



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE MEDICINA**

**TEMA:**

**EFICACIA DEL TRATAMIENTO DE DEMENCIA VALORADO POR LA  
PROGRESIÓN EVOLUTIVA EN PACIENTES GERIÁTRICOS DE LA  
CONSULTA EXTERNA DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DURANTE  
EL PERIODO ENERO 2016 A JUNIO DEL 2017**

**AUTOR:**

**LEÓN PUGA MARÍA ALEJANDRA**

**MIRANDA PAREJA MARÍA BELÉN**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de  
MÉDICO**

**TUTOR:**

**MAYO GALBÁN CARIDAD ISABEL, DRA.**

**Guayaquil, Ecuador**

**2 DE MAYO DE 2018**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE MEDICINA**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **LEÓN PUGA MARÍA ALEJANDRA y MIRANDA PAREJA MARÍA BELÉN**, como requerimiento para la obtención del Título de **MÉDICO**.

**TUTORA**

f. \_\_\_\_\_

**MAYO GALBÁN CARIDAD ISABEL, DRA.**

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_

**AGUIRRE MARTINEZ JUAN LUIS, DR.**

**Guayaquil, 2 de mayo del 2018**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**  
**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **LEÓN PUGA MARÍA ALEJANDRA**  
**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **EFICACIA DEL TRATAMIENTO DE DEMENCIA VALORADO POR LA PROGRESION EVOLUTIVA EN PACIENTES GERIATRICOS DE LA CONSULTA EXTERNA DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DURANTE EL PERIODO ENERO 2016 A JUNIO DEL 2017**, previo a la obtención del Título de MÉDICO, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, 2 de mayo del 2018**

**AUTORA**

f. \_\_\_\_\_

**LEÓN PUGA MARÍA ALEJANDRA**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**  
**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **MIRANDA PAREJA MARÍA BELÉN**

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **EFICACIA DEL TRATAMIENTO DE DEMENCIA VALORADO POR LA PROGRESION EVOLUTIVA EN PACIENTES GERIATRICOS DE LA CONSULTA EXTERNA DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DURANTE EL PERIODO ENERO 2016 A JUNIO DEL 2017**, previo a la obtención del Título de MÉDICO, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, 2 de mayo del 2018**

**AUTORA**

f. \_\_\_\_\_

**MIRANDA PAREJA MARÍA BELÉN**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE MEDICINA**

**AUTORIZACIÓN**

Yo, **LEÓN PUGA MARÍA ALEJANDRA**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **EFICACIA DEL TRATAMIENTO DE DEMENCIA VALORADO POR LA PROGRESIÓN EVOLUTIVA EN PACIENTES GERIÁTRICOS DE LA CONSULTA EXTERNA DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DURANTE EL PERIODO ENERO 2016 A JUNIO DEL 2017**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, 2 de mayo del 2018**

**AUTORA:**

f. \_\_\_\_\_

**LEÓN PUGA MARÍA ALEJANDRA**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE MEDICINA**

**AUTORIZACIÓN**

Yo, **MIRANDA PAREJA MARÍA BELÉN**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **EFICACIA DEL TRATAMIENTO DE DEMENCIA VALORADO POR LA PROGRESION EVOLUTIVA EN PACIENTES GERIATRICOS DE LA CONSULTA EXTERNA DEL INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS DURANTE EL PERIODO ENERO 2016 A JUNIO DEL 2017**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, 2 de mayo del 2018**

**AUTORA:**

f. \_\_\_\_\_

**MIRANDA PAREJA MARÍA BELÉN**

## Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS DEMENCIA ALEJANDRA LEÓN Y BELÉN MIRANDA.docx  
(D37018389)  
Submitted: 3/27/2018 9:28:00 PM  
Submitted By: caridad.mayo@cu.ucsg.edu.ec  
Significance: 3 %

### Sources included in the report:

manejo integral de trastornos neurodegenerativos MARCO TEORICO.docx (D13164250)  
<http://www.sistomastiroides.com/enfermedad-de-parkinson/>  
[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/20\\_demencia.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/20_demencia.pdf)  
<https://www.hipocampo.org/dv.asp>

### Instances where selected sources appear:

9

---



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE MEDICINA**  
**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**Dra. Mayo Galbán Caridad Isabel**

TUTOR

f. \_\_\_\_\_

**Dr. Juan Luis Aguirre Martínez, Mgs.**

DIRECTOR DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**Dr. Diego Antonio Vásquez Cedeño**

COORDINADOR DEL ÁREA

## **AGRADECIMIENTO**

Familia y amigos son un solo conjunto de personas queridas que suponen benefactores de gran importancia en mis circunstancias de ser humano.

Nuestros padres quienes nos han impulsado por seguir el camino que deseamos, siempre bajo las correctas líneas de vida para alcanzar nuestros objetivos y cumplir nuestras metas, siempre con un gesto de amor, apoyo.

Y sin restar importancia nuestra tutora de tesis, Dra. Caridad Mayo Galbán, muchas gracias por su paciencia en este proyecto, por ser nuestra guía, impulsarnos y no dejarnos caer, por querer llevarnos hacia lo alto y correcto siempre.

## **DEDICATORIA**

Esta tesis se la dedico a mis padres quienes supieron guiarme, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar ante los problemas que se presentaban, enseñándome a encararlos sin perder la dignidad ni quedarme en el intento de alcanzar mis sueños en base a la perseverancia. Gracias por apoyarme con los recursos que se necesitaron para estudiar, por ustedes soy lo que soy y llevo conmigo sus valores y principios enseñados.

***MARÍA ALEJANDRA LEÓN PUGA***

A mis padres por ser soporte en cada decisión tomada, por ser ejemplo de perseverancia, por cada palabra e impulso que me levantó en momentos de austeridad. Cada día se lo debo a ellos y a Dios por darme la familia que tengo y hacer esto posible. A mis hermanos por apoyarme, enseñarme y estar en cualquier circunstancia necesaria para poder salir adelante. Y finalmente a mis amigos y compañeros de aula, por cada esfuerzo y apoyo en conjunto que nos trajo hasta aquí.

***MARÍA BELÉN MIRANDA PAREJA***

## INDICE

1.	<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>2</b>
2.	<b>1.GENERALIDADES</b> .....	<b>4</b>
2.1.	<b>1.1 PRESENTACIÓN CLÍNICA</b> .....	<b>5</b>
2.2.	<b>1.2 DIAGNOSTICO CLÍNICO</b> .....	<b>7</b>
2.3.	<b>1.3 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS</b> .....	<b>9</b>
3.	<b>2.CLASIFICACIÓN DE LAS DEMENCIAS</b> .....	<b>10</b>
3.1.	<b>2.1 GENERALIDADES</b> .....	<b>10</b>
3.2.	<b>2.2 DEMENCIA DEGENERATIVA PRIMARIA</b> .....	<b>11</b>
3.2.1.	<b>2.2.1 DEMENCIA DEGENERATIVA PRIMARIA CORTICAL</b> .....	<b>11</b>
3.2.1.1.	<b>2.2.1.1 ENFERMEDAD DE ALZHEIMER</b> .....	<b>11</b>
3.2.1.1.1.	<b>2.2.1.1.1 CRITERIOS CLÍNICOS PARA PROBABLE ALZHEIMER</b> .....	<b>14</b>
3.2.1.1.2.	<b>2.2.1.1.2 TRATAMIENTO</b> .....	<b>14</b>
3.2.2.	<b>2.2.2 DEMENCIA DEGENERATIVA PRIMARIA SUBCORTICALES</b> .....	<b>15</b>
3.2.3.	<b>2.2.3 DEMENCIAS DEGENERATIVAS PRIMARIAS CORTICALES – SUBCORTICALES</b> .....	<b>16</b>
3.2.3.1.	<b>2.2.3.1 DEMENCIAS POR CUERPOS DE LEWY</b> .....	<b>16</b>
3.2.3.1.1.	<b>2.2.3.1.1 DETERIORO COGNITIVO</b> .....	<b>17</b>
3.2.3.1.2.	<b>2.2.3.1.2 COMPORTAMIENTO - FENÓMENOS PSIQUIÁTRICOS</b> .....	<b>18</b>
3.2.3.1.3.	<b>2.2.3.1.3 SÍNTOMAS FÍSICOS</b> .....	<b>19</b>
3.2.3.1.4.	<b>2.2.3.1.4 TRATAMIENTO</b> .....	<b>19</b>
3.3.	<b>2.3 DEMENCIA VASCULAR</b> .....	<b>20</b>
3.4.	<b>2.4 DEMENCIAS SECUNDARIAS</b> .....	<b>21</b>
3.4.1.	<b>2.4.1 DEMENCIA DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON</b> .....	<b>22</b>
3.5.	<b>2.5 CRITERIOS DIAGNOSTICO PARA DETERIORO COGNOSCITIVO MAYOR O LEVE SEGÚN DSM-V</b> .....	<b>24</b>
4.	<b>3.DELIMITACIÓN</b> .....	<b>26</b>
4.1.	<b>3.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL</b> .....	<b>26</b>
5.	<b>3.2 DELIMITACIÓN TEMPORAL</b> .....	<b>26</b>
6.	<b>4.OBJETIVOS DEL ESTUDIO</b> .....	<b>27</b>

6.1. 4.1 OBJETIVO GENERAL.....	27
7. 4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	27
8. 5. MATERIALES Y MÉTODO.....	27
9. 5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	28
10. 5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	28
11. 5.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	29
12. 1.1 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.....	31
13. 1.2 ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	31
14. 6. RESULTADOS.....	32
15. DISCUSIÓN.....	38
16. CONCLUSIONES.....	40
17. RECOMENDACIONES.....	41
18. BIBLIOGRAFÍA.....	42

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1 .....	32
Distribución de los pacientes según las edades	
Tabla 2 .....	32
Distribución de los pacientes según género	
Tabla 3 .....	34
Distribución de los pacientes según el tipo de demencia	
Tabla 4 .....	34
Antecedentes patológicos familiares de los pacientes	
Tabla 5 .....	34
Distribución de los pacientes según los factores de riesgo	
Tabla 6 .....	35
Comorbilidades de los pacientes	
Tabla 7 .....	37
Progresión de la demencia en los pacientes según tiempo de tratamiento recibido.	

## **RESUMEN**

**Objetivo:** Determinar la eficacia del tratamiento de Demencia en pacientes que acuden al Instituto de Neurociencias e identificar la progresión evolutiva en cada ocasión que hayan acudido al servicio de consulta externa.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo, en el Instituto de Neurociencias, en un periodo de 18 meses comprendidos entre el 1 de enero de 2016 y el 31 de junio de 2017. La muestra estuvo constituida por 128 pacientes adultos, utilizando la selección de los pacientes diagnosticados con Demencia en determinado tiempo.

**Resultados:** Existe un mayor índice en mujeres de padecer demencia teniendo al Alzheimer como la más prevalente. La historia familiar y comorbilidades si son factores desencadenantes de importancia no solo en la instauración de la demencia como tal sino también influyentes en la progresión.

**Conclusión:** El adecuado tratamiento no mejora la progresión de la enfermedad, pero disminuye la velocidad de la misma en pacientes con instauración inmediata luego del diagnóstico de la demencia.

## **PALABRAS CLAVES**

Demencia, Demencia Vascular, Alzheimer, Cuerpos de Lewy.

## **ABSTRACT**

**Objective:** To determine the efficacy of Dementia treatment in patients who come to the Institute of Neurosciences and identify the progression progression every time they have gone to the outpatient service.

**Methods:** An observational, descriptive, cross-sectional and prospective study was conducted in the Neurosciences Institute, in a period of 18 months between January 1, 2016 and June 31, 2017. The sample consisted of 128 adult patients, using the selection of patients diagnosed with Dementia at a certain time.

**Results:** There is a higher rate of dementia in women, with Alzheimer's being the most prevalent. Family history and comorbidities are important factors not only in the establishment of dementia as such but also influential in the progression.

**Conclusion:** Adequate treatment does not improve the progression of the disease but decreases the speed of the same in patients with immediate establishment after the diagnosis of dementia.

### **KEY WORDS**

Dementia, Vascular Dementia, Alzheimer's, Lewy Bodies.

## INTRODUCCIÓN

La palabra demencia aparece en Francia por primera vez en 1381 para referirse a locura o extravagancia, sin embargo, a partir de 1700 empieza usarse en países de Europa el término de demencia para designar estados de disfunción cognitiva con una connotación médica. Hacia finales del siglo XVIII se identificó la existencia de un deterioro asociado a la edad que se atribuía a una rigidez de las fibras nerviosas haciendo menos sensibles a los ancianos a los estímulos externos. Durante el siglo XIX este término empieza a ser usado para referirse principalmente a cuadros de trastornos cognitivos adquiridos y a mediados del siglo XIX se restringe casi exclusivamente a trastornos irreversibles que afectan predominantemente a los ancianos. <sup>1,2</sup>

La demencia es un trastorno caracterizado por la aparición progresiva de deterioro cognitivo persistente que tiene como consecuencia la disminución de la capacidad del individuo para realizar sus actividades profesionales o sociales. Es un síndrome clínico adquirido por factores varios que producen un deterioro causando una discapacidad progresiva de la psicología y el comportamiento del individuo. Es de instauración aguda y en respuesta al tratamiento puede ser reversible. <sup>3</sup>

Factores como el tipo de demencia, su gravedad, la presencia de otras enfermedades, la situación socio familiar o socioeconómica, nos guían para

poder establecer la terapia más adecuada. Así como la sintomatología con aspectos como trastornos del afecto, cambios comportamentales, psicóticos, delirium, alucinaciones, deambulación, trastornos del sueño, desinhibición sexual, entre otros, pueden ser parte de manifestaciones no cognoscitivas. El tratar estas situaciones clínicas mejora indudablemente la calidad de vida del paciente y la de su familia, y disminuye el riesgo de institucionalización. <sup>4,5</sup>

**PROBLEMA CIENTÍFICO:** Que tan eficaz es el tratamiento de demencia siendo valorado por la progresión evolutiva en geriátricos de la consulta externa del instituto de neurociencias durante el periodo enero 2016 a junio del 2017.

# MARCO TEÓRICO

## CAPITULO I

### 1. GENERALIDADES

El termino demencia deriva del latín “dementatus” que refiere o se aplicaba a personas que tenían comportamientos anormales o tenían acciones incompresibles o aberrantes. Etimológicamente significa “ausencia de pensamiento” y en un sentido más amplio como “falta de juicio” lo que va a llevar a precisar la demencia como un deterioro en cuanto a las facultades intelectuales.<sup>5</sup>

Es una enfermedad de gran impacto como la Diabetes mellitus, Hipertensión arterial, síndrome metabólico, hipercolesterolemia, malos hábitos como consumo constante de tabaco y alcohol que contribuyen como factores de riesgo al desarrollo de padecer demencia de tipo vascular como consecuencia al daño directo sobre los vasos sanguíneos. <sup>5</sup>

La palabra demencia describe un conjunto de síntomas que incluyen pérdida de conciencia, dificultad del pensamiento, resolución de problemas o lenguaje. Estos son los cambios con los que a menudo se empieza aunque también suelen empezar con afectaciones severas que denotan en la vida diaria. <sup>6</sup>

Por otra parte también existe la posibilidad de desarrollarla posterior a sufrir un evento cerebrovascular puesto que está asociado a cambios cardiovasculares

lesionando directamente diversas zonas cerebrales y aumentando el depósito de la proteína beta amiloide relacionada estrechamente con el deterioro cognoscitivo. <sup>6</sup>

La demencia se produce cuando se encuentran afectaciones cerebrales que se interpretan como enfermedad de Alzheimer o ha habido una serie de infartos cerebrales secuelares. La enfermedad de Alzheimer es la causa más común de demencia pero no es la única. Los síntomas específicos que una persona con demencia presenta dependerán de la zona del cerebro que se encuentre afectada y de la enfermedad que este causando la demencia. <sup>6</sup>

### **1.1 PRESENTACIÓN CLÍNICA**

Es un conjunto de signos y síntomas que produce deterioro persistente de las funciones mentales superiores, en presencia de una patología orgánica, provocando pérdida funcional de las actividades cotidianas en el ámbito laboral y social, es plurietiológico, y afecta así mismo a varias funciones cognitivas. <sup>7</sup>

Por su proyección global hay que señalar que permite su diferenciación con entidades focales como la afasia, es adquirido y por lo que se puede relacionar con problemas congénitos como retraso mental. <sup>7</sup>

Se presenta por un sin número de causas diferentes, no hay un signo de deterioro cognitivo que demuestre a la demencia como tal, específicamente la pérdida de

memoria no es suficiente para realizar un diagnóstico. Debe analizarse el impacto sobre las funciones diarias relacionándolo con un declive de habilidades como opinar, pensar, planear y organizar. Hay cambios asociados al comportamiento como labilidad emocional, irritabilidad, apatía. Debe haber evidencia de disminución de las habilidades con el tiempo para poder establecer un diagnóstico de demencia. <sup>7</sup>

Es importante su clasificar la demencia para prescribir decisiones oportunas, nos ayudara a tomar una cuidadosa y detallada historia de la presentación de los síntomas. La diferenciación de la demencia vascular y la enfermedad de Alzheimer se vuelven más desafiante en pacientes mayores. Entre los subtipos principales podemos incluir:

- ✓ Enfermedad de Alzheimer
- ✓ Demencia vascular
- ✓ Demencia mixta Alzheimer/Vascular
- ✓ Demencia de los cuerpos de Lewy
- ✓ Demencia en enfermedad de Parkinson
- ✓ Demencia inespecífica

## 1.2 DIAGNOSTICO CLÍNICO

Se estima que el concepto global de demencia está conformado por cinco caracteres principales:

1. **Carácter Adquirido:** como se mencionó con anterioridad hay que diferenciarlo de procesos congénitos como la oligofrenia o retraso mental.
2. **Causa orgánica:** logra diferenciar la demencia de trastornos psiquiátricos que tiene la capacidad de tener afectación de la simulación y funcional.
3. **Ausencia de afectación de conciencia:** brinda la diferenciación de las demencias en relación al síndrome confusional agudo.
4. **Deterioro de múltiples funciones superiores:** la diferencia de los procesos que presentan daño de funciones superiores aisladas.
5. **Incapacidad funcional:** esta define a la demencia como tal, no se puede dar un diagnostico si el paciente no presenta pérdida de capacidad en relación a su medio laboral y social. <sup>8</sup>

En relación al diagnóstico clínico se presentan tres características que suelen visualizarse en un sin número de los casos, pero no están consideradas parte del concepto lo que puede generar una asociación equivocada generando frecuentes errores:

1. **Carácter progresivo:** la demencia tiene como contingente ser de etiología degenerativa llevando a hacerla un proceso degenerativo.

2. Irreversibilidad: no todas lo son, con el tratamiento de la causa que la genero, algunas demencias son reversibles.
3. Senilidad: tiene mayor frecuencia en edad avanzada, sin embargo la demencia puede presentarse en cualquier etapa de la vida.

Cada persona es única y su experiencia con la sintomatología tiene su propia vía que va a depender de los diferentes factores de cómo vive o se maneja en su medio ambiente. <sup>8</sup>

La demencia es progresiva lo que significa que los síntomas gradualmente empeoran con el tiempo. Que tan rápido esto sucede, varia de persona a persona, a medida que la demencia progresa la persona puede desarrollar comportamientos que se ven inusuales en su carácter. Estos comportamientos primarios incluyen preguntar lo mismo una y otra vez, inquietud y agitación. Pueden presentarse angustiantes o desafiantes con las personas cercanas a él.<sup>8</sup>

Especialmente en las personas de mayor edad, se presentan síntomas físicos como dolor muscular o pérdida de peso. Cambios en el sueño y el apetito también son muy comunes. <sup>8</sup>

### **1.3 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS**

Los métodos diagnósticos de imagen, tomografía axial computarizada o resonancia magnética, no son claves esenciales para un diagnóstico clínico de demencia, es importante estar familiarizado en la práctica con herramientas cognitivas para definir un diagnóstico en una consulta de atención primaria normal. Los exámenes de sangre raramente contribuyen como diagnóstico pero son necesarios para descartar patologías subyacentes.<sup>9,10</sup>

## CAPITULO II

### 2. CLASIFICACIÓN DE LAS DEMENCIAS

#### 2.1 GENERALIDADES

No existe una metodología específica para la clasificación de la demencia pero el criterio más utilizado para dicha clasificación es el etiológico, dejando a la vista 3 grandes y distintas categorías. <sup>9</sup>

1- Demencia degenerativa primaria

2- Demencia vascular

3- Otras demencias secundarias

Otro criterio que nos hará más fácil la clasificación es el nivel donde se desarrolla la lesión cerebral, generando así dos grandes grupos que sumados al factor etiológico nos dejan más clara la clasificación. <sup>9</sup>

**Demencias corticales:** de manera precoz y predominante el área afectada es la corteza cerebral sobre todo las áreas asociativas. Psicológicamente, hay alteración de la retención amnésica desorientación, el pensamiento abstracto y las funciones ejecutivas están alteradas.

**Demencias subcorticales:** resultado de una disminución en la estructura de la sustancia gris y sustancia blanca, afectando a los ganglios basales, el tálamo,

núcleos de la base y las proyecciones de estas hacia el lóbulo frontal. Percibimos cambios de personalidad las personas se vuelven apáticas.

**Demencias mixtas:** como su nombre lo indica esta es una combinación de la cortical y subcortical. <sup>9,10</sup>

## **2.2 DEMENCIA DEGENERATIVA PRIMARIA**

Son aquellas patologías propias del cerebro que afectan al sistema nervioso central de manera primaria, caracterizadas por pérdida sináptica y neuronal además del depósito cerebral de agregados proteicos insolubles. Cada tipo de depósito proteico tiende a seguir un patrón topográfico que está relacionado con las características clínicas que definen a cada tipo de demencia. La mayoría aparecen en edades avanzadas, después de los 65 años. <sup>10</sup>

### **2.2.1 DEMENCIA DEGENERATIVA PRIMARIA CORTICAL**

#### **2.2.1.1 ENFERMEDAD DE ALZHEIMER**

El Alzheimer es un problema crítico de salud pública en varias partes del mundo, se estima que alrededor 35 millones de personas padecen de Alzheimer u otros tipos de demencias, y se estima que para el 2030 esta cifra aumente a 65 millones de personas. <sup>11</sup>

Esta es una enfermedad multifactorial sin causa única aparente y con varios factores de riesgo modificables y no modificables asociados con su desarrollo y progresión. Siendo la edad el mayor factor de riesgo para el desarrollo de Alzheimer, la probabilidad de desarrollarla aumenta exponencialmente con la edad, aproximadamente el doble cada 5 años después de los 65 años de edad. La mayoría de personas que la padecen tienen 65 años o más y la presentan como inicio tardío o esporádico. <sup>10</sup>

Las mujeres se ven más afectadas por esta enfermedad que los hombres, por otro lado factores de riesgo cerebro vasculares juegan un rol importante para el desarrollo de Alzheimer mientras que personas con enfermedades como diabetes e hipertensión, u hábitos como el fumar o sedentarismo tienen un riesgo sustancialmente elevado de Alzheimer. <sup>10</sup>

De las demencias corticales el Alzheimer es la enfermedad más característica de este grupo, puede verse afecto cualquier campo cognitivo. El déficit en la memoria a corto plazo, la denominación y en la fluencia verbal son manifestaciones usualmente características y con frecuencia suelen verse acompañadas de disminución de iniciativa, falta de conciencia de enfermedad y escaso pensamiento abstracto. <sup>10</sup>

Al inicio de la enfermedad los pacientes comienzan a presentar olvidos frecuentes, desorientación temporo-espacial parcial comienza a hacerse evidente, y las dificultades con los números para realizar cálculos. <sup>11</sup>

Posteriormente la pérdida de memoria a corto plazo aumenta de manera progresiva corto plazo y sólo se encuentra conservado aquello que ya se encuentra bien aprendido. El trastorno del lenguaje se va deteriorando pudiendo afectar inclusive la comprensión, puede existir desorientación en relación al tiempo y espacio y verse afectadas las funciones ejecutivas la hiperactividad y agresividad pueden aparecer como alteraciones en el comportamiento de quien la padece. <sup>11,12</sup>

En pacientes que se encuentran en un estadio ya avanzado de la enfermedad se vuelven completamente dependiente de su cuidador, las alteraciones en sus funciones ejecutivas son mayores a medida que progresa la enfermedad. <sup>11</sup>

Es un trastorno degenerativo y progresivo que provoca una interrupción de la estructura y función normal del cerebro, a nivel celular se caracteriza por una pérdida progresiva de las neuronas corticales en especial a aquellas que median la función cognitiva. <sup>11</sup>

Existe evidencia sustancial que sugiere que el Alzheimer provoca disfunción sináptica al inicio de la enfermedad interrumpiendo la comunicación entre los circuitos neuronales importantes para la memoria y otras funciones cognitivas. El daño en estas estructuras cerebrales resulta en los déficits de memoria y aprendizaje que se manifiestan clásicamente en la aparición temprano del Alzheimer. <sup>12</sup>

El diagnóstico se basa en gran medida en la historia clínica, exámenes físicos y neurológicos así mismo la exclusión de otras etiologías utilizando pruebas auxiliares selectivas, el diagnóstico clínico tiene una precisión entre el 70 al 90%.

#### **2.2.1.2 CRITERIOS CLÍNICOS PARA PROBABLE ALZHEIMER**

1. Presencia de demencia
2. Inicio gradual de los síntomas durante meses o años
3. Historia del deterioro cognitivo progresivo
4. La presentación inicial puede ser amnésica (típica) o no amnésica (atípica)
5. que no exista otra causa de deterioro cognitivo (enfermedad cerebrovascular otro tipo de demencia, alguna enfermedad neurológica).<sup>12</sup>

#### **2.2.1.3 TRATAMIENTO**

Actualmente no existe cura para la enfermedad de Alzheimer (EA), y la terapia con medicamentos para la enfermedad todavía está en desarrollo. Existen medicamentos aprobados por la FDA (Full and drug administration) para controlar los síntomas, mas no enlentecer la progresión ni invertir la historia natural del Alzheimer. Actualmente parte importante del tratamiento son drogas que se dirigen a sistemas neurotransmisores en el cerebro, el glutamato y las neuronas productoras de acetilcolina se encuentran afectadas en este caso como consecuencia de esta enfermedad correlacionados así estos daños con los primeros síntomas congestivos del Alzheimer. <sup>12</sup>

Los inhibidos de acetilcolinesterasa ayudan a mejorar la función y la atención de la memoria en los pacientes con EA interfiriendo así con la descomposición de acetilcolina lo que aumenta los niveles del neurotransmisor en la sinapsis. <sup>13</sup>

Actualmente hay 3 inhibidos de la colinesterasa aprobados por la FDA, Rivastigmina y Galantamina para el Alzheimer de leve a moderado y Donepezil para todas las etapas. Memantine es otro fármaco aprobado para uso en moderado a severo pero este último pertenece a otra clase de medicamentos conocida como antagonistas del receptor NMDA, generalmente ambos tipos de medicamentos son bien tolerados teniendo como los efectos adversos más comunes, molestias gastrointestinales, mareos, malestar general y dolor de cabeza. <sup>12</sup>

### **2.2.2 DEMENCIA DEGENERATIVA PRIMARIA SUBCORTICALES**

Un síntoma característico de este tipo de demencias probablemente sea un retraso en la función psicomotora hay una respuesta lenta ante cualquier estímulo que sea externo desencadenando lentitud al pensamiento y una respuesta motora lenta también. <sup>13</sup>

Son frecuentes en este tipo de demencias los cambios de personalidad. Se puede observar con mucha frecuencia e incluso en etapas iniciales, apatía, ausencia de motivación y gran desinterés. <sup>13</sup>

En cuanto a la memoria sus alteraciones fundamentalmente consisten en una dificultad para recordar información ya almacenada, preservando la capacidad

para retener y aprender nueva información por bastante tiempo mientras va evolucionando la enfermedad, diferencia clave en comparación al Alzheimer en la cual desde el inicio de la enfermedad existe un trastorno para procesar nueva información. <sup>13</sup>

En general podríamos decir que el grado de deterioro cognitivo no es tan grave en contraste con el deterioro presente normalmente en las demencias corticales. Existen diferencias cuantitativas y cualitativas y el ejemplo más claro en la práctica es la ausencia de afasia, apraxia y agnosia en demencias de tipo subcortical en comparación a las demencias de tipo cortical. <sup>13</sup>

## **2.2.3 DEMENCIAS DEGENERATIVAS PRIMARIAS CORTICALES – SUBCORTICALES**

### **2.2.3.1 DEMENCIAS POR CUERPOS DE LEWY**

Esta demencia es un trastorno degenerativo tanto cortical como subcortical, posee además alteraciones extra piramidales y neuropsicológicas que guardan relación con la enfermedad de Alzheimer. Esta descrito que existe perdida neuronal encefálica y se puede apreciar la presencia de ´cuerpos de Lewy. Además es de evolución rápida con una media de 4 años, debido a que quienes la padecen cada año pierden alrededor de 4 a 5 puntos en el Mini mental Test.

La demencia con cuerpos de Lewy se encuentra en el segundo lugar de demencia degenerativa seguido del Alzheimer. Representa aproximadamente del 4% de todas las demencias que se diagnostican en la sociedad. Las demencias de cuerpos de Lewy tienen como características el parkinsonismo espontáneo, alucinaciones visuales repetitivas, nivel cognitiva fluctuante, alteraciones del comportamiento, del sueño con movimientos oculares rápidos. Como se ha descrito previamente la DCL guarda estrecha relación con la enfermedad de Alzheimer pero se diferencia de la misma ya que esta cursa con menos deterioro de la memoria pero las deficiencias son más severas en cuanto a la función visuoespacial, atencional y ejecutiva frontal las características de presentación que desarrolla una persona con Demencia con cuerpos de Lewy se pueden ubicar ampliamente en 3 categorías. <sup>14</sup>

### **2.2.3.2 DETERIORO COGNITIVO**

Existe un estado intermedio que fluctúa entre la función cognitiva normal y la demencia conocido como deterioro cognitivo leve (DCL), Las personas con mayor riesgo en desarrollar demencia son aquellas que padecen de este DCL, por lo que se lo considera como la fase prodrómica de la demencia, y una proporción de los casos de DCL que se convierten en demencia pueden llegar a desarrollar Demencia con cuerpos de lewy. <sup>14</sup>

La atención fluctuante y la cognición es una característica central de DCL, pero hasta el momento la evidencia sugiere que las fluctuaciones son el síntoma

central menos común en la fase prodrómica. Sin embargo, el delirio y las alteraciones momentáneas de la conciencia son características prodrómicas de DCL y pueden representar las manifestaciones primarias de fluctuación cognitiva.

14

### **2.2.3.3 COMPORTAMIENTO - FENÓMENOS PSIQUIÁTRICOS**

Vale la pena destacar que DCL inicialmente puede presentar síntomas no cognitivos como lo son las alucinaciones visuales, la depresión y los trastornos del sueño con movimientos oculares rápidos. Descrita como una parasomnia la cual se encuentra caracterizada por la ejecución de los sueños por ejemplo, puñetazos, patadas o gritos que muchas veces terminan en lesiones. <sup>14</sup>

Estudios retrospectivos han encontrado que las alucinaciones visuales y los trastornos de sueño con movimientos oculares rápidos pueden estar presentes en alrededor de la mitad de los casos de DCL antes o al inicio de la pérdida de memoria. La depresión y la ansiedad se encontraron presentes en alrededor de una cuarta parte de los pacientes. Estudios retrospectivos de casos y controles han encontrado que una historia de depresión o delirio incluso antes del diagnóstico de demencia es más común en DCL que en el Alzheimer, aunque ambos son usualmente muy comunes en el adulto mayor normal como para ser considerados biomarcadores útiles en aislamiento. <sup>15</sup>

#### **2.2.3.4 SÍNTOMAS FÍSICOS**

El parkinsonismo es una característica central de Demencia por cuerpos de Lewy y podría ser un síntoma de presentación en aproximadamente una cuarta parte de los pacientes. Los depósitos de proteínas en el bulbo olfatorio, el tronco encefálico y el sistema nervioso periférico en los trastornos de los cuerpos de Lewy están asociados con varios síntomas físicos, como la hiposmia, el estreñimiento, mareos ortostáticos. <sup>15,16</sup>

Algunos síntomas no cognitivos de cuerpos de Lewy como el estreñimiento, la hiposmia y el mareo postural pueden presentarse antes a la aparición del deterioro de la memoria. Con base en la presencia de estos síntomas, se podría suponer que una persona tiene una enfermedad prodrómica de cuerpos de Lewy, incluso en ausencia de disfunción cognitiva, pero dado que estas son quejas comunes en las personas mayores, ellas mismas probablemente sean predictores muy inespecíficos.

#### **2.2.3.5 TRATAMIENTO**

Los pacientes con DCL tienen una probabilidad más alta de mejorar con el tratamiento al inhibir la colinesterasa. El déficit colinérgico estudiado en la DCL es mayor que el que se expresa en la enfermedad de Alzheimer. Existen estudios que evidencian que el uso de Rivastigmina puede disminuir los síntomas neuropsiquiátricos relacionados con DCL, en especial la apatía, alucinaciones, ansiedad e ideas delirantes. <sup>16</sup>

Con frecuencia tienen síntomas neuropsiquiátricos angustiantes, cuando estos síntomas son leves, no es necesario un tratamiento médico. Los inhibidores de la acetilcolinesterasa primero deben probarse para tratamiento de los síntomas neuropsiquiátricos. <sup>17</sup>

Se recomienda neurolépticos atípicos cuando los inhibidores de la colinesterasa sean ineficaces ante el tratamiento, mientras que los neurolépticos están reservados para situaciones en las que la psicosis es grave y se exponga el bienestar del paciente y de las personas que lo rodean.

En muchos pacientes la demencia lleva a un estado de depresión producto al aislamiento propio del paciente con el medio externo, para ello están indicados el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. <sup>17</sup>

### **2.3 DEMENCIA VASCULAR**

Seguido de las demencias degenerativas primarias como segunda causa etiológica más frecuente se encuentra la demencia vascular, características claves que permiten sea más fácil la diferenciación entre este tipo de demencia con una degenerativa. <sup>17</sup>

Las claves para la diferenciar este tipo de demencia de una degenerativa suele ser el inicio brusco una evolución fluctuante, síntomas neurológicos focales y la evidencia factores de riesgo como la Diabetes mellitus, Hipertensión arterial, síndrome metabólico, hipercolesterolemia y malos hábitos como consumo constante de tabaco y alcohol son factores de riesgo que contribuyen al desarrollo

de padecer demencia de tipo vascular como consecuencia al daño directo sobre los vasos sanguíneos, se calcula que durante los tres siguientes meses a un evento cerebrovascular alrededor del 30% de los pacientes son diagnosticados con demencia puesto que se encuentra asociado a cambios cardiovasculares, lesionando directamente múltiples zonas cerebrales y aumentando el depósito de la proteína beta amiloide relacionada directamente con el deterioro cognoscitivo.

17,18

El diagnóstico está basado en la evidencia clínica de un daño vascular directo cerebral, estudios de imágenes y el deterioro cognoscitivo progresivo pero el definitivo lo da el estudio histopatológico. <sup>17</sup>

## **2.4 DEMENCIAS SECUNDARIAS**

Se entiende por demencias secundarias aquellas que tienen una causa conocida, que provienen normalmente de una enfermedad de base. Dentro de este grupo destacan: Demencia de Parkinson, Demencia de Huntington, Parálisis supranuclear progresiva, Degeneración corticobasal, aquellas de origen endocrino metabólico como la enfermedad de Addison o de Cushing, aquellas de origen infeccioso como VIH, de origen tóxico como la demencia alcohólica, demencias carenciales como el déficit de vitamina B12. <sup>18,19</sup>

### **2.4.1 DEMENCIA DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON**

La enfermedad de Parkinson es un trastorno neurológico bastante común en adultos mayores, se estima que afecta al casi 2% de los mayores de 65 años. Algunos estudios recientes estiman que del 50% al 80% de personas con Parkinson experimentan episodios de demencia en el transcurso de su enfermedad. <sup>18</sup>

Este tipo de demencia dada por el declive del pensamiento y razonamiento que se desarrolla en algunos de los pacientes que cursan con Parkinson al menos un año después del diagnóstico. Los cambios en las estructuras cerebrales causados por el Parkinson inician en una región que desempeña un papel importante en el movimiento, lo que lleva a la aparición temprana de los síntomas incluyendo temblores, rigidez muscular, un paso de arrastrando los pies, una postura encorvada, dificultad para iniciar el movimiento y falta de expresión facial. A medida que se desarrolla la enfermedad los cambios cerebrales causados por el Parkinson se aumentan gradualmente, y a menudo afectan las funciones mentales, incluyendo la memoria y la capacidad para prestar atención, emitir juicios coherentes y completar una tarea. <sup>19</sup>

Los principales cambios cerebrales relacionados entre la enfermedad de Parkinson y la demencia de la enfermedad de Parkinson son depósitos anormales compuestos principalmente de alfa-sinucleína, estos depósitos llamados "cuerpos de Lewy se encuentran en muchos otros trastornos

cerebrales, incluida la demencia con cuerpos de Lewy. La evidencia sugiere que la demencia con cuerpos de Lewy, la enfermedad de Parkinson y la demencia por enfermedad de Parkinson está ligada con las mismas anomalías subyacentes en el procesamiento cerebral de la proteína alfa-sinucleína. <sup>19</sup>

Los síntomas comúnmente informados incluyen cambios en la memoria, la concentración y el juicio, problemas para interpretar información visual, alucinaciones visuales, ilusiones; en especial las ideas paranoicas, depresión, irritabilidad y ansiedad, trastornos del sueño, como somnolencia diurna excesiva y trastorno del sueño con movimiento ocular rápido (REM). <sup>19</sup>

No existe prueba específica ni combinación de pruebas que concluyentemente determinen que una persona tiene demencia por la enfermedad de Parkinson. Pero si existen pautas para diagnosticar Demencia por enfermedad de Parkinson y Demencia con cuerpos de Lewy son:

**-Se habla de demencia por enfermedad de Parkinson** cuando el paciente es diagnosticado originalmente con Parkinson en base a los síntomas relacionados con el movimiento y siempre y cuando los síntomas de la demencia no aparezcan hasta un año o más después del diagnóstico de Parkinson.

**-El diagnóstico de demencia por cuerpos de Lewy** se da cuando junto con los síntomas relacionados con el movimiento también se presentan los síntomas característicos de la demencia por cuerpos de Lewy o a su vez pueden aparecer dentro de un año después de los síntomas del movimiento.

No existen tratamientos que impidan o retrasen el daño cerebral causado por la demencia por enfermedad de Parkinson. Sin embargo las estrategias actuales están enfocadas en mejorar los síntomas del paciente. <sup>19</sup>

### **Inhibidores de la colinesterasa:**

Actualmente son el pilar en el tratamiento ante cambios cognitivos presentes en la enfermedad de Alzheimer y suelen ayudar en el control de los síntomas de la demencia por enfermedad de Parkinson, incluyendo alucinaciones visuales, alteraciones del sueño y cambios en pensamiento y comportamiento. <sup>19</sup>

El tratamiento para controlar los síntomas del movimiento en personas con demencia de Parkinson puede ser un desafío, ya que el L-dopa, es el principal fármaco usado para el tratamiento de los síntomas del movimiento del parkinsonismo, y suele a veces agravar las alucinaciones y la confusión en aquellos pacientes con demencia de Parkinson o Demencia con cuerpos de Lewy. <sup>20</sup>

## **2.5 CRITERIOS DIAGNOSTICO PARA DETERIORO COGNOSCITIVO**

### **MAYOR O LEVE SEGÚN DSM-V**

- A. Se cumplen los criterios de un trastorno neurocognitivo leve o mayor.
- B. La sintomatología es compatible con una etiología vascular como lo sugiere cualquiera de los siguientes criterios:

- a. El inicio de los déficits cognitivos presenta una relación temporal con uno o más episodios de tipo cerebrovascular.
- b. Las evidencias del declive son notables en la atención compleja (Incluida la velocidad de procesamiento) y en la función frontal ejecutiva.
- c. Existen evidencias de la presencia de enfermedad cerebrovascular en la anamnesis, en la exploración física o en el diagnóstico por la imagen neurológica, consideradas suficientes para explicar los Déficit neurocognitivos.
- d. Los síntomas no se explican mejor por otra enfermedad cerebral o trastorno sistémico. <sup>20</sup>

## **CAPITULO III**

### **3. DELIMITACIÓN**

#### **3.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL**

Este estudio se realizó en el Instituto de Neurociencias, ubicado en la ciudad de Guayaquil en la calle Avenida Pedro Menéndez Gilbert, perteneciente a la Junta de Beneficencia de Guayaquil. Esta casa de salud en su área de Consulta Externa, brinda atención de salud mental a la población en general, con pacientes ambulatorios por patologías que muestren desórdenes mentales como ansiedad, depresión, angustia, cuadro psicótico, esquizofrenia, trastorno bipolar, cefalea, conductas adictivas, insomnio, trastornos de personalidad, problemas de aprendizaje, crisis convulsivas; etc.

#### **3.2 DELIMITACIÓN TEMPORAL**

La población de estudio fue constituida por los pacientes que acuden a la consulta externa entre el 1 de enero de 2016 y el 30 de junio de 2017. El tamaño muestral fue de 128 pacientes que cumplían los criterios de inclusión para diagnóstico de demencia.

## **4. OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

### **4.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la eficacia del tratamiento de las demencias valorado por la progresión evolutiva en pacientes geriátricos atendidos en la consulta externa del Instituto de Neurociencias en la ciudad de Guayaquil durante el periodo enero 2016 a junio del 2017.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Distribuir los pacientes según los grupos de edades y género.
2. Identificar el tipo de Demencia diagnosticada en los adultos mayores.
3. Analizar antecedentes patológicos familiares, factores de riesgo y comorbilidades de los pacientes.
4. Evaluar la disminución de la progresión de la demencia de acuerdo al tiempo de tratamiento recibido.

## **5. MATERIALES Y MÉTODO**

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal en el Instituto de Neurociencia de la ciudad de Guayaquil en pacientes geriátricos que fueron atendidos en la consulta externa, obtuvimos una muestra de 128 pacientes, la misma quedo definida según los criterios de inclusión y exclusión.

## **5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

1. Pacientes adultos mayores con el diagnóstico de demencia, vistos en consulta externa del Instituto de Neurociencias, en el periodo enero del 2016 a junio del 2017.
2. Que tengan los datos completos debidamente recogidos de la historia clínica.
3. Que reciba el tratamiento adecuado para la demencia que presenta.

## **5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

1. Pacientes con historia clínica incompleta.
2. Pacientes que hayan abandonado el tratamiento.
3. Pacientes que hayan fallecido durante el tratamiento.

### 5.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición	Tipo de variable	Medida
Grupos de edades	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad.	Cuantitativa discreta.	65-69 años 70-74 años 75-79 años 80-84 años 85-89 años +90 años
Género	Estado genotípico de tipo genético que determina el género al que pertenece el individuo.	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino

	Síndrome caracterizado por el deterioro de la función cognitiva	Cualitativa nominal politómica	Alzheimer Demencia vascular Demencia Fronto-temporal Demencia de los cuerpos de Lewy Demencia cortico-basal Enfermedad de Huntington Demencia en la enfermedad de Parkinson. Demencia secundaria a traumatismo, caída, infecciones.
APF	Registro de miembros de la familia con antecedentes médicos de algún tipo de demencia	Cualitativa nominal dicotómica	Si No
Factores de riesgo	Hábitos que aumentan las probabilidades de una persona de contraer alguna enfermedad o problema de salud	Cualitativa Nominal dicotómica	Si No
Comorbilidades	Presencia de uno o más trastornos además de la enfermedad o trastorno primario	Cualitativa Nominal politómica	Ninguna Diabetes mellitus Hipertensión arterial Enfermedad de Parkinson Eventos cerebrovasculares
Disminución de la progresión de la enfermedad	Reducción de la historia natural de la enfermedad	Cualitativa nominal dicotómica	Si No

Tiempo de tratamiento	Periodo determinado en el que se trata la enfermedad	Cuantitativa discreta	<b>&gt;12 meses</b> <b>&lt;= 12 meses</b>
-----------------------	--	-----------------------	--

### **1.1 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS**

Se revisaron las historias clínicas de los pacientes diagnosticados con demencia en cuanto a la edad, sexo, factores de riesgo, antecedentes familiares y comorbilidades estos datos se almacenaron en una base de datos Excel, los resultados fueron expuestos en tablas y representados en gráficos.

Métodos estadísticos se utilizó estadística descriptiva y chi cuadrado para correlacionar variables.

### **1.2 ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

No se necesitó del consentimiento informado de los pacientes ya que obtuvimos la base de datos por parte del departamento de estadística del instituto de Neurociencias para la realización de nuestro estudio, respetando el derecho a la confidencialidad por la información obtenida.

## 6. RESULTADOS

**Tabla 1. Distribución de los pacientes según las edades**

<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
65 – 69	43	33.6
70 – 74	39	30.5
75 – 79	26	20.3
80 – 84	16	12.5
85 – 89	4	3.1
Total	128	100
<b>Descriptivos</b>		
Mínimo		65
Máximo		86
Media		73.1
Desviación estándar		5.434

*Tabla 1*

Fuente: M. León y M. Miranda con base de datos del Instituto de Neurociencias, 2016-2017

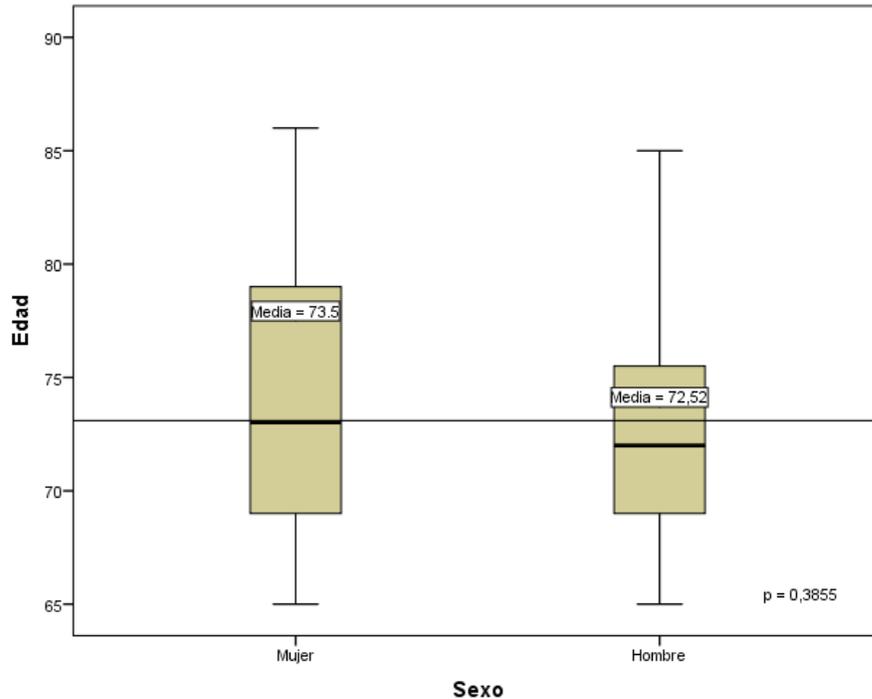
**Tabla 2. Distribución de los pacientes según género**

<b>Sexo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Mujer	76	59.4
Hombre	52	40.6
Total	128	100

*Tabla 2*

Fuente: M. León y M. Miranda con base de datos del Instituto de Neurociencias, 2016-2017

**Gráfico 1. Sexo de los pacientes según valores promedios de edad**



*Ilustración 1*

La edad tuvo como promedio  $73,1 \pm 5,43$  años, con un mínimo de 65 y un máximo de 86 (tabla 1), mientras que el 59,4% fueron mujeres y el 40,6% hombres (tabla 2). Los promedios de edad entre hombres y mujeres fueron muy similares (73,5 mujeres; 72,52 hombres) sin que existan diferencias significativas ( $p=0.3855$ , gráfico 1)

**Tabla 3. Distribución de los pacientes según el tipo de demencia**

<b>Tipo Demencia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>p</b>
Alzheimer	69	53.9	>0.001
Cuerpos de Lewy	7	5.5	
Demencia Vascular	39	30.5	
Demencia de Parkinson	13	10.2	
Total	128	100	

*Tabla 3*

Fuente: M. León y M. Miranda con base de datos del Instituto de Neurociencias, 2016-2017

De los tipos de demencia el Alzheimer es la más frecuente (53,9%) seguida de la demencia vascular (30,5%) como se observa en la tabla 3.

**Tabla 4. Antecedentes patológicos familiares de los pacientes**

<b>Antecedentes patológicos familiares</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	63	49.2
No	65	50.8
Total	128	100

*Tabla 4*

Fuente: M. León y M. Miranda con base de datos del Instituto de Neurociencias, 2016-2017

**Tabla 5. Distribución de los pacientes según los factores de riesgo**

<b>Factores de riesgo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
No	59	46.1
Si	69	53.9
Total	128	100

*Tabla 5*

Fuente: M. León y M. Miranda con base de datos del Instituto de Neurociencias, 2016-2017

**Tabla 6. Comorbilidades de los pacientes**

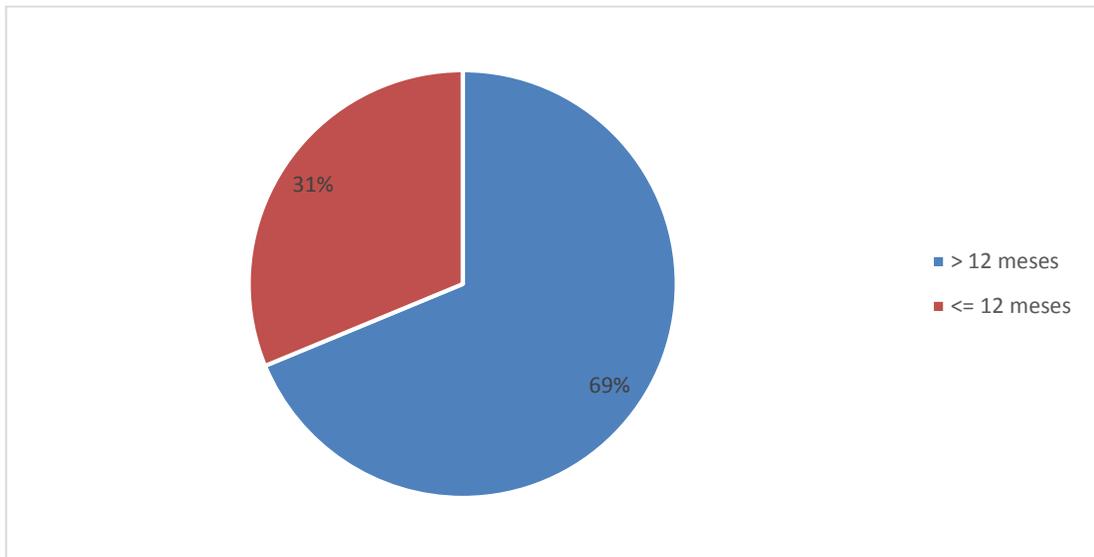
<b>Comorbilidades</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Ninguna	42	32.8
Diabetes Mellitus	28	23.2
Hipertensión Arterial	30	27.9
Enfermedad de Parkinson	13	13.1
Enfermedad cerebrovascular	15	14.9
<b>TOTAL</b>	<b>128</b>	<b>100</b>

*Tabla 6*

Fuente: M. León y M. Miranda con base de datos del Instituto de Neurociencias, 2016-2017

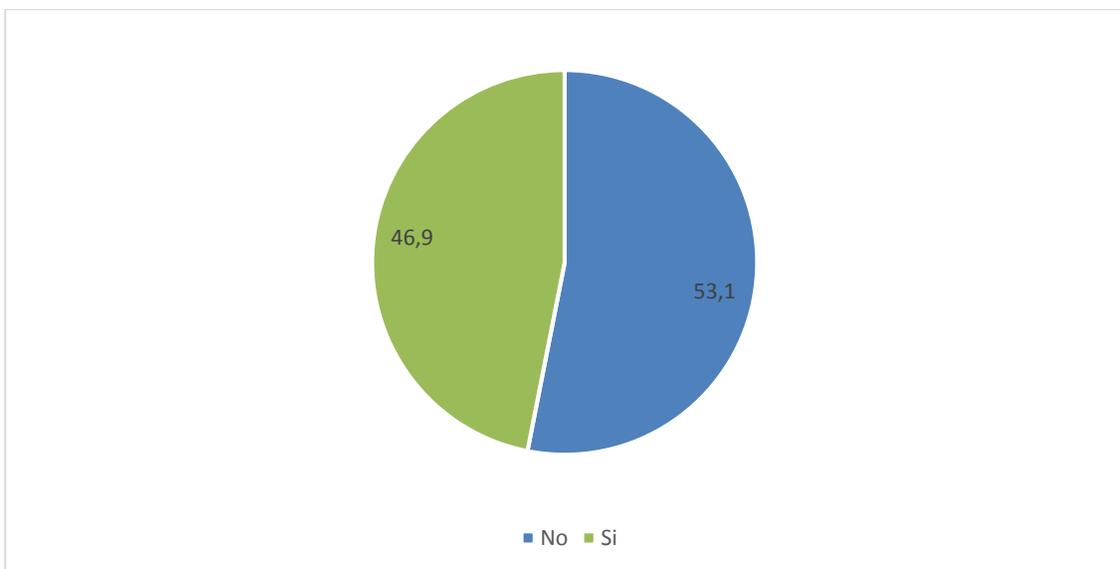
En la tabla 4 se observa que el 49,2% de los pacientes presentaron antecedentes patológicos familiares, también se pudo apreciar que el 46,1% de los pacientes presentó algún tipo de factor de riesgo (tabla 5) y que la comorbilidad más frecuente fue la Hipertensión Arterial (28,9%) seguida de la Diabetes Mellitus (24,2%), el 32,8% de los pacientes no presentó ninguna comorbilidad (tabla 6).

**Gráfico 2. Tiempo de tratamiento que recibieron los pacientes**



*Ilustración 2*

**Gráfico 3. Progresión de la demencia en los pacientes**



*Ilustración 3*

**Tabla 7. Progresión de la demencia en los pacientes según tiempo de tratamiento recibido.**

Progresión	>12 meses		<= 12 meses		Total		P	OR
	f(x)	%	f(x)	%	f(x)	%		
Si	48	80.0%	12	20.0%	60	100.0%	0.01	2.8
No	40	58.8%	28	41.2%	68	100.0%		
	88	68.8%	40	31.3%	128	100.0%		

*Tabla 7*

Fuente: M. León y M. Miranda con base de datos del Instituto de Neurociencias, 2016-2017

El mayor porcentaje de progresión se encontró en pacientes con menos de 12 meses de tratamiento. El tiempo de tratamiento con más de 12 meses se relacionó con la progresión de la enfermedad con valor de  $p=0.01$  y un riesgo de 2.8 veces (tabla 7).

## DISCUSIÓN

En el presente estudio podemos observar que la mayoría de los pacientes tuvieron un promedio de edad que fue similares entre hombres y mujeres (73,5 mujeres; 72,52 hombres) sin que existan diferencias significativas. Los pacientes de sexo femenino representaron 59,4 % del total de pacientes. Siendo así el Alzheimer (53,9%) el tipo de demencia más frecuente, seguida de la demencia vascular (30,5%) como se muestra en las tablas 1,2 y 3.

Además se puede apreciar un riesgo de 8.4 veces que la enfermedad se presente en Mujeres frente al 18,8% en hombres, siendo estadísticamente significativo ( $p < 0,001$ ). Este resultado se asimila a estudios previamente realizados en Argentina, en los que se concluyen que la enfermedad de Alzheimer es más propensa a desarrollarse en mujeres que en varones y que los antecedentes familiares influyen en la aparición del mismo. <sup>21</sup>

Se evidencia que factores como la edad y antecedentes como haber sufrido algún tipo de Ictus estaban ligados al desarrollo de demencia, comparándolo así con otros estudios en España de ámbito hospitalario realizados por la Sociedad española de neurología donde indican que la prevalencia aumenta al 10%, y a los 3 meses un 25% de los pacientes que sobreviven a un ictus desarrollan una demencia. <sup>22</sup>

Observamos que el 49,2% de los pacientes presentaron antecedentes patológicos familiares, el 46,1% de los pacientes presentó algún tipo de factor de riesgo y que la comorbilidad más frecuente fue la Hipertensión Arterial con (28,9%) seguida de Diabetes Mellitus (24,2%), mientras que el 32,8% restante no presentó ninguna comorbilidad. Otro estudio realizado en Colombia evidencia de que los factores de riesgo vascular tipo HTA, diabetes e hipercolesterolemia contribuyen al deterioro cognitivo. Con un estudio con pacientes que fueron anualmente seguidos durante 5 años, y se encontró que los que tenían presencia de factores de riesgo vascular tuvieron un aumento en la conversión a demencia.

23

Existe progresión de la enfermedad en pacientes con tratamiento de más de un año siempre y cuando existan factores de riesgo asociados y su edad sea mayor a 72 años como agravantes de la condición; en pacientes menores a esta edad y sin factores de riesgo no existe relación directa con el tiempo de tratamiento para presentar progresión de la enfermedad, lo que fue un hallazgo encontrado durante el desarrollo de nuestra investigación que nos da la pauta para otras ventanas de estudio.

## **CONCLUSIONES**

Se concluye que no existe diferencia de edad significativa entre hombres y mujeres al padecer algún tipo de demencia, sin embargo en la demencia de Alzheimer la relación es de 8.4 veces mayor en mujeres que en hombres evidenciando aquí una marcada diferencia.

Por otra parte el tener historia familiar fue un factor desencadenante a padecer algún tipo de demencia, la hipertensión fue la comorbilidad más común que se presentó entre nuestro estudio seguido así de la Diabetes Mellitus.

Y por último se podría indicar que existe un riesgo de progresión de la enfermedad en pacientes con más de un año de tratamiento siempre y cuando presenten factores de riesgo y su edad es mayor a 72 años como factores agravantes de la condición; en pacientes menores a esta edad y además sin factores de riesgo no existe relación con el tiempo de tratamiento para presentar progresión de la enfermedad.

## **RECOMENDACIONES**

En base a los resultados encontrados en nuestro estudio consideramos que una mente activa en un paciente con demencia en relación al desarrollo de actividades ya sean cotidianas o causales, ayudan o a evitar la progresión del deterioro cognitivo.

Es importante para el paciente conservar un buen entorno afectivo fortaleciendo las relaciones sociales y familiares que lo ayuden a mantener su estado anímico mental con el fin del evitar situaciones que puedan generar confusión.

Finalmente tenemos que fortalecer su estado mental actual manteniendo su orientación temporo-espacial, de manera que sería ideal proveer ayuda como calendarios, noticias.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Serrani D; Validación en español del test TYM para cribado de demencia en una población argentina. Universitas Psychologica [Internet]. 2014 [citado 22 jun 2017]; 13(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/647/64730432022.pdf>
2. Samper J, Llibre J, Sanchez C; Miniexamen mental en sujetos con deterioro cognitivo leve. Rev Cub Med Mil [Internet]. Mayo - Junio 2012 [citado 22 jun 2017]; 41(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572012000200002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572012000200002)
3. Alvarez B, Anton M, Arriola E, editors. Demencias en Geriatria: Recomendaciones. Madrid: ERGON; 2008 [citado 22 jun 2017]; 48 p. Disponible en: [file:///C:/Users/consulta/Desktop/Tripa\\_Demencias\\_%20en\\_%20geriatria.pdf](file:///C:/Users/consulta/Desktop/Tripa_Demencias_%20en_%20geriatria.pdf)
4. Brian Downer PhD KSTPVMPJSGMyKJOPO. Clinical Key. [Online].; 2017. Available from: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S152586101730244X?returnurl=http:%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS152586101730244X%3Fshowall%3Dtrue&referrer=https:%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2F>.
5. Cano C, editor. Tratamiento de las demencias: Pontificia Universidad Javeriana. [citado 13 septiembre 2017]; 18 p. Disponible en: [https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwjBtZ3K8q\\_WAhWD5SYKHaiYCfAQFggrMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.org.co%2Fpdf%2Frcp%2Fv36s1%2Fv36s1a13.pdf&usq=AFQjCNHKVTgay2H4q2nFFRBS0wueWofK\\_g](https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwjBtZ3K8q_WAhWD5SYKHaiYCfAQFggrMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.org.co%2Fpdf%2Frcp%2Fv36s1%2Fv36s1a13.pdf&usq=AFQjCNHKVTgay2H4q2nFFRBS0wueWofK_g)
6. Dspace.umh.es. 2018 [cited 13 March 2018]. Available from: [http://dspace.umh.es/bitstream/11000/698/21/5\\_INTRODUCCI%C3%93N.pdf](http://dspace.umh.es/bitstream/11000/698/21/5_INTRODUCCI%C3%93N.pdf)
7. Carnero Pardo C, Serrano Castro P. DEMENCIA: CRITERIOS DIAGNOSTICOS [Internet]. <http://www.sld.cu>. 2015 [cited 13 March 2018]. Available from: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion->

logo/19demencias.pdf

8. What is dementia? [Internet]. Alzheimer society. 2017 [cited 13 March 2018]. Available from:  
[https://www.alzheimers.org.uk/download/downloads/id/3416/what\\_is\\_dementia.pdf](https://www.alzheimers.org.uk/download/downloads/id/3416/what_is_dementia.pdf)
9. Burns A, Twomey P, Barrett, E. Dementia diagnosis and management [Internet]. www.england.nhs.uk. 2015 [cited 13 March 2018]. Available from: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/01/dementia-diag-mng-ab-pt.pdf>
10. Demencia [Internet]. Organizacion Mundial de la Salud. 2018 [cited 13 March 2018]. Available from:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
11. Sevilla Gomez C, Fernandez Garcia C. DEMENCIAS: CLASIFICACION ETIOLOGICA Y DIFERENCIACION COGNITIVA [Internet]. <http://www.sld.cu>. 2015 [cited 13 March 2018]. Available from:  
[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/20\\_demencia.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/20_demencia.pdf)
12. Keefover R. DEMENTIA [Internet]. <http://dhhr.wv.gov>. 2013 [cited 13 March 2018]. Available from:  
<http://dhhr.wv.gov/bhhf/Documents/2013%20IBHC%20Presentations/Day%20%20Workshops/Dementia%20Handouts.pdf>
13. Korolev i. Alzheimers Disease: A Clinical and Basic Science Review [Internet]. Medical Student Research Journal. 2014 [cited 13 March 2018]. Available from: <http://msrj.chm.msu.edu/wp-content/uploads/2014/12/Fall-2014-Alzheimers-Disease.pdf>
14. Moreno A, Alameda J. Demencia tipo Alzheimer, deterioro cognitivo y toma de decisiones. European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education. 2015;1(1):17.

15. Manso-Arroyo C, Fernandez-Lopez V. Demencia por cuerpos de Lewy y enfermedad de Alzheimer: diferencias atencionales [Internet]. [www.viguera.com](http://www.viguera.com). 2015 [cited 13 March 2018]. Available from: [https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0502/502\\_0063\\_0066.pdf](https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0502/502_0063_0066.pdf)
16. Stinton C, McKeith I, Paul Taylor J, Lafortune L. Manejo farmacológico de la demencia con cuerpos de Lewy: una revision sistematica y meta analisis [Internet]. *the american journal of psychiatry*. 2015 [cited 13 March 2018]. Available from: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2015.14121582>
17. Medina Chavez J, Fuentes Alexandro S. diagnóstico y tratamiento de demencia vascular [Internet]. <http://www.cenetec.salud.gob.mx>. 2013 [cited 13 March 2018]. Available from: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/450\\_GPC\\_Demencia\\_vascular/GER\\_Demencia\\_vascular.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/450_GPC_Demencia_vascular/GER_Demencia_vascular.pdf)
18. Muñoz Perez M, Espinosa-Villaseño D. Deterioro cognitivo y demencia de origen vascular. *Revista Americana de Neurociencia* [Internet]. 2016 [cited 13 March 2018];17(6):85-96. Available from: <http://revmexneuroci.com/wp-content/uploads/2016/11/RevMexNeu-No-6-Nov-Dec-2016-85-96-R.pdf>
19. Nall R. Demencia de Parkinson: causas, sintomas y perspectivas [Internet]. *Medical News Today*. 2016 [cited 13 March 2018]. Available from: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/314486.php>
20. Parkinsonos disease dementia [Internet]. *Alzheimers Association*. 2016 [cited 13 March 2018]. Available from: [https://www.alz.org/dementia/downloads/topicsheet\\_parkinsons.pdf](https://www.alz.org/dementia/downloads/topicsheet_parkinsons.pdf)
21. Ruiz de Sanchez C, Nariño D. Epidemiologia y carga de la Enfermedad de Alzheimer [Internet]. [/www.acnweb.org](http://www.acnweb.org). 2010 [cited 24 March 2018].

Available

from:

[https://www.acnweb.org/acta/acta\\_2010\\_26\\_Supl3\\_1\\_87-94.pdf](https://www.acnweb.org/acta/acta_2010_26_Supl3_1_87-94.pdf)

22. Ricardo de la Vega Cotarelo A. Demencia vascular [Internet]. Hipocampo.org. 2018 [cited 26 March 2018]. Available from: <https://www.hipocampo.org/dv.asp>
23. Diaz Cabezas R, Marulanda Mejia F, Martinez Arias M. Prevalence of cognitive impairment and dementia in people older 65 years in a Colombian urban population [Internet] Scielo.org.co. 2013 [cited 26 March 2018]. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-87482013000300003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482013000300003)

## **DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Yo, **León Puga María Alejandra**, con C.C: # 0930247697 autor/a del trabajo de titulación: **Eficacia del tratamiento de demencia valorado por la progresión evolutiva en pacientes geriátricos de la consulta externa del Instituto de Neurociencias durante el periodo enero 2016 a junio del 2017**, previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 2 de **mayo** de **2018**

f. \_\_\_\_\_

**LEÓN PUGA MARÍA ALEJANDRA**

**CC: 0930247697**

## **DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Yo, **Miranda Pareja María Belén**, con C.C: # 0930906557 autor/a del trabajo de titulación: **Eficacia del tratamiento de demencia valorado por la progresión evolutiva en pacientes geriátricos de la consulta externa del Instituto de Neurociencias durante el periodo enero 2016 a junio del 2017**, previo a la obtención del título de **MÉDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 2 de **mayo** de **2018**

f. \_\_\_\_\_

**MIRANDA PAREJA MARÍA BELÉN**

**CC: 0930906557**

## **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

### **FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN**

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Eficacia del tratamiento de demencia valorado por la progresión evolutiva en pacientes geriátricos de la consulta externa del Instituto de Neurociencias durante el periodo enero 2016 a junio del 2017.		
<b>AUTOR(ES)</b>	LEÓN PUGA MARÍA ALEJANDRA, MIRANDA PAREJA MARIA BELÉN		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	MAYO GALBÁN CARIDAD ISABEL, DRA.		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	CIENCIAS MEDICAS		
<b>CARRERA:</b>	MEDICINA		
<b>TITULO OBTENIDO:</b>	MÉDICO		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	2 de mayo de 2018	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	46
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Geriatría, Psiquiatría, Epidemiología, Medicina General		
<b>PALABRAS CLAVES:</b>	Demencia, Demencia Vascular, Alzheimer, Cuerpos de Lewy.		
<p><b>RESUMEN/ABSTRACT:</b> Objetivo: Determinar la eficacia del tratamiento de Demencia en pacientes que acuden al Instituto de Neurociencias e identificar la progresión evolutiva en cada ocasión que hayan acudido al servicio de consulta externa.</p> <p>Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo, en el Instituto de Neurociencias, en un periodo de 18 meses comprendidos entre el 1 de enero de 2016 y el 31 de junio de 2017. La muestra estuvo constituida por 128 pacientes adultos, utilizando la selección de los pacientes diagnosticados con Demencia en determinado tiempo.</p> <p>Resultados: Existe un mayor índice en mujeres de padecer demencia teniendo al Alzheimer como la más prevalente. La historia familiar y comorbilidades si son factores desencadenantes de importancia no solo en la instauración de la demencia como tal sino también influyentes en la progresión.</p> <p>Conclusión: El adecuado tratamiento no mejora la progresión de la enfermedad pero disminuye la velocidad de la misma en pacientes con instauración inmediata luego del diagnóstico de la demencia.</p>			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593-9-5898217 +593-9-6860628	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:aleleon_18@hotmail.com">aleleon_18@hotmail.com</a> <a href="mailto:belen.miranda92@gmail.com">belen.miranda92@gmail.com</a>	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre:</b> VASQUEZ CEDEÑO DIEGO ANTONIO, DR.		
	<b>Teléfono:</b> +593-9-82742221		
	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec">diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec</a>		



**Presidencia  
de la República  
del Ecuador**



**Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes**



**SENESCYT**  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

**SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA**

<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>	
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>	
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>	