

MARZO 2023

VOLUMEN 3 - NO. 2

Colegio de Medicina Interna del Noreste

# COMINE

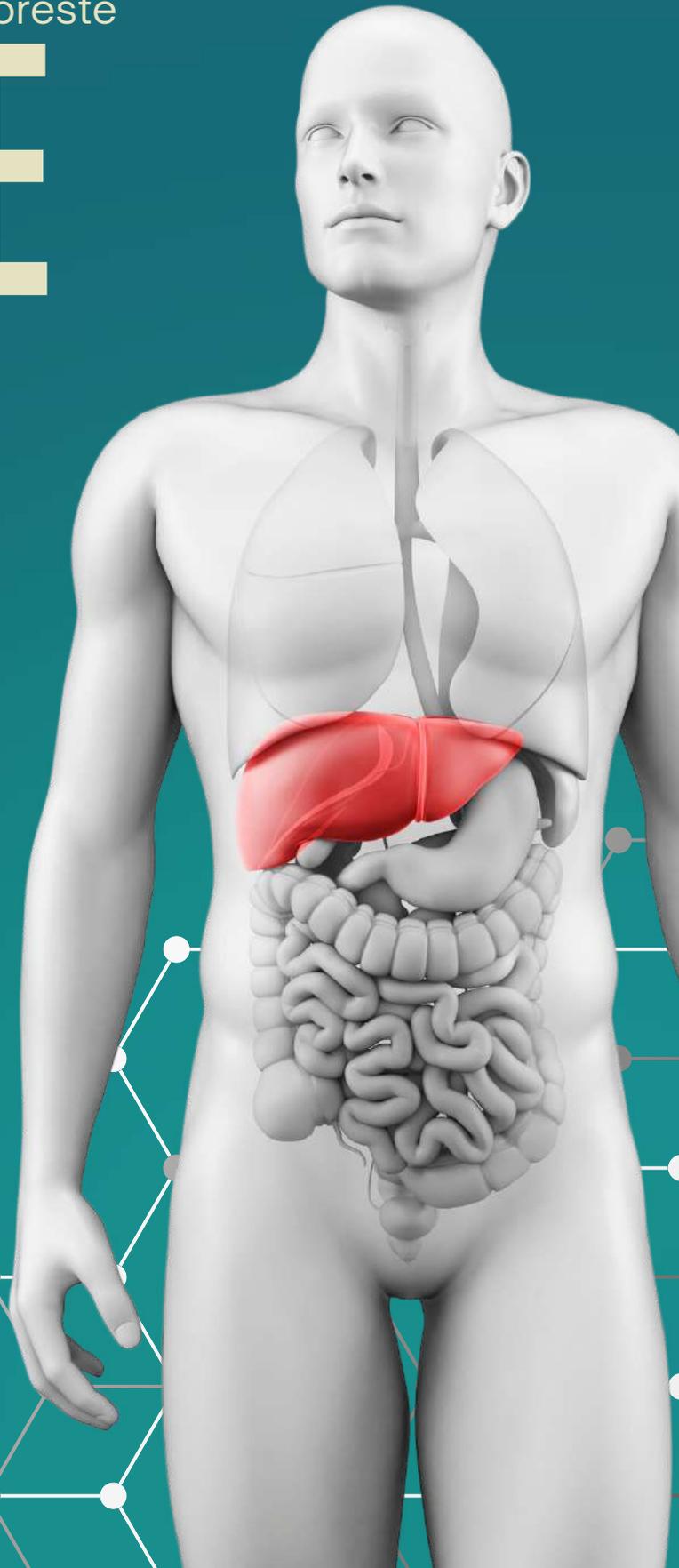
Un Colegio en Expansión

## Enfermedad por Hígado Graso no Alcohólico

Día Mundial de la  
Audición

Conociendo México:  
San Luis Potosí

Dilemas éticos en el  
Adulto Mayor



También puedes leer online en [www.comine.com.mx](http://www.comine.com.mx)

LA REVISTA MEDICA MÁS ACTUAL

# COMINE



*Dra. Angélica González Alonso*  
*Secretaria Colegio de Medicina Interna del Noreste*  
*Gestión 2023-2024*

## Bienvenidos

El Colegio de Medicina del Noreste les da la más cordial bienvenida a éste nuevo Boletín del mes de Marzo del 2023, en el cual presentamos temas de gran interés, desarrollados por nuestros apreciados Médicos participantes, en quienes el interés primordial es brindarnos información actualizada y de vanguardia, que nos enriquece y ayuda a fortalecer nuestras tomas de decisiones al momento de evaluar, tratar y brindar apoyo a nuestros pacientes.

Al vivir en un Mundo en constante cambio, surgen nuevas tecnologías, ideas y perspectivas que requieren actualizar nuestro aprendizaje y adaptarnos a los nuevos cambios. En el Boletín COMINE, lo primordial es brindar cápsulas informativas, y revisiones actualizadas por los expertos, todos ellos temas de gran importancia, tanto de Medicina como de Bioética Clínica, que nos brindan un panorama actualizado. Así mismo se presentan cápsulas de Cultura general muy interesantes que estamos seguros serán de su agrado.

Entre otras Efemérides del mes del Marzo, el día 3 se conmemora el día internacional de la Audición, problema de salud que ya que se estima en 3 de cada 1000 recién

nacidos, en éste boletín se brinda información detallada acerca de tan importante patología y su diagnóstico oportuno.

Por otro lado desde el 2020 el 4 de Marzo se estableció como el día Mundial de la Obesidad, ya que la incidencia tanto en adultos como en niños se ha triplicado y quintuplicado respectivamente, problema de salud que afecta a todos los países, y que está relacionado con el incremento de las enfermedades no transmisibles que más índice de morbimortalidad provocan: diabetes, enfermedad cardiovascular, hipertensión, enfermedad cerebrovascular. A nivel mundial se brindan diferentes estrategias para combatir éste serio problema de salud, y se invita a todo el gremio Médico el continuar participando en diagnosticar oportunamente y educar a los pacientes y familiares acerca de ésta enfermedad y sus consecuencias.

Nuevamente sean bienvenidos a leer el presente Boletín COMINE, disfrútenlo.



- 02 Bienvenida
- 04 Día Mundial de la Audición
- 08 Perla cultural
- 11 Enfermedad por Hígado Graso no Alcohólico
- 15 Dilemas Eticos en el Adulto Mayor
- 17 Cápsula de Biética



# DÍA MUNDIAL DE LA AUDICIÓN

El Día Mundial de la Audición, que se celebró el 3 de marzo hizo destacar la importancia de integrar el cuidado del oído y la audición en la atención primaria, como un componente esencial de la cobertura universal de salud.

Cada año, el Día Mundial de la Audición elige un lema o tema para trabajar alrededor de él y que todas las personas y organizaciones que quieran colaborar tengan un tema para desarrollar. **En 2023, el lema del Día Internacional de la Audición es el siguiente: "¡Cuidado del oído y la audición para todos! Hagámoslo realidad".**

Primero vamos a definir ¿qué es la Audición? Es el proceso de percibir el sonido. Que se viaja del exterior por el oído externo, medio e interno, hasta ser procesado por el cerebro.

¿Cómo funciona la audición? Las ondas sonoras viajan por el canal auditivo y golpean el tímpano, haciendo que vibre. Estas vibraciones ponen en movimiento el fluido de la

cóclea que estimula 15,000 células sensoriales, llamadas "células ciliadas", que convierten las vibraciones en señales eléctricas. El cerebro procesa estos datos, lo que hace posible escuchar y disfrutar cosas como la música o una conversación.

La pérdida auditiva puede restringir y ver afectada la comunicación y la interacción social con otras personas, lo que puede verse reflejada en la calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como un déficit cuyo umbral auditivo es mayor a 25 decibeles (dB), la pérdida de audición puede ser leve, moderada, grave o profunda y afecta a alrededor del 5% de la población mundial. De hecho la OMS lanzo una app llamada HearWHO para realizar un examen auditivo a todas aquellas personas que la tengan instalada en sus dispositivos móviles, para poder buscar crear conciencia y permitir un inicio de evaluación auditiva.



# DÍA MUNDIAL DE LA AUDICIÓN

¿En México que tal es la magnitud de problemas de audición? De acuerdo con los datos epidemiológicos de nuestro país, la discapacidad auditiva representa la cuarta causa de discapacidad (33.5%), es ligeramente mayor en los hombres y es más prevalente en la edad avanzada (49.6%), el 28.9% de los casos son ocasionados por alguna enfermedad, el 9.3% por causas originadas al nacimiento, el 6.3% por accidentes, el 0.8% por violencia y el 5.1% por otras causas

A cualquier edad la discapacidad auditiva produce dificultades en diversas esferas de la vida, como el entorno social, la capacidad de aprender, el desarrollo y mantenimiento cognitivo, etc. No obstante, la afección al nacimiento es la de mayor preocupación porque de no curarse a tiempo disminuirá considerablemente la oportunidad de escuchar y desarrollar el lenguaje. A esta etapa se le conoce como periodo crítico para la maduración y desarrollo de los circuitos auditivos cerebrales y se ubica alrededor de los 3.5 años. Después de esta edad las probabilidades de que la estimulación auditiva por medio de un implante coclear produzca un buen lenguaje hablado se reducen de manera considerable, especialmente después de los 7 años de edad.

Cómo celebrar el Día Internacional de la Audición.

Los más adecuado es que aproveches este día para realizarte un examen a fondo de tu sistema auditivo, así como conocer las prácticas adecuadas que debes adoptar a la hora de realizar trabajos con aparatos o sonidos fuertes a los que te encuentres expuesto de manera recurrente. Como personal de salud debemos aprovechar las oportunidades para crear conciencia y hacer medicina preventiva, de no hacerlo crear oportunidad de mejorar condiciones y mejorar la calidad auditiva de nuestros pacientes.

También podrías ayudar a concienciar a otros compartiendo este tipo de información en las redes sociales con el hashtag: #DíaMundialde la Audición.

# DÍA MUNDIAL DE LA AUDICIÓN

## Mensajes clave

- Los problemas del oído y la audición se encuentran dentro de los problemas más comunes enfrentados en la comunidad.
- Más del 60% de estos pueden ser identificados y abordados en el nivel de atención primaria
- La integración del cuidado del oído y la audición en los servicios de atención primaria es posible a través de la capacitación y el desarrollo de capacidades a este nivel.
- Dicha integración beneficiará a las personas y ayudará a los países a avanzar hacia el objetivo de la cobertura universal de salud.



**DR. RICARDO TELLEZ MARROQUIN**  
MEDICO INTERNISTA / INFECTÓLOGO  
SECRETARIO DE COMUNICACIÓN  
COLEGIO DE MEDICINA INTERNA DEL NORESTE

Día Mundial de la Audición  
3 de marzo de 2022

Organización Mundial de la Salud

## Para oír de por vida, ¡escucha con cuidado!

La pérdida de audición por la exposición a sonidos fuertes se puede prevenir

MÁS INFORMACIÓN EN: 

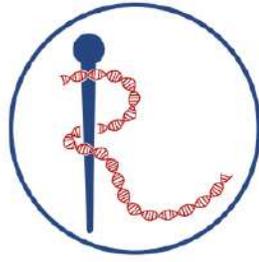
 Escuchar sin riesgo

#worldhearingday | #hearingcare | #safelistening



### BIBLIOGRAFÍA:

- [HTTPS://WWW.WHO.INT/ES/NEWS-ROOM/FACT-SHEETS/DETAIL/ DEAFNESS-AND-HEARING-LOSS.](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss)
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (MÉXICO). LA DISCAPACIDAD EN MÉXICO, DATOS AL 2014: VERSIÓN 2017/ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA. MÉXICO: INEGI, C2017.
- SHARMA A, DORMAN MF, SPAHR AJ. A SENSITIVE PERIOD FOR THE DEVELOPMENT OF THE CENTRAL AUDITORY SYSTEM IN CHILDREN WITH COCHLEAR IMPLANTS: IMPLICATIONS FOR AGE OF IMPLANTATION. EAR HEAR 2002; 23 (6): 532-9. DOI: 10.1097/00003446- 200212000-00004.



Laboratorio  
Ramos



# Nuestros Servicios

Servicio de análisis  
clínicos, patología,  
rayos x, ecografías,  
mamografías  
convencionales y 3D.



📍 Av. Humberto Lobo #555A Col. Del  
Valle, San Pedro Garza García

☎ 81 4170 0769

Contamos con más de 80 años de experiencia.

# PERLA CULTURAL

## LA CAJA DE AGUA



### Dra. Elizabeth Olavide Aguilar

Médico Internista / Endocrinóloga  
Investigador clínico del Hospital de alta especialidad, Monterrey ISSSTE  
Médico adscrito al área de Medicina Interna del ISSSTE HRM



Es una obra neoclásica del siglo XIX, uno de los símbolos más distintivos de la ciudad de San Luis Potosí. En 1617 se descubre el manantial de la Cañada del Lobo de la sierra de San Miguelito y era de este sitio donde se alimentaba la ciudad para su abastecimiento de agua. En 1828 el pintor y escultor José Guerrero Solachi y Juan N. Sanabria realizan esta estructura neoclásica, e inicia su servicio como proyecto para abastecer a la ciudad de agua en 1835, siendo instalada en la Calzada de Guadalupe.

Está posicionada entre cuatro maceteros decorativos con azulejos y son rematados con una forma piramidal con piñas de piedra donde se recibía el agua que bajaba de la Cañada de Lobo a través de un largo acueducto con fuentes intermedias y era este lugar donde los potosinos del siglo pasado se abastecían de agua.

Los pilares y las cadenas que rodean el monumento se colocaron en 1953.

A lo largo de esta Calzada podrá encontrar dos fuentes y al final el jardín del Santuario de Guadalupe se encuentran otras dos fuentes de agua.

Este monumento es un símbolo que caracteriza a la ciudad por su belleza y permanencia, incluso hoy en día cuando llueve todavía se puede ver que guarda agua y se puede observar la salida de agua a los costados en los contenedores.

Como atracción se puede hacer un recorrido turístico en carruaje visitando el centro histórico, así como el resto de monumentos de la ciudad.

Ubicada en la dirección de Calzada de Guadalupe esq. Joaquín Sevilla y Olmedo, Barrio de San Sebastián, San Luis Potosí, S.L.P., México.

#### REFERENCIAS

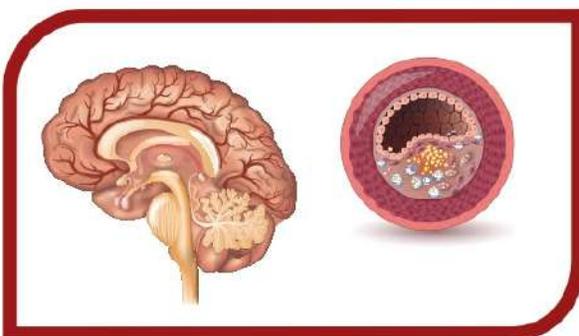
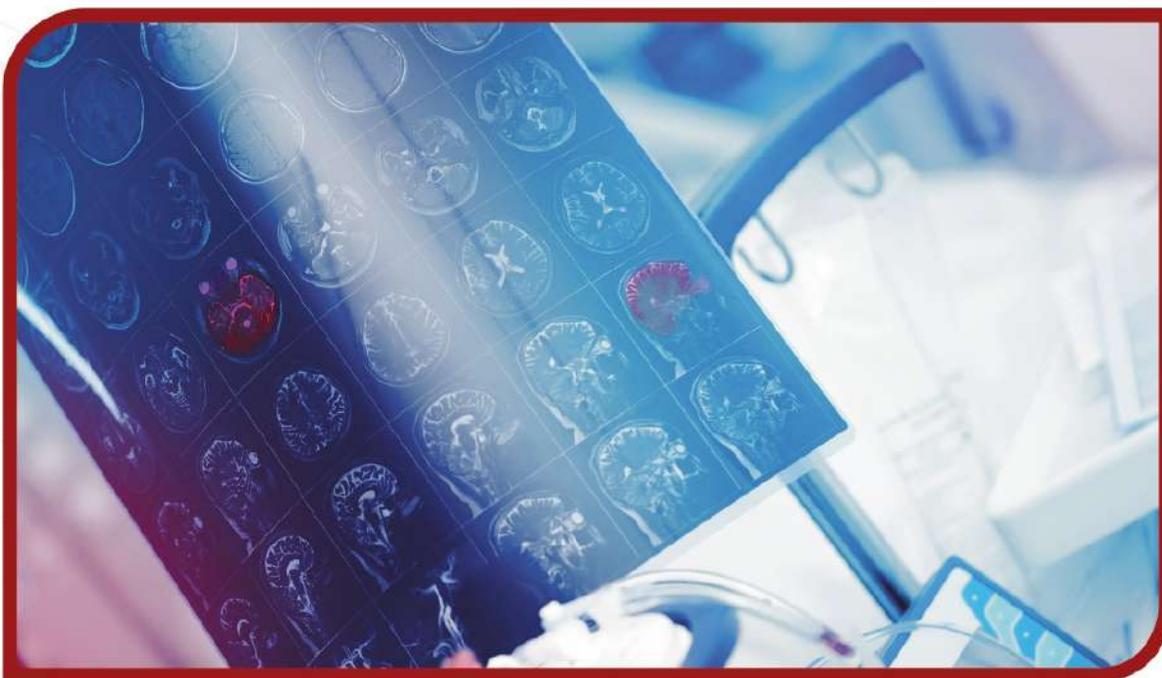
1. «CATÁLOGO NACIONAL DE MONUMENTOS HISTÓRICOS INMUEBLES». CONSULTA PÚBLICA DEL CATÁLOGO NACIONAL DE MONUMENTOS HISTÓRICOS. COORDINACIÓN NACIONAL DE MONUMENTOS HISTÓRICOS. CONSULTADO EL 13 DE SEPTIEMBRE DE 2022.
2. ↑ SALTAR A:A B RUIZ, ALEJANDRA (15 DE MARZO DE 2021). «LA CAJA DEL AGUA, SÍMBOLO MAJESTUOSO». [HTTPS://WWW.ELSDSANLUIS.COM.MX/](https://www.elsoldesanluis.com.mx/). CONSULTADO EL 13 DE SEPTIEMBRE DE 2022.
3. ↑ MÉNDEZ, KARINA (9 DE FEBRERO DE 2020). «LA CAJA DEL AGUA DIO DE BEBER A POTOSINOS DURANTE UN SIGLO». [HTTPS://SANLUISPOTOSI.QUADRATIN.COM.MX/](https://sanluispotosi.quadratin.com.mx/). CONSULTADO EL 13 DE SEPTIEMBRE DE 2022.
4. ↑ TRISTÁN, MAYRA (15 DE ABRIL DE 2018). «CAJA DEL AGUA Y JARDÍN COLÓN, REVIVEN LA CALZADA». [HTTPS://WWW.ELSDSANLUIS.COM.MX/](https://www.elsoldesanluis.com.mx/). CONSULTADO EL 13 DE SEPTIEMBRE DE 2022.
5. ↑ «EL AGUADOR». [HTTP://WWW.CIUDADSANLUIS.COM/](http://www.ciudadsanluis.com/). CONSULTADO EL 5 DE DICIEMBRE DE 2022.

DE LYNX BURGOS, CC BY-SA 3.0,

[HTTPS://COMMONS.WIKIMEDIA.ORG/W/INDEX.PHP?CURID=57548899](https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=57548899)

## ● Tratamiento recomendado para disminuir la morbimortalidad de EVC en pacientes con diabetes

- *Algunos hipoglucemiantes tienen un efecto neuroprotector y cardioprotector, por lo que se asocian a una disminución del riesgo de EVC o mejora en la recuperación en pacientes supervivientes.*
- Las complicaciones cardiovasculares son la principal causa de morbilidad y mortalidad en pacientes con diabetes mellitus. **El riesgo de Eventos Vasculares Cerebrales (EVC), enfermedad cardíaca y muerte por complicaciones cardiovasculares es más del doble, comparado con sujetos de la misma edad sin diabetes**, siendo que más del 70% de los pacientes con diabetes mueren por enfermedad cardiovascular.<sup>1</sup>



- El metaanálisis de Sarwar y cols. (2010), que consistió en estudios prospectivos, encontró dos veces mayor riesgo de **EVC isquémico** en pacientes con diabetes. Mientras tanto, en la población general, el 8% de los pacientes que han sufrido un EVC ha sido como consecuencia de la diabetes, resultando en una mortalidad y discapacidad incrementada.<sup>1</sup>

- Algunos antidiabéticos han demostrado tener un efecto protector en contra de los EVC.<sup>1</sup>
- Por su parte, **las sulfonilureas (repaglinida y glibenclamida) son bloqueadores del canal sensitivo de potasio dependiente de ATP**. La activación de este canal de ATP desempeña un rol neuroprotector, por lo que, al bloquear el canal a través del uso de sulfonilureas, estas se asocian a un riesgo elevado de EVC. **Con base en el metaanálisis, los pacientes con diabetes tipo 2 que recibieron sulfonilureas (repaglinida y glibenclamida) demostraron un riesgo del 39% de EVC.**<sup>1</sup>

## La metformina tiene un efecto neuroprotector para el EVC

- El **estudio UKPDS** (con seguimiento a 20 años) demostró que el tratamiento con **metformina**, comparada con insulina y sulfonilurea, redujo las complicaciones vasculares, incluido el EVC. Del mismo modo, **estudios epidemiológicos han demostrado una reducción en la incidencia de EVC y han mostrado efectos benéficos a largo plazo en pacientes supervivientes de un EVC.**<sup>1</sup>
- Los **inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4 (DPP-4)** se asocian a efectos positivos en varios factores de riesgo cardiovascular en humanos. El **efecto neuroprotector** se cree que es debido al incremento en el péptido parecido al glucagón-1 (GLP-1), péptido cerebral natriurético y factor derivado estromal;<sup>3</sup> **no obstante, en un metaanálisis de 70 estudios fase II/III, la reducción de EVC no fue estadísticamente significativa.**<sup>2</sup>
- Sumario de la evidencia actual de la asociación entre el uso de hipoglucemiantes con el riesgo de EVC**<sup>1</sup>

Fármaco	Riesgo de EVC
Insulina	Incremento
Metformina	Reducido
Tiazolidinedionas	Reducido
DPP-4 inhibidores	Reducido o sin cambios
GLP-1 agonistas	Reducido en un metaanálisis y con semaglutida; sin cambios con liraglutida albiglutide y dulaglutida
SGLT-2 inhibidores	Incremento en unos metaanálisis; sin cambios en otros

Tabla adaptada de: Lăcătușu, C. M., Grigorescu, E. D., Stătescu, C., Sascău, R. A., Onofriescu, A., & Mihal, B. M. (2019). Association of Antihyperglycemic Therapy with Risk of Atrial Fibrillation and Stroke In Diabetic Patients. *Medicina*, 55(9), 592.

- El riesgo de EVC en pacientes con diabetes es del doble, comparado con la población general.<sup>1</sup> Los hipoglucemiantes orales como la metformina, las tiazolidinedionas, los agonistas de GLP-1 y los inhibidores de DPP-4 tienen efectos neuroprotectores y cardioprotectores, por lo que son una opción adecuada para aquellos pacientes con diabetes y alto riesgo cardiovascular, incluyendo EVC (diabetes con daño microangiopático, daño microvascular y fibrilación auricular).

### Referencias:

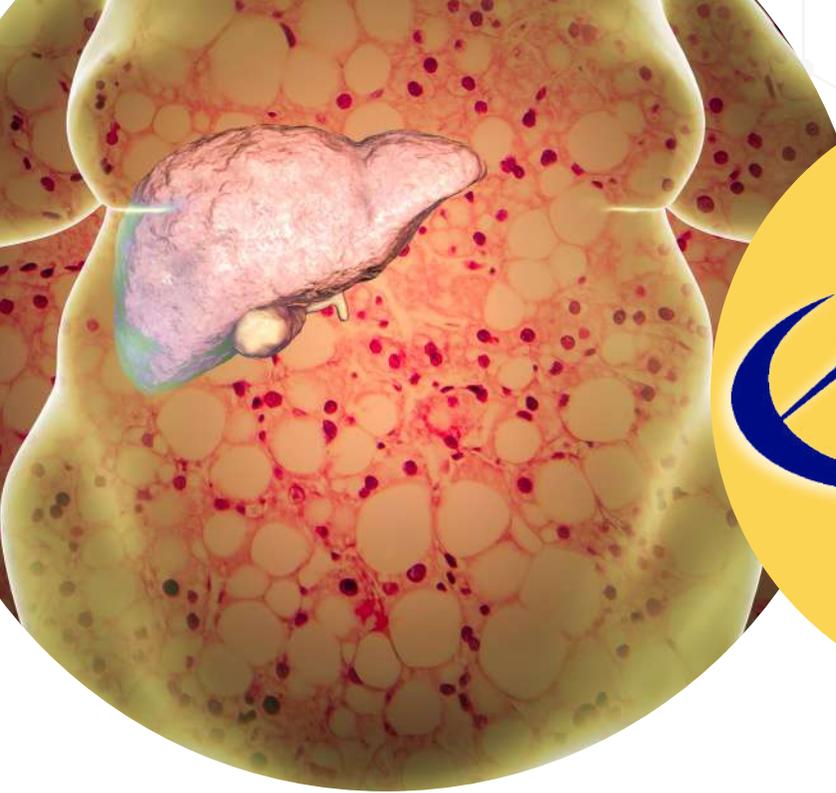
- Castilla-Guerra, L., Fernandez-Moreno, M., Leon-Jimenez, D., & Carmona-Nimo, E. (2018). Antidiabetic drugs and stroke risk. Current evidence. *European Journal of Internal Medicine*, 48, 1-5. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2017.09.019>
- Bonnet, F., & Scheen, A. J. (2017). Impact of glucose-lowering therapies on risk of stroke in type 2 diabetes. *Diabetes & Metabolism*, 43(4), 299-313. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.diabet.2017.04.004>
- Lăcătușu, C. M., Grigorescu, E. D., Stătescu, C., Sascău, R. A., Onofriescu, A., & Mihal, B. M. (2019). Association of Antihyperglycemic Therapy with Risk of Atrial Fibrillation and Stroke in Diabetic Patients. *Medicina*, 55(9), 592. Recuperado de: <https://doi.org/10.3390/medicina55090592>

Para conocer más sobre este u otros padecimientos visita nuestro sitio:  
<https://medpoint.com.mx/>

# Enfermedad por Hígado Graso no Alcohólico



DR. JAIME ZUÑIGA NORIEGA  
MEDICINA INTERNA, GASTROENTEROLOGÍA  
Y ENDOSCOPIA  
VOCAL DE ACT. ACADÉMICAS COMINE



## ENFERMEDAD POR HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO

Enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA), es un trastorno metabólico, caracterizado por el acúmulo de vacuolas de grasa dentro del hepatocito. ( esteatosis macrovesicular ) el cual afecta el 5% o mayor porcentaje de los hepatocitos, sin cambios inflamatorios, fibrosis o necrosis hepatocelular aparente, no relaciondo con consumo significativo de alcohol ( mayor de 20 g en Mujeres y 30 g en hombres), medicamentos hepatotóxicos ni otras causas conocidas de esteatosis secundaria, hepatitis C, enfermedad de Wilson, lipodistrofia, secuelas de ayuno prolongado, cirugía bariátrica, nutrición parenteral o bien toxicidad por fármacos como amiodarona, metotrexato, tamoxifeno o esteroides entre otros.

La Prevalencia de EHGNA en la poblacion mundial es de aproximadamente el 24 %, sin embargo en México se estima que es de aproximadamente el 50 % de la poblacion, debido al tipo de alimentación (consumo de ácidos grasos saturados y azúcares refinados), sobrepeso y obesidad, o a factores que incrementan el riesgo, como es la dislipidemia o Diabetes Mellitus, éste último por si solo, representa un factor de riesgo de 70 % para desarrollar EHGNA.

Dado que la mayoría de los pacientes son asintomáticos, es recomendable realización de exámenes de laboratorio anuales (que incluya BH, Colesterol tot, triglicéridos, HDL, Glucosa, TGO, TGP, GGT, Bilirrubinas) así como de ultrasonido abdominal, y especialmente en los pacientes con

factores de riesgo como obesidad, dislipidemia diabetes mellitus o síndrome metabólico, de ser posible realización de elastografía hepática.

Los pacientes con EHGNA incrementan el riesgo de fibrosis clínicamente significativa si son portadores de 2 ó más afecciones metabólicas, como lo es obesidad central, ( cintura con puntos de corte M =80 cm, H = 90 cm), triglicéridos séricos elevados,  $\geq 150$  mg/dL, o en tratamiento, Colesterol HDL en hombres  $<40$  mg/dL, en mujeres  $<50$  mg/dL, o en Tratamiento. HTA sistólica  $\geq 130$  mm Hg ó Diastólica  $\geq 85$  mm Hg, o en tratamiento. Glucosa plasmática elevada entre 100 mg/dL y 125 mg/dL (prediabetes). El grado de fibrosis hepática, es un determinante que disminuye el tiempo de aparición de enfermedad hepática descompensada a mayor grado de fibrosis, habiéndose reportado de la siguiente forma, 22 a 26 años en F0-F1, 9.3 años en F2, 2.3 años en F3 y 0.9 años en F4.

La EHGNA Puede evolucionar a esteatohepatitis, fibrosis, cirrosis y hepatocarcinoma, éste último puede presentarse aún sin que el paciente llegue a presentar cirrosis. Esteatohepatitis representa un riesgo mayor de progresión a fibrosis y es el principal factor de riesgo asociado de progresión a cirrosis y muerte por causas hepáticas. Aproximadamente el 40.75% (IC95%: 34.69-47.13) de los pacientes con EHGNA pueden presentar progresión de la fibrosis hepática.



Biopsia hepática es el método Gold Estándar de diagnóstico para esta entidad patológica, sin embargo, no se justifica en la mayoría de los casos debido al riesgo inherente del procedimiento. Hay otras alternativas no invasivas, como el ultrasonido (US), éste es accesible, de bajo costo, sin embargo la sensibilidad puede llegar a ser tan baja como 5% en pacientes portadores de esteatosis hepática con afectación del 5% al 9% del parénquima y mejora al 80% de sensibilidad en pacientes con afectación del 30% del parénquima hepático revisado por histología, (Ryan Liv Transp 2002), o los biomarcadores séricos (fatty liver index [FLI] y SteatoTest®). Hay otros métodos con mayor grado de sensibilidad y especificidad, menos accesibles y de costo más elevado, como el parámetro de atenuación controlada (controlled attenuation parameter [CAP]) realizado por medio de elastografía con sensibilidad del 80% en afectación del 5% al 9% del parénquima hepático, y la 1H-MRS (hepatic magnetic resonance spectroscopy).

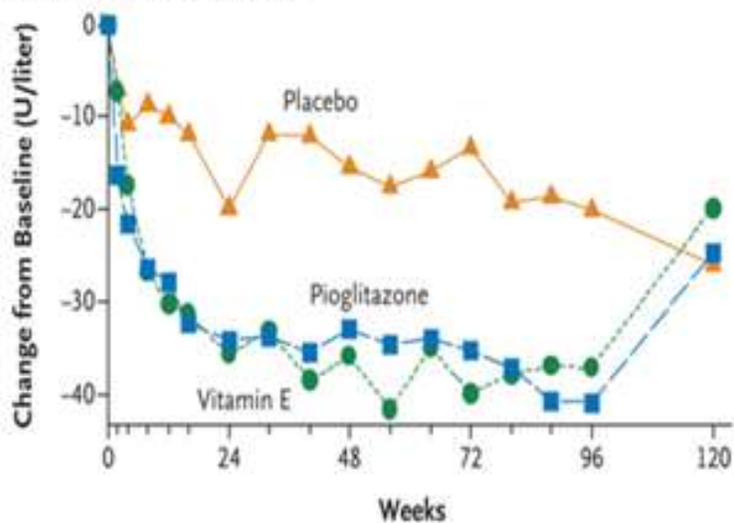
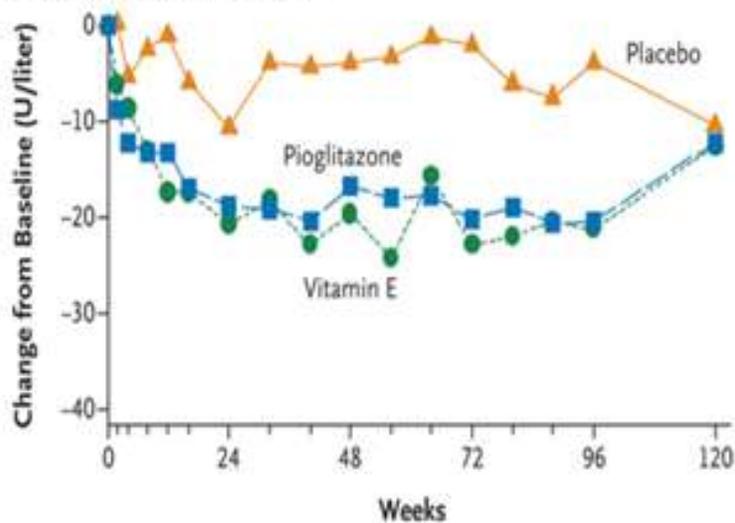
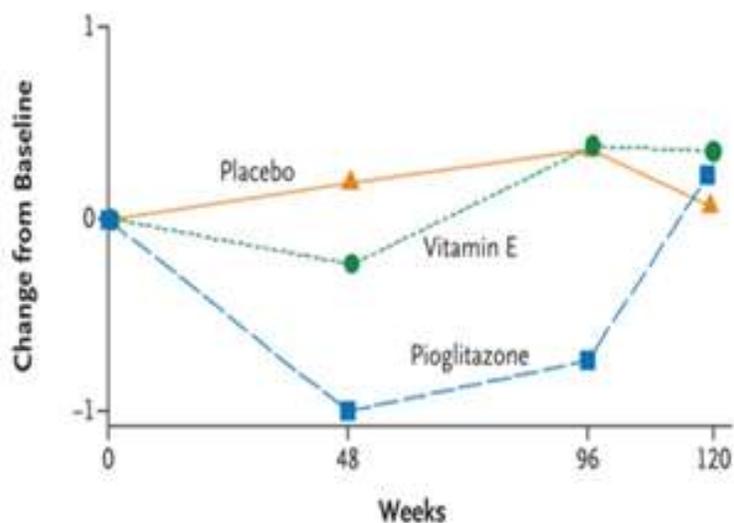
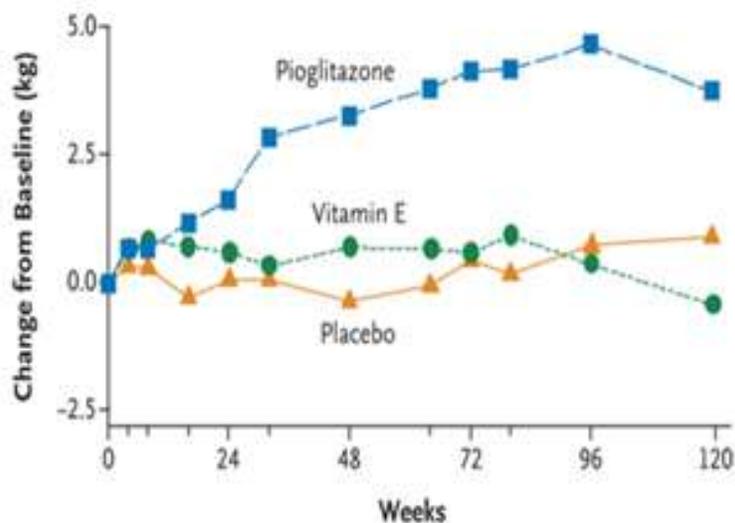
Los pacientes con EHGNA presentan un incremento en la mortalidad general, cardiovascular y la relacionada con enfermedades hepáticas, así como una mayor incidencia de neoplasias malignas, incluyendo Carcinoma Hepatocelular (CHC) incluso en ausencia de fibrosis o cirrosis hepática, y el riesgo de DM2.

El CHC en pacientes con EHGNA incrementa su frecuencia al asociarse con factores como mayor edad, obesidad, DM2, polimorfismo PNPLA3 I148 M, malos hábitos dietéticos y algunos fármacos.

La incidencia anual estimada de CHC en pacientes con EHGNA es de 0.44 por 1,000 personas/año, incrementándose importante en pacientes con esteatohepatitis no alcohólica (EHNA) ya que ésta se estima en 5.29 por 1,000 personas/año. En el período de 2004-2009 se reportó incremento de la incidencia de CHC del 9% atribuido a EHGNA, estos pacientes presentaron supervivencia menor, mayor frecuencia de eventos cardiovasculares y más probabilidades de muerte relacionada con el cáncer de hígado que los pacientes sin EHGNA. La presencia EHGNA y fibrosis se ha correlacionado con disfunción diastólica y deterioro de la captación de glucosa por el miocardio, la presencia de fibrosis avanzada es el predictor más importante relacionado con un incremento en la mortalidad cardiovascular en estos pacientes.

EHGNA Diagnosticado por US, así como elevación de transaminasas y GGT, son factores predictivos del desarrollo de DM2, así como de Síndrome metabólico (Smet), independientemente de la edad y del IMC, en mujeres el riesgo es mayor, reportándose 4.8 (IC 95%: 3 -7.8) en hombres y 14.5 (IC 95%: 7-30.1) en mujeres.

Debido a que la fibrosis se determinó como la única variable histológica asociada independientemente a mortalidad y trasplante hepático, y este efecto se observó desde estadios tempranos de fibrosis, es necesario ser exhaustivos en el diagnóstico de estos paciente para poder determinar su riesgo. De acuerdo con los resultados, el riesgo acumulado para mortalidad o trasplante en fibrosis grado 1 fue del 29.8%, en fibrosis grado 2 del 42.3%, en fibrosis grado 3 del 50.9% y en fibrosis grado 4 del 77.8%. De los pacientes que desarrollan fibrosis el 20% desarrollará fibrosis rápida, progresando de fibrosis 0 a fibrosis avanzada en un promedio de 5.9 años.

**A Alanine Aminotransferase****B Aspartate Aminotransferase****C Insulin Resistance****D Weight**

Disminución de peso corporal, por medio de dieta y ejercicio, de al menos el 5% del peso inicial produce cambios en los marcadores bioquímicos de la enfermedad y del SMet, específicamente en la sensibilidad a la insulina, las transaminasas y en el perfil de lípidos. Una reducción de peso >7% produce cambios histológicos especialmente del grado de esteatosis, la balonización, la inflamación y, por lo tanto, en el puntaje NAS. Una reducción del 10% en el peso corporal produce remisión de la esteatohepatitis hasta en el 90% de los pacientes y puede llegar a mejorar la fibrosis hasta en el 45%.

Medicamentos actualmente indicados en el tratamiento de EHGNA son Pioglitazona en dosis 15 a 30 mg por día, vitamina E en dosis de 400 a 800 UI por día, simvastatina en dosis de 20 a 40 mg por día, han demostrado su eficacia como se muestra en la figura 1. Otros medicamentos o fármacos emergentes que se encuentran aún en estudio son ácido obeticólico, cenicriviroc, elafibranor, liraglutide y selonsertib. La cirugía bariátrica mejora la histopatología en pacientes con obesidad mórbida y EHGNA, por lo que puede ser considerada en este tipo de pacientes.

# DILEMAS ETICOS EN EL ADULTO MAYOR



**DR. AMADOR MACÍAS OSUNA**  
**MÉDICO INTERNISTA Y GERIATRA**  
**SECRETARIO DE ACT. ACADÉMICAS**  
**COMINE**

Con el tiempo se ha logrado incrementar la esperanza de vida, incluso a pesar de la pandemia de COVID 19 el crecimiento en adultos mayores (AM) continuara en incremento y actualmente hablamos que en todo el mundo el número es ligeramente superior a mil millones, esto es aproximadamente 13.5% de la población mundial y se considera que para el 2030 una de cada 6 personas tendrá 60 años o mas. En México hablamos del 14% de la población total donde en 2022 INEGI reporto 17.9 millones y actualmente existen mas AM que niños menores de 5 años y se menciona que hay un AM por cada diez habitantes.

Hablar del AM es considerar la alta prevalencia de enfermedades crónicas, por lo que se presenta una mayor demanda en los aspectos de salud y en la práctica geriátrica, por tanto los principios bioéticos se plantean con frecuencia, originando discusiones complejas. Por ello considero que el conocimiento de de estos aspectos son fundamentales para tener una mejor visión de los dilemas y valorar que la discusión es el instrumento básico para la toma de decisiones y debe realizarse como un equipo interdisciplinario, junto al paciente y/o familia o apoderado idealmente para tener una mejor toma de decisiones.

Estamos conscientes que no tratamos enfermedades y sí enfermos, por tanto encontramos en el anciano un tipo de paciente muy particular, donde existe conflicto en relación a sus aspectos bio-psico-sociales y siempre debemos considerar los valores del paciente y los principios de la ética médica.

En este artículo la idea será mencionar solo algunos dilemas que considero importantes y como internistas busquemos ese diálogo con las familias y sus adultos mayores..

Numerosas investigaciones han demostrado que los problemas de salud y discapacidad funcional no son inherentes al envejecimiento, que la mayoría de los ancianos se encuentra libre de patologías graves, por tanto debemos considerar que los instrumentos de medición de la funcionalidad son de evaluación obligatoria. Con ello me refiero a saber valorar las actividades BASICAS de la vida diaria asi como las llamadas actividades INSTRUMENTADAS como seria el poder hacer las tareas del hogar, manejo de los recursos económicos, el control de los medicamentos, el uso de transporte (Escala de Lawton) por ejemplo ya que nos dan una idea muy importante del grado de dependencia del paciente y nos ayuda a considerar si puede ser independiente o estan con riesgo de fragilidad, aspecto fundamental para catalogar los riesgos del paciente a complicarse y no clasificar al paciente a riesgo de problemas solo por edad cronológica, sino valorar lo que seria su edad bilógica o grado de robustez, por tanto conviene desde un inicio tomarlo en cuenta para decisiones sobre sus patologias presentes, Esta valoración conviene sea una rutina por el médico que valora adultos mayores.

Este fue un detalle muy evidente en la pandemia de COVID en países de primer mundo como Italia y España donde tan solo tener 70 años te consideraba no apto para ser atendido en cuidados intensivos por considerarse casi inutil el esfuerzo de su atención y fue severamente criticado por las Asociaciones Médicas el que no se valorara primero la funcionalidad del paciente o su robustez y definirlo solo por edad, concepto considerado ahora discriminatorio hacerlo solo por edad .  
Meciono algunos datos epidemiológicos interesantes que predisponen o empeoran la discapacidad en AM, como el no ser productivo económicamente, que las mujeres posean menos recursos económicos y estén más desprotegidas del sistema de seguridad social, que exista un alto índice de viudez, que la soledad y el abandono no son raros, que la mayoría de los ancianos son mujeres, que las mujeres presenten índices de discapacidad mayores que los hombres, que son las mujeres las predominantemente cuidadoras del anciano y que las mujeres toleren más el vivir solas que los hombres, por tanto la familia es fundamental este involucrada en la atención.

# DILEMAS ETICOS EN EL ADULTO MAYOR

La Bioética estudia la moralidad de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida. Es de carácter interdisciplinario. Es un instrumento de reflexión para orientar el saber biomédico y tecnológico, en función de una protección cada vez más responsable de la vida humana.

Los principios de la bioética principialista son los más conocidos y son cuatro: la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía y la justicia. Sin embargo no son los únicos que existen como los de la corriente personalista como son el respeto a la vida, principio de subsidiariedad y otros.

El principio de beneficencia, se refiere a hacer el bien a otros, de modo de restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. El principio de no maleficencia no es un principio en sí y cobra importancia cuando se quiere proteger al paciente en una acción que ofrezca más riesgos que beneficio.

El principio de autonomía se refiere a que el paciente tiene la posibilidad de aceptar o negar un acto médico después de ser convenientemente informado. Para ello se recomienda el Consentimiento Informado, donde el paciente expresa su conocimiento, su comprensión y su decisión al respecto. Además existe un documento, llamado Decisiones Anticipadas, donde el paciente manifiesta su voluntad o deseo de ser sometido o no a procedimientos o tratamientos en caso en que él tenga riesgo su vida y no pueda decidir en ese momento. En caso que este documento no exista, se delega la decisión a un tutor o un apoderado legal.

El principio de la justicia se refiere a la equidad en la distribución de recursos y bienes considerados comunes y da igualdad de oportunidad de acceso a estos.

Considero que los dilemas éticos más comunes en Geriátrica son los relacionados con la toma de decisiones que incluyen objetivos de intervención médica, la relación médico-paciente, la competencia, la capacidad de decisión y las decisiones anticipadas. Pero además los dilemas éticos están influidos, equivocadamente o no, por la edad, el control de costos y la asignación de recursos.

Y por si fuera poco tomemos en cuenta que los ancianos tienen mayor riesgo de resultados adversos, pues frecuentemente no poseen una red de apoyo social adecuada, viven en situaciones de pobreza y hay limitación de acceso y de equidad a los sistemas de salud. Todo esto complica más las decisiones,

Terminaría mencionando que objetivo del cuidado médico geriátrico no debe enfocarse sólo en las correcciones de las anomalías fisiológicas agudas. El principal objetivo debería ser determinar qué alternativas favorecerán el bienestar del paciente, de acuerdo con sus creencias, perspectivas y objetivos. Además buscar siempre que el paciente debería determinar sobre su vida y no el médico o un familiar. Sin embargo en muchos casos sabemos no es posible por sus condiciones y por otro lado que muchas veces no se les provee la información completa.

Como recomendación general es necesario actuar con base en los derechos del paciente, aplicando los principios bioéticos. La toma de decisión está determinada por la autonomía del paciente, orientada por su individualidad bio-psico-social, considerando el proceso de envejecimiento, su enfermedad y su calidad de vida.

Siempre buscar actuar basado en la preservación de la vida (principio de beneficencia) y el alivio del sufrimiento (principio de no maleficencia), ofreciendo los recursos sanitarios necesarios para su diagnóstico y tratamiento (principio de justicia). Considerados los aspectos arriba señalados, será el paciente quien debería tomar la decisión de aceptar o no la conducta médica (principio de autonomía) si su condición se lo permite. De esta manera, estaremos realizando una práctica médica basada en la bioética.



## COMO INTERNISTAS ¿QUE PODRÍAMOS APRENDER DE LA MEDICINA FAMILIAR?

Hace meses revisando material bibliográfico sobre “La bioética en la atención primaria de la salud”, encontré varios artículos referidos al Dr. Ian McWhinney reconocido como el padre de la Medicina Familiar moderna.

Si bien por muchos años el médico general, era considerado el médico de apoyo a las familias, quien además de atender sus dolencias, era oyente y consejero en los problemas cotidianos de sus pacientes y sus familias; realizando una atención médica paternalista, y la mayoría de las veces con un gran reconocimiento social por su labor.

Con los cambios sociales, culturales, legales en el siglo pasado, la relación paciente médico ha evolucionado, dando una mayor preponderancia a la medicina científica, y posteriormente a la necesidad de reconocer la autonomía de los pacientes. El Dr. Ian McWhinney fue base para los cambios de la función del médico de familia a nivel social y académico.

Originario de un pueblo de Inglaterra, estudio Medicina en Cambridge, trabajo en el hospital de San Bartolomé en Londres; en 1967 emigro a Canadá a la Universidad de Western Ontario como profesor y el primer jefe de Medicina Familiar. Fue líder para la base académica de la medicina de familia y tuvo un gran impacto en el desarrollo de la medicina de familia a nivel local y mundial.

# COMO INTERNISTAS

## *¿que podríamos aprender de la medicina familiar?*

En su libro de texto de Medicina Familiar presenta los principios del ejercicio de la profesión:

1. Los médicos de familia están comprometidos con la persona más que con un campo particular de conocimiento, o con un grupo de enfermedades, o una técnica especial. Señala el compromiso con la atención centrada en la persona.
2. El médico de familia busca entender el contexto de la enfermedad. Considerar hasta qué punto la experiencia de la enfermedad afecta a cada individuo.
3. El médico de familia considera que cada contacto con sus pacientes es una oportunidad para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.
4. El médico de familia ve su práctica como una "población en riesgo". Cada uno tiene la oportunidad de observar las enfermedades que afectan a nuestra población de pacientes y buscar las maneras de evitar una mayor morbilidad y mortalidad.
5. El médico de familia se ve a sí mismo o a sí misma, como parte de una gran red comunitaria de agencias de apoyo y de atención a la salud.
6. Lo ideal sería que el médico de familia compartiese el mismo hábitat que sus pacientes. Ser miembro de una comunidad nos permite entender el contexto social de la vida de nuestros pacientes.
7. El médico de familia ve a los pacientes en sus hogares. Ello proporciona una oportunidad de entender mejor el contexto de la vida de nuestros pacientes y los retos a los que se enfrentan cada día.
8. El médico de familia otorga importancia a los aspectos subjetivos de la medicina. Una vez más una de las importantes lecciones que aprendemos como médicos de familia. "Confía en tus instintos, escucha a tus pacientes, y sobre todo, escucha a los cuidadores de tus pacientes".
9. El médico de familia es un gestor de recursos. Mediante el uso juicioso de las investigaciones costosas y de una adecuada gestión de derivaciones a otros médicos y servicios, nos aseguramos de que nuestros países tengan las finanzas disponibles para proporcionar servicios de salud a todas las personas, en lugar de sólo a un subgrupo privilegiado

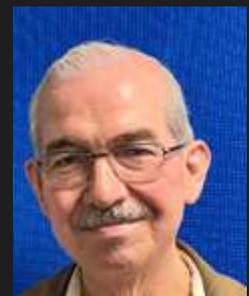
Estos son nueve principios aparentemente simples que encapsulan el papel y la contribución como médicos de familia a la salud de las personas.

Estos principios e medicina familiar, van de acuerdo con los señalados en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, en relación al reconocimiento de la dignidad de los pacientes, la promoción de su salud y el desarrollo social.

¿Qué podríamos aprender de ellos en la relación con nuestros pacientes?

**DR. JESÚS FERNANDO COLUNGA GONZÁLEZ.**

MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA FAC. MEDICINA UANL  
SOCIO EMÉRITO DEL COLEGIO DE MEDICINA INTERNA DEL NORESTE  
CONSEJERO EMÉRITO DEL CONSEJO DE MEDICINA INTERNA A.C.  
SOCIO EMÉRITO DEL COLEGIO DE MÉDICOS CIRUJANOS DEL ESTADO DE NUEVO  
LEÓN  
MAESTRÍA EN BIOÉTICA EN EL COLEGIO DE BIOÉTICA DE NUEVO LEÓN,  
MIEMBRO DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DEL COLEGIO DE MEDICINA INTERNA DEL  
NORESTE  
VOCAL DE LA COMISIÓN ESTATAL DE BIOÉTICA DE N. LEÓN



#### BIBLIOGRAFÍA

ARCHIVOS EN MEDICINA FAMILIAR ARTÍCULO ESPECIAL VOL.23 (2) 101-108 2021  
IAN MCWHINNEY: LOS NUEVE PRINCIPIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR: [HTTPS://WWW.IMEDIGRAPHIC.COM/PDFS/MEDFAM/AMF-2021/AMF212F.PDF](https://www.imedigraphic.com/PDFS/MEDFAM/AMF-2021/AMF212F.PDF)

EL DR. IAN MCWHINNEY - REVISTA GALENUS: [HTTPS://WWW.GALENUSREVISTA.COM/IMG/PDF](https://www.galenusrevista.com/IMG/PDF)

DECLARACIÓN UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS [HTTP://WWW.CONBIOETICA-MEXICO.SALUD.GOB.MX/DESCARGAS/PDF/SUBTEMAS/BIOETICAYDERECHOSHUMANOS.PDF](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/DESCARGAS/PDF/SUBTEMAS/BIOETICAYDERECHOSHUMANOS.PDF)

# ACTIVIDADES

marzo



U N C O L E G I O E N  
E X P A N S I Ó N

# Cumpleaños del mes de Marzo!!

10-mar Dra. Sandra Vanessa Sarabia Felix

15-mar Dr. Alberto Daniel López Mendoza

18-mar Dra. Carolina Castro Castillo

19-mar Dr. Luis Alonso Garza Morales

19-mar Dra. María Teresa Avila Sánchez

22-mar Dr. Guillermo Ulises Acosta Barrón

# Cumpleaños del mes de Abril!!

04-abr Dr. Juan Manuel Berlanga Estrada

06-abr Dr. Oscar Luis González Garza

09-abr Dr. Carlos Alfredo de Regil Albarrán

09-abr Dra. Ana Karen Ayala Pulido

10-abr Dr. Pedro Mario Martínez González

12-abr Dr. Natalio Guadalupe Treviño Solís

17-abr Dra. Aida Pacheco Cruz

17-abr Dr. Luis Alonso Garza Morales

21-abr Dr. Omar Patricio Ramírez Rosales

23-abr Dr. Jorge Juárez García

24-abr Dr. Job Ordoñez Cortés

26-abr Dr. Héctor Eduardo Cavazos García

27-abr Dra. Irma Patricia Cavazos Leal

## Agradecimiento Especial a nuestros Colaboradores



LOGÍSTICA, EDICIÓN Y ARTE



DIRECCIÓN Dra. Blanca Rodríguez Garza

REVISIÓN EDITORIAL Dra. Blanca Rodríguez Garza



[www.comine.com.mx](http://www.comine.com.mx)



[info@comine.com.mx](mailto:info@comine.com.mx)



[@cominenoreste](https://www.instagram.com/cominenoreste)



[comine\\_noreste](https://www.youtube.com/comine_noreste)



[/cominenl](https://www.facebook.com/cominenl)



[cominenoreste](https://www.linkedin.com/cominenoreste)