



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA



**PREVALENCIA DE DEMENCIA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES
ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL VICENTE CORAL
MOSCO. CUENCA – ECUADOR 2012.**

Tesis previa a la obtención del título de: Médico

AUTORES:

**Manuel Antonio Quizhpi Jiménez
Marcial Geovanny Tigre Guncay
Genaro Ricardo Vera López**

DIRECTOR Y ASESOR

Dr. Manuel Ismael Morocho Malla

CUENCA – ECUADOR

2013



RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de demencia en pacientes hospitalizados en el área clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el año 2012; además realizar una descripción de las características demográficas, comorbilidades y tratamientos que recibieron.

Materiales y métodos: Se realizó una investigación cuantitativa de tipo descriptivo, la información registrada en los registros clínicos de todos los pacientes que tuvieron como diagnóstico demencia y fueron atendidos en el área de clínica del hospital descrito durante el año 2012.

Resultados: Se encontró que la prevalencia de demencia en adultos mayores atendidos en el área de clínica del Hospital “Vicente Corral Moscoso” en el año 2012 fue de 24 casos por cada 1000 adultos mayores (2,4%). Fueron pacientes adultos mayores diagnosticados de demencia en su mayoría tipo Alzheimer con 42.84%, edad entre 85 a 90 años, predominio de sexo femenino 57.14%, presentaron múltiples comorbilidades orgánicas y no recibieron fármacos antidemenciales de entre ellos.

Conclusiones: Pacientes en el área de clínica fueron subevaluados tanto en la clínica como psicológicamente durante la atención. Los casos registrados en el historial clínico representaron una parte del total de casos que en verdad debieron ser atendidos y tratados en el Área de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso. Por lo tanto se debe mejorar las investigaciones en toda la esfera bio-psico-social del paciente.

Palabras clave: Demencia, Prevalencia, Adultos mayores.

DeCS: DEMENCIA/EPIDEMIOLOGIA, PREVALENCIA, REGISTROS MEDICOS/ESTADISTICA Y DATOS NUMERICOS, ANCIANO/ PSICOLOGIA, HOSPITAL REGIONAL VICENTE CORRAL MOSCOSO



ABSTRACT

Objective: Determine the prevalence of dementia in hospitalized patients in the Clinical area from the Vicente Corral Moscoso Hospital during 2012, and make a description of the demographic characteristics, comorbidities and treatment they received.

Methods: A quantitative descriptive research was made. The main information was collected in the medical records of all patients who were diagnosed with dementia and were treated at the clinical area in the Vicente Corral Moscoso Hospital described during 2012.

Results: We found 24 cases per 1000 older adults(2.4%) of the prevalence of dementia in older adults treated at the clinical area in the Vicente Corral Moscoso Hospital. in 2012. Elderly patients were diagnosed with dementia, most of them had Alzheimer type with 42.84%, in the age considered between 85 to 90 years old and 57.14% was female, had multiple comorbidities and didn't received organic antidemenciales including drugs.

Conclusions: Patients in the clinical area were undervalued both clinical and psychological care during. The cases found in the medical record of the total cases show a part of the cases that really should have been treated at the Vicente Corral Moscoso Hospital. Therefore future researches should be improved throughout the bio-psycho-social sphere of the patient.

DeCS: DEMENTIA/EPIDEMIOLOGY, PREVALENCE, MEDICAL RECORDS/ STATISTICS AND NUMERICAL DATA, ELDERLY/PSYCHOLOGY, VICENTE CORRAL MOSCOSO HOSPITAL



Contenido

CAPITULO I14

1.1. INTRODUCCIÓN..... 14

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 16

1.3. JUSTIFICACIÓN..... 19

CAPITULO II21

FUNDAMENTO TEÓRICO21

2.1. DEMENCIA 21

2.2. Investigación y Proyección 21

2.3. Enfermedad de Alzheimer 23

2.3.1. Diagnóstico..... 24

2.4. Factores de riesgo 25

2.5. Tratamiento..... 26

CAPITULO III28

OBJETIVOS28

3.1 OBJETIVO GENERAL..... 28

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 28

CAPITULO IV29

4. DISEÑO METODOLÓGICO29

4.1. Diseño general del estudio 29

 4.1.1. TIPO DE ESTUDIO..... 29

 4.1.2. ÁREA DE ESTUDIO 29

 4.1.3. UNIVERSO DE ESTUDIO 29

 4.1.4. SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA..... 29

 4.1.5. Unidad de análisis y observación 29

4.2. Criterios de inclusión y exclusión 29

 4.2.1. Criterios de inclusión:..... 29

 4.2.2. Criterios de exclusión:..... 30

4.3. Métodos e instrumentos para obtener información 30

 4.3.1. Métodos de procesamiento de la información..... 30

 4.3.2. Técnica..... 30



4.3.3. Procedimiento para la recolección de la información e instrumentos a utilizar 30

4.4. Procedimientos para garantizar aspectos éticos 31

4.5. VARIABLES DE ESTUDIO..... 31

CAPITULO V34

5. RESULTADOS34

5.1. Cumplimiento del estudio 34

5.2. Características de la población de estudio 34

5.3. Análisis de los resultados 34

CAPITULO VI53

DISCUSIÓN 53

CAPITULO VII58

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES58

7.1 CONCLUSIONES: 58

7.2 RECOMENDACIONES:..... 59

CAPITULO VIII61

BIBLIOGRAFÍA.....61

8.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 61

8.2 BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA 65

ANEXOS67

ANEXO 1..... 68

FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS 68

ANEXO 2..... 69

TABLAS Y GRÁFICOS COMPLEMENTARIOS..... 69

ANEXO 3..... 79



Universidad de Cuenca

Fundada en 1867

Yo **Manuel Antonio Quizhpi Jiménez**, autor de la tesis “**PREVALENCIA DE DEMENCIA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL VICENTE CORAL MOSCOSO. CUENCA – ECUADOR 2012.**”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 09 de julio de 2014

Manuel Antonio Quizhpi Jiménez

CI: 0104473772



Universidad de Cuenca

Fundada en 1867

Yo **Manuel Antonio Quizhpi Jiménez**, autor de la tesis “**PREVALENCIA DE DEMENCIA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL VICENTE CORAL MOSCOSO. CUENCA – ECUADOR 2012.**”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de: **Médico**. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 09 de julio de 2014

Manuel Antonio Quizhpi Jiménez

CI: 0104473772

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



Universidad de Cuenca

Fundada en 1867

Yo, **Marcial Geovanny Tigre Guncay**, autor de la tesis “**PREVALENCIA DE DEMENCIA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL VICENTE CORAL MOSCOSO. CUENCA – ECUADOR 2012.**”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 09 de julio de 2014

Marcial Geovanny Tigre Guncay

CI: 0105220586

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



Universidad de Cuenca

Fundada en 1867

Yo, **Marcial Geovanny Tigre Guncay**, autor de la tesis “**PREVALENCIA DE DEMENCIA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL VICENTE CORAL MOSCOSO. CUENCA – ECUADOR 2012.**”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de: **Médico**. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 09 de julio de 2014

Marcial Geovanny Tigre Guncay

CI: 0105220586

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



Universidad de Cuenca

Fundada en 1867

Yo, **Genaro Ricardo Vera López**, autor de la tesis “**PREVALENCIA DE DEMENCIA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL VICENTE CORAL MOSCOSO. CUENCA – ECUADOR 2012.**”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 09 de julio de 2014

Genaro Ricardo Vera López

CI: 0104978291

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



Universidad de Cuenca

Fundada en 1867

Yo, **Genaro Ricardo Vera López**, autor de la tesis “**PREVALENCIA DE DEMENCIA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL VICENTE CORAL MOSCOSO. CUENCA – ECUADOR 2012.**”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de: **Médico**. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 09 de julio de 2014

Genaro Ricardo Vera López
CI: 0104978291

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316
e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103
Cuenca - Ecuador



DEDICATORIA

A nuestros padres por darnos la oportunidad de poder reflejar en este trabajo, su esfuerzo y sacrificio.

A nuestros hermanos que son como nosotros mismo, gracias por ser parte de nuestro andar.

A nuestros profesores, por su generosidad científica y su interés en compartir la ciencia en bien de los demás.

Los autores



AGRADECIMIENTO

Al Doctor Ismael Morocho M. por habernos instruido y brindado las aclaraciones necesarias para la realización del presente trabajo. Y además por toda su paciencia y comprensión ante nuestras expectativas científicas.

Al personal de salud que labora en el Área de Clínica del Hospital “Vicente Corral Moscoso” por abrirnos sus puertas y brindarnos su colaboración.

Los autores



CAPITULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

Uno de los retos más complejos que han de resolver las sociedades contemporáneas es la adecuada gestión del inevitable envejecimiento de la población. La elevada esperanza de vida de que disfrutamos hace imprescindible detectar los problemas en salud a tiempo para encaminar políticas que contribuyan a un mejor manejo de estos problemas, circunscribiendo específicamente en este caso a la demencia. ⁽¹⁾

Actualmente cerca de 35,6 millones de personas en el mundo sufren demencia, un síndrome generalmente crónico causado por diversas enfermedades del cerebro que afectan la memoria, el raciocinio, el comportamiento y la capacidad para realizar las actividades cotidianas. La demencia senil es la cuarta causa principal de muerte en las personas de edad avanzada y su incidencia anual en los pacientes mayores de 80 años es del 4%. La demencia leve aparece en el 10% de pacientes mayores a 65 años, la grave en el 5% y el 20% en los mayores a 80 años. Aproximadamente el 50% de los pacientes que se encuentran en instituciones destinadas al cuidado de los enfermos crónicos sufren demencia senil y encontraron como factores de riesgo definitivos a la edad, herencia, mutaciones genéticas ⁽²⁾

Ecuador no es la excepción, en los últimos años ha empezado a experimentar modificaciones demográficas y epidemiológicas. Actualmente la esperanza de vida al nacer es de 74 años y para el quinquenio 2000-2005 se estimó un crecimiento del 16.5% en el grupo de mayores de 60 años.

La enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia (hasta 70% de los casos), que puede también ser provocado por enfermedades vasculares. Según el informe de la OMS, el primero sobre la demencia, actualmente hay cada cuatro segundos un nuevo caso de demencia en el mundo. En 2050 debería haber un nuevo caso cada segundo. ⁽³⁾

En nuestro medio la demencia es una enfermedad llena de mitos, estigmatizada, causante de discriminación hacia las personas de la tercera



edad en especial. El paciente demenciado por lo general es tachado de loco, viejo, por sus propios familiares y en el mejor de los casos termina sus días en los asilos de ancianos.

La demencia es de suma importancia en el campo de la Geriátrica, es necesario mejorar la calidad de vida de este grupo etario tan vulnerable, pues es el blanco de múltiples enfermedades crónicas, degenerativas y terminales. (4)

Se estudió un total de 887 adultos mayores atendidos en el área de clínica del hospital Vicente Corral Moscoso durante el periodo enero a diciembre del 2012, de los cuales se encontraron 21 casos de pacientes diagnosticados de demencia, durante el año citado. Los datos fueron recolectados por un formulario. Los resultados fueron procesados por los softwares Epi Info Windows y Microsoft Excel 2010.

La investigación cuenta con siete capítulos de los cuales el primero es una introducción con antecedentes sobre la demencia en adultos mayores, el capítulo II trata sobre las bases teóricas de la investigación, el capítulo III explica los objetivos generales y específicos planteados, en el capítulo IV se describe el diseño metodológico empleado en el estudio, el capítulo V muestra los resultados obtenidos luego del análisis de la información recolectada, el capítulo VI contiene la discusión de los resultados obtenidos comparados con la literatura internacional y nacional sobre el tema de investigación y en el capítulo VII damos a conocer las conclusiones y recomendaciones de nuestro estudio.

La información a obtenerse se pondrá a disposición de la Facultad de Ciencias Médicas, a quienes se les entregará una copia de los resultados de la investigación. Los beneficiarios directos de este trabajo serán los adultos mayores, al igual que su familiares, así como también los investigadores; de manera indirecta se beneficiará a los servicios de salud y a la comunidad en general quienes tendrán a su disposición información actualizada sobre la demencia en adultos mayores en nuestra geografía regional.



1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

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

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos INEC de acuerdo al Censo 2010 el Ecuador tiene aproximadamente 941.000 personas mayores de 65 años de edad que representa el 7% de la población total y se proyecta que para el año 2050 habrá más de 3.000.000 llegando al 18%.

En la provincia del Azuay existen 17.696 adultos mayores, entre la edades de 65 a 99 años; esta población representa el 7,8%, el 13,3 por ciento son jubilados. Una investigación realizada en el Hospital del IESS Cuenca 2010 reporta un 17.1% sufren Demencia. ⁽⁵⁾

En cuanto a la prevalencia real describe la literatura que es difícil hacer el cálculo ya que en los países desarrollados, particularmente en Japón, Europa y EUA, la prevalencia de la enfermedad ha sido ampliamente estudiada. En países de Sudamérica y otros en vías de desarrollo, los estudios son escasos y se espera que el grupo de tesis 10/66, auspiciado por Alzheimer's Disease International y liderado por Martin Prince, provea información valiosa en un futuro cercano.

La información que se maneja en el presente, tomando en consideración el estudio de Shangai, es que en el año 2000 la cantidad de casos de demencia en los países menos desarrollados fue aproximadamente de 8 500 000.

En Japón y Rusia la demencia más frecuente es la vascular y en países africanos como Nigeria se señala que la demencia no es frecuente entre sus pobladores.

En relación a la incidencia, diversos estudios como el canadiense de Salud y Envejecimiento y el metaanálisis de cuatro estudios del EURODEM, señalan



que hasta los 95 años se produce un incremento exponencial de casos nuevos como asociados al aumento de edad (6).

Se avista resultados asombrosos de última plana también, pues de la Unidad de Epidemiología Neuropsiquiátrica de la Universidad de Gotemburgo (Suecia), realizó un seguimiento a 800 mujeres suecas nacidas entre 1914 y 1930 durante un periodo de aproximadamente 40 años; encontrándose que factores comunes de estrés psicosocial comunes pueden tener consecuencias severas y prolongadas tanto de tipo fisiológico como de tipo psicológico, ponen sobre la mesa una estrecha relación entre el número de estresores que sufre una persona en la mitad de su vida y sus posibilidades de sufrir demencia décadas después. Se les preguntaba sobre cómo les afectaban 19 factores estresantes comunes, como haberse divorciado, haberse quedado viuda, tener algún familiar con enfermedades mentales, sufrir problemas en el trabajo o necesitar ayuda social del estado; demostrándose que un 25% de la muestra reconoció experimentar uno de esos factores estresantes en su vida, mientras que el porcentaje de quienes tenían más de cuatro molestias de cabeza importantes en sus vidas ascendía al 16%. El problema más frecuente citado por las mujeres fue tener un pariente cercano aquejado de un trastorno psiquiátrico, que concomitante nos cuestiona abordar integralmente estas afecciones (7).

Un estudio realizado en México 2008 en pacientes geriátricos la prevalencia de demencia fue de 3.5 % en los adultos de 60 años de edad o mayores; 1.2 % en el sexo masculino y 2.3 % en el femenino ($p < 0.015$); en la Unidad de Medicina Familiar 27 fue de 7 %; en la 29, de 0 %; en la 30, de 1.78 %; en la 32, de 5.2 %; las cuatro pertenecientes a Ciudad Guadalupe, Nuevo León, México. Se encontró deterioro cognitivo leve en 30.5 % de la población (8).

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



En España hay alrededor de 600.000 personas que sufren de demencia y cerca de 400.000 con enfermedad de Alzheimer, según este estudio que se realizó a través de encuestas de evaluación a personas de 70 años o mayores, en 13 poblaciones españolas. De las 12.232 personas entrevistadas, se detectaron 1.194 casos de demencia (707 de la enfermedad de Alzheimer y 238 con demencia vascular) (9).

La demencia tiene un gran impacto en los pacientes y en sus familias, por lo que mejorar su calidad de vida es fundamental, quedando demostrado en el VIII Simposio “Avances en la enfermedad de Alzheimer”. El estudio permitió ofrecer pautas que ayuden a crear un plan de intervención con el fin de mantener y mejorar la calidad de vida. En concreto, se destaca la importancia de la relación con la familia, promover las actividades de ocio, control y tratamiento de condiciones crónicas de salud, y el desarrollo de intervenciones para disminuir los síntomas depresivos y aumentar la capacidad funcional.

El estudio incluyó a 525 personas que viven en 14 hogares de ancianos a través de 10 provincias de España. Los criterios de inclusión fueron: edad de 60 o más años, con un diagnóstico de demencia según los criterios del DSM-IV-TR.

Se demostró que las personas que participaban en las actividades de ocio de las residencias, con ocio activo y sobre todo social, tenían una mejor calidad de vida. En el contexto del modelo de envejecimiento activo, las actividades de ocio se volvieron muy importantes para la calidad de vida de los adultos mayores. En el estudio de 759 adultos institucionalizados (234 con función cognitiva normal y 525 con demencia), el 26,9% realizó el ocio activo, el 35% eran moderadamente activos y el 38,2 eran inactivos. En comparación los activos, los grupos moderadamente activos o inactivos tenían un estatus inferior cognitivo, menor percepción subjetiva de la salud, más dificultades para realizar las actividades diarias y menos eventos de reunión con familiares y amigos (10).

Se realizó un estudio observacional basado en revisión de historias clínicas informatizadas de un área básica de salud Montclar, española incluyendo todas aquellas que presentaban un diagnóstico de demencia de cualquier tipo



codificado según CIE 10 en junio 2009. De los 227 pacientes incluidos, 168 eran mujeres (74%) y 59 hombres (26%) (11). Enlazando con nuestra región sudamericana se tuvo la oportunidad de estudiar cómo la influencia social y cultural afecta la capacidad de los latinos que están a cargo de personas, de manejar el estrés, debido a que este factor dañino prolongado activa la hormona cortisol que cuando se produce en exceso puede ocasionar enfermedades cardíacas, diabetes y embolias; demostrando que quienes están a cargo de individuos usan más estrategias para manejar el estrés que sus homólogos caucásicos; sin embargo los latinos tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardíacas, diabetes y embolia. El equipo de investigación de Shurgot analizará si algunos factores como la asimilación cultural, asuntos relacionados con la lealtad familiar y estilos de manejo del estrés afectan los niveles de cortisol en los latinos que están a cargo de personas con demencia para desarrollar programas futuros que traten las necesidades de salud y mejoren la calidad de vida de los latinos que están a cargo de familiares con demencia(12).

Debido a los escasos estudios previos en la materia de la Demencia, nosotros realizamos éste en el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso (HVCM), que es un hospital de tercer nivel que brinda atención a la Región Sur del Ecuador; por tanto brinda gran acogida a pacientes cuyas características están en relación entre las afecciones orgánicas y la demencia.

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

1.3. JUSTIFICACIÓN

De acuerdo a la gran prevalencia de demencias a nivel mundial y según las investigaciones recientes, se dice que en la actualidad vemos un aumento en



cuanto a la prevalencia respecto a la edad avanzada; por tal motivo fue importante conocer un aumento de casos en nuestra región.

Puesto que el Hospital Vicente Corral Moscoso presenta a menudo una gran acogida de pacientes seniles, cuyos diagnósticos psiquiátricos no son estudiados a profundidad, fue el ambiente propicio para realizar una investigación con el fin de determinar la situación actual del austro ecuatorial referente a la Demencia.

Hicimos frente a los mitos, estigmas que rodean a la demencia y demás enfermedades psiquiátricas; no solo por la población en general, sino además por los mismos profesionales de salud que olvidan que un estado completo de salud comprende mas mucho más que el campo físico y biologista, sino también el psicológico, social, ambiental, etc. Este es el motivo por el cual no se diagnostica, y por ende no se cuenta con estadísticas actuales y confiables.

El Hospital Vicente Corral Moscoso se ha destacado por ser el más importante para diagnóstico y tratamiento médico en el Austro Ecuatoriano, sin embargo este título se queda corto en lo que se refiere a la enfermedades mentales, las cuales son en la mayoría de los casos no diagnosticadas y menospreciadas, en especial cuando el motivo de consulta inmediato no es la enfermedad mental. Hace falta un cambio de mentalidad en lo referente a este punto para así mejorar holísticamente la salud de nuestros pacientes.

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

Se constató que hay déficits de estudio profundos sobre el tema por eso fue imprescindible iniciar con estudios descriptivos, para a futuro plantear hipótesis y estudios analíticos en nuestro campo de trabajo que es el Hospital Vicente Corral Moscoso.

CAPITULO II

FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. DEMENCIA

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

Esta entidad de trastorno cognoscitivo se ha visto implicado en múltiples variantes para definirla, cuyas nociones más importantes han sido aquellas que la precisan como un síndrome adquirido-crónico, diferenciándola de afecciones como el retardo mental además del síndrome confusional; de carácter irreversible causadas por lesiones estructurales en el cerebro que deterioran las capacidades intelectuales, acompañándose frecuentemente de trastornos del comportamiento, en ocasiones de trastornos del movimiento y que por último interfieren en los pacientes con sus habilidades sociales impidiéndoles llevar una vida independiente. (13)(14)

El término demencia proviene del latín "demensdementatus" que quiere decir sin mente, en tanto que por ningún motivo la llamada demencia senil se puede catalogar como algo normal del adulto mayor, puesto que es un trastorno del envejecimiento que lleva a un deterioro cerebral acelerado y por lo tanto anormal e inclusive se podría pensar como un retardo mental adquirido. (15)(16)

2.2. Investigación y Proyección

Los casos de demencia, causados en su gran mayoría por la enfermedad de Alzheimer, hasta el 70% de los casos se duplicarán de aquí a 2030 y se habrán triplicado de aquí a 2050 hasta afectar a 115,4 millones de personas en el mundo, según un informe de la Organización Mundial de la Salud.(17)

En nuestro territorio ecuatoriano ubicado en el suroeste de América, cuya superficie territorial es de 256.370 kilómetros cuadrados, su población estimada



alcanza a 14'483.499 habitantes, correspondiendo el 50,4% de habitantes mujeres y los 49,6 hombres, la demencia y la Enfermedad de Alzheimer no han sido estudiadas cabalmente. Existe un estudio realizado en el Hospital del IESS en personas adultos mayores que asisten al programa de asistencia para la tercera edad Cuenca 2010 donde el 17% sufren de demencia. ⁽¹⁸⁾

A pesar de todo para las acciones, en el campo de la salud mental se dispone únicamente del 1.2% del presupuesto del Ministerio de Salud Pública, pese a ello en la mayoría de los hospitales provinciales se cuenta con el concurso de médicos psiquiatras y psicólogos, así como en los centros de salud de cinco provincias. El mayor porcentaje de acciones se cumple en los servicios ambulatorios. El hospital psiquiátrico de mayor capacidad es una dependencia de un organismo privado sin fines de lucro. Sin embargo el 13 de octubre el Ministerio de Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud, celebran el Día Mundial de la Salud Mental.

En los establecimientos de salud mental de carácter público sin considerar los de tipo privado trabaja un total de 1045 personas, de tal suerte que para cada 100.000 habitantes existen 8 servidores del sector de salud mental. Se encuentran registrados un total de 24.523 médicos, de los cuales 337 son psiquiatras, lo que significa que apenas el 1.4% de todos los médicos son psiquiatras. Existen 12 camas en los hospitales psiquiátricos por cada 100.000 habitantes. En los hospitales generales no existe una asignación fija y permanente de camas para psiquiatría, con excepción de los Hospitales de la Seguridad Social. Se dispone también de camas para pacientes mentales en algunos centros carcelarios del país. ⁽¹⁹⁾

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

La pérdida de la memoria es un síntoma común de demencia. Sin embargo, la pérdida de la memoria no es igual a que haya esta patología. Las personas con

demencia tienen problemas serios con dos o más funciones cerebrales, tales como la memoria y el lenguaje. (20)

2.3. Enfermedad de Alzheimer

Descrita desde 1907 por Alois Alzheimer, es la patología neurodegenerativa primaria más frecuente y la principal causa global notoriamente en aumento, dándose sin excepción aún entre los célebres escritores más famosos de los últimos tiempos en nuestro medio como el caso de Gabriel García Márquez. Es una enfermedad frecuentemente senil, aunque cabe destacar que no hay raras excepciones que ocurran antes de los 40 años. Su prevalencia general en mayores de 65 años que viven en comunidad oscila entre 6 y 10%, la misma que va de 1 % a los 60 años y aumenta en forma exponencial cada cinco años hasta alcanzar 35 a 40% en mayores de 85 años. Existe asociación con el síndrome de Down porque se ha visto que estos pacientes en la tercera década de la vida presentan anormalidades histopatológicas tempranas similares a la enfermedad de Alzheimer.

En la actualidad se conocen tres genes diferentes, cuyas mutaciones explican algunos de los casos de la enfermedad de Alzheimer familiar y tienen un patrón de herencia autosómico dominante. La mutación más frecuente que explica 6% de los casos se localiza a nivel del gen que codifica a la presenilina 1 en el cromosoma 14; sin embargo el componente hereditario corresponde al 10%, siendo el porcentaje restante a los casos esporádicos. La causa más frecuente de la demencia es la enfermedad de Alzheimer, cuya prevalencia se sitúa entre 50 % y 60%. La enfermedad vascular le sigue: 8-15 %. Sucesivamente vienen: el alcoholismo 6-18 %, las neoplasias 5 %, la hidrocefalia normotensiva 4-5 %, la enfermedad de Huntington 2-5 %, los trastornos metabólicos 2-4 %. (21)

Los pacientes diagnosticados con la enfermedad tienen lagunas mentales constantes, lo que deriva en discapacidad intelectual. De ahí la importancia de que las instituciones que trabajan en nuestro ámbito como la Organización Mundial de la Salud y la Federación Internacional de Alzheimer conmemoran cada 21 de septiembre el Día Mundial del Alzheimer con el propósito de dar a

conocer la enfermedad, difundir información solicitando el apoyo de la población en general, de instituciones y de organismos oficiales.

2.3.1. Diagnóstico

Criterios de acuerdo al CIE-10 y DSM-IV-TR para el diagnóstico de demencia.

(15)

CIE-10	DSM-IV-TR
Deterioro de la memoria <ul style="list-style-type: none">• Alteración de la capacidad de registrar, almacenar y evocar información• Pérdida de contenidos mnemónicos relativos a la familia o al pasado	Deterioro de la memoria (deterioro en la capacidad de aprender nueva información o recordar información previamente aprendida)
Deterioro del pensamiento y del razonamiento: <ul style="list-style-type: none">• Reducción del flujo de ideas• Deterioro en el proceso de almacenar información:<ul style="list-style-type: none">– Dificultad para prestar atención a más de un estímulo a la vez– Dificultad para cambiar el foco de atención	Una o más de las alteraciones siguientes: <ul style="list-style-type: none">• Afasia• Apraxia• Agnosia• Alteración de la función ejecutiva (capacidad de abstracción, planificación, secuenciación, monitorización y control de comportamientos complejos)
Interferencia en la actividad cotidiana	Las alteraciones previas tienen una gravedad suficiente como para provocar un deterioro significativo de la actividad social o laboral. Estas alteraciones representan un déficit respecto a un nivel previo
Conciencia clara. Posibilidad de superposición de delirio	Las alteraciones no aparecen exclusivamente durante un síndrome confusional agudo
Síntomas presentes durante 6 meses como mínimo	Evidencia clínica o mediante pruebas complementarias de que las alteraciones son debidas a causa orgánica o al efecto de una sustancia tóxica

Curso y estadios clínicos de la enfermedad

Debido a que esta entidad es invariablemente progresiva, los pacientes viven 10-12 años a partir del diagnóstico oportuno, pero puede haber grandes variaciones. La causa de mortalidad más frecuente son las infecciones debidas a neumopatías aspirativas o de ITU. Se puede dividir en 3 etapas clínicas:

Etapa 1. En su duración de 1- 3 años aparece pérdida de la memoria; se observa falla en la adquisición de nuevos conocimientos. Electroencefalograma, scanner cerebral y Resonancia Nuclear Magnética de cerebro no muestran alteraciones. PET y SPECT muestran hipometabolismo-hipoperfusión bilateral posterior.

Etapa 2. En su duración de 2- 10 años tanto la memoria reciente como la remota están severamente alteradas. En el sistema motor aparece



inestabilidad. En el EEG hay un enlentecimiento basal. Scanner cerebral, RNM son normales o aparece atrofia cerebral. PET/SPECT: hay hipoperfusión-hipometabolismo bilateral posterior. En esta etapa el enfermo requiere supervisión.

Etapa 3. Siendo el desenlace final las funciones intelectuales están severamente deterioradas y existe marcada pérdida de peso. El EEG muestra enlentecimiento difuso. Scanner, RNM: atrofia cerebral PET/ SPECT-hipometabolismo-hipoperfusión bilateral posterior y anterior.

2.4. Factores de riesgo

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

Entre los factores favorables están el normopeso entendido como un índice de masa corporal normal: 18.5-25, actividad física, relaciones sociales; el consumo de vino moderado sólo tiene efectos protectores en los individuos genéticamente no portadores del alelo E4, consumo de cafeína que se ha constatado que su consumo alto está asociado a una disminución del riesgo, especialmente en las mujeres. Y el tabaquismo que todavía no muestra una asociación clara con el incremento del riesgo de demencia. (22)

La demencia acrecienta con la edad, según detalla la OMS los individuos de 60 a 74 años son considerados de edad avanzada, mientras que de 75 a 90 años viejos o ancianos y los que sobrepasan los 90 años se denominan grandes, viejos o longevos (23), pudiendo llegar a tener una posibilidad aumentada en 25 veces en pacientes de 90 años o más y comparados con pacientes de 65 a 69 años.(22) También existe mayor prevalencia en el sexo femenino, 1,6 veces más riesgo, sin determinarse la causa; sin embargo puede estar relacionado

con hormonas propias de este género.⁽²⁴⁾ ⁽²⁵⁾ El estado civil no se considera un factor de riesgo determinante, pero al estar relacionado el estado civil con depresión se lo puede considerarlo como factor. En un estudio realizado en Cataluña, España se encontró mayor prevalencia en casados superando a los solteros y viudos.⁽²⁶⁾ El bajo nivel de escolaridad que determina escasa actividad cerebral se relaciona con la aparición de la enfermedad, al parecer por una mayor predisposición de esclerosis cortical y degeneración amiloide, hechos que necesitan aún de mayor tiempo para esclarecerse. ⁽²⁷⁾⁽²⁸⁾

Las enfermedades orgánicas también son incluidas en este estudio como factores de riesgo; la hipertensión arterial parece predecir la progresión a la demencia en adultos mayores con una forma específica de la deficiencia cognitiva en las funciones ejecutivas, pero no en aquellos con disfunción de la memoria.⁽²⁹⁾ La diabetes es un factor de riesgo tanto para la Enfermedad de Alzheimer como para la demencia vascular.⁽³⁰⁾

Los medicamentos a veces pueden causar reacciones o tener efectos secundarios que imitan la demencia que son parecidos a la demencia puede ocurrir como una reacción a un solo medicamento o como resultado de interacciones entre diferentes medicamentos. Pueden presentarse súbitamente o desarrollarse lentamente a través del tiempo, detectándose en la mayoría de los exámenes neuropsicológicos.⁽³¹⁾⁽³²⁾

2.5. Tratamiento

Si bien no existen tratamientos para revertir o detener el progreso de la enfermedad, en la mayoría de los casos de demencia los pacientes pueden beneficiarse hasta cierto punto de tratamientos con medicamentos disponibles y de otras medidas tales como la capacitación cognitiva.⁽³³⁾ Lo ideal es que los pacientes sean tratados por un equipo multidisciplinario que englobe las técnicas no farmacológicas enlazando muestras de afecto familiar-social con el tratamiento farmacológico dirigido en 2 grandes áreas:



Manejo del déficit cognitivo, puesto que el déficit de Acetilcolina es el principal responsable de los síntomas, por lo tanto se focalizará en estrategias para aumentar la neurotransmisión colinérgica. Pero también se debe manejar las alteraciones conductuales como depresión, sabiéndose que dentro de este grupo de seres humanos padecen un síndrome depresivo mayor entre el 5-8% y hasta el 25% de ellos ya tienen síntomas depresivos al comienzo del deterioro cognitivo. Por otra parte no hay que descuidar el insomnio, de ilusiones y psicosis ya puede estar dentro de la demencia. ⁽³⁴⁾⁽³⁵⁾⁽³⁶⁾



CAPITULO III

OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de demencia en adultos mayores que fueron atendidos en el área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el periodo enero a diciembre del año 2012.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Determinar la frecuencia de demencia en los adultos mayores que fueron atendidos en el área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el periodo enero a diciembre del año 2012.

3.2.2 Caracterizar a los pacientes con demencia en base a: sexo, edad, estado civil, trabajo y religión.

3.2.3 Identificar las enfermedades orgánicas que hayan padecido como comorbilidad los pacientes con demencia.

3.2.4 Identificar los fármacos que hayan recibido los internados con demencia.

CAPITULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Diseño general del estudio

4.1.1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal.

4.1.2. ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se llevó a cabo en el Hospital Regional Vicente Corral Moscoso (HVCM), en el Departamento de Estadística. El hospital donde se realizó el estudio está clasificado como un Hospital General de segundo nivel por el Ministerio de Salud Pública, y brinda atención a la Región Sur del Ecuador.

El hospital está ubicado en la dirección: Av. 12 de Abril y Av. del Paraíso.

4.1.3. UNIVERSO DE ESTUDIO

El universo fue constituido por un total de 877 adultos mayores atendidos durante el periodo Enero a Diciembre del año 2012, en el área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso.

4.1.4. SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra lo conformaron todas las historias clínicas de los pacientes a partir de los 60 años de edad ingresados en el HVCM en el Área de Clínica en el año 2012. Fueron 877 adultos mayores atendidos pero solo 21 fueron diagnosticados de Demencia.

4.1.5. Unidad de análisis y observación

Adultos mayores atendidos en el área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso que cumplen con los criterios de inclusión

4.2. Criterios de inclusión y exclusión

4.2.1. Criterios de inclusión:

Historias clínicas completas de pacientes adultos mayores a partir de los 60 años de edad, de cualquier raza, sexo, o condición social, que hayan ingresado durante el 2012 al área de clínica del HVCM.



4.2.2. Criterios de exclusión:

Historias clínicas incompletas, no legibles. Pacientes menores de 60 años diagnosticados de demencia.

4.3. Métodos e instrumentos para obtener información

La información se obtuvo a través de un formulario de recolección de datos (Anexo 1)

4.3.1. Métodos de procesamiento de la información

La información se procesó a través del programa estadístico EpiInfo Windows y Microsoft Excel 2010.

La presentación de la información se realizó en forma de distribuciones de acuerdo a frecuencia y porcentaje de las variables estudiadas, los resultados son presentados en tablas.

4.3.2. Técnica

Se realizó observación indirecta por la recolección de datos ya registrados en las historias clínicas por medio de un formulario de recolección de datos. El cual constó de variables demográficas y las variables de diagnósticos y tratamientos farmacológicos recibidos durante la estancia hospitalaria.

4.3.3. Procedimiento para la recolección de la información e instrumentos a utilizar

Se solicitó la autorización pertinente para la recolección de la información de las historias clínicas localizadas en el departamento de estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso mediante un oficio dirigido al gerente de esta institución médica (Anexo 3), el cual fue aprobado.

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

4.3.3.1. Tablas.

Se utilizó tablas simples y de doble entrada.

4.3.3.2. Medidas estadísticas.

Se utilizó tasa, porcentajes, media aritmética.

4.4. Procedimientos para garantizar aspectos éticos

Este estudio se realizó previa aprobación por parte del Comité de Asesoría de Tesis de la Facultad de Ciencias Médicas, del Director de la investigación Dr. Ismael Morocho y con la autorización del Director del Hospital Vicente Corral Moscoso y del Jefe del área de Clínica.

Los datos que fueron recolectados durante el proceso fueron manejados únicamente por los investigadores y se guardó la debida confidencialidad de los mismos.

Los resultados están puestos a consideración de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca y posteriormente a las autoridades del Hospital; y se facilitó la información para verificar su veracidad.

4.5. VARIABLES DE ESTUDIO

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variables	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
SEXO	Conjunto de caracteres que diferencian a los seres humanos en las diferentes especies, son: biológicos y ambientales marcados por la morfología genital externa y de educación.	Diferencia fenotípica que diferencia a la especie	Información obtenida de la Historia Clínica	Mujer Hombre
EDAD	Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Número de años cumplidos	Información obtenida de la Historia Clínica	Según OMS 60 – 79 80 – 99 90 – más

(Continuación) OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
ESTADO CIVIL	Condición de un individuo en lo que toca a sus relaciones con la sociedad	Relación personal hacia la sociedad	Información obtenida de la Historia Clínica	Soltero Casado Unión libre Viudo Divorciado
TRABAJO ACTUAL	Esfuerzo personal para la producción y comercialización de bienes y/o servicios con un fin económico, que origina un pago en dinero o cualquier otra forma de retribución	Actividad laboral relacionado al trabajo	Información obtenida de la Historia Clínica	Si No
RELIGIÓN	La religión es un sistema de la actividad humana compuesto por creencias y prácticas acerca de lo considerado como divino o sagrado, de tipo existencial, moral y espiritual.	Creencia individual de cada persona	Información obtenida de la Historia Clínica	Católica Evangélica Otra Ninguna
FÁRMACO	Toda sustancia que al interactuar con el organismo vivo da una respuesta, orientada a fines médicos.	Tipos de drogas	Información obtenida de los tratamientos de la Historia Clínica	Antidemenciales Antipsicóticos Analgésicos Corticoides Antibióticos Antiparasitarios Ansiolíticos Anticolinérgicos Anticonvulsivos Antidepresivos Antineoplásicos Broncodilatadores Quimioterápicos Otros

(Continuación) OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	Número de días que transcurren desde que el paciente es ingresado al piso de clínica hasta que es dado de alta.	Tiempo en días	Información obtenida de la Historia Clínica	1-5 6-10 11-15 16-20
DEMENCIA	Deterioro crónico de la función cognitiva lo suficientemente grave para interferir con la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria.	Presencia de enfermedad	Información obtenida de los diagnósticos de la Historia Clínica	Nominal
TIPO DE DEMENCIA	Tipo específico de Demencia según las principales etiologías aceptadas por el DMSIV	Tipo de patología	Información obtenida de los diagnósticos de la Historia Clínica	Demencia tipo Alzheimer Demencia vascular Demencia por enfermedades médicas Demencia inducida por sustancias Demencia de etiología múltiple Demencia no especificada

CAPITULO V

5. RESULTADOS

5.1. Cumplimiento del estudio

El estudio se realizó en el departamento de estadística del Hospital Vicente Corral Moscoso con las historias clínicas de los pacientes adultos mayores atendidos en el área de clínica y la información necesaria registrada en el formulario de recolección de datos (Anexo 1).

5.2. Características de la población de estudio

Se trabajò con la totalidad de adultos mayores atendidos en el área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso que fueron 877 personas, del área urbana y rural, de nivel socio-económico bajo, medio y alto. De los cuales estaban registrados con diagnóstico de demencia 21 casos.

5.3. Análisis de los resultados

Tabla #1

Características de los pacientes estudiados: Estadística - Clínica - HVCM

DISTRIBUCIÓN SEGÚN CARACTERÍSTICAS VARIABLES		ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA	
		FRECUENCIA	%
Número de Historias clínicas revisadas	877	877	100
Adultos Mayores con demencia	21	21	2.4%
Edad Agrupada por Etapas Adultos Mayores según OMS	Edad avanzada (60-74)	5	23.81%
	Ancianos (75-89)	11	52,38%
	Viejos o longevos (90- o más)	5	23,81%
TOTAL		21	100%
Estado Civil	Casado (a)	9	42.86%
	Soltero (a)	6	28,57%
	Divorciado (a)	1	4.76%
	Unión libre	0	0
	Viudo (a)	5	23,81%
TOTAL		21	100%
Sexo	Masculino	9	42.86%
	Femenino	12	57.14%
TOTAL		21	100%
Religión	Católico (a)	17	80,95%
	Evangélico (a)	4	19.05%
	Otro	0	0
	Ninguno	0	0
TOTAL		21	100%
Trabajo	Si	12	57,14%
	No	9	42,86%



TOTAL	21	100%
--------------	-----------	-------------

Tabla #1 (Continuación)

Características de los pacientes estudiados: Estadística - Clínica - HVCM

Días de hospitalización	1-5	5	23.81%
	6-10	11	52,38%
	11-15	4	19.05%
	16-20	1	4.76%
TOTAL		21	100%
Tipo de Demencia	Demencia Alzheimer	9	42.86%
	Demencia Multifactorial	5	23,81%
	Demencia no especificada	7	33.33%
	TOTAL		21
Tratamiento que recibían	Fármacos	# de pacientes	
	Risperidona	13	
	Ceftriaxona	10	
	Ranitidina	10	
	Omeprazol	8	
	Paracetamol	7	
	Tramadol	7	
	Ciprofloxacina	6	
	Haloperidol	6	
	Losartan	6	
	Metoclopramida	5	
	Atorvastatina	4	
	Clindamicina	3	
	Diazepam	3	
	Furosemida	3	
	Gentamicina	3	
	Sales de Hierro	3	
	Carbamacepina	2	
	Enalapril	2	
	Amiodarona	1	
	Atenolol	1	
TOTAL		21	



Pacientes ingresados y hospitalizados	Enfermedades Orgánicas	Total	%
	Hipertensión arterial	7	33.33%
	Neumonía	5	23.80%
	EPOC	5	23.80%
	ACV	3	14.28%
	Diabetes mellitus	1	4.76%
Total		21	100%

Tabla #1 (Continuación)

Características de los pacientes estudiados: Estadística - Clínica - HVCM



**TASA DE PREVALENCIA DE DEMENCIA, EN ADULTOS MAYORES,
ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL
MOSCOSO" DURANTE EL AÑO 2012.**

Adultos mayores con demencia = 21

----- x 1000

Total de adultos mayores = 877

Lugar: **Área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso** Fecha: **Año
2012**

PREVALENCIA: **23.95** pacientes con demencia por cada 1000 adultos mayores

Interpretación: Del total 877 pacientes adultos mayores atendidos en el área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso durante el transcurso del año 2012; 21 adultos mayores fueron diagnosticados de demencia. Encontrándose una tasa de prevalencia de demencia de 24 pacientes por cada 1000 adultos mayores. Correspondiendo a un porcentaje del 2,4 por 100.

Los pocos datos encontrados de nuestro medio sobre prevalencia de demencia en los adultos mayores nos indica que la tasa encontrada en nuestro medio es muy baja; lo cual concuerda con la opinión profesional de los médicos psiquiatras locales, de que la demencia en nuestro medio representa una patología muy infra diagnosticada, ya que nunca es una causa de consulta, sino un antecedente ó diagnostico secundario, luego de una enfermedad orgánica que es por lo cual consulta o en este caso se interna el paciente.

TABLA N° 2

**DISTRIBUCIÓN DE 21 PACIENTES ADULTOS MAYORES,
DIAGNOSTICADOS DE DEMENCIA, ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA
DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO" SEGÚN SEXO. CUENCA –
ECUADOR 2012.**

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Femenino	12	57,14%
Masculino	9	42,86%
TOTAL	21	100,00%

FUENTE: Formulario de recolección de datos

ELABORACIÓN: Quizphi M, Tigre M, Vera R.

Interpretación: Los pacientes adultos mayores diagnosticados de demencia atendidos en el área clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso se observó que el sexo femenino presentó un predominio sobre el sexo masculino con 12 y 57.14%

TABLA N° 3

**DISTRIBUCIÓN DE 21 PACIENTES ADULTOS MAYORES,
DIAGNOSTICADOS DE DEMENCIA, ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA
DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO" SEGÚN EDAD. CUENCA –
ECUADOR 2012.**

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
65-69	1	4,76%
70-74	4	19,05%
75-79	1	4,76%
80-84	4	19,05%
85-89	6	28,57%
90-94	3	14,29%
95-99	2	9,52%
TOTAL	21	100,00%

FUENTE: Formulario de recolección de datos

ELABORACIÓN: Quizphi M, Tigre M, Vera R.

Interpretación: Se observó de acuerdo a los intervalos de edad de 5 años que existe una demanda de pacientes diagnosticados de demencia entre 85 – 89 con 6 y 28.57% en relación a otros

TABLA N° 4

**DISTRIBUCIÓN DE 21 PACIENTES ADULTOS MAYORES,
DIAGNOSTICADOS DE DEMENCIA, ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA
DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO" SEGÚN ESTADO CIVIL.
CUENCA – ECUADOR 2012.**

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Casado(a)	9	42,86%
Divorciado(a)	1	4,76%
Soltero(a)	6	28,57%
Viudo(a)	5	23,81%
TOTAL	21	100,00%

FUENTE: Formulario de recolección de datos

ELABORACIÓN: Quizphi M, Tigre M, Vera R.

Interpretación: La mayoría de pacientes adultos mayores diagnosticados de demencia son casados(as), representando el 42,86% del total de pacientes demenciados. Siguen en orden de frecuencia los pacientes solteros(as), viudos(as) y divorciados(as).

TABLA N° 5

DISTRIBUCIÓN DE 21 PACIENTES ADULTOS MAYORES, DIAGNOSTICADOS DE DEMENCIA, ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO" SEGÚN RELIGIÓN. CUENCA – ECUADOR 2012.

RELIGIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Católica	17	80,95%
Evangélica	4	19,05%
TOTAL	21	100,00%

FUENTE: Formulario de recolección de datos

ELABORACIÓN: Quizphi M, Tigre M, Vera R.

Interpretación: La religión predominante entre los pacientes adultos mayores diagnosticados de demencia es la religión católica con 17 y 80.95%.

TABLA N° 6

DISTRIBUCIÓN DE 21 PACIENTES ADULTOS MAYORES, DIAGNOSTICADOS DE DEMENCIA, ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO" SEGÚN TIPO DE DEMENCIA. CUENCA – ECUADOR 2012.

TIPO DE DEMENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Demencia tipo Alzheimer	9	42,86%
Demencia de etiología múltiple	5	23,81%
Demencia no especificada	7	33,33%
TOTAL	21	100,00%

FUENTE: Formulario de recolección de datos

ELABORACIÓN: Quizphi M, Tigre M, Vera R.

Interpretación: El principal tipo de demencia identificada dentro de los pacientes estudiados es la Demencia tipo Alzheimer, en un porcentaje de 42,86.

TABLA N° 7

DISTRIBUCIÓN DE 21 PACIENTES ADULTOS MAYORES, DIAGNOSTICADOS DE DEMENCIA, ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO" SEGÚN TRABAJO. CUENCA – ECUADOR 2012.

TRABAJO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
NO	9	42,86%
SI	12	57,14%
TOTAL	21	100,00%

FUENTE: Formulario de recolección de datos

ELABORACIÓN: Quizphi M, Tigre M, Vera R.

Interpretación: Se observó que el 57.14% personas que tienen todavía a pesar de su enfermedad continuaban con actividad laboral.

Los trabajos encontrados fueron:

* *Quehaceres domésticos*

* *Jornalero*

TABLA N° 8

DISTRIBUCIÓN DE 21 PACIENTES ADULTOS MAYORES, DIAGNOSTICADOS DE DEMENCIA, ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO" SEGÚN DIAS DE HOSPITALIZACIÓN. CUENCA – ECUADOR 2012.

DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
1-5	5	23,81%
6-10	11	52,38%
11-15	4	19,05%
16-20	1	4,76%
TOTAL	21	100,00%

FUENTE: Formulario de recolección de datos

ELABORACIÓN: Quizphi M, Tigre M, Vera R.

Interpretación: Pacientes diagnosticados de demencia tuvieron una estancia hospitalaria de 6 a 10 días en relación a otros, que representó el 52.38%.

TABLA Nº9

INCIDENCIA DE ENFERMEDADES ORGÁNICAS QUE PADECIERON 21 PACIENTES ADULTOS MAYORES, DIAGNOSTICADOS DE DEMENCIA, ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”. CUENCA – ECUADOR 2012.

TIPO DE ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Cardiovasculares	11	17,74
Respiratorias	5	8,06
Digestivas	5	8,06
Neurológicas	3	4,84
Endocrinológicas	4	6,45
Metabólicas	8	12,90
Infecciosas	13	20,97
Oncológicas	5	8,06
Psiquiátricas	6	9,68
Otras	2	3,23
TOTAL	62	100,00

FUENTE: Formulario de recolección de datos

ELABORACIÓN: Quizphi M, Tigre M, Vera R.

Interpretación: Las enfermedades orgánicas más frecuentes que presentaron los pacientes adultos mayores diagnosticados de demencia fueron de índole: Infecciosa con 20.97%, Cardiovascular 17.74%, Metabólica 12.90% y Psiquiátrica 9.68%.

TABLA Nº10

FRECUENCIA DE USO DE MEDICAMENTOS EN 21 PACIENTES ADULTOS MAYORES, DIAGNOSTICADOS DE DEMENCIA, ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO”. CUENCA – ECUADOR 2012.

FARMACOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Antidemenciales	0	0
Antipsicótico	20	17,39%
Ansiolítico	4	3,48%
Anticonvulsivos	2	1,74%
Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina	2	1,74%
Antagonistas de los receptores de angiotensina 2	6	5,22%
Beta bloqueadores	1	0,87%
Bloqueadores de los canales de calcio	1	0,87%
Diurético	3	2,61%
Antiarrítmico	1	0,87%
Estatinas	4	3,48%
Anticolinérgicos	1	0,87%
Broncodilatadores	2	1,74%
Antiinflamatorios no esteroideos	7	6,09%
Opioides	7	6,09%
Cefalosporinas	10	8,70%
Quinolonas	6	5,22%
Macrólidos	2	1,74%
Aminoglucósidos	3	2,61%
Lincosaminas	3	2,61%
Inhibidor de la bomba de protones	8	6,96%
Antihistamínico H2	10	8,70%
Antieméticos	5	4,35%
Vitaminas y minerales	5	4,35%
Otros	2	1,74%
TOTAL	115	100%

FUENTE: Formulario de recolección de datos

ELABORACIÓN: Quizphi M, Tigre M, Vera R.

Análisis: Los principales fármacos que recibieron los pacientes diagnosticados de demencia fueron: Antipsicóticos con 17.39%, Cefalosporinas con 8.70%, Antihistamínicos H2 e Inhibidor de la bomba de protones con 6.96%. Se debe recalcar que todos los pacientes recibieron más de un fármaco en su estadía hospitalaria. Presentando una máxima de 9 fármacos y una mínima de 3

fármacos. Es importante recalcar que ningún paciente diagnosticado de demencia recibía un medicamento antidemencial.

TABLA Nº11

DISTRIBUCIÓN DE 21 PACIENTES ADULTOS MAYORES, DIAGNOSTICADOS DE DEMENCIA, ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO" SEGÚN TIPO DE DEMENCIA Y FRECUENCIA. CUENCA – ECUADOR 2012.

Tipo de Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Enfermedad de Alzheimer	9	42.85%
Enfermedad Multicausal	5	23.80%
Enfermedad no especificada	7	33.33%
Total	21	100%

FUENTE: Formulario de recolección de datos

ELABORACIÓN: Quizphi M, Tigre M, Vera R.

Interpretación: En primer lugar la enfermedad tipo Alzheimer representa con 42.85%, luego 33.33% la enfermedad no especificada y por último 23.80% la enfermedad multicausal.

TABLA Nº12

DISTRIBUCIÓN DE 9 PACIENTES ADULTOS MAYORES, DIAGNOSTICADOS DE DEMENCIA, ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SEGÚN INTERVALO EDAD Y DEMENCIA TIPO ALZHEIMER. CUENCA – ECUADOR 2012.

Edad Intervalos Según OMS	Demencia Tipo Alzheimer	
	Frecuencia	Porcentaje
60 - 74	0	0%
75 - 89	8	88,89%
90 - más	1	11,11%
TOTAL	9	100,00%

FUENTE: Formulario de recolección de datos

ELABORACIÓN: Quizphi M, Tigre M, Vera R.

Interpretación: Se observó que existen 7 pacientes en el intervalo de 75 – 89 con enfermedad tipo Alzheimer representando el 88.89% ubicándose primer lugar en la edad de los viejos o ancianos; luego con 11.11% los grandes viejos o longevos según OMS.

TABLA Nº13

DISTRIBUCIÓN DE 5 PACIENTES ADULTOS MAYORES, DIAGNOSTICADOS DE DEMENCIA, ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO INTERVALO EDAD Y DEMENCIA DE ETIOLOGIA MULTIPLE . CUENCA – ECUADOR 2012.

Edad Intervalos Según OMS	Demencia De Etiología Múltiple	
	Frecuencia	Porcentaje
60 - 74	2	40%
75 - 89	2	40%
90 - más	1	20%
TOTAL	5	100,00%

FUENTE: Formulario de recolección de datos

ELABORACIÓN: Quizphi M, Tigre M, Vera R.

Interpretación: Se observó que existe una frecuencia de 2 y porcentaje de 40% igual entre los intervalos de 60-74; 75-89 según OMS en la Demencia de etiología múltiple.

TABLA Nº14

**DISTRIBUCIÓN DE 7 PACIENTES ADULTOS MAYORES,
DIAGNOSTICADOS DE DEMENCIA, ATENDIDOS EN EL ÁREA DE
CLÍNICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SEGÚN
INTERVALO EDAD Y DEMENCIA NO ESPECIFICADA
. CUENCA – ECUADOR 2012.**

Edad Intervalos Según OMS	Demencia No especificada	
	Frecuencia	Porcentaje
60 - 74	3	42.87%
75 - 89	1	14.16%
90 - más	3	42.87%
TOTAL	7	100,00%

FUENTE: Formulario de recolección de datos

ELABORACIÓN: Quizphi M, Tigre M, Vera R.

Interpretación: Se observó que existe una frecuencia de 3 y porcentaje de 42.87% igual entre los intervalos de 60-74; 90-más según OMS en la Demencia no especificada.

TABLA Nº15

DISTRIBUCIÓN DE 9 PACIENTES ADULTOS MAYORES, DIAGNOSTICADOS DE DEMENCIA, ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SEGÚN INTERVALO EDAD Y DEMENCIA TIPO ALZHEIMER. CUENCA – ECUADOR 2012.

Edad	Demencia Tipo Alzheimer	
	Frecuencia	Porcentaje
65-69	0	0,00
70-74	0	0,00
75-79	1	11,11%
80-84	3	33,33%
85-89	4	44,44%
90-94	0	0,00
95-99	1	11,11%
TOTAL	9	100,00%

FUENTE: Formulario de recolección de datos

ELABORACIÓN: Quizphi M, Tigre M, Vera R.

Interpretación: Los pacientes adultos mayores diagnosticados de demencia tipo Alzheimer presentan su máxima frecuencia en el intervalo de edad de 85 a 89 años (44.4%).

TABLA Nº16

DISTRIBUCIÓN DE 5 PACIENTES ADULTOS MAYORES, DIAGNOSTICADOS DE DEMENCIA, ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO INTERVALO EDAD Y DEMENCIA DE ETIOLOGIA MULTIPLE . CUENCA – ECUADOR 2012.

Edad	Demencia Etiología Múltiple	
	Frecuencia	Porcentaje
65-69	1	20,00
70-74	1	20,00
75-79	0	0,00
80-84	1	20,00
85-89	1	20,00
90-94	1	20,00
95-99	0	0,00
TOTAL	5	100,00

FUENTE: Formulario de recolección de datos

ELABORACIÓN: Quizphi M, Tigre M, Vera R.

Interpretación: Los pacientes con demencia de etiología múltiple tienen una distribución muy uniforme con una máxima de 20% en casi todos los intervalos de edad en intervalos de 5 años.

TABLA Nº17

**DISTRIBUCIÓN DE 7 PACIENTES ADULTOS MAYORES,
DIAGNOSTICADOS DE DEMENCIA, ATENDIDOS EN EL ÁREA DE
CLÍNICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO SEGÚN
INTERVALO EDAD Y DEMENCIA NO ESPECIFICADA
. CUENCA – ECUADOR 2012.**

Edad	Demencia No Especificada	
	Frecuencia	Porcentaje
65-69	0	0,00
70-74	3	42,86
75-79	0	0,00
80-84	0	0,00
85-89	1	14,29
90-94	2	28,57
95-99	1	14,29
TOTAL	7	100,00

FUENTE: Formulario de recolección de datos

ELABORACIÓN: Quizphi M, Tigre M, Vera R.

Interpretación: Y los pacientes con demencia no especificada tienen una pico de 42,8% al intervalo de edad de 70 a 74 años y luego un pico de 28,57% al intervalo de 90 a 94 años.

TABLA Nº18

**DISTRIBUCIÓN DE 21 PACIENTES ADULTOS MAYORES,
DIAGNOSTICADOS DE DEMENCIA, ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA
DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO" SEGÚN SEXO Y TIPO DE
DEMENCIA. CUENCA – ECUADOR 2012.**

SEXO	TIPO DE DEMENCIA						TOTAL	
	DEMENCIA TIPO ALZHEIMER		DEMENCIA DE ETIOLOGÍA MÚLTIPLE		DEMENCIA NO ESPECIFICADA			
	Fr	%	fr	%	Fr	%	fr	%
Femenino	5	55,56	2	40,00	5	71,43	12	57,14
Masculino	4	44,44	3	60,00	2	28,57	9	42,86
TOTAL	9	100,00	5	100,00	7	100,00	21	100,00

FUENTE: Formulario de recolección de datos

ELABORACIÓN: Quizphi M, Tigre M, Vera R.

Interpretación: Los pacientes adultos mayores diagnosticados de demencia tipo Alzheimer presentan una distribución de hombres y mujeres siendo 55,6% y 44,4% respectivamente. Los pacientes con demencia de etiología múltiple tienen un ligero predominio masculino con un 60% frente al femenino que representan el 40%. Mientras los pacientes con demencia no especificada tienen un claro predominio de mujeres con un 71,4% frente a los hombres con un 28,6%.

TABLA Nº19

**DISTRIBUCIÓN DE 21 PACIENTES ADULTOS MAYORES,
DIAGNOSTICADOS DE DEMENCIA, ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA
DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO" SEGÚN ESTADO CIVIL Y
TIPO DE DEMENCIA. CUENCA – ECUADOR 2012.**

ESTADO CIVIL	TIPO DE DEMENCIA						TOTAL	
	DEMENCIA TIPO ALZHEIMER		DEMENCIA DE ETIOLOGÍA MÚLTIPLE		DEMENCIA NO ESPECIFICADA			
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Casado(a)	4	44,44	3	60,00	2	28,57	9	42,86
Divorciado(a)	1	11,11	0	0,00	0	0,00	1	4,76
Soltero(a)	0	0,00	2	40,00	4	57,14	6	28,57
Viudo(a)	4	44,44	0	0,00	1	14,29	5	23,81
TOTAL	9	100,00	5	100,00	7	100,00	21	100,00

FUENTE: Formulario de recolección de datos

ELABORACIÓN: Quizphi M, Tigre M, Vera R.

Interpretación: Los pacientes adultos mayores con Alzheimer son con mayor frecuencia casados(as) (44,4%) y viudos (44,4%). Los pacientes con demencia de etiología múltiple son con más frecuencia casados(as) (60%). Mientras que en los pacientes con demencia no especificada predominan solteros(as) (57,1%).

TABLA Nº20

**DISTRIBUCIÓN DE 21 PACIENTES ADULTOS MAYORES,
DIAGNOSTICADOS DE DEMENCIA, ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA
DEL HOSPITAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO" SEGÚN TRABAJO Y TIPO
DE DEMENCIA. CUENCA – ECUADOR 2012.**

TRABAJO	TIPO DE DEMENCIA						TOTAL	
	DEMENCIA TIPO ALZHEIMER		DEMENCIA DE ETIOLOGÍA MÚLTIPLE		DEMENCIA NO ESPECIFICADA			
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
No	4	44,44	0	0,00	5	71,43	9	42,86
Si	5	55,56	5	100,00	2	28,57	12	57,14
TOTAL	9	100,00	5	100,00	7	100,00	21	100,00

FUENTE: Formulario de recolección de datos

ELABORACIÓN: Quizphi M, Tigre M, Vera R.

Análisis: Los pacientes adultos mayores con demencia tipo Alzheimer representa el 44,4% que realizan alguna actividad laboral y el 55,6% no realizaban ninguna actividad. Solo 5 pacientes con demencia de etiología múltiple representaron que realizaban alguna actividad laboral. Por último los pacientes con demencia no especificada tienen un predominio por no tener alguna actividad.(71,4%).

CAPITULO VI

DISCUSIÓN

La población de personas adultos mayores a medida que va en aumento y con ella las enfermedades que inevitablemente la acompañan, se estimó que para el 2050 habrá un crecimiento del 18% en el grupo de mayores de 60 años según INEC; haciéndose indispensable su diagnóstico y atención médica en todos las esferas de la salud holísticamente; motivo por lo que nuestro estudio se centró en determinar la prevalencia de Demencia en pacientes que fueron atendidos en el departamento de clínica del hospital Vicente Corral Moscoso durante el año 2012.

A continuación se analizaremos los resultados.

En nuestra investigación se lograron recabar un total de 21 pacientes demenciados de entre los 877 adultos mayores atendidos durante el año 2012 abarcando con eso todo el universo como fue planeado.

La tasa prevalencia de demencia en adultos mayores atendidos en el área de clínica del Hospital “Vicente Corral Moscoso” en el año 2012 fue de 24 casos por cada 1000 adultos mayores. Por lo tanto 2,4% de los adultos mayores estudiados padecen demencia.

Cabe apuntar que la información epidemiológica acerca de la demencia en nuestra región es escasa y especialmente cuando se refiere a su frecuencia en la población adulta mayor. Investigación realizada en el Hospital José Carrasco Arteaga de Cuenca en su programa de asistencia a la tercera edad nos dice que el 17% de los adultos mayores padecieron demencia en el año 2010. El libro de consulta internacional Kaplan & Sadock Psiquiatría Clínica indica que la prevalencia de demencia en la población mayor de 65 años es del 5%.

Citando estudios de otros países como: Prevalencia de demencia y de sus subtipos principales en sujetos mayores de 65 años, efecto de la educación y ocupación en España en el año 2010 ⁽³⁷⁾ ⁽³⁸⁾. La prevalencia de demencia global, enfermedad de Alzheimer y demencia vascular alcanzó el 7,6%, el 4,6% y el 1,8%, respectivamente. Un estudio de Habana - Cuba del año 2008 encontró que la prevalencia de demencia es 8,2% ⁽³⁹⁾.



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

Además es vital señalar que los resultados obtenidos están sujetos al diagnóstico de los pacientes cuando han sido atendidos en el área de clínica del Hospital “Vicente Corral Moscoso” por lo cual presumimos que el subdiagnóstico es grande porque la mayoría de pacientes consultan por una patología orgánica y casi siempre se deja de lado la parte substancial psicológica del paciente.

Un estudio realizado en México 2008 en pacientes geriátricos la prevalencia de demencia fue de 3.5 % en los adultos de 60 años de edad o mayores; 1.2 % en el sexo masculino y 2.3 % en el femenino ($p < 0.015$).

Los pacientes adultos mayores diagnosticados de demencia en el área de clínica del Hospital “Vicente Corral Moscoso” son tanto mujeres como hombres con el predominio del sexo femenino de 12 que representa 57.14%.

Siendo adultos mayores su rango de edad iniciada desde los 60 años, alcanzando la edad máxima de 98 años; su media aritmética de edad es de aproximadamente 83 años mientras su mediana es similar de 85 años. En general puede decirse que aumentan los casos al aumentar la edad; sin embargo como son pacientes de edad avanzada con múltiples comorbilidades es de suponer que en las edades más extremas hay pocos pacientes por su alta morbi-mortalidad.

En un estudio realizado en Cataluña, España 2010 se encontró mayor prevalencia en casados superando a los solteros y viudos.

Los pacientes adultos mayores diagnosticados de demencia en hospital Vicente Corral Moscoso en su mayoría son casados y de religión católica que representaron 80,95%. Estos datos aunque no se los pueden considerar directamente relacionados con la demencia, son importantes



epidemiológicamente porque nos ayudan a caracterizar al paciente adulto mayor que probablemente padece de demencia, y sospechar al momento del diagnóstico para poder así mejorar la atención en salud con un enfoque más integral del paciente. Disminuyendo así la mala práctica de no diagnosticar este tipo de enfermedades psiquiátricas.

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

En nuestro estudio sobre si realizan un trabajo para su sustento, 57.14% realizaban algún tipo de trabajo. Es importante decir que las únicas actividades que estuvieron registradas en las historias clínicas fueron: quehaceres domésticos y jornalero. Las cuales son eminentemente físicas, pero sin descartar que tengan problemas en sus funciones cognitivas como por ejemplo la memoria. Concluyendo que el trabajo o actividad laboral si implica como un factor de riesgo para desarrollar demencia.

La enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia (hasta 70% de los casos), que puede también ser provocado por enfermedades vasculares. Según el informe de la OMS, el primero sobre la demencia,



actualmente hay cada cuatro segundos un nuevo caso de demencia en el mundo. En 2050 debería haber un nuevo caso cada segundo.

En nuestra investigación los tipos de demencia identificados en los registros clínicos fueron: Demencia tipo Alzheimer con 42.86%, Demencia de etiología múltiple con 23.81% y Demencia no especificada con 33.33%, la primera de estas predominando de entre las demás. Lo cual concuerda con la información global acerca de que la Enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia.

En el Hospital Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Perú, se realizó un estudio donde incluyó a pacientes de 65 años ó más que fueron hospitalizados en los servicios de medicina interna, durante los meses de octubre y noviembre de 1999. De un total de 201 pacientes, 126 permanecieron por más de 12 días y 75 menos de 12 días de estancia hospitalaria.

Por lo tanto consideramos importante incluir en el estudio los días de estancia hospitalaria. Presentando 11 de la mayoría de pacientes una tendencia central a una estancia de 6 a 10 días con 52.38%. Dicha estancia es lógica al tratarse de pacientes que requieren un tratamiento de sus patologías orgánicas que fueron la causa de su hospitalización no por causa principal de la demencia. Consideramos que dicho tiempo de estancia es razonable para evitar en lo posible que un paciente de edad avanzada pase más tiempo de lo necesario en un ambiente hospitalario con las posibles complicaciones de las infecciones nosocomiales que puede contraer una persona con su inmunidad alterada. Además el ambiente más adecuado para este tipo de pacientes es su propio hogar junto a sus familiares y personas más cercanas.

De acuerdo a alzheimer's association indica un creciente cuerpo de evidencia, los factores de riesgo de enfermedad vascular - incluyendo la diabetes, la presión arterial alta y el colesterol alto - también pueden ser factores de riesgo para la enfermedad de Alzheimer y la demencia por infarto.

Acerca de las enfermedades orgánicas identificadas en nuestro estudio fueron muy numerosas y variadas. Unos de los principales resultados es que todos los pacientes presentaron más de una comorbilidad, lo cual es un resultado



esperado en un grupo de pacientes de edad avanzada que de por sí ya tienen una enfermedad crónica de base que es la Demencia.

Se detallan las enfermedades orgánicas más frecuentes que presentaron los pacientes diagnosticados de demencia: Hipertensión arterial sistémica 33.33%, Neumonía 23.80%, ACV 14.28% y DMT 4.72%.

En cuanto los fármacos recibidos durante su estancia hospitalaria el mayor dato que salta a la vista es que ningún paciente recibió antes, durante o después de su consulta médica en el hospital antidemenciales de ningún tipo, por lo cual el manejo de la demencia en sí fue casi nulo. Lo cual corrobora más el punto antes señalado de que no solamente en el Hospital “Vicente Corral Moscoso” sino en nuestro medio profesional de la región el manejo de este tipo de enfermedades psiquiátricas es muy malo, no hay diagnóstico y mucho menos una conducta terapéutica correcta con los pacientes. Lo cual causa un grave detrimento de su calidad de vida, el cual debería ser nuestro principal objetivo en el grupo etario de pacientes adultos mayores.

Los principales fármacos que recibieron los pacientes diagnosticados de la patología estudiada de nuestro estudio fueron: Risperidona 13, Ceftriaxona 10 y Ranitidina 10 pacientes respectivamente.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES:

- La tasa de prevalencia de demencia en adultos mayores atendidos en el área de clínica del Hospital “Vicente Corral Moscoso” en el año 2012 fue de 24 casos por cada 1000 adultos mayores.
- Los pacientes adultos mayores diagnosticados de demencia son tanto mujeres como hombres pero se evidencia predominio del sexo femenino con 57.14% en relación a 42.86% hombres.
- Los pacientes revisados en el historial clínico con diagnóstico de demencia se encontraron sobre el punto de corte de los 60 años de edad, la media aritmética de edad fue de 83.93 años con una desviación estándar de 8.47 años de edad, el intervalo de clase que más pacientes registró fue de 85 - 89 años y la mediana 85.83%.
- El estado civil más frecuente está representado por el casado con 42.86% de los casos, existiendo frecuencias aunque mínimas para todos los estados civiles en estudio.
- La religión católica también está relacionado con demencia que representa 80.95% con respecto a las demás.
- La actividad laboral también está implicado con 57.14% pero podría aun disminuir ya que dichos pacientes presentaron enfermedades orgánicas que invalidaron su dinamismo.
- La duración de la estancia hospitalaria de los adultos mayores con demencia es alrededor de 6 a 10 días, considerado como tiempo de estadía razonable.
- Las enfermedades orgánicas más frecuentes que presentaron fueron: Hipertensión arterial sistémica, Delirium, Enfermedad pulmonar

obstructiva crónica, Infección del tracto urinario y Neumonía adquirida en la comunidad.

- Los principales fármacos que recibieron fueron: Risperidona 13 pacientes, Ceftriaxona 10 y Ranitidina 10.
- Ningún paciente recibió tratamiento con antidepresivos antes, durante o después de su estadía hospitalaria.
- El principal subtipo de demencia encontrado fue: Demencia Alzheimer, seguido en orden de frecuencia por Demencia de etiología múltiple y Demencia no especificada.
- En el tratamiento de estas patologías está inmersa la participación de todo el personal sin importar su cargo en la institución, ya que al recibir a cada nuevo paciente cuando nosotros buscamos las patologías que no son causa frecuente de consulta, nos percatamos que el paciente no solo tiene un problema inmediato orgánico que resolver, sino una patología integral de base que no hay que olvidar.
- En las actitudes del personal del servicio de salud nos percatamos que existe el deseo de integrarse a formar parte de una nueva generación médica que no desestima el tratamiento de la esfera bio-psico-social, siendo conscientes de que las enfermedades psiquiátricas son trascendentes.

7.2 RECOMENDACIONES:

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



de nuestro medio en el que laboramos y mejorar nuestros conocimientos locales.

- Trabajar más a fondo en esta rama de trabajos de investigación sobre enfermedades de las cuales no existen datos epidemiológicos exactos en nuestro medio, además de seguir trabajando en base a los resultados obtenidos para poder realizar saberes más complejos de carácter analítico y experimental.
- El cambio de estilo de vida, el control y el tratamiento de patologías asociadas, así como un correcto abordamiento de la persona con deterioro cognitivo resulta imprescindible para un correcto manejo de estos pacientes.
- Un paciente con deterioro cognitivo o demencia diagnosticada requiere atención especializada y todo un equipo integral de profesionales para su tratamiento y adaptación al medio. Requiere atención personalizada, un ambiente tranquilo ya sea en el hogar o donde el paciente destine provechoso.
- Gestionar con las autoridades sanitarias una labor de planificación concentrada en la prevención, promoción y control continuo hacia la población con el afán de poder llevar una vida con dignidad mayor ya que la estimación de la esperanza de vida se ha acrecentado.
- Instaurar medidas que permitan una supervisión más estricta del rendimiento del examen psicológico o de las interconsultas con los médicos psiquiatras que posee la institución de salud.
- Efectuar normas y protocolos que incluyan el ámbito de la salud mental sobre la evaluación, diagnóstico, derivación y seguimiento de las personas que son atendidos en nuestras casas de salud.

CAPITULO VIII

BIBLIOGRAFÍA

8.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moncayo, J. Las enfermedades neurológicas en el Ecuador: Un llamado a la acción. Rev. Ecuatoriana de Neurología [editorial] 2007; volumen 16, número 1.
2. Rocha G, Arévalo M, Céspedes M, Aguilar J. Demencia senil. Revista paceña de medicina familiar. 2006 Disponible en http://www.mflapaz.com/Revista_4_Pdf/4%20demencia%20tipo%20%202.pdf
3. Hyvet, investigators; Burch; Fletcher; Bulpitt (August 2008). "Incident dementia and blood pressure lowering in the Hypertension in the Very Elderly Trial cognitive function assessment (HYVET-COG): a double-blind, placebo controlled trial". *Lancet Neurol* 7 (8): 683–9.
4. Cullen B, O'Neill B, Evans JJ, Coen RF, Lawlor BA (August 2007). "A review of screening tests for cognitive impairment". *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 78 (8): 790–9
5. Slachevsky&Oyarzo. Las demencias: historia, clasificación y aproximación clínica, en Tratado de Neuropsicología Clínica. 2008 Buenos Aires, Argentina. Disponible en: http://www.corporacionalzheimer.cl/publicaciones_online/Cap_Dementia_Slachevsky&Oyarzo_08.pdf. Consultado Septiembre 18,2012
6. Guerra M, San Martín J, Lecturas adicionales. *Psiquiatría Manual Moderno*. Disponible en http://www.manualmoderno.com/apoyos_electronicos/9707290668/lectura3.php
7. Cristina G. El estrés abre la puerta a la demencia. *Salud Neurociencia*. Madrid, 2013. Disponible en <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2013/10/01/neurociencia/1380614215.html>
8. Alanís Gerardo, Garza Jessica, González Andrés. Prevalencia de demencia en pacientes geriátricos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008; 46 (1): 27-32 Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=1000:prevalencia-de-demencia-en-pacientes-geriatricos&Itemid=614

9. Cuesta, Jesús de Pedro. Centro Investigación Biomédica en Red Enfermedades Neurodegenerativas. Prevalencia de la Demencia en España 2013. Disponible en: <http://ciberned.es/es/noticias/blog/418-prevalencia-de-la-demencia-en-espana.html>
10. Centro Investigación Biomédica en Red Enfermedades Neurodegenerativas. La calidad de vida de las personas con demencia es fundamental. Disponible en: <http://ciberned.es/es/noticias/blog/392-la-calidad-de-vida-de-las-personas-con-demencia-es-fundamental.html>
11. Muñoz, Dolores; Mestre Monserrat; Esquis Neus; et al. Demencia y Género: una perspectiva desde la atención primaria. Alzheimer Real Invest. Demenc. 2013;54:5-13
<http://www.revistaalzheimer.com/PDF/0267.pdf>
12. Robinson G. Alzheimer's Association. Alz.org. Disponible en: http://www.alz.org/espanol_investigaci%C3%B3n.asp
13. Kaplan & Sadock Manual de Bolsillo de Psiquiatria Clínica. Virginia A. Sadock, Benjamin J. Sadock. . Quinta edición. New York University School of Medicine. 2011.
14. Lopera R. Francisco, Tréllez Jorge. "Demencia y enfermedad de Alzheimer". Fundamentos de Medicina. Cuarta Edición. Colombia. Fondo Editorial CIB 2004. Pág. 70-71. ISBN: 958-9400-76-0
15. Casos de demencia en el mundo se triplicaran para el 2050 (OMS). Publicado en el Diario EL COMERCIO Quito, 14 de abril 2012. Disponible en: http://www.elcomercio.com/salud/Casos-demencia-mundo-triplicaranOMS_0_680931989.html.
16. Organización Panamericana de la Salud. Ecuador: celebración del día mundial de salud mental. 2010. Disponible en: http://new.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&task=view&id=186&Itemid=259 Consultado Septiembre 18,2012
17. WorldHealthOrganization. Informe sobre el sistema de salud mental en el ecuador. 2008. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/ecuador_who_aims_report.pdf. Consultado Septiembre 18,2012
18. Aguilar E, Barragán G, Cadena M, Carvajal A, et al. Política de salud mental para el buen vivir. 2011. Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:MZYW4W_Rw4oJ:media.wix.com/ugd/f801c2_5cfcb196251e668dcbf86e1eec19f144.doc%3Fdn%3DPOLITICA%252BDE%252BSALUD%252BMENTAL.doc+apenas+el+1.4%25+de+todos+los+m%C3%A9dicos+son+psiquiatras&cd=9&hl=es&ct=clnk&gl=ec. Consultado Septiembre 18,2012

MEJORAMIENTO Y CONTROL DE SALUD PÚBLICA. Política de salud mental para el buen vivir

19. HISPANO MÉDICA, S.L. Demencia. disponible en <http://www.hispanomedica.com/noticia.php?id=21>
20. Garre J. Criterios diagnósticos de demencia a las puertas del cambio del paradigma. Girona, 2007 Disponible en: <http://www.revistaalzheimer.com/PDF/0161.pdf>
21. Weitingh MD, Bossuyt PM, Van Crevel H. Reversible dementia: more than 10% or less than 1%? A quantitative review. *JNeurol* 1995; 242: 466-71. Fadil, H., Borazanci, A., Haddou, E. A. B., Yahyaoui, M., Korniychuk, E., Jaffe, S. L., Minagar, A. (2009). "Early Onset Dementia". *International Review of Neurobiology*. *International Review of Neurobiology* 84: 245–262
22. Quintanar A, Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del municipio de Tetepango, Hidalgo. México 2010. Disponible en http://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf
23. Menéndez, Manuel; Martínez M, FernándezBenjamin y otros. Estilo de vida y riesgo para padecer demencia. *Medpub Journals*. Vol.7 N°3:1. 2011. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/menendez-estilo-01.pdf>
24. C. Brayne C, McCracken, and F. E Matthews Cohort Profile: The Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (CFAS) *Int. J. Epidemiol.*, October 1, 2006;35(5):1140-1145.
25. Rodríguez Constantin, Alejandro, Couso Seoane, Clemente, Orozco González, María Iluminada et al. Factores de riesgo asociados a la demencia degenerativa en pacientes geriátricos. *Rev Cubana Med Gen Integr.* [online]. mar.-abr. 2003, vol.19, no.2 [citado 05 Junio 2007], p.0-0. Disponible en la World Wide Web: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252003000200003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-2125.)
26. Fernández M, Castro J, Pérez de Las Heras S, Mandaluniz A, Gordejuela M, Zarranz JJ. Risk factors for dementia in the epidemiological study of Mungualde County (Basque Country-Spain). *BMC Neurol.* 2008 Oct 15;8:39.
27. Estado Civil, la demencia y la residencia institucional entre los canadienses de edad avanzada: EL estudio Canadiense de Salud y

Envejecimiento, disponible en: www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/20-4/c_e.html, opcitpag 36

28. DORR ZEGERS, Otto. Aspectos fenomenológicos y éticos del envejecimiento y la demencia. Rev. méd. Chile. [online]. ene. 2005, vol.133,no.1 [citado 05 Junio 2007], p.113-120. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872005000100015 &lng = es&nrm=iso>. ISSN 0034-9887.
29. Actividad física, función física y la incidencia de demencia en hombres de edad avanzada: La Honolulu-Asia Aging Estudio, Disponible en:<http://biomedgerontology.oxforthournals.org/content/63/5/529>.
30. La hipertensión arterial y demencia. O Hanon, Seux ML, H Lenoir, Rigaud AS, Forette Broca F. Hospital, Cochin CHU de Port-Royal, Universidad René Descartes, París V, disponible en:www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14558983
31. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. "Demencias: Esperanza en la investigación", NINDS. Marzo 2006, disponible en:http://español.ninds.nih.gov/trastornos/las_demencias.htm#introduccion, pag 16-17, op. cit pagina 2
32. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. "Demencias: Esperanza en la investigación", NINDS. Marzo 2006, disponible en: http://español.ninds.nih.gov/trastornos/las_demencias.htm#introduccion, op. cit página 2, 55
33. Adaptado de Crum RM, Anthony JC, Bassett SS, et al. Population-based norms for the mini-mental state examination by age and educational level. JAMA 1993;269:2386-91. Copyright 1993, American Medical Association Disponible en: www.gericareonline.net/tools/spn/memory/.../ML_02_mmse_sp.doc. Consultado Septiembre 18,2012
34. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. "Demencias: Esperanza en la investigación", NINDS. Marzo 2006, disponible en:http://español.ninds.nih.gov/trastornos/las_demencias.htm#introduccion, op. cit pagina 16
35. Pontificia Universidad de Chile. Demencia 2010 Disponible en: escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/Demencia.pdf

36. Shub, Denis; Kunik, Mark E (April 16, 2009). "Psychiatric Comorbidity in Persons With Dementia: Assessment and Treatment Strategies". *Psychiatric Times* 26 (4).
37. Raina P, Santaguida P, Ismaila A, et al. (March 2008). "Effectiveness of cholinesterase inhibitors and memantine for treating dementia: evidence review for a clinical practice guideline". *Annals of Internal Medicine* 148 (5): 379–97
38. García, F. Prevalencia de demencia y de sus subtipos principales en sujetos mayores de 65 años: efecto de la educación y ocupación. Estudio Toledo. ELSEVIER. 116 (11). España 2010.
39. Llibre, J. Síndrome demencial y factores de riesgo en adultos mayores de 60 años residentes en La Habana . *REV NEUROL* 29 (10):908-911. Cuba 2008.
40. Calvó, L. Características clínicas y demográficas de los casos de demencia diagnosticados en la Región Sanitaria de Girona durante el período 2007-2010: datos del Registro de Demencias de Girona. *REV NEUROL* 54 (7):399-406. España 2012.
41. Mejía, S. Deterioro cognoscitivo y factores de riesgo asociados en adultos mayores en México. *Scielo* 69 (11). México 2010.
42. González L. Prevalencia de demencia en adultos mayores de la ciudad de México. IAAM-DF (Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal). México 2008.
43. Gallegos, M. Demencia en el adulto mayor. Instituto Nacional de Geriatria. México 2010.

8.2 BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Boustani, M; Peterson, B; Hanson, L; Harris, R; &Lohr, K; U.S. Preventive Services Task Force (3 June 2008). "Screening for dementia in primary care: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force". *Ann Intern Med* 138 (11): 927–37.
- Cullen B, O'Neill B, Evans JJ, Coen RF, Lawlor BA (August 2007). "A review of screening tests for cognitive impairment". *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 78 (8): 790–9
- Fadil, H., Borazanci, A., Haddou, E. A. B.,Yahyaoui, M., Korniychuk, E., Jaffe, S. L., Minagar, A. (2009). "Early Onset Dementia". *International Review of Neurobiology*. *International Review of Neurobiology* 84: 245–262

- Hyvet, investigators; Burch; Fletcher; Bulpitt (August 2008). "Incident dementia and blood pressure lowering in the Hypertension in the Very Elderly Trial cognitive function assessment (HYVET-COG): a double-blind, placebo controlled trial". *LancetNeurol* 7 (8): 683–9.
- Kaplan & Sadock Manual de Bolsillo de Psiquiatria Clínica. Virginia A. Sadock, Benjamin J. Sadock. . Quinta edición. New York University School of Medicine. 2011.
- Menéndez, Manuel; Martínez M, Fernández Benjamin y otros. Estilo de vida y riesgo para padecer demencia. *MedpubJournals*. Vol.7 N°3:1. 2011
- Slachevsky & Oyarzo. Las demencias: historia, clasificación y aproximación clínica, en *Tratado de Neuropsicología Clínica*. Librería Akadia editorial; Buenos Aires, Argentina (2008).
- Shub, Denis; Kunik, Mark E (April 16, 2009). "Psychiatric Comorbidity in Persons With Dementia: Assessment and Treatment Strategies". *Psychiatric Times* 26 (4).
- Raina P, Santaguida P, Ismaila A, et al. (March 2008). "Effectiveness of cholinesterase inhibitors and memantine for treating dementia: evidence review for a clinical practice guideline". *Annals of Internal Medicine* 148 (5): 379–97
- Villalpando, Juan. Demencias. Geriátría Editorial: El Manual Moderno. México 2006

ANEXOS

ANEXO 1

FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

“PREVALENCIA DE DEMENCIA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL AREA DE CLINICA DEL HOSPITAL VICENTE CORAL MOSCOSO. CUENCA – ECUADOR 2012”

Formulario #: _____

Fecha: ___/___/___

Nombre del Paciente: _____ Historia Clínica: _____

Fecha de Ingreso: ___/___/___ Fecha de Egreso: ___/___/___

Sexo: _____ Divorciado

Masculino

Femenino

Trabajo: _____
Si

No

Edad: ___ años

Estado civil: _____
Soltero

Casado

Unión libre

Viudo

Religión: _____
Católica

Evangélica

Otra

Ninguna

Diagnóstico primario:

Diagnósticos secundarios:

Fármacos:

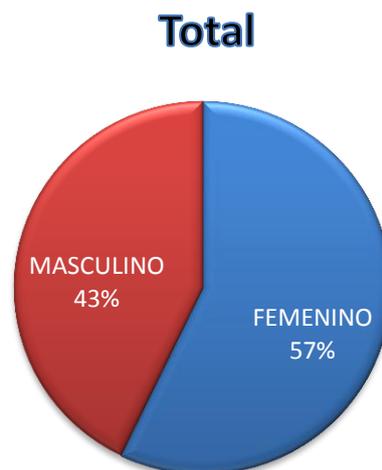
Antidemenciales	
Antipsicóticos	
Analgésicos	
Corticoides	
Antibióticos	
Antiparasitarios	
Ansiolítico	
Anticolinérgicos	
Anticonvulsivos	
Antidepresivos	
Antineoplásicos	
Broncodilatadores	
Quimioterápicos	
Otros	

ANEXO 2

TABLAS Y GRÁFICOS COMPLEMENTARIOS

GRÁFICO Nº 1

DISTRIBUCIÓN DE 21 PACIENTES ADULTOS MAYORES, DIAGNOSTICADOS DE DEMENCIA, ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” SEGÚN SEXO. CUENCA – ECUADOR 2012.

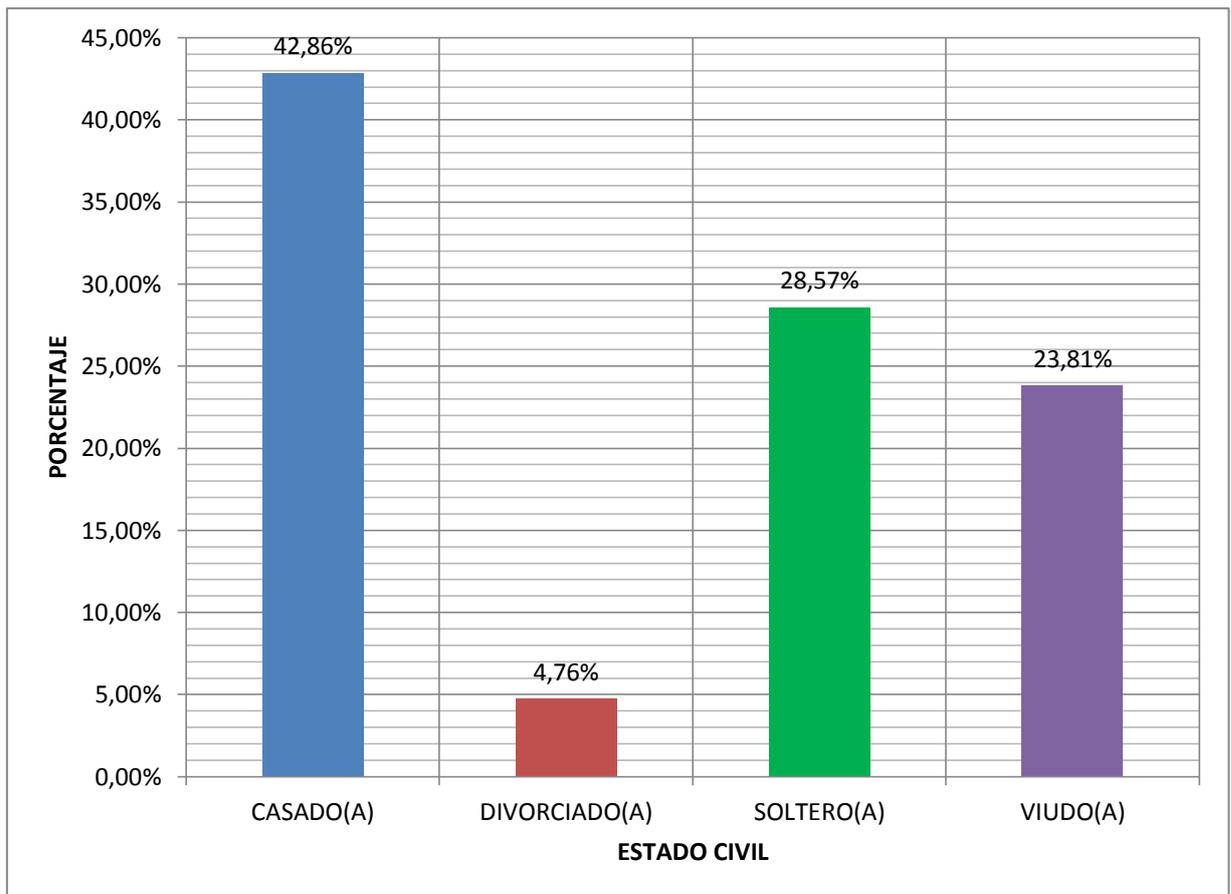


FUENTE: Registros clínicos

ELABORACIÓN: los autores

GRÁFICO Nº 2

DISTRIBUCIÓN DE 21 PACIENTES ADULTOS MAYORES, DIAGNOSTICADOS DE DEMENCIA, ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” SEGÚN ESTADO CIVIL. CUENCA – ECUADOR 2012.

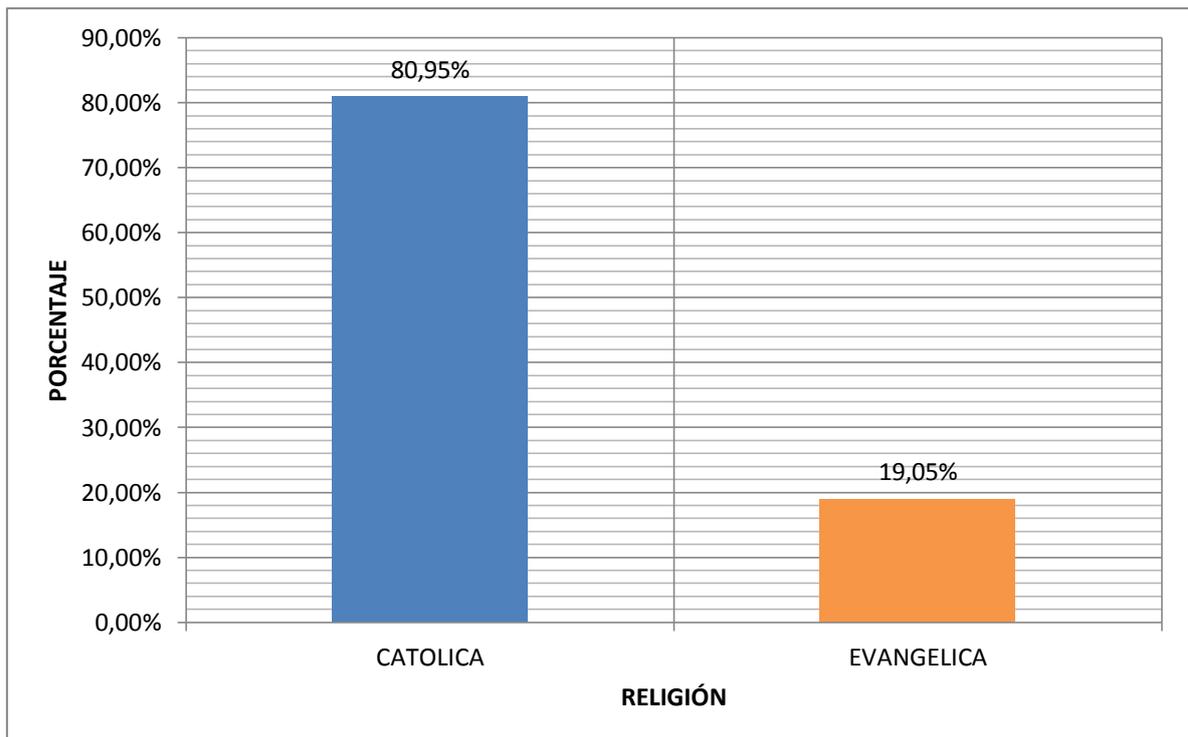


FUENTE: Registros clínicos

ELABORACIÓN: Los autores

GRÁFICO Nº 3

DISTRIBUCIÓN DE 21 PACIENTES ADULTOS MAYORES, DIAGNOSTICADOS DE DEMENCIA, ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” SEGÚN RELIGIÓN. CUENCA – ECUADOR 2012.

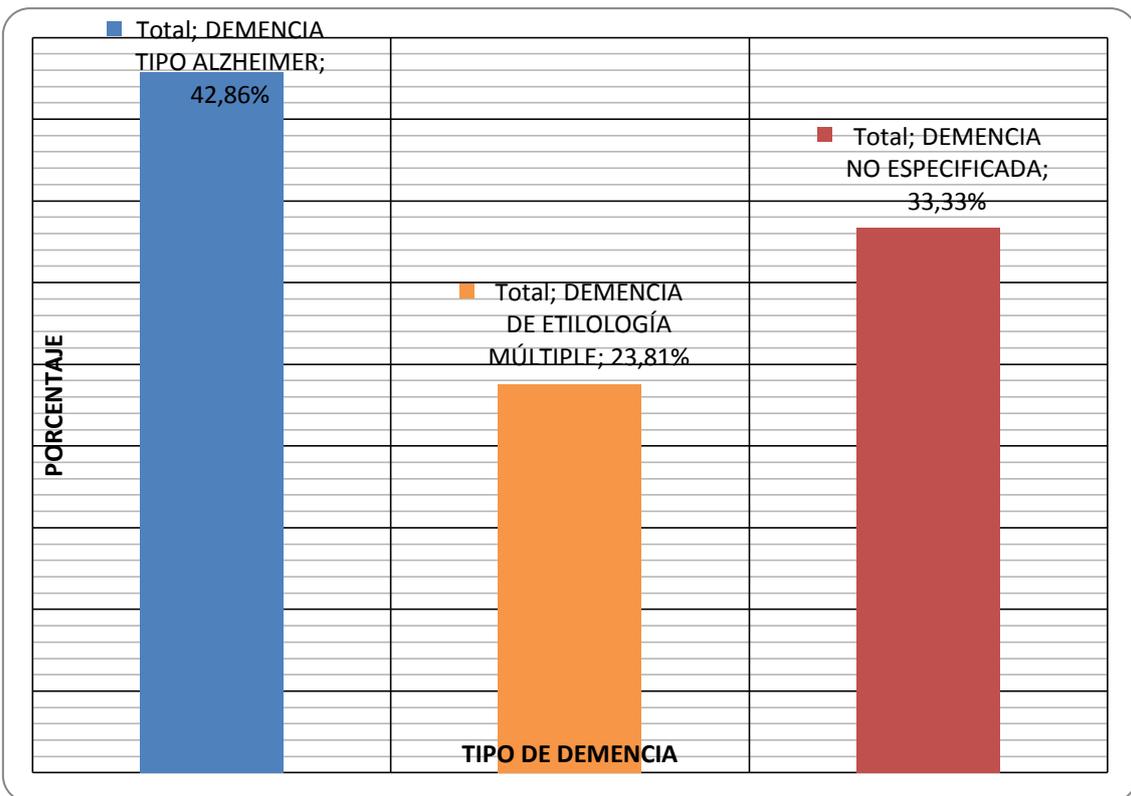


FUENTE: Registros clínicos

ELABORACIÓN: Los autores

GRÁFICO Nº 4

DISTRIBUCIÓN DE 21 PACIENTES ADULTOS MAYORES, DIAGNOSTICADOS DE DEMENCIA, ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” SEGÚN TIPO DE DEMENCIA. CUENCA – ECUADOR 2012.

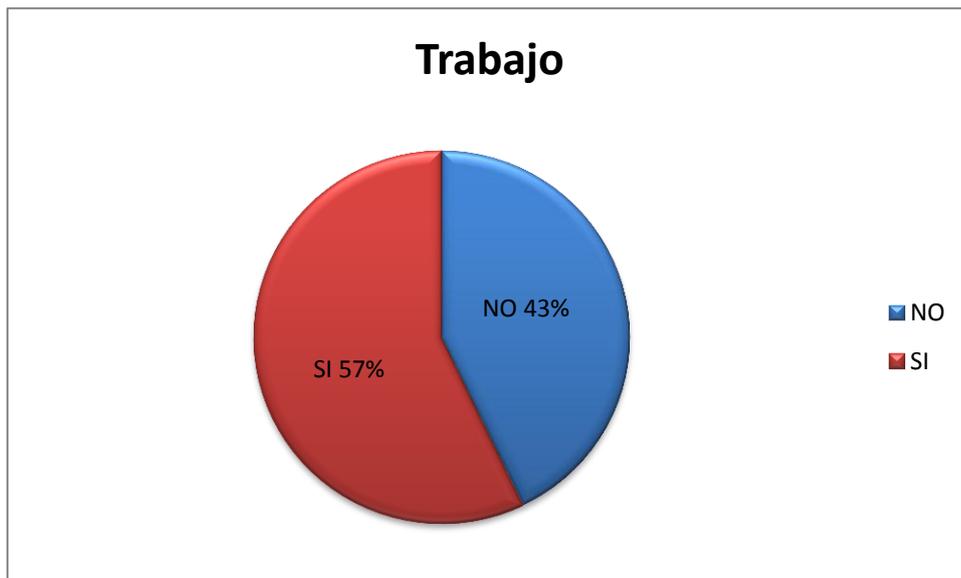


FUENTE: Registros clínicos

ELABORACIÓN: Los autores

GRÁFICO Nº 5

DISTRIBUCIÓN DE 21 PACIENTES ADULTOS MAYORES, DIAGNOSTICADOS DE DEMENCIA, ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” SEGÚN TRABAJO. CUENCA – ECUADOR 2012.

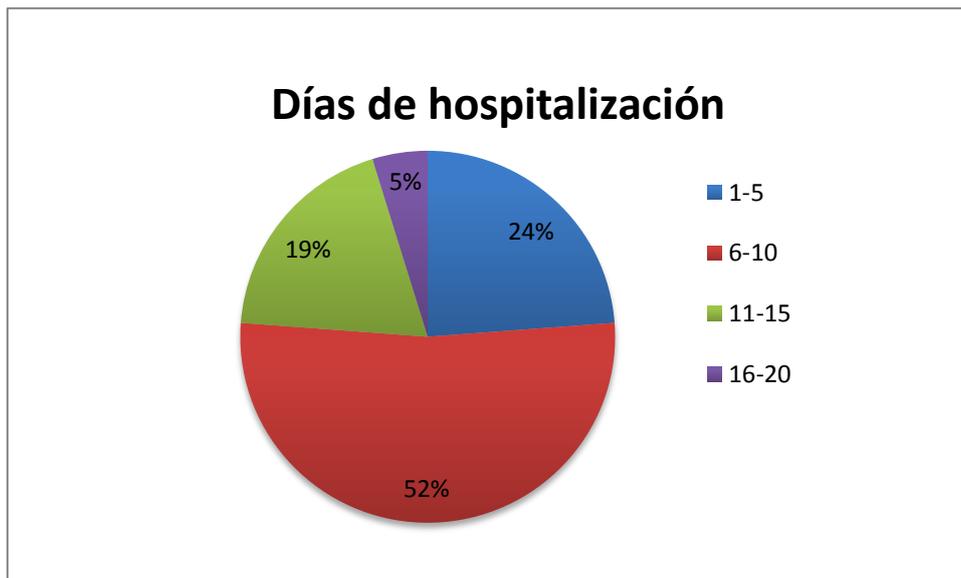


FUENTE: Registros clínicos

ELABORACIÓN: Los autores

GRÁFICO Nº 6

DISTRIBUCIÓN DE 21 PACIENTES ADULTOS MAYORES, DIAGNOSTICADOS DE DEMENCIA, ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” SEGÚN DIAS DE HOSPITALIZACIÓN. CUENCA – ECUADOR 2012.

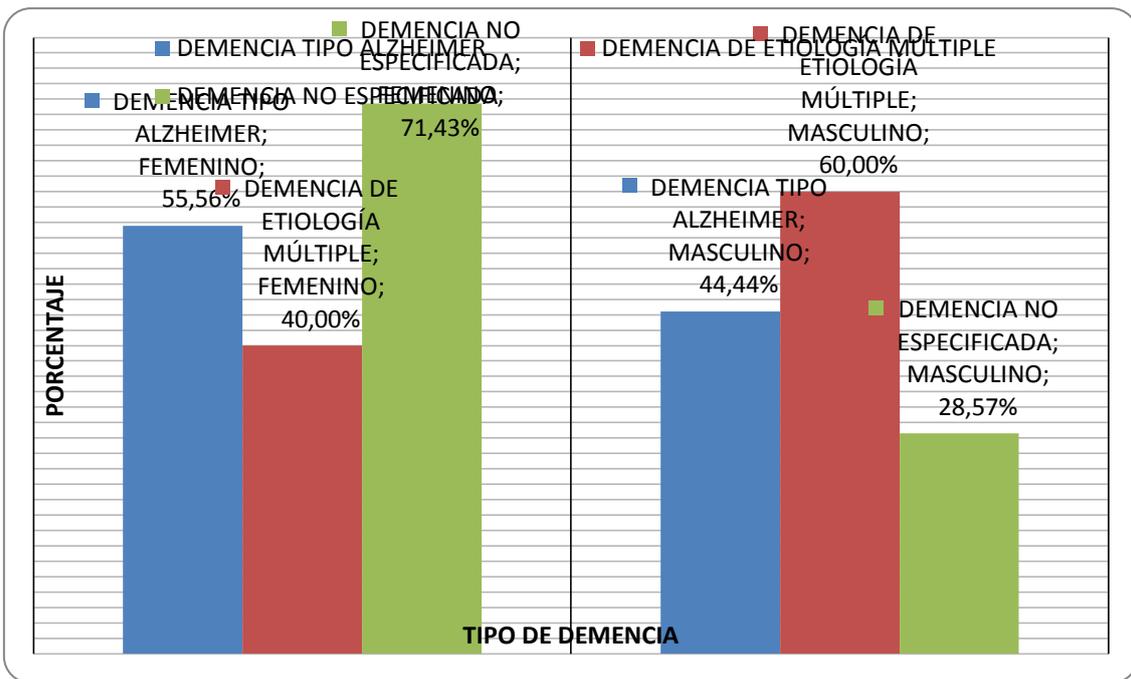


FUENTE: Registros clínicos

ELABORACIÓN: Los autores

GRÁFICO Nº 7

DISTRIBUCIÓN DE 21 PACIENTES ADULTOS MAYORES, DIAGNOSTICADOS DE DEMENCIA, ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” SEGÚN SEXO Y TIPO DE DEMENCIA. CUENCA – ECUADOR 2012.

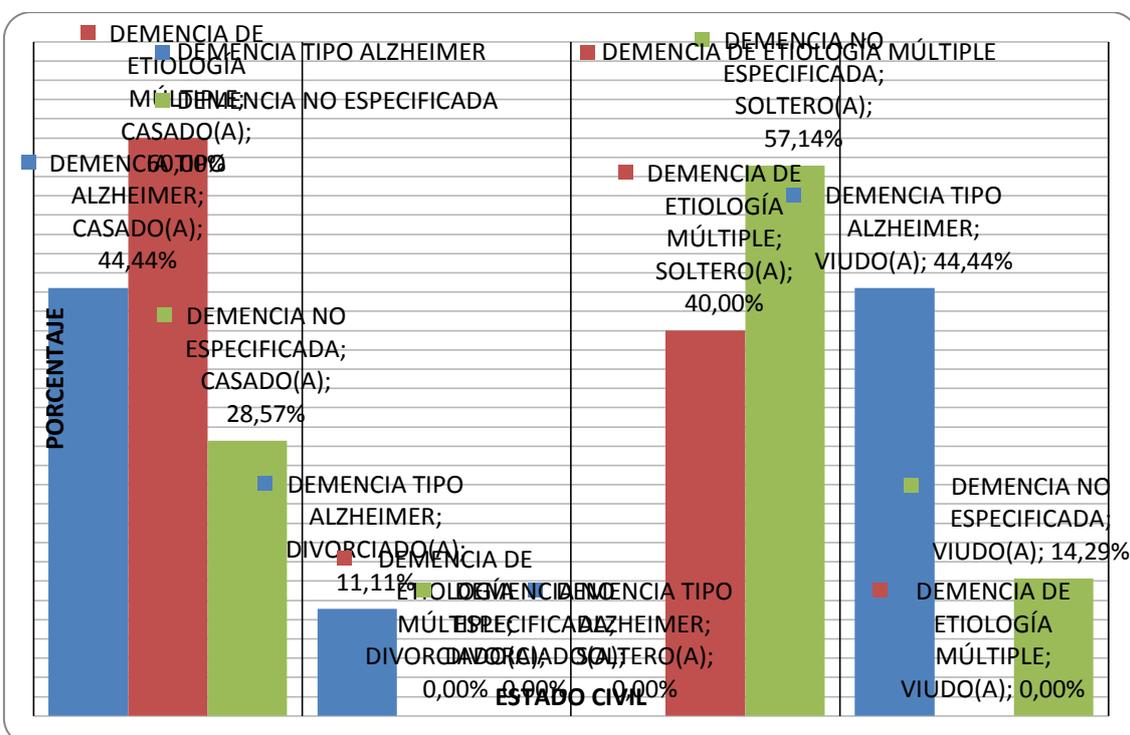


FUENTE: Registros clínicos

ELABORACIÓN: Los autores

GRÁFICO Nº 8

DISTRIBUCIÓN DE 21 PACIENTES ADULTOS MAYORES, DIAGNOSTICADOS DE DEMENCIA, ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” SEGÚN ESTADO CIVIL Y TIPO DE DEMENCIA. CUENCA – ECUADOR 2012.

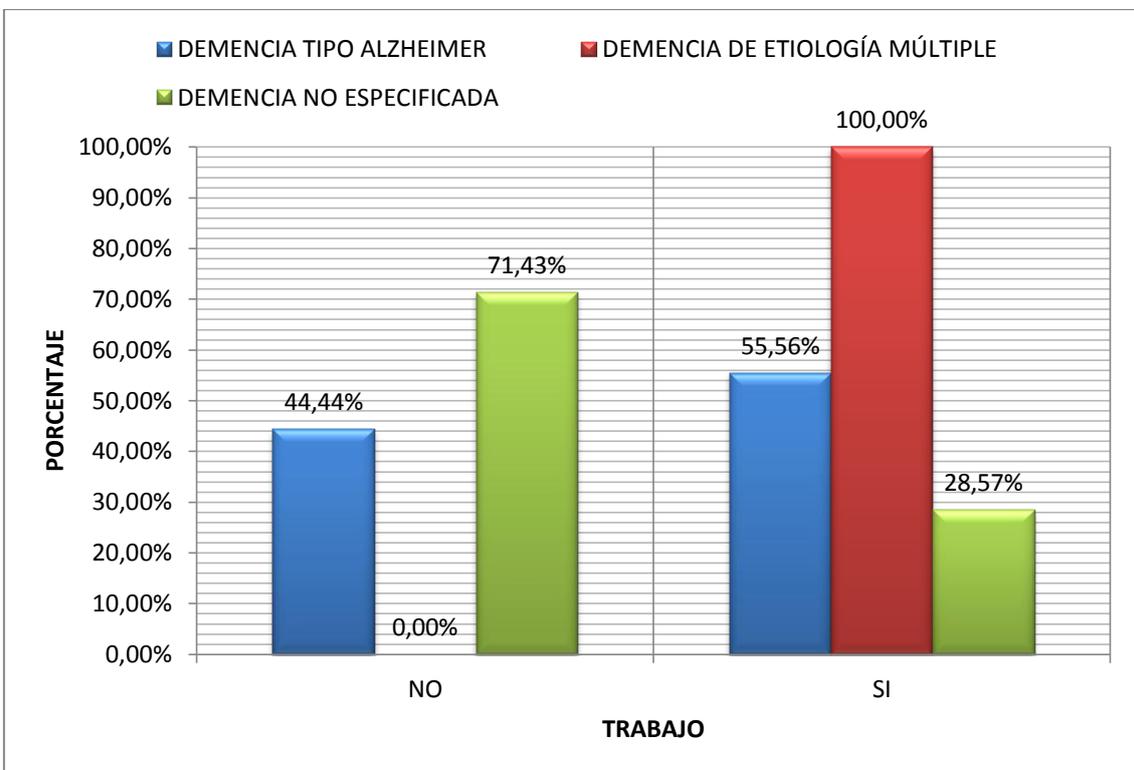


FUENTE: Registros clínicos

ELABORACIÓN: Los autores

GRÁFICO Nº 9

DISTRIBUCIÓN DE 21 PACIENTES ADULTOS MAYORES, DIAGNOSTICADOS DE DEMENCIA, ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” SEGÚN TRABAJO Y TIPO DE DEMENCIA. CUENCA – ECUADOR 2012.

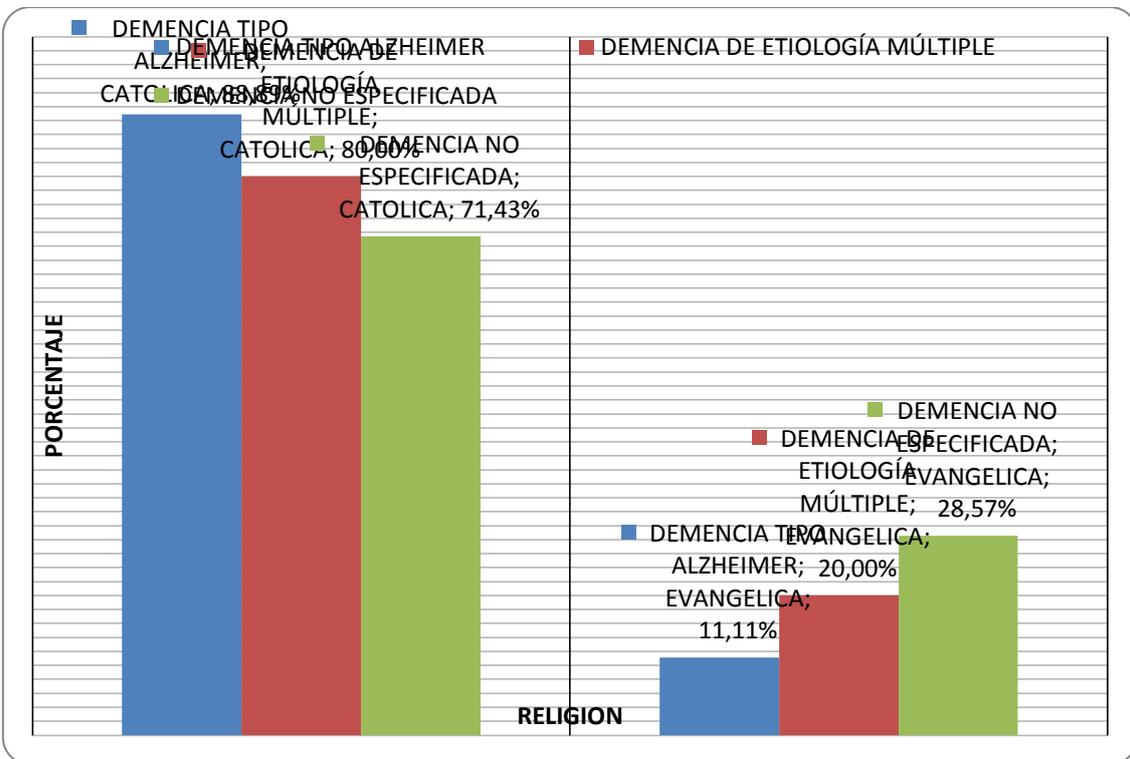


FUENTE: Registros clínicos

ELABORACIÓN: Los autores

GRÁFICO N° 10

DISTRIBUCIÓN DE 21 PACIENTES ADULTOS MAYORES, DIAGNOSTICADOS DE DEMENCIA, ATENDIDOS EN EL ÁREA DE CLÍNICA DEL HOSPITAL “VICENTE CORRAL MOSCOSO” SEGÚN RELIGIÓN Y TIPO DE DEMENCIA. CUENCA – ECUADOR 2012.



FUENTE: Registros clínicos

ELABORACIÓN: Los autores

ANEXO 3

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

Cuenca, 1 de diciembre del 2012

Dr. Giovanni Gaón Rodriguez.

Gerente del Hospital Regional Vicente Corral Moscoso

De nuestra consideración.

Nosotros, Marcial Geovanny Tigre, Manuel Antonio Quizhpi, Ricardo Genaro Vera estudiantes de la escuela de medicina de la Universidad de Cuenca, solicitamos a usted que nos conceda la potestad para la realización de la tesis en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el área de Clínica, previo a la obtención del título de Médico General, realizándose la investigación del tema:

“PREVALENCIA DE DEMENCIA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL AREA DE CLINICA DEL HOSPITAL VICENTE CORRAL M.CUENCA – ECUADOR 2012”

Por la favorable atención a la presente, anticipo mis agradecimientos.

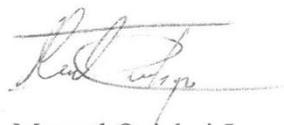
Atentamente.


Marcial Tigre G.

0105220586


Genaro Vera L.

0104978291


Manuel Quizhpi J.

0104473772




07-11 ENE 10
10h00-14h00
