www.geriatrasnl.com

AGOSTO 2023 VOL. 2
NUMERO 8

AGE



Agitación en las personas con demencia

OSTEOSARCOPENIA

Envejecimiento poblacional y deterioro cognitivo: Importancia del Omega 3

Enfermedad de pequeños vasos y demencia vascular

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

Bienvenida

Un cordial saludo a todos nuestros amables lectores.

Este mes es muy importante para todos los profesionales dedicados a la atencion de las personas mayores, ya que se conmemora en México el “Día Nacional de las Personas Mayores”, referido por el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

En la Ciudad de México se conmemoró por primera vez a este grupo poblacional en 1983, y a partir de 1998 se decretó a nivel nacional el 28 de agosto como Día del Anciano, siendo modificado posteriormente como el Día del Adulto Mayor hasta cambiarse por el título hoy en día referido, buscando un lenguaje incluyente.

El día se celebra anualmente para reconocer las invaluables contribuciones de las personas mayores, así como su sabiduría y dignidad; pero sobre todo para voltear a ver las imperantes necesidades de atención, las cuales son indispensables para garantizar su bienestar. Incluso, este día se aprovecha para llamar la atención sobre los estereotipos negativos y las ideas erróneas sobre esta etapa de la vida y así contribuir a que las personas mayores tengan una vida plena, sin discriminación, con igualdad de derechos.

En esta ocasión me complace anunciar los temas presentados durante esta publicación así como agradecer a los autores por tan valioso esfuerzo al contribuir con tan interesantes tópicos. Iniciamos con el tema de la agitación en las personas con demencia por el Dr. Agustín Torres Cid de León. También incluimos el tópico de Osteosarcopenia por el médico José Alfredo Escarzaga Erives. Agradecemos al Laboratorio Ferrer por apoyarnos con el tema de “Envejecimiento poblacional y deterioro cognitivo”, donde se resalta la importancia del Omega 3. Y por último, se agradece al Laboratorio SILANES por el valioso contenido sobre “Enfermedad de pequeños vasos y demencia vascular”.

Muchas gracias.



Dra. Claudia N. Ortiz

MIEMBRO
MESA DIRECTIVA 2022-2024

AGE

BOLETÍN

03

OSTEOSARCOPENIA

04

ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL Y DETERIORO COGNITIVO: IMPORTANCIA DEL OMEGA 3

07

AGITACIÓN EN LAS PERSONAS CON DEMENCIA

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

CONTENIDO

OSTEOSARCOPENIA

La osteosarcopenia se define como la coexistencia de osteoporosis y sarcopenia, recordemos la osteoporosis por ser aquella enfermedad caracterizada por una masa ósea disminuida y la sarcopenia como un síndrome progresivo con pérdida de masa, fuerza y calidad muscular. Ambas entidades relacionadas con una pobre calidad de vida, algún nivel de discapacidad física y mortalidad. (1)

Dichas enfermedades son comunes y relacionadas con la edad avanzada; a nivel mundial la OMS estima que la osteoporosis causa 8.9 millones de fracturas, con afectaciones de hasta 200 millones de mujeres, mientras que la sarcopenia aumenta su prevalencia con la edad, reportando desde un 10% hasta un 20% entre los 60 y 80 años respectivamente.
Para poder entender el término de osteosarcopenia hay que saber que existe una relación compleja entre el hueso y el músculo y esta relación se encuentra presente principalmente en dos etapas de la vida, la etapa temprana, representada en la infancia y adolescencia donde se constituyen las reservas biológicas, y la tardía donde hay un aumento importante en el riesgo de osteoporosis y pérdida muscular.

Esta interrelación se denominada como unidad músculo-hueso, formada por hueso y músculo, así como articulaciones, ligamentos, tendones hasta cartílago que constituyen el sistema musculo esquelético. En dicha unidad altamente vascularizada, existe liberación de ostequinas, que están relacionadas con la masa ósea y formación de musculo. (2)

Existen distintos factores asociados con la osteosarcopenia, entre los más importantes se encuentran los genéticos ya que determinan el pico de masa ósea en cada individuo; el alcoholismo, que aparte de su relación con la desnutrición, tiene efectos tóxicos directos sobre los osteoblastos; el tabaquismo por su relación deletérea con el metabolismo de estrógeno; una baja actividad física, la edad avanzada y sexo femenino. (3)
Para iniciar la sospecha diagnóstica de osteosarcopenia se debe hacer énfasis en historial de caídas o fracturas. Dentro de los hallazgos más comunes se pueden encontrar signos clínicos de osteoporosis como cifosis, una baja estatura por fracturas vertebrales, en el contexto de un paciente con debilidad muscular y abatimiento funcional. No obstante, puede ser asintomática hasta la presentación de alguna fractura catastrófica, por lo que se sugiere constante control de la masa muscular y densidad mineral ósea. (4)

No existe una estandarización para el diagnóstico de la osteosarcopenia, pero de manera básica se basa en la existencia de sarcopenia tomando en cuenta los criterios de la European Working Group on Sarcopenia in the Elderly del 2018 (EWGSOP2) así como una densitometría ósea con un T-SCORE sugerente de osteoporosis. Es importante descartar causas secundarias de osteosarcopenia como los son deficiencias de 25 (OH) vitamina D, calcio, alteraciones en la parathormona, enfermedad renal crónica, niveles bajos de albumina. (1)

El tratamiento debe ser individualizado, pero se sugieren intervenciones con cambios en estilo de vida, suspensión de tabaquismo y restricción de alcoholismo, fomentar la actividad física en medida de los posible con planes personalizados basados en resistencia, en caso de ser necesario suplementación con vitamina D o calcio. Se debe solicitar una densitometría ósea a todo paciente y verificar usos de corticoesteroides y de ser necesario iniciar tratamiento con bisfosfonatos, antagonistas RANKL o anabólicos de la hormona paratiroides. Suplementar dieta con proteína de ser necesario con metas de hasta 2g/kg/día en pacientes con función renal normal y entre 0.8-1.2 g/kg/día máximo en paciente con compromiso renal, siempre en combinación con ejercicio que promueva la fuerza y función muscular. (4)

Bibliografía

I. Polito A. Osteosarcopenia: A Narrative Review on Clinical Studies. International Journal of Molecular Sciences. 2022; 23(559I).
2. Lara-Castillo N. Bone-Muscle Mutual Interactions. Springer. 2020; I8.
3. Clynes MA. Osteosarcopenia: where osteoporosis and sarcopenia collide. Rheumatology. 2020; 00.
4. Hassan EE. Osteosarcopenia: A new geriatric syndrome. The Royal Australian College of General Practitioners. 20I7; 46(II).



José Alfredo Escarzaga Erives
Residente de 4to año de Geriatría
HGZ #I7 IMSS Monterrey N.L

Envejecimiento poblacional y deterioro cognitivo: importancia del Omega 3.

El envejecimiento poblacional y la urbanización son dos tendencias demográficas que se están consolidando en el mundo globalizado. En particular, el envejecimiento poblacional es un problema importante, ya que se espera una duplicación del número de personas mayores de 65 años para el 2050. Esto puede generar riesgos de tipo social, político y de la salud, entre otros. [1]

Uno de los problemas más importantes asociados al envejecimiento poblacional es el deterioro cognitivo, que puede ser la primera expresión cognitiva de la enfermedad de Alzheimer (EA) u otras enfermedades neurodegenerativas que pueden ser causado por diversas lesiones cerebrales isquémicas y/o hemorrágicas.[1,2] Según la OMS, entre un 5 y un 8% de la población mayor de 60 años presenta diagnóstico de demencia, y las proyecciones apuntan a que esta enfermedad afecte a 75 millones para el 2030 y a 131 millones de personas para el 2050. [1]

Aunque el tratamiento farmacológico convencional ha dado resultados escasos en la investigación sobre las enfermedades neurodegenerativas, los estudios preventivos poblacionales han sido muy alentadores. Es importante tener en cuenta todas las medidas preventivas potenciales para afrontar los factores de riesgo modificables, entre las que se encuentra la dieta. Existen evidencias crecientes de que ciertos factores nutricionales podrían estar asociados con el deterioro cognitivo y podrían desempeñar un papel importante en la prevención. [1]

Los ácidos grasos poliinsaturados (PUFAs) presentan propiedades que se asocian con la disminución del riesgo de demencia y deterioro cognitivo, debido a la incorporación de ácido docosahexaenoico (DHA) y ácido eicosapentaenoico (EPA), las cuales presentan efectos antiinflamatorios y son fundamentales para un adecuado funcionamiento tanto neuronal como cerebral en general.[1]

Se considera que el DHA uno de los componentes principales del Omega 3, aporta al organismo en el mantenimiento de la integridad estructural y funcional de las membranas en el cerebro y en la retina, promoviendo el crecimiento de neuronas durante el desarrollo y en la vida adulta y puede ser utilizado como parte del tratamiento de múltiples neuropatologías, además de la EA, debido a que los pacientes con esta enfermedad tienen bajos niveles de DHA plasmáticos y en sus membranas celulares. En un modelo animal (ratón con enfermedad Alzheimer) al administrar una dieta enriquecida con AGPICL ω-3 (EPA + DHA) se observó una reducción en la acumulación del péptido β-amiloide (péptido con acciones neurotóxicas) en más de un 70% de los casos.[1,3]

Se ha encontrado que EPA y DHA son capaces de reducir la producción de citoquinas proinflamatorias, tales como la interleuquina-1, la interleuquina-6, la interleuquina-8 y el factor de necrosis tumoral-α (TNF-α), que se liberan cuando los macrófagos y monocitos son activados, también se ha demostrado que la expresión de los genes para citoquinas y moléculas de adhesión celular se reduce en respuesta a la exposición a AGPICL ω-3.[3]

La inflamación es una característica clave en una serie de condiciones clínicas, como las enfermedades cardiovasculares, neurodegenerativas, cáncer, inflamación intestinal crónica, artritis reumatoidea, asma entre muchas otras patologías, por lo cual los AGPICL ω-3 son candidatos terapéuticos ideales para la prevención y/o el tratamiento de patologías donde la inflamación juega un rol central. Por lo tanto, la inclusión de Omega 3 puede ser un factor importante para la prevención y el tratamiento del deterioro cognitivo en la población adulta mayor, ya que son bien tolerados, de fácil implementación y seguro para uso a largo plazo. [1,3]

Se puede concluir que el envejecimiento poblacional es un problema importante que puede generar riesgos sociales, políticos y de salud, incluyendo el deterioro cognitivo y la enfermedad neurodegenerativa. Es vital reconocer el papel de los ácidos grasos Omega 3, en particular el DHA y EPA, en la prevención del deterioro cognitivo debido a sus efectos antiinflamatorios y citoprotectores, además de su importancia en otras enfermedades como la reducción del riesgo cardiovascular.

Es necesario seguir investigando en este campo para poder obtener más información sobre cómo los factores nutricionales pueden ayudar a prevenir y tratar estas enfermedades en la población adulta mayor. Si no se toman acciones eficientes para prevenir la enfermedad o retrasar su inicio, se anticipa que el número de pacientes se duplicará en los próximos 40 años. La ingesta de ácido graso Omega 3 de prescripción puede ser una alternativa eficaz en el deterioro cognitivo y la solución a la búsqueda de opciones terapéuticas seguras y de fácil acceso para los adultos mayores.

Referencias:

1) Zamparella y Balaszczuk. Efectos del omega 3 ante el deterioro cognitivo. Revista Argentina de Neuropsicología 37, 44-60 (2020).
2) Rodríguez GPL, Rodríguez GD. Diagnóstico del deterioro cognitivo vascular y sus principales categorías. Neurología. 2015;30(4):223—239.
3) Rodrigo Valenzuela B. (1), Gladys Tapia O. (2), Marcela González E. (1), Alfonso Valenzuela B. (3). Ácidos grasos omega-3 (EPAY DHA) y su aplicación en diversas situaciones clínicas. Rev Chil Nutr Vol. 38, Nº3, septiembre 2011.

Material exclusivo para el profesional de la salud.

21182 TAG ID



Triturar la tableta convencional ocasiona una pérdida del medicamento de hasta el 24%[1]

A mayor pérdida de la tableta, mayor pérdida del principio activo[1]

SINOLVIR® MEMANTINA ORODISPERSABLE

Innovación en su fácil administración

Beneficios que valen oro

SINOLVIR® MEMANTINA ORODISPERSABLE

20 mg al día
Dosis de mantenimiento[4]

- **No es necesario triturar** ni mezclar con los alimentos y bebidas[3-5]
- **Rápida** disolución en 30 segundos[4]
- **Tableta ranurada** para una dosificación flexible[4]
- **Sin azúcares.** Puede ser utilizado por pacientes diabéticos[5,7]



Reg. No. 248M2017 SSA

- **Agradable sabor a fresa**[5]

Presentaciones: **10 y 20 mg** con **15 y 30 tabletas**[4]

Innovación en su fácil administración

Material para uso exclusivo de profesionales de la salud.

No. de Aviso: 223300202C8706.
Código de Almacén: LIT2180.

CARNOT® LABORATORIOS

Referencias:
1. Thorg NY, et al. Drug loss while crushing tablets: Comparison of 24 tablet crushing devices. LoS One. 2018;13(3):e0193683. 2. Gracia-Vásquez SL, et al. Medications that should not be crushed. Medicina Universitaria. 2017;19(75):50-63. 3. Slavkova M, et al. Orodispersible drug formulations for children and elderly. European Journal of Pharmaceutical Sciences. 2015;75:2-9. 4. Sinolvir®. Información para prescribir. 5. Peñaloza-Becerra CA, et al. Development of memantine orodispersible tablets and their in vitro description and biopharmaceutical performance. Int J Pharmacokinet. 2018;3(1):13-21. 6. Manzur-Jattín F, et al. Impacto del uso de edulcorantes no calóricos en la salud cardiometabólica. Rev Colomb Cardiol. 2020;27(2):103-108. 7. Aldrete-Velasco J, et al. Análisis de la evidencia disponible para el consumo de edulcorantes no calóricos. Documento de expertos. Med Int Méx. 2017;33(1):61-83.

Agitación en las personas con

DEMENCIA



2023



Dr Agustin Torres Cid de León

Médico Psiquiatra con alta especialidad en Psicogeriatria

Médico Asociado al Hospital Español CDMX

Profesor adjunto a la especialidad de Geriatria TEC de Monterrey

Autor de las guías para sobrevivir a cuidar a una persona con Alzheimer y la guía para manejo de las Alteraciones Conductuales en la demencia



Agitación en las personas con demencia

La demencia es uno de los trastornos neurodegenerativos más comunes en los adultos mayores. Es un padecimiento de curso gradual, progresivo y de múltiple etiología donde la Enfermedad de Alzheimer es la forma más común, a la cual le siguen las formas mixtas, el deterioro cognitivo vascular y muchas más. Para su diagnóstico se requiere una historia clínica detallada en presencia de un familiar o acompañante (cuidador) que conviva de forma estrecha con la persona. Estudios de sangre, imágenes cerebrales y actualmente el uso de biomarcadores complementan el diagnóstico además de una adecuada evaluación neuropsicológica (1).

Durante mucho tiempo se consideró a las alteraciones en la cognición como el dato clínico fundamental para elaborar el diagnóstico de demencia. Sin embargo, con el paso del tiempo, fue creciendo la evidencia acerca de que las alteraciones en la conducta no solo nos alertan para sospechar la presencia de un deterioro cognitivo, sino que además nos dicen qué tipo de demencia podría tratarse, como las personas con demencia frontotemporal donde los síntomas conductuales suceden años antes de que aparezcan las alteraciones cognoscitivas (2).



La falsa identificación delirante, los delirios, las alucinaciones, los síntomas depresivos, maniacos y de ansiedad, la apatía, la conducta sexual inapropiada están entre las alteraciones de conducta más comunes de las personas con demencia. Pero de todos estos, la agitación, es una de las alteraciones conductuales más perturbadoras para los cuidadores y se vuelve un gran desafío clínico para su diagnóstico e intervención (3).

Al abordar un paciente con agitación debemos considerar tres posibles escenarios. Lo primero es descartar que se trate de un problema médico, generalmente de origen infeccioso o por uso (anticolinérgicos) y suspensión de medicamentos (benzodiacepinas, antipsicóticos, etc.) y en casos excepcionales por sustancias (alcohol). Lo segundo es verificar que no exista un cambio en el ambiente que esté produciendo la alteración conductual como ausencia del cuidador principal, cambio de lugar de residencia, menor cantidad de luz en la habitación, etc. Y si se descartaron estos dos escenarios entonces estaríamos en condiciones de diagnosticar agitación en la persona con demencia (4,5).

El manejo de la agitación se hará dependiendo la causa. Si el origen es un problema médico, el tratamiento consistirá en corregir el problema de salud o en su defecto ajustar o suspender el manejo farmacológico que haya ocasionado la agitación.

DEMENCIA

Las medidas ambientales como evitar cambios frecuentes de residencia y adecuar la casa a las necesidades de la persona con demencia será la estrategia por seguir. Las medidas no farmacológicas deberán siempre ser la primera línea de manejo, si no da resultado se contemplará el uso de medicamentos, siempre verificando cuales de éstos están aprobados para el manejo de agitación en demencia. Recordando que algunos de estos medicamentos pudieran ocasionar un efecto paradójico incrementando la agitación en lugar de disminuirla (acatisia) (6).





Referencias

1. Arvanitakis, Z., Shah, R. C., & Bennett, D. A. (2019). Diagnosis and Management of Dementia: Review. JAMA, 322(16), 1589–1599. https://doi.org/10.1001/jama.2019.4782

2. Acosta-Castillo, G. I., Luisa Sosa, A., Orozco, R., & Borges, G. (2012). Síntomas neuropsiquiátricos en adultos mayores con demencia y su relación con la severidad de la enfermedad [Neuropsychiatric symptoms in older adults with dementia and their relationship to disease severity]. Revista de investigacion clinica; organo del Hospital de Enfermedades de la Nutricion, 64(4), 354–363.

3. Sano, M., Cummings, J., Auer, S., Bergh, S., Fischer, C. E., Gerritsen, D., Grossberg, G., Ismail, Z., Lanctôt, K., Lapid, M. I., Mintzer, J., Palm, R., Rosenberg, P. B., Splaine, M., Zhong, K., & Zhu, C. W. (2023). Agitation in cognitive disorders: Progress in the International Psychogeriatric Association consensus clinical and research definition. International psychogeriatrics, 1–13. Advance online publication. https://doi.org/10.1017/S1041610222001041

4. Davies, S. J., Burhan, A. M., Kim, D., Gerretsen, P., Graff-Guerrero, A., Woo, V. L., Kumar, S., Colman, S., Pollock, B. G., Mulsant, B. H., & Rajji, T. K. (2018). Sequential drug treatment algorithm for agitation and aggression in Alzheimer's and mixed dementia. Journal of psychopharmacology (Oxford, England), 32(5), 509–523. https://doi.org/10.1177/0269881117744996

5. Torres, A. Valenzuela G. (2020). Guía para sobrevivir al proceso de cuidar a una persona con demencia Alzheimer y otros tipos de Demencia. Primera edición.

6. Cummings, J., Sano, M., Auer, S., Bergh, S., Fischer, C. E., Gerritsen, D., Grossberg, G., Ismail, Z., Lanctôt, K., Lapid, M. I., Mintzer, J., Palm, R., Rosenberg, P. B., Splaine, M., Zhong, K., & Zhu, C. W. (2023). Reduction and prevention of agitation in persons with neurocognitive disorders: an international psychogeriatric association consensus algorithm. International psychogeriatrics, 1–12. Advance online publication. https://doi.org/10.1017/S104161022200103X


COLEGIO NACIONAL DE MEDICINA GERIÁTRICA
Safi Metropolitan / Monterrey, Nuevo León
17 - 19 de Agosto 2023
XII CONGRESO
CIENTÍFICO INTERNACIONAL
DE MEDICINA GERIÁTRICA
CONSEJO MEXICANO DE GERIATRÍA, A.C.


XII
CONGRESO
CIENTIFICO
INTERNACIONAL DE
MEDICINA GERIÁTRICA.
Opción ON DEMAND.
COLEGIO NACIONAL
DE MEDICINA
GERIÁTRICA
Inscríbete en:
https://congresoconameger.com
Participa en:
• Simposios
• Sesiones magistrales.
• Talleres.
Jueves 10 de Agosto 2023
Cierra Registro en línea.
¡No te quedes fuera!

Enfermedad de pequeños vasos y demencia vascular

- La enfermedad cerebral de pequeños vasos (ECPV) se refiere a un grupo de manifestaciones clínicas, cognitivas, patológicas y de imagen causadas por cambios estructurales y funcionales en pequeños vasos; por ejemplo:[1]



Pequeñas arterias | Arteriolas | Venilas | Capilares

- La ECPV es una causa común de **enfermedad vascular cerebral isquémica (EVC isquémica),** un importante contribuyente del **deterioro cognitivo** relacionado con la edad y una causa de demencia.[2]

- Los hallazgos histopatológicos muestran un estrechamiento de la luz arterial con paredes engrosadas de vasos sanguíneos. Además de existir una **aterosclerosis** derivada por la edad, **hipertensión** y otros factores de riesgo como la **angiopatía amiloide** ocasionada por depósitos de ß-amiloide.[1, 2]

- Esto ocasiona una superposición de diversos trastornos neurodegenerativos y de diferentes tipos de daño cerebral como infartos lacunares, hiperintensidades de la sustancia blanca de origen vascular y microsangrados.[2]



Alrededor del 78% de las personas que sufren demencia cuentan con al menos dos trastornos concomitantes, siendo las más comunes el trastorno neurodegenerativo y la enfermedad vascular.[3]

Las patologías más comúnmente asociadas a la ECPV son:[1]

- EVC isquémica
- Deterioro cognitivo
- Infartos lacunares recurrentes
- Lesiones en la sustancia blanca

- Alrededor de un 20% de las EVC isquémicas sintomáticas son secundarias a ECPV.[1]

Hasta un 45% de los casos de demencia y 70% de los casos de demencia vascular presentan EPCV.[1]

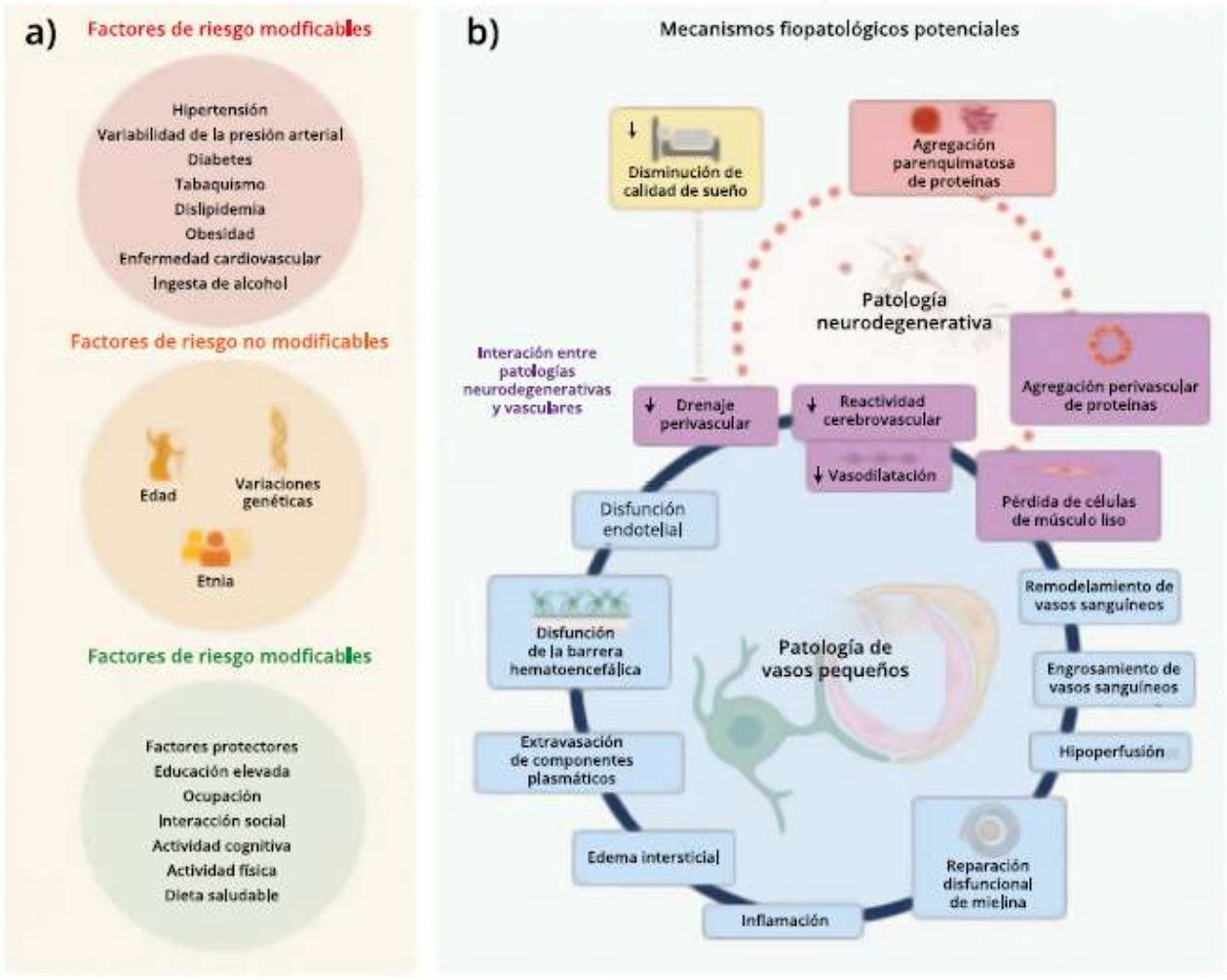
700 millones de personas alrededor del mundo experimentan ECPV.[1]

- **El deterioro cognitivo vascular** se refiere a las condiciones en las cuales las enfermedades vasculares cerebrales contribuyen al deterioro de las capacidades cognitivas.[3]

Mantener cifras de presión arterial <140/80 mmHg es la principal estrategia de prevención para combatir la ECPV, reducciones mayores (presión sistólica <120 mmHg) pueden ser de mayor beneficio en personas seleccionadas.[3]



Esquema de los potenciales mecanismos que conducen al deterioro cognitivo de origen vascular



Adaptado de: Zanon et al., 2021.

- Encontrar potenciales factores que afecten el inicio de la ECPV puede contribuir a la identificación temprana, clasificación de la severidad de enfermedad y una mejor evaluación pronóstica.[1]

En los últimos años han surgido múltiples biomarcadores asociados con la severidad y el pronóstico de la enfermedad.[1]

Referencias:

1. Ren, B., Tan, L., Song, Y., Li, D., Xue, B., Lai, X., & Gao, Y. (2022). Cerebral Small Vessel Disease: Neuroimaging Features, Biochemical Markers, Influencing Factors, Pathological Mechanism and Treatment. Frontiers in Neurology, 13. https://doi.org/10.3389/fneur.2022.843953.

2. Smith, E. E., & Markus, H. S. (2020). New Treatment Approaches to Modify the Course of Cerebral Small Vessel Diseases. Stroke, 51(1), 38-46. https://doi.org/10.1161/strokeaha.119.024150.

3. Zanon Zotin, M. C., Sveikata, L., Viswanathan, A., & Yilmaz, P. (2021). Cerebral small vessel disease and vascular cognitive impairment: from diagnosis to management. Current Opinion in Neurology, 34(2), 246-257. https://doi.org/10.1097/wco.0000000000000913.

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

O síguenos en:

medPointLatam

Material exclusivo para profesional de la salud.

ACTIVIDADES

JULIO













LOGÍSTICA, EDICIÓN Y ARTE

BERAKA
PATROCINIOS ★ ADMINISTRACIÓN
CONGRESOS

DIRECCIÓN Dr. Edgar Armando Cárdenas Acuña
ASESOR ACADÉMICO Dr. Julio César Dávila Valero