

Actualización en el manejo de las demencias en atención primaria

Manuel Martín Carrasco

Clínica Psiquiátrica Padre Menni. Pamplona. España.

Con el nombre de demencia se denomina un síndrome complejo de naturaleza orgánica, adquirido, caracterizado por la presencia de un deterioro permanente de la memoria y otras funciones intelectuales, frecuentemente acompañado de otras manifestaciones psicopatológicas y alteraciones del comportamiento, que ocurre sin afectación del nivel de conciencia ni depresión, y afecta al funcionamiento laboral y/o social del sujeto. La demencia es un síndrome clínico de etiología múltiple, por lo general de curso crónico y progresivo, pero no necesariamente irreversible¹.

Con el nombre de demencia se denomina un síndrome complejo de naturaleza orgánica, adquirido, caracterizado por la presencia de un deterioro permanente de la memoria y otras funciones intelectuales, frecuentemente acompañado de otras manifestaciones psicopatológicas y alteraciones del comportamiento, que ocurre sin afectación del nivel de conciencia ni depresión, y afecta al funcionamiento laboral y/o social del sujeto. La demencia es un síndrome clínico de etiología múltiple, por lo general de curso crónico y progresivo, pero no necesariamente irreversible¹.

El principal factor de riesgo para las formas más comunes de demencia, como la enfermedad de Alzheimer, es el envejecimiento. La demencia bien establecida afecta al 8% de las personas de edad igual o superior a 65 años. Para una población estimada en España de 7.576.309 de personas es este grupo de edad², podemos establecer una cifra de sujetos afectados que sobrepasa holgadamente el medio millón. Esta cifra puede doblarse si consideramos también las formas leves de síndrome demencial. Hasta el 75% de las personas mayores que residen en una institución padecen alguna forma de deterioro cognitivo clínicamente significativo, un síndrome demencial en la mayoría de los casos³. La tasa de conversión de pacientes con demencia leve o deterioro cognitivo significativo a casos confirmados de demencia se sitúa en el 10-12% anual. Las enfermedades que cursan con demencia imponen una sobrecarga intensa sobre los pacientes y sus cuidadores, lo que las transforma en uno de los problemas sociosanitarios más acuciantes en nuestro país.

Las entidades que pueden dar lugar a una demencia son muy numerosas. Suelen considerarse 3 grandes grupos etiológicos: demencias degenerativas primarias (p. ej., enfermedad de Alzheimer); demencias secundarias (p. ej., demencia vascular) y demencias combinadas o de múltiple etiología (p. ej., demencia mixta o demencia tipo Alzheimer con enfermedad cerebrovascular asociada). La forma de demencia más común es la enfermedad de Alzheimer (60%), seguida de la demencia vascular (15-20%) y la demencia asociada a la enfermedad de Parkinson (10-15%). Estas formas más frecuentes de demencia son irreversibles, pero hay que tener en cuenta que un 5-10% de las demencias son potencialmente reversibles, y entre ellas hay que destacar las asociadas al empleo de fármacos. El resto de las etiologías son infrecuentes y por lo tanto irrelevantes desde la práctica en atención primaria⁴.

Siguiendo el esquema propuesto por el Consenso Canadiense de Demencias, se exponen a continuación las situaciones clínicas características que suelen presentarse en atención primaria, junto con una pauta de actuación basada en los conocimientos actuales⁵.



Desgarrador retrato del Alzheimer

La actriz Judi Dench reflejó la progresiva degeneración provocada por la enfermedad en *Iris* (2001), drama de Richard Eyre sobre la vida de la escritora irlandesa Iris Murdoch.

Demencia en fase inicial

Caso clínico 1

Una mujer de 75 años viuda, que vive sola, acude a consulta traída por su hija. Según ésta, en los últimos 2 años sus despistes están siendo cada vez más importantes. Ante la indiferencia de la paciente, que encuentra explicaciones para todo, su hija comenta que cada vez está más repetitiva, y que a veces la llama varias veces al día para preguntarle lo mismo. En contraste con su funcionamiento habitual, la casa está cada vez peor cuidada: está desordenada, la comida se estropea en el frigorífico, las comidas que prepara son cada vez más sencillas, e incluso para éstas tiene que consultar la receta. Su higiene personal también está descuidada, y se olvida de pagar algunas facturas, mientras que aparecen gastos repetidos o injustificados.

¿Cuál sería su actuación? ¿Qué pruebas deben solicitarse? ¿Es necesaria una prueba de neuroimagen? ¿Qué indicaciones terapéuticas efectuaría?

Actuación

Este cuadro clínico sugiere la presencia de una demencia, y el hecho de que la iniciativa de la consulta provenga de un familiar hace que debamos considerarlo muy seriamente. La demencia es

una entidad infradiagnosticada en todos los entornos clínicos, incluyendo la atención primaria. Hasta el 50% de los pacientes con demencia atendidos en atención primaria puede carecer de un diagnóstico correcto⁶. Aunque no existen datos suficientes para recomendar la detección sistemática de demencia en todos los pacientes ancianos asintomáticos, es aconsejable indagar sobre la presencia de alteraciones cognitivas ante la menor sospecha, especialmente en sujetos de edad avanzada.

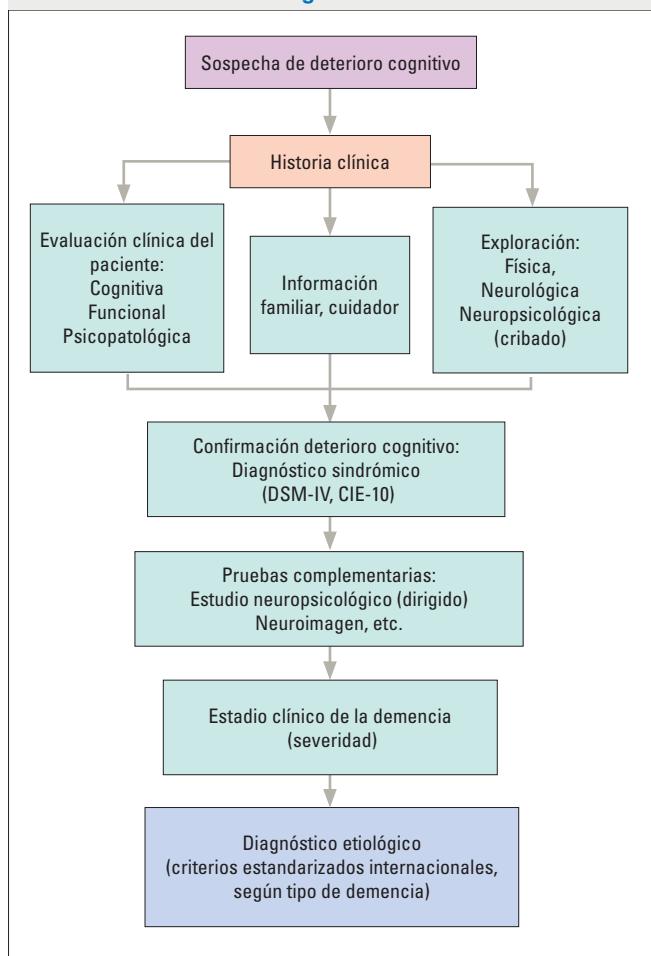
Los datos que sugieren la presencia de un síndrome de demencia son las quejas de memoria, las dificultades en las actividades de la vida diaria, los cambios en la personalidad o la aparición de síntomas psiquiátricos o trastornos del comportamiento. Hay que tener en cuenta que las quejas subjetivas de pérdida de memoria son un indicador menos fiable que el deterioro funcional, especialmente si éste es corroborado por un familiar u otro observador cercano al paciente. El proceso diagnóstico del síndrome demencial debe seguir los siguientes pasos: *a)* establecer la presencia de deterioro cognitivo; *b)* caracterizar este deterioro cognitivo como demencia (diagnóstico sindrómico); *c)* valorar el grado de repercusión funcional, familiar y social que representa (grado de intensidad), y *d)* identificar el tipo de demencia (diagnóstico etiológico) (fig. 1).

A la hora de establecer la presencia de deterioro es recomendable la realización de una prueba de funcionamiento cognitivo, ya que incluso si el resultado es negativo, puede resultar de gran utilidad para constatar la presencia de un déficit progresivo, con una utilidad similar a la que puede tener un electrocardiograma basal a la hora de valorar un dolor torácico. Además del divulgado Mini Examen Cognitivo⁷, el Montreal Cognitive Assessment⁸ y el General Practitioner Assessment of Cognition⁹ —diseñado específicamente para su utilización en atención primaria— son pruebas breves que poseen mejores propiedades que el MEC a la hora de diferenciar entre sujetos normales y personas con demencia. El MEC tiene las ventajas de ser ampliamente; sin embargo, debemos recordar su tendencia a ser menos sensible en pacientes con menor edad y mejor nivel educativo.

Una vez detectada la presencia de deterioro cognitivo, hay que establecer si tiene las características necesarias para considerarlo un síndrome demencial. Para ello conviene tener en cuenta si se cumplen los criterios diagnósticos de demencia. Los más empleados en la actualidad son los de la décima edición de la *Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)*¹⁰ y el texto revisado de la cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*¹¹. No hay diferencias importantes en el concepto de demencia que se recoge en ambos. En la tabla I se exponen los criterios del DSM-IV-TR, los más utilizados en este momento. Las entidades más importantes con la que hay que establecer un diagnóstico diferencial son: envejecimiento normal, depresión, delirium, consumo de sustancias o fármacos que causen deterioro cognitivo, y, en menor medida, retraso mental, esquizofrenia y trastornos neurológicos focales (p. ej., trastorno amnésico).

El deterioro cognitivo debe ser comprobado a través de la exploración neuropsicológica, y corroborado por un informador fiable. Las áreas más importantes que se deben valorar son: memoria reciente y tardía, praxis, introspección y juicio, pensamiento abstracto y atención. La repercusión funcional, social o laboral, debe valorarse teniendo en cuenta el contexto sociocultural del sujeto. Dado que el diagnóstico de demencia supone un deterioro intelectual y funcional con respecto a un nivel previo, es necesario valorar el estado clínico desde una

Figura 1. Proceso diagnóstico ante la sospecha de deterioro cognitivo.



perspectiva biográfica. Asimismo, debe realizarse una exploración neurológica minuciosa.

Las dificultades para establecer un diagnóstico diferencial entre la demencia y el envejecimiento normal, y la necesidad de establecer un diagnóstico precoz de síndrome demencial han dado lugar a que se establezcan, de manera un tanto artificiosa, diferentes entidades asociadas a déficit de memoria, y cuya utilidad clínica no está establecida con solidez. Actualmente, la entidad más estudiada es el denominado deterioro cognitivo leve¹², que incluye a sujetos con las siguientes características: *a)* queja de pérdida de memoria; *b)* actividades de la vida diaria normales; *c)* función cognitiva general normal; *d)* trastorno de memoria superior al normal para su edad, y *e)* no demencia. Este grupo de pacientes puede diferenciarse tanto de la población normal como con la de demencia incipiente, ya que, aunque su tasa de evolución hacia demencia es superior a la de la población general (15 frente a 2%), algunos individuos no desarrollan un síndrome de demencia. En el momento actual, la apreciación de este tipo de cuadro no implica la aplicación de un tratamiento preventivo.

Siempre que se sospeche un diagnóstico de demencia deberá realizarse una batería de pruebas básicas de laboratorio, que debe incluir al menos una hematemetría completa, y valores séricos de glucosa, electrolitos, calcio y glucosa, así como niveles de hormona tiroestimulante. El diagnóstico de demencia es fundamentalmente clínico, basado en la historia clínica y en la exploración, pero estas pruebas contribuyen a identificar factores que producen o agravan cuadros de deterioro cognitivo y son potencialmente reversibles. Las pruebas de neuroimagen están indicadas únicamente si existen indicios de que el síndrome de demencia no es debido a enfermedad de Alzheimer, la causa más común de demencia. La tabla II recoge los criterios más comúnmente aceptados para la realización de una tomografía computarizada o de una resonancia magnética craneales. En el caso que nos ocupa, los datos clínicos sugieren la presencia de enfermedad de Alzheimer, por lo que no sería necesaria la realización de una prueba de neuroimagen. La presencia de otros síntomas puede indicar la realización de pruebas adicionales. Por ejemplo, si aparece palidez, glositis o neuropatía está indicada la determinación sérica de ácido fólico y vitamina B₁₂. La presencia temprana de alucinaciones, delirios y parkinsonismo induce a pensar en una demencia por cuerpos de Lewy, mientras que la de incontinencia urinaria y apraxia de la marcha permiten pensar en una hidrocefalia normotensiva. Finalmente, la aparición precoz de alteraciones del lenguaje y del comportamiento (p. ej., de conductas desinhibidas o de agresividad) hace sospechar una demencia frontotemporal.

El tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y el resto de demencias es complejo, por una serie de hechos: *a)* abarca tanto al paciente como a sus cuidadores; *b)* el síndrome clínico es múltiple y variable, por lo que las estrategias de tratamiento deben ir variando al unísono; *c)* el paciente es atendido simultáneamente por varios profesionales y/o especialidades, con el riesgo consiguiente de conflictos; *d)* se trata generalmente de pacientes ancianos, con frecuente pluripatología y plurimedición, y *e)* a lo largo de la evolución pueden sucederse diversos entornos clínicos y asistenciales: atención primaria, unidades de hospitalización, centros de día y centros residenciales. En cualquier caso, hay un alto grado de consenso hacia el hecho de que el manejo terapéutico de las demencias se realiza primordialmente en atención primaria, el resto de servicios especializados debe considerarse complementario^{1,13}.

Tabla I. Criterios de diagnóstico de demencia del DSM-IV-TR (Resumidos)

- A. Desarrollo de déficit cognitivos múltiples que se manifiestan por:
- (1) Alteración de la memoria (alteración de la capacidad de aprender nueva información o de recordar información previamente aprendida)
 - (2) Una o más de las siguientes alteraciones cognitivas:
 - (a) Afasia (alteración del lenguaje)
 - (b) Apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta)
 - (c) Agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos, a pesar de que la función sensorial está intacta)
 - (d) Funciones ejecutivas (p. ej., planificación, organización, secuenciación y abstracción)
- B. Los déficit cognitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social y representan una merma importante del nivel previo de actividad
- C. Los déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium

Tabla II. Indicaciones para la realización de una prueba de neuroimagen craneal en un paciente con demencia

- Edad < 60 años
- Deterioro cognitivo y/o funcional rápido (p. ej., 1-2 meses)
- Demencia de corta evolución (< 2 años)
- Traumatismo craneal reciente y significativo
- Historia previa de cáncer, especialmente de un tipo o una localización asociada con metástasis cerebrales
- Uso de anticoagulantes o historia de trastornos de la coagulación
- Historia precoz de incontinencia urinaria y alteración de la marcha en el curso de la demencia (como ocurre en la hidrocefalia normotensiva)
- Síntomas neurológicos no explicados, como trastornos motores, epilepsia o cefalea intensa
- Presencia de signos recientes que denoten afectación cerebral localizada (p. ej., hemiparesia, reflejo de Babinski)
- Presentación clínica inusual o con síntomas cognitivos o neuropsiquiátricos atípicos (p. ej., afasia progresiva, alteraciones graves del comportamiento al inicio de la enfermedad)
- Alteración de la marcha

Las fases que atraviesa el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer son las siguientes:

- Establecer una alianza terapéutica con el paciente y su familia, incluyendo la comunicación razonada del diagnóstico.
- Realizar un estudio diagnóstico completo e implementar los cuidados médicos generales que pudieran ser necesarios.
- Establecer las medidas terapéuticas específicas teniendo en cuenta: *a)* el patrón sintomatológico del paciente; *b)* la posible eficacia dentro del conjunto de las áreas afectadas: cognitiva, funcional y conductual, y *c)* la tolerancia y los efectos adversos, incluyendo la interacción con otros tratamientos.
- Valorar y controlar el estado psicopatológico.
- Determinar la frecuencia de las visitas.
- Vigilar la seguridad e intervenir cuando sea necesario. Por ejemplo: suicidio, violencia, entorno seguro, fugas, prevención de caídas, atención y malos tratos.
- Aconsejar al paciente y a su familia respecto a actividades de riesgo. Por ejemplo: conducción, licencia de armas, etc.
- Educar al paciente y a la familia respecto a la enfermedad y los tratamientos posibles.

- Recomendar a la familia posibles ayudas para los cuidados y apoyo, incluyendo las asociaciones de familiares de afectados.
- Orientar a la familia para la toma de medidas en cuestiones económicas y legales, teniendo en cuenta el pronóstico.

Tradicionalmente, el objetivo fundamental en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y el resto de las demencias ha sido mejorar el funcionamiento cognitivo. Sin embargo, con el paso del tiempo se ha ido generando una evidencia cada vez mayor de que era necesario añadir otros aspectos a la hora de evaluar la respuesta al tratamiento. Entre estas áreas de respuesta terapéutica podemos citar la capacidad funcional, los trastornos psiquiátricos y del comportamiento, la sobrecarga del cuidador, la calidad de vida y la utilización de recursos. La mejora o la estabilización en cada una de estas áreas pueden representar un beneficio terapéutico importante, y se están introduciendo cada vez con mayor frecuencia entre los instrumentos de evaluación empleados en los ensayos clínicos. Por otra parte, existe una evi-

dencia cada vez más importante de que las medidas terapéuticas eficaces lo son de una forma global. Ejemplos de ello son la capacidad de los fármacos anticolinesterásicos de mejorar la situación en varias de las áreas mencionadas. La figura 2 recoge una propuesta de árbol de decisiones para el manejo del deterioro cognitivo en atención primaria.

Tratamientos farmacológicos

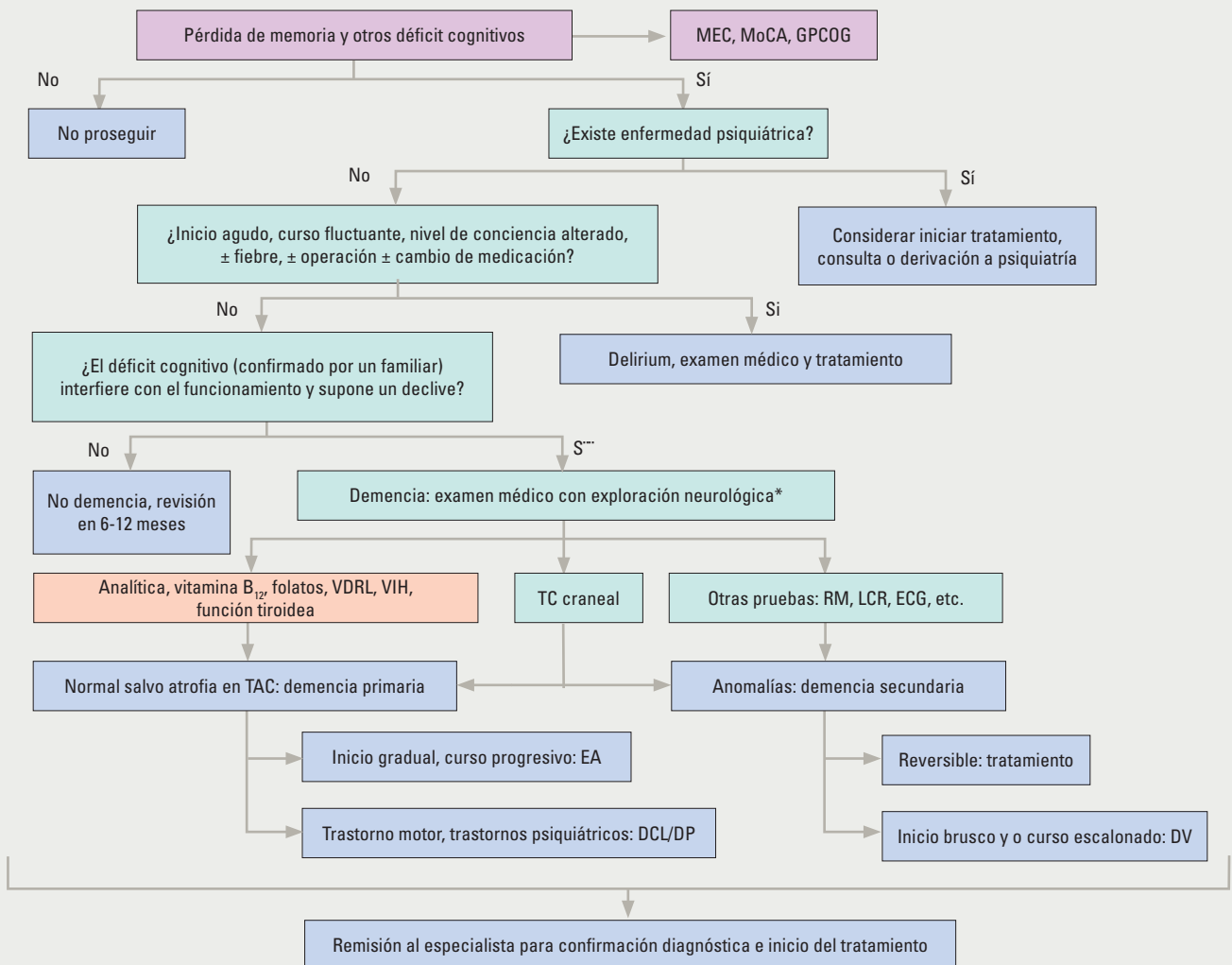
El tratamiento de las demencias ha mejorado notablemente a lo largo de la última década, con la aparición de nuevos agentes farmacológicos, especialmente sustancias destinadas a la mejora global del síndrome de demencia, como los inhibidores de la colinesterasas (IACE) y la memantina.

Inhibidores de la colinesterasa

El mecanismo básico de actuación de estas sustancias es la inhibición de la acetilcolinesterasa, la enzima que degrada la acetilcolina en el espacio intersináptico, consiguiendo así una

Figura 2.

Algoritmo de decisiones ante la presencia de deterioro cognitivo en atención primaria.



*Puede suponer derivación al especialista (psiquiatra, geriatra, neurólogo), según la organización asistencial. EA: enfermedad de Alzheimer; DV: demencia vascular; DCL/DP: demencia con cuerpos de Lewy o en la enfermedad de Parkinson.

potenciación de la transmisión colinérgica¹⁴. Los IACE actualmente disponibles en nuestro país son donepecilo, rivastigmina y galantamina (tabla III). Tanto donepecilo como galantamina se metabolizan a nivel hepático en el citocromo P450 (CYP2D6 y CYP3A4), por lo que interactúan con sustancias que inhiben estas sustancias, como la fluoxetina y paroxetina, aumentando el riesgo de efectos adversos de tipo colinérgico. Rivastigmina no tiene metabolismo hepático, por lo que el riesgo de interacciones es menor. Actualmente tanto donepecilo como galantamina tienen presentaciones que permiten la administración de una única toma al día por vía oral, y rivastigmina está disponible como parche cutáneo, lo que permite también una única administración diaria. En general se trata de fármacos bien tolerados y seguros. Únicamente es necesario ser precavidos en pacientes con historia de broncospasmo, epilepsia, úlcera péptica o bradicardia. Los efectos secundarios son de tipo gastrointestinal, generalmente náuseas o diarrea, aunque puede aparecer anorexia y pérdida de peso, y suelen minimizarse con la administración conjunta de alimentos y un escalado progresivo de la dosis. No se han podido constatar diferencias notables entre las distintas sustancias¹⁵. Se han registrado efectos beneficiosos tanto en los síntomas cognitivos, como en los síntomas psiquiátricos y en la funcionalidad.

En el momento actual su indicación se limita a las fases leve y moderada de la enfermedad de Alzheimer, aunque hay datos de que pueden ser eficaces en fases avanzadas. No puede considerarse que modifiquen el curso de la enfermedad, pero sí que atenúen sus síntomas, y su efecto puede prolongarse hasta 5 años, a tenor de los estudios actuales¹⁶. En general son fármacos bien tolerados, y los efectos adversos se limitan por lo general a molestias gastrointestinales (p. ej., náuseas, vómitos, diarrea), que se manejan bien con un escalado progresivo.

Los IACE también han demostrado eficacia en otras demencias en las que hay un déficit de actividad colinérgica, como es el caso de la rivastigmina en la enfermedad de Parkinson¹⁷ o en la demencia con cuerpos de Lewy¹⁸. También hay estudios favorables con galantamina en la enfermedad de Alzheimer con componente vascular¹⁹ y con donepecilo en demencia vascular²⁰.

Memantina

La memantina es un fármaco antagonista del receptor N-metil-D-aspartato de tipo no competitivo, que presenta una afinidad moderada dependiente del voltaje. Tiene indicación de uso en pacientes con enfermedad de Alzheimer en estadio moderado o avanzado. La base etiopatogénica para su utilización se encuentra en la alteración demostrada de las vías glutamatérgicas en la enfermedad de Alzheimer, que condiciona una entrada excesiva de calcio en la neurona, lo que da lugar a una alteración de la homeostasia que resulta en daño neuronal. Los estudios han demostrado un efecto positivo en los síntomas cognitivos y neuropsiquiátricos. Asimismo, existen datos de que la terapia combinada con IACE puede mejorar los resultados del IACE^{21,22}. Esta sustancia tiene una buena tolerabilidad, y los efectos adversos son muy escasos.

Demencia complicada con delirium

Caso clínico 2

Un paciente varón de 78 años de edad está diagnosticado de enfermedad de Alzheimer; en fase moderada, de 4 años de evolución. Todavía realiza las actividades básicas de la vida diaria —vestirse, alimentarse, higiene personal,

Tabla III. Propiedades farmacológicas de los inhibidores de la colinesterasa			
	Donepecilo	Galantamina	Rivastigmina
Inhibición Colinesterasa	Selectiva	Selectiva	No selectiva
Reversible	Reversible	Seudoirreversible	
Eliminación	Hepática y renal	Hepática	Renal
Vida media plasmática	70 h	5-7 h	1-2 h
Posología diaria	1 vez al acostarse	2 veces con comida ^a	2 veces con comida ^b
Dosis eficaces (mg/día)	10 > 5 > plac.	24-12 > 1-8 = plac.	12-6 > 1-4 = plac.

^aExiste una formulación retardada de galantamina de reciente introducción que permite una única toma al día.
^bLa introducción de la presentación en parche transdérmico posibilitará una administración diaria.

deambulación— con supervisión por parte de su esposa. No ha presentado hasta ahora trastornos neuropsiquiátricos de importancia. De manera brusca, el paciente comienza a empeorar en su estado cognitivo al atardecer y durante la noche, y se muestra extremadamente inquieto, desorientado, agresivo, y con alucinaciones visuales e ideas delirantes de tipo respiratorio. En cambio pasa la mañana con somnolencia, pero cuando se le despierta está mejor orientado que por la tarde. Su esposa está totalmente desbordada. El estado general es bueno. La exploración inicial es anodina, salvo por la presencia de orina turbia y de olor fuerte, y de febrícula.

¿Qué le sugiere este caso? ¿Se trata de un agravamiento brusco de la demencia? ¿Qué pruebas pediría? ¿Qué medidas terapéuticas le parecen más oportunas?

Actuación

La demencia y el delirium* coexisten con frecuencia²³. No es excepcional que un episodio de delirium sea la primera manifestación de un síndrome de demencia. Sin embargo, no podemos realizar un diagnóstico de demencia en presencia de un delirium; aunque exista una fuerte sospecha, hay que esperar a confirmarlo tras la desaparición del cuadro agudo. Se ha estimado que el 13% de los casos de demencia que residen en su domicilio pueden presentar un cuadro de delirium simultáneo²⁴. La diferenciación entre demencia y delirium es un problema clínico muy frecuente, que se plantea especialmente con la modalidad hipoactiva del último. El delirium es un trastorno de carácter agudo o subagudo (días o semanas), caracterizado por la presencia simultánea de trastornos fluctuantes de la conciencia y atención, de la percepción, del pensamiento, de la memoria, de la psicomotricidad, de las emociones y del ciclo sueño-vigilia. Se trata de un síndrome cerebral inespecífico, cuyo rasgo fundamental es el descenso del nivel de conciencia, con una capacidad disminuida para focalizar, mantener o variar la atención. Las causas de delirium pueden ser múltiples, aunque pueden dividirse en 4 grupos fundamentales: a) intoxicaciones; b) enfermedades sistémicas que afectan a la función cerebral (p. ej., trastornos metabólicos, infecciones, fallo sistémico, etc.); c) enfermedades cerebrales primarias (p. ej.,

tumores, traumatismos, accidente cerebrovascular, etc.), y d) abstinencia de sustancias a las que se ha desarrollado una dependencia (p. ej., alcohol, benzodiazepinas, etc.). El delirium supone una complicación grave en el curso de una demencia, ya que condiciona una peor evolución del deterioro cognitivo, aumenta la frecuencia de hospitalizaciones y de ingreso en residencias, y aumenta significativamente la mortalidad.

Tratamiento

El caso que nos ocupa sugiere claramente la presencia de un delirium que complica la demencia. El delirium es la causa más frecuente del empeoramiento brusco en la demencia. Las infecciones de orina son una de las causas más frecuentes de delirium en pacientes con demencia. No obstante, y dado que con frecuencia la etiología del delirium es multifactorial, conviene seguir un protocolo estandarizado e integral, como el recomendado por Kirshner²⁵. El tratamiento del delirium se basa en el establecimiento de medidas de soporte generales, el control de los trastornos del comportamiento y de los síntomas psiquiátricos y, sobre todo, el tratamiento etiológico de la causa subyacente, si es que puede establecerse. Para el control de la agitación y de los síntomas psicóticos se emplean habitualmente fármacos antipsicóticos, especialmente risperidona y haloperidol. Dados los efectos secundarios de estas sustancias (p. ej., síntomas extrapiramidales), a los que los ancianos con demencia pueden ser especialmente sensibles, su utilización debe monitorizarse cuidadosamente y no prolongarse más de lo necesario²⁶.

Demencia con síntomas neuropsiquiátricos y del comportamiento graves

Caso clínico 3

Un paciente de 85 años presenta un síndrome de demencia de 4 años de evolución, y está diagnosticado de demencia mixta (enfermedad de Alzheimer con enfermedad cerebrovascular asociada). Tiene antecedentes de trastornos depresivos desde su juventud. Desde 1 mes antes de acudir a la consulta presenta pérdida de apetito, insomnio, abandono de actividades placenteras, ansiedad y episodios de llanto y vociferación. Ha perdido peso y ha disminuido bruscamente su nivel funcional. Asimismo, aparecen episodios nocturnos de agitación, en los que se muestra extraordinariamente confuso, agresivo, y demandando constantemente volver "a su casa". En estos momentos habla con personas que no están presentes, o se muestra extraordinariamente asustado. El cuadro clínico ha coincidido con un cambio de domicilio, ya que el paciente pasa temporadas alternas con sus dos hijos.

¿Cómo abordaría este caso? ¿Qué tratamientos están disponibles para este tipo de situaciones?

Actuación

Los síntomas neuropsiquiátricos de las demencias no están incluidos en los criterios diagnósticos del síndrome de demencia, aunque son muy frecuentes en las formas más comunes de demencia** y condicionan la gravedad clínica de la enfermedad. Por ejemplo, la sobrecarga del cuidador, la hospitalización del

paciente o el ingreso en centros residenciales viene determinado la mayoría de las veces por la presencia de este tipo de síntomas. Este conjunto de síntomas tiene una etiología diversa, pero con frecuencia se desencadenan ante cambios ambientales u otros factores psicosociales. Para el diagnóstico de este tipo de síntomas pueden ser útiles instrumentos como el Inventario Neuropsiquiátrico²⁷ o la Escala Cornell de Depresión en Demencia²⁸.

Algunos sujetos con demencia presentan comportamientos desinhibidos o despreocupación por las convenciones sociales; por ejemplo, conductas inadecuadas ante extraños, comentarios inapropiados o desinhibición sexual. A veces se producen conductas agresivas, bien aisladas o en el contexto de resistencia o tozudez ante la realización de cuidados (p. ej., en las maniobras de higiene). El estado de ánimo deprimido, con o sin alteraciones neurovegetativas, es bastante frecuente. En ocasiones se acompaña de conductas suicidas, especialmente en sujetos en fases iniciales, que conservan la capacidad cognitiva para elaborar y realizar un plan suicida. La ansiedad es frecuente, dado que la capacidad de control del entorno está disminuida, y en algunos casos adopta la forma de "reacciones catastróficas", o crisis emocionales intensas con agitación que se desencadenan ante factores estresantes relativamente menores, como cambios en la rutina habitual o en el entorno. Pueden aparecer síntomas psicóticos, como delirios y alucinaciones. Los delirios tienen con frecuencia una temática de tipo persecutorio (p. ej., ideas de robo) o de identificaciones erróneas. Las alucinaciones visuales son las más frecuentes. Las alteraciones motoras, como inquietud o deambulación sin sentido, son frecuentes, y con frecuencia aparece un período máximo de agitación —con o sin otros síntomas psiquiátricos— al atardecer o primeras horas de la noche (*sundowning*).

Tratamiento

En el caso que nos ocupa, el primer paso sería descartar la presencia de delirium. Una vez resuelto este punto, es importante profundizar en los posibles desencadenantes de la sintomatología (p. ej., dolor, enfermedades intercurrentes, etc.). Los pacientes con demencia son especialmente sensibles a los cambios en el entorno y en los cuidadores, ya que suelen existir grandes diferencias en el estilo de cuidados entre los miembros de una familia. El cambio de domicilio también favorece la desorientación. Por lo que respecta a las intervenciones terapéuticas, en primer lugar deben valorarse intervenciones no farmacológicas, como la modificación del entorno o el aprendizaje de estrategias de manejo por parte de los cuidadores. En cuanto a los tratamientos farmacológicos, parece posible que exista un cuadro depresivo en este caso, que puede tratarse de manera adecuada con antidepresivos de segunda generación, como inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o mirtazapina. Este fármaco está especialmente indicado en los casos en que haya una pérdida importante de apetito. En cuanto a los cuadros de agitación nocturnos, pueden tratarse con trazodona o fármacos antipsicóticos, comenzando por fármacos con mejor perfil de tolerancia, como la tiaprida, para pasar posteriormente en caso de poca eficacia a sustancias como la risperidona o la quetiapina, esta última muy útil por su buena tolerancia en cuanto a síntomas extrapiramidales. No obstante, hay que recordar que los sujetos ancianos con demencia constituyen una población de riesgo para el uso de antipsicóticos, y que estas sustancias deben emplearse con cautela, intentando limitar al máximo las dosis empleadas y la duración del trata-

miento²⁹. Finalmente, hay que tener en cuenta que el manejo clínico de estos pacientes puede ser muy complejo, por lo que constituye una de las indicaciones claras de remisión al especialista (tabla IV). Es muy posible que aparezca una sobrecarga importante en el cuidador, por lo que pueden ponerse en práctica mecanismos de ayuda institucional (p. ej., centro de día) o estrategias psicoeducativas.

Prevención de la demencia

Caso clínico 4

Una mujer de 55 años solicita consulta porque está preocupada con la situación de su madre, de 80 años, a la que se ha diagnosticado recientemente la enfermedad de Alzheimer. Ella misma ha empezado a notar que se olvida de las cosas con más frecuencia que antes. Tiene antecedentes de tratamiento por ansiedad y depresión. Su situación personal ha cambiado notablemente con la enfermedad de su madre, ya que ahora debe compaginar la atención a su madre con sus responsabilidades familiares y laborales.

¿Cuáles son las posibilidades de que desarrolle la enfermedad? ¿Puede hacerse algo para prevenirla?

Actuación

La enfermedad de Alzheimer comienza típicamente a edad avanzada, por lo general tras los 60 años (90% de los casos), aunque excepcionalmente puede comenzar antes, incluso a los 30 años. Existe un alto grado de acuerdo en que la prevalencia para la población mayor de 65 años se encuentra entre el 6-8%, que se doblan cada 5 años a partir de dicha edad, de manera que más del 30% de la población de edad superior a los 85 años estaría afectada. Los factores de riesgo bien establecidos para la enfermedad de Alzheimer son el envejecimiento y la presencia de antecedentes familiares de la enfermedad o de síndrome de Down. Otros factores más dudosos son el sexo femenino, la presencia de enfermedad cerebrovascular y sus factores de riesgo asociados, los traumatismos craneoencefálicos con pérdida de conciencia, el nivel educativo bajo y los antecedentes de depresión.

Globalmente, los parientes de primer grado de personas con enfermedad de Alzheimer tienen un riesgo aumentado de padecer la enfermedad de 2-4 veces. Para la paciente de este caso, en primer lugar sería necesario obtener una cuidadosa historia familiar. Si la enfermedad de su madre apareció a edad avanzada y no existen otros miembros afectados, su riesgo de padecer enfermedad de Alzheimer es sólo ligeramente superior al de la población general, y este punto debe quedarle muy claro. Sin embargo, si existe una historia familiar positiva con otros casos, y especialmente si éstos tienen un inicio precoz, por debajo de los 65 años, es posible que la paciente pueda pertenecer a una de las estirpes familiares con enfermedad de Alzheimer de tipo hereditario autosómico dominante, por lo que debería remitirse al especialista para valorar la realización de consejo genético. Aunque la presencia del alelo APoE4 –que produce el tipo ε4 de la apolipoproteína E) se asocia a un riesgo más elevado de enfermedad de Alzheimer de aparición tardía, está ampliamente aceptado que su determinación no aporta lo suficiente como para que se realice de forma sistemática.

Tabla IV. Indicaciones para la remisión al especialista

Persistencia de dudas sobre el diagnóstico tras la evaluación inicial y el seguimiento
Solicitud por parte de la familia o el paciente de una segunda opinión
Presencia de depresión grave, especialmente si no hay respuesta al tratamiento
Mala respuesta en cuanto a eficacia y/o tolerancia con los tratamientos específicos antidemencia
Necesidad de ayuda para el control de los síntomas neuropsiquiátricos y/o de la sobrecarga del cuidador
Indicación de consejo genético
Inclusión en protocolos de investigación

No hay suficiente grado de evidencia como para recomendar la realización de pruebas de tipo cognitivo a individuos asintomáticos. En este caso, como en cualquier sujeto con quejas de deterioro cognitivo, y sobre todo si tiene un riesgo aumentado de padecer demencia, debería realizarse una exploración neuropsicológica que permita obtener un valor basal, y realizar un seguimiento. No obstante, parece probable que su mayor nivel de estrés sea suficiente para explicar el aumento de problemas de memoria. No hay que olvidar que es extremadamente infrecuente que un paciente con demencia acuda a consulta por iniciativa propia, ya que el deterioro de la capacidad de introspección es precoz y, como resultado, el paciente con demencia tiende a negar su déficit.

Estrategias preventivas

En cuanto a estrategias preventivas, hay evidencias suficientes para tratar incisivamente la hipertensión arterial, ya que además de reducir el riesgo de accidente cerebrovascular, puede disminuir la incidencia de demencia. El resto de recomendaciones en cuanto a la prevención de enfermedad cerebrovascular (p. ej., disminución de las concentraciones de colesterol, evitar el consumo de tabaco, tratar la diabetes y la obesidad, etc.) puede ser útil en el contexto de favorecer un estilo de vida saludable para el paciente, aunque su utilidad para la prevención de la demencia no está demostrada. Lo mismo podemos decir de la realización de ejercicio físico e intelectual, y la administración de vitamina E o de antiinflamatorios no esteroideos. En cambio, se dispone de evidencia suficiente para no recomendar el empleo de estrógenos para prevenir la demencia.

Conclusiones

Las demencias van a formar parte importante del trabajo clínico diario en atención primaria durante la próxima década. Para mejorar la calidad asistencial en la asistencia a las demencias, es importante dominar los aspectos fundamentales en cuanto a reconocimiento, diagnóstico y tratamiento. Los trastornos psiquiátricos de las demencias constituyen un aspecto crítico dentro de la sintomatología, ya que constituyen la causa más frecuente de solicitud de atención del paciente con demencia, y a la vez son la causa más importante de sobrecarga del cuidador. El tratamiento de las demencias debe enfocarse conjuntamente sobre el paciente y sobre su cuidador, ya que la calidad de vida de ambos está totalmente entrelazada.]

Bibliografía

1. Martín Carrasco M. Consenso Español sobre Demencias. Barcelona: SANED; 2005.
2. INE. Instituto Nacional de Estadística. Cifras de población y censos demográficos. 2008. Disponible en: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm
3. Rosenblatt A, Samus QM, Steele CD, Baker AS, Harper MG, Brandt J, et al. The Maryland Assisted Living Study: prevalence, recognition, and treatment of dementia and other psychiatric disorders in the assisted living population of central Maryland. *J Am Geriatr Soc.* 2004;52:1618-25.
4. Weiner MF, Lipton AM. Demencias. Investigación, diagnóstico y tratamiento. Barcelona: Masson; 2005.
5. Patterson CJ, Gauthier S, Bergman H, Cohen CA, Feightner JW, Feldman H, et al. Canadian Consensus Conference on Dementia: a physician's guide to using the recommendations. *CMAJ.* 1999;160:1738-42.
6. Boustani M, Peterson B, Hanson L, Harris R, Lohr KN. Screening for dementia in primary care: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2003;138:927-37.
7. Lobo A, Saz P, Marcos G, Dia JL, De la Cámara C, Ventura T, et al. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination en la población general geriátrica. *Med Clin (Barc).* 1999;112:767-74.
8. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bedirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53:695-9.
9. Brodaty H, Pond D, Kemp NM, Luscombe G, Harding L, Berman K, et al. The GPCOG: a new screening test for dementia designed for general practice. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50:530-4.
10. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
11. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Madrid: Masson; 2002.
12. Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol.* 1999;56:303-8.
13. Riu Subirana S, Cubero González P. Demencias desde la Atención Primaria. Barcelona: SEMFYC; 2005.
14. Terry AV, Jr., Buccafusco JJ. The cholinergic hypothesis of age and Alzheimer's disease-related cognitive deficits: recent challenges and their implications for novel drug development. *J Pharmacol Exp Ther.* 2003;306:821-7.
15. Birks J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(1):CD005593.
16. Blennow K, de Leon MJ, Zetterberg H. Alzheimer's disease. *Lancet.* 2006;368:387-403.
17. Emre M, Aarsland D, Albanese A, Byrne EJ, Deuschl G, De Deyn PP, et al. Rivastigmine for dementia associated with Parkinson's disease. *N Engl J Med.* 2004;351:2509-18.
18. McKeith I, Del Ser T, Spano P, Emre M, Wesnes K, Anand R, et al. Efficacy of rivastigmine in dementia with Lewy bodies: a randomised, double-blind, placebo-controlled international study. *Lancet.* 2000;356:2031-6.
19. Bullock R, Erkinjuntti T, Lilienfeld S. Management of patients with Alzheimer's disease plus cerebrovascular disease: 12-month treatment with galantamine. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2004;17:29-34.
20. Roman GC, Wilkinson DG, Doody RS, Black SE, Salloway SP, Schindler RJ. Donepezil in vascular dementia: combined analysis of two large-scale clinical trials. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2005;20:338-44.
21. Dantoin T, Auriacombe S, Sarazin M, Becker H, Pere JJ, Bourdeix I. Rivastigmine monotherapy and combination therapy with memantine in patients with moderately severe Alzheimer's disease who failed to benefit from previous cholinesterase inhibitor treatment. *Int J Clin Pract.* 2006;60:110-8.

22. Tariot PN, Farlow MR, Grossberg GT, Graham SM, McDonald S, Gergel I. Memantine treatment in patients with moderate to severe Alzheimer disease already receiving donepezil: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2004;291:317-24.
23. Fick DM, Agostini JV, Inouye SK. Delirium superimposed on dementia: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50:1723-32.
24. Fick DM, Kolanowski AM, Waller JL, Inouye SK. Delirium superimposed on dementia in a community-dwelling managed care population: a 3-year retrospective study of occurrence, costs, and utilization. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2005;60:748-53.
25. Kirshner HS. Delirium: a focused review. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2007;7:479-82.
26. Cole MG. Delirium in elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2004;12:7-21.
27. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, et al. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology.* 1994;44:2308-14.
28. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry.* 1988;23:271-84.
29. Schneider LS, Dagerman K, Insel PS. Efficacy and adverse effects of atypical antipsychotics for dementia: meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2006;14:191-210.
30. Sociedad Española de Psiquiatría, Sociedad Española de Psicogeriatría. Consenso Español sobre Demencias. Madrid: Saned; 2005.
31. Semfyc. Demencias desde la Atención Primaria. Madrid: SemFYC; 2005.
32. Alberca R, López-Pousa S. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2006.

Bibliografía comentada

Alberca R, López-Pousa S. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2006.

Es uno de los manuales sobre demencias de mayor reconocimiento en lengua castellana, actualmente en su tercera edición. Muy recomendable para aquellos que deseen profundizar en el estudio de las demencias.

Semfyc. Demencias desde la Atención Primaria. Madrid: SemFYC; 2005.

Se trata de una Guía Clínica impulsada por la SemFYC, en la que colaboraron expertos de otras especialidades. Es un texto muy completo y práctico, que aúna el rigor científico con recomendaciones muy sensatas llenas de sentido clínico.

Sociedad Española de Psiquiatría, Sociedad Española de Psicogeriatría. Consenso Español sobre Demencias. Madrid: Saned; 2005.

Este Consenso, auspiciado por la Sociedad Española de Psicogeriatría y la Sociedad Española de Psiquiatría, recoge los avances más importantes en el campo del diagnóstico y tratamiento de las demencias. Hace hincapié en la importancia de los síntomas neuropsiquiátricos, en la sobrecarga del cuidador, la relevancia de los aspectos éticos y legales, y la organización asistencial en el campo de las demencias.

*El delirium recibe con frecuencia otras denominaciones, como síndrome o estado confusional agudo.

**A modo de ejemplo, el 90% de los pacientes con enfermedad de Alzheimer puede presentarlos a lo largo de la enfermedad, y son incluso más frecuentes en las demencias vasculares o mixtas.