

Medicent Electrón. 2015 jul.-sep.;19(3)

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
«DR. SERAFÍN RUIZ DE ZÁRATE RUIZ»
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

Síndrome demencial en adultos mayores

Dementia syndrome in elderly adults

MSc. Dr. Mario Enrique Sánchez Benítez¹, MSc. Dra. Tamara Guevara de León²

1. Especialista de Primer Grado en Gerontología y Geriátrica. *Master* en Longevidad Satisfactoria. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: mariosb@ucm.vcl.sld.cu
2. Especialista de Segundo Grado en Gerontología y Geriátrica. Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. *Master* en Longevidad Satisfactoria. Profesora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: tamaragl@ucm.vcl.sld.cu

RESUMEN

En las últimas dos décadas, Villa Clara ha experimentado un acelerado envejecimiento poblacional, con tendencia a acentuarse mucho más a medida que cursa el presente siglo; actualmente, el número de personas con 60 años o más sobrepasa el 22,1 % respecto a la población total, lo que la hace la provincia más envejecida de Cuba; la esperanza de vida en el territorio supera los 79 años para ambos sexos, y en el caso de las féminas se extiende a 81 años. Entre las enfermedades responsables de incapacidad mental en la ancianidad se destacan las demencias, agrupadas dentro del llamado «síndrome demencial», el cual aumenta su frecuencia con el incremento de los años, afecta principalmente la calidad más que el tiempo de vida, y es la causa más importante de la necesidad de cuidado en las personas mayores.

DeCS: demencia, anciano, salud del adulto.

ABSTRACT

Villa Clara has experienced an accelerated population aging in the last two decades, with a tendency of increasing much more in the present century; nowadays, the number of people with 60 years and over exceeds the 22,1 % with respect to the total population, that's why Villa Clara is considered one of the oldest provinces in Cuba; life expectancy in the territory exceeds 79 years for both sexes, and in the case of women it extends to 81 years. Dementias are among the responsible diseases of mental disability in older people. They are grouped into the so-called «dementia syndrome», which increases its frequency with the increment of years, affecting mainly quality of life more than life-span, and being the most important cause of the necessity of elderly care.

174

DeCS: dementia, aged, adult health.

Las demencias, en general, y la enfermedad de Alzheimer en particular, se han convertido en un problema creciente en el orden médico, de salud pública, social y económico, específicamente en los países con una alta expectativa de vida, como Cuba. Se calcula, a nivel mundial, más de 23 millones de personas con demencia, cifra que llegará a 42 millones en el 2025.¹ Cuba es un país que envejece y, por tanto, el número de enfermos aumenta proporcionalmente; en el año 2008 los adultos mayores representaban el 16,4 por ciento. En los próximos 15 años, los mayores de 80 años van a aumentar de una forma acelerada y llegarán a casi medio millón de personas, de las cuales el 40 por ciento va a padecer de enfermedad de Alzheimer.¹

El deterioro cognitivo, en general, y las demencias en particular, constituyen a escala mundial un problema de salud pública, pues afectan fundamentalmente entre 5-15 % de la población anciana. Se calcula que, en la actualidad, más de 24 millones de personas en el mundo padecen de demencia, cifra que previsiblemente se duplicará cada 20 años hasta superar los 80 millones en el 2040. La enfermedad de Alzheimer, para muchos la afección neurodegenerativa más frecuente, es responsable del 50-60 % de todos los casos de demencia, y afecta alrededor del 10 % de la población mayor de 60 años y hasta 50% en las mayores de 85. En 1981, se denominó «la enfermedad del siglo». Cuba, tiene un estimado de aproximadamente 100 000 personas con esta enfermedad o una demencia relacionada, cifra que se duplicará para el 2020.²

El concepto más amplio de demencia, de acuerdo con la Organización Mundial de Salud (OMS), plantea que esta es una merma global de las funciones cerebrales superiores adquiridas, que abarcan las funciones de la memoria, la capacidad de resolver problemas cotidianos, la ejecución de habilidades sensitivo-motoras y sociales, las funciones del lenguaje y la comunicación, así como la función de control de las reacciones emocionales, sin perturbación marcada de la conciencia. Este proceso casi siempre es progresivo.³

Esta enfermedad puede ser causada por múltiples causas que, a veces, más aún en el paciente anciano, se interrelacionan. Las más frecuentes las constituyen las demencias primarias o de causa degenerativa, de origen desconocido, donde se incluye la enfermedad de Alzheimer, y las formas vasculares derivadas de procesos isquémicos o hemorrágicos. Las demencias de causas secundaria son un conjunto de procesos que pueden producir deterioro cognitivo. En el paciente anciano, hay que destacar cualquier enfermedad del sistema nervioso central (infecciones, tumores, hematomas subdurales, hidrocefalia a presión normal), sistémicas o metabólicas (enfermedades tiroideas, déficit vitamínico de B12, entre otras.) y la polifarmacia. Se estima que el 5% de los pacientes de edad avanzada con demencia presentan algunas alteraciones metabólicas o medicamentosas, responsables o coadyuvantes.⁴ Además de la demencia, otro trastorno mental muy frecuente en la tercera edad es la depresión, que puede afectar hasta el 10 % de los adultos mayores que viven en la comunidad y puede comportarse como factor de riesgo de deterioro cognitivo, fragilidad y mayor índice de mortalidad. Por tanto, la detección precoz de la depresión y la identificación temprana y el diagnóstico diferencial entre el envejecimiento normal y los cambios asociados a los procesos demenciales es de gran importancia para el desarrollo de intervenciones preventivas y asistenciales, que pretendan prevenir o retrasar el deterioro y la discapacidad, lo cual será más probable en los primeros estadios de la enfermedad.⁵

La lista de factores de riesgo de demencia es extensa; entre estos se citan la edad avanzada, el sexo femenino, antecedentes familiares de demencia o de síndrome de Down, antecedentes de trauma craneal, enfermedad tiroidea, depresión y el bajo nivel de escolaridad. Se ha señalado como un importante factor de riesgo, la presencia del genotipo para la apolipoproteína E, y específicamente, el alelo APO E4, tanto en la forma familiar de comienzo tardío como en los casos esporádicos. En otros estudios, se ha encontrado que las personas con factores de riesgo cardiovasculares, en particular la tensión arterial alta (HTA) y la diabetes mellitus (DM), tienen un riesgo mayor de padecer la enfermedad de Alzheimer. En relación con los factores protectores, se citan el nivel educacional, la actividad intelectual y física mantenida, así como el consumo de una dieta balanceada, entre otros. Es importante mantener la actividad intelectual y recreativa, incluso después de la jubilación, pues entre los 20 y 30 años el cerebro deja de madurar, y con más años, cuando la enfermedad puede ser evidente, ya han muerto demasiadas neuronas, por lo que las posibilidades de éxito de cualquier tratamiento son mínimas.⁶

Se plantea que el período entre el inicio de la enfermedad de Alzheimer y su diagnóstico («fase preclínica») es aún desconocido, aunque se plantea ser superior a uno o dos años. Diversas investigaciones han revelado la asociación de algunas pruebas neuropsicológicas con el diagnóstico futuro de demencia. Se han descrito como posibles predictores: las alteraciones en el examen de la memoria episódica, la fluencia verbal, la capacidad de razonamiento abstracto y la capacidad nominativa. Además, se plantea que la atrofia hipocámpica es significativamente mayor en aquellos cuyo estado cognitivo declina a lo largo del tiempo, cuando se compararon con los que mantienen una condición cognitiva estable. En este sentido, el reconocimiento temprano de la enfermedad tiene el propósito de enlentecer su progresión y, de este modo, permitir al paciente y su familia planificar el futuro de cara a la incapacidad total y a la interdicción.⁷

La fase inicial de la enfermedad puede durar unos dos años, y en ella suelen aparecer fallos en la memoria reciente, desinterés, humor deprimido, cambios en la personalidad, episodios leves de desorientación y falta de adaptación a situaciones nuevas. Sin embargo, la fase intermedia puede desarrollarse durante tres a cinco años. El detrimento de la memoria es más evidente y afecta no solo a la memoria reciente, sino también a la remota. Emergen alteraciones del lenguaje, la escritura, la lectura, el cálculo, apraxias y agnosias. Muestra dificultad con el aseo, el vestir o la comida. Pueden aparecer síntomas psicóticos. Además, en esta fase el paciente tiene dificultad para mantener sus relaciones sociales y es incapaz de mantener una discusión sobre un problema.⁸

Mientras, en la fase terminal (demencia grave), el enfermo es incapaz de andar, se inmoviliza, se hace incontinente y no puede ejecutar ninguna actividad de la vida diaria. El lenguaje se hace ininteligible o presenta mutismo. A veces se produce disfagia y hay riesgos de neumonías, deshidratación, malnutrición y úlceras por presión. Los enfermos pueden permanecer en cama y suelen fallecer de una neumonía u otra infección.⁸

En un estudio realizado en el municipio Santa Clara durante el año 2010, se constató alta prevalencia del síndrome demencial (7,1 %) y se encontró, como causa principal, la enfermedad de Alzheimer (56,7 %) seguida de las demencias vasculares; se identificó, además, un grupo importante de pacientes con trastornos cognitivos (5,4 %) en riesgo de desarrollar una demencia; resultó significativo que la edad, los antecedentes familiares de demencia, el antecedente de depresión, traumatismo craneoencefálico, accidentes vasculares encefálicos, enfermedad de Parkinson y la baja escolaridad, constituyeron factores de riesgo asociados a la aparición de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mondéjar Barrios MD, Junco Martínez GJ, Hernández Martínez N. Intervención educativa a cuidadores de pacientes con demencia de Alzheimer del área norte de Morón. *Mediciego* [internet]. 2011 [citado 7 ene. 2013];17(Supl. 1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_supl1_%202011/articulos/t-8.html
2. Samper Noa JA, Llibre Rodríguez JJ, Sosa Pérez S, Solórzano Romero J. Del envejecimiento a la enfermedad de Alzheimer. *Rev Haban Cienc Méd* [internet]. 2011 jul.-sep. [citado 7 ene. 2013];10(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2011000300010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Guerra Hernández MA, Llibre Guerra JC, Perera Miniet E. Síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con demencia. *Rev Haban Cienc Méd* [internet]. 2009 ene.-mar. [citado 12 feb. 2014];8(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000100018&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Alonso Oviedo PA, Vila González W, Noa Romero RS, Brito Cruz A. Prevalencia y comportamiento de la demencia en ancianos de un consejo popular del municipio Jaruco. *Rev Cienc Méd Habana* [internet]. 2009 [citado 12 feb. 2014];15(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/432/html>

5. Sánchez Gil Y, López Medina AM, Calvo Rodríguez M, Noriega Fernández L, López Valdés J. Depresión y deterioro cognitivo. Estudio basado en la población mayor de 65 años. Rev Haban Cienc Méd [internet]. 2009 oct.-nov. [citado 12 feb. 2014];8(4):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Sotolongo Arró O, Rodríguez Blanco L. Prevalencia del síndrome demencial y la enfermedad de Alzheimer en pacientes del policlínico Pedro Fonseca. Rev Cubana Med Gen Integr [internet]. 2012 oct.-dic. [citado 12 feb. 2014];28(4):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000400012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Samper Noa JA, Llibre Rodríguez JJ, Sánchez Catasús C, Morales Jiménez EL, Díaz Moreno RM, Águila Ruiz A. Predictores de enfermedad de Alzheimer en pacientes con deterioro cognitivo leve. Rev Haban Cienc Méd [internet]. 2011 abr.-jun. [citado 12 feb. 2014];10(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2011000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Pérez Perdomo M. Orientaciones para una mejor atención de los ancianos con Alzheimer en la comunidad. Rev Haban Cienc Méd [internet]. 2008 oct.-dic. [citado 12 feb. 2014];7(4):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000400021&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Recibido: 9 de abril de 2015

Aprobado: 12 de mayo de 2015

MSC. Dr. Mario Enrique Sánchez Benítez. Especialista de Primer Grado en Gerontología y Geriátrica. *Master* en Longevidad Satisfactoria. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: mariosb@ucm.vcl.sld.cu