

Aspectos clínicos y terapéuticos contemporáneos de las demencias

Dra. Tania Tello Rodríguez

*Médico Geriatra, Magíster en Geriatría y Gerontología,
Miembro del Instituto de Gerontología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia,
Docente Facultad de Medicina, UPCH
Presidenta de la Sociedad Peruana de Geriatría-SOPERGER*

Introducción

Los “problemas de memoria” son una queja frecuente en las personas adultas mayores, la cual puede ser reportada por el propio paciente, familiares o cuidadores, siendo necesario investigar cual es la etiología. A pesar del mejor entendimiento de la fisiopatología de las demencias, el pilar del manejo sigue siendo sintomático y con niveles de evidencia variables (1).

La demencia o Trastorno Neurocognitivo Mayor (TNCM) tiene impacto en la persona adulta mayor, en la familia, en su entorno social y laboral y en toda la sociedad; las personas que la padece tienen dificultad para vivir independientemente y en el funcionamiento social y ocupacional: a mayor severidad de la demencia mayor dependencia. Es una de las principales causas de discapacidad al final de la vida. (1)

La población adulta mayor con Demencia es una población heterogénea, que pueden tener comorbilidades asociadas o no, dependencia funcional leve, moderada o severa, soporte social adecuado o no, por lo que es necesario realizar una Valoración Geriátrica integral para poder intervenir y brindar una mejor calidad de vida tanto al paciente como a la familia.

Epidemiología

Existe una mayor incidencia de Demencia a mayor edad, existiendo un mayor incremento a partir de los 80 años en los diferentes continentes. Se estima más de 9,9 millones de casos nuevos de demencia cada año en todo el mundo (2).

El deterioro cognitivo mínimo se asocia con un mayor riesgo de progresión a demencia en la mayoría de los estudios, con tasas de progresión del 10% al 15% por año, en comparación con el 1% al 2,5% entre los adultos mayores cognitivamente sanos. (3)

Trastorno Neurocognitivo mayor (Demencia)

Los criterios diagnósticos según el DSM-5* son:

- a. Evidencia de una sustancial declinación cognitiva de un nivel previo de mayor desempeño en uno o más de los dominios cognitivos (aprendizaje y memoria, atención compleja, función ejecutiva, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social).
- b. Los déficits cognitivos son suficientes para interferir con la independencia del paciente (por ejemplo, requieren asistencia para las actividades instrumentales de la vida diaria, tareas complejas como manejo de la medicación o dinero).

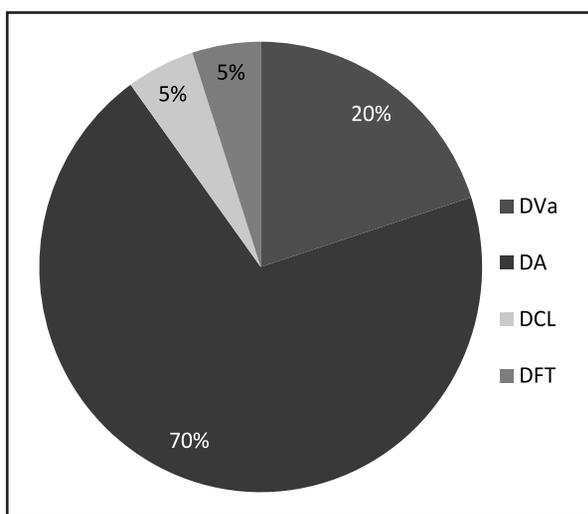
* American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th. Edition (DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013. (4)

- c. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un delirio.
- d. Los déficits cognitivos no son atribuibles de forma primaria a la presencia de otros trastornos mentales (ejemplo: trastorno depresivo mayor, esquizofrenia)

Tipos de Demencia

La enfermedad de Alzheimer representa el 50-75%, seguido por la Demencia vascular en un 20%, Demencia por cuerpos de Lewy en un 5% y Demencia frontotemporal en un 5%. (5). Figura 1

Figura 1. Tipos de Demencia



DVa= Demencia Vascular, DA: Demencia Alzheimer, DCL=Demencia por cuerpos de Lewy, DFT=Demencia Fronto temporal.

Modificado de Cunningham EL, McGuinness B, Herron B, Passmore AP. Dementia Review. Ulster Med J 2015;84(2):79-87

Evaluación de la persona adulta mayor con quejas de memoria

Cuando se evalúa a una persona adulta mayor, tiene que realizarse una Valoración Geriátrica Integral (VGI), esto es un proceso diagnóstico multidimensional (físico, funcional, afectivo, mental, socioeconómico) e interdisciplinario con la finalidad de priorizar problemas e intervenir, logrando así una mejor calidad de vida en esta población. La mejora de la funcionalidad, preservarla o evitar su deterioro es el objetivo primordial en la persona adulta mayor con quejas de memoria u otra patología.

La evaluación de la persona adulta mayor con quejas de memoria incluye los siguientes aspectos:

1. Historia Clínica: Anamnesis y exploración física
 - 1.1 Evaluación del estado funcional
 - 1.2 Evaluación o Examen del Estado Mental
2. Exámenes Auxiliares y Neuroimágenes

1. Historia clínica

Es necesaria una anamnesis cuidadosa sustentada por el paciente, familiares y cuidadores, en la cual se exploran los cambios cognitivos, de comportamiento y cambios funcionales. Interrogar sobre comorbilidades, antecedentes de enfermedades cardiovasculares, hábitos nocivos, antecedentes de traumatismo encéfalo-craneano, medicación habitual como uso de fármacos anticolinérgicos, psicotrópicos y benzodiacepinas.(5)

Asimismo, efectuar una exploración física completa en búsqueda de arritmias cardíacas (fibrilación auricular), presencia de déficits neurológicos focales, signos de enfermedad de Parkinson, trastornos de la marcha y equilibrio.

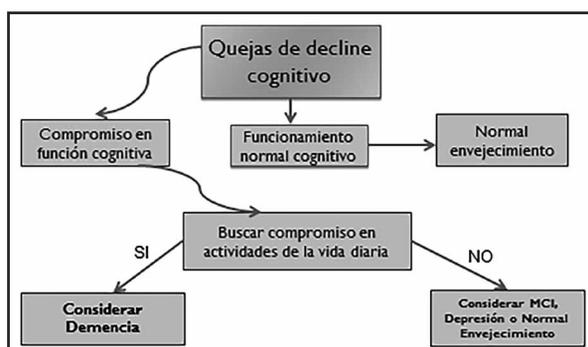
En diferentes estudios se evidencia la asociación entre fibrilación auricular y riesgo de Demencia, ambos cuadros comparten factores de riesgo comunes, por lo que el tipo de anticoagulación, tiempo y diferentes estrategias para el control del ritmo cardíaco pueden influenciar en el riesgo de demencia. (6)

1.1. Evaluación de la Funcionalidad.

La funcionalidad es la capacidad que tienen las personas adultas mayores para realizar sus actividades de la vida diaria; dentro de ellos se tienen actividades básicas e indispensables para sobrevivir y denotan autonomía e independencia elementales, tales como bañarse, vestirse, trasladarse, ir al retrete, alimentarse, controlar esfínteres; actividades instrumentales, las que son necesarias para vivir de una manera independiente, útiles en la detección de primeros grados de deterioro de la funcionalidad tales como usar medios de transporte, preparar comidas, ser responsable de su medicación, manejos de dinero, cuidado de su casa, usar el teléfono, y las actividades avanzadas que permiten desarrollar un papel social, mantener una buena salud mental y una excelente calidad de vida, tales como hacer deporte, participación social, viajes, etc. (7)

Si una persona tiene quejas de memoria, es necesario evaluar si ello compromete sus actividades de la vida diaria; cuando el deterioro cognitivo compromete las actividades de la vida diaria, estamos frente a un paciente que tiene Demencia o Trastorno Neurocognitivo mayor, pero si éstas no están alteradas se tiene un Trastorno Neurocognitivo menor, un deterioro cognitivo mínimo, depresión o un envejecimiento normal. (Figura 2) (8)

Figura 2. Evaluación inicial del Deterioro cognitivo



MCI: Deterioro cognitivo mínimo

Modificado de Shaji et al: Management of Dementia Indian J Psychiatry. 2018 Feb; 60 (Suppl 3)S312-S328.

La valoración funcional en la demencia es compleja ya que va a ser la expresión de múltiples interacciones. El deterioro funcional va a ser consecuencia no solo de la parte cognitiva sino de las comorbilidades y del compromiso de la parte sensorial.

Evaluar la funcionalidad es muy importante porque su deterioro está asociado a mayor riesgo de mortalidad, mayor número de ingresos hospitalarios y estancias prolongadas, mayor número de visitas médicas y consumo de fármacos, mayor riesgo de institucionalización y necesidad de recursos sociales. (9)

La valoración de la funcionalidad es una herramienta fundamental para planificar cuidados, ejemplo, si un paciente es dependiente total, necesitará cuidados las 24 horas del día.

El grado de dependencia de las personas adultas mayores se correlaciona con la morbilidad, la mortalidad y la sobrecarga del cuidador, ésta última es muy importante evaluar para poder intervenir y mejorar la calidad de vida no solamente del paciente sino del cuidador y de la familia. (9)

Existen diferentes escalas para valorar funcionalidad y dentro de ellas algunas que no han sido diseñadas exclusivamente para pacientes con demencia, pero que son usadas en la evaluación geriátrica, como son las escalas de Lawton y Brody para las actividades instrumentales y las escalas de Barthel y Katz para las actividades básicas. Algunas han sido diseñadas para pacientes con demencia en la comunidad o en centros de larga estancia. (9)

Es necesario que éstas escalas sean validadas en nuestro medio ya que éste está influenciado por la cultura de la población; en el caso de las actividades instrumentales surge de condiciones culturales, geográficas y de estilos de vida, por ejemplo si a un varón le preguntamos si cocina, podría contestar que no, pero no es que no lo pueda hacer sino que la condición en la que viven él y su familia hacen que esas actividades sean realizadas por miembros del género femenino.(10)

1.2. La evaluación cognitiva

En la evaluación cognitiva, el grado de instrucción o nivel educativo es muy importante, por lo que es necesario que las escalas que utilizemos sean validadas en nuestro medio.

Según el Instituto Nacional de Estadística, hasta el 2018, el 14.3% de los adultos mayores a nivel nacional no tiene ningún nivel de instrucción o solo tienen nivel inicial, primaria el 40.6%, y a nivel rural las mujeres son las que tienen más altas tasas llegando hasta un 40% que son iletradas.(11)

En nuestro país el 71.1% de la población de 60 años a más de edad tiene como lengua materna el castellano, pero hay un 28.1% cuya lengua materna es el quechua, aymara u otra lengua nativa, de tal modo que si se aplica un test cognitivo en una zona rural donde se habla estas lenguas, el instrumento debería ser validado previamente para la lengua utilizada en esta población. (10)

Pruebas de Tamizaje

El MiniMental Status Examination (MMSE) es una prueba de tamizaje ampliamente estudiada, toma un tiempo de 7 a 10 minutos para su aplicación, tiene sesgo por educación, lenguaje, cultura, compromiso sensorial, y valores menores de 24 son sugestivos de demencia, (12)

El Montreal Cognitive Assessment (MoCA), diseñado para evaluar deterioro cognitivo mínimo, accesible en muchos idiomas, tiene sesgo porque se necesita tener 12 años a más de educación y su tiempo de administración es mayor de 10 minutos. (12).

Mini-Cog, con sus dos componentes, recuerdo de tres ítems y la prueba del dibujo de un reloj; tiene una sensibilidad de 76 a 99% y especificidad 89 a 96%, ha sido desarrollado y validado en atención primaria y en múltiples lenguas y culturas, tiene poco o ningún sesgo de educación, lenguaje o raza, el tiempo de administración es corto (2 a 4 minutos); dentro de sus limitaciones está que el uso de diferentes listas de palabras puede afectar los resultados. (12,13,14).

El cuestionario de Pfeiffer es un test de 10 preguntas que evalúa memoria, es menos influido por nivel educativo y etnia, se puede aplicar a personas iletradas y es un test que se está utilizando como tamizaje en la Historia Clínica del Adulto Mayor (VACAM) en servicios de atención primaria del Ministerio de Salud en nuestro país. (15)

En el Perú se ha llevado a cabo también la validación de la prueba de Dibujo del Reloj (versión de manos) como tamizaje para Demencia, con un punto de corte de 7, tiene una sensibilidad de 99% y una especificidad de 83%. (16)

Custodio realizó la validación del Test de Alteración de la memoria (TAM) para detectar deterioro cognitivo leve y Enfermedad de Alzheimer en estadios iniciales en población de bajo nivel de instrucción; encontró que el punto de corte de 35 puntos tiene una sensibilidad de 99,2% y sensibilidad de 91,1% para diferenciar deterioro cognitivo leve amnésico de aquellos con un estadio clínico sano; un punto de corte de 26 puntos tuvo una sensibilidad de 100% y una especificidad de 97,5% para diferenciar Enfermedad de Alzheimer en estadios iniciales de deterioro cognitivo leve amnésico. (17). Para utilizar este instrumento es necesario que el probando tenga más de 4 años de instrucción.

Las pruebas neuropsicológicas

Los test neuropsicológicos evalúan múltiples dominios cognitivos (atención, orientación, función ejecutiva, memoria verbal, memoria espacial, lenguaje, cálculo, etc) y determinan los perfiles cognitivos de cada tipo de

demencia. En nuestro país son pocos los centros que cuentan con estos profesionales para poder conducir estas pruebas. (1)

Las pruebas ideales para la detección del estado mental deben ser breves y tener un buen rendimiento en poblaciones con diferentes antecedentes culturales, lingüísticos y educativos. (1,12).

2. Exámenes auxiliares y Neuroimágenes

En la evaluación es necesario solicitar exámenes séricos de hemograma, urea, creatinina, electrolitos séricos, dosaje de hormonas tiroideas, calcio, Vitamina B12, HIV, VDRL, así como un estudio electrocardiográfico.

Tomografía y/o Resonancia Magnética Cerebral, son necesarios como parte del estudio del deterioro cognitivo, sobre todo cuando éste es agudo y rápido, para identificar pacientes que tengan hematoma subdural, hidrocefalia de presión normal, cáncer tratable o accidente cerebrovascular. (18)

En los hallazgos de la Resonancia Magnética cerebral en la Enfermedad de Alzheimer, se puede encontrar tanto atrofia generalizada como focal y cambios en el volumen del hipocampo. La Tomografía por Emisión de Positrones (PET) es utilizada en áreas de investigación y para evaluar casos complejos. (18)

La biopsia cerebral se reserva para pacientes más jóvenes y para aquellos con presentaciones atípicas. La punción lumbar con estudio de biomarcadores específicos y PET han hecho que la biopsia cerebral sea menos necesaria. (18)

Diagnóstico

El trastorno neurocognitivo mayor se diferencia del trastorno neurocognitivo menor porque en el primero las dificultades cognitivas alteran o afectan seriamente sus actividades de la vida diaria.

El TNM puede ser clasificado como Leve, cuando existe alteración en las actividades instrumentales de la vida diaria, Moderado si se afecta algunas actividades básicas de la vida diaria y Severo si es dependiente total para las actividades básicas de la vida diaria. (19)

En el diagnóstico diferencial, se tiene que diferenciar Demencia de Delirio y Depresión. La Demencia es de inicio gradual, progresivo, con compromiso de las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria, el Delirio en cambio es de inicio agudo, fluctuante en el que existe compromiso en la atención y que en la gran mayoría se resuelven en pocos días, y Depresión en la que los pacientes mencionan pérdida de la memoria, disminución de la concentración, y del ánimo.(18)

Existen cuadros demenciales potencialmente reversibles y el acrónimo en inglés a continuación permite listar tales condiciones: (20)

D (drogas o fármacos)	:Anticolinérgicos, cimetidina, digoxina, teofilina
E	:Compromiso visual y de oídos
M	:Disturbios metabólicos y electrolíticos, deficiencias de vitaminas
E	:Emociones, depresión
N	:Hidrocefalia a presión normal (ataxia, demencia, incontinencia)
T	:Tumores o otras lesiones cerebrales
I	:Infecciones del sistema nervioso central, Sífilis, HIV
A	:Fibrilación auricular, alcoholismo
S	:Apnea del sueño

Fragilidad cognitiva

Fragilidad es un estado de vulnerabilidad que ante pequeños estresores desencadena eventos adversos como hospitalización, caídas, mayor estancia hospitalaria, mortalidad.

En la comunidad, aproximadamente el 7% de los adultos mayores son frágiles según los criterios de Linda Fried: pérdida intencional de peso de al menos un 5% en el último año, cansancio, baja actividad física, lentitud de la marcha y debilidad muscular; considerando que un sujeto es frágil si cumple tres o más criterios, prefrágil si cumple uno dos, y no frágil si no cumple ninguno de ellos (21).

En los últimos años se ha definido Fragilidad cognitiva como la presencia de Fragilidad física más compromiso cognitivo (CDR = 0.5) en ausencia de Demencia. La fragilidad cognitiva está asociada en el tiempo con la presencia de Demencia y de otros eventos adversos como hospitalización, dependencia funcional y mortalidad. (22,23)

Los síntomas psicológicos y de conducta son comunes en los pacientes con Demencia, y depende también del tipo de Demencia; estos síntomas son más perturbadores que el compromiso cognitivo y están asociados a incremento del uso de los servicios de salud, institucionalización temprana, mayor morbilidad y mortalidad, mayor sobrecarga del cuidador y depresión. (24)

Tratamiento

Los objetivos del tratamiento son preservar la funcionalidad e independencia, prevenir la progresión del deterioro cognitivo y brindar al paciente una mejor calidad de vida.

Es necesario que el médico discuta con el paciente, familia y cuidadores cuáles son las metas cognitivas, funcionales y conductuales antes de iniciar un manejo farmacológico; además es necesario educar a la familia, capacitar al cuidador en la atención y prevención de riesgos, terapia ocupacional, manejo preventivo de los trastornos de conducta, así como planificar los cuidados en etapas terminales de la enfermedad. (13).

En el tratamiento farmacológico de la Demencia tenemos a los Inhibidores de Colinesterasa como Donepezilo, Rivastigmina y Galantamina, los cuales pueden ser usados para todos los estadios de Demencia por Enfermedad de Alzheimer; mientras que Donepezilo y Rivastigmina puede ser usado en Demencia debido a Enfermedad por Parkinson y Enfermedad por cuerpos de Lewy.(8)

Los antagonistas de los receptores NMDA como la memantina son utilizados para el tratamiento de Demencia tipo Alzheimer, moderada a severa. (8)

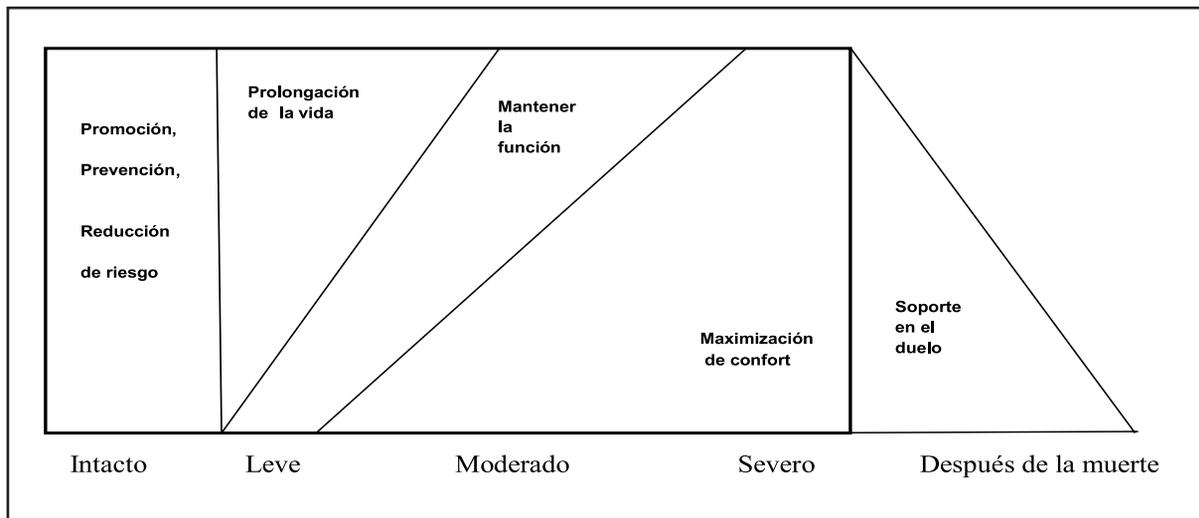
En una revisión sistemática sobre las intervenciones farmacológicas (antidemenciales, antihipertensivos, AINES, Acido acetilsalicílico, terapia de reemplazo hormonal, hipolipemiantes, hipoglicemiantes), para prevenir o retrasar la declinación cognitiva, se encontró

que los tratamientos farmacológicos estudiados no son efectivos para la protección cognitiva en personas con cognición normal o deterioro cognitivo mínimo, las limitaciones de este estudio son el tiempo corto de seguimiento y resultados cognitivos inconsistentes.(25)

El tratamiento no farmacológico es muy importante, debe maximizarse la independencia funcional, proporcionar seguridad a la persona mayor, a la familia, apoyo al cuidador, soporte nutricional y planificación de cuidados posteriores. (26)

Los objetivos de cuidados y prioridades en el curso de la Demencia varían en el tiempo, cuando la persona tiene intacta la cognición se tiene que hacer promoción y prevención de la salud para disminuir el riesgo de llegar a un deterioro cognitivo; en el paciente que ya tiene un deterioro cognitivo leve se tiene que mantener la funcionalidad y prolongar la vida, en los que tienen deterioro cognitivo moderado lo más importante es mantener el confort, maximizar su funcionalidad y prolongar la vida y si estamos ante un deterioro cognitivo severo lo fundamental es mantener el confort. Existe una etapa final que es el duelo, durante el cual se tiene que seguir dando soporte a la familia ante la pérdida del ser querido. (26). (Figura 3)

Figura 3. Objetivos de cuidado y prioridades a través del curso de la Demencia



Modificado de North West Coast Strategic Clinical Network. Palliative Care Guidelines in Dementia 2da. Edition, March 2018; pg 10

Referencias

1. Shaji et al: Management of Dementia. Indian J Psychiatry. 2018 Feb;60(Suppl 3).
2. Informe Mundial sobre el Alzheimer 2015. Las consecuencias de la demencia análisis de prevalencia, incidencia, coste y tendencias. Alzheimer's Disease International (ADI), Londres. 2015, pg 10.
3. Plassman B, Langa K, Fisher G, Heeringa S. Prevalence of Cognitive Impairment without Dementia in the United States. Ann Intern Med. 2008 March 18; 148(6): 427-434.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th. Edition (DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
5. Cunningham EL, McGuinness B, Herron B, Passmore AP. Dementia Review. Ulster Med J 2015;84(2):79-87
6. Jacobs V, Cutler M, Day J, Bunch T. Atrial fibrillation and dementia. Trends in Cardiovascular medicine ;2015;25: 44 – 51
7. Gálvez-Cano M, Chávez-Jimeno H, Aliaga-Díaz E. Utilidad de la valoración geriátrica integral en

- la evaluación de la salud del adulto mayor. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33(2):321-7. doi: 10.17843/rpmesp.2016.332.2204.
8. Shaji K, Sivakumar P, Prasad G, Neelanjana P. Management of Dementia *Indian J Psychiatry*. 2018 Feb; 60 (Suppl 3) S312-S328.
 9. Martín Sánchez FJ et al. Valoración Funcional en La Demencia Grave. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2006;41(Supl 1):43-9
 10. Montero S. Revisión de las escalas de valoración de las capacidades funcionales en la enfermedad de Alzheimer. *Fisioterapia* 2010; 32(3):131 – 138.
 11. Instituto Nacional de Estadística. Población Adulta mayor, Perú. 2018,
 12. Hildreth K, Church S. Evaluation and Management of the Elderly Patient Presenting with Cognitive Complaints. *Med Clin N Am* 99 (2015) 311–335.
 13. Tello-Rodríguez T, Alarcón RD, Vizcarra-Escobar D. Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33(2):342-50. doi: 10.17843/rpmesp.2016.332.2211
 14. Borson S, Scanlan JM, Chen P, Ganguli M. The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51:1451.
 15. <https://www.datosabiertos.gob.pe/sites/default/files/recursos/2017/09/GUIA%20TECNICA%20DE%20LA%20HC%20DEL%20ADULTO%20MAYOR.pdf>
 16. Custodio N, García A, Montesinos R, Lira D, Bendejú L. Validación de la prueba de dibujo del reloj – versión de manos – como prueba de cribado para detectar demencia en una población adulta mayor de Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2011;28(1):29-34
 17. Nilton Santos Custodio Capuñay. Tesis para optar al grado académico de Maestro en medicina con mención en neurología, Lima 2016.
 18. Larson E. Evaluation of cognitive impairment and dementia. UpToDate, set 2018
 19. González F, Buonanotte F, Cáceres M. Del deterioro cognitivo leve al trastorno neurocognitivo menor: avances en torno al constructo. *Neurología*. 2015;7(1):51–58
 20. Little M. Reversible Dementias. *Clin Geriatr Med*. 2018 Nov;34(4):537-562. doi: 10.1016/j.cger.2018.07.
 21. Tello-Rodríguez T, Varela-Pinedo L. Fragilidad en el adulto mayor: detección, intervención en la comunidad y toma de decisiones en el manejo de enfermedades crónicas. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33(2):328-34. doi: 10.17843/rpmesp.2016.332.2207.
 22. Shimada H, Doi T, Lee S, Makizako H, Chen LK, Arai H. Cognitive Frailty and Adverse Health Outcomes: Findings From the Singapore Longitudinal Ageing Studies (SLAS). *J Clin Med*. 2018 Aug 30;7(9). pii: E250. doi: 10.3390/jcm7090250
 23. Kelaiditi E, Cesari M, Canevelli M, Abellan G. Frailty: Rational And Definition From An (I.A.N.A./I.A.G.G.) International Consensus Group. *The Journal of Nutrition, Health & Aging* ,2013;17(9)
 24. Volicer L. Behavioral Problems and Dementia. *Clin Geriatric Med*; 2018;34(4): 637-651
 25. Fink H, Jutkowitz E, McCarten R. Pharmacologic Interventions to Prevent Cognitive Decline, Mild Cognitive Impairment, and Clinical Alzheimer-Type Dementia: A Systematic Review. *Ann Intern Med*. 2018;168(1):39-51. DOI: 10.7326/M17-1529
 26. North West Coast Strategic Clinical Network. Palliative Care Guidelines in Dementia 2da. Edition, March 2018; pg 10