



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**DEMENCIA EN EL ADULTO MAYOR: TIPOS
MÁS FRECUENTES Y SU CUIDADO**

TESINA

Para obtener el título de
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA

ANGELES ANDREA VICTORES RAMÍREZ

DIRECTORA DE TESINA

DRA. NORMA IVETTE BELTRÁN LUGO



Los Reyes Iztacala, Estado de México, 2023.



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 esta 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.

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

Quiero comenzar agradeciendo a mis padres, a mi hermano y a mi abuelita, mi motivación más grande todos estos años, la razón por la que seguí adelante cuando creí que ya no podía, gracias por poner su confianza en mi cuando yo no la tuve, gracias por acompañarme desde pequeña, por hacer realidad este sueño que veía lejano, pero sobre todo gracias por su amor, este trabajo y este logro es de ustedes y para ustedes, esto es solo el inicio de todo lo que quiero retribuirles a partir de ahora, gracias por tanto.

También agradezco a mis profesores, quienes fueron parte fundamental de mi crecimiento como profesional a lo largo de la carrera, agradezco los conocimientos que me transmitieron, ya que con ellos pude llegar hasta donde me encuentro el día de hoy.

Agradezco a mi asesora de este trabajo, la Dra. Norma Ivette Beltrán Lugo, quien me guió durante esta parte tan importante de mi carrera, y de igual manera en algún punto fue mi docente, siempre haciéndolo con paciencia y motivándome para ser una mejor enfermera.

Finalmente, pero no menos importante quiero agradecer a mis amigos, sin ellos habría sido muy difícil recorrer este camino que algunas veces se tornaba complicado, gracias por mantenerse a mi lado, por permitirme aprender de cada uno de ustedes, por regalarme momentos inolvidables, dentro y fuera de las aulas y de los hospitales, gracias por llegar hasta aquí conmigo.

ÍNDICE

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	4
JUSTIFICACIÓN.....	6
OBJETIVOS	9
METODOLOGÍA.....	9
CAPÍTULO I. EL CEREBRO EN LOS PROCESOS COGNITIVOS.....	10
Generalidades del cerebro.....	10
Áreas anatómo-fisiológicas de la corteza cerebral afectadas en la demencia.....	10
Corteza cerebral.....	10
Área de asociación prefrontal:.....	11
Área de Broca:	11
Área de asociación parietooccipitotemporal:	11
Área de Wernicke:.....	12
Área de asociación límbica:.....	12
Lóbulos parietales: atención espacial y praxis.....	14
Lóbulos temporales y el hipocampo: memoria de reconocimiento.....	15
Lóbulos frontal y temporal: lenguaje.....	16
Tálamo.....	18
Ganglios basales.....	20
CAPÍTULO II. LA DEMENCIA EN LOS ADULTOS MAYORES.....	21
Demencia.....	21
Epidemiología	22
Causas de demencia	23
Diagnóstico.....	28
Deterioro cognitivo leve	32
Enfermedad de Alzheimer.....	32
Demencia frontotemporal.....	34
Demencia vascular.....	35
Demencia con cuerpos de Lewy	36
CAPÍTULO III. AFECCIONES SISTÉMICAS DE LA DEMENCIA	38
Sistema respiratorio	38

Riesgo de infección respiratoria:.....	38
Sistema digestivo	39
Sistema genitourinario	40
Sistema musculoesquelético	40
Sistema tegumentario	41
CAPÍTULO IV. EL ROL DE ENFERMERÍA EN LOS ADULTOS MAYORES QUE PRESENTAN ALGÚN TIPO DE DEMENCIA	43
Necesidades de la vida cotidiana	44
Necesidades de cuidado físicas/dolor.....	45
Manejo del sueño	46
Manejo de la nutrición.....	47
Intervenciones de enfermería desempeñadas por el "Rol asistencial y docente":.....	48
Necesidades de cuidado en el aspecto psicológico	49
CONCLUSIONES.....	51
SUGERENCIAS.....	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53

INTRODUCCIÓN

La demencia es un trastorno neurocognitivo que se caracteriza por la disfunción, limitación o pérdida de la memoria, la orientación, la atención, el lenguaje, el juicio y el razonamiento, entre otras manifestaciones. Puede haber cambios de personalidad y problemas conductuales como agitación, delirios y alucinaciones. Estos problemas causan alteraciones de la capacidad de la persona de trabajar, de cumplir con las responsabilidades sociales y familiares y de realizar las actividades de la vida diaria.

Dicho lo anterior, es necesario abordar desde lo más profundo, este padecimiento desde sus implicaciones anatómicas y fisiológicas para comprender la importancia de las intervenciones que el personal de enfermería debe realizar para la atención de pacientes adultos mayores que cursan por algún tipo de demencia.

En el presente trabajo se abordan aspectos sobre las funciones del cerebro y las partes de él que se ven alteradas a causa de la demencia. Posteriormente se describen los tipos de demencia más conocidos, sus datos epidemiológicos además de sus manifestaciones y su diagnóstico.

Una vez mencionados estos aspectos fundamentales en torno a la demencia, se describe cómo es que cada una de estas demencias afecta al resto de los sistemas derivando en un impacto en la vida cotidiana, personal, laboral y social de los pacientes que la padecen.

Finalmente se presenta el elemento más relevante de esta investigación: el papel que juega enfermería en el cuidado de este tipo de pacientes, las intervenciones, menesteres que no solamente se aplican en una persona con demencia, si no con sus familiares ya que el paciente no sólo es el individuo sino también aquellos de quien se rodea.

Actualmente en México la esperanza de vida media es de 75.2 años y el número de personas que superan los 85 años va creciendo, por esta razón existe una mayor demanda de servicios sanitarios que permitan atender las necesidades de estos grupos etarios (Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción, 2015)

Ya que la enfermería geriátrica está enfocada en la atención de un grupo etario específico dentro de las poblaciones, puede ofrecer una atención especializada de acuerdo a las necesidades en salud que dicho grupo demanda; dada la inversión de la pirámide poblacional, la Enfermería Geronto-Geriátrica es cada vez más importante y reconocida por sus objetivos y funciones.

JUSTIFICACIÓN

Dado que este trabajo describe los tipos más comunes de demencia en los adultos mayores y el papel que enfermería juega dentro de este padecimiento, es necesario mencionar que desde hace algunos años se puede observar un fenómeno social y de salud, no solo en México sino a nivel mundial: el aumento de la población adulto mayor, lo cual hace evidente al pasar del tiempo habrá más personas con una edad avanzada, y por ende será común encontrarse con pacientes que tengan alteraciones y limitaciones de tipo cognitivas, físicas, sociales, etc., las cuales son parte de la llamada “demencia en el adulto mayor”.

Se estima que para el año 2050 la esperanza de vida se incremente a 81.29 años, lo que refuerza la previsión de que la sociedad mexicana estará constituida en una buena parte por personas adultas mayores.

Desafortunadamente, el aumento de la esperanza de vida conlleva una serie de enfermedades y condiciones que vulneran el bienestar de este grupo poblacional, entre estos trastornos se encuentran las demencias (Género y salud en cifras, 2017).

Según la secretaría de salud, en México actualmente hay más de 13 millones de adultos mayores de 60 años. Se estima que, para antes del año 2050, el número de mexicanos afectados por la enfermedad de Alzheimer será de más de 3.5 millones (Secretaría de Salud, 2021).

El World Alzheimer Report estimó que en el 2015 había poco más de 800,000 personas con demencia en México, de las cuales las mujeres (64%) son las que mayormente sufren este padecimiento ya que, en general, tienen una vida más larga. Se espera que, en el país, para el año 2030, el número de personas con demencia aumente a poco más de 1.5 millones

En 2019, la demencia fue clasificada como la tercera causa de muerte en América, representando 390, 473 defunciones. Esta cifra se triplicó desde 2000, cuando la demencia representó 113, 631 muertes, y las tasas de mortalidad ajustada por edad

se incrementaron desde 11.8 muertes por cada 100, 000 habitantes en 2000 a 22.3 muertes por 100,000 habitantes en 2019. La demencia se clasificó como la 14ª causa de años de vida perdidos por mortalidad prematura (OPS, 2021).

El envejecimiento en términos absolutos, especialmente el crecimiento acelerado de las personas mayores de 80 años, junto al pobre control de los factores de riesgo vascular en los países en desarrollo, está en la base de las proyecciones que estiman que el número de afectados por demencia se duplicará, a nivel mundial, cada 20 años, y alcanzará los 115 millones en 2050 (35 millones en 2010). Las tasas de prevalencia e incidencia se doblan, aproximadamente, cada 5 años a partir de los 60 años de edad, llegando a una prevalencia del 43% en los mayores de 90 años. (Revista Española de Geriatria y Gerontología, 2023)

De acuerdo con el Protocolo para la atención para la atención de Personas Adultas Mayores por enfermería 2017 realizado por el INGER, "el 78 por ciento del personal de enfermería no está capacitado para la atención del adulto mayor. En 68 por ciento de las unidades no tienen integración de equipos interdisciplinarios para la atención del adulto mayor. En el 92 por ciento de las unidades no tienen consultorio específico para la atención a este grupo. De igual forma, el 87 por ciento de las unidades no tiene programas de capacitación a pacientes y familiares para la mejora de la atención". (Boletín. Instituto Nacional de Geriatria, 2018)

Hablando en el contexto general de la salud en México, según datos del Consejo Mexicano de Geriatria, en nuestro país hay 15.1 millones de adultos mayores, pero sólo 841 médicos certificados en la especialidad que atiende a personas de la tercera edad.

El profesional de enfermería es un factor importante para la atención de la población que se encuentra en la vejez; debido a esto, la especialidad de enfermería en los adultos mayores es una necesidad. Sin embargo, los cambios demográficos y epidemiológicos hacen indispensable la actualización de los programas para abordar y profundizar en contextos dirigidos más al proceso de envejecimiento y a la vejez que a la enfermedad en dicha etapa.

Esto significa que aún no se cuenta con las herramientas para atender las necesidades sociales y de salud de las personas mayores en su totalidad, lo cual hace evidente que a largo plazo generara un impacto en la calidad de vida y una segregación social de este sector poblacional.

Dicho esto, se puede entender la importancia que tiene para el personal de enfermería tener los conocimientos adecuados de este tema.

Sirva el presente como un referente que ayude a sustentar la importancia de la formación en Geronto-Geriatria para las personas que en un futuro ostentarán el título de enfermeros y enfermeras, logrando brindar las herramientas necesarias a dichos profesionales, de forma teórica para posteriormente llevarlo a la práctica y así poder darle los cuidados necesarios y de calidad a los pacientes en cuestión.

OBJETIVOS

General

- Analizar la situación actual del cuidado enfermero en los adultos mayores con algún tipo de demencia, las necesidades de formación para brindar atención este grupo etario y la importancia del rol enfermero que se debe desempeñar, para brindar los cuidados necesarios y de calidad a los pacientes.

Específicos

- Describir la anatomía y fisiología de los órganos afectados por este padecimiento.
- Describir las características de los tipos más frecuentes de demencia en los adultos mayores.
- Identificar la importancia del cuidado de enfermería para la atención de adultos mayores con algún tipo de demencia.

METODOLOGÍA

Este trabajo corresponde a una investigación de tipo documental, misma que conjunta información actualizada y cuya elaboración consistió en la consulta de varias fuentes de información de tipo digital, como: tesis, artículos, libros y sitios web de universidades e instituciones enfocadas en el área de la salud, de igual manera se buscaron libros impresos disponibles en la Unidad de Documentación Científica de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, dicho material tiene como fecha de publicación más antigua el año 2013 y más actual el 2021.

Las palabras clave que fueron utilizadas para realizar la búsqueda de información son las siguientes: demencia, Alzheimer, geriatría, deterioro cognitivo, neurología, cerebro. Además se utilizaron Descriptores en Ciencias de la Salud (enfermería geriátrica, geriatría, Enfermedad de Alzheimer, corteza cerebral, área de broca, área de wernicke) y Medical Subject Headings (Geriatric Nursing,geriatrics, Alzheimer Disease)

CAPÍTULO I. EL CEREBRO EN LOS PROCESOS COGNITIVOS.

Generalidades del cerebro.

En los seres humanos se reconoce una lateralización de funciones. Esto quiere decir que por medio de una división se ha logrado sacar mayor partido a las funciones (los hemisferios cerebrales). Así para el lenguaje el hemisferio que está encargado de su producción y comprensión es habitualmente el hemisferio izquierdo, destacando las siguientes áreas: la porción inferior del lóbulo frontal (área de Broca); la región del lóbulo temporal lateral y superior (área de Wernicke) y las zonas circundantes entre estas áreas.

El encéfalo tiene un peso aproximado de 1.3 kg y un tamaño de 1380 centímetros cúbicos. Se encuentra alojado dentro de la cavidad craneal que lo protege, con su cubierta ósea, del exterior, está envuelto por unas membranas meníngeas y bañado por líquido cefalorraquídeo.

En hombres y mujeres, el lóbulo frontal supone aproximadamente el 38% de los hemisferios (con una variación entre el 36 y el 43%); el lóbulo temporal, el 22% (con una variación entre el 19 y el 24%); el lóbulo parietal, el 25% (con una oscilación entre el 21 y el 28%), y el lóbulo occipital, el 9% (con una oscilación entre el 7 y el 12%).

Áreas anatómo-fisiológicas de la corteza cerebral afectadas en la demencia.

Corteza cerebral.

El elemento funcional de la corteza cerebral es una fina capa de neuronas que cubre la superficie de todas las circunvoluciones del cerebro. Esta capa sólo tiene un grosor de 2 a 5 milímetros, y el área total que ocupa mide más o menos la cuarta parte de un metro cuadrado. En total, la corteza cerebral contiene unos 100.000 millones de neuronas. (Guyton & Hall. Tratado de fisiología médica, 2016)

Los estudios realizados con seres humanos han demostrado que las diversas áreas de la corteza cerebral cumplen funciones independientes, las cuales podremos conocer a continuación.

Área de asociación prefrontal:

Esta área funciona en íntima asociación con la corteza motora para planificar los patrones complejos y las secuencias de los actos motores. Resulta fundamental para llevar a cabo los procesos "de pensamiento". Se supone que esta característica depende en parte de las mismas propiedades de la corteza prefrontal que la permiten planificar las actividades motoras; en este sentido, parece ser capaz de procesar información tanto motora como no motora procedente de amplias áreas del cerebro y, por tanto, de alcanzar un pensamiento de carácter no motor, aparte de los de tipo motor.

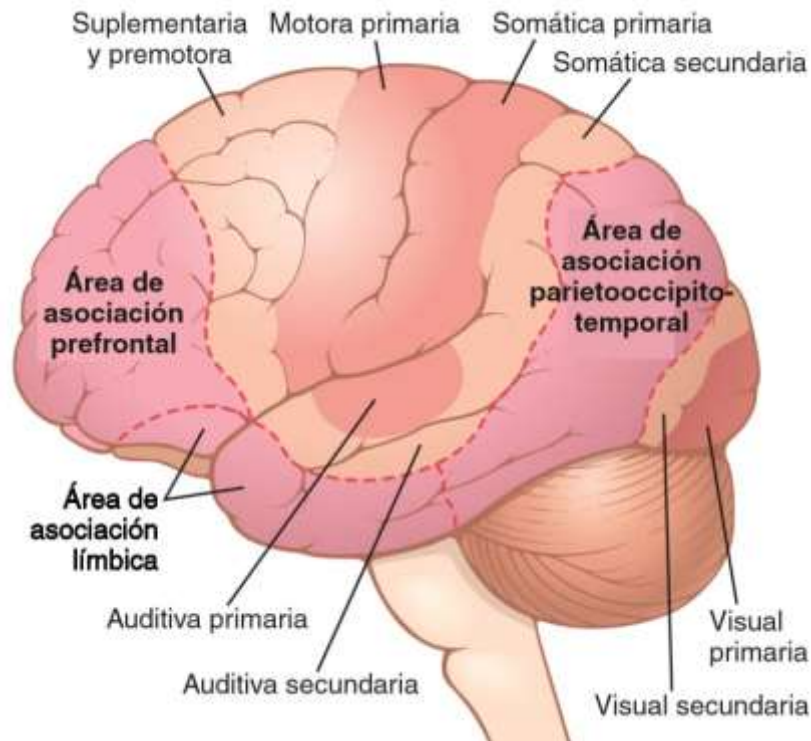
Área de Broca:

Esta área proporciona los circuitos nerviosos para la formación de palabras. Está situada en la corteza prefrontal posterolateral y en parte en el área premotora. Es aquí donde se ponen en marcha y donde se ejecutan los planes y los patrones motores para la expresión de cada palabra o incluso de frases cortas. Esta área también funciona íntimamente vinculada al centro para la comprensión del lenguaje de Wernicke en la corteza de asociación temporal.

Área de asociación parietooccipitotemporal:

El área de asociación parietooccipitotemporal está situada en el gran espacio de la corteza parietal y occipital cuyo límite anterior corresponde a la corteza somatosensitiva, el posterior a la corteza visual y el lateral a la corteza auditiva. Según cabría esperar, proporciona un alto grado de significación interpretativa a las señales procedentes de todas las áreas sensitivas que la rodean. Sin embargo, hasta el área de asociación parietooccipitotemporal posee sus propias subáreas funcionales como es el área de Wernicke (Imagen 1).

Imagen 1. Áreas de asociación que se ven afectadas en el cerebro en la demencia



Fuente: Guyton y Hall. Tratado de fisiología médica, 13ª edición. <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/educaciones-de-la-corteza-cerebral>

Área de Wernicke:

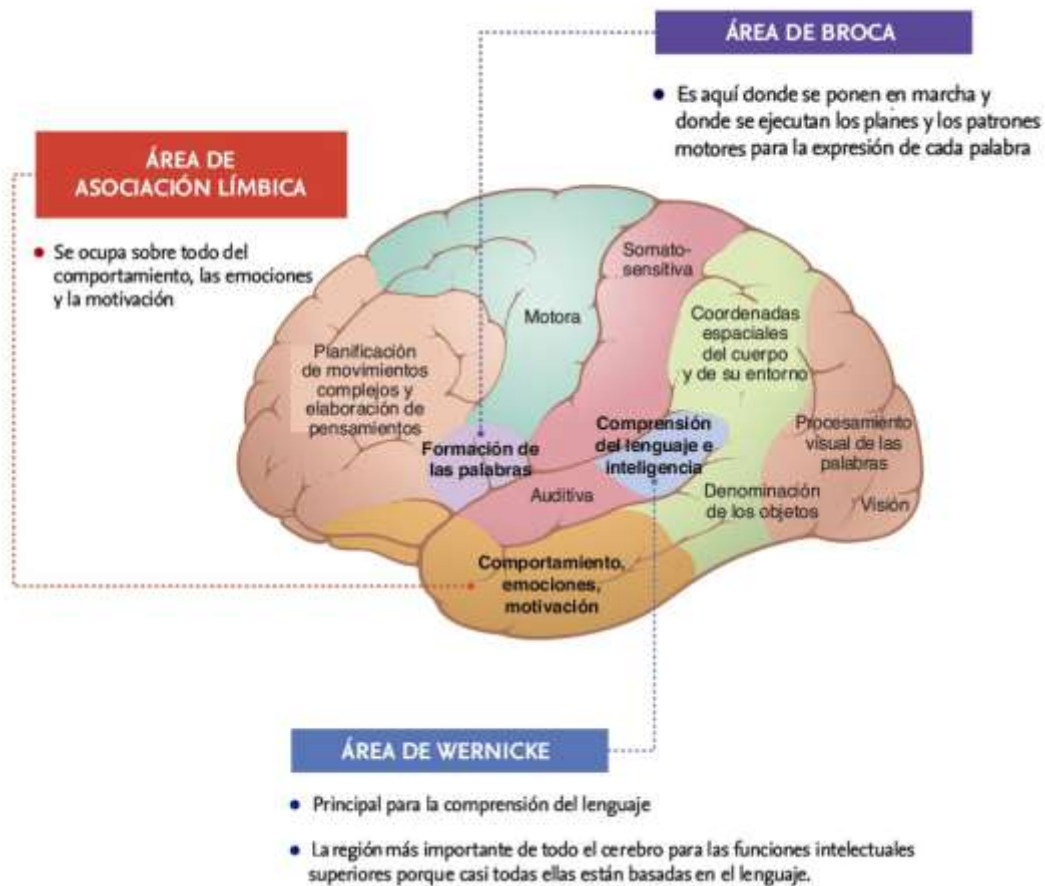
Es el área principal para la comprensión del lenguaje, por tanto, es la región más importante de todo el cerebro para las funciones intelectuales superiores. Se ubica detrás de la corteza auditiva primaria, en la parte posterior de la circunvolución superior del lóbulo temporal (Imagen 2).

Área de asociación límbica:

Está situada en el polo anterior del lóbulo temporal, en la porción ventral del lóbulo frontal y en la circunvolución cingular que queda en la profundidad de la cisura longitudinal por la cara medial de cada hemisferio cerebral. Se ocupa sobre todo del

comportamiento, las emociones y la motivación. La corteza límbica forma parte de un todo mucho más amplio, el sistema límbico, que abarca una compleja serie de estructuras neuronales en las regiones basales medias del encéfalo. Este sistema límbico proporciona la mayoría de los impulsos emocionales para activar otras áreas del encéfalo e incluso suministra el estímulo encargado de motivar el propio proceso de aprendizaje (Imagen 2).

Imagen 2. Áreas de Wernicke, Broca y de asociación límbica



Fuente: Guyton y Hall. *Tratado de fisiología médica*, 13ª edición. <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/educaciones-de-la-corteza-cerebral>

Lóbulos parietales: atención espacial y praxis.

El lóbulo parietal ocupa cerca de un cuarto de los hemisferios cerebrales y tiene dos funciones principales: a) la sensibilidad y percepción y b) la integración e interpretación de la información sensitiva, en especial de los campos visuales. (Library Anatomía, 2022) Este lóbulo está involucrado en el mapa de "dónde actuar" integrando la información sensorial interoceptiva (de nuestro cuerpo: los músculos, articulaciones, tendones) y exteroceptiva (del exterior). Se le atribuyen básicamente funciones sensitivas, asociativas, así como de reconocimiento del espacio; se encuentra entre el lóbulo frontal y el occipital, por encima del lóbulo temporal en cada hemisferio cerebral (El cerebro organización y función).

Por ende, el lóbulo parietal es responsable, tanto de integrar la información sensitiva que ingresa creando así una única percepción, como de formar un sistema de coordenadas espaciales para representar nuestro entorno.

Las regiones del lóbulo parietal delimitadas por la corteza somatosensorial en posición anterior y la corteza visual en posición posterior, tienen ubicación ideal para combinar información visual y espacial, y desempeñan funciones en la conciencia del cuerpo en el espacio, el razonamiento espacial y el procesamiento matemático. La proyección desde el lóbulo occipital en posición superior al lóbulo parietal (el torrente dorsal) se denomina la vía "del dónde": la información visual se procesa aquí para determinar dónde están las cosas en el espacio respecto al cuerpo.

Las lesiones aquí pueden causar negligencia (inatención): el paciente no está consciente de una mitad del mundo. La negligencia es más común en lesiones en el lóbulo parietal no dominante, que por lo general es el lóbulo parietal derecho que causa negligencia del lado izquierdo. Los hallazgos del examen en pacientes con negligencia incluyen extinción ante estimulación simultánea doble, falta de conciencia de déficits (anosognosia; p. ej., no reconocer que una extremidad parética es débil pese a incapacidad para moverla), y en casos graves, incapacidad para reconocer como propias las partes del cuerpo que son objeto de negligencia (Imagen 3).

Lóbulos temporales y el hipocampo: memoria de reconocimiento.

El lóbulo temporal es el asiento de los últimos peldaños de procesamiento auditivo, así como el lugar donde, en su cara medial, asientan importantes estructuras de la memoria (hipocampo), y del sistema emotivo inconsciente (sistema límbico).

Los lóbulos temporales están en una ubicación ideal para combinar las aferencias sensoriales provenientes de las cortezas olfativa, auditiva, visual y somatosensorial, así se encuentran en una situación propicia para desempeñar un papel en la memoria de reconocimiento, porque los recuerdos son representaciones internas de experiencias sensoriales.

Las lesiones de los lóbulos temporales mediales (incluido el hipocampo) pueden causar amnesia. El flujo de información visual en posición inferior al lóbulo temporal (el torrente ventral) se denomina la "vía del qué" la información visual se procesa aquí para determinar qué son las cosas (la llamada memoria de reconocimiento).

El lóbulo temporal inferior dominante (por lo general el izquierdo) aloja el área de forma de palabra visual necesaria para la lectura, y el lóbulo temporal inferior no dominante (generalmente el derecho) alberga el área de reconocimiento facial. La incapacidad para leer se llama alexia y la incapacidad para reconocer rostros, prosopagnosia.

El hipocampo es un área relacionada con la corteza cerebral que se ubica al interior del lóbulo temporal. Se encuentra en estrecha comunicación con diversas regiones de la corteza cerebral en lo que podría considerarse un sistema, el sistema hipocámpico. En él se incluirían, la corteza perirrinal, la entorrinal y la parahipocámpica.

En el ser humano el sistema hipocámpico se asocia a la memoria episódica y a la memoria espacial. Las personas con daño hipocámpico, en especial en el hipocampo derecho, presentan problemas para la ubicación de objetos individuales en un ambiente (memoria con contenido espacial). Sin embargo, la memoria espacial depende también de otras estructuras nerviosas.

Por lo anterior, el lóbulo parietal parece ser importante en relación con el conocimiento espacial, tipo de memoria que parece estar presente en diferentes áreas de la corteza de ese lóbulo, en cada una de las cuales puede tener un tipo de representación diferente (Imagen 3).

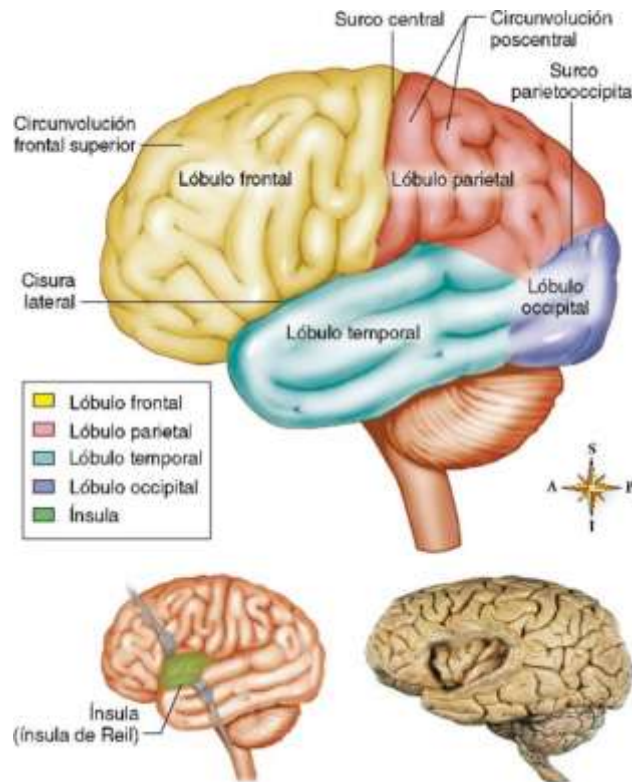
Lóbulos frontal y temporal: lenguaje.

El giro frontal inferior yace cerca de las cortezas auditiva y motora, y está adyacente a la corteza premotora para la cara. Se encuentra en una posición ideal para combinar las funciones auditiva y motora para la producción del habla; el giro frontal inferior alberga el área de Broca para la producción del habla.

El área de Wernicke para el reconocimiento del habla está en la unión de la corteza auditiva (giro temporal superior) y la corteza parietal, donde las regiones auditivas están adyacentes a las regiones parietales involucradas en la conciencia de los alrededores de una persona.

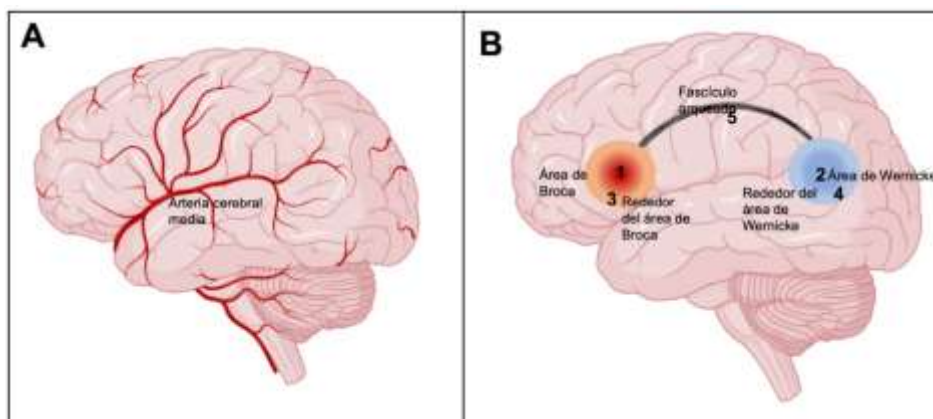
En la mayoría de los pacientes diestros, el lenguaje se localiza en el hemisferio izquierdo, y esto también es cierto en muchos pacientes zurdos. Sin embargo, en algunas personas (comúnmente zurdos), el lenguaje puede localizarse en el hemisferio derecho. Las lesiones en las áreas de Broca y Wernicke y alrededor de ellas causan trastornos del habla (afasia) (Imagen 3 y 4).

Imagen 3. Lóbulos



Fuente: Patton, Kevin T., PhD; Thibodeau, Gary A., PhD. Anatomía y fisiología Sistema. 8.ª edición. <https://www-clinicalkey.com.pbidi.unam.mx:2443/student/nursing/content/book/3-s2.0-B9788490221082000143#hl0001238>

Imagen 4. Lesiones



Fuente: Landero Sanchez, A, Aguirre Cruz, L y Leyva Rendon, A. Bases Neuroanatómicas del Lenguaje y Afasia Secundaria a Enfermedad Vascular Cerebral. <file:///C:/Users/administracion/Downloads/e03122203013.pdf>

Tálamo.

Los tálamos izquierdo y derecho se encuentran situados a ambos lados del tercer ventrículo, justo por encima del mesencéfalo. El tálamo es una colección de núcleos, la mayor parte se proyecta a una o más regiones corticales (únicamente los núcleos reticulares no se proyectan a la corteza, sino más bien a otros núcleos talámicos). Cuatro tipos básicos de circuitos pasan por los núcleos talámicos en el camino hacia la corteza (Imagen 5 y 6):

- **Vías sensoriales:**

Todas las vías sensoriales hacen sinapsis en el tálamo, que lleva información sensorial a las cortezas sensoriales respectivas. El olfato es la única modalidad sensorial que llega a la corteza antes del tálamo (se transmite directamente a la corteza olfatoria, que después transfiere información olfativa al tálamo).

- **Vías de control motor:**

Los núcleos ventrales anterior (VA) y ventral lateral (VL) del tálamo participan en las vías cortical-ganglios basales-asas corticales y cerebelosa-cortical.

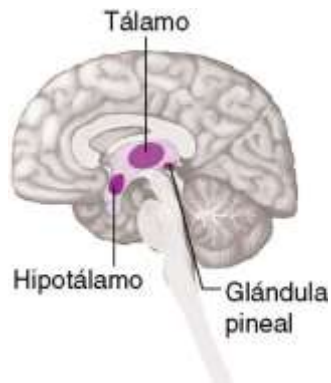
- **Vías de conciencia/activación:**

Estas vías comienzan en el sistema reticular activador del tallo encefálico y se proyectan hacia ambos tálamos, que a su vez se proyectan de manera difusa en toda la corteza.

- **Vías de cognición/emoción:**

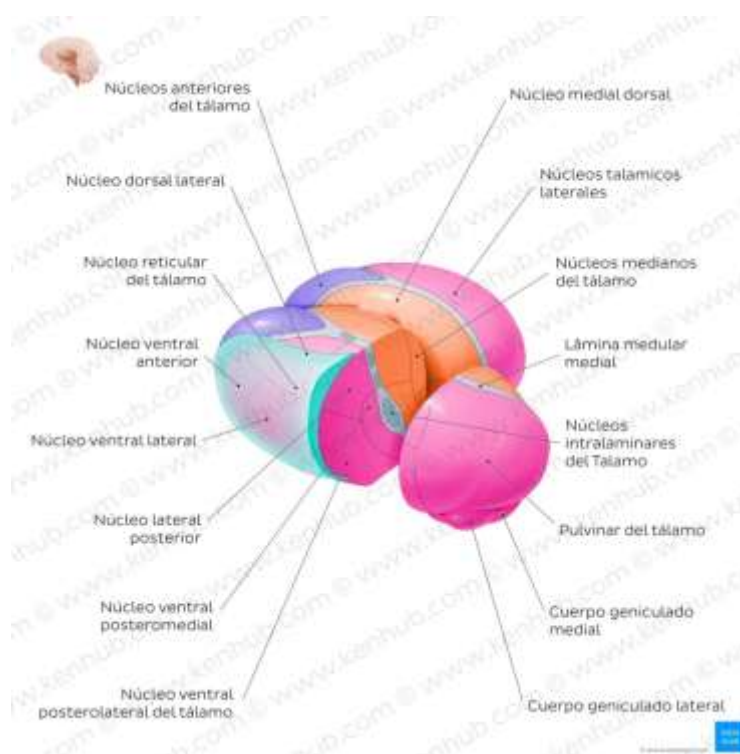
Las asas corticocorticales pasan por el tálamo y están implicados en diversas funciones cognitivas. Una de estas asas es el circuito de Papez que participa en la memoria y la emoción: hipocampo-fórnix-cuerpos mamilares-núcleo anterior del tálamo-corteza cingulada anterior-corteza entorrinal-hipocampo.

Imagen 5. Tálamo



Fuente: Patton, Kevin T., PhD; Thibodeau, Gary A., PhD. *Anatomía y fisiología Sistema*. 8.^a edición
<https://bit.ly/3XPzMBV>

Imagen 6. Núcleos del tálamo



Fuente: Serrano, C. *Núcleos del tálamo*. KenHub. <https://www.kenhub.com/es/library/anatomia-es/nucleos-del-talamo>

Ganglios basales.

Los ganglios basales incluyen el núcleo caudado, putamen, globo pálido y núcleo subtalámico; el núcleo caudado y el putamen juntos se conocen como cuerpo estriado, así como el putamen y el globo pálido juntos se denominan núcleos lenticulares. Los ganglios basales forman parte de los circuitos que inician y coordinan los movimientos, y la disfunción en los ganglios origina trastornos del movimiento. Cuando los ganglios basales quedan afectados por accidente cerebrovascular, en estos casos se asocia la demencia vascular, también hay afección de la cápsula interna circundante, lo cual hace que la manifestación predominante sea debilidad contralateral; los trastornos del movimiento son poco comunes en este escenario. Una excepción es el accidente cerebrovascular del núcleo subtalámico, que puede producir hemibalismo contralateral (movimientos balísticos unilaterales). Las lesiones de crecimiento más lento como tumores o toxoplasmosis afectan los ganglios basales y propician trastornos del movimiento contralateral.

CAPÍTULO II. LA DEMENCIA EN LOS ADULTOS MAYORES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que la demencia es “un síndrome generalmente de naturaleza crónica o progresiva, caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se ve afectada. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación.” (Demencia. Organización Mundial de la Salud, 2020)

La demencia no es una enfermedad como tal. Es un término general que se utiliza para describir una variedad de síntomas asociados con el deterioro de la memoria, el desarrollo cognitivo y otras habilidades del pensamiento, las cuales llegan a reducir la capacidad de la persona para realizar sus actividades de la vida cotidiana.

Según la OMS la demencia es causada por diversas enfermedades y lesiones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria, un ejemplo es la enfermedad de Alzheimer o los accidentes cerebrovasculares, de igual manera es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre los adultos mayores en todo el mundo.

Demencia

Con base en distintos autores se puede encontrar como significado de la demencia, el siguiente concepto: *Pérdida o debilitamiento de las facultades mentales, generalmente grave y progresivo, debido a la edad o a una enfermedad, que se caracteriza por alteraciones de la memoria y la razón y trastornos en la conducta.*

Antes de comenzar a adentrarse en este tema que resulta ser algo complejo para la sociedad en general y posiblemente para los profesionales de enfermería es fundamental tener muy presente que la demencia no es una enfermedad específica, sino un grupo de trastornos caracterizados por el deterioro de al menos, dos

funciones cerebrales, como la memoria y la razón, dicho esto podemos comenzar a hablar de manera más profunda acerca de este padecimiento que resulta ser más común de lo que podemos imaginar.

Como fue mencionado anteriormente, la demencia es un deterioro adquirido en la capacidad cognitiva que perjudica principalmente el desempeño correcto de las actividades cotidianas. La memoria es la capacidad cognitiva que más a menudo se pierde o se ve afectada con la demencia; en el 10% de las personas mayores de 70 años y del 20 al 40% de las personas mayores de 85 años tienen una amnesia clínicamente identificable. (Harrison. Manual de Medicina, 20e)

Otras facultades mentales también se ven afectadas en la demencia, como el lenguaje, la capacidad visuoespacial, el cálculo, el juicio y la resolución de problemas. En muchos de los síndromes de demencia se desarrollan déficits neuropsiquiátricos y sociales ocasionando depresión, abstinencia, alucinaciones, delirios, agitación, insomnio y desinhibición. La demencia suele ser crónica y progresiva. En la mayoría de los casos la demencia se presenta progresivamente, en un inicio los síntomas pueden no ser tan evidentes, sin embargo, a largo plazo, estos comienzan a manifestarse en mayor medida, llegando a un punto en el que resultan un impedimento en el paciente para poder continuar llevando su vida cotidiana de manera adecuada.

Epidemiología

En el mundo:

- Según la organización *Alzheimer 's Disease International* en 2010 había cerca de 36 millones de pacientes con demencia en el mundo, estimándose que este colectivo alcanzará los 66 millones en el 2030 y los 115 millones en 2050.
- El 5-7% de las personas mayores de 60 años, y aproximadamente el 40% de la población mayor de 85 años padece demencia.
- La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia dando cuenta del 60-80% de todos los casos. No obstante, hay que señalar que los

estudios neuropatológicos desafían la noción de subtipos discretos, ya que las patologías "mixtas" parecen ser mucho más comunes que las "puras".

- El 58% de las personas con demencia viven en países en vías de desarrollo, proporción que aumentará al 71% hacia el año 2050.
- El coste mundial vinculado a la demencia ascendió a 820.000 millones de euros en el año 2010, siendo Europa occidental y Norteamérica los responsables del 70% de dicho gasto. *Demencia qué es y cómo puede tratarse.*

En América Latina:

- En la Región de las Américas, más de 10 millones personas viven con demencia. Las estimaciones muestran que cada 20 años, se duplicará el número de personas con este trastorno. América Latina y el Caribe serán los más afectados, con un incremento de 3,4 millones de personas con demencias en 2010, a 7,6 millones en 2030.
- Según la OPS en 2019, la demencia se clasificó como la tercera causa de muerte en las Américas, representando 390.473 defunciones. Esta cifra se triplicó desde 2000, cuando la demencia representó 113.631 muertes, y las tasas de mortalidad ajustada por edad se incrementaron desde 11,8 muertes por cada 100.000 habitantes en 2000 a 22,3 muertes por 100.000 habitantes en 2019.

En México:

Según la OMS, México es uno de los países latinoamericanos con mayor prevalencia con un 7.3% y con una incidencia de 27.3 (1000 persona/año) en la enfermedad de Alzheimer. Motivo por lo cual se tiene en nuestro presente y futuro próximo un verdadero problema médico y social.

Causas de demencia

El inicio insidioso y la progresión gradual de deterioro cognitivo en el transcurso de meses a años es secundario a enfermedades neurodegenerativas (las más comunes son enfermedad de Alzheimer, demencia con cuerpos de Lewy y

demencia frontotemporal), enfermedad cerebrovascular crónica (demencia vascular) o puede deberse a causas tratables, como (Tabla 1):

- Enfermedades sistémicas como deficiencia metabólica hablando específicamente de la deficiencia de vitamina B₁₂: La vitamina B₁₂ o cobalamina desempeña un papel clave como coenzima en la síntesis de ADN y la maduración celular, así como en la síntesis de lípidos neuronales.

Las manifestaciones neurológicas deben de ser tratadas con mucha focalización debido a su gravedad y la posibilidad de llegar a ser irreversibles. La deficiencia de B₁₂ trae consigo una carencia de síntesis de mielina y, por lo tanto, síntomas de desmielinización a distintos niveles, degeneración axonal y, finalmente, muerte neuronal. Con más frecuencia se afectan los cordones laterales y posteriores de la médula espinal, nervios periféricos y, en estadios avanzados, el cerebro. Los síntomas más tempranos son parestesias, debilidad, ataxia y mala coordinación manual. También pueden aparecer alteración de reflejos osteotendinosos, signos piramidales, irritabilidad, olvidos y demencia.

- Enfermedad endocrina como el hipotiroidismo: A diferencia de los tipos frecuentes de demencia, las enfermedades metabólicas adquiridas casi siempre se acompañan de somnolencia, falta de atención, atributos que por lo general permiten la distinción entre un estado confusional encefalopático y una demencia, sin embargo, como se menciona anteriormente la progresión se da de forma gradual y dicho padecimiento puede ser el inicio del trastorno cognitivo en cuestión.

El hipotiroidismo se encuentra como una de las principales causas de demencia. Dentro de las manifestaciones neurológicas más frecuentes podemos encontrar dificultad para la concentración, inatención, desorientación, alteración en la abstracción y en la expresión verbal, lentitud en el procesamiento de información visual y solución de problemas complejos, apatía y depresión.

- Infección crónica, por ejemplo, VIH Sida, sífilis: El VIH invade el SNC (Sistema nervioso central) desde fases muy precoces de la enfermedad, siendo capaz de producir neurotoxicidad, neurodegeneración y respuesta inflamatoria en forma de encefalitis. El daño puede ser primario, producido por la propia presencia del virus, o secundario, como consecuencia de la inmunodepresión responsable de las infecciones oportunistas y de la aparición de determinadas neoplasias, como tumores cerebrales o metástasis secundarias a otros tumores entre otras. El daño producido es subcortical, aunque existe clara evidencia de que la corteza cerebral también se ve afectada.

Tabla 1. Trastornos neurocognitivos asociados a la infección por VIH (HAND)

1. Deterioro neurocognitivo asintomático asociado con el VIH (INA): <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro cognitivo en 2 o más funciones. • No interfiere en la vida socio-laboral habitual.
2. Trastorno neurocognitivo leve asociado con VIH (TNL): <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro cognitivo en 2 o más funciones. • Interferencia leve en la vida socio-laboral habitual.
3. Demencia asociada con el VIH (DAV): <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de 2 o más funciones. • Interferencia grave en la vida sociolaboral.
HAND: Trastorno neurocognitivo asociado a VIH INA: Deterioro neuropsicológico asintomático TNL: Trastorno neurocognitivo leve DAV: Demencia asociada a VIH

Fuente: Elaboración propia con referencia en Dra. María Sagrario Manzan, Dr. Juan Fortea, Dr. Alberto Villarejo, Dra. Raquel Sánchez del Valle. Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2018. https://www.sen.es/pdf/guias/Guia_Demencias_2018.pdf

El término neurosífilis engloba al conjunto de síndromes provocados por la infección del SNC (sistema nervioso central) por el “T.pallidum subsp. pallidum.” T. pallidum alcanza el SNC de forma precoz.

Se provoca deterioro cognitivo y demencia en la parálisis general progresiva y, en algunos casos, sífilis meningovascular como resultado de infarto cerebral.

- Apnea obstructiva del sueño: Durante los episodios de apnea-hipopnea ocurren cambios en el flujo sanguíneo cerebral, fragmentación del sueño y mecanismos moleculares que pueden afectar tanto la estructura del sistema nervioso central como el funcionamiento neuronal, causando así un deterioro en las funciones cognitivas.

Los pacientes con apnea presentan episodios de obstrucción faríngea completa o parcial que resultan en hipoxia intermitente, reoxigenación, hipercapnia y fragmentación del sueño. Lo cual conlleva un aumento en el esfuerzo respiratorio que, en conjunto con la hipoxemia e hipercapnia, desencadena frecuentes estados de alerta durante el sueño; esto se deriva a episodios de apnea que contribuyen a una arquitectura de sueño anormal y a un sueño más ligero y menos reparador. Así, las modificaciones progresivas en la calidad y estructura del sueño, la inestabilidad en el flujo sanguíneo cerebral, los cambios neurovasculares y la regulación neuronal, en conjunto con los cambios en la oxigenación celular que sufren los pacientes con apnea, favorecen los déficits

- Medicamentos, por ejemplo, psicotrópicos o anticolinérgicos en adultos de mayor edad: El uso de medicamentos con acción anticolinérgica puede llegar a deteriorar el estado cognitivo y a acelerar la aparición de confusión, delirios o síntomas depresivos. Dichos fármacos dificultan la correcta actividad del neurotransmisor acetilcolina, el cual, además de estar implicado en otras funciones, desempeña un papel fundamental en la formación de la memoria (Tabla 2).

Tabla 2. Fármacos con propiedades anticolinérgicas

Antidepresivos	Paroxetina Escitalopram Citalopram Fluoxetina
Antipsicóticos	Clozapina Olanzapina Quetiapina
Medicamentos del tracto intestinal	Atropina Diciclomina Ranitidina
Medicamentos para la incontinencia urinaria	Tolterodina Oxibutinina Solifenacina
Antihistamínicos	Difenhidramina
Antidiabéticos	En menor medida y limitado a casos de sobredosificación, el antidiabético Metformina también puede tener acción anticolinérgica.

Fuente: Elaboración propia con referencia en Dra. María Sagrario Manzan, Dr. Juan Fortea, Dr. Alberto Villarejo, Dra. Raquel Sánchez del Valle. Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología 2018. https://www.sen.es/pdf/guias/Guia_Demencias_2018.pdf

- **Toxicomanías:** Fumar perjudica gravemente a la salud y aumenta el riesgo de padecer problemas cardiovasculares. Los estudios asocian el tabaquismo con la presencia de atrofia cerebral, daño en la barrera hematoencefálica, disminución de la perfusión cerebral y aumento del riesgo de sufrir episodios isquémicos, incluyendo lesiones en la sustancia blanca.
Existen estudios de revisión que manifiestan que los fumadores presentan un mayor riesgo de desarrollar enfermedad de Alzheimer y demencia vascular; además este grupo de la población suele obtener puntuaciones inferiores en el test "Mini mental" (prueba utilizada para evaluar la sospecha de síntomas compatibles con demencia).
- **Enfermedad psiquiátrica, como la depresión:** La depresión mayor a veces provoca cambios cognitivos significativos, aunque en gran medida reversibles, que desembocan en lo que es denominado como "pseudodemencia depresiva", estos pueden resultar en algunos casos el detonante de una demencia.

- Trauma craneoencefálico: El traumatismo craneoencefálico (TCE) puede producir múltiples déficits neurológicos, psiquiátricos y cognitivos. Puede presentarse en forma de deterioro cognitivo leve-moderado, lesiones focales e incluso demencia.

Las secuelas cognitivas que son producidas por un TCE están ligadas y dependen de la gravedad, así como del mecanismo de acción, pudiendo provocar una alteración global de las funciones mentales, o un déficit focal o multifocal grave que impida o pueda limitar la incorporación del paciente al entorno en el que se desarrolla de manera social y laboral.

La enfermedad neurodegenerativa es progresiva y no se dispone de medicamentos modificadores o curativos de la enfermedad, sin embargo, existen fármacos en el caso de la enfermedad de Alzheimer que han sido aprobados y demuestran un retraso en la disminución de la pérdida de las capacidades cognitivas; por ende, el tratamiento se limita mayormente al manejo sintomático y cuidado de soporte. En consecuencia, parte de la evaluación inicial de pacientes con demencia comprende la búsqueda de causas tratables. En el interrogatorio se evalúa el historial de medicación, y se buscan datos de depresión y de apnea del sueño. Es necesario que el examen incluya búsqueda de datos focales que podrían sugerir enfermedad subyacente. Deben efectuarse pruebas del estado mental para evaluar el tipo y la extensión de deterioro, por ejemplo, con el Mini-Mental State Examination (MMSE) o la Montreal Cognitive Assessment (MOCA). (Harrison, Manual de Medicina, 2020)

Diagnóstico

El examen físico de pacientes con demencia puede revelar signos de liberación frontal, pero no se encuentran presentes de manera universal, y algunos se pueden llegar a observar en ancianos que no tienen demencia (y ocurren normalmente en lactantes, como lo hace el signo de Babinski). Los signos de liberación frontal son:

- Reflejo de labios (snout): el paciente frunce los labios cuando el examinador da golpecitos en el centro de los labios.

- Reflejo de asimiento: el paciente no puede evitar asir la mano del examinador o un objeto cuando se coloca en su mano.
- Reflejo de succión: el paciente intentará succionar cualquier objeto (como un bolígrafo) que se mueve hacia la boca.
- Reflejo de hociqueo o búsqueda: el tacto suave en la mejilla del paciente hace que gire la cabeza hacia ese lado.
- Reflejo palmomentoniano: rascar de manera enérgica la palma del paciente causa una contracción espasmódica de la parte ipsilateral de la barbilla.

Herramientas de detección temprana, como el Mini Examen del Estado Mental (MMSE, Mini-Mental State Examination) (Imagen 7) y la Valoración Cognitiva de Montreal (MOCA, Montreal Cognitive Assessment) (Imagen 8), son útiles pruebas de detección y ayudan a vigilar la progresión. El MMSE es una prueba de 30 puntos para la función cognitiva, en la que cada respuesta correcta se califica con un punto.

Incluye pruebas en las áreas de:

- Orientación (ejemplo, identificar temporada, fecha, mes, año, piso, hospital, ciudad, estado, país).
- Registro (ejemplo, nombrar y replantear tres objetos).
- Recordar (ejemplo, recordar los mismos tres objetos 5 minutos después).
- Idioma (ejemplo, nombrar lápiz y observarlo; hacer oraciones que incluyan la partícula “qué pasaría si o, pero”, seguir una indicación de tres pasos; obedecer una indicación escrita, y escribir una oración y copiar un dibujo sencillo).

También se debe realizar una valoración funcional para ayudar a determinar el impacto diario del trastorno (Harrison Manual de Medicina, 2020).

Imagen 7. Mini Examen del Estado Mental

Mini-Mental State Examination (MMSE) Mini-Examen del Estado Mental

Criterio de evaluación: Se dará un punto por cada respuesta correcta

Nombre del/a entrevistado/a: _____

Sabe leer: Sí No

Sabe escribir: Sí No

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Hasta qué año estudió: _____

I. Orientación		II. Registro		V. Memoria diferida																																																																																																																																																																																																	
<p>Tempo)</p> <p>¿Qué fecha es hoy?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Respuesta</th> <th colspan="3">Real</th> </tr> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td></tr> <tr><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td></tr> <tr><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td></tr> <tr><td>7</td><td>7</td><td>7</td><td>7</td><td>7</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>8</td><td>8</td><td>8</td><td>8</td><td>8</td></tr> <tr><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td></tr> </tbody> </table> <p>¿Qué día de la semana es?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="7">Respuesta</th> </tr> <tr> <th>M</th> <th>M</th> <th>J</th> <th>V</th> <th>S</th> <th>D</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>¿Qué día de la semana es?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="7">Real</th> </tr> <tr> <th>M</th> <th>M</th> <th>J</th> <th>V</th> <th>S</th> <th>D</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>¿Qué hora es aproximadamente?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Respuesta</th> <th colspan="2">Real</th> </tr> <tr> <th>Hr.</th> <th>Min.</th> <th>Hr.</th> <th>Min.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td>3</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td></tr> <tr><td>4</td><td>4</td><td>4</td><td>4</td></tr> <tr><td>5</td><td>5</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>6</td><td>6</td><td>6</td></tr> <tr><td>7</td><td>7</td><td>7</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>8</td><td>8</td><td>8</td></tr> <tr><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>9</td></tr> </tbody> </table> <p>(máx. 5) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p>		Respuesta			Real			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	6	6	6	6	6	6	7	7	7	7	7	7	8	8	8	8	8	8	9	9	9	9	9	9	Respuesta							M	M	J	V	S	D									Real							M	M	J	V	S	D									Respuesta		Real		Hr.	Min.	Hr.	Min.	0	0	0	0	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	3	4	4	4	4	5	5	5	5	6	6	6	6	7	7	7	7	8	8	8	8	9	9	9	9	<p>3. Le voy a decir 3 objetos, cuando yo termine quiero que por favor usted repita:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Papel</th> <th>Bicicleta</th> <th>Cuchara</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Ahora dígalos usted:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>INC</th> <th>CORR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Papel</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bicicleta</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cuchara</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>(máx. 3) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3</p>		Papel	Bicicleta	Cuchara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		INC	CORR	Papel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bicicleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuchara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Digame los tres objetos que le mencioné al principio:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>INC</th> <th>CORR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Papel</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bicicleta</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cuchara</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>(máx. 3) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3</p>			INC	CORR	Papel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bicicleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuchara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respuesta			Real																																																																																																																																																																																																		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año																																																																																																																																																																																																
0	0	0	0	0	0																																																																																																																																																																																																
1	1	1	1	1	1																																																																																																																																																																																																
2	2	2	2	2	2																																																																																																																																																																																																
3	3	3	3	3	3																																																																																																																																																																																																
4	4	4	4	4	4																																																																																																																																																																																																
5	5	5	5	5	5																																																																																																																																																																																																
6	6	6	6	6	6																																																																																																																																																																																																
7	7	7	7	7	7																																																																																																																																																																																																
8	8	8	8	8	8																																																																																																																																																																																																
9	9	9	9	9	9																																																																																																																																																																																																
Respuesta																																																																																																																																																																																																					
M	M	J	V	S	D																																																																																																																																																																																																
Real																																																																																																																																																																																																					
M	M	J	V	S	D																																																																																																																																																																																																
Respuesta		Real																																																																																																																																																																																																			
Hr.	Min.	Hr.	Min.																																																																																																																																																																																																		
0	0	0	0																																																																																																																																																																																																		
1	1	1	1																																																																																																																																																																																																		
2	2	2	2																																																																																																																																																																																																		
3	3	3	3																																																																																																																																																																																																		
4	4	4	4																																																																																																																																																																																																		
5	5	5	5																																																																																																																																																																																																		
6	6	6	6																																																																																																																																																																																																		
7	7	7	7																																																																																																																																																																																																		
8	8	8	8																																																																																																																																																																																																		
9	9	9	9																																																																																																																																																																																																		
Papel	Bicicleta	Cuchara																																																																																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																			
	INC	CORR																																																																																																																																																																																																			
Papel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																			
Bicicleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																			
Cuchara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																			
	INC	CORR																																																																																																																																																																																																			
Papel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																			
Bicicleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																			
Cuchara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																			
<p>4. Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir del 100.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>INC</th> <th>CORR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>93</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>86</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>79</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>72</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>65</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table> <p>(máx. 5) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p>			INC	CORR	93	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	86	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	79	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	72	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Copie, por favor, este dibujo tal como está. (mostrar atrás de esta hoja)</p> <p>(máx. 1) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1</p>																																																																																																																																																																																	
	INC	CORR																																																																																																																																																																																																			
93	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																			
86	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																			
79	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																			
72	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																			
65	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																			
<p>4a. Le voy a pedir que reste de 3 en 3 a partir del 20.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>INC</th> <th>CORR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>17</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>14</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>11</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>8</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table> <p>(máx. 5) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p>			INC	CORR	17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Muestre el RELOJ y diga: ¿Qué es esto?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>INC</th> <th>CORR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Muestre el LÁPIZ y diga: ¿Qué es esto?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>INC</th> <th>CORR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>(máx. 2) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p>			INC	CORR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		INC	CORR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																				
	INC	CORR																																																																																																																																																																																																			
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																			
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																			
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																			
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																			
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																			
	INC	CORR																																																																																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																			
	INC	CORR																																																																																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																			
<p>IV. Lenguaje</p> <p>Le voy a dar algunas instrucciones. Por favor sigalas en el orden en que se las voy a decir. Sólo se las puedo decir una vez:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TOME ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA - DÓBLELO POR LA MITAD - Y DEJELO EN EL SUELO <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>INC</th> <th>CORR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>(máx. 3) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3</p>			INC	CORR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>A personas con ≤ 3 años de escolaridad formal, darles 8 puntos de entrada y obviar la resta de 7 en 7 a partir de 100 (5 puntos), la lectura de "cierre los ojos" (1 punto), la escritura de frase (1 punto) y la copia de los pentágonos (1 punto).</p>																																																																																																																																																																																							
	INC	CORR																																																																																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																			
<p>(Espacio)</p> <p>Por favor haga lo que dice aquí:</p> <p>Cierre los ojos</p> <p>(máx. 1) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1</p>		<p>Puntaje total:</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> </table>			0	1	2	3		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																																																																																																																																																																		
	0	1	2	3																																																																																																																																																																																																	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																																																																																																																																																																											
<p>Quiero que por favor escriba una frase que diga un mensaje (atrás de esta hoja)</p> <p>(máx. 1) <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1</p>		<p>Interpretación:</p> <p>Puntaje ≤ 24 = Probable deterioro cognitivo.</p> <p>Puntaje > 24 = Sin deterioro cognitivo.</p> <p>Sensibilidad: 97%</p> <p>Especificidad: 88%</p> <p>Área bajo la curva: 0.849</p>																																																																																																																																																																																																			


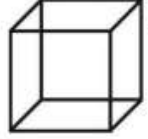
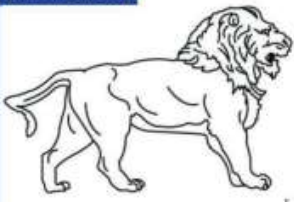
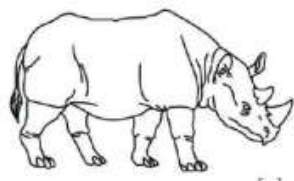
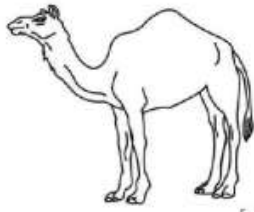
Fuente: Instituto Nacional de Geriátria.

http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod_resource/content/355/Archivos/C_Atencion_Mixto/Materiales/Sesion_4/8%20Mini-Mental.pdf

Imagen 8. Valoración Cognitiva de Montreal

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA®)
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)
 Versión 8.1 Spanis(Spain)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Nivel de estudios: _____ Sexo: _____ FECHA: _____

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA						Copiar el cubo []		Dibujar un RELOJ (Once y diez) (3 puntos) []		PUNTOS ___/5			
IDENTIFICACIÓN								[] [] []		___/3			
MEMORIA		Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.		ROSTRO [] SEDA [] TEMPLO [] CLAVEL [] ROJO []		1º INTENTO [] 2º INTENTO []		NINGUN PUNTO		___/5			
ATENCIÓN		Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirlos en el mismo orden. [] 2 1 8 5 4		El paciente debe repetirlos en orden inverso. [] 7 4 2		Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores. [] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B		Restar de 7 en 7 empezando desde 100. [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65		4 o 5 restas correctas: 3 puntos, 2 o 3 restas correctas: 2 puntos, 1 resta correcta: 1 punto, 0 restas correctas: 0 puntos		___/3	
LENGUAJE		Repetir: Solo sé que le toca a Juan ayudar hoy. []		El gato siempre se esconde debajo del sofá cuando hay perros en la habitación. []		Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "F" en 1 minuto. [] ___ (N ≥ 11 palabras)		Semejanza entre p. ej. plátano-naranja = fruta [] tren-bicicleta [] reloj-regla		___/2			
RECUERDO DIFERIDO		(MIS) Debe recordar las palabras SIN DARLE PISTAS		ROSTRO [] SEDA [] TEMPLO [] CLAVEL [] ROJO []		Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente		Puntuación de la escala de memoria (MIS) X3 [] X2 [] X1 []		MIS = ___ / 15		___/5	
ORIENTACIÓN		[] Fecha [] Mes [] Año [] Día de la semana [] Lugar [] Localidad		© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org MIS: ___/15 (Normal ≥ 26/30)		Administrado por: _____		Se requiere formación y certificado para garantizar la exactitud.		Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios		TOTAL ___/30	

MOCA - Spain/Spanish - Version of 19 Feb 2018 - Mapi.
 ID061021 / MOCA-S-1-Test_AUT18_spa-ES.doc

Fuente: Instituto Nacional de Geriátria.

http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod_resource/content/355/Archivos/C_Generalidades/Unidad%202/Parte_3/20_MoCA.pdf

Deterioro cognitivo leve

El deterioro cognitivo leve (MCI, mild cognitive impairment) se refiere a declinación cognitiva con capacidad preservada para funcionar de manera independiente. Los pacientes con deterioro cognitivo leve a menudo se presentan para evaluación porque están conscientes de sus déficits, mientras que aquellos con demencia por lo general son llevados para evaluación por miembros de la familia, y quizá estén menos conscientes de sus déficits.

Epidemiología

- Mundialmente se estima que el deterioro cognitivo leve tiene un riesgo de progresión a demencia de aproximadamente 10% por año. La forma más común de deterioro cognitivo leve es el amnésico, en el cual el paciente presenta una pérdida aislada de la memoria, aunque puede haber déficits en otro dominio cognitivo individual o en múltiples dominios.
- Diversos estudios han mostrado que mundialmente los sujetos con DCL tienen una mortalidad mayor que los sujetos cognitivamente normales (12,13). Dentro de los casos que sobrevivieron luego de 10 años de seguimiento, 27% desarrollaron demencia (23% Enfermedad de Alzheimer).
- Según el Instituto de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco, actualmente en México se cuenta con algunos reportes clínicos sobre la presencia de 500 mil a 700 mil personas con demencia en general, de las cuales se estima que 25% no han sido diagnosticadas.

Enfermedad de Alzheimer

La desorientación, la falta de criterio, la falta de concentración, la afasia y la apraxia, son cada vez más evidentes a medida que la enfermedad progresa. Los pacientes pueden estar frustrados o no percatarse de sus déficits.

La pérdida de memoria a menudo no se reconoce inicialmente, en parte debido a la preservación de modales sociales hasta fases posteriores; el deterioro para el cumplimiento de actividades de la vida cotidiana (mantener el control de las finanzas, las citas) llama la atención de familiares y amigos.

En la etapa final de la AD (enfermedad de Alzheimer) los pacientes se tornan rígidos, mudos, incontinentes y se quedan confinados a la cama. Es posible que necesiten ayuda con las tareas más simples, como comer, vestirse y usar el inodoro. A menudo la muerte se produce como resultado de la desnutrición, de infecciones secundarias, embolia pulmonar, enfermedad cardíaca o, más comúnmente, por aspiración. La duración típica es de 8 a 10 años, pero la evolución puede fluctuar de 1 a 25 años.

Los factores de riesgo para la AD son vejez, antecedentes familiares positivos y antecedentes de traumatismo craneoencefálico con conmoción cerebral.

La AD no se puede curar y no existe un medicamento altamente efectivo. La atención se centra en el uso juicioso de los fármacos inhibidores de la colinesterasa; el manejo sintomático de problemas conductuales, y establecer una buena relación con el paciente, los miembros de la familia y otros cuidadores.

Epidemiología

- A nivel mundial es la causa más común de demencia; 10% de todas las personas mayores de 70 años tiene una pérdida significativa de memoria, y en más de la mitad la causa es AD.
- Los cambios cognitivos siguen un patrón característico que comienza con el deterioro de la memoria y se extiende al lenguaje y a los déficits visuoespaciales, aunque 20% se presenta con síntomas no relacionados con la memoria, como la dificultad para encontrar palabras, problemas con la organización o para comportarse.

- Según la Secretaría de Salud, se estima que en México aproximadamente un millón 300 mil personas padecen la enfermedad de Alzheimer, cifra que representa entre 60 y 70 por ciento de los diagnósticos de demencia y mueren por ella anualmente 2,030 pacientes.

Demencia frontotemporal

La demencia frontotemporal (FTD) se refiere a un grupo de síndromes clínicos vinculados por la degeneración lobular frontotemporal (FTLD, frontotemporal lobar degeneration) subyacente. Por lo general, la FTD comienza en el quinto a séptimo decenio de vida y es casi tan prevalente como la AD en dicho grupo de edad.

La FTLD a menudo causa dos formas de afasia progresiva primaria (PPA, primary progressive aphasia), la variante semántica y la no fluida/agramática, y se incluyen en el espectro de la FLTD. En la variante semántica, los pacientes pierden poco a poco la capacidad para decodificar el significado de palabras, objetos, personas específicas y emociones; por su parte, los enfermos con la variante no fluida/agramática desarrollan una marcada incapacidad para generar palabras, a menudo con daño motor prominente del habla.

El tratamiento es sintomático y por ahora no se conoce un recurso para reducir el ritmo de progresión o mejorar los síntomas. Muchas de las conductas que acompañan a la FTD, como depresión, hiperoralidad, compulsiones e irritabilidad, pueden aminorarse con antidepresivos, en particular SSRI.

Epidemiología

- Mundialmente las demencias frontotemporales (DFT) tienen una prevalencia estimada de 15-22 casos/100.000 habitantes y son la causa más común de demencia en adultos menores de 65 años, siendo la edad de presentación más frecuente entre los 50-60 años.
- A nivel mundial se encuentra en el 5º. Lugar, o sea dentro de las primeras diez causas de mortalidad.

Demencia vascular

El daño cognitivo vascular (VCI, vascular cognitive impairment) y la demencia vascular (VaD, vascular dementia) se refieren a los déficits cognitivos y al comportamiento en un espectro de gravedad que se relaciona con el accidente vascular cerebral (CVD, cerebrovascular disease). Un síndrome de demencia se produce cuando la CVD es lo bastante grave para causar déficits significativos en las capacidades laborales, sociales y funcionales. La VaD está entre las formas más frecuentes de demencia en ancianos, aunque hay debate sobre su prevalencia.

La enfermedad vascular puede alterar las redes cognitivas estructurales con lesiones como microinfartos, microhemorragias, macroinfartos, hemorragias grandes y degeneración progresiva crónica de la sustancia blanca, además de alteración de la hemodinámica cerebral, como hipoperfusión, autorregulación vascular cerebral alterada, desacoplamiento neurovascular (pérdida de las respuestas hemodinámicas normales a la actividad neuronal) y disfunción de la barrera hematoencefálica.

La edad se mantiene como el factor de riesgo más importante para la CVD y el accidente vascular cerebral.

La VaD tiene una marcada relación con los accidentes vasculares cerebrales hemorrágicos e isquémicos; se calcula que un tercio de los sobrevivientes a estos episodios tiene demencia o deterioro cognitivo posterior a la apoplejía. Las hemorragias, incluidas las subdurales, intraparenquimatosas y subaracnoideas, representan cerca del 20% de todos los accidentes vasculares cerebrales. La interrupción de las redes cerebrales causada por la hemorragia depende en cierta medida de su tamaño y localización.

El tratamiento de la VaD debe enfocarse en el diagnóstico exacto de la VaD para poder prevenir una nueva lesión isquémica mediante la estabilización o eliminación de las causas subyacentes.

Epidemiología

- Para los 70 años, el 70% de la población tiene trastorno de la sustancia blanca y lesiones en las neuroimágenes, con pequeños infartos (infartos lacunares) en 11 a 24% de la población.
- Mundialmente la demencia vascular es el segundo tipo de demencia más frecuente tras la EA.
- En 2019, las muertes por demencia ocuparon el séptimo lugar a nivel mundial en todas las edades y el cuarto entre las personas de 70 años o más en comparación con las muertes por otras enfermedades estimadas en el estudio Global Burden of Disease (GBD).
- La tasa de mortalidad general en México fue de 0.16 por cada 1000 habitantes a causa de demencia.

Demencia con cuerpos de Lewy

Los estudios modernos humanos post mórtem con inmunohistoquímica de α -sinucleína revelaron que la patología de los cuerpos de Lewy y la neurita de Lewy por lo general comienza en los sistemas nerviosos entérico y autónomo antes de ascender por el tallo encefálico a la sustancia negra, sistema límbico y al final, a la corteza cerebral. En otras personas, la enfermedad puede iniciarse en el bulbo olfatorio y diseminarse hacia dentro a través de las conexiones del sistema olfatorio. Estos sitios de inicio, situados en interfaces neurales con el ambiente, sugieren a algunos que una exposición ambiental tóxica podría desencadenar la enfermedad.

Algunas personas con enfermedad de Parkinson (PD, Parkinson disease) de larga evolución sin deterioro cognitivo desarrollan despacio una demencia que se acompaña de alucinaciones visuales y fluctuación en el estado de alerta. En esta situación a menudo se usa el término demencia de la enfermedad de Parkinson (PDD, Parkinson disease dementia). En otros pacientes, la demencia y el síndrome neuropsiquiátrico preceden o surgen junto con el parkinsonismo y se establece el diagnóstico de demencia con cuerpos de Lewy.

El síndrome de DLB (Dementia with Lewy bodies) se caracteriza por alucinaciones visuales, parkinsonismo, fluctuación en el estado de alerta, sensibilidad a los neurolépticos, trastorno del comportamiento durante el sueño REM (REM, rapid eye movements) (RBD, REM behavior disorder) y a menudo hiposmia y somnolencia diurna excesiva. Son frecuentes los delirios de persecución, invasión y de identidad de persona o lugar (paramnesia reduplicativa).

El rasgo neuropatológico clave en la DLB es la presencia de cuerpos de Lewy y neuritas de Lewy en núcleos específicos del tronco del encéfalo, sustancia negra, amígdala, giro del cíngulo y al final, la neocorteza. Los criterios de estadificación formales identifican tres etapas de ascenso:

- Predominio en el tronco del encéfalo
- Límbica transicional
- Neocortical difusa

Dentro del tratamiento a menudo son necesarios los antidepresivos. A veces se requieren antipsicóticos atípicos, pero pueden agravar los síndromes extrapiramidales, incluso en dosis bajas, y deben usarse con cautela, ya que los efectos colaterales incluyen un mayor riesgo de muerte. Los pacientes con DLB son en extremo sensibles a los fármacos dopaminérgicos.

Epidemiología:

- No hay datos epidemiológicos fiables, pues no hay estudios poblacionales de esta entidad, pero en las series recientes la DCL podría constituir del 10% al 36% de las demencias, solo sobrepasada por la EA, a la que frecuentemente se asocia.

CAPÍTULO III. AFECCIONES SISTÉMICAS DE LA DEMENCIA

Sistema respiratorio

Riesgo de infección respiratoria:

En algunos casos aparecen en pacientes que previamente padecían una obstrucción crónica del flujo aéreo u otra afección respiratoria; otras veces, no existen antecedentes de algún padecimiento respiratorio previo. En cualquiera de los casos, se debe tener presente que se está enfrentando a personas con limitaciones neurológicas que se manifiestan en una mala coordinación del reflejo de la tos y expulsión de secreciones, trayendo consigo un gran riesgo de broncoaspiraciones.

Alimentación:

Como se ha mencionado, las personas con demencia, comienzan a perder la funcionalidad adecuada de muchos de los sistemas del cuerpo, entre estos comienzan a perder la capacidad de deglutir y masticar los alimentos de forma correcta, dicho esto es evidente que en estos pacientes el riesgo de broncoaspiración durante el consumo de sus alimentos es alto.

La disfagia es un síntoma que se refiere a la dificultad para mover el bolo alimentario desde la boca al estómago, en el caso de los pacientes con demencia es llamada "Disfagia Neurógena"

La disfagia neurógena o neurogénica es el resultado de toda disrupción en los mecanismos neurológicos de la deglución por compromiso del sistema nervioso central y/o sistema nervioso periférico.

La prevalencia de la disfagia orofaríngea en pacientes con demencia es de un 84% y puede originar complicaciones de gran trascendencia clínica como consecuencia de las alteraciones en la eficacia de la deglución, y en la seguridad de la misma.

La disfagia es un problema relativamente común entre las personas que viven con enfermedades neurológicas. Su origen puede ser una lesión en el sistema nervioso central o periférico.

Se trata de una alteración en el proceso del tragar, donde hay dificultad para mover el bolo alimenticio de manera segura desde la cavidad oral al estómago sin que aparezca aspiración de saliva, alimentos o líquidos a laringe, tráquea y pulmón, implica una alteración en la eficiencia y seguridad de la deglución.

Sistema digestivo

Malnutrición:

Cuando la enfermedad del Alzheimer y/o demencia avanza a una etapa crónica progresiva, los pacientes comienzan a perder la independencia en las actividades de la vida diaria, un ejemplo de ello es la alimentación; adicional a esto los cambios fisiológicos hacen que el adulto mayor disminuya el sentido del gusto, y la perspectiva sobre la comida haciendo que prefieran los alimentos por su color y variedad de colores en el plato, que por el contenido real y aporte nutricional de este.

El proceso de la alimentación se ve influenciado por varios factores, como son la indiferencia por la ingesta, otras veces ocurre un verdadero rechazo a la misma por trastorno del comportamiento alimentario, trastornos de conducta en general, disfunciones de los órganos de los sentidos (vista, olfato y gusto), la interferencia de fármacos, las apraxias deglutorias y disfagia orofaríngea, entre otros. Además, los pacientes de este tipo presentan un estado de hipercatabolismo proteicocalórico debido a la desnutrición que se puede llegar a presentar, lo que causa la pérdida incrementada de proteína corporal, implicando la disminución de masa magra es decir la suma del peso de los huesos, la piel, los músculos y los órganos, excepto la grasa, debido al alto grado de estrés al que están sometidos, como pueden ser contracciones musculares involuntarias, que hace que puedan presentar requerimientos adicionales calóricos.

Con el deterioro cognitivo estos pacientes pueden presentar un alto consumo de alimentos como: dulces, y proteínas como carnes rojas, pescados, pollo, etc., y con el progreso de la enfermedad, disminuye el consumo de alimentos, lo que causa un

déficit de vitaminas como B12, B6, betacarotenos y omega tres, cambios que si no se perciben a tiempo llevan a una desnutrición.

Sistema genitourinario

Incontinencia:

Se trata de un problema frecuente en los pacientes con demencia, llegando las cifras hasta un 50% para la incontinencia urinaria y un 35% para la incontinencia fecal.

La incontinencia fecal es la incapacidad del ano de controlar el paso de las heces y los gases. La incontinencia daña la imagen corporal del paciente. Un trastorno físico que altere el funcionamiento del esfínter anal o una gran cantidad de heces líquidas provoca incontinencia. Una alteración de la función cognitiva suele conducir a incontinencia tanto vesical como fecal.

La vejiga neurógena es un padecimiento en el que el paciente carece de control vesical debido a una afección cerebral, de la médula espinal o de los nervios.

Los músculos y los nervios del sistema urinario trabajan juntos para contener la orina en la vejiga y vaciarla en el momento apropiado. Los nervios llevan mensajes del cerebro a los músculos de la vejiga encargados de controlar cuando deben contraerse o relajarse. En la vejiga neurogénica, los nervios que llevan a cabo dicha función no lo hacen adecuadamente.

Sistema musculoesquelético

Accidentes/caídas/fracturas:

A medida que el cuerpo envejece, las articulaciones comienzan a experimentar cambios en el cartílago y en el tejido conjuntivo. El cartílago interior de la articulación se vuelve más fino y sus componentes (los proteoglicanos, las sustancias que contribuyen a proporcionar resiliencia al cartílago) se alteran, lo que disminuye la resistencia de la articulación y aumenta la propensión a las lesiones.

Además, las articulaciones se vuelven más rígidas ya que el tejido conjuntivo de los ligamentos y los tendones se vuelve más duro y quebradizo. Este cambio también limita la amplitud de movimiento de las articulaciones.

La pérdida de músculo (sarcopenia) es un proceso que comienza alrededor de los 30 años de edad y sigue avanzando durante el resto de la vida. En este proceso, disminuyen gradualmente tanto la cantidad de tejido muscular, como el número y el tamaño de las fibras musculares. La consecuencia de la sarcopenia es una pérdida gradual de masa y de fuerza de los músculos. Esta leve pérdida de fuerza muscular supone un aumento de carga sobre ciertas articulaciones (como las rodillas) y predispone a la persona afectada a sufrir caídas.

Las caídas son frecuentes en los pacientes con demencia por las alteraciones que aparecen en la marcha-deambulación, equilibrio y por la tendencia al vagabundeo. Se ven acentuadas por la toma de fármacos especialmente los que desarrollan efectos extrapiramidales.

Además, se unen otros riesgos intrínsecos de caídas que presentan los mayores como déficits de los órganos involucrados en los sentidos de la vista y el oído, problemas osteomusculares, etc. El hecho en sí de padecer una demencia, constituye un factor de riesgo de caídas, hasta el punto de que éstas, forman parte de los síntomas clínicos necesarios y definitorios, para el diagnóstico de algún tipo de demencia, como ocurre con la Demencia por Cuerpos Difusos de Lewy.

Sistema tegumentario

Lesiones por presión:

La llamada úlcera por presión se trata de una necrosis de la piel y el tejido subcutáneo en una zona que se encuentra sometida a presión entre dos planos duros, los huesos del paciente y el soporte en el que se encuentra (cama, silla, sillón), provocando una disminución del aporte de oxígeno y nutrientes a dicha zona, producida por el aplastamiento de los vasos sanguíneos.

Como resultado del proceso de envejecimiento cutáneo, el tejido adiposo subcutáneo mengua paulatinamente. La dermis se adelgaza: el tejido conectivo

pierde su estructura fibrilar normal y su capacidad de retención de agua; la unión dermoepidérmica pierde consistencia y ambas capas se deslizan entre ellas. Las fibras elásticas degeneran y dan lugar a las arrugas. En la epidermis se pierde la disposición exacta de cada una de las capas. Se forman menos células epidérmicas y el tamaño celular disminuye. Como resultado, la epidermis también se vuelve más delgada y susceptible a lesiones.

Las úlceras aparecen como consecuencia de ciertos factores como pueden ser la incontinencia, falta de higiene, inmovilidad o encamamiento con puntos de apoyo-presión continuos, entre otros. La falta de movilidad y de cambios posturales constituyen los principales factores de riesgo para su aparición. Provocan efectos devastadores en los pacientes con demencia y consume gran cantidad de recursos asistenciales.

Las UPP se clasifican en cuatro grados en relación al aspecto y profundidad de las lesiones:

- Grado I. Eritema cutáneo que no palidece en piel intacta. En pacientes de piel oscura, observar edema, induración, decoloración, calor local.
- Grado II. Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas, puede tener aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.
- Grado III. Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo, pero no por la fascia subyacente.
- Grado IV. Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén como el tendón o la cápsula articular.

Debido a esto se empiezan a manifestar una serie de lesiones en la piel que si no son atendidas oportunamente pueden progresar y llegar a ser de gravedad para la salud del paciente.

CAPÍTULO IV. EL ROL DE ENFERMERÍA EN LOS ADULTOS MAYORES QUE PRESENTAN ALGÚN TIPO DE DEMENCIA

Dentro del área de enfermería el profesional puede realizar distintas funciones de acuerdo al rol que se esté desempeñando y evidentemente que se requiera, para tener conocimiento de cuál es el papel que el enfermero o enfermera ocupará en el cuidado de estos pacientes se retomaran de forma breve los llamados "Roles de enfermería" y de que constan cada uno de ellos.

Tabla 3. Roles de enfermería

ROL ASISTENCIAL	Esta función consta del cuidado del paciente, la preservación de la salud y el apoyo, es decir el personal de enfermería se encargará de atender las necesidades básicas del paciente, tomando en cuenta el aspecto físico, pero también el mental.
ROL INVESTIGADOR	Es bien sabido que dentro del área de la salud y la medicina es importante estar al día y actualizados todo el tiempo, por esta razón el profesional de enfermería que desempeñe el rol de investigador se encargara de adentrarse por medio de la investigación en temas que ayudaran a que tanto los enfermeros y enfermeras, como los pacientes mejoren sus habilidades empezando con la teoría para después llevarlo a la práctica de la mejor manera.
ROL DOCENTE	La principal función dentro de este rol es transmitir las habilidades y conocimientos a las futuras generaciones, tanto en la teoría como en la práctica, evidentemente con la finalidad de formar nuevos profesionales dentro de la enfermería que estén capacitados para desempeñarse dentro del área que mejor les parezca.
ROL ADMINISTRATIVO	Para obtener buenos resultados siempre es necesario el orden y control dentro de cualquier área en enfermería no es la excepción, por dicha razón es necesario que los profesionales que desempeñan este rol se encarguen de llevar los registros de los egresos e ingresos de pacientes, así como su evolución, entre otras cosas.

Fuente: *Elaboración propia con referencia en Martha Raile Alligood & Ann Marriner Tome. Modelos y teorías en enfermería 2007 . <https://books.google.es/books?id=FLeszO8XGTUC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>*

La demencia es conocida como una de las enfermedades neurodegenerativas más discapacitantes teniendo en cuenta que mientras se envejece la enfermedad es prevalente por ende sus consecuencias y efectos son de gran magnitud, recordando también que no existe una cura para la misma por lo tanto todas las intervenciones van orientadas hacia el mantenimiento y la calidad de vida del paciente.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente es evidente que el rol de enfermería que se empleará con este tipo de pacientes será el "Rol asistencial" y el "Rol docente", ya que las acciones serán de apoyo, preservación de la salud y cuidado al paciente, pero también se les transmitirán los conocimientos necesarios a los familiares de la persona en cuestión.

A continuación, se abordarán distintos aspectos de la vida del paciente en los que el enfermero o enfermera desempeñara el rol ya mencionado de diferentes maneras.

Necesidades de la vida cotidiana

Dentro de las funciones como profesionales de enfermería también es fundamental que se brinde la información necesaria a los familiares que cuidan de este tipo de pacientes en casa, dicho esto se abordaran algunos aspectos que son de gran apoyo para el cuidado de dichos pacientes, hablando de su vida cotidiana dentro del hogar.

Bajo este fundamento, el objetivo de los cuidados y de los tratamientos brindados por el personal de enfermería es al menos mantener la calidad de vida de los pacientes, pero también la de las personas que lo rodean y cuidan del mismo, de manera cercana.

Dentro del rol docente, a través de la educación para la salud, se llevan a cabo las siguientes intervenciones para capacitar a los familiares en el cuidado del paciente geriátrico, desde charlas y de material impreso como trípticos o pequeños carteles se plasmarán las indicaciones y sugerencias mostradas a continuación, esto con la

finalidad de que para el familiar sea más fácil recordar y tener presentes las acciones que llevara a cabo:

- Evitar mover muebles y utensilios de lugar:
Los pacientes con demencia tienen dificultades cuando las cosas cambian a su alrededor. A menos que sea absolutamente necesario, mantener siempre el orden habitual. Eso evitara caídas y golpes.
- Utilizar carteles o señalizaciones:
Dicho recurso a veces funciona muy bien. Por ejemplo: baño, armario, cuarto de José, para que el enfermo reconozca de manera más fácil los lugares de la casa.
- Utilizar un calendario y reloj con números visibles:
Las personas con demencia suelen perder la noción del tiempo. Es necesario conversar con el paciente enfermo sobre el día de la semana, el año, la hora y la estación del año. Sin necesidad de forzarlo o hacerle un examen, es únicamente con la finalidad de mantenerlo conectado con la realidad. (Manual para familiares y cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2013)

Necesidades de cuidado físicas/dolor

Una de las necesidades a las que menos se les presta atención y son de relevancia para los pacientes que sufren Alzheimer y/o demencia está relacionada con el dolor, síntoma que muchas veces no es diagnosticado y tratado en el primer nivel de atención, por su condición clínica, la cual es caracterizada por tener estados anímicos cambiantes; poco nivel de orientación e incluso pérdida de la conciencia de sí mismos, llevando a una atención regular por parte del profesional de salud puesto que para ellos, síntomas que reflejen dolor es solo comportamientos comunes de estos pacientes, que no requieren de una atención más centralizada, esto tiene como consecuencia una sobre medicación de analgésicos o que sean

subdiagnosticados con otras enfermedades poniendo a estos pacientes en un alto riesgo de intoxicación por polifarmacia.

Estas enfermedades crónicas muchas veces desencadenan enfermedades vasculares de tipo neuropático, causando una lesión en la sustancia blanca, que además de producir dolor, causan síntomas neuropsiquiátricos, tales como el insomnio, desmotivación, disfagia, entre otros, que exacerbaban el cuadro de dolor en estos pacientes, puesto que cuando se presentan estos signos y síntomas, el paciente ya está en una etapa avanzada lo que le causa dificultad al momento de describir las características del dolor: duración, intensidad, localización.

Es de suma importancia tener en cuenta otras comorbilidades que van de la mano con el progreso tanto de la enfermedad, como de la edad, cuando las comorbilidades están relacionadas con la funcionalidad del adulto mayor, haciendo que pase la mayor parte del tiempo en cama, dicho esto es necesario que desde el rol asistencial una de las intervenciones que se debe priorizar es:

- La evaluación del estado de la piel, para prevenir la aparición de úlceras por presión, que pueden causar dolor
- Valoración de la función intestinal pues la actividad física con la edad disminuye haciendo que el hábito intestinal se pierda y causando a su vez otro foco de dolor
- La nutrición también juega un papel fundamental, puesto que si es adecuada nos ayudará a prevenir la aparición de estos focos de dolor y mejorar el estado del paciente. (Manual para familiares y cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2013)

Manejo del sueño

Aunque hay excepciones, las personas mayores necesitan dormir menos horas que las personas jóvenes. Además, las personas con Alzheimer pueden pasar la mayor parte de la noche despiertos y dormir durante el día, esto se asocia a la desorientación general del enfermo, esto genera que se despierten durante la noche

sin tener conciencia del factor lugar, tiempo y espacio. Dicho trastorno puede ser muy serio para el cuidador, tanto para el familiar, como para el personal de enfermería. Por fortuna, hay formas de cambiar las conductas o al menos mejorarlas.

Una vez más desempeñando el rol docente de enfermería se puede apoyar al familiar con la elaboración de cronogramas, calendarios impresos y ordenados para que el paciente tenga actividades que su condición le permita realizar y que a su vez impidan la somnolencia diurna y pueda descansar de manera adecuada sugiriendo las siguientes indicaciones para evitar el insomnio:

- Durante el día:
Tratar de que el paciente no duerma durante el día. Si el ya mencionado requiere de un descanso, se debe procurar que lo haga sentado y no en la cama, de igual manera evitar siestas largas.
En medida de lo posible fomentar la actividad física o caminatas de manera rutinaria, hay que recordar que el tipo de actividad que realizara el paciente será seleccionada de acuerdo a las capacidades del mismo, a continuación se mencionaran algunos ejemplos: yoga, salir a pasear en bicicleta o ejercitarse en una estática, caminatas con compañía, pintar, danza, algunos tipos de jardinería, entre otros.
- Durante la noche:
Asegurarse de que el entorno del paciente sea lo más cómodo y tranquilo posible para el paciente.
Vigilar que el enfermo vaya al baño antes de acostarse. (Manual para familiares y cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2013)

Manejo de la nutrición

Múltiples estudios aseguran que una dieta equilibrada debe incluir frutos secos, verduras, legumbres y proteínas ya que aportan un mayor porcentaje de monoinsaturados, disminuyendo el deterioro cognitivo, además estos nutrientes reducen el riesgo de la incidencia de demencias vasculares y tipo Alzheimer.

A continuación, un ejemplo de una dieta equilibrada para un paciente senil:

DESAYUNO Un vaso de leche deslactosada light o una taza de té sin azúcar, huevo revuelto con jamón (2 huevos con 1 rebanada de jamón de pechuga de pavo), 2 tortillas

COLACIÓN 1 taza de gelatina

COMIDA Picadillo con verdura (250 gr de carne molida de res, 1 taza de papa y zanahoria en cubitos), 1 taza de arroz cocido (rojo o blanco), agua natural o de frutas (con poca azúcar)

COLACIÓN 1 plátano

CENA 1 taza de té, sándwich de queso panela con espinaca

Fuente: Elaboración propia con referencia en Recomendaciones para una alimentación saludable en la vejez 2022. <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/recomendaciones-para-una-alimentacion-saludable-en-la-vejez?idiom=es#:~:text=Comer%20la%20mayor%20variedad%20posible,%2C%20aceites%2C%20az%C3%BAcares%20y%20sal.>

Intervenciones de enfermería desempeñadas por el “Rol asistencial y docente”:

Dichas intervenciones las llevara a cabo el personal de enfermería y de igual forma se instruirá al familiar para que también pueda realizar las necesarias dentro del hogar.

- Tener un plan de alimentación, si es posible con ayuda de un nutriólogo.
- Incluir un horario de comida.
- Variedad en el uso de los alimentos, y que además de esto se tenga en cuenta la opinión del paciente en cuanto a lo que les gusta o no comer, para asegurar que este plan de cuidado sea efectivo.
- Considerar la apariencia de los alimentos, es decir debemos de hacer más atractivos los platillos a la vista de nuestro paciente, con la finalidad de tener

más éxito con su correcta alimentación. (Manual para familiares y cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2013)

Se cree que existen cambios corticales de la deglución que comienzan progresivamente hasta que la disfagia se hace evidente con problemas como: daño en el control motor oral de la comida, retención de los alimentos en la vallecula epiglótica e incluso en algunos casos la función de la masticación se encuentra ausente, en este caso las intervenciones a realizar serán las siguientes:

- Vigilancia constante durante el consumo de alimentos, ya que existe un riesgo de broncoaspiración y muerte en los pacientes que consumen alimentos solos y padecen una demencia o Alzheimer avanzados.
- Se sugiere que el uso de la nutrición enteral por sondas nasogástricas o gastrostomías sea únicamente cuando la condición del paciente lo indique, teniendo en cuenta las consideraciones éticas del profesional de salud, recordando que la disminución de la ingesta de alimentos está directamente relacionada con el deterioro cognitivo más no en muchos casos con un deterioro en la funcionalidad. (Manual para familiares y cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2013)

Necesidades de cuidado en el aspecto psicológico

Los síntomas conductuales representan una necesidad de atención tanto para los pacientes, como para sus familias y/o cuidadores principales, ya que estos síntomas son los que más afectan dentro del ámbito familiar haciendo que el cuidado le sea adjudicado a terceros (instituciones hospitalarias, o centros de atención para el adulto mayor) debido a su difícil manejo.

Es aquí donde los profesionales de la salud se enfrentan a un gran reto, puesto que aún no hay suficiente evidencia de cómo evitarlos o por lo menos tratarlos, pero un punto clave en la elaboración de estos cuidados, está en tener en cuenta las

comorbilidades, la administración de medicamentos que bien ya se ha descrito que fármacos inhibidores de la colinesterasa, produce una disminución de la alucinaciones, apatía, incluso de la agitación y la agresividad y por último tener en cuenta al paciente como un ser holístico que puede mejorar o empeorar con sus dinámicas en el contexto que se mueve.

Dicho esto, también serán importantes los siguientes papeles de enfermería:

- Enfermera asesora: se encargará de brindar orientación y apoyo al individuo y sus familiares con la finalidad de contribuir y mejorar la calidad de vida en el mismo.
- Enfermera promotora: promoverá el sentido de responsabilidad del individuo, familiar y comunidad sobre su propia salud.
- Enfermera colaboradora: las acciones que realice serán en colaboración con el resto del equipo de salud.
- Enfermera impulsadora: su función será a promoción y el mantenimiento de la salud en ben estado o bien dar cuidados durante el tratamiento.

CONCLUSIONES

El papel que juega enfermería dentro del cuidado de los pacientes con demencia es de suma importancia, por esta razón es fundamental tener conocimiento de cuáles son las formas más comunes de este trastorno dentro del grupo etario afectado, conociendo no únicamente la alteración, también los órganos que se ven dañados por la misma, y como es que se va deteriorando el resto de la salud, no únicamente hablando del aspecto físico o cognitivo, sino también del social, laboral y familiar, entre otros.

Una vez adentrados en dichas alteraciones y todo lo que conlleva es más fácil partir desde un punto del conocimiento, para así saber cómo lidiar o, mejor dicho, cómo responder ante la demanda de atención, cuidado y educación de calidad tanto para los pacientes, como sus familiares.

Recordando siempre el principal objetivo como personal de enfermería: brindar al paciente los cuidados para una mejor calidad de vida, y en este caso sin ser la excepción, a las personas que son adultos mayores, los cuales es bien sabido que simplemente por su edad, pertenecen a un grupo vulnerable dentro de la población, añadiendo a esto las limitaciones que se derivan de la demencia, es evidente que requieren de una atención específica y sobre todo de excelente calidad.

Hablando de enfermería, hay que recordar que dentro del área de la salud y la medicina, es necesario mantenernos actualizados todo el tiempo, ya que el entorno en el que nos desempeñamos está en constante cambio, lo cual nos trae nuevos padecimientos o los ya conocidos pero con una mayor incidencia, por esta razón es fundamental transmitir al estudiante de la licenciatura en enfermería los conocimientos necesarios para poder salir al área clínica con las herramientas adecuadas de manera teórica para enfrentarse a las alteraciones que fueron mencionadas en esta investigación, recordando que de aquí en adelante dichos padecimientos serán más comunes en los pacientes que atenderán día a día.

SUGERENCIAS

De manera personal considero que sería de suma importancia dar más difusión a los cuidados que requiere un paciente con cualquier tipo de demencia, ya que durante la investigación fue complicado encontrar información referente a dicho tema, y teniendo en cuenta que en un periodo no muy largo de tiempo los casos de dicho padecimiento serán más frecuentes considero que es importante tener a la mano esta información que será de gran utilidad para el personal de enfermería, tanto para los estudiantes como para quien ya ejerce dicha profesión.

Hablando de los tipos de demencia como tal, son tres de los que abunda información y retomando lo mencionado anteriormente respecto a los cuidados, me parece que el tener conocimiento de los padecimientos también es fundamental para poder brindar una atención de calidad al individuo que presenta esta alteración.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarado García, AM, Alvarado Hueso, PV, Rojas Mendez, LT y Oviedo Tao, PA. (diciembre 2019). Necesidades de cuidado en los pacientes con demencia y/o alzheimer: una revisión integrativa. *Revista Cuidarte*. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732019000300302
- Alanis Niño, G, Garza Marroquin, JV y Gonzalez Arellano, A. (2008). Prevalencia de demencia en pacientes geriátricos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2008/im081e.pdf>
- Berkowitz, A. (2020). Delirio, demencia y demencia rápidamente progresiva. **En** *Neurología clínica y neuroanatomía. Un enfoque basado en la localización*. Recuperado de <https://accessmedicina-mhmedicalcom.pbidi.unam.mx:2443/content.aspx?sectionid=246258524&bookid=2923&ResultClick=2#1175410235>
- Berkowitz, A. (2020). Hemisferios cerebrales y síndromes vasculares. **En** *Neurología clínica y neuroanatomía. Un enfoque basado en la localización*. Recuperado de <https://accessmedicina-mhmedical-com.pbidi.unam.mx:2443/content.aspx?bookid=2923§ionid=245015457#1175408789>
- Circunvalación del Hipocampo*. (s.f.) Recuperado el 22 de enero del 2023, de <https://www.hipocampo.org/demencia-cuerpos-lewy.asp>
- Custodio, N., Herrera, E., Lira, D., Montesinos, R., Linares, J. y Bendezú, L. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *Anales de la Facultad de Medicina*. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832012000400009
- Demencia de inicio en edades avanzadas: aspectos clínicos y fisiopatológicos diferenciales. (marzo, 2023). *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. **Recuperado de** <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-demencia-inicio-edades-avanzadas-aspectos-S0211139X15001043>

Enfermedad de Alzheimer, demencia más común que afecta a personas adultas mayores. (octubre, 2021). *Secretaría de Salud*. **Recuperado de**

<https://www.gob.mx/salud/es/articulos/enfermedad-de-alzheimer-demencia-mas-comun-que-afecta-a-personas-adultas-mayores?idiom=es>

Garre Olmo, J. (01 junio 2018). Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Revista de neurología, vol 66*. **Recuperado de**

<https://neurologia.com/articulo/2017519#:~:text=La%20demencia%20vascular%20es%20el,de%2064%20a%C3%B1os%20%5B29%5D>.

González Salvia, M. (2013). *Manual para familiares y cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. (2da ed.). Hospital Italiano, Buenos Aires: delhospital ediciones.

Gutiérrez Robledo, L M, Avila Avila, A, Vargas López, M C, Negrete Redondo, M I, García Peña, M C, Medina Campos, R H, Ávila Alva L, Castillo Hernández, O y Plata Córdoba E. (junio 2018). Boletín. *Instituto Nacional de geriatría*. Recuperado de

http://www.anmm.org.mx/PESP/archivo//INGER/Boletin_Junio2018.pdf

Guyton, A y Hall, J. (2016). Funciones de la corteza cerebral: áreas de Wernicke, Broca y de asociación límbica. **En** *Funciones de la corteza cerebral: áreas de Wernicke, Broca y de asociación límbica, 13e*. Recuperado de [https://www.elsevier.com/es-es-connect/medicina/edu-funciones-de-la-corteza-cerebral](https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/edu-funciones-de-la-corteza-cerebral)

Jameson, L, Fauci, S, Kasper, D, Hauser, S, Longo, D y Loscalzo, J. (2020). Demencia con cuerpos de Lewy. **En** *Harrison. Manual de Medicina, 20e*. Recuperado de <https://accessmedicina-mhmedical-com.pbidi.unam.mx:2443/content.aspx?sectionid=213023425&bookid=2461&Resultclick=2#1162005410>

Jameson, L, Fauci, S, Kasper, D, Hauser, S, Longo, D y Loscalzo, J. (2020). Demencia frontotemporal. **En** *Harrison. Manual de Medicina, 20e*. Recuperado de <https://accessmedicina-mhmedical-com.pbidi.unam.mx:2443/content.aspx?sectionid=213023383&bookid=2461&Resultclick=2>

- Jameson, L, Fauci, S, Kasper, D, Hauser, S, Longo, D y Loscalzo, J. (2020). Demencia vascular. **En Harrison. Manual de Medicina, 20e.** Recuperado de <https://accessmedicina-mhmedical-com.pbidi.unam.mx:2443/content.aspx?sectionid=213023410&bookid=2461&Resultclick=2>
- Jameson, L, Fauci, S, Kasper, D, Hauser, S, Longo, D y Loscalzo, J. (2020). Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. **En Harrison. Manual de Medicina, 20e.** Recuperado de <https://accessmedicina-mhmedical-com.pbidi.unam.mx:2443/content.aspx?sectionid=252889540&bookid=2943&Resultclick=2>
- Kane, R, Ouslander, J, Resnick, B y Malone, M. (2018). El delirio y la demencia. **En Principios de geriatría clínica, 8e.** Recuperado de <https://accessmedicina-mhmedical-com.pbidi.unam.mx:2443/content.aspx?sectionid=188130563&bookid=2409&Resultclick=2#1165434188>
- Las demencias en México, avances, rezagos y retos. (21 de agosto 2019). Recuperado el 20 de enero del 2023, **de** <http://anmm.org.mx/actas2019/SO-21-agosto-2019.pdf>
- Lillo, P y Leyton, C. (mayo, 2016). Demencia frontotemporal, cómo ha resurgido su diagnóstico. *Revista Médica de Clínica Las Condes, vol 27.* **Recuperado de** <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-sumario-vol-27-num-3-S0716864016X00041>
- López Nolasco, B, Austria Reyes, A, Santander Hernández, J J, Maya Sánchez, A y Cano Estrada, E A. (diciembre, 2021). Nivel de deterioro cognitivo del adulto mayor de la comunidad de Tlahuelilpan, Hidalgo, México. *Revista de Enfermería Neurológica, vol 1.* **Recuperado de** <https://revenferneurolenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/issue/view/44>
- Manual MSD.* (2021) Recuperado el 20 de agosto del 2022, **de** <https://www.msmanuals.com/es/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/delirio-y-demencia/demencia-frontotemporal-dft>
- Mariño Suarez, JE, Monedero Recuero, I, y Peláez Laguno, C. (2018). Deficiencia de vitamina B 12 y tratamiento por vía oral. Una opción tan eficaz como (todavía) poco utilizada. *Revista Atención Primaria.* Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-deficiencia-vitamina-b-12-tratamiento-13052719>
- Moreno Martínez, FJ y Moratilla Perez, I. (2014). *Demencia: Qué es y cómo puede tratarse.* Vallehermoso, Madrid: Síntesis.

- Organización Mundial de la Salud. (2020) Recuperado el 1 de enero del 2023, **de**
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021) Recuperado el 1 de enero del 2023, **de**
<https://www.paho.org/es/node/82220/reunion-tecnica-sobre-aspectos-salud-publica-demencia-americas>
- Patton, K y Thibodeau, G. (2013). Sistema nervioso central - Anatomía y fisiología. **En** *Anatomía y fisiología*. Recuperado de <https://www-clinicalkey-com.pbidi.unam.mx:2443/student/nursing/content/book/3-s2.0-B9788490221082000404>
- Sagrario Manzano, M, Fortea, J, Villarejo, A y Sánchez del Valle, R. (2018). Guía oficial de práctica clínica en Demencia. **En** *Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología*. Recuperado de https://www.sen.es/pdf/guias/Guia_Demencias_2018.pdf
- Secretaría de salud. (2021) Recuperado el 8 de octubre del 2022, **de**
<https://www.gob.mx/salud/es/articulos/enfermedad-de-alzheimer-demencia-mas-comun-que-afecta-a-personas-adultas-mayores?idiom=es>
- Stockert, P y Hall, P. (2019). Problemas habituales en la eliminación intestinal, Incontinencia. **En** *Fundamentos de enfermería, 9e*. Recuperado de <https://www-clinicalkey-com.pbidi.unam.mx:2443/student/nursing/content/book/3-s2.0-B9788491134510000470#hl0003398>
- Suarez Escobedo, J C, Rueda Vallejo, Z V y Orozco F. (2018). Disfagia y neurología: ¿una unión indefectible? *Acta Neurológica Colombiana*. **Recuperado de**
<http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v34n1/0120-8748-anco-34-01-00092.pdf>
- University of Rochester*. (s.f.) Recuperado el 20 de enero del 2023, **de**
<https://www.urmc.rochester.edu/encyclopedia/content.aspx?contenttypeid=85&contentid=P04586>