COLEGIO DE GERIATRAS
DE NUEVO LEÓN

NÚMERO 3
MARZO 2023

AGE

CUIDADOS PALIATIVOS EN ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA

LA DIABETES EN EL ADULTO MAYOR

PREVENCIÓN DE CAÍDAS

BIENVENIDOS

Dr. Edgar Armando Cárdenas Acuña
Presidente del Colegio de Geriatras del Estado de Nuevo León.

Estimados lectores:
Les doy la más cordial bienvenida a nuestro primer número del año del boletín del Colegio; esperando nuevamente contar con su apoyo para que sigamos creciendo como gremio e incrementando nuestro bagaje de conocimientos en pro de nuestros pacientes.

En este volumen agradecemos la participación del Licenciado Mario Alberto Aguilar Velázquez (Nutriólogo) quien nos hace una descripción de la diabetes MELLITUS tipo 1 y 2 así como sugerencias del manejo dietético de una patología que va en aumento y que está condicionando estragos por sus complicaciones crónicas; el Dr. Juan Francisco Torres Pérez (expresidente del Colegio) retoma el tópico de cuidados paliativos en enfermedad renal crónica avanzada y por último la Dra. Mónica Pamela López García (Geriatra) aborda uno de los temas de vital importancia en nuestro desempeño como especialistas en el adulto mayor como lo es la prevención de caídas.
Estamos todos muy contentos ya que este año nuestra expresidenta del Colegio de Geriatras en el Estado de Nuevo León (y actual presidenta del Colegio Nacional de Medicina Geriátrica), la Dra. Martha Eugenia Valdivia Proa, tuvo a bien solicitar como sede del Congreso Internacional de Medicina Geriátrica a esta querida ciudad de Monterrey (y estaremos muy gustosos de recibir a los colegas que provienen de los diferentes puntos de la república y que comparten con nosotros los mismos intereses de mejorar académicamente) y que se llevará a cabo del 17 al 19 de agosto.

Además mencionarles que este es el último año en el que esta mesa directiva estaremos al frente del colegio y por lo cual los invito a todos los colegiados que estén interesados en continuar acrecentando la calidad de nuestro colegio a que se registren para la elección de vicepresidente que se realizará en el mes de noviembre y cuyos requisitos son: ser médico Geriatra certificado y estar afiliado al colegio (quien así lo desee puede enviar su curriculum al correo: geriarasnl@gmail.com).

Con el gusto de saludarles les deseo mucho éxito en todo su desempeño y agradecerles su interés.

Su seguro servidor.

AGE

BOLETÍN

03

LA DIABETES EN EL ADULTO MAYOR

03

CUIDADOS PALIATIVOS EN ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA PT. 2

12

PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Colegio de Geriatras

En el Estado de Nuevo León, A.C.

CONTENIDO

LA DIABETES EN EL ADULTO MAYOR

Lic. Mario Alberto Aguilar Velázquez
Licenciado en nutrición

La diabetes puede presentarse de manera atípica en el adulto mayor, sin síntomas clásicos como poliuria (necesidad de orinar más de 7 veces al día mientras se mantiene una ingesta normal de líquidos) y polidipsia (necesidad de beber demasiado asociada con sequedad de boca o garganta). El umbral renal para la glucosa aumenta conforme avanza la edad, de tal manera que la glucosuria se presenta con cifras en general mayores a 200 mg/dl, es por ello que se recomienda la medición sistemática de las concentraciones de glucosa para establecer el diagnóstico.

Los síntomas inespecíficos comunes en pacientes con edad avanzada son: pérdida de peso, fatiga, debilidad, trastornos cognitivos, incontinencia urinaria o infecciones urinarias, otra manifestación frecuente es la depresión, misma que contribuye a una mayor frecuencia de hospitalización y mortalidad en personas mayores. El diagnóstico se establece con un valor de ayunas mayor o igual a 126 mg/dl en al menos dos ocasiones.

LA CAUSA DE LA DIABETES MELLITUS

Es un efecto en la producción de insulina por parte del páncreas. Sin insulina, el organismo no puede utilizar la glucosa (azúcar sanguíneo), su principal fuente de energía. En consecuencia, el nivel de glucosa que circula en la sangre es alto y el nivel de glucosa que absorben los tejidos del organismo es bajo. Muy probable más que cualquier otra enfermedad, la DM se relaciona con la dieta. Esta es una enfermedad crónica del metabolismo de los carbohidratos que con el tiempo aumenta el riesgo de sufrir enfermedades renales, aterosclerosis, ceguera y neuropatía (pérdida de la función nerviosa). Además, predispone al enfermo a adquirir infecciones como candidiasis y puede complicar el embarazo. Aunque la genética puede determinar la susceptibilidad a la diabetes, se cree que el origen de muchos casos de diabetes es una dieta rica en alimentos refinados y procesados, y pobre en fibra y carbohidratos complejos. Las personas con sobrepeso son las que tienen un riesgo más alto de llegar a sufrir diabetes.

TIPOS DE DIABETES

TIPO 1

Llamada diabetes dependiente de la insulina o diabetes juvenil se relaciona con la destrucción de las células beta del páncreas, que son las encargadas de fabricar la insulina.
Entre los síntomas juvenil son irritabilidad, micción frecuente, sed anormal, náuseas o vómito, debilidad, fatiga, pérdida de peso aun cuando el consumo de alimentos es normal o, incluso, superior a lo normal) y hambre inusual. Un síntoma frecuente en niños es enuresis nocturna (trastorno caracterizado por la incapacidad de controlar la micción frecuente, especialmente por la noche) o bed-wetting.
Las personas que viven con diabetes tipo 1 presentan episodios en los cuales el nivel de la glucosa sanguínea es sumamente alto (hiperglicemia) o sumamente bajo (hipoglicemia) cualquiera de estas dos situaciones puede evolucionar hasta convertirse en una grave emergencia médica.
Los episodios de hipoglicemia, que se presentan súbitamente, pueden ser causados por no haber hecho alguna comida, por haber hecho demasiado ejercicio, o como reacción a una cantidad muy alta de insulina.
Las primeras señales de la hipoglicemia son: hambre, vahídos, sudor, confusión, palpitaciones y adormecimiento u hormigueo en los labios. Si no se le pone remedio/ solución de inmediato, la persona puede empezar a desorientarse, a ver doble y a temblar.
Así mismo, puede empezar a actuar de manera extraña y, eventualmente, caer en coma. Por otra parte, los episodios de HIPERGLICEMIA no se presentan abruptamente; su desarrollo puede tardar horas o incluso días. El riesgo de hiperglicemia es más alto cuando hay alguna enfermedad, pues los requerimientos de insulina aumentan: el azúcar sanguíneo se eleva poco a poco y conduce finalmente al COMA DIABÉTICO, reacción que se conoce también como CETOACIDOSIS DIABÉTICA: un signo de que se está desarrollando hiperglicemia es la incapacidad de retener fluidos. Entre las complicaciones a largo plazo están derrame cerebral, ceguera, enfermedad cardíaca, falla renal, gangrena y daño de los nervios..

TIPO 2

Se presenta con más frecuencia en personas con antecedentes familiares de diabetes, en esta clase de DM, el páncreas produce insulina, pero esta insulina no es eficaz.
Entre los síntomas están: visión borrosa, prurito, sed inusual, somnolencia, fatiga, infecciones cutáneas, lenta curación de heridas, y hormigueo y adormecimiento de los pies.
La diabetes tipo 2 suele aparecer durante la edad adulta y se relaciona con UNA DIETA INADECUADA.
Otros síntomas asociados con la diabetes son malestar permanente similar al que produce la influenza, pérdida de vello de las piernas, aumento del vello facial y pequeñas protuberancias amarillas (conocidas como xantomas) en cualquier lugar del cuerpo.
A menudo, el primer síntoma de diabetes es balanopostitis (inflamación del glande y del prepucio del pene), síntoma que también se relaciona con la frecuente micción diurna y nocturna.
Sabías que por lo general no perciben el sabor dulce, esta normalidad desempeña un papel importante en la percepción que estas personas tienen del sabor de sus alimentos, e influye en la manera en que acatan los aspectos dietéticos de su tratamiento.
Como nuestra sociedad es adicta al AZÙCAR, esta percepción distorsionada de los sabores está muy generalizada entre la población.

COMPLICACIONES TARDÍAS

Complicaciones crónicas microvasculares y macrovasculares de la diabetes en el grupo de personas mayores de 65 años de edad constituye un factor de riesgo de mortalidad independiente de la edad, sexo, grado de limitación funcional, falla cognitiva u otras condiciones patológicas crónicas comunes en esta edad (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatías, osteoporosis, cataratas, hipertensión, parkinsonismo etc). El paciente diabético adulto mayor tiene un riesgo de mortalidad de 4.5 veces mayor que su similar no diabético. El incremento obedece a enfermedades cardiovasculares, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca congestiva y enfermedad cerebro vascular (ECV).

LA NEFROPATÍA DIABÉTICA

Daño renal producido por la diabetes, es una enfermedad bastante común y una de las principales causas de muerte entre las personas diabéticas.
Es importante hacerse examinar la función renal periódicamente.
Controlar las fluctuaciones del azúcar sanguíneo ayuda a disminuir el riesgo de estas complicaciones.
Para prevenir y tratar la nefropatía diabética se recomienda hacer una dieta baja en proteína; menos de 40 gramos de proteína al día es lo recomendable.
La neuropatía diabética (daño de los nervios causado por la diabetes) suele afectar a los nervios periféricos, como los de los pies, las manos y las piernas.
Entre los síntomas están adormecimiento, hormigueo y dolor.

LA DIABETES Y LA PRESIÓN ARTERIAL

Suelen ir juntas, y ambas pueden derivar en enfermedad renal. En un estudio reciente, el riesgo de contraer una grave enfermedad de los riñones se redujo a la mitad en personas diabéticas con presión arterial alta que tomaron medicamentos llamados angiotensin converting enzyme (ACE) INHIBITORS.
Investigadores del University of Colorado Health Sciencies Center descubrieron que, en comparación de los diabéticos no fumadores, los diabéticos que fuman tienen entre el doble y el triple de probabilidades de sufrir daño renal, lo que con frecuencia exige diálisis o trasplante. Fumar constriñe los vasos sanguíneos y entre los diabéticos esto significa que grandes moléculas de proteína son expulsadas de los vasos sanguíneos e impelidas hacia los riñones. Esta situación eventualmente conduce a falla renal.

GENERALIDADES DEL TRATAMIENTO DEL DIABÉTICO ADULTO MAYOR

- El manejo debe ser similar al de un paciente joven.
- Individualizar el tratamiento.
- Intervención dietética.
- Usar medicamentos con menos efectos secundarios.

RECOMENDACIONES

· Acudir con un nutriólogo especialista en diabetes, nutrición clínica.

· En conjunto haga un plan personalizado de nutrición en donde la prioridad sea disfrutar la comida, enseñarte a consumir tú requerimiento mínimo de azúcar que tú cuerpo necesita (peso actual x 2) es tú requerimiento mínimo de azúcar que necesitas, toma en cuenta que todos los grupos de alimentos contienen azúcar en diferentes gramos por ración del grupo de alimento excepto carnes y grasas.

· Tú nutriólogo te dará una dieta rica en carbohidratos complejos, baja en grasa y alta en fibra, que incluya frutas y verduras con bajo índice glucémico, este tipo de dieta reduce la necesidad de insulina y baja el nivel de la grasa sanguínea. La fibra reduce las subidas del azúcar sanguíneo. También benefician las legumbres, los vegetales de raíz y los granos enteros.

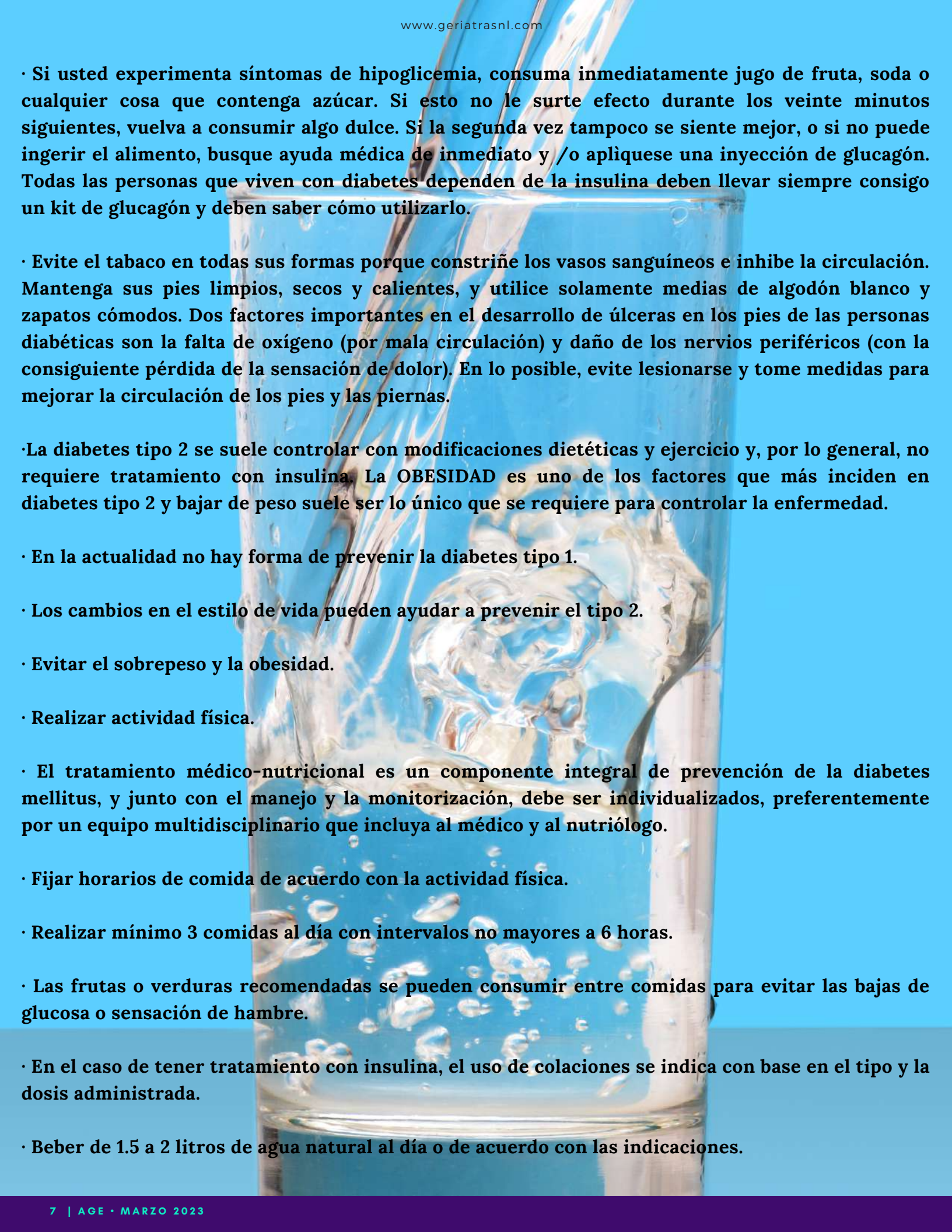
· Suplemente su dieta con espirulina porque ayuda a estabilizar los niveles de azúcar sanguíneo. Otros alimentos que producen el mismo efecto son productos lácteos como el queso, yema de huevo, pescado, ajo, klep, soya y vegetales.

· Obtenga la proteína de fuentes vegetales como granos, legumbres, pescado, lácteos yo recomiendo 2- 3 días a la semana descansar el organismo de proteína animal, carne roja y combinar cereales con leguminosas (arroz con frijoles, arroz con lentejas, ensalada de garbanzos etc) y también puedes hacer caldo de verduras, con arroz y garbanzos y realizarte 2 tacos de aguacate en el mismo tiempo de comida te lo dice MI NUTRIÒLOGO REGIO.

· Evite o disminuya grasas saturadas.

· Antes de hacer EJERCICIO consuma más carbohidratos o reduzca la dosis de insulina. El ejercicio produce un efecto parecido al de la insulina. Pídale orientación a su médico sobre lo que más le conviene.

· Si presenta síntomas de hiperglicemia ya mencionado, vaya sin demora a la sala de urgencias del hospital más cercano porque es una situación potencialmente peligrosa. Es posible que le tengan que administrar fluidos, electrólitos e insulina por vía intravenosa.



· Si usted experimenta síntomas de hipoglicemia, consuma inmediatamente jugo de fruta, soda o cualquier cosa que contenga azúcar. Si esto no le surte efecto durante los veinte minutos siguientes, vuelva a consumir algo dulce. Si la segunda vez tampoco se siente mejor, o si no puede ingerir el alimento, busque ayuda médica de inmediato y /o aplìquese una inyección de glucagón. Todas las personas que viven con diabetes dependen de la insulina deben llevar siempre consigo un kit de glucagón y deben saber cómo utilizarlo.

· Evite el tabaco en todas sus formas porque constriñe los vasos sanguíneos e inhibe la circulación. Mantenga sus pies limpios, secos y calientes, y utilice solamente medias de algodón blanco y zapatos cómodos. Dos factores importantes en el desarrollo de úlceras en los pies de las personas diabéticas son la falta de oxígeno (por mala circulación) y daño de los nervios periféricos (con la consiguiente pérdida de la sensación de dolor). En lo posible, evite lesionarse y tome medidas para mejorar la circulación de los pies y las piernas.

·La diabetes tipo 2 se suele controlar con modificaciones dietéticas y ejercicio y, por lo general, no requiere tratamiento con insulina. La OBESIDAD es uno de los factores que más inciden en diabetes tipo 2 y bajar de peso suele ser lo único que se requiere para controlar la enfermedad.

· En la actualidad no hay forma de prevenir la diabetes tipo 1.

· Los cambios en el estilo de vida pueden ayudar a prevenir el tipo 2.

· Evitar el sobrepeso y la obesidad.

· Realizar actividad física.

· El tratamiento médico-nutricional es un componente integral de prevención de la diabetes mellitus, y junto con el manejo y la monitorización, debe ser individualizados, preferentemente por un equipo multidisciplinario que incluya al médico y al nutriólogo.

· Fijar horarios de comida de acuerdo con la actividad física.

· Realizar mínimo 3 comidas al día con intervalos no mayores a 6 horas.

· Las frutas o verduras recomendadas se pueden consumir entre comidas para evitar las bajas de glucosa o sensación de hambre.

· En el caso de tener tratamiento con insulina, el uso de colaciones se indica con base en el tipo y la dosis administrada.

· Beber de 1.5 a 2 litros de agua natural al día o de acuerdo con las indicaciones.

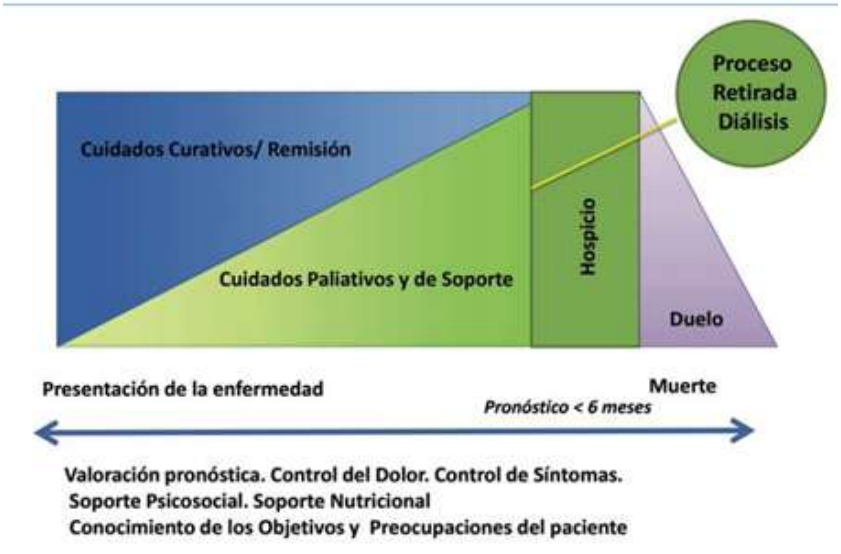
CUIDADOS PALIATIVOS EN ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA

PARTE 2

DR. JUAN FRANCISCO TORRES PÉREZ
GERIATRÍA PALIATIVISTA
PROFESOR DE LA CLÍNICA DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HU
EXPRESIDENTE DEL COLEGIO DE GERIATRAS EN EL ESTADO DE NUEVO LEON AC

CUIDADOS PALIATIVOS RENALES (CPR)

Modelo de cuidados de transición entre la diálisis orientada a la enfermedad con objetivo rehabilitador y el paso a una medicina centrada en el paciente basada en el tratamiento de los síntomas, respeto a sus preferencias y mejoría de su calidad de vida. Se deben de instaurar los cuidados paliativos desde el diagnóstico de la enfermedad renal, con énfasis en los estadios más avanzados G4-G5 y continuar hasta manejar el duelo de la familia (Gráfica 1)

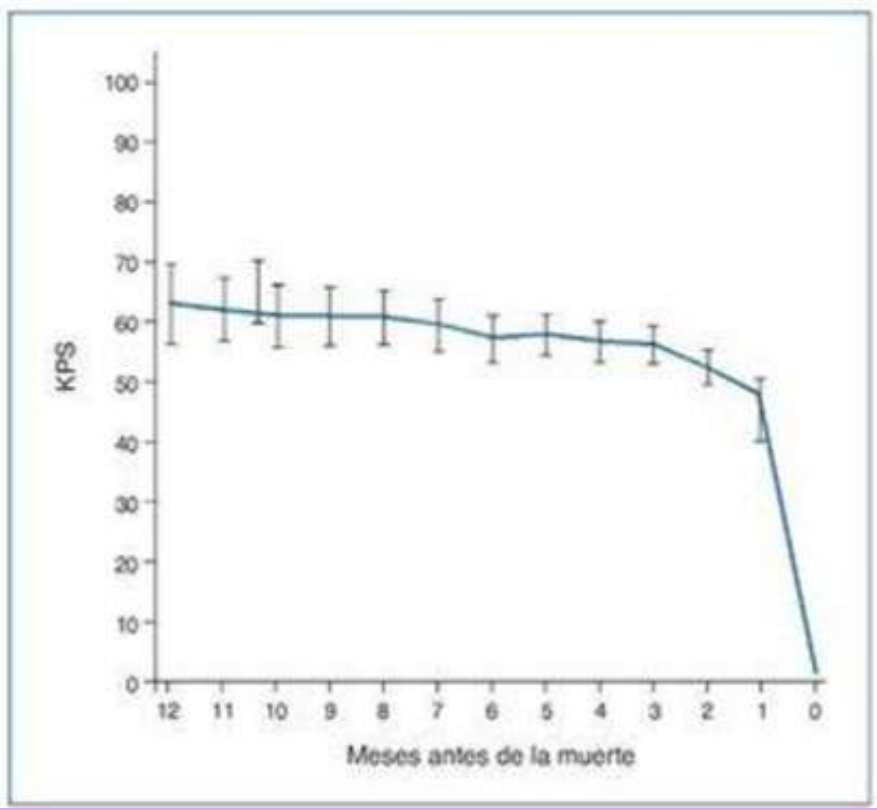


Los expertos en CPR de las guías KDIGO proponen un mapa de ruta que lleve a mejorar la atención y la calidad de vida de los paciente paliativos renales. Recalcan aspectos fundamentales de los CPR, sobre el por qué y para quién son necesarios y cuál es el enfoque deseable de los programas de desarrollo de ERCA conservadora y CPR, los cuales se describen en la Tabla 2.

¿Porqué son necesarios los CPR?
• Elevada carga de síntomas físicos y psicológicos en la ERCA • Mortalidad anual muy elevada en diálisis >20% • Retirada de diálisis frecuente • Cuidados al final de vida insuficientes en los pacientes con ERCA • Muchos procedimientos intensivos en situación de últimos días • Imprescindibles en pacientes en ERCA Conservadora
¿Para quién son necesarios los programas de CPR?
• Pacientes susceptibles de diálisis que deciden MRC • Ancianos con elevada comorbilidad y mal pronóstico en diálisis • Situación clínica donde no está indicada la diálisis • Con falta de capacidad de decisión que no se les oferta TRS
Enfoque de desarrollo de Programas de CPR
• Liderazgo. Equipo multidisciplinar • Toma de decisiones compartida • Estimación pronóstica específica • Discutir siempre los objetivos de cuidados con paciente y familia • Plan de Cuidados Paliativos Avanzados • Monitorización y tratamiento del dolor y los síntomas • Formación básica en Cuidados Paliativos y en habilidades comunicación

Los objetivos de los CPR son el asegurar que todos los pacientes renales con expectativas de vida limitada reciban una alta calidad de cuidados, con la ayuda de los profesionales apropiados, integrando los principios y prácticas de los Cuidados Paliativos y la Nefrología. El tratamiento se debe de centrar en proporcionar confortabilidad, prevenir complicaciones a corto plazo, evitar hospitalizaciones innecesarias, minimizar las intervenciones, control de síntomas y prestar el apoyo psico-social necesario al enfermo y su familia.

Estos cuidados tienen que ser coordinados. Se debe conocer el patrón funcional de los pacientes con ERC en TRC. Murthag et al describen muy bien el declive funcional rápido de los pacientes con ERCA conservadora antes de la muerte. Es ahí donde la carga de síntomas es más intensa, por lo que se necesita una atención eficaz



TRATAMIENTO EN ERCA

La valoración pronóstica en la ERCA, el conocimiento de la trayectoria funcional, la detección de síntomas refractarios y los criterios de enfermedad terminal van a ser determinantes para saber si el paciente va a tener necesidad de CPR y hacer una apropiada toma de decisiones. Las opciones de tratamiento para la ERC EC 5 son basados en un tratamiento renal sustitutivo: Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal o Tasplante renal, o basado en una Terapia renal conservadora.

TERAPIA RENAL CONSERVADORA (TRC)

La TRC es una alternativa válida para el paciente de edad avanzada y factores de mal pronóstico en diálisis. La Sociedad Americana de Nefrología recomienda ofrecer TC a pacientes con:
- IRCA en estadio 4 y 5.
- Edad mayor de 75 años que tienen por lo menos 2 de los siguientes factores de mal pronóstico:
1. Deterioro funcional PPS< 60
2. malnutrición severa (albúmina sérica < 2 g/dl)
3. Comorbilidad asociada (Charlson>5).
4. respuesta positiva a la pregunta sorpresa: «No me sorprendería que este paciente falleciera en el próximo año»

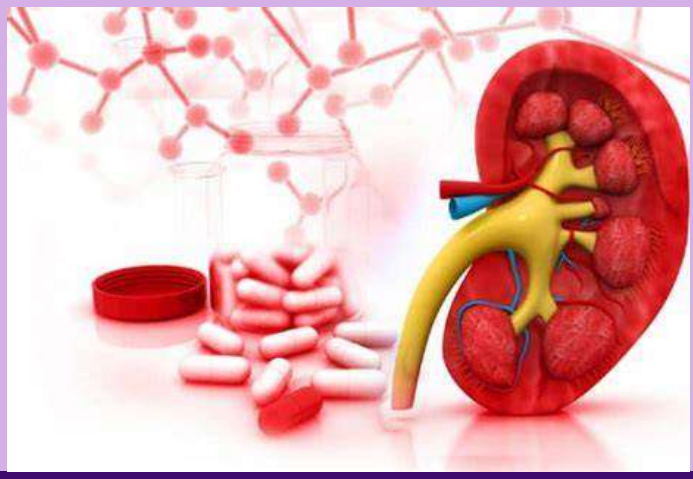
De la misma forma, existen criterios de admision para la TRC en España, los cuales establecen 3 grupos de pacientes los cuales puedes acceder a dicho tratamiento:

1.-Pacientes con ERCA EC 5, NO candidatos a TRS (diálisis) según los criterios establecidos:
a) Demencia grave e irreversible. Coma permanente.
b) Enfermedad terminal oncológica o de otro órgano vital no trasplantable.
c) Incapacidades graves físicas o mentales que impidan su adhesión altratamiento.

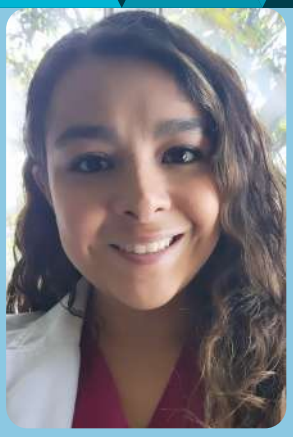
2. Pacientes ERCA estadio 5 que siendo candidatos a TRS (diálisis), opten por un manejo conservador tras recibir una información clara, comprensible y ponderada por el equipo multidisciplinar, habiéndose descartado previamente que esta decisión sea fruto de una patología reversible como la depresión.

3.-Factores de mal pronóstico en diálisis.

En la actualidad existen pocos estudios que establezcan los beneficios de un tratamiento conservador renal y el seguimiento que debe de realizarse, no se debe de olvidar que el manejo conservador no es una ausencia de TRS, sino una alternativa al mismo para casos indicados. Es muy importante que el paciente y su familia tengan la certeza de que la no incorporación o lo no elección de el TRS, no representa en ningún momento una atención menor o una sobre vida con pobre calidad en su atención.



PREVENCIÓN DE CAÍDAS



Dra. Mónica Pamela López García
Geriatra en Clínica Nova

Conocido como uno de los grandes síndromes o gigantes de la geriatría tanto por su mayor prevalencia, impacto y causa multifactorial, las caídas son un tema complejo en el adulto mayor pues a diferencia de otros grupos etarios en los que se presenta como consecuencia de un accidente aislado en ellos representa la conversión de factores de riesgo, patologías crónicas y agudas, que se convierte más es un síntoma que en el problema final, es una alarma para profundizar en causas y planear cómo evitar que se presente una nueva.

Aunque se presentan con mayor frecuencia y hay cambios del envejecimiento que nos hacen más propensos, las caídas NO son parte normal del envejecimiento, son un problema importante de salud publica tanto por el impacto en la salud-funcionalidad de los pacientes como la gran cantidad de recursos necesarios para su atención, como geriatras puede sonar obvio, pero generalmente las caídas pasan desapercibidas porque se atribuyen al envejecimiento y es nuestra labora cambiar esta idea para lograr un abordaje temprano y prevenir consecuencias devastadoras.

Para darnos una idea sobre la magnitud del problema reportes en Estados Unidos estiman que cada segundo se presenta una caída de un adulto mayor, 1 de cada 3 adultos mayores de 65 años que viven en la comunidad ha presentado alguna caída en el último año, cifra que se incrementa en mayores de 75 años, cifras acordes a lo identificado en el estudio SABE que reporta prevalencia de caídas de 26.5% en adultos mayores en México. De estos pacientes al menos un tercio requerirá atención médica y tendrá repercusión en su funcionalidad incluso a pesar de no presentar heridas y entre 5-10% complicaciones graves como fractura o traumatismo craneoencefálico con riesgo elevado de mortalidad.

Podemos continuar con datos impactantes sobre prevalencia en comunidad contra residencias, profundizar sobre las causas, explicar factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos, pero lo dejaremos para otra ocasión para enfocarnos en algo más práctico.

¿Cómo prevenir una caída?

Sabemos que hay muchos factores que juegan un papel importante y que intentar evaluar todo a la vez puede ser abrumador, por lo que recomiendo ser metódicos y ordenados, pero usando las herramientas que dominen mejor.

Empezamos con una pregunta de tamizaje muy sencilla la cual se recomienda realizar al menos una vez al año: ¿Se ha caído en el último año?, que podemos complementar con ¿Se siente inseguro al levantarse o caminar? ¿Le preocupa caerse? y en caso de que reporte caídas preguntar cantidad de caídas en un año y si sufrió alguna lesión, con esto damos oportunidad a que paciente externe inquietudes de cosas que tal vez no le parecían relevantes y los médicos tenemos la oportunidad de educar sobre el tema y concientizar sobre riesgo y consecuencias de una caída

Lo segundo es estratificar el riesgo, esto puede variar dependiendo de donde nos encontremos si es en hospital tenemos algunas escalas como Stratify y Downtown por mencionar algunas, pero también recientemente se han desarrollado otras escalas como el cuestionario "Mantenga su independencia" para adultos mayores de la comunidad.

Averigüe cuál es su riesgo de tener una caída

Encierre en un círculo "Sí" o "No" para cada uno de los siguientes enunciados			Por qué es importante
Sí (2)	No (0)	He tenido una caída en el último año.	Las personas que han tenido una caída tienen probabilidades de volver a caerse.
Sí (2)	No (0)	Uso o me han recomendado que usara bastón o un caminador para desplazarme con seguridad.	Las personas a quienes se les ha recomendado usar un bastón o un caminador posiblemente ya tengan más probabilidades de tener una caída.
Sí (1)	No (0)	A veces siento que no tengo estabilidad al caminar.	La falta de estabilidad y sentir la necesidad de apoyarse al caminar son señales de falta de equilibrio.
Sí (1)	No (0)	Me sostengo de los muebles para estabilizarme cuando camino en casa.	Esto también es señal de falta de equilibrio.
Sí (1)	No (0)	Me preocupa caerme.	Las personas que tienen preocupaciones de caerse tienen más probabilidades de tener una caída.
Sí (1)	No (0)	Necesito ayudarme con las manos para levantarme de una silla.	Esta es una señal de debilidad muscular en las piernas, una de las principales causas de caídas.
Sí (1)	No (0)	Tengo algo de dificultad para subir el borde de la acera.	Esto también es señal de debilidad muscular en las piernas.
Sí (1)	No (0)	Frecuentemente tengo urgencia de llegar al baño.	Correr para llegar al baño, especialmente durante la noche, aumenta las probabilidades de caerse.
Sí (1)	No (0)	He perdido un poco de sensibilidad en los pies.	Tener los pies entumecidos puede hacer que se tropiece y se caiga.
Sí (1)	No (0)	Tomo medicamentos que a veces me hacen sentir aturdido o más cansado de lo normal.	A veces, los efectos secundarios de los medicamentos pueden aumentar sus probabilidades de caerse.
Sí (1)	No (0)	Tomo medicamentos para ayudarme a dormir o para mejorar el estado de ánimo.	Estos medicamentos a veces pueden aumentar sus probabilidades de caerse.
Sí (1)	No (0)	Con frecuencia me siento triste o deprimido.	Los síntomas de depresión, como no sentirse bien o sentirse aletargado, se relacionan con las caídas.
Total _____		Sume la cantidad de puntos para cada respuesta de "Sí". Si obtuvo un puntaje de 4 o más, es posible que esté en riesgo de tener una caída. Hable con su médico los temas tratados en este folleto.	

Esta lista fue elaborada por el VA Greater Los Angeles Healthcare System, Geriatric Research Education & Clinical Center (GRECC) y sus afiliados y es una herramienta validada de autoevaluación de riesgo de caídas (Rubenstein et al. J Safety Res; 2011:42(6)493-499). Adaptado con autorización de los autores.

Si identificamos riesgo elevado vamos a evaluar a profundidad los siguientes aspectos:

- Exploración física: Exploración neurológica para valorar fuerza, tono, propiocepción, reflejos, pruebas de función cerebelosa y extrapiramidal, evaluación cognitiva, estado cardiovascular, articulaciones y limitación de movimientos, presencia de dolor.

- Evaluación de marcha, fuerza y balance, la cual puede realizarse con test como timed up and go, velocidad de la marcha, pruebas duales, batería corta de desempeño físico, prueba de levantarse de la silla por 30 segundos, prueba de equilibrio de 4 pasos. Para identificar alteraciones, derivar a fisioterapia o dar recomendaciones sobre uso de auxiliares de la marcha y actividad física

- Conciliación de medicamentos: el paso preferido de los geriatras, siempre revisar los medicamentos que se asocian a mayor riesgo de caídas o apoyarnos de herramientas como STOPP/START, criterios de Beers, FORTA, TIME y más reciente STOPPFall, verificar interacciones y buscar en medida de lo posible reducir la polifarmacia

- Manejo de comorbilidades: Va de la mano con el punto anterior es muy importante mantener un control óptimo de enfermedades crónicas como diabetes mellitus, hipertensión, depresión, manejo de dolor e identificar de forma oportuna osteoporosis y alteraciones del ritmo y frecuencia cardiaca

- -Descartar hipotensión ortostática, en caso de presentarse brindar educación postural, mantener adecuada hidratación y en algunos casos el uso de medias de compresión.

- Revisión y manejo de problemas en pie con uso de calzado adecuado: evaluación por podiatra, ejercicios de pie y tobillos, zapatos sin tacón o con tacón bajo, con superficie de contacto amplia, ligeros, de suela firme y en la talla correcta, se puede usar suela antiderrapante excepto en pacientes que arrastran los pies al caminar. El estudio Mobilize Boston identificó que al momento de la caída 52% de los pacientes se encontraban descalzos, en calcetines o usando pantuflas por lo cual incluso en casa es importante usar calzado seguro, en cuanto a las pantuflas se recomienda que sean cerradas y de suela dura

- Revisión de agudeza visual, sin embargo, hay que tener cuidado ya que es frecuente que al identificarse alguna alteración que requiera uso de lentes mientras el paciente se adapta pueda aumentar el riesgo de caídas.

- Verificar la prescripción de auxiliares de la marcha y ajuste de ortesis, por ejemplo la parte superior del bastón debe estar a la altura del trocánter mayor, cuando el paciente lo sostiene, el codo flexionarse aproximadamente 15 grados.

- Suplementación de vitamina D: contribuye al mantenimiento de la función neuromuscular, función de las fibras tipo II y las funciones ejecutivas además de propiedades antioxidantes, sin embargo, los resultados en ensayos clínicos han sido controversiales. Un meta análisis de Cochrane concluyó que la suplementación en adultos mayores de la comunidad no reduce el riesgo de caídas e incluso dosis superiores a 500,000 unidades al año se asocian a mayor riesgo de caídas, por lo que actualmente se recomienda en pacientes con deficiencia de vitamina D, pacientes frágiles o institucionalizados con dosis entre 800-1000 unidades al día. Se recomienda realizar una medición para poder ir ajustando la dosis, en especial ahora después de la pandemia pues nos hemos encontrado con escenarios extremos en los que pacientes se encontraban encerrados en aislamiento con poca exposición a luz solar vs boom de la vitamina D para "prevención" de covid con suplementación a dosis altas

6

- Actividad física: de las intervenciones individuales que más beneficios aporta, diversas revisiones reportan que el entrenamiento multicomponente en el que se incluye; equilibrio, resistencia aeróbica, fuerza y flexibilidad, así como el tai chi han demostrado hasta el momento un mayor beneficio para reducir la tasa y riesgo de caídas. Son especialmente eficaces en pacientes frágiles en los que la sarcopenia es el principal factor que propicia la caída. Para su prescripción hay que tomar en cuenta estado funcional y comorbilidades, así como preferencias para personalizarlo, pero también se han desarrollado planes como Vivifrail en los cuales se dan recomendación estratificadas según resultado de pruebas físicas y funcionales

- Modificación del ambiente: Mayor eficacia cuando forman parte de una intervención multifactorial y en pacientes que tienen alto riesgo de caídas asociado a déficit visual. Mejorar iluminación, reducción de barreras arquitectónicas, evitar alfombras y pasamanos son ejemplos de estas modificaciones.

Estos aspectos son sobre los que más se ha identificado evidencia, sin embargo, hay muchos factores que pueden contribuir a una caída por lo que estas son recomendaciones que son pueden guiar, pero siempre debemos individualizar. Habrá pacientes en los que podremos evaluar rápidamente todos los aspectos y otros en lo que nos tomará varias consultas lo importante es darle continuidad y estar actualizándonos sobre las herramientas nuevas que se desarrollan para hacernos más fácil la tarea de identificar factores modificables y plantear intervenciones multifactoriales con las cuales podemos prevenir caídas y con ello preservar la funcionalidad e independencia que se traduce en mejor la calidad de vida de nuestros pacientes.

Referencias

1. Berry, S., & Kiel, D. (2019). Chapter 35: Falls. En G. Harper, W. Lyons, J. Potter, G. Harper, W. Lyons, & J. Potter (Edits.), Geriatrics Review Syllabus: A core curriculum in geriatric medicine (págs. 331-341). New York: American Geriatrics Society

2. Montero Odasso, M. (2020). Trastornos de la marcha y caidas. En P. Abizanda Soler, L. Rodriguez Mañas, P. Abizanda Soler, & L. Rodriguez Mañas (Edits.), Tratado de medicina geriátrica: fundamentos de la atención sanitaria a los mayores (págs. 702-714). España: El sevier

3. CENAPRECE. (2017). Recuperado el Septiembre de 2021, de Guía clinica para el médico de primer nivel de atención para la prevención, diagnóstico y tratamiento del síndrome de caídas en la persona adulta mayor.

4. World Health Organization. (2021). Recuperado el Septiembre de 2021, de Falls: https:/www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls

5. Secretaria de Salud. (2008). Recuperado el Septiembre de 2021, de Prevención de caídas en el adulto mayor en el primer nivel de atención: http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/gpc/eyr/ISSSTE-134-08.pdf

6. Abizanda Soler, P., Flores Ruano, T., & López Utiel, M. (2020). 72: Sarcopenia. En P. Abizanda Soler, L. Rodríguez Mañas, P. Abizanda Soler, & L. Rodríguez Mañas (Edits.), Tratado de medicina geriátrica (págs. 689-701). Barcelona, España: Elsevier.

7.Voast Moncada, L. V., & Mire, G. (2017). Preventing Falls in Older Persons. American Family Physicians, 96(4).

8.Vincenzo, J., & Kane, S. (2019). Recuperado el Septiembre de 2021, de Older Adults Experience with Falls Prevention Recomendations Derived from the STEADI: http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31353961

9.Secretaria de Salud, CENETEC. (Septiembre de 2021 de 2015). Intervenciones de enfermeria para la prevención de caidas en pacientes hospitalizados. Obtenido de Guias de practica clínica: http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-821-18/ER.pdf

10.US Preventive Services Task Force. (Abril de 2018). Intervention to precent falls in community-dwelling older adults. Journal American Medical Association, 319(16).

11.Gillespie, L., Robertson, M., Gillespie, W., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L., & Lamb, S. (2012). Recuperado el Septiembre de 2021, de Interventions for preventinf falls in older people living in the community: https://www.cochranelibrary.com/cdrs/doi/10.1001/14651858.CD007146.pub3/full

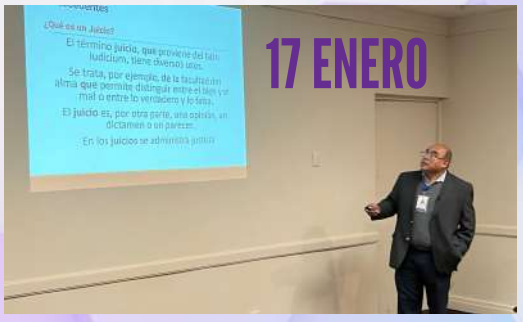
12.American Geriatrics Society and British Geriatrics Society (2011) Summary of the updated American Geriatrics Society and British Geriatrics Society Clinical Practice Guideline for prevention of falls in older persons. JAGS 59: 148-157

13. Seppala, L. et al. (2021) STOOPFall: a Deplhi study by the EuGMS Task and Finish Group on Fall-Risk Increasing Drugs. Age and Ageing 50:1189-1199

Colegio de Geriatras En el Estado de Nuevo León, A.C.

ACTIVIDADES

ENERO - FEBRERO



DIRECCIÓN Dr. Edgar Armando Cárdenas Acuña
ASESOR ACADÉMICO Dr. Julio César Dávila Valero
EDITOR BERAKA Health
ARTE BERAKA Health WWW.BERAKAPRO.COM