

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DEL CENTRO MEDICO NACIONAL

11227
3
20j.

DEMENCIAS POTENCIALMENTE REVERSIBLES EN PACIENTES
ANCIANOS, EN EL HOSPITAL GENERAL DEL CENTRO MEDICO LA
RAZA.

T R A B A J O D E I N V E S T I G A C I O N

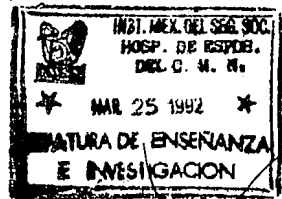
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA
INTERNA

P R E S E N T A

DR. LUIS EDUARDO ALVARADO MOCTEZUMA

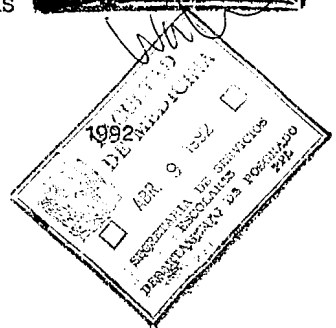
ASESOR:

DR. FRANCISCO DIEZ DE PINO SALINAS



MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	1
OBJETIVO.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
HIPOTESIS.....	5
IDENTIFICACION DE VARIABLES.....	6
DEFINICION OPERATIVA DE LAS VARIABLES.....	7
DISEÑO O TIPO DE ESTUDIO.....	9
MATERIAL Y METODOS.....	10
RESULTADOS.....	13
TABLAS DE RESULTADOS.....	14
FIGURA DE RESULTADOS.....	15
COMENTARIOS Y CONCLUSIONES.....	16
HOJA DE REGISTRO DE DATOS.....	18
BIBLIOGRAFIA.....	19

La frecuencia de demencia en los estados unidos de norteamerica es aproximadamente del 2% de la población entre los 65 a 75 años de edad. El 20% de los pacientes mayores de 80 años tienen éste padecimiento(1,3). En el continente europeo se tienen unas estadísticas semejantes pero algunos autores las consideran sobreestimadas. La frecuencia de pacientes dementes esperada en los estados unidos de norteamerica para el año 2040 es de 5.4 millones(1,3). Por eso es muy importante tener una forma clara y no invasiva para poder llegar al diagnostico de las demencias en forma precoz y siempre identificando la causa de la misma, ya que como sabemos hay un numero alto hasta de un 40% de errores diagnosticos en ésta enfermedad y existen unas demencias que potencialmente pueden curarse si su causa es reversible(1,3,4,5,8-12).

El concepto de demencia, su clasificación y etiología tiene un bien ganado lugar en la literatura mundial, pues se ha ido corrigiendo a través del tiempo al conocer mejor su evolución, con las técnicas que aparecen de avance técnico, sin embargo aún hay controversias en algunos puntos, como el tratar de lograr una forma sencilla de llegar a su diagnóstico y a su clasificación. El concepto de demencia mundialmente aceptado es el del DS-III R (asociación americana de psiquiatría): "Pérdida de las habilidades intelectuales de suficiente gravedad como para interferir en el funcionamiento ocupacional o social, acompañada de pérdida de memoria, y o tras alteraciones de las funciones corticales, con afectación de la elaboración de juicios abstractos y sin variación del estado de conciencia". La clasificación actual también es muy interesante pues en ella va también la causa implicada o etiología(2): a) Demencia degenerativa pura. b) Demencia vascular o multi-infarto. c) Demencias mixtas. d) Misceláneas.

Las demencias degenerativas puras son irreversibles y corresponden a la Presenil, la de Pick y la senil simple. Las demencias vasculares tienen una connotación de que pueden en algún momento la característica de ser discretamente reversibles, en un modesto porcentaje. Las demencias mixtas obviamente son irreversibles. En las misceláneas hay un porcentaje que va desde un 10 a 30% y que prácticamente son las potencialmente reversibles en su gran mayoría, si se descubre a tiempo y en forma precoz, antes de que el daño cerebral sea irreversible(1,3-5,8). Entre estas misceláneas se encuentran las alteraciones endocrinológicas como el hiper e hipotiroidismo, la deficiencia de vitamina B12, la neurosífilis, la infección por virus de inmunodeficiencia humana, tumores cerebrales, la hidrocefalia normo

tensa, hipercalcemia, pseudodemencia por depresión, etc. El obstáculo más grande en este camino es lo costoso de la búsqueda pero se han abierto 2 caminos: 1) Buscar técnicas o pruebas sencillas no invasivas, aún en estudio y 2) No escatimar ningún recurso disponible con el fin de llegar al diagnóstico de certeza de demencia y de su causa como una inquietud clínica del médico, por la trascendencia pronóstica para el paciente.

OBJETIVO

Identificar la frecuencia de las demencias que potencialmente pueden ser reversibles en el anciano.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Despues de realizar el diagnostico de demencia nos encontramos con un verdadero dilema, que nos hace preguntarnos ¿Cual es la causa de ella? y si la causa de ella es reversible o curable. Por eso es muy importante siempre buscar en forma intencionada la etiología o causa, porque - hay un porcentaje de demencias que pueden ser reversibles y que si no las estudiamos, marginaremos a los pacientes de ese beneficio.

HIPOTESIS NULA:

Todas las demencias en el anciano son irreversibles.

HIPOTESIS ALTERNATIVA:

Existen algunas demencias que son potencialmente reversibles en el anciano.

IDENTIFICACION DE VARIABLES

Variable independiente: Paciente anciano.

Variable dependiente: Causas reversibles de demencia.

DEFINICION OPERATIVA DE LAS VARIABLES:

+Variable independiente: Anciano.

-Anciano: Individuo mayor de 60 años

+Variable dependiente: Causas reversibles de demencia.

-Demencia: Pérdida de habilidades intelectuales, con pérdida de memoria y sin variación del estado de conciencia.

-Demencia reversible: Demencia que se puede curar al quitar la causa la estaba produciendo.

Hipotiroidismo: Niveles sericos de T3 abajo de 64 ng% y de T4 abajo de 3.5ug%.

Hipertiroidismo: Niveles sericos de T3 arriba de 190 ng% y de T4 arriba de 12ug%.

-Deficiencia de B12.-Niveles sericos abajo de 180pg/ml.

-Neurosifilis: Presencia de VDRL positivo sérico y confirmado por inmunofluorescencia.

-Infección por virus de inmunodeficiencia humana: Prueba de ELISA positiva y confirmatoria con Western-blot.

-Tumor cerebral: Masa ocupativa intracerebral vista en tomografía computada de craneo.

-Infartos lacunares o multi-infarto: Areas hipodensas periventriculares en la tomografía computada de craneo.

ESCALA DE MEDICION DE LAS VARIABLES

Escala Nominal.

DISEÑO O TIPO DE ESTUDIO

Prospectivo, transversal, descriptivo, observacional y clínico.
Denominado encuesta descriptiva.

MATERIAL Y METODOS

Universo de trabajo:

Pacientes ancianos que ingresen al servicio de Medicina Interna del Hospital General del Centro Médico La Raza del IMSS, en el periodo comprendido del 1° de Septiembre al 31 de Diciembre de 1991.

Criterios de inclusión:

- 1) Hombres y mujeres, mayores de 60 años
- 2) Con manifestaciones neuropsiquiátricas sospechosas de demencia.
- 3) Que se encuentren hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital General del Centro Médico La Raza del IMSS
- 4) Durante el periodo comprendido del 1° de Septiembre al 31 de Diciembre de 1991.

Criterios de no inclusión:

- 1) Hombres y mujeres, mayores de 60 años con delirium de cualquier etiología.

Criterios de exclusión :

- 1) Hombres y mujeres, mayores de 60 años, con diagnóstico de demencia que por alguna razón, falla técnica, fallecimiento, etc, no pueda concluir el estudio.

METODOLOGIA:

Primeramente se hará el diagnostico de Demencia basado en: a)Historia clinica completa.b)Exploración neuropsiquiatrica.c)Valoración del estado mental con 2 pruebas o escalas: La International version of mental status questionnaire de Erink y la Mini-mental de Folstein.D)Con el criterio del DSM-III-R.

La depresión se basará en la escala de Geriatric depression scale of Erink.

A todos los pacientes que se les diagnostique demencia se les aplicará la escala de isquemia de Hachinsky.

A todos los pacientes se les tomará muestra por venopunción para las siguientes determinaciones sericas:Biometria hematica.Quimica sanguinea incluyendo glucosa,urea,creatinina.Pruebas de funcion hepatica incluyendo colesterol,bilirrubinas,Proteinas totales,transaminasas,DHL y fosfatasa alcalina.Examen general de orina.Hormonas tiroideas (T3 ,T4 y TSH) y vitamina B12 por radioinmunoanálisis.Tambien se hará ELISA para virus de inmunodeficiencia humana.VDRL y se tomarán Electrocardiograma, electroencefalograma y Tomografia computada de craneo.

CONSIDERACIONES ETICAS

No se aparta de la ética y se ajusta a la ley General de Salud de la -
Republica mexicana para la investigación en humanos.

AUTORIZACION

Se solicitará a todos los participantes su autorización por escrito; en caso de no ser posible, se le pedirá a su familiar la autorización. El -
paciente queda en completa libertad para retirarse del estudio en el -
momento que lo desee, sin que por ello se limite la asistencia médica -
actual o futura que otorga el Instituto a sus derechohabientes.

RESULTADOS.-

Durante los 4 meses de estudio, de septiembre a diciembre de 1991, se detectaron a 25 pacientes con manifestaciones neuropsiquiátricas sospechosas de demencia. De estos se excluyeron a 5, por presentar el estado de delirium. De los 20 restantes, se pudo documentar el diagnóstico de demencia basado tanto con el criterio del DSM-III-R y la prueba del estado mental de Folstein o mini-mental. Estos 20 pacientes fueron los que se incluyeron en el estudio.

Once pacientes fueron mujeres (55%) y 9 pacientes fueron hombres (45%). La edad osciló entre los 62 a 91 años de edad, con una media de 76.5 años. Doce pacientes tenían hipertensión arterial de por lo menos de 1 año de evolución, que correspondió a un 60% y solamente 5 pacientes tenían diabetes mellitus con un 25%. (Tabla 1)

Once pacientes (55%) correspondieron a demencia multi-infarto y todos tuvieron correlación con más de siete puntos en la escala de isquemia de Hachinsky; 4 pacientes (20%) correspondieron a demencia mixta, 2 de los cuales correspondió a demencia multi-infarto con deficiencia de vitamina B12 y los otros 2 casos fueron de demencia multi-infarto y demencia de Alzheimer. Dos pacientes (10%) correspondieron a demencia Alzheimer pura. Un paciente (5%) correspondió a Parkinson y demencia. Un paciente (5%) correspondió a deficiencia de vitamina B12 y un paciente (5%) correspondió a pseudodemencia por depresión. (Tabla 2) (Figura 1)

De las demencias potencialmente reversibles encontramos a 3 pacientes: Una paciente de 65 años con deficiencia de vitamina B12 y folatos, en la que había un estado de desnutrición severa y que falleció por sepsis antes de corregir el estado vitamínico. El otro caso fue un paciente de 70 años de edad por pseudodemencia por depresión, el cual fue difícil de interpretar, pero se pudo llegar al diagnóstico clínicamente, el motivo de la depresión fue la muerte de su compañera 4 meses atrás y el tercer caso fue un paciente con Parkinson y demencia de 6 meses de evolución clínica, en la que al tratar el Parkinson farmacológicamente, se revirtió el diagnóstico de demencia.

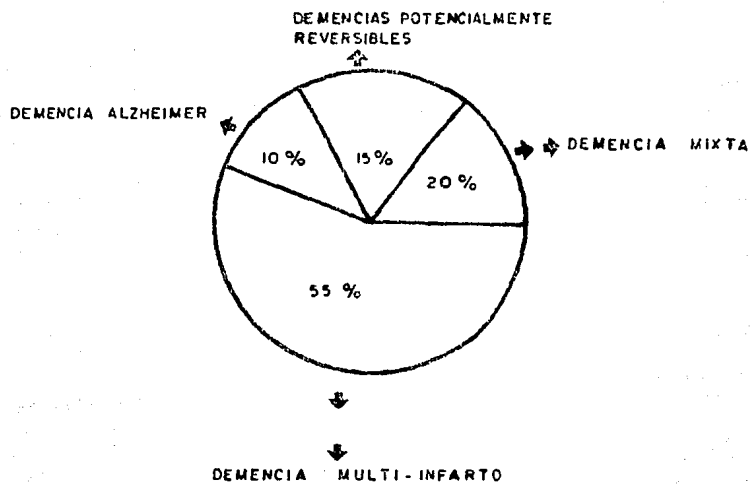
TABLA 1.- EDAD, SEXO Y ENFERMEDADES EN EL GRUPO DE 20 PACIENTES DEMENTES ESTUDIADOS.

EDAD MEDIA EN AÑOS	76 .5 (62 a 91 años)
MUJERES	11 (55%)
HOMBRES	9 (45%)
HIPERTENSION ARTERIAL	12 (60%)
DIABETES MELLITUS	5 (25%)

TABLA 2.- FRECUENCIA DE DEMENCIA ENCONTRADAS EN LOS 20 PACIENTES.

DEMENCIA MULTI-INFARTO	11 pacientes (55%)
DEMENCIA MIXTA	4 pacientes (20%)
DEMENCIA ALZHEIMER	2 pacientes (10%)
PARKINSON Y DEMENCIA	1 paciente (5%)
DEFICIENCIA VITAMINA B12	1 paciente (5%)
PSEUDODEMENCIA POR DEPRESION	1 paciente (5%)
TOTAL	20 pacientes

FIGURA 1.- FRECUENCIA DE DEMENCIAS EN LOS 20 PACIENTES ESTUDIADOS.



COMENTARIOS.-

La frecuencia de las demencias potencialmente reversibles, que obtuvimos en nuestro estudio concuerda con los porcentajes que se han establecido en la literatura universal. Nosostros encontramos un 15% de dichas demencias y multiples autores, como Hachinsky, Larsen, Cunha, etc reportan un porcentaje que va desde el 10 al 30% de las mismas. Estos autores y otros reportan una gran variedad de estados nosológicos como responsables de éstas demencias entre las que mencionan al hipertiroidismo, hipotiroidismo, tumor cerebral, neurosífilis, infección por virus de inmunodeficiencia humana, hidrocefalia normotensa, etc, pero en nuestro estudio no encontramos ninguno de estos diagnosticos. Nosotros encontramos en 3 casos deficiencia de vitamina B12 en forma severa, una de éstas deficiencias fué en forma pura y los otros 2 casos co-existió con demencia vascular. Otro caso fué pseudodemencia y el otro una enfermedad de Parkinson no tratada. Ya comentamos su evolución de estos casos.

Un comentario que vale la pena hacer es en relación con la frecuencia de las demencias vasculares o multi-infarto, ya que en nuestro estudio fué la causa más frecuente de demencias, con un 55%. Este hecho no concuerda con las cifras europeas y estadounidenses e incluso unos reportes de Brazil, (1,2,3,4,5,8,12). Los autores reportan una frecuencia mayor de demencias de Alzheimer, hasta de un 55 a 70% y la demencia --vascular entre un 15 a 30%. Este hecho es significativo y merece atención. Sin embargo nuestras cifras obtenidas concuerdan con las publicaciones japonesas de Takanaga y Yamashita, en la que la demencia multi-infarto abarca un 54% en ese país.

Seguramente hay una serie de factores no bien documentados que pueden modificar dichas frecuencias de acuerdo a factores raciales, genéticos, nutricionales, ambientales, etc, que hacen que cada región o país pueda presentar diferencias en las incidencias mencionadas.

También lo que nos llamó la atención fué la presencia en la Tomografía computada de craneo de discreto aumento de los ventrículos laterales en prácticamente todos los pacientes y disminución de densidad periventricular que mencionan la mayoría de los estudios universales y que se correlacionan con la edad y con la demencia.

Podemos concluir que las demencias potencialmente reversibles ocupan un lugar importante, por su trascendencia pronóstica; y en segundo lugar que la demencia más frecuente en nuestro estudio fué la demencia vascular o multi-infarto.

Estas conclusiones nos obligan a presentar una serie de sugerencias encaminadas a abatir la frecuencia de las mismas, con las siguientes medidas: 1) Incrementar las medidas preventivas para evitar el daño vascular de atero y arterioesclerosis. 2) Control estricto de la Hipertensión y diabetes mellitus, por ser enfermedades que aceleran el daño vascular y cuyos estados están perfectamente demostradas su asociación a la demencia multi-infarto. 3) Conocer el entorno del tratamiento NO farmacológico y farmacológico de la atero y arterioesclerosis y 4) Toda demencia debe de estudiarse en forma integral, para rescatar a tiempo a las demencias que pueden ser reversibles.

HOJA DE REGISTRO DE DATOS

No. de registro _____ Tipo de caso _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____ Afiliación _____

EDAD _____ SEXO _____ No. DE CABA _____

ANTECEDENTES Si No Presente Ausente

Hipertension arterial sistémica.

Diabetes mellitus

Estados nosologicos encontrados:

- Hipotiroidismo
- Hipertiroidismo.
- Deficiencia de B12.
- Neurosifilis
- Hidrocefalia normotensa.
- Tumor cerebral
- Infección por V.I.H.
- Infartos lacunares cerebrales
- Otros

BIBLIOGRAFIA

ESTA TRABAJO DE
 CADA DE LA BIBLIOTECA

- 1.-Cummings JL and Jarvik LF:Dementia.En Cassei CK and Walsh JR:Geri-
 atric Medicine Second Edition.Pags 428-439.Springer(eds) New York 1990.
- 2.-American Psychiatric Association .Diagnostic and statistical manual -
 of mental disorders.3rd edn.Washington DC:APA,1980:101-162
- 3.-Cid MB:Patologia psiquica en el anciano.En Salgado A y Guillen F:
 Manual de Geriatria.Salvat(eds)Barcelona 1990:407-411.
- 4.-Lernejó FF:La demencia como síndrome.Concepto y diagnostico diferen-
 cial:En Rivera JK:Patologia neurológica y psiquiátrica en geriatría.Cli-
 nicas Geriátricas.Edinsa(eds) Madrid 1989:175-183.
- 5.-Hector M,Turton J.What are the psychiatric manifestations of vitamin
 B12 deficiency? J Am Geriatr Soc 1988;36:1105-1122.
- 6.-Frink TL,Capri D,De Neeve V,et al.Senile Confusions:limitations of -
 assesment by the face-hand test,mental status questionnaire and staff -
 rating.J Am Geriatr Soc.1978;26:380-2.
- 7.-Folstein MF,Folstein SE,McHugh FR."Mini-mental state":A practical me-
 thod for grading the cognitive state of patients for the clinician.J --
 Psychol Res.1975;12:189-198.
- 8.-Cunha UG,.An investigation of dementia among elderly outpatients.Ac-
 ta Psychiatr Scand 1980;82:261-263.
- 9.-Weiler FG,Kung'u L,Tomerantz S.Aids as a cause of dementia in the el-
 derly. J Am Geriatr Soc 1988;36:139-141.
- 10.-Smith JS,Hiloh L.The investigation of dementia:results en 200 conse-
 cutive admissions. Lancet 1981;1:624
- 11.-Larson EB,Reifler BV,Featherson NJ,et al.Dementia in elderly outpa-
 tients:A prospective study. Ann Intern Med. 1984;100-107
- 12.-Larson LL,Reifler BV,Sumi SK,et al.Diagnostic test in the evaluation
 of dementia. Arch Intern Med 1986;146:1517
- 13.-Yamashita KS,Kobayashi SS,Yanagushi SH,et al.Correlation between ca-
 rotid blood flow and brain atrophy in patients with multi-infarct demen-
 tia.Gerontology 1989;35:192-197.
- 14.-McWilliam C,Wood NG,Copeland H,et al.Erythrocyte acetyl cholineste-
 rase in elderly patients with dementia and depression compared with nor-
 mal controls.Age and Ageing 1990;18:104-106.