

Prevalencia del síndrome demencial y la enfermedad de Alzheimer en pacientes del policlínico "Pedro Fonseca"

Prevalence of the dementia syndrome and Alzheimer's disease in patients from "Pedro Fonseca" polyclinic

Dra. Olga Sotolongo Arró,^I Dra. Lidia Rodríguez Blanco^{II}

^I Policlínico "Pedro Fonseca", Facultad Finlay-Albarrán. La Habana, Cuba.

^{II} Policlínico "Aleyda Fernández", Facultad Finlay-Albarrán. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: las demencias y enfermedad de Alzheimer constituyen un importante problema de salud con repercusión humana, social y económica en países con alta expectativa de vida.

Objetivo: determinar la prevalencia del síndrome demencial y la enfermedad de Alzheimer en ancianos.

Métodos: estudio descriptivo de corte transversal en ancianos pertenecientes al policlínico "Pedro Fonseca", municipio La Lisa entre el 3 de enero y el 30 de diciembre de 2011. El universo de estudio estuvo constituido por 1 739 ancianos y se seleccionaron 312 que tenían 65 años o más y pertenecían al consultorio No. 6 del citado policlínico. Se excluyeron aquellos con historia de esquizofrenia, retraso mental, afasia, con terapia electroconvulsivante y otras enfermedades psiquiátricas. El diagnóstico de enfermedad de Alzheimer se realizó fundamentalmente mediante los Criterios de la Sociedad Psiquiátrica Americana. Todos los ancianos que conformaron la muestra o sus cuidadores manifestaron su disposición para participar en la investigación.

Resultados: el síndrome demencial estuvo presente en 34 de los 312 ancianos, para una prevalencia de 10,8 %. Hubo un incremento de la prevalencia con la edad. Dentro del síndrome demencial, la mayor frecuencia correspondió a la demencia tipo Alzheimer probable, en 22 (64,7 %) pacientes.

Conclusiones: la prevalencia del síndrome demencial y la enfermedad de Alzheimer es notable en los adultos mayores, lo que demuestra que estas enfermedades constituyen un importante problema de salud.

Palabras clave: enfermedad de Alzheimer, demencia, enfermedades crónicas no transmisibles.

ABSTRACT

Introduction: dementia and Alzheimer's disease constitute an important health problem with human, social and economic repercussion in countries with high life expectancies.

Objectives: to determine the prevalence of the dementia syndrome and Alzheimer's disease in the elderly.

Methods: a cross-sectional and descriptive study was conducted in the elderly population belonging to "Pedro Fonseca" polyclinic in Lisa municipality from January 3rd to December 30th, 2011. The universe of study was 1 739 old people, from whom 312 aged 65 years or more, cared for by the physician's office no. 6 of this polyclinic, were selected. Those old people with history of schizophrenia, mental retardation, other psychiatric diseases and under electroconvulsing therapy were excluded. Alzheimer's disease was diagnosed on the basis of the American Psychiatric Society criteria. All the aged people who made up this sample or their caregivers gave their consent to take part in this study.

Results: dementia syndrome was present in 34 out of 312 participants for a prevalence rate of 10.8 %. Prevalence increased with the age. The highest prevalence rate was observed in probable Alzheimer-type dementia found in 22 (64.7 %) patients.

Conclusions: the prevalence of dementia syndrome and Alzheimer's disease was significant in the older people, which demonstrated that these diseases pose an important health problem in the study area.

Key words: Alzheimer's disease, dementia, non-communicable diseases.

INTRODUCCIÓN

El actual envejecimiento de las poblaciones que existe en gran número de países, se debe en gran medida a la disminución de la natalidad y a un aumento de la esperanza de vida, por mejoría en las condiciones de vida de la población y por las relevantes conquistas médico-técnicas en los últimos 50 años. Esta situación es, sin dudas, un reto para la sociedad moderna pues cada día hay más personas ancianas con repercusión en todos los niveles de la estructura social.^{1,2}

El envejecimiento de la población varía entre las regiones geográficas en concordancia con su desarrollo, por ejemplo, Europa tiene el 16,8 %, América del Norte, 9,1; Asia 7,6 y África 5,9. Cuba en el momento actual es el 4to. país más envejecido de América Latina y debe convertirse en el segundo país para el año 2025, actualmente casi el 18 % de su población rebasa los 60 años de vida, esta

cifra aumentará en el 25 % en el año 2020, y se pronostica que uno de cada 4 cubanos tendrá 60 años o más y que 400 mil personas sobrepasaran los 80 años. Se estima que de este total, la cuarta parte padecerá de enfermedad de Alzheimer o una demencia relacionada.³⁻⁶

Los síndromes demenciales han llegado a constituir un gran problema de salud a nivel mundial, dado el envejecimiento progresivo de la población. De forma simple podría definirse el término demencia, como un síndrome de declinación progresivo de las funciones mentales (memoria, orientación, razonamiento, juicio), producidos por diversos tipos de lesiones orgánicas del cerebro, con suficiente gravedad para que afecte el normal desenvolvimiento del paciente en la sociedad o en la familia.^{7,8}

En más del 90 % de los casos, la enfermedad de Alzheimer se desarrolla después de los 65 años con una prevalencia que se duplica en cada década sucesiva de la vida: del 5 al 10 % entre los 60-70 años, del 10 al 20 % entre los 70-80 años, del 30 al 40 % en grupos de más de 80 años, donde se ubican entre el 50 y el 60 % de todos los casos de demencia.⁸⁻¹⁰

La lista de factores de riesgo es extensa, entre estos se citan la edad avanzada, sexo femenino, historia familiar de demencia o de síndrome de Down, antecedentes de trauma craneal, enfermedad tiroidea, depresión y el bajo nivel de escolaridad. Se ha señalado como un importante factor de riesgo, la presencia del genotipo para la apolipoproteína E y específicamente, el alelo APO E4, tanto en la forma familiar de comienzo tardío como en los casos esporádicos. En otros estudios se han encontrado que las personas con factores de riesgo cardiovasculares, en particular la tensión arterial alta (HTA) y la diabetes mellitus (DM), tienen un riesgo mayor de padecer enfermedad de Alzheimer.^{9,10}

En relación con los factores protectores se citan, el nivel educacional y la actividad intelectual y física mantenida y el consumo de una dieta balanceada, entre otros.

Es importante mantener la actividad intelectual y recreativa incluso después de la jubilación, pues entre los 20 y 30 años el cerebro deja de madurar y con más años, cuando la enfermedad puede ser evidente ya han muerto demasiadas neuronas, por lo que las posibilidades de éxito de cualquier tratamiento son mínimas.¹⁰

Tratar la enfermedad antes de que se desarrollen los primeros síntomas es un reto actual para la medicina, el diagnóstico clínico no se puede realizar hasta que no se desarrolle la sintomatología y es poco menos que irreversible. Por esto se hace necesario dirigir las investigaciones hacia la prevención para luchar contra el padecimiento.

Motivados por el estudio de las demencias, debido al importante número de adultos mayores que tiene nuestra área de salud y a la necesidad de realizar investigaciones con una proyección comunitaria, decidimos realizar el siguiente estudio con el propósito de determinar la prevalencia del síndrome demencial y la enfermedad de Alzheimer en ancianos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en ancianos pertenecientes al policlínico "Pedro Fonseca", municipio La Lisa, en el periodo comprendido entre el 3 de enero y el 30 de diciembre del 2011. El universo de estudio estuvo constituido

por 1 739 ancianos que residían en el municipio. Del total de ancianos se seleccionó una muestra de 312 que cumplían con los siguientes criterios de inclusión: tener 65 años o más y pertenecer al consultorio No. 6 del policlínico.

Se excluyeron los ancianos con historia de esquizofrenia, retraso mental, afasia y otras enfermedades psiquiátricas con degradación del nivel de conciencia, así como los pacientes que habían sido tratados con terapia electroconvulsivante.

El diagnóstico de enfermedad de Alzheimer se realizó mediante los Criterios de la Sociedad Psiquiátrica Americana (DSM-IV), así como los criterios generados por el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos, de la Comunicación y de Accidentes Cerebrales Vasculares y el *National Institute of Neurological Disorders and Stroke*.¹¹

Se aplicó la guía de entrevista sobre datos sociodemográficos y factores de riesgo. Con los datos obtenidos se preparó una base de datos (EPINFO6.02), se calcularon los intervalos de confianza con 95 % de confiabilidad para porcentajes de prevalencias y otras medidas de resumen para datos cualitativos (frecuencias absolutas y porcentajes). Todos los ancianos que conformaron la muestra o sus cuidadores manifestaron su disposición para participar en la investigación.

RESULTADOS

La edad promedio de los ancianos en la muestra era de 73,26 años con un mínimo de 65 y un máximo de 97 años. Pertenecían al sexo femenino 215 (68,9 %) personas y al sexo masculino 97 (31 %) ancianos.

En los 312 ancianos, el síndrome demencial estuvo presente en 34 para una prevalencia de 10,8 %.

En 6 pacientes del grupo de 65-69 años la prevalencia de demencia estimada fue de 8,69 % mientras que en 5 ancianos del grupo de 80 años o más fue de 9,80 %; hubo un incremento de la prevalencia a medida que aumentó la edad (tabla 1).

Tabla 1. Prevalencia del síndrome demencial en ancianos según grupo de edad

Grupo de edad	No.	Prevalencia (%)	IC *
65-69 (n= 69)	6	8,69	7,63 - 11,48
70-74 (n= 147)	16	10,88	9,55 - 14,37
75-79 (n= 45)	7	15,55	10,53 - 17,52
80 o más (n= 51)	5	9,80	8,60 - 12,94
Total (n= 312)	34	10,89	9,56 - 14,38

* Intervalo de confianza.

Fuente: guía de entrevista sobre datos sociodemográficos y factores de riesgo.

En la enfermedad de Alzheimer tuvieron mayor prevalencia los pacientes que no tenían cultura adquirida mediante los estudios reglados (iletrados), 2 (33,33 %) y

con primaria no concluida, 12 (11,11 %). La menor prevalencia se encontró en el paciente con nivel universitario, 1 (2,63 %) (tabla 2).

De manera general podemos decir que dentro del síndrome demencial, la mayor prevalencia correspondió a la demencia tipo Alzheimer probable, en 22 (64,7 %) pacientes (tabla 3).

Tabla 2. Distribución de ancianos según escolaridad y tipo de demencia

Escolaridad (n)	Enf. de Alzheimer		Vascular		Mixta	
	No.	%	No.	%	No.	%
Iletrados (6)	2	33,33	1	16,66	1	16,66
Primaria inconclusa (108)	12	11,11	5	4,62	---	---
Primaria terminada (105)	3	2,85	1	0,95	---	---
Secundaria (40)	2	5,00	1	2,50	---	---
Preuniversitario (15)	1	6,66	---	---	---	---
Universitario (38)	1	2,63	---	---	---	---

Fuente: guía de entrevista sobre datos sociodemográficos y factores de riesgo.

Tabla 3. Prevalencia del síndrome demencial en ancianos según tipo de demencia

Tipo de demencia	No.	%	IC*
Alzheimer probable	22	64,70	3,59-6,68
Vascular	8	23,52	1,01-3,05
Mixta	4	11,76	0,01-1,44

Total de pacientes: 34, *Intervalo de confianza.

Fuente: guía de entrevista sobre datos sociodemográficos y factores de riesgo.

Se encontró predominio de las mujeres en todos los tipos de demencia (tabla 4).

Todos los pacientes con enfermedad de Alzheimer eran fumadores y tenían altos porcentajes de enfermedades asociadas. En las demencias vasculares, fueron la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular y la diabetes mellitus, las enfermedades que se asociaron con mayor frecuencia. En la demencia mixta predominó la enfermedad de Parkinson (tabla 5).

Tabla 4. Distribución de ancianos según tipo de demencia y sexo

Tipo de demencia	Sexo			
	Masculino (n=97)		Femenino (n=215)	
	No.	%	No.	%
Alzheimer probable	6	6,18	16	7,44
Vascular	2	2,06	6	2,79
Mixta	1	1,03	3	1,39
Total	9	9,27	25	11,62

Total de pacientes: 312.

Fuente: guía de entrevistas sobre datos sociodemográficos y factores de riesgo.

DISCUSIÓN

En general, los autores extranjeros que han utilizado el Mini Examen del Estado Mental de Folstein (MMSE) para la obtención de la información, registran prevalencias por lo general algo más bajas que las encontradas en este trabajo, al igual que otros autores que encuentran una prevalencia para la demencia en adultos de 65 años o más en Norte América, entre 6 y 10 %.¹¹⁻¹³

Estudios realizados por *Llibre R* y otros, no muestran prevalencia parecidas a las registradas en nuestro estudio,¹⁴ posiblemente debido a que en nuestra área existe mayor número de pacientes de la tercera edad.

En los dos estudios transversales más extensos realizados sobre la prevalencia de la demencia y la enfermedad de Alzhéimer en Cuba, en los municipios Playa y Santa Clara, en los que se estudiaron 18 351 y 20 866 personas mayores de 65 años, respectivamente, se encuentra una prevalencia de 9,3 y 7,2 %, respectivamente, cifras inferiores a las encontradas en este trabajo.^{14,15}

Estudios poblacionales recientes sobre la prevalencia de demencias, realizados con criterios tipificados, muestran un incremento exponencial con la edad,¹⁶⁻¹⁸ resultados con los que coincide nuestro estudio.

En la muestra estudiada, el sexo más afectado fue el femenino, lo que concuerda con los resultados de otros estudios realizados por diferentes autores.^{2,6,17,18}

La prevalencia de demencia según el grado de escolaridad se comportó igual a otros estudios,¹⁹ pensamos que al tener menor escolaridad hay menos motivaciones e intereses, así como menor desarrollo intelectual. Por el contrario, una escolaridad elevada permite al adulto mayor, tener más motivaciones, ser más activo y útil.^{19,20} Una hipótesis sería que la educación condiciona en cierta forma al cerebro para resistir procesos fisiológicos que pueden conducir a la demencia, produciendo en él, cambios bioquímicos o redes neuroanatómicas modificadas, potencialmente protectoras directas frente a posteriores disfunciones.^{20,21}

Las prevalencias encontradas coinciden con la bibliografía revisada, la enfermedad de Alzheimer probable, ocupó la primera causa de demencia, seguida de la demencia vascular.^{20,21}

A pesar de las limitaciones en relación con los instrumentos diagnósticos utilizados, la confiabilidad de la enfermedad de Alzheimer probable según los criterios generados por el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos es elevada.²¹

En relación con las enfermedades encontradas en los pacientes con demencias, la hipertensión arterial fue un factor de riesgo reconocido en el síndrome demencial, tanto para las demencias vasculares como para la enfermedad de Alzheimer, debido a la lesión de los pequeños vasos.

En un estudio longitudinal donde se examinaron 1 449 pacientes entre 65 y 79 años y se siguieron por más de 20 años, se encuentra que la tensión arterial elevada es un factor de riesgo independiente en la enfermedad de Alzheimer. Para aquellos pacientes que además tienen una hipercolesterolemia, incluso en aquellos que tienen el alelo para la apo proteína E, la tensión arterial elevada es el riesgo mayor de padecer la enfermedad.²²

La demencia vascular en nuestro trabajo se relacionó con enfermedad cerebrovascular como describe la bibliografía revisada.^{21,22} Con respecto a la enfermedad de Parkinson se plantea que su presencia puede desarrollar hasta el 33 % de las demencias.²² En nuestra investigación fue menor, quizás relacionado con la poca prevalencia de Parkinson en la población mayor de 65 años.

La prevalencia del síndrome demencial y enfermedad de Alzheimer en los adultos mayores estudiados, demuestra que estas enfermedades, sobre todo la última mencionada, representan un importante problema de salud. Es importante continuar capacitando a los estudiantes de medicina y a los equipos de atención primaria de salud en la exploración sistemática de las funciones cognitivas del adulto mayor y en el diagnóstico temprano de las demencias. Es necesario seguir insistiendo para que nuestros adultos abandonen el hábito de fumar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Franco Martín J. La transición epidemiológica en América Latina. Bol Sanit Panamericana. 1991;III (6):14-338.
2. Llibre Rodríguez J J, Fernández García Y, López Medina AM, Otero Esteve M, Marcheco Teruel B, Contreras Hernández Nereida, et al. The Cuban Dementia and Alzheimer's Study Playa (EDAP). Restorat Neurol Neurosc. 2003;21(5,6):16-67.
3. Alzheimer A. Uber eine eigenartige Erkrankung der Hirnrinde. Allgemeine Zeitschr Psychiatr Psychisch-Gerichtliche Medizin. 1907;64:146-8.
4. Cacabelos Rivas LR. Enfermedad de Alzheimer. Concepto nosológico, epidemiología y aspectos socio sanitarios. Prous. 1995;3(4):212-20.
5. Hosford Saing R. Tube feeding patients with dementia. Nutr Clin Pract. 2006;21(2):142-6.

6. Bayarre Veá H, Fernández Fente A, Trujillo Gras O, Menéndez Jiménez J. Prevalencia de discapacidad física en ancianos del Municipio Playa: 1996. Rev Cubana Salud Pública. 1999 [citado 4 Oct 2012];25(1):16-29. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661999000100003&lng=es
7. Galbusera C, Facheris M, Magni F, Galimberti G, Sala G, Tremolada L, et al. Increased susceptibility to plasma lipid per oxidation in Alzheimer disease patients. Curr Alzheimer Res. 2004;1(2):103-9.
8. Yamada M, Sasaki H, Mimori Y, Kasagi F, Sudoh S, Ikeda J, et al. Prevalence and risks of dementia in the Japanese population: RERF's adult health study Hiroshima subjects. J Am Geriatr Soc. 1999;47(2):189-95.
9. Marcheco Terruel B, López Medina AM, Otero Esteve M, Llibre Rodríguez J de J. Enfermedad de Alzheimer. Manual para el Médico de la Familia. La Habana: Editorial Abril; 2006.
10. Copelad Rigel R, López Alberola D, Colman CW. Análisis de imagen de la carga de beta-amiloidea en la enfermedad de Alzheimer y su relación con la gravedad de la demencia. Lancet. 1996;28(4):245-49.
11. Stern Y, Mayeux R, Sann M. Predictors of disease course in patients with probable Alzheimer's disease. Neurology. 1987;37(4):49-53.
12. Barry R. Alzheimer's Disease. Comprehensive Review of Geriatric Psychiatric 1. Amer Assoc Geriatric Psychiatry. 1996 octubre:401-58.
13. Jagua A, Ávila A. Insulina y enfermedad de Alzheimer: una diabetes tipo 3. Rev Fact Med Univ Nac Coloma. 2007;55(1):6-70.
14. Llibre Rodríguez J. Epidemiology of dementia and Alzheimer's disease. Ann Int Psychiatry. 2005 enero:20-9.
15. Belmin J. Practical guidelines for the diagnosis and management of weight loss in Alzheimer's disease: a consensus from appropriateness ratings of a large expert panel. J Nuts Health Aging. 2007 enero:33-7.
16. Luchsinger JA, Noble JM, Scarmeas N. Diet and Alzheimer's disease. Curr Neurol Neurosis Rep. 2007;7(5):366-72.
17. Hoenicka J. Genes in Alzheimer's disease. Rev Neurol. 2006;42(5):302-5.
18. Warring SC, Rosenberg RN. Genome-wide association studies in Alzheimer disease. Arch Neurol. 2008;65(3):329-34.
19. Seripa D, Matera MG, Franceschi M. The RELN locus in Alzheimer's disease. J Alzheimer's Dis. 2008;14(3):335-44.
20. Kuller LH. Statins and dementia. Current Atherosclerosis Reports. 2007;9(2):154-61.
21. Szekely CA, Breitner JC, Fitzpatrick AL, Rea TD, Psaty BM, Kuller LH, Zandi PP. NSAID use and dementia risk in the Cardiovascular Health Study: role of APOE and NSAID type. Neurology. 2008;70(1):17-24.

22. Bennett DA, Schneider JA, Tang Y, Arnold SE, Wilson RS. The effect of social networks on the relation between Alzheimer's disease pathology and level of cognitive function in old people: a longitudinal cohort study. *Lancet Neurol.* 2006;5(5): 406-12.

Recibido: 7 de abril 2012.

Aprobado: 21 de septiembre de 2012.

Olga Sotolongo Arró. Policlínico "Pedro Fonseca". Ave. 253 s/n, entre 54 y 56, Punta Brava, La Lisa 19200. La Habana, Cuba.

Correo electrónico: arro@infomed.sld.cu