

ARTÍCULO DE REVISIÓN

La demencia senil: un problema de salud en los tiempos actuales

The senile dementia: a health problem in modern times

Nereyda Oliva Núñez,¹ Ariadna Calzado Benítez,¹ Tania M. Alcorta Rodríguez,¹
Armanda Sudnay Fernández García¹ Odalys Borges Rodríguez¹

I. Servicios Médicos Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana,
Cuba.

RESUMEN

Las demencias constituyen un síndrome de declinación progresiva de las funciones mentales (memoria, orientación, razonamiento, juicio), producido por diversos tipos de lesiones orgánicas del cerebro, con suficiente gravedad para que afecte el normal desenvolvimiento del paciente en la sociedad o en la familia. Aunque afecta principalmente al adulto mayor, la demencia no constituye una consecuencia normal del envejecimiento. La Organización Mundial de la Salud reconoce la demencia senil como una prioridad de salud pública. La Asamblea Mundial de la Salud en el año 2017 respaldó el plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025. Cuba tiene hoy una población de 11,6 millones de habitantes y una esperanza de vida promedio de 78 años. Solo en el año 2015 fueron diagnosticados en el país 28 670 casos nuevos, lo que sumó unos 130 000 casos de demencia y 8 000 con Alzheimer. Ante tales realidades los desafíos son grandes, pero no imposibles.

Palabras clave: demencia, senil, memoria, adulto mayor, envejecimiento, Alzheimer.

ABSTRACT

Dementia constitutes a syndrome of progressive decline of the mental functions (memory, orientation, reasoning, judgment), produced for various types of organic lesions of the brain, with enough gravity in order that it affects the normal development of the patient in the society or in the family. Although affects the senior citizen principally, dementia does not constitute a normal consequence of the aging. The Worldwide Organization Health recognizes the senile dementia like a public health priority. The Worldwide Assembly House of the Health in 2017 backed the worldwide Action Plan on the answer from public health to dementia 2017-2025. Barrel has today 11,6 million inhabitants population and an average life expectancy of 78 years. Only in 2015 were diagnosed in the country 28 670 new cases, what added up around 130 000 cases of dementia and 8 000 with Alzheimer's. Before such realities, challenges are big, but not impossible.

Keywords: dementia, senile, memory, older adult, aging, Alzheimer's.

INTRODUCCIÓN

Las demencias constituyen un síndrome de declinación progresiva de las funciones mentales (memoria, orientación, razonamiento, juicio), producido por diversos tipos de lesiones orgánicas del cerebro, con suficiente gravedad para que afecte el normal desenvolvimiento del paciente en la sociedad o en la familia.¹⁻³

La Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte que cada 20 años se duplicarán los casos de demencia senil, enfermedad cuyos tipos más comunes son el Alzheimer y la demencia vascular, se estima que afectará a 75 millones de personas dentro de tan solo quince años y alcanzará el triple en el 2050.³

Las demencias son la cuarta causa de años de vida con discapacidad, la enfermedad de Alzheimer es la de mayor prevalencia, (constituye del 50 % al 60 % de los síndromes demenciales, en estudios post-morten). Tiene una prevalencia de 1-2 % alrededor de los 65 años, aumentando de manera exponencial cada cinco años, para alcanzar 32 % a los 85-90 años de edad; después de esta edad declina su

prevalencia. Es el tercer problema de salud en el hemisferio occidental. Se calcula que, a nivel mundial, existen entre 22 a 24 millones de personas que sufren de enfermedad de Alzheimer o una demencia relacionada, cifra que alcanzará los 38 millones en el año 2020.⁴⁻⁸

En países desarrollados la enfermedad de Alzheimer constituye la tercera enfermedad en costo social y económico, después de las enfermedades cardíacas y las oncoproliferativas y se comporta como la cuarta causa de muerte en países como Estados Unidos, Japón, España y Suiza.⁹⁻¹¹ Se estima que aproximadamente 100 000 personas en Cuba padecen dicha enfermedad o una demencia relacionada, cifra que se espera se duplique para el año 2020.¹¹ La enfermedad de Alzheimer constituye la causa más frecuente de demencia; dadas las tendencias demográficas actuales, ha sido denominada “la epidemia del siglo”, por lo que se encuentra entre las seis afecciones incluidas por la OMS como una prioridad en relación con la salud mental, constituyendo uno de los grandes síndromes geriátricos. Es además la causa más común de trastornos cognitivos en el anciano.¹

Aunque afecta principalmente a las personas mayores, la demencia no constituye una consecuencia normal del envejecimiento. La OMS reconoce la demencia como una prioridad de salud pública. En mayo del año 2017, la Asamblea Mundial de la Salud respaldó el Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025.¹²⁻¹³

Cuba tiene hoy una población de 11,6 millones de habitantes y una esperanza de vida promedio de 78 años. En el año 2015 fueron diagnosticados en el país 28 670 casos nuevos, lo que sumó unos 130 000 casos de demencia y 8 000 con Alzheimer. El número de cubanos con demencia se incrementará en 2,3 veces para el año 2040 y llegará a sumar unos 300 000 casos, con lo que se elevará la demanda de cuidados y las necesidades que ello genera en la familia. Se prevé que las demencias afectarán al menos al diez por ciento de la población que sobrepasa los 65 años, y en el año 2030 el archipiélago tendrá unos 260 000 enfermos.¹⁴⁻¹⁶

Ante tales realidades los desafíos son grandes, pero no imposibles. No basta con llegar a la tercera edad, el reto está en la calidad de vida con que se llegue, para disfrutar de esa experiencia en armonía y felicidad¹⁴.

DESARROLLO

La enfermedad demencial es multifactorial; dentro de los elementos etiológicos y fisiopatogénicos, se plantea la existencia de múltiples factores de riesgo que generarían alteraciones en la homeostasis celular, los cuales alteran la plasticidad sináptica y provocan daño mitocondrial. Este proceso genera una serie de eventos:

1. Desorganización de proteínas citoesqueléticas y alteración de la síntesis y función de la ubiquitina.
2. Disregulación de segundos mensajeros con disminución de las funciones y alteración del procesamiento de información de los neurotransmisores, pudiéndose afectar la síntesis de los mismos.
3. Aumento de la disponibilidad intracelular del calcio que estimula quinasas y proteasas con un aumento de la actividad de proteinquinasas A y C, y las fosforilaciones anormales de proteínas citoesqueléticas como la Tau.¹⁷⁻²⁰.

Las alteraciones histopatológicas más intensas se presentan en el hipocampo, la corteza temporal y el núcleo basal de *Meynert* y los signos microscópicos más importantes son la presencia de placas seniles neuróticas. Estas lesiones se acumulan en poca cantidad en el envejecimiento normal del encéfalo, pero aparecen en cantidades excesivas en la demencia senil.

La enfermedad tiene una duración de 8 a 10 años, pero puede evolucionar en un lapso de 25 años. Algunas personas con demencia senil tienen un deterioro constante en sus funciones, en tanto que otras tienen etapas de estabilidad duradera sin deterioro grave.^{21,23}

El número de factores de riesgo en la demencia es extenso; entre estos se citan la edad avanzada, el sexo femenino, antecedentes familiares de demencia o de síndrome de Down, antecedentes de trauma craneal, enfermedad tiroidea, depresión y el bajo nivel de escolaridad.^{5,24-27} Se señala como un importante factor de riesgo, la

presencia del genotipo para la apolipoproteína E, y específicamente, el alelo APO E4, tanto en la forma familiar de comienzo tardío como en los casos esporádicos.²⁸⁻²⁹

Esta enfermedad presenta entre sus causas las demencias primarias o de causa degenerativa, de origen desconocido, donde se incluye la enfermedad de Alzheimer y las formas vasculares derivadas de procesos isquémicos o hemorrágicos. Las demencias de causas secundarias son un conjunto de procesos que pueden producir deterioro cognitivo.^{3,4,19}

En el paciente anciano, hay que destacar cualquier enfermedad del sistema nervioso central (infecciones, tumores, hematomas subdurales, hidrocefalia a presión normal), sistémicas o metabólicas (enfermedades tiroideas, déficit vitamínico de B12, entre otras.) y la polifarmacia.^{22, 23}

En estudios realizados, se ha encontrado que las personas con factores de riesgo cardiovasculares, en particular la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus (DM), tienen un riesgo mayor de padecer la enfermedad de Alzheimer.²⁸ En relación con los factores protectores, se citan el nivel educacional, la actividad intelectual y física mantenida, así como el consumo de una dieta balanceada, entre otros. Es importante mantener la actividad intelectual y recreativa, incluso después de la jubilación, pues entre los 20 y 30 años el cerebro deja de madurar, y con más años, cuando la enfermedad puede ser evidente, ya han muerto demasiadas neuronas, por lo que las posibilidades de éxito de cualquier tratamiento son mínimas.^{14, 19, 23}

Se estima que el 5 % de los pacientes de edad avanzada con demencia presentan algunas alteraciones metabólicas o medicamentosas, responsables o coadyuvantes.^{23,30} Además de la demencia, otro trastorno mental muy frecuente en la tercera edad es la depresión, que puede afectar hasta el 10 % de los adultos mayores que viven en la comunidad y puede comportarse como factor de riesgo de deterioro cognitivo, fragilidad y mayor índice de mortalidad.^{8,10} Por tanto, la detección precoz de la depresión y la identificación temprana y el diagnóstico diferencial entre el envejecimiento normal y los cambios asociados a los procesos demenciales, es de

gran importancia para el desarrollo de intervenciones preventivas y asistenciales, que prevengan o retrasen el deterioro y la discapacidad, lo cual será más probable en los primeros estadios de la enfermedad.^{21,31-32}

El paciente que sufre demencia habitualmente exhibe claridad de conciencia, es decir no muestra un estado de hiperalerta, letargo, estupor o coma.¹⁰ Para establecer el diagnóstico de demencia, es preciso que el deterioro relevante de la memoria se acompañe de, al menos, una de las siguientes alteraciones: afasia, apraxia, agnosia y disfunción ejecutiva.^{10,33-34} De hecho, en la fase inicial de la enfermedad de Alzheimer, que representa entre el 50 % y el 75 % de todas las demencias,⁸ a la dificultad en almacenar nueva información-aprendizaje (memoria reciente), con preservación relativa de la memoria remota, se le adiciona la instauración progresiva del síndrome afásico-aprático-agnóstico (que traduce un deterioro del lenguaje, de la habilidad motora y del reconocimiento perceptivo). Inicialmente se afecta el "almacén" léxico-semántico, con preservación relativa de la sintaxis y la gestualidad, la entonación, entre otros. Se afecta también, primariamente, la función ejecutiva (síndrome disejecutivo).^{33,-35}

Acompañan, además, al deterioro de la memoria la afectación de las habilidades visuales-espaciales y las constructivas.^{1,5,10,32} Las manifestaciones no cognitivas (psicológicas y conductuales) aparecen desde los estadios tempranos y pueden preceder al diagnóstico en un período de tres años, por lo que resultan útiles en el diagnóstico precoz de las demencias; presentan una elevada prevalencia, pues 64 % de los pacientes con enfermedad de Alzheimer, en su evaluación inicial, exhiben un síntoma o más no cognitivos o conductuales y su incidencia aumenta con la progresión de la enfermedad.²².

Sin embargo, la fase intermedia puede desarrollarse durante tres a cinco años-^{1,5,23}. El detrimento de la memoria es más evidente y afecta no solo a la memoria reciente, sino también a la remota: emergen alteraciones del lenguaje, la escritura, la lectura, el cálculo, apraxias y agnosias. Muestra dificultad con el aseo, el vestir o la comida. Pueden aparecer síntomas psicóticos. Además, en esta fase el paciente tiene

dificultad para mantener sus relaciones sociales y es incapaz de mantener una discusión sobre un problema.^{22,23}

En la fase terminal (demencia grave), el enfermo es incapaz de andar, se inmoviliza, se hace incontinente y no puede ejecutar ninguna actividad de la vida diaria. El lenguaje se hace ininteligible o presenta mutismo. A veces se produce disfagia y hay riesgos de neumonías, deshidratación, malnutrición y úlceras por presión. Los enfermos pueden permanecer en cama y suelen fallecer de una neumonía u otra enfermedad.^{14,22,23}

Es por eso que el mayor costo de esta enfermedad es, sin lugar a dudas, su costo humano,^{5,10} cuyas dimensiones son inestimables y el mayor sufrimiento lo padece la familia, en especial, los cuidadores que dedican años de su vida a brindar afecto y cuidado a un enfermo, que con el avance de la enfermedad será incapaz de reciprocitar esta dedicación y que en muchas ocasiones reaccionará con agresividad y conductas inapropiadas.¹¹⁻¹⁶

En algunos estudios,^{10,13} se plantea afectación económica familiar significativa, debido al agotamiento o limitación de los recursos financieros disponibles, a causa de que el cuidador está obligado, en muchas ocasiones, a abandonar su puesto de trabajo para dedicarse, sin descanso y durante tiempo prolongado, a la atención de este enfermo o a que el propio cuidado del paciente, su alimentación, aseo general y fármacos que consume, de manera regular, incrementan los gastos.^{36,37}

CONCLUSIONES

En la actualidad las demencias se consideran un problema de salud y es obvio que el incremento de la expectativa de vida en nuestro país, constituye, y seguirá siendo, un problema para la aparición de la enfermedad. La prevención de la demencia es posible, si se establece durante toda la vida la educación con estilos de vida saludables. La actividad física, el desarrollo de la capacidad intelectual, la estimulación cognitiva, disminuir el estrés, evitar la aparición de enfermedades no

transmisibles, así como dietas saludables, son factores que pueden ayudar a prevenirla. No solo es llegar a la tercera edad, el desafío está en la calidad de vida con que se llegue.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-Llibre Rodríguez, J; Guerra Hernández, M: Enfermedad de Alzheimer. Situación actual y estrategias terapéuticas. Rev. Cubana Med.; 38 (2): 134 - 42. 1999.

2-Sánchez IY. El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 2008 [citado 3 marzo 2019];24(2). Disponible

en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252008000200011&lng=es

3-Boletín de selección temática de Prensa Latina: 2015. Agencia Informativa Latinoamericana Prensa Latina. marzo 23, 2015

4- Frank J y colaboradores. La Transición Epidemiológica en América Latina. Bol. Of. Sanit. Panamericana III (6): dic, 2001.

5-Bayarre H, Fernández A, Trujillo O, Castañeda I, Menéndez J. Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad en ancianos del municipio Playa. [Trabajo para optar por el premio anual del MINSAP] La Habana, 1997.

6- Alzheimer A. Übereinereigenartigeerkrankung der hirnrinde. Allg. Z. Psychiat. 1907; 64: 146-148.

7-Cacabelos R. Enfermedad de Alzheimer. Concepto nosológico, epidemiología y aspectos sociosanitarios. ProusEditores, Barcelona, 2001: 1-33.

8-Langui D, Probst A, Wrinch J. Alzheimer's changes in non-demented and demented patients: a statistical approach to their relationships. Acta Neuropathol 2005; 89:57-62.

9. Sánchez IY. El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 2008 [citado 8 Jun 2009];24(2). Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252008000200011&lng=es

10. Pérez Martínez V. Demencia en la enfermedad de Alzheimer: un enfoque integral. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 2005 [citado 8 Jun 2009];21(3-4). Disponible

en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252005000300017&lng=es

11. Martínez Querol C. Estudio clínico epidemiológico del síndrome demencial. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 2005 [citado 8 Jun 2009];21(3-4).

Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300013&lng=es

12. Asamblea Mundial de la Salud. Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025.[citado 10 marzo 2019] Disponible en:

https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/es/

13. Viera Gómez Nelson, Servicio de Neurología del Hospital Clínico-Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, La Habana Entrevista. 2017 [citado 10 marzo 2019]Disponible en <http://www.granma.cu/granmad/salud/consultas/d/c39.html>

14.Llibre Rodríguez J, Demencia, un problema de olvido. Sociedad Cubana de Alzheimer, Entrevista Internet 21/09/2017 [citado 10 marzo 2019] Disponible en<http://www.juventudrebelde.cu/suplementos/en-red/2012-02-04/demencia-un-problema-de-olvido>.

15. Benítez Sánchez Enrique Mario, León de Guevara Tamara .Síndrome demencial en adultos mayoresMedicentro Electrónica vol.19 no.3 Santa Clara jul.-set. 2015. Disponible en

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S10293043201500030009

16-Mondéjar Barrios MD, Junco Martínez GJ, Hernández Martínez N. Intervención educativa a cuidadores de pacientes con demencia de Alzheimer del área norte de Morón. Mediciego [internet]. 2011 [citado 7 ene. 2013];17(Supl. 1):[aprox. 5 p]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol17_supl1_%202011_/articulos/t-8.html

17. Hernández Bayona Psiquiatría clínica, Diagnóstico y tratamiento en niños adolescentes y adultos.. 3era edición. Editorial Panamericana Bogotá. Año 2005; 794, 795.]

18. H Stein J. Medicina Interna.-3era edición. Editorial Salvat Rio de Janeiro Brazil. Año 1991; 1933, 1934, 1935.
19. Harrison K Principios de Medicina interna.. 16ta edición. Editorial McGraw Hill San Pablo Brasil; Año 2002; 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638,2639.
- 20.Samper NoaJA, Llibre Rodríguez JJ, Sosa Pérez S, Solórzano Romero J. Del envejecimiento a la enfermedad de Alzheimer. RevHabanCiencMéd [internet]. 2011 jul.-sep. [citado 7 ene. 2017];10(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2011000300=s
21. Hernández Bayona Psiquiatría clínica, Diagnóstico y tratamiento en niños adolescentes y adultos.. 3era edición. Editorial Panamericana Bogotá. Año 2005; 794, 795.
- 22 Pérez Perdomo M. Orientaciones para una mejor atención de los ancianos con Alzheimer en la comunidad. RevHabanCiencMéd [internet]. 2008 oct.-dic. [citado 10 marzo. 2019];7(4):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000400021&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 23 Aquino Fernández, Jacqueline Apaza, Paucara Juan José: DemenciaSenil.Rev. Act. Clin.Med v.17 La Paz mar. 2012. [citado 7 ene. 2017];10(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682012000200007&script=sci_arttext
24. Langui D, Probst A, Wrinch J. Alzheimer's changes in non-demented and demented patients: a statistical approach to their relationships. Acta Neuropathol 2005; 89:57-62.
25. Magone CA, Allegri R, Arizaga R, Famulari A. Enfermedad de Alzheimer. Enfoque Actual. Argentum Editora, 2006.
26. Stern Y, Mayeux R, Sann M. Predictors of disease course in patients with probable Alzheimer's disease. Neurology 1987; 37:1649 – 1653.

27. Richards M, Folstein M, Albert M. Multicenter study of predictors of disease course in Alzheimer's disease. (The "Predictor Study") *Alz. Dis. and Assoc. Disorders*. 2003; 7: 22 – 32.

28. SotolongoArró O, Rodríguez Blanco L. Prevalencia del síndrome demencial y la enfermedad de Alzheimer en pacientes del policlínico Pedro Fonseca. *Rev Cubana Med Gen Integr* [internet]. 2012 oct.-dic. [citado 10 marzo. 2019];28(4):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252012000400012&lng=es&nrm=iso&tlng=es

29. Barry R. Alzheimer's Disease. In: *Comprehensive Review of Geriatric Psychiatric* J. American Association for Geriatric Psychiatry. 2006 Chap. 14: 401 – 458.

30. Rozman C. *Medicina Interna*. 3era edición. Editorial Elsevier. Madrid España. Año 2006; 359,360,361.31. Alonso Oviedo PA, Vila González W, Noa Romero RS, Brito Cruz A. Prevalencia y comportamiento de la demencia en ancianos de un consejo popular del municipio Jaruco. *RevCiencMéd Habana* [internet]. 2009 [citado 12 feb. 2014];15(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/432/html>

32 Sánchez Gil Y, López Medina AM, Calvo Rodríguez M, Noriega Fernández L, López Valdés J. Depresión y deterioro cognitivo. Estudio basado en la población mayor de 65 años. *RevHabanCiencMéd* [internet]. 2009 oct.-nov. [citado 12 feb. 2014];8(4):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2009000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

33. Pérez Martínez V. Demencias: su enfoque diagnóstico. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2006;22(4):3.citado 12 feb. 2017];8(4):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2009000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

34. Gómez N, Bonnin B, Gómez M, Yáñez B, González A. Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo. *Rev Cubana Med*. 2003;42(1):12-7. citado 6 oct 2018];8(4):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2009000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

35. Marcheco B, López AM, Otero M, Llibre JJ. Enfermedad de Alzheimer. Manual para el Médico de la Familia. La Habana: Editorial Abril; 2006.

36. Oliva Resello María T. El Alzheimer, un problema de salud en Latinoamérica. Tomado del boletín de selección temática de Prensa Latina 2013. Citado el 9 de marzo del 2017 Disponible en file:///C:/Users/ade/Downloads/Servicio%20de%20noticias%20en%20salud%%

37. Martínez;Pérez, Victor T., De la Vega Pazitkova Tatiana. Repercusión de la demencia en los cuidadores primordiales del policlínico "Ana Betancourt". Rev Cubana Med Gen Integr v.26 n.2 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2010. Citado el 9 de marzo del 2017 Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000100005&lng.

Recibido 15 de noviembre 2019 **Aceptado** 15 de febrero de 2020
Nereyda Oliva Núñez. Servicios Médicos. Dirección de Servicios Médicos.
Correo electrónico: noliva@infomed.sld.cu.