



ACADEMIA
NACIONAL DE
MEDICINA

COMITÉ DE
EVALUACIÓN
CLÍNICA
TERAPÉUTICA

Coordinador:

Luciano Domínguez Soto

José Luis Arredondo García
Jorge Alberto Castañón González
Luciano Domínguez Soto
Emilio García Procel †
Julio Granados Arriola
Gerardo Guinto Balanzar
Gerardo Heinze Martín
Enrique Hong Chong
Carlos Ibarra Pérez
Armando Mansilla Olivares
Roberto Medina Santillán
Nahum Méndez Sánchez
Manuel Morales Polanco
Jorge Moreno Aranda
Adalberto Mosqueda Taylor
Ricardo Plancarte Sánchez
Ma. Eugenia Ponce de León
Francisco T. Rodríguez Covarrubias
Miguel Ángel Rodríguez Weber
Juan José Luis Sienna Monge
Manuel Torres Zamora
Juan Urrusti Sanz †
Juan Verdejo Paris

Boletín de Información Clínica Terapéutica

VOL. XXV, NÚMERO 2 MARZO - ABRIL 2016

Contenido

Síndrome de Apnea-Hipopnea durante el sueño (SAHOS) en adultos	1
Uso racional de antibióticos	3
Los síndromes geriátricos en la atención médica del adulto mayor	6

Síndrome de Apnea-Hipopnea durante el Sueño (SAHOS) en Adultos

La patología del sueño es una de las condiciones médicas más importantes descritas en los últimos 50 años; el SAHOS es uno de los trastornos que ocurren durante esa tercera parte de la vida de los humanos.

Hay formas obstructiva, central y mixta; con mucho, la más frecuente es la primera que se caracteriza por la interrupción (apnea) de ≥ 10 segundos, o disminución (hipopnea) repetida del flujo de las vías aéreas a pesar de la existencia de esfuerzo respiratorio, debido a obstrucción completa en la apnea o parcial en la hipopnea, de las vías aéreas superiores (VAS) durante el sueño. La forma central se debe a pérdida del esfuerzo ventilatorio.

El SAHOS, que se define como la coexistencia de somnolencia diurna sin explicación aunada a cinco o más obstrucciones respiratorias por hora de sueño, debe considerarse como un tras-

torno sistémico con potencial para producir alteraciones cardiovasculares, respiratorias, neurocognitivas, renales, gastrointestinales, endocrinas, e inmunológicas si no es tratado.

Los factores de riesgo para padecer SAHOS son: historia familiar, género masculino en los adultos, menopausia, mayor edad, grupo étnico (Afronorte-americanos, Mexiconorteamericanos, Asiáticos y habitantes de las islas del Pacífico); el sobrepeso y sobre todo la obesidad de tipo central son factores de riesgo mayor, de tal manera que hay mayor riesgo mientras mayor sea el peso, probablemente por depósito de grasa en las VAS, lo que afecta su calibre y tono muscular, y disminuye el volumen pulmonar. Otros son cuello corto y grueso, estrechez o congestión nasal, macroglosia, posición baja del paladar, crecimiento de amígdalas palatinas y adenoides, micrognatia, retrognatia, hipoplasia mandibular, hipoplasia

centrofacial, acromegalia, hipotiroidismo, trastornos neuromusculares como la distrofia miotónica, Síndrome de Ehlers Danlos, accidente vascular cerebral, tabaquismo, ingestión de alcohol, uso de andrógenos, somníferos y relajantes musculares.

Las VAS se pueden conceptualizar como un cilindro colapsable cuya permeabilidad depende del balance de las fuerzas que las mantienen abiertas, por activación de los músculos dilatadores, y de las que promueven su cierre, como la disminución de la presión intraluminal y las fuerzas de Bernoulli; también interviene el volumen pulmonar, que disminuye durante el sueño, al igual que el calibre de las vías aéreas superiores.

Las VAS de las personas con SAHOS generalmente tienen menor diámetro y son más vulnerables al colapso que las de los que no padecen el síndrome. Los sitios más frecuentes de obstrucción de las vías aéreas superiores son las áreas retropalatina (atrás del paladar) y la retrolingual (atrás de la lengua).

La obstrucción repetida de las VAS se asocia a, 1) disminución de la saturación de oxígeno (Sa O₂), 2) ronquidos que alternan con silencios, 3) despertares al finalizar la apnea, 4) disminución de la frecuencia cardíaca durante el período obstructivo y aumento al término de la apnea, 5) elevaciones transitorias de la presión arterial inmediatamente después de la terminación de la apnea, aunque también se observa elevación de la TA media en registros de 24 horas, directamente relacionados con la severidad de la hipoxemia; recientemente, la hipoxemia del SAHOS se ha asociado al cáncer pulmonar.

Su severidad se juzga tomando en cuenta el índice de apneas e hipopneas por hora de sueño; la forma leve tiene de 5 a 15 episodios por hora, la moderada de 16 a 30 y la grave > de 30. Otros factores a considerar son somnolencia diurna, la severidad de la fragmentación del sueño y de la hiposaturación de O₂, presencia de arritmias nocturnas, y comorbilidades, principalmente cardiovasculares y neurológicas.

Generalmente los pacientes con SAHOS acuden al médico por somnolencia diurna de grado variable; de hecho, la causa más frecuente de somnolencia diurna es el SAHOS; despertares repetidos con sensación de atragantamiento o asfixia, ronquido, apneas observadas

o escuchadas por la pareja, diaforesis nocturna, trastornos de la atención y/o hiperactividad (ésta en los niños), cambios del temperamento, resequedad de boca y garganta al despertar, fatiga, insomnio, sensación de sueño no satisfactorio, cefalea matutina, disminución de la memoria y capacidad de concentración, reflujo gastroesofágico. A la exploración física se deben buscar aumento del índice de masa corporal (>25 kg/m²), desviación del tabique nasal, aumento de tamaño de cornetes, amígdalas y adenoides, faringe estrecha, paladar duro estrecho, paladar blando en posición baja, úvula grande, macroglosia, micrognatia o retrognatia, cuello corto y voluminoso; sin embargo, la exploración puede ser normal. El diagnóstico de certeza del SAHOS requiere de un estudio especializado de polisomnografía, pero los datos previamente mencionados son más que suficientes para que lo sospeche el médico de primer contacto; es interesante el dato de que la pareja despierta al enfermo con codazos y lo coloca en decúbito lateral, con lo que pueden disminuir la intensidad del ronquido y la frecuencia de las apneas.

Entre los problemas que se presentan con mayor frecuencia, o se agravan en los pacientes con SAHOS, se encuentran alteraciones de la función ventricular izquierda, insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, extrasístoles ventriculares, taquicardia ventricular, cardiopatía isquémica, episodios vasculares cerebrales, hipertensión arterial sistémica sistólica y diastólica, hipertensión arterial pulmonar, síndrome metabólico, aumento de proteína C reactiva, interleucina 6 y factor de necrosis tumoral, nicturia, niveles bajos de testosterona y hormona del crecimiento, diabetes mellitus, disfunción hepática, disfunción eréctil, reflujo gastroesofágico, mayor riesgo quirúrgico, ansiedad, depresión, alteraciones del estado de alerta, aprendizaje y memoria.

El tratamiento del SAHOS tiene cuatro pilares: 1) Medidas generales como la disminución de peso, evitar tabaco, alcohol y sedantes-relajantes musculares; evitar el decúbito dorsal durante el sueño y dormir de lado con la cabeza en hiperextensión, corticoesteroides locales para la rinitis, oxígeno nocturno si hay de saturaciones y no es posible usar presión positiva en las vías aéreas (PPVA), 2) PPVA, de elección en la mayoría de los enfermos, que “feruliza” las VAS, indicada en enfermos con > 15 eventos por hora o en los sintomáticos; existen varios tipos de PPVA, cada una con indicaciones especializadas. La PPVA puede reducir la mortalidad del

SAHOS así como la mayoría de las consecuencias sistémicas del síndrome, 3) Instrumentos bucales, para reposicionar la mandíbula o la lengua, 4) Cirugía, que puede ir desde una adenoamigdalectomía hasta una traqueotomía, pasando por septum plastía nasal, remoción de pólipos y cornetes, uvulopalatofaringoglosoplastía, avance de genioglosos, miotomía hioidea y avance maxilomandibular; también se puede recurrir a cirugía bariátrica.

Es recomendable referir al especialista en sueño a los enfermos cuya somnolencia diurna no tenga otra explicación (causas psiquiátricas, drogas, narcolepsia,

síndrome de obesidad-hipoventilación diurna (que cursa con hipercapnia y trastornos del sueño), hipotiroidismo, cambios continuos de turno laboral, reflujo, alcoholismo), pues ya que el SAHOS requiere tratamiento de por vida, su diagnóstico debe ser hecho o descartado con certeza, con una buena historia clínica, hecha a ambos miembros de la pareja y estudios polisomnográficos, muy onerosos, que registran constantes respiratorias, cardiovasculares y neurofisiológicas durante el sueño, o estudios limitados con atención particular al patrón respiratorio y la saturación de O₂.



Uso racional de antibióticos.

Con el advenimiento de la penicilina a mediados del siglo pasado y posteriormente de muchos otros antibióticos, la medicina tuvo a nivel mundial un excelente elemento terapéutico para el combate de la mayoría de las infecciones conocidas en ese momento, su impacto en la práctica fue tan importante que en muy poco tiempo se generalizó su uso y sus resultados fueron rápidamente difundidos, sin embargo en años posteriores se hicieron del conocimiento público hechos evolutivos que limitaron su utilidad en la práctica médica entre ellos;

- Se identificaron progresivamente nuevas bacterias y otros agentes infectantes que no eran susceptibles a la acción de alguno o de varios de los antibióticos existentes.
- La capacidad de algunas cepas bacterianas para generar resistencia a los antibióticos mediante diferente mecanismos.

Lo anterior dio lugar a que se desencadenara un importante interés de parte de las empresas farmacéuticas para estudiar y desarrollar nuevos fármacos que pudieran enfrentar y tratar de vencer a las bacterias y sus mecanismos de resistencia a la acción de los medicamentos antimicrobianos.

La idea de que los antibióticos son muy útiles para resolver los problemas infecciosos, la facilidad para

prescribirlos por parte del cuerpo médico e incluso la accesibilidad de las personas en general para adquirirlos sin la exacta prescripción médica y las importantes ganancias que sus ventas representan para distintos grupos de interés como son: farmacias, mayoristas y fabricantes, han propiciado el abuso a nivel internacional y particularmente en nuestro país, a pesar de algunos intentos hasta el momento infructuosos con la pretensión de imponer un control en la prescripción y en el uso de éste grupo de fármacos, ya que persiste una enorme facilidad para que el público usuario acceda a ellos.

Este uso indiscriminado y en ocasiones francamente inadecuado en cuanto a sus indicaciones, dosificaciones, tiempos y condiciones de administración, ha propiciado que la lucha contra las resistencias bacterianas se vaya perdiendo y en la actualidad existen evidencias científicas de que la mayoría de las bacterias disponen de distintos mecanismos de resistencia a los antibióticos lo que los hace menos efectivos y en ocasiones definitivamente inútiles para el combate a las infecciones bacterianas en el humano.

Por otra parte, después de varias décadas en que distintos laboratorios farmacéuticos se dedicaron de manera intensiva al estudio y fabricación de nuevos antibióticos, su interés ha disminuido, motivado también por la potencial utilidad que representa el

contar con nuevos medicamentos para el control y tratamiento de enfermedades crónicas, a diferencia del tratamiento de infecciones que en la mayoría de los casos no requiere de más de 10 días del uso de los fármacos o se pueden prevenir a través de la vacunación.

Las anteriores son tan solo algunas de las razones por las que se hace indispensable y urgente el generar y difundir medidas efectivas para mejorar el empleo de los medicamentos antimicrobianos y establecer controles intra y extrahospitalarios para mantener y mejorar su eficacia.

Algunas de las principales causas que motivan el uso inadecuado de antibióticos son:

- Presencia de fiebre de cualquier origen.
- Infecciones respiratorias causadas generalmente por agentes virales.
- Distintos cuadros de enfermedad diarreica no invasiva.
- Intención profiláctica no justificada.
- Presión del paciente y sus familiares hacia el médico.

La presencia de fiebre a cualquier edad pero principalmente en edades pediátricas es en su inmensa mayoría causada por infecciones virales que en ocasiones se manifiesta como único dato clínico asociado a malestar general, otras veces se presenta junto con cuadros de vías aéreas superiores o cuadros diarreicos agudos, incluso en algunas enfermedades después de presentar fiebre durante 3 o 4 días, posteriormente aparece algún tipo de lesión exantemática que permite realizar el diagnóstico de “fiebres eruptivas”, en muchos casos cuando esto sucede el paciente ya se encuentra recibiendo tratamiento antibiótico por lo que frecuentemente con o sin recomendación médica los pacientes lo suspenden temiendo una reacción alérgica o “intoxicación” por el medicamento y facilitando la aparición de resistencias bacterianas.

Las infecciones de las vías aéreas superiores son una de las causas más frecuentes que motivan el uso inapropiado de los antibióticos, dado que en su inmensa mayoría son causados por virus que evidentemente no responden a esos tratamientos.

Los cuadros diarreicos agudos por microorganismos no invasivos son también causa frecuente del uso ina-

decuado de antibióticos, generalmente de amplio espectro y por tiempos inadecuados, generando alteraciones importantes en la flora intestinal que en muchas ocasiones prolonga el cuadro diarreico.

No resulta infrecuente el que personal profesional que atiende la salud de las personas: médicos, dentistas, enfermeras, etc. pensando en prevenir la posible adquisición de alguna infección durante o posterior a la realización de algún procedimiento o por el antecedente de algún contacto con alguna persona enferma, recomiendan el uso profiláctico inadecuado de los antibióticos.

Existen indicaciones precisas y bien documentadas para el uso de antibióticos profilácticos previos a la realización de procedimientos quirúrgicos o invasivos, sin embargo esto se limita a unas pocas indicaciones y se limita a la administración de 2 o 3 dosis.

Una causa frecuente del mal uso de los antibióticos principalmente a nivel ambulatorio es la presión del paciente o sus familiares que “exigen” al médico a realizar la prescripción generalmente ante la presencia de fiebre, aún cuando no se identifique la evidencia o sospecha fundamentada de la existencia de una infección bacteriana.

De acuerdo a distintas publicaciones la mayor exposición a antibióticos en forma inadecuada debida a los factores que se han mencionado, se presenta en los primeros cinco años de la vida.

Algunos de los factores que inciden con mayor fuerza en la inadecuada prescripción de antibióticos son:

1.- Regulatorios; la insuficiente regulación para la prescripción y venta de los medicamentos facilita el abuso de los mismos.

2.- Educativos; tanto los profesionales de la salud como los demás integrantes de la sociedad, en ocasiones no cuentan con la información adecuada para la prescripción y uso de los antibióticos, lo que también los induce al abuso.

3.- Presión de la industria farmacéutica hacia los profesionales de la medicina y las farmacias, que por intereses generalmente asociados a los aspectos

económicos y distintos al interés superior de alcanzar y mantener la salud del paciente realiza acciones dirigidas a incrementar la venta de sus fármacos.

4.- Aspectos sociales; la falta de conocimiento de los integrantes de la sociedad y en ocasiones el interés por “ayudar” a sus familiares o conocidos con la recomendación sin sustento científico del uso de los medicamentos, frecuentemente influye en el uso inadecuado de los antibióticos.

5.- Aspectos éticos; en ocasiones la falta o desconocimiento de los principios éticos más elementales en los profesionales de la salud (médicos y farmacéuticos), facilitan la prescripción inadecuada y la fácil disponibilidad de los medicamentos sin justificación.

6.- Presión del paciente y/o de sus familiares ante el médico para conseguir la prescripción.

Distintos autores describen las razones por las que se

considera el uso inadecuado de los antibióticos:

1. Uso en infecciones virales
2. Dosis / Intervalos / Tiempo
3. Preferencia de amplio espectro
4. Antibiótico de “MODA”
5. Cambio frecuente de esquema
6. Combinaciones injustificadas
7. Afinidad (pasión) a un esquema
8. Profilaxia inadecuada
9. Presión por parte del paciente o familiares
10. Poca actualización en el tema

En un estudio realizado en los Estados Unidos de Norteamérica de acuerdo al **CDC (Center for Diseases Control)** de Atlanta, se analizaron 50 millones de prescripciones médicas de antibióticos en pacientes ambulatorios identificando el diagnóstico que motivó la prescripción, el número de recetas y el porcentaje de prescripciones innecesarias se detalla a continuación:

TIPO DE INFECCION DIAGNOSTICO	NÚMERO DE PRESCRIPCIONES	% PRESCRIPCIONES INNECESARIAS
Otitis	23 millones	30
Resfriado común	18 millones	100
Bronquitis	16 millones	80
Dolor de garganta	13 millones	50
Sinusitis	13 millones	50

A nivel hospitalario en un estudio publicado en el año 2007 se encontró que:

Entre el 30 y el 50% de los pacientes reciben tratamiento antibiótico sin importar el diagnóstico y de ellos:

- ◆ Uso terapéutico = 75 %
- ◆ Uso profiláctico = 25 %
- ◆ 65 % son inadecuados
- ◆ 55 % con dosis incorrectas
- ◆ 30 % con intervalos incorrectos
- ◆ 62 % con duración inadecuada

El CDC de Atlanta recomienda tomar algunas medidas tendientes a hacer más efectiva la acción de los antibióticos y a no facilitar la aparición de resistencias bacterianas, entre ellas destacan los siguientes cuestionamientos:

- 1.- ¿Los hallazgos clínicos indican la necesidad de usar antibióticos?
 ¿Se han obtenido, examinado y cultivado muestras clínicas adecuadas?
 ¿Cuáles son los microorganismos que con mayor probabilidad están causando la infección?

2.- ¿Está indicado emplear algún tipo de combinación de antibióticos?

¿Hay consideraciones específicas del hospedero?

¿Cuál es la dosis apropiada?

¿Cuál es la ruta ideal de administración?

¿Cuáles son los posibles efectos indeseables?

3.- ¿Cuál es la duración óptima?

¿El origen de la infección procede de la comunidad o del hospital?

Algunas recomendaciones específicas para disminuir la necesidad del uso de antimicrobianos y reducir los riesgos de aparición de resistencias bacterianas:

a.- Vacunar.

b.- Retiro oportuno de catéteres de cualquier tipo.

c.- Adaptar el tratamiento al agente patógeno.

d.- Consultar a los expertos en caso de duda.

e.- Practicar el control de antimicrobianos.

f.- Usar datos locales.

g.- Aislar al patógeno.

h.- Tratar la infección no la contaminación.

i.- Tratar la infección, no la colonización.

j.- Saber cuándo rechazar el uso de la Vancomicina (intrahospitalaria).

k.- Suspender el tratamiento si hay cura (retiro oportuno del antibiótico).

l.- Romper la cadena del contagio.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

- Educar a los médicos, al personal de salud y a la sociedad en general sobre las indicaciones precisas de los antibióticos.
- Crear conciencia en el personal de salud y en la sociedad en general sobre los riesgos del uso inadecuado de los antibióticos.
- Crear consensos sobre el uso juicioso de antibióticos para las diferentes patologías infecciosas, con énfasis en las enfermedades respiratorias.
- Políticas de restricción de antibióticos tanto orales como parenterales (en la comunidad y en el hospital).
- Intervención de las autoridades de salud, gubernamentales y no gubernamentales para controlar el uso de antibióticos tanto en medicina humana como en medicina veterinaria y en la agricultura (ya en acción por la FDA en USA) principalmente los utilizados sin fines terapéuticos.
- Desarrollar una relación a largo plazo con los medios de comunicación con el fin de cambiar la opinión pública respecto al papel que juegan los antibióticos en la enfermedad infecciosa.
- Desarrollar guías nacionales de tratamiento basadas en evidencia, permanentemente actualizadas, y acordes con la realidad nacional.
- Promover una adecuada publicidad y promoción de medicamentos por parte de la industria.



Los síndromes geriátricos en la atención médica del adulto mayor

A lo largo de la mayor parte de la historia sanitaria de nuestro país, el apoyo y los programas para los adultos mayores fueron escasos y hasta cierto punto poco relevantes, pues la mayoría de la población moría antes de envejecer. Hoy, con la transición demográfica, los adultos mayores son un grupo de edad que va in crescendo y que debido a su estado funcional, comorbilidades, variabilidad en cuanto al apoyo social y familiar, polifarmacia, deterioro cognitivo y depresión, demandan una gran cantidad de recursos y tiempo para su atención médica. Al momento de ser evaluados en su

domicilio o en el consultorio aproximadamente la cuarta parte de ellos presentan alteraciones del estado de conciencia, ya sea por delirium, demencia o ambos. Como grupo de edad tienen mayor riesgo de visitas repetidas al Médico o a los servicios de urgencias médicas, de ser hospitalizados, así como de ser diagnosticados en forma errónea o incompleta debido a que con frecuencia la evaluación clínica se basa en información incompleta y datos ambiguos aunados a presentaciones poco usuales de la enfermedad. Todo este contexto cuando se hospitalizan los hace susceptibles a ser egre-

sado sin diagnósticos completos, con padecimientos no identificados y sin tratamiento, lo que incrementa el riesgo de muerte cuando se comparan con otros grupos de edad.

Por otro lado la atención del adulto mayor que requiere cuidados paliativos ha incrementado en forma sustancial, lo que complica el trabajo del médico, pues a pesar de que este reconoce que a lo largo de una enfermedad grave en este subgrupo de pacientes las intervenciones médicas cambiarán gradualmente su propósito inicial de ser propiamente “curativas” hacia los cuidados paliativos, esta transición no siempre es clara para el médico, lo que frustra a los familiares, a los médicos y al personal paramédico por las “lagunas de falta de información”, por las intervenciones terapéuticas agresivas e innecesarias en estos pacientes y por la pobre comunicación y coordinación entre los médicos y los servicios tratantes. Todos los médicos trabajan bajo la presión del tiempo, lo que se acentúa particularmente en los consultorios de hospitales públicos; de ahí la importancia de escoger bien las preguntas que se efectuarán en el interrogatorio directo (cuando este se pueda llevar a cabo) o indirecto. Muchos pacientes o sus familiares no recuerdan información clave de su historial médico y sin un expediente clínico disponible (pacientes de primera vez) carecemos de cualquier tipo de información extra que ayude a llenar las “lagunas de falta de información”, como sucede frecuentemente con los pacientes que no recuerdan qué medicamentos están tomando. Para cada paciente tomamos numerosas decisiones sobre sus síntomas, hallazgos a la exploración física, contexto clínico, exámenes de laboratorio y radiología, así como de otros estudios de gabinete, etcétera. Si multiplicamos estas decisiones por el número de pacientes evaluados en un consultorio médico saturado, por médico y por turno, entonces llegan a contabilizarse por centenas, lo que incrementa el riesgo de errores en la atención médica.

Por las razones anteriormente expuestas, es importante tomar en cuenta durante la evaluación integral del adulto mayor, el concepto de los síndromes geriátricos, y que se refieren a una serie de enfermedades que alcanzan una enorme prevalencia en el anciano y que son con gran frecuencia origen de incapacidad funcional o social. Estos incluyen:

Inmovilidad, que se define como la restricción generalmente involuntaria, en la capacidad de desplazamiento a

causa de problemas físicos, funcionales o psicosociales. Este síndrome se considera como una vía común a través de la cual muchas enfermedades y trastornos del adulto mayor producen gran discapacidad, la etiología de la inmovilidad incluye causas tan diversas como enfermedades osteoarticulares, hipotensión ortostática, síncope de origen cardiovascular, enfermedades neurológicas y por supuesto fármacos, como los sedantes, opiáceos y sus efectos secundarios. Las consecuencias del síndrome de inmovilidad incluyen entre otras a la trombosis venosa, úlceras de presión, infecciones respiratorias, desnutrición, depresión y aislamiento social.

Inestabilidad-caídas, Las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y precipitan al individuo al piso u otra superficie firme que lo detenga, estas suelen ser repentinas e insospechadas y pueden ser confirmadas o no por el paciente o un testigo.

La pérdida gradual de la masa muscular y la disminución en la propiocepción y la exterocepción (capacidad del organismo de adquirir información del medio externo por los órganos de los sentidos) conforme avanza la edad, confieren la vulnerabilidad necesaria para el desarrollo de las caídas, por esto resulta lógico que a mayor edad, la probabilidad de caerse también incrementa. Por estas razones se deberá integrar a las caídas como un apartado extra en la historia clínica del adulto mayor como una entidad nosológica. Con frecuencia se tiene la idea errónea de que las caídas son eventos comunes e incluso “normales” dentro de la vida cotidiana del adulto mayor.

Las caídas se constituyen como uno de los grandes síndromes geriátricos, por lo tanto el factor edad es determinante pero no el único para el desarrollo de caídas. Estudios internacionales señalan que la tasa promedio anual de caídas en el grupo etario de 65 a 75 años de edad varía del 15 al 28 % en personas sanas, cifra que incrementa al 35 % en los mayores de 75 años de edad, siendo el género femenino el más afectado en una relación 2:1. Se considera que en México el 65 % de las personas adultas mayores que viven en comunidad sufren caídas, mientras que esto sucede en el 40 % de los que viven en una unidad de larga estancia geriátrica.

Con el incremento en la expectativa de vida en nuestro país, las caídas son ya un gran problema de salud pública

por la gran morbilidad, mortalidad y el impacto económico y social que conllevan. Debido a que el antecedente de una caída es el mejor predictor de futuras caídas, es importante que el médico al evaluar un adulto mayor interrogue el antecedente de caídas y lesiones asociadas en el año previo a la consulta y simultáneamente evalúe los factores de riesgo para caídas como el uso de fármacos psicoactivos, sedantes (incluidos antihistamínicos) e hipnóticos, polifarmacia (efectos colaterales o adversos de fármacos en uso), alteraciones cognitivas o físicas (ortopédicas) así como la coexistencia de incontinencia urinaria o fecal. Se interrogará y buscarán intencionadamente síntomas y signos clínicos que sugieran neuropatía periférica distal sobre todo en los diabéticos, así como disminución de la fuerza, sobre todo en las extremidades inferiores, ya que confieran un pobre control sobre el balance del cuerpo.

Durante la exploración física debemos de explorar intencionalmente si la comunicación es efectiva (hipoacusia, limitaciones en la visión por cataratas, etc.) así como el estado mental buscando datos de depresión, confusión o demencia. Se buscará la presencia de hipotensión postural (ortostática) en los pacientes con síndrome de Parkinson y en todos aquellos pacientes con tratamiento antihipertensivo. Se prestará especial atención a la frecuencia y el ritmo cardíaco en aquellos pacientes con cardiopatía para descartar arritmias. La evaluación de la fuerza de las extremidades en particular las inferiores es de capital importancia sobre todo si existen secuelas neurológicas de enfermedad vascular cerebral.

Incontinencia urinaria, definida como la pérdida involuntaria de orina que es demostrable en forma objetiva y que constituye un problema social e higiénico. Este es un gran problema que genera pérdida de la autoestima, gran dependencia y aislamiento social. Menos de la mitad de estos pacientes busca ayuda médica. La etiología es multifactorial pero destacan por su frecuencia las secuelas neurológicas, efectos adversos de fármacos, hiperplasia prostática etc.

Deterioro cognitivo. Se define como una pérdida o reducción temporal o permanente, de varias funciones mentales superiores, en personas que las conservaban intactas previamente. Esta definición incluye cuadros muy definidos como el delirium que es totalmente reversible y que se presenta frecuentemente durante enfermedades agudas, anemia, etc, así como la demencia de diferentes causas como la enfermedad de Alzheimer, demencia vascular, formas mixtas etc.

Los cuatro síndromes comparten las siguientes características:

Elevada prevalencia en el anciano y su carácter sindrómico, ya que cada uno de ellos constituye una forma de presentación de diferentes patologías; casi cualquier enfermedad puede presentarse en el anciano como uno de estos síndromes.

Tras su aparición cada uno de ellos originan un importante deterioro en la calidad de vida y a menudo generan o incrementan la dependencia de otras personas, produciendo un aumento de las necesidades de asistencia sanitaria y de apoyo social y familiar, que si no se cubren favorecen el aislamiento social y/o la institucionalización del anciano.

En muchos casos su aparición es prevenible, por lo que el enfoque más práctico es la prevención. En los casos en donde esto no es posible, un diagnóstico preciso y en forma temprana los hace susceptibles de tratamiento práctico siempre.

El abordaje diagnóstico y terapéutico requiere de una evaluación integral, frecuentemente interdisciplinaria y un seguimiento estricto coordinado por el médico de atención primaria.



**Mesa Directiva
2015 - 2016**

Dr. Enrique Graue Wiechers
Presidente

Dr. Armando Mansilla Olivares
Vicepresidente

Dr. Fabio Salamanca Gómez
Secretario General

Dr. Germán E. Fajardo Dolci
Tesorero

Dra. Gloria Soberón Chávez
Secretaria Adjunta

Editor

Dr. Juan Urrusti Sanz †

Diseño y Formación

Luis Roberto Vidal Gómez

Impresión y Difusión

Germán Herrera Plata

Asistente Editorial

Enedina Cruz Jaimes

R.04-2007-062510263000-106

Boletín
I.C.T.
2016
Vol. XXV
No. 2