

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
MINISTERIO DE SALUD – PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR
ASOCIACIÓN HONDUREÑA DE ALZHEIMER – ASHALZ
IHSS



TÍTULO:

**PREVALENCIA DE DEMENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN
ADULTOS MAYORES DE LA CIUDAD DE LA PAZ, LA PAZ,
2010 - 2011.**

PRESENTADO POR: CARLOS JOSÉ VELÁSQUEZ RODRÍGUEZ
MÉDICO EN SERVICIO SOCIAL

CUENTA: 20031007142

LUGAR: HOSPITAL ROBERTO SUAZO CÓRDOVA, LA PAZ, LA PAZ.

LA PAZ, LA PAZ, MAYO 2011

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
MINISTERIO DE SALUD – PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR
ASOCIACIÓN HONDUREÑA DE ALZHEIMER – ASHALZ
IHSS



TÍTULO:

**PREVALENCIA DE DEMENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN
ADULTOS MAYORES DE LA CIUDAD DE LA PAZ, LA PAZ,
2010 - 2011.**

PRESENTADO POR: CARLOS JOSÉ VELÁSQUEZ RODRÍGUEZ

MÉDICO EN SERVICIO SOCIAL

CUENTA: 20031007142

LUGAR: HOSPITAL ROBERTO SUAZO CÓRDOVA, LA PAZ, LA PAZ.

LA PAZ, LA PAZ. MAYO 2011

DEDICATORIA

A mis Padres.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, quien me conduce a través de sus caminos. A mis Padres, por su apoyo incondicional. A Rocío Sosa, por su paciencia, sus palabras de ánimo y las leguas recorridas. A mis Maestros, por su generosidad.

ÍNDICE

Presentación.....	7
Introducción	8
Justificación	9
Planteamiento del Problema.....	11
Objetivos	12
Objetivo General	12
Objetivos Específicos	12
Marco Teórico	13
Situación del Adulto Mayor.....	13
Demencia	14
Definición y clasificación.....	14
Epidemiología	16
Diagnóstico	17
Factores de riesgo	18
Tratamiento	21
Prevención	22
Metodología.....	23
Descripción del área de estudio	23
Tipo de Estudio.....	23
Universo.....	24
Muestreo y Recolección de Datos	24
Entrenamiento y Responsabilidades de los MSS.....	25
Descripción de los Instrumentos del Estudio	26
Definición de Caso.....	27
Procesamiento y análisis de la información	27
Aspectos Éticos.....	28
Dificultades metodológicas.....	28
Resultados.....	30
Datos sociodemográficos.....	30

Ejercicio y sedentarismo	30
Antecedentes personales y familiares	31
Antecedentes familiares	31
Antecedentes Personales Patológicos	31
Hábitos tóxicos	32
Tabaquismo y exposición a humo	32
Alcoholismo	32
Uso de medicamentos	32
Evaluación física	33
Antropometría	33
Evaluación cardiovascular.....	33
Evaluación Neurológica	34
Evaluación Mental	35
Depresión.....	35
Evaluación nutricional.....	35
Discusión	36
Conclusiones	39
Recomendaciones.....	40
Bibliografía	41
Anexos	45
Ciudad de La Paz.- Mapa.....	45
Instrumentos.....	46
Consentimiento Informado.....	46
Cuestionario Estructurado	47
Escala de Depresión Geriátrica.....	51
Mini Mental de Folstein.....	52
Evaluación Nutricional	53
Constancia.....	54
Declaración de Compromiso Ético.....	55

PRESENTACIÓN

A propuesta de la Unidad de Investigación Científica (UIC) de la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), me he adherido a la investigación nacional titulada “Prevalencia de demencia y factores asociados en adultos mayores de las zonas de influencia de los médicos en servicio social mayo 2010 - 2011”.

Dicha investigación fue diseñada por el Dr. Manuel Sierra, Dra. Edna Maradiaga, Dra. Heike Hesse, Lic. Ellen Navarro, Lic. María José Quiñonez, Dr. Angel Pineda y Dr. Adonis Andonie, bajo un diseño de investigación de tipo descriptivo y en apego a los lineamientos de buenas prácticas de la investigación biomédica.

Como parte de este estudio nacional y de manera particular, el presente Trabajo de Investigación fue desarrollado en el Hospital Roberto Suazo Córdova del Municipio de La Paz, perteneciente al Departamento de La Paz, por ser el lugar donde realice mi servicio social.

Este trabajo fue desarrollado bajo la supervisión del personal docente de la UIC y el manuscrito fue revisado y aprobado, posterior a una serie de tutorías brindadas por el Dr. Iván Espinoza Salvadó en cumplimiento al reglamento vigente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, previa opción al título de Doctor en Medicina y Cirugía, una vez concluido el servicio médico social obligatorio.

INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida que se ha observado a lo largo del siglo XX, conlleva, entre otras consecuencias, un incremento significativo de la prevalencia e incidencia de demencia en los últimos 30 años. Sin embargo, en Honduras desconocemos la prevalencia real en el Adulto Mayor (AM), lo que impide realizar una planificación y utilización adecuada de los recursos para la atención sanitaria de estos pacientes. Considerando lo anterior, con el objetivo de contribuir al conocimiento de la situación de salud general y de demencia del adulto mayor en Honduras para influir en políticas públicas que beneficien a esta población, se diseñó un estudio transversal descriptivo a fin de determinar la situación de salud en general del adulto mayor en la Ciudad de La Paz en el período de tiempo entre junio a noviembre del año 2010.

Aleatoriamente se seleccionó una muestra de 49 AM en tres barrios de la ciudad. A cada AM se le entrevistó utilizando un cuestionario para evaluar las características clínicas y sociodemográficas. El estado cognitivo - funcional se evaluó utilizando el Mini Mental de Folstein y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Asimismo se evaluó el estado nutricional a través de la Mini escala de estado nutricional de la OMS.

Al analizar los resultados fue evidente que los AM de La Paz son una población dependiente y de recursos económicos limitados, que a pesar de tener un estilo de vida saludable, presentan una prevalencia alta de enfermedades crónicas no transmisibles como Hipertensión Arterial Crónica y Diabetes Mellitus. Asimismo se encontró una alta prevalencia de posibles casos de demencia, dato que debe ser confirmado con estudios posteriores.

JUSTIFICACIÓN

En el pasado, los esfuerzos en investigación y promoción de la salud se han enfocado en las enfermedades materno-infantiles y en las enfermedades infectocontagiosas. Sin embargo, el cambio demográfico que ha ocurrido en Honduras en los últimos años ocasiona que las enfermedades crónicas no prevenibles se conviertan en una prioridad.

La mejoría en las condiciones socio-sanitarias ha facilitado un sustancial crecimiento de la población de adultos mayores en el país. Se estima que actualmente viven alrededor de 700,000 personas mayores de 60 años en Honduras. Es precisamente este grupo el que mayor riesgo tiene de padecer enfermedades crónicas.

Las principales causas de mortalidad en los adultos mayores son las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Sin embargo, son las demencias una de las principales causas de discapacidad y costo humano y financiero. Las demencias son enfermedades generalmente crónicas e incurables, que conllevan a deterioro intelectual, particularmente de memoria, cambios neuropsiquiátricos y un deterioro en la independencia instrumental y funcional.

El costo de cuidados directos e indirectos en las demencias es sumamente alto. Se estima un costo mundial anual de \$315.4 mil millones de dólares americanos (24th ADI Conference). En Honduras desconocemos la prevalencia real de demencia en nuestros adultos mayores.

Esta brecha de conocimiento nos impide una adecuada planificación de los recursos financieros y organizacionales para una adecuada atención del paciente hondureño con demencia.

Los datos obtenidos en este estudio podrían sensibilizar a los tomadores de decisión en la Secretaria de Salud para el desarrollo de políticas públicas y programas que ayuden a la prevención de la demencia y reducción del impacto individual, familiar, social y económico de las demencias.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Son evidentes, a nivel mundial, el aumento de la esperanza de vida y el aumento de la población mayor de sesenta años, que constituye un grupo vulnerable desde diferentes perspectivas. Desde el punto de vista socioeconómico, es una población dependiente y desde el punto de vista de salud pública, constituye uno de los mayores consumidores de los servicios de salud, además el envejecimiento poblacional conlleva un aumento de la prevalencia de discapacidad y de enfermedades crónicas no transmisibles, incluyendo enfermedades como la demencia, que aumenta directamente proporcional a la edad. La realidad en América Latina no es diferente ya que el grupo de AM pasará de representar el 8.1% de la población para el 2000 a 14.1% para el 2025; una tasa de crecimiento poblacional que no coincide con las tasas de crecimiento socioeconómico de los países de la región. Además, también aumentará la prevalencia de las enfermedades crónicas como la demencia, actualmente de 7.1%.

En este contexto, Honduras carece de estudios sobre demencia de base poblacional que permitan la orientación de las políticas de salud. Por otro lado, tampoco se conoce la situación socioeconómica y sanitaria del AM hondureño. La ciudad de La Paz no se excluye de la realidad nacional, y la falta de conocimiento sobre la situación de sus Adultos Mayores contrasta con la ausencia de políticas departamentales destinadas a la protección social de la población mayor de sesenta años. En este sentido se plantean las siguientes interrogantes:

¿Cuál es la situación de salud general del AM en la ciudad de La Paz?

¿Cuál es la prevalencia de demencia y depresión en la población de AM de la ciudad de La Paz?

¿Cómo se puede mejorar la respuesta del sector salud hacia el AM de la ciudad de La Paz?

OBJETIVOS

Objetivo General

Contribuir al conocimiento de la situación de salud general y de demencia del adulto mayor en la ciudad de La Paz, departamento de La Paz, con el fin de influir en políticas públicas que beneficien a esta población.

Objetivos Específicos

1. Determinar la situación de salud general del adulto mayor en la ciudad de La Paz.
2. Determinar la prevalencia de demencia (según los criterios del DSM IV) y depresión en la población de adultos mayores de la ciudad de La Paz.
3. Proponer recomendaciones para mejorar la respuesta del sector salud hacia el adulto mayor, particularmente aquellos que aquejan algún tipo de demencia.

MARCO TEÓRICO

Situación del Adulto Mayor

A lo largo del siglo XX, se ha observado un aumento de la esperanza de vida a nivel mundial, con el consecuente aumento de la población mayor a los 60 años. Este proceso de envejecimiento mundial ha motivado, desde hace aproximadamente 30 años, a la implementación de estrategias internacionales para mejorar la situación del Adulto Mayor (AM), a través del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento impulsado por las Naciones Unidas en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.¹

Las sociedades latinoamericanas también forman parte de este proceso de envejecimiento, mostrando patrones de transición demográfica más acelerados que los observados en los países europeos² y que no coinciden con las tasas de crecimiento socioeconómico que tienden a ser menores³. Se calcula que la población mayor de 60 años en esta región, que representaba aproximadamente el 8.1% de la población para el 2000, representará el 14.1% en el 2025 y el 23.4% para el 2050⁴.

Este cambio demográfico hacia el envejecimiento conlleva múltiples repercusiones sanitarias y socioeconómicas. Se vincula a un cambio en el perfil epidemiológico aumentando la frecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles y la prevalencia de discapacidad. Además se reconoce al AM como uno de los mayores consumidores de los servicios de salud incrementando los gastos en el sistema de salud.^{3,5}

Desde el punto de vista socioeconómico el envejecimiento poblacional implica un aumento en las tasas de dependencia, la necesidad de incrementar las tasas de

ahorro y la creación de sistemas de protección social ⁴. Esto obliga a los gobiernos a crear nuevas políticas laborales y de jubilación y de garantizar la respuesta de las instituciones de protección social y sanitaria ⁶.

En América Latina, al utilizar indicadores de salud validados, como el autorreporte, se identificaron múltiples factores de riesgo sanitario en la población mayor de 60 años. Entre ellos los más importantes fueron: nivel bajo de escolaridad, sedentarismo, malnutrición, sexo femenino y bajo nivel socioeconómico. Además, se descubrió que las condiciones de vida durante los primeros 15 años determinan significativamente las condiciones durante la vejez. ⁷ Asimismo, en América Latina se han identificado que las cardiopatías, el cáncer, la enfermedad cerebro vascular y la neumonía se encuentran entre las primeras causas de muerte en el AM. ⁸

Demencia

Definición y clasificación

Demencia se define como el deterioro intelectual o cognitivo con o sin alteración de la conciencia o la percepción. Se refiere a un síndrome caracterizado por la alteración de la memoria y el deterioro de otras funciones corticales debido a una enfermedad progresiva crónica degenerativa del cerebro. Tradicionalmente se clasifica según su etiología y se diferencian los siguientes tipos: a) Atrofia cerebral (principalmente Alzheimer), b) Demencia multi-infarto, c) Demencia por alcoholismo, d) Tumores intracraneales, e) Hidrocefalia normotensiva, e) Corea de Huntington, f) Intoxicación crónica de drogas, g) Demencia asociada a enfermedad sistémica y h) Demencia por SIDA. ⁹

Sin embargo se han señalado algunas limitaciones de las clasificaciones sobre demencia utilizadas actualmente (DSM-IV, ICD-10) ^{10, 11}, aduciendo que su estructura no ayuda a comprender su concepto, presentación clínica y

mecanismos fisiopatológicos y que ambas giran en torno a la Enfermedad de Alzheimer (EA) ¹². Además, también se ha clasificado la demencia solo en base a los hallazgos anatomopatológicos y genéticos, por lo que se han propuesto nuevas clasificaciones de acuerdo a la presentación clínica y de laboratorio: a) Demencia con otra enfermedad de base (Ej. SIDA, trastornos endocrinos, deficiencias nutricionales); b) Demencia asociada con otros signos neurológicos (Ej. Corea de Huntington, Esclerosis múltiple, Epilepsia mioclónica); y Demencia como característica principal (Ej. EA, Enfermedad de Pick, Demencia frontotemporal) ⁹.

Asimismo, se han propuesto clasificaciones en base al mecanismo fisiopatológico subyacente:

- a) Demencias primarias degenerativas, a su vez se pueden clasificar en 1) Demencias “puras” (Ej. EA) y 2) Demencias asociadas a otros signos neurológicos (Ej. Enfermedad de Parkinson).
- b) Demencias secundarias, a su vez se pueden clasificar en: 1) Trastornos que causan daño neuronal directo, 2) Trastornos que causan aumento de la presión intracraneana y 3) Trastornos funcionales. ¹³

Se conoce como EA, el tipo más frecuente de demencia, al trastorno progresivo neurodegenerativo caracterizado por deterioro cognitivo y de la memoria, alteración progresiva de las actividades de la vida diaria y alteraciones conductuales asociadas a hallazgos anatomopatológicos que resultan de depósitos de proteínas ^{14, 15}. Sin embargo, históricamente la definición de la EA ha sufrido modificaciones adaptándose a nuevos métodos diagnósticos y de tamizaje. Recientemente se ha propuesto un nuevo marco conceptual sobre EA que permita estandarizar definiciones operativas. ¹⁶

Epidemiología

La EA es una de las enfermedades neurológicas más frecuentes en el AM, con un incremento significativo en su prevalencia e incidencia en los últimos 30 años, probablemente como consecuencia del aumento del número de AM ^{17, 18}. La prevalencia e incidencia de la demencia en general muestran un aumento exponencial en relación a la edad, la prevalencia se ha estimado en 0.3-1.0 por 100h en la población de 60 a 64 años y en 42.3 a 68.3 por 100h en la población mayor de 95 años ¹⁹.

No se han encontrado variaciones significativas al comparar la prevalencia de demencia en general entre distintas regiones de Asia, Africa, Europa y América del Norte, sin embargo se ha señalado la posibilidad de que existan diferencias significativas al comparar la prevalencia de cada uno de los tipos de demencia, observando un aumento de la proporción de demencia vascular y disminución en la proporción de EA en los países asiáticos ^{19, 20, 21}. Aunque en términos generales, la EA es el tipo de demencia más común y se estima que afecta a 25 millones de personas alrededor del mundo ²².

Los hallazgos en América Latina no difieren de lo descrito a nivel mundial. En revisiones sistemáticas se ha reportado una prevalencia de 7.1% en la población mayor a los 65 años y la EA representa la mayoría de los casos de demencia. Sin embargo, la prevalencia en los AM latinoamericanos de 65 a 69 años fue mayor que la descrita en otras regiones. Además se reportó que la prevalencia de demencia fue dos veces mayor en analfabetas. ²³

Se ha sugerido que la prevalencia de demencia puede ser menor en países en vías de desarrollo, sin embargo al estudiar poblaciones de bajos recursos en Asia (India y China) y América Latina se demostró que en poblaciones urbanas no

existe diferencia con la prevalencia de demencia descrita en países desarrollados y que aunque la prevalencia fue menor en poblaciones rurales, esto se puede deber a una subregistro de los casos de demencia al utilizar los criterios del DSM-IV.²⁴

En Honduras, a pesar que no se han realizado estudios sobre prevalencia de demencia²⁵, se ha reportado una prevalencia de trastornos cognitivos en una población urbana de 5.7 casos por 1000 habitantes y una prevalencia de demencia de 0.6 casos por cada 1000 habitantes²⁶.

Diagnóstico

Históricamente la EA ha sido definida desde dos puntos de vista: a) como un fenotipo clínico caracterizado por el síndrome de demencia o b) como hallazgos anatomopatológicos característicos¹⁶. Sin embargo, los criterios diagnósticos más utilizados, DSM-IV y NINCDS–ADRDA (National Institute of Neurologic and Communicative Disorders and Stroke–Alzheimer’s Disease and Related Disorders Association), se fundamentan mayoritariamente en las manifestaciones clínicas, ante la inaccesibilidad a la evidencia anatomopatológica¹⁴. El DSM-IV plantea los siguientes criterios diagnósticos¹⁰:

- a) Presencia de los múltiples déficit cognoscitivos: 1) deterioro de la memoria y 2) una (o más) de las siguientes alteraciones cognoscitivas: afasia, apraxia, agnosia, alteración de las funciones ejecutivas.
- b) El déficit cognoscitivo en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo en las actividades diarias del paciente.
- c) Inicio gradual y progresivo.
- d) El déficit cognoscitivo de los Criterios A1 y A2 no se deben a ninguno de los siguientes factores: otras enfermedades del sistema nervioso central, enfermedades sistémicas y enfermedades inducidas por sustancias.

- e) Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- f) La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno.

Por otro lado los criterios NINCDS–ADRDA clasifican el diagnóstico de EA en: a) definitivo (confirmación histológica), b) probable (síndrome clínico típico sin confirmación histológica) y c) posible (cuadro clínico atípico sin otra alternativa diagnóstica). Las características clínicas típicas de la EA son alteración en la memoria, deterioro del lenguaje y déficit visuoespacial.¹⁴

Sin embargo, algunos autores sugieren que ambos criterios para el diagnóstico de la EA son obsoletos al no incluir los biomarcadores que caracterizan mejor el fenotipo de la EA y que permiten un diagnóstico precoz. Entre ellos se describen la atrofia del lóbulo temporal medial visible a través de imagen por resonancia magnética, la tomografía por emisión de positrones con fluorodeoxiglucosa y la determinación de amiloide y proteína Tau en líquido cefalorraquídeo. La inclusión de estos factores ha conducido a la creación de nuevos criterios para el diagnóstico de EA.²⁷ Por otro lado se han identificado numerosos factores que condicionan a que la demencia sea sub-diagnosticada en los servicios de medicina general a nivel mundial. Entre ellos destacan la carencia de indicadores objetivos para el tamizaje de demencia y la falta de entrenamiento del médico de atención primaria en geriatría.²⁸

Factores de riesgo

Se han descrito múltiples factores asociados a Demencia y EA específicamente. Para fines del presente informe se dividirán en factores de riesgo modificables y no modificables.

Factores de riesgo no modificables

Edad y Sexo. La edad es el factor de riesgo individual más fuertemente asociado a la EA, lo que se demuestra al observar que a pesar de la predisposición genética la EA no se desarrolla en adultos jóvenes o de mediana edad. Sin embargo, aún está por determinar si la EA es eminentemente una enfermedad relacionada con la edad.²² Por otro lado, múltiples series de pacientes en distintas regiones han demostrado que el sexo femenino es el más afectado, sobre todo en edades más avanzadas.²⁹

Factores Genéticos: Se han identificado más de 127 polimorfismos en por lo menos 67 genes ligados a EA. Además se ha observado que los familiares de primer grado de los pacientes con EA tienen una incidencia más alta de EA que el resto de la población y que 15 – 35% de pacientes tienen un familiar de primer grado afectado con EA. También se han asociado al menos dos genes, apolipoproteína E (APOE, en el cromosoma 21) y el receptor neuronal relacionado con sortilina (SORL1) con la EA.^{22, 29}

Eventos negativos durante los primeros años de vida. Se ha descrito que las condiciones socioeconómicas, el desarrollo cerebral en los primeros años de vida, factores ambientales, trauma cerebral y el índice de crecimiento corporal podrían estar relacionados con la EA.²⁹

Factores de Riesgo Modificables

Enfermedad cardiovascular. Actualmente se cuenta con un gran volumen de evidencia del papel de la enfermedad cardiovascular (hipertensión arterial crónica y diabetes mellitus) como factor de riesgo para la Demencia, tanto para la de etiología vascular como para la EA. Además dislipidemias, tabaquismo y otros factores de riesgo vasculares también han sido asociados con la EA. Estos

factores de riesgo compartidos entre la Demencia Vascular y la EA han motivado a considerar estas dos entidades como los extremos de un mismo proceso.^{30, 31}

El tabaquismo, la hipertensión arterial crónica, la hipercolesterolemia y la diabetes mellitus durante la cuarta década de la vida están asociados, individualmente, a un incremento del 20 al 40% del riesgo de Demencia. Y aumentan el riesgo en una forma dosis-dependiente cuando se analizan en conjunto³². Además al analizar factores de riesgo de Demencia en pacientes con Diabetes Mellitus se identificó que el tiempo de duración de la misma estaba directamente relacionado con un aumento en el riesgo de demencia y que, por el contrario, el uso de hipoglicemiantes e hipolipemientes reducían el riesgo³³.

Sedentarismo. Al ser comparado con el sedentarismo, la actividad física se ha asociado con menores riesgos de alteraciones cognitivas, EA u otro tipo de demencia.³⁴

Síndrome Metabólico. En términos generales el síndrome metabólico tiene un efecto deletéreo sobre la memoria y las funciones ejecutivas³⁵. Entre los factores de riesgo vasculares, el síndrome metabólico ha sido asociado con un incremento en el riesgo de desarrollar déficit cognitivo, demencia en general y demencia vascular, pero aún no es concluyente en cuanto a su rol en la EA³⁶.

Educación. Se ha comprobado la teoría de la compensación sobre el efecto de la educación en el cerebro. A mayor años de escolaridad, en una relación dosis dependiente, disminuye el riesgo de demencia sin una disminución en los hallazgos anatomopatológicos de trastornos neurodegenerativos y vasculares.³⁷

Tratamiento

En términos generales, el tratamiento de la EA involucra un equipo de trabajo que incluye al cuidador, personal de enfermería, psicólogos, médicos de atención primaria, neurólogos y otros. Asimismo es una combinación de apoyo psicológico, prevención secundaria y tratamiento farmacológico.¹⁴

Tratamiento farmacológico

Fármacos Colinérgicos. La EA se ha asociado con la degeneración selectiva de neuronas colinérgicas del núcleo de Meynert encaradas de estimulación cortical, lo que está asociado a con el déficit cognitivo. Consecuentemente se han aprobado fármacos inhibidores de la colinesterasa (Ej. Donezepilo y rivastigmina) para la EA leve con efectos considerables en los test de evaluación y una mejoría en la ejecución de las actividades cotidianas.²²

Antioxidantes. Se recomienda el uso de vitamina E para disminuir lapso de tiempo antes de un desenlace fatal o de un empeoramiento del cuadro. No tiene ningún efecto en las capacidades cognitivas.²²

Antiinflamatorios. A pesar de la evidencia de procesos inflamatorios en la fisiopatología de la EA, no los estudios de múltiples AINEs y esteroides han arrojado resultados adversos.¹⁴

Memantina. Debido a la oxidación de la glutamina sintetasa en el cerebro de pacientes con EA existe un aumento de glutamato y la activación excesiva de los receptores NMDA resultan en degeneración neuronal. La memantina, un antagonista de receptores NMDA, puede ofrecer una disminución de los síntomas al reducir la hiperestimulación por glutamato.²²

Tratamiento de las alteraciones conductuales y síntomas psiquiátricos

Se debe iniciar con intervenciones no farmacológicas como el uso de música, videos de familiares, estimulación sensorial, terapias de relajación, ejercicios de baja intensidad entre otros. Si las medidas farmacológicas son necesarias por la severidad de los síntomas, se recomiendan los antipsicóticos atípicos por la menor frecuencia de efectos secundarios.¹⁴

Además se debe tratar las comorbilidades del paciente, administrar tratamiento de sostén y prevención secundaria. Asimismo se recomienda tratar al cuidador.¹⁴

Prevención

A pesar de la identificación de los factores de riesgo cardiovasculares como uno de los más importantes asociados con demencia y EA. No existen datos concluyentes que apoyen la posibilidad que el tratamiento oportuno de las enfermedades cardiovasculares sea eficaz para prevenir la demencia y la EA.^{38, 39} Por otro lado, a pesar de que la evidencia no es suficiente para formular recomendaciones, múltiples estudios han indicado que una dieta rica en folato y ácidos grasos del pescado pueden ayudar a prevenir los síndromes demenciales en general.⁴⁰

También se ha señalado que las actividades de entrenamiento que involucren una respuesta cognitiva, como la lectura, pueden ser factores importantes para la prevención de la Demencia y la EA.⁴¹

METODOLOGÍA

Descripción del área de estudio

El Municipio de La Paz se encuentra al Norte del departamento del mismo nombre, una ciudad con una población aproximadamente de 35, 274 habitantes, principalmente dedicada a la agricultura. Es geográficamente accesible a través de una carretera pavimentada desde la carretera que se dirige al norte del país y cuenta con 7 escuelas públicas y 3 privadas.

Así también cuenta con un Hospital de área (Hospital Roberto Suazo Córdova) y tres clínicas privadas en su casco urbano. Los principales problemas de salud en la población menor de cinco años son infecciones respiratorias agudas, diarreas y desnutrición. En relación a la mortalidad en esta región, es conocido que a mortalidad materna ha tenido una tendencia a disminuir en los últimos años. Respecto a la morbilidad general en el área, enfermedades como la malaria y el dengue se presentan en zonas urbanas y existen reportes de la Enfermedad de Chagas que se encuentra en los municipios de mayor pobreza. Así también, enfermedades de transmisión sexual y SIDA, han tenido una tendencia al incremento y la incidencia de tuberculosis se ha mantenido igual en los últimos 4 años.

Tipo de Estudio

Transversal, descriptivo. Dada la necesidad de información epidemiológica básica sobre la prevalencia de demencia en mayores de 60 años en países en vías de desarrollo, se realizó el estudio: Prevalencia de Demencia y Factores Asociados en Adultos Mayores en la Ciudad de La Paz: Mayo 2010 – 2011, como parte del estudio sobre Prevalencia de Demencia y Factores Asociados en Adultos Mayores que viven en las áreas de influencia de los MSS.

En una colaboración entre la Unidad de Investigación Científica de la Facultad de Ciencias Médicas, UNAH; el Programa del Adulto Mayor y el Programa de Vigilancia de Enfermedades Crónicas Degenerativas (ECD) de la Secretaría de la Salud, el Centro de Atención al Adulto Mayor – IHSS y la Asociación Hondureña de Alzheimer, se llevó a cabo el presente estudio como parte del primer estudio nacional de demencia y factores asociados en el país.

El estudio de un año de duración es un estudio transversal, a nivel poblacional, con una muestra aleatoria de adultos mayores de 60 años que residen en la ciudad de La Paz.

Universo

Población mayor de sesenta años de la ciudad de La Paz, departamento de La Paz.

Muestreo y Recolección de Datos

En el año 2009, se estimaba que la población total de Honduras era de 7.88 millones, de los cuales alrededor de 586,000 son adultos mayores (7.4% de la población total).

Basados en estos porcentajes, estimamos un total de alrededor de 63,000 adultos mayores viviendo en las áreas de influencia de los MSS. Utilizando una prevalencia calculada de demencia de 6.5% en el continente americano ($\pm 2\%$) encontrada en otros estudios, y considerando un intervalo de confianza de 99% y un 80% de poder estadístico, estimamos una muestra mínima de 1,100 adultos de 60 años o más para este estudio. Sin embargo, debido a los requisitos de graduación, cada MSS deberá llenar 50 encuestas en su área de influencia, de acuerdo al muestreo establecido. De tal forma, se obtendrán 6,000 encuestas para

el final del año, 100 de ellas de la ciudad de La Paz como lugar de trabajo de dos MSS.

Para el muestreo del estudio se utilizó el croquis de la ciudad de La Paz obtenido en la Alcaldía de dicha ciudad. Se dividió la ciudad en dos partes: norte y sur, excluyendo la zona llamada “La Granja” por ser conocida por su falta de seguridad pública. Posteriormente se realizó mediante sorteo cual región de la ciudad le correspondería a cada uno de los MSS de la ciudad. De la zona norte de la ciudad se escogieron mediante sorteo los barrios San Antonio, Sagrado Corazón, San Juan y se procedió a encuestar a los AM que cumplía con los criterios de inclusión en cada cuarta casa hasta alcanzar con el número de muestra requerida. En caso de que más de un adulto mayor residía en la misma vivienda, se realizó una selección al azar entre ellos.

Los criterios de exclusión incluían personas que no hablaran español y adultos mayores que sufrieran ceguera o sordera.

Entrenamiento y Responsabilidades de los MSS

Los MSS de la Ciudad de La Paz fueron entrenados en el protocolo de investigación y en la aplicación de los instrumentos utilizados; con este propósito se realizaron sesiones bimensuales. Estas reuniones bimensuales también incluyeron supervisión de la muestra seleccionada, control de calidad de las encuestas ya llenadas y educación continua en el tema de demencia y factores asociados.

Para el sexto mes del estudio, se completaron las 50 encuestas en el hogar de los participantes, y posteriormente entregarlas a la UIC para el inicio de la digitalización de los datos.

Descripción de los Instrumentos del Estudio

Además de establecer un diagnóstico sobre la situación de Salud del AM y una prevalencia nacional de demencia en Honduras, nuestra investigación obtuvo información sobre algunos factores asociados a las demencias, como datos demográficos, escolaridad, estilo de vida, estado nutricional, comorbilidades (particularmente cardiovasculares, metabólicas y depresión). Los datos del estudio, por lo tanto, fueron obtenidos mediante una encuesta socio-demográfica, un examen físico dirigido y además se utilizó una evaluación cognitiva – funcional corta.

A cada participante se le administró, previo consentimiento informado, una encuesta que incluía preguntas sobre demografía, estado socio-económico y actividades recreativas (poner en forma de lista, con número de anexo). Los antecedentes médicos se enfocaron en condiciones médicas relevantes actuales y pasadas, una lista actual de medicamentos, historia familiar y un examen físico dirigido a biometría, agudeza visual, evaluación cardio-vascular y neurológica.

La valoración cognitiva-funcional incluyó el uso de los instrumentos estandarizados siguientes:

1. MMSE ⁴².
2. Escala de depresión geriátrica ⁴³.
3. Mini-escala de estado nutricional de la OMS ⁴⁴.

Una entrevista corta se realizó con un familiar si el adulto mayor era incapaz de proveer datos relevantes de su historia médica. La aplicación de la encuesta socio-demográfica, el examen físico dirigido y la evaluación cognitiva – funcional se realizó en promedio unos 45 minutos. No fue necesario realizar la encuesta en dos etapas en ninguno de los casos.

Los MSS de La Paz fueron entrenados en la aplicación y puntuación de las diferentes encuestas y pruebas a aplicar. Cada MSS recibió un manual de administración y un manual de puntuación para cada escala.

Los sujetos fueron entrevistados en su totalidad en sus domicilios y no fue posible realizar pruebas de laboratorio considerando la falta de cumplimiento de los sujetos a las citas en el hospital y la concurrencia de personal de laboratorio en las período de recolección de datos.

Definición de Caso

Los participantes se clasificaron como potencialmente normales, sospechosos de demencia o con demencia de acuerdo a los criterios del DSM-IV. Se utilizaron diferentes puntos de corte de acuerdo a nivel educativo para el MMSE y la Prueba de fluidez por categoría. Para el MMSE los puntos de corte fueron:

- 28 para personas con más de 7 años de estudio;
- 24 para aquellos con escolaridad entre 4 y 7 de escuela;
- 23 para aquellos con escolaridad entre 1 – 3 años de escuela primaria y
- 19 para los que no asistieron a la escuela primaria, sean alfabetos o no.

Procesamiento y análisis de la información

La base de datos del estudio fue diseñada por la Unidad de Informática de la UIC, y el ingreso de los datos se realizó bajo la supervisión de dicha unidad. Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico EPI-INFO 3.3 (versión Windows). Se utilizó un análisis univariado para la estimación de la prevalencia de demencia y las variables principales del estudio se presentaron en forma de frecuencias y distribuciones simples.

Aspectos Éticos

Se solicitó la aprobación ética del estudio por la Unidad de Investigación Científica de la Facultad de Medicina de la UNAH. A todos los participantes se les llenó una hoja de consentimiento. En el consentimiento informado se le informó a los AM que su participación era voluntaria, que se podían retirar en el momento que desearan, los beneficios que obtendrían y que los datos serían absolutamente confidenciales, entre otros aspectos.

Los datos de cada encuesta fueron absolutamente confidenciales y en ningún momento se divulgaron a personas ajenas del estudio. Dentro de los miembros del grupo de trabajo, los datos se manejaron de acuerdo a un número-código, que no incluye el nombre del participante. Todos los sujetos con sospecha de demencia, comorbilidad médica no controlada, depresión y otros factores de riesgo fueron manejados por los MSS en los Cesamos de acuerdo a las normas de la Secretaría de Salud y con los fármacos del cuadro básico. Cuando fue requerido se remitió al AM al nivel de salud respectivo en el servicio que prefirió el individuo o la familia (público, IHSS o privado). En el caso de los trastornos neuropsiquiátricos, el país no dispone de un manual de normas, por lo que se refirió al nivel sanitario que contaba con personal capacitado para el manejo de estos trastornos (psiquiatría, neurología, medicina interna o psicología).

Dificultades metodológicas

No fue posible realizar exámenes de laboratorio para determinar niveles de colesterol y triglicéridos en sangre para calcular el riesgo cardiovascular debido a que la toma de la muestra se realizaba en las instalaciones del Hospital, y los encuestados no se mostraron anuentes en asistir a la cita. Además, el periodo de recolección de datos coincidió con un paro de labores del personal del laboratorio

del Hospital como miembros del Sindicato de Trabajadores de la Medicina, Hospitales y similares.

Por otro lado, algunos familiares de los encuestados se mostraron molestos al considerar que las preguntas incluidas en los instrumentos utilizados no estaban acordes al nivel educativo del AM encuestado y, a pesar que se le explico detalladamente las características del test aplicado, los familiares consideraron la evaluación como una burla.

La evaluación del AM a través de todos los instrumentos utilizados resultó ser, en muchos casos, muy extensa y llego a agotar al AM.

RESULTADOS

Datos sociodemográficos

Se encuestaron un total de 49 adultos mayores (AM), 33 (67%) de sexo femenino y el resto (16, correspondiente al 32.7%) de sexo masculino. La media de edad fue de 70.71 años, distribuidos de la siguiente manera: 18 (36.73%) de 60 a 64 años, 12 (24.49%) de 65 a 69 años, 3 (6.12%) de 70 a 74 años, 5 (10.20%) de 75 a 79 años, 6 (12.24%) de 80 a 84 años y 5 (10.20%) mayores de 84 años.

La media de años de escolaridad fue de 4.63 años presentado una distribución bimodal: de 0 años (26.5%) y de 6 años (24.5%). Seis encuestados (16.32%) alcanzaron 12 o más años de escolaridad (secundaria completa) y 2 (4.08%) alcanzaron estudios universitarios; mientras que 35 (71.4%) sabía leer y escribir.

Según su estado civil, 15 (30.6%) estaban casados, 15 (30.6%) estaban solteros, 13 (26.5%) estaban viudos y solo 6 (12.2%) estaban en unión libre. El 95.7% afirmó que la casa era propia o familiar, mientras que en el 60.4% el ingreso familiar fue menor a L. 7,000.00.

Ejercicio y sedentarismo

Los AM encuestados en promedio caminan 39.79 minutos diarios; sin embargo el 73.5% (36) refiere que camina menos de 30 minutos, el 12.24% (6) camina de 30 minutos a 1 hora y el resto (14.29%) caminan más de 1 hora. Asimismo, el 50% refiere que camina 5 “cuadras” o menos cada día, el 22.73% camina entre 6 y 10 cuadras y el 27.27% caminan más de 10 cuadras. Como parte de sus actividades diarias solo el 13.0% de los AM refieren subir y bajar gradas.

Antecedentes personales y familiares

Antecedentes familiares

De los AM encuestados, 40 (81.6%), negaban tener antecedentes de familiares de primer grado de consanguinidad con Enfermedad Coronaria Temprana; asimismo, 46 (93.9%) de los AM negaron antecedente familiar de demencia.

Antecedentes Personales Patológicos

En la Tabla No. 1 se describen la frecuencia simple de los AM según sus antecedentes personales patológicos, el rango de tiempo de tener la enfermedad y el porcentaje de los que se encontraban en tratamiento en ese momento. Las enfermedades de mayor prevalencia entre los AM son la Diabetes Mellitus (22.45%) e HTA (59.18%). Entre las patologías presentadas como “Otra” sobresalen las enfermedades osteoarticulares como osteoartrosis y artritis.

Tabla No. 1. Antecedentes personales patológicos de los AM en la ciudad de La Paz, La Paz.

Patología	Frecuencia		Rango de tenerla	Tratamiento	
Diabetes Mellitus	11	(22.45%)	2 a 26 años	11	(100.00%)
Dislipidemia	6	(12.24%)	<1 a 5 años	3	(50.00%)
IAM	3	(6.12%)	2 a 20 años	3	(100.00%)
Insuficiencia Cardíaca	4	(8.16%)	<1 a 26 años	3	(75.00%)
ECV	3	(6.12%)	<1 a 2 años	0	(0.00%)
HTA	29	(59.18%)	<1 a 30 años	25	(86.21%)
Otra	12	(24.49%)	-	-	

IAM: infarto agudo del miocardio; ECV: enfermedad cerebro-vascular; HTA: hipertensión arterial aguda; TCE: trauma cráneo-encefálico.

Fuente: Prevalencia de demencia y factores asociados en adultos mayores de la ciudad de La Paz, La Paz, 2010 - 2011.

Hábitos tóxicos

Tabaquismo y exposición a humo

Del grupo de AM encuestados, 17 (34.7%) han fumado alguna vez en su vida; sin embargo, solo 4 (23.35%) fumaban al momento de la encuesta. Además, 15 (30.6%) refieren ser fumadores pasivos y 18 (36.7%) están expuestos a humo de fogón, de los cuales 11 (61.1%) tienen el fogón fuera de la casa.

Alcoholismo

Al indagar sobre los hábitos de consumo de bebidas alcohólicas, se encuentra que solo 5 (10.2%) del total de los AM encuestados consume bebidas alcohólicas una o menos veces al mes, el resto (89.8%) niega el consumo de bebidas alcohólicas. Del grupo que consume bebidas alcohólicas solo 1 consume más de 10 bebidas y 1 afirma consumir entre 3 y 4 bebidas en un día de consumo normal.

Además, del total de AM, 4 (8.2%) refieren que en algún momento alguien (familiares, amigos o profesionales de salud) ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas.

Uso de medicamentos

En relación a los medicamentos utilizados por los AM que fueron prescritos por el médico, 15 (30.60%) no utilizan ningún medicamento prescrito por el médico, 21 (42.86%) utilizan entre 1 y 3 medicamentos y 13 (26.53%) utilizan entre 4 y 6 medicamentos. Ningún AM utiliza más de 6 medicamentos prescritos por cualquier personal de salud y el promedio de medicamentos consumidos fue de 2.14 medicamentos.

Por otro lado, 35 (71.4%) de los encuestados negaron automedicarse, 13 (26.5%) afirmaron consumir 1 medicamento no prescrito por el médico y solo 1 (2%) afirmó

consumir 2 medicamentos no prescritos. El promedio de medicamentos no prescritos utilizados fue menos de 1 medicamento.

Evaluación física

Antropometría

El peso de los AM osciló entre 55 y 89 Kg con una media de 72.49 Kg, mientras que la talla fue de 127 a 177 cm con una media de 57.63 cm. En la Tabla No. 2 se detalla la distribución de los AM según su Índice de Masa Corporal, el cual oscila en un rango de 22 a 42 Kg/m², con una media de 29.32 Kg/m².

Tabla No. 2. Índice de Masa Corporal de los AM en la ciudad de La Paz, La Paz.

IMC	N	%
< 19	0	0.00%
19 ≤ IMC < 25	6	12.24%
25 ≤ IMC < 30	21	42.86%
30 ≤ IMC < 35	19	38.78%
IMC ≥ 35	3	6.12%

IMC: Índice de Masa Corporal

Fuente: Prevalencia de demencia y factores asociados en adultos mayores de la ciudad de La Paz, La Paz, 2010 - 2011.

El perímetro umbilical osciló entre 33 y 115 cm, con una media de 88.21 cm y el 57.14% presentó perímetro umbilical mayor a 88 cm, indistintamente de su sexo.

Evaluación cardiovascular

Al evaluar la Presión Arterial en ambos brazos y tomar en cuenta solo la presión arterial más elevada entre los dos, se encontró la presión arterial sistólica (PAS) en el rango entre 100 y 180 mmHg, con una media de 139.59 mmHg. Asimismo la presión arterial diastólica (PAD) osciló entre 60 y 120 mmHg, con una media de

85.92 mmHg. La Presión Arterial Media (PAM) fue, en promedio, de 154.52 mmHg, con un rango de 83 a 140 mmHg. En la Tabla No. 3 se muestra la distribución de la PAS, PAD y PAM en los AM encuestados.

Tabla No. 3. PAS, PAD y PAM de los AM en la ciudad de La Paz, La Paz.

Presión Arterial (mmHg)	PAS	PAD	PAM
<80	0	0	0
80-89	0	11	3
90-99	0	18	15
100-119	5	9	23
120-139	12	1	6
140-159	23	0	1
>159	9	0	0

PAS: Presión Arterial Sistólica; PAD: Presión Arterial Diastólica; PAM: Presión Arterial Media

Fuente: Prevalencia de demencia y factores asociados en adultos mayores de la ciudad de la paz, la paz mayo 2010 - 2011.

Al auscultar a la población encuestada, 2 (4.1%) AM presentaron arritmias y 2 (4.1%) presentaron soplos.

Evaluación Neurológica

Durante la evaluación neurológica de los AM, se identificaron 7 (14.2%) encuestados con por lo menos una manifestación neurológica (ver Tabla No. 4). No se encontraron AM con disfasia, afasia, hemiparesia, hemiplejía, hiperreflexia, hipoestesia, lentitud motora, marcha inestable, paraparesia, signos frontales, ni babinski.

Tabla No. 4. Manifestaciones neurológicas de los AM en la ciudad de La Paz, La Paz..

Déficit neurológico	n	%
Hemiparesia o hemiplejía	1	2
Lentitud motora	1	2
Parálisis facial	1	2
Temblor o rigidez	2	4.1
Trastorno de conducta	2	4.1

Fuente: Prevalencia de demencia y factores asociados en adultos mayores de la ciudad de la paz, la paz mayo 2010 - 2011.

Evaluación Mental

Al aplicar el Test de Folstein a los AM, como método de cribado para identificar los posibles casos de demencia, se encontró 6 (12.24%) posibles casos de demencia con una puntuación menor a 19 puntos.

Depresión

Al utilizar el Test de Yesavage como prueba de tamizaje para demencia en población geriátrica, se identificaron 4 (8.2%) AM con algún grado de depresión, 2 con depresión establecida (10 a 15 puntos) y 2 con depresión leve (6 a 9 puntos); el resto de los AM, 45 (91.85%), no presentaron depresión.

Evaluación nutricional

Al utilizar el Mini Examen Nutricional de la OMS para evaluar el estado nutricional de los AM, 47 (95.91%) de ellos tuvieron un estado nutricional normal y de los 2 restantes (4.09%) solo 1 de ellos presento malnutrición, con una evaluación global menor a 17 puntos.

DISCUSIÓN

En términos generales, los AM se mostraron anuentes a colaborar con el estudio y a ser entrevistados, sobre todo después que el personal encuestador se identificaba como parte del Hospital Roberto Suazo Córdova, pues apreciaban ser tomados en cuenta por la Unidad de Salud más importante de la región, considerando que el HRSC no cuenta con actividades de extensión a la comunidad; asimismo, las autoridades del HRSC estuvieron anuentes a colaborar en lo que les fuese posible.

El cambio demográfico hacia el envejecimiento conlleva múltiples repercusiones socioeconómicas y a su vez, al utilizar indicadores de salud validados como el “autorreporte”, se han identificado múltiples variables socioeconómicas que repercuten en el estado de salud del AM ^{4, 7}.

Al evaluar algunas de estas variables socioeconómicas, como el ingreso familiar, la escolaridad y el sexo, en los AM encuestados, se mira reflejada la falta de políticas de atención integral al AM, que incluyan políticas de jubilación y seguridad social ⁶. Casi la totalidad de los AM son dependientes de sus familias, sin embargo el ingreso familiar fue menor a L. 7,000.00 en la mayoría de los casos (60.4%). Además se trata de una población de baja escolaridad (4.63 años) considerando que se trata de un área urbana y sumado a esto se observa que la mayoría de los AM fueron del sexo femenino, todos factores asociados a un pobre “autorreporte”. Aunque el “autorreporte” no fue una de las variables estudiadas, sería de mucha ayuda establecer la relación entre esta y los factores de riesgo mencionado.

Además de las variables sociodemográficas descritas, se han identificado otros factores de riesgo asociados a demencia y enfermedad cardiovascular, entre ellos

diversas variables que pueden ser agrupadas dentro del término “Estilo de vida”, como hábitos tóxicos, sedentarismo y ejercicio ^{33, 34}.

Al evaluar el estilo de vida de los AM encuestados se observa una población que no es sedentaria (la mayoría camina más de 30 minutos diarios), que en su mayoría no consume bebidas alcohólicas y que al momento del estudio no consumen tabaco. En términos generales, una población con un estilo de vida “saludable”. Algo que podría ser explicado porque la mayoría de los encuestados corresponden al sexo femenino. Si bien es cierto que los AM encuestados no fuman en su mayoría, son sujetos a exposición a humo de leña y a ser fumadores pasivos (36.7% y 30.6% respectivamente). Otra característica positiva del estilo de vida de los AM estudiados es el bajo número de medicamentos utilizados, prescritos por médico o no.

Por otro lado, al evaluar la situación de salud de los AM, en busca de las enfermedades más prevalentes, como la Hipertensión Arterial (HTA) y la Diabetes Mellitus (DM), y que a su vez constituyen individualmente como factores de riesgo asociados con Demencia ³³, no se observa una diferencia significativa con la prevalencia descrita de estas patologías (65.4% para HTA y 20.9% para DM⁴⁵) para población mayor de 60 años. Además la mayoría de los pacientes con estas patologías están bajo tratamiento médico. Si bien es cierto que otras enfermedades como dislipidemias e insuficiencia cardiaca presentan prevalencias más bajas, no todos los pacientes con estas enfermedades están recibiendo tratamiento.

Asimismo, los antecedentes patológicos de los AM estudiados contrastan con la realidad actual al analizar los hallazgos al examen físico realizado. Mientras que ninguno de los AM refirió padecer de obesidad, al evaluar el Índice de Masa

Corporal, se encontró que más del 40% se encontraba en sobrepeso u obesidad. Esto deja entrever la poca importancia que el personal de salud le asigna al sobrepeso y la obesidad como factores de riesgo claramente identificados para demencia y enfermedad cardiovascular.

Además, a pesar que la mayoría de los pacientes con HTA estaban bajo tratamiento, casi la mitad presentaba PAS mayor de 140mmHg y la gran mayoría presentaba PAD mayor a 90 mmHg, lo que refleja un falla en el enfoque terapéutico de estos pacientes. No fue posible realizar la Estratificación del Riesgo Cardiovascular en los AM estudiados, ni determinar la presencia de Síndrome Metabólico estudiados por la falta del perfil laboratorial necesario.

Al utilizar el Mini Mental de Folstein como prueba de cribado para identificar casos de demencia, se encontró una prevalencia relativamente alta (12.24%) de posibles casos de demencia, comparada a la encontrada en otros estudios en América Latina (7.1%) ²³. Sin embargo, es necesario considerar que el diagnóstico de demencia es complejo ^{10, 14} y no se puede fundamentar en una prueba que, aunque sensible, es inespecífica para demencia ⁴².

Además, según los criterios diagnósticos ¹⁰ y nuevas clasificaciones de demencia ^{9, 13}, las manifestaciones neurológicas ayudan a diagnosticar y clasificar las demencias y, aunque en la muestra de AM obtenida 12.2% presentaron alguna alteración neurológica no fue posible asociarlas a un mal rendimiento en el Mini Mental. Asimismo, al realizar el tamizaje para depresión en población geriátrica, se encontró una prevalencia de depresión establecida de 4.1%, sin embargo son necesarios instrumentos diagnósticos más finos para corroborar este dato. Al evaluar el estado nutricional, solo 1 AM presento desnutrición.

CONCLUSIONES

1. Los AM de la ciudad de La Paz, como reflejo de la realidad del AM hondureño, son una población dependiente, desatendida y de recursos económicos limitados que no cuenta con programas de seguridad social.
2. El AM de la ciudad de La Paz tiene, en términos generales, un estilo de vida saludable, sobre todo en lo concerniente a ejercicio y sedentarismo.
3. La HTA y DM son las enfermedades más prevalentes en los AM de la ciudad de La Paz y aunque la mayoría de ellas están bajo tratamiento médico, este no es efectivo.
4. El sobrepeso y la obesidad son enfermedades prevalentes entre los AM, a pesar de la pobre conciencia que tanto los pacientes como el personal médico tiene de ella.
5. No fue posible establecer la prevalencia de demencia en base a los criterios del DSM-IV; sin embargo, se encontró una prevalencia de posibles casos de demencia de 12.24%.

RECOMENDACIONES

1. A las autoridades sanitarias y organizaciones de la sociedad civil de la ciudad de La Paz, se recomienda establecer programas integrales de atención social para el AM, incluyendo actividades de extensión comunitaria y no solo programas con sede en las instituciones.
2. A las autoridades sanitarias, se recomienda realizar campañas para fomentar estilos de vida saludable y gestionar espacios seguros para llevar a cabo actividades con este fin.
3. A la FCM-UNAH, las asociaciones académicas competentes y las autoridades sanitarias se recomienda realizar nuevas investigaciones encaminadas a establecer la causa del fallo del enfoque terapéutico utilizado en enfermedades como HTA en el AM y diseñar protocolos de manejo nacionales.
4. A las autoridades sanitarias, se recomienda establecer programas rigurosos de prevención y tratamiento del sobrepeso y obesidad en el AM, incluyendo campañas educativas de alcance masivo.
5. A la FCM-UNAH, se recomienda realizar estudios específicos para determinar la prevalencia de Demencia basando en los criterios diagnósticos establecidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Naciones Unidas. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento Madrid, 8 a 12 de abril de 2002. Naciones Unidas. 2002. ISBN 92-1-330176-6.
2. Puga D, Rosero-Bixby L, Glaser K y Castro T. Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra. Población y Salud en Mesoamérica. 2007; 5(1): 1-21.
3. Hoskins I, Kalache A y Mende S. Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. Rev Panam Salud Publica. 2005; 17(5/6): 444-451.
4. Suárez R y Pescetto C. Sistemas de protección social para el adulto mayor en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica. 2005; 17(5/6): 419-428.
5. Alonso-Galbán P, Sansó-Soberats FJ, Díaz-Canel AM, Carrasco-García M y Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Rev Cubana Salud Pública 2007; 33(1): 1-17.
6. Peláez M. La construcción de las bases de la buena salud en la vejez: situación en las Américas. Rev Panam Salud Publica. 2005; 17(5/6): 301-302.
7. Jewell RT, Rossi M y Triunfo P. El estado de salud del adulto mayor en américa latina. Cuad Econ 2007; 26(46): 147-167.
8. Torres-Vidal RM y Gran-Álvarez MA. Panorama de la salud del adulto mayor en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2005; 31(2).
9. Ropper A and Brown R. Adams and Victor's, Principles of Neurology. 8th Ed. McGraw-Hill. New York. Pp 355-366.
10. American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
11. World Health Organization (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: WHO.
12. Chiu E. Limitations in the current classification systems for dementia. Int Psychogeriatr. 2005;17(Suppl 1): S17-26.

13. Emre M. Classification and diagnosis of dementia: a mechanism-based approach. *Eur J Neurol*. 2009; 16: 168–173.
14. Cummings JL. Alzheimer's Disease. *N Engl J Med* 2004; 351:56-67.
15. Querfurth HW and LaFerla FM. Alzheimer's Disease. *N Engl J Med* 2010; 362:329-44.
16. Dubois B et al. Revising the definition of Alzheimer's disease: a new lexicon. *Lancet Neurol* 2010; 9: 1118–27.
17. Hirtz D, Thurman DJ, Gwinn-Hardy K, Mohamed M, Chaudhuri AR and Zalutsky R. How common are the “common” neurologic disorders? *Neurology* 2007; 68:326–337.
18. Beard CM, Kokmen E, O'Brien PC, and Kurland LT. The prevalence of dementia is changing over time in Rochester, Minnesota. *Neurology* 1995; 45: 75-79.
19. Fratiglioni L, De Ronchi D, Agüero-Torres H. Worldwide prevalence and incidence of dementia. *Drugs Aging*. 1999;15(5): 365-75.
20. Chiu H, Lam L, Chi I, Leung T, Li SW, Law WT et al. Prevalence of dementia in Chinese elderly in Hong Kong. *Neurology*. 1998; 50: 1002-1009.
21. Kim J, Jeong I, Chun J and Leelnt S. The prevalence of dementia in a metropolitan city of South Korea. *J Geriatr Psychiatry* 2003; 18: 617–622.
22. Castellani RJ, Rolston RK and Smith MA. Alzheimer Disease. *Dis Mon* 2010; 56: 484-546.
23. Nitrini R, Bottino C, Albala C, Custodio N, Ketzoian C, Llibre J et al. Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population-based cohorts. *Int Psychogeriatr*. 2009; 21(4): 622–630.
24. Llibre J, Ferrib C, Acostac D, Guerrad M, Huange Y, Jacobf KS. Prevalence of dementia in Latin America, India, and China: a population-based cross-sectional survey. *Lancet*. 2008 August 09; 372(9637): 464–474.
25. Hesse H. Prevalencia de demencia en población general: una revisión. *Rev Med Hondur*. 2009; 77(1): 29-34.
26. Medina MT, Durón R, Ramírez F, Aguilar R, Dubón S, Zelaya A et al. Prevalencia de enfermedades neurológicas en Tegucigalpa: El estudio Kennedy. *Rev Med Hond*. 2003; 71: 8-17.

27. Dubois B, Neldman HH, Jacova C, DeKosky ST, Barberger-Gateau P, Cummings J et al, Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. *Lancet Neurol*. 2007; 6(8): 734-46
28. Iliffe S, Wilcock J, Austin T, Walters K, Rait G, Turner S et al. Dementia diagnosis and management in primary care, Developing and testing educational models. *Dementia*. 2002; 1: 11.23.
29. Kalaria R, Maestre G, Arizaga R, Friedland R, Galasko D, Hall K et al. Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management, and risk factors. *Lancet Neurol* 2008; 7: 812-26.
30. Viswanathan A, Rocca WA and Tzourio C. Vascular risk factors and dementia, How to move forward? *Neurology*. 2009; 72: 368-374.
31. Kerola T, Kettunen R, Nieminen T. The complex interplay of cardiovascular system and cognition: How to predict dementia in the elderly? *Int J Cardiol*. 2010 Nov 19. [Epub ahead of print]
32. Whitmer RA, Sidney S, Selby J, Johnston SC, Yaffe K. Midlife cardiovascular risk factors and risk of dementia in late life. *Neurology*. 2005; 64(2): 277-81.
33. Parikh NM, Morgan RO, Kunik ME, Chen H, Aparasu RR, Yadav RK et al. Risk factors for dementia in patients over 65 with diabetes. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010 Oct 4. [Epub ahead of print]
34. Laurin D, Verreault R, Lindsay J, MacPherson K, Rockwood K. Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons. *Arch Neurol*. 2001; 58(3): 498-504.
35. Cavalieri M, Ropele S, Petrovic K, Pluta-Fuerst A, Homayoon N, Enzinger et al. Metabolic syndrome, brain magnetic resonance imaging, and cognition. *Diabetes Care*. 2010; 33(12):2489-95.
36. Panza F, Frisardi V, Capurso C, Imbimbo BP, Vendemiale G, Santamato A et al. Metabolic syndrome and cognitive impairment: current epidemiology and possible underlying mechanisms. *J Alzheimers Dis*. 2010; 21(3): 691-724.
37. EClipSE Collaborative Members et al. Education, the brain and dementia: neuroprotection or compensation? *Brain*. 2010; 133(Pt 8): 2210-6.

38. Ligthart SA, van Charante EP, Van Gool WA, Richard E. Treatment of cardiovascular risk factors to prevent cognitive decline and dementia: a systematic review. *Vasc Health Risk Manag.* 2010; 6: 775-85.
39. Richard E, Ligthart SA, Moll van Charante EP, van Gool WA. Vascular risk factors and dementia--towards prevention strategies. *Neth J Med.* 2010; 68(10): 284-90.
40. Dangour AD, Whitehouse PJ, Rafferty K, Mitchell SA, Smith L, Hawkesworth S, Vellas B. B-vitamins and fatty acids in the prevention and treatment of Alzheimer's disease and dementia: a systematic review. *J Alzheimers Dis.* 2010; 22(1): 205-24.
41. Stern C, Munn Z. Cognitive leisure activities and their role in preventing dementia: a systematic review. *Int J Evid Based Healthc.* 2010; 8(1): 2-17.
42. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state" A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975; 12:189-98.
43. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1982-1983;17(1):37-49.
44. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Instrumentos de valoración, Parte III, Geneve, Switzerland, 2005.
45. Fauci AS et al, Editor. Harrison, Principios de Medicina Interna. 17 Ed. México: McGraw Hill. 2008

ANEXOS

Ciudad de La Paz.- Mapa



Instrumentos

Consentimiento Informado

Secretaría de Salud de Honduras
Universidad Nacional Autónoma de Honduras
Asociación Hondureña de Alzheimer – ASHALZ

PREVALENCIA DE DEMENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES DE LAS ZONAS DE INFLUENCIA DE LOS MÉDICOS EN SERVICIO SOCIAL MAYO 2010 - 2011

Código del adulto mayor participante: _____

Nombre del Médico en Servicio Social: _____					
Iniciales del Médico en Servicio Social _____	Fecha de la Entrevista DD MM AA	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">DD</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">MM</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">AA</td> </tr> </table>	DD	MM	AA
DD	MM	AA			

1. ¿Fecha de nacimiento?
Edad en años: _____

DD	MM	AA
----	----	----

2. Grupo étnico al que pertenece (marque la letra que corresponde):

- Mestizo
- Negro (inglés / garífuna)
- Lenca
- Blanco
- Otro (especifique): _____

3. ¿Es elegible para el estudio?

Si	No
----	----

Si contesta que no. ¿por qué no es elegible? (marque la opción que corresponda)

- No habla español y no se dispone de intérprete
- La persona sufre de ceguera
- La persona sufre de sordera
- Otra (especifique): _____

Consentimiento Informado Oral

Este estudio es una iniciativa del Ministerio de Salud, la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, el Centro de Atención al Adulto Mayor – IHSS y la Asociación Hondureña de Alzheimer que tiene como propósito contribuir al conocimiento de la situación de salud general y de problemas de la memoria del adulto mayor en Honduras con el fin de influir en políticas públicas que beneficien a esta población. Esta entrevista tendrá una duración de alrededor de una hora, pero si por cualquier motivo tomara más tiempo, se podrá realizar en 2 sesiones. Los datos obtenidos nos permitirán evaluar la situación de salud general del adulto mayor, determinar el porcentaje de adultos mayores que presentan problemas de la memoria así como los factores asociados con estos problemas. Esperamos que esta investigación sirva para proponer recomendaciones al Ministerio de Salud para mejorar la respuesta del sector salud hacia el adulto mayor particularmente aquellos con problemas de la memoria. Su participación en el estudio le beneficiará en el sentido que tendrá una evaluación médica completa de forma gratuita y, de tener una enfermedad, será tratado o referido al nivel apropiado. Su participación puede beneficiar a los demás adultos mayores pues nos ayudará a comprender mejor la situación real y proponer soluciones a problemas concretos. Deseamos enfatizar que su participación en este proyecto es voluntaria y no será remunerada. En otras palabras, usted puede, en cualquier momento, negarse a participar, decidir no contestar cualquier pregunta, o escoger abandonar esta entrevista. La decisión que usted tome no tendrá ninguna consecuencia para Usted. Nos comprometemos absolutamente en que toda la información que usted nos comparta será manejada confidencialmente y en ningún momento se dará a conocer su nombre.

4. ¿Desea usted participar en este estudio?

Si	No
----	----

Si tiene alguna pregunta o duda o desea obtener más información acerca del estudio puede comunicarse con:

Dra. Heike Hesse Tel. 99704162 / Dr. Manuel Sierra Tel 3376 0770 / Lic. Ellen Navarro Tel 9561-9863
/ Asociación de Alzheimer 239-9396 (Favor dejar recado)

Cuestionario Estructurado

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA – FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MINISTERIO DE SALUD – PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR
ASOCIACIÓN HONDUREÑA DE ALZHEIMER – ASHALZ
IHSS

PREVALENCIA DE DEMENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES DE LAS ZONAS DE INFLUENCIA DE LOS MÉDICOS EN SERVICIO SOCIAL MAYO 2010 - 2011

Código del adulto mayor participante: _____

Nombre del Médico en Servicio Social: _____

Iniciales del Médico en Servicio Social: _____ Fecha de la Entrevista:

DD	MM	AA
----	----	----

1. Nombre:

1 ^{er} Nombre	2 ^{do} Nombre	1 ^{er} Apellido	2 ^{do} Apellido
------------------------	------------------------	--------------------------	--------------------------

2. Sexo:

Masculino	Femenino
-----------	----------

 3. Edad en años: _____

4. Departamento: _____ 5. Municipio / Ciudad: _____

6. Dirección: _____

7. Lugar de residencia

Urbano	Rural
--------	-------

Datos Socio-demográficos

8. Años de escolaridad:

--

 9. Sabe leer y escribir:

Si	No
----	----

 10. Años de estudio cursados:

10a. Primaria	10b. Secundaria	10c. Universidad

11. Estado civil: Casado /a ☐ Unión libre ☐ Soltero /a ☐ Viudo /a ☐

12. Grupo étnico al que pertenece (marque la letra que corresponde):
a. Mestizo b. Negro (inglés / garífuna) c. Lenca
d. Blanco e. Otro (especifique): _____

13. La casa donde vive actualmente es (marque la opción que corresponde):
a. Rentada b. Prestada c. Propia / de la familia d. Otro

14. Al reunir o juntar todos los ingresos de las personas que viven en esta casa, ¿Cuál es el ingreso total de la familia al mes?
a. ≤ 500 Lempiras
b. 501 - 1,799 Lempiras
c. 1,800 Lempiras
d. 1,801 - 3,599 Lempiras
e. 3,600 - 5,399 Lempiras
f. 5,400 - 6,999 Lempiras
g. ≥ 7,000 Lempiras

Tabaquismo

15a. ¿Ha fumado Usted alguna vez en su vida?

Si	No
----	----

Si contesta que **No**, pase a la pregunta 15d, Si contesta que **Si** haga la pregunta siguiente:

15b. ¿Fuma Usted actualmente?

Si	No
----	----

Si contesta que **No**, pase a la pregunta 15d, Si contesta que **Si** haga la pregunta siguiente:

15c. ¿Cuántos cigarrillos / puros / pipas fuma Usted al día?

--

1

15d. ¿Pasa todos los días cerca de personas que fuman enfrente de Usted, ya sea en su casa, trabajo, o con amigos o amigas?

Si	No
----	----

15e. ¿En la casa donde Usted vive actualmente usan fogón (fuego de leña)?

Si	No
----	----

Si contesta que **Si**,

15f. ¿El fogón (fuego de leña) está afuera (aparte) o dentro de la casa?

Afuera	Adentro
--------	---------

Ejercicio / sedentarismo

16a. En promedio, ¿Cuántos minutos camina Usted al día?

16b. En promedio, ¿Qué distancia camina Usted al día?

Cuadra	Legua	Km
--------	-------	----

16c. ¿Sube y baja gradas (cuestas) a diario?

Si	No
----	----

Antecedentes familiares

17a. ¿Tiene Usted antecedentes familiares de enfermedad coronaria temprana?

Si	No
----	----

EC en familiar masculino de Primer grado de consanguinidad < 55 años
EC en familiar femenino de Primer grado de consanguinidad < 65 años

17b. ¿Tiene Usted antecedentes familiares de primer y segundo grado de consanguinidad de demencia o problemas severos de memoria?

Si	No
----	----

Antecedentes Personales Patológicos

Patología	¿Alguna vez en su vida le han dicho que padece de cualquiera de estas patologías?	Tiempo de tener dicha patología (en años)	¿Está actualmente en tratamiento <u>médico</u> por esta patología?
18a. Diabetes Mellitus ("azúcar en la sangre")	Si No		Si No
18b. Dislipidemia ("Colesterol y/o triglicéridos altos")	Si No		Si No
18c. Obesidad ("Gordura")	Si No		Si No
18d. Infarto Miocardio ("Ataque al corazón o angina")	Si No		Si No
18e. Insuficiencia Cardíaca ("Falla del corazón")	Si No		Si No
18f. Enfermedad Cerebro-Vascular ("Derrame")	Si No		Si No
18g. Hipertensión arterial ("Presión alta")	Si No		Si No
18h. TEC con pérdida de conciencia ("Golpe en la cabeza que provocó desmayo")	Si No		Si No

19. ¿Padece Usted actualmente de alguna otra enfermedad?

Si	No
----	----

Si contesta que **Si**, anote las otras enfermedades que padece actualmente y que tratamiento recibe:

19a.

20a. En promedio, ¿cuántos medicamentos prescritos por médico se tomó a diario la semana pasada?

20b. En promedio, ¿cuántos medicamentos no prescritos por médico (auto-medicación) se tomó a diario la semana pasada?

21. Alcoholismo / Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol (AUDIT, OMS 2001)

Lea las preguntas tal como están escritas. Registre las respuestas cuidadosamente. Empiece diciendo

"Ahora voy a hacerle algunas preguntas sobre su consumo de bebidas alcohólicas durante el último año". Explique qué entiende por "bebidas alcohólicas" utilizando ejemplos típicos como cerveza, vino, vodka, guaro, cusa, etc. Codifique las respuestas en términos de consumos ("bebidas estándar / tragos -30 ml- / botellas de cerveza / vaso de vino"). Marque la cifra de la respuesta adecuada en el recuadro de la derecha.

a. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? (0) Nunca (1) Una o menos veces al mes (2) De 2 a 4 veces al mes (3) De 2 a 3 veces a la semana (4) 4 o más veces a la semana	c. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día? (0) Nunca (1) Menos de una vez al mes (2) Mensualmente (3) Semanalmente (4) A diario o casi a diario
b. ¿Cuántos consumos de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7, 8, o 9 (4) 10 o más	d. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber? (0) No (2) Sí, pero no en el curso del último año (4) Sí, en el último año.

Examen Físico

Antropometría

22a. Peso (Kg.) _____ 22b. Talla (cm.) _____ 22c. IMC (Kg./m²): _____
 22d. Perímetro umbilical (cm.) _____ 22e. Perímetro Cintura (cm.) _____

Presión arterial

$$PAM = [PAD + (PAS - PAD / 3)]$$

23. Presión Arterial (mm. Hg) - Brazo derecho

23.1. Sistólica _____ 23.2. Diastólica _____ 23.3. Media: _____

24. Presión Arterial (mm. Hg) - Brazo izquierdo

24.1. Sistólica _____ 24.2. Diastólica _____ 24.3. Media: _____

25. Presión Arterial (mm. Hg) - Máxima

25.1. Sistólica _____ 25.2. Diastólica _____ 25.3. Media: _____

26b. Presión de pulso: _____

27a. Después de auscultar la zona precordial durante **1 Minuto**, ¿Encuentra alguna arritmia?

Si	No
----	----

27b. Después de auscultar la zona carotídea durante **1 Minuto**, ¿Encuentra algún soplo?

Si	No
----	----

28. Después de realizar un "Examen Neurológico" ¿Encuentra algún déficit neurológico al momento del examen físico?

Si	No
----	----

Si contesta que **Si**, anote el (los) déficit neurológico que encontró:

28a. Trastorno de conducta (Agresivo, Desinhibido, Apático)	Si	No	28h. Marcha inestable	Si	No
28b. Disfasia o afasia	Si	No	28i. Monoparesia / Monoplejía	Si	No
28c. Parálisis facial	Si	No	28j. Hemiparesia / Hemiplejía	Si	No
28d. Hiperreflexia	Si	No	28k. Paraparesia / Paraplejía	Si	No
28e. Babinski	Si	No	28l. Hipoestesia	Si	No
28f. Lentitud motora (Brdicinesia y/o Bradipsiquia)	Si	No	28m. Signos Frontales (palmomentoneno, Hoffman, chupeteo)	Si	No
28g. Temblor o rigidez	Si	No			

29. ¿Encuentra algún otro hallazgo patológico al momento del examen físico?

Si No

Si contesta que **Si**, anote los hallazgos patológicos que encontró:

--

Resultados de laboratorio

30. ¿Realizó exámenes de laboratorio en la persona participante?

Si No

Si contesta que **Si**, anote los resultados obtenidos: (se puede usar exámenes realizados ≤ 6 meses)

30a. Hematocrito	_____	30e. Hemoglobina	_____
30b. Glicemia en ayunas (mg/dl)	_____	30f. Colesterol total (mg/dl)	_____
30c. Colesterol HDL (mg/dl)	_____	30g. Colesterol VLDL (mg/dl)	_____
30d. Triglicéridos	_____		

31. ¿En qué categoría de riesgo cardiovascular se ubica el (la) participante (Framingham)?

A B C C+

32. ¿El (la) participante tiene síndrome metabólico (Framingham)?

Si No No se puede determinar

Criterios de Estratificación del Riesgo Cardiovascular (Framingham)

Tabaquismo (≥1 cigarro por día – pasivo o activo -)

Si No

Presión arterial > 140 / 90 mm. Hg o tratamiento antihipertensivo

Si No

Antecedente familiar de enfermedad coronaria temprana

EC en familiar masculino de Primer grado de consanguinidad < 55 años
EC en familiar femenino de Primer grado de consanguinidad < 65 años

Si No

Colesterol HDL < 40 mg / dl

Si No

No. Total de "Si"

No. Factores de Riesgo "Si"	Categoría de Riesgo
0 - 1	A
≥ 2	B
Enfermedad cardíaca o diabetes	C
Enfermedad cardíaca + diabetes + factores de riesgo pobremente controlados	C +

Criterios de Determinación para Síndrome Metabólico (Framingham)

Obesidad abdominal: perímetro de cintura > 102 cm. (H) o > 88 cm. (M)

Si No

Triglicéridos > 150 mg. / dl.

Si No

Colesterol HDL bajo

< 40 mg. / dl. Hombres < 50 mg. / dl. Mujeres

Si No

Presión arterial > 130 / 85 mm. Hg

Si No

Glicemia en ayunas > 100 mg. / dl.

Si No

No. Total de "Si"

Síndrome Metabólico ≥ 3 "Si"

Dra. Heike Hesse (Hessejoia@yahoo.com) / Dr. Manuel Sierra (mass_honduras_2006@yahoo.com)

Escala de Depresión Geriátrica

NOMBRE:
CÓDIGO:

FECHA DE LA EVALUACIÓN:

Secretaría de Salud de Honduras, Universidad Nacional Autónoma de Honduras – Unidad de Investigación Científica, Asociación Hondureña de Alzheimer – ASHALZ, IHSS
PREVALENCIA DE DEMENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES DE LAS ZONAS DE INFLUENCIA DE LOS MÉDICOS EN SERVICIO SOCIAL MAYO 2010 - 2011

GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS), YESAVAGE, 1983

Instrucciones: Para cada pregunta por favor responda sí o no, dependiendo de cómo Usted se haya sentido en los últimos 14 días (2 semanas), incluyendo el día de hoy.

	sí /no	
1.- ¿Está satisfecho/a con su vida?	0	1
2.- ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3.- ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4.- ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5.- ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0	1
6.- ¿Tiene miedo a que le pase algo malo?	1	0
7.- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8.- ¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9.- ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1	0
10.- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente de su edad?	1	0
11.- ¿Cree que vivir es maravilloso?	0	1
12.- ¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	1	0
13.- ¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14.- ¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
15.- ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0
TOTAL:		/15

Valoración: 0-5 Normal 6-9 Depresión Leve 10-15 Depresión Establecida

Mini Mental de Folstein

Nombre:

Secretaría de Salud de Honduras, Universidad Nacional Autónoma de Honduras / UIC
Asociación Hondureña de Alzheimer – ASHALZ, IHSS

Fecha de la evaluación:

Código:

PREVALENCIA DE DEMENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES DE LAS ZONAS DE INFLUENCIA DE LOS
MÉDICOS EN SERVICIO SOCIAL MAYO 2010 - 2011

MMSE, Folstein 1975

1. ORIENTACIÓN (puntuación /10)

Respuesta

· En qué fecha estamos?		1	0
· En qué año estamos?		1	0
· En qué mes del año estamos?		1	0
· Qué día de la semana es hoy?		1	0
· (Sin mirar al reloj) Que hora es aproximadamente?		1	0
· En qué país estamos?		1	0
· En qué departamento estamos?		1	0
· En qué ciudad, aldea, barrio estamos?		1	0
· Dónde estamos en este momento?		1	0
· En qué parte de la casa (o centro de salud) estamos?		1	0

Total : /10

2. FIJACIÓN (puntuación /3)

Repita las siguientes palabras después de que yo las haya dicho. Recuérdelas porque le voy a pedir que las repita después.: "Piña, Mesa, Centavo" Ahora, repítalas otra vez.

/3

3. ATENCIÓN Y CÁLCULO (puntuación /5), asignar la mejor de las dos opciones: (a) o (b)

a) Reste desde 40 de 4 en 4. Pare después de 5 respuestas: (40) 36 32 28 24 20

/5

b) Deletree la palabra MUNDO (pausa). Después, deletree la misma palabra comenzando por el final (al rev

O D N U M

/5

4. EVOCACIÓN (puntuación /3)

Repita las tres palabras que le dije al principio (sección 2)

/3

5. LENGUAJE Y PRAXIS CONSTRUCTIVA (puntuación /9)

Muestre un lápiz y un reloj para que el participante los nombre: Qué es esto?

/2

Voy a decir una frase. Cuando termino, quiero que me lo repita: "NO SÉ, SI, O VER"

/1

Dé al participante una hoja de papel en blanco y dígame las siguientes instrucciones todas juntas (en una sola vez)
Le voy a pedir que haga algo. Cuando yo termino de hablar, haga lo que le digo:

"AGARRE ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD Y TÍRELO AL SUELO"

agarrar /1 doblar /1 suelo /1

/3

Lea la frase en voz alta y haga lo que está escrito: ("CIERRE LOS OJOS")

/1

Escriba una frase completa (oración), cualquier cosa (al reverso de la hoja)

/1

Copie el dibujo (dos pentágonos en intersección)

/1

Evaluación Nutricional

Nombre:		Código:	Fecha:
CUADRO 5.4 MINI-EXAMEN NUTRICIONAL/ Mini Nutritional Assessment MNA: SSE – UNAH / UIC – ASHALZ, IHSS			
TAMIZAJE			
A. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades para masticar o tragar en los últimos 3 meses? 0 = anorexia grave 1 = anorexia moderada 2 = Sin anorexia		I. ¿Úlceras e incisiones cutáneas? 0 = Si 1 = No	
B. Pérdida reciente de peso (<3 meses) 0 = pérdida de peso >3kg (6.6 libras) 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3Kg (2.2 – 6.6 libras) 3 = no ha habido pérdida de peso		J. ¿Cuántas comidas completas toma al día? (Equivalentes a dos o más porciones) 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas	
C. Movilidad (escoja la mejor) 0 = camina o se moviliza de la cama la silla (o postrado) 1 = independiente dentro de la casa 2 = sale de la casa		K. ¿Consumo el paciente? • Productos lácteos al menos una vez al día Si ☐ No ☐ • Huevo o legumbres 1 o 2 veces por semana Si ☐ No ☐ • Come pescado o aves diariamente Si ☐ No ☐ 0.0 = 0 o 1 "si" 0.5 = 2 "si" 1.0 = 3 "si"	
D. ¿Ha tenido una enfermedad aguda o una situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = si 2= no		L. ¿Consumo frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = No 1 = Si	
E. Problemas Neuropsicológicos 0 = Demencia, pérdida de memoria o depresión grave 1 = Demencia, pérdida de memoria o depresión moderada 2 = Sin problema psicológico		M. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, jugo, café, te, refresco, leche...) 0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos 1.0 = mas de 5 vasos	
F. Índice de masa corporal IMC = (peso / (talla)² en kg/m²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23		N. Forma de alimentarse: 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad 2 = se alimenta solo sin dificultad	
Evaluación (subtotal máximo 14 puntos)		O. ¿Se considera el paciente que está bien nutrido? (Problemas nutricionales) 0 = mal nutrición grave 1 = no lo sabe o mal nutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición	
12 puntos o más normal, no es necesario continuar la evaluación 11 puntos o menos posible malnutrición continuar la evaluación		P. En comparación con las personas de su edad, ¿cómo encuentra el paciente su estado de salud? 0.0 = peor 0.5 = no lo sabe 1.0 = igual 2.0 = mejor	
EVALUACION G. ¿El paciente vive independiente en su domicilio? 0 = No 1 = Si		Q. Circunferencia Branquial (CB en cm) 0.0 = CB < 21 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1.0 = CB > 22	
H. ¿Toma más de 3 medicamentos al día? 0 = Si 1 = No		R. Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31	
Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer Edad en años: _____ Peso en kilogramos: _____ Talla en centímetros: _____ IMC (IMC = [Peso en Kg / (Talla en metros)²): _____ Guigoz y bellas B, Garry P.J. Mini Nutritional Assessment: A practical assesment tool for gradind the nutritional state of elderly patients. Facts and Reseach in Gerontology, Supplement 2: 15 – 59, 1994.		EVALUACION (MAXIMA 16 puntos) TAMIZAJE EVALUACION global (MAX. 30 puntos)	
EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL De 17 al 23.5 puntos: riesgo de mal nutrición Menos de 17 puntos: malnutrición			

Constancia

Por medio de la presente hago constar que el Medico en Servicio Social: CARLOS JOSÉ VELÁSQUEZ RODRÍGUEZ, asignado al Hospital Roberto Suazo Córdova, socializó al equipo de servicio su Trabajo de Investigación: “PREVALENCIA DE DEMENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES DE LA CIUDAD DE LA PAZ, LA PAZ MAYO 2010 - 2011”.

Y, para los fines que al interesado (a) convenga se extiende la presente, en la ciudad de La Paz a los 11 días del mes de abril del 2011.

Dr. Lourdes Corea
Directora
Hospital Roberto Suazo Córdova

Declaración de Compromiso Ético

El presente Trabajo de Investigación nacional titulado “PREVALENCIA DE DEMENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES DE LA CIUDAD DE LA PAZ, LA PAZ MAYO 2010 - 2011” ha sido diseñado y planificado por la Unidad de Investigación Científica, para que sea realizado en estricto apego a la metodología de la investigación y a las normas éticas para investigación biomédica.

En vista de lo anterior

Yo, CARLOS JOSÉ VELÁSQUEZ RODRÍGUEZ, médico en servicio social y estudiante de último año de la Carrera de Medicina con número de cuenta 20031007142 declaro bajo juramento que he desarrollado la investigación siguiendo las instrucciones brindadas por la UIC, desde la elaboración del marco referencial y recolección de la información, hasta el análisis de datos y elaboración del informe final.

En tal sentido la información contenida en el presente documento es producto de mi trabajo personal, apegándome a la legislación sobre propiedad intelectual, sin haber incurrido en falsificación de la información o cualquier tipo de fraude, por lo cual me someto a las normas disciplinarias establecidas en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAH.

Firma y Sello