstract

The dementia diagnosis, on a memory clinic context, is an assessment that requires a detailed knowledge of the past medical history and ongoing medical, cognitive and behavioral conditions in terms of their onset, course and presentation of the disease. Complementary laboratory and neuroimaging tests are usually performed on a patient that attend, for example, to the Memory Clinic of the San Ignacio Hospital. A relevant issue to bring up is that, once the diagnosis of dementia has been made, the clinician needs to establish the differential diagnosis.

Even though Alzheimer's Disease (AD) is by far the most common type of dementia, recently better identification of patients with Dementia with Lewy Bodies (DLB) -recognized to be the second most common pathological cause of degenerative dementia (Cummings, 1999; Scinto, 2000)- and dementias with prominent dysexecutive Syndrome –such as Frontotemporal Dementia (FTD). Clinical manifestations of the latter degenerative entities, for example, may overlie the true diagnosis of the AD, complicates the diagnosis accuracy and reinforces a search of high fidelity markers of other diseases that courses with the dementia. According to Morris (2000), brain vascular lesions are modifiers factors of the AD manifestations rather than a primary cause of dementia. Nevertheless, there are still a long rode to know and widely assure the role of the vascular events on the dementia.

In the majority of cases, AD is present in a predictable form, that is to say, initiates after the age of 65 years

old, patients have progressive impairment of cognitive functions and traditionally neuroimaging studies –computed tomography (CT) scan or magnetic resonance imaging (MRI)– show cerebral cortex atrophy. Vascular dementia (VD) characteristics, though not defined uniformly, are : previous to the dementia course –three months earlier– a vascular or discrete(s) event(s) and stepwise cognitive worsening of the cerebral region associated with the event(s).

Traditionally, neuroimaging has shown changes related with tissue necrosis due to large and small vessel strokes, and white matter disease as a result of a chronic deficit on the oxygen contribution. According to the latter specification, differential diagnosis of the AD and VD would not represent any difficulty. Nonetheless, cases as the one presented in the present review challenge the standard clinical tools to yield to a high accuracy diagnosis of AD, where such diagnosis precision will lead to an adequate therapeutic intervention that will improve patients' life quality and caregivers.

Introducción

El diagnóstico de las demencias, en el contexto de una clínica de memoria, es una labor que involucra el conocimiento de los antecedentes, la presentación clínica y curso de la enfermedad y los hallazgos en exámenes y pruebas complementarias que se realizan a los pacientes que acuden, por ejemplo, a la Clínica de Memoria del Hospital San Ignacio. Un punto importante para discutir, es que una vez que se ha establecido el diagnós-

tico de demencia, el reto es realizar el diagnóstico diferencial.

Aunque ya sabemos que la Enfermedad de Alzheimer (EA) es la principal causa de demencia, cada vez se reconocen más casos de, por ejemplo, Demencia por Cuerpos de Lewy o de demencias fronto-temporales, diferentes a la EA. Las manifestaciones clínicas de estos trastornos, que muchas veces pueden solapar una EA, complican el diagnóstico y hacen necesaria la creación de marcadores de alta fidelidad para las enfermedades que cursan con demencia. Por otra parte existen los síndromes demenciales que no corresponden a una EA, pero que pueden actuar en conjunto con una EA, generando interrogantes acerca de la contribución de cada una, al mismo síndrome demencial.

Según Morris 2000, las lesiones vasculares cerebrales son uno de los ejemplos tomados como factores modificantes de las manifestaciones de la EA, más que como una causa primaria de demencia, aunque aún queda mucho camino por recorrer, para asegurar y conocer ampliamente el papel de los eventos vasculares en la demencia.

La Enfermedad de Alzheimer se presenta en la mayoría de los casos de forma casi predecible, es decir, inicia generalmente después de los 65 años, los pacientes presentan un deterioro progresivo de las funciones cognitivas y en la Tomografía Computarizada (TC) o en la RMN cerebral, se aprecia atrofia de la corteza cerebral.

En la demencia vascular, las características aunque no están uniformemente definidas, lo más frecuente es que exista un evento cerebro vascular previo al desarrollo de la demencia (3 meses antes), con un progreso escalonado y características dependientes de la región del cerebro que haya sido afectada con el evento. En las neuroimágenes se encuentran cambios relacionados con la necrosis tisular ocasionada por la isquemia o con cambios de la sustancia blanca originados en un déficit en el aporte de oxígeno de carácter crónico; por lo anterior, parecería que diferenciar entre estos dos tipos de demencia no supondría ningún problema, sin embargo, casos como el que vamos a presentar a continuación, se convierten en un reto porque de un diagnóstico claro y certero depende la intervención terapéutica del paciente y por lo tanto la calidad de vida de éste y de sus cuidadores.

A continuación describiremos algunos conceptos claves para el desarrollo del tema:

Demencia

Es un síndrome adquirido, de origen orgánico, en un paciente sin compromiso del estado de conciencia y que ocasiona múltiples alteraciones cognoscitivas (incluyendo memoria), las cuales llevan a incapacidad funcional, laboral y social.

Características de la EA

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es la más común de las demencias neurodegenerativas. La prevalencia de la EA es dependiente de la edad y se duplica cada 5 años desde los 65 años, es decir, entre los 50 y 65 años es del 1%, en mayores de 65 años 15.8% y hasta un 50% en mayores de 85 años. Las causas de EA son variadas e involucran factores de riesgo entre los que se encuentran unos definidos que son la edad, la relación de la EA y el envejecimiento, además de la agregación familiar, que se compone de agregación autosómica dominante, cuando existen por lo menos tres casos en dos generaciones y más aún si estos han sido establecidos por estudio anatomopatológico de la enfermedad y agregación familiar no autosómica dominante en la cual existen dos casos en dos generaciones. Por otra parte existen factores de riesgo genético, relacionados sobre todo con EA de presentación temprana y que se refieren a las mutaciones que se han encontrado en los cromosomas 1, 10, 14 y 21. Sin embargo, también se ha encontrado que el factor genético puede desempeñar un papel en el desarrollo de EA tardía y en los casos esporádicos con la presencia de la Apolipoproteína E (ApoE), que es una proteína implicada en el transporte de colesterol y otros lípidos en los tejidos, pero cuya isoforma ApoE4, está relacionada con alteraciones en el transporte y depuración de lípidos o sustancias amiloideas o con variación del crecimiento neurítico ante injurias en el tejido cerebral. El gen que codifica la ApoE se encuentra en el brazo largo del cromosoma 19. La presencia de síndrome de Down en la familia se entiende también como factor de riesgo para desarrollar EA, porque los pacientes con trisomía 21 en edades medias de su vida presentan características clínicas y patológicas de la EA; aquí se puede destacar que se han encontrado factores genéticos que están involucrados

en el desarrollo de EA aislada, es decir, sin antecedentes familiares de la enfermedad. También existen otros factores que se pueden considerar como probables entre los que se encuentran el trauma craneoencefálico y el género femenino.

Los criterios diagnósticos más aceptados son los postulados por el DSM IV y los del Instituto Nacional de Desórdenes Neurológicos y Enfermedad de Alzheimer y Desórdenes Relacionados (NINCDS – ADRDA) y en síntesis son: Demencia establecida por exámenes mentales, con alteraciones en la memoria y una o más de las siguientes alteraciones: Afasia (alteración en el lenguaje), Apraxia (alteración en la habilidad motora con función motora intacta), Agnosia (dificultad para reconocer objetos con función sensorial normal) o Alteraciones en las funciones ejecutivas (planeación, organización, secuenciación, abstracción, etc). No hay alteración en el estado de conciencia, el deterioro de las funciones cognoscitivas es progresivo, igual que para las actividades de la vida cotidiana, y los patrones de comportamiento. Generalmente hay historia familiar de EA o de demencias, evidencia en la TC de atrofia de la corteza cerebral, en la Resonancia Magnética Nuclear (RMN) se encuentran alteraciones como aterosclerosis marcada, y cambios sugestivos de lesiones isquémicas que pueden ser corticales o subcorticales; en estado avanzado de la enfermedad, se puede encontrar hipertensión, mioclonías y/o convulsiones. La manera de realizar un diagnóstico definitivo de la enfermedad es por medio de la comprobación histopatológica de esta en el cerebro postmortem.

Características de la demencia vascular

La Demencia Vasculare define a pacientes que, como consecuencia de Eventos Cerebro-Vasculares, presentan deterioro en tres o más funciones cognoscitivas que conllevan a una alteración de la personalidad y de la conducta que interfiere con las actividades de la vida diaria. Cerca de un 25% de pacientes que presenta algún tipo de ECV desarrolla demencia y aunque inicialmente se consideraba que la demencia vascular era la demencia multi-infarto, hoy se conoce que la isquemia no es la única causa de alteraciones cognoscitivas. Lo que está claramente determinado es que para clasificar una demencia como vascular, es requisito comprobar la causalidad, es decir, la aparición de la demencia debe ser posterior a la ocurrencia de un evento cere-

bro-vascular. La demencia vascular es la segunda causa de demencia luego de la Enfermedad de Alzheimer, aunque en algunos países como Rusia y Japón es la primera causa.

La demencia vascular puede ser causada por ECV isquémico o hemorrágico. Los mecanismos de isquemia son por embolía de origen cardiaco, aórtico o arterial; hemodinámico por estenosis arterial o hipotensión. También se conoce como causa de isquemia las enfermedades difusas de la sustancia blanca subcortical, entre las que se encuentran la lipohialinosis de pequeños vasos secundaria a hipertensión, la angiopatía amiloide, la hipotensión severa, CADASIL (Arteriopatía Autosómica Dominante con Infartos Subcorticales y Leucoencefalopatía), la Hidrocefalia de presión normal y el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos.

La isquemia generalmente es ocasionada por compromiso de vasos mayores extra o intra- craneales, entre 1 y 6 mm de diámetro y vasos pequeños entre 100 y 700 micras de diámetro. Los infartos lacunares clásicos son originados por la oclusión de ramas lentículo-estriadas de la arteria cerebral media o arteria cerebral anterior, paramedianas originadas en la arteria basilar o tálamo-perforantes de la arteria cerebral posterior. Si los vasos afectados son las arteriolas penetrantes largas de origen cortical, el área afectada es la sustancia blanca periventricular. Los mecanismos de oclusión vascular son el embólico o hemodinámico por ateroestenosis con disminución severa del flujo sanguíneo distal al lugar de oclusión.

La hemorragia puede ser intracerebral por hipertensión, aneurismas, angiopatía amiloide y también puede ser subaracnoidea.

Como podemos ver, existen muchas patologías vasculares que generan lesión cerebral y todas están dentro de las causas de demencia vascular; las características de los mecanismos por los cuales dichas patologías conducen a la demencia son:

- Volumen: Aunque no existe un número exacto con el cual podamos decir que a partir de esta cantidad de tejido cerebral comprometido se genera demencia, si se reconoce que entre más grande sea la lesión mayor será la severidad de la demencia, pues al parecer, las lesiones que comprometen una can-

tividad menor a 30 ml de tejido cerebral se benefician de los mecanismos de compensación cerebral que disminuyen. El riesgo de deterioro cognoscitivo, sobre todo si no existe EA, alteración difusa de la sustancia blanca o atrofia cerebral

- Localización: Las ubicaciones de lesión vascular más asociadas con desarrollo de un cuadro demencial son la talámica, caudada y angular o en casos de enfermedad difusa de la sustancia blanca periventricular. La bilateralidad también se reconoce como factor importante relacionado con las demencias vasculares.
- Número de Infartos: Los déficit posteriores a ECV que no cumplen con los criterios para el desarrollo de demencia individualmente, al agregarse pueden configurar el síndrome de demencia vascular.
- Alteración en el metabolismo del oxígeno: Mientras la lesión tisular no llegue a los límites de la irreversibilidad, el tejido incrementa la extracción de oxígeno para compensar el flujo ineficiente, como una manera de mantener un metabolismo normal.

Es así como algunos infartos causarían demencia por su localización y otros por la cantidad de tejido involucrado independiente del área afectada; mayor riesgo y severidad habrá cuando todos los factores se sumen, es decir, que los diferentes mecanismos de lesión vascular conformen un solo modelo de generación de demencia.

Para el diagnóstico de demencia vascular se tienen en cuenta los criterios de DSM IV para demencia y se agregan: Signos y síntomas neurológicos focales o evidencia de laboratorio que indique evento vascular cerebral y que se considere tienen relación etiológica con la perturbación. Uno de los criterios diagnósticos más utilizados, es la Escala de Hachinsky, en la cual se evalúan 13 parámetros y se puntúan con 1 ó 2, un puntaje mayor a 7 es sugestivo de demencia vascular, un puntaje menor a 4 es sugestivo de Demencia Tipo Alzheimer y el puntaje entre 4 y 7 nos habla de una posible causa mixta de la demencia. Otro de los puntos fundamentales en el diagnóstico de la DV son las neuroimágenes y entre éstas la más útil en nuestro medio, hasta el momento, es la Resonancia Nuclear Magnética; se evalúan las alteraciones de la sustancia blanca para lo que se pueden utilizar los grados de compromiso descritos por Longstreth.

Los factores de riesgo vascular y su relación con la Enfermedad de Alzheimer son el tópico que atañe al caso que estamos presentando en esta ocasión. Pacientes que han presentado eventos cerebro vasculares tienen mayor predisposición a sufrir EA y en los cerebros analizados de estos pacientes se encuentran alteraciones que pertenecen a las dos patologías; incluso pacientes sin manifestaciones clínicas de demencia que han muerto por enfermedad coronaria, en el análisis histopatológico muestran un mayor número de placas seniles que individuos sanos. Estos hallazgos nos orientan hacia la teoría de que la EA y las enfermedades cardiovasculares pueden tener puntos en común en cuanto a determinantes ambientales o genéticos.

Con respecto a las alteraciones genéticas, se encuentra que la Apolipoproteína E está relacionada con la concentración plasmática de colesterol de baja densidad (LDL); el alelo épsilon 4, que codifica para la isoforma de Apolipoproteína E4, se relaciona con niveles plasmáticos elevados de LDL, mientras que el alelo épsilon 2 que codifica la Apolipoproteína E2 se relaciona con niveles bajos de LDL; la misma relación se encuentra para riesgo de Infarto de miocardio.

Recordemos que aunque por mecanismos distintos, la ApoE4, también está relacionada con la EA y la isoforma ApoE2 es considerada un factor protector para este tipo de demencia.

Otro punto que involucra factores vasculares con la EA es el sistema renina-angiotensina. Uno de los componentes fundamentales de este sistema es la Enzima Convertidora de Angiotensina (ACE), elemento clave en la formación de Angiotensina II, que es un potente vasoconstrictor, y la degradación de Bradiquinina, que es vasodilatador. Existen dos polimorfismos genéticos de la ACE, el determinado por delección: ACE-D y el determinado por inserción: ACE-I. La presencia del ACE-D, se ha encontrado en relación con pacientes que desarrollan Enfermedad de Alzheimer.

Presentación del caso

Paciente de 66 años, con nivel educativo de secundaria completa, vista por primera vez en junio de 2001; acude por presentar deterioro cognoscitivo de aproximadamente 3 años de evolución, de curso insidioso y progresivo. Este cuadro consiste en pérdida de la memoria de trabajo, olvida dónde deja las cosas, teléfo-

nos, recados, compromisos; alteración en el manejo del dinero, cambios en la funcionalidad y en las actividades de desempeño cotidiano; discreta alteración en el autocuidado acompañada de trastorno importante del ánimo con labilidad emocional.

En la evaluación de control realizada 1 año después la paciente refiere subjetivamente sentir mayor tristeza así como un aumento en su agresividad. La familiar refiere mayor compromiso de su memoria y dificultades en el cálculo mental (acalculia?).

Antecedentes personales

HTA, dislipoproteinemia, osteoporosis

Antecedentes familiares

Madre con demencia, hermanos con HTA, hermana con neoplasia pulmonar, padre con cáncer gástrico.

Farmacológicos

Acetaminofén 500mg, ASA 100 mg, Adalat Oros 30 mg c/12h, Donepecilo 5 mg/d, Vitamina E 2000 UI/d.

Exploraciones complementarias

TAC cerebral julio/2002: Hipodensidad de la sustancia blanca periventricular y de los centros semiovais. Leucoencefalopatía asociada a pequeño infarto lacunar gangliobasal izquierdo (Figura 1).

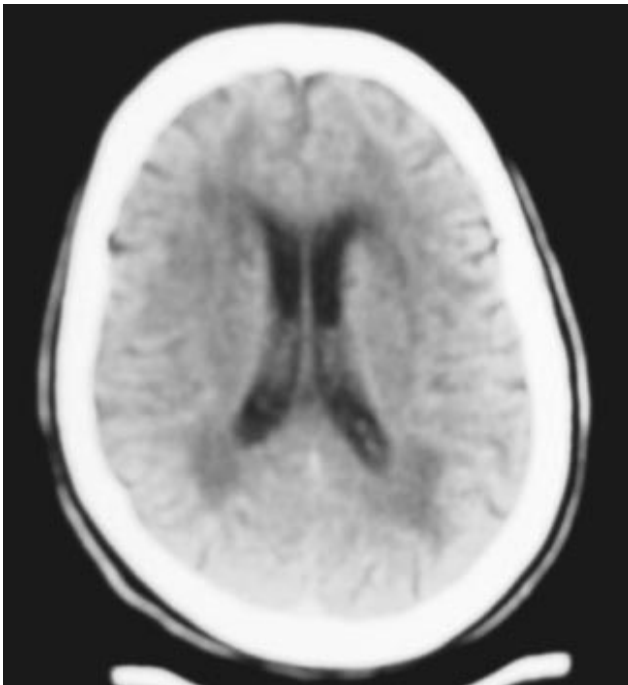


Figura 1

RMN cerebral Septiembre/2002: Alteración de la sustancia blanca bihemisférica, disminución de volumen cerebral, lesión de pequeño vaso (Figura 2).

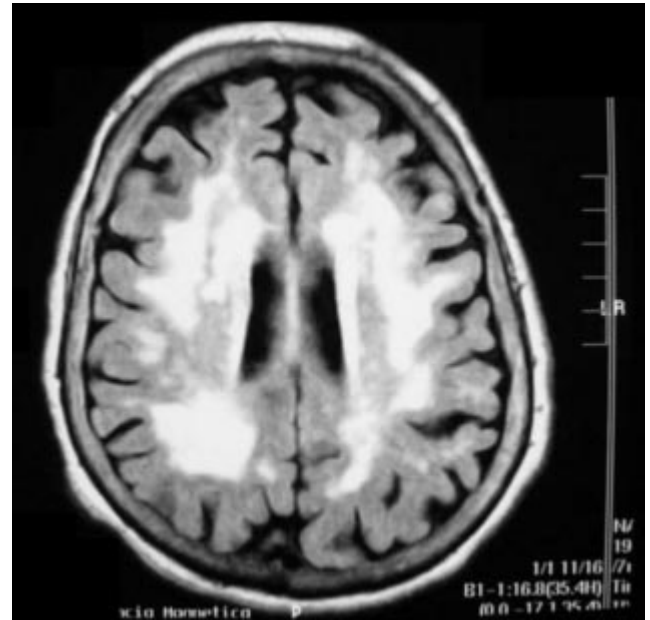


Figura 2

Doppler carotídeo: Informado como normal
TSH, T3, T4: Normales. VDRL: (NR).

La paciente fue evaluada dentro del grupo multidisciplinario de la Clínica de Memoria del Hospital San Ignacio, siguiendo los protocolos de investigación diseñados para la evaluación de las demencias.

Examen neurológico actual

Alerta, orientada, pensamiento lógico, lenguaje coherente. Fuerza muscular conservada, ROT ++/++ en 4 extremidades, coordinación, sensibilidad y marcha normal.

Escala de Hachinski: 2

En el examen físico solo se evidencia soplo sistólico Grado II/IV audible solo en foco mitral. TA: 158/98 FR: 16x' FC: 64x'

Escalas funcionales

Escala de Barthell: 100/100

Escala de Lawton: Previo: 9-3-0-1. Actual: 8-1-2-3.

Clasificación de problemas geriátricos

3 (demencia, trastornos del sueño, depresión).

Escala de quejas subjetivas dada por la familia: 30/45.

Escala de depresión geriátrica de Yesavage: 4.

Evaluación psiquiátrica

Al examen se encuentran síntomas de irritabilidad, ánimo fluctuante, llanto fácil. Patrón de sueño y apetito normal.

Escala de Hamilton: 11

Escala de depresión geriátrica de Yesavage: 2

Escala de Columbia: 3

Valoración por neuropsicología

En la comparación de las evaluaciones realizadas se encontró:

Nivel cognoscitivo general: Obtuvo el mismo puntaje MMSE que en la evaluación realizada hace un año. Los errores fueron producidos en orientación temporal y espacial, y memoria.

Lenguaje: Hay disminución significativa de capacidad para generar palabras por categorías semánticas (9 en promedio); la fluidez fonológica está conservada (13.5 en promedio). Este mismo perfil de desempeño fue observado en la primera evaluación y es representativo de pacientes con demencia de Alzheimer con nivel educativo alto, en quienes la pérdida de la memoria semántica se observa desde etapas tempranas de la enfermedad. Igualmente se halló importante compromiso de la capacidad de denominación viso-verbal, esta vez con un mejor puntaje de aciertos (47), respecto a la evaluación basal (39). La mayor cantidad de errores generados fue de tipo anómico (v. gr. respuestas como "no sé", ni idea").

Memoria: Fueron encontradas alteraciones importantes en la memoria retrospectiva reciente y remota (3/10). Con el mismo grado de severidad que el encontrado en la primera valoración, la capacidad para memorizar nueva información se halló comprometida. En la prueba utilizada (memoria explícita verbal) se observa muy pobre capacidad para evocar la información a través de ensayos de recuerdo a corto plazo, poco beneficio de las claves sobre el recobro, olvido total a largo plazo, y producción de intrusiones (18). Ver comparaciones en figura 3.

Praxis: Presenta alteración leve a moderada de las funciones viso-construccionales y viso-espaciales, donde

el principal defecto lo constituye su marcada lentificación motora, además de leves errores en el análisis espacial

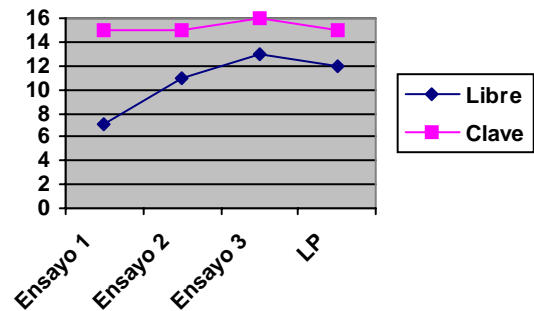


Figura 3

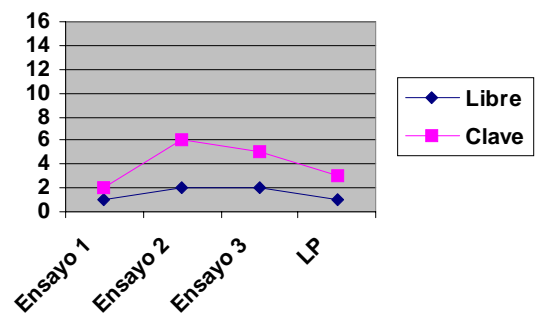


Figura 3-a

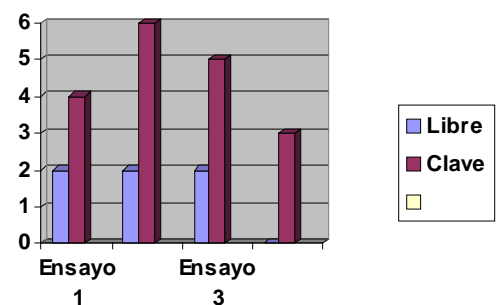


Figura 3-b

y en la planeación construccional. Su actual puntaje (26.5) en la prueba de copia de la figura de Rey-Osterrieth, es muy similar al de la primera evaluación (24).

En otras pruebas que evalúan sus funciones espaciales, de integración visual y de seguimiento visual, (Cu-

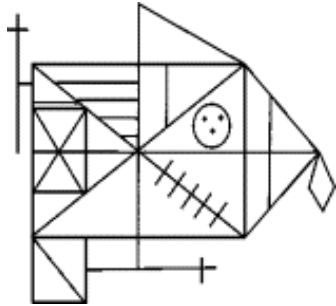


Figura 4
Figura de Rey-Osterrieth

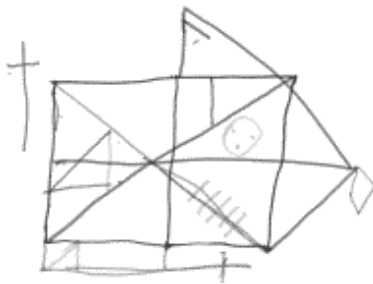


Figura 5
Figura de Rey-Osterrieth realizada por la paciente

bos 1/4; dígito-símbolo: 9; TMT-A 12/24) las puntuaciones obtenidas la ubican dentro de promedios muy bajos para lo esperado.

Pensamiento: Al igual que en la evaluación de hace un año, se halló compromiso de la capacidad de interpretación (refranes: 1/10), pero conservación de la habilidad para hallar similitudes conceptuales entre palabras diferentes (15/20), demostrando alteración importante a este nivel.

El reconocimiento de sus déficits es inconsistente (anosognosia leve a moderada).

Conclusión: Los hallazgos neuropsicológicos inter-evaluaciones revelan, en general, estabilidad de su deterioro cognoscitivo, el cual sigue teniendo las mismas características de compatibilidad clínica con una Enfermedad de Alzheimer (GDS: 4) (ver tabla 1). Por hallazgos radiológicos reportados en la presente evaluación, esta vez se realiza un Dx de Enfermedad de Alzheimer, con componente vascular asociado.

Comparación de puntuaciones en las evaluaciones		
PRUEBAS	1 EVALUACIÓN Junio/2001	2 EVALUACIÓN Sept./2002
MMSE	24	24
LENGUAJE		
Fluidez verbal		
Semántica	8	9
Fonológica	11.5	13.5
Denominación	39	47
MEMORIA		
Codificación	16	16
Total libre/48	5	6
Total clave/48	13	15
Largo plazo	1	0
Largo plazo clave	3	3
Total intrusiones	11	18
Reconocimiento	13	11
Falsos reconocimientos	1	0
PRAXIS		
Copia de la figura de Rey	24	26.5
Cubos		¼
Trail Making Test/24		12
Dígito-símbolo (2')		9
PENSAMIENTO		
Refranes		1
Semejanzas		15
Fluidez visual		3
Escala de Kertesz		26

Tabla 1

Diagnóstico

Demencia Tipo Alzheimer GDS 4 con agregación familiar por consenso y hallazgos clínicos, con criterios de Hachinski y hallazgos radiológicos de compromiso vascular, concluyéndose como una Demencia Mixta o Degenerativa Primaria más Vascular.

Discusión del caso

El caso presentado, tiene unas manifestaciones especiales; como es posible apreciar en el inicio, el curso, la evolución de sus síntomas y los hallazgos de la evaluación neuropsicológica longitudinal, el diagnóstico es el de un síndrome demencial con alteración de la me-

moria y un cuadro afaso-apraxo-agnósico que corresponde a una Enfermedad de Alzheimer. Al examinar la Resonancia Nuclear Magnética, se encuentran alteraciones compatibles con lesiones vasculares como son la alteración de la sustancia blanca bihemisférica, lesión de pequeño vaso y disminución de volumen cerebral.

La Enfermedad de Alzheimer se acompaña muchas veces de otras alteraciones cerebrales relacionadas por ejemplo con la edad; de esta forma, esta patología en su manifestación "más pura", solo se presenta en un 50-60% de los casos que podemos clínicamente diagnosticar. Según algunos autores, las lesiones vasculares y la enfermedad de Parkinson, son las que con mayor frecuencia coexisten con la EA, presentándose casi en un 25% cada una. Estos trastornos pueden contribuir a la manifestación de la enfermedad y hacer el proceso diagnóstico aún más difícil.

Es así como la Demencia Tipo Alzheimer presenta lesiones vasculares; los factores involucrados en el desarrollo de éstas están empezando a ser definidos por medio de diferentes estudios encaminados a encontrar posibles puntos en común en el campo de la genética, como hasta ahora se ha determinado con la ApoE y el sistema Renina-Angiotensina. Sin embargo, otro punto a tener en cuenta es la influencia del medio ambiente en el desarrollo de factores de riesgo para demencia vascular específicamente, y el papel que estos podrían desempeñar en las alteraciones vasculares que se presentan en la Enfermedad de Alzheimer.

Por otra parte, existe un concepto para revisar y es el de demencia mixta, que autores como Martínez-Lage, P (2000), definen como una entidad que no tiene criterios clínicos validados para su diagnóstico ni directrices que permitan su definición anatómo-patológica. De igual manera, si se revisan los criterios diagnósticos del DSM IV, o del CIE 10, tampoco contemplan criterios para esta entidad; solo en la revisión hecha por NINCDS-ADRDA, incluyen una categoría diagnóstica de Enfermedad de Alzheimer posible, donde podría-

mos ubicar una EA acompañada de enfermedad vascular cerebral.

Siguiendo en esta línea, el Instituto Americano para el Estudio de las Enfermedades Neurológicas y el Ictus junto con la Asociación Internacional para la Investigación en Neurociencias (NINDS_AIREN), revisado por Martínez-Lage, P (2000), recomiendan no utilizar el término de demencia mixta y reconocer solo a la EA con Enfermedad Vascular Cerebral, en los pacientes que además de cumplir con los criterios de EA tengan además evidencia clínica o radiológica de enfermedad vascular relevante.

La presencia de cambios degenerativos y vasculares, en pacientes diagnosticados con demencia, nos plantea interrogantes importantes acerca de si, por ejemplo, el síndrome demencial que estamos viendo es el resultado de la combinación de las dos patologías o si sólo es la manifestación de una de ellas siendo la otra una enfermedad concomitante.

En definitiva, sabemos que los factores vasculares tienen una gran incidencia en las manifestaciones clínicas de la EA y que es en el diagnóstico temprano de estos componentes, donde estaría nuestra acción preventiva o terapéutica en el devastador curso del síndrome demencial.

Bibliografía

1. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. ALBERCA R., LÓPEZ-POUSA S. Panamericana 1998. Cap. 12, 15, 43.
2. Research Advances in Alzheimer's Disease and Related Disorders, Etiology, pathogenesis and therapeutics. IGBAL K., MORTIMER A. J., WIMBLAD B. Wiley 1999. Cap 8.
3. Neurobiology of Mental Illness. CHARNEY-NESTLEN-BUNNEY. Oxford University Press 1999. Cap 55.
4. Geriatric Medicine Clinics, ALZHEIMER DISEASE AND DEMENTIA. Saunders 2001. DOUGLAS., GALASKO. 17:2.

GLOBALIZACIÓN DE LOS NIVELES ASISTENCIALES

Adriana Yitzully Montoya Vargas
Médica Familiar

Victoria Eugenia Arango Lopera
Geriatra Clínica
Hospital San Ignacio

Abstract

One of the challenge of the elderly stage is to be able to reflect on life satisfaction; assume goodness and badness aspects; achieve pace, serenity with himself and with others; reformulate life in order to execute new activities; enjoy spare time and achieve activities that before were not done. Attention to the elderly health is one of the contemporary issue in many countries since the decade of the sixties due to the fact of the increase of life expectancy that implies an increase of the sanitary demand and a higher proportion of health spent, mainly on dependence and incapability.

Introducción

El desafío en la etapa de la vejez se orienta a ser capaces de reflexionar acerca de la vida con satisfacción; asumirla con lo bueno, lo malo y todo lo que ésta haya tenido; lograr paz, serenidad consigo mismo y con los demás; replantearse la vida para realizar nuevas actividades; disfrutar del tiempo que ahora se tiene y hacer aquello que antes no se pudo. La atención a la salud de los ancianos es una preocupación de muchos países desde los años setenta, por el aumento en la esperanza de vida que supone un incremento de la demanda sanitaria y mayor proporción del gasto en salud, sobre todo por incapacidad y dependencia (Tabla No. 1).

Definición

La asistencia geriátrica se define como el conjunto de niveles asistenciales, hospitalarios y extrahospitalarios, sanitarios y sociales, que deben dar una respuesta escalonada en las diferentes situaciones de enfermedad

Recomendaciones en el cuidado del anciano a nivel mundial
Concertar esfuerzos de cooperación internacional, para mejorar la calidad de vida, mantener la dignidad humana y buscar la distribución equitativa de recursos. Incluir al anciano dentro de procesos socioeconómicos y evitar la segregación
Preparar para el envejecimiento, educando desde la juventud
Detectar grupos de riesgo hacia los cuales deben enfocarse los recursos y la prestación de servicios
Continuar las investigaciones del envejecimiento

Tabla 1

o necesidad que plantean los ancianos de una determinada área de salud. 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 pro-

blemática, la atención es más eficaz, disminuyendo el uso errado de los servicios y sobre todo mejorando la calidad de vida.

Los niveles asistenciales son un conjunto de actividades preventivas, terapéuticas y de capacitación, preparados a partir de un equipo de salud, dirigidos a los pacientes y sus familias; adaptados a la necesidad de un cuidado progresivo y diferente, desde las situaciones críticas y agudas a la convalecencia, y desde los cuidados continuados en el domicilio a las residencias asistidas.

Características que avalan su definición

En general se estima que el 10% de la población geriátrica usa el 30% de los servicios de salud. Asociado a esto, se han tenido en cuenta condicionamientos de tipo económico (costo-efectividad y costo beneficio), social (preocupación por la satisfacción de los usuarios-clientes), técnico (disminución de las estancias medias, descentralización de la tecnología, aparición de nuevos sistemas de información y comunicación) y cultural (la muerte es parte del proceso natural y no un fracaso del sistema sanitario), que han contribuido de forma radical al replanteamiento de los modelos de los sistemas sanitarios, que respondan a las exigencias sociales y que además sean costo-efectivos.

Se han creado nuevos modelos de atención los cuales se han probado en Canadá, EUA y Nueva Zelanda, estimando que la atención integral es menos costosa que la tradicional; que existe un uso 35% más eficiente de las camas hospitalarias con mayor satisfacción de los usuarios, cuando el anciano es atendido por equipos geriátricos; que a corto plazo hay más rápida recuperación, menor deterioro funcional y disminución en la mortalidad y riesgo de reingreso por la misma causa.

Aumento de la dependencia: En los últimos años se ha podido constatar un aumento considerable en las tasas de prevalencia de afecciones invalidantes, que crecen de manera notable a partir de los 75 años. Desafortunadamente el incremento en la esperanza de vida no siempre se acompaña de una mejor calidad de vida.

Disminución del potencial de cuidadores informales: En este punto influyen tanto el aumento en el número de personas que requiere ayuda, como la disminución del

número de individuos de las generaciones siguientes, y en concreto hijos, así como la menor dedicación de las mujeres debido al marcado ingreso al mercado laboral.

Insuficiencia de los recursos comunitarios en determinadas situaciones: Aun en sitios como Dinamarca, donde hay un gran funcionamiento de los servicios sociales, asequibles para la comunidad, hay personas que por su gran dependencia, por vivir solas o con un cuidador no capacitado, tienen inadecuada asistencia en el domicilio. El aislamiento, la soledad, la falta de contacto social, se vuelven problemas irresolubles por más recursos con que se cuenten. En esos casos las residencias, más que la atención domiciliaria son la opción (Tabla No. 2).

Justificación de los niveles asistenciales
1. Envejecimiento poblacional
2. Mayor recuperación con equipos interdisciplinarios
3. Aumento de la dependencia
4. Disminución en el número de cuidadores informales
5. Recursos comunitarios insuficientes

Tabla 2

Estructuración de los modelos de atención

La proporción de institucionalización puede variar de 1.5 a 2% y está relacionada con patologías de base que causan alteraciones funcionales y con situaciones socio-familiares conflictivas. La institucionalización, a pesar que brinda el máximo de atención, trae consigo problemas como despersonalización, abandono, negligencia, confusión mental, polifarmacia, falta de afecto, etc. (2). Pese a la creencia de que las familias participan poco en la atención de los ancianos, es claro que siguen constituyendo la red de apoyo social más constante e importante para los viejos, con provisión de seguridad emocional e intimidad (3). Sin embargo en muchas ocasiones la familia no es la mejor respuesta a las necesidades de un anciano, por desconocimiento en el manejo, falta de un equipo de apoyo, conflictos, vivienda inadecuada, problemas económicos y sobre-

carga, con alteración en este último de las actividades laborales, sociales, conyugales, parentales y de salud.

En este punto cabe mencionar que estos niveles asistenciales no solo están destinados para población geriátrica, incluyen también pacientes de salud mental, minusválidos y en cuidados terminales. El objetivo final es brindar atención de acuerdo a las necesidades y con esto disminuir los costos al sistema de salud, ya que acorta la estancia hospitalaria, facilita la rehabilitación y evita recaídas y reingresos hospitalarios.

La organización asistencial debe estar precedida de un análisis de las características de la población (biológicas, demográficas, socioeconómicas, indicadores del estado de salud, estilo de vida, recursos de salud y utilización de los mismos, entre otras), de las necesidades de la misma y de los factores de riesgo.

Después de realizar el análisis detallado, se deben priorizar los problemas existentes, para así definir el tipo de asistencia necesaria en la comunidad. Algunos de los problemas que tienen los servicios de atención al anciano son la falta de coordinación y duplicación de servicios, insuficiente personal capacitado, escasez de prevención y promoción en salud, cobertura limitada para la atención especializada y carencia de servicios de rehabilitación.

Características básicas de los modelos de atención

- Capacidad de análisis de las prioridades de la población
- Multidisciplinariedad: deben concurrir profesionales de los campos sanitarios y social, es decir no se trata de un quehacer exclusivamente médico. La coordinación sociosanitaria resulta fundamental para asegurar su éxito
- Valoración integral de las necesidades del individuo
- Coordinación entre niveles: Continuidad asistencial entre los diferentes recursos. El concepto involucra a la medicina hospitalaria y extrahospitalaria, con la necesidad de una debida coordinación e integración. Los problemas sanitarios que plantean los ancianos, en particular los pacientes geriátricos, no se resuelven sin esta condición

- Participación comunitaria
- Deben basarse en el respeto, la máxima autonomía del individuo, la voluntad y la calidad de vida de aquellas personas a quienes se apliquen
- Regulación de los criterios de admisión

Clasificación de los modelos de atención

- **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, y las unidades de cuidado paliativo, entre otros.
- **De acuerdo a la naturaleza de quien los presta:** formales e informales. Los primeros corresponden a entidades privadas o gubernamentales regidas por las políticas existentes. Los informales son las asociaciones o grupos que funcionan con reglamentos propios, establecidos según el tipo de servicio prestado. Así mismo las diferentes comunidades han creado gran cantidad de modalidades diversas donde se concentran los viejos a otras actividades, generalmente recreativas.
- **Según la funcionalidad del individuo:** Ancianos con buena capacidad funcional: Es el mayor porcentaje de ancianos. Estas personas se incluyen en los grupos de promoción y educación en salud, prevención y recreación. De ahí que generalmente requieren los servicios ambulatorios cuyo objetivo es mantener el mejor nivel de funcionamiento durante el mayor tiempo. Ancianos con deterioro de la capacidad funcional: requieren atención ambulatoria e intermedia: la atención se dirige a la disminución de los factores de riesgo y a enfrentar las discapacidades existentes. Ancianos con pobre capacidad funcional: Requieren supervisión continua. Son usuarios de los servicios institucionales. El objetivo es dar el soporte asistencial tanto al paciente como a los cuidadores.

- **Según el sitio de prestación del servicio:** Pueden dividirse en ambulatorios y en institucionales, (de internamiento y no-internamiento, en otros países) de acuerdo a la permanencia, o no, del anciano con su familia. Existe un punto intermedio, donde el uso de las instituciones es temporal (Tabla No. 3).

Tipos de asistencia		
Nivel		
Primario	Equipos de atención primaria Atención domiciliaria	Promoción en salud Prevención Educación Recreación Información
Hospitalario	Unidad de Hospitalización	Unidad de Agudos Unidad de Media estancia Unidad de Larga Estancia Unidad Psicogeriátrica
	De atención diurna	Hospital de Día Consulta de Geriatria Hospitalización a domicilio Atención geriátrica domiciliaria
Servicios Sociales	Cuidados en la comunidad	Centro de Día. Estancias temporales Comedores Agrupaciones
	Cuidados en residencias de ancianos	Viviendas comunitarias Viviendas tuteladas Acogimiento familiar
	Cuidados en el domicilio	Programa de atención domiciliaria Ayuda domiciliaria

Tabla 3

Futuro

La sociedad tiene que aceptar y comprender las necesidades de los adultos mayores pues, de otra manera, difícilmente podrá haber equidad en el acceso a la salud. Los ancianos y sus necesidades de servicios, probablemente lograrán que los sistemas de salud centren

ya su atención en la búsqueda de soluciones a un problema global, enfrentando los problemas emergentes mediante prioridades, creando ambientes sociales y físicos adecuados, promocionando los estilos de vida saludables, y formando un equipo de médicos y paramédicos especializados en una gama de cuidados para la atención al envejecimiento.

La eficiencia de los hospitales y el acortamiento de estancias hospitalarias seguirán siendo, por mucho tiempo, una prioridad, fenómeno que podrá ser resuelto tanto por la aparición de nuevas tecnologías, como por los altos costos de la hospitalización.

Otro aspecto que se deberá contemplar es la formación de los profesionales de medicina y enfermería, donde tendrán que adoptarse cambios importantes en el currículum, además de la creación de más plazas para especialistas en geriatría, rehabilitación y atención de enfermos terminales.

Conclusión

El envejecimiento de la población, manteniendo la calidad de vida, es el deseo de cualquier sociedad, teniendo en cuenta que se trata de un proceso irreversible, una vez se inicia. El cambio verdadero para una sociedad es mantener la autonomía y la independencia para la mayoría de sus ancianos.

El nuevo reto debe basarse en un proyecto solidario que se fundamente en la práctica del humanismo que sitúe a las personas en el centro de la acción social protectora, así como en el desarrollo de una oferta de servicios, capaz de dar respuesta a las nuevas necesidades de los ciudadanos. Finalmente debe caracterizarse por una atención integral a la persona que trasciende a la mera prestación de servicios asistenciales y proporcione respuesta a todas las dimensiones y necesidades con el objetivo de conseguir el pleno desarrollo y la completa integración social.

En todo este proceso la familia, y los diferentes cuidadores, desarrollan un papel fundamental e insustituible, basado en las relaciones afectivas y en la asistencia al anciano. Por tanto dentro de la estructuración de los niveles asistenciales es necesario darles el soporte necesario para que puedan asumir, en la medida de lo posible, el cuidado a las personas en situación de dependencia.

Toda población de ancianos asilada es, a priori, de alto riesgo en relación con un deterioro funcional; a ello contribuyen la propia reclusión, la baja estimulación y el estado de salud precario que suele prevalecer. Por estas razones, se hace imperativa la utilización de protocolos e instrumentos de evaluación funcional para el seguimiento longitudinal del anciano. Tal metodología permitiría el reconocimiento precoz de complicaciones susceptibles de tratamiento antes de que ocurran, ya que pueden ser costosas o irreversibles.

En el caso de Colombia, no hay políticas sociales claras que contemplen los problemas de envejecimiento y su atención. Como reflejo de esta falta de atención se encontró en 1995 que el 12% de los egresos hospitalarios era de personas mayores de 60 años. Esto plantea entonces que es necesario implementar un sistema de asistencia tanto sanitaria como social.

Bibliografía

1. Reyes-Ortiz CA. The health conditions of the elderly in Colombia: An overview. *Clin Geriatr* 2000; 8(2): 61-66
2. Programa de acción: Atención al envejecimiento. Subsecretaría de prevención y protección de la salud. Primera edición, 2001. Secretaría de Salud. México, D. F.
3. Diago, JL. Programa salud del anciano. Bogotá: Ministerio de salud 1997
4. Rossjanki S, Matusevich D. La familia del anciano institucionalizado. Libro de Geriatria. Tomo No. 9 989:34-39
5. El aporte del médico en atención primaria al cuidado del anciano en la comunidad. Programa de Geriatria y Gerontología
6. Valero C, Regalado PJ, González JI, Alarcón MT, Salgado A. Valoración geriátrica integral: diferencias en el perfil de los pacientes de los distintos niveles asistenciales. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998; 33:81-90
7. Servicios Asturianos. La asistencia sociosanitaria
8. Gómez, JF, Curcio, CL. Valoración integral de la salud del anciano. Manizales, 2002
9. López, J, Serra, J, Lozano, M, Tron, A et al. Programa integral de atención psicogeriatrica. *Revista Neurología* 2000; 30: 1181-87
10. González Ramallo, J. Estructura, organización y cartera de servicios en hospitalización domiciliaria
11. Terol García, E. Modelo de organización de la atención domiciliaria con equipo de soporte en atención primaria del territorio INSALUD
12. Berdún Cheéliz, P., Mancebón, M, Sánchez, A. Envejecimiento y dependencia: una valoración de las alternativas de financiación de los cuidados de larga duración. Universidad de Zaragoza
13. Gómez Pavón, J. Cuidados geriátricos en las unidades de cuidados paliativos hospitalarias. Volumen 34. Nº 92: 9213-9223
14. Gutiérrez-Robledo LM, Reyes-Ortega G, Rocabado-Quevedo F, López-Franchini J. Evaluación de instituciones de cuidados prolongados para ancianos en el Distrito Federal. Una visión crítica. *Salud Pública Mex* 1996;38:487-500

EVENTOS

Eventos a realizarse en el año 2002

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. Washington 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

Primer Encuentro Latinoamericano de Geriatria y Gerontología. Monterrey, México. 31 de octubre al 2 de noviembre de 2002. Sede Hotel Crowne Plaza. Informes Tels. (55) 5264-8501 5564-5205 y en este correo electrónico: ager1@prodigy.net.mx Página web www.gerlatino.com.mx

Tercera Feria Colombiana de la Diabetes. Centro de Convenciones Gonzalo Jiménez de Quesada, Bogotá, D. C., 16 y 17 de noviembre de 2002. Mayores informes en el telefax (1) 3231582 y en este e-mail fediacol@elsitio.net.co Invita <http://www.fdc.org.co> Federación Diabetológica Colombiana.

3rd European Congress of Biogerontology. November 8-12, 2002 Firenze e Montecatini Terme, Italy. Organized by Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, Sezione di Biogerontologia, 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.