

PARTE II:

Trastornos de la Memoria

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

29



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

1. Definir el síndrome demencial y los principios básicos de su diagnóstico diferencial.
2. Iniciar un programa adecuado de diagnóstico y tratamiento, previo a la referencia para el diagnóstico diferencial.
3. Comprender el rol de la familia y el cuidador, en la presentación del cuadro clínico y su manejo.
4. Describir de qué manera las acciones de los profesionales y del cuidador primario pueden mejorar las manifestaciones del cuadro clínico de la demencia.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La memoria, es la capacidad para retener y hacer uso posterior de una experiencia, condición necesaria para desarrollar una vida independiente y productiva. La mayoría de las personas al envejecer, se quejan de una mayor frecuencia de olvidos cotidianos. Este trastorno de la memoria relacionado con la edad, es muy frecuente sin embargo, los problemas de la memoria con significación patológica son menos comunes. La demencia afecta al 10% de las personas mayores de 65 años y 20 - 50% de las que tienen más de 85 años. Los trastornos de la memoria, y otras alteraciones cognitivas y conductuales asociadas a la demencia, constituyen una seria amenaza para la estabilidad familiar y social.

Los trastornos de la memoria, son serios cuando afectan las actividades diarias, o sea cuando el paciente tiene problemas recordando cómo hacer cosas que ha hecho muchas veces anteriormente. La demencia, es un síndrome caracterizado por la presencia de un deterioro de la memoria y de otras áreas de la actividad cognitiva (al menos una). El síndrome demencial puede ser causado por muchas enfermedades.

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

Puede ocurrir que en el curso de una entrevista clínica por otros motivos, el mismo sujeto manifieste la presencia de trastornos de la memoria. Sin embargo, es más común que el enfermo no tenga conciencia de los mismos y que sea, o bien el clínico en el curso del examen quien se percate, o bien el familiar que le acompaña, quien haga notar el problema. Si bien las fallas de memoria son las anomalías más comunes, sucede también que las alteraciones del comportamiento sean los primeros síntomas del deterioro.

Los trastornos de la memoria son comúnmente asociados al envejecimiento, es por ello que muchas veces avanzan los trastornos de memoria sin que se acuda a buscar ayuda médica por parte del paciente, o su familia, ya que lo asocian al envejecimiento de la persona y no a una enfermedad. *Los trastornos de memoria que son capaces de interferir con la vida cotidiana del individuo, son siempre secundarios a una enfermedad.*

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- PRINCIPALES CAUSAS

La causa más común de demencia, es la enfermedad de Alzheimer, trastorno de tipo degenerativo para el cual no existe tratamiento específico. Otras causas frecuentes son los procesos de origen vascular y la enfermedad por cuerpos de Lewy.

Existen muchas causas de demencia. Aunque algunas no son muy frecuentes, no por ello son menos importantes (Cuadro 28.1). El hematoma subdural, los déficits

vitamínicos, el hipotiroidismo, la hidrocefalia normotensa y otras causas son tratables e incluso curables cuando se identifican precozmente. En la evaluación de todo paciente con demencia, debe hacerse una detección exhaustiva de estas causas.

CUADRO 28.1. TIPOS DE DEMENCIAS

Demencia degenerativa primaria:

Enfermedad de Alzheimer.
Enfermedad de Pick.
Síndromes de demencia del lóbulo frontal.
Demencia mixta, con un componente de Alzheimer.

Demencia vascular:

Demencia por infartos múltiples.

Demencia asociada a los cuerpos de Lewy:

Enfermedad de Parkinson.
Enfermedad por Cuerpos de Lewy Difusa.

Demencias reversibles o parcialmente reversibles

Hipotiroidismo.
Depresión.
Déficit de vitamina B12.

Demencia debida a sustancias tóxicas:

Demencia asociada al alcoholismo.

Otros

Hidrocefalia normotensa.
Hematoma subdural.
Tumor cerebral.

2.2.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

El adulto mayor con un posible trastorno de la memoria, debe ser sometido a un estudio clínico, con una evaluación neurológica que incluya el exámen de las funciones cognitivas, así como una valoración neuropsicológica. Esta última puede consistir en el Mini Examen del Estado Mental de Folstein (ver Módulo 4), que puede ser realizado por cualquier médico e incluso por personal paramédico. Si se requiere de un examen más detallado, puede ser necesaria la cooperación de un neuropsicólogo, así como la realización de pruebas más complejas.

Para que una información sea registrada y evocada adecuadamente, es decir, para que funcione la memoria, es necesario que otras funciones neuropsicológicas estén intactas. Así, las fallas en atención, lenguaje, comunicación y motivaciones, pueden dificultar el funcionamiento de la memoria sin que esta función en sí misma esté afectada.

TRASTORNOS QUE PUEDEN INTERFERIR CON EL FUNCIONAMIENTO DE LA MEMORIA

- Depresión
- Trastornos de la atención
- Afasia
- Defectos sensoriales (visuales, auditivos)

La evaluación clínica debe:

- Precisar si además del trastorno de la memoria, existen otras alteraciones cognitivas como: apraxias, agnosias, trastornos del lenguaje y signos de disfunción frontal, lo que sugiere una afectación difusa de la corteza cerebral y conduce al primer criterio para el diagnóstico del síndrome demencial.
- Para completar el diagnóstico, es necesario delimitar si el trastorno de la memoria interfiere con las actividades sociales, laborales, vocacionales o de la vida cotidiana, es decir, si afecta la capacidad funcional. Para esto, pueden aplicarse escalas de evaluación funcional que permitan tener una idea más precisa (ver módulo 4).
- El diagnóstico del síndrome demencial tiene dificultades que deben ser tomadas en cuenta:

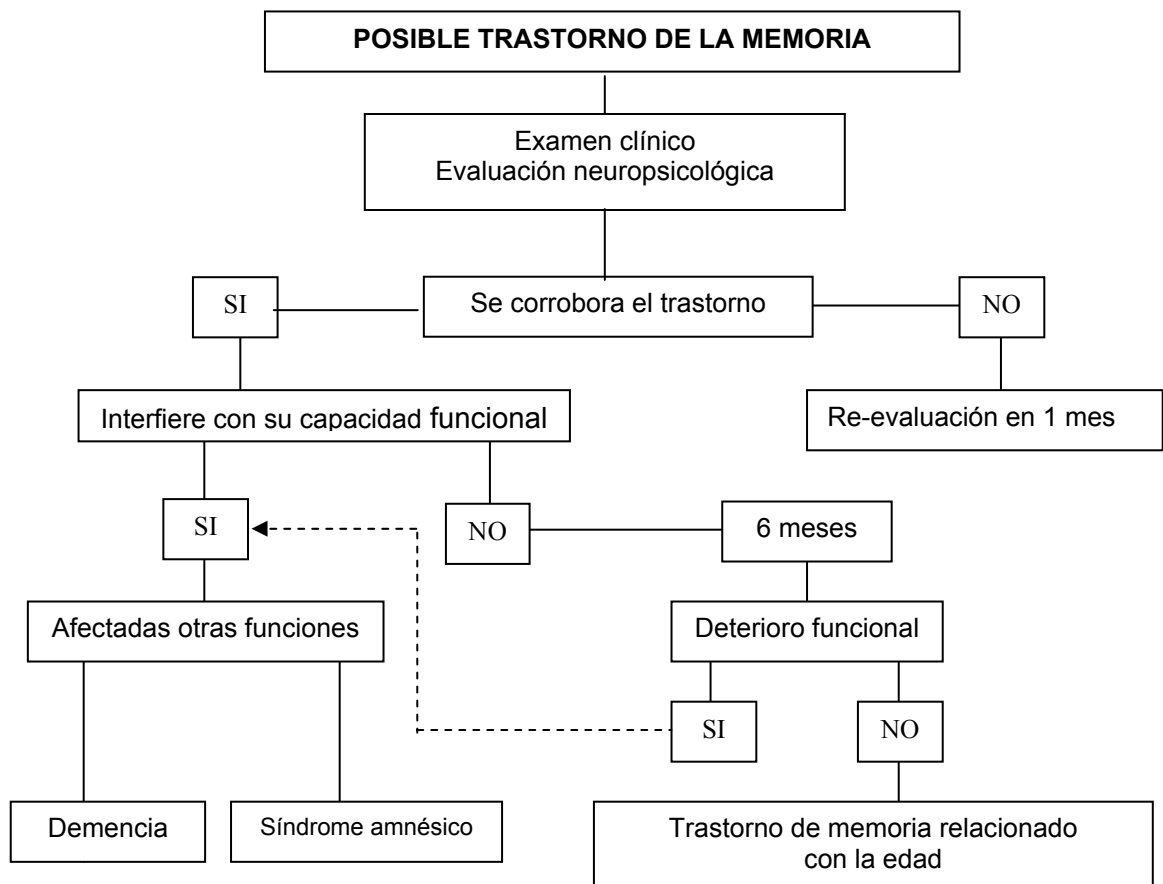
EXISTEN SUJETOS EN QUIENES EL TRASTORNO DE LA MEMORIA ES MUY LIGERO:

- Puede que estemos asistiendo a un sujeto en los estadios iniciales de una demencia.
- Puede ser un trastorno de la memoria relacionado con la edad.
- En algunos casos, el trastorno se limita a la memoria y entonces, se debe considerar que el paciente presenta un síndrome amnésico.
- Una re-evaluación en 6 meses, permitirá en la mayoría de estos casos constatar la progresión del trastorno, aunque a veces se requiere un tiempo de observación mayor para estar seguros del diagnóstico de demencia.
- En los casos de trastorno de la memoria relacionados con la edad, el mismo no progresa significativamente y no interfiere con la capacidad funcional del adulto mayor.

ALGUNOS TRASTORNOS PUEDEN SIMULAR LA PRESENCIA DE UN SÍNDROME DEMENCIAL

- Aunque los pacientes con un síndrome demencial, pueden sufrir un *estado confusional agudo*, hay que tener en cuenta que no se puede realizar un diagnóstico de demencia durante este cuadro. Es frecuente que pacientes mayores puedan presentar trastornos cognitivos asociados a la confusión mental y una vez resuelta esta, desaparecen (para las diferencias entre ambos síndromes, ver capítulo de delirium).
- Es posible que *cuadros depresivos* sean capaces de dar la impresión diagnóstica de un síndrome demencial. La diferenciación diagnóstica, es muy difícil en ocasiones. Además, es también muy común que coexistan ambos cuadros en el mismo paciente. Ante la duda diagnóstica, se recomienda el tratamiento intensivo de la depresión y una reevaluación más adelante.
- Algunas *condiciones biológicas (trastornos de los sentidos) o sociales (analfabetismo o subescolaridad)* pueden ofrecer también dificultades al momento del diagnóstico.

DIAGRAMA 28.1. ALGORITMO DIAGNÓSTICO PARA LOS TRASTORNOS DE LA MEMORIA



DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

Una vez identificado el síndrome, se trata entonces de buscar ante todo el diagnóstico etiológico de forma que se garantice en este proceso el mayor costo-beneficio posible. *El diagnóstico del trastorno de la memoria y del síndrome demencial, se basa en el examen clínico, sin embargo para identificar la causa, los estudios complementarios de laboratorio son esenciales. La ejecución de tales estudios necesita de la referencia al siguiente nivel de atención.*

Aunque el diagnóstico de la **Enfermedad de Alzheimer**, se basa en gran medida en la exclusión de otras causas de demencia, las pistas que se ofrecen a continuación pueden ser de utilidad:

- Instalación insidiosa y curso progresivo con una evolución entre 7 y 12 meses.
- Patrón clínico caracterizado por declinación progresiva de la memoria reciente y afectación posterior de otras áreas cognitivas como el lenguaje, praxia, percepción visuoespacial y juicio.
- Estudios de imagen cerebral con atrofia cortical, más acentuada en el hipocampo y sin alteraciones importantes de la sustancia blanca.
- Ausencia de otras causas identificables de demencia.

El principal diagnóstico diferencial de la Enfermedad de Alzheimer, son las **demencias de origen vascular**, las cuales pueden tener un comportamiento clínico muy heterogéneo, ya que se relacionan con diversos mecanismos fisiopatológicos.

Su comienzo puede ser abrupto y la evolución a saltos como en la mayoría de las enfermedades cerebrovasculares, sin embargo, también puede aparecer de forma insidiosa y tener un curso progresivo similar al de la enfermedad de Alzheimer. El examen neurológico puede poner en evidencia signos neurológicos focales, pero en algunos casos con demencia vascular, estos pueden no estar presentes.

Es común que estos pacientes tengan factores de riesgo vascular como hipertensión, diabetes, hiperlipidemia, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares previas, entre otros. Los estudios de neuroimagen suelen demostrar infartos múltiples o infartos únicos con una ubicación estratégica, así como cambios en la sustancia blanca subcortical.

En esencia, el diagnóstico de demencia vascular, debe basarse en los siguientes postulados:

- A.- Presencia de demencia.
- B.- Presencia de enfermedad cerebrovascular.
- C.- Los puntos A y B deben estar relacionados.

Recientemente se ha identificado a la **Enfermedad por Cuerpos de Lewy Difusa** como una causa frecuente de demencia, su diagnóstico se basa en los siguientes elementos:

- Deterioro cognitivo similar al de la Enfermedad de Alzheimer.
- Síntomas psiquiátricos, especialmente alucinaciones e interpretaciones delirantes de la realidad.
- Curso fluctuante del deterioro cognitivo y de los síntomas psiquiátricos.
- Susceptibilidad para desarrollar un síndrome neuroléptico maligno con el uso de antagonistas dopaminérgicos.
- Signos extrapiramidales (parkinsonismo) y deterioro precoz de la marcha.
- No mejoría del parkinsonismo con la levodopa.

LISTA DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LA DEMENCIA

- Biometría hemática completa.
- Hemoquímica completa.
- Examen general de orina.
- Serología (lúes, SIDA).
- Radiografía de tórax.
- Electrocardiograma.
- Determinación de B₁₂ y folato.
- Determinación de hormonas tiroideas.
- Tomografía axial computada de cráneo.

INDICACIONES PARA LA EJECUCIÓN DE ESTUDIOS DE NEUROIMAGEN (TAC)

- Sujeto menor de 60 años.
- Tratamiento anticoagulante.
- Trauma cráneo-encefálico reciente.
- Historia de cáncer.
- Síntomas o signos neurológicos focales.
- Deterioro cognitivo acelerado.
- Triada de Adams (demencia, incontinencia y trastornos de la marcha).
- Marcha atáxica.

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

Cuando la causa del trastorno cognitivo tiene un tratamiento específico, este debe comenzarse lo antes posible, ya que cuando la curación es tardía, el paciente queda con un deterioro neurológico permanente. Lamentablemente, un grupo importante de enfermedades como la Enfermedad de Alzheimer y la Enfermedad por Cuerpos de Lewi Difusa carecen hasta el momento de tratamiento específico. (Cuadro 28.2)

CUADRO 28.2. TRATAMIENTO DE LA CAUSA DEL TRASTORNO COGNITIVO

Causa	Tratamiento
Vascular	Antiagregantes, anticoagulantes Control de factores de riesgo
Hidrocefalia normotensa	Derivación de LCR
Hematoma subdural	Evacuación quirúrgica
Alcoholismo	Supresión
Encefalopatías metabólicas	Corrección del trastorno
Encefalopatías por drogas	Supresión de las drogas
Infecciones del SNC	Antimicrobiano específico

TRATAMIENTO DEL TRASTORNO COGNITIVO

El déficit colinérgico parece ser el trastorno neuroquímico más relacionado con la afectación de la memoria, especialmente en la enfermedad de Alzheimer. Esto ha conducido al empleo de agonistas colinérgicos, entre los que se destacan el donepezilo y la rivastigmina, drogas que incrementan la disponibilidad de la acetilcolina al inhibir su degradación por la acetilcolinesterasa.

TRATAMIENTO DE LAS ALTERACIONES CONDUCTUALES ASOCIADAS:

La depresión debe tratarse con drogas antidepresivas que no tengan efecto anticolinérgico, por lo tanto debe evitarse empleo de tricíclicos y usar preferiblemente bloqueadores selectivos de la recaptación de serotonina como el fluoxetine.

Para el tratamiento de la agitación psicomotora y de los trastornos del sueño, remitimos al lector al capítulo sobre delirium.

REHABILITACIÓN

Los pacientes con trastornos ligeros o moderados de la memoria, son susceptibles de beneficiarse de programas designados para establecer rutinas compensatorias que le permitan superar sus trastornos en la vida cotidiana. Este entrenamiento cognitivo y de rehabilitación de la memoria, se basa en la identificación de los déficits funcionales específicos y la intervención a través de diversas estrategias, por ejemplo el empleo de un “libro de memoria”, que es una colección de oraciones simples y dibujos que dan pistas a la persona, con nombres y otros hechos que le facilitan la conversación. La estimulación social, los ejercicios y los programas para mantener o reforzar hábitos de alimentación e higiene son importantes también.

El proveedor primario de salud, está particularmente bien ubicado para reconocer los indicios tempranos de deterioro cognoscitivo en pacientes de edad. Una vez concluido el proceso de diagnóstico y establecida la presencia de demencia, deben establecerse varias medidas para asegurar el bienestar del paciente: (Cuadro 28.3).

CUADRO 28.3. EL ROL DEL PROVEDOR PRIMARIO DE SALUD EN EL CUIDADO DEL ENFERMO CON DEMENCIA

En etapas tempranas	En etapas avanzadas
<ul style="list-style-type: none">• Discutir el diagnóstico con el paciente y sus cuidadores.• Eliminar cualquier medicación que pueda interferir con la cognición.• Informar al paciente acerca de las implicaciones legales de la afección.• Evaluar la capacidad del paciente para conducir y asumir o mantener otras responsabilidades aún vigentes.• Referir al paciente y sus cuidadores a la Asociación de Alzheimer local.• Discutir la pertinencia de la evaluación genética de los familiares.• Dar tratamiento sintomático¹ para el déficit cognoscitivo.• Preparar con el paciente las directrices anticipadas con respecto a lo que habrá de ser su cuidado terminal.	<ul style="list-style-type: none">• Conducir al cuidador primario a estimular las capacidades remanentes de la persona.• Monitorear y tratar los síntomas neuropsiquiátricos.• Proponer opciones de apoyo para el cuidador (centros de día, grupos de apoyo).• Evaluar la salud y el bienestar del cuidador primario.• Planear y preparar cuidadosamente la decisión de institucionalizar.

¹ El tratamiento sintomático incluye el uso de recordatorios visuales como rótulos, libretas de bolsillo con información vital, etc.

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

El abordaje del paciente con una posible demencia o deterioro cognitivo requiere de un equipo multidisciplinario, incluyendo a la familia, en el proceso diagnóstico y de tratamiento.

PREVENCIÓN

- La detección precoz del trastorno cognitivo es importante, ya que si la causa es tratable, puede detenerse la progresión y evitar que el paciente quede con una incapacidad importante.
- La prevención secundaria, se basa en el diagnóstico precoz, el adulto mayor de quien se sospecha un trastorno cognitivo, debe ser examinado cuidadosamente por un profesional capacitado.
- De acuerdo con la causa del deterioro de la memoria, pueden establecerse algunas pautas generales de prevención primaria. Así, el control de los factores de riesgo vascular, pueden evitar el desarrollo de una demencia de este tipo; el buen manejo de las drogas previene un trastorno de memoria relacionado con ellas y la precaución en relación con los traumatismos craneales, es importante para evitar un hematoma subdural.
- Se ha señalado que un nivel educacional elevado y una actividad intelectual intensa se relacionan con una menor frecuencia de demencia . Aunque esto no está claramente demostrado, estimular que los adultos mayores mantengan su mente activa pudiera ser una medida profiláctica de utilidad que no aportaría ningún perjuicio.

3.3.- ATENCIÓN A LOS CUIDADORES

- Lamentablemente, en muchos pacientes, el trastorno cognitivo no es reversible y ellos requieren cuidados crónicos que permitan su alimentación e higiene, eviten accidentes y controlen su conducta. Si además, el cuidador lo estimula a realizar actividades físicas y sociales y entrenamiento cognitivo, el paciente podrá enfrentar mejor su situación. Esto puede ser difícil de lograr, ya que habitualmente los familiares o personas que cuidan al paciente no están preparados para tan compleja y prolongada función.
- Los cuidadores, con frecuencia abandonan sus necesidades personales de salud y distracción y es común que por estas razones, mueran incluso antes que el enfermo. Por otro lado, a veces adoptan posturas negligentes e incluso agresivas y violentas.
- Muchos de estos pacientes son enviados a instituciones para el cuidado de enfermos crónicos, sin embargo, puede ser más útil y económico el disponer de centros de atención diurna que brinden cuidados cotidianos donde un grupo de profesionales estimule la realización de actividades mentales y físicas. Esto puede permitir al cuidador trabajar y realizar alguna actividad independiente, aliviando sus tensiones y mejorando su actitud ante el cuidado del enfermo.

3.4.- INDICACIONES DE REFERENCIA AL NIVEL SUPERIOR DE RESOLUCIÓN Y ATENCIÓN

- Cuando por primera vez se establece el diagnóstico de demencia, conviene que el enfermo sea evaluado de la manera más completa posible y por ello se aconseja su referencia al segundo nivel de atención.
- Cuando se está frente a un enfermo en un estado avanzado de deterioro, la prioridad es la atención de las manifestaciones del padecimiento y sus complicaciones y el diagnóstico diferencial, queda en segundo término.
- Si se trata de un enfermo candidato a recibir tratamiento específico con agentes colinérgicos por sospecha de enfermedad de Alzheimer, conviene que el diagnóstico sea confirmado por el especialista antes de iniciar el fármaco.
- Si hay sospecha de daño vascular cerebral por fenómenos embólicos, también se requiere la evaluación especializada para precisar la eventual indicación de anticoagulación.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- Asegúrese siempre de que no se trata de una depresión simulando una demencia.
- El diagnóstico de demencia, no debe conducir a una actitud de nihilismo terapéutico.
- El diagnóstico global, el entrenamiento y el apoyo de los familiares mejoran indiscutiblemente la calidad de vida de los pacientes.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

Asociación Internacional de la Enfermedad de Alzheimer's. www.alz.co.uk .

Adams RD, Victor M, Ropper A: Principles of Neurology. Sixth Edition, Mc Graw-Hill, 1997.

Beers, Mark y R. Berkow, The Merck Journal of Geriatrics. Dementia. 2000. Versión electrónica: www.merck.com/ubs/mm_geriatrics/

Cacabelos R: Enfermedad de Alzheimer. JR Prous Editores, Barcelona, 1997.

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. (1995) Publicada por la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington,D.C.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition (DSM-IV) (1994) published by the American Psychiatric Association, Washington, D.C.

El Instituto Merck de Envejecimiento y Salud: Took kit sobre Pérdida de la Memoria.
www.miahonline.org/tools/

Fundación Novartis para Estudios Gerontológicos: www.healthandage.com , en la sección Health Centers, encontrará una sección sobre Alzheimer's Disease and Related Disorders.

Kane, Robert L., J. Ouslander, I. B. Abrass, Geriatria Clínica. 3a. Edición. México: MacGraw-Hill Interamericana, publicación de PALTEX, Organización Panamericana de la Salud. 1997: 83-91.

Reuben DV, Yoshikawa TT Besdine RW: Geriatrics Review Syllabus. Third Edition. American Geriatric Society. New York. 1996