

ASOCIACIÓN
GERONTO
GE
RIATRICA
DEL **C**ENTRO

Córdoba Argentina. 2009. AÑO I NUMERO 2.



Prof. Dr. Martínez Héctor David
Presidente:
Asociación Gerontogeriatrica del Centro
"Prof. Dr. Mario Alberto Crosetto"

COMISIÓN DIRECTIVA

Para el Período 2012-2016 su Comisión Directiva está integrada por:

Presidente:	Prof. Dr. Martínez Héctor David
Vicepresidente:	Mgter. Burba, María Cristina
Secretario General:	Dr. Ferrer Martin
Tesorero:	Mgter. González de Menne, María Cristina
1º Vocal Titular:	Mgter. Oliva, José Martín
2º Vocal Titular:	Prof. Dra. Keim, Susana
3º Vocal Titular:	Mgter. Lezcano, Nancy
1º Vocal Suplente:	Dr. Maestre, Jorge

Para el Período 2012-2016 su COMISIÓN REVISOR DE CUENTAS está integrada por

1º Vocal Titular:	Dr. Parodi, Luis Horacio
2º Vocal Titular:	Lic. Barbeito, Stella Maris



Revista - Staff

Director:	Prof. Dr. Martínez Héctor David
Secretario:	Mgter. José Martin Oliva
Director Área Geriatria:	Dr. Martín Eugenio Ferrer
Directora Área Gerontología:	Mgter. Burba María Cristina
Comité Editorial:	Prof.Dr. Giraud Luis Alberto B Prof.Dr. Ledesma Raul Edgardo Mgter. Dra. Navarro, Alicia Mgter.Dr. Parodi Luis Horacio Prof. Dr. Carlos Alberto Beltramino Prof.Dr. Yuni José
Corrector:	Lic. Oliva, Carlos
Editor Responsable:	Lic. Stella Maris Barbeito
E-mail:	revista@aggec.org.ar

Comité Redacción

Prof. Dr. Julio Cesar Cosiansi (Córdoba)	Mgter. Eduardo Simondi (Córdoba)
Prof. Dr. Raúl Edgardo Ledesma (Córdoba)	Lic. Alicia Tobares (Córdoba)
Prof. Dr. Miguel Ángel Dahbar(Córdoba)	Mgter. Rubén A. Castro Toschi (Córdoba)
Prof. Dr. Juan Carlos Muiño (Córdoba)	Mgter. José Antonio Giraud (San Luís)
Prof. Dr. Mario Francisco Ramello (Cba)	Prof. Dra. Norma Tobares (España)
Prof. Rodolfo Esteban Avila (Córdoba)	Dr. Luís Alberto Bautista Giraud(Córdoba)
Prof. Dr. Víctor Cinelli (Córdoba)	Mgter. Miguel Giraud (Bs. Aires)
Dr. Hugo Alberto Schifis (Bs. Aires)	Mgter. Susana Raquel Rivolta (Córdoba)
Prof. Dr. Roque Alejandro Maffrand (Cba)	Mgter. Luís Careño(Córdoba)
Prof. Dra. Alicia Maria Ramírez (Córdoba)	Mgter. Liliana Tarditti (Riό Cuarto)
Prof. Dr. Rodolfo Bielohercovzky (Cba)	Prof. Dr. Jorge García Salord (Córdoba)
Prof. Dr. Juan Carlos Vergottini (Córdoba)	Prof. Dr. Luís Horacio Parodi (Córdoba)
Prof. Dra. Alicia Navarro (Córdoba)	Prof. Dra. Maria Susana Keim (Córdoba)
Prof. Dr. Carlos de Anquin (Córdoba)	Prof. Dr. Bernado Gandini (Córdoba)
Dr. Alfonso J. Rodríguez Morales(Venezuela)	Dra. Graciela Nicolás (Córdoba)
Mgter. Oscar Alfredo Atienza (Córdoba)	Prof. Dra. Maria Elena Samar

Publicación Trimestral

ISSN: 1852-4230

Copyright 2013: Reservado todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones u otro sistema de información sin la autorización por escrito del titular del copyright.

SUMARIO

Las relaciones intergeneracionales y el compromiso social en el presente y futuro de nuestros adultos mayores Prof. Dr. Héctor David Martínez, Dr. Luis Alberto Bautista Giraudo.....	5
Lesiones Orales más frecuentes en el Adulto Mayor Sorbera, Juan Alberto.....	9
Carta de derechos y deberes de los pacientes. Un compromiso pendiente Dr. Aldo M. Joseph.....	14
Utilidad de la angiografía cardiocoronaria y la revascularización en la tercera edad Prof. Dr. Juan Félix Brunetto.....	20
Aspectos psicológicos y Neuropsicológicos del deterioro cognitivo en la tercera edad Prof. Dr. Carlos D. Mias.....	24
Influencias genéticas en la génesis del cáncer genitomamario en la Tercera edad (prevención) Chaig, María Rosa.....	27



**"LAS RELACIONES INTERGENERACIONALES Y EL
COMPROMISO SOCIAL EN EL PRESENTE Y FUTURO
DE NUESTROS ADULTOS MAYORES"**

"Intergenerational relationships and Social Engagement in the
Present and Future of Our Seniors"

**Prof. Dr. Héctor David Martínez
Dr. Luis Alberto Bautista Giraudo**

Cuando hablamos de las relaciones intergeneracionales, podemos decir que estamos en comunicación mediante las interacciones, del tipo que sean, que se dan entre los miembros de distintas generaciones que conviven en un mismo tiempo histórico.

Es un conjunto de conocimientos y de acciones encaminados a aprovechar de modo beneficioso el potencial de la intergeneracionalidad. Las mismas se abordan desde diferentes disciplinas y profesiones de las ciencias sociales y humanas: lo social, cultural y la educación, entre otros.

El trabajo intergeneracional tiene un gran potencial como agente de la política de desarrollo social y el cambio de una sociedad con integración de todas las edades y por ende, pueden considerarse instrumentos adecuados para la mejora de la integración y la cohesión de nuestras sociedades. Por su parte, la solidaridad intergeneracional es también un principio importante del envejecimiento activo; la solidaridad no sólo consiste en apoyar a las personas de edad sino en propiciar las condiciones para que éstas, a su vez, puedan participar y contribuir al desarrollo y bienestar de la sociedad.

Los distintos programas intergeneracionales, de comunicación social, son vehículos para el intercambio determinado y continuo de recursos y aprendizaje entre las generaciones, personas mayores y los niños jóvenes, como así también en el ámbito familiar y social, para beneficios individuales, sociales y familiares.

Esto hace a la necesidad de fortalecer la solidaridad, los vínculos,

Prof. Dr. Héctor David Martínez: Presidente Asociación Gerontogerátrica del Centro "Prof. Dr. Mario Alberto Crosetto" Córdoba – Argentina
Dr. Luis Alberto Bautista Giraudo: Vocal Asociación Gerontogerátrica del Centro "Prof. Dr. Mario Alberto Crosetto" Córdoba – Argentina



La solidaridad en todos los niveles, tales como, familia y comunidad, es fundamental para el logro de una sociedad en armonía para todas las edades: **“Una sociedad para todos”**.

Una sociedad en la que cada persona, tenga sus derechos garantizados y a su vez facilidades para mantener relaciones cotidianas con otras personas de distinta edad, como a nivel familiar y de la comunidad, que los vínculos comunicacionales pueden ser valiosos para toda la sociedad. Y poder procurar fortalecer siempre esos lazos como persona de bien.

Podemos decir que todas las generaciones somos entre sí interdependientes y que nos necesitamos mutuamente, estando obligados a intercambiar apoyo y otro tipo de recursos para mantener y mejorar nuestra sabiduría, bienestar y desarrollo. La igualdad de oportunidades aparece como condicionante esencial para lograr una solidaridad entre las generaciones, como los lazos familiares que refuercen esa solidaridad entre generaciones. Asimismo, señalar la importancia de que las personas mayores tengan la oportunidad de seguir trabajando y contribuyendo al desarrollo personal y familiar, si así lo desean.

Un país con un fuerte aporte a la solidaridad entre los miembros de las familias y la sociedad, estaría ampliando ese ejercicio más allá, mediante actividades, proyectos y programas que nos faciliten las interacciones beneficio a las distintas generaciones.



Fomentar la cultura, respeto, compromiso, valores



Igualdad de oportunidades



Acrescentar la solidaridad intergeneracional



la participación activa en la comunidad



Lazos familiares y sociales



Trabajo interdisciplinario



Al fomentar la participación activa en la comunidad y aumentar la solidaridad intergeneracional, las personas se relacionan con distintas actividades, mejoran la salud, la calidad de vida y el respeto por los derechos individuales de los mayores y se multiplica la igualdad de oportunidades.

En general, poder decir que necesitamos un cambio de paradigmas en la visión de presente y futuro, con una mentalidad para poder visualizar lo que significan los vínculos intergeneracionales y así acrecentar los lazos familiares y sociales para llegar a una sociedad más fortalecida en educación, cultura, valores, respeto y compromiso social.





**“UN DÍA DESPERTARAS Y YA
NO HABRÁ MÁS TIEMPO PARA
HACER LAS COSAS QUE SIEMPRE
HAS QUERIDO HACER.
HAZLAS AHORA”**

Paulo Coelho



Lesiones Orales más frecuentes en el Adulto Mayor

Oral Lesions More Common in the Elderly

Sorbera, Juan Alberto

El constante aumento de la expectativa de vida del ser humano y el consiguiente aumento del porcentaje de habitantes de más de 65 años es la justificación de la geriatría como disciplina importante de la medicina. Dentro de la odontología, se señala a la Odontogeriatría como espacio para estudiar a las patologías orales en este grupo etario.

Lesiones no cancerizables:

(más frecuentes)

- . Candidiasis Crónica Retrocomisural.
- .Candidiasis Crónica de Lengua y Paladar

- . Queilitis Angular.
- . Palatitis o Estomatitis Subplaca.
- . Hiperplasias Paraprotéticas.

Lesiones Cancerizables:

- . Leucoplasia.
- . Liquen Plano.
- . Queilitis Crónica.
- . U.T.C.

Cancer Bucal:

- . Papilomatosis Oral Florida.
- . Carcinoma Espinocelular.
- . Carcinoma Basocelular.
- . Sarcomas.

ODONTOLOGO: Titulo otorgado por la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba.

DOCTOR EN ODONTOLOGIA: Titulo otorgado por la Escuela de Graduados de Facultad de Odontología de la U.N.C.

MAESTRANDO EN GERONTOLOGIA: (Magíster en Gerontología). Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Año 2011

PROFESOR TITULAR: Cátedra de Prostodoncia Preclínica y Técnica. Carrera de Odontología. Facultad de Medicina. Universidad Católica de Córdoba.

MIEMBRO TITULAR DE LA AGGEC.

Candidiasis crónica retrocomisural:

Es una lesión ubicada generalmente en las inmediaciones de la comisura labial, reconocida luego de haber realizado un diagnóstico diferencial con otras lesiones que clínicamente presentan características similares, como son la leucoplasia infectada por Candida y la Papilomatosis Oral Florida. Las 3 son consideradas lesiones moteadas. La candidiasis crónica cursa con ardor, son manchas rojas y blancas, las áreas rojas corresponden a la inflamación del tejido y las blancas a los microabscesos de Kogoj que se producen por degeneración del tejido causado por las hifas del hongo. El tratamiento indicado, administración de antimicótico (por ejemplo Daktarin gel durante 7 días).



Candidiasis crónica de lengua y paladar:

Se presenta como lesión “en espejo” tanto en lengua como en paladar. En paladar hay eritema y en dorso de lengua hay atrofia e hipotrofia de papilas filiformes. Cursa con ardor y halitosis. Tratamiento: administración de antimicóticos. Se asocia al tabaco, al uso de prótesis removibles, a la mala higiene bucal, al uso de corticoides locales. Se debe hacer diagnóstico diferencial con la palatitis subplaca: esta lesión esta asociada al trauma protético y cursa solo con lesiones de mancha rojas en paladar producidas por el trauma causado por el vasculamiento de la prótesis y en lengua no hay lesiones. Debe rebasarse y reacondicionarse la prótesis así, la lesión debe remitir. Cuando la candidiasis se presenta en forma aguda y lo hace en formas de mancha blanca que se desprende al raspado, se llama muguet, se da en ancianos que se encuentran inmunodeprimidos y también se trata con antimicóticos.



Queilitis angular:

Se caracteriza por síntomas como dolor, eritema y fisuras en las comisuras. Suele asociarse con estomatitis por prótesis dentales pero puede expresar una deficiencia nutricional o bien relacionarse con una infección por VIH. Tanto hongos como bacterias pueden verse involucrados notablemente (Staphylococcus Aureus). La disminución de la altura facial, relacionada con el envejecimiento y la pérdida de dientes con maceración de los pliegues oclusivos profundos que aparecen después, predispone a estas infecciones.



Palatitis o estomatitis subplaca:

Lesión característica de pacientes portadores de prótesis removibles de larga data. La falta de renovación y la inexorable modificación del terreno protético conllevan a la desadaptación de la prótesis y a la aparición de la lesión. (trauma por apretamiento y fricción por desadaptación).





Hiperplasias paraprotéticas:

Consecuencia de la desadaptación de prótesis dentales en donde el tejido blando prolifera tratando de “rellenar” espacios vacíos entre mucosa y aparato protético. También aparece en sectores donde la



prótesis está “enclavada en la mucosa” por reabsorción del tejido de soporte. (reabsorción ósea).



Leucoplasia:

Mancha blanca, seca, de aspecto parqueteado. Asociada directamente al consumo de tabaco. Se localiza generalmente en retocomisura, semimucosa labial, cara ventral de lengua (leucoplasia en marea menguante). También puede verse en paladar, encía o reborde residual (en este caso también asociada al trauma masticatorio), raramente localizada el dorso de lengua. Tiene tres estadios: mancha, queratosis y verrugosidad. Los estadios dos y tres son peligrosos por su gran posibilidad de cancerizarse; por ende deben eliminarse quirúrgicamente. En el caso de mancha el tratamiento indicado es el control de la lesión. Tratamiento, cremas con vitaminas. Siempre controlar el trauma para que la lesión no se lastime y riguroso control de higiene oral.

Liquen Plano:

El liquen rojo plano es una patología que se da principalmente en piel, aunque en boca también es bastante frecuente. Está asociada a la triada: diabetes - hipertensión - stress. Se presenta en formas típicas y atípicas. Las formas típicas se ven como mancha blanca, húmeda, brillante que tiende a formar un dibujo: lineales, anulares, reticulares, en hoja de helecho. Comúnmente ubicado en lengua, dorso y bordes, mucosa yugal pero en tercio posterior, encía y mucosa labial.



Estas formas típicas deben controlarse, siempre evitar el trauma y controlar la higiene del paciente. Si el liquen típico se convierte en atípico estamos frente a una lesión altamente cancerizable. Las formas atípicas más comunes son: erosivas, atróficas, queratóticas y ampollar. Cuando se producen estas formas atípicas siempre hay que tratar de volverlas a típicas, es decir tratar las lesiones secundarias para que vuelva a quedar solamente la mancha blanca. Por ejemplo, en el caso de liquen

erosivo hay que controlar rigurosamente las lesiones erosivas, para esto se pueden dar cáusticos para acelerar el proceso de cicatrización de las heridas. Una vez curadas las erosiones vuelven a quedar las manchas típicas. Generalmente los líquenes se vuelven atípicos cuando se produce un desequilibrio en las enfermedades de base que el paciente puede tener por ejemplo un pico de stress, o un pico de glucemia en el caso de los diabéticos.



Queilitis crónica:

Se caracteriza por un marcado aumento de volumen del labio, pérdida del límite entre la mucosa y semimucosa y de la última con la piel. La consistencia es flácida y con la piel plegada. La elastosis senil es un proceso degenerativo de la piel que puede involucrar a la semimucosa labial inferior. La acción constante de los rayos (UV) de luz solar es su agente causal. Este proceso afecta al tejido conectivo coriónico en las fibras elásticas y colágenas, alterando la vascularización y generando atrofia epitelial



U.T.C:

Ulceración traumática crónica, lesión altamente cancerizable, se presenta generalmente en bordes de lengua o en fondo de surco asociada muchas veces a hiperplasias paraprotética. Tiene una relación causa - efecto siempre. Si la causa no es claramente evidenciable (ganchos de prótesis, terceros molares, flancos) se debe pintar el fondo de la lesión, por ejemplo con azul de metileno, se le pide al paciente que realice movimientos habituales y seguramente la causa de la lesión quedará teñida. Si la lesión persiste en el tiempo, puede evolucionar a un carcinoma; siempre la evolución se produce desde el borde; por eso es muy importante palparlos, si los bordes están indurados o si al eliminar la causa la lesión no remite en 3 días, debe hacerse una biopsia.



Papilomatosis oral florida:

Se caracteriza por lesiones de curso crónico, vegetantes o verrugosas, rosadas y blanquecinas y que a veces están cubiertas de una pseudomembrana amarillenta. Puede evolucionar hacia un carcinoma verrugoso. Su tratamiento es quirúrgico. Tiene mínima capacidad de metástasis.

Carcinoma espinocelular o verrugoso de Ackerman:

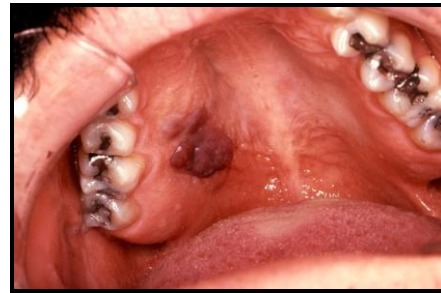
Es el carcinoma más frecuente en boca, evoluciona generalmente de las lesiones cancerizables o de la papilomatosis oral florida. También puede presentarse como in situ. Está asociado a hábitos como cigarrillo, alcohol, trauma continuo, etc. Se presenta generalmente como úlcera (úlcer carcinoma) o tumoración (tumor). Es importante siempre cuando se sospecha de esta patología palpar ganglios de la cadena yugulocarotídea y submaxilares. Se debe realizar biopsia de manera urgente.



Carcinoma Espinocelular



Carcinoma Basocelular



Sarcoma

Carta de derechos y deberes de los pacientes. Un compromiso pendiente

Charter of Rights and duties of patients. An outstanding commitment

Dr. Aldo M. Joseph

Resumen: Este trabajo pretende una reflexión sobre la Carta de Derechos y Deberes de los pacientes en la Argentina.

Se presentan algunos antecedentes históricos que sustentan los derechos de los pacientes, se realiza un recorrido sobre los aspectos legales que amparan a los derechos de los usuarios en salud, y de los mecanismos establecidos por las Administración Pública para su desarrollo y garantía, así como un extracto de los programas que se han diseñado e implementado; continúa con la descripción de la Carta de Derechos y Deberes de los usuarios en salud y finaliza con la importancia de su plena vigencia y cumplimiento en todos los efectores públicos o privados.

Palabras clave: cartas, deberes, derechos, pacientes, salud.

Abstract: *Present some historical background that support the rights of patients, it takes a journey on the legal aspects that protect the rights of users in health, and the mechanisms established by the Public Administration for development and security, as well as a extract programs are designed and implemented, continues with the description of the Letter of Rights and Duties of users in health and ends with the importance of full force and compliance in all public or private effectors.*

INTRODUCCIÓN

Los derechos y deberes de los ciudadanos, usuarios del sistema sanitario, tienen su fundamento en experiencias internacionales como la de Gran Bretaña, España, Argentina, Chile y Perú. Una mirada sobre las mejores prácticas en el mundo en materia de prestación y atención de los usuarios de los Servicios Públicos, encuentra en el programa de Cartas de Compromisos con la Ciudadanía, como el más destacado y adoptado, en la mayoría de los países, como Programa de Cartas de Derechos y Deberes de los Usuarios de los Servicios Públicos.

Médico con más de 30 años en la profesión, experiencia en Salud Pública, formulación y evaluación de políticas y proyectos sociales, gerencia y desarrollo de sistemas y servicios de salud, investigaciones en colaboración como también en forma independiente.

Formado en gerencia, trabaja desde el [pensamiento](#) estratégico y sistémico como también en la aplicación del procedimiento del Marco Lógico como herramientas en la dirección y gestión de instituciones sanitarias.

Ha desarrollado tareas en África, Europa de Este, América Latina y el Caribe donde prestó servicios como profesional de terreno y consultor.

Ha participado como médico voluntario (UNV) en distintas misiones de ayuda humanitaria y ha desempeñado cargos ejecutivos en varias instituciones gubernamentales del país y el extranjero.

En la Argentina, el Programa "**Carta de Compromiso con el Ciudadano**" fue creado a través del Decreto 229/00 y se implementa desde la Oficina Nacional de Innovación de Gestión, de la Secretaría de Gestión Pública, habiendo elaborado hasta la fecha 44 Cartas, correspondientes a organismos nacionales, provinciales y municipales y muy pocas de estas se refieren a los usuarios de los sistemas de salud.

Se observa en muchos países, un nivel parecido de desarrollo en los derechos y deberes de los usuarios, relacionado por un lado, con el aumento de las necesidades y exigencias de niveles de calidad, cada vez más alto y en segundo término, por el compromiso de las instituciones sanitarias en dar una respuesta más satisfactoria a las demandas de los pacientes

Los *Derechos de los Pacientes* son reconocidos de manera casi universal, pero no siempre están taxativamente desarrollados y explicitados, sino que se incluyen en ese gran capítulo del Derecho de las Personas, denominado *Derechos Personalísimos*.

En el Pacto de San José de Costa Rica, en la Constitución de la Nación Argentina de 1994, se incluyen leyes que se relacionan con los *Derechos de los Pacientes* y se reconoce como la primera ley que trata el Derecho del Paciente en nuestro país, a la sancionada por la Honorable Legislatura de la Provincia de Río Negro el 20 de marzo de 1997 y que lleva el N° 3076, decreto N° 261 donde el tema planteado se incluye en el Capítulo 2. *Derechos y obligaciones de las personas*.

Otros antecedente son la Ley N° 153 de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, bajo el expediente N° 1650/05, Proyecto de Ley Nacional de Derecho de los pacientes.

La "Carta del Ciudadano: Derechos en Salud" (Ley 8835, artículo 6, Provincia de Córdoba), promulgada el 27/03/2000.

La "Ley 26529, Salud Pública, Derecho del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud", promulgada el 19/11/2009 y

La "Ley 26742, promulgada el 24/01/2012 modificatoria de la anterior.

Carta de Derechos de los Usuarios de los Servicios Públicos. (Salud)

La Carta de Derechos de los Usuarios es un documento corto y sencillo, que establece claramente los servicios que serán provistos por la Institución, sus estándares de calidad, cómo contactar con la Institución cuando no se está satisfecho con el servicio, cómo presentar quejas y cuáles son las medidas o mecanismos de atención a los ciudadanos por los servicios no satisfactorios.

Es un documento que permite a los ciudadanos, usuarios de los servicios, formarse expectativas claras y objetivas sobre la calidad de los servicios, reflejada en los estándares ofrecidos y constituye un compromiso entre las Instituciones y los ciudadanos.

Objetivos de la Carta de Derechos del Usuario

- ✓ Informar a la ciudadanía sobre sus derechos con relación a los servicios públicos y privados.
- ✓ Propiciar la participación ciudadana en la optimización de los servicios públicos y privados.
- ✓ Contar con un mecanismo de evaluación ciudadana de los servicios.
- ✓ Contribuir a elevar la efectividad de las acciones de la administración pública o privada.
- ✓ Contribuir con la transparencia en la prestación de los servicios.
- ✓ Contribuir a fortalecer la confianza del cliente en sus instituciones públicas y privadas.

- ✓ Promover el compromiso de los funcionarios en la prestación de servicios de calidad, orientados hacia el cliente.

Proceso de implementación

- ✓ Identificar el trámite o servicio que se considere de alto impacto por su importancia para la ciudadanía y que han pasado por una etapa previa de mejora.
- ✓ Elaborar un diagnóstico integral.
- ✓ Definir los compromisos de servicio: atributos, estándares, indicadores.
- ✓ Establecer el proceso de quejas y sugerencias para mejorar el servicio.
- ✓ Diseñar la encuesta del servicio.
- ✓ Redactar la Carta Compromiso con el Usuario.

Contenido de la Carta de Derechos del Usuario

- ✓ Título de la carta, identificando a la institución y el servicio.
- ✓ Introducción. Explica el objetivo de la Carta y menciona el contenido de la misma (opcional).
- ✓ Derechos y estándares de calidad del servicio.
- ✓ Estándares de tiempos de atención del servicio.
- ✓ Trato del personal y respeto.
- ✓ Derecho a la información.
- ✓ Otros estándares de calidad
- ✓ Derechos cuando no se cumplen los estándares de calidad del servicio.
- ✓ Derechos y mecanismos de presentación de sugerencias, quejas y denuncias.

Elaboración de cartas de derechos de los usuarios.

- ✓ Una vez realizadas las actividades anteriores, debe procederse a elaborar la Carta de Derechos de los Usuarios.
- ✓ Estas cartas deben permitir a la población formarse expectativas claras sobre la atención que tienen derecho a exigir y contar con referencias objetivas para evaluar los servicios brindados.
- ✓ Las cartas deben ser redactadas en lenguaje sencillo, entendible por los clientes y empleados. Se debe invitar al personal a aportar ideas sobre su contenido.
- ✓ Antes de difundir los estándares de calidad de los servicios deberá informarse y capacitarse al personal sobre los estándares definidos y en las atenciones o compensaciones a los clientes cuando no se cumpla con los estándares de calidad definidos, a fin de que estén preparados para cumplirlos.

Contenido de la Carta de Derechos y Deberes

- ✓ Derechos y estándares de calidad del servicio
- ✓ Estándares de tiempo de atención del servicio
- ✓ Trato del personal y respeto
- ✓ Derecho a información y privacidad
- ✓ Derechos cuando no se cumplen los estándares de calidad del servicio
- ✓ Derechos y mecanismos de presentación de sugerencias, quejas y denuncias
- ✓ (Deberes de los Usuarios)

Ejemplo de una Carta de Derechos y Deberes de los pacientes

**HOSPITAL NACIONAL GENERAL DE NEUMOLOGÍA Y
MEDICINA FAMILIAR DR. JOSÉ ANTONIO SALDAÑA. (Rep.
de El Salvador)**

SUS DERECHOS COMO USUARIO SON

1. Recibir atención en un establecimiento limpio y ordenado.
2. Recibir atención sin ninguna discriminación respetando su persona y dignidad.
3. Ser tratado desde su llegada, con amabilidad y respeto por todo el personal del hospital.
4. Conocer el personal que lo atiende, el que deberá estar debidamente identificado.
5. Recibir atención gratuita.
Recibir atención inmediata en caso de emergencia las 24 horas del día.
6. Recibir atención en consulta externa con cita en un máximo de 2 - 3 horas a partir de la hora de su cita.
7. Recibir consulta médica general sin cita en un máximo de 4 horas a partir de ser registrado.
8. Ser atendido el mismo día si viene referido de una unidad de salud o casa de salud y de acuerdo a disponibilidad.
9. Que el médico informe en términos comprensibles al usuario y/o persona responsable sobre la enfermedad, los beneficios o eventuales riesgos del tratamiento y los cuidados necesarios.
10. Que el médico le programe su próxima cita al final de la consulta, de acuerdo a cupo disponible.
11. Recibir indicaciones previas por parte del personal que le atiende, cuando se le otorgue su cita para consulta, exámenes o cualquier otro procedimiento médico quirúrgico.

12. Que se le tomen sus exámenes de laboratorio fuera del horario establecido, cuando se trate de usuarios de la tercera edad, con capacidades especiales.
13. Recibir en farmacia los medicamentos del cuadro básico existentes en menos de 30 minutos.
14. Ser orientado e informado de los servicios que presta el hospital por la oficina de atención al paciente
15. Tratar con privacidad la condición de su salud, salvo cuando por ley debe notificarse a las autoridades sanitarias o judiciales.
16. El usuario hospitalizado tiene derecho a compañía en los siguientes casos:
 - Paciente delicado dependiente,
 - Niños menores de 12 años
 - Paciente con capacidades especiales.
17. El usuario mayor de edad en pleno uso de razón, tiene derecho a solicitar el alta si así lo desea, dejando constancia firmada de su petición, excepto cuando la urgencia no lo permita o cuando suponga un riesgo para la salud pública, sin restringirle la oportunidad de nuevos ingresos,
18. Expresar sus opiniones e inquietudes por medio del buzón de sugerencias o ante la dirección o sus delegados y obtener respuesta oportuna a través de la misma.
19. Que se le solicite autorización por escrito si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y tratamiento fueran para investigación médica o docente, los que en ningún caso, podrán comportar peligro adicional para su salud.
20. Que se le extienda certificado sobre su estado de salud, cuando así lo soliciten.
21. A asistencia espiritual si así lo solicita.

Bibliografía

SUBSECRETARÍA DE LA GESTIÓN PÚBLICA, ARGENTINA. "Carta Compromiso con el ciudadano". En:

http://cartacompromiso.sgp.gov.ar/sitio/resultados%20del_programa.htm.

Secretaría de la Función Pública. **Guía Carta Compromiso al Ciudadano**. México, D.F. : Gobierno Federal. Agosto 2004.

Citas de Internet:

MINISTERIO DEL INTERIOR, ESPAÑA. "Real Decreto 1259/1999, de 16 de Julio, por el que se Regulan las Cartas de Servicio y los Premios a la Calidad en la Administración General del Estado". En:

<http://www.mir.es/derecho/rd/rd125999.htm>.

MAP, ESPAÑA. "Calidad en la Administración Pública". En:

<http://www.igsap.map.es/calidad/calidad.htm>

CABINET OFFICE, REINO UNIDO. "Charter Mark".

En: <http://www.chartermark.gov.uk/>.

Utilidad de la angiografía cardiocoronaria y la revascularización en la tercera edad

Usefulness of Coronary Heart Angiography and Revascularization in the Elderly

Prof. Dr. Juan Félix Brunetto

La cardiopatía isquémica, en la tercera edad, constituye una de las principales causas de muerte y también es importante desde el punto de vista en que afecta la calidad de vida. Se acompaña de múltiples comorbilidades. Debe considerarse como un problema de notable importancia desde el punto de vista de la Salud Pública. Aunque mucho ha cambiado en los últimos 50 años, tanto desde el punto de vista preventivo, diagnóstico y terapéutico, queda un largo camino por recorrer. El enfoque de esta síntesis tendrá como eje fundamental esta patología.

Desde una no muy lejana época, no mucho más de 50 años, en que a un paciente cursando un infarto agudo se lo dejaba como tratamiento en reposo absoluto durante seis semanas hasta llegar a la época actual, muchos aspectos se han ido modificando, se siguen y se seguirán cambiando. Las expectativas hacia una vida mejor han sido consecuentes con esos cambios y para ello han ocurrido una serie de hitos importantes; deben destacarse, sólo por mencionar algunos: el conocimiento de los factores de riesgo, la presencia frecuente de un coágulo que obstruye el vaso responsable de provocar el infarto agudo de miocardio, la implementación de la cinecoronariografía y luego con la cirugía de revascularización miocárdica, la aparición de los trombolíticos y fibrinolíticos, la angioplastia transluminal intracoronaria, la incorporación de los stents, los antiagregantes plaquetarios, la tomografía multicorte, la tomografía de coherencia óptica y muchos otros que van apareciendo con el progreso de la investigación, incluyendo la genética y la nanotecnología. En resumen, de lo no invasivo pasamos a lo invasivo y es probable que en el futuro vayamos de nuevo hacia lo primero. Es evidente que la expectativa de vida se ha prolongado y actualmente, los individuos que llegan a la tercera edad están, en proporción a los años de vida, en franco aumento.

Intentaré hacer un breve análisis crítico de la utilidad de la angiografía cardiocoronaria y de la revascularización miocárdica, tratando de destacar los hechos más significativos sin perder de vista el contexto clínico de la cardiopatía isquémica, tanto de la estable como de los síndromes coronarios agudos, en especial el infarto agudo de miocardio con elevación del ST.

En la cardiopatía isquémica estable, como también en cualquier otra no se debe restar importancia a la realización de una correcta historia clínica completa, que sumado al electrocardiograma son imprescindibles ante cualquier dolor torácico no bien determinado previamente. Si la probabilidad es intermedia o dudosa se puede agregar la prueba de esfuerzo standard. Según los resultados y con la evaluación clínica deberá decidirse si es necesario solicitar otros estudios no invasivos. Se recomienda la coronariografía como prueba diagnóstica inicial en los pacientes sobrevivientes de una muerte súbita o con arritmias ventriculares malignas o una cardiopatía isquémica con

Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba.

síntomas y signos de insuficiencia cardíaca. También es indicación cuando las pruebas de stress no invasivas son positivas y la sospecha es de isquemia grave. No se debería realizar en pacientes que a priori no aceptaran someterse o no pudieran realizar un tratamiento invasivo de revascularización si se requiriera, así como en aquellos con buena función ventricular y criterios de bajo riesgo en las pruebas no invasivas o en los asintomáticos sin signos de isquemia en estudios no invasivos.

El objetivo en estos pacientes es prevenir la muerte o las complicaciones cardiovasculares y ofrecer una mejor calidad de vida. No dejaremos de recomendar todo lo compatible con un estilo de vida saludable y la medicación que se requiera, basada fundamentalmente en los antiagregantes, las estatinas y betabloqueantes intentando mantener la placa estable. En este tipo de pacientes la revascularización está en general destinada a subgrupos de pacientes con situaciones especiales tales como una lesión significativa de tronco, lesión de tres vasos, lesión proximal de DA y en otra coronaria y es casi siempre resorte de la cirugía. La vía percutánea o la cirugía está indicada en enfermedad de un vaso y/o mas uno o cuando no haya respuesta al tratamiento médico. Estos criterios pueden variar según la experiencia de cada servicio.

En los síndromes coronarios agudos separaremos la angina inestable equiparándola al infarto no Q del resto. Esta patología, angina inestable, requiere una cuidadosa evaluación donde la anamnesis es fundamental. Existen varias clasificaciones e indicadores de riesgo como el score de Timi, del grupo de DIC, etc. según los cuales se van a definir los estudios y tratamientos a seguir, que incluyen entre ellos la conducta invasiva.

En la actualidad aún sigue siendo un verdadero desafío para tratar adecuadamente el infarto agudo de miocardio (IAM) con elevación del ST el tiempo empleado para abrir la arteria y restablecer la perfusión miocárdica. Hay una frase axiomática de este proceso. “minuto que pasa, miocardio que se pierde”. Hagamos memoria y recordemos: la mortalidad a los 30 días era de alrededor 15-20 % en la etapa pretrombótica, bajó a 8-10 % con los agentes trombolíticos no fibrinoespecíficos, a 6-8 % con los fibrinoespecíficos y desciende a 4,5% con la angioplastia primaria (ACTp). Las estadísticas de los países más organizados refieren que no más del 20 % de los pacientes llegan en la primera hora, conocida como “hora dorada”, 2/3 dentro de las 4 horas y 23 % luego de las 6 horas. Los que más demoran en llamar a Emergencias son los ancianos, los diabéticos, los hipertensos y las mujeres. Se estima que son provocadas, ya sea porque el paciente no reconoce los síntomas o por defectos en los sistemas de atención y son múltiples. Para tener muy en cuenta: en general se recomienda si hay una demora sustantiva hasta poder realizar una ACTp hacer el fibrinolítico en el lugar donde esté el paciente lo más rápido posible, siempre cumpliendo los requisitos. Valga como ejemplo: si el traslado demorará más de 1 hora hasta llegar al centro adecuado debiera iniciarlo allí. Sin embargo, aún en las áreas urbanas, el tiempo del primer contacto del médico hasta la insuflación del balón excede los 90 minutos.

Cuando al examen el paciente tiene elementos para pensar que es de alto riesgo tales como frecuencia cardíaca > 100 l/pm, Tensión Arterial sistólica <100 mmHg, IAM de pared anterior, ancianos, diabéticos o tiene síntomas y signos de insuficiencia cardíaca, o edema de pulmón o *shock* cardiogénico, de entrada deben ser considerados como candidatos para ATCp y ser derivados de inmediato a un Centro adecuado. (*Recomendación Clase I; nivel de Evidencia A*). En esta situación el objetivo principal es lograr abrir el vaso responsable del IAM. Si la ATCp tiene una “puerta-balón” (entrada a la clínica-insuflación del balón) de 60 min, eleva a 4.5 en valores absolutos las vidas salvadas en igual período por cada 100 pacientes intervenidos Si la demora en realizar ACTp supera los 90 minutos (tiempo óptimo para la insuflación del balón desde el primer contacto con el paciente en el lugar del evento) se van reduciendo progresivamente los beneficios. El agregado de clopidogrel salvaría 0,8-1,2 vidas por 100 tratados.

En EEUU el 20 % de los centros cuenta con el servicio disponible las 24 horas todo el año. De los pacientes con IAM el 32% es tratado con ATCp y de ellos sólo el 22% está dentro de la ventana útil de reperfusión que es de 12 horas a partir del inicio de los síntomas, pero como ya se dijo, el beneficio se va perdiendo a medida que pasa el tiempo. Después de las 12 horas no se justifica salvo excepciones: entre >12 hs y <24 horas si los síntomas isquémicos persisten o recurren (*Recomendación clase IIa. Nivel de evidencia B*).

En los pacientes con más de 75 años se debe evaluar con precisión la relación riesgo/beneficio y, en general, se prefiere la ACTp. (*Recomendación para fibrinólisis: Clase IIa; Nivel de Evidencia A / Recomendación para ATCp: Clase I. Nivel de evidencia A*).

La ATCp debe ser la estrategia de reperfusión preferida a la trombolisis si el centro adonde se va a derivar el paciente puede: **a)** garantizar un éxito primario del 90% de flujo TIMI II/III; **b)** asegurar que en la experiencia del centro la necesidad de cirugía coronaria de emergencia es menor del 5%; **c)** tener una tasa de mortalidad ligada al procedimiento menor del 10% (*Recomendación Clase I. Nivel de evidencia A*).

Desde hace unos años la reperfusión miocárdica por ACTp va ligada a la colocación de stent, tradicional o con liberación de drogas. En resumen, la ventaja de los segundos se basa en una disminución pequeña en la necesidad de revascularizar nuevamente el vaso responsable. Con el stent liberador de droga las guías establecen que es necesaria una doble agregación antiplaquetaria integrada con aspirina a baja dosis y clopidogrel u otro tienopiridínico, que debe continuarse como mínimo 12 meses y en otras hasta 24 meses. Luego de ese periodo debe evaluarse seguir o no según los riesgos. Actualmente algunos autores llegan a agregar un tercero pero son excepciones para algunos casos. Todos estos tratamientos no están exentos de complicaciones y tienen sus riesgos. La hemorragia digestiva y la cerebral entre ellas. Se suelen agregar inhibidores de la bomba de protones, en general omeprazol, pero que a su vez también interfiere con la eficacia del clopidogrel. Se ha llegado en algunos centros muy avanzados a estudiar genéticamente al individuo para predecir su respuesta. Otra sería que las drogas que se liberan en el stent, (sirolimus u otros) pueden dificultar la endotelización sobre la superficie del mismo, ulcerarse y facilitar los fenómenos de trombosis y producir un nuevo infarto.

Como síntesis final, decir que ante la sospecha de que un individuo puede estar cursando un infarto agudo de miocardio, exige una respuesta rápida de todo el sistema médico para confirmar o descartar el diagnóstico ya que "tiempo perdido es igual a miocardio necrosado". Sugerimos ampliar con la lectura de la bibliografía recomendada ya que el tema es muy extenso y solo se han presentado algunos aspectos más relevantes con la intención de despertar el interés y que sirva como disparador del mismo.

Bibliografía

- Paolasso E, et.al.: Guías de manejo de los síndromes coronarios agudos con elevación del segmento ST. *Rev Fed Arg Cardiol.* 2012; 41(3): 218
- < *Guías Clínicas en Emergencias Médicas/ Martínez D. Angina inestable, 2º edición, Capítulo2 Tomo I. Córdoba. Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba* 2012;31-39
- < *Guías Clínicas en Emergencias Médicas/ Martínez D. Infarto agudo de miocardio 2º edic. Cap.2 Tomo I. Córdoba. Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba* 2012;67-76
- < La coronariografía por tomografía multicorte. ¿Quién debe estar detrás de la consola? Gurfinkel E.-
<http://www.fac.org.ar/1/revista/08v37n1/editor/edit01/gurfinkel.php>
- < Coronary Computed Tomographic Angiographic Findings in Asymptomatic Patients With Heterozygous Familial Hypercholesterolemia and Null Allele Low-Density Lipoprotein Receptor Mutations. Viladés Medel D., Leta Petracca R., Carreras Costa F. et.al. *Am J Cardiol* 2013;111:955-961.
- < Low Diagnostic Yield of Elective Coronary Angiography. Manesh R. Patel, M.D., Eric D. et al. *N Engl J Med* 2010; 362:886-895
- < Management of Stable Ischemic Heart Disease: Summary of a Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians/American College of Cardiology Foundation/American Heart Association/American Association for Thoracic Surgery/Preventive Cardiovascular Nurses Association/Society of Thoracic Surgeons. Amir Qaseem, MD, PhD, MHA; Stephan D. Fihn, MD, MPH; Paul Dallas, MD et al. *Ann Intern Med.* 2012;157(10):735-743.
<http://annals.org/article.aspx?articleid=1392195>w.
- < Ulceración tardía de la pared vascular tras implante de stent liberador de sirolimus. *Rev Esp Cardiol.* 2012. doi:10.1016/j.recesp.2011.10.023
- Gabriel Steg^a, Stefan K. James^a, Dan Atar^a, Luigi P. Badano, et.al.: Guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST *Rev Esp Cardiol.* 2013;66:53.e1-e46 - Vol. 66 Núm.01 DOI: 10.1016/j.recesp.2012.10.014
- < Guías de práctica clínica sobre el diagnóstico y el tratamiento de la cardiopatía isquémica estable. Duran Robert I, Guindo Soldevilla J. <http://www.secardiologia.es/practica-clinica-investigacion/blog-cardiologia-hoy/annals-internal-medicine/4573-guias-practica-clinica-diagnostico-tratamiento-cardiopatia-isquemica-estable>

Aspectos psicológicos y Neuropsicológicos del deterioro cognitivo en la tercera edad

Psychological and Neuropsychological Aspects of cognitive impairment in the elderly

Prof. Dr. Carlos D. Mias

Resumen:

La perspectiva psicológica: En los adultos jóvenes, la vejez moviliza temores que pueden llegar a percibirla como una enfermedad y ser objeto en ocasiones de una "fobia a envejecer". Para ellos, pareciera que la vejez implica pérdida, retracción, disminución, retiro. Para los adultos mayores, la construcción del "significado de la vejez" suele ser más flexible y realista, y puede concientizarse a distintas edades después de los 64 años. Desde una perspectiva psicológica y con el paso de los años, suele observarse en los mayores una tendencia a la rigidez del pensamiento, de los juicios e ideas, con apego al conservadurismo y prudencia excesiva, conducta egocéntrica y de oposición, obsesividad, suspicacia, desconfianza y ritualización (rutinas muy marcadas). La idealización del pasado y los miedos irracionales, como la vulnerabilidad de la seguridad personal y la tendencia a la repetición son características también muy presentes.

Debe considerarse que con la edad mayor sobreviene la jubilación, con falta de reconocimiento y refuerzo de la identidad (identidad laboral que ha acompañado gran parte de la vida), reducción de exigencias y estímulos, el fin de la crianza, transformaciones familiares, variaciones en la red social primaria, además de limitaciones físicas, económicas, pérdidas afectivas, y un progresivo aislamiento. Las consecuencias suelen ser una creciente falta de motivación, reducción de intereses, ensimismamiento, soledad, depresión geriátrica (que difiere del adulto joven). Estas últimas características llevan a la exaltación de frustraciones o dolores emocionales, postergados en la edad de mayor fortaleza psicológica. Aparece también fatiga frecuente, dificultades de relación, para dormir, y quejas cognitivas de atención y memoria.

Así, con los años suele registrarse alguna afectación ligera del estado de ánimo, que en ciertos casos implica síntomas de depresión. Este estado, caracterizado por falta de energía, pensamientos negativos y críticos, sentimientos de inutilidad, tristeza, cierta anhedonia y desinterés, también afecta la atención y la memoria, pero no de un modo franco y objetivo; aunque su presencia no excluye la posibilidad de un deterioro de la memoria de riesgo para una demencia. Por ello, la evidencia clínica indica que es importante atender las "quejas subjetivas de memoria" y las variaciones anímicas en personas mayores de 50 años. Estas pueden referir un amplio espectro de posibilidades que merece investigarse, haya o no depresión o estrés, y aún cuando no afecten la vida diaria o ocupacional.

No obstante estas variaciones, existe un espectro amplio de posibilidades de afrontamiento y vivencia de la vejez, en función de múltiples factores, entre los que se destacan: 1. cómo se ha vivido, 2. la salud física, 3. el entorno socioafectivo, 4. la personalidad premórbida. Por ello, cada vez son más las personas que asumen protagonismo con la edad, capitalizan su experiencia e inteligencia cristalizada, renuevan intereses y hasta logran un proyecto de vida distinto (geriatría de final abierto). Se trata de personas que activan una capacidad de "resiliencia" con adaptaciones positivas, en donde por ejemplo, la disminución de ciertos dominios cognitivos no determina el funcionamiento cognitivo en general, ya que presentan habilidades para compensar las dificultades derivadas. Los indicadores de resiliencia en la vejez son variados, pero habitualmente implican mantener un buen funcionamiento en los dominios que son de mayor interés para los mayores. Estos suelen enfocarse en mantener buena salud, movilidad y funcionamiento físico, estado cognitivo, y en mantener las redes sociales y de apoyo.

La perspectiva neuropsicológica: el envejecimiento cerebral se caracteriza por cierto grado de declive natural de las funciones cognitivas que responde a múltiples factores. Se reconoce una disminución en la capacidad para codificar, retener y evocar información nueva, en las habilidades visoespaciales y la velocidad de procesamiento de información. También suele presentarse una disminución para el recuerdo de detalles y de la memoria no verbal, y el procesamiento de la información para el juicio verbal suele ser más superficial.

En este punto, debe considerarse que las personas suelen minimizar sus dificultades y olvidos, que tienden a ser negados, rápidamente compensados por la experiencia individual, o bien retirados de su interés. En ocasiones se refuerza con ideas idiosincrásicas del tipo "a cierta edad es natural que ocurra", "a todo el mundo le pasa", "es normal porque me pasa a mi también", "estoy más allá de esas cosas", entre otras expresiones. Por otro lado, las capacidades cristalizadas, la reserva cognitiva y una significativa capacidad de compensación, puede enmascarar un deterioro de riesgo de demencia. Así, la respuesta de un facultativo frente a las quejas cognitivas de: "no se preocupe, es normal a su edad" puede ser un grave error si no se respalda con estudios neuropsicológicos precisos que objetiven el estado cognitivo y mental.

En el deterioro leve o predemencial, se hace evidente una disminución en la evocación diferida que no mejora con la facilitación, pero que puede alcanzar la normalidad con el reconocimiento. Un decremento en la *memoria episódica, autobiográfica y prospectiva*, constituyen los más tempranos y sensibles predictores de Deterioro cognitivo leve y Alzheimer. Cuando el deterioro avanza, otros dominios cognitivos están involucrados como el ejecutivo, los procesos de toma de decisiones, el lenguaje y la memoria semántica, las praxias y las gnosias. Finalmente, se hace evidente un deterioro de las adaptaciones instrumentales a la vida diaria, hasta la posible aparición de alteraciones comportamentales como depresión, ansiedad, agitación, ilusiones y alucinaciones, alteración del sueño, irritabilidad, que pueden manifestarse en cualquier momento durante el curso de una enfermedad demencial, particularmente Alzheimer.

Conclusiones: el envejecimiento normal implica una mayor vulnerabilidad psicológica, con un declive de las funciones cognitivas. Constituyen un alerta para el desarrollo de un deterioro de riesgo de demencia:

1. Psicológicas: obsesividad y suspicacia, psicoticismo (dureza emocional), fatiga mental, la tendencia a la repetición, el desinterés progresivo y la depresión,
2. Conductuales: aislamiento, desinhibiciones, conducta descontextualizada, irritabilidad, impulsividad, agitación;
3. Neuropsicológicas: afectación de la memoria episódica, autobiográfica y prospectiva, además de funciones ejecutivas y en los procesos de toma de decisiones. En síntesis, los cambios bruscos o una disminución significativa de la “memoria y la sociabilidad” (según referencias premórbidas) suelen ser dos aspectos sensibles en los procesos de envejecimiento, que requieren ser de algún modo vigilados.

INFLUENCIAS GENÉTICAS EN LA GENESIS DEL CÁNCER GENITOMAMARIO EN LA TERCERA EDAD (prevención)

* GENESIS GENETIC INFLUENCES ON CANCER IN THE ELDERLY
GENITOMAMARIO (prevention)

Chaig, María Rosa

Resumen:

El proceso de división celular, es de una importancia crucial desde el momento de la fertilización del óvulo por el espermio, hasta el día en que fallecemos. Mediante él, a partir de una sola célula cigota (el huevo fertilizado) se llega a desarrollar un organismo multicelular completo. La división celular continúa en el adulto y mediante ella es posible **mantener y reparar** los complejos tejidos y órganos. El ciclo celular, a través del cual tienen que pasar todas las células que se están dividiendo activamente, consta de cuatro fases distintas (G1, S, G2 y M (mitosis). Durante la fase S se copia el DNA nuclear. En la fase G2, se está chequeando que toda la síntesis de DNA se haya completado correctamente. Sólo después de ello se sumergirá en la fase M (mitosis) y se dividirá. Nuestro organismo descansa en la cooperación de millones de células y cada una de ellas debe desarrollar su propio rol especializado para el bien de todas. Si sólo una célula se divide descontroladamente, puede arrastrar al resto de todo el organismo. Por este riesgo, el organismo necesita controlar muy bien la división celular, ya que es de allí de donde se puede iniciar un cáncer. Así, las células que se dividen desordenadamente producen tumores, que pueden ser "benignos" o "malignos". Estos últimos, crecen e invaden y dañan a tejidos vecinos, o, a sitios distantes del cuerpo (metástasis). El "ciclo celular" para asegurarse que su DNA sea cuidadosamente copiado y que sus cromosomas, una vez replicados, sigan el camino correcto dentro de las células hijas, utiliza dos familias de proteínas principales que controlan el ciclo celular; ciclinas y ciclinas dependientes de proteínas kinasas (conocidas también como Cdks). Las Cdks son enzimas que activan el ciclo celular actuando en proteínas claves; ellas mismas son controladas por ciclinas. El ciclo contiene frenos, o puntos de chequeo, que monitorean a la célula o su medio ambiente frente a cualquier problema antes de permitir que proceda la división. Hay dos puntos de chequeo más importantes, uno antes de la transición a la fase S, y el otro después de la transición a la fase M. Si se detecta cualquier problema (como daños al DNA), se detiene el proceso de la división.

El cáncer es una enfermedad tan común que no es sorprendente que muchas familias tengan al menos algunos miembros que la hayan tenido. En ocasiones, ciertos tipos de cáncer parecen darse en algunas familias. Esto puede ser causado por una serie de factores. Puede deberse a que miembros de una familia tienen ciertos factores de riesgo en común, como el **tabaquismo**, que pueden causar muchos tipos de cáncer.

Prof. Titular Cátedra de Genética y Endocrinología. Escuela de Fonoaudiología.

Prof. Adjunta UHMI N° 2 Hospital San Roque. Medicina III.

Trabajos de Investigación Básicos aplicados a la Clínica (Relación Intergenómica, Nuclear-Mitocondrial, aprobados por SeCyT). - Docente, Investigadora.

También puede deberse en parte a algunos otros factores, como la **obesidad**, que tiende a darse en familias e influenciar el riesgo de cáncer. No obstante, el cáncer es causado en algunos casos por un **gen anormal** que se trasmite de una generación a otra. Solo alrededor del 5 al 10 por ciento de todos los casos de cáncer son hereditarios, o sea que se originan directamente de defectos genéticos (llamados *mutaciones*) hereditarios de uno de los padres. Aún así, los dos tipos de mutaciones que se pueden observar serían las heredadas y las adquiridas (*somática*). Las mutaciones génicas (heredadas), pasan de padres a hijos a través del óvulo o del esperma. Estas mutaciones se encuentran en todas las células del cuerpo. Las mutaciones adquiridas (somáticas) no están presentes en el óvulo o en el esperma. Estas mutaciones se adquieren en **algún momento en la vida de la persona**, y son más comunes que las mutaciones heredadas.

Este tipo de mutación ocurre en una célula, y luego pasa a cualesquiera otras células nuevas que sean células hijas de ésta. Los genes parecen tener dos roles principales en el cáncer. Algunos, llamados **oncogenes** y otros, conocidos como **genes supresores de tumores** que detienen la evolución o el crecimiento del cáncer. Los oncogenes son formas mutadas de ciertos genes normales de la célula llamados **protooncogenes**. Los protooncogenes son con frecuencia los genes que controlan normalmente el tipo de célula y la frecuencia con que ésta crece y se divide. Cuando un protooncogén experimenta algún tipo de mutación, pasa a ser un oncogén, y se “enciende” o activa. Cuando esto sucede, la célula puede crecer en forma descontrolada y dar lugar al cáncer. Los genes supresores de tumores son genes normales que desaceleran la división celular, reparan los errores en el ADN, o indican a las células cuando deben morir (un proceso conocido como *apoptosis* o muerte celular programada). Cuando los genes supresores de tumores no funcionan adecuadamente, las células pueden crecer en forma descontrolada, dando lugar al cáncer. Los productos de estos genes actúan a través de mecanismos muy diversos: Inhibiendo la progresión de las células a través del ciclo celular. Haciendo que las células entren en apoptosis. Manteniendo la estabilidad del genoma (replicación, reparación y segregación). Actualmente se conocen tres formas de inactivación de estos genes: Por **mutaciones puntuales**; Por **delección**; Por **metilación**.

Para muchos tipos de cáncer, una porción de esos cánceres está relacionada a historia familiar. El cáncer de seno, de ovario, de próstata y de colon son algunos de estos tipos de cáncer. Una mujer que tiene un familiar de primer grado (una madre, hermana o hija) con cáncer de seno, tiene el doble de posibilidades de presentar cáncer de seno que una mujer que no tenga antecedentes familiares de este tipo de cáncer. Una causa del cáncer hereditario de colon es una enfermedad llamada poliposis adenomatosa familiar. Una mutación no es suficiente para causar cáncer. **Las posibilidades de cáncer se incrementan en la medida que la persona va envejeciendo** y la forma en que este riesgo crece, sugiere que se necesita que se produzcan entre cuatro a siete mutaciones en una simple célula. Así, cuando los científicos estudian el ADN de células tumorales, encuentran muchos tipos de mutaciones, producidas en múltiples sitios, variando entre pequeñas mutaciones con el cambio de una simple base, a cambios obvios en el número de cromosomas. Además, la mayor parte de los cánceres son causados por una **combinación de factores concernientes al estilo de vida**, interactuando factores genéticos y medioambientales. Ciertos factores existentes en nuestro medio ambiente, como niveles bajos de radiaciones ionizantes o la luz ultravioleta proveniente del Sol, incrementan el ritmo de mutaciones espontáneas. Lo que es peor, algunas personas, nacen con genes alterados que las predisponen al cáncer. Hay tres causas principales del daño en el ADN. Las más conocidas son los agentes ambientales (incluyendo la luz ultravioleta del Sol, las radiaciones ionizantes y las sustancias químicas genotóxicas). El segundo grupo incluye los subproductos del metabolismo (tales como los radicales libres, altamente reactivos, generados durante la respiración). Finalmente algunas de las uniones químicas del ADN se rompen en

forma espontánea. En un proceso llamado "senescencia", las células normales dejan de dividirse después de transcurridas entre 60 a 70 divisiones. Este freno parece estar faltando en la mayor parte de los tipos de las células cancerosas. Los telomeros juegan un rol crucial protegiendo los extremos de los cromosomas. . Es así como llega el momento, después de muchas divisiones, en que los telomeros llegan a ser tan cortos que no pueden proteger los extremos de los cromosomas y el resultado es el caos y la muerte.

Si bien es cierto que poco podemos hacer para modificar los genes con los cuales nacemos, en cambio sí podemos adoptar estilos de vida saludables. El humo del cigarrillo contiene cientos de sustancias químicas que dañan el DNA, de modo que dejar de fumar es lo mejor que un fumador puede hacer para reducir el riesgo de desarrollar más adelante un cáncer. No quemarse bajo el Sol, ayuda a prevenir la aparición de un "melanoma maligno" de la piel. Por otra parte, el comer mucha fruta y vegetales incrementa el tránsito intestinal (se acorta el período en el que pasan los alimentos por el intestino) y por lo tanto disminuyen las posibilidades de daño del ADN de las células de la mucosa intestinal, reduciendo así las posibilidades de un cáncer del colon. **Por ello, se pueden seguir una serie de buenos hábitos para prevenir distintos tipos de cáncer:** Evitar el tabaco previene el cáncer de pulmón, de boca, de esófago o de vejiga, entre otros. Reducir el consumo de alcohol previene tanto el cáncer de hígado como de estómago. Tomar adecuadamente el sol para prevenir el cáncer de piel. Usar protectores solares y evitar la exposición solar en las horas de mayor incidencia del sol (medios días y primeras horas de la tarde), así como usar gorras y gafas de sol. Evitar el consumo excesivo de ahumados y embutidos disminuye el riesgo de presentar cáncer de hígado y de estómago, entre otros. Llevar una dieta rica en frutas y verduras evitaría un 20% o más de todos los tipos de cáncer, en especial del aparato digestivo. Vacunarse contra la hepatitis B prevendrá de un posible cáncer de hígado. Mantener una vida físicamente activa puede proteger, fundamentalmente, frente al cáncer de colon y de mama.

Respetar estrictamente las normas sobre exposición a sustancias cancerígenas como níquel o plomo, así como a las radiaciones, disminuirá el riesgo de desarrollar diversos tipos de cáncer y por último realizar un diagnóstico precoz.