

República Dominicana  
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Escuela de Medicina  
Hospital Central de las Fuerzas Armadas  
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

SOSPECHA CLINICA DE DEMENCIA A TRAVÉS DEL TEST AD8 EN PACIENTES DE 55 A 70 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL CENTRAL DE LAS FUERZAS ARMADAS, ENERO-ABRIL 2023.



**UNPHU**  
Universidad Nacional  
Pedro Henríquez Ureña

Tesis de pos grado para optar por el título de especialista en:

**Medicina Familiar y Comunitaria**

Sustentante:

Yohana Lemos Jaquez

Asesores:

Dra. Cristian Brujan

(Clínico)

Dra. Claridania Rodríguez

(Metodológico)

Los conceptos emitidos en el presente anteproyecto de tesis de pos grado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante del mismo.

Distrito Nacional:2023

## CONTENIDO

Agradecimiento	
Dedicatoria	
Resumen	
Abstrac	
<b>Capítulo I: Aspectos generales</b>	
<b>1. Introducción</b>	<b>11</b>
1.1. Antecedentes	13
1.2. Justificación	15
1.3 Planteamiento del problema	16
1.4. Objetivos	19
1.4.1 General	19
1.4.2. Específicos	19
<b>Capitulo II: Marco teórico</b>	
<b>II. Marco teórico</b>	<b>21</b>
II.1. Demencia	21
II.2. Historia	21
II.3. Definición	23
II.4. Etiología	23
II.5. Clasificación	26
II.6. Factores de riesgos	30
II.7. Epidemiología	35
II.8. Diagnóstico	36
II.8.1. Clínico	37
II.8.1.2 AD8	39
II.8.3. Laboratorio	41
II.8.4. Imágenes	41
II.9.1. Tratamiento	42
II.10. Prevención	49

<b>Capítulo III: Marco Metodológico</b>	
III.1. Operacionalización de las variables	53
III.2. Material y métodos	54
III.2.1. Tipo de estudio	54
III.2.2. Área de estudio	54
III.2.3. Universo	55
III.2.4. Muestra	55
III.2.5. Criterio	55
III.2.5.1. De inclusión	55
III.2.5.2. De exclusión	55
III.2.6. Instrumento de recolección de datos	55
III.2.7. Procedimiento	56
III.2.8. Tabulación	56
III.2.9. Análisis	56
III.2.10. Aspectos éticos	57
<b>Capítulo IV: Presentación y Análisis De Los Resultados</b>	
IV.1. Resultado	58
IV.2. Discusión	71
IV.3. Conclusión	73
IV.4. Recomendaciones	75
IV.5. Referencias	77
IV.6. Anexos	81
IV.6.1. Cronograma	82
IV.6.2. Instrumento de recolección de datos	84
IV.6.3. Consentimiento informado	
IV.6.4. Costos y recursos	
IV.6.5. Evaluación	

## **Agradecimiento**

### **A Dios**

Gracias por ser mi guía en todo este trayecto, por tus cuidados, tus bendiciones, tu protección gracias por darme la sabiduría en cada uno de mis momentos y ayudarme a tomar las mejores decisiones y permitirme culminar con éxito este arduo camino de tu mano y llenándome de tu fortaleza cada día.

### **A mis padres**

Francisco Lemos y Julia Dania Jaquez, gracias le doy a Dios por estar en mi vida y ser como son, gracias por siempre estar pendiente a todo lo que me pasa y ayudarme en todo lo que este a su alcance y ser esas dos columnas que sustentan mi vida. Gracias por creer en mí y ayudarme a finalizar otra de mis metas.

### **A mi esposo**

Ronaldo Paula García, gracias por ser mi esposo, amigo, compañero, confidente, por ser mi apoyo y mi fuerza cuando sentía que no podía seguir. Gracias por soportar mis ausencias, cansancio, estrés y ayudarme a superar cada uno de mis obstáculos y ser ese balance tan importante para alcanzar mi meta.

### **Mis hijas**

Ayelin Paula Lemos y Sophia Paula Lemos, gracias a ustedes, mis dos tesoros hermosos por existir y ser la energía que me levanta cada mañana y el motivo para sacar fuerzas de donde no las hay y seguir adelante y por motivarme cuando llegaban obstáculos a mi vida y poder superarlos para darle lo mejor de mí.

### **Mis hermanos**

Darsin Osvaldo Lemos, Mario Sergio Lemos y Sandy Lemos, gracias por brindarme su apoyo de forma incondicional y apoyarme siempre en todo momento y estar siempre dispuesto para todo lo que les he necesitado, muchas gracias.

A mi suegra **Yanett Gacia** por estar siempre dispuesta y servicial siempre que le he solicitado y a cada uno de mis familiares, cuñadas y amigos gracias.

### **Mis compañeros**

Wendy Francisco, Ana Rosa de León y Luis Adolfo Santos eternamente agradeceré a DIOS por unirnos como equipo, por permitir que podamos compartir durante todo este tiempo y trabajar de la forma que lo hicimos, unos años que quedaran gravados en mi memoria y que será una experiencia que nunca olvidare, gracias por su apoyo su amistad y por la hermandad que hemos cultivado

### **A los docentes**

Gracias por cada uno de sus conocimientos compartidos para contribuir con nuestro aprendizaje, en especial a la doctora Rossy Molina, gracias por su esfuerzo y por ser un pilar importante en nuestra formación, al doctor Ramon García por compartir sus brillantes conocimientos en nuestra formación y hacer que cada uno de sus consejos los pongamos en práctica siempre y a cada uno de los docentes, gracias por su apoyo para poder culminar esta meta.

Al hospital central de las fuerzas armadas por ser mi hogar por mucho tiempo y permitirme formarme bajo sus enseñanzas y brindarme la oportunidad de ser parte de sus egresados y que con gran regocijo pondré en alto donde quiera que este.

## **Dedicatoria**

A Dios por que sin ti nada es posible, eres quien nos da la sabiduría y el entendimiento cada día para lograr cualquier objetivo, gracias mi señor por que nunca me has dejado sola eres mi amigo fiel.

A mi esposo por ser mi complemento y ser de gran apoyo para culminar este objetivo a mis hijas por ser mi motor y mi motivación principal cada día a mis padres por confiar en mi y apoyarme de la forma tan maravillosa que lo hacen, a mis hermanos por brindarme su apoyo y siempre estar a la disposición, muchísimas gracias, por tanto, agradezco a Dios por concederme el privilegio de tenerles en mi vida, con mucho amor y esfuerzo le dedico mi trabajo de investigación.

## Resumen

La demencia en término general es una alteración de la capacidad de recordar, pensar o tomar decisiones que interfieren con la vida diaria. La demencia está poco diagnosticada a nivel mundial. La enfermedad suele encontrarse en una etapa relativamente tardía a su diagnóstico. Esta falta de conciencia sobre la demencia conduce al estigma y las barreras para la prevención y el diagnóstico y el tratamiento por tales fines se realizó un estudio descriptivo observacional prospectivo de corte transversal con el objetivo Determinar la Sospecha clínica de demencia en pacientes de 55 a 70 años que asistieron a la consulta externa a través de una encuesta donde los datos se obtendrán mediante la aplicación del cuestionario AD8 dirigida a los usuarios que asistirán a la consulta externa del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. La muestra estuvo constituida por 101 pacientes y de estos 48,51 por ciento tenían sospecha clínica de demencia el sexo más afectado fue el femenino con un total de los 54.46 por ciento. De los pacientes con sospecha el nivel de escolaridad más común fue el nivel básico con un total de 31,68 por ciento. La ocupación más frecuente fueron los militares con un 22,45 por ciento. La comorbilidad más asociada a los pacientes con sospecha clínica fue la hipertensión arterial con un total de 35,19 por ciento. El hábito tóxico que más se consumió fue el café de los cuales 51 paciente consumían y de estos el 50,50 por ciento tenía sospecha clínica de demencia.

Puntos clave "demencia, sospecha clínica , AD 8

## Abstract

Dementia in general terms is a disturbance in the ability to remember, think, or make decisions that interferes with daily life. Dementia is underdiagnosed worldwide. The disease usually occurs at a relatively late stage after diagnosis. This lack of awareness about dementia leads to stigma and barriers to prevention and diagnosis and treatment for such purposes, a cross-sectional prospective observational descriptive study was conducted with the objective of determining the clinical suspicion of dementia in patients aged 55 to 70. years who attended the outpatient clinic dare a survey where the data will be obtained by applying the AD8 questionnaire aimed at users who will attend the outpatient clinic of the Central Hospital of the Armed Forces. The sample consisted of 101 patients and of these 48.51 percent have clinical suspicion of dementia, the most affected sex was female with a total of 54.46 percent. Of the patients with suspicion, the most common level of education was the basic level with a total of 31.68 percent. The most frequent occupation was the military with 22.45 percent. The most associated comorbidity in patients with clinical suspicion was arterial hypertension with a total of 35.19 percent. The most consumed toxic habit was coffee, of which 51 patients consumed and of these, 50.50 percent had clinical suspicion of dementia.

Key points "dementia, clinical suspicion, AD 8

**SOSPECHA CLINICA DE DEMENCIA A TRAVÉS DEL TEST AD8 EN PACIENTES  
DE 55 A 70 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL  
CENTRAL DE LAS FUERZAS ARMADAS, ENERO-ABRIL 2023.**

## **CAPITULO I: ASPECTOS GENERALES**

### **1. INTRODUCCIÓN**

#### **1.1. ANTECEDENTES**

#### **1.2. JUSTIFICACIÓN**

#### **1.3. PLANTEAMIENTO DEL ROBLEMA**

#### **1.4. OBJETIVOS**

## I. INTRODUCCIÓN

En los últimos años han aumentado las consultas por trastornos de la memoria. Uno de los síndromes más incapacitante que afectan a la población anciana es la demencia. Se define como un síndrome clínico de deterioro cognitivo adquirido, cuyos pilares principales son el deterioro cognitivo, el deterioro conductual y una repercusión significativa en la funcionalidad o la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria<sup>1</sup>. La demencia es el resultado de muchas enfermedades y lesiones que afectan al cerebro. La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia y puede representar del 60 al 70 por ciento de los casos.<sup>14</sup>

La demencia no es una enfermedad específica, sino un término general que se refiere a un trastorno de la memoria, el pensamiento o la toma de decisiones que interfiere con el desempeño de las actividades diarias. Aunque la demencia afecta principalmente a los adultos mayores, no forma parte del envejecimiento normal.<sup>14</sup>

América Latina y el Caribe están envejeciendo más rápido que los países históricamente desarrollados. La proporción de población de 60 años y más aumentará desde un ocho por ciento en el año 2000 a 14,1 por ciento en 2025 y a 22,6 por ciento en 2050. Ha sido poco estudiado el deterioro cognitivo leve. Actualmente, más de 55 millones de personas tienen demencia en todo el mundo, más del 60 por ciento de las cuales viven en países de ingreso mediano y bajo. Hay casi diez millones de casos nuevos cada año. La demencia no solo afecta a los ancianos, aunque la edad es el factor de riesgo más fuerte para el desarrollo de la demencia.<sup>2</sup>

A la fecha no hay ningún estudio que englobe todos los esfuerzos e investigaciones que establezcan la prevalencia e incidencia de deterioro cognitivo leve a nivel global.

Solo se cuenta con estudios de distintos países desarrollados que indican que la prevalencia aumenta con la edad, y es de 10 por ciento en individuos de 70 a 79 años y 25 por ciento en aquellos de 80 a 89 años<sup>8</sup>.

La prevalencia de los trastornos amnésicos en la edad adulta requiere herramientas de detección sensibles, específicas y de rápida administración para detectar el deterioro cognitivo. Los test cognitivos breves y los cuestionarios al informador (CI) son los instrumentos más utilizados en el cribado y el despistaje de deterioro cognitivo (DC) y demencia (DEM) en la práctica clínica<sup>1</sup>. Los CI consisten en una batería de preguntas estructuradas que completara un informador acerca de la situación cognitiva, conductual y funcional del paciente en el momento actual y en comparación con su situación previa.<sup>8</sup>

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) indica que no existe un protocolo para la evaluación del adulto mayor en la consulta. Sin embargo, recomienda que al adulto mayor se le debe evaluar como un todo y no por esferas separadas. Se debe iniciar con la sospecha del paciente, la referencia de la familia o las sospechas del médico de cabecera a partir de esto se continúa con una serie de algoritmos lógicos, los cuales inician con una historia clínica detallada y examen físico general.<sup>8</sup>

En el 2001 se introdujo el termino deterioro cognitivo leve el cual hace referencia a un estadio prodrómico previo a la demencia el cual representa una oportunidad de intervención y manejo temprano de los pacientes para evitar su eventual progresión a la demencia<sup>8</sup>

La demencia está infradiagnosticada en todo el mundo y, si se detecta, suele ser relativamente tardía en el proceso de la enfermedad. Esta falta de conciencia sobre la demencia conduce al estigma y las barreras para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento.<sup>15</sup>

## I.1. Antecedentes

Taintaa M, Riondoa M, Ecaytorres A, Estangaa A, Arribaam M. Barandiarana, L, et al, realizaron un estudio epidemiológico transversal titulado , Prevalencia de deterioro cognitivo leve, de demencia y de enfermedad de Alzheimer en mayores de 60 años llevado a cabo en 2015 , (el presente trabajo ha evaluado la capacidad diagnóstica de 4 pruebas cognitivas breves a partir de la obtención de datos de referencia obtenidos a nivel poblacional y su validación en una muestra clínica. El estudio sugiere unos puntos de corte distintos a los utilizados previamente basados en muestras clínicas especializadas. El fototest fue el que mejor discriminó entre personas con y sin deterioro cognitivo. además, su uso combinado con el cuestionario de síntomas cognitivos AD8 mejoró su rendimiento. Estos datos indican que las mujeres son un grupo particularmente vulnerable frente a los problemas de salud mental y sus consecuencias a nivel de funcionamiento cognitivo. Por su parte los hombres muestran menor prevalencia de depresión a nivel nacional y refieren haber sido diagnosticados con depresión en menor proporción que las mujeres.<sup>1</sup>

Vásquez Edquen K , L realizo un estudio de enfoque cuantitativo, relacional y de diseño no experimental transversal titulado factores patológico asociados a sospecha de demencia senil en adultos mayores del centro médico en salud de chota 2017. La presente investigación muestra que el 39,9 por ciento de adultos mayores presento HTA con algún estadio de leve a moderada y el 21,9 por ciento presento DM2, la frecuencia de demencia senil severa fue de 57,3 por ciento y de leve a moderada de 27,0 por ciento. La asociación entre los factores patológicos (HTA y DM2) y la demencia senil presuntiva en los adultos mayores del Centro Médico de, Salud de Chota, es significativa ( $p < 0,05$ )<sup>5</sup>.

De la vega Cotareloc C, P, López Alcaldea C., Martos Aparicio, R. Vilchez Carrilloa, E. Mora Gavilána , realizaron un estudio transversal con la finalidad de buscar la evaluación de la utilidad diagnóstica de la versión española del cuestionario al informador «AD8» en una muestra clínica de díadas paciente/informador, 330 sujetos con sospecha de demencia (dem) y 71 controles. se ha incluido un total de 407 díadas paciente/informador (330 procedentes de ncc, 71 de mi/ng), de las cuales (25,8 por ciento) pacientes no tenían dc demencia crónica (24,3por ciento) tenían dcsd y 203(49.9por ciento) tenían dem (108 leve, 95 moderada/grave).<sup>6</sup>

León E & León G. (Ecuador, 2017) desarrollaron el estudio: "Factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de la Parroquia el Salto Babahoyo (Ecuador)", tuvieron como objetivo determinar la asociación entre los factores socioeconómicos, demográficos, condición laboral y enfermedades crónicas y el DC. Estudio de tipo correlacional, de corte transversal. La muestra fue de 540 AM. Donde 61,3% lo presentaron los AM entre 65 y 75 años de edad; perteneciendo en su mayoría al sexo femenino, el 90,3 por ciento tuvo instrucción básica, el 96,8 por ciento se presentó en AM con HTA y el 38,7 por ciento en AM con DM2. Donde se concluyó que el DC en los AM se encuentra relacionado con factores que pueden ser modificables mediante la promoción, prevención, intervención y rehabilitación.

## **I.2 Justificación**

En vista de que la demencia es una enfermedad caracteriza por deterioro progresivo de la memoria, siendo está una causa de muerte importante y afectando más a los pacientes mayores, los cuales son un grupo vulnerable y susceptible a muchas otras enfermedades. Es de suma importancia poder diagnosticarla precozmente y retrasar su evolución. Muchos pacientes viven con demencia, pero nunca se les ha diagnosticado la enfermedad. La falta de reconocimiento de la demencia cuando está presente puede negarles a los pacientes el acceso al apoyo social, los fármacos y la ayuda económica. También impide que el paciente y su familia planifiquen el futuro. Sin embargo, el diagnóstico incorrecto de la demencia cuando no está presente puede causar angustia o temor y dar lugar a investigaciones adicionales que pueden desperdiciar recursos. Siendo está considerada incapacitante y afectando la calidad de vida de los pacientes y ver que cada día aumenta más su incidencia se recomienda usar estrategia de prevención y diagnóstico temprano.

Es de suma importancia conocer el test AD8 y ver que es una herramienta útil y sencilla de aplicar a los pacientes para poder tener una sospecha clínica de forma temprana de demencia y además es necesario darla a conocer a los médicos de las consultas y principalmente los médicos de atención primaria para disminuir su incidencia y la mortalidad.

### 1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tomando en cuenta que los adultos mayores son del grupo de pacientes que con frecuencia asisten a la consulta externa. A medida que la población está envejeciendo, el potencial aumento de la prevalencia de deterioro cognitivo supone un importante reto sociosanitario<sup>1</sup>. ya hoy en día, la demencia es la principal causa de dependencia en personas mayores y se estima que dentro de 20 años la población afectada se va a doblar <sup>2</sup>, con las implicaciones sociales y económicas que ello implica motivada, Actualmente, más de 55 millones de personas tienen demencia en todo el mundo, más del 60% de las cuales viven en países de ingreso mediano y bajo. Cada año, hay casi diez millones de casos nuevos<sup>14</sup>, según la OPS cada 3 segundos alguien en el mundo desarrolla demencia<sup>15</sup>. Los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia generan estrés y sufrimiento en el paciente y en el cuidador, favoreciendo el deterioro cognitivo y funcional, y precipitan la institucionalización. La demencia es una enfermedad que tiene un alto costo para el sistema de salud, En el 2019, esta tuvo un costo para la economía de todo el mundo de US\$ 1,3 billones; aproximadamente el 50 por ciento de esta cifra es imputable a la atención que proporcionan cuidadores informales (por ejemplo, familiares y amigos cercanos), que, de promedio, dedican unas cinco horas diarias a labores de atención y supervisión.<sup>14</sup> El diagnóstico de demencia acorta la esperanza de vida. Si bien, en general, se estima que el tiempo medio de supervivencia se sitúa alrededor de los 10 años, algunos trabajos muestran que ésta puede ser más corta, especialmente en las personas de mayor edad.

Teniendo en cuenta que estas enfermedades van en aumento rápidamente y a sabiendas que los síntomas iniciales de demencia son sutiles pueden pasar por desapercibidos y tomados con jocosidad es necesario tener una sospecha clínica y poder contar con herramientas útiles que nos aproximen a un diagnóstico temprano. Las pruebas cognitivas breves (pcb) son herramientas rápidas, no invasivas y baratas; su propósito básico es indicar la probabilidad de un deterioro cognitivo,

inferido de la relación de la puntuación del paciente con los parámetros de referencia.<sup>3</sup>

Las quejas cognitivas son un motivo de consulta frecuente en adultos mayores. La atención correcta y a tiempo del deterioro cognitivo es importante para el paciente y para el sistema, permitiendo acceder a asistencia médica, recursos sociales y la toma de decisiones sobre los cuidados a recibir. Sin embargo, el proceso de diagnóstico muchas veces se ve dificultado y la mayoría de los pacientes reciben el diagnóstico cuando se encuentran en una fase de demencia. Desde los servicios de Atención Primaria (AP) se ha de seguir una estrategia para decidir si un paciente con quejas cognitivas necesita una evaluación más profunda en la atención especializada. los test cognitivos breves (tcb) son una herramienta primordial de decisión en estos casos a medida que se envejece aparecen nuevos problemas relacionados a la salud, en el informe de la salud mental y los adultos mayores señala que, más de un 20 por ciento de adultos mayores sufren algún trastorno mental o neural siendo la demencia y la depresión los trastornos neuropsiquiátricos más comunes. El seis punto seis por ciento (6.6 por ciento) de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso.<sup>14</sup>

Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4 por ciento de los años vividos con discapacidad, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2018 la población adulta mayor está expuesta a experiencias de maltrato y exclusión y por ello son más vulnerables a la soledad y trastornos del ánimo. La demencia tiene consecuencias físicas, psicológicas, sociales y económicas, no solo para las personas que viven con la enfermedad, sino también para sus cuidadores, las familias y la sociedad en general. A menudo hay una falta de concienciación y de comprensión de la demencia, lo que puede causar estigmatización y suponer un obstáculo para el diagnóstico y la atención.<sup>14</sup>

La demencia es la quinta causa más importante que causa muerte en estadounidenses mayores de 65 años de edad. La población de Estados Unidos

envejece, con 46 millones de personas mayores de 65 años, cifra que se espera se duplique para 2060. Como consecuencia, se calcula que para 2050, el número de estadounidenses que vivirán con demencia, aumentará de cinco a 14 millones, y se considera que el costo de los cuidados de la demencia aumentará de \$236 mil millones de dólares a billón de dólares. <sup>14</sup>

Por anterior expuesto, consideramos importante y pertinente preguntarnos ¿Cuál es el nivel de la sospecha clínica de demencia a través del test de AD8 en pacientes de 55 a 70 años que acuden a la consulta externa del hospital central de las fuerzas armadas a través del cuestionario AD8, enero –abril 2023?

## 1.4. OBJETIVOS

### 1.4.1. General

Determinar el nivel de sospecha clínica de demencia a través del test AD8 en pacientes de 55 a 70 años que acuden a la consulta externa del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, enero abril 2023.

### 1.4.2. Específicos:

En la presente investigación se persigue determinar el nivel de sospecha clínica de demencia a través del test de AD8 en pacientes de 55 a 70 años que asisten a la consulta externa del Hospital Central de las Fuerzas Armadas según:

- Edad
- Sexo
- Escolaridad
- Ocupación
- Procedencia
- Hábitos tóxicos
- Comorbilidad (Obesidad, Hipertensión Arterial, Diabetes mellitus, sobrepeso)

## **CAPITULO II: MARCO TEORICO**

## II. MARCO TEÓRICO

II.1. El término demencia se refiere a un síndrome clínico adquirido caracterizado por un déficit cognitivo múltiple que implica un deterioro significativo de la memoria y de otras funciones cognitivas en relación con el nivel de funcionamiento previo del individuo, afectando las actividades de la vida diaria.<sup>8</sup>

Envejecimiento.

“La Organización Mundial de la Salud (OMS), define al envejecimiento como un proceso biológico, que da lugar a una serie de cambios fisiológicos, característicos de cada especie, que tiene como consecuencia una limitación de la capacidad de adaptación del organismo al ambiente” Lazarus, en su libro Hacer frente al envejecimiento, define el mismo como “un proceso, irreversible, heterogéneo universal y continuo que afecta la manera de vivir y adaptarse de los seres humanos”. También refiere que es un proceso cambiante, afectado por factores genéticos, sociales, interpersonales y psicológicos. No es adecuado hablar únicamente de procesos biológicos e intrínsecos, sino también de factores sociales, históricos y culturales que afectan de forma directa la velocidad del envejecimiento.<sup>8</sup>

### II.2. Historia

La palabra demencia deriva del latín “demens”, que significaba ausencia de pensamiento y era un término que se usaba para la definición de la locura. La primera alusión escrita e imprecisa sobre el término demencia se encuentra en el poema “De rerum natura” de Tito Lucrecio (siglo I a. C.). Cicerón (106-43 aC), en el ensayo “De senectute” o “Arte de envejecer”, (es preciso tener en cuenta que, para aquella época, la expectativa de vida media en el imperio romano era de 30 años de edad) era una enfermedad cerebral añadida al paso de los años, pero también tenía la connotación de “locura”; por lo tanto, el término demencia se aplicaba a cualquier estado de deterioro cognitivo y conducta anormal incomprensible (. probablemente haya sido Celsius (30-50 a. C.) el primero en utilizar demencia como término médico,

el cual con el paso de los años empieza a involucrar a las primeras alusiones del término de "demencia senil" en el siglo 2 d. C. propuesto por Arateousde Capadocia (en el libro III de su famosa Obra Médica), con lo cual la demencia se asociaba a un único factor de riesgo: la edad . Posteriormente Pablo de Egina , en su famosa publicación de Epitome, Hypomnema o Memorandum , en el siglo VII, intentó descubrir el deterioro cognitivo debido a demencia como un proceso adquirido, del que ocurre en la demencia de los procesos congénitos que acompaña al retraso mental y la oligofrenia<sup>10</sup>

El primero en proponer diferentes tipos de demencia según la edad de presentación fue Guislain quien planteó que existían dos clases de demencia: (1) las demencias que descendieron a las personas de edad y (2) las demencias de las personas más jóvenes . Pero, quizás uno de los hitos de mayor relevancia en la historia de las demencias está relacionado con Antoine - Laurent- Jessé Bayle , quien en 1822 presentó un trabajo clínico-patológico en su famosa tesis ( Recherches sur l'arachnitis chronique , la gastrite et la gastroentérite chronique , et la goutte , considéré comme causes de l'aliénation mentale ) en la que mostró que los síntomas físicos y mentales de la parálisis general progresiva de seis casos de enfermos del servicio de asilos de Charenton se requieren a una aracnoiditis crónica, es decir, a una patología cerebral, siendo el primero en plantear la teoría de la "unicidad". Pero, lo más importante, en el contexto del estudio del concepto de demencia, es que Bayle determinará el concepto de aracnoiditis crónica, propiciando una visión orgánica de las demencias, es decir, una enfermedad atribuible a lesiones en el sistema nervioso centra<sup>10</sup>

### **II.3. Definición**

La demencia es un término amplio para un síndrome que describe un conjunto de síntomas que se desarrollan como resultado de daños a nivel cerebral, que incluyen pérdida de memoria, dificultades de comunicación y cambios del estado de ánimo. Es una enfermedad progresiva, lo que significa que empeora con el tiempo, en la última etapa de la enfermedad, las personas con demencia son incapaces de realizar las actividades cotidianas y necesitan de un cuidador.<sup>16</sup> Los objetivos principales de los servicios de atención relacionados con la demencia son: el diagnosticar precozmente para posibilitar un tratamiento precoz y óptimo; mejorar la salud física, la cognición, la actividad y el bienestar; identificar y tratar enfermedades físicas concomitantes; detectar y tratar los síntomas conductuales y psicológicos problemáticos y proporcionar información y apoyo a largo plazo a los cuidadores.<sup>16</sup>

### **II.4. Etiología**

Las demencias pueden ser el resultado de enfermedades primarias del encéfalo o de otros trastornos, estas pueden dividirse en dos grandes grupos: las demencias cerebrales o primarias y las demencias sistémicas o secundarias.<sup>12</sup> Las demencias cerebrales o primarias son degenerativas, presentando procesos atrofiantes del encéfalo: disminución del tamaño y destrucción de las células nerviosas. Son demencias degenerativas las enfermedades de Pick, Alzheimer, Huntington, Parkinson, Fahr, Wilson, la demencia senil, la parálisis supranuclear, la leucodistrofia metacromática, la esclerosis múltiple.<sup>12</sup>

II.4.1 Las demencia secundarias o sistémicas se dividen, según su etiología, en: vasculares, tóxicas, avitaminosis, medicamentosas, traumáticas, tumorales, infecciosas, epilépticas, por hidrocefalias normotensivas, por enfermedades generales o por endocrinopatías.<sup>12</sup>

II.4.1 Las demencias vasculares pueden ser causadas por: infarto único cerebral, infartos múltiples, infartos lacunares, arritmias cardíacas, anoxias, hipoxias, vasculitis (lupus eritematoso) o la enfermedad de Binswanger

❖ **Demencias vasculares**

- Demencia multiinfarto.
- Demencia por infarto único en área estratégica.
- Enfermedad de pequeños vasos:
  - Estado lacunar.
  - Enfermedad de Binswanger.
  - Angiopatía cerebral amiloidea.
  - Enfermedad colágeno vascular con demencia.
- Demencia por hipoperfusión (isquemia-hipoxia).
- Demencia hemorrágica:
  - Hemorragia traumática subdural.
  - Hematoma cerebral.
  - Hemorragia subaracnoidea..

II.4.1.2 Las demencias tóxicas se originan por el alcohol etílico, los metales pesados (Pb, Hg, etc.) o el monóxido de carbono.<sup>12</sup>

II.4.1.3 Las severas carencias avitaminosicas de tiamina, cianocobalamina, ácido fólico o de ácido nicotínico, también causan cuadros demenciales.<sup>12</sup>

II.4.1.4 Las demencias medicamentosas suelen ser originadas por: antineoplásicos, psicofármacos o el empleo de quimioterápicos, antibióticos, antiinflamatorios, analgésicos, anticolinérgicos, antihistamínicos, benzodiazepinas, antidepresivos, litio, anticonvulsivos, antieméticos, antiseoretos, hipotensores, cardiotónicos, inmunosupresores y anti parkinsonianos..<sup>12</sup>

II.4.1.5 Entre las causas de las demencias traumáticas se cuentan las contusiones, los hematomas subdurales, y la actividad pugilística.

II.4.1.6 Los tumores cerebrales (primarios o secundarios) también producen cuadros demenciales.

II.4.1.7 Causas infecciosas de la demencia son: la tuberculosis, el VIH y la sífilis; esta última origina dos variantes: la paralítica (PGP) y la no paralítica. La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob actualmente se considera causada por priones, (glucoproteínas infecciosas carentes de ácido nucleico).<sup>12</sup>

II.4.1.8 La epilepsia ocasiona cuadros demenciales, especialmente en pacientes epilépticos institucionalizados.

II.4.1.9 La hidrocefalia normotensiva de Hakim también suele originar cuadros demenciales

II.4.1.10 La diálisis renal, el síndrome porto cava y los trastornos metabólicos, están entre las posibles causas de las demencias.

II.4.1.11 Las enfermedades de Cushing, de Adisson, la diabetes mellitus y las disfunciones tiroideas, se hallan entre las endocrinopatías que originan demencias.

II.4.1.12 Psiquiátricas: depresión, esquizofrenia y reacción de conversión

II.4.1.13 Enfermedades del colágeno: sarcoidosis, bechet, lupus eritematoso sistémico y esclerodermia. La causa más frecuente de la demencia es la enfermedad de Alzheimer, cuya prevalencia se sitúa entre 50 % y 60 por ciento. La enfermedad vascular le sigue: 8-15 por ciento. Sucesivamente vienen: el alcoholismo 6-18 por ciento, las neoplasias 5 por ciento, la hidrocefalia normotensiva 4-5 por ciento, la enfermedad de Huntington 2-5 por ciento, los trastornos metabólicos 2-4 por ciento.<sup>12</sup>

II.4.I.14 Los fármacos, sobre todo las benzodiazepinas y los anticolinérgicos (p. ej., algunos antidepresivos tricíclicos, antihistamínicos, antipsicóticos, benzotropinas), pueden producir transitoriamente o empeorar los síntomas de demencia, al igual que el alcohol, incluso en cantidades moderadas. La insuficiencia renal o hepática nueva o progresiva puede reducir la depuración de las drogas y causar toxicidad farmacológica después de años de ingerir una dosis estable de un fármaco<sup>12</sup>

Los mecanismos priónicos parecen estar implicados en la mayoría o todos los trastornos neurodegenerativos que primero se manifiestan en los ancianos. Una proteína celular normal esporádicamente (o por medio de una mutación heredada) queda mal plegada en una forma patógena o prion. El prion actúa entonces como una plantilla, haciendo que otras proteínas se plieguen mal de manera similar. Este proceso ocurre durante años y en muchas partes del sistema nervioso central. Muchos de estos priones se hacen insolubles y, como el amiloide, no pueden ser eliminados fácilmente por la célula. La evidencia implica a priones o mecanismos similares en la enfermedad de Alzheimer (fuertemente), así como en la enfermedad de Parkinson, la enfermedad de Huntington, la demencia frontotemporal y la esclerosis lateral amiotrófica. Estos priones no son tan infecciosos como los de la enfermedad de Creutzfeld-Jacob, pero pueden ser transmitidos.<sup>12</sup>

## **II.5. Clasificación.**

En la actualidad existen más de 100 formas de demencias, aunque la enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular, la demencia frontotemporal y la demencia de Cuerpos de Lewy son tipos más frecuentes.<sup>16</sup>

### **II.5.1 Enfermedad de Alzhéimer:**

Es una enfermedad degenerativa primaria de origen desconocido, caracterizada por la pérdida de memoria de instauración gradual y continua, con afectación global del resto de las funciones superiores, que conlleva la repercusión consecuente en la actividad laboral o social.<sup>17</sup>

### II.5.1.1 Patogenia

La patogenia no se conoce, aunque se ha demostrado una reducción del grado de inervación colinérgica en áreas neocorticales e hipocámpicas, y una pérdida de neuronas de los núcleos colinérgicos del prosencéfalo basal. Se han identificado factores de riesgo asociados, como la edad avanzada, género femenino, bajo nivel educativo, historia previa de depresión, traumatismo cerebral, entre otros. Junto a éstos, se encuentran genotipos que confieren determinada vulnerabilidad, son los denominados genes de susceptibilidad. Se han descrito cuatro genes que contribuyen a conferir vulnerabilidad en el desarrollo de Enfermedad de Alzheimer:<sup>17</sup>

1. Apolipoproteína E alelo 4 localizado en cromosoma 19. La presencia de ApoE4 incrementa el depósito de proteína beta-amiloide en su variedad agregada y se asocia con una mayor frecuencia de desarrollar placas neuríticas y marcado déficit colinérgico.

- Gen del receptor de lipoproteína de baja densidad localizado en cromosoma 12.
- El alelo A2 del antígeno de histocompatibilidad HLA, que se codifica en el cromosoma.
- La hidrolasa de bleomicina, que se codifica en el cromosoma.

Se ha descrito una forma precoz, poco frecuente (< 5 por ciento), que afecta a personas entre 30-60 años y se asocia a alteraciones genéticas. Se han documentado mutaciones en la proteína precursora amiloidea, presenilina 1 y 2 (cromosomas 1, 14 y 21). Asimismo, existe una forma esporádica que ocurre más frecuentemente en personas mayores de 65 años, cuyo patrón hereditario no es obvio, aunque se ha observado un riesgo aumentado en los pacientes con una o dos copias del alelo épsilon4 de la apoproteína E (cromosoma 19).

## **II.5.2. Demencias frontotemporales**

Se caracterizan por declive de las funciones superiores de inicio insidioso y progresión lenta, acompañado de alteraciones conductuales, sociales, de las funciones ejecutivas y lenguaje desproporcionado en relación con el defecto de memoria. Clásicamente estos pacientes han sido referenciados como enfermedad de Pick. En años recientes se especula que la enfermedad de Pick forma parte de un amplio grupo de entidades donde predominan las lesiones de localización frontotemporal, pero con variedades clínico patológicas diferentes. Aunque las demencias frontotemporales no son tan frecuentes, es importante reconocerlas ya que difieren en su manejo. Esto es, sobre todo, importante en aquellos pacientes que debutan clínicamente con trastornos conductuales complejos y bizarros y con mantenimiento de la función cognitiva. En esos pacientes se plantea el diagnóstico diferencial con las psicosis de comienzo tardío.<sup>16</sup>

## **II.5.3. Demencias subcorticales**

(demencia por cuerpos de Lewy (dl) y enfermedad de Parkinson con demencia) corresponde a cuadros de demencia con alucinaciones visuales, parkinsonismo y evolución fluctuante, con identificación de cuerpos de Lewy en los estudios patológicos. Si hay parkinsonismo > 1 año antes de detectar la disfunción cognitiva, el diagnóstico es enfermedad de P parkinsonismo con demencia.

En su mayoría, son esporádicas y se piensa que tienen una etiología genética/ambiental compleja, aunque las mutaciones o la multiplicación del gen codificador de la sinucleína alfa SNCA (PARK 1/4) pueden inducir fenotipo de DL. Mutaciones adicionales del gen PARK que pudieran desencadenar DL (o EPD) son PARK17, VPS35, PARK18, EIF4G.<sup>16</sup>

### **II.5.3.1. Patogenia.**

Inclusiones eosinofílicas intracitoplásmicas en las neuronas corticales compuestas por sinucleína alfa, ubiquitina y proteínas de los neurofilamentos. Disminución de acetilcolina y otros neurotransmisores. Atrofia cortical mínima, alucinaciones visuales (alucinaciones no visuales o delirios sistematizados) y parkinsonismo, con mayor frecuencia de episodios de pérdida transitoria de conciencia y síncope y tendencia a caídas repetidas. La rigidez y la bradicinesia son los signos más comunes; sin embargo, el temblor de reposo es infrecuente<sup>16</sup>

Las modificaciones en el estado mental suelen preceder a los signos motores. La respuesta a la L-dopa es muy variable. Suele existir una sensibilidad aumentada a los antagonistas dopaminérgicos y reacciones adversas a neurolépticos. Recientemente se han establecido criterios consensuados para el diagnóstico de esta entidad . En el tejido cerebral se pueden objetivar microscópicamente cuerpos de Lewy. La demencia es común en la enfermedad de Parkinson idiopática, con una frecuencia entre 20-50%. Los factores que aumentan el riesgo de desarrollo de la misma son la edad mayor de 70 años, depresión, confusión o psicosis con levodopa y apolipoproteína E. El sustrato patológico de este solapamiento clínico es variable.<sup>16</sup>

### **II.5.4. Demencias vasculares**

La demencia vascular se define como toda demencia secundaria a muerte neuronal derivada de procesos isquémicos o hemorrágicos. Presenta mayor incidencia en varones, pacientes con hipertensión arterial, cardiopatía y diabetes. Series patológicas las cuales están basadas en población hospitalizada, Sugieren que el 20 por ciento de los ancianos tienen evidencia neuropatológica de demencia vascular en la autopsia. <sup>19</sup>

## **II.6. Factores de riesgos**

En la mayoría de los casos, las demencias se presentan de manera esporádica (sin factores familiar y como casos únicos en la familia). La gran mayoría de las demencias son causadas por la combinación de genes y medio ambiente.<sup>19</sup>

### **II.6.1. Factores demográficos**

**La edad** es el primer y más importante factor de riesgo en esta patología, ya que el cerebro de las personas ancianas se predispone cada vez más a ser afectado, pero puede afectar pacientes con edades jóvenes.

**El sexo.** No se cuenta todavía con estudios contundentes que determinen si el género masculino o el género femenino se ve más afectado por este padecimiento. Por causas todavía no completamente dilucidadas, la incidencia de la enfermedad es ligeramente mayor en mujeres, y la prevalencia, muy dependiente de la mayor mortalidad global en varones, es tres veces mayor.

**Escolaridad** en pacientes con niveles de estudios bajo, es otro de los factores de riesgos.

**Procedencia,** se estima que los pacientes de zonas rurales son más propensos a sufrir demencias.

### **II.6.2. Factores genéticos**

Hay varios genes asociados con la enfermedad de Alzheimer. El primero que se descubrió es el gen APP y se encarga de la producción de una proteína llamada factor amiloide. En los pacientes con Alzheimer, el factor amiloide se empieza a depositar en forma de placas y ovillos dentro y fuera de las células. Este proceso

altera a una proteína llamada TAU, lo cual produce un daño en las partes de las neuronas llamadas axones, que se encargan de comunicar y transmitir señales en el cerebro. Todo esto produce una disminución del tamaño y volumen del tejido cerebral, proceso llamado atrofia. Sin embargo, los tratamientos que intentan contrarrestar este proceso, no han sido exitosos, lo cual sugiere la existencia de procesos patológico subyacentes coexistentes.<sup>19</sup>

### **II.6.2.1. Genes involucrados en presentación temprana**

Los genes asociados a la enfermedad de Alzheimer de inicio temprano (antes de los 65 años) están relacionados con codificar la proteína A4 amiloide (APP) e incluyen:<sup>19</sup>

- Presenilina-1 (PSEN1). Edad de inicio: 35-60 años, Deterioro cognitivo es rápido y progresivo, signos neurológicos y por ende puede confundirse con demencia frontotemporal<sup>19</sup>
- Presenilina-2 (PSEN2). Poco frecuentes, se puede presentar de manera temprana o tardía, los pacientes pueden presentar crisis convulsivas<sup>19</sup>
  - Gen precursor de la proteína A4 (APP). Pocos frecuentes (6-2 por ciento), dolor de cabeza, signos focales neurológicos y crisis convulsivas.<sup>19</sup>
  - Genes involucrados en la presentación tardía, el gen APOE, en particular el alelo A4. El cual representa el mayor riesgo de presentar la enfermedad hasta 10 veces mayor comparado a la población en general<sup>19</sup>

### **II.6.3 Factores cardiovasculares y cerebrovasculares.**

Diabetes mellitus, altos niveles de glucemia, deficiencia o resistencia a la insulina, Hipertensión arterial, problemas cardiovasculares y el sedentarismo se han asociado a un incremento en el riesgo de padecer deterioro cognitivo leve. Esto se da como

consecuencia de una serie de manifestaciones neurológicas focales de la interrupción súbita del flujo sanguíneo cerebral, que durante un infarto cerebral las células sufren daño. Al no restaurarse el flujo sanguíneo se dará la muerte de las neuronas. Después de que se da el infarto, los acontecimientos bioquímicos que tienen lugar en las neuronas llevan desde la Pérdida de energía ocasionada por la interrupción de la fosforilación oxidativa y un déficit de producción de trifosfato de adenosina (ATP) hasta la muerte celular. Al tener una menor producción de ATP, la bomba sodio-potasio ATPasa y otras bombas que dependen de él dejan de funcionar y, consecuentemente, los gradientes iónicos de membrana sufren desequilibrio, creando uno de los principales caminos de la muerte celular en el infarto isquémico. Las personas con obesidad presentan mayor riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer , debido a mayor daño en el ADN, neurodegeneración, pérdida en la integridad de la barrera hematoencefálica y deterioros en el comportamiento.<sup>20</sup>

Los fenómenos de ansiedad se pueden presentar hasta en 40 - 50 por ciento de los pacientes con Alzheimer. Existen pocos trabajos que estudian la relación entre los trastornos por ansiedad y la demencia, aunque sí se conoce que en los estadios iniciales del Alzheimer los síntomas ansiosos son más frecuentes que en la población geriátrica no demente. Ocasionalmente las alteraciones de la conducta y el deterioro cognitivo son muy marcados y se pasan por alto los síntomas ansiosos<sup>21</sup>.

En cuanto a la depresión, existen discrepancias acerca de su prevalencia, oscilando entre 25 y 85 por ciento. Algunos incluso la asocian directamente con el aumento en la mortalidad. Sin embargo, hasta hace relativamente pocos años se dudaba realmente que el paciente demente pudiera deprimirse, pero hoy se demuestra la correspondencia de la depresión y la ansiedad con la demencia.<sup>21</sup>

#### II.6.4. Factores ambientales

- El sedentarismo forma parte de los factores de riesgos para la demencia. Los estudios realizados en animales basados en resultados de neuroimágenes con resonancia magnética nuclear, sugieren que el ejercicio físico puede promover la angiogénesis, la neurogénesis, la plasticidad de las sinapsis, la supervivencia de las neuronas y el aumento de la expresión de genes.<sup>20</sup>
- La dieta, en las personas mayores el principal cambio en la conducta alimentaria es la llamada anorexia del envejecimiento. La anorexia en la tercera edad no significa sólo una ingesta global de alimentos reducida, sino que se caracteriza por un patrón alimentario en el que algunos grupos de alimentos como el de la carne, los huevos y el pescado, así como el grupo de frutas y verduras, son más penalizados que otras categorías de alimentos (como la leche y los cereales).

##### II.6.4.1 Hábitos tóxicos.

- **Café:** Los efectos beneficiosos de la cafeína pueden generarse a través de los mecanismos que reducen la producción de  $\beta$ -amiloide o mediante el aumento del nivel de proteínas cerebrales importantes para el aprendizaje y la memoria, como el factor neurotrófico derivado del cerebro.<sup>21</sup>
- **Tabaquismo.** El tabaquismo es una variable sobre la cual tampoco se ha llegado a ninguna conclusión. No se tiene una clara relación entre el tabaquismo y la demencia; sin embargo, se conoce que el consumo de tabaco aumenta el riesgo de enfermedad vascular y aterosclerosis, lo que aumenta la posibilidad de demencia por daño vascular a nivel cerebral.<sup>10</sup>

- **Consumo excesivo de alcohol.** Se ha concluido en varios estudios que el consumo de grandes cantidades de bebidas alcohólicas tiene un efecto neurotóxico; lo contrario del consumo ligero a moderado, que disminuye el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, eventos cerebrovasculares isquémicos, tanto en hombres como en mujeres de avanzada edad. Dado que cada vez hay más pruebas de que las enfermedades vasculares se asocian con el deterioro cognitivo y la demencia, dicho consumo también podría reducir el riesgo de demencia en general<sup>10</sup>

- **Contaminación del aire.** Según los estudios hechos en animales, las partículas de la contaminación del aire pueden acelerar la degeneración del sistema nervioso. Y, según los estudios en humanos, la exposición a la contaminación del aire, particularmente por los gases de escape del tráfico y la quema de madera, se asocia con un mayor riesgo de demencia.<sup>10</sup>

- **Traumatismo craneal.** Las personas que han sufrido un traumatismo craneal grave corren más riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer. Varios estudios de gran envergadura hallaron que en personas de 50 años o más que tuvieron una lesión cerebral traumática, el riesgo de padecer demencia o enfermedad de Alzheimer es mayor. El riesgo aumenta en personas con lesiones cerebrales traumáticas múltiples y de mayor gravedad. Algunos estudios indican que el riesgo puede ser mayor dentro de los primeros seis meses a dos años después de la lesión cerebral traumática.<sup>10</sup>

- **Alteraciones del sueño.** El sueño no solo es un fenómeno normal, sino que es considerado como un proceso fisiológico de vital importancia para la salud integral de los seres humanos. Se considera que tiene relación con el ciclo del día y la noche, lo que en los seres humanos se ha denominado ritmo o ciclo circadiano, el cual regula el reloj interno. Entre las principales funciones del sueño, podemos mencionar: 1) conservación de la energía 2) eliminación de radicales libres acumulados durante el día, 3) regulación y restauración de la actividad eléctrica cortical 4) regulación

térmica 5) regulación metabólica y endocrina 6) homeostasis sináptica 7) activación inmunológica y 8) consolidación de la memoria. Estas funciones del sueño son importantes y necesarias para que podamos sentirnos descansados, con energía, y ayudan a aprender o crear recuerdos. Muchas actividades vitales que se realizan durante el sueño ayudan a mantener un estado de salud óptimo. Ocurre lo contrario cuando no se duerme lo suficiente; por ejemplo, los niños en edad de aprendizaje tienen retraso en el aprendizaje, los adultos sufren riesgo de accidentes y los ancianos pueden tener menor rendimiento cognitivo. Los pacientes con deterioro cognitivo leve tienden a tener más problemas de sueño que la personas con cognición normal. Es necesario detectar de manera temprana los trastornos de sueño y proporcionar un tratamiento adecuado para evitar la progresión a demencia, ya que la persistencia de los trastornos de sueño altera la consolidación de la memoria y aumenta el riesgo de desarrollar demencia. Se ha estimado que alrededor del 40 por ciento de pacientes con alteración cognitiva padecen trastornos del sueño y las más frecuentes son insomnio, fragmentación del sueño con despertares nocturnos prolongados y somnolencia diurna excesiva.<sup>10</sup>

## **II.7. Epidemiología**

La prevalencia de síndrome demencial en América Latina y el Caribe es alta, entre 6,0 y 6,5 por cada 100 adultos de 60 años y más, con un estimado de crecimiento en el número de personas con demencia entre el 2001 y el 2040 del 77 por ciento en los países del cono sur americano (Argentina y Chile) y de 134 a 146 por ciento de incremento en el resto de América Latina, por lo que sobrepasará al de cualquier otra región del mundo. La tasa de incidencia de demencia anual estandarizada para la edad es también elevada, con un estimado de 410,938 nuevos casos de demencia por año, la que se asocia a una menor supervivencia en relación con los países de altos ingresos. De 3,4 millones de personas con demencia en América Latina y el Caribe en la actualidad, la cifra se incrementará a 4,1 millones para el 2020 y a 9,1 millones en el 2040, es decir, será similar al de Norteamérica.<sup>15</sup>

De 2010 a 2050, el número de personas con demencia aumentará un 151 por ciento en Norteamérica, un 210 por ciento en el Cono Sur, un 214 por ciento en los países de la región del Caribe latino, un 237 por ciento en el Caribe no latino, un 414 por ciento en México, un 422 por ciento en Brasil, un 445 por ciento en el área andina, y un 449 por ciento en el istmo centroamericano. Estas distintas tasas de aumento del número de personas con demencia reflejan variaciones en el ritmo de envejecimiento de la población en estas regiones. Entre el 2010 y el 2013, la tercera causa de muerte en los mayores de 65 años de edad, fue la demencia y la enfermedad de Alzheimer con 292,8 por 100,000.<sup>16</sup>

En la República Dominicana se evidencia una tendencia hacia una población cada vez más envejecida, en los últimos 50 años la población mayor de 65 años ha pasado de ser un 3 por ciento a un 6 por ciento de la población.<sup>15</sup>

Según datos de extrapolación, la República Dominicana tiene un 8% de la población de más de 60 años con demencia, equivalente a unos 90,000 casos. El costo se estima en US\$ 2,300.00 per cápita por año, costo por lo general asumido por las familias. El cuidado en un 94 por ciento es en el hogar, donde el que cuida tiene que acortar sus horas de trabajo o dejar de trabajar para cuidar al familiar, empobreciendo aún más a las familias.<sup>15</sup>

## **II.8. Diagnóstico**

En esta fase se intenta concretar qué tipo de demencia tiene el paciente y cuál es su causa más probable, para lo que es preciso la participación de un equipo especializado. La anamnesis especializada debe orientarse no sólo hacia los datos de DC, sino hacia otros posibles síntomas conductuales y neurológicos acompañantes, que puedan orientar el diagnóstico<sup>24</sup>

## **II.8.1. Clínico**

La detección de deterioro cognitivo debe ser un hecho cotidiano en el día a día de la práctica médica. El diagnóstico de la demencia es fundamentalmente clínico, el cual se basa en la historia clínica, la exploración física y la evaluación neuropsicológica y funcional. La historia clínica constituye el elemento básico en el acercamiento diagnóstico de la demencia. En ella se deben constatar los antecedentes personales (factores de riesgo cardiovascular, abuso de alcohol o sustancias, antecedentes de exposición a tóxicos, traumáticos, psiquiátricos, neurológicos), sociales (nivel educativo y escolarización) y familiares (demencia o síndrome de Down).<sup>17</sup>

Es fundamental recoger detalladamente la forma de comienzo (aguda o gradual), síntoma inicial, tiempo de evolución (meses), curso (progresivo, fluctuante, escalonado) y sintomatología actual, si existen o no trastornos conductuales asociados y repercusión sobre las actividades cotidianas<sup>17</sup>

### **II.8.1.1. Historia clínica**

- **Anamnesis**

De preferencia, la información debe ser dada por un familiar cercano; esto nos da una información más certera y confiable. La entrevista se debe realizar de manera dividida, el paciente del familiar o cuidador, ya que se pueden obviar algunos síntomas o signos por vergüenza al estar cada uno frente al otro, o por otro motivo. Los síntomas contados por el familiar suelen tener más relevancia que los contados por el propio paciente. Se debe indagar sobre el apoyo de la familia hacia el paciente, así como el entorno en donde se desenvuelve.<sup>10</sup>

Se debe indagar los antecedentes del paciente sobre enfermedades crónicas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad tiroidea, enfermedad de

Parkinson, inmunodeficiencia humana, enfermedad renal, discapacidad, depresión, ansiedad, etc.) agudas (neumonías, accidentes o traumatismos, enfermedades gastrointestinales, anemia, desnutrición, etc). Los antecedentes de demencia en la familia, deterioro cognitivo, enfermedad de Alzheimer son importantes por el posible diagnóstico de una demencia presenil en el paciente.<sup>10</sup> se le debe preguntar a los pacientes por cada medicamento que usa, no solo los prescritos por un personal de salud, sino todos aquellos que recomienda la vecina, abuela o tío.

- **Examen físico.** La exploración deberá incluir siempre una exploración física exhaustiva para descartar signos de enfermedades sistémicas con presentación atípica, con impacto en la función cognitiva, y una exploración neurológica lo más completa posible buscando signos de focalidad, extrapiramidalismo, de liberación frontal y, sobre todo, alteraciones de la marcha. La valoración neuropsicológica es una de las actividades más importantes en el proceso del diagnóstico diferencial de las demencias. Esta valoración puede realizarse de forma estructurada y estandarizada, valiéndose de cuestionarios o test o de forma abierta mediante pruebas seleccionadas en función de los déficits que vayamos encontrando en el paciente. La evaluación neuropsicológica puede alcanzar diferentes niveles de extensión y detalle según la complejidad de los instrumentos que se apliquen<sup>17</sup>

**Escalas breves cognitivas.** Los instrumentos de screening son pruebas cortas, accesibles, de aplicación rápida y sin necesidad de grandes normas de utilización, que aportan una información inicial y valiosa. Entre estos, el tes de AD8, el Mini Mental State Examination de Folstein; entre otros, se encuentran el Mental Status Questionnaire de Khan, el test del reloj, de Shulmman el Short Portable Status Questionnaire y el Cognitive Capacity Screening Examination.<sup>10</sup>

### II.8.1.2 El test AD8

Los test cognitivos breves y los cuestionarios al informador (CI) son los instrumentos más utilizados en el cribado y el despistaje de deterioro cognitivo (DC) y demencia (DEM) en la práctica clínica<sup>1</sup>. Los CI consisten en una batería de preguntas estructuradas que cumplimenta un informador acerca de la situación cognitiva, conductual y funcional del paciente en el momento actual y en comparación con su situación previa. Con respecto a los test cognitivos, tienen la ventaja de ofrecer una perspectiva evolutiva del sujeto, esencial cuando nos encontramos en los límites superiores o inferiores del rendimiento en las pruebas cognitivas; minimizan el sesgo asociado a edad, sexo, alfabetización o factores educativos y culturales, y tienen la ventaja adicional de que en algunos casos pueden ser autocomentados de forma individual por el informador, lo cual supone un ahorro de tiempo del profesional.<sup>22</sup>

La principal limitación de los CI es que no siempre se dispone de informador o en otras ocasiones existe, pero no es fiable, ya sea porque no está bien informado, porque no está capacitado, o incluso, porque pueda tener intereses espurios en falsear la realidad. Los CI resultan imprescindibles en aquellos casos en que los sujetos no colaboran o no aceptan ser evaluados; en otras circunstancias, complementan y amplían la información derivada de la ejecución de los pacientes en test cognitivos y existen evidencias de que el uso conjunto mejora la utilidad diagnóstica (UD) de ambos instrumentos<sup>22</sup>

El AD8 es un CI muy breve recientemente desarrollado que contiene solo 8 cuestiones de respuesta sí/no, que ha sido sometido a una rigurosa validación de su utilidad para deterioro cognitivo y demencia<sup>11</sup> y, más recientemente, para el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer apoyado con el uso de biomarcadores de LCR (betaamiloide 1-42) y neuroimagen (PET-PIB)<sup>12</sup>. Un estudio ha constatado también la utilidad del AD8 cuando es auto aplicado por el propio paciente en los casos en los que no hay informador disponible<sup>13</sup>; finalmente, existe evidencia de que el uso conjunto del AD8 y otros test cognitivos mejora la detección del deterioro

cognitivo y la demencia<sup>14</sup>. Estas excelentes prestaciones explican la rápida y amplia difusión del AD8, así como el desarrollo de adaptaciones del AD8 a varios idiomas (francés<sup>15</sup>, portugués<sup>16</sup>, coreano<sup>17</sup>, taiwanés<sup>18</sup>), incluyendo una versión en castellano para Chile<sup>22</sup>

El AD8 es una prueba que ha sido estudiada y demostrado su eficacia para sospecha de demencia no atizándose como único método diagnóstico sino más bien, como herramienta en el cribado de datos clínicos y ser confirmado con otras pruebas diagnósticas en el estudio realizado por C. Carnero Pardo, R. de la Vega Cotarelo, S. López Alcalde, C. Martos Aparicio, R. Vilchez Carrillo, E. Mora Gavilán, J.E. Galvin. Quien muestra una alta consistencia interna ( $\alpha$  0,90, IC del 95%, 0,86-0,93) y correlaciona de forma muy significativa con el estadio GDS, la capacidad funcional y la función cognitiva, lo que asegura su fiabilidad, validez de constructo y convergente. La validez discriminativa para identificar sujetos con DCsD y DEM leve también es alta (aROC 0,90; IC del 95%, 0,86-0,93), consiguiendo un 88,8% de CC en nuestra muestra.<sup>22</sup>

## II.8.2. Pruebas complementarias

- Estudios citológicos

Estudio de líquido cefalorraquídeo. El análisis de líquido cefalorraquídeo es de especial relevancia en el abordaje de sujetos jóvenes con deterioro cognitivo leve. El estudio de LCR es de gran importancia para la búsqueda de biomarcadores que ayuden al diagnóstico específico de alguna de las demencias de origen neurodegenerativo, como la proteína tau y la apolipoproteína E<sup>20</sup>.

Un biomarcador es un indicador característico de una enfermedad que es medido y evaluado de modo objetivo como un indicador de procesos biológicos normales,

patológicos o respuestas farmacológicas a una intervención. Hay suficiente evidencia de que estos biomarcadores pueden ser utilizados para establecer el diagnóstico de deterioro cognitivo leve.

### **II.8.3. Laboratorios**

Hemograma, velocidad globular de sedimentación, bioquímica, glucosa, electrolitos (calcio), prueba de función renal, hepática, tiroidea, vitamina B12 y Serología sífilis.

Pruebas complementarias optativas

- Serología VIH.
- Punción lumbar.
- Estudio inmunológico.
- Sedimento de orina.
- Estudio toxicológico.
- Neuroimagen funcional: SPECT/PET.
- Electroencefalograma.
- Estudios genéticos

### **II.8.4 Estudios de imagen**

Las pruebas de imagen, a pesar de que no existe consenso, tienden a ser recomendadas como pruebas complementarias de rutina en pacientes con demencia, con el objetivo de establecer un diagnóstico diferencial con posibles lesiones estructurales tratables. La edad inferior a 65 años, focalidad neurológica, alteración de la marcha o incontinencia urinaria y la corta duración de los síntomas (< 2 años) son signos predictivos de identificar etiología reversible, pero la sensibilidad y especificidad es baja. Se ha documentado que la tomografía axial computarizada (TAC) tiene una sensibilidad y especificidad moderada alta en el diagnóstico de lesiones estructurales potencialmente reversibles, como por ejemplo tumores, hematomas subdurales e hidrocefalia, aunque la probabilidad de encontrar lesiones

corregibles quirúrgicamente es baja (5-15 por ciento). La resonancia magnética (RM) es más sensible para el diagnóstico de pequeños infartos, lesiones periventriculares y profundas de sustancia blanca, siendo menos específica para identificar enfermedad cerebrovascular significativa. Su indicación fundamental es la cuantificación de la atrofia, en especial entorrinal e hipocámpica, y también, es recomendada cuando los datos clínicos sugieren lesión estructural y la TAC no presenta alteraciones significativas.<sup>17</sup>

Las pruebas de neuroimagen funcional por técnicas de medicina nuclear, como la tomografía por emisión de fotón único y la tomografía por emisión de positrones, pueden aportar información cuando existen dudas sobre el diagnóstico, pero no se recomienda su uso rutinario en el diagnóstico de la demencia<sup>24</sup>

### **II.9.1 Tratamiento**

- **Fármacos modificadores de enfermedad (FARME):** no se dispone de alguno; están en estudio algunos agentes promisorios.<sup>23</sup>

- **Farmacoterapia sintomática:**

Los principales correlatos patológicos del deterioro cognitivo en la enfermedad de Alzheimer, son el número de células piramidales corticales, la densidad sináptica cortical, el número de lesiones neurofibrilares y los niveles de acetilcolinesterasa cortical. Esto último es un indicador de en qué medida el defecto colinérgico es responsable del deterioro mental, y la intervención sobre él puede dar lugar a beneficios terapéuticos. Aunque los defectos colinérgicos no son los únicos trastornos de la neurotransmisión, sí son los más intensos y los que tienen más importancia fisiopatológica.

El tratamiento colinérgico incluye diversas posibilidades, como son aumentar la cantidad del precursor, inhibir la colinesterasa, estimulación directa del receptor colinérgico y estimulación indirecta colinérgica. Desafortunadamente la mayoría de esas opciones han sido descartadas por sus efectos tóxicos. El único grupo con desarrollo importante es el de los inhibidores de acetilcolinesterasa.

- El donepezilo es un inhibidor selectivo y reversible de la acetilcolinesterasa. Posee una vida plasmática larga, ofrece la ventaja de disminuir los efectos periféricos y poder ser administrado una vez al día. Esta condición debe ser tenida en cuenta en caso de Intervención quirúrgica, pues el período de lavado es muy largo. El tratamiento se inicia con 5 mg/día, administrados antes de acostarse, incrementando la dosis a 10 mg/día después de seis-ocho semanas. Sus efectos adversos se sitúan entre el 10-20% e incluyen Náuseas, vómitos, diarrea e insomnio. 17,23

- La rivastigmina es un inhibidor relativamente selectivo, pseudoirreversible de la acetil-colinesterasa con una vida media plasmática de unas 10 horas. Este fármaco ha demostrado una relativa selectividad por el subtipo de acetilcolinesterasa G1 que se encuentra presente en altas concentraciones en el cerebro de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Este fármaco se administra dos veces al día, comenzando por una dosis creciente de 3 mg/día durante seis-ocho semanas que se continúa con dosis de 6, 9 y 12 mg/día.<sup>17</sup>

- La galantamina es un inhibidor selectivo y competitivo de acetilcolinesterasa. Otra acción farmacológica es su modulación alostérica de receptores nicotínicos, aumentando la transmisión colinérgica por estimulación presináptica. El fármaco se debe administrar cada 12 horas. La dosis efectiva es de 16-24 mg/día, comenzando con la dosis de 8 mg/día y aumentando la dosis cada mes<sup>17</sup>

- La memantina es un antagonista específico de los receptores voltaje dependientes NMDA, con afinidad y no competitivo. Sus características de ligazón al receptor NMDA son muy similares a las del magnesio, que es el

bloqueante fisiológico del canal catiónico. El tratamiento con memantina produce una mejoría significativa en las capacidades funcionales en pacientes con demencia severa y esta mejoría es de relevancia clínica; además, estos efectos se encuentran en otros tipos de demencias. La dosis utilizada de memantina es de 10 mg/día vía oral y suele ser bien tolerado<sup>17</sup>

## II.9.2. Tratamiento de los trastornos de conducta

Los trastornos de conducta de la demencia constituyen la más dolorosa realidad palpable a la que se enfrentan pacientes, familiares y profesionales sanitarios. Entre los distintos grupos farmacológicos utilizados para el tratamiento de la sintomatología psicológica y conductual se encuentran los antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos y antiepilépticos. Los ancianos, en general, y en particular, los afectados de demencia presentan una peor tolerancia y son más vulnerables a los efectos secundarios<sup>17</sup>

**Tabla 10.** Antipsicóticos

	Dosis máxima	Dosis ancianos	NNT	NNTD
Risperidona	16	3	7-14	13-25
Olanzapina	20	10	3-5	7-33
Amisulprida	1.200	400		
Clozapina	900	200		
Quetiapina	750	300		
Ziprasidona	160	80		
Aripipazol	30	¿		
Zotepina	450	200		
Haloperidol	30	10	4-6	9
Tiaprida	600	300	5	17

La indicación fundamental de los antidepresivos en la demencia es el tratamiento de los trastornos depresivos que pueden aparecer en cualquier momento evolutivo de la enfermedad, Los ISRS, especialmente el citalopram, sertralina y escitalopram, por su eficacia clínica y por su perfil de seguridad se consideran los fármacos de elección en el tratamiento de la depresión en pacientes con demencia.<sup>17</sup>

Entre las moléculas de más reciente introducción, la mirtazapina muestra un perfil favorable por sus capacidades sedativas.<sup>17</sup>

- Antiepilépticos

Cada vez son más los datos aportados con relación a la eficacia de los fármacos antiepilépticos en el tratamiento de los trastornos de conducta tipo agitación en pacientes con demencia. Ácido valproico, carbamazepina y gabapentina son antiepilépticos con posible indicación en el control de algunos síntomas conductuales, aunque actualmente con resultados muy contradictorios.<sup>17</sup>

**Tabla 11. Antidepresivos, ansiolíticos y antiepilépticos**

	Dosis Inicio mgr/día	Mantenimiento mgr/día
<b>Antidepresivos</b>		
Sertralina	25	50-200
Paroxetina	10	10-40
Fluvoxamina	25	50-200
Citalopram	10	10-40
Escitalopram	10	10-40
Venlafaxina	37,5	75-150
Trazodona	50	50-100
<b>Estimulantes</b>		
Metilfenidato	2,5	2,5-60
d-anfetamina	2,5	2,5-60
<b>Benzodiazepinas</b>		
Lorazepan	0,5	0,5-4
Oxazepan	10	10-90
Alprazolam	0,25	0,25-2
<b>Antieplépticos</b>		
Valproico	200	600-1.200

Pedro Gil Gregorio, Javier Martín Sánchez DEMENCIAcapitulo17 <https://www.bing.com/ck/a>

### II.9.3. Tratar las afecciones médicas comórbidas: Tratar las afecciones médicas

mórbida debido a que estas pueden potenciar el deterioro cognitivo como (diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad renal, hepáticas, obedece) Controlar los factores de riesgo vascular (abandono del tabaquismo, control de los lípidos); corregir las carencias nutricionales.<sup>23</sup>

**II.9.4. Retiro de fármacos:** eliminar los que pudieran deteriorar la cognición (p. ej., sedantes-hipnóticos, narcóticos, fármacos con efectos colaterales Anticolinérgicos). Existe una larga lista de fármacos que se asocian a deterioro cognitivo con su consumo a largo plazo.<sup>23</sup>

- Cardiotónicos: digoxina.
- Antiarrítmicos: disopiramida, quinidina.
- Hipotensores: propanolol, metoprolol, atenolol,
- verapamilo, nifedipino, prazosín.
- Antibióticos: cefalosporinas, ciprofloxacino, metronidazol.
- Anticolinérgicos: escopolamina.
- Antihistamínicos.
- Benzodiazepinas y barbitúricos: alprazolam, diazepam, lorazepam, fenobarbital.
- Relajantes musculares: Baclofen.
- Antiinflamatorios: aspirina, ibuprofeno, naproxeno, indometacina.
- Analgésicos narcóticos: codeína.
- Antidepresivos: imipramina, desipramina, amitriptilina, fluoxetina.
- Anticonvulsivantes: carbamacepina, valproico, fenitoina.
- Antimaniacos: litio.
- Antiparkinsoniano: levodopa, pergolida, bromocriptina.
- Antieméticos: metoclopramida.
- Antisecretores: ranitidina, cimetidina.
- Antineoplásicos: citarabina, clorambucil.
- Inmunosupresores: interferón, ciclosporina.
- Corticosteroides: hidrocortisona y prednisona

**II.9.5. Tratamiento conductual/ambiental:** estrategias para organización/manejo del tiempo. Incrementar la estructura y el orden (incluido limpiar el área de vivienda). Establecer estrategias para rutinas, higiene del sueño y memoria (nemotecnias, ensayo, tarjetas con claves). <sup>23</sup> Entrenamiento cognitivo: rehabilitación cognitiva, si está disponible. Respaldo psicosocial: grupos de apoyo, referencia a trabajo social<sup>23</sup>

### **II.9.6. Atención al cuidador**

La atención sociosanitaria al paciente con demencia debe incluir entre sus objetivos la atención a las necesidades del cuidador, pieza clave en el sostenimiento de la persona con demencia. Esto es aún más importante en sociedades, como la de nuestro país, en las que la atención al paciente está fundamentalmente en manos de cuidadores informales, que son en su mayoría familiares. El cuidador asume un gran coste personal por su dedicación al paciente, en términos económicos, laborales, sociales (disminución del tiempo de ocio y relaciones sociales fuera del hogar) y de salud psíquica y física (. Además, existen estudios que demuestran que los programas de formación y apoyo al cuidador pueden retrasar la institucionalización del paciente<sup>24</sup>

### **II.9.7. Atención sanitaria de la demencia**

La elevada prevalencia de la demencia y su manejo principalmente ambulatorio hacen que el ámbito sanitario natural de esta dolencia sea la atención primaria. El médico de atención primaria (MAP) debe estar familiarizado con sus síntomas y disponer de conocimientos y habilidades suficientes para su prevención, detección, diagnóstico inicial, seguimiento y tratamiento de los síntomas más comunes. El neurólogo es el especialista de referencia para los pacientes con demencia y quien debe determinar el diagnóstico definitivo y las pautas de tratamiento para el Deterioro cognitivo (DC) y los síntomas conductuales y neurológicos, con el apoyo de otros especialistas, como geriatra y psiquiatra. La evaluación detallada de las funciones cognitivas, por medio de la neuropsicología, es a día de hoy una herramienta indispensable para un correcto diagnóstico y seguimiento del paciente.<sup>20</sup>

## II.10 Prevención

Aunque a día de hoy no puede establecerse ninguna recomendación apoyada en las evidencias científicas, el control de los factores de riesgo vascular (hipertensión arterial, diabetes mellitus e hiperlipidemia) y mantener una actividad física y mental diaria son medidas que teóricamente podrían reducir el riesgo de padecer demencia. En cualquier caso, son medidas saludables y beneficiosas para el estado de salud del paciente. Reducir cada uno de los factores de riesgos tanto para las demencias primarias como para las secundarias

La colaboración entre la OPS y sus Estados miembros mejorará la vida de las personas que viven con demencia, sus cuidadores y sus familias, a través del desarrollo de políticas y programas multisectoriales, fomentando actitudes favorables a la demencia y reduciendo el estigma, compartiendo las mejores prácticas de la investigación basada en la evidencia para mejorar la atención coordinada, reformando la recopilación de datos nacionales y los sistemas de información sanitaria, así como a través de la formación para el desarrollo de capacidades utilizando el Programa de Acción para la Brecha en Salud Mental (mhGAP).<sup>15</sup>

El mhGAP se estableció con el propósito de ampliar los servicios para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, especialmente en los países de ingresos bajos y medios. La OPS ha reconocido la urgencia de reducir la carga de la demencia y ha colaborado continuamente con sus Estados miembros en la provisión de un módulo de formación sobre la demencia que tiene como objetivo promover el respeto y la dignidad de las personas con demencia, aumentar la educación sobre la demencia y proporcionar apoyo a los cuidadores de la misma.<sup>15</sup>

Dado el importante impacto psicológico y emocional que los cuidadores de personas con demencia experimentan, en 2020 se puso en marcha "iSupport for Dementia", un programa de capacitación y formación dirigido específicamente a los cuidadores de personas con demencia. El iSupport actúa como una herramienta de autoayuda para

cuidadores, familiares y amigos. El manual de iSupport para la demencia consta de cinco módulos y sus correspondientes ejercicios, que incluyen (i) introducción a la demencia; (ii) ser un cuidador; (iii) cuidar de mí; (iv) proporcionar cuidados cotidianos; y (v) afrontar los cambios de comportamiento. El manual está disponible en inglés en línea y también puede imprimirse, lo que permite una mayor accesibilidad a este recurso<sup>15</sup>.

En un estudio realizado por Russo, M. J., Kañevsky, A., Leis, A., Iturry, M., Roncoroni, M., Serrano, C. En general ellos sugieren que el ejercicio físico puede proporcionar una estrategia ampliamente disponible para mejorar el funcionamiento cognitivo, especialmente de las funciones ejecutivas y memoria, y retrasar la aparición de la demencia.<sup>25</sup>

Como parte de esta dimensión también consideramos el desarrollo e implementación de programas de estimulación cognitiva basados en la evidencia. Para esto es fundamental que se conciban, desarrollen, validen e implementen programas para la potenciación cognitiva y la reducción de los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de las demencias. En la actualidad hay certeza sobre la efectividad de este tipo de programas, algunos concebidos desde enfoques multimodales, y otros que proponen intervenciones exclusivamente cognitivas.<sup>6</sup> Su concepción, posterior validación y por último su implementación, no tienen que reducirse a personas con diagnóstico de demencia, sino que deben orientarse además a la población general, especialmente a grupos de riesgo.<sup>25</sup>

También deben fomentarse los estudios orientados a determinar cómo interactúan determinados factores de riesgo con la posibilidad de padecer demencia o deterioro cognitivo en la adultez mayor. Por ejemplo se conoce que el riesgo de demencia puede reducirse en más de un 10 por ciento si se eliminan las enfermedades cerebrovasculares (ECV).<sup>33</sup> Por otra parte, hay certeza de que los valores elevados de presión arterial durante la adultez incrementa el riesgo de presentar declive cognitivo patológico y demencia en la adultez mayor. También existen estudios que

han comprobado el papel de la diabetes como factor de riesgo para el desarrollo de demencias. Aunque el mecanismo que relaciona a la diabetes con las demencias no se conoce con claridad, se ha sugerido que ambas enfermedades se vinculan a partir del metabolismo celular de la proteína beta-amiloide. En esta línea de acción, si bien se ha avanzado en los últimos años, todavía permanecen varias preguntas sin respuesta. Entre ellas, se encuentra la necesidad de estudiar las interacciones entre los distintos factores de riesgo aquí presentados (y otros), y el riesgo de desarrollar demencia.<sup>25</sup>

### **CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO**

### III.1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Concepto	Indicador	Escala
Demencia	Es la pérdida progresiva de las funciones cognitivas debida a daños o trastornos cerebrales.	Si o no	Nominal
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la realización del estudio.	Años cumplidos	Numérica
Sexo	Es el conjunto de peculiaridades biológicas (fenotípicas y genotípicas) que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos.	Femenino Masculino	Nominal
Escolaridad	Nivel académico alcanzado	Analfabético Primaria Secundaria Superior Técnico	Ordinal
Ocupación	Oficio al que se dedica una persona	Medico. Enfermero Maestro Agricultor Militar Abogado Otros.	Nominal
Comorbilidad	Son trastornos de salud que padece una persona.	HTA, DM. Obesidad, Sobrepeso,	Nominal
Hábitos Tóxicos	Es el consumo frecuente de una sustancia dañina.	Alcohol Tabaco Drogas Tizanas	Nominal

## III.2. MATERIAL Y MÉTODOS

### III.2.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo observacional prospectivo de corte transversal con el objetivo Determinar la Sospecha clínica de demencia en pacientes de 55 a 70 años que asistieron a la consulta externa. atreves de una encuesta donde los datos se obtendrán de manera prospectiva mediante la aplicación del cuestionario AD8 dirigida a los usuarios que asistirán a la consulta externa del Hospital Central de las Fuerzas Armadas.

### III.2.2. Área de estudio

Se realizo un estudio en el área de consulta externa del Hospital Central de las Fuerzas Armadas ubicado en la calle Heriberto Pieter ensanché Naco, Distrito Nacional. Esta delimitado al Este, por la avenida Ortega y Gasset, al Oeste, por la Calle del Carmen. al sur, por la Calle, Porf. Alirio Paulino y al Norte, por la calle Dr. Heriberto Pieter. (ver mapa cartográfico y vista aérea).

#### Mapa cartográfico



#### Vista aérea

### III.2.3. Universo

Estará compuesto por todos los usuarios que asistan a la consulta externa del Hospital Central de las Fuerzas Armadas en enero, marzo del 2023.

### III.2.4. Muestra

Usuarios que acuden a las diferentes consultas de 55 a 70 años del Hospital Central de las Fuerzas Armadas enero-abril 2023. Se eligió una muestra simple por conveniencia en un número de ciento un (101) pacientes por el método de conglomerado, que consistió en todos los pacientes que acudieron a la consulta externa del Hospital Central de las Fuerzas Armadas en el tiempo elegido para el estudio

### III.2.5. Criterios

#### III.2.5.1. De inclusión

1. Ambos sexos
2. Tener 55 a 70 años
3. Estar de acuerdo con participar en el cuestionario.

#### III.2.5.2. De exclusión

1. Negarse a participar en el estudio
2. Barreras en el idioma
3. Pacientes con discapacidad
4. Tener menos de 55 años y más de 70.
5. Usuarios que no completaron el cuestionario.

### III.2.6 Instrumento de recolección de datos

Se implementó una encuesta tipo cuestionario basado en el tést AD8. Este es un cuestionario al informador breve que puede ser auto aplicado y facilita la identificación de deterioro cognitivo (DC), además que en su extremo superior recoge datos personales y el consentimiento informado. breve que consta de ocho preguntas

que son respondidas en aproximadamente 3-4 minutos. El idioma original de este test es en inglés; sin embargo, se ha reproducido en varios idiomas como portugués, taiwanés y coreano.

Las preguntas del AD-8 evalúan el juicio, pasatiempo, nivel de actividad, conversaciones repetidas, capacidad de aprendizaje, memoria, fianzas y procesos de pensamientos diarios. El trabajo de las personas que proporcionan los datos es dar a conocer cambios en los pacientes, respondiendo "Sí, hay cambios" o, si no han notado cambios, respondiendo "No, hay cambios" o si no saben, responden "NA, no sé". La puntuación de la prueba se obtiene sumando únicamente los "sí" que las personas respondieron, dando valor de un punto. El total final de la prueba va de cero, donde se determina que no existen cambios a nivel cognitivo del paciente, hasta ocho, donde se determina que sí hay cambios en la cognición del paciente. La puntuación umbral comúnmente empleada para el AD - 8 para diferenciar el deterioro cognitivo de ningún deterioro cognitivo es mayor o igual a dos de ocho (es decir, una respuesta "sí" para dos o más elementos).<sup>9</sup>

### III.2.7. Procedimiento

Luego de tener la autorización por el jefe de enseñanza del Hospital Central de las Fuerzas Armadas se procederá a trasladarse al área de consulta externa, previa información El AD8 será aplicado en encuesta entrevista en la sala de espera, sin más indicaciones y aclaraciones que las que contiene el formulario.

### III.2.9. Tabulación

Una vez recolectado los datos, con la información obtenida, se realizó un registro en Microsoft Excel para facilitar la elaboración de tablas y gráficos.

### III.2.10. Análisis

El análisis se realizó mediante los programas Microsoft Excel y Word.

### III.2.11. Aspectos éticos

El presente estudio será ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki<sup>1</sup> y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).<sup>2</sup> El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo serán sometidos a la revisión del Comité de Ética de la Universidad, a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como a la Unidad de enseñanza del Hospital General Central de las Fuerzas Armadas, cuya aprobación será el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implica el manejo de datos identificatorios ofrecidos por personal que labora en el centro de salud (departamento de estadística). Los mismos serán manejados con suma cautela, e introducidos en las bases de datos creadas con esta información y protegidas por una clave asignada y manejada únicamente por la investigadora. Todos los informantes identificados durante esta etapa serán abordados de manera personal con el fin de obtener su permiso para ser contactadas en las etapas subsecuentes del estudio.

Todos los datos recopilados en este estudio serán manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de los/as contenida en los expedientes clínicos será protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente puedan identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.

Finalmente, toda información incluida en el texto del presente anteproyecto, tomada en otros autores, será justificada por su llamada correspondiente.

## **CAPITULO IV: PRESENTACION Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS**

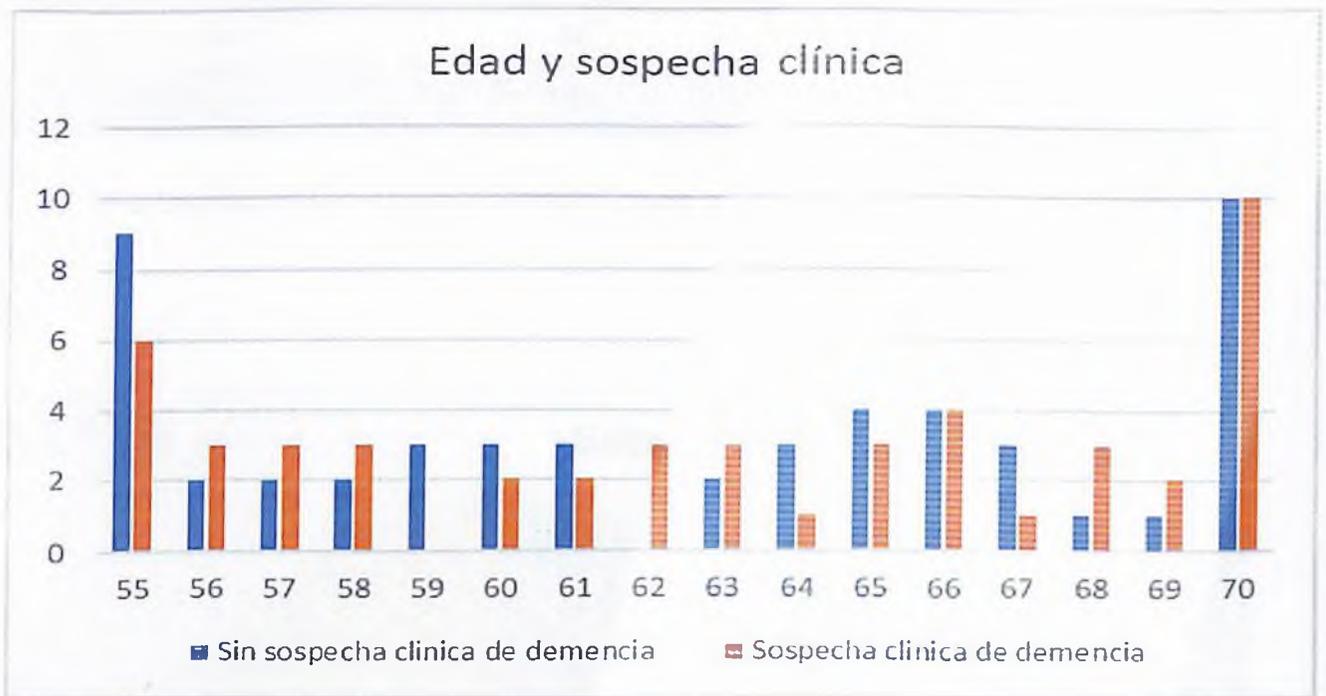


Figura 1: relacion de la edad y la sospecha clínica (elaboración propia a partir de los datos de la tabla No.1)

Se evaluó la edad más frecuente y relacionada a la sospecha clínica obteniendo los siguientes resultado: la edad más entrevistada fue 70 años de los cuales 20.41% tenían sospecha de demencia y el grupo que menos fue entrevistado fue 59 y 69 años con porcentajes y mostrando un porcentaje de sospecha de 4.08% (tabla No.1).

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINOS	55	54.46%
MASCULINOS	46	45.54%
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>100%</b>

Tabla No.2 Correspondiente al sexo (elaboración propia a partir del instrumento de recolección de datos)

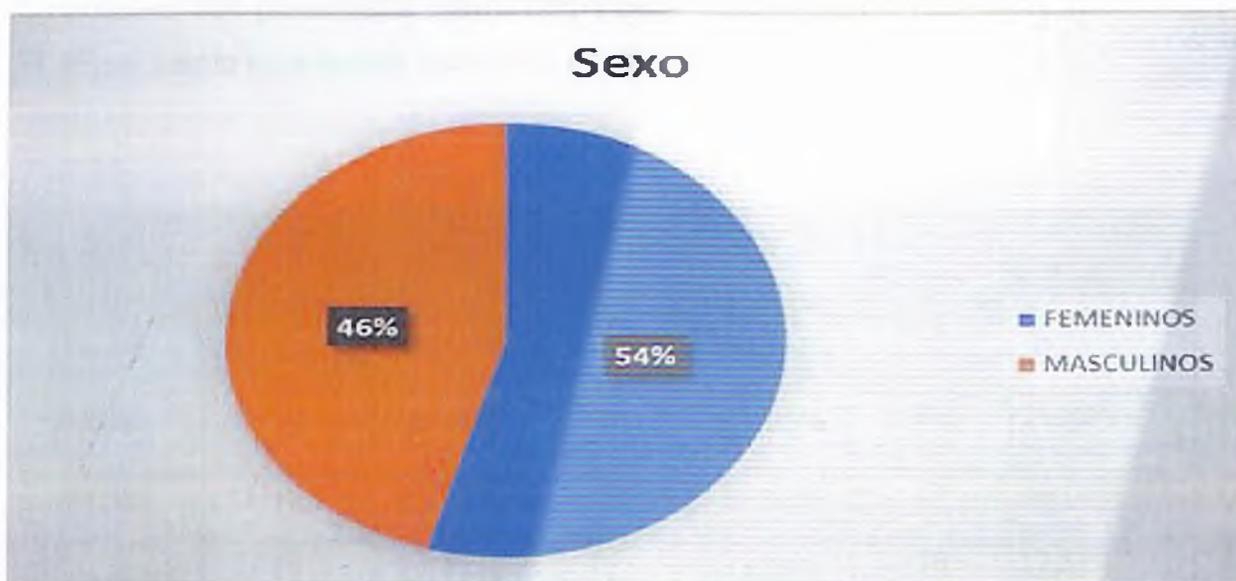


Figura no.2 caracterización del sexo (elaboración propia a partir de los datos de la tabla No.2)

Se evaluó el sexo más frecuente de los entrevistados resultando ser el sexo femenino el de mayor porcentaje con un 54 por ciento y masculinos 46 por ciento. (tabla No.2)

Sexo y sospecha clínica	Sin sospecha clínica de demencia	%	Sospecha clínica de demencia	%	Total general	Total de porcentaje	Total de porcentaje de sospecha
Femenino	24	46,15%	31	63,27%	55	54.46%	100%
Masculino	28	53,85%	18	36,73%	46	45.54%	100%

Tabla No.3 relacion de sexo y sospecha clínica:( elaboración propia a partir del instrumento de recolección de datos)

Relacion del sexo más frecuente y la sospecha clínica de demencia siendo el sexo femenino el que presentaba mayor datos de sospecha clínica con un valor total de 54.46 por ciento relacionado con un 63 por ciento de sospecha clínica.

Escolaridad	Sin sospecha	%	Con sospecha	%	Total general	Porcentaje total
Inicial	8	15,38%	11	22,45%	19	18,81%
Básico	16	30,77%	16	32,65%	32	31.68%
Medio	13	25,00%	12	24,49%	25	24,75%
Universitario	11	21,15%	7	14,29%	18	17,82%
No alfabetizado	4	7,69%	3	6,12%	7	6,93%
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100,00%</b>	<b>49</b>	<b>100,00%</b>	<b>101</b>	<b>100%</b>

Tabla No.4 escolaridad y sospecha clínica. (elaboración propia a partir del instrumento de recolección de datos)

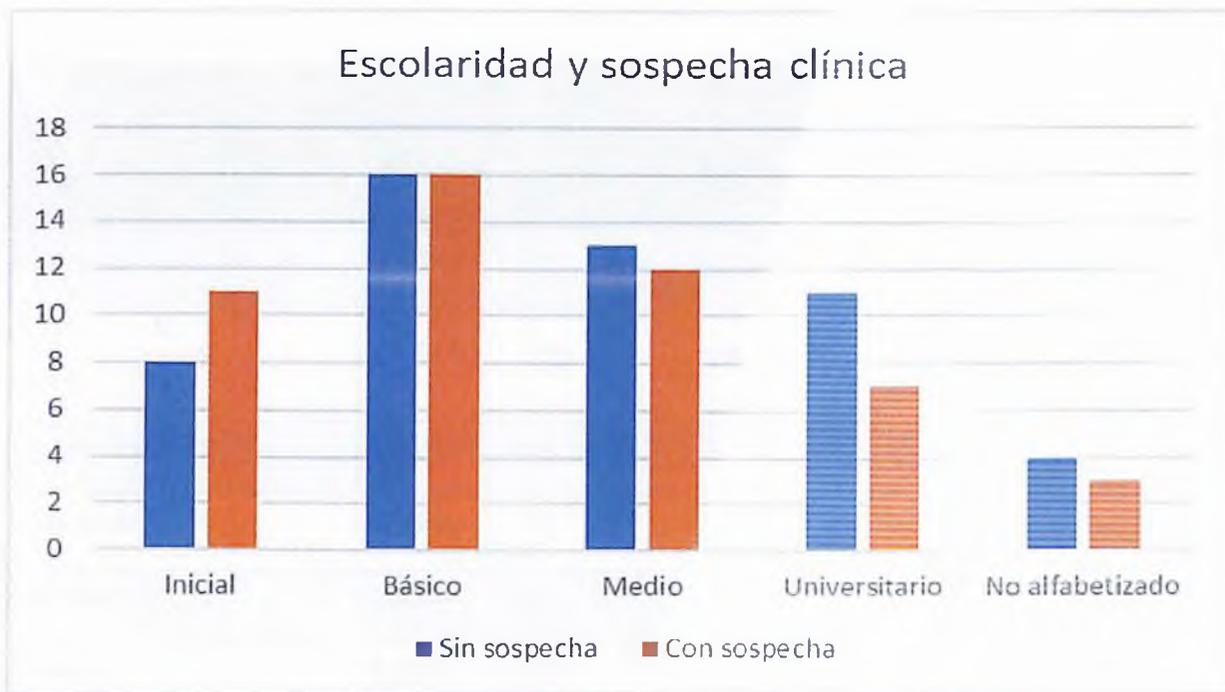


Figura No. 3 relacion de la escolaridad y la sospecha (elaboración propia a partir de los datos de la tabla No.4)

Se evaluó el nivel de escolaridad de los pacientes que participaron en el estudio y los datos obtenidos fueron, que el nivel básico fue el que obtuvo mayores resultados con un valor de 30.77 por ciento y los no alfabetizados fueron el grupo más pequeño reportando unos valores de y relacionándolo con si tenían sospecha de demencia o no, se demostró que el nivel básico fue que obtuvo mayor datos de sospecha con unos valores de 32.65 por ciento y los no alfabetizados fueron los que obtuvieron menores datos de sospecha con valores de 6.12 por ciento. Tabla No.4

Ocupación	Sin sospecha clínica	%	Con sospecha clínica	%	Total General	Porcentaje total
Militares	19	36,54%	11	22,45%	30	29,70%
Ama de casa	9	17,31%	12	24,49%	21	20,79%
Agricultor	1	1,92%	3	6,12%	4	3,96%
Enfermero	1	1,92%	1	2,04%	2	1,98%
Mecánico	1	1,92%	1	2,04%	2	1,98%
Maestro	1	1,92%	1	2,04%	2	1,98%
Domestica	2	3,85%	0	0,00%	2	1,98%
Ninguno	13	25,00%	15	30,61%	28	27,72%
Otros	5	9,62%	5	10,20%	10	9,90%
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100,00%</b>	<b>49</b>	<b>100,00%</b>	<b>101</b>	<b>100,00%</b>

Tabla No. 5 ocupación y sospecha clínica de demencia (elaboración propia a partir del instrumento de recolección de datos)



Figura No.4: correspondiente a la relación ocupación y sospecha clínica (elaboración propia a partir de los datos de la tabla No.5)

En esta parte quisimos investigar la ocupación más frecuente y relacionarla a los pacientes que tuvieron mayores datos de demencia, en la cual obtuvimos los resultados siguientes: la ocupación que ejercían los pacientes entrevistados de mayor puntaje fueron los militares con un total de 30 pacientes de los cuales el 22,45 por ciento resultó tener sospecha de demencia, luego de estos le seguían aquellos que no tenían ningún tipo de ocupación con un total de 28 y de estos 30,61 por ciento tenían sospecha de demencia, en el mismo orden descendente le seguían las amas de casa con un total de entrevistadas 21 de estas 24,49 por ciento, presentaban datos de sospecha de demencia. tabla No.5

Comorbilidades	Sin sospecha clínica		Con sospecha clínica		Total general	Porcentaje total
		%		%		
Cataratas	2	3,08%	0	0,00%	2	1.98%
DM	12	18,46%	8	14,81%	20	16,81%
HTA	23	35,38%	19	35,19%	42	35,29%
VIH	0	0,00%	1	1,85%	1	0,84%
Neurofibromatosis	0	0,00%	1	1,85%	1	0,84%
Ninguna	17	26,15%	15	27,78%	32	26,89%
Obesidad	4	6,15%	2	3,70%	6	0,04%
Pre diabetes	0	0,00%	1	1,85%	1	0,84%
Sobrepeso	7	10,77%	7	12,96%	14	11,76%
Total general	65	100,00%	54	100,00%	119	100%

Tabla No.6 comorbilidad y sospecha de demencia (elaboración propia a partir del instrumento de recolección de datos)



Gráfico No.5: relacion de la comorbilidad y la sospecha clínica (elaboración propia a partir de los datos de la tabla No.6)

Otra de las variables a estudiar es la comorbilidad y la sospecha clínica en la cual la mayoría de los pacientes encuestados eran hipertensos y de estos 35,19 por ciento tenían sospecha clínica luego le seguían los pacientes diabéticos en un total de entrevistados de 20 y de estos 14.88por ciento presentaron sospecha clínica. tabla No.6

Hábitos tóxicos	Sin sospecha	%	Con sospecha	%	Total	Por ciento total
Alcohol	9	16,07%	4	8,89%	13	12,87%
Café	24	42,86%	27	60,00%	51	50,50%
Ninguna	19	33,93%	14	31,11%	33	32,67%
Tabaco	4	7,14%	0	0,00%	4	3,96%
<b>Total general</b>	<b>56</b>	<b>100,00%</b>	<b>45</b>	<b>100,00%</b>	<b>101</b>	<b>100,00%</b>

Table No.7 relacion de los hábitos tóxicos y la sospecha de demencia ( elaboración propia a partir del instrumento de recolección de datos)



Figura No:6 relacion de sospecha clínica y hábitos tóxicos ( elaboración propia a partir de los datos de la tabla No.7)

Otros aspectos que se estudiaron fue el habito toxico y la sospecha clínica en la cual el habito 24,49 por ciento más frecuente fue el café con un total de 51 paciente de estos 60.00por ciento tenían sospecha de demencia y fue evidenciado que había un grupo de 33 pacientes que no usaban ningún habito de estos 31.11 por ciento tenían sospecha de demencia y el habito que menos pacientes fue referido de usar fue el tabaco con un total de 4 pacientes y de estos no se re porto ningún paciente con sospecha de demencia. tabla No.7

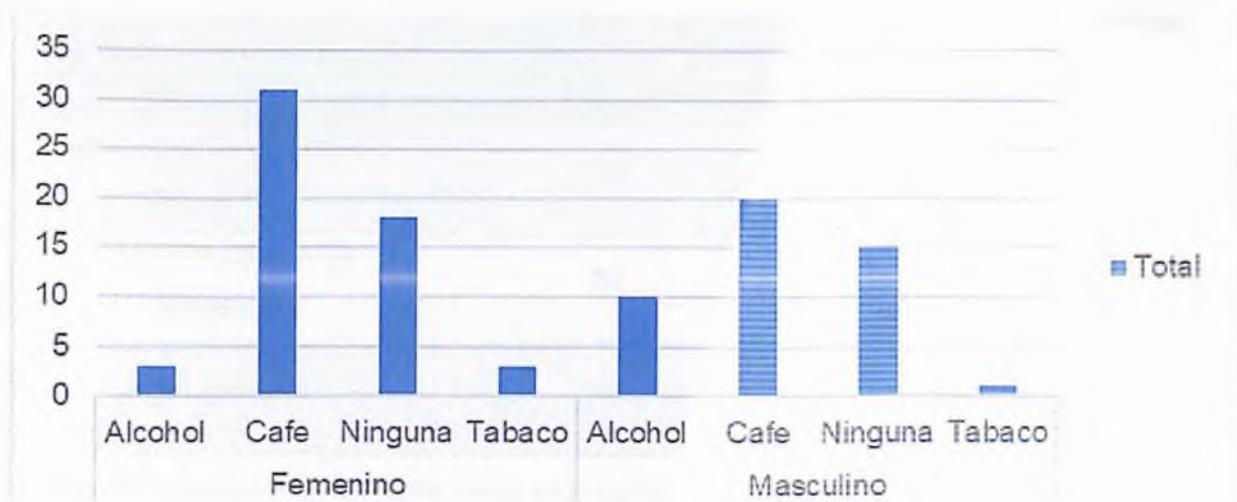


Figura No 7: relacion hábitos tóxicos y el sexo (elaboración propia a partir del instrumento de recolección de datos)

En la relacion de los hábitos tóxicos y el sexo dando como resultados que el café fue el habito más usado en el sexo femenino de las femeninas entrevistadas 30 tomaban café, al igual que en el sexo masculino el café fue el habito toxico más usado en la que 20 pacientes de los masculinos consumen café.

AD8	RESULTADOS SOSPECHA	PORCENTAJE
Sin sospecha clínica de demencia	52	51,49%
Sospecha clínica de demencia	49	48,51%
<b>Total general</b>	<b>101</b>	<b>100,00%</b>

Table No.8 sospecha clínica de demencia en pacientes de 55 a 70 años. (elaboración propia a partir del instrumento de recolección de datos)

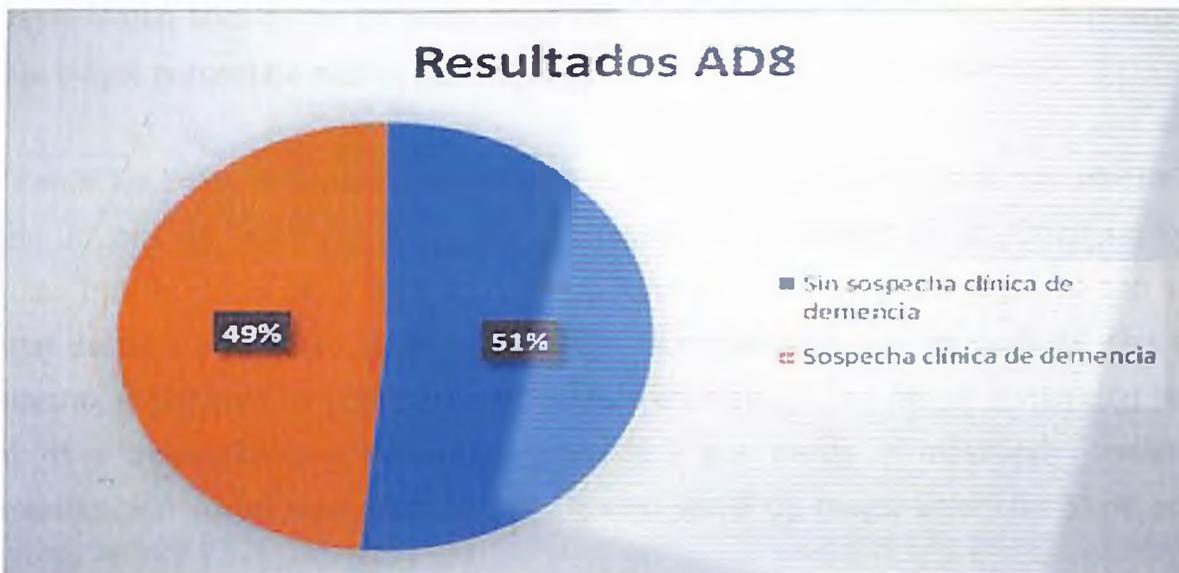


Figura No 8: sospecha clínica de demencia (elaboración propia a partir de los datos de la tabla No.8)

En la evaluación de la sospecha clínica de demencia en la población ya mencionada se obteniendo los siguientes resultados: 49 por ciento mostraron datos sugestivo de sospecha clínica y un 51 por ciento mostraron datos no sugestivos de sospecha de demencia.

## IV.2.Discusión

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconoce la demencia como una prioridad de salud pública. La cual constituye un problema de salud pública cuyas repercusiones a largo plazo representan una carga económica, emocional y social para el paciente, la familia y el estado.

En vista de que estamos frente a una tendencia al envejecimiento, en la república dominicana en los últimos 50 años la población mayor de 65 años ha pasado de ser un 3 por ciento a un 6 por ciento de la población<sup>15</sup>.tomando en cuenta estos datos y a la vez ver que en nuestro estudio, la edad fue el factor de riesgo más importante donde el grupo de mayor porcentaje fueron los mayores de 70 años con un total de 20,41 por ciento el cual coincide con el estudio publicado por Claudia Alejandra Herrera Rivas, José David Martín Miculax en su publicación del 2021 quienes demostraron que la edad que mayor porcentaje obtuvo fue mayor de 65 años con un 26,4 por ciento.<sup>9</sup>

Según los datos obtenidos de nuestra revisión el sexo femenino fue el más afectado con un total de 54.46 por ciento quien coincide con el estudio de Dr. Omar santos quien mostro ser el sexo femenino el que reporto mayor deterioro cognitivo con un total de 57.5 por ciento, a su vez resaltar la escolaridad que no coincide con el nuestro, mostrando su publicación el nivel de escolaridad con mayor puntuación fue el nivel universitario y secundaria con 36.3 por ciento y mostrando nuestra investigación ser el nivel básico el que resultó ser el de mayor valor con 31,68 por ciento.<sup>26</sup>

Resulta interesante ver que la ocupación militar fue la que mostro tener más datos de sospecha clínica con un total de 29.30 por ciento.Tomando en cuenta que las comorbilidades forman un pilar importante en los factores de riesgos de demencia cabe resaltar que en nuestro estudio la hipertensión arterial fue la comorbilidad que mostros mayores resultados con un total de 35.29 por ciento, datos que coinciden

con el estudio de Bach Katia Ilieth Vázquez Edquén en la cual la hipertensión arterial fue la comorbilidad que más se asociaba a la sospecha de demencia.<sup>5</sup>

Es bien conocido que los hábitos tóxicos es un factor de riesgo que afecta la conducta y comportamiento del individuo y forma parte de los factores de riesgos de demencia en nuestro estudio el hábito tóxico más consumido fue el café con un 50.50 por ciento relacionado con el sexo presentando datos sugestivos de afectar a ambos sexos.

La demencia es una enfermedad que trae consigo un desafío para el sistema de salud debido a que esta puede estar presente y pasar por desapercibida en sus etapas iniciales y ser sub diagnóstica o diagnosticada en etapa tardía por tal razón se investigó la sospecha de demencia en pacientes de 55 a 70 años que acuden a la consulta externa y obteniendo datos sugestivos de tener un total de 49 por ciento de los pacientes tenían sospecha de demencia.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconoce la demencia como una prioridad de salud pública. La Organización y los Estados Miembros adoptaron la Estrategia y Plan de Acción de Demencias en las Personas Mayores para el período 2015-2019, que proporcionó un plan de acción, priorizando la inclusión de la demencia en las políticas, desarrollando estrategias para la educación y promoviendo el diagnóstico precoz para asegurar el acceso oportuno a los servicios de salud. Los éxitos y desafíos de la salud pública regional del Plan fueron presentados al 58º Consejo Directivo en 2020, para establecer nuevas estrategias.<sup>15</sup>

### IV.3. Conclusión

En el estudio realizado donde se evaluó la sospecha clínica de demencia a través del test del AD8 en pacientes de 55 a 70 años que asistieron a la consulta externa evaluamos un total de 101 pacientes cuya recolección de datos fue completada y analizada, obteniendo las siguientes conclusiones:

•Según los datos obtenidos en esta investigación concluimos que ubo una sospecha clínica de demencia con la aplicación de test AD8 de un total de 48,51 por ciento.

- La edad que presento mas datos de sospecha fueron los pacientes de 70 años los cuales fueron 20 pacientes y de estos 39.48 por ciento presentaron datos de sospecha clínica de demencia.
- El sexo más afectado fue el sexo femenino con un total de 55 pacientes de los cuales el 54.46 por ciento presento sospecha clínica.
- El nivel de escolaridad mas frecuente fue el nivel básico con un total de 30 pacientes de los cuales 31,68 por ciento presentaron sospecha clínica.
- La ocupación más frecuente fueron los militares con un total de 30 pacientes y a la vez los que mostraron mayores datos de sospecha clínica con un total de 22,45 por ciento.
- En relacion a la comorbilidad el mayor número de pacientes eran hipertensos con un total de 40 pacientes y de estos 35,19 por ciento tenían sospecha clínica luego le seguían los pacientes diabéticos en un total de entrevistados de 20 y de estos 14.88por ciento presentaron sospecha clínica.

- El habito toxico que más se consumió fue el café de los cuales 51 paciente consumían y de estos el 50,50 por ciento tenía sospecha clínica de demencia. La ocupación más frecuente fueron los militares con un total de 30 pacientes y a la vez los que mostraron mayores datos de sospecha clínica con un total de 22,45 por ciento.

#### IV.4. Recomendaciones

Al concluir nuestro estudio con alta preocupación por la sugestiva sospecha clínica de demencia y ver que esta es una enfermedad que va en aumento y se caracteriza por ser infradiagnosticada en la población que acude a la consulta de atención primaria y la demás consulta externas. Por las repercusiones que este tendría a largo plazo sobre la salud física, mental y social no solo para el paciente sino para los cuidadores, consideramos las siguientes recomendaciones:

- Al Ministerio de Salud Pública, la aplicación de intervenciones formativas en los centros de atención primaria destinadas al abordaje, al interrogatorio y a la prevención de la demencia y la utilización de los cribados en particular el AD8 a todos los adultos mayores y a los que presentes factores de riesgos de los antes mencionado.
- Consideramos hacer énfasis en el estilo de vida saludable recomendando los beneficios de la actividad física y los hábitos alimenticio saludable.
- Como parte de esta dimensión también consideramos aplicación de programas formativos dirigidos a médicos familiares en conjuntos con psicólogos y Psiquiatras el desarrollo e implementación de programas de estimulación cognitiva basados en la evidencia. Para esto es fundamental que se conciban, desarrollen, validen e implementen programas para la potenciación cognitiva y la reducción de los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de las demencias. En la actualidad hay certeza sobre la efectividad de este tipo de programas
- La atención sociosanitaria al paciente con demencia debe incluir entre sus objetivos la atención a las necesidades del cuidador, pieza clave en el sostenimiento de la persona con demencia.

- Recomendamos tener en cuenta que la elevada prevalencia de la demencia y su manejo principalmente ambulatorio hacen que el ámbito sanitario natural de esta dolencia sea la atención primaria. El médico de atención primaria (MAP) debe estar familiarizado con sus síntomas y disponer de conocimientos y habilidades suficientes para su prevención, detección, diagnóstico inicial, seguimiento y tratamiento de los síntomas más comunes.

#### IV.5. REFERENCIAS

- 1) Taintaa M, Riondoa M, Ecaytorres A., Estangaa A, Arribaam M. Barandiarana, L, et al ,Tés cognitivos breves como herramienta de decisión en atención primaria. Estudio poblacional y de validación 2013;28(2):88—94,2012 model nrl-1762; no. Of page.
- 2) Dr. santos peguero Omar Antonio frecuencia de deterioro cognitivo en pacientes hipertensos atendidos en la consulta del hospital central de las fuerzas armadas durante enero febrero 2021.
  
- 3)Paulina Elizabeth bombón-Albán, Evelyn Gabriela Campoverde-pineda, maría Alejandra medina-carrillo revisión de las pruebas cognitivas breves para pacientes con sospecha de demencia, acta neurológica colombiana, facultad de medicina - pontificia universidad católica del ecuador, quito, ecuador. 8-105 98 recibido 11/05/21. Aceptado: 20/04/22. Revisión<https://doi.org/10.22379/24224022406>.
  
- 4) Gabriela nazar,a,g, Natalia Ulloa,, María Adela Martínez-sanguinetti3,b,h, Ana maria leiva4,c,h, fanny petermann-rocha5,6,d,h, ximena díaz martínez7,e,h, fabianlanuza. etal. Diagnóstico médico de depresión se asocia a sospecha de deterioro cognitivo en adultos mayores rev med chile 2020; 148: 947-955.
  
- 5) Bach. Katia liseth Vázquez edquén factores patológicos asociados a sospecha de demencia senil en adultos mayores del centro médico essalud de Chota, Universidad Nacional Autónoma de Chota 2017, Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Académico Profesional de Enfermería 2017.
  
- 6) Carnero Pardo a,b,\*, r. De la vega cotareloc, s. López alcaldea, c. Martos aparicioa,r. Vilchez carrilloa, e. Mora gavilána y j.e. Galvin original Evaluación de la utilidad diagnóstica de la versión española del cuestionario al informador «ad8» neurología [www.elsevier.es/neurologia](http://www.elsevier.es/neurologia) neurología. 2
  
- 7) Nathan Falk, MD, and Ariel Cole, MD, Residencia de Medicina Familiar, Florida Hospital, Winter Park, Florida T. Jason Meredith, MD, Residencia de Medicina

Familiar, Offutt Air Force Base, Offutt Air Force Base, Nebraska. Evaluación de sospecha de demencia Vol. 31, No 7 • Julio 2018) Iribarne, C., Renner, V., Pérez, C., & de Guevara, D. L. (2020). Trastornos del Ánimo y Demencia. Aspectos clínicos y estudios complementarios en el diagnóstico diferencial. Revista Médica Clínica Las Condes.

9) Claudia Alejandra Herrera Rivas, José David Martín Miculax  
Diagnóstico temprano de deterioro cognitivo leve en el adulto mayor. Universidad de San Carlos de Guatemala Facultad de Ciencias Médicas. JULIO 2021.

10) Custodio, N., Montesinos, R., & Alarcón, J. O. (2018). Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. Revista de Neuro-Psiquiatría, 81(4), 235-249.

11) Arevalo-Rodriguez, I. (2015). Demencia asociada a enfermedad de Alzheimer y otras demencias: evidencias diagnósticas. Universitat Autònoma de Barcelona.

12) <https://www.msmanuals.com/esdo/professional/trastornosneurologicos/delirio-y-demencia>. Manual MSD27 abril 2020.

13) <https://www.elsevier.es/es-revista-espanola-geriatria-gerontologia>, demencia-una-enfermedad-evolutiva S0211139X09002145 Vol. 44. Núm. S2. páginas 2-8 (noviembre 2009).

14) Organización Mundial de la Salud (OMS), 15 marzo 2023  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

15) Organización Panamericana de Salud (OPS) junio 2022  
<https://www.paho.org/es/temas/demencia>.

- 16) Ministerio De Salud Pública. Plan de respuestas a las demencias en la republica dominicana,2020-2025, Primera edición: impreso en República Dominicana Junio 2020
- 17) Pedro Gil Gregorio, Javier Martín Sánchez DEMENCIAcapitulo17 <https://www.bing.com/ck/a>
- 19 LKARLA ROBLES LOPEZ factores genéticos de las demencias mayo 2017 [neuromexico.com/2017/05/16/](http://neuromexico.com/2017/05/16/).
- 20) Araliz Lopez-Pintor, Erwin Josuan Pérez-Cortés La obesidad como factor de riesgo para la enfermedad de Alzheimer, mayo2022,t: <https://www.researchgate.net/publication/36079589>
- 21) Salomón, R. C., & Corrales, Y. N. F. (2017). Factores de riesgo en la enfermedad de Alzheimer en el municipio Bayamo. *Multimed*, 20(6), 24-39.
- 22) C. Carnero Pardo, R. de la Vega Cotarelo, S. López Alcalde, C. Martos Aparicio, R. Vilchez Carrillo, E. Mora Gavilán, J. Evaluación de la utilidad diagnóstica de la versión española del cuestionario al informador «AD8 Neurología (English Edition), Volume 28, Issue 2, March 2013, Pages 88-94
- 23) Castañeda, E., & del Carmen, D. (2015). Evaluación neuropsicológica como despistaje de déficit cognitivo leve y demencia de Alzheimer en etapa inicial (Master's thesis, Quito: UCE).
- 24) Olazarán, J., Hoyos-Alonso, M. C., Del Ser, T., Barral, A. G., Conde-Sala, J. L., Bermejo-Pareja, F., ... & Carnero-Pardo, C. (2016). Aplicación práctica de los test cognitivos breves. *Neurología*, 31(3), 183-194.

25) Russo, M. J., Kañevsky, A., Leis, A., Iturry, M., Roncoroni, M., Serrano, C., ... & Zuin, D. (2020). Papel de la actividad física en la prevención de deterioro cognitivo y demencia en adultos mayores: una revisión sistemática. *Neurología Argentina*, 12(2), 124-137.

26) Victor, M., and Adams, R. D. (1989). *Neurologia*. Philadelphia: F. A. Davis Company. Demencia pagina 210-223.

## IV.6. ANEXOS

### IV.6.1. Cronograma

Variables	Tiempo: 2022-2023	
Selección del tema	2022	Octubre
Búsqueda de referencias		Noviembre
Elaboración del anteproyecto		Diciembre
Sometimiento y aprobación	2023	Enero
Realización de encuesta-entrevista (prospectivo)		Febrero
Tabulación y análisis de la información		Marzo
Redacción del informe		Abril
Revisión del informe		Mayo
Encuadernación		Junio
Presentación	Junio	

#### IV.6.2. Instrumento de recolección de datos

Cuestionario para la recolección de datos de la tesis **Sospecha clínica de demencia en pacientes de 55 a 70 años que acuden a la consulta externa del hospital Central de las Fuerzas Armadas, través del cuestionario AD8**, para optar por el título de Magister en Medicina Familiar y Comunitaria.

Edad\_\_\_\_\_ Sexo\_\_\_\_\_ Escolaridad\_\_\_\_\_ Procedencia \_\_\_\_\_

**Ocupación:** a) Médico b) Enfermero c) Maestro d) Agricultor e) Militar f) otros

**Hábitos tóxicos:** a) café b) alcohol c) tabaco d) drogas

**Comorbilidad:** a) HTA b) DM C) Obesidad d) Sobrepeso e) otros

1. Problemas para emitir juicios y tomar decisiones adecuadas (p. ej., le engañan o timan, toma decisiones financieras erróneas, hace regalos inapropiados, etc.)

No sabe / No contesta

No, no ha cambiado

Sí, ha cambiado

2. Pérdida de interés en sus aficiones y actividades (p. ej., ha dejado de hacer actividades que le gustaban)

No sabe / No contesta

No, no ha cambiado

Sí, ha cambiado

3. Repite las preguntas, los comentarios o las cosas que cuenta

No sabe / No contesta

No, no ha cambiado

Sí, ha cambiado

4. Dificultad para aprender a usar herramientas, aparatos o dispositivos (p. ej., vídeo o DVD, ordenador, microondas, mandos a distancia, teléfono móvil o inalámbrico)

No sabe / No contesta

No, no ha cambiado

Sí, ha cambiado

5. Olvida el mes o año correcto

No sabe / No contesta

No, no ha cambiado

Sí, ha cambiado

6. Dificultad para manejar asuntos financieros complicados (p. ej., ajustar cuentas, talones, impuestos, facturas, recibos, etc.)

No sabe / No contesta

No, no ha cambiado

Sí, ha cambiado

7. Dificultad para recordar las citas y cosas que tiene que hacer

No sabe / No contesta

No, no ha cambiado

Sí, ha cambiado

8. Los problemas de razonamiento y/o memoria son cotidianos y no ocasionales

No sabe / No contesta

No, no ha cambiado

Sí, ha cambiado

#### IV.6.3. Consentimiento informado

Consentimiento informado: he sido informado de que los datos suministrados en este cuestionario serán utilizados para fines de investigación y que este no contiene datos personales que puedan ser divulgados. Por lo que acepto voluntariamente participar en la misma.

**Encierre:**

SI

NO

**Evaluación**

Sustentante

Yohana Lemos Jaquez

Dra. Yohana Lemos Jaquez

Asesores

Dra. Cristian Brujan Solano  
Médico Generalista  
Exq. 671-10 • CMD 266-30

Dra. Cristian Bruján Solano

Dr. Claridania Rodríguez

Dr. Claridania Rodríguez

Dra. Maridoly Tapia Zabala  
Clínico  
Medicina Familiar  
Exq. 671-10 • CMD 266-30

Dra. Maridoly Tapia Zabala

Jurados

Dra. Paola Báez Santana  
Metodológico  
Médico Familiar y Comunitario  
Exq. 671-10

Dra. Paola Dalissa Báez Santana

Dra. Yully Quevedo

Dra. Yully Quevedo  
Exequatur: 163 13

Autoridades

Dr. Juan De Jesús Fernández Lajara  
Director General de Residencia Médicas  
Postgrado del Ministerio de Defensa.

Dra. Carolina Valdez Valdez  
Directora de Enseñanza y Postgrado del  
Hospital de las Central Fuerzas Armadas.



Dra. Rossy Alba Molina Cuevas

Dra. Rossy Alba Molina Cuevas  
Coordinadora Residencia Medicina Familiar y Comunitaria  
del Hospital Central de las Fuerzas Armadas

Dr. William Duke

Dr. William Duke  
Decano de la Facultad Ciencias de la Salud  
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU) Santo Domingo, R.D.



Fecha de presentación: 26/05/2023

Calificación: 100