

Definición

La Demencia constituye un síndrome caracterizado por el deterioro de la función intelectual, adquirida y persistente, con compromiso de al menos tres de las siguientes áreas de la actividad mental: memoria, lenguaje, habilidades visoespaciales, emocional, personalidad y cognición (abstracción, cálculo, juicio, etc).

Visión del Problema

- Constituye uno de los grandes síndromes geriátricos.
- Es la causa más común de trastornos cognitivos en el anciano.
- En Cuba: 4 y 5 % de la población > 65 años, presenta deterioro del estado mental con incapacidad, cifra que asciende al 10 % si se incluyen las formas leves o iniciales de la Enfermedad de Alzheimer.
- El diagnóstico clínico precoz de la enfermedad, brinda mayores probabilidades de éxito del tratamiento sintomático.
- Generalmente presenta un origen multifactorial.
- Provocan un altísimo nivel de discapacidad, sobrecarga social y familiar.

Epidemiología

- Demencias: 4ª Causa de años de vida con discapacidad.
- Es la enfermedad de Alzheimer la de mayor prevalencia, (constituye del 50 al 60 % de los síndromes demenciales en estudios *posmortem*).
- Tiene una prevalencia de 1-2% alrededor de los 65 años, aumentando de manera exponencial cada cinco años, para un 32% a los 85-90 años de edad, después de esta edad declina su prevalencia.
- Le siguen en orden de frecuencia las demencias vasculares (25%) y las demencias por Cuerpos de Lewy (10-15%) de los casos. En la actualidad se reportan las Demencias Mixtas, donde existe una coexistencia de lesiones neurodegenerativas y lesiones vasculares en el 24-28% de los Enfermos de Alzheimer, demostradas a través de necropsias.
- Es el tercer problema de salud en el hemisferio occidental.
- Se calcula entre 18 y 22 000 000 de personas afectadas a nivel mundial, con una incidencia anual entre 0,3 y 0,7 %.

- Constituye la tercera enfermedad en costos sociales y económicos, superada sólo por la cardiopatía isquémica y el cáncer.
- Es la cuarta causa de muerte en los países industrializados, (en EE.UU la padecen 4 000 000 de personas, con un costo anual de aproximadamente 125 billones de dólares).
- Cuba a pesar de pertenecer al tercer mundo, no está exento de este fenómeno, estudios epidemiológicos locales en tres municipios del occidente del país en el año 1999, confirmaron la presencia del síndrome demencial, en un rango que va del 8.2 al 11.2 por cada 100 ancianos.
- Se estima que aproximadamente 100 mil personas padecen Alzheimer o una demencia relacionada en Cuba y que por cada enfermo existen dos familiares perjudicados.

Procesamiento cognitivo y envejecimiento

Los cambios en el estado mental durante el envejecimiento han recibido especial atención en los últimos años. Diferentes estudios sugieren que el envejecimiento normal se caracteriza por cambios lentos y continuos en las funciones intelectuales. Los aspectos neuropsicológicos más ampliamente estudiados son aquellos que se producen en el ámbito de las capacidades de aprendizaje, memoria y las funciones perceptivas.

Desde el punto de vista clínico, el interés del deterioro senil normal, está centrado en el diagnóstico precoz de la demencia. Se ha tratado de dilucidar si la diferencia entre el deterioro del envejecimiento normal y la demencia es únicamente una cuestión de grado o si se pueden distinguir patrones cualitativos neuropsicológicos que tengan utilidad para el diagnóstico diferencial.

Parece claro que el envejecimiento se caracteriza por una preservación o incluso mejora de las habilidades y del razonamiento verbal frente a un declinar de las habilidades visuoperceptivas, visuoespaciales y visuoconstructivas. Este patrón de deterioro ha sido interpretado como una afectación preferente del hemisferio derecho.

Los cambios de las funciones cognitivas derivados del envejecimiento normal, obviamente están relacionados con los cambios neurofisiológicos y neuroanatómicos. Desde el punto de vista anatómico, en el cerebro del sujeto senil se observa una pérdida de peso y volumen cerebral, una relativa disminución del volumen de la sustancia gris y un aumento de los surcos corticales.

Las técnicas de neuroimagen, permiten evidenciar estos cambios estructurales *in vivo* en cerebros de sujetos normales de edad avanzada y permiten además una mayor precisión en la cuantificación de los parámetros antes citados, dado que los cerebros no están influenciados por los cambios asociados a la muerte del sujeto.

Clásicamente se ha relacionado el aumento del tamaño ventricular con el envejecimiento normal, reflejando una pérdida de masa cerebral.

Usando el análisis cuantificado semiautomático de imágenes, obtenidas mediante tomografías computarizadas (TC), se ha hallado que el volumen de sustancia gris correlaciona negativamente con la edad, así como que el volumen de los ventrículos laterales y del tercer ventrículo incrementan con la edad, a la vez que los volúmenes del tálamo y el núcleo lenticular se presentan reducidos.

Asimismo se han hallado correlaciones significativas entre el tamaño ventricular y los tests neuropsicológicos que suponen funciones de atención, velocidad y memoria.

Con el aumento de la resolución de la TC y la introducción de la resonancia magnética, se han podido evidenciar además de los conocidos cambios en el tamaño ventricular y el aumento de los surcos, cambios en la sustancia blanca denominados leucoaraiosis, que están en relación con los factores de riesgo vascular como la hipertensión y la diabetes mellitus. Además se han observado cambios en los ganglios basales, consistentes en un progresivo acúmulo de hierro.

Clasificación

Todo paciente con enfermedad de Alzheimer se ha de encuadrar en uno de los grupos que se indican a continuación.

- Alzheimer esporádico de inicio tardío: 1-2 millones (99% de los casos).
- Alzheimer familiar de inicio tardío: no hay cifras disponibles.
- Alzheimer esporádico de inicio precoz 14.000 enfermos aproximadamente.
- Alzheimer familiar de inicio precoz: 1.800 enfermos.

Clasificación de las demencias (etiología):

1. De origen degenerativo:

- Enfermedad de Alzheimer.
- Demencia por cuerpos de Lewy difusos.
- Demencia frontotemporal.
- Enfermedad de Pick.
- Enfermedades de Huntington.
- Demencia asociada a enfermedad de Parkinson.
- Parálisis supranuclear progresiva.

2. Demencias vasculares:

- Demencia multiinfarto.
- De pequeños vasos (lacunares, microinfartos, leucoencefalopatía (Enfermedad de Binswanger).
- Infartos estratégicos.
- Hemorragias.
- Hipoxia, hipoperfusión.

3. Origen infeccioso:

- Neurosífilis.
- Asociada al SIDA.
- Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.
- Enfermedad de Lyme.
- Encefalitis Herpética.

4. De origen metabólico o nutricional:

- Hipo e Hipertiroidismo.
- Hipo e Hiperparatiroidismo., suprarrenales hipofisaria.
- Insuficiencia renal.
- Insuficiencia Hepática.
- Enfermedad de Wilson.
- Déficit de vitamina B12.
- Déficit de ácido fólico.
- Pelagra.

5. De origen toxico:

- Asociada al alcohol: demencia alcohólica, enfermedad de Korsakoff y de Marchiafava-Bignani.
- Otros tóxicos: aluminio, arsénico, bismuto, plomo, etc.

6. De origen neoplásico:

- Tumores cerebrales primarios y metastásicos.
- Encefalitis límbica.
- Meningitis carcinomatosa.
-

Etiología y fisiopatología

La enfermedad Demencial es multifactorial, dentro de los elementos etiológicos y fisiopatogénicos, se plantea la existencia de múltiples factores de riesgo que generarían alteraciones en la homeostasis celular, los cuales alteran la plasticidad sináptica y provocan daño mitocondrial. Este proceso genera una serie de eventos:

1. Desorganización de proteínas citoesqueléticas y alteración de la síntesis y función de la ubiquitina.

2. Disregulación de segundos mensajeros con disminución de las funciones y alteración del procesamiento de información de los neurotransmisores, pudiéndose afectar la síntesis de los mismos.
3. Aumento de la disponibilidad intracelular del calcio que estimula quinasas y proteasas con un aumento de la actividad de proteinquinas A y C, fosforilaciones anormales de proteínas citoesqueléticas como la Tau.

Factores de riesgo

Entre los **factores de riesgo** de naturaleza no genética ya demostrados están: la edad avanzada, historia familiar de demencia en uno o más miembros de primer grado, género femenino (sobre todo después de los 80 años), padecer síndrome de Down y haber sufrido un traumatismo cerebral con pérdida de conciencia de más de una hora de duración.

Otros factores de riesgo más o menos admitidos son: un bajo nivel de escolaridad y cociente intelectual, infección herpética, exposición a agentes anestésicos, diabetes mellitus, tabaquismo, alcoholismo, comidas hipercalóricas y ricas en grasas saturadas y trans-no saturadas, menopausia temprana espontánea o quirúrgica, deficiencia en folatos, hiperhomocisteinemia, hipertensión arterial en la edad adulta, hipotensión en la edad senil, elevación de colesterol total y colesterol LDL así como otros factores de enfermedad cardiovascular.

Manejo Diagnóstico

Para realizar un adecuado diagnóstico debemos tener presente que:

1. La demencia es un síndrome, es decir, un conjunto de síntomas y signos que deben inducir al médico a investigar las causas.
2. Es de carácter crónico y habitualmente progresiva, *ningún paciente se demencia bruscamente*.
3. Es adquirida.
4. Produce incapacidad y produce dificultades sociofamiliares.
5. Puede ser reversible, dependiendo de la etiología.

El anciano con un posible trastorno de la memoria debe ser sometido a un estudio clínico, con una evaluación neurológica que incluya el examen de las funciones cognitivas, así como una valoración neuropsicológica y la realización de pruebas más complejas.

Proceso de Evaluación:

■ **Consulta 1:**

- Historia clínica y clinimetría básica.
- Análisis del caso para envío a neuropsicología.

■ **Consulta 2:**

- Evaluación neuropsicológica.
- Evaluación conductual-afectiva.

■ **Consulta 3:**

- Análisis y discusión de resultados.
- Entrega de resultados a la familia.
- Propuesta de estrategias para los familiares.

- **Consulta 4:** Reevaluación de los casos cada tres ó seis meses, acorde a evolución.

Instrumentos

Historia Clínica de Evaluación del Deterioro Cognitivo:

Fecha de realización:

Nº Historia Clínica:

Nombres y Apellidos:

Fecha de nacimiento

Nº de Teléfono:

Dirección particular:

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS:

Edad:

Sexo:

Raza: Negro mestizo Blanco

Zona Rural: Urbana:

Nivel de escolaridad:

- Analfabeto.....
- Primaria.....
- Secundaria.....
- Estudios con primaria como requisito - técnicos, comerciales o secretariales-.....
- Estudios con secundaria como requisito -técnicos, comerciales, secretariales o normales-....
- Preparatoria (Preuniversitario).....
- Normal.....
- Profesional (Universitario).....

Estado Civil actual:

- Soltero (nunca se ha casado).....
- Acompañado (unión libre).....
- Casado (casado legalmente).....
- Viudo (estuvo casado o acompañado y su cónyuge falleció).....
- Divorciado/Separado (estuvo casado o acompañado y la relación terminó).....

Interrogatorio :

- Historia de la enfermedad actual:

Inicio del deterioro cognitivo: brusco, insidioso.

Curso de la enfermedad: insidioso y/o progresivo, fluctuante, escalonado.

Tiempo de evolución: <6 meses

Entre 6 meses-2 años

>2 años

- Factores de riesgo:

Antecedentes familiares (familiares de 1 y 2 grado: padres, hermanos): síndrome demencial. Down. Orden de nacimiento en la fratría.

Antecedentes Personales: traumatismo craneo, encefalitis; convulsiones, herpes zoster, enfermedad cardíaca y/o paro cardiorrespiratorio; enfer. Hepática o renal crónica; sindr. de mala absorción o resección intestinal; cataratas; diabetes mellitus; trastornos tiroideos; anemia; depresión; antecedentes cerebrovasculares; Epilepsia, hipertensión arterial; poliglobulias, hiperlipemias, cáncer. Edad Menarquia y menopausia (especificar si quirúrgica).

Estilo de Vida: consumo de alcohol, tabaco; sedentarismo o hiperactividad.

Valoración Nutricional: IMC

Historia Farmacológica: medicamentos y tiempo de exposición (AINE, hormonas sexuales, estatinas, Vit E, Vit C, salicilatos, etc).

Exposiciones ambientales: industrias químicas, uso de pesticidas, pinturas, trabajo con baterías, transfusiones de sangre. Contactos con animales domésticos, ganado, etc.

Examen clínico-neurológico:

Screening neurocognitivo inicial:

- MMSE.

Evaluación Funcional:

- Índice de Katz-Lawton:

Estadía del deterioro cognitivo:

- Clinical Dementia Rating (CDR).

CDR 0 (Sanos):__

CDR 0,5 (Cuestionable):__

CDR 1 (Leve):__

CDR 2 (Moderada):__

CDR 3 (Grave):__

Cumple los criterios del Síndrome Demencial: Sí_ No__

Normal__ Deterioro Cognitivo Leve__ Pseudodemencia__

Otras (especificar) _____

Estudios Complementarios:

- Perfil Bioquímico: Hemograma, VSG, Creatinina, Glicemia, Urea, TGO, TGP, lipidograma, hormonales tiroideas, vitamina B12, ácido fólico, VDRL y HIV. Electrocardiograma.
- Perfil Diagnóstico por Imágenes: Radiografía de Tórax, tomografía Computarizada Cerebral (TAC; acorde a criterios).
- Perfil Neurofisiológico: Mapeo Cerebral. EEG. (ver criterios de indicación).

Pruebas de neuroimagen: (TAC o RNM craneales): aconsejada en principio a todo paciente en estudio de demencia para valorar patología estructural. Está especialmente indicado y por tanto debe ser realizado con prontitud, en pacientes menores de 65 años, en antecedentes de trauma craneal reciente, cáncer, uso de anticoagulantes o historia de trastorno de la hemostasia, deterioro cognitivo rápido (1 ó 2 meses), incontinencia urinaria precoz y trastornos precoces de la marcha.

Punción lumbar: solamente en caso de sospecha de infección del SNC, serología de lúes positiva, hidrocefalia, edad inferior a 55 años, demencia inusual o rápidamente progresiva, inmunosupresión, sospecha de vasculitis del SNC o presencia de enfermedad metastásica.

En algunos pacientes, puede ser necesario realizar otros estudios como **EEG** -enfermedad de Creutzfeldt-Jakob-, LCR -infecciones del SNC-, VIH, RMN -trastornos de la sustancia blanca y en otros casos con tomografía positiva para mejor apreciación de lesiones, etc.

El diagnóstico de enfermedad de Alzheimer es clínico, no existen test de laboratorio que confirmen la presencia de la enfermedad, pues la confirmación es en la autopsia.

Evaluación Social:

Aplicar escalas de: Riesgo de caídas en el hogar, Escala de carga del cuidador de Zarit.

- Sin riesgo social
- Con riesgo social

Tipo de riesgo social:

Disfunción familiar. Aislamiento social. Economía insuficiente. Escasa red de apoyo.

Maltrato. Cuidador anciano. Anciano Solo. Ideación Suicida o

Intento Suicida.

Riesgo de caídas en el hogar:

Alto riesgo Mediano riesgo Poco riesgo

Sobrecarga del cuidador: Sí No

Evaluación psicoafectiva-Conductual:

- Neuroinventario psiquiátrico de Cummings.

Evaluación Neuropsicológica Compleja:

- NEUROPSI.

Conclusiones finales:

Diagnóstico topográfico:

Cortical Subcortical Cortico-subcortical

Diagnóstico nosológico:

Posible

Probable

E. Alzheimer Vascular C. Lewys Frontotemporal Mixtas
Demencia-Parkinson Otras_____

Estadio: Leve Moderado Severo

Diagnóstico conductual- afectivo:

Diagnóstico funcional:

Diagnóstico sociofamiliar:

Recomendaciones:

Consulta de seguimiento:

Tratamiento:

1) Tratamiento no farmacológico

Existen técnicas no farmacológicas y farmacológicas para el tratamiento de la EA. Lo ideal es que el paciente sea evaluado por un equipo multidisciplinario, ya que su manejo involucra distintos aspectos, como el apoyo a la familia, al cuidador, estimulación física y mental.

*Preparar un lugar grato donde el paciente se sienta a gusto, no esté expuesto a peligros.

*Optimizar la seguridad, evitando que el paciente tenga que utilizar escaleras.

*Mantener una adecuada alimentación e hidratación.

*Utilizar la menor cantidad de medicamentos posibles.

*Eliminar factores que puedan agitarlos y precipitar conductas agresivas.

* Es importante el apoyo a la familia y al cuidador.

■ PROGRAMAS ESPECÍFICOS:

ESTIMULACIÓN PSICOMOTRIZ: ORIENTACIÓN, COORDINACIÓN.

T. MANUAL, TERAPIA FÍSICA.

CONSERVACIÓN Y REEDUCACIÓN DE LAS AVD.

REEDUCACIÓN DE ESFÍNTERES.

PREVENCIÓN DE INMOVILIDAD Y ESCARAS.

PREVENCIÓN DE INFECCIONES (RESPIRATORIAS, URINARIAS, GASTROINTESTINALES).

■ EN LA FAMILIA:

DUELO.

AGOBIO, COLAPSO DEL CUIDADOR.

DESINTEGRACIÓN DE LA FAMILIA.

MALTRATO.

2) Tratamiento farmacológico

Tratamiento de los trastornos cognitivos:

La pérdida de la productividad ocupacional en los casos de inicio temprano y su costo humano, han enfocado las estrategias actuales en el diagnóstico precoz y en la búsqueda de predictores de la enfermedad, que permitan el abordaje terapéutico.

Los avances recientes y los medicamentos disponibles, permiten la estabilización y la mejoría del funcionamiento cognitivo, e incluso de manifestaciones conductuales y de las habilidades funcionales del paciente, cuando estos tratamientos se inician en las fases tempranas de la

enfermedad. Desafortunadamente transcurrirán años antes que se alcance la cura de la enfermedad.

Los inhibidores de la colinesterasa son en la actualidad las drogas más utilizadas en el tratamiento sintomático de la enfermedad y con mejores resultados. La acetilcolina es sintetizada en las neuronas presinápticas de sus precursores colina acetilcolina, por la enzima colina acetiltransferasa (ChAT); cuya actividad se encuentra reducida en los cerebros de pacientes con EA.

.Inhibidores de la acetil colinesterasa

Fármaco	Dosis recomendada (mg)	Frecuencia de administración	Efectos adversos
Tacrine	80-160	3-4 v/d	Toxicidad hepática. Efectos gastrointestinales. Vértigos.
Donepezil	5-10	Dosis única	Síntomas gastrointestinales. Vértigos
Rivastigmina	4-12	2 v/d	Síntomas gastrointestinales. Vértigos
Galantamina	4 mg- 8mg	2 v/d	Síntomas gastrointestinales.

La tacrina (tetrahidroaminoacridina o cognex), el primer inhibidor de la colinesterasa, aprobado por la FDA, en 1993 para el tratamiento de la EA, ha demostrado mejoría clínica en el 20-30 % de pacientes con formas ligeras a moderadas de la enfermedad. Sin embargo, los efectos colaterales que incluyen **hepatotoxicidad** y pobre tolerancia gastrointestinal **desaconsejan su uso, en algunos países no está autorizada su indicación**. Por otra parte, requiere su administración 4 veces al día comenzando con una dosis mínima de 10 mg cada 6 h, que se incrementa progresivamente cada 4 a 6 sem hasta alcanzar los niveles terapéuticos (120-160 mg/d).

El donepezil (aricept, E2D2D), aprobado para el tratamiento de los estadios iniciales y moderados en un mayor número de países incluidos EE. UU y Europa, es un inhibidor específico y reversible de la acetilcolinesterasa, con un mínimo de efectos indeseables y la ventaja de su utilización en dosis única. Su larga vida media en plasma (aproximadamente de 70 h) permite además que se alcance de forma gradual su concentración estable usualmente en 14-21 d. Después de 6 sem, el porcentaje de inhibición de la acetilcolinesterasa en la membrana del eritrocito es de 63,7 y de 77,3 % con 5 y 10 mg/d, respectivamente.

Estos medicamentos proporcionan unos beneficios terapéuticos moderados pero incuestionables en al menos un 50-65% de enfermos y en las tres esferas en que se manifiesta la enfermedad (intelectual, conductual y de dependencia de un cuidador). Esta triple acción es importante tenerla en cuenta. No solo se puede lograr una mejor cognición sino que también es posible que mejore la apatía, la ansiedad, la depresión, la desinhibición, la agitación y las ideas delirantes.

Existe un nuevo medicamento, la Memantina que es un agente antiglutamatérgico, no un anticolinesterásico, para tratar la fase moderada y moderadamente grave de la enfermedad de Alzheimer, se están usando ya los anticolinesterásicos asociados a memantina. El donepezilo combinado con memantina, en esas fases evolutivas de la enfermedad, muestra mejores efectos.

Memantina (**EBIXA**)

- Bloquea los receptores NMDA (N-metil-D-aspartato), protegiéndolas de la degeneración.
- Disminuye los niveles elevados de glutamato.
- Dosis: 5 mg/día -10 mg c/12 horas.

Tratamiento de las manifestaciones conductuales:

Por su complejidad, nos hemos apoyado en la Guía Práctica para el tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer y otras demencias de la vida tardía de la Asociación Americana de Psiquiatría.

- Las intervenciones para las manifestaciones conductuales deben ser guiadas por el grado de distrés y del riesgo de pacientes y cuidadores; si hay poco distrés o peligro, reaseguración y distracción a menudo es lo único que se requiere.
- Si el paciente u otros están en peligro se necesita tratamiento farmacológico.
- La primera prioridad en estos casos es una correcta evaluación médica, ya que la agitación, la ansiedad, el insomnio, la agresividad y la confusión, entre otros, puede deberse a un problema médico oculto, discomfort físico, hambre, constipación, medicación inadecuada, cambios en el entorno familiar, etc.
- Otro principio útil es comenzar y mantener la dosis mínima necesaria, para el alivio o desaparición de los síntomas, recordar la coexistencia de otras patologías crónicas y medicaciones en el anciano y los efectos colaterales e interacciones de los medicamentos empleados.
- Los antipsicóticos más utilizados incluyen la tioridazina, el haloperidol, la clorpromacina y los agentes más recientes como la clozapina y la risperidona. Se necesitan más estudios y experiencia clínica para su uso en la población geriátrica y demencial, con medicamentos como la clozapina, el sertindole y la quetiapina.
- *Las benzodiazepinas pueden tener más alta probabilidad de efectos colaterales y más baja probabilidad de beneficios que los antipsicóticos, sin embargo, pueden ser de ayuda tratando la agitación en aquellos pacientes en que la ansiedad es prominente.*

Tratamiento de los trastornos afectivos (depresión):

- Se ha descrito hasta 5-8% de episodios de depresión mayor en pacientes con EA. Hay pocos estudios de uso de antidepresivos en pacientes con EA.
- Las drogas antidepresivas tendrían una eficacia similar, por lo que la elección de debe basarse en sus efectos adversos.
- Los antidepresivos se usan para mejorar la apatía, el *status* funcional y cognitivo, así como la calidad de vida, en el paciente deprimido.
- Muchos clínicos eligen un inhibidor de la recaptación de serotonina como tratamiento inicial, por sus efectos colaterales más leves y su empleo en una sola dosis como la fluoxetina, la paroxetina y la sertralina se citan entre los más recomendados.
- Entre los agentes tricíclicos y heterocíclicos, el razonamiento teórico y la experiencia clínica sugieren el evitar agentes con actividad colinérgica prominente, ej. amitriptilina, nortriptilina, trazodona y desipramina.
- Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) deben considerarse sólo para individuos que no responden o no toleran otros agentes, por sus efectos adversos y el monitoreo extra que requieren.

Tratamiento de los trastornos del sueño:

- Antes de iniciar cualquier medicación asegúrese que la higiene del sueño es apropiada incluyendo, sueño regular, caminatas, siestas limitadas, evitar ingestas de los líquidos por las noches y adecuadas actividades físicas y mentales durante el día. Con este fin se utilizan hidrato de cloral, zolpidem, antipsicóticos a bajas dosis y con menos resultados, benzodiacepinas.

Tratamiento causal de las demencias:

Causa	Tratamiento
Vascular	Control de factores de riesgo: antiagregantes, etc.
Hidrocefalia normotensa	Derivación de LCR
Hematoma subdural	Tratamiento quirúrgico
Encefalopatías metabólicas	Corrección del trastorno
Encefalopatías por drogas	Supresión de las drogas
Infecciones del SNC	Antimicrobiano específico

MENSAJE CLAVE

1. Si se aplican todos los medios disponibles, la fiabilidad de la sanción diagnóstica de Alzheimer es del 95%.
2. Utilizar el término de demencia senil es un puro eufemismo. Siempre debemos intentar llegar al diagnóstico etiológico del síndrome demencial (enfermedad de Alzheimer, demencia vascular, demencia con cuerpos de Lewy, demencia asociada a enfermedad de Parkinson, demencia frontotemporal, etc).
3. Al llegar al diagnóstico, debemos informar a familiares y cuidador(es), sobre la naturaleza de la enfermedad, su curso, sus síntomas, complicaciones y cómo deben manejar al paciente en cada etapa evolutiva.
4. Recomendar a los familiares que compartan el diagnóstico con otros familiares y amigos; para ayudarles a establecer con tiempo planes acerca del cuidado, incluso para la etapa final, así cómo aprender a conocer al enfermo y cómo comunicarse con el mismo.
5. En la fase ligera y moderada de la enfermedad, el enfermo puede y debe recibir terapia cognitiva.
6. Dar orientaciones precisas al cuidador(es), evita que puedan enfermar psíquica y físicamente (Evita en Síndrome del Cuidador quemado o agotado).
7. El tratamiento medicamentoso para cada fase de la enfermedad debe ser supervisado, por personal médico, evitando la polifarmacia e indicar medicación imprescindible (intentar retirar un fármaco innecesario, por cada nuevo que se introduzca al tratamiento).

Consejos a indicar para los cuidadores:

Un miembro de un grupo de apoyo online (<http://www.nswj.com>) acaba de publicar sus diez "NUNCAS" o recomendaciones absolutas que todo cuidador debe guardar ante un paciente con enfermedad de Alzheimer, que pueden ser útil también para el médico, como indicación a los familiares.

1. Nunca discutas con el enfermo, ponte de acuerdo con él.
2. Nunca trates de razonar con él, distrae su atención.
3. Nunca le avergüences, ensázalo.
4. Nunca trates de darle lecciones, serénalo.
5. Nunca le pidas que recuerde, rememórale las cosas y los hechos.
6. Nunca le digas "ya te dije", repíteselo cuantas veces haga falta.
7. Nunca le digas "tú no puedes", dile "haz lo que puedas".

8. Nunca le exijas u ordenes, pregúntale o enséñale.
9. Nunca condesciendas, dale ánimos o ruégale.
10. Nunca fuerces, refuerza la situación.

Futuro

Aún existe mucho de la patogenia de la EA que se desconoce, hay muchas áreas por investigar y en la medida que se entienda más sobre sus mecanismos podrán plantearse nuevas vías de tratamiento, sin embargo, las mismas medidas preventivas que se indican en la práctica médica diaria, para actuar sobre los factores de riesgo vasculares, son de peso en la prevención y tratamiento de la enfermedad demencial, recordemos la alta prevalencia de las Demencias Mixtas. Mantener patrones saludables de vida, también es una forma de prevención y tratamiento oportuno para evitar el Síndrome Demencial.

Instrumentos o escalas:

1. Test Folstein (Mini Mental State Examination):

La principal aportación de esta prueba consiste en proporcionar un instrumento para detección de deterioro cognitivo y que se pudiese administrar en poco tiempo. Según sus autores, es especialmente importante en determinadas alteraciones como demencia, en las que el paciente rápidamente se cansa, y por tanto deja de mostrarse colaborador.

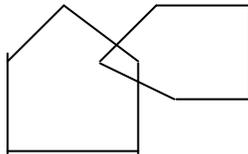
Orientación temporo-espacial	Puntos
¿En qué año estamos?	
¿En qué estación?	
¿En qué fecha?	
¿En qué mes?	
¿En qué día?	
¿Dónde estamos?	
Provincia	
Nación	
Ciudad	
Centro	
Planta/piso	
Total	

Memoria de fijación: Nombrar 3 objetos con intervalos de 1 seg. y luego hacérselos repetir. (Un punto por cada respuesta)	Puntos
pelota	
bandera	
árbol	
Total	

Atención y cálculo: Indicar al paciente restar 100-7 y así progresivamente, hasta 5 veces, dar un punto por cada respuesta)	Puntos
Series de 7 (100, 93, 86, 79, 72)	
(Alternativa: deletrear MUNDO al revés, un punto por cada letra correcta)	
Total	

Memoria	Puntos
Pregunta el nombre de los 3 objetos aprendidos antes, dar un punto por cada objeto recordado.	
Total	

Lenguaje	Puntos
Señalar un lápiz y un reloj y que el paciente los nombre.	2
Que repita: "ni sí, ni no, ni pero"	1
Leer y obedecer una orden escrita (por ej. cerrar los ojos)	1
Cumplir la orden: coja el papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo	3
El paciente debe escribir una frase u oración que tenga sentido (no aceptar nombre y apellidos).	1
Copiar el siguiente dibujo , anotando un punto si todos los ángulos se mantienen	1
Total	



REFERENCIA EDAD Y NIVEL EDUCATIVO.

Estudios	Edad en años													
	18-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	>84
Elementales	22	25	25	23	23	23	23	22	23	22	22	21	20	19
Primarios	27	27	26	26	27	26	27	26	26	26	25	25	25	23
Medios	29	29	29	28	28	28	28	28	28	28	27	27	25	26
Superiores	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	28	28	27	27

Escalas para determinar el nivel del deterioro:

En la evaluación y seguimiento de un paciente con demencia, es útil poder establecer el estadio evolutivo de la enfermedad. Para ello existen diversas escalas que otorgan un valor estandarizado de acuerdo al grado de afectación funcional. En general se intenta objetivar la valoración a fin de poder clasificar la demencia según los criterios clínicos clásicos: demencia leve, moderada o severa.

Clasificación Clínica de la Demencia-CDR (Clinical Dementia Rating), (Hughes et al., 1982).

La evaluación de las demencias que no son Enfermedad de Alzheimer se realiza a través de la Clasificación clínica de las Demencias (Clinical Dementia Rating - CDR 5) que es más general. Su escala establece cinco estadios posibles: 0 = normal; 0,5 = cuestionable; 1 = demencia leve; 2 = demencia moderada; 3 = demencia severa. La estimación se realiza en base al rendimiento del sujeto en seis modalidades de tipo cognitivo y funcional. Estas modalidades son: memoria, orientación, razonamiento, actividades sociolaborales, actividades recreativas (hobbies o pasatiempos) y cuidado personal.

La mejor prueba diagnóstica es sin lugar a duda, una cuidadosa historia clínica y un examen físico y psicológico realizado por un médico con conocimientos e interés en las enfermedades demenciales. Las pruebas de laboratorio deben individualizarse basados en la historia clínica del paciente.

Clinical Dementia Rating (CDR) de Hughes

Demencia:	Sanos (CDR 0)	Cuestionable (CDR 0,5)	Leve (CDR 1)	Moderada (CDR 2)	Grave (CDR 3)
Memoria	Sin pérdida de memoria. Olvidos de poca importancia.	Olvidos consistentes leves: recuerdo parcial de acontecimientos. Olvidos "benignos".	Pérdida de memoria moderada, más marcada para acontecimientos recientes; el defecto interfiere con actividades diarias.	Grave pérdida de memoria; retención exclusiva de material muy importante; pérdida rápida de material nuevo.	Grave pérdida de memoria, sólo quedan fragmentos.
Orientación	Completamente orientado.	Completamente orientado	Algunas dificultades con relaciones temporales; orientados por lugar y persona durante la prueba pero puede haber desorientación geográfica.	Habitualmente desorientación temporal, a menudo de lugar.	Orientación sólo respecto a personas.
Juicio y resolución de problemas	Resuelve bien problemas cotidianos; juicio bueno en relación al rendimiento pasado.	Sólo deterioro dudoso en la resolución de problemas. Similitudes/ diferencias	Dificultad moderada para manejar problemas complejos; juicio social suele mantenerse.	Manejo de problemas gravemente deteriorado. Similitudes/ diferencias; juicio social suele estar deteriorado.	Incapaz de intentar juicios o resolver problemas.
Vida social	Función independiente en nivel habitual de trabajo, compras, negocios y asuntos financieros, grupos sociales y voluntarios.	Deterioro dudoso o leve si es que existe, en estas actividades.	Incapaz de funcionar independientemente en estas actividades aunque todavía puede realizar algunas; puede aparecer normal en contacto casual.	Ninguna pretensión de funcionamiento independiente fuera del hogar.	Ninguna pretensión de funcionamiento independiente fuera del hogar.
El hogar y las aficiones	Vida doméstica, aficiones, intereses intelectuales se mantienen bien.	Vida doméstica, aficiones, intereses intelectuales se mantienen bien, sólo ligeramente deteriorados.	Leve pero definitivo deterioro de función doméstica; se abandonan las tareas más difíciles; se abandonan aficiones e intereses más complejos.	Sólo se conservan las tareas más sencillas; intereses muy limitados. Mantenimiento pobre.	Ninguna función doméstica significativa fuera de la habitación propia.
Cuidado personal	Totalmente capaz de cuidarse de sí mismo.	Totalmente capaz de cuidarse de sí mismo.	Necesita estimulación ocasional.	Necesita asistencia para vestirse, lavarse y cuidar de sus efectos personales.	Requiere mucha ayuda para el cuidado personal; a menudo incontinente.

La afectación del área "memoria" tiene primacía para determinar el estadio general. Si al menos otras tres áreas son calificadas con la misma puntuación que la memoria, el grado de afectación de ésta es el que define el estadio general. Sin embargo, si tres o más categorías se gradúan por encima o por debajo de la calificación de la memoria, entonces predomina la puntuación de aquellas.

