Boletín del Colegio de Geriatras en el Estado de Nuevo León, A.C.

AGE

ACTUALIZACIÓN EN
GERIATRIA PARA
ESPECIALISTAS

Marzo 2022
NÚMERO 3

La Enfermedad Renal Crónica (ERC)

Demencia "senil" en el consultorio médico.

Prescripción Inapropiada en el Adulto Mayor

El proceso del envejecimiento conlleva una serie de cambios físicos, neurológicos y metabólicos.

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

BIENVENIDOS

Estimados colegas y lectores

Sean bienvenidos a la presentación del boletín del mes de abril, el cual contiene temas de gran interés para todos aquellos encargados de la atención y cuidado del adulto mayor.

Este mes trae consigo nuevos retos a nivel nacional y mundial, entre ellos temas ambientales, políticos, de recuperación en la economía y también en el área de la salud. Hemos visto con el paso de los meses como han ido cambiando las recomendaciones y restricciones respecto a la pandemia por SARS-COV2, con nuevas variantes, la importancia de un esquema de vacunación completo, y más recientemente , la indicación de la cuarta dosis (refuerzo) , especialmente en personas vulnerables o con factores de riesgo, información que va cambiando según los resultados y evidencia que se va obteniendo y de la cual hay que mantenernos al tanto para poder dar las recomendaciones adecuadas , esperando que día con día se logren mejores resultados y propuestas .

Continuando con el tema en salud, la presente publicación hace mención de algunas patologías que durante la pandemia se pudieron haber visto afectadas, ya que el aislamiento, la atención médica a distancia u otros factores contribuyeron en el retraso de su diagnóstico o el seguimiento pudo no ser el óptimo.

Este mes se tocarán temas de gran relevancia en el quehacer diario del médico Geriatra, así como también de gran importancia a considerarse por todo aquel personal del área de la salud encargado de brindar atención al adulto mayor.

En primera instancia se hará una revisión por parte del Dr. Arturo Márquez Ortiz respecto a la prescripción inapropiada de fármacos, el cual nos invita a identificar cuando esto está presente y en lo posible, poder evitarlo, así como la importancia de dar un seguimiento oportuno a las prescripciones dadas.

También contamos con la colaboración de la Dra. Martha Yaneth Cantú Hinojosa, quien nos expone las nuevas alternativas en el tratamiento de la enfermedad renal crónica, así como una revisión respecto a el diagnostico y estatificación de la enfermedad.

Por último, agradecer la participación de la Dra. Magdalena Garza Cantú por compartirnos el tema de demencia, en el cual se recalca la importancia de llegar a un diagnóstico correcto para así, poder ofrecer tanto a paciente como a familiares las recomendaciones para iniciar un tratamiento oportuno y de calidad.

Todos estos temas, además de ser una lectura enriquecedora, es de gran relevancia en nuestra práctica diaria.

Sin más, agradezco su atención, esperando los temas publicados sigan siendo de su interés y continuemos contando con su preferencia en las siguientes publicaciones

Sean Bienvenidos

Saludos afectuosos.

Dra. María Aurora del Carmen Suarez Hernández
Medicina Interna/Geriatría
Cédula profesional: 6236185/6153328
Secretaria mesa directiva 2022-2024

ÍNDICE

TEMA DE INTERES

2 *LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC)*

TENDENCIAS

4 *PRESCRIPCIÓN INAPROPIADA EN EL ADULTO MAYOR*

VARIOS

8 *DEMENCIA "SENIL" EN EL CONSULTORIO MÉDICO*

10 *AVISOS*

DESTACADO

EL PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO CONLLEVA UNA SERIE DE CAMBIOS FÍSICOS, NEUROLÓGICOS Y METABÓLICOS.

TENDENCIAS

" POR FIN, MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS PARA TRATAR LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, Y VIENEN MÁS"

INFORMACIÓN

DEMENCIA "SENIL" EN EL CONSULTORIO MÉDICO.

" Una herramienta no sirve de nada sino se conoce su utilidad"

NOTICIAS

SE ACERCA EL CONGRESO CIENTÍFICO INTERNACIONAL DE MEDICINA GERIÁTRICA

La Enfermedad Renal Crónica (ERC)

" POR FIN, MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS PARA TRATAR LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA, Y VIENEN MÁS"

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es una enfermedad cuya prevalencia y mortalidad van en aumento. El 10% de la población mundial la padece, eso se traduce en aproximadamente 843 millones de personas. [1]

El 20% de la población mexicana padece ERC.[2] Diabetes es la causa principal de ERC en el mundo, en México con el 52.6% de los casos. En segundo puesto la hipertensión arterial, la obesidad, el tabaquismo y otras factores de riesgo menos reconocidos. [3]

Uno de cada dos pacientes con diabetes tiene ERC, pero la gran mayoría ni siquiera conoce su diagnóstico.[4] Según un estudio realizado en Estados Unidos, hasta el 64% de los pacientes con ERC estadio 3 , desconocía su diagnóstico. El porcentaje aumenta hasta el 96% en estadios más tempranos.[4,5]

cLa ERC se define como cualquier alteración anatómica o estructural de los riñones, marcadores de daño renal presentes (como hiperfiltración, hematuria, albuminuria o proteinuria) así como una tasa de filtrado glomerular (TFG) calculada menor de 60 ml/ min, por la menos tres meses consecutivos.

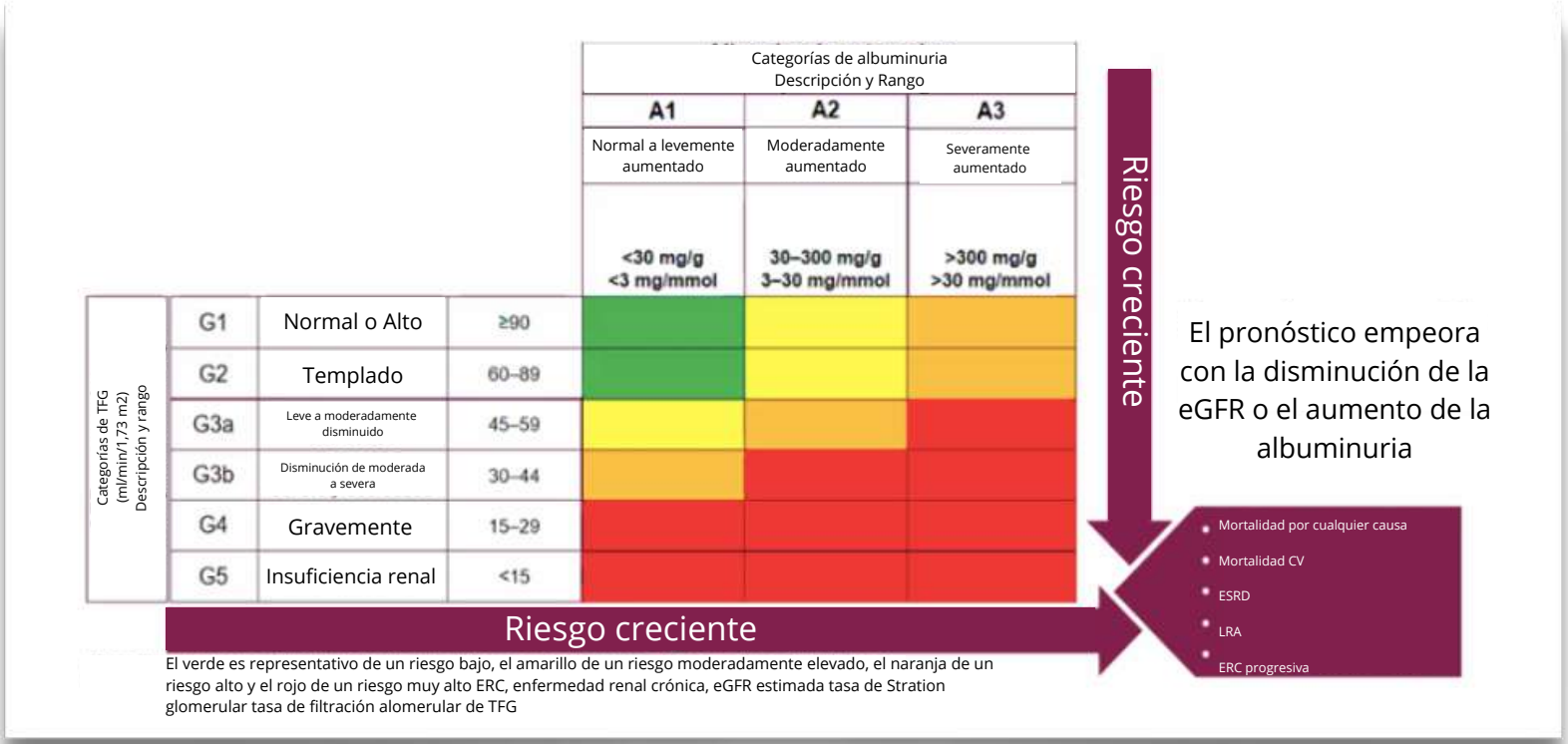
Actualmente se recomienda utilizar la fórmula de "CKD EPI" (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) para la población en general. Está al alcance en cualquier aplicación médica o buscador de internet, lo importante es calcular la tasa y estadificar al paciente según la clasificación de KDIGO 2012. [6]

La TFG y la albuminuria confieren riesgo a tu paciente de progresión de la enfermedad renal y de muerte cardiovascular o por todas las causas.

En México, la ERC se encuentra dentro de las 10 principales causas de muerte y se estima que en el 2040, será de las primeras[5,7]

El tratamiento (trasplante renal, terapias de sustitución renal hemodiálisis o diálisis peritoneal), es costoso y poco accesible. Sólo el 20% de la población mexicana accede a él, la gran mayoría porque tiene algún tipo de seguridad social que se lo otorga, sin embrago, más del 80% de los mexicanos se quedarán sin tratamiento lo que irremediablemente los llevará a la muerte.

En el año 2000, con los resultados de los estudios RENAAL e IDNT se demostró que el uso de Losartán e Irbesartán respectivamente, independientemente del control de la presión arterial, disminuyen el grado de proteinuria y el riesgo de progresión de la ERC un 28 % y 23% , respectivamente. [8,9]



El verde es representativo de un riesgo bajo, el amarillo de un riesgo moderadamente elevado, el naranja de un riesgo alto y el rojo de un riesgo muy alto ERC, enfermedad renal crónica, eGFR estimada tasa de Stration glomerular tasa de filtración alomerular de TFG

Desde entonces no existía otro medicamento específico para tratar la ERC. Es con el advenimiento de los estudios de seguridad cardiovascular requeridos para los antidiabéticos orales, que los inhibidores del cotransportador de sodio y glucosa tipo 2 (iSGLT2) que se observa una disminución del 24 % en el compuesto renal (deterioro sostenido en la TFG ≥40% a <60 ml/min/1.73 m2 por CKD-EPI y/o ERCT (diálisis ≥90 días, necesidad de trasplante renal o TFG sostenida <15 ml/min/1.73 2) y/o muerte renal o cardiovascular (CV)) y una reducción desenlace renal específico del 47% (el mismo compuesto renal pero sin considerar muerte CV) en el estudio DECLARE TIMI 58 con Dapagliflozina, por ejemplo, siendo similares los resultados en otros estudios como el EMPAG- REG y CANVAS.[10]

Posteriormente, ya en los estudios renales específicos, se demuestra una reducción del 30% en el desenlace compuesto (ERCT, duplicación de creatinina y muerte CV o renal) y 32% en el específico renal, en el caso de Canagliflozina en el estudio CREDENCE, por ejemplo.[11]

Todos estos estudios y sus resultados arrojan una esperanza en el pronóstico de estos pacientes, reduciendo su riesgo de muerte, progresión de ERC y hospitalizaciones.

El segundo jueves del mes de marzo, se conmemora el Día Mundial del Riñón cuyo mensaje de este año 2022 es “AUMENTEMOS EL CONOCIEMIENTO PARA MEJORAR EL CUIDADO RENAL”, tanto de personal de la salud, como de pacientes y población en general.[12] Las guías clínicas de la Sociedad Española de Nefrología (SEN) y KDIGO incluyen en el manejo de la ERC en pacientes con diabetes y sin diabetes a los iSGLT2, aunado a los antagonistas de los receptores angiotensina II (ARA II) aún en pacientes sin hipertensión arterial. Aprendamos sobre estos medicamentos y estas indicaciones, y utilicémoslos a favor del paciente.
Aún no se puede detener la progresión de la ERC o reducir su riesgo de muerte cardiovascular y/o renal en el 100%, pero se están llevando a cabo algunos estudios con antagonistas no esteroideos selectivos del recepetor mineralocorticoide (MRA), como la Finerenona en el estudio FIDELIO DKD, que demostró una reducción de los eventos y muerte cardiovasculares, y disminución en la progresión de la ERC. Este efecto beneficioso de la finerenona se observó independientemente del tratamiento basal con inhibidores del receptor SGLT2 (iSGLT2) o análogos de GLP-1 (GLP-1Ras).[13]

Estemos atentos de lo estudios y los resultados por venir.

Martha Yaneth Cantú Hinojosa
Egresada de la Facultad de Medicina U.A.N.L.
Medicina Interna y Nefrología por el Hospital Universitario " José Eleuterio González"
Jefe del Servicio de Nefrología y Hemodiálisis Hospital San Felipe
Ex presidente del Colegio de Nefrólogos del Norte, A.C.
Investigador principal en GSK y Exeltis Pharma

REFERENCIAS
1. *Jager KJ et al. A single number for advocacy and communication – worldwide more than 850 million individuals have kidney diseases. Nephrol Dial Transplant. 2019;34:1803–1805.*
2. *Salud pública Méx vol.53 supl.4 Cuernavaca ene. 2011.*

1. *https://www.insp.mx/avisos/5296-enfermedad-renal-cronica-mexico.html*
2. *NHANES 2017*
3. *Sultan, AA et al. REVEAL-ERC: Prevalence of and Patient Characteristics Associated With Undiagnosed Stage 3 Chronic Kidney Disease [cartel]. Presentado en: ADA 81st Scientific Sessions; junio 25-29, 2021; Virtual. Cartel N°998-P*
6. *Shlipak MG et al. The case for early identification and intervention of chronic kidney disease: conclusions from a Kidney Disease: Conferencia de controversias (KDIGO) Improving Global Outcomes. Kidney Int. 2021;99:34–47.*
1. *INEGI 2019.*
2. *Brenner BM, et al. N Engl J Med. 2001;345:861–9.*
3. *Lewis EJ, et al. N Engl J Med. 2001;345:851–60.*
10. *Wiviott SD et al. N Engl J Med. 2019;380:347-357; 2. Mosenzon O et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2019;7:606-617.*
11. *Perkovic V, et al. N Engl J Med. 2019;380(24):2295-2306.*
12. *https://www.worldkidneyday.org*
13. *Bakris GL, Agarwal R, Anker SD, Pitt B, Ruilope L, Rossing P, Kolkhof P, Nowack C, Schloemer P, Joseph A et al. Effect of finerenone on chronic kidney disease outcomes in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2020. doi: 10.1056/NEJMoa2025845.*

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

PRESCRIPCIÓN INAPROPIADA EN EL ADULTO MAYOR

EL PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO CONLLEVA UNA SERIE DE CAMBIOS FÍSICOS, NEUROLÓGICOS Y METABÓLICOS.

Escrito por:

DR. ARTURO MÁRQUEZ ORTIZ
ESPECIALISTA EN GERIATRÍA

Los avances científicos y tecnológicos que se dieron en el siglo pasado, permitieron que la expectativa de vida de los mexicanos pasara de ser poco más de treinta años a un promedio de 75 años en la actualidad. Estos cambios se dieron en parte gracias a la instauración de mejores prácticas y protocolos científicos que permitieron el desarrollo de nuevos medicamentos alrededor del mundo. Hoy por hoy, la población de adultos mayores representa al sector poblacional con mayor crecimiento. Sin embargo, actualmente la gran mayoría de los fármacos todavía obtienen sus dosis de referencia para los pacientes geriátricos con base en ensayos clínicos extrapolados de poblaciones más jóvenes. Esto representa riesgos importantes tanto para los pacientes mayores como para los médicos quienes les prescriben medicamentos.

El proceso del envejecimiento conlleva una serie de cambios físicos, neurológicos y metabólicos. Estos cambios afectan desde la composición corporal, la capacidad de la persona de tomar adecuadamente sus medicamentos, e incluso la farmacodinamia y la farmacocinética de los medicamentos. Si además consideramos que, generalmente los adultos mayores toman de manera crónica más de un solo medicamento, entenderemos también que, aparte de los cambios ya comentados, es necesario tener en cuenta las interacciones medicamentosas. Por todo lo anterior, se puede cometer un grave error si se trata a un adulto mayor de la misma forma que se trataría a un adulto joven. Hacerlo sería el equivalente a tratar un niño con fármacos y dosis de adulto, simplemente no es seguro.

Algunos de los cambios asociados al envejecimiento que son importantes de considerar antes de emitir nuestra prescripción incluyen los posibles cambios físicos y neurológicos. Por ejemplo, durante la consulta es importante evaluar la capacidad cognitiva, visual y auditiva de nuestro paciente. Si éste presenta cambios en su memoria o en su comprensión, o si es incapaz de escuchar todo lo que se le dice, difícilmente podrá seguir todas nuestras indicaciones. Por otro lado, si el paciente tiene dificultades con su visión, existirá riesgo de que tome de forma inadecuada sus pastillas al estar solo en casa. Otros cambios importantes incluyen la presencia de dolor o de artrosis en manos. Este último punto es especialmente importante al momento de recetar, por ejemplo, el uso de algún inhalador bronquial cuyo dispositivo requiera de cierta destreza manual para su uso.

Por otro lado, existen cambios en el organismo de los pacientes adultos mayores que alteran la farmacocinética de los fármacos. Recordemos que este término se refiere a los cambios producidos por el organismo, sobre el medicamento consumido. La absorción, la distribución y el aclaramiento, forman los tres principales componentes de la farmacocinética, y todos ellos presentan cambios importantes con la vejez:

·Absorción: Existe una disminución en la secreción del ácido gástrico, lo que puede disminuir la absorción de algunos fármacos como el hierro. Existe un enlentecimiento en el tránsito intestinal, lo que genera tiempos más retardados en alcanzar concentraciones plasmáticas máximas. También existe una reducción del 30-50% en el flujo sanguíneo hepático, lo que conduce a una disminución en el efecto de primer paso y a una menor biosíntesis en el metabolismo de profármacos como en el caso del Enalapril y la Simvastatina.

·Distribución: El principal cambio en la distribución de los fármacos en el cuerpo de un adulto mayor, radica en la composición corporal. Si el paciente ha sido sedentario, éste puede haber aumentado un 20-40% su grasa y disminuido en un 10-15% su agua corporal en contraste con un adulto joven. Esto favorece el aumento en las concentraciones máximas de fármacos que son hidrosolubles (como la Digoxina), mientras que aquellos que son liposolubles (como las Benzodiacepinas) verán su vida media incrementada.

·Aclaramiento: Como ya se mencionó, la disminución en el flujo sanguíneo hepático puede retrasar la eliminación de aquellos fármacos cuya principal vía de eliminación sea la hepática (como la Amitriptilina y algunas Benzodiacepinas). Por otro lado, el envejecimiento puede conducir a una disminución del 10-40% en la tasa de filtrado glomerular, nuevamente prolongando la eliminación de un número de medicamentos que son eliminados por esta vía.

Existen otros cambios en la farmacocinética de los fármacos, aparte de los aquí comentados, la gran mayoría de ellos pueden traducirse en dos cosas: El umbral terapéutico se vuelve más estrecho y, la vida media de los fármacos generalmente tiende a ser más prolongada en pacientes adultos mayores que la que se observa en adultos jóvenes.

Otro punto sumamente importante a considerar antes de prescribir cualquier fármaco en el adulto mayor es la Polifarmacia. Existen múltiples definiciones operacionales sobre este término, la más común es aquella emitida por la OMS donde se cataloga como el uso de tres o más medicamentos. Sin embargo, también podemos llamarle polifarmacia al uso indebido de cualquier fármaco en presencia de algún otro.

Se considera que al consumir 5 medicamentos distintos de manera simultánea, el riesgo de tener interacciones entre ellos es del 50%, pero si se consumen 7 o más medicamentos, el riesgo asciende al 100%. También se le puede llamar polifarmacia al uso de cualquier medicamento con el fin de atenuar los efectos secundarios de algún otro.

Este tipo de conductas da lugar a la prescripción en cascada, situación en la que el efecto secundario de un fármaco no es identificado como tal, por lo que se van agregando continuamente más y más fármacos, con tal de aminorar dichos síntomas.

Finalmente, hay que recordar que existen ciertos grupos de fármacos que representan un mayor riesgo para el paciente geriátrico. Las Benzodiacepinas, los Analgésicos Antiinflamatorios no Esteroideos (AINEs), y los antihistamínicos de primera generación, son todos fármacos potencialmente inapropiados para un adulto mayor, pero que aún así

PRESCRIPCIÓN INAPROPIADA EN EL ADULTO MAYOR

son prescritos comúnmente. Algunas de las herramientas que se han creado para la guía y detección de fármacos de alto riesgo en el adulto mayor incluyen los Criterios de Beers de la Sociedad Americana de Geriatría (AGS, 2019) y los criterios STOPP/START (O'Mahony, 2019).

Por otro lado, si bien, resulta imposible tener presentes todas las posibles interacciones medicamentosas, así como todos los cambios asociados al envejecimiento en la farmacocinética, existen algunos consejos generales que nos pueden ayudar a disminuir errores al momento de entregarle su receta a un adulto mayor:

·El consejo primordial siempre será "Start low, go slow." Es decir, en un paciente adulto mayor, iniciar siempre con dosis bajas e ir titulando de manera escalonada y controlada. Evitar realizar demasiados cambios en la receta en una sola consulta.

·Siempre preguntar con anterioridad qué medicamentos ya está tomando el paciente. Preguntar intencionadamente por fármacos naturistas, laxantes, vitaminas y medicamentos para el insomnio.

·Descontinuar aquellos fármacos que sean innecesarios o que su uso no esté justificado.

·Considerar cualquier nuevo síntoma como un posible efecto secundario de algún fármaco que ya se esté empleando.

·Hacer uso siempre de las medidas no farmacológicas.

·Simplificar los horarios para la toma de los medicamentos. Cuando ésto no sea posible, se puede hacer uso de pastilleros, hojas de conciliación de medicamentos, marcas de colores o cualquier otro instrumento que permita organizar de forma sencilla la toma correcta de las medicinas a lo largo del día y de la semana.

·En aquellos pacientes con alguna limitante física o cognitiva que los limite, pedir apoyo a algún familiar o cuidador para organizar y supervisar la toma correcta de los medicamentos.

Por último y a manera de reflexión, quisiera comentar lo siguiente: La gran mayoría de los efectos adversos de medicamentos en pacientes geriátricos no se dan por el uso de medicamentos catalogados como "malos" o "inapropiados," sino por una prescripción y un seguimiento inadecuado de los fármacos considerados como "buenos." Es necesario realizar un juicio razonado al momento de agregar cualquier medicamento nuevo a la receta de un adulto mayor. De esta forma, podremos disminuirles riesgos a nuestros pacientes, cumpliendo así con nuestra máxima principal: Primum non nocere.

Bibliografías:
1.Alldred DP, Kennedy MC, Hughes C, Chen TF, Miller P. Interventions to optimise prescribing for older people in care homes. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Feb 12;2:CD009095. doi: 10.1002/14651858.CD009095.pub3. Review. PubMed PMID: 26866421.
2.American Geriatrics Society. (2019). Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc, 67: 674-694. https://doi.org/10.1111/jgs.15767
3.Denis O'Mahony (2019): STOPP/START criteria for potentially inappropriate medications/potential prescribing omissions in older people: origin and progress, Expert Review of Clinical Pharmacology, DOI: 10.1080/17512433.2020.1697676
4.Halter, Jeffrey B., Joseph G. Ouslander, Stephanie Studenski, Kevin P. High, Sanjay Asthana, Mark A. Supiano, and Christine Seel Ritchie. "Chapter 8 - General Principles of Pharmacology." Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology. New York: McGraw-Hill Education, 2017. N. pag. Print.
5.McLean AJ, Le Couteur DG. Aging biology and geriatric clinical pharmacology. Pharmacol Rev. 2004 Jun;56(2):163-84. Review. PubMed PMID: 15169926.

DEMENCIA SENIL EN EL CONSULTORIO MÉDICO.

Escrito por:

Dra Magdalena Garza Cantú
Geriatra de los Servicios Médicos U.A.N.L.

"Dra., mi mamá no tiene Alzheimer, ya la vieron en su servicio médico, el que hayan dicho que tiene demencia senil nos hace sentir aliviados". Es frecuente que los familiares de los pacientes nos compartan noticias como la descrita. Asomándonos un poco a sus temores, vemos, que es más tolerable aceptar un diagnóstico incompleto y más seguro.

Cuando los pacientes acuden al consultorio médico, con datos de deterioro cognitivo, que están impactando en su vida, socialización e independencia, saben que podrían enfrentarse a un diagnóstico de una demencia que no tiene cura. La demencia senil la asocian como "parte del envejecimiento", por lo tanto, normal.

Cuando se valora estudios de laboratorio, gabinete y neuropsicológicos nos permite saber a que tipo de demencia nos enfrentamos y poder otorgar un tratamiento adecuado. El objetivo es enlentecer la expresión de los síntomas de deterioro, de disminuirlos si están presentes, y de controlarlos cuando las conductas que presenta lo ponen en riesgo a él y a su familia.

Hablar de demencia, del cuadro de deterioro paulatino de las capacidades intelectuales superiores de una persona, y agregarle el "senil" porque ocurre en un adulto mayor, es un diagnóstico incompleto. Sensibilizar desde la primera consulta al paciente y a la familia sobre iniciar y concluir la evaluación es un esfuerzo clínico que siempre valdrá la pena.

Las demencias se instalan en adultos mayores que van perdiendo gradualmente la capacidad de cuidarse, medicarse y tomar decisiones, es aquí donde entra el más grande de los apoyos del paciente: su cuidador y su familia. Entre más deterioro tenga la persona con demencia, más necesidad tendrá de su familia.

DEMENCIA SENIL EN EL CONSULTORIO MÉDICO.

“No, conmigo no cuente, señora, yo no puedo hacerle ningún documento que evalué que su familiar es capaz o incapaz de tomar decisiones legales”, es frecuente escucharlo de la mayoría de los médicos. Las demencias engloban atención que va más allá de una receta médica, el abordaje de su enfermedad y el deterioro que conlleva es solo una parte. Posteriormente, se presentan las cuestiones legales, maltrato, abuso financiero y aunque el médico insista en solo ver a la persona con demencia, muchas veces son requeridos por las autoridades para justificar y demostrar el diagnóstico, discutir los estudios de evaluación y manejo. Los que hemos sido requeridos y estamos estado aislados por interminables horas y sometidos a preguntas por horas una y otra vez para garantizar que el diagnóstico fue correcto, lo sabemos. Entendemos por qué muchos profesionales de la salud no desean sumarse al apoyo legal de la persona con demencia.

Alguna vez fui requerida por las autoridades y por dos horas estuve en un interrogatorio por un Whastapp que le escribí a un familiar explicándole que los síntomas de su madre eran esperados por su enfermedad de Alzheimer y podían controlarse. La información dada fue usada en mi contra.

Ahora soy cuidadosa de escribir cualquier diagnóstico. La consulta médica es privada y muchos familiares graban toda la consulta, el diagnóstico y el manejo, para compartírselo con el resto de la familia. ¿Qué tan conveniente es?

Me compartía un abogado, que, desde la aparición de la Procuraduría de la defensa del Adulto Mayor, han aumentado las demandas, pero no por cuidar al adulto mayor, sino, por sus recursos financieros. La pérdida de tiempo y enojo de los familiares llega a extremos no comprensibles. Muchas veces, cuando más lo necesita el adulto mayor enfermo, más distanciados están los familiares, por diagnósticos de demencia de cualquier tipo.

“La demencia senil No existe”, lo escuché por primera vez de un joven geriatra, el Dr. Dávila Valero, hizo un silencio en la sala donde capacitábamos a los cuidadores de personas con demencia Alzheimer. Lo dijo con firmeza. Hizo un silencio suficiente para que quedara claro. Es un diagnóstico incompleto, insuficiente, que le niega a la persona la oportunidad de tener un tratamiento actualizado, familia informada, cuestiones legales solucionadas a tiempo, incluso: guías anticipadas.

Las Asociaciones de Alzheimer y otras demencias en todo el mundo, tiene la consigna de capacitar para identificar síntomas, tienen programas de detección temprana, de acompañamiento y son generosas en ofrecer información, boletines y pláticas con expertos. Crecen cada día, así como crece la población mundial de adultos mayores, los más afectados por las demencias, siendo la enfermedad de Alzheimer la que sigue siendo la más frecuente. Sin embargo, el daño paulatino que causan las enfermedades crónicas, como la hipertensión, diabetes, hiperlipidemias, ya están mostrando sus afecciones a cerebro, y el número de demencias seguirá creciendo.

En las consultas de geriatría, las demencias son uno de los diagnósticos más frecuentes que se realizan. Y los que valoramos a los pacientes, tenemos la consigna de ser doblemente cuidadosos, de la entrevista, los estudios de laboratorios y gabinete y la valoración neuropsicológica. Entonces la demencia tendrá su nombre completo y será clasificada y medicada para darle a la persona la calidad de vida que merece.

En cada consulta, cuando los familiares me hablan de la demencia senil, solo les explico que vamos empezando a investigar y que la demencia senil NO existe. El reto ahora es caminar con ellos hasta el final del diagnóstico y de la expresión de la enfermedad.

AVISOS

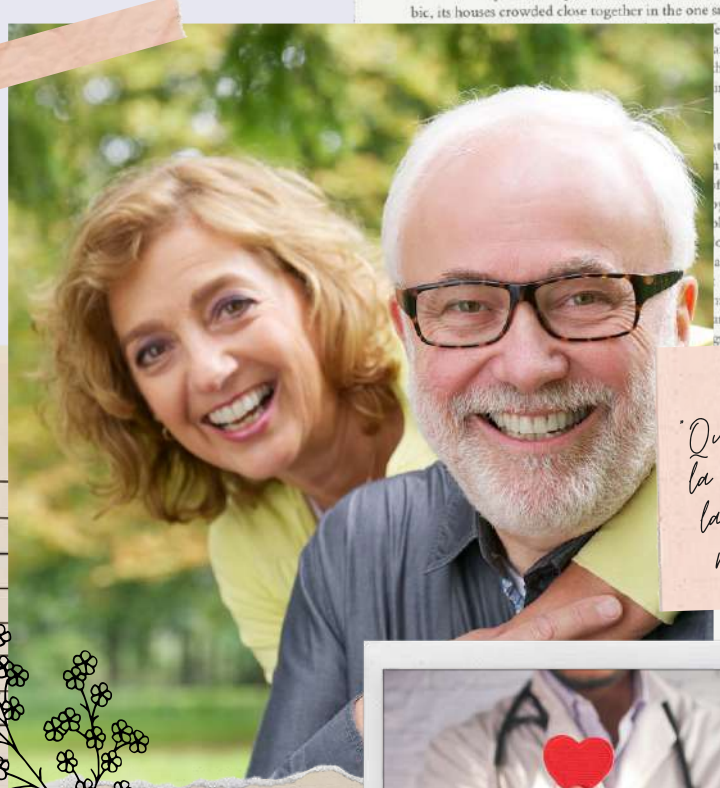
www.geriatrasnl.com

¡TE ESPERAMOS!

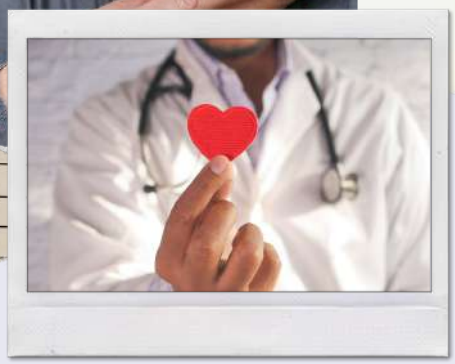
DA CLIC PARA MAS INFO!

Edición y Realización: BERAKA Group LA CASA DE LAS SOLUCIONES

MARZO 2022



"Quien consigue conservar la capacidad de percibir la belleza, no envejecerá nunca" (Franz Kafka)



DIRECCIÓN	Dr. Edgar Armando Cárdenas Acuña
ASESOR ACADÉMICO	Dr. Julio César Dávila Valero
EDITOR	BERAKA Health
EDITORES ASOCIADOS	Sandra & Alfredo Pérez
ARTE	Sandra Pérez WWW.BERAKAPRO.COM

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

Geriatras NL | admisiones@geriatrasnl.com | www.geriatrasnl.com

VOLUMEN 2 | NÚMERO 3 | MARZO 2022