



# UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA  
SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

CAUSAS MÁS FRECUENTES DE DEMENCIA EN ADULTOS JÓVENES Y  
MAYORES EN LA PROVINCIA DE EL ORO

VALLEJO REYES LISSETH FABIOLA  
MÉDICA

MACHALA  
2019



# UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA  
SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

CAUSAS MÁS FRECUENTES DE DEMENCIA EN ADULTOS  
JÓVENES Y MAYORES EN LA PROVINCIA DE EL ORO

VALLEJO REYES LISSETH FABIOLA  
MÉDICA

MACHALA  
2019



# UTMACH

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA  
SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

CAUSAS MÁS FRECUENTES DE DEMENCIA EN ADULTOS JÓVENES Y MAYORES  
EN LA PROVINCIA DE EL ORO

VALLEJO REYES LISSETH FABIOLA  
MÉDICA

RIVERA MACANCHÍ DARWIN ARNULFO

MACHALA, 04 DE FEBRERO DE 2019

MACHALA  
04 de febrero de 2019

**Nota de aceptación:**

Quienes suscriben, en nuestra condición de evaluadores del trabajo de titulación denominado CAUSAS MÁS FRECUENTES DE DEMENCIA EN ADULTOS JÓVENES Y MAYORES EN LA PROVINCIA DE EL ORO, hacemos constar que luego de haber revisado el manuscrito del precitado trabajo, consideramos que reúne las condiciones académicas para continuar con la fase de evaluación correspondiente.



---

RIVERA MACANCHÍ DARWIN ARNULFO  
0703313429  
TUTOR - ESPECIALISTA 1



---

GANAN ROMERO MANUEL FERNANDO  
0702817420  
ESPECIALISTA 2



---

PALADINES FIGUEROA FRANKLIN BENJAMIN  
0910322510  
ESPECIALISTA 3

Fecha de impresión: miércoles 06 de febrero de 2019 - 19:38

## Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** VALLEJO LISSETH.docx (D46985459)  
**Submitted:** 1/18/2019 5:25:00 PM  
**Submitted By:** lvallejo\_est@utmachala.edu.ec  
**Significance:** 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

## CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, VALLEJO REYES LISSETH FABIOLA, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado CAUSAS MÁS FRECUENTES DE DEMENCIA EN ADULTOS JÓVENES Y MAYORES EN LA PROVINCIA DE EL ORO, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 04 de febrero de 2019



VALLEJO REYES LISSETH FABIOLA  
0706774197

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo está dedicado primeramente a Dios, quien me ha bendecido, y me ha dado la fortaleza que he necesitado para no abandonar el camino, a pesar de todas las dificultades.

A mis padres, Jorge y Fanny, por su amor, paciencia, trabajo y sacrificio, esto es por ustedes, gracias por todo lo que me han dado a lo largo de todos estos años, esto es el inicio de todos los éxitos que tenemos por delante. Es un orgullo saber que cuento con personas tan excepcionales que me apoyan siempre.

A mis hermanos, Jorge y July, que son los ángeles que Dios me envió para que me acompañen y brindarme su ayuda incondicional.

A mis abuelitas Dorita y Crucita, por enseñarme a luchar por mis sueños, y que a pesar de lo duro que puede ser llegar a la meta, si ponemos toda la voluntad y esfuerzo, es posible lograrlo.

A mi amigo Cristhian, colega, quien lastimosamente partió antes, pero sé que en algún lugar está feliz por todos nosotros.

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero expresar mi gratitud a Dios, por protegerme, iluminar mi camino, por darme un poquito de su inmensa fortaleza y permitir tener a toda mi familia junto a mí, apoyándome en todos los momentos más difícil durante la carrera, porque cuando pensaba que no había solución o quería simplemente llorar por todo, ellos estuvieron ahí, confiando y dándome la mejor sonrisa y apoyo para que yo siguiera adelante.

También quiero agradecer mis distinguidos docentes de la Universidad técnica de Machala, quienes supieron aportar con sus conocimientos, para poder hacer de nosotros profesionales de bien, dispuestos a hacer cosas buenas por los demás.

Mi más sincero agradecimiento a mis tutores, durante este proceso, quienes con su paciencia, conocimientos y enseñanzas, permitieron la realización de este trabajo.

A mis amigos y amigas por apoyarme, durante los años de estudio.

## 1. RESUMEN

**Objetivo:** El principal objetivo es identificar las principales causas de demencia que afectan a los adultos jóvenes y mayores, a través del análisis de artículos científicos, guías, normas relacionados a las causas de demencia en adultos. **Metodología:** Mediante la revisión de artículos actualizados que nos ofrecen datos relacionados a esto, en las bases de datos de Cochrane, Google Scholar, PubMed, y distintas fuentes, con el uso de palabras claves. **Desarrollo:** La demencia es un síndrome muy amplio, progresivo, que conduce a alteraciones de diferentes funciones a nivel cerebral, que en ocasiones afecta las actividades diarias de los pacientes, no está directamente relacionado con el envejecimiento, pero el aumento en la esperanza de vida, constituye un factor de riesgo importante. Si bien es cierto, existe un sinnúmero de demencias, aquí se detallan las más importantes, así como los métodos de imágenes más utilizados y las pruebas cognitivas más eficaces. **Conclusiones:** Las demencias de tipo Alzheimer, vascular y frontotemporal constituyen las cifras más importantes entre los pacientes. Es necesaria la publicación de más casos de demencia en nuestro país, porque si bien es cierto que existen, estos no están documentados. El primer nivel de atención constituye el pilar fundamental para el correcto diagnóstico y manejo de la demencia.

**Palabras claves:** Demencia; adultos; causas; esperanza de vida

## 2. ABSTRACT

**Objective:** Identify the main causes of dementia that affect young and old adults.

**Methodology:** Revision of updated articles that offer data related to this, in the databases Cochrane, Google Scholar, PubMed, and different sources, with the use of keywords.

**Development:** Dementia is a very broad, progressive syndrome, which leads to alterations of brain's functions, affecting the daily activities. It is not totally related to aging, but it is a risk factor. While it is true, there are a lot of dementias, here the most important ones are described, as well as the most used image methods and the most effective cognitive tests.

**Conclusions:** The most important types of dementia are: Alzheimer's, vascular and frontotemporal dementias. The publications of the cases are essentials, in our country, because although they exist, they are not documented. The first level health center constitutes the principal pillar for the correct diagnosis and management of dementia.

**Key words:**

Dementia; adults; causes; life expectancy

### 3. ÍNDICE

<b>1. RESUMEN</b>	<b>3</b>
<b>2. ABSTRACT</b>	<b>4</b>
<b>3. ÍNDICE</b>	<b>5</b>
<b>4. INTRODUCCIÓN</b>	<b>6</b>
<b>5. DESARROLLO</b>	<b>8</b>
5.1. CONCEPTO:	8
5.2. TIPOS:	8
5.2.1. Demencias de tipo neurodegenerativo:	
5.2.1.1. Enfermedad de Alzheimer	8
5.2.1.2. Degeneración lobular frontotemporal	8
5.2.1.3. Las alfa-sinucleinopatías	9
5.2.2. Demencias no neurodegenerativas	9
5.2.2.1. Nutricional:	9
5.2.2.2. Tóxica	10
5.2.2.3. Metabólico	10
5.2.2.4. Deterioro cognitivo vascular	10
5.2.2.5. Demencias “de tipo mixto”	10
5.3. DEMENCIA EN ADULTOS JÓVENES	11
5.4. DEMENCIA EN ADULTOS MAYORES	12
5.5. DETECCIÓN DE LA DEMENCIA	13
5.6. MANEJO DE LA DEMENCIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA	14
5.7. DEMENCIA EN LA PROVINCIA DE EL ORO	14
<b>6. CONCLUSIONES</b>	<b>15</b>
<b>7. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>16</b>

#### 4. INTRODUCCIÓN

Los pacientes que son afectados por demencia, en la mayor parte de los casos son adultos mayores, pero no debe relacionarse totalmente al proceso de envejecimiento, como muchos piensan, sino que constituye una situación patológica y concreta. (1) Tomando en cuenta la realidad del envejecimiento, con el incremento en la esperanza de vida de la población, nuestro camino debe enfocarse en el escenario en donde hay un aumento de casos de demencia.(2)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen 47,5 millones de pacientes con demencia, y anualmente se reportan 7,7 millones de casos. Se estima que para el 2050, estas cifras se tripliquen, al menos que se logre controlar, mediante el mejoramiento de la prevención y pautas de tratamiento.(2) Es preocupante que el 12 % de personas a nivel mundial, sobrepase los 60 años de edad. En Latinoamérica las tasas de incidencia van en aumento, (1,7% actualmente) por el fenómeno de “anciano más viejo”, que es alto si lo comparamos con países de Europa o con los de Norteamérica.(3)

En un estudio realizado en el IESS de la ciudad de Cuenca, publicado en el 2014, que contó con 391 participantes, se encontró que el deterioro cognitivo obtuvo el 17.1%. La depresión, conlleva la predisposición de demencia, consiguiendo un 40.1%. En nuestro país, la edad sigue siendo un factor de riesgo, ya que a más años, mayor es el efecto negativo que causa. Aunque las mujeres son las más afectadas, el sexo no se considera como factor de predisposición, importante. (4)

La demencia tiende a ser difícil de asimilar, independientemente de la edad, tanto para los pacientes, como para sus familiares. Diagnosticar demencia en adultos jóvenes, representa un reto, especialmente en el primer nivel de atención, donde el conocimiento de las principales etiologías, para a una aproximación diagnóstica, juega un papel importante.(5)

Por lo expuesto, es importante determinar las principales causas de demencia que afectan a nuestros adultos, se parte de la idea de que al aumentar la esperanza de vida, hay mayor presencia de casos de deterioro cognitivo. Se conoce que los pacientes adultos mayores son más predisponentes a padecer de demencia, pero no por ello debemos dejar a un lado la correcta evaluación en pacientes jóvenes.

En nuestro medio existen pocos estudios acerca de este tema, el propósito de este trabajo radica justamente en eso, en inspirar otros investigadores a la realización de más estudios en la provincia de El Oro, relacionados a la demencia, o la documentación de los casos. Somos conscientes de que la comunidad posee un cierto conocimiento acerca de las demencias en adultos mayores pero ignora aquellas que afecta a la población más joven.

## 5. DESARROLLO

### 5.1. CONCEPTO:

Es un síndrome, que produce alteraciones de las funciones cognitivas. Lo más importante de la demencia es el deterioro paulatino de las habilidades así como los cambios conductuales y la afectación en el desempeño normal de las actividades cotidianas de los pacientes. Este síndrome es de tipo progresivo, es decir que con el tiempo, tiende a ir empeorando.(6)

### 5.2. TIPOS:

#### 5.2.1. Demencias de tipo neurodegenerativo:

##### 5.2.1.1. Enfermedad de Alzheimer

Es la más común en pacientes que tienen 50 años de edad o más. El 5 – 6% se presenta pasado los 65 años, el 30% en pacientes que sobrepasan las 8 décadas de vida y aproximadamente el 5% ocurre en personas menores de 65 años, lo que se denomina “inicio temprano”. Habitualmente empieza con reducción progresiva de la memoria, sin embargo, en algunos casos predominan la sintomatología relacionada a la conducta, lenguaje o habilidades visoespaciales. Después de los primeros síntomas, la supervivencia suele ser de 10 a 12 años. Al inicio se puede presentar un olvido sutil, irritabilidad, mal humor, apatía o incluso repetir historias, los familiares puede que primero reconozcan esto, antes de que ocurra un daño funcional, a esto se conoce como Alzheimer prodrómica. (7)

##### 5.2.1.2. Degeneración lobular frontotemporal

La afectación principal se produce a nivel de los lóbulos frontal y temporal, posee variantes: variante conductual (cambios tempranos de personalidad, comportamientos compulsivos y disfunción ejecutiva) , variante del lenguaje o Afasia primaria progresiva (problemas del habla y del lenguaje) , Síndrome corticobasal ( comprende parkinsonismo asimétrico, apraxia de extremidades, alteración ejecutiva, cambios de comportamiento, afasia) y síndrome de parálisis supranuclear progresiva (rigidez axial, inestabilidad postural, parálisis de la mirada vertical)(7)

El inicio de esta demencia, se presenta en pacientes de 35 y 75 años, pero es más frecuente en edades de 50 y 60 años. (8) Constituyen el tercer tipo de demencia de tipo degenerativo. En adultos menores de 65 años, las demencias de este tipo constituyen la segunda causa, después de la enfermedad de Alzheimer (20% de todos los casos)(7)

#### 5.2.1.3. Las alfa-sinucleinopatías

Se incluyen demencia con cuerpos de Lewy, enfermedad de Parkinson y atrofia de sistemas múltiples. La demencia con cuerpos de Lewy, constituye la segunda demencia más común de tipo degenerativa, en su clínica se evidencia: alteraciones en la atención y alerta; alucinaciones durante el movimiento rápido de los ojos, y una o más características del parkinsonismo. (7) El comienzo de la enfermedad sucede en pacientes que tienen entre 50 y 60 años de edad, es ligeramente más frecuentes en los hombres.(8) Para definir la demencia de la enfermedad de Parkinson, ésta debe ocurrir al menos después de 1 año de iniciado el Parkinsonismo. La atrofia multisistémica, es más rara, se manifiesta con cualquier composición de parkinsonismos, signos cerebelosos, signos piramidales y disautonomía; es común la antecollis, la distonía de mano o pie.(7)

### 5.2.2. Demencias no neurodegenerativas

#### 5.2.2.1. Nutricional:

En algunos casos, se puede desarrollar la demencia cuando existe un déficit o trastorno de la cantidad normal de vitaminas o nutrientes. La insuficiencia grave de vitamina B1 (tiamina), puede producir encefalopatía de Wernicke (fase aguda) que se presenta cuando las neuronas, carentes de tiamina, presenta necrosis, la tríada clínica es: ataxia de la marcha, delirio y oftalmoplejía; o un síndrome de Korsakoff (trastorno crónico de la memoria), el mismo en donde el delirio de la encefalopatía de Wernicke, se transfiere a una amnesia anterógrada severa y una amnesia retrógrada. Es más frecuente en personas alcohólicas crónicas o en aquellas con un aporte nutricional deficiente.(7)

#### 5.2.2.2. Tóxica

Medicamentos que son tomados en exageración o combinados con otros, pueden producir síndromes demenciales. Entre estos tenemos algunos antidepresivos, ciclobenzaprina y oxibutinina que tienen cualidades anticolinérgicas, asimismo la exposición a componentes químicos tóxicos, metales pesados o contaminantes, pueden llegar a producir demencia, no progresiva, pero consiguen incrementar el riesgo de padecer demencia neurodegenerativa a lo largo de los años.(7)

#### 5.2.2.3. Metabólico

Alteraciones metabólicas como el hipotiroidismo, que puede llegar a ser la causa principal de deterioro cognitivo, su sintomatología incluye apatía, problemas de memoria, atención y depresión. Por otro lado, el hipertiroidismo grave o la tiroiditis, puede llevar a psicosis, incremento de la actividad psicomotora y letargo. Trastornos como la uremia crónica, enfermedad hepática, trastornos paratiroideos, hemodiálisis crónica, el Cushing y la anemia, pueden producir déficit cognitivo. (7)

#### 5.2.2.4. Deterioro cognitivo vascular

Es más común de encontrarla entre pacientes que pasan los 65 años de edad.(8) Esta demencia posiblemente ocupa entre el 15- 35% en los pacientes, siendo la segunda causa más frecuente, después de la enfermedad de Alzheimer. Los factores de riesgo vascular sistémico, también predisponen al deterioro cognitivo vascular. La arteriopatía coronaria, la fibrilación auricular y el infarto de miocardio también afectan, independientemente el desarrollo de deterioro cognitivo vascular. Diferentes entidades pueden llevar a su aparición, se incluyen: accidentes cerebrovasculares, isquemia de pequeños vasos (enfermedad de Binswanger), enfermedades hereditarias.(7)

#### 5.2.2.5. Demencias “de tipo mixto”

En este tipo se manifiesta sintomatología, de más de un tipo de demencia. Las principales demencias implicadas son las de tipo neurodegenerativas, la más común es la demencia de Alzheimer. (6)

En un estudio longitudinal de tipo prospectivo, se evaluaron a 199 pacientes con los tipos más frecuentes de demencia, por un tiempo de un año y medio, observando el deterioro de las habilidades cognitivas, durante este tiempo. Encontrando diferencias de los patrones, entre los diferentes tipos de demencia. Los pacientes con Enfermedad de Alzheimer, disminuyeron en todos los dominios cognitivos, la variante de comportamiento demencia frontotemporal tuvo una reducción más rápida durante el período, en la demencia de tipo vascular hubo un descenso en el funcionamiento al ejecutar acciones y la atención, en la variante de lenguaje en la demencia frontotemporal se evidenció mayor disminución de la atención y la función ejecutiva, los pacientes con deterioro cognitivo leve, revelaron alteraciones de varios dominios cognitivos. (9)

### **5.3. DEMENCIA EN ADULTOS JÓVENES**

Es más frecuente ver casos de demencia frontotemporal entre los pacientes de 5 a 6 décadas de vida, en las personas más jóvenes (menos de 35 años), los casos no son registrados o descritos, de manera frecuente, ante la presencia de una sintomatología de demencia que se inicia precozmente, debemos descartar alguna patología genética o metabólica, para confirmar un diagnóstico. Se presenta mayormente en pacientes masculinos. (5)

Si hablamos de la frecuencia con la que encontramos demencia en la práctica, tenemos que la demencia frontotemporal, se encuentra más en adultos jóvenes que en mayores, seguido de la demencia de Lewy y Parkinson. (10)

Algunos pacientes, mencionan quejas de tipo subjetivo y cognitivos, muy tempranos; otros en cambio no lo toman en cuenta, y puede que sean los familiares, amigos o compañeros quienes noten el deterioro cognitivo. Los cambios relacionados a esta afectación, producen dificultades para sus habilidades, incluso problemas en sus relaciones interpersonales(10)

En la práctica diaria, el motivo de consulta médica, en muchas ocasiones se da por alteraciones de la memoria que afectan la convivencia de los pacientes, por ello es necesario plantearse preguntas sencillas, realización de una buena historia clínica para anular causas secundarias del trastorno.(5)

En una investigación realizada en el Hospital Hesburg, en Santo Domingo de los Colorados, se detalla el caso de una paciente de 19 años con antecedentes de epilepsia a los 12 años, crisis por fallecimiento de familiares y desnutrición. Se presenta con cuadro de hiporexia, pérdida de peso, parestesia, somnolencia, conducta desinhibida, hipersexualidad. Como causa aparente refiere la colocación de vacuna AH1N1. Al examen físico Glasgow 12/15, cuadriparesia flácida, reflejos normales, comprendía el lenguaje, pero no ejecuta órdenes, dificultad para razonar, planificar alteración en orientación, tiempo y espacio. Los datos de laboratorio descartan infecciones. (5).

#### **5.4. DEMENCIA EN ADULTOS MAYORES**

Los adultos mayores que padecen demencia, por lo general también presentan otro tipo de enfermedades crónicas, esta condición interviene en el transcurso de la demencia. Frecuentemente estos pacientes poseen una comorbilidad mayor, que los que no presentan demencia, presentando una carga superior y severidad del trastorno, un mal pronóstico, utilizan más recursos sociales y de salud, producen más gastos económicos. Esto es más evidente en pacientes de sexo masculino, que superan los 84 años de edad. Las cifras de incidencia y prevalencia van en aumento, a partir de la sexta década de vida, alcanzando un 43% de prevalencia en adultos mayores de 90 años. La demencia de tipo Alzheimer, es de las más importante, cuando hablamos de deterioro cognitivo. Con los diferentes métodos de diagnósticos, podemos darnos cuenta que las demencias neurodegenerativas y vasculares, en la práctica médica diaria, son las más significativas, en los adultos mayores. (11)

Se han encontrado diferencias entre los tipos de demencia que son las que causan problemas en los adultos así tenemos, la más común (Alzheimer), que es posible encontrarla en dos presentaciones: precoz y tardío, no nos debe confundir el hecho de que la afectación cerebral, sea la misma, porque existen contradicciones entre ellas, en el caso precoz, el cuadro clínico que se da al inicio, es atípico, se altera en gran dimensión la función cognitiva, praxias, visual y espacial en comparación con la de tipo tardía.(12)

## 5.5. DETECCIÓN DE LA DEMENCIA

Las demencias componen una dificultad grave de salud, en todo el mundo e involucra muchos síntomas, que llevan a un deterioro cognitivo irreversible, que altera comúnmente (pero no únicamente) a la memoria. Actualmente hay muchas técnicas de imagen, así como escalas que son útiles para llegar a un diagnóstico de demencia. (13)

5.5.1. Pruebas cognitivas: Los médicos debemos considerar la opción más viable a usar, considerando la educación, entorno, lenguaje y habilidades del paciente. El más usado es el Mini-Mental State Examination (MMSE), pero no tiene sensibilidad en personas con alto nivel educativo y sospecha de demencia temprana, Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE) y Montreal son más sensibles y prácticas para la detección de Enfermedad de Parkinson o demencia de Lewy.(13)

5.5.2. Neuroimagen: En cuanto a precios las tomografías computarizadas, son más económicas y sus resultados están en poco tiempo. Pero si hablamos de sensibilidad, es mejor la resonancia magnética, que sigue siendo la mejor opción, y es capaz de distinguir subtipos de demencia, por medio de la visualización de un patrón de atrofia cerebral regional y progresiva, así como predecir la ascenso del deterioro cognitivo. Las imágenes de Tomografía por emisión de positrones (PET) que emplean fluorodeoxiglucosa son más útiles al momento de distinguir entre la demencia de Alzheimer de la frontotemporal. La sensibilidad que tiene es alta, pero si consideramos la especificidad, ésta es baja en adultos mayores.(13)

5.5.3. Biomarcadores sanguíneos y de líquido cefalorraquídeo: No se acostumbra el uso de éstos, frecuentemente en la consulta, si necesita estos métodos, cuando es de suma urgencia e importancia, es posible usarlos en personas ancianas, pero debe regirse de normas estrictas. Es posible el subtipo de demencia en un estadio temprano, con el líquido cefalorraquídeo, hasta 15 años antes de la manifestación de los síntomas. Sin embargo, no existen biomarcadores precisos para la demencia de Lewy o frontotemporales, pero sí se podría diferenciarlas de la enfermedad de Alzheimer.(13)

5.5.4. Prueba genética: No son recomendadas para todos, por aspectos éticos. Sin embargo para explicación, se menciona: Lo que nos acerca al diagnóstico de Alzheimer de inicio tardío, es útil el alelo ApoE  $\epsilon$ 4, a diferencia de  $\beta$ -amiloide, presenilina 1 (PS1) o genes PS2 que está

relacionada a un inicio temprano, en el caso de las demencia fronto temporales, se han reconocido la Granulina , proteína microtubuleasa asociada tau, y C9ORF72.(13)

## **5.6. MANEJO DE LA DEMENCIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA**

En el manejo farmacológico, nos referimos a aquellos que inhiben a la colinesterasa, para así impedir que no se destruya la acetilcolina liberada, y también a los antagonistas de un grupo de receptores de glutamato, como lo es el receptor de N-metil-D-aspartato (NMDA), que se indican para la enfermedad de Alzheimer, tienen propiedades terapéuticas moderadas, pero de mucha importancia ya que sistematizan al neurotransmisor conservando las actividades cognitivas. Esto no es la cura, por otro lado, el poco beneficio, los efectos adversos, y su elevado costo, lo convierte en un tema de debate. Entre las acciones no farmacológicas se incluyen: ejercicio regular, actividades reforzadoras de las funciones cognitivas, optimizar la higiene del sueño, el estilo de vida y medio en el que se desenvuelve el paciente.(14)

## **5.7. DEMENCIA EN LA PROVINCIA DE EL ORO**

En la provincia de El Oro no hay evidencia de estudios relacionados a las causas de demencia, sin embargo, tras la indagación con Neurólogos, Médicos familiares, mencionan que las causas que más afecta a la población son las de tipo vascular, Alzheimer y Parkinson. En nuestra provincia, se conoce poco acerca de casos de demencia, ya que muchos de ellos no son reportados o plasmados en estudios, es por ello que es importante empezar la investigación de los contextos en que se desenvuelven nuestros pobladores, intentar de determinar las principales causas que condicionan a la aparición de este trastorno, así como ofrecer herramientas que se puedan utilizar en el primer nivel de atención para identificar precozmente la demencia.

## 6. CONCLUSIONES

- Las causas más comunes de demencia son las de tipo Alzheimer
- La demencia vascular y la de tipo frontotemporal corresponden el segundo y tercer lugar, respectivamente.
- La demencia frontotemporal, es la causa que más sobresale entre los adultos jóvenes, le sigue la demencia de Lewy y Parkinson.
- En los adultos mayores la demencia de tipo neurodegenerativo y vascular son las más frecuentes.
- Existen pocos estudios realizados en Ecuador acerca de los casos de demencia.
- En la provincia de El Oro, no se evidencian artículos relacionadas a este tema, sin embargo existen casos, pero no son publicados.
- Es necesario el buen manejo y diagnóstico en el primer nivel de atención, ya que éste constituye el pilar fundamental al momento de enfrentarnos a la demencia.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Gajardo J. J, Teresa Abusleme L. M. Plan Nacional De Demencias: Antecedentes Globales Y Síntesis De La Estrategia Chilena. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2016;27(3):286–96. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S071686401630030X>
2. Martínez-Lage P, Martín-Carrasco M, Arrieta E, Rodrigo J, Formiga F. Mapa de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en España. Proyecto MapEA. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2018;53(1):26–37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2017.07.006>
3. Custodio N, Wheelock A, Thumala D, Slachevsky A. Dementia in Latin America : Epidemiological Evidence and Implications for Public Policy. *Front Aging Neurosci* [Internet]. 2017;9(July):1–11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5508025/pdf/fnagi-09-00221.pdf>
4. Estévez F, Abambari C, Atiencia R WF-. Deterioro cognitivo y riesgo de demencia, una realidad para el Ecuador. estudio de factores de riesgo en un grupo de pacientes jubilados del iess en cuenca en el año 2013. *Rev Ecuatoriana Neurol* [Internet]. 2014;23(1–3):12–7. Available from: [http://www.neurosynapsis.org/publicaciones/Estevez\\_Fernando.\\_Deterioro\\_Cognitivo\\_y\\_Riesgo\\_de\\_Demencia\\_una\\_Realidad\\_Para\\_el\\_Ecuador.\\_Estudio\\_de\\_Factores\\_de\\_Riesgo\\_en\\_un\\_Grupo\\_de\\_Pacientes\\_Jubilados\\_del\\_IESS\\_en\\_Cuenca\\_en\\_el\\_A\\_o\\_2013.\\_pjMG11XZTAz4LiH/archivos/Deterioro\\_cognitivo\\_y\\_riesgo\\_de\\_demencia\\_REN\\_Vol\\_23\\_N\\_1\\_3\\_2014.pdf](http://www.neurosynapsis.org/publicaciones/Estevez_Fernando._Deterioro_Cognitivo_y_Riesgo_de_Demencia_una_Realidad_Para_el_Ecuador._Estudio_de_Factores_de_Riesgo_en_un_Grupo_de_Pacientes_Jubilados_del_IESS_en_Cuenca_en_el_A_o_2013._pjMG11XZTAz4LiH/archivos/Deterioro_cognitivo_y_riesgo_de_demencia_REN_Vol_23_N_1_3_2014.pdf)
5. Tulcanaz K, Peñafiel S. Demencia de aparición temprana . Revisión a propósito de un caso . 2018;3(3):1–6.

6. Guajardo G. Salud Mental y Personas Mayores: Reflexiones teórico-conceptuales para la investigación social de las demencias. [Internet]. 2016. Available from:  
<http://biblio.flacsoandes.edu.ec/catalog/resGet.php?resId=56112>
7. Acar D, Daffner KR, Acar D, Daffner KR, American T. Dementia. *Am J Med* [Internet]. 2018;131(10):1161–9. Available from:  
[https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(18\)30098-6/abstract](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(18)30098-6/abstract)
8. Buffington A, Lipski D, Westfall E. Dementia: An Evidence-Based Review of Common Presentations and Family-Based Interventions. *J Am Osteopath Assoc* [Internet]. 2013;113(10):768–75. Available from:  
<http://jaoa.org/article.aspx?doi=10.7556%2Fjaoa.2013.046>
9. Smits LL, Van Harten AC, Pijnenburg YAL, Koedam ELGE, Bouwman FH, Sismans N, et al. Trajectories of cognitive decline in different types of dementia. *Psychol Med* [Internet]. 2015;45(05):1051–9. Available from:  
[http://www.journals.cambridge.org/abstract\\_S0033291714002153](http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0033291714002153)
10. Draper B, Withall A. Young onset dementia. 2016;779–86. Available from:  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/imj.13099>
11. Marín-carmona JM. Demencia de inicio en edades avanzadas : aspectos clínicos y fisiopatológicos diferenciales Late onset dementia : Specific clinical and pathophysiological features. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015;50(6):261–3.
12. Tellechea P, Pujol N, Esteve-Belloch P, Echeveste B, García-Eulate MR, Arbizu J, et al. Early- and late-onset Alzheimer disease: Are they the same entity? *Neurologia* [Internet]. 2018;33(4):244–53. Available from:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2015.08.002>

13. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D, et al. Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet* [Internet]. 2017;390. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673617313636>
  
14. Chun O, Peng Y, Choon H, Ngar P. Dementia management: A brief overview for primary care clinicians. *Singapore Med J* [Internet]. 2018;59(6):295–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6024214/>