



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO

**DETERMINACIÓN DE LA PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE
DEMENCIA SENIL EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL DÍA
DEL CANTÓN GONZANAMÁ.**

Tesis previa a la obtención del título de
Médico General.

AUTOR:

Edgar Miguel Luna Salinas

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

LOJA - ECUADOR

2015 – 2016

CERTIFICACIÓN:

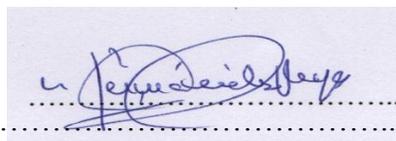
Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS**Certifico:**

Que el trabajo de investigación de grado, titulado: **“DETERMINACIÓN DE LA PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE DEMENCIA SENIL EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL DÍA DEL CANTÓN GONZANAMÁ”**, realizado por el Sr. Edgar Miguel Luna Salinas, el mismo que ha sido elaborado bajo mi dirección, cumpliendo con todas las exigencias técnicas y legales que la institución exige, por lo que, autorizo su presentación al Tribunal correspondiente.

Loja, 07 de Octubre del 2016.

Atentamente,

A rectangular box containing a handwritten signature in blue ink. The signature is cursive and appears to read 'Germán Alejandro Vélez Reyes'. Below the signature are two horizontal dashed lines.

Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

AUTORIA:

Yo, Edgar Miguel Luna Salinas, declaro ser autor del presente trabajo de tesis **“DETERMINACIÓN DE LA PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE DEMENCIA SENIL EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL DÍA DEL CANTÓN GONZANAMÁ”**, y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el repositorio institucional – Biblioteca Virtual.

Autor: Edgar Miguel Luna Salinas.

Firma: _____



Cédula: 1104623143

Fecha: 07 de Octubre del 2016.

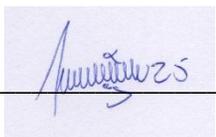
CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Edgar Miguel Luna Salinas, declaro ser autor de la tesis titulada: **“DETERMINACIÓN DE LA PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE DEMENCIA SENIL EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL DÍA DEL CANTÓN GONZANAMÁ”**, como requisito para optar por el grado de: Médico General; autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Digital Institucional, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

Para constancia de esta autorización, en la Ciudad de Loja, a los 07 días del mes de Octubre del dos mil dieciséis, firma el autor.

Firma: _____



Autor: Edgar Miguel Luna Salinas

Cédula: 1104623143

Dirección: Barrio: Época; Calles Brasil y Jamaica.

Teléfono: 07 2 101 664 - 0967844614

Datos complementarios:

Director: Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

Presidente: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán, Mg. Sc.

Vocal: Dr. Ángel Benigno Ordóñez Castillo, Esp.

Vocal: Dra. Sara Felicita Vidal Rodríguez, Esp.

DEDICATORIA:

El presente trabajo de tesis de grado está dedicado al ser supremo, nuestro Señor Dios, que hace posible hasta lo imposible, cuya bondad se manifiesta en cada uno de mis pasos.

A mis queridos PADRES, Enid y Germán; quienes con mucho cariño, amor, ejemplo y sacrificio han hecho de mí una persona con valores, capaz de preocuparme por mi prójimo; los mismos que han sabido levantarme en aquellos momentos más difíciles de mi vida, tomándome de la mano, mostrándome el camino correcto, siendo mis ejemplos de vida, muestra de valentía y coraje como solo los PADRES pueden hacerlo que aman inmensamente a sus hijos.

Además deseo dedicar este trabajo a mi abuelita Mami Enma que desde el cielo me mantuvo siempre con su santa bendición, a mis abuelitos Papi Miguel, Papi Tuco y Mami Chabela, a mis hermanas Biviana, Vanessa, Tatiana y a mis sobrinos Daniela, Emily y Francisco, los cuales estuvieron en cada tropiezo y en cada momento de cansancio, los cuales con sus consejos y alegrías supieron levantarme el ánimo y me ayudaron a seguir luchando para cumplir con mi gran sueño.

A mis queridos maestros, amigos y a todas aquellas personas que me brindaron sus conocimientos, su colaboración, su ayuda incondicional y sobre todo su amistad durante mi formación académica y para la realización de este trabajo de investigación.

EDGAR MIGUEL LUNA SALINAS

AGRADECIMIENTO:

Expreso mi más sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, de manera especial al Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes por brindarme su apoyo y sus conocimientos desinteresadamente como director de esta investigación, de igual manera a todos mis docentes que durante estos cinco años me han impartido sus conocimientos, y de manera especial a mi familia que siempre estuvo apoyándome.

EDGAR MIGUEL LUNA SALINAS

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORIA	iii
CARTA AUTORIZACION	iv
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE	viii
1. TÍTULO	1
2. RESÚMEN	2
3. ABSTRACT	3
4. INTRODUCCIÓN	4
5. REVICIÓN DE LITERATURA	6
5.1. Concepto de Memoria.....	6
5.2.La Amnesia.....	6
5.2.1. El lóbulo temporal medial y la amnesia.....	7
5.2.2. Causas de Amnesia.....	8
5.2.3. Amnesia retrógrada y Anterógrada.....	09

5.2.4. Dos tipos de memoria.....	10
5.2.5. Las bases neurológicas de la memoria explícita.....	11
5.2.6. Las bases neurológicas de la memoria implícita.....	11
5.2.7. Dos tipos de memoria explícita.....	12
5.2.8. Memoria Episódica.....	12
5.2.9. Memoria Semántica.....	13
5.3.Demencia Senil.....	13
5.3.1. Investigación y Proyección.....	14
5.3.2. Clasificación de Demencia Senil.....	15
5.3.2.1.Enfermedad de Alzheimer.....	18
5.3.2.2.Demencia Vascular.....	19
5.3.2.3.DEMENCIA POR CUERPOS DE LEWY (DCL).....	19
5.3.2.4.Demencia Frontotemporal o Enfermedad de Pick.....	20
5.3.2.5.OTRAS DEMENCIAS.....	21
5.3.2.5.1. DEMENCIA ASOCIADA A ENFERMEDAD PARKINSON.....	21
5.3.2.5.2. Demencia por Priones (Creutzfeldt Jakob).....	21
5.3.2.5.3. Demencia Post Traumática.....	22
5.3.2.5.4. Demencia Cortico-Basal.....	23
5.3.3. Factores de riesgo.....	24
5.3.4 Manifestaciones Clínicas.....	26
5.3.4.1. Alteraciones neuropsiquiátricas y motoras.....	27
5.3.5. Diagnóstico.....	29
5.3.5.1 Resonancia magnética.....	30

5.3.5.2 Tomografía por emisión de positrones.....	30
5.3.5.3 Biomarcadores.....	31
5.3.6 Tratamiento.....	31
5.3.6.1. Tratamiento Farmacológico.....	31
5.3.6.1.1. Tacrina.....	31
5.3.6.1.2. Donepezil.....	32
5.3.6.1.3. Rivastigmina.....	33
5.3.6.1.4. Ginkgo Biloba.....	34
5.3.6.1.5. Clorhidrato de selegilina.....	34
5.3.6.1.6 Clorhidrato de Fluoxetina.....	35
5.3.6.1.7. Sertralina.....	35
5.3.6.1.8. Haloperidol.....	36
5.3.6.1.9. Risperidone.....	37
6. MATERIALES Y MÉTODOS.....	38
7. RESULTADOS.....	43
7.2. DISCUSIÓN.....	50
8. CONCLUSIONES.....	54
9. RECOMENDACIONES.....	55
10. BIBLIOGRAFÍA.....	56
ANEXOS.....	61

1. TÍTULO

“DETERMINACIÓN DE LA PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE DEMENCIA SENIL EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL DÍA DEL CANTÓN GONZANAMÁ”.

2. RESUMEN

De acuerdo a la gran prevalencia de demencias relacionadas a la edad avanzada de las personas que afectan a nivel mundial; se ve la importancia de conocer la incidencia de casos en nuestra población. El presente trabajo de investigación con el tema: **“DETERMINACIÓN DE LA PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE DEMENCIA SENIL EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL DÍA DEL CANTÓN GONZANAMÁ”**, se lo realizó en el Centro del Día del Cantón Gonzanamá donde acuden muy a menudo una gran cantidad de pacientes seniles, con el objetivo de determinar la prevalencia y factores de riesgo de demencia senil. Ya que diagnósticos psiquiátricos no son estudiados a profundidad, consiguiendo así datos asociados entre la demencia y otras variables demográficas. El método de estudio es cuantitativo, descriptivo de corte transversal. Cuyo número de pacientes es de 150 adultos mayores, que luego de haber realizado el respectivo análisis diagnóstico, se pudo determinar la presencia de 5 (3,33%) casos de demencia senil específicamente enfermedad de Alzheimer, con un mayor predominio del sexo femenino con un 60% en relación al 40% en los hombres, de mayor prevalencia en pacientes que trabajaron como docentes y en un menor porcentaje hereditario, recomendando concienciar y mejorar las actitudes del personal de salud para examinar a todo paciente de manera holística pensando en todos sus aspectos, no solo en la rama física y biológica si no en la rama psicológica y ambiental del paciente.

Palabras claves: Factores de riesgo, demencia senil, adultos mayores

3. ABSTRACT

According to the high prevalence of dementia related to old age affecting people worldwide; is the importance of knowing the incidence in our population. The present research on the topic: "DETERMINATION OF THE PREVALENCE AND RISK FACTORS DEMENTIA IN ELDERLY CENTER DAY CANTON GONZANAMÁ" it held in the Day Center Canton Gonzanamá come very often where a lot of elderly patients, in order to determine the prevalence and risk factors for dementia. Since psychiatric diagnoses are not studied in depth, thus associated data between dementia and other demographic variables. The study method is quantitative, descriptive cross-sectional. Whose number is 150 patients older adults, who after making the respective diagnostic analysis, it was determined the presence of 5 (3.33%) cases of dementia specifically Alzheimer's disease, with greater predominance of women with 60% compared to 40% in men, most prevalent in patients who worked as teachers and to a lesser hereditary percentage, recommending awareness and improve attitudes of health personnel to screen all patients holistically thinking of all aspects, not only in the physical and biological branch if not in the psychological and environmental branch of the patient.

Key words: Risk factors, senile dementia, elderly.

4. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012) define demencia senil como un “síndrome, de naturaleza crónica o progresiva, que se caracteriza por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal”.

Uno de los retos más complejos que han de resolver las sociedades contemporáneas es la adecuada gestión del inevitable envejecimiento de la población. La elevada esperanza de vida de que disfrutamos hace imprescindible detectar los problemas en salud a tiempo para encaminar políticas que contribuyan a un mejor manejo de estos problemas, circunscribiendo específicamente en este caso a la demencia.

Según Rocha G. (2012) actualmente cerca de 35.6 millones de personas en el mundo sufren demencia, un síndrome generalmente crónico causado por diversas enfermedades del cerebro que afectan la memoria, el raciocinio, el comportamiento y la capacidad para realizar las actividades cotidianas. La demencia senil es la cuarta causa principal de muerte en las personas de edad avanzada y su incidencia anual en los pacientes mayores de 80 años es del 4 %. La demencia leve aparece en el 10 % de pacientes mayores a 65 años, la grave en el 5 % y el 20 % en los mayores a 80 años. Aproximadamente el 50 % de los pacientes que se encuentran en instituciones destinadas al cuidado de los enfermos crónicos sufren demencia senil.

Para Moncayo J. en el 2012. Ecuador no es la excepción, en los últimos años ha empezado a experimentar modificaciones demográficas y epidemiológicas. Actualmente la esperanza de vida al nacer es de 74 años y para el quinquenio 2015 – 2020 se estimó un crecimiento de la población senil del 16.5 % en el grupo mayores de 60 años.

Según el INEC, en la provincia de Loja existen 14.694 adultos mayores, entre las edades de 65 a 99 años; esta población representa el 6.7 %, la mayoría jubilados. Una investigación realizada en el Hospital Regional Isidro Ayora reporta un 10.3 % de pacientes que sufren Demencia.

Llibre J. en el 2013 dedujo que la enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia (hasta 70% de los casos) que puede ser provocado por enfermedades vasculares. Según el informe de la OMS, el año 2050 debería de haber un nuevo caso cada segundo.

La demencia es de suma importancia en el campo de la Geriatría, es necesario mejorar la calidad de vida de este grupo etario tan vulnerable, pues es el banco de múltiples enfermedades crónicas, degenerativas y terminales. Por lo que se planteó el siguiente problema: ¿Cuál es la prevalencia y factores de riesgo de demencia senil en adultos mayores del centro del día del Cantón Gonzanamá?

Para conocer más de cerca la realidad que vive esta población en el periodo de estudio en lo que concierne a demencia senil, se planteó un objetivo general el cual permitió determinar la prevalencia y factores de riesgo de demencia senil en adultos mayores del centro del día del Cantón Gonzanamá, del cual se plantearon objetivos específicos los cuales fueron identificar la prevalencia de demencia senil, caracterizar

los factores de riesgo de Demencia Senil y determinar el tipo más común de demencia senil que existe dentro de los adultos mayores del Centro del Día del Cantón Gonzanamá.

5. REVISIÓN DE LITERATURA.

5.1. Concepto de Memoria

Para Amaral, D. G. (2013) “La memoria es la persistencia del aprendizaje a través del tiempo mediante el almacenamiento y la recuperación de la información”.

La memoria es la fuente de nuestra vida; nos ofrece un modo de ser y estar, y nos configura en lo que somos y sentimos. También es selectiva, nos permite olvidar viejas manías y nos enseña a adaptarnos a nuevas situaciones. El olvido cura muchas heridas de la vida: alivia el dolor del duelo, nos ayuda a perdonar agravios y a recuperar la autoestima.

Gran parte de nuestro conocimiento acerca de los procesos de la memoria procede de un resultado de lesión cerebral, ha sido objeto de más de 100 estudios científicos. En los últimos tiempos se han utilizado cada vez más técnicas de diagnóstico por imágenes cerebrales para descubrir las bases neurológicas de la memoria. La información obtenida al estudiar personas con trastornos en la memoria ha sido ampliada a través de estudios de animales, que pueden ser estudiados de manera sistemática tras realizar procedimientos cuidadosamente controlados que crean lesiones de dimensiones específicas en áreas circunscritas del cerebro.

5.2 La Amnesia

La amnesia, es un trastorno del funcionamiento de la memoria, durante el cual el individuo es incapaz de conservar o recuperar información almacenada con anterioridad.

El trastorno de Henry Molaison (H.M), llamado así porque fue un paciente norteamericano con un trastorno de memoria, el cual permitió desarrollar teorías explicativas entre la función cerebral y la memoria, el mismo que ha generado gran interés, no solo a causa de que este paciente presenta amnesia grave, ha perdido la capacidad de adquirir y retener recuerdos, sino que también su lesión está limitada dentro de una región relativamente pequeña del cerebro. El descubrimiento de que la amnesia podría haberse ocasionado después de una lesión localizada en el cerebro era sorprendente para todos, según lo que se conocía acerca de la memoria antes de la llegada a escena de H.M. (Shallice, D. 20012)

Aunque a una monografía de 1885 de Herman Ebbinghaus se la considera el primer estudio psicológico de la memoria, se cree que la investigación neuropsicológica formal no comenzó hasta 1915, cuando Lashley emprendió un proyecto, que le llevaría toda la vida, para identificar la ubicación neurológica de los hábitos adquiridos. En la mayoría de sus experimentos realizados con ratas y monos, Lashley eliminó parte del neocórtex del animal o seccionó distintas vías con la esperanza de evitar la comunicación entre diferentes áreas de la corteza.

Aun después de cientos de experimentos, Lashley no pudo ubicar el centro de la memoria. Al mismo tiempo, encontró que a medida que dañaba más y más tejidos, los trastornos de la memoria aumentaban. Lashley llegó a la conclusión de que no es posible

demostrar la localización de la memoria en ningún lugar del sistema nervioso. Algunas regiones limitadas pueden ser importantes para el aprendizaje o la retención de una actividad en particular, pero el engrama (la memoria) está representada en todas las regiones.

5.2.1 El lóbulo temporal medial y la amnesia.

La primera evidencia de que el lóbulo temporal puede cumplir un papel en la memoria humana fue proporcionada por Vladimir Bekhterev en 1900. Cuando realizó la autopsia del cerebro de un paciente que había presentado un trastorno amnésico grave, descubrió un reblandecimiento bilateral en la región de la corteza temporal medial.

La amnesia puede producirse además por causas diferentes de una lesión selectiva en el lóbulo temporal medio.

5.2.2 Causas de Amnesia.

Whitty, C.W.M, (2012), manifiesta que todos hemos experimentado amnesia en algún grado. El ejemplo común en todos nosotros es la amnesia infantil. Aunque los primeros años de vida se consideran, en general, fundamentales para el desarrollo del niño, no se recuerdan conscientemente en la edad adulta. Por ejemplo, adquirimos muchas habilidades y conocimientos durante esa época pero, por lo general, no recordamos las experiencias con que las adquirimos. Es posible que los detalles de las experiencias aún permanezcan en algún lugar, pero no pueden ser recuperados porque en la infancia se utiliza un sistema mnémico y se desarrolla otra en la edad adulta.

Los adultos también olvidan, como demuestran algunos informes sobre personas que aparecen en algún lugar alejado de su hogar, sin tener conocimiento de su vida anterior, pero con habilidades y lenguaje intactos. Esta forma de amnesia se conoce como estado de fuga. Una de las acepciones de la palabra fuga es vuelo y la interpretación de este trastorno es que la persona, en efecto, ha huido de su vida anterior para comenzar una nueva. La amnesia global transitoria es otra forma aguda de amnesia, es decir de comienzo rápido y generalmente de curso breve. La enfermedad ha sido asociada a varias causas posibles, que incluyen conmoción cerebral, jaqueca, hipoglucemia y epilepsia, así como interrupción del flujo sanguíneo en la arteria cerebral posterior, ya sea debido a embolia o a un ataque isquémico transitorio. La amnesia global transitoria puede ser un episodio único, una amnesia crónica significativa es típica de la amnesia global transitoria, pero por lo general es un síntoma que se pasa por alto debido a la espectacular recuperación y porque pocas veces se realiza una evaluación cuidadosa de los recuerdos.

Las lesiones en algunas zonas restringidas del cerebro pueden causar ciertos tipos de amnesia que adoptan formas interesantes. Por ejemplo, existen informes clínicos sobre personas que se vuelven amnésicas para recordar el significado de algunas palabras, pero no de los verbos.

También existen pequeñas amnesias diarias: olvidamos los nombres o los rostros de algunas personas, el lugar donde dejamos las llaves, etc. También olvidamos rápidamente las cosas que no necesitamos recordar, como los números de teléfono que utilizamos sólo una vez. Este tipo de olvido puede incrementarse al avanzar la edad, en cuyo caso es comúnmente conocido como la enfermedad de la vejez. Para algunas

personas, los trastornos de la memoria debidos a la edad pueden llegar a ser discapacitantes, como ocurre en la enfermedad de Alzheimer, que se caracteriza por déficit de la memoria de recuerdos pasados, acompañado por la pérdida de neuronas y otros trastornos de la corteza.

5.2.3 Amnesia retrógrada y Anterógrada

Thompson, R.F. (2011) refiere que la imposibilidad para adquirir nuevos recuerdos se denomina amnesia anterógrada. El termino Anterógrada se refiere al futuro con respecto al tiempo en que el paciente sufrió la lesión. La amnesia anterógrada se denomina frecuentemente amnesia global anterógrada, debido a que muchos aspectos de la capacidad para crear nuevos recuerdos parecen estar afectados.

En muchos pacientes amnésicos los recuerdos creados en épocas anteriores a la lesión o a la cirugía se han perdido. Esta forma de amnesia se denomina amnesia retrógrada para significar que se extiende hacia atrás en el tiempo con respecto al momento de la lesión, evidentemente la amnesia retrograda no es tan completa como la anterógrada, ya que puede recordar muchas de las cosas que aprendió antes de la lesión.

Cuando la gravedad de la amnesia retrograda varía en función de la antigüedad de los recuerdos, se dice que es dependiente del tiempo. Las lesiones en la cabeza comúnmente producen amnesia dependiente del tiempo y la gravedad de la lesión determina la duración de la amnesia.

5.2.4 Dos tipos de memoria.

Schacter describió la década de 1980 como la del comienzo de la revolución moderna en materia de estudio sobre la memoria, debido a que en esa década se realizaron varios tipos de estudio.

La memoria explícita es el recuerdo consciente e intencionado de experiencias previas. Seguramente, podemos describir lo que hemos desayunado en la mañana como nos hemos desplazado hasta la escuela y a quienes nos hemos dirigido desde que nos levantamos.

La memoria implícita es una forma de memoria inconsciente, no intencionada. La capacidad para usar el lenguaje y para llevar a cabo conductas motoras como montar en bicicleta o practicar un deporte.

La disociación entre memoria explícita e implícita implica que la segunda se almacena independientemente del lóbulo temporal.

5.2.5 Las bases neurológicas de la memoria explícita.

Una diferencia importante entre la memoria explícita e implícita es que ambas están ubicadas en diferentes estructuras neurológicas lo que a su vez explica la diferencia en la forma en que se procesa la información. La información implícita en su mayor parte se codifica en la misma forma en que se recibe, este tipo de proceso es un proceso manejado de abajo hacia arriba. El último recuerdo de la información está en gran parte influenciado en la forma en que la información fue procesada originalmente. Debido a que la persona tiene un papel relativamente pasivo en el proceso de codificar la memoria implícita, puede tener dificultades para recordar voluntariamente, pero recordará fácilmente cuando lo asocie a algunos de los rasgos del estímulo original. En

contraste, debido a que la persona desempeña un papel activo en el procesamiento de la información explícita, los estímulos internos que utiliza en el procesamiento pueden ser usados para un recuerdo espontáneo.

La mayor parte de circuitos neurológicos se encuentra en el lóbulo temporal o en estructuras estrechamente relacionadas con él, como el hipocampo, la amígdala, la corteza olfatoria en el lóbulo temporal y la corteza pre frontal.

Las regiones que forman el circuito de la memoria explícita reciben estímulos desde el neocórtex y desde los sistemas del tronco encefálico, e incluyen los sistemas de acetilcolina, serotonina y noradrenalina.

5.2.6 Las bases neurológicas de la memoria implícita.

Parecería razonable esperar que, si el circuito del lóbulo temporal desempeña un papel en la memoria explícita, otras estructuras cerebrales pueden tomar parte en la memoria implícita. Los ganglios basales reciben proyecciones desde todas las regiones del neocórtex y envía proyecciones a través del globo pálido y del tálamo ventral a la corteza premotora. Los ganglios basales también reciben proyecciones desde las células ubicadas en la sustancia negra.

Las proyecciones a los ganglios basales desde la sustancia negra contienen el neurotransmisor dopamina. El hecho de que la dopamina sea necesaria para permitir el funcionamiento de los circuitos en los ganglios basales sugiere que esta sustancia puede tener un papel indirecto en la formación de la memoria.

5.2.7 Dos tipos de memoria explícita.

Los estudios realizados por Tulving sugieren que la memoria explícita puede ser subdividida en dos tipos: memoria episódica y memoria semántica.

5.2.8 Memoria Episódica.

La memoria episódica consiste en los sucesos que una persona recuerda. También se denomina memoria autobiográfica. Tulving propuso que la memoria episódica es un sistema neurocognitivo único, diferente de otros sistemas de la memoria, que permite a los seres humanos recordar las experiencias personales pasadas. Es la memoria de las experiencias vitales relativas a la propia persona.

Según Tulving, la memoria episódica requiere tres elementos: sentido del tiempo subjetivo, conciencia autooética, la capacidad de estar consciente del tiempo subjetivo y un sí mismo que pueda viajar en el tiempo subjetivo.

5.2.9 Memoria Semántica.

Al conocimiento del mundo, todo lo que no es autobiográfico, Tulving lo denominó memoria semántica e incluye el conocimiento de los hechos históricos y de figuras históricas y literarias. Incluye también la información aprendida en la escuela, como el vocabulario especializado, la lectura, la escritura y las matemáticas.

Se cree que esta alteración de la memoria episódica se debe a trastornos en la conexión entre el lóbulo frontal derecho y el lóbulo temporal. La memoria semántica puede depender del hemisferio izquierdo y por lo tanto de conexiones uncinadas no lesionadas entre la corteza ventral frontal izquierda y el lóbulo temporal derecho.

5.3 Demencia Senil.

Según Arevalo M. 2012 “La demencia es una de las enfermedades más temidas y caras de la sociedad. Se define como un síndrome clínico de deterioro cognitivo adquirido que determina disminución de la capacidad intelectual suficiente como para interferir en el funcionamiento social y funcional del individuo y en su calidad de vida”.

Esta entidad de trastorno cognoscitivo se ha visto implicado en múltiples variantes para definirla, cuyas nociones más importantes han sido aquellas que la precisan como un síndrome adquirido-crónico, diferenciándola de afecciones como el retardo mental además del síndrome confusional; de carácter irreversible causadas por lesiones estructurales en el cerebro que deterioran las capacidades intelectuales, acompañándose frecuentemente de trastornos del comportamiento, en ocasiones de trastornos del movimiento y que por último interfieren en los pacientes con sus habilidades sociales impidiéndoles llevar una vida independiente.

El término demencia proviene del latín "demensdementatus" que quiere decir sin mente, en tanto que por ningún motivo la llamada demencia senil se puede catalogar como algo normal del adulto mayor, puesto que es un trastorno del envejecimiento que lleva a un deterioro cerebral acelerado y por lo tanto anormal e inclusive se podría pensar como un retardo mental adquirido.

5.3.1. Investigación y Proyección

Los casos de demencia, causados en su gran mayoría por la enfermedad de Alzheimer, hasta el 70% de los casos se duplicarán de aquí a 2030 y se habrán triplicado de aquí a 2050 hasta afectar a 115,4 millones de personas en el mundo, según un

informe de la Organización Mundial de la Salud, publicado por el Diario EL COMERCIO, Quito, 14 de abril del 2012.

Según el INEC, en nuestro territorio ecuatoriano ubicado en el suroeste de América, cuya superficie territorial es de 256.370 kilómetros cuadrados, su población estimada alcanza a 14'483.499 habitantes, correspondiendo el 50,4% de habitantes mujeres y los 49,6 hombres, la demencia y la Enfermedad de Alzheimer no han sido estudiadas cabalmente.

Existe un estudio realizado en el Hospital del IESS en el 2010, en personas adultos mayores que asisten al programa de asistencia para la tercera edad Cuenca 2010 donde el 17% sufren de demencia.

A pesar de todo para las acciones, en el campo de la salud mental se dispone únicamente del 1.2% del presupuesto del Ministerio de Salud Pública, pese a ello en la mayoría de los hospitales provinciales se cuenta con el concurso de médicos psiquiatras y psicólogos, así como en los centros de salud de cinco provincias. El mayor porcentaje de acciones se cumple en los servicios ambulatorios.

El hospital psiquiátrico de mayor capacidad es una dependencia de un organismo privado sin fines de lucro. Sin embargo el 13 de octubre el Ministerio de Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud, celebran el Día Mundial de la Salud Mental. En los establecimientos de salud mental de carácter público sin considerar los de tipo

privado trabaja un total de 1045 personas, de tal suerte que para cada 100.000 habitantes existen 8 servidores del sector de salud mental.

Moncayo J. 2012 en un estudio realizado presentó una cierta indagación para conocer los Factores de Riesgo y la Prevalencia de la Demencia y la Enfermedad de Alzheimer en el Ecuador, cuyos resultados señalaron que la edad avanzada ($p < 0,0001$) y la hipertensión ($p = 0,0001$) se asocian significativamente con la demencia; la educación se asoció de forma marginal ($p = 0,07$).

La pérdida de la memoria es un síntoma común de demencia. Sin embargo, la pérdida de la memoria no es igual a que haya esta patología. Las personas con demencia tienen problemas serios con dos o más funciones cerebrales, tales como la memoria y el lenguaje.

5.3.2 Clasificación de Demencia Senil

Existen varios tipos de clasificación de las demencias algunas variaciones dependiendo del grupo, OMS, DSM IV, CIE 10, Asociación Psiquiátrica Americana (APA), Instituto Nacional para los desordenes neurológicos y los desordenes relacionados (NINCDS-ADRA).

De acuerdo con su origen, se puede clasificar en demencia cortical (enfermedad de Alzheimer), demencia subcortical (enfermedad de Parkinson, encefalopatía tóxica o metabólica), demencia cortico-subcortical (vasculopatías, traumatismos) o cortico-basal.

De acuerdo al DSM IV se divide de la siguiente manera:

1. Demencia en enfermedad de Alzheimer

- ❖ De inicio temprano
- ❖ De inicio tardío
- ❖ Mixta o atípica
- ❖ Inespecífica

2. Demencia vascular

- ❖ De inicio agudo
- ❖ Multi-infarto
- ❖ Vascular subcortical
- ❖ Mixta: subcortical y cortical
- ❖ Otras demencia vasculares
- ❖ Inespecífica

3. Demencias propias de otras enfermedades

- ❖ Enfermedad de Pick
- ❖ Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
- ❖ Enfermedad de Huntington

- ❖ Enfermedad de Parkinson
- ❖ Asociada a infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
- ❖ Asociada a otras enfermedades

4. Demencia no especificada

A la clasificación se puede agregar si el paciente presenta o no síntomas adicionales de predominio delirante, alucinatorio, depresivo o mixto. Así mismo una vez hecho el diagnóstico de demencia se puede clasificar como leve, moderada y severa:

- **Leve:** cuando afecta actividades de la vida diaria sin causar problemas para la independencia del paciente.

- **Moderado:** cuando condiciona incapacidad para vivir de manera independiente. El individuo no recuerda información básica acerca de su vivienda, actividades recientes o el nombre de ciertas personas familiares a él.

- **Severo:** Se caracteriza por la absoluta incapacidad de retener nueva información y solo se recuerdan fragmentos de experiencias o conocimientos pasados. El paciente no reconoce a sus familiares.

Para un diagnóstico clínico confiable la pérdida de la memoria debe estar presente al menos durante seis meses; si la duración de las manifestaciones es menor, el diagnóstico es presuntivo

La severidad de la demencia se establece por el grado de decremento cognitivo o de la memoria, cualquiera que sea el más predominante (Ej: alteración leve de la memoria con disminución moderada de las habilidades cognitivas indican demencia moderada). Cuando existen episodios concomitantes de delirium el diagnóstico de demencia debe ser diferido.

5.3.2.1 ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno neurodegenerativo, que se manifiesta por demencia, inicialmente sutil pero progresiva, que en última instancia se vuelve discapacitante, lo que lleva a la muerte por inanición, malnutrición, y neumonía (Bird, 2012). De acuerdo a Burns e Iliffe, la demencia se define como: “un síndrome clínico caracterizado por un cúmulo de síntomas y signos manifestados por dificultades en la memoria, alteraciones del lenguaje, cambios psicológicos y psiquiátricos, y dificultades en actividades de la vida cotidiana”.

La enfermedad de Alzheimer, es una enfermedad neurodegenerativa causante de deterioro cognitivo y funcional que culmina en demencia asociada a otras alteraciones motoras, fue descrita inicialmente por el alemán Alois Alzheimer.

5.3.2.2.DEMENCIA VASCULAR.

La demencia vascular fue descrita por primera vez por Otto Binswagner y Alois Alzheimer en pacientes con neurosífilis en el siglo XIX, al mismo tiempo que Marie y Ferrand describían el síndrome lacunar.

Previamente se consideraba como la variedad más frecuente de demencia, hasta que estudios histopatológicos demostraron que los depósitos de amiloide del Alzheimer eran más comunes. Se ha acuñado el término de daño cognitivo vascular para describir a la pérdida de funciones cognitivas asociada a otras manifestaciones neurológicas y que tienen como base el daño vascular.

5.3.2.3.DEMENCIA POR CUERPOS DE LEWY (DCL)

La Demencia por Cuerpos de Lewy es un conjunto de trastornos que implican deterioro cognitivo, fluctuaciones en el estado de alerta, trastornos senso-perceptivos tipo alucinaciones visuales, parkinsonismo, alteraciones del sueño y función autónoma. Del 15 al 25% de pacientes con demencia presentan cuerpos de Lewy en cerebelo y corteza.

El tiempo promedio de supervivencia para la DCL es de 78 años de edad. Los hombres son 1.5 veces más propensos a morir antes que las mujeres. Después del diagnóstico de DCL se tiene una supervivencia media de 7 años, mientras que los individuos Enfermedad Alzheimer presentan de 8.5 años.

La duración de la supervivencia se ve afectada al ingresar los pacientes a hogares para ancianos por la presencia de depresión y signos parkinsonianos tales como

anomalías de rigidez y de la marcha, que son más frecuentes en los individuos con DCLw. Estos hallazgos sugieren que existe un curso más corto en la DCLw lo que subraya la importancia de un diagnóstico preciso de los pacientes y sus familias. El uso de recursos y costes es mayor en pacientes con DCL en comparación con pacientes con EA.

5.3.2.4. DEMENCIA FRONTOTEMPORAL O ENFERMEDAD DE PICK.

En 1892, Arnold Pick describió al primer paciente con afasia progresiva y atrofia lobar, posteriormente observó un cuerpo de inclusión cerebral al que denominó cuerpo de Pick, solo un número de casos presentaba estos cuerpos por lo cual se concluyó que no son patognomónico de esta enfermedad. El término de Enfermedad de pick se reserva para casos de DFT con inclusiones positivas teñidas de plata denominados cuerpos de Pick.

Debido a su asociación de atrofia en lóbulos temporales y frontales se conoce también como demencia frontotemporal (DFT).

5.3.2.5. OTRAS DEMENCIAS

5.3.2.5.1. DEMENCIA ASOCIADA A ENFERMEDAD PARKINSON

La enfermedad de Parkinson (EP) es un trastorno del movimiento común, afecta a 1 de cada 100 personas mayores de 60 años y 5.4 % de los adultos mayores de 85 años.

La prevalencia de demencia en los pacientes con EP oscila entre el 20 y el 40%, cada año hasta un 14% de los pacientes con EP desarrollará demencia leve, cerca del 80% de los pacientes con EP desarrollaron demencia durante un periodo de 8 años, el riesgo de desarrollar demencia durante el curso de la enfermedad es 4 a 6 veces mayor que en la población de la misma edad. De la población general con demencia, del 3 al 4% es secundaria a Demencia por EP.

5.3.2.5.2. DEMENCIA POR PRIONES (CREUTZFELDT JAKOB)

Las encefalopatías transmisibles espongiiformes (ETE) o por priones son un conjunto de enfermedades neurodegenerativas fatales causadas por la función anormal y aumentada de una proteína propia del huésped (proteína PrP priónica). Las ETE manifestadas en el humano son: Kuru, enfermedad de Gerstmann-StrausslerScheinken, el Insomnio Fatal Familiar y enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ).

En muchos casos se hace referencia a estas enfermedades en general con el nombre de enfermedad de Creutzfeldt Jakob a pesar de que ésta corresponde únicamente a un tipo de ETE, aunque es por mucho la más frecuente. Se caracterizan por la formación microscópica de vacuolas (cambios espongiiformes) y depósito de proteína amiloide (priónica) en la sustancia gris del cerebro.

Se denomina prion a la forma alterada de una proteína celular funcional (PrPC en mamíferos) que ha podido perder su función normal pero que ha adquirido la capacidad de transformar la forma normal en patológica. La búsqueda de la entidad molecular

constitutiva de este agente reveló como componente único, una proteína: PrP^{Sc}, proteína de prion; la ausencia de un ácido nucleico específico, con la capacidad de autoreplicarse y resistente a la mayoría de los medios de destrucción conocidos (calor, frío, ultravioleta, radiación, químicos).

Existen subtipos de la enfermedad: esporádica, genética, adquirida que incluye la iatrógena y la variante de ECJ. De acuerdo al subtipo se han asociado diferentes formas de adquisición de la enfermedad como mutación de la proteína PrP propia del huésped, transmisión persona-persona, transmisión por zoonosis, sin embargo en la mayoría de los casos se desconoce la causa. Todos los casos son progresivos y mortales.

5.3.2.5.3. DEMENCIA POST TRAUMÁTICA

De acuerdo a los criterios de DSM IV se define a la demencia postraumática como resultado de un efecto fisiopatológico directo de trauma cráneo encefálico, en el cual el grado y tipo de deterioro cognitivo dependerán de la localización y extensión de la lesión.

Suele no ser progresiva, excepto en el caso de traumatismos repetitivos como en la demencia pugilística (del boxeador) o del jugador de fútbol americano. Se desconoce la causa exacta de la demencia por TCE, pero se cree esta ligado al trauma en sí, con laceraciones, hematomas, hemorragias, infartos, fracturas y a los fenómenos asociados como hipoxia, edema, modificaciones del flujo sanguíneo y/o aumento de la presión

intracerebral. En la mayoría de los casos se ha encontrado daño axonal difuso asociado al momento de la necropsia.

Existen a nivel molecular cambios metabólicos asociados como oxidación, aumento del lactato y se ha llegado a comparar con efecto similares a los que se presentan en un ictus.

Los síntomas suelen presentarse más comúnmente en pacientes con coma prolongado o traumatismos repetitivos. Y pueden asociarse otras manifestaciones neurológicas motoras y sensitivas y en cambios en el estado de ánimo y afecto.

5.3.2.5.4. DEMENCIA CORTICO-BASAL

La degeneración corticobasal (DCB) es una enfermedad neurodegenerativa caracterizada por pérdida neuronal, gliosis y depósito de proteína Tau en la neocorteza, ganglios basales y talo cerebral.

Existen varios criterios diagnósticos aunque ninguno de ellos validados realmente, dado que la mayoría de ellos están basados en un consenso de expertos o revisión de casos. Se considera que los síntomas más característicos son la demencia con trastornos motores asimétricos, de predominio en extremidades superiores: apraxia, distonía, acinesia, rigidez, síndrome de la mano extraña o “alienígena” y pérdida sensorial. Menos de un tercio de los pacientes muestran mejoría inicial tras la administración de levodopa.

Los criterios de exclusión tomados en cuenta según Lang y col. son demencia temprana, parálisis supranuclear vertical, temblor en reposo, respuesta sostenida a levodopa, alteraciones autonómicas importantes o lesiones por imagen que indiquen otra patología.

5.3.3. Factores de riesgo

Primordialmente se destacan los estilos de vida, considerados como factores que desarrollan demencia tales como: el sobrepeso, bajo peso, hipertensión arterial, diabetes, dieta porque al igual que sucede con la farmacogenómica se señala que ciertos polimorfismos genéticos podrían modular el efecto sobre el deterioro cognitivo estimulación cognitiva, aunque existe mucha controversia entre ensayos controlados aleatorizados; sueño ya que investigadores de la universidad de Washington han comunicado que tanto el exceso, como el déficit de horas de sueño.

Entre los factores favorables están el normopeso entendido como un índice de masa corporal normal: 18.5-25, actividad física, relaciones sociales; el consumo de vino moderado sólo tiene efectos protectores en los individuos genéticamente no portadores del alelo E4 consumo de cafeína que se ha constatado que su consumo alto está asociado a una disminución del riesgo, especialmente en las mujeres.

El tabaquismo que todavía no muestra una asociación clara con en el incremento del riesgo de demencia.

La demencia acrecienta con la edad, según detalla la OMS los individuos de 60 a 74 años son considerados de edad avanzada, mientras que de 75 a 90 años viejos o ancianos y los que sobrepasan los 90 años se denominan grandes, viejos o longevos (23), pudiendo llegar a tener una posibilidad aumentada en 25 veces en pacientes de 90 años o más y comparados con pacientes de 65 a 69 años.

También existe mayor prevalencia en el sexo femenino, 1,6 veces más riesgo, sin determinarse la causa; sin embargo puede estar relacionado con hormonas propias de este género. El estado civil no se considera como factor de riesgo determinante, pero al estar relacionado el estado civil con depresión se lo puede considerarlo como factor. En un estudio realizado en Cataluña, España se encontró mayor prevalencia en casados superando a los solteros y viudos.

El bajo nivel de escolaridad que determina escasa actividad cerebral se relaciona con la aparición de la enfermedad, al parecer por una mayor predisposición de esclerosis cortical y degeneración amiloide, hechos que necesitan aún de mayor tiempo para esclarecerse.

Las enfermedades orgánicas también son incluidas en este estudio como factores de riesgo; la hipertensión arterial parece predecir la progresión a la demencia en adultos mayores con una forma específica de la deficiencia cognitiva en las funciones ejecutivas, pero no en aquellos con disfunción de la memoria.

La diabetes es un factor de riesgo tanto para la Enfermedad de Alzheimer como para la demencia vascular.

Los medicamentos a veces pueden causar reacciones o tener efectos secundarios que imitan la demencia que son parecidos a la demencia puede ocurrir como una reacción a un solo medicamento o como resultado de interacciones entre diferentes medicamentos. Pueden presentarse súbitamente o desarrollarse lentamente a través del tiempo, detectándose en la mayoría de los exámenes neuropsicológicos.

5.3.3. Manifestaciones Clínicas

Alteraciones de la memoria, lenguaje y afecto. Se trata de una enfermedad neurodegenerativa de curso progresivo, de manera característica los pacientes inician con alteraciones en la memoria, del lenguaje y déficit visual, no obstante alrededor del 20% de los pacientes no generan quejas en etapas iniciales, salvo dificultad para encontrar palabras, recordar nombres, problemas de organización y ubicación este cuadro puede confundirse con el deterioro cognitivo leve, que a pesar de tratarse de otra entidad nosológica, entre el 10 y 15% de estos pacientes pueden evolucionar a demencia por Alzheimer, cifra que se eleva hasta el 50% posterior a tres años de seguimiento, desde etapas tempranas también puede haber cambios en el estado de ánimo, depresión, ansiedad, cuando estos cambios de ánimo están presentes durante el deterioro cognitivo leve, hay mayor probabilidad de progresión a demencia por Alzheimer. En las guías de diagnóstico, se describe de manera didáctica 10 signos de alerta para pensar en Alzheimer:

1. Pérdida de la memoria
2. Dificultad para realizar tareas familiares
3. Problemas con el lenguaje
4. Desorientación en tiempo y espacio
5. Juicio empobrecido
6. Problemas con el pensamiento abstracto
7. Pérdida de cosas
8. Cambios en el ánimo o el comportamiento
9. Cambios en la personalidad
10. Pérdida de la iniciativa

5.3.4.1. Alteraciones neuropsiquiátricas y motoras

Conforme la enfermedad avanza se presentan apraxias y con ello la incapacidad funcional para las actividades cotidianas, como asearse y vestirse, puede haber desinhibición y agresividad, las alucinaciones son poco frecuentes y si se presentan el diagnóstico debe orientarse en otra dirección, sin embargo pueden desarrollar delusiones, entre ellas se ha descrito el síndrome de Capgras hasta en el 10% de los pacientes, donde generan la idea de que su cuidador ha sido sustituido por un impostor, paralelamente hay alteraciones en el patrón de sueño vigilia, síntomas motores extrapiramidales como rigidez y sacudidas mioclónicas, hasta una etapa final de mutismo y postración.

Al momento del diagnóstico los pacientes se pueden clasificar en dos categorías, en un extremo los pacientes que comienzan y en quienes predominan los síntomas

cognitivos y en otro extremo, los pacientes en quienes predominan los síntomas parkinsonianos, llegando ambos extremos a coincidir a medida que la enfermedad progresa.

1. ***Alteraciones cognitivas.*** En las primeras etapas de la enfermedad el deterioro de la memoria puede no ser evidente en Existe alteración en la atención, la función ejecutiva (planificación, priorización, secuenciación), problemas visoespaciales, inflexibilidad mental, perseverancia, intrusión. Una característica fundamental de la DCLw es la fluctuación en el rendimiento cognitivo.
2. ***Alteraciones motoras.*** Los pacientes suelen presentar rigidez simétrica y bilateral, bradicinesia, facies de máscara o falta de expresión facial, disminución del movimiento de los brazos durante la marcha, pasos cortos, tendencia a las caídas. El temblor en reposo es menos común en la DCLw que en la EP. Tienen una menor respuesta a levodopa que en pacientes con EP. Cerca del 80 % de los pacientes presentaran síntomas motores durante la progresión de la enfermedad.
3. ***Alteraciones neuropsiquiátricas.*** Las alucinaciones visuales son una de las principales características clínicas diferenciales de DCLw con otras demencias, estas alucinaciones suelen ser recurrentes, bien formadas, complejas y detalladas. Los pacientes pueden ver imágenes de personas o animales que reconocen, patrones de colores o formas, en ocasiones se

acompañan por delirios de naturaleza persecutoria. La presencia de alucinaciones con fluctuaciones en la atención puede llevar a confundirse con episodios de delirio.

Las alucinaciones auditivas pueden presentarse en menor número de pacientes, son elementales como el timbre de una puerta, pasos, personas hablando, etc. Otros síntomas son apatía, ansiedad y depresión.

4. *Trastornos del sueño.* Casi todos los pacientes con Demencia por cuerpos de Lewy presentan algún tipo de trastorno del sueño, incluyendo el síndrome de las piernas inquietas, trastornos de conducta del sueño REM, calambres nocturnos en las piernas, y apnea del sueño.

5. *Alteraciones autonómicas.* Existe una disfunción en el sistema autonómico cardiovascular a nivel posganglionar. Esta alteración cardíaca ocurre de forma precoz en la evolución de la enfermedad, incluso precede a la pérdida neuronal en los ganglios simpáticos, y es debida a la presencia de cuerpos de Lewy en el sistema simpático.

5.3.5. Diagnóstico

El diagnóstico, se determina de acuerdo a ciertos criterios, anteriormente los más utilizados a nivel internacional eran los del grupo de trabajo del National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (NINCDS- ADRDA), sin embargo para realizar

diagnóstico definitivo de Alzheimer de acuerdo a estos se requiere de estudio histopatológico, ante la necesidad de realizar diagnóstico precoz han surgido nuevas herramientas, menos invasivas como la obtención de biomarcadores en líquido cefalorraquídeo y suero, estudios de imagen cada vez más novedosos, pasando de la resonancia magnética al uso de la tomografía por emisión de positrones (PET). Por lo anterior los criterios diagnósticos han cambiado, utilizando desde abril de 2011 los criterios de la National Institute on Aging y la Alzheimer's Association (NIA).

5.3.5.1 Resonancia magnética

Se ha descrito disminución en el volumen del lóbulo temporal, particularmente en hipocampo y corteza entorrinal, el volumen del hipocampo se considera la mejor medida en relación a Alzheimer y es útil para predecir la conversión de deterioro cognitivo leve a Alzheimer

5.3.5.2 Tomografía por emisión de positrones

El uso de PET con trazadores para marcar el β amiloide ha sido eficaz para detectar los depósitos de placas, mismas que se generan antes del inicio de los síntomas, sin embargo, estas pueden estar presentes en ancianos sin Alzheimer, por lo que su uso debe combinarse con la detección de biomarcadores.

5.3.5.3 Biomarcadores

Desde el año 1996 inició la búsqueda de biomarcadores para el diagnóstico en la enfermedad de Alzheimer, los más estudiados son, los niveles en líquido cefalorraquídeo de la proteína A β -42 y las proteínas P-tau y T-tau.

5.3.6 Tratamiento

Anand, R, 2010, si bien no existen tratamientos para revertir o detener el progreso de la enfermedad, en la mayoría de los casos de demencia los pacientes pueden beneficiarse hasta cierto punto de tratamientos con medicamentos disponibles y de otras medidas tales como la capacitación cognitiva.

5.3.6.1. Tratamiento Farmacológico

5.3.6.1.1. Tacrina

Inhibidor de la colinesterasa. Los títulos de artículos como “el legado de la tacrina” o “la era postacrina” reflejan probablemente el paso importante que constituyó el desarrollo y la aprobación del medicamento. Poblaciones especiales: sexo: las concentraciones plasmáticas promedio de tacrina son aproximadamente 50% más altas en mujeres que en hombres. Indicaciones y uso: la tacrina está indicada en el tratamiento de la demencia en pacientes con enfermedad de Alzheimer de severidad leve a moderada. Contraindicaciones: la tacrina está contraindicada en pacientes con enfermedad hepática activa, en pacientes con úlceras gástricas o duodenales activas no tratadas y en aquellos que han demostrado una sensibilidad exagerada a los colinomiméticos. Precauciones: se pueden presentar elevaciones significativas de las

aminotransferasas, generalmente en ausencia de signos clínicos o síntomas. Los niveles de las transaminasas séricas (específicamente ALT/SGPT Y AST/SGOT) deben ser monitorizados cada dos semanas durante las primeras 12 semanas siguientes al inicio del tratamiento con tacrina. Eventos adversos que se presentaron por lo menos en 2% de los pacientes que recibieron tacrina: transaminasa elevadas, náuseas, vómito, diarrea, vértigo, cefalea, dispepsia, mialgia, anorexia, rinitis, dolor abdominal, erupción, agitación, confusión, insomnio, ataxia, fatiga, dolor torácico, constipación, depresión. Dosificación y administración: la dosis de la tacrina debe ser incrementada por el médico de acuerdo con la tolerancia individual del paciente, iniciando con 40 mg/día hasta alcanzar un máximo de 160 mg/día. En los ensayos clínicos, la suspensión abrupta de la tacrina o una reducción grande en la dosis total diaria (80 mg o más) resultó en reportes aislados de deterioro de la función cognitiva y trastornos del comportamiento.

5.3.6.1.2. Donepezil

Fue la segunda droga que obtuvo la aprobación. Tiene una vida media de 70 horas lo que permite una sola toma diaria. Se acopla a la acetilcolinesterasa con mayor avidez que a la butirilcolinesterasa. Contraindicaciones: está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad conocida al hidrocloreto de donepezil o a los derivados de la piperidina. Riesgos. Anestésicos: el donepezil es un inhibidor de la colinesterasa y puede prolongar la relajación muscular tipo succinilcolina durante la anestesia. Cardiovasculares: por su acción farmacológica como inhibidor de la colinesterasa puede producir efectos vagotónicos en la frecuencia cardíaca (bradicardia), este efecto es particularmente importante en los pacientes con “síndrome de seno enfermo” y con patologías cardíacas de la conducción supraventricular. Dosis y administración: la dosis

de donepezil que mostró ser efectiva en los ensayos clínicos controlados fue de 5 a 10 mg al día. Se aconseja iniciar el tratamiento con una dosis diaria de 5 mg e incrementar a 10 mg después de 6 semanas, según tolerancia. El donepezil debe ser consumido al anochecer, justo antes de descansar, y se puede tomar con o sin alimento. Presentación: tabletas por 5 y 10 mg.

5.3.6.1.3. Rivastigmina

Un inhibidor seudoirreversible de la acetilcolinesterasa, selectivo de la corteza y del hipocampo y cuyo metabolismo es independiente del citocromo P-450. La rivastigmina fue estudiada en los Estados Unidos en el marco de un amplio estudio de dosis máxima tolerada, multicéntrico, doble ciego, controlado contra placebo. Reacciones secundarias y adversas: en general los efectos adversos son leves o moderados y normalmente se resuelven sin intervención terapéutica. Los trastornos significativamente más frecuentes en pacientes tratados que en sujetos recibiendo placebo fueron los del sistema gastrointestinal (náuseas, vómito, diarrea, dolor abdominal, pérdida de apetito, dispepsia). Dosis: debe administrarse dos veces al día con el desayuno y con la cena. Dosis inicial: la dosis inicial de 3 mg/día deberá incrementarse individualmente en cada paciente a intervalos no menores de 2 semanas hasta alcanzar la dosis máxima tolerada o la dosis máxima recomendada de 12 mg/día. La dosis clave para la mejoría de los pacientes está entre 6 y 12 mg por día. Sin embargo en uno de tres estudios de fase III, se mostró la eficacia de dosis menores de 6 mg por día. Si se observan efectos adversos (por ejemplo náuseas, vómito, dolor abdominal, pérdida del apetito o disminución de peso durante el tratamiento), estos deberán tratarse

suprimiendo una o más dosis y si persisten, reduciendo la dosis diaria los niveles tolerados. Dosis de mantenimiento: 1,5 mg a 6 mg dos veces al día. Dosis máxima recomendada: 6 mg dos veces al día. Vía de administración: oral. Presentaciones: frascos en polietileno de alta densidad con 28 cápsulas de 1,5 mg (cápsulas de 3,0 mg, 4,5 mg, 6,0 mg).

5.3.6.1.4. Ginkgo Biloba

Indicaciones: envejecimiento e isquemia; déficit cognoscitivos de la edad: alteraciones de la memoria, del estado de vigilia, del humor y de la sociabilidad, disminución de la eficiencia intelectual; secuelas de accidentes cerebrovasculares o de traumatismos craneanos. Contraindicaciones: hipersensibilidad a sus componentes. Dosis diaria: 80 a 160 mg. Indicaciones: el Ginkgo Biloba está indicado en el tratamiento de los estados clínicos que cursan con deficiente perfusión sanguínea. Insuficiencia cerebral. Contraindicaciones y advertencias: no debe utilizarse cuando las arterias presentan alto grado de arteriosclerosis y hayan perdido su capacidad de respuesta. Presentaciones: tabletas de 40 mg, caja por 20 tabletas. Gotas: frasco de 25 ml (40 mg = 1 ml = 20 gotas). Ginkgo Biloba Forte: Tabletas de 80 mg, caja por 20 tabletas.

5.3.6.1.5. Clorhidrato de selegilina

Indicaciones: monoterapia en el tratamiento de pacientes con enfermedad de Parkinson en fase inicial y como coadyuvante en pacientes que reciben tratamiento con levodopa. Se puede administrar buscando un efecto neuroprotector en sujetos con

demencia (estudio controlado en asociación con el alfa-tocoferol). Contraindicaciones: contraindicado en pacientes con conocida hipersensibilidad al medicamento. No se debe administrar a pacientes con movimientos involuntarios anormales (discinesias), psicosis grave o demencia severa, úlcera péptica y otros trastornos extrapiramidales, hipotensión y arritmias cardíacas. Posología: 5 a 10 mg diarios (en la mañana). La hipotensión ortoestática se ha encontrado más frecuentemente en el grupo de ancianos tratado con 10 mg. Presentación: clorhidrato de selegilina, caja con 20 comprimidos de 5 mg.

5.3.6.1.6 Clorhidrato de Fluoxetina

Indicaciones terapéuticas: tratamiento de los síntomas de la enfermedad depresiva. Trastorno obsesivo-compulsivo. Contraindicaciones: hipersensibilidad a la fluoxetina. La fluoxetina no deberá administrarse a pacientes con insuficiencia renal grave. Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO): se debe respetar un intervalo de 5 semanas entre la suspensión de la administración de fluoxetina y la iniciación del tratamiento con un IMAO. En algunos casos se presentaron rasgos semejantes al síndrome neuroléptico maligno. Reacciones secundarias y adversas: astenia, fiebre, náusea, diarrea, sequedad de boca, pérdida de apetito, dispepsia, vómito, cefalea, nerviosismo, insomnio, son los efectos colaterales más frecuentes. Dosis y vía de administración: para administración oral únicamente en adultos. Depresión: Se recomienda una dosis de 20 mg/día. Presentaciones: caja con 14 cápsulas de 20 mg equivalentes a 20 mg de clorhidrato de fluoxetina. Caja con frasco de 70 ml con cucharita dosificadora graduada en 2,5 ml y 5 ml, equivalente a 20 mg/5 ml de clorhidrato de fluoxetina.

5.3.6.1.7. Sertralina

Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina. Indicaciones terapéuticas: tratamiento sintomático de la depresión y del trastorno obsesivo compulsivo. Contraindicaciones: hipersensibilidad conocida a la sertralina. Empleo concomitante con IMAO. Activación de manía/hipomanía: ocurren en aproximadamente 0,4% de los pacientes tratados con sertralina. Posología: 50 mg por la mañana son suficientes en muchos casos. Las dosis pueden ser aumentadas a 100 mg diarios. Presentaciones: tabletas de 50 mg en blister por 10 (y también tabletas por 100 mg). Agitación y agresividad: estas entidades han sido la mayor indicación de los neurolépticos en la enfermedad de Alzheimer. La agitación tiende a ser común y persistente a diferencia de los síntomas psicóticos los cuales tienden a ser moderadamente persistentes en el tiempo.

5.3.6.1.8. Haloperidol

Neuroléptico incisivo potente. Indicaciones: como agente neuroléptico en casos de síntomas y signos psicóticos en el paciente demente; estado confusional agudo, alcoholismo (síndrome de Korsakoff). Como agente psicomotor contra la excitación en casos de demencia. Contraindicaciones: estado de coma, depresión del sistema nervioso central (SNC) debido al alcohol o a medicamentos sedantes, enfermedad de Parkinson, hipersensibilidad conocida al haloperidol, lesiones de los ganglios basales. Dosificación y administración: en ancianos: se iniciará el tratamiento con dosis mucho más bajas que en adultos (del orden de 1 mg/día), con un aumento muy progresivo de la posología en función de la respuesta y tolerabilidad. Presentaciones: Caja por 20 tabletas de 5 mg.

Gotas: Frasco gotero por 20 ml, 2 mg/ml. Haloperidol forte: frasco gotero por 10 ml, 10 mg/ml (no se utilizará en el grupo de edad considerado).

5.3.6.1.9. Risperidone

Indicaciones: tratamiento de un amplio rango de alteraciones conductuales psicóticas en el paciente con demencia, con una especial efectividad sobre la agresividad. El risperidone está contraindicado en los pacientes con hipersensibilidad manifiesta al producto. Posología y administración: al cambiar de otros antipsicóticos a risperidone: en los casos médicamente convenientes se recomienda discontinuar el tratamiento anterior en forma gradual a la vez que se inicia la terapia con risperidone. Adultos: risperidone puede administrarse 1 a 2 veces al día. La dosis de risperidone debe ser titulada gradualmente iniciando con 0,5 mg en el paciente anciano. La dosis eficaz habitual es de 1 mg en ese subgrupo, siendo más frecuentes los efectos colaterales con la dosis de 2 mg. Reacciones adversas: con base en la amplia experiencia clínica, incluyendo terapia a largo plazo se sabe que el risperidone es generalmente bien tolerado. Comunes: insomnio, agitación, ansiedad, cefalea. La tendencia de risperidone a inducir síntomas extrapiramidales es más baja que la de los neurolépticos clásicos. Presentaciones: caja por 20 tabletas. Tabletas blancas de 1 mg, anaranjadas de 2 mg y amarillas de 3 mg.

6. MATERIALES Y MÉTODOS

6.1. TIPO DE ESTUDIO

El método que se utilizó en el desarrollo de la presente investigación es un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal.

6.2.ÁREA DE ESTUDIO

Esta investigación se realizó en el Centro del Día del Cantón Gonzanamá, ubicado en las calles Simón Bolívar entre Carlos Ojeda y 18 de Noviembre.

Anexo 1.

6.3.UNIVERSO Y MUESTRA.

Pacientes mayores de 60 años que acuden al servicio de atención en el centro del Día del Cantón Gonzanamá en el periodo de Mayo - Agosto 2015, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión, los mismos que fueron 150 personas.

6.4.CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Pacientes mujeres y varones mayores de 60 años.
- Pacientes con aceptación voluntaria a participar en el estudio y/o consentimiento y permiso de un familiar. Anexo 2.
- Pacientes que acuden al servicio del Centro del Día entre Mayo – Agosto 2015.

6.5.CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Pacientes mujeres y varones menores de 60 años.
- Pacientes sin aceptación voluntaria a participar en el estudio.
- Pacientes que acuden al servicio del Centro del Día fuera de los meses

Mayo – Agosto 2015.

6.6.TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se solicitó autorización al jefe de Servicio de atención y al director del Centro del Día para la realizar el presente estudio. Una vez obtenida la autorización y luego de firmar el consentimiento informado, a los pacientes se les asignará un número de acuerdo al orden que llegue, se procedió a llenar una hoja de recolección de datos, conjuntamente con el test de MINI-MENTAL y CODEX.

TEST MINI-MENTAL

La **Mini prueba del estado mental** (también llamado **Mini Examen del Estado Mental**, en Inglés **Mini-mental state examination** (por sus siglas **MMSE**)), es un método muy utilizado para detectar el deterioro cognitivo y vigilar su evolución en pacientes con alteraciones neurológicas, especialmente en ancianos. Su práctica toma únicamente entre 5 y 10 minutos, por lo que es ideal para aplicarse en forma repetida y rutinaria. (24,25).

Fue desarrollado por Marshal F. Folstein, Susan Folstein, and Paul R. McHugh en 1975 como un método para establecer el estado cognoscitivo del paciente y poder detectar demencia o delirium.

Indicación: Se trata de una escala psicométrica breve para evaluar el estado cognitivo de las personas.

Administración: Existen dos versiones, la versión de 30 y de 35 puntos.

MEC-30: Es igual en todo a la versión de 35 puntos, únicamente se han suprimido 2 ítems:

- Repetir tres números al revés, después de memorizarlos (0-3 puntos).
- Semejanzas (0-2 puntos).

MEC-35: La puntuación total máxima es 35.

En caso de tener que excluir preguntas por analfabetismo o por imposibilidad física de cumplir un ítem (por ej.: ceguera), es necesario calcular la puntuación total corregida.

Interpretación: Es necesario diferenciar entre pacientes de edad superior a 65 años y los de edad igual o inferior a 65. - Pacientes > 65 años, puntuación inferior a 23 es considerado anormal. - Pacientes no geriátricos, puntuación inferior a 27 es considerado anormal.

Anexo 6.

TEST CODEX

El profesor Joel Belmin, jefe del servicio de geriatría del Hospital Universitario Charles-Foix d'Ivry-sur-Seine, y su equipo diseñaron un test para detectar demencia en personas de edad avanzada en solo tres minutos.

Este test está destinado para ser aplicado por médicos generalistas, con el fin de detectar más rápido esta patología y poder orientar lo más pronto posible a las personas que tengan necesidad de una consulta sobre la memoria.

EL CODEX (abreviatura del inglés Cognitive Disorders Examination) es un test que

utiliza pruebas que ya existen, pero en este caso están simplificadas y asociadas. Suministra información sobre la causa de la demencia y los resultados no dependen del nivel sociocultural del paciente. El test puede ser utilizado por personas que lo sepan manejar bien y que tengan la posibilidad de efectuarlo.

Primera etapa del CODEX

En la primera etapa del test, se le pide al paciente que repita y memorice 3 palabras simples. Después se realiza el test del reloj simplificado. En una hoja de papel, donde hay un gran círculo, se le pide al paciente que escriba los números de las horas, de la misma forma que en la esfera de un reloj, y que dibuje las agujas indicando una hora específica. El test del reloj es normal si todas las cifras están representadas y en su sitio, si las agujas grande y pequeña están identificadas y si la hora específica está correctamente dibujada. El test es anormal si uno de estos datos no es correcto.

En la última parte de esta primera etapa, el paciente debe repetir las 3 palabras que memorizó al principio. Un olvido es considerado como anormal. Si los dos test son normales, el riesgo de comienzo de demencia es muy débil. Si los dos test son anormales, la probabilidad de demencia es más grande. Un estudio más completo de memoria es imprescindible.

Segunda etapa del CODEX

Si uno de los 2 test es anormal y el otro normal, hay que pasar a la segunda etapa del CODEX. En esta etapa se le hacen 5 preguntas al paciente: ¿en qué hospital

estamos?, ¿en qué ciudad?, ¿en qué provincia?, ¿en qué región? y ¿en qué piso? Cada respuesta correcta representa un punto. Una puntuación de 4 o 5 puntos permite evaluar que los riesgos de demencia son débiles. Una puntuación inferior a 4 indica un riesgo de demencia elevado, por lo que una consulta de memoria es imprescindible. Anexo 4.

Se realizó observación indirecta por la recolección de datos ya registrados en las historias clínicas por medio de un formulario de recolección de datos. Anexo 5.

Se dividió a los pacientes en dos grupos: A: pacientes de sexo femenino; y, B pacientes de sexo masculino.

Terminado el procedimiento se instauró un seguimiento durante el tiempo que se encuentren hospitalizados.

Luego se registró la información en los formularios de recolección de datos incluyendo todas las historias clínicas que cumplan los criterios de inclusión.

Ya cumplida la recolección de la muestra deseada, se procedió al análisis de los mismos, previa su tabulación en Microsoft Office Excel.

6.7. PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS

Para analizar los resultados obtenidos de la recolección de datos se utilizó el consentimiento informado, Anexo 4; además técnicas de estadística descriptiva, para ello se implementó cuadros de distribución de frecuencia, porcentajes, diagramas de barras lo que permitió una presentación sencilla y ordenada.

7. RESULTADOS.

7.1.ANÁLISIS DE RESULTADOS

Tabla 1: Tasa de prevalencia de demencia senil, en adultos mayores, atendidos en el “Centro del día del Cantón Gonzanamá, durante el periodo Mayo-Agosto 2015”.

DISTRIBUCIÓN	DESCRIPCIÓN	ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA
Nº de pacientes atendidos	150	100%
Adultos mayores con demencia senil	05	3,33%
Adultos mayores sin demencia senil	145	96,66%
TOTAL	150	100%

Fuente: Historias Clínicas “Centro del día del Cantón Gonzanamá, durante el periodo Mayo - Agosto 2015”

Elaborado: Edgar Miguel Luna Salinas

Gráfico 1.



Fuente: Historias Clínicas “Centro del día del Cantón Gonzanamá, durante el periodo Mayo-Agosto 2015”

Elaborado: Edgar Miguel Luna Salinas

Del número total de pacientes adultos mayores atendidos fue el 100%, el 3,33% de pacientes presentan la patología de demencia senil, y el 96,66% de pacientes restantes no presentan demencia senil.

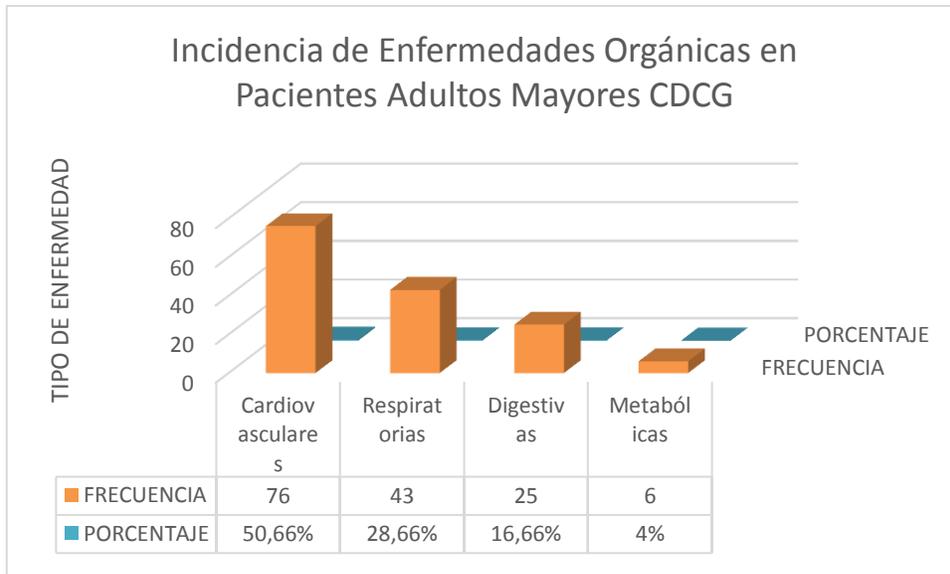
Tabla 2. Incidencia de Enfermedades Orgánicas de pacientes de adultos mayores en el “Centro del día del Cantón Gonzanamá, durante el periodo Mayo - Agosto 2015”.

TIPO DE ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cardiovasculares	76	50,66%
Respiratorias	43	28,66%
Digestivas	25	16,66%
Metabólicas	6	4%
TOTAL	150	100%

Fuente: Historias Clínicas “Centro del día del Cantón Gonzanamá, durante el periodo Mayo - Agosto 2015”

Elaborado: Edgar Miguel Luna Salinas

Gráfico 2.



Fuente: Historias Clínicas “Centro del día del Cantón Gonzanamá, durante el periodo Mayo – Agosto 2015”

Elaborado: Edgar Miguel Luna Salinas

De acuerdo a los resultados analizados de los pacientes adultos mayores del Centro de Día del Cantón Gonzanamá, 76 pacientes que representan el 50,66% presentan enfermedades cardiovasculares, 43 pacientes que representan el 28,66% enfermedades respiratorias y 6 pacientes 4% con enfermedades metabólicas.

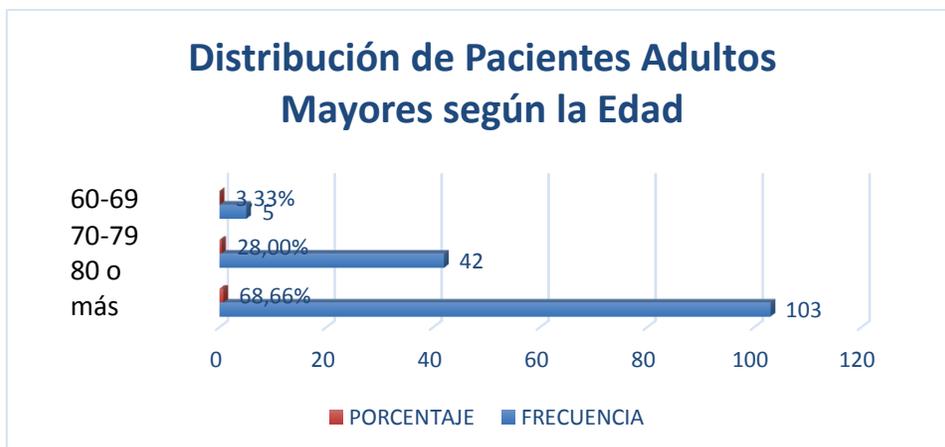
Tabla 3. Distribución de pacientes de adultos mayores según la edad, atendidos en el “Centro del día del Cantón Gonzanamá, durante el periodo Mayo – Agosto 2015”.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
60-69	103	68,66%
70-79	42	28,00%
80 o más	05	3,33%
TOTAL	150	100%

Fuente: Historias Clínicas “Centro del día del Cantón Gonzanamá, durante el periodo Mayo – Agosto 2015”

Elaborado: Edgar Miguel Luna Salinas

Gráfico 3.



Fuente: Historias Clínicas “Centro del día del Cantón Gonzanamá, durante el periodo Mayo - Agosto 2015”

Elaborado: Edgar Miguel Luna Salinas

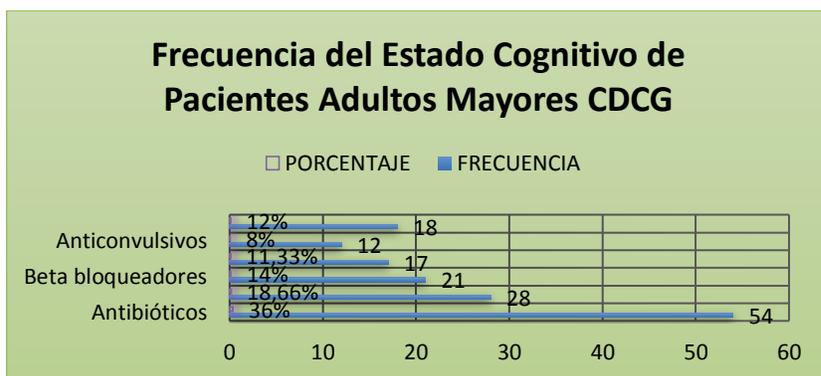
De acuerdo a la edad tenemos 68,66% pacientes adultos mayores de 60 a 69 años de edad, 28% pacientes adultos mayores de 70 a 79 años de edad y 3,33% pacientes adultos mayores de 80 o más años de edad.

.Tabla 4. Frecuencia del Estado Cognitivo realizado a través del test de CODEX y MINIMENTAL en pacientes adultos mayores en el “Centro del día del Cantón Gonzanamá, durante el periodo Mayo - Agosto 2015”.

ESTADO COGNITIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Normal	84	56%
Deterioro Cognitivo Leve	53	35,33%
Deterioro Cognitivo Moderado	8	5,33%
Deterioro Cognitivo Grave	5	3,33%
TOTAL	150	100%

Fuente: Historias Clínicas “Centro del día del Cantón Gonzanamá, durante el periodo Mayo - Agosto 2015”

Elaborado: Edgar Miguel Luna Salinas

Gráfico 4.

Fuente: Historias Clínicas “Centro del día del Cantón Gonzanamá, durante el periodo Mayo - Agosto 2015”

Elaborado: Edgar Miguel Luna Salinas

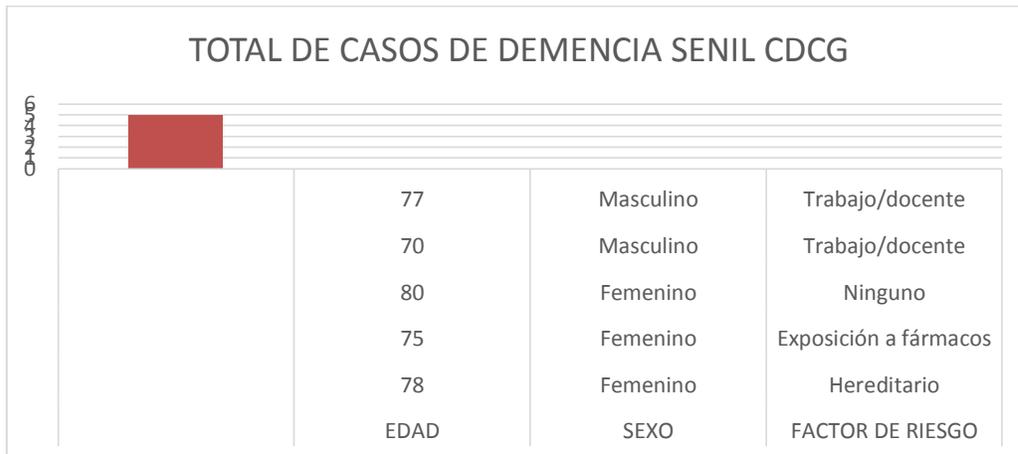
De acuerdo a la frecuencia del estado cognitivo tenemos que: 56% de pacientes tiene un estado cognitivo normal, 35,33% de los pacientes tiene un estado cognitivo leve, 5,33% de pacientes tiene un estado cognitivo moderado y 3,33% de los pacientes tiene un estado cognitivo grave.

Tabla 5. Casos de demencia senil encontrados en el Centro de Día del Cantón Gonzanamá, en el periodo Mayo – Agosto 2015.

CASOS ENCONTRADOS	EDAD	SEXO	FACTOR DE RIESGO
1	78	Femenino	Hereditario
1	75	Femenino	Estado Civil/Viuda
1	80	Femenino	Ninguno
1	70	Masculino	Trabajo/docente
1	77	Masculino	Trabajo/docente
TOTAL	5		

Fuente: Historias Clínicas “Centro del día del Cantón Gonzanamá, durante el periodo Mayo - Agosto 2015”

Elaborado: Edgar Miguel Luna Salinas

Gráfico 5.

Fuente: Historias Clínicas “Centro del día del Cantón Gonzanamá, durante el periodo Mayo – Agosto 2015”

Elaborado: Edgar Miguel Luna Salinas

De los cinco casos encontrados con Alzheimer 3 de ellos son de sexo femenino en edades de los 70 y 80 años a diferencia de los 2 restantes que corresponden al sexo masculino en edades de 70 y 77 años de edad. El factor a considerar de mayor incidencia es el de trabajo de docencia.

7.2.DISCUSIÓN.

A continuación analizaremos los resultados.

En la presente investigación se lograron recabar un total de 5 pacientes con demencia senil de entre los 150 adultos mayores atendidos durante el periodo Marzo – Julio del año 2015 abarcando con eso todo el universo como fue planeado.

Cabe señalar que la información epidemiológica acerca de la demencia en nuestra región es escasa y especialmente cuando se refiere a su frecuencia en la

población adulta mayor. Investigación realizada en el Hospital José Carrasco Arteaga de Cuenca en su programa de asistencia a la tercera edad nos dice que el 17% de los adultos mayores padecieron demencia en el año 2012.

Por lo tanto la prevalencia de demencia en pacientes adultos mayores encontrada en el presente estudio es un porcentaje considerable en nuestro medio representando el 3,33% de los pacientes. Más de la mitad de lo que se considera internacionalmente y la cuarta parte de lo considerado en nuestra región. Lo cual nos señala que la tasa de prevalencia encontrada es muy baja con respecto a lo encontrado en otros estudios y opiniones de profesionales de la salud.

Además es vital señalar que los resultados obtenidos están sujetos al diagnóstico de los pacientes cuando han sido atendidos en el Centro del Día del Adulto Mayor del Cantón Gonzanamá, por lo cual presumimos que el sub diagnóstico es grande porque la mayoría de pacientes consultan por una patología orgánica y casi siempre se deja de lado la parte substancial psicológica del paciente.

La enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia (hasta 70% de los casos), que puede también ser provocado por enfermedades vasculares. Según el informe de la Organización Mundial de la Salud, el primero sobre la demencia, actualmente hay cada cuatro segundos un nuevo caso de demencia en el mundo. En 2050 debería haber un nuevo caso cada segundo.

En la presente investigación los tipos de demencia identificados en los registros clínicos fueron: Demencia tipo Alzheimer con 100%. Lo cual concuerda con la información global acerca de que la Enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia.

Acerca de las enfermedades orgánicas identificadas en nuestro estudio fueron muy numerosas y variadas. Unos de los principales resultados es que todos los pacientes presentaron más de una con morbilidad, lo cual es un resultado esperado en un grupo de pacientes de edad avanzada que de por sí ya tienen una enfermedad crónica de base que es la Demencia.

Se detallan las enfermedades orgánicas más frecuentes que presentaron los pacientes diagnosticados de demencia: Hipertensión arterial sistémica con un porcentaje del 60% y Neumonía con un 40 %.

Un estudio realizado en México 2011 en el Hospital Juárez en pacientes geriátricos la prevalencia de demencia fue de 3.5 % en los adultos de 60 años de edad o mayores; 1.2 % en el sexo masculino y 2.3 % en el femenino ($p < 0.015$).

Los pacientes adultos mayores diagnosticados de demencia en el Centro del Día del Cantón Gonzanamá, son tanto mujeres como hombres con el predominio del sexo femenino de 3 pacientes que representa 60%. Siendo adultos mayores su rango de edad iniciada desde los 60 años, alcanzando la edad máxima de 95 años; su media aritmética de edad es de aproximadamente 77.5 años. En general puede decirse que aumentan los

casos al aumentar la edad; sin embargo como son pacientes de edad avanzada con múltiples comorbilidades es de suponer que en las edades más extremas hay pocos pacientes por su alta morbi-mortalidad.

La Unidad de Epidemiología Neuropsiquiátrica de la Universidad de Gotemburgo (Suecia), realizó un seguimiento a 800 mujeres suecas nacidas entre 1914 y 1930 durante un periodo de aproximadamente 40 años; encontrándose que factores comunes de estrés psicosocial comunes pueden tener consecuencias severas y prolongadas tanto de tipo fisiológico como de tipo psicológico, ponen sobre la mesa una estrecha relación entre el número de estresores que sufre una persona en la mitad de su vida y sus posibilidades de sufrir demencia décadas después. Se encontraron 19 factores estresantes comunes, como haberse divorciado, haberse quedado viuda, tener algún familiar con enfermedades mentales, sufrir problemas en el trabajo o necesitar ayuda social del estado; demostrándose que un 25% de la muestra reconoció experimentar uno de esos factores estresantes en su vida, mientras que el porcentaje de quienes tenían más de cuatro molestias de cabeza importantes en sus vidas ascendía al 16%.

El problema más frecuente citado por las mujeres fue tener un pariente cercano aquejado de un trastorno psiquiátrico, que concommitante nos cuestiona abordar integralmente estas afecciones.

En el presente estudio sobre si realizan un trabajo para su sustento, 60% realizaban algún tipo de trabajo. Es importante decir que las únicas actividades que estuvieron registradas en las historias clínicas fueron: docentes y quehaceres domésticos.

Las cuales son eminentemente físicas, pero sin descartar que tengan problemas en sus funciones cognitivas como por ejemplo la memoria. Concluyendo que el trabajo o actividad laboral si implica como un factor de riesgo para desarrollar demencia.

8. CONCLUSIONES:

- La tasa de prevalencia de demencia senil en adultos mayores atendidos en el Centro del Día del Cantón Gonzanamá en el periodo mayo - agosto del año 2015 fue de 5 casos por cada 100 adultos mayores, tanto mujeres como hombres con predominio del sexo femenino con 60% en relación a 40% de los hombres.
- Los pacientes revisados en el historial clínico con diagnóstico de demencia senil se encontraron sobre el punto de corte de los 60 años de edad, la media aritmética de edad fue de 77.5 años con una desviación estándar de 9.47 años de

edad, el intervalo de clase que más pacientes registró fue de 80 - 90 años. La actividad laboral de docente también está implicado con 60%

- El principal subtipo de demencia encontrado en los pacientes que se hacen atender en el centro del Día del adulto Mayor del Cantón Gonzanamá fue: Demencia Tipo Alzheimer con un 100%

9. RECOMENDACIONES:

Las recomendaciones o sugerencias que consideramos oportuno plantear entorno a la problemática que se ha investigado, son las siguientes:

- Concienciar y mejorar las actitudes del personal de salud para examinar a todo paciente de manera holística pensando en todos sus aspectos, no solo la rama física y biológica sino también en la rama psicológica y ambiental del paciente.
- Mejorar la estrategias hospitalarias para optimizar la calidad de información de los registros clínicos de manera que sean lo más completo posible, porque en

base a estos se realizan constantemente trabajos de investigación que son significativos para generar información de nuestro medio en el que laboramos y mejorar nuestros conocimiento locales.

- Trabajar más a fondo en esta rama de trabajos de investigación sobre enfermedades de la cuales no existen datos epidemiológicos exactos en nuestro medio, además de seguir trabajando en base a los resultados obtenidos para poder realizar saberes más complejos de carácter analítico y experimental.

10. BIBLIOGRAFÍA:

- ❖ Aguilar E, Barragán G, Cadena M, Carvajal A, et al. Política de salud mental para el buen vivir. 2011. 75 (9): 775–795.
- ❖ Alanís Gerardo, Garza Jessica, González Andrés. Prevalencia de demencia en pacientes geriátricos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2013; 46 (1): 27-32
 Disponible en:
http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=1000:prevalencia-de-demencia-en-pacientesgeriatricos&Itemid=614.

- ❖ Actividad física, función física y la incidencia de demencia en hombres de edad avanzada: La Honolulu-Asia Aging Estudio, content/63/5/529.
- ❖ Calvó, L. Características clínicas y demográficas de los casos de demencia diagnosticados en la Región Sanitaria de Girona durante el período 2007-2010: datos del Registro de Demencias de Girona. REV NEUROL 54 (7):399-406. España 2012.
- ❖ Casos de demencia en el mundo se triplicaran para el 2050 (OMS). Publicado en el Diario EL COMERCIO Quito, 14 de abril 2012.
- ❖ C. Brayne C, McCracken, and F. E Matthews Cohort Profile: The Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (CFAS) Int. J.Epidemiol.,October 1, 2014;35(5):1140-1145.
- ❖ Centro Investigación Biomédica en Red Enfermedades Neurodegenerativas. La calidad de vida de las personas con demencia es fundamental.
- ❖ Cristina G. El estrés abre la puerta a la demencia. Salud Neurociencia. Madrid, 2013.
- ❖ Cullen B, O'Neill B, Evans JJ, Coen RF, Lawlor BA (August 2012). "A review of screening tests for cognitive impairment". Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry 78 (8): 790–9.
- ❖ Cuesta, Jesús de Pedro. Centro Investigación Biomédica en Red Enfermedades Neurodegenerativas. Prevalencia de la Demencia en España 2013.

- ❖ DORR ZEGERS, Otto. Aspectos fenomenológicos y éticos del envejecimiento y la demencia. Rev. méd. Chile. [online]. ene. 2012, vol.133,no.1, p.113-120.
- ❖ Fernández M, Castro J, Pérez de Las Heras S, Mandaluniz A, GordejuelaM, Zarranz JJ. Risk factors for dementia in the epidemiological study ofMunguialde County (Basque Country-Spain). BMC Neurol.2011 Oct15;8:39.
- ❖ García, F. Prevalencia de demencia y de sus subtipos principales en sujetos mayores de 65 años: efecto de la educación y ocupación. Estudio Toledo. ELSEVIER. 116 (11). España 2011.
- ❖ Garre J. Criterios diagnósticos de demencia a las puertas del cambio del paradigma. Girona, 2012.
- ❖ González L. Prevalencia de demencia en adultos mayores de la ciudad de México. IAAM-DF (Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal). México 2012.
- ❖ Hyvet, investigators; Burch; Fletcher; Bulpitt (August 2012). "Incident dementia and blood pressure lowering in the Hypertension in the Very Elderly Trial cognitive function assessment (HYVET-COG): a doubleblind, placebo controlled trial". Lancet Neurol 7 (8): 683–9.
- ❖ Kaplan &Sadock Manual de Bolsillo de PsiquiatriaClinica. Virginia A. Sadock, Benjamin J. Sadock. . Quinta edición. New York University School of Medicine. 2011.
- ❖ La hipertensión arterial y demencia. O Hanon, Seux ML, H Lenoir, Rigaud AS, Forette Broca F. Hospital, Cochin CHU de Port-Royal, Universidad René Descartes, París V, disponible en:www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1455898
- ❖ Llibre, J. Síndrome demencial y factores de riesgo en adultos mayores de 60 años

- residentes en La Habana . REV NEUROL 29 (10):908-911.Cuba 2011.
- ❖ Lopera R. Francisco, Tréllez Jorge. "Demencia y enfermedad de Alzheimer". Fundamentos de Medicina. Cuarta Edición. Colombia. Fondo. Editorial CIB 2014. Pág. 70-71. ISBN: 958-9400-76-0
 - ❖ Lowenstein, Daniel; Martin, Joseph; Hauser, Stephen. 361. Estudio del paciente con enfermedades neurológicas. En: Fauci, Braunwald, Longo. Harrison, Principios de Medicina Interna. Tomo 2. 2011 p 2484-2489 ISSN 978-970-10-6788-8
 - ❖ Mejía, S. Deterioro cognoscitivo y factores de riesgo asociados en adultos mayores en México. Scielo 69 (11). México 2012.
 - ❖ Menéndez, Manuel; Martinez M, FernandezBenjamin y otros. Estilo de vida y riesgo para padecer demencia. Medpub Journals. Vol.7 N°3:1. 2011.
 - ❖ Moncayo, J. Las enfermedades neurológicas en el Ecuador: Un llamado a la acción. Rev. Ecuatoriana de Neurología [editorial] 2011; volumen 16, número 1.
 - ❖ Muñoz, Dolores; Mestre Monserrat; Esquis Neus; et al. Demencia y Género: una perspectiva desde la atención primaria. Alzheimer Real Invest. Demenc. 2013;54:5-13.
 - ❖ National Institute of Neurological Disorders and Stroke. "Demencias: Esperanza en la investigación", NINDS. Marzo 2013.
 - ❖ Organización Panamericana de la Salud. Ecuador: celebración del día mundial de salud mental. 2013.
 - ❖ Quintanar A, Anàlisis de la calidad de vida en adultos mayores del municipio de Tetepango, Hidalgo. Mèxico 2013.
 - ❖ Raina P, Santaguida P, Ismaila A, et al. (March 2008). "Effectiveness of cholinesterase inhibitors and memantine for treating dementia: evidence review

- for a clinical practice guideline". *Annals of Internal Medicine* 148(5): 379–97
- ❖ Rocha G, Arévalo M, Céspedes M, Aguilar J. Demencia senil. *Revista paceña de medicina familiar*. 2011.
 - ❖ Rodríguez Constantín, Alejandro, Couso Seoane, Clemente, Orozco González, María Iluminada et al. Factores de riesgo asociados a la demencia degenerativa en pacientes geriátricos. *Rev Cubana Med Gen Integr*. [online]. mar.-abr. 2012, vol.19, p.0-0.
 - ❖ Slachevsky & Oyarzo. Las demencias: historia, clasificación y aproximación clínica, en *Tratado de Neuropsicología Clínica*. 2012 Buenos Aires, Argentina.
 - ❖ Slachevsky & Oyarzo. Las demencias: historia, clasificación y aproximación clínica, en *Tratado de Neuropsicología Clínica*. Librería Akadia editorial; Buenos Aires, Argentina (2013).
 - ❖ Shub, Denis; Kunik, Mark E (April 16, 2009). "Psychiatric Comorbidity in Persons With Dementia: Assessment and Treatment Strategies". *Psychiatric Times* 26 (4).
 - ❖ Shub, Denis; Kunik, Mark E (April 16, 2013). "Psychiatric Comorbidity in Persons With Dementia: Assessment and Treatment Strategies". *Psychiatric Times* 26 (4).
 - ❖ Villalpando, Juan. Demencias. *Geriatría Editorial: El Manual Moderno*. México 2013.
 - ❖ Weitingh MD, Bossuyt PM, Van Crevel H. Reversible dementia: more than 10% or less than 1%? A quantitative review. *JNeurol* 1995; 242: 466-71. Fadil, H.,

Borazanci, A., Haddou, E. A. B.,Yahyaoui, M., Korniychuk, E., Jaffe, S. L.,
Minagar, A. (2013). "Early Onset Dementia".International Review of
Neurobiology. International Review of Neurobiology 84: 245–262

ANEXOS:

Anexo N° 1. Autorización para permiso de Estudio de Campo.


UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACION CARRERA DE MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro. 01647 - CCM-ASH-UNL

PARA: Ing. Paulo Herrera
RESPONSABLE DEL CENTRO DEL DIA DEL CANTON GONZANAMA

DE: Dr. Patricio Aguirre Aguirre.
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 15 de junio del 2015

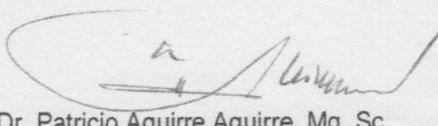
ASUNTO: Solicitar autorización para desarrollo de trabajo de investigación

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que el **Sr. Edgar Miguel Luna Salinas**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, pueda obtener información en el Centro de su acertada dirección, información que le servirá para el desarrollo de su trabajo de investigación denominado **"DETERMINACION DE LA PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE DEMENCIA SENIL EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL DIA DEL CANTON GONZANAMA"**, trabajo que lo realizará bajo la supervisión del Dr. Germán Vélez Reyes, Catedrático de esta institución.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional

Atentamente,


 Dr. Patricio Aguirre Aguirre, Mg. Sc.
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA



 GOBIERNO AUTÓNOMO MUNICIPAL
 CANTÓN GONZANAMA
 22 JUN 2015
 SECRETARÍA GENERAL
RECIBIDO

G.Rey
c.c.: Archivo

Anexo N° 2. Permiso para Estudio de Campo.

G GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO
DEL CANTÓN GONZANAMÁ



Gonzanamá - Loja - Ecuador

Oficio. Nro. 296 - A - GADM-G
Gonzanamá, 23 de Junio de 2015

Doctor
Patricio Aguirre Aguirre
**COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE LA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**
Loja.-

De mi consideración:

Con un atento y cordial saludo, me dirijo a usted para desearte el mejor de los éxitos en el desarrollo de sus labores diarias.

En atención a su comunicación, de fecha 15 de junio de 2015 y recibida en este despacho, el 22 de junio de 2015, me permito hacerle conocer que el Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del cantón Gonzanamá, al cual represento autoriza para que el Sr. Edgar Miguel Luna Salinas, Estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, desarrolle su trabajo de Investigación en el Centro de Día del Cantón Gonzanamá.

Particular que le informo para fines legales pertinentes, con sentimientos de consideración y estima me suscribo.

Atentamente,


Ing. Paulo Herrera Rojas
ALCALDE DEL CANTÓN GONZANAMÁ

cc/ archivo
PPHR/jmac



Anexo N° 3. Certificación de Inglés.



**UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL "PADRE
JORGE ABIATAR QUEVEDO FIGUEROA"**

Comunidad de Madres Dominicanas de Enseñanza de la Inmaculada Concepción
Resolución 001-15 del 28 de julio del 2015



Licenciado.

Jorge Luis León.

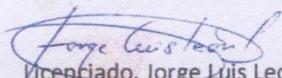
**DOCENTE DEL ÁREA DE LENGUA EXTRANJERA DE LA UNIDAD EDUCATIVA "JORGE
ABIATAR QUEVEDO FIGUEROA"**

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma Español al idioma Inglés del resumen para el trabajo de Titulación denominado: **"DETERMINACIÓN DE LA PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE DEMENCIA SENIL EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL DÍA DEL CANTÓN GONZANAMÁ, EN EL PERIODO MARZO – JULIO 2015"**, de autoría de **LUNA SALINAS EDGAR MIGUEL**, estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifico en honor a la verdad y autorizo al interesado hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Gonzanamá, 20 de julio del 2016



Licenciado. **Jorge Luis León**

**DOCENTE DEL ÁREA DE LENGUA EXTRANJERA DE LA UNIDAD EDUCATIVA "JORGE
ABIATAR QUEVEDO"**



Dirección: Calle 24 de Mayo entre Bolívar y Guillermo Bravo

Anexo N° 4. Consentimiento Informado.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

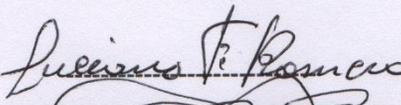
DETERMINACIÓN DE LA PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE
DEMENCIA SENIL EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL DÍA DEL
CANTÓN GONZANAMÁ, EN EL PERIODO MARZO – JULIO 2015.

FECHA: 25-06-2015
NOMBRE: Luisico Florendino
EDAD: 89 a HCL: -----

Autorizo participar en el estudio de investigación de la determinación de la prevalencia y factores de riesgo de demencia senil en adultos mayores que se realizara en este Centro del Día.

Aceptando las circunstancias en las cuales se aplica y consciente de los beneficios, así como de las posibles complicaciones y riesgos que esta conlleva, siendo supervisado en todo momento el procedimiento por médicos, el responsable del estudio; y teniendo todo el derecho de retirarme voluntariamente en el momento que sea, de dicho estudio sin que esto afecte a la atención hacia mi persona y mi patología.

FIRMA DE AUTORIZACIÓN.


PACIENTE O REPRESENTANTE

Anexo N° 5. Instrumento Técnico.

5. FÁRMACOS

- ANTIPSIÓTICOS
- CORTICOIDES
- ANTIBIÓTICOS
- ANSIOLÍTICOS
- ANTICOLINÉRGICOS
- ANTICONVULSIVOS
- ANTIDEPRESIVOS
- BRONCODILATADORES

6. TIPO DE DEMENCIA

- DEGENERATIVAS
- VASCULARES
- INFECCIOSAS
- METABÓLICAS O NUTRICIONALES
- TÓXICAS
- NEOPLÁSICAS
- ETIOLOGÍA MÚLTIPLE
- NO ESPECIFICADA.

Ninguna.

Anexo N° 6. Test de Codex y Test Minimental.

TEST DE CODEX

TAREA	INSTRUCCIONES	PUNTUACIÓN
Fluidez verbal semántica	Nombres de frutas en 30 s	10 /10
Fluidez verbal fonológica	Palabras que empiecen por la letra 'f' en 30 s	05 /10
Denominación a definiciones	¿Dónde ponen los huevos los pájaros? / ¿Qué alimento producen las abejas? / ¿Dónde se conservan fríos los alimentos? / ¿Dónde se mira uno si quiere verse a sí mismo? / ¿Con qué utensilio se abren las botellas? / ¿Dónde se compran los medicamentos? / ¿Cómo se llama el animal que tiene un cuello muy largo? / ¿Dónde miramos la fecha que es? / ¿Dónde se apoya la cabeza en la cama? / ¿Con qué se baren los suelos? /	09 /10
Denominación de objetos	¿Qué es esto? Botón Hombro Ojal Codo Manga (de bata o camisa) Muñeca Cuello (de bata o camisa) Ceja Bolsillo (de bata o camisa) Párpado	07 /10
Fluidez verbal de nombres propios	Nombres de deportistas de este país que estén en activo (en 30 s). Nombres de actores o actrices de este país que estén en activo (en 30 s).	02 /5 03 /5
Denominación de nombres propios	¿Cómo se llama...? el Papa actual / la princesa de Asturias el presidente de Estados Unidos el alcalde de Gonzanamá / el presidente del Ecuador el presidente de liga deportiva el líder de la oposición del país el presidente de Colombia el nombre del párroco / el presidente de Venezuela /	07 /10
Recuerdo inmediato de una lista de palabras	Recuerdo de la lista de la compra: Arroz Bombilla Café Tomate Queso Jabón Ceñillas Salmón Sal Cerveza	08 /10
Recuerdo inmediato de los datos de una persona	Presentación de un amigo: Se llama Alberto Vive en París Tiene 41 años Tiene tres hijos Trabaja en un banco Su padre era militar Su comida favorita es la pasta Su afición preferida es coleccionar sellos Le gusta jugar al tenis No tiene coche, pero conduce una moto ¿Qué recuerda de mi amigo?	10 /10
Recuerdo demorado de la lista de palabras Recuerdo demorado de los datos de una persona	¿Cuántas cosas recuerda de la lista de la compra? . ¿Cómo se llama mi amigo? ¿Qué profesión tenía su padre? ¿Dónde vive? . ¿Cuál es su comida favorita? ¿Cuántos años tiene? . ¿Cuál es su afición preferida? ¿Cuántos hijos tiene? . ¿Qué deporte practica? ¿En qué trabaja? . ¿Qué vehículo conduce?	08 /10
Puntuación total		10 /100

PUNTUACIONES:

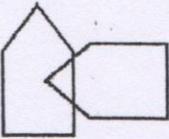
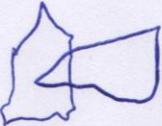
DIAGNÓSTICO	PUNTUACIONES
NORMAL	90-100
DETERIORO COGNITIVO LEVE	70-89
DETERIORO COGNITIVO MODERADO	50-69
DETERIORO COGNITIVO GRAVE	< 49

INSTRUCCIONES:

- a. Durante 30 s me va a decir nombres de frutas. Dígame todas las frutas que recuerde (al finalizar los 30 s o cuando llegue a diez nombres se detiene la prueba). Se anota un punto por cada fruta hasta un máximo de 10.
- b. Durante 30 s me va a decir palabras que empiecen por la letra 'f'. No valen nombres de personas ni de lugares (al finalizar los 30 s o cuando llegue a diez nombres se detiene la prueba). Se anota un punto por cada fruta hasta un máximo de 10.
- c. Me va a responder a unas preguntas que le voy a hacer. Se anota un punto por cada respuesta correcta.
- d. Le voy a mostrar algunos objetos para que me diga su nombre. Se anota un punto por cada respuesta correcta. Si responde con términos genéricos (por ejemplo, si dice ojo en vez de párpado), se le especifica lo que queremos que nombre (por ejemplo, me refiero a la piel que cubre el ojo).
- e. Me va a decir nombres de deportistas en activo en este país. Se anota un punto por cada deportista hasta un máximo de cinco. Ahora me va a decir nombres de actores o actrices en activo en este país. Se anota un punto por cada actor/actriz hasta un máximo de cinco.
- f. Me va a decir cómo se llaman las siguientes personas. Se anota un punto por cada respuesta correcta.
- g. Le voy a leer la lista de la compra. Preste atención porque luego me la tiene que repetir. Se lee la lista de manera lenta y clara dejando unos dos segundos entre cada palabra, y a continuación se le dice: A ver cuántas cosas de la lista recuerda. Se anota un punto por cada palabra recordada.
- h. Ahora le voy a hablar de un amigo que conozco desde hace años. Escúcheme con atención. Se lee toda la información y a continuación se le pregunta: Dígame todo lo que recuerde de mi amigo. Se anota un punto por cada información recordada.
- i. ¿Recuerda la lista de la compra que le leí antes? A ver cuántas cosas recuerda de la lista. Dígame todas las cosas que tenía que comprar. Se anota un punto por cada palabra recordada. No hay límite de tiempo, se le deja hasta que reconozca que no recuerda más.
- j. ¿Recuerda el amigo del que le hablé? Le voy a preguntar sobre él a ver qué recuerda. Se le hacen las preguntas y se anota un punto por cada información recordada.

Mini Examen Cognoscitivo (MEC)

APELLIDOS: Florentino NOMBRES: Luciano

Concepto	Puntuación	
	Paciente	Máximo
Orientación: Dígame el día <input checked="" type="checkbox"/> fecha <input checked="" type="checkbox"/> mes <input checked="" type="checkbox"/> estación <input checked="" type="checkbox"/> año <input checked="" type="checkbox"/> Dígame el hospital (o el lugar) <input checked="" type="checkbox"/> planta <input checked="" type="checkbox"/> ciudad <input checked="" type="checkbox"/> Provincia <u>Loja</u> nación <u>Ecuador</u>	5 5	5 5
Memoria de fijación: Repita estas 3 palabras: moneda – caballo – manzanas (repetirlas hasta que las aprenda (5 veces)	3	3
Concentración y cálculo: Si tiene 30 dólares, y me va dando de 3 en 3: ¿Cuánto le va quedando? 37 <u>24</u> <u>21</u> <u>18</u> <u>15</u> Repita estos números: 5 – 9 – 2 (hasta que los aprenda) Ahora hacia atrás: <u>2</u> <u>9</u> <u>5</u>	4 2	5 3
Memoria: ¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes? <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	2	3
Lenguaje y construcción: Mostrar un bolígrafo: ¿Qué es esto? Repetirlo con el reloj Repita esta frase: "En un trigal había cinco perros" Una manzana y una pera son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde? <input checked="" type="checkbox"/> ¿Qué son un perro y un gato? <input checked="" type="checkbox"/> Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa. Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS Escriba una frase <u>Loja es bonita</u> Copie este dibujo: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div>	2 1 1 1 2 1 1 1	2 1 2 3 1 1 1 1
Puntuación Total	29	35
Nivel de conciencia (marcar): <u>Alerta</u>		
Alerta – Obnubilación – Estupor – Coma		

EXAMEN COGNOSCITIVO - MINIMENTAL

- *Indicación*

Se trata de una escala psicométrica breve para evaluar el estado cognitivo de las personas.

- *Administración*

Existen dos versiones, la versión de 30 y de 35 puntos.

MEC-30: Es igual en todo a la versión de 35 puntos, únicamente se han suprimido 2 ítems:

- Repetir tres números al revés, después de memorizarlos (0-3 puntos).
- Semejanzas (0-2 puntos).

MEC-35: La puntuación total máxima es 35.

En caso de tener que excluir preguntas por analfabetismo o por imposibilidad física de cumplir un ítem (por ej.: ceguera), es necesario calcular la puntuación total corregida.

- *Interpretación*

Es necesario diferenciar entre pacientes de edad superior a 65 años y los de edad igual o inferior a 65.

- Pacientes > 65 años, puntuación inferior a 23 es considerado anormal.
- Pacientes no geriátricos, puntuación inferior a 27 es considerado anormal.

- *Protocolo informático en OMI-AP*

Anexo N° 7. Fotografías.









UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**DETERMINACIÓN DE LA PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE
DEMENCIA SENIL EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL DÍA DEL
CANTÓN GONZANAMÁ.**

AUTOR: Edgar Miguel Luna Salinas

LOJA – ECUADOR.

INDICE

<u>I. PROBLEMATIZACIÓN</u>	03-05
<u>II. JUSTIFICACIÓN</u>	06
<u>III. OBJETIVOS</u>	07
3.1 OBJETIVO GENERAL:	07
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	07
IV. ESQUEMA MARCO TEORICO	08-10
V. HIPOTESIS	11
VI. VARIABLES	12-15
VII. METODOLOGÍA	16-18
7.1 TIPO DE ESTUDIO	16
7.2 ÁREA DE ESTUDIO	16
7.3 UNIVERSO	16
7.4 MUESTRA	16
7.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	16
7.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	16
7.7 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	17
7.8 RECURSO HUMANO	17
7.9 RECURSOS FÍSICOS	17
7.10 MATERIALES	18
VIII. FINANCIAMIENTO	19
IX. PRESUPUESTO	19
X. CRONOGRAMA	20
XI. BIBLIOGRAFIA	21
XII. ANEXOS	22

I. PROBLEMATIZACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define senil como un síndrome, de naturaleza crónica o progresiva, que se caracteriza por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio, la conciencia no se ve afectada. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación.

Recientemente 35,6 millones de personas viven con demencia en el mundo y en dos décadas la cifra se duplicará con 65,7 millones de casos, según asegura la Organización Mundial de la Salud (OMS). Regiones como América Latina, donde la población ahora vive más y en la que según el informe actualmente el 8,5% de la población mayor de 60 años vive con demencia, la cual tiene una de las prevalencias más altas del mundo.

La información que se maneja en el presente, tomando en consideración el estudio de Shangai, es que en el año 2011 la cantidad de casos de demencia en los países menos desarrollados fue aproximadamente de 8 500 000.

En relación a la incidencia, diversos estudios como el canadiense de Salud y Envejecimiento y el metaanálisis de cuatro estudios del EURODEM, señalan que hasta los 95 años se produce un incremento exponencial de casos nuevos como asociados al aumento de la edad.

Un estudio realizado en México 2012 en pacientes geriátricos la prevalencia de demencia fue de 3.5% en los adultos de 60 años de edad o mayores; 1.2% en el sexo masculino y 2.3% en el femenino; en la Unidad de Medicina Familiar 27 el porcentaje fue de 7% perteneciente a la Ciudad de Guadalupe, Nuevo León, México. Se encontró deterioro cognitivo leve en 30.5% de la población.

En el estudio realizado por el grupo de Jesús de Pedro Cuesta de CIBERNED sobre las demencias más frecuentes en España y en qué grado afectan a la población, se ha puesto en evidencia que la prevalencia de la demencia y la enfermedad de Alzheimer en el centro y noreste de España es mayor en las mujeres, aumenta con la edad con una considerable variación geográfica que puede ser relacionada con el método para su análisis. La demencia más frecuente es de tipo Alzheimer.

En España hay alrededor de 600.000 personas que sufren de demencia y cerca de 400.000 con enfermedad de Alzheimer, según este estudio se realizó a través de encuestas a personas de 70 años o mayores, en 13 poblaciones españolas. De las 12.232 personas entrevistadas, se detectaron 1.194 casos de demencia, siendo este un 8.3% de la población senil de España.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y el INEC de acuerdo al Censo 2010 el Ecuador tiene aproximadamente 941 000 personas mayores de 65 años de edad que representa el 7% de población total y se proyecta que para el año 2050 habrá más de 3.000.000 llegando al 18%.

En la provincia de Loja existen 14.694 adultos mayores, entre las edades de 65 a 99 años; esta población representa el 6.7%, la mayoría jubilados. Una investigación realizada en el Hospital regional Isidro Ayora 2010 reporta un 15.7% de pacientes que sufren Demencia.

En nuestro medio no todas las casas de salud cuentan con equipamiento necesario para resolver esta patología de la demencia senil pese a su incidencia y la mayoría opta por resolver de manera convencional estando consientes de la mayor injuria que representa para el paciente y su mayor estancia hospitalaria.

Dentro de mi propósito es aportar con los resultados obtenidos y brindar una pauta al personal administrativo y médico para que se tome medidas efectivas orientadas a la promoción, prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento y control de las enfermedades de deterioro mental en la población senil. Solo de esa manera será posible disminuir las estadísticas de morbilidad, mortalidad intra-extra hospitalaria y sobre todo contribuir a una mejor calidad en la atención integral de nuestros honorables pacientes.

Es por ello que realizamos el siguiente estudio haciéndonos la siguiente pregunta: **¿CUÁL ES LA PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE DEMENCIA SENIL EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL DÍA DEL CANTÓN GONZANAMÁ, EN EL AÑO 2015?**

II. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo a la gran prevalencia de demencias a nivel mundial y según las investigaciones reciente, se dice que en la actualidad vemos un aumento en cuanto a la prevalencia respecto a la edad avanzada; por tal motivo fue importante conocer un aumento de casos en nuestra población latina.

Puesto que el Centro del Día del Cantón Gonzanamá presenta muy a menudo una gran acogida de pacientes seniles, cuyos diagnósticos psiquiátricos no son estudiados a profundidad, fue el lugar propicio para realizar una investigación con el fin de determinar la situación actual referente a la Demencia.

Se consiguió múltiples datos asociados entre la demencia y otras variables demográficas tales como edad, sexo, ocupación, religión, etc., aparte de su trascendencia relevante como personas y sus comorbilidades, además de algunos tratamientos médicos a los cuales están inmersos.

Se constató que hay déficits de estudios profundos sobre el tema propuesto, de tal manera que fue imprescindible iniciar con estudios descriptivos, para que en un futuro no muy lejano plantear hipótesis y estudios analíticos en el campo de trabajo que es el Centro del Día del Cantón Gonzanamá.

III. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia y factores de riesgo de demencia senil en adultos mayores del Centro del Día del Cantón Gonzanamá, en el año 2015.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Identificar la prevalencia de demencia senil en adultos mayores del Centro del Día del Cantón Gonzanamá, en el año 2015.
2. Caracterizar los factores de riesgo de demencia senil en adultos mayores del Centro del Día del Cantón Gonzanamá.
3. Determinar el tipo más común de demencia senil que existe dentro de los adultos mayores del Centro del Día del Cantón Gonzanamá.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1. Concepto de Memoria.

4.1.1. Concepto de Amnesia.

4.1.1.1. Causas de Amnesia.

4.1.1.2. Clasificación de la Amnesia.

4.1.1.2.1. Amnesia Retrógrada.

4.1.1.2.2. Amnesia Anterógrada.

4.1.2. Clasificación de la Memoria

4.1.2.1. Memoria Implícita.

4.1.2.2. Memoria Explícita.

4.1.2.2.1. Memoria Episódica.

4.1.2.2.2. Memoria Semántica.

4.2. Concepto de Demencia Senil.

4.3. Investigación y proyección.

4.4. Etiología de Demencia Senil.

4.5. Clasificación de Demencia Senil.

4.5.1. DEGENERATIVAS.

4.5.1.1. Enfermedad de Alzheimer.

4.5.1.2. Demencia por Cuerpos de Lewy.

4.5.1.3. Enfermedad de Pick.

4.5.1.4. Asociada a la Enfermedad de Parkinson.

4.5.2. VASCULARES.

4.5.2.1. Multiinfarto

4.5.2.1. Enfermedad de Binswanger.

4.5.3. INFECCIOSAS.

4.5.3.1. Asociada al SIDA

4.5.3.2. Enfermedad de Creutzfeldt – Jakob.

4.5.3.3. Nuerosífilis.

4.5.4. METABÓLICAS O NUTRICIONALES.

4.5.4.1. Hipotiroidismo e Hipertiroidismo.

4.5.4.2. Insuficiencia Hepática y Renal.

4.5.4.3. Déficit de Vitamina B12.

4.5.5. TÓXICAS.

4.5.5.1. Alcohol.

4.5.5.2. Metales.

4.5.6. NEOPLÁSICAS.

4.5.6.1. Tumores cerebrales primarios o metastásicos.

4.5.7. DEMENCIA DE ETIOLOGÍA MÚLTIPLE.

4.5.8. DEMENCIA NO ESPECIFICADA

4.6. Factores de riesgo.

4.7. Diagnóstico.

4.8. Tratamiento.

V. HIPÓTESIS

Para conocer cuál es la prevalencia y factores de riesgo de la demencia senil se plantea la siguiente hipótesis:

La DEMENCIA SENIL tiene un alta incidencia tanto a nivel mundial, latinoamericana y local con respecto a los mayores adultos.

VI. VARIABLES

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
SEXO	Conjunto de caracteres que diferencian a los seres humanos en las diferentes especies, son: biológicos y ambientales marcados por la morfología genital externa e interna.	Diferencia fenotípica que diferencia a cada especie.	Información obtenida de la Historia Clínica.	Mujer Hombre
EDAD	Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Número de años cumplidos.	Información Obtenida de la Historia Clínica.	Según OMS: 60 – 79 80 – 89 90 – más.
ESTADO CIVIL	Condición de un individuo en lo que toca a sus relaciones con la sociedad.	Relación personal hacia la sociedad.	Información obtenida de la Historia Clínica.	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión Libre
TRABAJO ACTUAL	Esfuerzo personal para la	Actividad laboral	Información obtenida de	Si

	producción y comercialización de bienes o servicios con un fin económico, que origina un pago de dinero o cualquier otra forma de retribución.	relacionado con el trabajo.	la Historia Clínica.	No.
RELIGIÓN	Es un sistema de la actividad humana compuesto por creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado, de tipo existencial, moral y espiritual.	Creencia individual de cada persona.	Información obtenida de la Historia Clínica.	Católica Evangélica Otra Ninguna
FÁRMACOS	Toda sustancia que al interactuar con el organismo vivo da una respuesta, orientada a fines médicos.	Tipos de drogas.	Información obtenida de los tratamientos de la Historia Clínica.	Antipsicóticos Corticoides Antibióticos Ansiolíticos Anticolinérgicos Anticonvulsivos Antidepresivos Brocodilatadores

				Antidiabéticos Quimioterápicos Otros.
TIPO DE DEMENCIA	Tipo específico de demencia según las principales etiologías aceptadas DMSIV.	Tipo de Patología.	Información obtenida de los diagnósticos de la Historia Clínica.	DEGENERATIVAS <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad de Alzheimer. • Enfermedad de Lewy. • Enfermedad de Pick. • Asociada a la enfermedad de Parkinson. VASCULARES <ul style="list-style-type: none"> • Multiinfarto • Enfermedad de Binswanger. INFECCIOSAS <ul style="list-style-type: none"> • Asociada al SIDA. • Enfermedad de Creutzfeldt – Jakob. • Neurosífilis. MATABÓLICAS O NUTRICIONALES <ul style="list-style-type: none"> • Hipertiroidismo e Hipotiroidismo. • Insuficiencia

				<p>Hepática.</p> <ul style="list-style-type: none">• Insuficiencia Renal.• Déficit de Vitamina B12. <p>TÓXICAS</p> <ul style="list-style-type: none">• Alcohol• Metales. <p>NEOPLÁSICAS</p> <ul style="list-style-type: none">• Tumores cerebrales primarios o metastásicos <p>DEMENCIA DE ETIOLOGÍA MÚLTIPLE.</p> <p>DEMENCIA NO ESPECIFICADA.</p>
--	--	--	--	---

VII. METODOLOGÍA

a. TIPO DE ESTUDIO

Este es un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal.

7.2 AREA DE ESTUDIO

Esta investigación se realizará en el Centro del Día del Cantón Gonzanamá, ubicado en las calles Simón Bolívar, entre Carlos Ojeda y 18 Noviembre.

7.3 UNIVERSO

La población a estudiar son pacientes ingresados al servicio de atención en el centro del Día del Cantón Gonzanamá en el periodo de Mayo - Agosto 2015.

7.4 MUESTRA

Todos los pacientes mayores de 60 años con diagnóstico de Demencia Senil que acuden al servicio de atención del Centro del Día del Cantón Gonzanamá entre el periodo Mayo - Agosto 2015.

7.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes mujeres y varones mayores de 60 años.
- Pacientes con aceptación voluntaria a participar en el estudio.
- Pacientes que acuden al servicio del Centro del Día entre Mayo – Agosto 2015.

7.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes mujeres y varones menores de 60 años.
- Pacientes sin aceptación voluntaria a participar en el estudio.

- Pacientes que acuden al servicio del Centro del Día fuera de los meses Mayo – Agosto 2015.

7.7 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se solicitará autorización al jefe de Servicio de atención y al director del Centro del Día para la realización del presente estudio. Una vez obtenida la autorización y luego de firmar el consentimiento informado, a los pacientes se les asignará un número de acuerdo al orden que lleguen y se procederá a llenar una hoja de recolección de datos, el TEST de CODEX y el Test del Mini Mental.

Se realizará observación indirecta por la recolección de datos ya registrados en las historias clínicas por medio de un formulario de recolección de datos.

Se dividirá a los pacientes en dos grupos: A: pacientes de sexo femenino; y, B pacientes de sexo masculino.

Terminado el procedimiento se hará un seguimiento durante el tiempo que se encuentren hospitalizados.

Luego se registrará la información en los formularios de recolección de datos incluyendo todas las historias clínicas que cumplan los criterios de inclusión.

Ya cumplida la recolección de la muestra deseada, se procederá al análisis de los mismos, previa su tabulación en Microsoft Office Excel.

7.8 RECURSO HUMANOS

- Pacientes ingresados al servicio de atención del centro del Día.
- Médicos Especialistas y Generales.
- Personal del Centro del Día del Cantón Gonzanamá.

7.9 RECURSOS FÍSICOS

- Servicio de Atención del Centro Del Dia Del Cantón Gonzanamá.

7. 10 MATERIALES

- Material de escritorio para la recolección y tabulación de información.
- Historias Clínicas e informe escrito.

7. 11 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS

Para analizar los resultados obtenidos de la recolección de datos se utilizaron técnicas de estadística descriptiva, para ello se implementaran cuadros de distribución de frecuencia, porcentajes, diagramas de barras lo que permitirán una presentación sencilla, ordenada, y una visión más amplia de los resultados obtenidos.

VIII. FINANCIAMIENTO

Directo: Autofinanciamiento

IX. PRESUPUESTO

MATERIAL	VALOR UNITARIO (\$)	TIPO DE FINANCIAMIENTO UNITARIO
MATERIAL DE ESCRITORIO	300	x
TRANSPORTE Y ALIMENTACIÓN	500	x
GASTOS VARIOS	300	x
TOTAL(\$)		1 100

X. CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	MESES 2015										
	FEBRE RO	MARZ O	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULI O	AGOST O	SPTIEMB RE	OCTU BRE	NOVIEM BRE	DECIEM BRE
ELABORA CION DEL PROYECT O TESIS											
PRESENT ACION DE PROYECT O DE INVESTIG ACION											
PERTINE NCIA DE PROYECT O DE INVESTIG ACION											
ESTUDIO DE CAMPO, RECOPI LACION											

XI. BILIOGRAFÍA

- 1.** Moncayo, J. Las enfermedades neurológicas en el Ecuador: Un llamado a la acción. Rev. Ecuatoriana de Neurología [editorial] 2012; volumen 16, número 1.
- 2.** Rocha G, Arévalo M, Céspedes M, Aguilar J. Demencia senil. Revista paceña de medicina familiar. 2012 Disponible en http://www.mflapaz.com/Revista_4_Pdf/4%20demencia%20tipo%20%202.pdf
- 3.** Hyvet, investigators; Burch; Fletcher; Bulpitt (August 2011). "Incident dementia and blood pressure lowering in the Hypertension in the Very Elderly Trial cognitive function assessment (HYVET-COG): a doubleblind, Placebo controlled trial". Lancet Neurol 7 (8): 683–9.
- 4.** Cullen B, O'Neill B, Evans JJ, Coen RF, Lawlor BA (August 2011). "A review of screening tests for cognitive impairment". Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry 78 (8): 790–9
- 5.** Slachevsky&Oyarzo. Las demencias: historia, clasificación y aproximación clínica, en Tratado de Neuropsicología Clínica. 2011 Buenos Aires, Argentina. Disponible en: http://www.corporacionalzheimer.cl/publicaciones_online/Cap_Dementia_Slachevsky&Oyarzo_08.pdf. Consultado Septiembre 18,2012
- 6.** Guerra M, San Martín J, Lecturas adicionales. Psiquiatría Manual Moderno. Disponible en: http://www.manualmoderno.com/apoyos_electronicos/9707290668/lectura3.php
- 7.** Cristina G. El estrés abre la puerta a la demencia. Salud Neurociencia. Madrid, 2013. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2013/10/01/neurociencia/1380614215.html>
- 8.** Alanís Gerardo, Garza Jessica, González Andrés. Prevalencia de demencia en pacientes geriátricos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2010; 46 (1): 27-32 Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=1000:prevalencia-de-demencia-en-pacientesgeriatricos&Itemid=614

*ANEXOS***UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA****ÁREA DE LA SALUD HUMANA****CARRERA DE MEDICINA****CONSENTIMIENTO INFORMADO.****DETERMINACIÓN DE LA PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE
DEMENCIA SENIL EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL DÍA DEL
CANTÓN GONZANAMÁ, EN EL PERIODO MARZO – JULIO 2015.****FECHA: -----****NOMBRE: -----****EDAD: -----****HCL: -----**

Autorizo participar en el estudio de investigación de la determinación de la prevalencia y factores de riesgo de demencia senil en adultos mayores que se realizara en este Centro del Día.

Aceptando las circunstancias en las cuales se aplica y consciente de los beneficios, así como de las posibles complicaciones y riesgos que esta conlleva, siendo supervisado en todo momento el procedimiento por médicos, el responsable del estudio; y teniendo todo el derecho de retirarme voluntariamente en el momento que sea, de dicho estudio sin que esto afecte a la atención hacia mi persona y mi patología.

FIRMA DE AUTORIZACIÓN.

PACIENTE O REPRESENTANTE



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

INSTRUMENTO TÉCNICO

1. DATOS DEL PACIENTE

SEXO: MASCULINO .. FEMENINO

EDAD: 60 – 79

80 – 89

90 o más

2. ESTADO CIVIL

SOLTERO

CASADO

VIUDO

DIVORCIADO

UNIÓN LIBRE

3. TRABAJO ACTUAL.

SI NO

EN QUE TRABAJA USTED:

JUBILADO: SI NO

EN CASO DE SER JUBILADO, CUAL FUE SU TRABAJO:

4. RELIGIÓN.

CATÓLICO

EVANGÉLICA

OTRA

NINGUNA

5. FÁRMACOS

- ANTIPSICÓTICOS
- CORTICOIDES
- ANTIBIÓTICOS
- ANSIOLÍTICOS
- ANTICOLINÉRGICOS
- ANTICONVULSIVOS
- ANTIDEPRESIVOS
- BRONCODILATADORES

6. TIPO DE DEMENCIA

- DEGENERATIVAS
- VASCULARES
- INFECCIOSAS
- METABÓLICAS O NUTRICIONALES
- TÓXICAS
- NEOPLÁSICAS
- ETIOLOGÍA MÚLTIPLE
- NO ESPECIFICADA.

TEST DE CODEX

TAREA	INSTRUCCIONES	PUNTUACIÓN
Fluidez verbal semántica	Nombres de frutas en 30 s	/10
Fluidez verbal fonológica	Palabras que empiecen por la letra 'f' en 30 s	/10
Denominación a definiciones	<p>¿Dónde ponen los huevos los pájaros?</p> <p>¿Qué alimento producen las abejas?</p> <p>¿Dónde se conservan fríos los alimentos?</p> <p>¿Dónde se mira uno si quiere verse a sí mismo?</p> <p>¿Con qué utensilio se abren las botellas?</p> <p>¿Dónde se compran los medicamentos?</p> <p>¿Cómo se llama el animal que tiene un cuello muy largo?</p> <p>¿Dónde miramos la fecha que es?</p> <p>¿Dónde se apoya la cabeza en la cama?</p> <p>¿Con qué se barren los suelos?</p>	/10
Denominación de objetos	<p>¿Qué es esto?</p> <p>Botón Hombro</p> <p>Ojal Codo</p> <p>Manga (de bata o camisa)</p> <p>Muñeca</p> <p>Cuello (de bata o camisa)</p> <p>Ceja</p> <p>Bolsillo (de bata o camisa)</p> <p>Párpado</p>	/10
Fluidez verbal de nombres propios	<p>Nombres de deportistas de este país que estén en activo (en 30 s).</p> <p>Nombres de actores o actrices de este país que estén en activo (en 30 s).</p>	/5 /5
Denominación de nombres propios	<p>¿Cómo se llama...?</p> <p>el Papa actual</p> <p>la princesa de Asturias</p> <p>el presidente de Estados</p>	/10

	<p>Unidos el alcalde de Gonzanamá el presidente del Ecuador el presidente de liga deportiva el líder de la oposición del país el presidente de Colombia el nombre del párroco el presidente de Venezuela</p>	
<p>Recuerdo inmediato de una lista de palabras</p>	<p>Recuerdo de la lista de la compra: Arroz Bombilla Café Tomate Queso Jabón Cerillas Salmón Sal Cerveza</p>	/10
<p>Recuerdo inmediato de los datos de una persona</p>	<p>Presentación de un amigo: Se llama Alberto Vive en París Tiene 41 años Tiene tres hijos Trabaja en un banco Su padre era militar Su comida favorita es la pasta Su afición preferida es coleccionar sellos Le gusta jugar al tenis No tiene coche, pero conduce una moto ¿Qué recuerda de mi amigo?</p>	/10
<p>Recuerdo demorado de la lista de palabras</p>	<p>¿Cuántas cosas recuerda de la lista de la compra?</p>	/10
<p>Recuerdo demorado de los datos de una persona</p>	<p>¿Cómo se llama mi amigo? ¿Qué profesión tenía su padre? ¿Dónde vive? ¿Cuál es su comida favorita? ¿Cuántos años tiene? ¿Cuál es su afición preferida? ¿Cuántos hijos tiene? ¿Qué deporte practica?</p>	

	¿En qué trabaja? ¿Qué vehículo conduce?	
Puntuación total		/100

INSTRUCCIONES:

a. Durante 30 s me va a decir nombres de frutas. Dígame todas las frutas que recuerde (al finalizar los 30 s o cuando llegue a diez nombres se detiene la prueba). Se anota un punto por cada fruta hasta un máximo de 10.

b. Durante 30 s me va a decir palabras que empiecen por la letra ‘f’. No valen nombres de personas ni de lugares (al finalizar los 30 s o cuando llegue a diez nombres se detiene la prueba). Se anota un punto por cada fruta hasta un máximo de 10.

c. Me va a responder a unas preguntas que le voy a hacer. Se anota un punto por cada respuesta correcta.

d. Le voy a mostrar algunos objetos para que me diga su nombre. Se anota un punto por cada respuesta correcta. Si responde con términos genéricos (por ejemplo, si dice ojo en vez de párpado), se le especifica lo que queremos que nombre (por ejemplo, me refiero a la piel que cubre el ojo).

e. Me va a decir nombres de deportistas en activo en este país. Se anota un punto por cada deportista hasta un máximo de cinco. Ahora me va a decir nombres de actores o actrices en activo en este país. Se anota un punto por cada actor/actriz hasta un máximo de cinco.

f. Me va a decir cómo se llaman las siguientes personas. Se anota un punto por cada respuesta correcta.

g. Le voy a leer la lista de la compra. Preste atención porque luego me la tiene que repetir. Se lee la lista de manera lenta y clara dejando unos dos segundos entre cada palabra, y a continuación se le dice: A ver cuántas cosas de la lista recuerda. Se anota un punto por cada palabra recordada.

h. Ahora le voy a hablar de un amigo que conozco desde hace años. Escúcheme con atención. Se lee toda la información y a continuación se le pregunta: Dígame todo lo que recuerde de mi amigo. Se anota un punto por cada información recordada.

i. ¿Recuerda la lista de la compra que le leí antes? A ver cuántas cosas recuerda de la lista. Dígame todas las cosas que tenía que comprar. Se anota un punto por cada palabra recordada. No hay límite de tiempo, se le deja hasta que reconozca que no recuerda más.

j. ¿Recuerda el amigo del que le hablé? Le voy a preguntar sobre él a ver qué recuerda. Se le hacen las preguntas y se anota un punto por cada información recordada.

PUNTUACIONES:

DIAGNÓSTICO	PUNTUACIONES
NORMAL	90-100
DETERIORO COGNITIVO LEVE	70 – 89
DETERIORO COGNITIVO MODERADO	50 – 69
DETERIORO COGNITIVO GRAVE	< 49

EXAMEN COGNOSCITIVO - MINIMENTAL

• *Indicación*

Se trata de una escala psicométrica breve para evaluar el estado cognitivo de las personas.

• *Administración*

Existen dos versiones, la versión de 30 y de 35 puntos.

MEC-30: Es igual en todo a la versión de 35 puntos, únicamente se han suprimido 2 ítems:

- Repetir tres números al revés, después de memorizarlos (0-3 puntos).
- Semejanzas (0-2 puntos).

MEC-35: La puntuación total máxima es 35.

En caso de tener que excluir preguntas por analfabetismo o por imposibilidad física de cumplir un ítem (por ej.: ceguera), es necesario calcular la puntuación total corregida.

• *Interpretación*

Es necesario diferenciar entre pacientes de edad superior a 65 años y los de edad igual o inferior a 65.

- Pacientes > 65 años, puntuación inferior a 23 es considerado anormal.
- Pacientes no geriátricos, puntuación inferior a 27 es considerado anormal.

• *Protocolo informático en OMI-AP*

TEST MINIMENTAL

Edad del paciente

>65 años <=65 años

ORIENTACIÓN

Marcar sólo las respuestas correctas

<input type="checkbox"/> ¿Qué día del mes es hoy?	<input type="checkbox"/> ¿En que lugar estamos?
<input type="checkbox"/> ¿Qué día de la semana es hoy?	<input type="checkbox"/> ¿En que planta o piso?
<input type="checkbox"/> ¿En que mes estamos?	<input type="checkbox"/> ¿En que municipio?
<input type="checkbox"/> ¿En que estación del año estamos?	<input type="checkbox"/> ¿En que provincia?
<input type="checkbox"/> ¿En que año estamos?	<input type="checkbox"/> ¿En que país?

FIJACIÓN

Repita estas 3 palabras hasta que las aprenda: Peseña, Cabello, Manzana

(1 punto cada palabra correcta) 0

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

Sitíense 30 pesetas y me va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando?

(1 punto cada cálculo correcto hasta 5) 0

Repita estos números hasta que los aprenda: 5-9-2. Ahora dígalos hacia atrás.....

(1 punto cada número correcto hasta 3) 0

MEMORIA

¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes?

(1 punto cada palabra correcta) 0

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

Marcar sólo las respuestas correctas

Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?

Mostrar un reloj. ¿Qué es esto?

Repita la frase: "En un trigal hay cinco perros"

Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?

¿Qué son el rojo y el verde?

¿Qué son un perro y un gato?

Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa

(Cada acción un punto 0-3) 0

Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS

Escriba una frase

Copie este dibujo



PUNTUACIÓN TOTAL MINIMENTAL TEST: 0

