

Prevalencia de demencia en pacientes geriátricos

**Gerardo Alanís-Niño,¹
Jessica Vanessa Garza-Marroquín,²
Andrés González-Arellano³**

¹Especialista en Medicina Familiar
²Médico residente de tercer año de Medicina Familiar
³Maestro en Ciencias Médicas

Autores 1 y 2, Unidad de Medicina Familiar 32, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalupe, Nuevo León.
Autor 3, Facultad de Medicina de la Universidad Juárez del Estado de Durango, Durango

Comunicación con:
Jessica Vanessa Garza-Marroquín.
Tel: (81) 8352 4044.
Correo electrónico:
jvgm_29@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: la demencia en los pacientes geriátricos es un trastorno frecuentemente subdiagnosticado en primer nivel de atención. El objetivo del estudio es identificar su prevalencia en pacientes geriátricos en cuatro unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Material y métodos: estudio descriptivo, observacional y transversal en las unidades de medicina familiar, en 226 pacientes geriátricos elegidos por casos consecutivos. Se evaluó la presencia de demencia con la aplicación del Miniexamen del Estado Mental, y se interrogó sobre condiciones asociadas.

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

Conclusiones: la prevalencia de demencia aumenta con la edad y es más frecuente en la mujer. El médico familiar debe identificar esta enfermedad y no ignorar o subdiagnosticar este padecimiento, para brindar una atención integral al adulto mayor en las unidades de primer contacto, mejorando la calidad asistencial en este grupo de edad.

SUMMARY

Background: dementia in geriatric patients is a condition commonly undiagnosed in primary care.

Objective: to identify the prevalence of dementia in geriatric patients in primary care clinics of *Instituto Mexicano del Seguro Social*.

Methods: a descriptive study was conducted in four family medicine clinics (FMC) located in *Guadalupe, Nuevo León*. 226 geriatric patients were consecutively chosen. The Mini Mental test served to ascertain dementia and its associated conditions were also explored.

Results: the prevalence of dementia was 3.5 % in adults from 60 years and older (men 1.2%; women 2.3 %, $p < 0.015$); 30.5% of interviewees had mild cognitive impairment. The prevalence of dementia in each participating clinic was as follows: FMC 27 (7 %), FMC 29 (0 %), FMC 30 (1.78 %) and FMC 32 (5.2 %).

Conclusions: the prevalence of dementia increases with age and among women is more frequent; mild cognitive impairment was found highly prevalent. Family physicians should identify this condition to be able to provide integrated medical care to the elderly. This will improve the quality of care provided in family medicine clinics for this age group.

Recibido: 21 de diciembre de 2006

Aceptado: 6 de marzo de 2007

Introducción

El deterioro intelectual implica una declinación del funcionamiento cerebral y en especial de las capacidades para procesar (pensamiento abstracto) y para recordar (memoria), siendo la demencia una de las principales manifestaciones.^{1,2}

La demencia etimológicamente significa *ausencia del pensamiento*. Se define como la pérdida o deterioro progresivo de habilidades cognitivas que altera las actividades de la vida diaria e impide efectuarlas en forma autónoma. Tiene una particularidad, la conciencia permanece íntegra. El curso ocasionalmente

Palabras clave

- ✓ demencia
- ✓ adulto mayor
- ✓ trastornos mentales
- ✓ geriatría

Key words

- ✓ dementia
- ✓ aged
- ✓ mental disorders
- ✓ geriatrics

es reversible, no sólo se acompaña de cambios en la personalidad o estado emocional sino que interfiere con las actividades cotidianas, laborales y sociales del individuo.^{1,2}

De acuerdo con su origen, la demencia se clasifica en demencia cortical (enfermedad de Alzheimer), demencia subcortical (enfermedad de Parkinson, encefalopatía tóxica o metabólica) y demencia corticosubcortical (vasculopatías, traumatismos).² En el mundo, la enfermedad de Alzheimer es la causa más común de demencia, afecta aproximadamente a 10 % de las personas mayores de 65 años y a la mitad de las personas mayores de 85 años, ocupando la tercera posición en cuanto a gastos sociales y económicos, con un total de 18 millones de afectados. Se estima un incremento de 34 millones en el año 2025.³

La prevalencia internacional de demencia es de 6.2 %, siendo para la mujer de 8.8 % y para el hombre de 3.1 %.⁴ En California se encontró una prevalencia de 4.8 % en latinos alrededor de los 60 años de edad y de 31 % en los mayores de 85 años, con una asociación negativa en relación con la escolaridad, con mayor riesgo para los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.⁵ En Guadalajara se informa una prevalencia de demencia en mayores de 65 años de edad de 3.7 % con predominio en el sexo masculino.⁶

En la actualidad, en Estados Unidos se calcula más de 4.5 millones de pacientes con demencia, de los cuales sólo está diagnosticada la cuarta parte y 10 % es tratado adecuadamente. En México, el número aproximado es de 500 mil a 700 mil pacientes con demencia y quizá no esté diagnosticado ni 25 %. Esto se debe a que el médico de primer contacto, así como otros especialistas, subdiagnostican e incluso ignoran este padecimiento.⁷⁻¹¹

La etiología aún permanece incierta. Los síntomas consisten en pérdida de memoria, problemas del lenguaje, dificultad para ejecutar tareas complejas, depresión, síntomas psicóticos, trastornos visuales y cambios progresivos de la personalidad. El deterioro intelectual es la primera causa de incapacidad en el adulto mayor.²⁻⁵

El diagnóstico evidentemente es clínico. La historia clínica debe ser relevante y primordial para evaluar alteraciones en la capacidad intelectual, en especial la memoria y la capacidad para el desempeño de las actividades cotidianas en el hogar, laborales y sociales, incluyendo una exploración física y neurológica completa con escalas de evaluación cognoscitiva a través del Miniexamen del Estado Mental.¹²⁻¹⁶

El Examen Mínimo de las Funciones Mentales de Folstein (*Minimal State Examination de Folstein*) es la escala más utilizada en estudios epidemiológicos para evaluar el deterioro cognitivo y demencia en población hispana. Varios estudios demuestran que tiene una buena sensibilidad y especificidad para identificar el deterioro cognitivo. Se ha empleado para diagnosticar la demencia, aunque es importante considerar la escolaridad del paciente.¹⁷⁻²⁰

El tratamiento es psicosocial y farmacológico; la atención psicosocial se enfoca en el

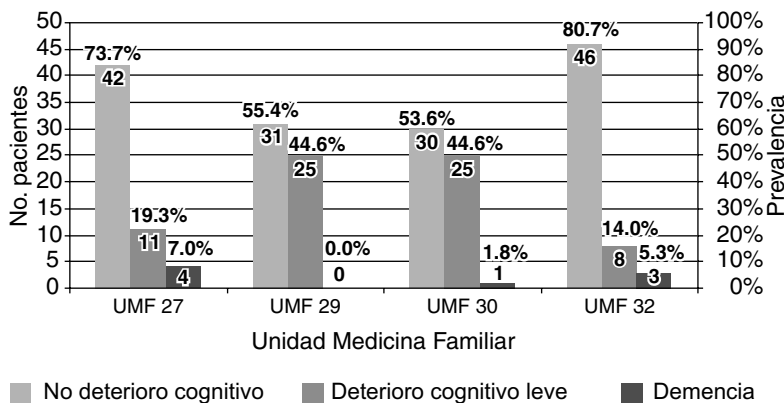


Figura 1. Estado mental de 226 pacientes geriátricos, distribuidos según Unidad de Medicina Familiar (UMF) de adscripción.

Cuadro I
Estado mental según edad, en 226 pacientes geriátricos adscritos a Unidades de Medicina Familiar

Edad	No deterioro cognitivo		Deterioro cognitivo leve		Demencia	
	n	%	n	%	n	%
60 a 69	111	49.1	25	11.1	1	0.44
70 a 79	33	14.6	34	15	2	0.87
80 a 89	5	2.2	10	4.4	4	1.75
> de 90	0	0	0	0	1	0.44
Total	149	65.9	69	30.5	8	3.5

cuidado y adaptación de los familiares a la patología del paciente mejorando las habilidades físicas y psíquicas del enfermo que redundarán en las condiciones de vida. El tratamiento farmacológico sintomático se refiere al control de la ansiedad, agitación, agresividad, psicosis, trastornos del sueño y depresión.¹⁸⁻²¹

La evaluación de la demencia permite un abordaje estratégico diagnóstico, preventivo y terapéutico que puede a su vez mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. De acuerdo con lo anterior, nuestro objetivo fue identificar la prevalencia de demencia en pacientes geriátricos en unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Material y métodos

Estudio descriptivo, observacional, transversal. El investigador responsable y un encuestador capacitado entrevistaron en forma directa e indirecta a los adultos de 60 años de edad o mayores, consultantes en las salas de espera de las Unidades de Medicina Familiar 27, 29, 30 y 32 de Ciudad Guadalupe, Nuevo León, en los turnos matutino y vespertino, durante los meses de enero y febrero de 2006. Se realizó muestreo no probabilístico por casos consecutivos. Se calculó el tamaño de muestra de acuerdo con la fórmula de poblaciones finitas, tomando un total de 53 246 adultos mayores adscritos, una prevalencia de 18 % y un nivel de confianza de 95 %, resultando en 226 participantes. Los criterios de inclusión fueron adultos de 60 años de edad o mayores adscritos a las unidades referidas, que aceptaran participar. Se excluyó a los adultos mayores con diagnóstico de trastorno depresivo. El criterio de eliminación consistió en que el cuestionario fuera incorrectamente llenado.

El instrumento de medición constó de cuatro capítulos: ficha de identificación, datos sociodemográficos, antecedentes y actividades diarias, con siete preguntas abiertas y 21 de opción múltiple. Fue contestado por el participante o el cuidador, además, a los participantes se les aplicó el Miniexamen del Estado Mental formado por cinco partes que incluyen orientación, concentración, atención, cálculo, memoria y lenguaje.

Se consideró demencia como la pérdida o deterioro progresivo de habilidades cognoscitivas que altera las actividades de la vida diaria e impide efectuarlas en forma autónoma, siendo una variable cualitativa, ordinal y politómica, cuyo instrumento de medición fue el Miniexamen del Estado Mental (MMSE). Se consideró deterioro cognitivo leve cuando el paciente fue calificado con 20 a 24 puntos; deterioro cognitivo moderado con 16 a 19 puntos, y deterioro cognitivo severo con 15 o menos puntos; se evaluó demencia con menos de 19 puntos. Se incluyeron variables del perfil epidemiológico como edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, tipo de familia, antecedentes heredofamiliares, personales patológicos y no patológicos. El instrumento de medición fue validado con una prueba piloto en 15 adultos de 60 años de edad o mayores, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 32 de Ciudad Guadalupe, Nuevo León.

Cuadro II
Perfil epidemiológico de 226 pacientes geriátricos adscritos a Unidades de Medicina Familiar

Variable	Frecuencia	%	IC 95 %
Sexo			
Hombre	95	42	35.5 -48.8
Mujer	131	58	51.2 -64.5
Edad			
60 a 69	137	60.6	
70 a 79	69	30.6	Mediana 67
80 a 89	19	8.4	
≥ 90	1	0.4	
Ocupación			
Ama de casa	120	53.1	46.4-59.7
Pensionado	83	36.7	30.4-43.4
Otros	21	9.3	5.8-13.9
Empleado	2	0.9	0.1-3.2
Estado civil			
Casado	174	77	70.9-82.3
Viudo	40	17.7	13-23.3
Soltero	7	3.1	1.3-6.3
Divorciado	3	1.3	0.3-3.8
Unión libre	2	0.9	0.1-3.2
Escolaridad			
0 a 3 años	99	43.8	Media 4.1
4 a 7 años	101	44.7	
≥ 8 años	26	11.5	
Tipo de familia			
Nuclear	149	65.9	59.4-72.1
Extensa	75	33.2	27.1-39.7
Compuesta	2	0.9	0.1-3.2

Este estudio se ajustó a las normas éticas institucionales y a la Ley General de Salud en materia de experimentación en seres humanos, así como a la Declaración de Helsinki, modificada en el Congreso de Tokio, Japón, en 1983. Por su carácter no experimental, no representó riesgos para los participantes y se realizó una vez aprobado por el comité local de investigación y ética. El paquete estadístico Epi-info sirvió para la captura y recolección de los datos. Dentro del plan de análisis se utilizó es-

tadística descriptiva con medidas de tendencia central y medidas de dispersión; como medida epidemiológica se calculó prevalencia, con un intervalo de confianza a 95 %.

Resultados

Se entrevistó a 226 pacientes junto con sus familiares. No hubo necesidad de eliminar cuestionarios, ya que todos fueron llenados en forma correcta; 58 % de la muestra estuvo constituido por el sexo femenino. La mediana total de edad fue de 67 años, con un rango de 60 a 93 años. Se encontró demencia en ocho pacientes, para una prevalencia de 3.5 % (cinco con deterioro moderado [2.2 %] y tres con severo [1.3 %]), 69 (30.5 %) con deterioro cognitivo leve y 149 sin deterioro (65.9 %). La prevalencia de demencia para las mujeres fue mayor que para los hombres (2.3 y 1.2 %, respectivamente; $p < 0.05$). La prevalencia por Unidad de Medicina Familiar puede observarse en la figura 1, por grupos de edad en el cuadro I y el perfil epidemiológico y los antecedentes de los participantes en los cuadros II y III, respectivamente. El grupo de 60 a 69 años de edad presentó demencia en 0.7 %, el de 70 a 79 en 2.8 %, el de 80 a 89 en 20 % y todos los participantes mayores de 90 años; en la muestra global, el grupo de 80 a 89 mostró mayor prevalencia de demencia (1.75). La puntuación obtenida del Miniexamen del Estado Mental varió de 13 a 30 puntos, con una media de 25.3 (figura 2).

Cuadro III
Antecedentes de 226 pacientes geriátricos adscritos a Unidades de Medicina Familiar

Variable	Frecuencia	%
AHF de demencia	3	1 %
Diabetes mellitus	57	25 %
Hipertensión arterial	98	43 %
EVC	9	4 %
Cardiopatías	16	7 %
Tabaquismo		
No fumador	164	73 %
Fumador	21	9 %
Exfumador	41	18 %
Alcoholismo		
No bebedor	196	87 %
Ocasional	26	12 %
Moderado	4	2 %
Paseo diario	196	87 %
Aficiones	215	95 %
Religión	203	90 %

AHF = antecedente heredofamiliar
EVC = enfermedad vascular cerebral

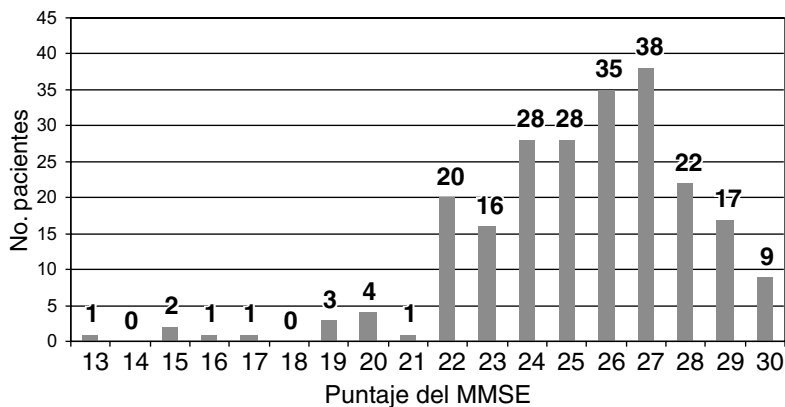


Figura 2. Resultados del Mini Examen del Estado Mental al ser aplicado a 226 pacientes geriátricos adscritos a Unidades de Medicina Familiar

Discusión

La esperanza de vida de la población aumenta y con ella la incidencia de patologías neurológicas asociadas a demencia, que antiguamente no se consideraban y cuyo impacto sanitario genera problemas asistenciales. Indudablemente la demencia es una de estas complicaciones, ya que es la primera causa de incapacidad del adulto mayor.

Los resultados del estudio dejan constancia de diversas peculiaridades en cuanto a la afluencia de los adultos mayores de 60 años de edad a las unidades de medicina familiar

del Instituto Mexicano del Seguro Social de Ciudad Guadalupe, Nuevo León, ya que es evidente el envejecimiento poblacional en el ámbito de la seguridad social, producto de la transición demográfica.

La forma como se distribuyó la población con más de 60 años de edad en el estudio mostró un comportamiento universal, ya que la mayor parte se ubica en los primeros quinquenios a partir de esa edad, siendo estos grupos poblacionales los que más acuden a atención a las unidades de medicina familiar.

Los resultados obtenidos fueron congruentes con los señalados a nivel internacional y en nuestro país si bien éstos se realizaron en población abierta, por lo que este estudio tiene sus limitaciones debido a la forma en que se obtuvo la información.

Cabe mencionar la variabilidad de prevalencia en las diferentes unidades de medicina familiar, pero es congruente ya que en la Unidad de Medicina Familia 29 la población adulta de 60 años o más constituye un porcentaje menor, y se encuentra en los primeros quinquenios a partir de esa edad en comparación con las otras unidades.

Llama la atención el alto porcentaje de pacientes con deterioro cognitivo leve, ya que al ser la demencia una enfermedad crónica surge la interrogante de cuántos van a progresar en años posteriores a deterioro moderado o severo, es decir, a demencia.

Es importante mencionar la aplicación en el primer nivel de atención del Minexamen del Estado Mental como parte integral de la atención del adulto mayor, ya que es un instrumento que puede ser una herramienta valiosa para identificar deterioro cognitivo en los pacientes que acuden a la atención médica de nuestra área de afluencia, aunque hay que tomar en cuenta su complementación diagnóstica.

Conclusiones

La prevalencia de demencia aumenta con la edad y es más común en la mujer, sin dejar de mencionar la alta prevalencia de deterioro cognitivo leve en los adultos mayores de 60 años de edad. El médico familiar debe identificar esta enfermedad para brindar su diagnóstico,

estudio y tratamiento precoz, y no ignorar o subdiagnosticar el padecimiento, para brindar una atención integral en las unidades de primer contacto, mejorando la calidad asistencial en este grupo que va en aumento en nuestra población, ya que la demencia es la primera causa de incapacidad en el adulto mayor. Es prioritario identificar los factores de riesgo en nuestra población en relación con demencia, para lograr una atención asistencial integral, así como la educación al paciente, al cuidador y a la familia.

Agradecimientos

Al personal de las Unidades de Medicina Familiar 27, 29, 30 y 32, del Instituto Mexicano del Seguro Social en Ciudad Guadalupe, Nuevo León, por su apoyo y colaboración con el proyecto. Al personal docente de la Maestría en Ciencias de la Facultad de Medicina de Durango.

Referencias

1. González-Chávez A, Vidales JA, Camacho J, Alexanderson-Rosas EG, Alcántara-Vázquez A. Síndrome de deterioro intelectual: Nuevos conceptos para el diagnóstico y tratamiento. *Rev Med Hosp Gen Mex* 1999;62(1):38-47.
2. Pérez-García JC. Diagnóstico diferencial y tratamiento de las demencias (síndrome de deterioro intelectual). En: *Memorias del XXVII Congreso Nacional de Medicina Interna*, 15 al 20 de noviembre de 2004, Center, Veracruz, México, 2004.
3. Rodríguez-Constantín A, Chusco-Seoane C, Orozco-González MI, Pino-Boytel IA, Tintore-Tames A. Factores de riesgo asociados a la demencia degenerativa en paciente geriátricos. *Rev Cub Med Gen Integr* 2005;19(12). Disponible en http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_2_03/mgi03203.htm
4. Vega S, Bermejo PF. Prevalencia de demencia en mayores de 60 años en el medio rural: estudio puerta a puerta. *Med Gen* 2002;48:794-805.
5. Haan MN, Mungas DM, González HM, Ortiz TA, Acharya A, Jagust WJ. Prevalence of dementia in elder Latins: the influence of type 2 diabetes mellitus, stroke and genetic factor. *JAGS* 2003; 51:169-177.
6. Cruz-Alcalá LE, Vázquez-Castellanos JL. Prevalencia de algunas enfermedades neurológicas en la ciudad de Tepetitlán, Jalisco, México. *Rev Mex Neurocir* 2002;3(2)71-76.

7. Jaime FL, Ortiz F, Ponton M. Frequency of Alzheimer's disease and other dementias in a community outreach sample of Hispanics. *JAGS* 2001;49:1301-1308.
8. Ramos-Cerqueira AT, Albina R, Torres-Crepaldi AR, Fair IL. Identification of dementia cases in the community: a Brazilian experience. *JAGS* 2005;53(10):1738-1745.
9. Shaji S, Srija Bose, Verghese A. Prevalence of dementia in an urban population in Kerala, India. *Br J Psychiatry* 2005;186:136-140.
10. Sink KM, Covinsky KE, Newcomer R, Yaffe K. Ethnic differences in the prevalence and pattern of dementia-related behaviors. *JAGS* 2004;52:1277-1283.
11. Navarrete H, Rodríguez-Leyva I. La demencia, ¿subdiagnosticada o ignorada? *Rev Mex Neuroci* 2003;4(1):11-12.
12. Robles A, Del Ser T, Alom J, Peña-Casanova, Grupo Asesor del Grupo de Neurología de la Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología. Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alzheimer. *Neurología* 2002;17(1):17-32.
13. Espino DV, Lichtenstein MJ, Palmer RF, Azuda HP. Evaluation of the Mini-Mental State Examination's internal consistency in a community-based sample of Mexican-American and European-American elders: results from the San Antonio longitudinal study of aging. *JAGS* 2004;52(5):822-827.
14. Ganguly M, Rodríguez E, Mulsant B, Richards S, Pandau R, Vander Blit J. Detection and management of cognitive impairment in primary care: The steel valley seniors survey. *JAGS* 2004;52: 1668-1675.
15. Gómez-Viera N, Matos-Oliva JL, Arias-Sifontes W, González-Zaldívar A. Utilidad del Mini mental State de Folstein en el diagnóstico diferencial de la demencia de Alzheimer, demencia vascular y demencia asociada a la enfermedad de Parkinson. *Rev Cub Med* 2004;43(1):1-8.
16. González-Chávez A, Vidales JA, Camacho J, Alexanderson-Rosas EG, Alcántara-Vázquez A. Síndrome de deterioro intelectual: nuevos conceptos para el diagnóstico y tratamiento. *Rev Med Hosp Gen Mex* 1999;62(1):38-47.
17. Jeong SK, Cho KH, Kim JM The usefulness of the Korean version of modified Mini-Mental State Examination (K-mMMSE) for dementia screening in community dwelling elderly people. *BMC Public Health* 2004;4:31. Disponible en <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pmcentrez&artid=509251>
18. Meulen EFJ, Schmand B, Van Campen JP, Koning SJ. The seven minute screen: a neurocognitive screening test highly sensitive to various types of dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004; 75:700-705.
19. Pandau R, Fillenbaum G, Ratcliff G, Phil D, Dodge H, Ganguli M. Sensitivity and specificity of cognitive and functional screening instruments for dementia: The Indo-U.S. Dementia epidemiology study. *JAGS* 2002;50:554-561.
20. Rangel-Guerra RA, Martínez HR. Antología neurológica. Monterrey, México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 1999. p. 162-167.
21. Wolfson C, Wolfson DB, Asgharian M, MLan CE, Rockwood K, Hogan DB. A reevaluation of the duration of survival the onset of dementia. *N Engl J Med* 2001;344(15):1111-1116. **rm**