



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

**TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA**

PROPUESTA PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO

**TEMA: EVOLUCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO LEVE A LA
DEMENCIA TIPO ALZHEIMER.**

Autores: PAOLA ALEXANDRA MIRANDA MOGOLLÓN.
ELOÍSA ELIZABETH RAMOS ALVARADO.

Acompañante: LIC. GABRIELA DE JESÚS VÁSQUEZ ESPINOZA.

**Milagro, Agosto 2017
ECUADOR**

Urkund Analysis Result

Analysed Document: Evolucion-del-deterioro-cognitivo-leve-a-demencia-tipo-Alzheimer.docx (D30298097)
Submitted: 2017-08-30 20:50:00
Submitted By: elito1615@hotmail.com
Significance: 2 %

Sources included in the report:

http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=91719&id_seccion=3454&id_ejemplar=8994&id_revista=203

Instances where selected sources appear:

1

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Eduardo Vazquez', with a stylized flourish at the end.

DERECHOS DE AUTOR

Ingeniero.

Fabricio Guevara Viejó, PhD.

RECTOR

Universidad Estatal de Milagro

Presente.

Nosotras, **PAOLA ALEXANDRA MIRANDA MOGOLLÓN Y ELOÍSA ELIZABETH RAMOS ALVARADO**, en calidad de autores y titulares de los derechos morales y patrimoniales de la propuesta práctica de la alternativa de Titulación - Examen Complexivo, modalidad presencial, mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedemos a hacer entrega de la Cesión de Derecho del Autor de la propuesta practica realizado como requisito previo para la obtención de nuestro Título de Grado, como aporte a la Temática “**PREVALENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO**” del Grupo de Investigación **RESEARCH FOR HEALTH WELFARE** de conformidad con el Art. 114 del Código Orgánico de la Economía Social De Los Conocimientos, Creatividad e Innovación, concedemos a favor de la Universidad Estatal de Milagro una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservamos a nuestro favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizamos a la Universidad Estatal de Milagro para que realice la digitalización y publicación de esta propuesta practica en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El (los) autor (es) declara (n) que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Milagro, a los 11 días del mes de Septiembre del 2017

MIRANDA MOGOLLÓN PAOLA
ALEXANDRA.

CI: 0931058747.

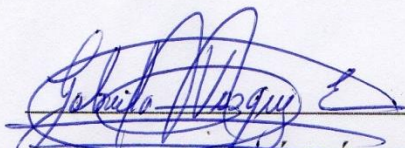
RAMOS ALVARADO ELOÍSA
ELIZABEETH.

CI: 0953728656.

APROBACIÓN DEL ACOMPAÑANTE DE LA PROPUESTA PRÁCTICA

Yo, **GABRIELA DE JESÚS VÁSQUEZ ESPINOZA**, en mi calidad de acompañante de la propuesta práctica del Examen Complexivo, modalidad presencial, elaborado por las estudiantes **MIRANDA MOGOLLÓN PAOLA ALEXANDRA Y RAMOS ALVARADO ELOÍSA ELIZABETH**; cuyo tema es: **EVOLUCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO LEVE A LA DEMENCIA TIPO ALZHEIMER**, que aporta a la Línea de Investigación **ESTUDIOS BIOPSIICOSOCIALES DE GRUPOS VULNERABLES DE LA POBLACIÓN**, previo a la obtención del Grado de **LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**; considero que el mismo reúne los requisitos y méritos necesarios en el campo metodológico y epistemológico, para ser sometido a la evaluación por parte del tribunal calificador que se designe, por lo que lo **APRUEBO**, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el proceso de titulación de la alternativa de Examen Complexivo de la Universidad Estatal de Milagro.

En la ciudad de Milagro, a los 11 días del mes de Septiembre de 2017.



GABRIELA DE JESÚS VÁSQUEZ ESPINOZA.

ACOMPAÑANTE

CC.0917443442

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR

El tribunal calificador constituido por:
VAZQUEZ ESPINOLA GABRIELA DE JESUS; ALVAREZ CONDO GRACIELA
MEREDES; SALDARRIAGA JIMENEZ DOLORES
Luego de realizar la revisión de la propuesta práctica del Examen Complexivo, previo a
la obtención del título (o grado académico)
de LICENCIATURA EN ENFERMERIA, presentado por
RAMOS ALVARADO ELOISA ELIZABETH. Con
el título:
EVOLUCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO LEVE A LA DEMENCIA
TIPO ALZHEIMER

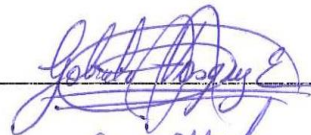
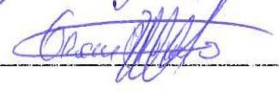

Otorga al presente la propuesta práctica del Examen Complexivo, las siguientes calificaciones:

MEMORIA CIENTÍFICA	[94]
DEFENSA ORAL	[5]
TOTAL	[99]
EQUIVALENTE	[49,5]

Emito el siguiente veredicto: (aprobado/reprobado) Aprobado

Fecha: 03 de 10 del 2017.

Para constancia de lo actuado firman:

	Nombres y Apellidos	Firma
Presidente	<u>Gabriela Vazquez Espinola</u>	
Vocal 1	<u>Graciela Alvarez Condo</u>	
Vocal 2	<u>Mg. Guadalupe Saldarriga J.</u>	

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR

El tribunal calificador constituido por:

VAZQUEZ ESPINOZA GABRIELA DE JESUS; ALVAREZ CONDO GRACIA
MERCEDES; SALDARRIAGA JINIENCZ DOLORES

Luego de realizar la revisión de la propuesta práctica del Examen Complexivo, previo a la obtención del título (o grado académico)

de LICENCIATURA EN ENFERMERIA, presentado por

MIRANDA MOGOLLON PAOLA ALEXANDRA Con

el título:

EVOLUCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO LEVE A LA DEMENCIA
TIPO ALZHEIMER.


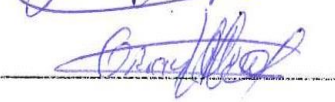

Otorga al presente la propuesta práctica del Examen Complexivo, las siguientes calificaciones:

MEMORIA CIENTÍFICA	[94]
DEFENSA ORAL	[5]
TOTAL	[99]
EQUIVALENTE	[49,5]

Emito el siguiente veredicto: (aprobado/reprobado) Aprobado

Fecha: 02 de 10 del 2017.

Para constancia de lo actuado firman:

	Nombres y Apellidos	Firma
Presidente	<u>Gabriela Vasquez Espinoza</u>	
Vocal 1	<u>Graciela Alvarez Condo</u>	
Vocal 2	<u>Mg Conchalyne Saldarriga</u>	

DEDICATORIA

A mi madre Giselle, quien a lo largo de mi vida ha velado por mi bienestar y educación siendo mí apoyo en todo momento.

A mis abuelos Dalia y Carlos por acompañarme siempre y enseñarme esos valores fundamentales para seguir adelante y no decaer.

A mi hijo Dylan ya que él es mi fuerza para seguir adelante y lograr mis objetivos.

A mi esposo Wilmer por su confianza, por su compañía en las noches de desvelo y estar siempre junto a mí.

Paola Miranda Mogollón.

A mis padres Ramiro y Jessica, por ser el pilar fundamental para la culminación de mi carrera universitaria.

A mi familia por ser mi apoyo y guía incondicional en todo momento de mi vida.

A mis hermanas Melissa y Pamela, cómplices de travesuras.

Eloísa Ramos Alvarado.

AGRADECIMIENTO

A Dios por brindarme la oportunidad de vivir, por permitirme disfrutar cada momento de mi vida y guiarme por el camino que ha trazado para mí.

A mi familia por todo su amor, apoyo, comprensión y cariño.

A mi amiga y compañera Eloísa, esto lo logramos juntas, gracias por tu apoyo.

A nuestra tutora Lic. Gabriela Vásquez Espinoza, gracias por guiarnos con aportaciones y correcciones para con nuestro trabajo

A nuestros docentes a lo largo de nuestra carrera por sembrar ese granito de sabiduría.

A la Universidad Estatal de Milagro por ser la entidad que nos permitió educarnos y aprender día a día.

Paola Miranda Mogollón.

A Dios eje principal en mi vida, por ser mi guía y permitirme llegar a este momento.

A mis padres por su amor, apoyo y dedicación para con sus hijas.

A mis Papitos Ángel y Georgina por estar siempre con nosotros.

A mis Abuelitos, Anatolio, Mary y Marujita, por siempre apoyarme.

A mi amiga y compañera Paola, esto lo logramos juntas, gracias por tu apoyo.

A nuestra tutora Lic. Gabriela Vásquez Espinoza, gracias por guiarnos con aportaciones y correcciones para con nuestro trabajo.

A nuestros docentes a lo largo de nuestra carrera, gracias por los conocimientos impartidos.

A la Universidad Estatal de Milagro por abrirnos sus puertas y ser nuestra segunda casa.

Eloísa Ramos Alvarado.

ÍNDICE GENERAL

DERECHOS DE AUTOR	2
APROBACIÓN DEL ACOMPAÑANTE DE LA PROPUESTA PRÁCTICA	3
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL CALIFICADOR	4
DEDICATORIA	6
AGRADECIMIENTO	7
ÍNDICE GENERAL	8
RESUMEN	9
ABSTRACT	10
INTRODUCCIÓN	11
MARCO TEÓRICO	14
DESARROLLO	19
CONCLUSIONES	22
BIBLIOGRAFÍA	24

TEMA: “Evolución del deterioro cognitivo leve a demencia tipo Alzheimer”

RESUMEN

El presente trabajo de revisión de lectura aborda la temática de: PREVALENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO, en donde los diferentes autores, analizados en el presente documento, abordan el tema desde el punto de vista de la variable ESTUDIOS BIOPSIOSOCIALES DE GRUPOS VULNERABLES DE LA POBLACIÓN.

Este ensayo presenta una breve reseña sobre el Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y su evolución a la demencia tipo Alzheimer (EA), uno de los problemas de salud pública más importantes del siglo XXI. Dada su relación con la edad avanzada y con los factores de riesgo tales como trastornos vasculares anteriores, isquemia e infartos cerebrales; el consumo de fármacos para la circulación sanguínea y la disminución de ciertas sustancias como la vitamina B12 y la homocisteína, se puede constatar que durante la última década se ha producido un continuo incremento tanto en su incidencia como en su prevalencia.

Se expone también los diferentes tipos de DCL, presentando como principal síntoma la sensibilidad en sus receptores, la pérdida de memoria y percepción los cuales se ven afectados cuando se presenta un deterioro cognitivo en los adultos mayores, además vemos su incidencia a la evolución a la demencia tipo Alzheimer; de acuerdo a la investigación realizada, se afirma que el deterioro cognitivo leve evoluciona en su gran mayoría a la demencia tipo Alzheimer, ya que, en base a diversos estudios bibliográficos tomados para la realización de este ensayo, demuestran que el género no define la evolución de DCL a EA, pero sí tiene mucho que ver su nivel de escolaridad y hábitos tales como horas sueño incompletas, la poca o nula práctica de ejercicios físicos, el consumo de alcohol y tabaco, más el tipo de alimentación que normalmente consumen, el cambio y práctica adecuada de los mismos reduce el riesgo de evolución a demencia de tipo Alzheimer.

PALABRAS CLAVE:

Deterioro Cognitivo Leve, Demencia, Alzheimer, Adulto mayor.

TITLE: “Evolution of mild cognitive impairment to Alzheimer's dementia”

ABSTRACT

The present work of reading review addresses the topic of: PREVALENCE OF COGNITIVE DETERIORATION, where the different authors, analyzed in this document, approach the subject from the point of view of the variable BIOPSIOSOCIAL STUDIES OF VULNERABLE GROUPS OF THE POPULATION.

This essay presents a brief review of Mild Cognitive Impairment (DCL) and its evolution to Alzheimer's dementia (AD), one of the most important public health problems of the 21st century. Given its relation to old age and with risk factors such as previous vascular disorders, ischemia and cerebral infarcts; the consumption of drugs for blood circulation and the decrease of certain substances such as vitamin B12 and homocysteine, we can see that during the last decade there has been a continuous increase both in its incidence and in its prevalence. It also shows the different types of DCL, presenting as main symptom the sensitivity in its receptors, memory loss and perception which are affected when there is a cognitive deterioration in the elderly, in addition we see its incidence to the evolution to the Alzheimer's type dementia; according to the research, it is stated that mild cognitive impairment largely evolves to Alzheimer's dementia, since, based on several bibliographical studies taken to carry out this study, they demonstrate that gender does not define evolution of DCL to EA, but it does have a lot to do with their level of schooling and habits such as incomplete sleep hours, little or no physical exercise, alcohol and tobacco consumption, plus the type of food they normally consume, change and proper practice reduces the risk of progression to Alzheimer's dementia.

KEYWORDS:

Mild Cognitive Impairment, Dementia, Alzheimer, Old Man.

INTRODUCCIÓN

El Deterioro cognitivo leve (DCL) es el término utilizado para describir la condición de las personas cuya cognición se encuentra entre las alteraciones habituales del envejecimiento y la demencia a temprana edad; caracterizada por una pérdida objetiva de las funciones cognitivas, demostrada en una evaluación neuropsicológica y, por parte del paciente a nivel subjetivo, va acompañado de quejas referidas a pérdida de capacidades cognitivas.(Jiménez, 2017)

A medida que nuestra sociedad envejece se van perdiendo muchas capacidades y otras van mermando hasta llegar a límites muy bajos, a la vez existen cambios en el desempeño cognitivo, de ahí que los adultos mayores sin enfermedad específica presentan con frecuencia alteraciones neurológicas que se presentan mayormente en las áreas de atención, memoria, lenguaje, habilidad visuo-espacial y en la inteligencia.(Robalino, 2012)

En los adultos mayores, la sensibilidad en sus receptores, la memoria y la percepción se ven afectados cuando se desarrolla un deterioro cognitivo leve y posteriormente puede avanzarse hasta tomar una enfermedad de Alzheimer.(Carrera, 2014)

El deterioro cognitivo en las personas mayores es una condición común, entre las personas mayores de 70 años, el 14% tiene deterioro cognitivo suficiente como para justificar un diagnóstico de demencia, y un número igual tienen leve pero inequívoco deterioro cognitivo que puede evolucionar hacia la demencia desde moderada a severa. (David S. Knopman, 2014)

Pese a que la mayor parte de la literatura sobre DCL pertenece a las primeras manifestaciones de la enfermedad de Alzheimer, este es un síndrome que podría tener muchas causas; los primeros criterios diagnósticos del DCL fueron descritos por Petersen et al (1999), aunque el concepto nació bastante antes. Haciendo una búsqueda en Pubmed podemos observar que en 1990 ya encontramos manuscritos en los que se habla de Deterioro Cognitivo Leve. (Jiménez, 2017)

Inicialmente, el DCL solo se contemplaba como un diagnóstico que conducía al sujeto hacia la enfermedad de Alzheimer; sin embargo, en 2003 un equipo de expertos (entre ellos, el mismo Petersen) propuso clasificar el diagnóstico de DCL en función de los dominios cognitivos afectados en la evaluación neuropsicológica. Más tarde, en una revisión de

Gauthier et al que tuvo lugar en 2006, se propuso por primera vez que diferentes tipos de Deterioro Cognitivo Leve pueden conducir a diferentes tipos de demencia. Hoy en día, el DCL se contempla como un estado que puede conducir al sujeto a algún tipo de demencia o, simplemente, puede no evolucionar.(Jiménez, 2017)

Además, para que se trate de Deterioro Cognitivo Leve, estos déficits cognitivos no deben interferir en la independencia del paciente y no deben relacionarse con otras patologías como trastornos psiquiátricos y neurológicos, adicciones, etc. Por tanto, la diferencia principal respecto a un paciente con demencia es el mantenimiento de la independencia en las actividades de la vida diaria, en contraste con las formas más graves de demencia en la que se ven comprometidas dichas actividades básicas de la vida diaria.

Según la OMS, La demencia es un síndrome que implica el deterioro de la memoria, el intelecto, el comportamiento y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria. En el mundo entero hay unos 47,5 millones de personas que padecen demencia de las cuales un poco más de la mitad (58%) vive en países de ingresos bajos y medios. Cada año se registran 7,7 millones de nuevos casos. La enfermedad de Alzheimer, que es la causa de demencia más común, acapara entre un 60% y un 70% de los casos(OMS, 2015).

Byron Bustamante docente e investigador de la UTPL afirma que:

En Ecuador el deterioro cognitivo ligero en adultos mayores está subdiagnosticado debido a que en el país existen muy pocos indicadores sobre salud mental, porque no está incluido en los sistemas de diagnóstico y a la falta de educación cuidada en relación a la prevención de esta enfermedad, según lo encontrado durante los años de investigación se ha podido ver que el deterioro cognitivo es una patología que no está muy bien diagnosticada porque se usan criterios para otras entidades y, porque por lo general los usuarios llegan cuando el cuadro clínico ya es muy complejo.(Bustamante B, 2016).

El presente trabajo tiene como propósito realizar una revisión bibliográfica con investigaciones actuales, utilizando información científica de autores reconocidos para establecerla relación entre el deterioro cognitivo leve y su evolución a la demencia tipo Alzheimer; y, que este mismo estudio sirva como línea de base científica para investigaciones futuras sobre la temática.

En la introducción encontramos una breve descripción de la problemática de cómo esta enfermedad afecta nivel mundial, latinoamericano y nacional, y su impacto en la población

senil. En el desarrollo se realiza un análisis comparativo de los diferentes estudios llegando a una conclusión general de la investigación que demostrará que tipo de deterioro cognitivo leve evoluciona a la demencia tipo Alzheimer y su incidencia.

MARCO TEÓRICO

El término “deterioro cognitivo leve” se ha usado en la literatura durante varios años, como un estado de transición entre el envejecimiento normal y una enfermedad de Alzheimer muy leve, pero esta afirmación puede ser cuestionada ya que no todos los sujetos con DCL desarrollan ese tipo de demencia, especialmente cuando se estudia la población general. Además algunos pacientes con DCL-amnésico pueden evolucionar a otro tipo de demencia(Armas J, 2008).

En el estudio de Pieter Jell y cols. en Habana - Cuba con 494 pacientes clasificados en grupos etiológicos de deterioro cognitivo leve, después de 10 años de seguimiento, se concluyó que la mayoría de los pacientes que progresó a EA tenía como antecedentes mayor edad y el subtipo de DCL amnésico, asociado a la depresión y al inicio de síntomas cognitivos más temprano en la línea del tiempo. Este estudio corrobora uno de los factores que se ha manejado en la actualidad como predictor de la evolución del deterioro cognitivo: la edad avanzada.(Armas J, 2008).

En un estudio alemán sobre el envejecimiento, se estudiaron diferentes diagnóstico del deterioro cognitivo leve (DCL), de los cuales se pudo determinar que existen factores de riesgo comunes entre los cuales fueron la edad, trastornos vasculares anteriores, tales como isquemia e infartos cerebrales; el consumo de fármacos para la circulación sanguínea, ser portador del alelo apoe 4 y tener quejas subjetivas de pérdida de memoria que son las variables que indican la evolución a Alzheimer.(Kaduskiewicz, 2014)

Madrid-España muestran datos de 115 participantes de un estudio longitudinal que han sido seguidos a lo largo de tres años, con el objetivo de determinar el porcentaje de personas diagnosticadas de DCL que desarrollaron una demencia y comprobar a partir de qué subtipo de DCL se evoluciona con más frecuencia a EA como resultados de la muestra estudiada, un 12% evolucionó a demencia; de ésta cerca del 86% lo hizo hacia EA, y el resto, hacia otros tipos de demencias. En la evaluación previa a la conversión a EA, un 17% fue diagnosticado como DCL no amnésico (DCLna) y un 83% como DCL multidominio; por tanto, el mayor número de participantes que evolucionaron a demencia habían sido clasificados como DCL multidominio en la evaluación anterior al diagnóstico.(Díaz -Mardomingo M. C, 2010)

Cuba además tiene una investigación con el objetivo de caracterizar pacientes con deterioro cognitivo según edad, sexo, escolaridad, factores de riesgo asociados, esfera cognitiva

afectada, para evaluar la severidad de la misma. Se realizó un estudio observacional con 129 pacientes con deterioro cognitivo del policlínico "Alcides Pino". Se utilizaron los tests para evaluar esfera cognitiva y encuesta. La mayoría estuvo entre 75 a 79 años, el 57.4% fue del sexo femenino, predominó el nivel primario, la orientación, memoria inmediata, atención y cálculo fueron las más afectadas y el deterioro cognitivo leve con 65 pacientes. Lo que evidencia un predominio de las mujeres en este grupo de estudio. Hay autores que lo explican por ser las mujeres prevalentes en el grupo de 80 años y más, lo cual posibilita que sean más afectadas. (Avila M, 2007)

Sobre estos temas, podemos mencionar el estudio de Bennett D. A y cols. Sobre la historia natural del deterioro cognitivo en el anciano y las posibles variantes etiológicas en su evolución. Este estudio tuvo una cohorte de seguimiento, de aproximadamente 3 años, en el cual un 30% de los pacientes falleció sin desarrollar demencia y el resto progresó dentro del deterioro cognitivo y solo un porcentaje bajo desarrolló demencia. (Armas J, 2008). En un estudio anterior del mismo autor, se evaluaron 798 sujetos de los cuales 211 personas que equivalen al 26,4% tenían DCL y 587 que representan un 73,6% no tenían ningún tipo de deterioro. Tras un período de seguimiento de 4 años y medio, 30% de los sujetos con DCL murió y 34% desarrolló EA; de las personas sin deterioro, murieron 13% y 7,2% desarrolló EA. (Armas J, 2008)

En la Sección de Neuropsicología del Hospital Universitario de Caracas realizaron una investigación con el objetivo de identificar los principales indicadores en una batería de pruebas neuro-psicológicas que predigan la evolución a Demencia Tipo de Alzheimer (DTA) de pacientes previamente diagnosticados con Deterioro Cognitivo Leve (DCL). A través de un muestreo no probabilístico se obtuvo una muestra de 30 personas de ambos sexos, con edades entre 46 y 81 años, cuya evolución fue evaluada generando dos grupos diagnósticos: DTA y DCL. De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, aproximadamente un 56% de los pacientes con DCL mantuvieron este diagnóstico luego de un período de tiempo entre 7 meses y 15 años, en tanto que un 33% de ellos evolucionaron hacia la Enfermedad de Alzheimer. Aunque no se pudo conocer con exactitud la proporción de sujetos que evolucionó a Enfermedad de Alzheimer por períodos de tiempo específicos. (Ferreira A, 2008)

Por otra parte cabe señalar que las quejas de memoria no sólo responden al DCL, sino también suelen ser explicadas por la ansiedad y la depresión (Donoso (2007). En esta misma línea, en un estudio transversal realizado por Baquero et al. (2004), se encontró que los

síntomas psicológicos y conductuales que tienen mayor asociación con el DCL son: depresión, irritabilidad, ansiedad, apatía y agitación. (Cancino & Rehbein, 2016)

Como hemos dicho ya anteriormente a medida que nuestra población va envejeciendo la enfermedad de Alzheimer (EA) se vuelve cada vez más frecuente en adultos mayores y representa un serio problema de salud pública. La prevalencia a los 60 años de edad puede ser estimada en 1%, sin embargo, pasados los 80 años sube a 20% o más. En Concepción, Chile, se realizó un estudio para los sujetos mayores de 65 años, en el cual la incidencia anual de deterioro cognitivo es 1,78% y de demencia 1,82%. (Pinto J., 2007)

Por otra parte, el diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer (EA) debiera ser lo más precoz posible, ya que detectarlo de manera precoz y oportuna permite realizar ensayos terapéuticos y disminuye el sufrimiento familiar derivado del mal manejo de los trastornos conductuales. Sin embargo, los diversos intentos de diagnóstico precoz se ven dificultados por la falta de exámenes biológicos útiles en la práctica clínica habitual, y se corre el riesgo de omitir el diagnóstico o, a su vez, diagnosticar con EA a personas que no lo padezcan. (Donoso, Venegas, Villarroel, & Vásquez, 2001).

En un estudio realizado por Donoso, Venegas, Villarroel & Vásquez en el 2001, la muestra con la que trabajaron fue de 36 adultos entre 60 y 84 años de edad, que acudieron a la consulta médica (o fueron llevados por sus familiares a la consulta) por fallas o episodios de pérdida parcial o total de la memoria. Ninguno de los pacientes estudiados presentaba alguna patología médica general descompensada y al realizar el examen neurológico mostraban sólo alteraciones leves, poco significativas en adultos mayores. (Donoso, Venegas, Villarroel, & Vásquez, 2001)

Se pudo clasificar a los pacientes en tres grupos: los que evolucionaron hacia una demencia progresiva por una probable enfermedad de Alzheimer (EA), los que se mantuvieron con un deterioro cognitivo leve (DCL) y los que mejoraron al recuperarse de un trastorno emocional (DA). Nuestro principal resultado fue la falta de diferencias significativas en la evaluación inicial de los sujetos que después evolucionaron hacia los diferentes grupos, lo que permite hacer hincapié en la dificultad del diagnóstico diferencial. Llamó la atención que en el grupo EA existía un gran predominio de hombres, quienes representaban un 73,3% y en el grupo DA un predominio del sexo femenino siendo este un porcentaje de 72,7%. Sin embargo,

dentro de cada grupo no hubo diferencia en el rendimiento cognitivo inicial en relación al sexo.(Donoso, Venegas, Villarroel, & Vásquez, 2001)

Las tasas de conversión a demencia de los sujetos con DCL varían de acuerdo a los autores, pero en todos los casos son superiores a la prevalencia de demencia en las poblaciones de sujetos añosos normales. Petersen con un seguimiento de cuatro años encuentra una conversión a EA de 12% anual. Kluger con 3,8 años de seguimiento establece 29% de conversión a EA contra 11% en los sujetos normales. Masur también en un seguimiento de cuatro años, encuentra 20% de conversión y Ritchie a lo largo de tres años, 18%. (Otero J., 2003)

Según las diferentes poblaciones las tasas de deterioro cognitivo varían, según los Datos de Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), el deterioro cognitivo a Nivel Nacional en hombres es del 16.3% y en mujeres de 25.7%, en Quito los hombres tienen un 8.1% mientras que las mujeres alcanzan el 23.7%. La prevalencia de deterioro cognitivo en otro estudio realizado en Cuenca fue de 27%.(INEC, 2009).

De acuerdo a un estudio realizado en la provincia de Pichincha – Ecuador en adultos mayores de 65 años donde se aplicó el test psicométrico AD8, calificando a los sujetos como personas con resultado positivo compatible con deterioro cognoscitivo/demencia (AD8 de 3 o más puntos) y personas sin demencia (AD8 menor a 3). Como resultado en este estudio se obtuvo de los 402 participantes de los cuales el 55.9% representaba a mujeres, en total 146 de los participantes que reflejaban un 36.3% tuvieron un resultado positivo compatible con deterioro cognoscitivo leve a demencia tipo Alzheimer. La edad comprendida entre 78 años vs. 74 años; y una educación escolar menor a seis años reflejo un 85.6%, los cuales fueron hallazgos estadísticamente significativos respecto a las personas sin el deterioro cognoscitivo. El género, etnicidad y localidad rural vs. No rural, no fueron diferentes estadísticamente en la población investigada.(Salazar, 2012)

La prevalencia de demencia en esta provincia es más alta que en países desarrollados, teniendo como factores de riesgo para el deterioro cognitivo la edad y la escolaridad, observando que de los 402 voluntarios, en 146 se encontró un resultado positivo compatible con deterioro cognoscitivo, con lo cual la prevalencia de demencia fue de 36.3%. (Salazar, 2012). Sin embargo, en otro estudio realizado por Ana Navarrete se afirma que otro factor de

riesgo que se considera como causal de demencia es la disminución de ciertas sustancias como la vitamina B12 y la homocisteína. (Navarrete, 2014)

Cuenca –Ecuador muestra un estudio realizado en el que 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 que representa el 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 del 57.14%, presentaron múltiples comorbilidades orgánicas y no recibieron fármacos antidemenciales de entre ellos.(Quizhpi M, 2012)

Existe otro estudio realizado en Ecuador en el que se incluyeron a pacientes que acudieron al Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía con una edad comprendida entre 50 años durante 1999-2000. Se tuvieron en cuenta los criterios de Petersen et al., para el diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y se aplicaron pruebas neuropsicológicas (CERAD), considerando los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales IV edición (DSMIV) y los criterios del The National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer’s Disease and Related Disorders Association (NINCDS/ADRA). Se incluyeron 239 sujetos que se evaluaron de forma anual por un periodo de 8 años. El porcentaje de conversión de Deterioro Cognitivo a demencia anual fue de 25.5% y al término del seguimiento fue 56.4%.(Velásquez L., 2008)

Vale recalcar en el Ecuador existen muy pocos estudios acerca de la evolución del deterioro cognitivo leve a la demencia tipo Alzheimer.

DESARROLLO

El deterioro cognitivo sin enfermedad específica, es la alteración de una o varias funciones intelectuales que no llega a distorsionar notablemente la capacidad de relación social, familiar, laboral o actividades de la vida diaria. Los deterioros cognitivos más graves interfieren negativamente con las actividades de la vida diaria y se denominan Demencia cuando tales alteraciones producen un déficit importante y notorio de la capacidad de relación social, familiar, o laboral de un adulto mayor.(Robalino, 2012)

Estudio de Pieter Jell y cols. en Habana – Cuba acerca del deterioro cognitivo leve y el alzhéimer nos da como principal factor de riesgo la edad avanzada (Armas J, 2008) pero (Avila M, 2007) nos indica que además de la edad avanzada, las mujeres tienen mayor prevalencia de desarrollar la enfermedad de Alzheimer. No obstante, el estudio realizado por (Donoso, Venegas, Villarroel, & Vásquez, 2001) demostró que en el grupo de participantes ya diagnosticados o clasificados con demencia tipo Alzheimer existía un gran predominio de hombres, quienes representaban un 73,3% del 100% de la muestra total que decidieron estudiar.

Esto nos indica que el porcentaje de una muestra estudiada de participantes con DCL que evolucionan a una EA no va a depender únicamente del sexo de los participantes objeto de estudio, si no también, del grado de escolaridad, la capacidad de orientación, memoria inmediata, atención y cálculos operacionales, tal como lo había indicado (Avila M, 2007)

De acuerdo al estudio de Bennett D. A y cols. sobre la historia natural del deterioro cognitivo en el anciano, el cual tuvo un lapso de investigación de 3 años obteniéndose como resultado que únicamente un 30% de los pacientes falleció sin desarrollar demencia y el resto progresó dentro del deterioro cognitivo y solo un porcentaje bajo desarrolló demencia; mientras que en otro estudio realizado por los mismos autores, pero, en el cual se desarrolló mediante un período de seguimiento de 4 años y medio, en el que se obtuvo resultados que demostraron que el 30% de los sujetos con DCL murió y que un 34% desarrolló EA; de las personas sin deterioro, murieron 13% y 7,2% desarrolló EA. (Armas J, 2008)

Esto nos da una pauta para que el estudio de seguimiento de pacientes con algún grado de deterioro cognitivo debe realizarse en un lapso de tiempo de aproximadamente 10 años y que las personas objeto de estudio estén en grupos de edades inferiores a los 65 años, lo cual quizás sería contradictorio teniendo en cuenta que el mejor factor predictor para una evolución de deterioro cognitivo leve a demencia tipo alzhéimer es la edad avanzada; por lo

tanto, estos autores concluyen que las personas con DCL son 3 veces más propensos al riesgo de desarrollar una EA que las personas que no padecen de deterioro cognitivo.

Otro estudio de evolución de deterioro cognitivo leve (DCL), a demencia tipo Alzheimer que se realizó en Madrid-España muestran datos de 115 participantes de un estudio longitudinal, donde a dichos participantes antes mencionados los evaluaron constantemente durante un lapso de tres años; en los cuales los resultados de la muestra estudiada fue que, un 12% evolucionó a demencia; de ésta cerca del 86% lo hizo hacia la demencia tipo Alzheimer, y el resto, hacia otros tipos de demencias. De acuerdo a esta investigación, que también clasificaba a los participantes por el tipo de DCL para identificar qué tipo de dicho deterioro es el más propenso a evolucionar a enfermedad de Alzheimer les dio como resultados que 17% de los participantes que evolucionaron a demencia fue diagnosticado como DCL no amnésico (DCLna) y un 83% como DCL multidominio.(Díaz -Mardomingo M. C, 2010).

En base a este estudios podemos afirmar que dentro de los diversos tipos de deterioro cognitivo leve el de mayor riesgo a desencadenar la demencia tipo Alzheimer es el DCL multidominio, a pesar, de que la gran mayoría de pacientes diagnosticados con DCL, evolucionaron a diferentes tipos de demencia senil.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación realizada en Caracas, Venezuela por (Ferreira A, 2008) con el objetivo de identificar los principales indicadores en una batería de pruebas neuro-psicológicas que predigan la evolución a Demencia Tipo de Alzheimer (DTA) de pacientes previamente diagnosticados con Deterioro Cognitivo Leve (DCL), aproximadamente un 56% de los pacientes con DCL mantuvieron este diagnóstico luego de un período de tiempo de valoración que estuvo comprendido entre 7 meses y 15 años, en tanto que, un 33% de ellos evolucionaron hacia la Demencia Tipo Alzheimer. Aunque no se pudo conocer con exactitud la proporción de sujetos que evolucionó a Enfermedad de Alzheimer por períodos de tiempo específicos. Mientras que (Pinto J., 2007) señala que de acuerdo a su estudio realizado en Concepción, Chile, a adultos mayores de 65 años, demostraba que la incidencia anual de deterioro cognitivo es 1,78% y de demencia 1,82%.

Esto nos indica que la prevalencia a los 60 años de edad puede ser estimada en 1%, sin embargo, pasados los 80 años sube a 20% o más.

(Otero J., 2003) Pudo establecer que Petersen encuentra una conversión de DCL a EA de 12% anual en base a una investigación que realizó en un lapso de cuatro años de seguimiento. Así

como también encontró que Kluger con 3,8 años de seguimiento establece 29% de conversión de DCL a EA, frente a un 11% en los sujetos que no han sido diagnosticados con un DCL. Masur también en un seguimiento de cuatro años, encuentra 20% de conversión de DCL a EA, y finalmente Ritchie a lo largo de tres años, señala una evolución anual de pacientes con DCL a EA de 18%.

CONCLUSIONES

En base a la revisión bibliografía que se ha realizado podemos concluir que el deterioro cognitivo leve (DCL) aumenta con la edad avanzada, siendo este un factor de riesgo, a la vez demuestran que el género no define la evolución de DCL a enfermedad de Alzheimer (EA), pero si tiene mucho que ver su nivel de escolaridad, es importante valorar e identificar problemas de salud mentales que pueden presentar nuestros adultos mayores conforme avanza su edad. Lo podemos hacer nosotros mismos en nuestros hogares con nuestros abuelitos, al valorar el quehacer de sus actividades al día a día, estas incluyen las acciones de vestirse, aseo personal, alimentación y toma de medicamentos (en caso de ser una persona con alguna patología clínica que requiera mediación de por vida), por si solos; así como también, la frecuencia con que se les olvidan las cosas a realizar y si manifiestan alguna incapacidad para aprender nuevas acciones a realizar o recordar cosas básicas en sus vidas, como por ejemplo el nombre de su pareja, fecha de nacimiento, nombre de sus padres entre otras; quien tiene Deterioro Cognitivo Leve (DCL) sigue siendo independiente y es capaz de realizar las actividades de la vida diaria de manera normal.

Además se puede concluir que los pacientes que han tenido un seguimiento de su enfermedad y tienen un diagnóstico de deterioro cognitivo leve, en un lapso de 10 años son 3 veces más propensos en desarrollar EA y dentro de los diversos tipos de deterioro cognitivo leve el de mayor riesgo a desencadenarla es el DCL multidominio, no obstante, se debe aclarar que según la revisión bibliográfica realizada para reducir las posibilidades de que un deterioro cognitivo leve se convierta en una demencia, es fundamental modificar ciertos hábitos entre los cuales tenemos el descanso mental mediante el sueño de 7 a 8 horas diarias, la práctica diaria de deportes y ejercicios físicos, evitar consumo de alcohol y tabaco, más una alimentación sana y balanceada; que le permitirán a la persona tener una vida más sana y que harán que su cerebro se esfuerce más de lo que cotidianamente lo hacía.

En nuestro país Ecuador existen pocos estudios acerca de la evolución del deterioro cognitivo leve a una demencia tipo Alzheimer pero de los pocos que hemos encontrado se destaca un estudio realizado en la ciudad de Pichincha el cual tiene un alto porcentaje de pacientes diagnosticados con DCL que evolucionaron a demencia.

Es muy importante que cuando las personas presentan olvidos, estados depresivos, cambios de humor o incapacidad para tomar decisiones, se debe considerar como primera opción buscar atención médica especialmente del Neurólogo, y cuando ya sea diagnóstica la enfermedad de Alzheimer se debe conformar un equipo médico conformado por Neurólogo, Psiquiatra, Médico Internista y Enfermera los cuales manejarán al paciente permitiendo llevar un mejor manejo y control del tratamiento; en el mismo también deberán estar inmersos los familiares del paciente quienes se encargarán del cuidado directo del paciente en su hogar, para que así no dependa únicamente del profesional de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Jiménez, J. (2017). *Psicología y Mente*. Obtenido de <https://psicologiaymente.net/clinica/deterioro-cognitivo-leve!>
- Robalino, J. (09 de 07 de 2012). *Instituto de Neurociencias*. Recuperado el 17 de 08 de 2017, de Junta de Beneficiencia de Guayaquil: <https://www.institutoneurociencias.med.ec/categorias-guia/item/848-los-trastornos-cognitivos-en-adultos-mayores>
- Carrera, A. (2014). *CONSECUENCIAS JURIDICAS DE LOS TRASTORNOS NEUROPSICOLOGICOS EN EL ADULTO MAYOR:EL DETERIORO COGNITIVO LEVE Y LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER*. Obtenido de Documents/UDLA-EC-TAB-2014-52.pdf
- David S. Knopman, M. R. (20 de 10 de 2014). *IntraMed*. Recuperado el 18 de 08 de 2017, de <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=85507>
- OMS. (MAYO de 2015). Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- Bustamante B, C. M. (2016). Deterioro cognitivo en adultos mayores. *Redacción Medica* .
- Armas J, C. M. (2008). LOS FACTORES DE PROGRESION DEL DETERIORO COGNITIVO LEVE A LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* .
- Kaduszkiewicz, H. E. (2014). *Prognosis of mild cognitive impairment in general practice: results of the German AgeCoDe study*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24615312>
- Díaz -Mardomingo M. C, G.-H. S.-A. (2010). Detección precoz del deterioro cognitivo leve y conversión a la enfermedad de Alzheimer. *PSICOGERIATRIA* .
- Avila M, V. E. (2007). Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal* .

- Ferreira A, C. I. (2008). Indicadores Neuropsicológicos de Evolución a Demencia Tipo Alzheimer. *Psicología* .
- Cancino, M., & Rehbein, L. (2016). *Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica*. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082016000300002
- Pinto J., F. (Abril de 2007). Recuperado el 21 de Agosto de 2017, de Salud Madrid: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3Dt062.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352883643680&ssbinary=true>
- Donoso, A., Venegas, P., Villarroel, C., & Vásquez, C. (Septiembre de 2001). *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. Recuperado el 20 de Agosto de 2017, de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272001000300007&script=sci_arttext&tlng=en
- Otero J., S. L. (2003). Las fronteras entre el envejecimiento cognitivo normal y la enfermedad de Alzheimer. . *SCIELO Revista Médica Urugu*
- INEC. (2009). *ECUADOR - Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento* . Obtenido de <http://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/292>
- Salazar, J. (2012). FACTORES DE RIESGO Y PREVALENCIA DE LA DEMENCIA Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN PICHINCHA-ECUADOR. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas* .
- Navarrete, A. (2014). *¿Existe una verdadera relación entre Demencia y Vitamina B12?* Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2014/md141j.pdf>
- Quizhpi M, T. M. (2012). *PREVALENCIA DE DEMENCIA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES*. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20318/1/Tesis.pdf>
- Velásquez L., G. J. (2008). Conversión de Deterioro Cognitivo Leve a Demencia. *Revista Ecuatoriana de Neurología* .