



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO Y LABORATORIAL DE LA
DEMENCIA TIPO ALZHEIMER EN UN HOSPITAL DEL SEGURO
SOCIAL DE CHICLAYO 2014-2018**



TESIS
PARA OPTAR
EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO
PRESENTADA POR
DIAMELA SISBET PERALES SILVA

ASESOR

DR. JUAN LEGUÍA CERNA

CHICLAYO, PERÚ

2021



**Reconocimiento
CC BY**

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO Y LABORATORIAL DE
LA DEMENCIA TIPO ALZHEIMER EN UN HOSPITAL DEL
SEGURO SOCIAL DE CHICLAYO 2014-2018**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR
PERALES SILVA, DIAMELA SISBET**

**ASESOR
DR. LEGUÍA CERNA, JUAN**

**CHICLAYO, PERÚ
2021**

DEDICATORIA

Dedico mi trabajo de tesis con todo mi corazón a Dios, que por medio de nuestro Señor Jesucristo respondió en su momento cada una de mis oraciones, llenándome de paz y tranquilidad mi mente y mi corazón en cada etapa de mi carrera. Y además por ser el forjador de mi sabiduría, paciencia, esperanza y fe a lo largo de mi carrera profesional.

AGRADECIMIENTOS

A mi Dios, ya que gracias a Él he logrado culminar mi carrera con mucho amor y pasión por la medicina.

A mis padres por creer en mí siempre, y por su amor y apoyo incondicional que me brindan día a día para poder lograr mis metas.

A mi Pastor y a la iglesia la Viña del Señor, por enseñarme el camino y las promesas que tiene Cristo para mí cuando cursaba tiempos difíciles en mi carrera profesional y a mi cointerno del HNSEB por su apoyo incondicional.

A mis hermanos y hermanas mayores, y en especial a mi hermana menor, que estuvo junto conmigo en mis miedos, tristezas, alegrías y logros a lo largo de toda mi carrera. Mi pequeña gigante gracias por tus oraciones.

A mis docentes por compartirme sus experiencias laborales y académicas, y de igual manera agradecer a mis asesores de tesis en especial al Dr. Juan Alberto Leguía Cerna por su apoyo, sus enseñanzas y orientación para lograr culminar este estudio.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	I
Dedicatoria	II
Agradecimientos	III
Índice	IV
Resumen	V
Abstract	VI
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MATERIALES Y MÉTODOS	4
III. RESULTADOS	8
IV. DISCUSIÓN	11
V. CONCLUSIONES	14
VI. RECOMENDACIONES	15
VII. FUENTES DE INFORMACIÓN	16
ANEXOS	

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil clínico epidemiológico y laboratorial de los pacientes con demencia tipo Alzheimer con diagnóstico tomado del sistema del servicio de epidemiología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2014 - 2018.

Materiales y métodos: Estudio Observacional, cuantitativo, descriptivo y retrospectivo con muestreo censal. Se revisó 153 historias clínicas tomando en cuenta los criterios de la DSM IV y los datos obtenidos fueron llenados en una ficha de recolección de datos que posteriormente fueron ingresados a software Microsoft Excel versión 2013, para el procesamiento de la información se usó STATA versión 15. Se realizó el análisis de las variables utilizando tablas de frecuencia y medidas de tendencia central para variables nominales; y para variables numéricas se utilizó mediana y rangos intercuartílicos.

Resultados: Se obtuvo que la mediana de la edad de los pacientes fue de 83 (RI 78-88) años, con mayor frecuencia en el sexo femenino con 54,9 % de los casos, casadas y procedentes de Chiclayo. Se identificó pérdida de la memoria en el 100 % de los casos y como comorbilidad más frecuente la hipertensión arterial con 58,8 % en promedio. Los síndromes geriátricos más frecuentes son la inestabilidad y caídas y el deterioro cognitivo. En el perfil laboratorial la mediana de la glucosa y la hemoglobina es de 96 y 12,6 respectivamente.

Conclusiones: El perfil más frecuente de los pacientes con EA es una mujer de edad avanzada casada con pérdida de la memoria y con hipertensión arterial como comorbilidad.

Palabras claves: Enfermedad de Alzheimer; Factores Epidemiológicos; Signos y Síntomas (**Fuente:** DeCS-BIREME).

ABSTRACT

Objective: Describe the epidemiological and laboratory clinical profile of patients with Alzheimer's dementia with a diagnosis taken from the epidemiology service system of the Almanzor Aguinaga Asenjo National Hospital, 2014 – 2018. **Materials and methods:** Observational, quantitative, descriptive and retrospective study with census sampling. A data collection form was used; a pilot test was subsequently applied, which consisted of reviewing 10 medical records taking into account the criteria of the DSM IV. The data obtained were entered into Microsoft Excel version 2013 software, for the information processing STATA version 15 was used. The analysis of the variables was carried out using frequency tables and measures of central tendency for nominal variables; and for numerical variables, median and interquartile ranges were used. **Results:** 153 medical records were reviewed and the median age of the patients was 83 (RI 78-88) years, most often in females with 54,9% of cases, married and from Chiclayo. Memory loss was identified in 100% of cases and as the most frequent comorbidity, arterial hypertension with 58, 8 % on average. The most frequent geriatric syndromes are instability and falls and cognitive impairment. In the laboratory profile the median glucose and hemoglobin is 96 and 12, 6 respectively. **Conclusions:** The most frequent profile of patients with AD is an elderly woman married with memory loss and with arterial hypertension as comorbidity.

Keywords: Alzheimer's Disease; Epidemiological Factors; Signs and Symptoms (**Source:** MeSH NLM).

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad se estima que, a nivel mundial, 35,6 millones de personas viven con demencia. Esta cifra se habrá casi duplicado para el año 2030 y se triplicará para el 2050 (1).

La enfermedad de Alzheimer(EA)es la principal causa de demencia entre los adultos mayores. Es una enfermedad de compleja patogenia, a veces hereditaria, que se caracteriza desde el punto de vista anatómico, por pérdida de neuronas y sinapsis y la presencia de placas seniles y de degeneración neurofibrilar (2).Es una enfermedad cerebral degenerativa y progresiva que causa inicialmente problemas con las funciones mentales y cognitivas(3).Los síntomas más comunes de la enfermedad son alteraciones del estado de ánimo y de la conducta, pérdida de memoria, dificultades de orientación, problemas del lenguaje y alteraciones cognitivas (4).

En el informe mundial sobre la enfermedad de Alzheimer publicado en el 2009 predijo que para el 2010 un total de 35,6 millones de personas padecerán de EA en el mundo y se calculaba que esta cifra se duplicaría cada 20 años (5). En América Latina se dará el aumento más acelerado, ya que pasará de 3,4 millones de personas en 2010 a 7,6 millones en 2030(6). La prevalencia del síndrome demencial en Cuba se estima en 10,2 por cada 100 personas de 65 años y más, y la enfermedad de Alzheimer constituye la causa más frecuente (7). En el Cercado de Lima, sobre 1532 individuos evaluados, encontramos 105 casos de demencia, lo que corresponde a una prevalencia de 6,85 %, siendo la enfermedad de Alzheimer el diagnóstico más frecuente 56,2 % (8).

En un estudio realizado en Estados Unidos por Brookmeyer R, et.al. (2017) obtuvieron como resultados que aproximadamente 6,08 millones de estadounidenses tuvieron EA clínica o deterioro cognitivo leve debido a EA (9). Otro estudio realizado en Ecuador por Quizhpi M. A., et al. Obtuvieron como resultados que la edad de corte de los pacientes fue por encima de los

60 años, la media aritmética de la edad fue de $83,93 \pm 8,47$ años siendo predominante el sexo femenino con 57,14 %, presentaron comorbilidades

donde las más frecuentes fueron hipertensión arterial con 33,33 % y diabetes mellitus 4,72 % (10)

Otro estudio realizado en Perú por Herrera P. E. G. et al. (2011). Tuvieron como resultado que la edad promedio de los sujetos fue de $80,35 \pm 9,17$, rango [56-92] años, con una mayoría de mujeres (16 casos, 80 %), residentes en Lima Metropolitana y el Callao en todos los casos en quienes se registró el dato (19/19). Se identificaron trastornos de la glucemia en el 50 % de casos (8 casos de 16 pacientes en quienes se realizó la prueba) y anemia en el 47,1 % (8/17). Como conclusión se determinó que el perfil más frecuente del enfermo con enfermedad de Alzheimer es el de una mujer adulta mayor casada.

La condición presente de diabetes e hipercolesterolemia, considerados como factores de riesgo para enfermedad de Alzheimer, no fue notable a diferencia de lo observado en la enfermedad hipertensiva. (11).

El envejecimiento poblacional asociado a la presencia de múltiples factores de riesgo para las enfermedades neurodegenerativas y vasculares, ha condicionado que el número de personas con trastornos neurocognitivos o síndromes demenciales se haya incrementado progresivamente en los últimos años, de manera que constituye uno de los principales problemas de salud a nivel nacional e internacional (7).

Según estimaciones de la Asociación Internacional de Alzheimer, de los 36 millones de afectados por este tipo de demencia, 28 millones aún no han sido diagnosticadas y no tienen acceso al tratamiento, cuidados e información.

Se considera que esta enfermedad continuará afectando a la población alrededor del mundo y los países subdesarrollados recibirán un mayor

impacto (12). Como consecuencia la importancia de este estudio que ayuda a conocer tantos aspectos epidemiológicos, clínicos y laboratoriales del paciente con esta enfermedad donde se observa la relación directa de estos tres componentes, siendo de ayuda para posteriormente orientar las políticas de salud y contribuir con la valoración del paciente para un mejor manejo por parte del especialista.

Este trabajo tiene por objetivo describir el perfil clínico epidemiológico y laboratorial de los pacientes con demencia tipo Alzheimer con diagnóstico tomado del sistema del Servicio de Epidemiología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2014 - 2018.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de investigación: Observacional, cuantitativo.

Diseño de investigación: Descriptivo retrospectivo.

Diseño muestral

Población

La población está constituida por 210 pacientes adultos mayores con demencia tipo Alzheimer de inicio tardío y con diagnóstico tomado del sistema del servicio de epidemiología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2014 - 2018.

Cálculo de muestra en muestreo

El muestreo fue censal, motivo por el cual no está sujeto a cálculo de muestra.

Criterios de selección

Se incluyeron todas las historias clínicas de pacientes con demencia tipo Alzheimer con diagnóstico tomado del sistema del servicio de epidemiología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2014 – 2018 que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

Se utilizó los siguientes criterios de inclusión: todas las historias clínicas de los pacientes con demencia tipo Alzheimer con diagnóstico tomado del sistema del servicio de epidemiología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2014 – 2018; mayores o iguales de 60 años de edad y atendidos solo en los consultorios externos de los servicios de geriatría, neurología y psiquiatría.

Criterios de exclusión

Se utilizó los siguientes criterios de exclusión: historias clínicas de los pacientes diagnosticados con demencia tipo Alzheimer de inicio temprano, tipo atípica, no específica, con más de un diagnóstico definitivo en un año, historias clínicas que tienen diagnóstico de Alzheimer recientes repetidos en varios años y aquellas historias clínicas en archivos clínicos pasivos o sin acceso.

Técnicas de recolección de datos

Descripción de los instrumentos

Se utilizó como instrumento una ficha de recolección de datos, compuesta por 20 ítems, su contenido se dividió en 4 bloques, en el primero se recogió información del año de atención del paciente, número de ficha y número de historia clínica; el segundo bloque de la ficha consta de cinco ítems de la 4 – 7, relacionados con características epidemiológicas; el tercer bloque trata de la características clínicas y abarca los ítems 8 –12 donde el ítem 8 abordó los signos y síntomas, el 9 las comorbilidades, el 10 la presencia o ausencia de comorbilidades según del índice de Charlson (versión abreviada) donde se considera ausencia de comorbilidad entre 0 y 1 punto, comorbilidad baja cuando el índice es 2 puntos y comorbilidad alta cuando el índice es igual o superior a 3 puntos, el ítem 11 abordó la evaluación mental tanto afectiva como cognitiva donde se usó el test de Pfeiffer con puntuación de 0 a 10, el ítem 12 se refiere a síndromes geriátricos hallados en el año del diagnóstico. En el cuarto bloque se registró información del perfil laboratorial en el año del diagnóstico, consto de 7 ítems (13 – 19) los cuales fueron: Colesterol, bilirrubinas, glucosa plasmática, proteínas, hemoglobina, hematocrito, TSH, T4libre, vitamina B12, ácido fólico, plomo y anti-HIV.

Confiabilidad del instrumento

Se aplicó una prueba piloto la cual consistió en la revisión de 10 historias clínicas de pacientes con Alzheimer tomando en cuenta los criterios de la DSM IV para el diagnóstico de Alzheimer con lo cual se obtuvo la confiabilidad del instrumento.

Procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos de la revisión de las historias clínicas de nuestra población fueron ingresados a una base de datos utilizando el software Microsoft Excel en su versión 2013, para el procesamiento de la información se usó el programa STATA versión 15 con este programa se realizó el análisis y la interpretación de los resultados de los diferentes aspectos de investigación. Se realizó el análisis de las variables utilizando tablas de frecuencia y medidas de tendencia central para variables nominales; y para variables numéricas se utilizó mediana y rangos intercuartílicos.

Aspectos éticos

El presente trabajo de investigación fue evaluado y aceptado por las autoridades del comité de ética del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, además de ello se contó con una ficha de recolección de datos que no incluye nombres ni datos personales de los pacientes, y está realizada en base de principios bioéticos garantizando la confidencialidad y un mínimo riesgo de filtración de los datos recolectados.

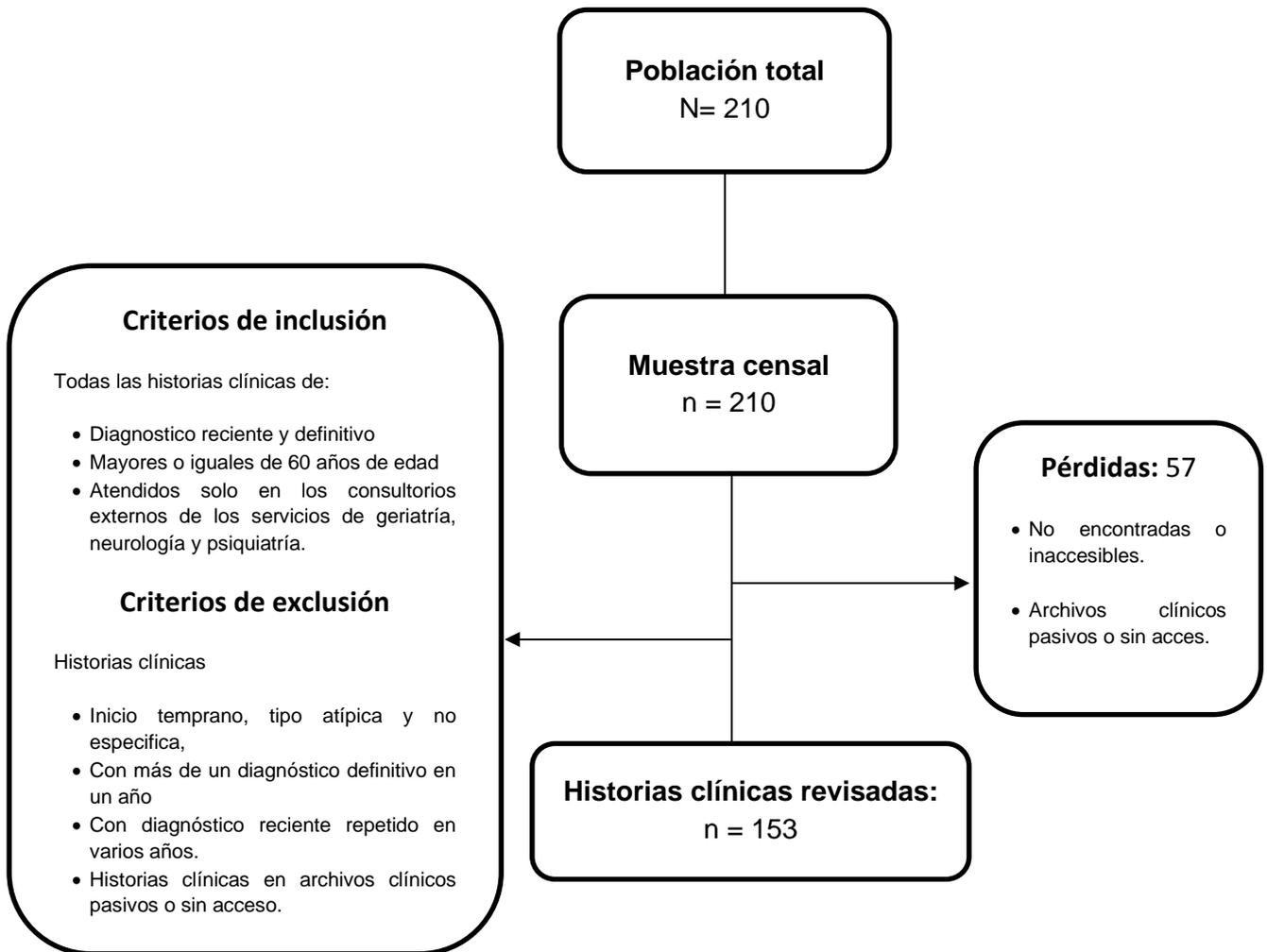


Figura 1. Flujograma de pacientes con demencia tipo Alzheimer con diagnóstico tomado del servicio de epidemiología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2014 - 2018.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Características epidemiológicas de pacientes con demencia tipo Alzheimer atendidos en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2014-2018.

Características	n	%
Edad	(mediana) 83	rango intercuartílico (78-88)
Sexo		
Masculino	69	45,1
Femenino	84	54,9
Estado civil		
Soltero	7	4,6
Casado	85	55,6
Viudo	33	21,6
Separado	2	1,3
Procedencia		
Chiclayo	113	73,9
Chepen	12	7,8
Lambayeque	11	7,2
Ferreñafe	7	4,6
Otros	9	5,9

Fuente: Historias clínicas del departamento de archivos y estadística del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo.2014-2018.

Tabla 2. Características clínicas de pacientes con demencia tipo Alzheimer atendidos en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2014-2018.

Características	n	%
Signos y síntomas		
Pérdida de memoria	153	100
Alteración cognitiva	147	96,1
Dificultades de orientación	132	86,3
Deterioro de la musculatura y movilidad	121	79,1
Alteración en la conducta	109	71,2
Alteración en el sueño	107	69,9
Alteración en el estado de ánimo	89	58,2
Problemas del lenguaje	62	40,5
Comorbilidades		
Hipertensión Arterial	89	58,8
Glaucoma	20	13,1
Enfermedad Tiroidea	14	9,2
Dislipidemia	12	7,8
Fracturas	10	6,5
VIH	4	2,6
Tuberculosis	2	1,3
Índice de Charlson		
Comorbilidad Ausente	81	52,9
Comorbilidad Baja	51	33,3
Comorbilidad Alta	21	13,7
Evaluación Mental Cognitivo		
Test de Pfeiffer	13	8,5
Síndromes geriátricos en el año del diagnóstico		
Inestabilidad y caídas	132	86,3
Incontinencia urinaria	24	15,7
Inmovilidad	13	8,5
Diagnóstico de Depresión	31	20,3
Diagnóstico de depresión antes del diagnóstico de Alzheimer	13	8,5

Fuente: Historias clínicas del departamento de archivos y estadística del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo.2014-2018.

Tabla3. Características laboratoriales de pacientes con demencia tipo Alzheimer atendidos en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2014-2018.

Características	Valores normales	Mediana	Rangos Intercuartílicos (25-75)
Colesterol total (n=30)	0-200mg/dl	196,0	145,0-219,0
HDL (n=25)	45-65 mg/dl	51,0	42,0-63,0
LDL (n=23)	0-100md/dl	108,7	83,0-131,2
Bilirrubina total (n=40)	0,10-1,00mg/dl	0,5	0,4-0,9
Bilirrubina Directa (n=39)	0,1-0,30mg/dl	0,2	0,1-0,4
Bilirrubina Indirecta (n=38)	0,01-0,75mg/dl	0,3	0,2-0,6
Glucosa Plasmática (n=81)	83-110mg/dl	96,0	88,0-109,0
Proteínas Totales (n=40)	64-83mg/dl	66,5	49,4-73,9
Albúmina (n=32)	35-52mg/dl	35,9	22,4-42,0
Hemoglobina (n=77)	11,00-16,00g/dl	12,6	11,2-13,6
Hematocrito (n=75)	37,0-54,0%	37,7	33,5-41,0
TSH (n=59)	0,4-4,0ul/ml	3,5	1,8-5,7
T4 libre (n=60)	0,8-1,9NG/DL	1,1	0,9-1,3
Vitamina B12 (n=43)	197-866pg/mL	479,8	326,8-687,7
Ácido Fólico (n=37)	2,0-9,1ng/mL	10,8	8,3-14,9

Fuente: Historias clínicas del departamento de archivos y estadística del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. Chiclayo.2014-2018.

IV. DISCUSIÓN

En este trabajo de investigación se encontró que el sexo femenino fue el más frecuente con un porcentaje de 54,9 %(84) y Quizhpi M. A., et al. refiere que el sexo predominante fue el sexo femenino con 57,14 % (10) ; asimismo Herrera Pérez E. refiere que el sexo femenino fue más frecuente con un 80%, donde menciona que esta posibilidad es de considerar, dado que en nuestro país la esperanza de vida es de 75,8 años para la población del sexo femenino, nítidamente más elevada que la correspondiente a los hombres, quienes solamente tienen una esperanza de 70,4 años (11). Por lo tanto, del párrafo citado, se puede concluir que la esperanza de vida es mayor en las mujeres debido a esto la prevalencia de EA es más frecuente en el sexo femenino.

Con respecto a la edad se obtuvo en este estudio que la mediana de la edad fue 83 años y Quizhpi M. A., et al. Obtuvieron como resultados que la edad de corte de los pacientes fue por encima de los 60 años, la media aritmética de la edad fue de 83,93 + 8,47 (10) siendo este resultado concordante con los resultados del estudio de Herrera Pérez E. donde la edad media fue de 80,5 mencionando así que la edad avanzada fue el dato que mejor correlacionó con el diagnóstico de EA, presentándose casi universalmente en los casos estudios, asociación plenamente compatible con lo reportado en la literatura internacional (11).

Por otra parte, en cuanto a la variable estado civil más frecuente de los pacientes con EA el autor Herrera Pérez E. refiere que el estado civil casado fue el más frecuente con un 35% (11), este resultado concuerda con este estudio donde el estado civil casado fue el más frecuente con 55,6 %.

En este estudio las características clínica más prevalente es pérdida de la memoria con el 100% de los casos corroborando con el El National Institute of Mental Health (NIMH) de Estados Unidos que propuso criterios diagnósticos para el deterioro de memoria asociado a la edad : 1) edad mayor de 50 años; 2) existencia de quejas subjetivas de pérdida de

memoria, descrita como gradual, sin empeoramiento brusco ni ocurrida en meses recientes, reflejadas en la vida cotidiana como dificultad para recordar nombres de personas conocidas (13).

En cuanto al índice de Charson se obtuvo un 52,9% de comorbilidad ausente y que la Hipertensión arterial fue la comorbilidad más frecuente con 58,8% así mismo Formiga F. et al, refiere que la media del índice de Charlson fue de 2,1, en relación a las comorbilidades se describió que el 51% de los casos presentó hipertensión arterial (14) concordando con el estudio de Herrera Pérez E. donde menciona que la comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial con 55,6% y el estudio de Gómez Ayala A, donde refiere importantes resultados tales como la importancia y frecuencia de la enfermedad cerebro vascular y la angiopatía en la expresión clínica de la demencia (15).

Dentro de los síndromes geriátricos se obtuvo como resultado que de los 153 pacientes solo 31 pacientes tuvieron diagnóstico de depresión y de éstos solo 13 pacientes fueron diagnosticados antes de la enfermedad de Alzheimer. Esto es probable; a que el diagnóstico de depresión antes o en la enfermedad de Alzheimer es complejo debido a que son enfermedades que pueden aparecer de manera independiente o simultáneamente con la demencia, esto concuerda con un estudio de la Academia Nacional de Medicina de México (ANMM) donde refiere que clínicamente se puede encontrar depresión en la demencia, pseudodemencia inducida por depresión y depresión que evoluciona hacia una demencia (16).

Es necesario acotar que en este estudio se observó que en ninguna historia clínica se registró resultados de prueba de VIH y de tamizajes de plomo siendo la intoxicación por plomo y el VIH factores de riesgo para la enfermedad de Alzheimer, ya que según en el estudio de la autora Tostado Martín E. menciona que la memoria es afectada, con mayor predominio, en grupos de la población adulta que sobrepasan la mediana edad y han sufrido una exposición crónica a este metal pesado. Además manifiesta que la memoria reciente y remota se encuentra mermada, así como la memoria

visual, en la que se observa una dificultad para el recuerdo de figuras complejas. Según varios estudios este daño en la memoria persiste años después del momento de la exposición. (17) y con respecto al VIH los autores Nilton Custodio, et al. mencionan que la demencia asociada a infección por VIH-1 es ocasionalmente una enfermedad que define sida, ésta usualmente se desarrolla tardíamente, en pacientes con inmunosupresión severa, cuando el recuento de linfocitos CD4 es menor de 200 pmmc. Debido a la asociación encontrada entre nivel de educación bajo y demencia de tipo Alzheimer, se viene otorgando especial atención a la probable asociación entre este factor de riesgo y el trastorno cognitivo en pacientes con infección VIH-1 (18).

Cabe recalcar que el perfil laboratorial de este estudio presenta una limitación en tanto que los datos obtenidos no representan el total de la muestra debido a que algunas historias clínicas no contaban con los datos requeridos.

Otras de las limitaciones de nuestro estudio fue la falta de accesibilidad por cualquiera de las razones a las historias clínicas, historias clínicas mal llenadas o con falta de datos e historias clínicas extraviadas.

V. CONCLUSIONES

El perfil epidemiológico de los pacientes con demencia tipo Alzheimer es el de una mujer de edad avanzada, casada y procedente de la provincia de Chiclayo.

Las características clínicas más prevalentes de los pacientes con Alzheimer fueron pérdida de la memoria, alteración cognitiva y dificultad de orientación.

El estado mental cognitivo de los pacientes con demencia tipo Alzheimer es alterado por la pérdida de la memoria.

La comorbilidad más frecuente de los pacientes con demencia tipo Alzheimer es la hipertensión arterial.

Menos de la tercera parte de los pacientes con Alzheimer tuvieron diagnóstico de depresión y de estos más del 90% se diagnosticó después del diagnóstico de la demencia.

El síndrome geriátrico más frecuentes al año del diagnóstico de los pacientes con Alzheimer es inestabilidad y caídas.

Los valores de TSH, T4 libre y vitamina B12 normales predominó en los pacientes con Alzheimer y los valores de LDL es ligeramente elevado.

Los estudios de laboratorio más solicitados por el personal médico fueron: glucosa plasmática, hemoglobina, proteínas totales, TSH, T4 libre, vitamina B12 y ácido fólico.

VI. RECOMENDACIONES

En las características clínicas tener en cuenta la presencia de comorbilidades en todo paciente con enfermedad de Alzheimer, en particular la hipertensión arterial, por tal motivo se recomienda un control adecuado de la presión arterial de estos pacientes y además evaluar su posible impacto en la evolución clínica.

Se sugiere que en la escala de la evaluación cognitivo el médico de atención primaria, realice de manera rutinaria test de Pfeiffer a pacientes con sospecha de enfermedad de Alzheimer para que posteriormente sean derivados al especialista (Geriatría y/o Neurología) a fin de que tengan un diagnóstico y manejo adecuado.

Se sugiere a todo paciente diagnosticado con demencia tipo Alzheimer que sean derivados oportunamente al Psiquiatra para que se haga un diagnóstico apropiado de depresión y descartar una pseudodemencia asociado a la depresión ; y en caso el paciente presentase depresión sea tratado apropiadamente.

Incitar y empezar por un cuidado integral de las personas mayores con enfermedad de Alzheimer por parte del personal médico y cuidadores del hogar, tomando en consideración su condición de población vulnerable y frágil, para prevenir caídas e inestabilidad.

En las características laboratoriales se recomienda solicitar exámenes de rutina además de VIH; asimismo estos pacientes con enfermedad de Alzheimer tienen múltiples patologías crónicas que necesitan un manejo y seguimiento multidisciplinario.

VII. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. World Health Organization Alzheimer's disease International. Dementia: a public health priority. Geneva WHO; 2012. 102 p. [citado 2019 Nov 18] Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98377/9789275318256_spa.pdf;jsessionid=032215C2D1BC366236BB116E1C949239?sequence=1
2. Donoso A. La enfermedad de Alzheimer. Rev. chil. Neuro psiquiatra. 2003 Nov [citado 2019 Nov 18]; 41(2):13-22. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071792272003041200003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272003041200003>.
3. Custodio N, Montesinos R. Conociendo la enfermedad que llego para quedarse. 1st ed. Lima, Perú. 2015 [citado 2019 Nov 26]. Disponible en: https://www.alzheimeruniversal.eu/2015/09/27/conociendo-la-enfermedad-llego-quedarse-libro-alzheimer-gratis/?fbclid=IwAR0jL_On5sY37wqLC8p49zfRD226wfLImXYes6lopCErElfgVUT1U0073ME
4. Fidel M, Nissen M, Del Huerto Paredes N, Parquet D. Enfermedad de Alzheimer. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 175 – Nov 2007.[citado 2019 Nov 25] Disponible en: https://www.academia.edu/11806378/ENFERMEDAD_DE_ALZHEIMER
5. Sánchez CR, Nariño D, Cerón JFM. Epidemiology and Burden of Alzheimer Disease. Acta Neurol Colomb 2010; 26:Sup (3:1): 87-94 [Citado 2019 Nov 18] Disponible en: https://acnweb.org/acta/acta_2010_26_Supl3_1_87-94.pdf?fbclid=IwAR3UgQfainbvbHEip_0PQWBuwG77lhXsGCWYC1dsYoTcirW0_kyv8oWszqk

6. Llibre J, Gutiérrez RF. Demencias y enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Caribe. Rev Cubana Salud Pública. 2014 Sep [citado 2019 Nov 18]; 40(3):378-387. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000300008&lng=es.
7. Ocaña CM, Montoya A, Bolaño GA. Perfil clínico neuropsicológico del deterioro cognitivo subtipo posible Alzheimer. MEDISAN [revista en Internet]. 2019 [citado 2019 Nov 18];23(5): [aprox. -891 p.]. Disponible en: <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/2719>
8. Custodio N, Lira D, Montesinos R, Bendezú, L, Cortijo, P. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Alzheimer en países en vías de desarrollo: Aproximación a nuestra realidad. Interciencia [revista en internet]. 2010. [citado 2019 Nov 16] ; 1(1): 11-21.Disponible en: https://www.clinicainternacional.com.pe/pdf/revista-interciencia/1/Articulo_de_revision.pdf?fbclid=IwAR2ThljvwRTJ-z7wBW2Si4TkW3PRrxS4hyT3b3khFTw9xiK1ze5_cq5BMQw
9. Brookmeyer R, Abdalla N, Kawas CH, Corrada MM. Forecasting the prevalence of preclinical and clinical Alzheimer's disease in the United States. Alzheimer's & Dementia. 2018 [citado 2019 Nov 29]; 14(2):121-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S155252601733813X> <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2017.10.009>
10. Morocho D, Quizhpi M, Jiménez G, Tigre G, Vera R. Prevalencia de Demencia en pacientes adultos mayores atendidos en el área de clínica del Hospital Vicente Coral Moscoso. [Tesis] Ecuador: Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina 2013 [Internet] [citado 2018 Nov 26] Disponible en: <https://docplayer.es/18048318-Universidad-de-cuenca-facultad-de-ciencias-medicas-escuela-de-medicina.html>

11. Herrera PEG, Perfil clínico epidemiológico de la enfermedad de Alzheimer en el servicio de neurología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. [Tesis]. Perú: Universidad San Marcos. Facultad de Medicina Humana, 2011[Internet] [citado 2018 Nov 26] Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/455>
12. Prince M, Wimo A, Guerchet M, et al. World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia An Analysis of prevalence, Incidence, cost And Trends. London, UK : Alzheimer's Disease International, 2015 [citado 2019 Nov 18]: 10-27. Disponible en: <https://www.alz.co.uk/research/worldalzheimerreport2015summary.pdf?fbclid=IwAR24I4h2a5D1Z10k4fsI7p9loOXg3Z1L8qa2Oc81zyFxNlxRnKZnZXklJ1M>.
13. Custodio N, Montesinos R, Alarcon J. Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. Rev Neuropsiquiátrica, 2018 .[citado en 2019 Nov 18]; 81(4):235-250 Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v81n4/a04v81n4.pdf><http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v81n4/a04v81n4.pdf>
14. Formiga F, Fort I, Robles M, Barranco E, Espinosa M, Riu S. Aspectos de comorbilidad en pacientes ancianos con demencia. Diferencias por edad y género | Revista Clínica Española [Internet] [citado 8 de mayo de 2019]; 207(10). Disponible en: <https://bit.ly/2xOBvzX>
15. Ayala G. Factores de riesgo en la enfermedad de Alzheimer [Internet]. [citado 27 de octubre 2019] 21(2): 62-7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-13099514>.
16. Academia Nacional de Medicina de México .La Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, como problema nacional de salud. México:

intersistemas, S.A. de C.V, 2017.[citado 2019 Nov 18] Disponible en:
<http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/noticias/alzheimer-problema-nacional-salud.html>

17. Tostado E. Neurotoxicidad de los metales pesados: plomo, mercurio y aluminio. septiembre 2014. [citado 2019 Nov 18] Disponible en:
uvadoc.uva.es/bitstream/10324/7188/1/TFM-M149.pdf

18. Custodio N, Escobar J, Altamirano J. Demencia asociada a infección por virus de inmunodeficiencia humana tipo. An Fac med. 5 de marzo de 2013; [citado 2019 Nov 10] 67(3):243. Disponible en:
<https://studylib.es/doc/8049338/demencia-asociada-a-infecci%C3%B3n-por-virus-de-inmunodeficiencia>

ANEXOS

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Perfil clínico epidemiológico y laboratorio de la demencia tipo alzheimer en un hospital del seguro social de Chiclayo 2014-2018

1. Año de atención del paciente: _____

2. N° de ficha: _____

Datos del paciente:

3. Número de historia clínica:

Características epidemiológicas:

4. Edad en el año del Dx: _____

5. Sexo:

a) Masculino

b) Femenino

6. Estado civil:

a) Casado

b) Soltero

c) Divorciado

d) Viudo

e) No registraron

7. Procedencia:

a) Provincia: _____

Características clínicas

8. Signos y síntomas

a) Pérdida de la memoria	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
b) Alteración del estado de ánimo	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
c) Alteración de la conducta	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
d) Alteración del sueño	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
e) Alteración cognitiva	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
f) Problemas de lenguaje	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
g) Deterioro de la musculatura y movilidad	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
h) Dificultades de orientación	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

9. Comorbilidades

- | | | | | |
|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| a) Hipertensión Arterial | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| b) Dislipidemias | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| c) Tuberculosis | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| d) Fracturas | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| e) Glaucoma | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| f) VIH | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| g) Enfermedad tiroidea | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |

10. Índice de Charlson (versión abreviada)

- a) Comorbilidad ausente b) Comorbilidad baja c) Comorbilidad alta

11. Evaluación mental cognitiva:

12.1. Cognitivo Pfeiffer test:

- a) Se realizó: Sí No
- b) Valor:

12. Síndromes geriátricos en el año del diagnóstico:

- | | | | | |
|---|----|--------------------------|----|--------------------------|
| a) Inmovilidad | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| b) Inestabilidad – caídas | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| c) Deterioro cognitivo | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| d) Incontinencia urinaria | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| e) Diagnóstico de depresión | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| f) Diagnóstico de depresión antes del diagnóstico Alzheimer | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |

Perfil laboratorial (en el año del diagnóstico)

13. Colesterol:	
a) Colesterol Total:	mg/dl
b) HDL:	mg/dl
c) LDL:	mg/dl
14. Bilirrubinas:	
a) Bilirrubina total:	mg/dl
b) Bilirrubina directa:	mg/dl
c) Bilirrubina indirecta:	mg/dl
15. Glucemia:	
a) Glucosa plasmática:	mg/dl
16. Proteínas:	
a) Proteínas totales:	g/dl
b) Albumina:	g/dl
c) Globulina:	g/dl
17. Serie roja:	
a) Hemoglobina:	g/dl
b) Hematocrito:	%
18. Perfil tiroideo:	
a) TSH:	uUI/ml
b) T4 libre:	ng/dl
19. Bioquímica:	
a) Vitamina B12:	pg/ml
b) Ácido fólico:	ng/ml
c) Plomo	ug/dl
d) Anti-HIV	