



Demències. La importància de tenir una bona informació.

Servei de Medicina de la Fundació.

1 de Març de 2016

CORNELLÀ
Cuida

Amb el suport de:



¿QUE LE PASA A MI MADRE (PADRE)?

Se pierde



No camina

Adelgaza

Usa pañal

Hace cosas raras

No puede...

No sabe...

No entiende...

No conoce...

No recuerda...

Demencia o trastorno neuro-cognitivo mayor (DSM-5)

- Afecta las funciones cerebrales superiores de tipo cognitivo como consecuencia de un daño/ pérdida neuronal.
- El resultado es una afectación de la autonomía del individuo en sus actividades diarias.
- Suele afectar a personas mayores, normalmente > 60 años y con mayor intensidad a la que sería esperable por el envejecimiento normal.

CORNELLÀ
Cuida

OMS:

- Es un problema que afecta a 47,5 millones de personas.
- 7,7 millones de nuevos casos al año.
- Problema global, que se va en incrementando conforme aumenta la esperanza de vida y el consiguiente envejecimiento de la población.
- Gasto social y sanitario cada vez mayor.

CORNELLÀ
Cuida



Demencia: Conceptos claves

- **Síndrome.**
- **Adquirido.**
- **Orgánico (base neuronal).**
- **Crónico y progresivo.**
- **Deterioro de las funciones mentales superiores:**
 - * Memoria.
 - * Capacidad de pensamiento.
 - * Orientación.
 - * Compresión.
 - * Capacidad de cálculo, de aprendizaje..
 - * Lenguaje.
 - * Capacidad de juicio y evaluación.

CORNELLÀ
Cuida



Demencia: Conceptos claves

- Consecuencia: Incapacidad física, profesional, social...
- Es importante tener en cuenta que la consciencia es normal.

Distinguir demencia de los síndromes confusionales.

CORNELLÀ
Cuida

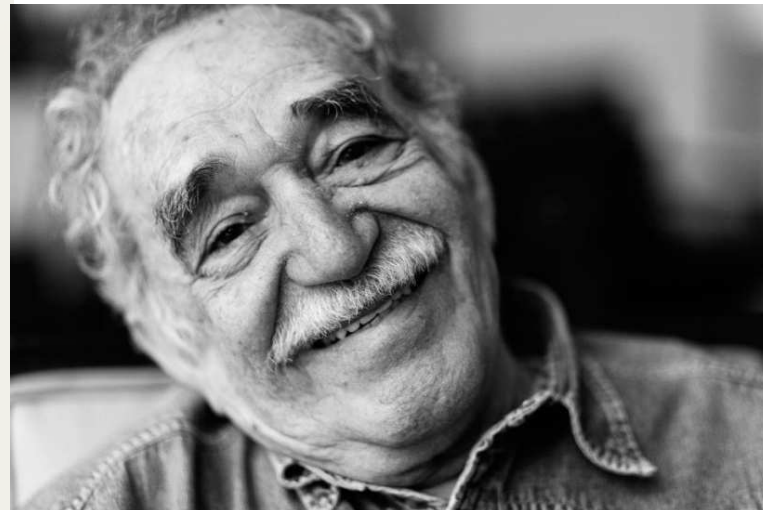


Manifestaciones clínicas:

- ETAPA INICIAL:

- Puede haber pródromos, que son manifestaciones leves y paulatinas.
- Quejas de olvidos.
- Episodios breves de desorientación en el tiempo y espacio (despistes).

CORNELLÀ
Cuida



Manifestaciones clínicas:

- ETAPA INTERMEDIA:

- Las manifestaciones son más evidentes.
- Olvidos más frecuentes sobre acontecimientos recientes.
- Episodios de desorientación más frecuentes (en el propio hogar).
- Conductas extrañas.
- Preguntas repetitivas
- Dificultades en la comunicación.
- Más necesidad de ayuda para realizar actividades habituales poco complejas.

Manifestaciones clínicas:

- ETAPA AVANZADA:

- Empeoramiento más severo de la sintomatología cognitiva.
- Memoria, aprendizaje, lenguaje, capacidad de comunicación, etc más deteriorados.
- Dificultad para caminar.
- Mayores alteraciones de conducta, en ocasiones agresividad.
- Dependencia e inactividad total.

CORNELLÀ
Cuida

Etiologia y clasificación:

-Se desconocen las causas de demencia: genes APP, PS1, PS 2...

-Dos grupos principales:

1- Demencias degenerativas primarias.

2- Demencias secundarias.

CORNELLÀ

Cuida

1- Demencias degenerativas primarias

- Son más del 90%.
- Se deben a alteraciones primarias de las neuronas con una pérdida de éstas.
- Acúmulo de proteínas anómalas en las neuronas (péptido beta-amiloide, proteína tau o la alfa-Sinucleína).

CORNELLÀ
Cuida

Demencias degenerativas primarias

Las principales son:

- **Enfermedad de Alzheimer** (60% o más del total); es la más característica.
- Degeneración del lóbulo frontotemporal.
- Enfermedad por cuerpos de Lewy.
- Demencia asociada a la enfermedad de Parkinson.
- Enfermedad de Huntington.
- Parálisis supranuclear progresiva (PSP).

CORNELEA
Cuida

2- Demencias secundarias

- El origen de la afectación neuronal se debe a causas externas al metabolismo de éstas (fuera de la neurona).

- Algunas de estas causas son potencialmente reversibles.

Demencia vascular:

Es la más frecuente de las secundarias.

- **Isquémicas:** Demencia multi-infarto, enfermedad de pequeño vaso, hipóxico-isquémicas...

- **Hemorrágicas:** Hemorragia subaracnoidea, hematoma subdural crónico...

CORNELLÀ
Cuida

Demencias secundarias

Demencias endocrino-metabólicas: por afectación de tiroides, paratiroides, suprarrenales, encefalopatía urémica, hepática, enfermedad de Wilson...

Enfermedades desmielinizantes: Esclerosis múltiple, leucodistrofias...

Procesos expansivos cerebrales: tumores, metástasis cerebrales, hidrocefalia normotensiva.

Infeciosas: SIDA, meningitis y encefalitis, neurosífilis, abscesos cerebrales...

Carenciales: Déficit de Vitamina B12, ácido fólico.

Autoinmunes.

Tóxicas: Alcohólica, intoxicación por metales pesados, algunas medicaciones...

Traumáticas: Post-TCE (HSD), traumatismos repetitivos (demencia pugilística).

Postradioterapia.

3- Demencias mixtas

- Tienen varias causas.
- La más frecuente es **la asociación de Enfermedad de Alzheimer y deterioro vascular.**

CORNELLÀ
Cuida

Particularidades de algunos tipos de demencia:

CORNELLÀ
Cuida

Enfermedad de Alzheimer

- Es la más común de las demencias.
- Fue descrita por primera vez en 1907 por el médico alemán Alois Alzheimer.
- Es irreversible y hasta el momento, no se conoce cura alguna.
- Se desconoce la causa (origen multifactorial).
- Hay un componente genético.
- Sólo en pocos casos, la enfermedad es familiar.
- Generalmente, se considera esporádica, es decir, independiente de la existencia o no de casos en la misma familia.

CORNELLÀ
Cuida



Aloysius Alois Alzheimer

Psiquiatra y neurólogo Alemán (Marktbreit, 14 de junio de 1864 - Breslavia, 19 de diciembre de 1915), identificó por primera vez los síntomas de cuya enfermedad que ahora lleva su nombre.

Enfermedad de Alzheimer

Alzheimer

A. Los criterios para el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer probable incluyen:

1. Demencia establecida por un examen clínico, documentada por el Mini Mental State Examination, la escala de demencia de Blessed o algunas pruebas similares y confirmadas a través de baterías neuropsicológicas.
2. Déficit en dos o más áreas cognitivas.
3. Empeoramiento progresivo de la memoria y de otras funciones.
4. Ausencia de trastornos de conciencia.
5. Comienzo entre los 40 y 90 años, más frecuente a partir de los 65 años.
6. Ausencia de otras enfermedades que expliquen la demencia.

B. El diagnóstico es apoyado por:

1. Deterioro en funciones específicas: afasia, apraxia, agnosia.
2. Existe incapacidad para desarrollar las tareas cotidianas.
3. Existe historia familiar, especialmente si se ha confirmado la enfermedad de Alzheimer.
4. Los exámenes complementarios tipo EEG, punción lumbar etc. son normales y en el TAC se observa una atrofia progresiva.

C. Diagnóstico clínico de EA posible:

1. Demencia en ausencia de otros trastornos neurológicos, psiquiátricos o sistémicos que pueden ser causa de demencia, con variaciones en el inicio, presentación o curso clínico.
2. Presencia de una enfermedad sistémica o cerebral que puede provocar demencia aunque no se considere como la causa de la misma.
3. En estudios de investigación cuando se identifique un deterioro cognitivo progresivo y grave en ausencia de otra causa identificable.

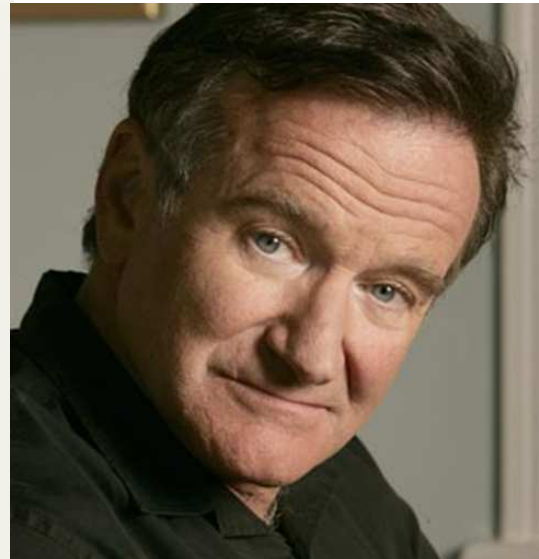
D. Diagnóstico de EA definitiva:

1. Cumplir los criterios de EA probable.
2. Evidencias histológicas obtenidas por necropsia o biopsia.

Demencia por cuerpos de Lewy

- Demencia infradiagnosticada.
- Debida a la acumulación de unas estructuras anormales llamadas cuerpos de Lewy, en ciertas áreas del cerebro.
- Problemas de movimiento con caídas frecuentes.
- Episodios de rigidez y síncope.
- Fluctuaciones de los déficits.
- Alucinaciones visuales y pesadillas.
- La reacción a los fármacos (neurolépticos) puede ser extrema y extraña.
- Diagnóstico diferencial con E. Alzheimer y E. Parkinson.

CORNELLÀ
Cuida



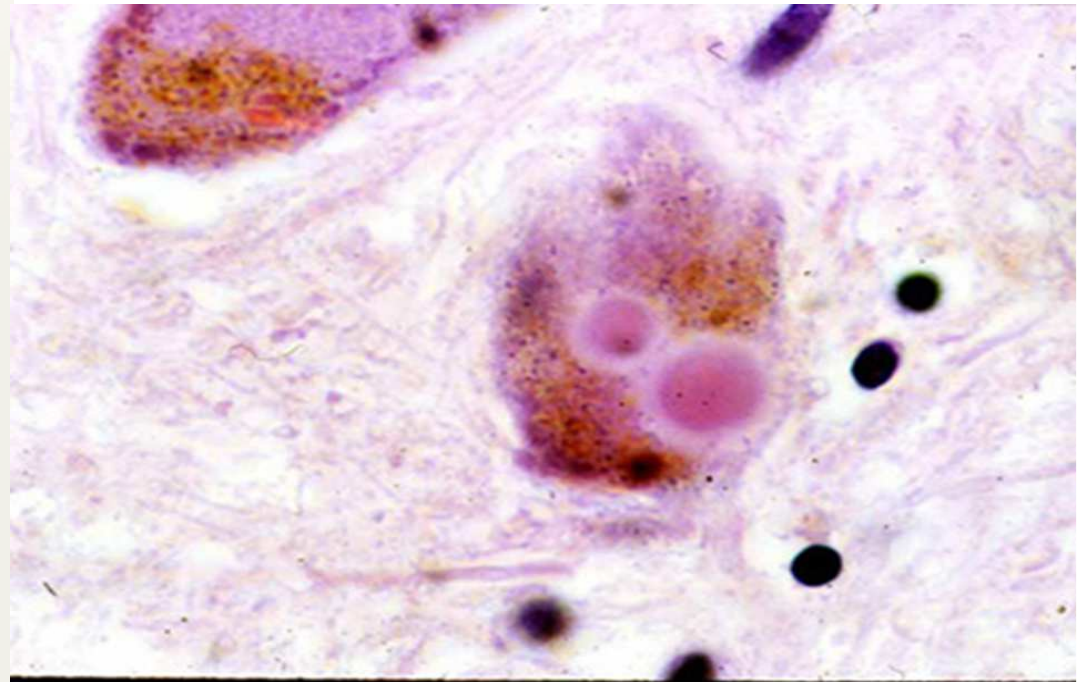
Criteria de demencia con cuerpos difusos de Lewy

1. Demencia progresiva. La alteración de la memoria puede no ser evidente en las fases iniciales. En general, destacan las alteraciones de la atención y de las funciones frontosubcorticales y visuoespaciales.
2. Dos o tres de los siguientes aspectos permiten el diagnóstico de probable. Un aspecto define a la forma posible:
 - Fluctuaciones de las funciones cognitivas, con variaciones notables en el nivel de conciencia y el grado de atención.
 - Alucinaciones visuales recurrentes, bien estructuradas, que se perciben con gran detalle.
 - Signos motores espontáneos de parkinsonismo.
3. Apoyan el diagnóstico:

<ul style="list-style-type: none"> • Caídas repetidas. • Síncopes. • Pérdida de conciencia transitoria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipersensibilidad a neurolepticos. • Delirios sistematizados. • Alucinaciones no visuales.
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
4. - Hacen menos probable el diagnóstico:
 - Enfermedad cerebrovascular evidente a través de signos neurológicos focales o lesiones vasculares en pruebas de neuroimagen.
 - Evidencia en la exploración física o en las pruebas complementarias de otra enfermedad neurológica o sistémica que pueda ser causa del cuadro clínico.

Demencia por cuerpos de Lewy

CORNELLÀ
Cuida



Criterios NICDS-AIREN sobre demencia vascular

Los criterios de demencia vascular probable incluyen todos los siguientes:

1. Demencia.
2. Enfermedad cerebrovascular, definida por la presencia de signos focales en la exploración neurológica compatibles con ictus y evidencia de enfermedad relevante por técnicas de neuroimagen tipo CT o RNM incluyendo infartos múltiples en grandes arterias o un infarto único en área estratégica así como lagunas múltiples en ganglios basales y sustancia blanca o lesiones extensas de la sustancia blanca periventricular o cualquier combinación de ellas.
3. Una relación entre las dos entidades manifestada o sugerida por una o más de las siguientes:
 1. Inicio de la demencia en los tres meses siguientes a un ictus clínicamente reconocido.
 2. Deterioro agudo de la función cognitiva.
 3. Fluctuación o progresión escalonada de los déficits cognitivos.

Diagnóstico

- Queja de falta de memoria.
- Anosognosia (falta de consciencia del déficit).
- Queja de algún familiar cercano que explica fallos de memoria, desorientación y dificultad de comunicación.
- Fijarse en la conducta no verbal.
- Historia clínica (anamnesis + exploración física) que nos orienta hacia un diagnóstico o las posibles causas secundarias de demencia.

CORNELLÀ
Cuida

Diagnóstico

- Preguntas clave:

¿Desde cuando?

- Agudo (<1 semana): Causas de SCA, vascular ...
- Subagudo (<1mes): Patología infecciosa o inflamatoria.
- Crónico (>1 mes): Degenerativa, tóxica...

CORNELLÀ

Cuida

Diagnóstico

- Preguntas clave:

¿Cómo evoluciona?

-Estable, escalonada, fluctuante: Vascular, Lewy...

-Lenta progresión: Degenerativa.

-Rápida progresión: Infecciosas, inflamatorias, tumorales...

CORNELLÀ

Cuida

Diagnóstico

- Preguntas clave:

¿Síntoma inicial o más llamativo?

- Amnesia: Enfermedad de Alzheimer, Korsakoff...
- Alteración del lenguaje: Enfermedad de Alzheimer, demencia frontotemporal...
- Trastorno de conducta: Demencia frontotemporal.
- Trastorno de la marcha: E. Huntington, vascular, E. Parkinson, PSP...

CORNELLÀ
Cuida

Diagnóstico

- Cuestionarios cognitivos breves como el **Mini-Mental State Examination (MMSE)**

1. Orientación en el tiempo y espacio

- Dígame el día de la semana, día del mes, estación del año y año en el que estamos (0-5 puntos).
- Dígame el nombre del centro, el piso, la ciudad, la provincia y el país en el que estamos (0-5 puntos).

2. Fijación

- Repita estas palabras: caballo, peseta, manzana (0-3 puntos).

3. Concentración y cálculo

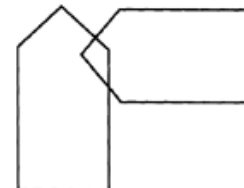
- Si tiene 30 pesetas y me las va dando de tres en tres, ¿cuántas le van quedando? (0-5 puntos).
- Repita 3-9-2 hasta que se lo aprenda. Ahora dígalo al revés empezando por la última cifra, luego la penúltima y finalmente la primera (0-3 puntos).

4. Memoria

- ¿Recuerda usted las tres palabras que le he dicho antes? Dígalas. (0-3 puntos).

5. Lenguaje y construcción

- ¿Qué es esto? (mostrarle un reloj) ¿y esto? (mostrarle un bolígrafo) (0-2 puntos).
- Repita la siguiente frase: En un trigal había cinco perros (0-1 punto).
- Si una manzana y una pera son frutas, el rojo y el verde, ¿qué son?; ¿y un perro y un gato? (0-2 puntos)
- Coja el papel con la mano izquierda, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo (0-3 puntos).
- Lea esto y haga lo que dice. Cierre los ojos (0-1 punto).
- Escriba una frase como si estuviera contando algo en una carta (0-1 punto).
- Copie este dibujo (0-1 punto).



CORNE
Cuic

Diagnóstico

-No disponemos de marcadores diagnósticos.

-Pruebas complementarias:

- Analítica general, serologías...
- ECG
- Radiografía de tórax...

CORNELLÀ
Cuida



©KELLIE STRØM

www.balisko.com

Diagnóstico

- Test cognitivo positivo: Si se confirma el deterioro cognitivo y hay una repercusión funcional en la vida del afectado, se valorarán más estudios por neurología y realización de pruebas de imagen (TAC, RMN).
- Test dudoso o positivo leve: Realizar reevaluaciones cada 3 o 6 meses.

CORNELLÀ
Cuida



Cuadros clínicos no demencia

No todos los pacientes que tienen déficit en la memoria tienen demencia.

El más frecuente es el **deterioro cognitivo leve (DCL) amnésico**:

- Condición patológica, pero severidad insuficiente para cumplir criterios de demencia (pródromo de la demencia).
- Quejas subjetivas de fallos en la memoria.
- El resto de las funciones cognitivas (lenguaje, atención, funciones ejecutivas...) son normales.
- Ausencia de patología que justifique dicha alteración.
- Ausencia de compromiso de las actividades de la vida diaria.
- Síntomas conductuales y psicológicos (ánimo depresivo, apatía e irritabilidad).

Diagnóstico diferencial

- **Depresión.**
- **Delirio.**
- **Síndrome confusional.**

- No es recomendable hacer el diagnóstico de demencia en urgencias ni durante ingreso hospitalario.

-Las tasas de síndrome confusional agudo en ancianos son muy elevadas; muchas veces pasa desapercibido y es tratable.

-La información del familiar es fundamental.

-Solicitar pruebas complementarias para valorar el estado del paciente y descartar causas secundarias: Analíticas, pruebas de imagen ...

CORNELIÀ
Cuida

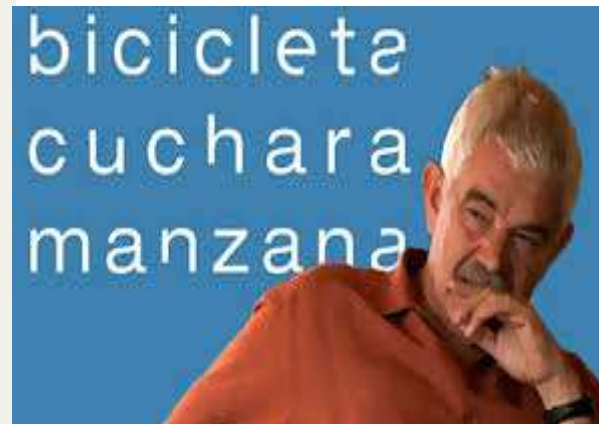
Tabla 4. Diagnóstico diferencial entre demencia y pseudodemencia depresiva (1)

PSEUDODEMENCIA DEPRESIVA	DEMENCIA
DATOS FAMILIARES	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Historia familiar de depresión 2. Preocupación familiar por la memoria del paciente 3. Los familiares pueden acompañar o no al paciente a la consulta 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Historia familiar de demencia 2. Preocupación familiar por la discapacidad 3. Casi siempre le acompañan
HISTORIA PERSONAL	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Antecedentes personales de depresión 2. Inicio preciso 3. Progresión rápida 4. Consulta pronto (< 6 meses de evolución) 5. La depresión precede al deterioro cognitivo 6. Síntomas depresivos persistentes, tristeza 7. Buena respuesta a antidepresivos 8. Detalla sus molestias 9. Preocupado por sus síntomas 10. Trastornos del apetito 11. Delirios somáticos 12. Autoacusaciones 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin antecedentes de depresión 2. Inicio insidioso 3. Progresión lenta 4. Consulta más tarde 5. El deterioro cognitivo precede a la depresión 6. Labilidad emocional 7. Mala respuesta a antidepresivos 8. Las molestias son vagas 9. Despreocupado 10. No tiene trastornos del apetito 11. Delirios ridículos 12. Se queja de los demás
EXAMEN CLÍNICO	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Responde con frecuencia "no lo sé" o "no puedo" 2. Pérdida de memoria reciente y remota 3. Se queja de más trastornos cognitivos que los objetivables 4. No se pierde por los sitios 5. No tiene afasia, apraxia ni agnosia 6. Test de depresión alterados 7. Test cognitivos normales o poco alterados 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Responde con aproximaciones o mira a un familiar pidiendo ayuda 2. Mayor pérdida de la memoria reciente 3. Se queja de menos trastornos cognitivos que los objetivables 4. Pérdidas en la calle y en casa 5. Presencia de afasia, apraxia, agnosia... 6. Test de depresión negativos o poco alterados 7. Test cognitivos alterados

Tratamiento

- No existen tratamientos específicos realmente eficaces.
- Problema multifactorial.
- Trabajo en equipo:
 - * Equipo multi/ interdisciplinar.
 - * Papel fundamental del cuidador principal: Permite
 - Detectar empeoramiento, complicaciones, alteraciones conductuales.
 - Adherencia al tratamiento y detección de efectos secundarios del tratamiento.
- Por eso es **básico tener sistemas de apoyo al cuidador, su formación y el cuidado del cuidador.**

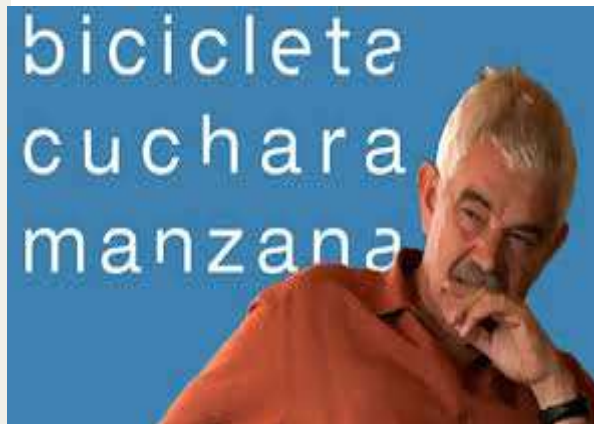
CORNELLÀ
Cuida



Tratamiento

- Importancia de la prevención y el control de factores de riesgo HTA, colesterol, obesidad, tabaquismo, consumo de alcohol, sedentarismo...
- Mantener una vida intelectualmente activa.

CORNELLÀ
Cuida



Tratamiento

-**Etiológico:** Cuando sea posible.

-**Sintomático:** En enfermedades con déficit colinérgico: **EA, D. Lewy leves - moderada** y Demencia asociada a enfermedad de **Parkinson:** Inhibidores de la Acetilcolinesterasa (**IACE**).

Donepezilo (Aricept), **Rivastigmina** (Exelon, Prometax), **Galantamina** (Reminyl)

CORNELLÀ
Cuida

Principales efectos secundarios de IACE (inhibidores de acetilcolinesterasa)

- Náuseas, vómitos, diarrea.
- Pérdida de peso.
- Anorexia.
- Dolor abdominal.
- Cefalea.
- Astenia.
- Temblor.
- Alteración del ritmo cardiaco.

CORNELLÀ
Cuida

MEMANTINA (EBIXA, AXURA)

- Antagonista no competitiu del receptor NMDA del glutamato.
- Indicada en la EA fase moderada o severa.
- Bien tolerada.
- Dosis 10 mg/12 h.
- Ajustar dosis en insuficiencia renal.

CORNELLÀ
Cuida

Tratamiento

-Sintomático:

- * De la depresión y ansiedad: Antidepresivos.
- * Alteraciones de conducta (agitación, inquietud, alucinaciones, delirios...):
Neurolépticos
 - Estar seguros antes de que no existe un desencadenante.
 - Evaluar periódicamente su necesidad.
 - Detectar efectos secundarios.
 - Introducir y retirar gradualmente.

CORNELLÀ

Cuida

LOS 10 “NUNCAS” DE LAS DEMENCIAS

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, ensálzalo.
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.

CORNELLÀ
Cuida

**NOSOTROS SOMOS LOS QUE PODEMOS Y DEBEMOS
ADAPTARNOS A LA PERSONA CON DEMENCIA,
ELLA NO PUEDE.**

CORNELLÀ
Cuida



Conclusiones

- 1- No hay evidencia suficiente para recomendar la realización sistemática de pruebas de cribado de demencia en población asintomática.
- 2- Se recomienda estar alerta ante síntomas de alarma de demencias ,como quejas subjetivas o por un informador próximo de pérdidas de memoria, deterioro funcional no explicado por otras causas o trastornos de comportamiento, delirium durante un ingreso hospitalario, y sintomatología depresiva de inicio en el anciano.
- 3- Ante la sospecha de deterioro cognitivo, se recomienda una evaluación clínica detallada que incluya entrevista clínica estructurada, test neuropsicológicos, y realizar seguimiento. Los instrumentos generales de cribado cognitivo (p. ej. MMSE) deben considerarse para detectar demencia en personas con sospecha de alteraciones cognitivas.
- 4- Los pacientes con deterioro cognitivo leve (MCI) deben ser identificados y monitorizados en el declinar cognitivo y funcional por su alto riesgo de progresión a demencia.