



Manejo inicial de la demencia

Ginés Parra García
M. Interna.
H. La Inmaculada.

RESUMEN

	Informador	Test psicométricos	Deterioro funcional
Quejas subjetivas	SI (no importancia)	-	-
Deterioro cognitivo ligero	SI	+	-
Demencia	SI	+	+

Clasificación etiológica

Primarias o degenerativas

- Alzheimer
- Lewy
- Fronto-temporales

Secundarias

- Vasculares
- Reversibles

Combinadas o de etiología mixta

- Vascular-degenerativa

Clasificación clínico-topográfica

CORTEZA

- Temporo-parietal (Alzheimer): alteración memoria, desorientación, afasia, apraxia, agnosia
- Fronto-temporal: negligencia en cuidado personal, indiferencia, desinhibición, apatía.

CORTEZA Y TRONCO:

- Demencia por cuerpos de Lewy: Fluctuaciones cognitivas, parkinsonismo, sensibilidad grave a neurolépticos (50%).
Síntomas conductuales especiales: Psicóticos, alucinaciones visuales, delirios paranoides y agitación-agresividad

Manejo inicial:

■ Historia clínica:

1. Deterioro cognitivo (paciente e informador)
2. Situación funcional - AVD
3. Síntomas conductuales
4. Control evolutivo de los síntomas

■ Exploración neuro-psicológica completa – test cognitivos.

■ Exploraciones complementarias (demencias reversibles):

1. Análisis: Hemograma, VSG, glucemia, calcio, iones, f. hepática, TSH, ac fólico, B12 y serología de LUEs.
2. Prueba de imagen: TAC craneal.

¿Qué test y escalas aplicar en pacientes con deterioro cognitivo?



Test cognitivos:

- Minimental test de Folstein (Único que permite valorar progresión)

Influido por edad, nivel de educación, explora mínimamente funciones ejecutiva.

- + Test reloj.

- Fototest (aplicable analfabetos)

Escala funcional:

- **GDS** (Global deteriorating scale)
- **FAST** (functional assesment staging)

ESCALA DE DETERIORO GLOBAL (GDS-FAST)

Estado	Fase clínica	Características FAST	Comentarios
GDS 1. Ausencia de déficit cognitivo	Normal MEC: 30-35	Ausencia de déficit funcionales objetivos o subjetivos.	No hay deterioro cognitivo subjetivo ni objetivo
GDS 2. Déficit cognitivo muy leve	Normal para su edad. Olvido MEC: 25-30	Déficit funcional subjetivo	Quejas de pérdida de memoria en ubicación de objetos, nombres de personas, citas, etc. No se objetiva déficit en el examen clínico ni en su medio laboral o situaciones sociales. Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.
GDS 3. Déficit cognitivo leve	Deterioro límite MEC: 20-27	Déficit en tareas ocupacionales y sociales complejas y que generalmente lo observan familiares y amigos	Primeros defectos claros. Manifestación en una o más de estas áreas: • Haberse perdido en un lugar no familiar • Evidencia de rendimiento laboral pobre • Dificultad para recordar palabras y nombres • tras la lectura retiene escaso material • olvida la ubicación, pierde o coloca erróneamente objetos de valor • escasa capacidad para recordar a personas nuevas que ha conocido El déficit de concentración es evidente para el clínico en una entrevista exhaustiva. La negación como mecanismo de defensa, o el desconocimiento de los defectos, empieza a manifestarse. Los síntomas se acompañan de ansiedad leve/moderada
GDS 4. Déficit cognitivo moderado	Enfermedad de Alzheimer leve MEC: 16-23	Déficit observables en tareas complejas como el control de los aspectos económicos personales o planificación de comidas cuando hay invitados	Defectos manifiestos en: • olvido de hechos cotidianos o recientes • déficit en el recuerdo de su historia personal • dificultad de concentración evidente en operaciones de resta de 7 en 7. • incapacidad para planificar viajes, finanzas o actividades complejas Frecuentemente no hay defectos en: • orientación en tiempo y persona • reconocimiento de caras y personas familiares • capacidad de viajar a lugares conocidos Labilidad afectiva Mecanismo de negación domina el cuadro
GDS 5. Déficit cognitivo moderadamente grave	Enfermedad de Alzheimer moderada MEC: 10-19	Decremento de la habilidad en escoger la ropa adecuada en cada estación del año o según las ocasiones	Necesita asistencia en determinadas tareas, no en el aseo ni en la comida, pero si para elegir su ropa. Es incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana (dirección, teléfono, nombres de familiares) Es frecuente cierta desorientación en tiempo o en lugar Dificultad para contar en orden inverso desde 40 de 4 en 4, o desde 20 de 2 en 2 Sabe su nombre y generalmente el de su esposa o hijos
GDS 6. Déficit cognitivo grave	Enfermedad de Alzheimer moderadamente grave MEC: 0-12	Decremento en la habilidad para vestirse, bañarse y lavarse; específicamente, pueden identificarse 5 subestadios siguientes: a) disminución de la habilidad de vestirse solo b) disminución de la habilidad para bañarse solo c) disminución de la habilidad para lavarse y arreglarse solo d) disminución de la continencia urinaria e) disminución de la continencia fecal	Olvida a veces el nombre de su esposa o de quien depende para vivir Retiene algunos datos del pasado Desorientación temporos espacial Dificultad para contar de 10 en 10 en orden inverso o directo Puede necesitar asistencia para actividades de la vida diaria Puede presentar incontinencia Recuerda su nombre y diferencia los familiares de los desconocidos Ritmo diurno frecuentemente alterado Presenta cambios de la personalidad y la afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad y abulia cognoscitiva)
GDS 7. Déficit cognitivo muy grave	Enfermedad de Alzheimer grave MEC: 0	Pérdida del habla y la capacidad motora Se especifican 6 subestadios: a) capacidad de habla limitada aproximadamente a 6 palabras b) capacidad de habla limitada a una única palabra c) pérdida de la capacidad para caminar solo sin ayuda d) pérdida de la capacidad para sentarse y levantarse sin ayuda e) pérdida de la capacidad para sonreír f) pérdida de la capacidad para mantener la cabeza erguida	Pérdida progresiva de todas las capacidades verbales Incontinencia urinaria Necesidad de asistencia a la higiene personal y alimentación Pérdida de funciones psicomotoras como la deambulación Con frecuencia se observan signos neurológicos

Mini-Mental State Exam

Orientación temporal

Día

Fecha

Mes

Estación

Año

Orientación espacial

Hospital o lugar

Planta

Ciudad

Provincia

Nación

Fijación

Repita estas 3 palabras hasta a

Papel

Bicicleta

Cuchara

Concentración (sólo una de las

a) Restar desde 100 de 7 en 7

b) Deletree la palabra «MUNDC

Memoria

¿Recuerda las 3 palabras que le

Lenguaje

Mostrar un bolígrafo, ¿qué es es

Repétirlo con el reloj

Repita esta frase: «Ni sí, ni no, n

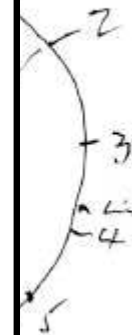
Coja este papel con la mano de

Lea esto y haga lo que dice:

CIERRE LOS OJOS

Escriba una frase:

Cople este dibujo



Antes de iniciar tratamiento....



Monoterapia de la demencia

- Empezar con dosis bajas.
- Ascenso progresivo de la dosis.
- Antes de sustituir un fármaco por otro, ajustar su dosis.
- Evitar introducir dos fármacos a la vez.
- Sólo si fracasa la monoterapia, valorar la asociación de otro fármaco.

Información a familiares

- **No** hay que esperar cambios milagrosos.
- La mejoría es parcial: se aceptará como bueno un beneficio leve en los síntomas.
- La duración de la mejoría es transitoria (6-12 meses).



Fármacos para la enfermedad de Alzheimer

- Fármacos anticolinesterásicos (IACE): rivastigmina, donepezilo, galantamina.
- Fármaco antagonista de los receptores del NMDA: memantina
- Resto son fármacos de dudosa eficacia.

Anticolinesterásicos



Eficacia de los anticolinesterásicos

- Mejoran todo tipo de **síntomas** asociados al Alzheimer, tanto cognitivos como no cognitivos.
- Mejora la **calidad de vida** del cuidador.
- Disminuye el **coste** de la enfermedad, al reducir ingresos y complicaciones.

Indicaciones de los anticolinesterásicos

- Aprobado su empleo en la EA de leve a moderada, pero no en la enfermedad severa.

Efectos secundarios:

- Los efectos secundarios disminuyen con el tiempo.
- Emplear dosis crecientes.

Eficacia a largo plazo de los anticolinesterásicos

- Demostrada su eficacia en los primeros 6-12 meses.
- No demostrada la eficacia a los 3 años.
- Pero... ¿quién le retira el tratamiento?

Prescripción de fármacos para el Alzheimer

- En todos hace falta informe del especialista (1 año de duración).
- Sólo pautarlos si un cuidador puede supervisar el tratamiento.



Estudios comparativos entre anticolinesterásicos

- Han sido comparados frente a placebo.
- Hay pocos estudios comparativos entre anticolinesterásicos.
- Están patrocinados por los laboratorios farmacéuticos (sesgados).

Cuál es el anticolinesterásico de elección

- La eficacia de los tres fármacos es muy parecida.
- Los efectos secundarios son algo menores con donepezilo oral y con rivastigmina parches.

Cuándo se deben suspenderlos anticolinesterásicos

- ¿Cuánto tiempo hay que mantenerlos?
 - es difícil de saber
 - si empeora puede ser debido a la progresión de la enfermedad o a ineficacia del tratamiento
 - en estadios avanzados se puede suspender (informar a la familia)

Memantina.

- Indicación: EA de moderada a severa.
- La memantina tiene menos efectos secundarios que los IACE. En general es muy bien tolerada.

Asociación de memantina y anticolinesterásicos

- En dos situaciones:
 - si no hay eficacia en monoterapia
 - si hay que bajar la dosis de uno de los fármacos por efectos secundarios.
- Únicamente en demencia moderada o grave.



Tratamiento del deterioro cognitivo leve:

- Los anticolinesterásicos no evitan la progresión de DCL a Alzheimer.
 - No hay estudios con memantina.
- El uso de anticolinesterásicos y memantina no está aprobado en DCL.

Seguimiento y suspensión del tto.

Valorar la posible **interrupción del tratamiento** cuando la demencia ha alcanzado un estadio muy avanzado:

- *FAST* superior a 7c;
- índice Barthel igual a 0;
- progresión muy rápida desde el inicio;
- infecciones graves y repetidas, sin beneficio relevante con el tratamiento;
- disfagia problemática, con desnutrición y/o deshidratación; y, úlceras por presión refractarias

Se debería **considerar** en pacientes en los que continúa el deterioro a pesar de la terapia máxima.

Seguimiento cada 2-4 semanas el inicio de un nuevo tratamiento o aumento de dosis y cada 3-6 meses y continuar el tratamiento mientras la situación del paciente sea estable.

Síntomas neuro-psiquiátricos:



- Hasta el 90% de los ptes en algún momento de su enfermedad.
- Más frecuentes en la demencia avanzada (excepto la depresión).
- Ocasionan problemas sociales y familiares
- Muchas veces son el desencadenante de la institucionalización.

- Descartar causas secundarias

- Tratamiento no farmacológico
 - § Evitar las actividades desagradables y potenciar las agradables.
 - § Acondicionar el ambiente.
 - § Buena comunicación con el paciente: tranquilizarlo por el lenguaje.

- Optimizar el tratamiento con IACE

Fármacos antipsicóticos



Superioridad frente al placebo para tratar los síntomas psicóticos y la agitación agresividad, aunque con una **eficacia baja-moderada**.

Se asocian a **efectos adversos** como: sedación, signos extrapiramidales, discinesia tardía, aumento de peso, síndrome metabólico y aumento de mortalidad e ictus

Deberían usarse sólo para tratar los **síntomas moderados o graves** que causan una angustia significativa y que no han respondido a otros tratamientos

Deben utilizarse a **dosis bajas**, durante el **mínimo periodo de tiempo posible** y tras una evaluación **riesgo-beneficio** discutida con el cuidador y, cuando sea posible, con el paciente.

.

Agitación e insomnio:

■ Neurolépticos convencionales

- Clorpromazina
- Haloperidol
- Sulpirida
- Tiaprida

■ Neurolépticos atípicos

- Risperidona
- Clozapina
- Olanzapina
- Quetiapina

- Los antipsicóticos convencionales hoy son de 2ª elección en ancianos.

Risperidona

- Es el más estudiado en ancianos.
- Comparación haloperidol-risperidona
 - Risperidona más eficaz, menos efectos secundarios y más cara (x 3,5).
 - Para muchos, risperidona es de 1ª elección.
 - El único que ha demostrado claramente su eficacia.

Ansiedad e insomnio:



- **Benzodiacepinas: usos en ancianos**

- Muy utilizadas en ancianos, a pesar de sus efectos secundarios.
- Deberían de utilizarse menos, y deberían utilizarse más los neurolépticos.

Lorazepam:

- Es la benzodiacepina de vida media corta de elección en el anciano.

Ancianos con ansiedad o insomnio: ¿benzodiacepinas o neurolépticos?

- Riesgos de las BZD:
 - a corto plazo: depresión respiratoria y neurológica
 - a largo plazo: deterioro cognitivo, insomnio, delirio
- Riesgos de los neurolépticos: a largo plazo, efectos metabólicos y ACVAs.

En líneas generales, los neurolépticos son de elección sobre las BZD.

- Si se deciden utilizar BZD en el anciano:
 - emplearlas menos de 15 días
 - emplear las BZD de vida media corta (lorazepam).

Depresión



- Es habitual que aparezca al inicio de la demencia.
- No hay diferencias entre ISRS y antidepresivos tricíclicos (ADT)
 - Efectos secundarios: Mayor con ADT
 - IACE: mejoran algunos síntomas
- De elección si no mejoran con IACE: ISRS
- En ancianos se utilizan mucho, a pesar de que hay pocos estudios.
- Citalopram es de 1ª elección.
- Fluoxetina es de 2ª elección en ancianos.