

Revista de la Asociación Gerontogerítrica del Centro "Prof. Dr. Mario Alberto Crosetto"

2011 - AÑO III - Nº 6
ISSN: 1852-4230



Personería Jurídica Resolución Nº 211/09
Website: www.aggec.org.ar – E-Mail; aggec@aggec.org.ar
Duarte Quirós 1248 – Córdoba (X 5000 BSD) - Argentina

Comisión Directiva de la Asociación Gerontogerítrica del Centro: "Prof. Dr. Mario Alberto Crosetto"

Presidente:	Prof. Dr. Martínez Héctor David
Vice Presidente:	Dr. Giraudo José Antonio
Secretario General:	Mgter. Maidana José Luis
Pro-Secretaria:	Dra. Moreno Adriana Elizabeth
Tesorero:	Cdor. Giraudo Carlos Vicente
Pro-Tesorero:	Dr. Isquierdo Ariel Rogelio
1º Vocal Titular:	Dr. Parodi Luis Horacio
2º Vocal Titular:	Prof. Dr. Cosiansi Julio César
3º Vocal Titular:	Prof. Dr. Ramello Mario Francisco
1º Vocal Suplente:	Prof. Dr. Dahbar Miguel Ángel
2º Vocal Suplente:	Dra. Luque Leticia Elizabeth
1º Revisora de Cuenta Titular:	Mgter. Burba María Cristina
2º Revisora de Cuenta Titular:	Dra. Nicolás Graciela Beatriz
1º Revisora de Cuenta Suplente:	Abg. Warde Adriana María

STAFF Revista de la Asociación Gerontogerítrica del Centro

Director:	Prof. Dr. Martínez Héctor David
Secretario:	Mgter. Maidana José Luis
Director Área Geriátrica	Dr. Ferrer Martín Eugenio
Directora Área Gerontología	Mgter. Burba María Cristina
Comité Editorial:	Prof.Dra. Cecilia Braxs Prof.Dr. Luis Alberto B. Giraudo Prof.Dr. Ledesma Raul Edgardo Mgter. Dra. Navarro, Alicia Mgter.Dr. Parodi Luis Horacio Prof.Dr. Pereira Rodolfo Prof.Dr. Yuni José Dra. Luque Leticia
Editor Responsable:	Mgter. Burba María Cristina
Dirección electrónica	revista@aggec.org.ar

SUMARIO

	Pág.
Editorial	4
Artículos – Revisión – Reseñas	
“ El ejercicio de la solidaridad cuando las capacidades declinan” Ab. Adriana Warde	5
“Estrategias de intervención socio-comunitaria desde A.I.M.A (Asociación de lucha contra el mal de Alzheimer)” Dra. Isabel Alfaro	10
“Perfil del paciente adulto mayor terminal al ingreso en una unidad de cuidados paliativos de la ciudad de Córdoba” Esp. Mauro Remondino	12
“Escala Visual Análoga versus medicación analgésica y fuentes de derivación al ingreso de pacientes ancianos terminales”. Méd. Carlos Gustavo Raviolo Sánchez	20
Misceláneas societarias	
Eventos 2012	26
Asamblea Ordinaria	29
Normas para publicación en la Revista	30

Los trabajos firmados son responsabilidad del autor y no comprometen necesariamente el pensamiento de la Revista.

Copyright 2008: 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.

Editorial

La vida de la mayoría de los adultos mayores se enriquece por la presencia de personas que cuidan de ellos y de quienes estos se sienten muy cercanos. La familia sigue siendo todavía la fuente primordial de apoyo emocional y en la edad avanzada tiene sus propias características especiales. Es probable que sea multigeneracional: la mayoría de las familias incluyen por lo menos tres generaciones, muchas alcanzan cuatro o hasta cinco; la presencia de tantas personas es enriquecedora pero también crea presiones especiales. La larga experiencia de afrontar tensiones puede dar confianza a esta persona en el manejo de cualquier situación que la vida ponga en su camino. Por otra parte, muchos adultos mayores aún están resolviendo asuntos inconclusos de la niñez o de la edad adulta temprana, volverse abuelo o bisabuelo, retirarse del campo laboral o perder al cónyuge.

Las relaciones intergeneracionales en esta etapa de la vida han merecido atención de los profesionales de la salud siendo el carácter interdisciplinario de la atención del adulto mayor un hecho indiscutible; es por ello que nuestra Asociación planifica las próximas Jornadas con esa temática.

En este número se publican dos ponencias presentadas en las III Jornada en Gerontogeriatría: "La demencia, un llamado de atención para todos" realizadas en Córdoba entre los días 28 y 29 de octubre de 2011, que muestran la importancia de los aportes realizados y dos trabajos presentados a la revista por profesionales médicos geriatras.

Tal como lo venimos expresando en números anteriores, nuestra Revista se propone cubrir los ámbitos de la Gerontología y Geriatría, es por ello que invitamos a todos los profesionales que trabajen en relación con la Geriatría y Gerontología a publicar siguiendo las categorizaciones y formas de presentación establecidas en las "Normas para la publicación".

Prof. Dr. Héctor David Martínez
Director

EL EJERCICIO DE LA SOLIDARIDAD CUANDO LAS CAPACIDADES DECLINAN

Esta reflexión que ponemos a consideración tiene como finalidad analizar la capacidad de las personas ancianas, su restricción y las formas de protección frente a las mismas;

En este breve trabajo descriptivo ponemos a la atención de los presentes la capacidad y la libertad como atributo de toda persona para comprender las necesidades de protección cuando las mismas declinan, siendo la curatela la institución que suple o asiste frente a determinadas situaciones de incapacidad del sujeto. Esta protección debe estar principalmente en manos de la familia del anciano, interviniendo sólo subsidiariamente el Estado. La propuesta se presenta con una introducción que permite compartir el concepto del cual partimos. Luego se hace referencia a las capacidades de toda persona o su pérdida y el derecho a ser protegida tal como lo reconoce la Constitución Nacional y el Derecho Internacional. Concluimos jurídicamente resaltando la ancianidad desde la perspectiva de los derechos humanos.

I. Introducción

*“La vejez es una contingencia socio-biológica del hombre, posterior a la madurez, en la cual junto con el debilitamiento de las fuerzas y las capacidades física y psicológicas suele producirse un deterioro social y una mengua de ingresos para hacer frente a las habituales necesidades materiales y del espíritu situación que se ve agravada por la aparición de las injerencias propias de la edad avanzada que exigen erogaciones suplementarias”.*¹

En la actualidad se suele vincular la vejez, al dolor y a la enfermedad; en contraposición a lo ocurrido en épocas antiguas en las que la ancianidad era sinónimo de sabiduría, serenidad, equilibrio, experiencia.

La ancianidad es un tema que desde siempre ha convocado diversas reflexiones; porque representa una etapa a la cual todos los seres humanos nos dirigimos inexorablemente en nuestro transitar por la vida.

Todas las personas tenemos una deuda respecto de las precedentes generaciones por el valioso acervo material y moral que imperceptible o conscientemente nos han transmitido.

La solidaridad, es una de las maneras de salvar esa deuda generacional; es un deber moral que, al ser reconocido por la ley asume la naturaleza de obligación civil. La sociedad y la familia son conjuntos solidarios que obedecen a la ley de interdependencia universal porque nada es el producto exclusivo de las fuerzas y desvelos de una sola persona.²

II. Capacidad de las personas de edad avanzada

La capacidad resulta significativa por su condición de atributo de la personalidad, de componente inseparable del ser humano, que el Derecho reconoce junto al nombre, el domicilio, el estado y los derechos de la personalidad –o derechos fundamentales individuales-³

¹ FANZOLATO, Eduardo Ignacio; Los Ancianos y la Solidaridad Familiar en el siglo XXI; Separata de la Revista de la Facultad N° 4 Vol. 2 Año 1996, nueva serie.

² FANZOLATO, Eduardo I. Los Ancianos ... ob. Cit. Pág. 12

³ BORDA, Guillermo: Tratado de Derecho Civil, Parte General, 12° ed. Abeledo Perrot, Bs. As. 2004 Tomo I, pág. 281 y ss.

La capacidad es el sistema operativo de la voluntad de modo que, por su intermedio, es posible poner en marcha el ejercicio de la voluntad personal.⁴ Para el Derecho Argentino, todas las personas que han alcanzado la edad de 18 años son consideradas plenamente capaces –de hecho y de derecho- y se reputan facultadas para adquirir derechos y contraer obligaciones. Sólo por causas graves, o por situaciones que pongan en riesgo su persona o sus bienes, la legislación autoriza su restricción (art. 52 Código Civil).

Ello nos lleva a hacer dos afirmaciones, y es que en nuestro sistema la capacidad es la regla y la incapacidad es la excepción; razón por la cual decimos que la autonomía de la voluntad y la capacidad es la regla también para los ancianos –o personas de edad avanzada-sencillamente porque son libres.

III. La Libertad como derecho personalísimo

Según lo define el Diccionario de la Lengua Castellana, "libertad" es la facultad natural que tiene el hombre de obrar de una manera o de otra, y de no obrar, por lo que es responsable de sus actos."⁵

La misma fuente atribuye seguidamente al mencionado vocablo los siguientes significados: "Estado o condición del que no es esclavo. Estado del que no está preso, falta de sujeción y subordinación. Facultad que se disfruta en las naciones bien gobernadas, de hacer y decir cuanto no se oponga a las leyes ni a las buenas costumbres. Prerrogativa, privilegio, licencia."

En el sentido general el concepto de libertad comprende dos aspectos: la libertad como estado, condición o situación sin trabas ni impedimentos; y la libertad como facultad, poder, prerrogativa o derecho. En tal sentido, puede decirse que el hombre experimenta la libertad como un "sentirse libre de" y como un "sentirse libre para.." ⁶

Por un lado la libertad presupone una liberación de toda servidumbre o esclavitud, y, por otro lado, una absoluta posibilidad de elección y de realización.

III. 1. La Libertad como atributo de la persona.

La libertad es un atributo natural del ser humano que trae consigo desde su nacimiento como cualidad inherente a su personalidad. De hecho le pertenece sin que se requiera que legislación alguna expresamente lo reconozca u otorgue.

Es un atributo que a la persona le es imprescindible para el adecuado desarrollo de su inteligencia y de su voluntad con miras al cumplimiento de los fines propios de su condición biológica y de su vida de relación. Su desconocimiento o privación causa, a quien los sufre, un desmedro o menoscabo de su personalidad.

La libertad individual es un atributo natural que el hombre posee por el solo hecho de ser persona. El nace libre. Su existencia tiene por condición la libertad, aún cuando, cómo es comprensible, el ejercicio de ella lo irá teniendo de modo gradual y progresivo, en la medida de su desarrollo mental, físico y social.

IV. Restricciones a la capacidad

⁴ BORDA, G.: Tratado.... ob. Cit. Pág. 281

⁵ RIVERA, Julio Cesar: "Instituciones de Derecho Civil, Parte General II, Abeledo Perrot, Bs. As. 1993, pág. 69.

⁶ RIVERA, Julio Cesar: ob. Cit. Pág. 70

Establecimos que en nuestro sistema la capacidad es la regla y la incapacidad la excepción.

Dentro del régimen de capacidad, el derecho Argentino prevé dos tipos de incapacitaciones: la incapacidad propiamente dicha (o interdicción) y la inhabilitación.

- 1) La incapacidad podemos decir que constituye un desequilibrio psíquico o cognitivo grave, que trae como consecuencia la pérdida del ejercicio de la autonomía y el desplazamiento de la voluntad del sujeto. En el plano normativo la incapacidad resulta de la interdicción judicial. Es decir de una sentencia judicial que así lo determine. Un anciano puede ser declarado incapaz de obrar –quedar interdicto por demencia- si por causa de enfermedad mental grave y habitual no tiene aptitud para dirigir su persona o administrar sus bienes (art. 141 Código Civil) en cuyo caso se le designa un representante legal (Curador) que sustituya su voluntad.
- 2) La inhabilitación, importa una insuficiencia en la voluntad de una persona, ya sea provocada por disminución de sus capacidades mentales, por embriaguez habitual o uso de estupefacientes, por su prodigalidad que no afectan definitivamente su discernimiento. En estos casos se encuentra resentida la lucidez, de manera tal que se está en presencia de una voluntad debilitada. La inhabilitación exige el reconocimiento de una capacidad restringida. Por ello se requiere que la voluntad del inhabilitado se complete con el asentimiento de un curador para realizar actos de disposición y administración que se hubieren establecido en la sentencia.

La nueva Ley de Salud Mental, Ley 22.914 (Promulgada el 2 de Diciembre de 2010) en su art. 42, incorpora al Código Civil el art. 152 ter, que dispone: "Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en un examen de facultativos conformado por evaluaciones interdisciplinarias. No podrán extenderse por más de tres (3) años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible. "

Tanto la interdicción como la inhabilitación inciden sobre la capacidad de la persona. La inhabilitación al reducir la esfera de los actos que la persona puede realizar y la interdicción, que tiene una mayor extensión, pues es generadora de una incapacidad general (o absoluta).

En la inhabilitación, la restricción a la capacidad es menor, circunscribiéndose a cierta especie de actos, manteniendo la persona su capacidad genérica. En ambos casos, la persona ya sea que se la declare interdicta o inhabilitada, requiere de un representante o asistente quien se denomina curador.

V. CURATELA

A la curatela, dos son los sentidos que se le dan en nuestro derecho. En un sentido amplio alude al régimen tuitivo que comprende a quienes no sufren interdicción o inhabilitación alguna, pero que debido a la imposibilidad de actuar en el mundo jurídico requieren de una protección integral.⁷ En sentido estricto se vincula a las personas mayores de edad que han sido sometidas a

⁷ SPOTA, Alberto G. tratado de Derecho Civil, Derecho de familia, T.II, vol. 4, pág. 423

interdicción o inhabilitación judicial, sordomudos que no saben darse a entender por escrito, y a los inhabilitados por condena penal.⁸

La curatela consiste en el derecho de gobernar la persona y bienes de los incapaces mayores de edad. Este instituto de protección tiene por fin no solo preservar la salud de esos sujetos, sino también protegerlos de su propia inconsciencia y de la explotación por parte de terceros.

El objeto principal de la curatela es la protección del incapaz y lograr su recuperación, procurando que el representado supere la causa que le generó su incapacidad. Esta protección afecta también los bienes del incapaz.

Los artículos 476 a 478 del Código Civil, establecen un orden de preferencia, que se encuentra subordinado a la condición de idoneidad del curador, pudiendo el Juez apartarse del mismo cuando existan motivos fundados.

En primer lugar se encuentra la curatela del cónyuge, cuyo fundamento se halla en la unión creada por el matrimonio. .

A falta de cónyuge, la curatela debe ser desempeñada por los hijos mayores de edad, resultando la elección en orden a la idoneidad, aptitud y predisposición para el desempeño del cargo.

Ante la ausencia de cónyuge e hijos mayores de edad, la curatela de los hijos solteros o viudos debe ser discernida a favor del padre o de la madre.

VI. Reconocimiento de la Ancianidad en nuestra Constitución Nacional

La Constitución Nacional vigente no cuenta con disposiciones específicas que reconozcan derechos a los ancianos en su calidad de tales. No obstante, la incorporación de diversos tratados internacionales sobre derechos humanos mediante la reforma de 1994, representa un avance importante en la materia. Varios de esos instrumentos jurídicos, incluidos en el artículo 75, inciso 22 de la Constitución Nacional, están ligados a la problemática de la ancianidad. Tales son la Declaración Universal de Derechos Humanos (arts. 1, 2.1, 7, 22 y 25.1), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (arts. 2.1 y 26), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (arts. 9, 11.1 y 12.1), la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (arts. II, XVI y XXX) y la Convención Americana sobre Derechos Humanos (arts. 1.1 y 24)

Asimismo, otros dos incisos del artículo 75 de la Constitución Nacional, se vinculan con las personas mayores. El inciso 19, que incluye como responsabilidad del Congreso proveer lo conducente al desarrollo humano", asegurando una educación que promueva "la igualdad de oportunidades y posibilidades sin discriminación alguna". Y el inciso 23, que le impone al Congreso llevar adelante medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por la Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los ancianos.

⁸ BELUSCIO, Augusto C. Manual de derecho de familia, T. II. Ed. Astrea. Bs.As. 2002 Pág. 389. FERRER, Francisco A.M., MEDINA, Graciela, MENDEZ COSTA, María Josefa – Directores-: Código Civil Comentado – Derecho de Familia, Tomo I, Ed. Rubinzal Culzoni, Bs. As. 2004, pág. 1456

VII. CONCLUSION

La ancianidad es un estadio de la vida legítimamente esperable para todos los seres humanos. Su desarrollo, hoy, no se vincula necesariamente con la enfermedad o con la discapacidad. Ancianidad y senilidad no son conceptos sinónimos.⁹

Los ancianos deben ser respetados como sujetos simultáneamente iguales y distintos, que continúan siendo parte de la sociedad aunque padezcan cierta dependencia

Las personas mayores requieren de protección contra los demás (enfermedad, miseria, ignorancia, soledad, desempleo, accidentes, etc.) y, en algunos casos, contra sí mismos.

La ancianidad tiene derecho al respeto y consideración de sus semejantes. Defender y proteger al anciano proveyendo a sus necesidades, a más de constituir un deber moral de gratitud, de reconocimiento a su persona y de solidaridad familiar, constituye una exigencia jurídica.

La condición de los ancianos puede fortalecerse a través del reconocimiento constitucional e internacional de sus derechos básicos, de sus derechos humanos

Cuando existan parientes próximos en condiciones de satisfacer la solidaridad convivencia, económica y asistencial; ellos deben afrontar tales necesidades. El Estado actuará sólo subsidiariamente, en virtud de la llamada solidaridad social.

VIII. BIBLIOGRAFIA

ALTERINI, Atilio Aníbal: Derecho Privado, Parte General. Ed. Abeledo Perrot. Bs. As. 1995

BELLUSCIO, Augusto C.: "Manual de Derechos de Familia". Tomo II. 7º Edición, Actualizada, Ed. Astrea. Bs.As. 2002.

BORDA, Guillermo A.: Tratado de Derecho Civil –Familia. Ed. Abeledo Perrot. 1993.

- Tratado de Derecho Civil, Parte General, 12º ed. Abeledo Perrot, Bs. As. 2004.

FANZOLATO, Eduardo Ignacio: Los Ancianos y la Solidaridad Familiar en el siglo XXI; Separata de la Revista de la Facultad N° 4 Vol. 2 Año 1996.

FANZOLATO, Eduardo Ignacio: "Protección de la libre voluntad del adulto mayor vulnerable" Separata Foro N° 146. Córdoba 2011

FERRER, Francisco A.M., MEDINA, Graciela, MENDEZ COSTA, María Josefa –Directores-: Código Civil Comentado – Derecho de Familia, Tomo I, Ed. Rubinzal Culzoni, Bs. As. 2004.

MENDEZ COSTA, María Josefa: "Los ancianos en la legislación civil", La Ley T. 1983-

RIVERA, Julio Cesar: "Instituciones de Derecho Civil, Parte General II", Abeledo Perrot, Bs. As. 1993, pág. 69.

SPOTA, A. G. Tratado de Derecho Civil, Derecho de Familia, T.II, vol. 4, Ed. Depalma Bs. As

Adriana Warde

Abogada
Esp. en Derecho de Familia
Octubre 2011

⁹ MENDEZ COSTA, María Josefa: "Los ancianos en la legislación civil", La Ley T. 1983-A, pág. 318.

“ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN SOCIO-COMUNITARIA DESDE A.L.M.A (ASOCIACIÓN DE LUCHA CONTRA EL MAL DE ALZHEIMER)”

Sabemos que la Enfermedad de Alzheimer afecta a tres actores: el enfermo, la familia y, dentro o fuera de ella, al cuidador principal.

La restricción horaria que impone la atención en consultorios públicos y/o privados, muchas veces hace difícil el asesoramiento profesional necesario sobre estrategias de manejo cotidiano.

Cuidar de un enfermo con EA implica una perturbación de la rutina diaria; la enfermedad rompe de modo brutal para quien la padece, y siempre para las personas que los rodean.

Un enfermo cercano es un dolor, pero también es un obstáculo y un problema a sortear.

Las dinámicas familiares alteradas buscan –casi con desesperación- el sostén emocional de los conflictos y angustias en un territorio que las incluye pero que también las excede pudiendo producir enfermedad u otra forma de padecimiento en los individuos más vulnerables que asisten al enfermo.

Es imposible nadar y mantenerse seco.

La compañía, el amor, el cuidado, el consuelo, la enseñanza e información adecuados a familiares y la comunidad en general, es un deber que tenemos como sociedad, el deber de brindar beneficios y mejorar la convivencia sin dañarnos unos a otros.

El cuidado de los enfermos es una dimensión fundamental de la asistencia; reconstruir el mundo en que cada enfermo vive y adaptar nuestras recomendaciones a sus posibilidades es parte de los requisitos indispensables de asistencia sanitaria de una población.

Las intervenciones de acción socio- comunitaria deberán enfatizar la dignidad e individualidad de cada familia afectada, incluyendo el cuidado de sí mismos, y manteniendo su nivel óptimo de funcionamiento psicológico y social.

Y también deberán apuntar a cubrir las necesidades objetivas de la población para que los vínculos y relaciones personales que a veces se suponen inmodificables cuando la demencia ingresa a un hogar, se transformen adecuadamente para beneficio de la sociedad toda.

A.L.M.A es una Asociación Civil sin fines de lucro formada por un grupo de familiares de enfermos de Alzheimer en la tarea de difundir, formar, y acompañar al enfermo y fundamentalmente a su núcleo familiar.

La Asociación de lucha contra el Mal de Alzheimer agradece a los organizadores de las III Jornadas de Gerontogeriatría por la oportunidad de difundir las acciones y actividades que realiza en la comunidad cordobesa desde hace 10 años.

A la Asociación de Magistrados de la Provincia de Córdoba que abre un año más sus puertas para que podamos recibir a familiares en un salón de su sede.

A Faidela, fundación que nos permitirá proyectar en un futuro cercano el soñado CENTRO DE DIA para enfermos con Alzheimer, proyecto apoyado por el Dr. Cesar Serra actual Legislador de la Provincia de Córdoba

Al grupo de tarea de la Comisión Directiva que generosamente aporta horas de su trabajo para compartir con la comunidad cordobesa.

Nuestra Visión

La proyectamos desde el pensamiento que todas las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer u otros problemas relacionados con la MEMORIA, reciban los cuidados adecuados y de forma digna.

Que familias y cuidadores reciban la educación, asistencia y el apoyo apropiado para entender y enfrentar los desafíos y demandas que conlleva el cuidado de una persona con esta enfermedad.

La meta de ALMA

Es impartir educación sanitaria a la población, sosteniendo y capacitando a los miembros de la familia en el acompañamiento de la enfermedad.

Las estrategias de intervención socio-comunitarias que ALMA lleva adelante de Febrero a Diciembre, todos los años son:

- Orientación y Asesoramiento Familiar a través de profesionales en el área médica, psicológica, y legal
- Grupo Psicoeducativo para parientes y recién llegados
- Grupo psicoeducativo para cónyuges
- Línea telefónica de apoyo, para la orientación individualizada.
- Cursos de Capacitación para Cuidadores
- Talleres y Seminarios con abordaje holístico en el campo de neurología, geriatría, psicología, nutrición, rehabilitación física, fonoaudiología, neurorehabilitación
- Campañas de detección precoz de deterioro cognitivo para personas con alteraciones de memoria
- Estimulación Neuro Cognitiva tanto en etapas precoces de la demencia como a la comunidad preocupada por mantener un cerebro sano y en forma

Hoy en Argentina viven 3000 personas con más de 100 años y 1.000.000 superan los 80 años, según un informe del Instituto de Jubilados y Pensionados de la RA (PAMI) del año 2010. Conociendo esta dimensión Tal vez haya llegado la hora de interrogarnos sobre nuestro propio futuro.

Referencias Bibliográficas:

Serra, C. Proyecto de ley 4668/L/10. Legislatura de la Provincia de Córdoba; 02 de Marzo de 2010.

Isabel Alfaro

Medica Especialista en Neurología UNC
Directora de Memory T.A.U (Unidad Atención Trastornos de Memoria)
Ex Presidente de A.L.M.A (Asoc. Lucha contra el Mal de Alzheimer)
Córdoba, octubre 2011

PERFIL DEL PACIENTE ADULTO MAYOR TERMINAL AL INGRESO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA

INTRODUCCIÓN.

La OMS estima que la esperanza de vida de la población mayor de 60 años pasará de 600 millones a 2 mil millones para el año 2050. Este aumento será más grande y más rápido en los países en vías de desarrollo, donde se espera que cuadruplique la población envejecida en los próximos 50 años. Cada año fallecen 6 millones de personas a causa del cáncer y hay más de 10 millones de casos nuevos. Se estima que hasta 2020 tendremos 15 millones de nuevos casos al año. En la era de la medicina moderna los intereses primordiales se sitúan en una mayor longevidad. Si bien la expectativa de vida aumentó gracias al tratamiento de enfermedades prevalentes (infecciosas, cardiovasculares, etc.) hemos dado lugar a la aparición de enfermedades crónicas y oncológicas con gran sobrevida generando una situación de "longevidad minusválida." Estos pacientes llegan a fases muy avanzadas en la historia natural de la enfermedad requiriendo atención especializada en terminalidad.

Frente a esta realidad, los cuidados paliativos y los hospicios se presentan como una forma innovadora de cuidado en el área de la salud.

Los cuidados paliativos se definen como el *cuidado activo y total de pacientes con enfermedades que limitan la vida* - incluyendo a su grupo familiar - a partir de un equipo multiprofesional, cuando la enfermedad no responde a terapéuticas curativas o que permitan prolongar la vida.

El vocablo "paliativo" deriva de la palabra latina *pallium*: palio, capa, manto. Los cuidados paliativos se extienden más allá del alivio de síntomas físicos, integran diferentes dimensiones del cuidado: física, psicológica, social y espiritual, facilitando al paciente no sólo morir en paz, sino vivir tan activamente como sea posible hasta el momento final.

La atención se realiza en consultorio, domicilio, instituciones geriátricas, hospitales u hospicios dependiendo de la funcionalidad, el deseo del paciente y de la situación familiar. En países subdesarrollados, donde la familia es el centro de la vida comunitaria la asistencia se realiza en casa, aquí el paciente terminal se identifica con el contexto social, la normalidad de la vida diaria, las relaciones personales, las determinaciones; además de atender las necesidades del enfermo, se instruye a los familiares sobre como atender, prevenir y aliviar el dolor del ser querido. Se les comunica la situación real de la enfermedad. Se responde a las inquietudes. Las decisiones se toman por consenso entre el paciente, la familia y el médico.

La realidad de los cuidados paliativos en los gerontes de nuestra ciudad es poco conocida debido a diversos factores. El objetivo de este trabajo es analizar el perfil de los pacientes al ingresar a nuestra institución entre los años 2007 y 2009.

OBJETIVO

Analizar el perfil de los pacientes adultos mayores terminales al ingresar a una institución de cuidados paliativos entre los años 2007-2009 para luego relacionar las variables estudiadas y obtener una imagen objetiva de la realidad de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio analítico longitudinal retrospectivo recaudando datos de las historias clínica de 65 pacientes mayores de 65 años que ingresaron y fallecieron bajo nuestra asistencia entre febrero del 2007 y diciembre del 2009.

Se analizaron los porcentajes de las siguientes variables al ingreso: distribución por edad y sexo, patologías de base, fuentes de derivación de pacientes, E.C.O.G, conocimiento del diagnóstico, conocimiento del pronóstico, Incidencia y tipo de dolor, EVA, medicación analgésica, analgésicos opioides, nivel de Conciencia, presencia de Insomnio, Disnea, Fatiga, Ansiedad, Depresión y el tratamiento de los mismos.

RESULTADOS

Tabla 1. DISTRIBUCION POR SEXO

SEXO	EDAD	Nº PACIENTES	% DE PACIENTES
MUJERES	77.5 años	39 pacientes	60%
VARONES	73.92 años	26 pacientes	40%
TOTAL		65 pacientes	100%

FUENTE: Datos propios

Tabla 2. DISTRIBUCION DE ENFERMEDADES

<i>Patología oncológica</i>	<i>Nº de pacientes</i>	<i>% de pacientes</i>
Cáncer colon-rectal	9 pacientes	14,51
Cáncer de pulmón	8 pacientes	12,90
Cáncer de próstata	7 pacientes	11,29
Cáncer de mama	7 pacientes	11,29
Cáncer de páncreas	6 pacientes	9,67
Cáncer gástrico	5 pacientes	8,06
Tumor oculto	2 pacientes	3,22
Probable etiología oncológica*	2 pacientes	3,22
vesícula o vías biliares	2 pacientes	3,22
Cáncer de vejiga	2 pacientes	3,22
Cáncer de vulva	2 pacientes	3,22
Doble tumor primario	1 paciente	1,612
Cáncer de cerebro	1 paciente	1,612
Cáncer de endometrio	1 paciente	1,61
Cáncer hepático	1 paciente	1,61
Cáncer laringe	1 paciente	1,61
Linfoma no Hodgkin	1 paciente	1,61
Mieloma múltiple	1 paciente	1,61
Melanoma	1 paciente	1,61
Cáncer de ovario	2 paciente	3,22
TOTAL	62 pacientes	95.3846%
<i>Patología no oncológica</i>	<i>Nº de pacientes</i>	<i>% de pacientes</i>
Pluripatología	1 paciente	1.53%
Hepatitis c terminal	1 paciente	1.53%
Insuficiencia cardiaca terminal	1 paciente	1.53%
TOTAL	3 pacientes	4.6154%
TOTAL MUESTRA	65 pacientes	100%

FUENTE: Datos propios

*Probable etiología oncológica: pacientes en estadio terminal sin valoración oncológica previa y que no están en condiciones físicas de someterse a plan diagnóstico pero que existe sospecha clínica oncológica.

Tabla 3. FUENTES DE DERIVACION

DERIVANTES	Nº de pacientes	% de pacientes
MÉDICOS	29 pacientes	44.6153%
FAMILIARES O ALLEGADOS DE PACIENTES ANTERIORES	21 pacientes	32.3076%
PREPAGA	10 pacientes	15.3846%
ALLEGADOS A MIEMBROS DEL EQUIPO	4 pacientes	6.1538%
PAGINA DE INTERNET INSTITUCIONAL	1 paciente	1.5384%
TOTAL	65 pacientes	100%

FUENTE: Datos propios

Tabla 4 DISTRIBUCION DE DERIVACIONES POR MEDICOS ESPECIALISTAS

MEDICOS DERIVANTES	Nº de pacientes	% de pacientes
INTERNISTAS	8 pacientes	27,58%
ONCÓLOGOS	8 pacientes	27,58%
URÓLOGOS	4 pacientes	13,79%
GERIATRAS	2 pacientes	6,89%
GINECÓLOGO	2 pacientes	6,89%
CIRUJANOS	2 pacientes	6,89%
GASTROENTERÓLOGO	1 pacientes	3,44%
NEUMONÓLOGO	1 pacientes	3,44%
TRAUMATÓLOGO	1 pacientes	3,44%
TOTAL	29 pacientes	44.61%

TABLA 5. DISTRIBUCION DE E.C.O.G

E.C.OG	Nº de pacientes	% de pacientes
ECOG I	8 pacientes	12.31%
ECOG II	13 pacientes	20%
ECOG III	19 pacientes	29.23%
ECOG IV	25 pacientes	38.46%
TOTAL	65 pacientes	100%

TABLA 6 CONOCIMIENTO DEL DIAGNOSTICO

CONOCIMIENTO DEL DIAGNOSTICO	Nº DE PACIENTES	% DE PACIENTES
Si lo conocían	47 pacientes	72,30%
No conocían su diagnostico el	15 pacientes	23,07%
No pudo valorarse	3 pacientes	4,61%
TOTAL	65 pacientes	100%

Tabla 7. CONOCIMIENTO DEL PRONÓSTICO

CONOCIMIENTO DEL PRONOSTICO	Nº de pacientes	% de pacientes
SI CONOCIAN PRONOSTICO	22 pacientes	33.84%
NO CONOCIAN SU PRONOSTICO	22 pacientes	33.84%
NEGABAN SU PRONOSTICO	15 pacientes	23.07%
NO PUDO VALORARSE	6 pacientes	9.23%
TOTAL	65 pacientes	100%

TABLA 8 DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGUN EL TIPO DE DOLOR

TIPO DE DOLOR	Nº DE PACIENTES	% DE PACIENTES
Nociseptivo	36 pacientes	61,01%
Mixto	22 pacientes	37,28%
Neuropatico	1 paciente	1,69%
TOTAL	59 pacientes	90.76%

Tabla 09. EVA DE PACIENTES QUE INGRESAN CON ANALGÉSICOS

E.V.A	Nº de pacientes	% de pacientes
EVA 0	5 pacientes	8,06451613 %
EVA 1	0 pacientes	0 %
EVA 2	0 pacientes	0 %
EVA 3	4 pacientes	6,4516129 %
EVA 4	4 pacientes	6,4516129 %
EVA 5	4 pacientes	6,4516129 %
EVA 6	3 pacientes	4,83870968 %
EVA 7	6 pacientes	8,06451613 %
EVA 8	22 pacientes	35,483871 %
EVA 9	7 pacientes	11,2903226 %
EVA10	5 pacientes	8,06451613 %
TOTAL	59 pacientes	90.7692%

FUENTE: Datos propios

Tabla 10. MEDICACIÓN ANALGÉSICA DE INGRESO

MEDICACION ANALGESICA	Nº de pacientes	% de pacientes
OPIOIDES	43 pacientes	66.15%
NO OPIOIDES	22 pacientes	33,846%
TOTAL	65 pacientes	100%

FUENTE: Datos propios

Tabla 11. MEDICACIÓN OPIOIDE AL INGRESO

OPIOIDES	Nº de pacientes	% de pacientes
TRAMADOL	24 pacientes	55,813%
DEXTROPROPOXIFENO:	4 pacientes	9,302%
OXICODONA:	4 pacientes	9,302%
FENTANILO:	4 pacientes	9,302%
MORFINA:	3 pacientes	6,976%
CODEÍNA:	3 pacientes	6,976%
NALBULFINA:	1 paciente	2,325%
TOTAL	43 pacientes	66.15%

TABLA 12 OTROS SÍNTOMAS

OTROS SÍNTOMAS	Nº DE PACIENTES	% DE PACIENTES
Insomnio	32 pacientes	49.23%
Disnea	12 pacientes	18.46%
Fatiga	31 pacientes	47.69%
Ansiedad	20 pacientes	30.76%
Depresión	12 pacientes	18,46%
Delirio	8 pacientes	12.30%
Demencia	4 pacientes	6.15%
Anorexia	30 pacientes	46,15%
Nauseas y vómitos	16 pacientes	24,65%

FUENTE: Datos propios

DISCUSIÓN

La expectativa de vida por sexo para argentina entre los años 2007 al 2009 coincide con las edades de los pacientes de nuestro estudio (Tabla 1).

Si consideramos que las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte a nivel mundial, nacional y provincial y comparamos esto con la baja incidencia de enfermos cardiovasculares de nuestro trabajo, se podría concluir que existe un déficit en la atención de estos pacientes en la terminalidad (Tabla 2). Esto podría deberse al desconocimiento de la existencia de cuidados paliativos por los profesionales que asisten a estos pacientes, creencia de que los cuidados paliativos se avocan solo al paciente oncológico, creencia de que los cuidados paliativos se avocan solo al tratamiento del dolor, dejando sin tratamiento o sin prevención de otros síntoma.

Teniendo en cuenta que solo el 44,61% de los pacientes fueron derivados por médicos (Tabla 3), esto puede plantear un interrogante, ¿hay conocimiento de la existencia de los cuidados paliativos en el ámbito medico?

La segunda fuente de derivación fueron los familiares de pacientes anteriores quienes ya habían tenido la experiencia y comprendían los objetivos de nuestra actividad. La tercera fuente de derivación fue una prepaga que comprendió las ventajas de la asistencia paliativa de los pacientes ya sea por razones económicas, humanas o de otra índole. La cuarta fuente de derivación fue la página de Internet de la institución que a pesar de ser actualmente el medio de comunicación y difusión más común implicó la derivación de solo un paciente pudiendo relacionarse esto con el desconocimiento de la comunidad en general de la existencia de los cuidados paliativos lo que dificulta la búsqueda de ayuda en Internet ya sea por no conocer palabras clave.

En cuanto a los especialistas médicos que más derivaron pacientes, lo hicieron en igual proporción internistas y oncólogos, pero si tomamos en cuenta que el 95% de los pacientes fueron oncológicos la mayoría de los pacientes deberían haber sido derivados por oncólogos ya que todos los pacientes tuvieron valoración oncológica salvo un 3% en quienes no hubo valoración ni diagnóstico oncológico (Tabla 4).

Tomando en cuenta el estado funcional del paciente al ingreso a través del ECOG el 38,46% de los pacientes ingresaron con ECOG 4 y el 29,23% ingresaron en ECOG 3 o sea que más de la mitad de los pacientes ingresaron con un deterioro severo de su funcionalidad pasando más de la mitad del día en cama requiriendo de asistencia para las actividades de la vida diaria muchas veces con un manejo no profesional en domicilio con los riesgos que esto acarrea (caídas, escaras, agotamiento de cuidadores, etc.) (Tabla 5).

En cuanto al conocimiento del diagnóstico no lo conocían el 23,07% (no se informó por decisión familiar y/o médica) de los pacientes dejando a estos sin el acceso a la información sobre los cambios que el mismo ve sobre su cuerpo y sobre los síntomas que va presentando a medida que la enfermedad avanza (Tabla 6). En cuanto al pronóstico 33,84% de los pacientes no lo conocían (no se informó por decisión familiar y/o médica) lo que implica prohibir el acceso a la información para la toma de decisiones sobre cómo querrá el paciente vivir sus últimos días y cómo prepararse para el final (Tabla 7).

En cuanto a la escala de valoración del dolor al ingreso el 35% los pacientes llegaban con un EVA de 8 seguidos por el 11% con EVA de 9 y un 8% con EVA de 10, o sea que más de la mitad de los pacientes (54%) ingresaron con dolor intenso lo que implica un mal manejo del dolor (Tabla 10). Si a esto le sumamos la poca utilización de opioides fuertes (fentanilo: 9,30%; morfina 6,97%; oxycodona: 9,30%) los que estarían indicados para el dolor severo y la excesiva utilización de analgésicos no opioides (33,84%) y opioides débiles (tramadol: 55,81%, dextropropoxifeno: 9,30%, codeína: 6,97%) nos damos cuenta del desconocimiento en el manejo de opioides para el tratamiento del dolor (Tablas 8, 9, 10 y 11).

Otros síntomas detectados al ingreso fueron el insomnio presente en el 49,23% de los individuos estando bajo tratamiento el 84,37% de los individuos de este grupo. Otro síntoma fue la fatiga presente en el 47,69% de la muestra siendo tratada en el 6,4516% de los individuos. Estos síntomas y otros (Tabla 12) no fueron motivo de consulta ya que la mayoría de los pacientes consultaron por su dolor y no conocían que los cuidados paliativos asisten a otros síntomas que afectan la calidad de vida.

CONCLUSIONES

A pesar de que la primera causa de muerte son las enfermedades cardiovasculares solo hubo un paciente de este grupo. Los pacientes adultos mayores que consultan por cuidados paliativos llegan derivados por médicos en el 44% de los casos ingresando con un deterioro funcional avanzado (ECOG III-IV en el 69.67% de los casos), con dolor intenso (EVA 8-10 en el 54% de los casos) y sin la analgesia adecuada (66.15 % de los pacientes estaba tratados con opioides y de este grupo el 72.08% recibían opioides débiles). En cuanto al manejo de información, por decisión familiar, al 23,07% se les negó la información de su diagnóstico y a un 33,84% no se les brindó la información de su pronóstico. Por último vemos que si bien el dolor implicó el 90.76% de las consultas existen otros síntomas que afectan igualmente la calidad de vida siendo insomnio, fatiga y anorexia los más frecuentes estando presentes entre el 46 y el 49 % de las consultas. A su vez los síntomas tratados fueron náuseas - vómitos (100%), insomnio (84.37%), ansiedad (60%) y depresión (50%) siendo fatiga y anorexia uno de los síntomas más frecuentes pero menos tratados.

RECOMENDACIONES

Las recomendaciones están encaminadas a mejorar la calidad de vida y de muerte de los pacientes en fase terminal. Debemos comenzar por una buena relación médico-paciente y médico-familia brindando información en forma gradual, apropiada para las fases de duelo pero realista. Cabe destacar que el deber de información es del médico no de la familia y que el paciente debe poder optar si quiere recibir información de su diagnóstico y/o pronóstico lo que se respetará en caso de negativa a la información pero brindando la posibilidad de elegir (Derecho del paciente terminal). Debemos tener en cuenta también que la información es un proceso que conlleva un tiempo cronológico (dependiente de los lapsos de realización de estudios e informe de los mismos) y un tiempo personal (dependiente del estado emocional, espiritual y social del paciente quien solicitara información en forma progresiva a medida que esté preparado para recibirla) el médico debe equilibrar esos tiempos obrando como un artesano, para lo cual debe respetar los periodos que el paciente irá vivenciando, dejando de lado los protocolos y reglas rígidas que rigen la medicina actual.

Es recomendable una pronta derivación de estos pacientes a los equipos de cuidados paliativos ante la presencia de síntomas de difícil manejo para el médico tratante sin que esto implique el alejamiento del profesional del tratamiento y acompañamiento de su paciente. Considerar que el paciente terminal tiene otros síntomas diferentes del dolor y que son plausibles de tratamiento mejorando así su calidad de vida. Como última recomendación debemos escuchar y aprender del paciente, considerar que la muerte es una realidad para nosotros también y que un día nos tocara estar del otro lado del interlocutor. Podemos tener muchos prejuicios o temores a la finitud de la vida pero la recompensa que obtenemos de disfrutar la vida día a día calmará todo temor al momento de partir.

BIBLIOGRAFIA

World Health Organization. Cancer Pain Relief and Palliative Care. Technical report series 804. Geneva: WHO. 1990.

Kearney M. A place of Healing Working with Suffering in living and dying. Oxford University Press, 2000.

Tiberio Álvarez E., Óscar Velásquez A. Aproximación al concepto y evolución histórica de los cuidados paliativos pagina 3. Dolor y cuidados paliativos. Editorial Corporación para investigaciones biológicas. Medellín. Colombia.2005

Sociedad Española de Cuidados Paliativos .www.secpal.com .Guía De Cuidados Paliativos.

Navarro R., Botella J.J. « Cuidados paliativos en enfermedades avanzadas de un órgano » en

M. Gomez S. Medicina Paliativa en la Cultura Latina. Ed. ARAN, Madrid 1999, 221-231.

National Hospice and Palliative Care Organization
General Medical Guidelines for Determining Prognosis in Selected Non-cancer

Diseases (adapted from National Hospice Organization, 1996). J.A.M.A. 2001; 285:

www.indec.mecon.ar

Sosa Liprandi María I. y col. Causas de muerte en la mujer en los últimos 23 años. Revista Argentina de Cardiología / vol 74 n° 4 / julio-agosto 2006

Mauro Remondino

Médico
Especialista en Geriátrica

“Escala Visual Análoga versus medicación analgésica y fuentes de derivación al ingreso de pacientes ancianos terminales”.

Introducción

El concepto de paciente terminal surge de la atención a personas con cáncer en fase avanzada y posteriormente se extendió a otras enfermedades que comparten algunas características similares. Es un término que hace referencia a una situación del paciente más que a una patología.

Según la definición de la OMS y de la Sociedad española de cuidados paliativos, enfermedad en fase terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses); es progresiva; provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conlleva un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia y el paciente.

En las situaciones terminales el objetivo de la atención médica no es “el curar” sino el de “cuidar” al paciente, a pesar de la persistencia y progresión irreversible de la enfermedad. Se trata de proporcionar la máxima calidad de vida hasta que acontezca la muerte. Con esta finalidad surgió una nueva forma de atención médica integral que se denominó cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos inicialmente se desarrollaron en Inglaterra como filosofía hospice, y en 1990 la OMS asume la denominación general de cuidados paliativos como “el cuidado activo y total de las enfermedades que no tienen respuesta al tratamiento curativo, con el objeto de conseguir la mejor calidad de vida posible controlando los síntomas físico-psíquicos y las necesidades espirituales y sociales de los pacientes”.

DOLOR

El dolor es un problema de salud de primera magnitud en los pacientes terminales puesto que es uno de los más frecuentes (el 1º, según series). Es descrito por un 50% de pacientes en todos los estadios la enfermedad. Alcanza al 70-80% durante las últimas fases de la enfermedad. Es de moderado a intenso en un 40-50% de los pacientes e insoportable en un 25-30% de los casos. A pesar de ello, permanece todavía sin ser controlado en un 50-80% de los casos. La falta de control analgésico se debe a problemas relacionados con los profesionales (actitud, formación, dificultades para prescribir opiáceos) y con los pacientes (incumplimiento, temor a efectos secundarios).

Es un síntoma muy frecuente que con tratamiento adecuado puede corregirse en un 75-90% de enfermos; sobre todo en pacientes ancianos ya que afecta a 2/3 de los pacientes oncológicos terminales y al menos a 1/3 de los no oncológicos.

Sabiendo esto y teniendo herramientas simples y confiables para evaluar el dolor en forma rápida, sencilla y de manera objetiva como la **escala visual análoga (EVA)** y contando además en nuestro medio con medicamentos efectivos para controlar el dolor y equipos especializados en su manejo, el control de este síntoma tan indeseable no se logre.

OBJETIVOS

General:

- Encontrar una relación entre el control del dolor y la medicación analgésica suministrada por profesionales no especializados en su manejo.

Específicos:

- Evaluar las posibles causas del fallo en el control del dolor.
- Dejar pautas para la prevención de la subestimación del dolor en pacientes ancianos terminales.
- Encontrar una relación entre el control del dolor y quien produjo la derivación a un centro especializado en el manejo del síntoma.

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó un estudio analítico longitudinal retrospectivo recaudando datos de las historias clínicas de todos los pacientes que ingresaron y fallecieron bajo la atención de la institución entre los años 2007 y 2009.

Se analizaron las siguientes variables: distribución por edad y sexo, patologías oncológicas y no oncológicas, fuentes de derivación de pacientes, incidencia y tipo de dolor, EVA de llegada de los pacientes que ingresaron con tratamiento del dolor, medicación analgésica al ingreso, etc.

DESARROLLO y ANÁLISIS

De un universo de 95 pacientes, se extrajo como muestra a los individuos mayores de 65 años resultando un total de 65 pacientes

El promedio de edad de la muestra fue de 76 años (rango 65-92 años).

La distribución por sexo

Tabla 1. Distribución por sexo.

Sexo	Número de pacientes	Porcentajes (%)
Femenino	38	58,5
Masculino	27	41,5

Fuente: datos propios.

Las patologías de base de los pacientes

Tabla 2. Patologías de base.

Patología	Número de pacientes	Porcentajes (%)
Oncológica	62	95,4
No oncológica	3	4,6

Fuente: datos propios.

En cuanto a las **fuentes de derivación**, los **pacientes derivados por médicos** significaron el 44.6% (29 pacientes) presentando la siguiente distribución:

Tabla 3. Fuente de derivación de pacientes.

Deriva	Número de pacientes	Porcentajes (%)
Médicos clínicos	8	12,3
Médicos oncólogos	8	12,3
Médicos especialista	13	20,0
Familiares	21	32,3
Prepagas	10	15,4
Allegados al equipo	4	6,1
Internet	1	1,5

Fuente: datos propios.

En cuanto a la **valoración del dolor con la escala de EVA de los pacientes que ingresan con analgésicos**; presentaron

Tabla 4. Distribución EVA de llegada.

EVA	Número de pacientes	Porcentajes (%)
0	5	7,7
1	0	0
2	0	0
3	4	6,1
4	4	6,1
5	4	6,1
6	3	4,6
7	6	9,2
8	22	33,8
9	7	10,8
10	5	7,7
Sin datos	5	7,7

Fuente: datos propios.

Otro punto importante a tener en cuenta es en lo referente a la **medicación analgésica de ingreso**:

Tabla 5. Medicación analgésica al ingreso.

Medicación	Número de pacientes	Porcentajes (%)
Opioides	45	69,2
Otros (aínes, corticoides)	14	21,5
Ninguna	6	9,2

Fuente: datos propios.

Tabla 6. Eva de llegada en relación a quien deriva.

Deriva	EVA de llegada (media)
Médicos Clínicos	7,6
Médicos Especialistas	6,9
Familiares	6,2
Prepagas	5,0
Allegados al Equipo	6,2
Internet	8,0

Fuente: datos propios.

Tabla 7. Eva de llegada en relación a la medicación analgésica.

Medicación	EVA de llegada (media)
Opioides	6,9
Otros (AINES, Corticoides)	5,3

Fuente: datos propios.

DISCUSIÓN

Debemos comenzar destacando que no se han encontrado estudios o publicaciones que hagan referencia a la relación que existe entre la EVA de ingreso a alguna institución y quien deriva, al igual que la relación que existe con la medicación analgésica recibida.

Si se han encontrado algunos datos interesantes que apoyan en parte los resultados obtenidos en este estudio, como que, a pesar de su alta incidencia, el control del dolor es sub óptimo tanto en la población general como en los ancianos, como también que el 75% de pacientes cancerosos de más de 65 años tenían dolor al ingresar a un hospital para enfermos terminales, dos trabajos que nos dan la pauta del pobre control del dolor.

En el trabajo realizado se observa que en todos los casos e independientemente de quien deriva, la EVA al ingreso se encontraban con medias superiores a 6 (salvo aquellos pacientes derivados por las prepagas con media de 5), es decir, que la mayoría de los pacientes que llegaron a la institución se encontraban mal controlados en cuanto a su dolor, más allá de su patología de base por la que estaban siendo atendidos.

En referencia a la medicación analgésica vemos trabajos que nos hablan sobre la reticencia a administrar analgesia por miedos exagerados a los efectos secundarios, especialmente la depresión respiratoria y también hacen referencia a las diversas deficiencias en el conocimiento de los médicos en relación al tratamiento del dolor canceroso, todo lo cual apoya nuestros resultados.

Acerca de los opioides encontramos publicaciones sobre los riesgos que lleva un tratamiento a largo plazo con éstos y a la precaución que se debe tener en su manejo, sobre todo por médicos no especializados en su utilización. En el presente trabajo la EVA de ingreso en quienes recibían opioides como en aquellos que recibían otro tipo de medicación analgésica, presentaron medias superiores 5, por lo que destacamos que la mayoría llegaron con su síntoma dolor mal controlado independientemente de la medicación suministrada.

CONCLUSIONES

Se puede inferir de los resultados obtenidos que los pacientes que muestran como síntoma el dolor, más allá de su patología de base, cuando son atendidos por médicos no interiorizados en los cuidados paliativos, fallan en controlar el dolor o no le dan la importancia suficiente, por lo tanto cuando deciden la derivación a una institución dedicada a los cuidados paliativos, estos pacientes llegan con un mal control de su síntoma, independientemente de quien solicite la derivación.

En el empleo de medicación para el dolor, si bien se prescriben opioides, éstos son mal administrados por médicos no especializados en su manejo lo que lleva a que pacientes que con esas drogas podrían haber controlado su dolor, lleguen a la institución con un pobre control de su síntoma a pesar de la analgesia que están recibiendo, sumando a esto gastos innecesarios y disminuyendo la potencia analgésica de ciertas drogas que podrían haber sido utilizadas con mayor eficacia.

Es decir, muchas veces el dolor no es considerado un síntoma importante dejando su tratamiento en un segundo plano lo que lleva a un deterioro de pacientes terminales que, con un tratamiento adecuado realizado por personal idóneo, podrían calmar o disminuir su dolor mejorando así su calidad de vida.

RECOMENDACIONES

Evaluar a tiempo el dolor, cuantificándolo con escalas vastamente validadas como la visual análoga.

Derivar a tiempo a los pacientes con dolor a instituciones especializadas en su tratamiento evitando así gastos innecesarios y mejorando su calidad de vida.

Interiorizar a los médicos en general en el manejo del dolor para que puedan detectar y derivar cuando sea necesario.

Formar equipos interdisciplinarios para el tratamiento del dolor, en donde participen médicos, enfermeras, psicólogos, etc. para poder lograr un mejor control del dolor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Astudillo W, Mendinueta C. Bases para el cuidado paliativo en los ancianos. Cuidados paliativos en geriatría. Primera edición. Sociedad vasca de cuidados paliativos. España año 2000. Capítulo 1: 21 – 60.
2. Breivik EK, Bjornsson GA, Skovlund E. A comparison of pain rating scales by sampling from clinical trial data. *Clinical Journal Pain* 2001. Número 17: 104 – 105.
3. Closs SJ. Pain in elderly patients: a neglected phenomenon ?. *Journal Adv. Nurs* 1994. Número 19: 1072 – 1081.
4. Gallagher RM, Rosenthal LJ. Chronic pain and opiates: balancing pain control and risks in long-term opioid treatment. *Arch. Phys. Med. Rehabilitation* 2008. Número 89: 77 – 82.
5. Harden RN. Chronic pain and opiates: a call for moderation. *Arch. Phys. Med. Rehabilitation* 2008. Número 89: 72 – 76.
6. Johnson C. Measuring pain. Visual analog scale versus numeric pain scale: what is the difference? *Journal Chiropractic Med.* 2005. Número 4: 43 – 44.
7. López Forniés A, García de Diego F, Sierra MC, Ortiz de Landazuri J. Dolor. Tratado de geriatría para residentes. Sociedad española de geriatría y gerontología. España año 2008. Capítulo 71: 721 – 731.
8. Pergolizzi J, Boger RH, Budd K, Dahan A, Erdine S, Hans G, Crees HG, Langford R, Likar R, Raffa RB, Sacerdote P. Opioids and the management of chronic severe pain in the elderly: consensus statement of an international expert panel with focus on the six clinically most often used WHO step III opioids (buprenorphine, fentanyl, hydromorphone, methadone, morphine, oxycodone). *Pain Pract.* 2008. Número 8: 287 – 313.
9. Portenoy RK, Miransky J, Thaler HT. Pain in ambulatory patient with lung and colon cancer, prevalence, characteristics and impact. *Cancer* 1992. Número 70: 1616 – 1624.
10. Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. *Journal Clin. Nurs.* 2005. Número 14: 798 – 804.

Carlos Gustavo Raviolo Sánchez
Médico
Especialista en Geriatría.UNC

MISCELÁNEAS SOCIETARIAS

EVENTOS 2012

- **TALLER: "MI ENVEJECER CON HUMOR"**

Fecha: 29 de Setiembre de 2012 – de 10:00 hs. a 14:00 hs

Lugar : Aula 5 (Baterías "B") Facultad de Psicología (UNC)
Calle Enrique Barros y Enfermera Gordillo - Ciudad Universitaria -
Córdoba, Argentina

Destinatarios: Adultos Mayores de los Centros de Jubilados y Hogares de Día
De Córdoba, Capital.

Capacitadora: Dra. Graciela Zarebski. Directora de la Carrera de Gerontología
Universidad Maimónides (Buenos Aires)

Propósito: Reflexionar sobre los prejuicios del adulto mayor sobre la etapa vital que atraviesa, mediante el humor gráfico y experiencial, con la finalidad de modificar aquellos a favor de una mejor calidad de vida-

Ejes temáticos:

- ❖ Breve introducción teórica sobre los prejuicios viejistas
- ❖ Trabajo grupal vivencial de análisis de humor gráfico sobre la vejez
- ❖ Plenario integrador de vivencia y experiencias

Arancel: Libre y gratuito

Inscripciones: Centros de Jubilados u Hogares de Día Córdoba Capital

• **IV JORNADAS EN GERONTOGERIATRÍA:
"INTERGENERACIONALIDAD Y PROMOCIÓN PARA LA SALUD"**

Fecha: 26 y 27 octubre de 2012

Lugar: Salón auditorio "Baterías D" - calle Valparaíso y Enfermera Gordillo - Ciudad Universitaria.

Horario: viernes 9 a 20 hs. Sábado 9 a 13 hs.

Destinatarios :

- ✓ Profesionales, técnicos y otros miembros del equipo de salud
- ✓ gerontólogos y geriatras.
- ✓ organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que asisten a adultos mayores;
- ✓ estudiantes universitarios;
- ✓ jubilados
- ✓ público interesado en las temáticas.

Propósito:

generar un espacio de participación e intercambio de conocimientos y experiencias entre los miembros del equipo de salud y otros agentes, como base para el desarrollo de proyectos interdisciplinario que estimulen la intergeneracionalidad como factor de inclusión y promoción de la salud del adulto mayor.

Ejes temáticos:

- ❖ el adulto mayor y los otros: intereses comunes, conflictos y posibilidades.
- ❖ recreación como espacio de integración intergeneracional y promoción de la salud
- ❖ estrategias de intervención socio-comunitaria intergeneracional (familia, geriátrico, comunidad): aportes y experiencias.
- ❖ educación para la salud: hacia una tercera edad sana y una mejor relación con los adultos mayores

Organizan:

Asociación Gerontogerátrica del Centro "Mario A. Crosetto"

Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátrica

Comité ejecutivo:

Presidente de las Jornadas	Prof. Dr. Héctor David Martínez
Secretaria General	Mgter. María Cristina Burba
Coordinador	Mgter. José Luis Maidana
Coordinadores de Paneles:	Dra. Leticia Luque (Córdoba)
	Mgter. Jorge Paola (Buenos Aires)
	Mgter. Liliana Tarditi (Rio IV)
	Dr. Hugo Schifis (Buenos Aires)

Actividades previstas – modos de participación:

- conferencias
- paneles interdisciplinarios
- taller de producción y trabajo en equipo
- plenario

Acreditación: Se entregarán certificados de participación

Mayor información consultar: www.aggtec.org.ar

● **TALLER : Campaña de Prevención de Accidentes Domésticos en
A.M: "CON MAYOR CUIDADO"**

Fecha: 27 de Octubre de 2012 de 13 a 15,30 hs

Lugar: Salón Auditorio "Baterías D" Ciudad Universitaria - Córdoba,
Argentina

Destinatarios: Adultos mayores; Jubilados y público interesado.

Propósito: Sensibilizar a la población mayor y a sus familiares acerca de la importancia de la prevención de los accidentes domésticos y sus consecuencias.

Ejes temáticos: Breve introducción teórica del tema, Enfoque en comunicación con expresión teatral, Plenario integrador de vivencias y experiencias.

Actividades previstas: Exposición y Actividad teatral – Recepción de material educativo.

Organizan: Asociación Gerontogerítrica del Centro y Fundación MAPFRE.

Presentadores: Dra. Ana Arcega (Prevencionista), Lic. Mauricio Riba
Ricardo Bauleo

Arancel: Libre y gratuito – No se entregan certificados

Cupo limitado: 450 personas

Inscripciones en Centros de Jubilados u Hogares de Día hasta el 19-10-12

Mayor información consultar: www.aggtec.org.ar

● **ASAMBLEA ORDINARIA**

El 28 de junio de 2012 se realizará la Asamblea ordinaria de la Asociación con el siguiente orden del día:

1. Elección de dos asambleístas para que suscriban el acta.
2. Consideración de las causas por la que fue convocada fuera de termino.
3. Consideración de la memoria, balance e informe de la Comisión Revisora de Cuentas correspondiente a los ejercicios cerrados el 30 de junio del 2009, el 30 de junio 2010 y el 30 de junio 2011.
4. Someter a consideración de los asociados la reforma del Estatuto Social en sus artículos: 2, 5, 13, 14, 22, 23, 24, 27 y 31. Se encuentra en la sede social el proyecto de reforma para su posterior consideración en la Asamblea.
5. Elección de la Junta Electoral
6. Elección de los siguientes cargos: Presidente y Vicepresidente, Secretario y Tesorero, Vocal Titular 3(tres) y Suplente 2 (dos); Comisión Revisora de Cuenta (2 titulares y 1 suplente).

Se invita a los asociados consultar la página Web o dirigirse a la sede de la AGGEC para mayor información.

NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN EN LA REVISTA DE LA ASOCIACIÓN

La Revista de la Asociación Gerontogerítrica del Centro: "Prof. Dr. Mario Alberto Crosetto", (ISSN N° 1852-4230) de publicación trimestral, es el órgano de expresión de la misma. Se publican principalmente artículos originales de investigación y revisiones, al igual que notas clínicas, actualizaciones, informes y reseñas; consensuados por la AGGEC. Cubre todos los ámbitos de la gerontología, teniendo cabida artículos de áreas clínicas, biológicas, de ciencias sociales y del comportamiento; con editores específicos para cada área. Los trabajos siguen un proceso de revisión por jueces externos al comité editorial (peer review), cuya valoración es básica para decidir su publicación.

Posee las siguientes **secciones**:

- Editorial
- Artículos-Revisión-Reseña
- Misceláneas societarias
- Normas para la publicación en la Revista

La Comisión Directiva de la AGGEC establece las siguientes "Normas para la publicación de material informativo en esta revista:

1- Podrán publicar en la revista los profesionales que trabajen en relación con la geriatría y la gerontología. Se recibirá sólo 1 (uno) trabajo por autor, por número de revista; en caso de que un autor presente más de un trabajo y uno de ellos sea de producción grupal, se privilegiará este último. Se tendrán en cuenta para la aceptación de los trabajos la aplicabilidad y el interés de los mismos; en el entorno científico, social, cultural y profesional de la comunidad. Las opiniones vertidas en los trabajos son de exclusiva responsabilidad de los autores. Los trabajos no deben haber sido publicados total o parcialmente en otra revista u órgano de difusión. La propiedad intelectual queda reservada al/los autor/es debiendo solicitarse su autorización expresa en el caso de que su trabajo sea requerido para otros fines.

2- El material que se tendrá a consideración deberá ajustarse a la categorización y formas de presentación que se establecen seguidamente:

2.1- CATEGORIZACIÓN

- a. Editorial:** presentación de la revista o desarrollo de un tema de interés gerontogerítrico solicitado por el editor de la revista a expertos quienes, a título personal, procederán a su redacción. Se ha previsto una extensión máxima 900 palabras.
- b. Artículos de investigación:** trabajos producidos en el marco de un proyecto de investigación, la finalización de carreras de grado y post-grado o en el desempeño de la profesión. En todos los casos deberán ser inéditos. En el supuesto que formen parte de tesis o tesinas,

deberán presentarse con el aval del director correspondiente. Extensión máxima 3.500 palabras, incluyendo la bibliografía..

- c. **Artículos de revisión:** deberán versar sobre temas controvertidos, nuevos conocimientos sobre viejos temas, situaciones éticamente cuestionables, entre otros. Extensión máxima 1.800 palabras, incluyendo la bibliografía.
- d. **Reseñas de libros,** comentarios de libros o estado del arte de temáticas gerontogerítricas. Extensión máxima 1.800 palabras, incluyendo la bibliografía.
- e. **Misceláneas,** esta sección será de exclusivo uso de la AGGEC. Se incluirá en ella toda información que se considere relevante para el asociado: agenda de eventos, convenios firmados con otras asociaciones, actividades realizadas, etc.

2.2- FORMAS DE PRESENTACIÓN

La presentación de los trabajos deberá ajustarse a las siguientes normas.

- a. Deberán ser tipeados en Word (para Windows) con letra Arial 11, con justificación total y en hoja A4 con los siguientes márgenes: izquierdo 2,5 cm; derecho 1,5 cm; superior 2,5 cm. e inferior 1,5 cm. Interlineado sencillo; interpárrafo doble con sangría inicial de 1 tab. Título principal: Arial 14, centrado en mayúscula y negrita. Títulos secundarios: Arial 12, al margen en mayúscula y negrita. Con una extensión máxima de 3.500 palabras incluyendo bibliografía.
- b. Deberán presentarse tres (3) copias impresas del trabajo y otra en soporte magnético rotulado con el título y nombre de los autores del trabajo. Se deberá acompañar CV de los autores en soporte magnético y papel que contenga la siguiente información: datos personales (nombre, domicilio, localidad, provincia, código postal, teléfono con código de área, e-mail); datos profesionales y breve reseña curricular (títulos, desempeño laboral, cursos realizados, participación en congresos o similares, trabajos de investigación o publicaciones, dirección de investigaciones, integrante de jurados científicos, becas, representaciones, otras actividades profesionales) de los últimos 5 años; todos los cuales deberán estar relacionados con la geronto-geriatria. Una sola copia del trabajo deberá ser firmada por los autores, las otras sin identificación. La copia firmada permanecerá en Secretaría de la Asociación, no estando permitido a los integrantes del Comité Editorial el conocimiento del autor.
- c. Todos los trabajos deben ser precedidos por un resumen en idioma español e inglés de no más de 150 (ciento cincuenta) palabras en el que se deberá explicitar objetivos y ejes temáticos centrales desarrollados.
- d. Gráficos y tablas y otros archivos se presentarán:
 - a. Insertados en el texto en lugar que corresponda, con su epígrafe respectivo indicando número de gráfico o tabla y el título explicativo del mismo,

- b. En formato jpg. con los respectivos texto, título y número.
- e. La presentación de las referencias bibliográficas o bibliografía se harán al final del trabajo y por apellido en orden alfabético, según las normas Vancouver; independientemente del orden en que fueron referidas en el texto.
- f. Las notas explicativas y las citas bibliográficas, se presentarán al pie de página pertinente, siguiendo las normas Vancouver.
- g. Los artículos de investigación deben seguir el siguiente orden: introducción (tema, problema, motivos, breve marco teórico y antecedentes), objetivo(s), identificación y definición de variables, interrogante(s) o hipótesis, material y método (población, muestra, técnica e instrumentos de recolección de datos, técnica de procesamiento de los datos), resultados, análisis y discusión, conclusiones y sugerencias y bibliografía.
- h. Los artículos de revisión deben seguir el siguiente orden: introducción (temática central a abordar, motivos de su elección, objetivo(s) del trabajo, contribución que el trabajo realizará a la comunidad científica y estructura adoptada para la presentación temática), desarrollo o cuerpo central del trabajo (subdividido en capítulos o partes si es necesario), conclusiones y sugerencias
- i. Las reseñas de libro deben seguir el siguiente orden: introducción (presentación del libro: temáticas que trata y tipo de obra; presentación del autor(es): línea de pensamiento en que se enrolan y otros datos que se consideren relevantes); desarrollo o cuerpo central del trabajo (subdividido en capítulos o partes si es necesario), conclusiones y sugerencias
- j. Las copias anónimas serán leídas por el comité editorial, quien informará a la Secretaría de la Revista sobre la viabilidad de publicación de los trabajos. En el caso que se considere que el material es no publicable, se elevará a la Secretaría de la Revista, con las observaciones pertinentes, para que informe a sus autores.
- k. Los trabajos que sean declarados no publicables por razones de contenido y/o forma, podrán ser presentados nuevamente, con las correcciones indicadas. En ese caso, el recorrido de la evaluación será el ya citado, considerándose como de primera presentación.
- l. El Comité Editorial, para garantizar su propia imparcialidad y su respeto por los objetivos de la revista, se hará conocer sólo por sus resoluciones. El trato con los autores es responsabilidad de la Secretaría de la Revista.