



**Dirección General de la Salud**

## **ÁREA PROGRAMÁTICA DEL ADULTO MAYOR**

**Recomendaciones  
para el Abordaje Integral  
de la Demencia 2015**

**Ministro de Salud Pública**

Dr. Jorge Basso

**Subsecretaría de Salud Pública**

Dra. Cristina Lustemberg

**Dirección General de la Salud**

Dr. Jorge Quián

**Subdirectora de la Salud**

Dra. Raquel Rosa

**Asesor Responsable del Área Programática del Adulto Mayor**

Prof. Dr Ítalo Savio

**Área Programática del Salud Mental**

Asesor Responsable Dr. Ariel Montalbán

---

**“La calidad de una sociedad se refleja en cómo cuida a los más vulnerables”**

Profesor Dr. Tabaré Vazquez

Presidente de la República

1º de marzo de 2015, mensaje a la ciudadanía

---



  
HOSPITAL DE CLINICAS  
Dr. Manuel Quintela



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY

ÁREA PROGRAMÁTICA DEL  
ADULTO MAYOR

## **Prólogo**

La salud de nuestra población y el abordaje integral de sus principales problemas de salud, son aspectos fundamentales para el desarrollo del Sistema Nacional Integrado de Salud.

En este caso refiere a respuestas sustentadas en la evidencia científica, para mejorar la atención de las personas con demencias y sus familias.

Es un primer e importante paso, sin antecedentes en cuanto esfuerzo en nuestro medio, para luego progresar en esfuerzos de más largo plazo sobre un problema de salud creciente, que tiene un importante impacto sanitario, socio familiar y económico.

Las Recomendaciones incluidas en este texto tienen un fuerte sustento técnico profesional y académico, donde confluye el trabajo y acuerdo de todas las disciplinas de la salud, lo que nos permitirá concretar mejores acciones hacia la prevención, un diagnóstico oportuno, el tratamiento farmacológico y no farmacológico, así como apoyos y consejos a los cuidadores familiares.

También es necesario avanzar en la articulación interinstitucional, ya que las respuestas a este problema complejo en cuanto políticas públicas no son exclusivamente sanitarias y requieren de instrumentos diversos, que se sumen con enfoque sistémico, en el campo de los servicios sociales, el sistema de cuidados, la agenda nacional para la formación de los recursos humanos de la salud y aspectos legales, entre otros.

En el caso de los servicios de salud, las demencias y la necesidad de su abordaje integral constituyen un ejemplo de problema de salud que requiere de intervenciones interdisciplinarias y de equipo, atención continuada y progresiva, centrada en el binomio usuario – cuidador.

Aportar conocimiento, capacitar los recursos humanos implicados, especialmente en el primer nivel de atención, definir criterios para la derivación a especialistas, pautar sobre las mejores prácticas recomendables, son todas acciones para mejorar la gestión clínica y de situaciones. Todo ello sin duda tiene por objetivo la mejora continua de la calidad de atención hacia nuestra población.

**Ministro de Salud Pública  
Dr. Jorge Basso**

**Montevideo, 1° de setiembre de 2015**

Prof. Dr. Italo Savio

Coordinador General del Grupo de Trabajo sobre Protocolos - Guías

Colaboradores:

Coordinación de Grupos de Trabajo:

Prof. Agda. Dra. Ana Kmaid

Prof. Adj. Lic. TS Teresa Dornell

Recopilación y compaginación:

Prof. Agda. Dra. Ana Kmaid

Prof. Adj. Dr. Gustavo López

Aportes para la elaboración del manuscrito:

Prof. Adj. Honorario Dr. Marcos Atchugarry

## Presentación

Esta Guía o Protocolo Nacional para el Abordaje Integral de las Demencias (Alzheimer y similares): Prevención, diagnóstico, tratamiento farmacológico y no farmacológico, resulta del esfuerzo sostenido de más de 35 calificados profesionales de diversas disciplinas de la salud, instituciones académicas, científicas y de la sociedad civil que en Uruguay trabajan en pro del bienestar y atención de las personas que padecen demencias de distinta tipología.

La iniciativa tuvo origen en la Resolución N° 597/2013 (Ref.: N° 001-3-4277-2013), del Ministerio de Salud Pública, y a partir de una iniciativa del Dpto. de Geriátría y Gerontología que dirigimos hasta el presente.

Generar pautas, guías o consensos para la práctica clínica en la salud, respecto de un problema tan complejo, con múltiples impactos y desde tantas disciplinas resultó un desafío y a su vez un logro muy importante.

La tentación facilista de recurrir a grupos de expertos reducidos hubiese obtenido resultados a más corto plazo, pero seguramente con menos adherencia en cuanto conclusiones y recomendaciones o sustento social.

Se optó por un camino que ha sido arduo, pero que estimamos confluye en un producto de calidad, razonable para el objetivo que nos convocó y que contribuirá al énfasis sobre la calidad con que el Poder Ejecutivo aborda la reforma sanitaria en la etapa.

Es también un producto y Guía inéditos en nuestro medio, tanto por la multiplicidad de expertos y disciplinas que congregó, como por la concreción en una herramienta práctica para la atención cotidiana de personas con demencias y sus familias. No se trata de un Tratado, ni de una revisión sobre el tema, sino de un instrumento práctico para los equipos de salud, de todos los niveles de atención, pero especialmente para aquellos que trabajan en el primer nivel de atención.

La guía no pretende ser una respuesta a todas las dudas o interrogantes sobre el tema, sino unas bases para una práctica clínica común, basada en la evidencia científica, competente y de calidad, que redunde en beneficio de los usuarios del sistema de salud que padecen este problema y del sistema de cuidados a construir.

Prof. Dr. Ítalo Savio

Asesor Responsable del Área Programática del Adulto Mayor, DIGESA-MSP  
Profesor Titular, G° 5, Director del Departamento de Geriátría y Gerontología  
Facultad de Medicina - Universidad de la República

## Recomendaciones para el Abordaje Integral de la Demencia

### Autores:

Índice por orden alfabético y filiación de los Autores

1. Aquino, Virginia. Licenciada en Enfermería. Profesora Adjunta de la Facultad de Enfermería. Cátedra de Salud del Adulto y del Anciano. Universidad de la República.
2. Ayul, Soad. Doctora en Medicina. Asistente del Departamento de Geriátría y Gerontología. Facultad de Medicina. Universidad de la República.
3. Bazán, Natalia. Doctora en Medicina. Asistente del Departamento de Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universidad de la República.
4. Cardozo, Virginia. Doctora en Medicina. Médico Residente del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. Universidad de la República.
5. Charamelo, Ana. Licenciada en Psicología. Magíster en Gerontología Social. Profesora Adjunta del Departamento de Geriátría y Gerontología. Facultad de Medicina. Universidad de la República.
6. Dansilio, Sergio. Doctor en Medicina. Neurólogo. Neuropsicólogo. Profesor Agregado del Departamento de Neuropsicología-Instituto de Neurología. Facultad de Medicina. Universidad de la República.
7. De León, Héctor. Doctor en Medicina. Médico Residente del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. Universidad de la República.
8. Dornell, Teresa. Licenciada en Trabajo Social. Profesora Adjunta del Departamento de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Coordinadora del Área de Vejez y Trabajo Social (AVYTS) en DTS- FCS. Integrante de la Red de Envejecimiento y Vejez en la UdelaR. Coordinadora del Programa de Salud Mental de la Universidad de la República. Co-Coordinadora de la Comisión Central Prevención y Actuación ante el Acoso y la Discriminación en la UdelaR
9. Ferrando, Rodolfo. Doctor en Medicina. Profesor Agregado del Centro de Medicina Nuclear e Imagenología Molecular. Hospital de Clínicas. Dr. Manuel Quintela. Facultad de Medicina. Universidad de la República.
10. González, Rosa. Doctora en Medicina. Psiquiatra. Hospital - Centro Geriátrico "Dr. Luis Piñeyro del Campo". ASSE.

11. Kmaid, Ana. Doctora en Medicina. Internista. Geriatra. Profesora Agregada del Departamento de Geriatría y Gerontología. Coordinadora de la Unidad de Memoria. Facultad de Medicina. Universidad de la República.
12. Lago, Graciela. Doctora en Medicina. Responsable del Área Asistencial del CUDIM. Ex. Profesora Agregada del Centro de Medicina Nuclear e Imagenología Molecular. Hospital de Clínicas. Dr. Manuel Quintela. Facultad de Medicina. Universidad de la República.
13. López, Gustavo. Doctor en Medicina. Internista. Geriatra. Profesor Adjunto del Departamento de Geriatría y Gerontología. Co-coordinador de la Unidad de Memoria. Facultad de Medicina. Universidad de la República.
14. Lozano, Fernanda. Doctora en Medicina. Profesora Adjunta del Departamento de Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universidad de la República.
15. Lucero, Rossana. Doctora en Medicina. Psiquiatra. Jefa del Departamento de Psicogeriatría. Hospital - Centro Geriátrico "Dr. Luis Piñeyro del Campo". ASSE.
16. Mauros, Romina. Estudiante avanzada en Licenciatura de Trabajo Social. Referente del Área de Vejez y Trabajo Social (AVYTS) del Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.
17. Quagliata, Adriana. Doctora en Medicina. Integrante del Área Asistencial del CUDIM. Prof. Adjunta del Servicio de Medicina Nuclear del Hospital de Clínicas. Dr. Manuel Quintela. Facultad de Medicina. Universidad de la República.
18. Rodríguez Almada, Hugo. Doctor en Medicina. Profesor Director del Departamento de Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universidad de la República.
19. Sarubbo, Laura. Doctora en Medicina. Psiquiatra. Profesora Agregada del Departamento de Salud Mental. Facultad de Medicina. Universidad de la República.
20. Savio Quevedo, Ítalo. Doctor en Medicina. Geriatra. Profesor Director del Departamento de Geriatría y Gerontología. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Responsable del Programa Nacional del Adulto Mayor. Ministerio de Salud Pública.
21. Sgarbi, Nicolás. Doctor en Medicina. Profesor Adjunto del Departamento Clínico de Radiología. Hospital de Clínicas. Dr. Manuel Quintela. Facultad de Medicina. Universidad de la República.
22. Silva, Isabel. Licenciada en Enfermería. Profesora Agregada de la Facultad de Enfermería. Cátedra de Salud del Adulto y del Anciano. Universidad de la República.

23. Stemphelet, Saphir. Licenciada en Trabajo Social. Referente del Área de Vejez y Trabajo Social (AVYTS) del Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

24. Valle Lisboa, Leticia. Doctora en Medicina. Asistente del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

25. Vázquez, Soledad. Licenciada en Psicomotricidad. Asistente de la Carrera de Especialista en Gerontopsicomotricidad. Escuela de Graduados. Facultad de Medicina. Universidad de la República.



## Instituciones participantes

· Universidad de la Republica. ·

Facultad de Medicina.

· Centro de Medicina Nuclear e Imagenología Molecular. ·

Departamento Clínico de Radiología.

· Departamento de Geriatria y Gerontología. ·

Departamento de Medicina Legal.

· Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. ·

Departamento de Salud Mental.

· Instituto de Neurología. Departamento de Neuropsicología.

· Escuela Universitaria de Tecnología Médica. Especialización en Gerontopsicomotricidad.

· Facultad de Ciencias Sociales.

· Departamento de Trabajo Social. ·

Facultad de Enfermería.

· Cátedra de Salud del Adulto y del Anciano.

· Administración de los Servicios de Salud del Estado. ASSE. ·

Hospital - Centro Geriátrico "Dr. Luis Piñeyro del Campo". ·

Centro Uruguayo de Imagenología Molecular. CUDIM.

· Ministerio de Salud Pública.

· Área Programática del Adulto Mayor, DI.GE.SA. - MSP.

## ÍNDICE

Introducción	página 13
Capítulo I. - Importancia de la Demencia. Conceptos, definiciones y criterios diagnósticos. (Dra. Ana Kmaid)	página 14
Capítulo II. - Valoración del Adulto Mayor con sospecha de Deterioro Cognitivo. (Dra. Ana Kmaid)	página 29
Capítulo III. - El Estudio Neuropsicológico en el Diagnóstico del Deterioro Cognitivo y la Demencia. (Dr. Sergio Dansilio)	página 52
Capítulo IV. - Exámenes complementarios. (Dr. Gustavo López)	página 53
Capítulo V. - Recomendación de estudios de imagen estructural en Demencia. (Dr. Nicolás Sgarbi)	página 59
Capítulo VI. - Imagen Funcional Cerebral - SPECT. (Dr. Rodolfo Ferrando)	página 63
Capítulo VII. - Neuroimagen funcional - PET. (Dra. Graciela Lago, Dra. Adriana Quagliata)	página 71
Capítulo VIII. - Diagnostico Diferencial del Síndrome Demencial. (Dra. Rosa González, Dra. Rossana Lucero)	página 74
Capítulo IX. - Estadificación clínica de la demencia. (Dra. Ana Kmaid)	página 81
Capítulo X. - Factores de riesgo y prevención. (Dra. Leticia Valle Lisboa, Dra. Virginia Cardozo, Dr. Héctor De León)	página 85
Capítulo XI. - Intervenciones farmacológicas en la demencia. Tratamiento de los síntomas cognitivos. (Dra. Ana Kmaid)	página 94
Capítulo XII. - Tratamiento psicofarmacológico de los síntomas neuropsiquiátricos. (Dra. Laura Sarubbo)	página 107

**Capítulo XIII. - Estrategias no farmacológicas de intervención en la Demencia.**

(Lic. Ps. Ana Charamelo. Dra. Laura Sarubo. Lic. Psicom. Soledad Vázquez. Lic. TS. Teresa Dornell. Lic. TS. Saphir Stemphelet. Bach. TS. Romina Mauros. Dra. Soad Ayul)

..... página 113

**Capítulo XIV. - Cuidados e Intervenciones de Enfermería en la Demencia**

(Lic. Enf. Isabel Silva. Lic. Enf. Virginia Aquino)

..... página 122

**Capítulo XV. - Aspectos médico-legales de la atención a las personas adultas mayores con Demencia**

(Dra. Fernanda Lozano. Dra. Natalia Bazán. Prof. Dr. Hugo Rodriguez Almada)

..... página 131

**Capítulo XVI. - Abuso - Maltrato hacia las personas adultas mayores con Demencia Prevención, diagnóstico y abordaje integral**

(Prof. Dr. Ítalo Savio. Lic. T.S. Teresa Dornell. Lic. T.S. Saphir Stemphelet. Bach. TS. Romina Mauros)

..... página 139

**Capítulo XVII. - Sobrecarga del Cuidador**

(Prof. Dr. Ítalo Savio. Lic. T.S. Teresa Dornell. Lic. T.S. Saphir Stemphelet. Bach. TS. Romina Mauros)

..... **página 151**

## Introducción

La demencia constituye actualmente un problema de salud pública.

Es un problema grave de salud por el deterioro que implica para la persona que la padece, la necesidad de cuidados continuados a largo plazo, de carácter tanto sanitario como social y el impacto familiar que produce.

Se espera un aumento de su prevalencia por el envejecimiento progresivo de la población.

El Primer Nivel de Atención tiene un rol fundamental en el diagnóstico temprano y seguimiento de estos pacientes. La queja cognitiva es motivo de consulta frecuente, ya sea referida por el paciente o por la familia.

Es de fundamental importancia que el equipo de salud que actúa en este nivel adquiera las competencias necesarias para reconocer la enfermedad en etapas iniciales del período sintomático, realice un diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuados y maneje los criterios de derivación a la consulta especializada.

A su vez los profesionales del Primer Nivel de Atención deberán brindar información y apoyo a los cuidadores principales, apoyo y asesoramiento en relación al plan de cuidados y finalmente brindar apoyo en relación a los cuidados paliativos.

La progresiva incapacidad para las actividades de la vida diaria que se produce en la evolución de la Demencia demanda la implementación de programas con un enfoque sociosanitario y requiere una importante participación de recursos sanitarios y sociales.

Esta Guía pretende brindar recomendaciones en base a la evidencia disponible y servir de herramienta de ayuda a la hora de tomar decisiones clínicas.

Esta Guía esta dirigida fundamentalmente al médico no especialista que asiste adultos mayores en todos los niveles de atención pero fundamentalmente al primer nivel, puerta de entrada principal del sistema sanitario.

Este Guía no pretende dar respuesta a todas las preguntas que se generan en la consulta clínica habitual, el abordaje de cada persona debe ser individualizado e integral. La decisión final acerca de un procedimiento clínico, diagnóstico o de tratamiento dependerá de la valoración de cada paciente en particular, de las circunstancias de este paciente y de los recursos disponibles.

## CAPÍTULO I

### Importancia de la Demencia. Conceptos, Definiciones y Criterios Diagnósticos

Dra. Ana Kmaid

#### Importancia de la Demencia

Se ha estimado que 35,6 millones de personas en el año 2010 en todo el mundo padecían demencia. Se calcula que esta cifra casi se duplique cada 20 años, hasta los 65,7 millones en 2030, y los 115,4 millones en 2050. Dos tercios (70 %) de toda la población con demencia viven en países de renta baja y media (economías en vías de desarrollo). Estos cambios vienen producidos principalmente por el crecimiento de la población, el envejecimiento demográfico y la transición epidemiológica. Se espera que en los siguientes 20 años, el número de personas con demencia se incremente en un 40% en Europa, un 63% en Norteamérica, un 77% en el cono sur de Latinoamérica y un 89% en los países desarrollados de Asia Pacífico.

En un estudio que incluye 6 países de Latinoamérica y el Caribe la prevalencia global de demencia en mayores de 65 años es de 7.1%, similar a la de países desarrollados y la Enfermedad de Alzheimer (EA) es la causa más frecuente. La prevalencia de la demencia aumenta con la edad y cerca del 50% de las personas de más de 85 años presenta un síndrome demencial.

El informe de la Global Burden Disease-OMS indica que el Alzheimer y otras demencias constituyen una de las principales causas de discapacidad.

La mortalidad es mayor en personas con demencia con un riesgo relativo ligeramente alto de 2,63. Con respecto a la carga de morbilidad mundial (para 2004), el Alzheimer y otras demencias contribuyen un 0,8% a todos los años de vida ajustados por discapacidad en todo el mundo, un 1,6% de años vividos con discapacidad y 0,2% de años de vida perdida. Como la demencia es principalmente una enfermedad que afecta a personas de edad avanzada, la contribución proporcional es mucho mayor entre las personas de 60 años o más: 4,1% de años de vida ajustados por discapacidad, 11,3% de años vividos con discapacidad y 0,9% de años de vida perdidos.

La demencia en nuestros países es la enfermedad crónica con una mayor contribución independiente a la dependencia. Otros contribuyentes son la discapacidad de miembros inferiores, el stroke y la depresión. La transición demográfica y epidemiológica tiene como consecuencia un gran crecimiento de personas dependientes particularmente en países con economías en vías de desarrollo. Debe considerarse a la Demencia por tanto como un problema de Salud Pública que impacta en la calidad de vida de los pacientes y familiares, en los costos sociales y económicos directos e indirectos por lo que deben tomarse medidas que tengan impacto en los Países de Latinoamérica y el Caribe. Un principal protagonismo le cabe a los sistemas de Salud de nuestros países.

## Concepto y Definición de Síndrome Demencial o Demencia

La Demencia constituye un síndrome clínico, el cual responde a diversas etiologías, que se caracteriza por un deterioro cognitivo global y progresivo, incluyendo a la llamada “cognición social” y la integración del comportamiento en relación a un contexto y objetivos. Dicho deterioro es consecuencia de un daño o sufrimiento cerebral bilateral y generalmente difuso. Este deterioro debe ser lo suficientemente grave como para interferir con el desempeño socio-laboral y la independencia en actividades de la vida diaria del sujeto (AVD).

El inicio, la duración, el curso, la forma de presentación y los síntomas asociados pueden variar dependiendo del tipo y la causa de la demencia. El síndrome demencial es causado por una diversidad de patologías con signos clínicos distintivos. Por ser un síndrome de carácter plurietiológico, una vez realizado el diagnóstico de demencia, debe buscarse la causa subyacente.

Este deterioro es adquirido y se presenta en personas que tenían anteriormente un desarrollo intelectual normal o cuando dicho deterioro empeora el estado intelectual previo del sujeto.

La práctica clínica nos muestra que habitualmente se asocian trastornos psíquicos y del comportamiento denominados Trastornos Psicológicos y Comportamentales de la demencia.

El diagnóstico de la demencia continúa siendo clínico, los estudios de laboratorio y de imagen proveen elementos para definir la etiología o enfermedad causal de la demencia.

El diagnóstico por tanto debe iniciarse con una cuidadosa historia clínica, preferentemente incluyendo el reporte de un informante o persona que conozca al individuo y pueda brindar datos acerca del desempeño cognitivo y funcional previo y actual.

Debe incluir una cuidadosa historia médica y un examen neurológico completo así como la valoración estructurada, formal, del estado mental incluyendo test cognitivos breves o de cribado, o baterías más extensas (Estudio Neuropsicológico) adecuados al individuo y a su contexto sociocultural.

Debe investigarse la capacidad funcional previa y actual y establecer el nexo entre el declive cognitivo y la pérdida de capacidades para el desempeño de AVD.

## Demencia y Criterios Diagnósticos

La demencia se caracteriza por:

### 1. Deterioro Cognitivo y/o comportamental global A-

#### Deterioro Cognitivo

El deterioro cognitivo puede implicar la afectación de la memoria y/o otros dominios cognitivos (funciones ejecutivas, lenguaje, praxias, gnosias)

#### B- Global o generalizado

Generalmente se acepta que deben estar afectados por lo menos 2 dominios cognitivos (incluyendo o no a la memoria) y finalmente evoluciona a una desintegración cognitiva generalizada.

#### C- Deterioro Comportamental

Se acepta actualmente que el deterioro comportamental puede ser una de las formas de inicio de la demencia, condicionando la incapacidad funcional y que posteriormente se afectarían las funciones cognitivas.

Los trastornos sicocomportamentales forman parte además del cortejo sintomático de las demencias de inicio “cognitivo” en algún momento de su evolución.

### 2. Deterioro Funcional

El deterioro cognitivo y/o comportamental debe impactar negativamente en el desempeño funcional del sujeto, es decir, en las actividades y tareas cotidianas que antes sí realizaba. Debe ser lo suficientemente severo como para interferir en las actividades sociales y ocupacionales del individuo y progresivamente impacta por tanto en las denominadas Actividades de la Vida Diaria o AVD, desde las más complejas a las más simples como las del autocuidado.

### 3. Secundario a patología cerebral bilateral y difusa

El diagnóstico de la demencia se hace operativo en los diferentes criterios diagnósticos, validados y utilizados en la práctica clínica habitual y/o en contextos de investigación, tanto para la demencia como para la enfermedad de base a la que se atribuye su etiología.

Los criterios diagnósticos de demencia que se utilizan en contextos clínicos y de investigación corresponden a los propuestos en la cuarta edición revisada del Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), publicado en el año 2000, y a los propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la décima revisión de su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), publicada en 1992.

El DSM-IV-TR a su vez codifica y operativiza criterios diagnósticos para etiologías específicas, Enfermedad de Alzheimer, Demencia Vascular, debida a otras enfermedades médicas, etc.

El diagnóstico de Demencia tradicionalmente se ha basado en los criterios diagnósticos operativos del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, criterios revisados, que requerían la presencia de un trastorno de la memoria y al menos la afectación de otro dominio como el lenguaje, las praxias, las gnosias y la función ejecutiva. Estas alteraciones deben ser suficientemente severas como para impactar en la vida social o profesional del individuo, no deben ocurrir en el contexto de un Delirium (estado confusional o confusión mental), o ser causadas por una condición psiquiátrica.

La presencia de un trastorno de la memoria aunque está presente en un alto porcentaje de pacientes (por compromiso directo o indirecto de dicho dominio) no es condición necesaria ni suficiente para establecer el diagnóstico de Demencia por lo que actualmente se considera como mínimo la afectación de dos dominios cognitivos (incluida o no la memoria) y estar incluidos los demás criterios diagnósticos, para establecer clínicamente la presencia de un síndrome demencial.

CIE-10	DSM-IV-TR
Deterioro de la memoria <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteración de la capacidad de registrar, almacenar y evocar información</li> <li>• Pérdida de contenidos mnemónicos relativos a la familia o al pasado</li> </ul>	Deterioro de la memoria (deterioro en la capacidad de aprender nueva información o recordar información previamente aprendida)
Deterioro del pensamiento y del razonamiento: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción del flujo de ideas</li> <li>• Deterioro en el proceso de almacenar información:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultad para prestar atención a más de un estímulo a la vez</li> <li>- Dificultad para cambiar el foco de atención</li> </ul> </li> </ul>	Una o más de las alteraciones siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afasia</li> <li>• Apraxia</li> <li>• Agnosia</li> <li>• Alteración de la función ejecutiva (capacidad de abstracción, planificación, secuenciación, monitorización y control de comportamientos complejos)</li> </ul>
Interferencia en la actividad cotidiana	Las alteraciones previas tienen una gravedad suficiente como para provocar un deterioro significativo de la actividad social o laboral. Estas alteraciones representan un déficit respecto a un nivel previo
Conciencia clara. Posibilidad de superposición de delirium	Las alteraciones no aparecen exclusivamente durante un síndrome confusional agudo
Síntomas presentes durante 6 meses como mínimo	Evidencia clínica o mediante pruebas complementarias de que las alteraciones son debidas a causa orgánica o al efecto de una sustancia tóxica

**Tabla 1. Cuadro comparativo entre Criterios del CIE-10 y el DSM-IV-TR**



## Criterios Diagnósticos de Demencia del DSM-IV-TR

Resumidos del original

Desarrollo de déficits cognitivos múltiples que se manifiestan por:

- 1 Alteración de la memoria (alteración de la capacidad de aprender nueva información o recordar información previamente aprendida).
- 2 Una o más de las siguientes alteraciones cognitivas:
  - Afasia,
  - Apraxia,
  - Agnosia,
  - Alteración de la función ejecutiva (capacidad para el pensamiento abstracto y para planificar, iniciar, secuenciar, monitorizar y detener un comportamiento complejo).

Los defectos cognitivos de los criterios A1 y A2 han de ser lo suficientemente graves como para provocar un deterioro significativo de la actividad social o laboral y representan un déficit respecto al nivel previo de actividad.

No se diagnostica demencia si estos síntomas se presentan exclusivamente durante un delirium (síndrome confusional agudo).

En 2013 se publica el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM V, que actualiza y cambia la nomenclatura. El trastorno neurocognitivo mayor y menor constituyen parte de un continuo desde la normalidad hasta el síndrome demencial establecido.

El Trastorno Cognitivo Mayor se refiere a la condición denominada Demencia en el DSM-IV.

El hecho central en el Trastorno Neurocognitivo Mayor es la presencia de deterioro cognitivo adquirido en uno o más dominios cognitivos basados en la queja del propio individuo, de un informante válido o del clínico y la presencia demostrada en una valoración objetiva de un bajo rendimiento en la performance cognitiva esperada para ese individuo o que ha declinado en el tiempo si se cuenta con valoraciones previas y que produce declive en el funcionamiento habitual del individuo.

Ambas condiciones, la queja cognitiva y la valoración objetiva, deben estar presentes para arribar al diagnóstico así como su impacto funcional.

## Trastorno neurocognitivo mayor DSM V

- A. Evidencias de un declive cognitivo significativo comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basada en:

1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva y
2. Un deterioro sustancial del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.

B. Los déficits cognitivos interfieren con la autonomía del individuo en las actividades cotidianas (es decir, por lo menos necesita asistencia con las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o cumplir los tratamientos).

C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional.

D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Especificar si debido a:

- Enfermedad de Alzheimer
- Degeneración del lóbulo frontotemporal
- Enfermedad por cuerpos de Lewy
- Enfermedad vascular
- Traumatismo cerebral
- Consumo de sustancia o medicamento
- Infección por VIH
- Enfermedad por priones
- Enfermedad de Parkinson
- Enfermedad de Huntington
- Otra afección médica
- Etiologías múltiples
- No especificado

Especificar:

- Sin alteración del comportamiento: Si el trastorno cognitivo no va acompañado de ninguna alteración del comportamiento clínicamente significativa.
- Con alteración del comportamiento (especificar la alteración): Si el trastorno cognitivo va acompañado de una alteración del comportamiento clínicamente significativa (p. Ej., síntomas psicóticos, alteración del estado de ánimo, agitación, apatía u otros síntomas comportamentales).

Especificar la gravedad actual:

- Leve: Dificultades con las actividades instrumentales cotidianas (es decir, tareas del hogar, gestión del dinero).
- Moderado: Dificultades con las actividades básicas cotidianas (p. ej., comer, vestirse).
- Grave: Totalmente dependiente.

Para los subtipos de demencia más frecuentes, como la Enfermedad de Alzheimer, la Demencia Vasculare, la Demencia con Cuerpos de Lewy, la Demencia secundaria a la Enfermedad de Parkinson, la Demencia Frontotemporal, entre otros subtipos, dispone de criterios diagnósticos complementarios y específicos para cada entidad.

En el 2011 un grupo de expertos del National Institute of Aging/Alzheimer's Association (NIA-AA) revisan los criterios diagnósticos de la Demencia debida a Enfermedad de Alzheimer y actualizan los criterios diagnósticos para el síndrome Demencial a utilizar en la práctica clínica habitual así como en protocolos de investigación. Por considerarlos de utilidad en el abordaje del deterioro cognitivo los resumimos aquí.

#### National Institute on Aging y la Alzheimer's Association (NIA-AA)

A.- Criterios para la demencia de cualquier causa: criterios clínicos centrales La demencia es diagnosticada cuando se dan síntomas cognitivos o conductuales (neuropsiquiátricos) que:

1. Interfieren con la capacidad funcional en el trabajo o en las actividades usuales, y
2. Representan un declive con respecto a los niveles previos de funcionalidad y rendimiento, y
3. No se explican por la presencia de un delirium ni de un trastorno psiquiátrico mayor;
4. El deterioro cognitivo es detectado y diagnosticado a través de la combinación de:
  - a. La realización de una historia clínica con datos del paciente y de un informador reconocido, y
  - b. Una evaluación cognitiva objetiva, ya sea un examen del estado mental "de cabecera" o la evaluación neuropsicológica formal. Debería llevarse a cabo un estudio neuropsicológico cuando la historia clínica rutinaria y el examen de cabecera del estado mental no puedan aportar un diagnóstico fiable.
5. El deterioro cognitivo o conductual incluye un mínimo de dos de los siguientes dominios:

- a. Deterioro de la capacidad para adquirir y recordar información nueva; los síntomas incluyen: preguntas o conversaciones repetitivas, colocación errónea de pertenencias personales, olvido de sucesos o citas, perderse en una ruta familiar.
- b. Deterioro del razonamiento y del manejo de tareas complejas, juicio empobrecido; los síntomas incluyen: mal entendimiento de riesgos de seguridad, incapacidad para el manejo de finanzas, capacidad afectada para la toma de decisiones, incapacidad para planificar actividades complejas o secuenciales.
- c. Deterioro de las capacidades visuoespaciales. Los síntomas incluyen: incapacidad para reconocer rostros u objetos comunes, o para encontrar objetos que están a la vista pese a una buena agudeza visual, incapacidad para operar con herramientas simples, o para orientar la ropa sobre el cuerpo.
- d. Deterioro de las funciones del lenguaje (hablar, leer, escribir); los síntomas incluyen: dificultad para encontrar las palabras adecuadas mientras se habla, vacilaciones; errores en el habla, en el deletreo y en la escritura.
- e. Cambios en la personalidad, la conducta o el comportamiento; los síntomas incluyen: fluctuaciones insólitas del humor tales como agitación, deterioro de la motivación e iniciativa, apatía, pérdida de la iniciativa, retraimiento social, interés reducido en actividades anteriores, pérdida de empatía, conductas compulsivas u obsesivas, comportamientos socialmente inaceptables.

#### Concepto y Definición de Deterioro Cognitivo Leve

- El envejecimiento per se no produce ni explica el declive cognitivo observado en el Deterioro Cognitivo Leve y la Demencia.
- En el siguiente cuadro se comparan esquemáticamente estas dos situaciones.

	Adulto mayor normal	Adulto mayor patológico
<b>Olvidos</b>	De fragmentos o detalles de un evento	De la ocurrencia de un evento
<b>Olvidos de tipo atencional</b>	Olvidos más característicos, no aumentan en frecuencia	Aumentan en frecuencia
<b>Olvidos de palabras o nombres</b>	Ocasional	Frecuente
<b>Capacidad de recordar información con ayudas externas (índices, etc.)</b>	Sí	Progresivamente se va perdiendo
<b>Capacidad de usar métodos mnemotécnicos</b>	Sí	Progresivamente se va perdiendo
<b>Cálculo</b>	Conservado	Disminuye progresivamente
<b>Comprensión de un programa de TV, un libro o un programa de radio</b>	Normal	Disminuye progresivamente
<b>Capacidades de las actividades de la vida diaria</b>	Conservada	Disminuye progresivamente
<b>Perfil temporal</b>	Conservado	Deterioro progresivo

Tabla 2. Comparación adulto mayor normal vs patológico

Desde el punto de vista cognitivo en la población añosa existe un continuum desde la normalidad a la demencia. Cuando se aplican criterios diagnósticos o se utilizan puntos de corte en los tests para discriminar entre lo normal y lo patológico, la población de adultos mayores se divide en individuos que no tienen alteraciones cognitivas, individuos dementes e individuos que padecen una alteración cognitiva de baja severidad. Estas últimas personas no están completamente en situación de desempeño normal, pero tampoco están dementes. Este estado, intermedio entre la vejez normal y la demencia, fue denominado por los médicos canadienses «Cognitive impairment, no dementia» o CIND (afectación cognitiva sin demencia) y en la literatura estadounidense como Mild Cognitive Impairment o Deterioro Cognitivo Leve (DCL, en algunos países hispanoparlantes se le llama Déficit Cognitivo Menor).

El DCL supone un constructo sindrómico de diagnóstico clínico, secundario a diversas condiciones causales, donde el grupo de pacientes que lo conforma no presenta un perfil homogéneo, por lo que el cumplimiento de sus criterios diagnósticos no asegura que exista una patología degenerativa subyacente, ni que todos los pacientes evolucionen a la demencia.

El DCL es por tanto un síndrome, no un diagnóstico nosológico específico y en principio no presume una etiología específica de base. La etiología de base constituye lo que en el proceso diagnóstico para ese individuo es necesario evaluar.

Los criterios diagnósticos surgen de los trabajos de Petersen. Este autor ha propuesto criterios diagnósticos y establece subgrupos según se encuentre la memoria afectada o no y subsecuentemente si hay afectados uno o varios dominios cognitivos.

Tipo básico	Subtipos	Clínica	Riesgo de Conversión
Amnésico	DCL-A	afectación pura de la memoria	Enfermedad de Alzheimer
Amnésico	DCL-A multidominio	afectación de la memoria y al menos otra área cognitiva	Enfermedad de Alzheimer Demencia Vascul ar
No Amnésico	DCL unidominio	afectación de un área cognitiva distinta de la memoria	Demencia frontotemporal
No Amnésico	DCL multidominio	alteración de dos áreas cognitivas al menos, distintas de la memoria	Demencia con Cuerpos de Lewy Demencia Vascul ar

**Tabla 3. DCL y subtipos** (Basado en trabajos de Petersen)

### Criterios diagnósticos del Deterioro Cognitivo Leve amnésico

Basados en los trabajos de Petersen.

- Quejas de pérdida de memoria, preferiblemente corroboradas por un informante
- Deterioro de la memoria objetivo para su edad y escolarización (la puntuación es inferior a 1,5 DE por debajo de la media ajustada a la edad y la escolarización en los test de memoria)
- Funcionamiento cognitivo global intacto
- Sin alteración de las actividades de la vida diaria
- Ausencia de demencia

Incluimos los criterios de la Sociedad Española de Neurología (SEN) para el diagnóstico de DCL por su utilidad en la práctica clínica habitual

### Criterios diagnósticos para Deterioro Cognitivo Leve (SEN)

1. Alteración de una o más de las siguientes áreas cognitivas:
  - Atención y concentración
  - Memoria
  - Lenguaje

- Gnosias
  - Praxias
  - Funciones visoespaciales
  - Funciones ejecutivas
2. Ésta debe ser:
- Adquirida. Señala un deterioro respecto de las capacidades previas del individuo.
  - Referidas por el paciente o por un informador fiable.
  - Objetivadas por la exploración neuropsicológica.
  - De meses de duración y constatada en el paciente con un nivel de conciencia normal.
3. La alteración cognitiva sólo interfiere mínimamente en las actividades instrumentales o avanzadas.
4. La alteración cognitiva no se asocia a trastornos del nivel de conciencia. El

DSM V se refiere a esta entidad como Trastorno Neurocognitivo leve

### Trastorno neurocognitivo leve

A. Evidencias de un declive cognitivo moderado comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basada en:

1. Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva y
2. Un deterioro modesto del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.

B. Los déficits cognitivos no interfieren en la capacidad de independencia en las actividades cotidianas (p. ej., conserva las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o seguir los tratamientos, pero necesita hacer un mayor esfuerzo, o recurrir a estrategias de compensación o de adaptación).

C. Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional.

D. Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

En conclusión el diagnóstico sindromático de demencia se basa en los siguientes puntos:

- La historia clínica es sugestiva de deterioro cognitivo y/o alteración conductual.
- Confirmación del deterioro respecto al nivel previo, por un informador fiable (generalmente un familiar que convive o conoce bien al enfermo).
- Demostración de la alteración cognitiva mediante test apropiados a la edad y nivel de escolaridad del paciente.
- Se cumplen los criterios diagnósticos de demencia.



## Bibliografía

1. Albert MS, De Kosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox NC, et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2011; 7: 270-9
2. Allegri R F, Arizaga R L, Bavec C V y col. Enfermedad de Alzheimer. Guía de práctica clínica. *NEUROL ARG.* 2011;3(2):120-137
3. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
4. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión, vols.1, 2 y 3. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2008
5. Cummings J, MD. The Black Book of Alzheimer's Disease, Part 1 Primary Psychiatry. 2008;15(2):66-76
6. Cummings J, MD. The Black Book of Alzheimer's Disease, Part 2, Primary Psychiatry. 2008;15(3):69-90
7. Cummings J. Alzheimer's disease diagnostic criteria: practical applications. *Alzheimer's Research & Therapy* 2012, 4:35
8. Chapman DP, Williams SM, Strine TW, Anda RF, Moore MJ. Dementia and its implications for public health. *Prev Chronic Dis* 2006 Apr.
9. Chertkow H, Feldman H, Jacova C and Massoud F. Definitions of dementia and predementia states in Alzheimer's disease and vascular cognitive impairment: consensus from the Canadian conference on diagnosis of dementia. *Alzheimer's Research & Therapy* 2013, 5(Suppl 1):S2
10. Dementia, A NICE-SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care National Clinical Practice Guideline Number 42 National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the Social Care Institute for Excellence National Institute for Health and Clinical Excellence, The British Psychological Society and Gaskell, March 2011
11. DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Michael B. First , Masson, 2001
12. Dubois B, Feldman H, Jacova C, Cummings J L et al. Revising the definition of Alzheimer's disease: a new lexicon. *Lancet Neurol* 2010; 9: 1118-27
13. Ferri C P, Sousa R, Albanese E, Ribeiro W S, Honyashik M. Informe mundial sobre el Alzheimer 2009 Resumen Ejecutivo. *Alzheimer's Disease International*. Editores Martin Prince y Jim Jackson.

14. Galvin J E and Sadowsky C H. Practical Guidelines for the Recognition and Diagnosis of Dementia, *J Am Board Fam Med* 2012;25:367-382.
15. Garcia de la Rocha, M. y Olazarán, J. (2003). Criterios diagnósticos sindromáticos de demencia. En grupo de estudio de neurología de la conducta y demencias de la sociedad española de neurología (Eds.), *Guías en demencias*. (pp. 3-6). Barcelona: Masson.
16. Guía de Recomendaciones Clínicas. Demencia. Edita: Dirección General de Innovación Sanitaria Consejería de Sanidad. Versión diciembre 2013. Disponible en: <http://www.asturias.es>
17. Jack CR Jr, Albert MS, Knopman DS, et al. Introduction to the recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2011;7:257-262.
18. Kalaria R N et al. Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management, and risk factors. *Lancet Neurol*. 2008 September ; 7(9): 812-826.
19. Ketzoian et al. Estudio de la prevalencia de las principales enfermedades neurológicas. *Rev. Med. Uruguay*, 1992; 8:191-205
20. Ketzoian et al. Estudio de la prevalencia de las principales enfermedades neurológicas en una población del Uruguay: Estudio de la Villa del Cerro" Sección Neuroepidemiología, Instituto de Neurología, 1993-1995.
21. Knopman D S and Petersen R C. Mild Cognitive Impairment and Mild Dementia: A Clinical Perspective. *Mayo Clin Proc*. October 2014; 89(10):1452-1459
22. Knopman D S, DeKosky S T, Cummings J L, et al.; Practice parameter: Diagnosis of dementia (an evidence-based review) : Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology, *Neurology* 2001;56;1143
23. Knopman DS, DeKosky ST, Cummings JL, et al. Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2001; 56(9):1143-1153
24. McKeith I, Cummings J. Behavioural changes and psychological symptoms in dementia disorders. *Lancet Neurol* 2005; 4: 735-42
25. McKhann G M, Knopman D S, Chertkow H, Hyman B T, Jack C R, Kawas C H et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroup. *Alzheimer's and Dementia* 2011; doi: 10.1016/j.jalz.2011.03.005.
26. Minati L et al. Current Concepts in Alzheimer's Disease: a multidisciplinary review. *American Journal of Alzheimer's Disease & other dementias*. 2009;24, 95-121.

27. Mora-Simón S, García-García R, Perea-Bartolomé MV, Ladera-Fernández V, Unzueta-Arce J, Patino-Alonso M C, Rodríguez-Sánchez E, Deterioro cognitivo leve: detección temprana y nuevas perspectivas; *Rev Neurol* 2012; 54: 303-10
28. Nitrini R et al. Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population-based cohorts. *International Psychogeriatrics* (2009), 21:4, 622-630.
29. O'Brien H J, Gainotti G et al. EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer's disease. *European Journal of Neurology* 2010, 17:1236-1248.
30. Olazaran Rodriguez J, Bermejo Pareja F. Alteración cognitiva leve en la practica clínica. *Med Clin (Barc)*. 2010. doi:10.1016/j.medcli.2010.09.014
31. Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M et al. Practice Parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review) Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001;56: 1133-1142
32. Petersen RC. Mild Cognitive Impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine* 2004; 256: 183-194
33. Petersen Ronald C. et al. Mild Cognitive Impairment Ten Years Later *ArchNeurol*.2009;66(12):1447-1455
34. Rodriguez et al. Prevalence of dementia in Latin America, India, and China: a population-based cross-sectional survey. *Lancet*. 2008 August 09; 372(9637): 464-474.
35. Rosenberg PB, Johnston D, Lyketsos CG. A clinical approach to mild cognitive impairment. *Am J Psychiatry* 2006;163:1884-90.
36. Sousa et al. "The contribution of chronic diseases to the prevalence of dependence among older people in Latin America, China and India: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey" *BMC Geriatrics* 2010, 10:53.
37. Waldemar G, Dubois B, Emre M, et al. Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline. *Eur J Neurol*. *Eur J Neurol*. *Eur J Neurol* 2007;14(1):e1-e26.
38. Wimo A, Winblad (2007) An estimate of the total world wide societal costs of dementia in 2005. *Alzheimers Dement* 3,81-91.
39. Wimo A, Winblad B, Aguero-Torres H, von Strauss E. The magnitude of dementia occurrence in the world. *Azheimer Dis Assoc Disord*. 2003 Apr-Jun;17(2):63-7.
40. World Health Organization 2008. The global burden of disease: 2004 update.

## Capítulo II

### Valoración del Adulto Mayor con sospecha de Deterioro Cognitivo

Dra. Ana Kmaid

El diagnóstico precoz de la demencia permite:

- a) Iniciar tratamiento específico precozmente
- b) Educar a la familia para un adecuado cuidado del familiar afectado de demencia
- c) La participación del paciente en las decisiones que se deberán tomar en el futuro
- d) Educar al cuidador para su auto cuidado
- e) Dar la posibilidad a la familia de planificar el futuro
- f) Tratar adecuadamente la comorbilidad que presenten estos pacientes
- g) Evitar el uso de fármacos que podrían agravar los trastornos cognitivos

Existe insuficiente evidencia para recomendar a favor o en contra el cribado de deterioro cognitivo en ausencia de demencia en toda la población adulta mayor.

Se recomienda mantener un alto grado de sospecha y por tanto iniciar el proceso diagnóstico, ante cambios cognitivos y/o conductuales observados por el profesional o referidos por el paciente y/o familiar.

Cuando el declinar cognitivo es descrito por un informante, estas observaciones deben ser tenidas muy en cuenta y se debe realizar su evaluación y seguimiento.

El diagnóstico de demencia es eminentemente clínico y requiere estar alerta a síntomas iniciales, aplicar instrumentos de diagnóstico, realizar un diagnóstico diferencial y etiológico apropiado.

Se pueden considerar como síntomas de alerta los siguientes:

Síntomas de alarma de deterioro cognitivo y demencia. Asociación de Alzheimer de Estados Unidos: Is it Alzheimer's? Warning Signs You Should Know.

- Pérdida de memoria que afecta a la capacidad de trabajo
- Problemas de lenguaje
- Desorientación en tiempo y lugar
- Pobreza de juicio
- Problemas de pensamiento abstracto
- Pérdida de cosas o ubicación en lugares inapropiados
- Cambios de humor y de conducta, frecuentes e inesperados.
- Cambios de personalidad recientes: suspicacia, temor...
- Pérdida de iniciativa
- Dificultades para realizar tareas familiares

Síntomas guía de la Guía de Práctica Clínica N° 19 de la AHCPR (Agency for Health Care Policy and Research)

Dificultad incrementada para:

Aprender o retener información nueva: repetitivo; no recuerda conversaciones recientes, sucesos, citas; extravía objetos con frecuencia.

Capacidad de razonamiento: imposibilidad para planificar la resolución de problemas laborales o domésticos, por ejemplo qué hacer si se inunda el baño; descuidos no habituales en las normas de conducta social.

Orientación espacial: dificultad para conducir, para disponer objetos en la casa, encontrar el camino a lugares familiares.

Lenguaje: tiene dificultad creciente para encontrar las palabras que expresen lo que quiere decir o para mantener una conversación.

Conducta: más pasivo y poco empático; más irritable de lo habitual; más desconfiado de lo normal; malinterpreta estímulos visuales y auditivos.

Manejo de tareas complejas: dificultad para seguir una serie compleja de ideas o para realizar labores que requieran muchos pasos (hacer un balance de cuentas o cocinar un alimento).

Ante la identificación de síntomas o signos de sospecha se debe confirmar la existencia de un deterioro cognitivo para lo cual es necesario la realización de una historia clínica que incluya:

#### 1- Entrevista de la persona enferma y del informante

Esta entrevista debe considerar los siguientes puntos:

- Valoración Mental.
  - Debe incluir una anamnesis dirigida a la queja cognitiva del paciente y/o informante
  - Síntomas de la esfera psiquiátrica (como parte del deterioro cognitivo, como posible etiología del mismo o como patología previa)
- Valoración biomédica incluyendo enfermedades en tratamiento, antecedentes personales, antecedentes psiquiátricos y familiares
- Revisión de Fármacos
- Valoración del Rendimiento Cognitivo-Test Cognitivos
- Valoración Funcional
- Valoración Social

#### 2- Exploración física y neurológica básica

## 1- Entrevista de la persona enferma y del informante

### Anamnesis

Es el instrumento más importante para establecer la presencia de DC.

En esta entrevista es conveniente la participación de un familiar o persona informante confiable para completar y confrontar la información obtenida del propio individuo. Lo habitual es obtener la información de ambos de forma simultánea, siendo útil observar la dinámica relacional de la persona enferma, su familiar, y las respuestas ante las preguntas que se les formule; por Ej. el signo del giro de la cabeza en busca de ayuda del familiar ante preguntas de mayor o menor complejidad, los gestos del informante de acuerdo o desacuerdo ante las respuestas de la persona afectada.

En algunos casos, la entrevista con la persona informante a solas, puede facilitar la obtención de información necesaria sin que ésta se sienta comprometida por la presencia de la persona enferma y para poder enmarcar la información que nos aporta dentro de su propio contexto biopsicosocial.

Se aconseja también que en algún momento se entreviste al enfermo/a a solas.

La anamnesis dirigida debe recoger aspectos cognitivos, psicoconductuales y funcionales.

La anamnesis debe incluir:

- datos biográficos y sociales del paciente: edad, profesión, nivel de escolaridad
- los antecedentes personales, buscando en particular factores de riesgo vascular, otras afecciones neurológicas (accidente cerebrovascular, traumatismo de cráneo grave, epilepsia), enfermedades sistémicas, antecedentes psiquiátricos
- los antecedentes familiares: enfermedades neurológicas, psiquiátricas y trastornos cognitivos con clara presentación familiar
- consumo de medicamentos, alcohol o tóxicos que puedan explicar parcial o totalmente el trastorno cognitivo
- soporte social, incluyendo la presencia de un cuidador idóneo y otras redes sociales formales o informales, determinando el riesgo social y la necesidad de la intervención desde Trabajo Social

Deben establecerse los primeros síntomas (trastornos cognitivos o psicoconductuales), su antigüedad y modo de aparición (brusco, progresivo o insidioso) y su evolución (agravamiento progresivo, en escalones o fluctuante, estabilidad, mejoría)

Debe comprender en general las siguientes áreas cognitivas:

- trastorno de la memoria para hechos recientes y/o remotos
- trastorno de la orientación temporal y espacial



- dificultad en la organización y planificación de tareas, trastorno del juicio o del pensamiento abstracto, característicos de la alteración de las funciones ejecutivas
- trastorno del lenguaje (anomias, parafasias, empobrecimiento general del lenguaje)
- dificultad para realizar actividades de la vida diaria en ausencia de deterioro motor, lo que evoca un trastorno de las praxias
- dificultad para reconocer o identificar a las personas u objetos, lo que evoca un trastorno de las gnosias

Preguntas	Áreas exploradas
¿Le cuesta recordar lo que hizo el día anterior? ¿Qué comió usted ayer, a donde fue? ¿Se le pierden o no sabe donde deja sus cosas?	Memoria para hechos recientes
¿Le cuesta decir el nombre de algunas cosas?	Lenguaje: anomias
¿Sabe donde se encuentra ahora? ¿Se ha perdido alguna vez, donde? ¿Qué día es hoy?	Orientación
¿Le cuesta tomar decisiones, organizar actividades, afrontar situaciones nuevas?	Capacidades ejecutivas
¿Se encuentra triste, nervioso/a o le cuesta dormir?	Estado de ánimo
¿Se encuentra raro/a, ha cambiado su forma de ser (suspicaz, retraído)? ¿Ha cambiado su comportamiento?	Personalidad y conducta
¿Piensa que hablan mal de usted, le roban las cosas? ¿Ve cosas o le dicen algo unas voces que le preocupe o asuste?	Ideas delirantes, alucinaciones
¿Qué tal se maneja con las cuentas y con el dinero?	Cálculo
¿Puede hacer las cosas diarias igual que siempre (hacer la comida, cuidado de la casa, compras, etc.)? ¿Realiza sus aficiones (costura, arreglos domésticos) y su trabajo como siempre?	AIVD
¿Puede caminar, bañarse, vestirse, usar el retrete, o alimentarse sin ayuda?	ABVD

**Tabla 1. Preguntas abiertas**

En la anamnesis dirigida no estructurada pueden utilizarse preguntas abiertas que evalúen diferentes aspectos como se ejemplifica en la siguiente tabla.

Deben evaluarse los denominados trastornos sicocomportamentales o neuropsiquiátricos que frecuentemente constituyen el primer motivo de consulta.

Las demencias incluyen frecuentes trastornos conductuales y psicológicos, denominados Síntomas Psicológicos y Conductuales asociados a la Demencia

(SPCD). Los SPCD son descritos como “síntomas de trastornos de la percepción, del contenido del pensamiento, del ánimo y de la conducta, que frecuentemente ocurren en pacientes con Demencia”.

Estos síntomas pueden ser analizados individualmente o según tres principales combinaciones: el síndrome psicótico, el síndrome de agitación y el síndrome afectivo.

El primero incluye alucinaciones frecuentemente asociadas a ideas delirantes y trastornos de la conducta, el segundo se manifiesta por conductas verbales agresivas y no agresivas y conductas motoras no agresivas (deambulación errante, actos motores repetitivos, entre otros) y agresivas y el tercero por depresión, ansiedad, irritabilidad, agitación psicomotora, síntomas neurovegetativos, como trastornos del sueño o del apetito y apatía.

El síntoma neuropsiquiátrico predominante depende de la etapa de la enfermedad, la frecuencia de síntomas depresivos disminuye en etapas más severas, por el contrario, la agitación, agresividad y psicosis son más frecuentes en etapas tardías. En términos generales los SPCD son más frecuentes a medida que la enfermedad progresa. Estas manifestaciones agravan las fallas cognitivas y aceleran la evolución de la demencia, generan sobrecarga del cuidador, aumentan los costos asociados al cuidado y son motivo de institucionalización, empeorando la calidad de vida del paciente y su entorno.

Los SPCD pueden evaluarse de manera estructurada mediante diversos cuestionarios, uno de ellos es el Inventario Neuropsiquiátrico abreviado, NPI-Q.

La Entrevista con un informante válido debe realizarse siempre que sea posible, para confirmar la existencia de cambios en las funciones cognitivas y su impacto en el desempeño funcional. En muchos casos es la única fuente de información y permite valorar la repercusión en las actividades de la vida diaria.

Existen diferentes cuestionarios estructurados para evaluar la situación cognitiva del individuo en base a lo reportado por el informante.

Debe evaluarse la repercusión de los trastornos cognitivos en las actividades de la vida diaria, que a su vez se miden o cuantifican, mediante diversas escalas y compararse el rendimiento en las actividades de la vida diaria con la situación previa al inicio del deterioro por lo que en este ítem generalmente es también necesario el reporte de un informante.

### Valoración del Rendimiento Cognitivo - Test Cognitivos

Se recomienda efectuar como mínimo una valoración global estructurada mediante un test de cribado breve.

Existen múltiples test validados al español o desarrollados en lengua española.

No existe un test de cribado ideal que constituya una recomendación concreta y universal.



Para cualquier test de cribado que se aplique deben considerarse varios elementos:

- Hay que tener en cuenta la edad, el nivel socioeducativo y otros factores que puedan interferir en el resultado (déficit sensorial, trastorno de la vigila, etc.)
- Los test de cribado no realizan ni aseguran el diagnóstico de demencia, son una herramienta estructurada para evaluar el rendimiento cognitivo en forma global
- Debe interpretarse su resultado en el contexto global de la evaluación de ese paciente

Los test cognitivos breves miden de manera objetiva el rendimiento del sujeto en una tarea concreta del examen del estado mental del paciente. Forman parte de una exploración neurológica completa.

Es importante evaluar los aspectos subjetivos al momento de la realización de estos test como el grado de atención, la motivación, el grado de colaboración, la facilidad para comprender las instrucciones y el tiempo necesario para su realización (mayor cuanto más grave es el deterioro cognitivo).

Las pruebas o test recomendados para el Primer Nivel de Atención son pruebas abreviadas, pero que deben cumplir una serie de requisitos: adaptados y validados en la población diana, sencillos y aplicables, que se demuestren eficaces en la detección de los estadios iniciales de la demencia y que en sus resultados tengan escasa o nula influencia las variables sociodemográficas.

Para evaluar al paciente con sospecha de deterioro cognitivo se suele recomendar dos tipos de test, los que evalúan al paciente y los que obtienen información del cuidador. La información obtenida de ambos es complementaria y debe integrarse en el proceso de evaluación de ese individuo.

En el Primer Nivel de Atención pueden utilizarse test breves que evalúan el rendimiento cognitivo global de ese individuo. Debe tenerse en cuenta que aunque son test cognitivos globales no exploran todas las funciones de alta integración y no son equivalentes entre sí.

### Test recomendados para el 1º Nivel de Atención

#### 1. Mini Mental State Examination (MMSE)

El “Mini-Mental State Examination” (MMSE) de Folstein es empleado habitualmente como un instrumento práctico para un rastreo inicial de alteraciones cognitivas

De amplia difusión, es un test cuantitativo con una puntuación total de 30, que evalúa diferentes áreas cognitivas.

El MMSE consiste en una serie de tests que evalúan orientación (autopsíquica, en tiempo y lugar), memoria de corto y largo plazo (fijación y recuerdo diferido), atención, lenguaje (comprensión verbal y escrita, expresión verbal -repetición y articulación- y expresión escrita), praxias (por comando escrito y verbal) y habilidad visuconstructiva. No explora las funciones ejecutivas.

La puntuación de este test es afectada por la edad y la escolarización del sujeto de tal manera que menores valores de puntuación se aplican a sujetos de mayor edad y menor escolaridad.

En este sentido el MMSE puede ser un falso negativo si el sujeto con un alta escolaridad obtiene un puntaje normal pero la evidencia de deterioro cognitivo es contundente o lo contrario un falso positivo cuando un puntaje bajo se obtiene de un individuo muy añoso y con muy baja escolaridad.

En los analfabetos, la puntuación máxima es de 23, ya que no pueden realizar las pruebas de lectura y escritura y deletreo invertido o, eventualmente, la sustracción seriada.

Distintos puntajes de corte fueron referidos en la literatura, el más aceptado es el de 23/24 (27-30 =normal; 25-26 = dudoso o posible demencia; 10-24 = demencia leve a moderada; 6-9 = demencia moderada a severa y 0 a 6 = demencia severa).

En nuestro país puede utilizarse un punto de corte de 25/26, para individuos con 6 años o más de educación formal.

Mediante la comparación con otras pruebas y por la evolución de los pacientes, se sabe que las puntuaciones de corte tradicionales del MMSE pueden no ser apropiadas para el diagnóstico de las fases iniciales de demencia, y que deben efectuarse pruebas más exigentes. Tiene por tanto una baja sensibilidad para detectar el Deterioro Cognitivo Leve y la Demencia en sus etapas muy iniciales y su rendimiento es mayor en la detección de las etapas leves a moderadas de la Demencia.

En Uruguay se puede utilizar la versión original traducida al español y armonizada para los modismos rioplatenses, realizada por un grupo de investigación argentino.

## 2. Test del reloj.

Prueba sencilla y de aplicación rápida que proporciona información sobre múltiples dominios cognitivos (comprensión, concentración, memoria visual, planificación y, sobre todo, tareas visoconstructivas y memoria procedimental).

Ha demostrado buena sensibilidad y especificidad para demencia tipo Alzheimer en fase leve. Plantea el problema de que existen muchos sistemas de aplicación e interpretación y probablemente sea poco sensible, incluyendo demasiado las variables de edad, sexo y escolarización.

Anexamos el Test del Reloj desarrollado por Rouleau y col, dada su sencilla aplicación e interpretación.

## 3. Test de Pfeiffer o Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)

Este test evalúa la memoria a corto y largo plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos y capacidad para realizar un trabajo matemático seriado. Su utilidad estriba en que es una prueba de fácil administración, que no requiere ningún material específico para su realización y es aplicable a personas de bajo nivel de escolarización.

Puede ser aplicado en analfabetos.

El punto de corte es de 3 o más errores, aunque algunos autores recomiendan aplicar diferentes puntos de corte en función de la escolarización.

Puntuación máxima: 10 errores

- 0-2 errores: normal
- 3-4 errores: leve deterioro cognitivo
- 5-7 errores: moderado deterioro cognitivo
- 8-10 errores: importante deterioro cognitivo

Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría. Si el nivel educativo es alto (universitario), se admite un nivel menos.

### Valoración del desempeño funcional (Actividades de la Vida Diaria-AVD)

La interacción entre la sintomatología cognitiva y la no-cognitiva tiene como consecuencia la progresiva incapacitación del paciente para realizar las actividades de la vida diaria. El diagnóstico de síndrome demencial implica la presencia de un deterioro en las capacidades funcionales de una persona y es importante determinar el status funcional al planificar la necesidad de cuidados informales y formales.

Debe considerarse:

Actividades básicas de la vida diaria.

Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) son las habilidades necesarias para la supervivencia, encaminadas al autocuidado y la movilidad y responsables de la independencia. Son actividades jerárquicas que se adquieren de acuerdo al desarrollo neurológico y desempeño físico. Pueden evaluarse en forma estandarizada mediante la Escala de Katz y la Escala de Barthel entre otras.

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.

Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) son las que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener independencia y autonomía en la comunidad. Son acciones más complejas que dependen no solo del desarrollo neurológico y desempeño físico sino también del estado afectivo, el apoyo social y el contexto cultural. Las escalas para las AIVD se correlacionan mejor con el estado cognitivo y por ello pueden utilizarse para la detección precoz del deterioro. Puede evaluarse en forma estandarizada mediante la Escala de Lawton y Brody.

Actividades Avanzadas de la Vida Diaria.

Las Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD) constituyen el nivel más alto de funcionalidad, se consideran entre estas aquellas actividades en las que el individuo desempeña un rol social y a las actividades deportivas. Las dificultades o fallas en el desempeño laboral habitual pueden ser un primer indicio de deterioro cognitivo.

Dado que las AVD implican un creciente grado de complejidad, habitualmente las AAVD serán las primeras en afectarse.

## Valoración Social

Es fundamental identificar al cuidador principal así como a los potenciales cuidadores que no han asumido el rol.

Es importante conocer los recursos para poder planificar los cuidados de ese paciente.

En la mayoría de los casos será necesaria la intervención de Trabajo Social en el diagnóstico de la situación social así como en la planificación de los cuidados.

## 2- Exploración física y neurológica básica

Es importante realizar una exploración física y neurológica básica que nos brindará datos acerca del estado de salud general, presencia de comorbilidad y elementos que orienten a la etiología del deterioro cognitivo.

Esta nos brindará datos que nos permitan a su vez planificar recomendaciones específicas del tratamiento (prevención de riesgos, tratamiento de la comorbilidad, precaución en el uso de ciertos fármacos, etc.)

La exploración física debe ser completa e incluir el estado general, cardiovascular, respiratorio, la existencia de déficit sensorial, la movilidad y la estabilidad postural. Debe incluir una exploración neurológica sistemática que investigue signos de localización, signos piramidales (a favor de una demencia vascular), signos extrapiramidales (en la enfermedad con cuerpos de Lewy y la demencia parkinsoniana), el resurgimiento de reflejos arcaicos (enfermedad de Alzheimer evolucionada o demencia vascular), mioclonias (frecuentes en la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob y en las fases evolucionadas de la EA).

El examen neurológico nos orienta fundamentalmente a la etiología de la demencia.

## Flujo Diagnóstico

### Diagnostico Sindromático

El diagnóstico de Deterioro Cognitivo (DCL y Demencia) es fundamentalmente clínico. La integración de los datos obtenidos de la entrevista clínica (anamnesis y exploración física) nos permitirá establecer un diagnóstico sindromático preliminar que debe ser ajustado a criterios estandarizados.

Estos criterios estandarizados son los criterios operativos de diagnóstico de la Demencia y del DCL, que se encuentran validados internacionalmente.

Es posible que sea necesario la realización de una exploración neuropsicológica mas profunda (Estudio Neuropsicológico) para poder establecer con mayor certeza un diagnóstico sindromático que cumpla con los criterios operativos para DCL o Demencia.

### Diagnostico Etiológico

El diagnostico etiológico se basa en el perfil clínico del deterioro cognitivo incluyendo los datos obtenidos por la anamnesis y la exploración física y en los datos obtenidos de los exámenes complementarios.

El diagnostico etiológico se refiere a la encefalopatía de base que causa el deterioro cognitivo. Puede existir una asociación de etiologías, encefalopatía mixta (Encefalopatía degenerativa tipo Enfermedad de Alzheimer y Encefalopatía Vascular, por Ej.)

El diagnostico etiológico debe al igual que el sindromático estar ajustado a criterios estandarizados y cumplir con criterios operativos de la encefalopatía particular que se plantee.

Existen criterios diagnósticos desarrollados por grupos de trabajo que resumimos:

- Enfermedad de Alzheimer
  - Criterios NINCDS- ADRDA
  - Criterios de investigación (Grupo de Dubois y Criterios del NIA-AA)
- Demencia frontotemporal
  - Work Group on Frontotemporal Dementia and Pick's Disease
- Demencia por Cuerpos de Lewy
  - Third International Workshop Meeting on DLB
- Demencia vascular
  - Criterios NINCDS- AIREN

El diagnostico etiológico de la demencia habitualmente requerirá el apoyo del nivel especializado para su resolución.

El flujo diagnostico debe contemplar además especialmente 2 ítems:

- Diagnostico diferencial (otra entidad causante del deterioro cognitivo)
- Factores contribuyentes (fármacos deletéreos para la cognición y comorbilidad con impacto en la cognición)

### Criterios de Derivación del paciente con sospecha de Deterioro Cognitivo

Es factible que el primer contacto del individuo afectado o su familia sea con el primer nivel de atención de tal manera que durante el proceso de estudio o el seguimiento de un deterioro cognitivo o de una demencia sea necesaria la derivación de la persona enferma y sus familiares a la atención especializada en el mismo nivel de atención o en el segundo-tercer nivel de atención, con quien se debe trabajar de forma coordinada.

Esta derivación puede corresponder a tres situaciones generales:

1. Relacionada con el proceso diagnóstico inicial
2. Cambios importantes del curso evolutivo de la demencia

### 3. En relación al planteamiento terapéutico y al seguimiento del individuo y sus familiares

#### 1. Relacionada con el proceso diagnóstico inicial

- En caso de necesidad de pruebas complementarias no accesibles desde el primer nivel de atención.
- Cuando existan dudas razonables en el diagnóstico sindromático de demencia y para realizar el diagnóstico etiológico.
- En casos en donde el planteo diagnóstico sea el Deterioro Cognitivo Leve.
- En sujetos menores de 65 años o en deterioros cognitivos o demencias rápidamente progresivas.
- En las demencias que debutan con predominio de trastornos conductuales o de la personalidad.
- En casos con sintomatología compleja o intrincada.
- Sospecha de causa no tratable en atención primaria, por ejemplo tumor, hidrocefalia, hematoma subdural, etc.

#### 2. Cambios importantes del curso evolutivo de la demencia

- Deterioro brusco, síntomas focales o reacciones adversas a la medicación específica.
- Ante la sospecha de una demencia de tipo familiar.
- Cuando sea necesario un examen especializado complementario.
- Siempre que la persona enferma o algún familiar solicite otra opinión.

#### 3. En relación al planteamiento terapéutico y al seguimiento del individuo y sus familiares

- Valoración de inicio de tratamiento con fármacos específicos como los anticolinesterásicos, memantina o psicofármacos.
- Cuando existe dificultad en el manejo de trastornos neuropsiquiátricos.
- Ante la posibilidad de realizar apoyo con tratamientos no farmacológicos como la estimulación cognitiva.
- En caso de necesidad de soporte por otros profesionales (Trabajo social, Psicología, Enfermería), no accesible en el primer nivel de atención.

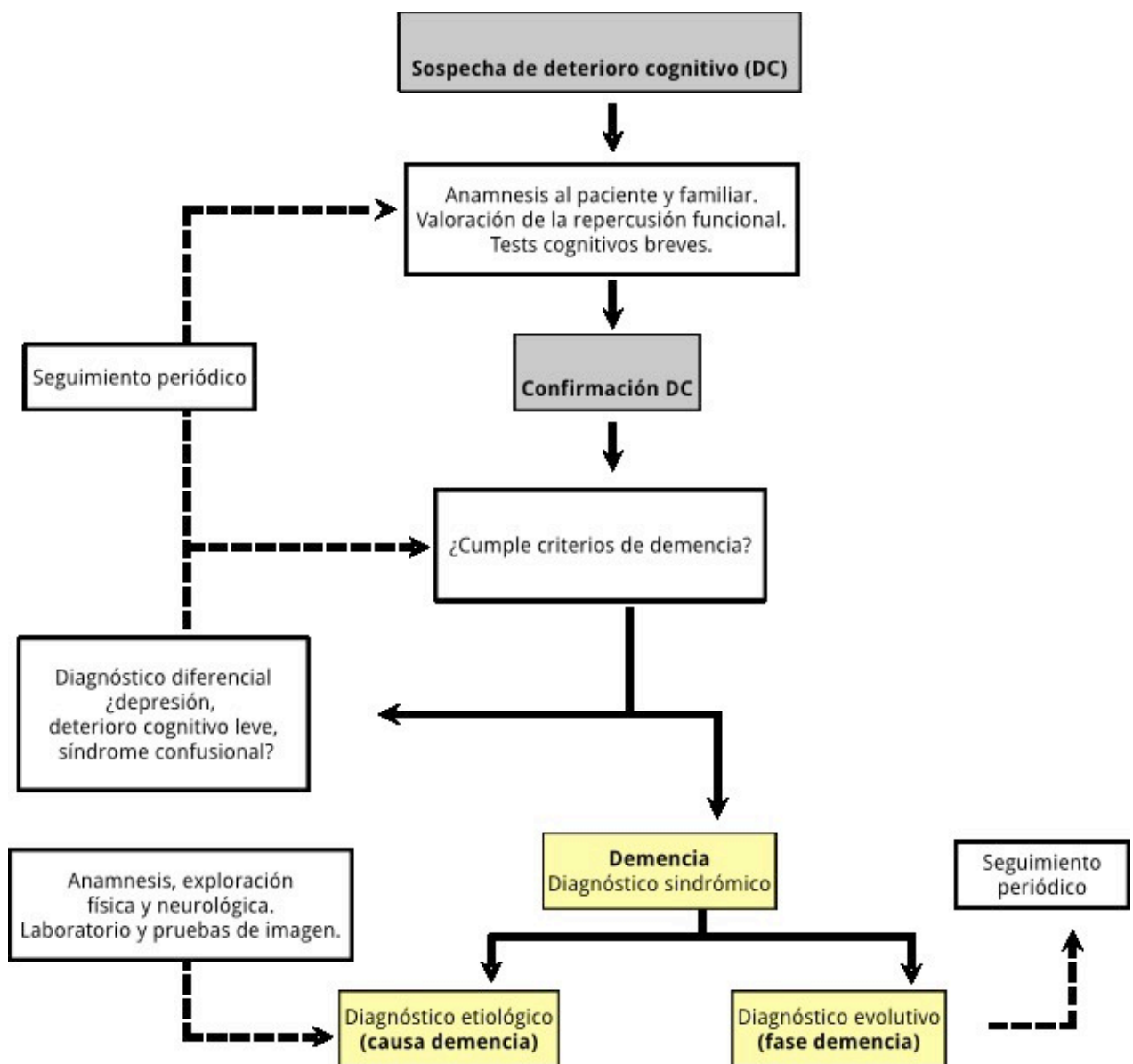
Es importante mantener la continuidad asistencial de estos individuos y sus familias de tal manera que el médico del primer nivel de atención debe ser copartícipe o responsable del plan de intervenciones y derivar con sentido de corresponsabilidad.

Es importante que la derivación a la atención especializada contenga el motivo de consulta y asocie un informe clínico con el síntoma guía sugerente de DC (trastorno de memoria, deterioro progresivo del lenguaje, trastorno de conducta, etc). Debe

completarse si es posible, esta información con la puntuación del test de cribado y test funcionales, los datos relevantes de la exploración física y de las pruebas complementarias. Es importante aportar los antecedentes médicos de la persona enferma y los fármacos habituales que toma.

Asimismo, el nivel especializado deberá proporcionar información de los resultados de sus intervenciones, del juicio clínico, plan de actuación y tratamiento a seguir para garantizar una adecuada comunicación y coordinación entre niveles asistenciales.

### Pasos a seguir en el diagnóstico de deterioro cognitivo y demencia





## Bibliografía

1. Allegri R F, Arizaga R L, Bavec C V y col. Enfermedad de Alzheimer. Guía de práctica clínica. NEUROL ARG. 2011;3(2):120-137
2. Allegri RF et al. El “Mini-Mental State Examination” en la Argentina: Instrucciones para su administración. Rev. Neurol. Arg. Vol. 24 Núm. 1, Año 1999
3. Allegri RF, Ollari JA, Mangone CA, Arizaga RL y col. El “Mini-Mental State Examination” en la Argentina: Instrucciones para su administración
4. Ballard C et al. Neuropsychiatric symptoms in dementia: importance and treatment considerations. International Review of Psychiatry, 2008, 20: 396-404.
5. Boada M, Cejudo J C, Tarraga L, Lopez O L, Kaufer D. Neuropsychiatric Inventory Questionnaire NPI-Q: validacion española de una forma abreviada del Neuropsychiatric Inventory. Neurologia 2002; 17 (6): 317-23V.
6. Carnero Pardo, C.; Vílchez, Carrillo R. Diagnóstico de demencias en las consultas generales de neurología. En: Alberca Serrano, R.; López Pousa, S., editors. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. 4. Madrid: Médica Panamericana; 2011. p. 57-71.
7. Consenso Español sobre Demencias. SEPG. Primera edición: Octubre 2005 Coordinación: Dr. Manuel Martín Carrasco.
8. Contador I, Fernández-Calvo B, Ramos F, Tapias-Merino E, Bermejo-Pareja F. El cribado de la demencia en atención primaria. Revisión crítica. Rev Neurol 2010; 51 (11): 677-686
9. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thomson S, Caruci DA, Gorbain J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. Neurology 1994;44:2308-14.
10. Cummings J, MD. The Black Book of Alzheimer’s Disease, Part 1 Primary Psychiatry. 2008;15(2):66-76
11. Cummings J, MD. The Black Book of Alzheimer’s Disease, Part 2, Primary Psychiatry. 2008;15(3):69-90
12. Demencias en Geriatría. SEGG. 2008 Ed. ERGON
13. Early Alzheimer's Disease: Recognition and Assessment.: Guideline Overview No. 19. September 1996. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <http://archive.ahrq.gov/patients-consumers/diagnosis-treatment/treatments/alzheimers/earlyalzassessment.html>
14. Feldman HH, Jacova C, Robillard A, et al. Diagnosis and treatment of dementia: 2. Diagnosis. Can Med Assoc J 2008; 178(7): 825-36.
15. Folstein MS, Folstein SE, McHugh PR. “Mini Mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res 1975;12:189-98.



16. Fontán-Scheitler L E, Lorenzo-Otero J, Silveira-Brussain A. Perfil de alteración en el Mini-Mental State Examination en pacientes con deterioro cognitivo leve. REV NEUROL 2004; 39 (4): 316-321
17. Galvin J E and Sadowsky C H. Practical Guidelines for the Recognition and Diagnosis of Dementia, J Am Board Fam Med 2012;25:367-382.
18. Gauthier S, Patterson C, Chertkow H, Gordon M, Herrmann N, Rockwood K, Rosa-Neto P, Soucy JP, CCCDTD4 Participants: 4th Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia. Can J Neurol Sci 2012, 39(6 Suppl 5):S1-S8
19. González Rodríguez M, Arrieta Antón E y Riu Subirana S. Recomendaciones de manejo del deterioro cognitivo y la demencia en Atención Primaria. SEMERGEN. 2008; 34(2):87-90.
20. Guía de Recomendaciones Clínicas. Demencia. Edita: Dirección General de Innovación Sanitaria Consejería de Sanidad. Versión diciembre 2013. Disponible en: <http://www.asturias.es>
21. Hort J, O'Brien J T, Gainotti G et al. on behalf of the EFNS Scientist Panel on Dementia. EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer's Disease. European Journal of Neurology 2010, 17: 1236-1248.
22. Katz, S., Down, T.D., Cash, H.R., & Grotz, R.C. (1970) Progress in the development of the index of ADL. The Gerontologist, 10(1), 20-30.
23. Kaufer DI, Cummings JL, Ketchel P, et al. Validation of the NPIQ, a brief clinical form of the Neuropsychiatric Inventory. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2000;12(2):233-239
24. Knopman DS, DeKosky ST, Cummings JL, et al. Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology. 2001; 56(9):1143-1153
25. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969; 9:179-86. [PubMed: 5349366]
26. Lin JS, O'Connor E, Rossom R, Perdue LA, Burda BU, Thompson M, Eckstrom E. Screening for Cognitive Impairment in Older Adults: An Evidence Update for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Report No. 107. AHRQ Publication No. 14-05198-EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2013.
27. Lorentz W J, Scanlan J M, Borson S. Brief screening tests for dementia. Can J Psychiatry 2002; 47:723-733
28. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel index. Md State Med J. 1965; 14:61-5. [PubMed: 14258950]
29. Martínez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onís Vilches M, Aguado Taberné C, Albert Colomer C y Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med Clin (Barc) 2001; 117: 129-134

30. McKeith I, Cummings J. Behavioural changes and psychological symptoms in dementia disorders. *Lancet Neurol* 2005; 4: 735-42
31. Minati L et al. Current Concepts in Alzheimer's Disease: a multidisciplinary review. *American Journal of Alzheimer's Disease & other dementias*. 2009;24, 95-121.
32. Moore A, Patterson C, Lee L, Vedel I, Bergman H. Fourth Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia. Recommendations for family physicians. *Can Fam Physician* 2014;60:433-8
33. Muñoz C, Núñez J, Flores P, Behrens P, MI y Slachevsky A. Utilidad de un cuestionario breve dirigido al informante para el diagnóstico temprano de casos de demencia: La versión chilena del AD8. (AD8-Ch). *Rev Med Chile* 2010; 138: 1063-1065.
34. Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M et al. Practice Parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review) Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001;56: 1133-1142
35. Rosenberg PB, Johnston D, Lyketsos CG. A clinical approach to mild cognitive impairment. *Am J Psychiatry* 2006;163:1884-90.
36. Rouleau, I., D. P. Salmon, et al. (1992). "Quantitative and qualitative analyses of clock drawings in Alzheimer's and Huntington's disease." *Brain Cogn* 18(1543577): 70-87.
37. Villarejo A, Puertas-Martín V. Utilidad de los test breves en el cribado de demencia. *Neurología*. 2011. doi:10.1016/j.nrl.2010.12.002
38. Waldemar G, Dubois B, Emre M, et al. Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline. *Eur J Neurol* 2007;14(1):e1-e26.

## Anexo 1

### INVENTARIO NEUROPSIQUIATRICO

#### NPI-Q

1. **DELIRIOS** ¿Cree el paciente en cosas que no son ciertas como por ejemplo que otras personas quieren robarle o quieren hacerle daño? ¿Dice que miembros de su familia no son quienes dicen ser, que su casa no es su casa?  
Sí No GRAVEDAD: 1 2 3 ESTRÉS: 0 1 2 3 4 5
2. **ALUCINACIONES** ¿El paciente ve cosas o personas inexistentes o dice que escucha voces o ruidos Inexistentes? ¿Habla con personas que no están realmente presentes?  
Sí No GRAVEDAD: 1 2 3 ESTRÉS: 0 1 2 3 4 5
3. **AGITACIÓN/AGRESIÓN** ¿El paciente insulta o se molesta con su cuidador con facilidad? ¿Se niega a cooperar o recibir ayuda en actividades como por ejemplo bañarse o vestirse?  
Sí No GRAVEDAD: 1 2 3 ESTRÉS: 0 1 2 3 4 5
4. **DEPRESIÓN/DISFORIA** ¿El paciente está triste o bajo de moral? ¿Llora?  
Sí No GRAVEDAD: 1 2 3 ESTRÉS: 0 1 2 3 4 5
5. **ANSIEDAD** ¿El paciente está nervioso, inquieto, no puede relajarse, o está excesivamente tenso? ¿Dice que tiene como un nudo en el estómago, o se inquieta cuando se separa de usted?  
Sí No GRAVEDAD: 1 2 3 ESTRÉS: 0 1 2 3 4 5
6. **EXALTACIÓN/EUFORIA** ¿Parece el paciente estar demasiado alegre? Se refiere a una alegría anormalmente excesiva, diferente a cómo ha sido siempre.  
Sí No GRAVEDAD: 1 2 3 ESTRÉS: 0 1 2 3 4 5
7. **APATÍA/ INDIFERENCIA** ¿El paciente parece poco interesado, poco motivado para hacer cosas, menos activado que de costumbre, incluso habla menos?  
Sí No GRAVEDAD: 1 2 3 ESTRÉS: 0 1 2 3 4 5
8. **DESHINIBICIÓN** ¿El paciente actúa impulsivamente, dice cosas que normalmente no se dicen o se hacen en público? Cosas que incluso pueden hacerle sentir "vergüenza".  
Sí No GRAVEDAD: 1 2 3 ESTRÉS: 0 1 2 3 4 5
9. **IRRITABILIDAD/LABILIDAD** ¿Está irritable o se molesta con facilidad? ¿Tiene "arranques" repentinos de mal humor o ira que no corresponden a su carácter habitual? ¿Se muestra impaciente?  
Sí No GRAVEDAD: 1 2 3 ESTRÉS: 0 1 2 3 4 5
10. **CONDUCTA MOTORA ANÓMALA** ¿El paciente se dedica a repetir actos como dar vueltas por la casa, abrir cajones o armarios, o hacer otras cosas repetitivamente con la ropa, con los dedos o con otros objetos?  
Sí No GRAVEDAD: 1 2 3 ESTRÉS: 0 1 2 3 4 5
11. **SUEÑO** ¿Tiene dificultad para conciliar el sueño, se despierta durante la noche (no tener en cuenta si se levanta para ir al baño y vuelve a dormir)? ¿Se levanta demasiado temprano? ¿Esto le lleva a dormir excesivamente durante el día?  
Sí No GRAVEDAD: 1 2 3 ESTRÉS: 0 1 2 3 4 5
12. **APETITO/ALIMENTACIÓN** ¿El paciente ha perdido o ganado apetito y/o peso, o ha cambiado de gustos en las comidas?  
Sí No GRAVEDAD: 1 2 3 ESTRÉS: 0 1 2 3 4 5

TOTAL GRAVEDAD NPI-Q \_\_\_\_\_ TOTAL ESTRÉS NPI-Q \_\_\_\_\_

**Anexo 2**

**AD8-Versión chilena (AD8-Ch)**

	<b>SÍ. Hay cambios**</b>	<b>NO. No hay cambios</b>	<b>No aplicable. No sé</b>
<b>1 Problemas de juicio (ejemplo: compra regalos inadecuados, ha sido estafado/a, toma malas decisiones en lo económico)</b>			
<b>2 Menor interés en realizar actividades o sus pasatiempos</b>			
<b>3 repite las preguntas, historias</b>			
<b>4 Tiene dificultad para aprender a usar instrumentos tecnológicos, electrodomésticos (como el control remoto TV, computador, microondas, video grabadora)</b>			
<b>5 Olvida el mes o año</b>			
<b>6 Tiene dificultad en el manejo de asuntos financieros complejos (pagar las cuentas, llevar la chequera, pago de impuestos)</b>			
<b>7 Tiene dificultad para acordarse de los compromisos (citas al doctor etc.)</b>			
<b>8 Problema persistente de memoria y pensamiento (no ocasional)</b>			

Instrucciones para el sujeto. Marque con una cruz la columna que representa mejor el estado del paciente. Recuerde: "sí. Hay cambios." significa que ha habido un cambio en los últimos años debido a problemas cognitivos (pensamiento y memoria).

\* \*\*Puntuación: cada respuesta "sí" corresponde a 1 punto, cada respuesta "No" corresponde a 0 punto, las respuestas "No aplicable/No sé" no se puntúan.

Un "score" mayor que 2 puntos presenta el mejor balance sensibilidad/especificidad para diferenciar entre pacientes con demencia y controles sanos

### **Anexo 3**

#### **MMSE**

##### **Orientación 10**

Día Fecha Mes Año Estación

Lugar Piso Ciudad Departamento País

##### **Fijación 3**

PELOTA BANDERA ARBOL

##### **Atención 5**

100 - 93 - 86 - 79 - 72 - 65

Mundo O - D - N - U - M

##### **Recuerdo 3**

()()()

##### **Lenguaje 8**

Repetición: El flan tiene frutillas y frambuesas

Comprensión

a) tome el papel con la mano izquierda

b) dóblelo por la mitad

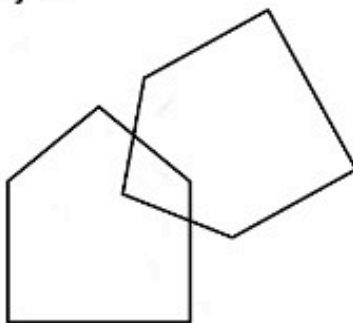
c) póngalo en el suelo

Lectura Cierre los ojos

Escritura Frase con sujeto, verbo y predicado

Denominación lápiz, reloj

##### **Copia de dibujo 1**



**Puntaje total /30**



## Anexo 4

### Test del Reloj

- (1) INSTRUCCIONES: Dibuje un reloj bien grande, coloque todos los números que lleva y marque con agujas la hora "11:10"  
Si el sujeto se mostrase confundido o pidiese una nueva oportunidad, dele al sujeto dos intentos para completar la tarea. Solicite al sujeto que indique cual considera es el mejor y puntee este.  
Si pregunta la hora, repita toda la consigna.

### (2) SCORING

**Presencia y secuencia de los números** Máximo = 5 puntos

5 = Realización sin alteraciones.

4 = Todos los números están presentes. Puede aceptarse un error mínimo en la disposición espacial.

3 = Todos los números están presentes. Errores en la disposición espacial.

2 = Algunas de las siguientes:

(A) Números faltantes o adicionales aunque sin distorsiones groseras de los números restantes.

(B) Los números están ubicados en sentido antihorario

(C) Los números están presentes pero hay una grosera alteración en la disposición general (ejemplo: heminegligencia)

1 = Números faltantes o adicionales y errores espaciales groseros

0 = Ausencia o pobre representación de los números

**Presencia y ubicación de las agujas** Máximo = 5 puntos

5 = Realización sin alteraciones

4 = Las agujas están en la posición correcta y la diferencia en tamaño está respetada

3 = Errores discretos en la representación de las agujas o la diferencia de tamaño entre las agujas

2 = Errores mayores en la ubicación de las agujas (de manera significativa, incluyendo 10 a 11)

1 = Se dibuja solamente UNA aguja o el dibujo de ambas manos es notoriamente pobre

0 = No se dibujan las agujas o se dibujan varias de manera perseverativa

### (3) INTERPRETACIÓN

9 - 10 = NORMAL

8 = DÉFICIT LÍMITE

6 - 7 = DÉFICIT LEVE

4 - 5 = DÉFICIT MODERADO

0 - 3 = DÉFICIT SEVERO

## Anexo 5

### CUESTIONARIO DE PFEIFFER

1. Fecha de hoy: día, mes, año	0	1
2. Día de la semana, hoy:	0	1
3. Nombre del lugar.	0	1
4. Número de teléfono:	0	1
4ª. Dirección (si no tiene teléfono)	0	1
5. Edad:	0	1
6. Fecha de nacimiento:	0	1
7. Nombre del presidente actual:	0	1
8. Nombre del presidente anterior:	0	1
9. Nombre de la madre:	0	1
10. Restar 3 a 20 y seguir restando sucesivamente.	0	1

---

**0-2 errores** = funcionamiento intelectual normal

**3-4 errores** = alteración intelectual leve

**5-7 errores** = alteración intelectual moderada

**8-10 errores** = alteración intelectual severa

## Anexo 6

### INDICE DE KATZ.

#### VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

##### Bañarse

*Independiente*: Necesita ayuda para lavarse una sola parte (como la espalda o la extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda.

*Dependiente*: necesita ayuda para lavarse más de una parte de su cuerpo, necesita ayuda para salir o entrar a la bañera o no se lava solo.

##### Vestirse

*Independiente*: Coge la ropa de armarios y cajones, se pone la ropa, se pone adornos y abrigos, utiliza cremalleras, se excluye atarse los zapatos.

*Dependiente*: No se viste solo o permanece vestido parcialmente.

##### Uso del Retrete

*Independiente*: accede al retrete, entra y sale de él, se arregla la ropa, se higieniza solo (puede utilizar o no soportes mecánicos). Puede utilizar bacinilla o violín por la noche, vaciándolo por la mañana.

*Dependiente*: recibe ayuda para ir al baño, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinal. O no va al baño.

##### Movilización

*Independiente*: Entra y sale de la cama. Se sienta y se levanta sin ayuda (puede usar bastón o andador).

*Dependiente*: No se levanta de la cama.

##### Continencia

*Independiente*: Controla completamente ambos esfínteres.

*Dependiente*: Incontinencia ocasional. Necesita supervisión. Usa sonda vesical o es incontinente.

##### Alimentación

*Independiente*: Se alimenta sin ayuda (se excluye de la evaluación el cortar la carne y la preparación de la comida, como untar mantequilla al pan).

*Dependiente*: Precisa ayuda para alimentarse total o parcialmente, o utiliza sondas o fluidos intravenosos.

- A. Independiente en todas las funciones.
- B. Independiente en todas, salvo en una de ellas.
- C. Independiente en todas, salvo lavado y otra más.
- D. Independiente en todas, salvo lavado, vestido y otra más.
- E. Independiente en todas, salvo lavado, vestido, uso del retrete y otra más.
- F. Independiente en todas, salvo lavado, vestido, uso del retrete, movilización y otra más.
- G. Dependiente en todas las funciones.



## Anexo 7

### INDICE DE BARTHEL

#### Comer

10. *Independiente.* Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc., por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada por otra persona.

5. *Necesita ayuda* para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.

0. *Dependiente.* Necesita ser alimentado por otra persona.

#### Lavarse (bañarse)

5. *Independiente.* Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.

0. *Dependiente.* Necesita alguna ayuda o supervisión.

#### Vestirse

10. *Independiente.* Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa por ejemplo, braguero, corsé, etc., sin ayuda.

5. *Necesita ayuda,* pero realiza solo al menos la mitad de tareas en un tiempo razonable.

0. *Dependiente.*

#### Arreglarse

5. *Independiente.* Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y limpiarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona.

0. *Dependiente.* Necesita alguna ayuda

#### Deposición

10. *Continente.* Ningún episodio de incontinencia. Se necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo.

5. *Accidente ocasional.* Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enema o supositorios.

0. *Incontinente.* Incluye administración de enema o supositorios por otro.

#### Micción (Valorar la situación en la semana previa)

10. *Continente.* Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo.

5. *Accidente ocasional.* Máximo uno en 24 horas, incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas o dispositivos.

0. *Incontinente.* Incluye pacientes con sondas incapaces de manejarlas

#### Ir al baño

10. *Independiente.* Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa una bacinilla (orinal, botella, etc.) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar.

5. *Necesita ayuda.* Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.

0. *Dependiente.* Incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

#### Trasladarse cama/sillón

15. *Independiente.* Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoyo piés, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda.

10. *Mínima ayuda.* Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento.

5. *Gran ayuda.* Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir o entrar en la cama o desplazarse.

0. *Dependiente.* Necesita grúa o completo alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

#### Deambulación

15. *Independiente.* Puede caminar al menos 50 m. o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante.

Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc.), excepto andador. Si utiliza prótesis, es capaz de ponérsela y quitársela solo.

10. *Necesita ayuda.* Supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayuda para permanecer de pie (andador).

5. *Independiente en silla de ruedas* en 50 m. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo.

0. *Dependiente.* Si utiliza sillas de ruedas, precisa ser empujado por otro.

#### Subir y bajar escaleras

10. *Independiente.* Capaz de subir y bajar sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc.) y el pasamano.

5. *Necesita ayuda.* Supervisión física o verbal.

0. *Dependiente.* Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

Puntuación total

<b>CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO</b>	Utiliza el teléfono por iniciativa propia Es capaz de marcar bien algunos números familiares Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar	1
	No utiliza el teléfono	0
<b>COMPRAS</b>	Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
	Realiza independientemente pequeñas compras Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra Totalmente incapaz de comprar	0
<b>PREPARACIÓN DE LA COMIDA</b>	Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
	Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
<b>CUIDADO DE LA CASA</b>	Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) Realiza tareas ligeras, tales como lavar los platos o hacer la cama Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
	No participa en ninguna labor de la casa	0
<b>LAVADO DE LA ROPA</b>	Lava por sí solo toda su ropa Lava por sí solo pequeñas prendas	1
	Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
<b>USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE</b>	Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona	1
	Utiliza el taxi o automóvil solo con ayuda de otros No viaja en absoluto	0
<b>RESPONSABILIDAD CON RESPECTO A SU MEDICACIÓN</b>	Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta Toma su medicación si la dosis es preparada previamente No es capaz de administrarse su medicación	1
		0
<b>MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONOMICOS</b>	Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos, etc.	1
	Incapaz de manejar dinero	0
<b>TOTAL</b>		

**Anexo 8** ESCALA DE LAWTON Y BRODY ACTIVIDADES INSTRUMENTALES

## CAPÍTULO III

### El Estudio Neuropsicológico en el Diagnóstico del Deterioro Cognitivo y la Demencia

Dr. Sergio Dansilio

En tanto el diagnóstico del deterioro cognitivo y de las demencias es clínico, por definición la evaluación neuropsicológica constituye un paso fundamental y obligatorio. El estudio neuropsicológico realizado por profesionales debidamente formados, y empleando herramientas de exploración debidamente adaptadas al medio y la cultura del paciente así como satisfactoriamente normatizadas para la población, posee los siguientes objetivos y utilidades:

- 1) Permite contribuir al diagnóstico positivo de deterioro o de demencia, mediante la evaluación cualitativa y cuantitativa de los distintos dominios cognitivos del paciente así como de los cambios en el comportamiento y su relación con la estructura y funcionamiento cerebrales.
- 2) Aporta información a la eventualidad del sufrimiento de redes encefálicas cuando el mismo se encuentra por debajo del límite de resolución de la tecnología disponible, lo cual es particularmente crítico en las etapas iniciales o prodrómicas de las demencias, así como en el diagnóstico diferencial con condiciones psiquiátricas.
- 3) En el caso que sea posible, según la naturaleza de la afección de base, enriquece el diagnóstico para el tratamiento etiopatogénico o la prevención secundaria.
- 4) Realiza una caracterización comprensiva de los diferentes dominios cognitivos afectados e indemnes lo cual permite establecer estrategias de tratamiento para el paciente y su familia.
- 5) Describe indicadores (indirectos) de las capacidades que presenta el paciente, ya sea para actividades cotidianas básicas como para actividades complejas.
- 6) Proporciona información que, en conjunto con otros datos obtenidos del paciente, orienta a la toma de decisiones anticipadas, medidas preventivas y de protección.

El estudio neuropsicológico está en principio indicado en todas las etapas de los deterioros y las demencias, salvo cuando el paciente se encuentra en fases avanzadas, encamado, con un severo compromiso de la capacidad de comunicarse con el ambiente.

## CAPÍTULO IV

### Exámenes complementarios en la Demencia

Dr. Gustavo López

#### Exámenes de laboratorio

Los exámenes de laboratorio sugeridos en la valoración de un paciente con deterioro cognitivo, están orientados fundamentalmente a despistar entidades clínicas reversibles o tratables asociadas a dicho deterioro, así como patologías prevalentes en el adulto mayor. La anamnesis y el examen físico permitirán orientar y jerarquizar determinados exámenes. La mayoría de los exámenes propuestos son de uso común en una valoración de rutina.

Para un primer nivel de atención los exámenes a solicitar son: Hemograma, Glucemia, Azoemia, Creatininemia, Ionograma con calcemia, Funcional y enzimograma hepático, TSH.

La opinión de expertos recomienda además la solicitud de dosificación de vitamina B12 y ácido fólico. Esta indicación resulta clara en situaciones asociadas a un alto índice de sospecha clínica.

Otros exámenes como VDRL y VIH, dependerán de la orientación clínica en cada caso.

Corresponde mencionar, que en la evolución de un paciente con demencia establecida y diagnosticada (respecto a su probable etiología), las modificaciones agudas en el estatus cognitivo del paciente obliga a descartar situaciones clínicas con eventual implicancia en dicho cambio (alteraciones en la esfera afectiva, infecciones, alteraciones metabólicas, disionias, efectos adversos de fármacos, aspectos hemodinámicos), algunas despistadas mediante la anamnesis y/o examen físico, y otras que requerirán de estudios paraclínicos.

Modificaciones agudas en el estatus cognitivo de un paciente con deterioro cognitivo ya establecido, obliga a descartar entidades sobre agregadas que determinen dicho cambio. Supone una valoración clínica (anamnesis - examen físico) y en ocasiones solicitud de exámenes de laboratorio.

#### Electrocardiograma (ECG)

La realización de un ECG, más allá de formar parte de una valoración básica para una población por lo general con alta comorbilidad, está vinculado a evaluar condiciones de la conducción miocárdica que obliguen a tomar precauciones con referencia a algunos de los fármacos potencialmente utilizables en la demencia (anticolinesterásicos - neurolépticos).

## Electroencefalograma (EEG)

No existe evidencia que justifique su realización de rutina en todo paciente con Demencia. Puede aportar información de interés en casos de deterioros cognitivos rápidamente progresivos, sospecha de desórdenes tóxico-metabólicos, sospecha de crisis epilépticas parciales complejas o estado de mal epiléptico no convulsivo, o frente a planteos de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

En el primer nivel de atención NO se plantea la solicitud de un EEG.

## Estudio del líquido céfalo-raquídeo (LCR)

El estudio del LCR como rutina, no aporta información específica. Adquiere importancia frente a la sospecha de una enfermedad de características inflamatorias como causa del deterioro cognitivo (neurosífilis - VIH/SIDA - enfermedad paraneoplásica), o frente a la sospecha de una enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

En el primer nivel de atención NO se plantea la solicitud de estudio del LCR.

## Biomarcadores

Corresponde mencionar que los nuevos criterios diagnósticos (abordados en otro capítulo de este consenso) para la EA del “National Institute on Aging - Alzheimer’s Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer’s disease” (NIA-AA 2011) involucran a los marcadores genéticos y a los biomarcadores. Establecen en sus categorías diagnósticas los conceptos de Demencia debida a “EA probable” con un “nivel de certeza incrementado” (ante la evidencia de mutación genética) y de Demencia debida a “EA probable” con “evidencia de proceso fisiopatológico de EA” (por la presencia de biomarcadores).

Los biomarcadores utilizados en el estudio de las demencias pueden ser clasificados en 2 grupos:

- a) aquellos que evidencian beta-amiloidosis
  - Proteína beta amiloide en LCR (descendida)
  - PET amiloide
- b) los que evidencian injuria neuronal
  - Proteína tau en LCR (aumentada)
  - Hipometabolismo de la glucosa (FDG)-PET
  - Atrofia hipocampal por RMN volumétrica

Los aspectos vinculados a estudios de medicina nuclear e imagenología estructural (TC - RM) serán abordados por especialistas en otro apartado del consenso.



En referencia a la determinación de biomarcadores en LCR (proteína beta-amiloide A $\beta$ 1-42, proteína tau, proteína tau fosforilada), según consensos internacionales, no presentan en la actualidad utilidad en el desempeño clínico de rutina.

Un descenso en la concentración del péptido beta-amiloide A $\beta$ 1-42 junto a un incremento en la concentración de la proteína tau y tau fosforilada resulta altamente predictivo respecto a la evolución de un paciente con Deterioro Cognitivo Leve a una Demencia por Enfermedad de Alzheimer.

### Estudios genéticos

El desarrollo de los estudios genéticos en el campo de las demencias es relativamente nuevo. Esto determina que la experiencia en asesoramiento genético en general se encuentre en centros especializados de investigación en demencias.

Estudios genéticos de las formas hereditarias de “EA de inicio temprano” (menos del 5% del total de la EA) han permitido identificar más de 200 mutaciones en tres genes vinculados con la EA: el gen de la Proteína Precursora de Amiloide (APP) en el cromosoma 21, la presenilina 1 (PSEN1) en el cromosoma 14 y la presenilina 2 (PSEN2) en el cromosoma 1.

El gen relacionado con “formas tardías de la enfermedad” es el alelo 4 del gen codificador de la Apolipoproteína E (APO E) en el cromosoma 19. Este determina un aumento de riesgo proporcional al número de alelos, aumentando entre 2 y 4 veces si presenta 1 alelo 4, y hasta 17 veces si presenta 2 alelos.

A nivel de consensos internacionales, no existen en la actualidad recomendaciones para la utilización de marcadores genéticos “de rutina” en el diagnóstico de la EA.

Han sido identificados genes asociados a formas genéticas de la Demencia Fronto Temporal, enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, Demencia Vascular asociada a CADASIL y en la Enfermedad de Huntington.

Conceptualmente, las consideraciones referidas en la bibliografía internacional en referencia a los estudios genéticos pueden resumirse de la siguiente forma:

1) Todos los pacientes con Demencia de Inicio Temprano (< 65años) deben ser referidos a un “clínica de la memoria, de preferencia una con asesoramiento genético y disponibilidad de paraclínica”.

2) Los pacientes con planteo de:

- EA de Inicio Temprano, con historia familiar autosómica dominante
- Demencia Lobar Fronto Temporal con historia familiar de enfermedad similar
- Enfermedad priónica (independientemente de la edad y AF)
- Enfermedad de Huntington (independientemente de la edad y AF)

Deben ser referidos a “Unidades especializadas en consejo genético”

3) Los estudios genéticos con carácter “predictivo” en sujetos sin enfermedad podrían considerarse en:

- Sujetos mayores de edad, en riesgo, por una mutación patogénica conocida causante de demencia, previo consentimiento informado, asesoramiento genético multidisciplinario previo al análisis genético y seguimiento posterior.
- La determinación de genotipo APOE no está recomendada en la práctica asistencial (ni con fin diagnóstico ni predictivo) por su baja sensibilidad y especificidad.

La determinación de marcadores genéticos NO está indicada de rutina para el diagnóstico de EA en la práctica clínica.

En la Tabla 1 se resume la paraclínica vinculada al estudio de las demencias (con excepción de la medicina nuclear), las circunstancias en que se encuentran indicadas y su utilidad diagnóstica.

EXÁMENES	INDICACION	UTILIDAD DIAGNOSTICA
LABORATORIO BÁSICO	Todos los casos	Patologías prevalentes - adyuvantes o asociadas al DC
Vitamina B12 Ácido Fólico VDRL HIV	Orientados según el caso	Patología adyuvante o asociada al DC
ECG	Tratamiento farmacológico	Comorbilidades Bloqueos - Interevalo QT
EEG	DRP - Epilepsia T-M - ECJ	Diagn. Diferencial
LCR	DIT Cuadros atípicos	Diagn. Diferencial
BIOMARCADORES FLUIDOS en LCR	Cuadros atípicos - Investigación	Diagn. Diferencial Evidenciar proceso FP
ESTUDIOS GENETICOS APP - PSEN1 - PSEN2	DIT con Hist.AD Sano + AF mut. Investigación	Incrementar nivel de certeza diagnóstica
NEUROIMAGEN estructural	Todos los casos Investigación	Diagn. Diferencial RM (Evidenciar proceso FP)

Tabla 1. DC: deterioro cognitivo DRP: demencia rápidamente progresiva DIT: demencia de inicio temprano T-M: tóxico-metabólico ECJ; Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob FP: fisiopatológico Hist.AD: Historia Autosómica Dominante. AF mut: antecedente familiar de mutación para EA

## Bibliografía:

1. Allegri R F, Arizaga R L, Bavec C V, Colli L P, Demey I, Fernández M C et al. "Enfermedad de Alzheimer. Guía de práctica clínica" Guía - Artículos especiales de los Grupos de Trabajo de la Sociedad Neurológica Argentina. *Neurol Arg* 2011;3(2):120-137
2. Blennow K, Dubois B, Fagan A M, Lewczuk P, de Leon M J, Hampel H. "Clinical utility of cerebrospinal fluid biomarkers in the diagnosis of early Alzheimer's disease" *Alzheimer's & Dementia* (2014) 1-12
3. Gauthier S, Patterson C, Chertkow H, Gordon M, Herrmann N, Rockwood K, et al. "Clinical Practice Guidelines/Consensus Statements. Recommendations of the 4th Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia (CCCDTD4)" *Canadian Geriatrics Journal*, Vol 15, Issue 4, December 2012; 120-126
4. Goldman S, MPhil, Hahn S E, Williamson J, LaRusse-Eckert S, Barber Butson M, Rumbaugh M, et al. "Genetic counseling and testing for Alzheimer disease: Joint practice guidelines of the American College of Medical Genetics and the National Society of Genetic Counselors" *Genet Med*. 2011 June ; 13(6): 597-605. doi:10.1097/GIM.0b013e31821d69b8
5. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07
6. Malouf R, Areosa Sastre A. "Vitamin B12 for cognition" Review. Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group, Oxford, UK. Madrid, Spain. The Cochrane Library 2009, Issue 1
7. Mc Khann G M, Knopman D S, Chertkow H, Hyman B T, Jack Jr C R, Kawash C H, et al. "The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease". *Alzheimer's and Dementia* 2011 May ; 7(3): 263-269.
8. Rosa-Neto P, Robin Hsiung G and Masellis M on behalf of the CCDTD4 participants. Review "Fluid biomarkers for diagnosing dementia: rationale and the Canadian Consensus on Diagnosis and Treatment of Dementia recommendations for Canadian physicians" *Alzheimer's Research & Therapy* 2013, 5(Suppl 1):S8 <http://alzres.com/content/5/S1/S8>
9. Sorbia S, Hort J, Erkinjuntti T, Fladby T, Gainotti G, Gurvith H, et al. "EFNS-ENS Guidelines on the diagnosis and management of disorders associated with dementia". *European Journal of Neurology* 2012, 19: 1159-1179



10. Soucy J P, Bartha R, Bocti C, Borrie M , Burhan A M, Laforce R Jr and Rosa-Neto P. "Clinical applications of neuroimaging in patients with Alzheimer's disease: a review from the Fourth Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia 2012". *Alzheimer's Research & Therapy* 2013, 5(Suppl 1):S3 <http://alzres.com/content/5/S1/S3>

## CAPÍTULO V

### Recomendación de estudios de imagen estructural en demencia

Dr. Nicolás Sgarbi

Los métodos de diagnóstico por imágenes como la tomografía computada (TC) o resonancia magnética (RM) juegan un papel muy importante en el estudio del paciente con demencia.

Independientemente del perfil clínico evolutivo estos métodos deben ser utilizados al menos una vez en la valoración del paciente con alteraciones cognitivas.

Este concepto y recomendación se basa en 3 pilares fundamentales: se deben excluir causas potencialmente tratables del deterioro, identificar alteraciones vasculares que expliquen el mismo o encontrar elementos que permitan establecer un tipo específico de demencia o trastorno neurodegenerativo.

Tanto la TC como la RM son métodos de muy buena disponibilidad y accesibilidad en nuestro medio, con excelente relación costo beneficio en el estudio de la patología degenerativa del sistema nervioso pero con aportes variables dependiendo de múltiples factores.

Tomografía computada:

Método que utiliza radiaciones ionizantes lo que constituye una de las principales limitantes a la hora de considerarla como estudio de primera elección.

A pesar de ello si se tiene en cuenta su relativo bajo costo, fácil realización e interpretación y los grandes aportes que realiza al estudio del sistema nervioso sobre todo en agudo, la TC se constituye en una herramienta fundamental en este grupo de pacientes.

Permite descartar causas de deterioro no degenerativas, potencialmente tratables y que libradas a su evolución natural pueden generar niveles significativos de morbi mortalidad (por ejemplo: hidrocefalia normotensiva del adulto, hematoma subdural crónico, tumores del lóbulo frontal).

Se recomienda su utilización como método de primera elección en pacientes con deterioro cognitivo mayores a 65 años independientemente del tipo de deterioro o condición degenerativa planteada.

No es necesaria la utilización de rutina de medio de contraste intra-venoso ya que no cambia de forma significativa el rendimiento global del método y puede generar complicaciones que impactan de forma negativa en este grupo de pacientes (entre otras reacciones adversas alérgicas al yodo, nefropatía inducida por medio de contraste).

Debe recordarse que en un grupo seleccionado de estos pacientes el procedimiento puede requerir de sedación anestésica para su realización lo cuál puede modificar el encare inicial en la evaluación imagenológica sobre todo en pacientes con comorbilidad.

Como concepto general se recomienda su utilización en la valoración inicial en el paciente con deterioro cognitivo mayor de 65 años (recomendación tipo A).

### Resonancia magnética:

Método que no utiliza radiaciones ionizantes, de mayor costo que la TC, que permite un análisis estructural preciso del sistema nervioso y sus alteraciones.

En la actualidad existen secuencias denominadas funcionales con aportes variables en el estudio del paciente con demencia.

Si bien su rendimiento global es muy superior a la TC no se justifica su utilización como método de primera elección en agudo por su impacto en los costos globales y los aportes similares al diagnóstico.

Su accesibilidad y disponibilidad en la urgencia es relativa.

Por sus características técnicas requiere de mayor colaboración por parte del paciente (tiempo de adquisición de entre 15 a 30 minutos vs escasos segundos en la TC) lo que determina que en un porcentaje mayor de casos se requiera de sedación anestésica.

Luego de descartar causas potencialmente reversibles de demencia, está indicada en la valoración estructural del sistema nervioso y sobre todo en aquellos pacientes con diagnóstico dudoso ya que permite buscar elementos sugerentes de tipos específicos de procesos degenerativos.

Es el método de elección para el estudio de la sustancia blanca en la encefalopatía vascular y su repercusión, permite analizar el volumen encefálico en algunas entidades y es un método de particular interés a la hora de realizar fusión de imágenes con técnicas moleculares.

Si bien las denominadas secuencias funcionales, como la difusión y espectroscopía, aportan elementos de particular interés, no se recomienda su utilización de rutina en estos pacientes.

Como concepto general se recomienda la utilización de RM en el paciente con deterioro o demencia mayor de 65 años, luego de TC, si se requiere para complementar el diagnóstico, descartar diferenciales de cuadros rápidamente progresivos con TC normal (por ejemplo Creutzfeldt-Jakob) o en pacientes menores de 65 años para valoración estructural del sistema nervioso (recomendación tipo A).

No requiere de la utilización de medio de contraste de rutina ya que no genera cambios significativos en la sensibilidad global del método.

Las secuencias funcionales sobre todo la espectroscopía no es un método utilizado de rutina en estos pacientes.

Como concepto y recomendación general la TC es una herramienta necesaria y suficiente en el estudio inicial de pacientes con deterioro cognitivo siendo su principal objetivo descartar causas potencialmente reversibles del mismo y que pueden generar significativa morbi-mortalidad.

Debe realizarse rápidamente en pacientes mayores a 65 años y no es necesaria la administración de medio de contraste.

La RM es una herramienta que puede utilizarse en la valoración estructural del sistema nervioso en pacientes con diagnóstico dudoso o como complemento de estudios funcionales para fusión de imágenes estando formalmente indicada en pacientes con TC normal menores de 65 años.

Su utilización de urgencia no está justificada e impacta de forma significativa los costos globales de atención.

Está formalmente indicada en pacientes con cuadros de demencia rápidamente progresivos con TC normal para una elaboración diagnóstica más precisa independientemente de su edad.

## Bibliografía

1. Bertelson JA, Ajtai B. Neuroimaging of dementia. *Neurol Clin* 2014; 32(1):59-93
2. Degnan AJ, Levy LM. Neuroimaging of rapidly progressive dementias, part 1: neurodegenerative disorders. *AJNR* 2014; 35(3):418-23
3. Degnan AJ, Levy LM. Neuroimaging of rapidly progressive dementias, part 2: prion, inflammatory, neoplastic and others etiologies. *AJNR* 2014; 35(3):424-31
4. Filippi M, Agosta F, Barkhop F et al. EFNS task force: the use of neuroimaging in the diagnosis of dementia. *Eur J Neurol* 2012; 19(12):e131-40
5. Murray AD. Imaging approaches for dementia. *AJNR* 2012; 33(10):1836-44
6. Wippold FJ II, Cornelius RS, Broderick DF et al. Expert Panel on Neurologic Imaging. ACR Appropriateness Criteria® Dementia and movement disorders. [online publication]. Reston (VA): American College of Radiology (ACR); 2010 (last review 2014). 14 p.

## CAPÍTULO VI

### Imagen Funcional Cerebral - SPECT

Dr. Rodolfo Ferrando

La imagen funcional cerebral se refiere a las técnicas que permiten la obtención de imágenes que reflejan propiedades bioquímicas, fisiológicas o eléctricas del sistema nervioso central. Las más desarrolladas de estas técnicas son la Tomografía por Emisión de Fotón Simple (SPECT), la Tomografía por Emisión de Positrones (PET) y la Resonancia Magnética Funcional (RMf). De ellas, las dos primeras son por amplio margen las de uso más extendido y validado en la práctica clínica, mientras que la tercera es aún una herramienta prácticamente limitada a la investigación científica. El SPECT y el PET son técnicas de medicina nuclear que utilizan radiofármacos para la evaluación de diferentes fenómenos fisiológicos, clásicamente la perfusión (SPECT) o el metabolismo (PET) cerebral, aunque existe hoy en día una enorme variedad de trazadores que permiten el estudio de otros fenómenos fisiológicos y fisiopatológicos. La evolución de las técnicas nucleares hacia la imagen molecular ha permitido la detección in vivo de fenómenos característicos de las enfermedades neurodegenerativas como los trastornos de la función dopaminérgica, los depósitos de -amiloide o los agregados de proteína Tau mediante trazadores específicos. Tanto el SPECT como el PET utilizan radiación ionizante. La dosis de radiación producida por un estudio de este tipo es similar a la de una Tomografía Computada de abdomen y no se considera riesgosa para la salud del paciente.

#### SPECT cerebral

El SPECT es la técnica de imagen más ampliamente disponible y aplicable hasta el momento para el estudio de la función neuronal. El desarrollo de los trazadores de perfusión consolidó su uso clínico en la década del 90. El  $^{99m}\text{Tc}$ -ECD (Etilcisteinato-dímero) y el  $^{99m}\text{Tc}$ -HMPAO (Hidroximetilpropilen amino oxima) son los más utilizados hoy en día. En nuestro medio se utiliza el ECD. Ambos son fármacos lipofílicos que presentan libre difusión a través de la barrera hematoencefálica con elevada extracción en su primer pasaje por la circulación cerebral, lo cual determina la proporcionalidad de su captación con el flujo sanguíneo cerebral. Está bien documentada la relación estrecha entre perfusión y metabolismo neuronal tanto en condiciones fisiológicas como en la enorme mayoría de los procesos patológicos, lo cual permite la identificación de regiones hipometabólicas a través del descenso correspondiente de la perfusión utilizando trazadores de flujo sanguíneo.

#### Utilidad clínica del SPECT en la EA

El SPECT es la técnica de imagen funcional que posee más respaldo científico para su aplicación clínica en las demencias. El patrón de la EA se caracteriza por la presencia de hipoperfusión parietal posterior, temporal y del cíngulo posterior

bilateral con preservación de la corteza sensoriomotora y visual primaria, los ganglios basales, los tálamos, el tronco encefálico y el cerebelo. Generalmente existe cierto grado de compromiso frontal, que aumenta con el avance de la enfermedad, aunque respetando la corteza motora. La presencia de este patrón implica una elevada exactitud diagnóstica.

Una revisión sistemática de Dougall et al. (2004) evaluó la exactitud de 45 estudios que utilizaron SPECT con HMPAO en comparación con el diagnóstico clínico (criterios de DSM-III-R y NINCDS-ARDRA) entre los años 1988 y 2002. Los autores describen una sensibilidad de 77% y especificidad de 89% para el diagnóstico de EA en comparación con controles normales, 71% y 76% en comparación con demencia vascular, y 72% y 78% en comparación con demencia frontotemporal. Como limitaciones importantes, los estudios de esta revisión utilizaron mayormente el diagnóstico clínico transversal como gold standard y se realizaron entre 12 y 26 años atrás por lo que no contemplan numerosos avances tecnológicos posteriores que se utilizan hoy en día de forma rutinaria.

Particularmente relevantes son aquellos estudios que utilizaron confirmación histopatológica como referencia, ya que la misma es considerada el gold standard más adecuado. Read et al. (1995) reportaron sensibilidad de 93% para el SPECT comparada con 73% para el diagnóstico clínico en una serie de 27 pacientes con autopsia. Bonte et al. publicaron una serie de artículos sucesivos utilizando SPECT, en los cuales se fue incrementando la población estudiada, el primero de ellos en 1993. El reporte final de esta serie, del año 2011, incluye 73 pacientes y muestra una sensibilidad de 94%, especificidad de 85%, valor predictivo positivo de 92%, valor predictivo negativo de 88% y exactitud de 90%. Jobst et al. (1998) estudiaron 104 pacientes con demencia (80 de ellos con EA) y reportaron valores de sensibilidad, especificidad y exactitud de 89%, 80% y 83%.

Los estudios mencionados hasta el momento incluyen interpretación del SPECT a ciegas de la información clínica, lo cual no representa la situación habitual en la práctica, en la cual la dicha información es considerada para interpretar las imágenes mejorando su rendimiento diagnóstico. Los datos deben interpretarse por lo tanto como una estimación conservadora de la utilidad de las técnicas como un instrumento diagnóstico aislado. La verdadera utilidad de un test diagnóstico se define determinando la información adicional aportada por el test sobre aquella obtenida por la evaluación clínica habitual. Este es el punto más importante, ya que se refiere al uso apropiado de las técnicas de imagen funcional. Jagust et al. (2001) analizaron nuevamente datos del mencionado trabajo de Jobst et al. (1998) y encontraron que un SPECT positivo aumentó la probabilidad de EA en la histopatología de 84% a 92% para el diagnóstico clínico de EA probable y de 67% a 84% para EA posible. Un diagnóstico clínico de EA posible con SPECT positivo se asoció a la misma probabilidad de EA que el diagnóstico de EA probable, mientras que un diagnóstico de EA probable con SPECT positivo implica una probabilidad muy alta de EA en la histopatología. Por su parte, Claus et al. (1994) en un estudio realizado en una población comunitaria encontraron que cuando la probabilidad previa de EA era de 50%, la información adicional aportada por el SPECT aumentó la certeza diagnóstica en un 34%.

Múltiples estudios han evaluado el impacto de las técnicas de cuantificación de imágenes en el rendimiento clínico del SPECT en la demencia demostrando un incremento de la exactitud con respecto a la interpretación visual y una disminución en la variabilidad interobservador. Dentro de ellas, el análisis basado en voxels debe considerarse especialmente. Se ha demostrado que mediante su uso la sensibilidad y especificidad del SPECT pueden incrementarse por encima de 90% y 85% respectivamente para el diagnóstico de EA, aún en etapas precoces.

De particular importancia resulta el potencial de la imagen funcional para el diagnóstico de EA en etapas iniciales, como es el caso del deterioro cognitivo leve (DCL). El paradigma consiste en que la identificación de sujetos con elevado riesgo permitiría la intervención en etapas clínicas iniciales de la enfermedad con el objetivo de retrasar la evolución de los síntomas y la aparición de demencia. La presencia de hipoperfusión en el SPECT o hipometabolismo en el PET en corteza parietal posterior, precúneo y cíngulo posterior ha sido asociada reiteradamente a incremento del riesgo de progresión a EA en pacientes con DCL. Los reportes de SPECT indican una exactitud aproximada de 75-80% para la interpretación visual y de 85% o más cuando se utilizan técnicas de cuantificación de imágenes.

El rendimiento diagnóstico del SPECT en la EA ha sido reportado como similar (o tal vez discretamente inferior) al del PET con FDG en los estudios con confirmación histopatológica (Bonte et al., 2011; Silverman et al., 1999 y 2001) así como en los estudios comparativos en la misma muestra de pacientes (Messa et al., 1994; Ito et al., 2014), pero su costo es significativamente menor (4 a 5 veces en nuestro medio).

### Utilidad del SPECT en el diagnóstico diferencial de las demencias

La utilidad del SPECT en el diagnóstico diferencial de las demencias ha sido documentada en múltiples estudios. Read et al. (1995) estudiaron 27 pacientes con demencia y confirmación histopatológica y encontraron que el SPECT logró clasificar correctamente 93% de los casos mientras que la evaluación clínica lo hizo en 74%.

La presencia de hipoperfusión o hipometabolismo frontal y temporal anterior típicamente identifica a los pacientes con demencia frontotemporal (DFT), en oposición con el patrón temporoparietal posterior característico de la EA. Sjögren et al. (2000) reportaron sensibilidad de 88% y especificidad de 79% para el SPECT con HMPAO utilizando el balance entre la severidad de los trastornos de corteza anterior y posterior. La especificidad aumento a 96% en comparación con EA de inicio precoz. Méndez et al. (2007) evaluaron retrospectivamente 134 pacientes referidos por sospecha clínica de DFT con seguimiento clínico a 2 años y reportaron valores de sensibilidad y especificidad de 37% y 100% para los criterios clínicos de consenso, 64% y 70% para la RM y 91% y 75% para el SPECT/PET.

La demencia por cuerpos de Lewy muestra un patrón similar al descrito en la EA pero con extensión a la corteza occipital. Lobotesis et al. (2001) reportaron sensibilidad de 65% y especificidad de 87% para el diagnóstico diferencial entre ambas patologías mediante SPECT utilizando este criterio. Shimizu et al. (2005) reportaron sensibilidad y especificidad de 85% utilizando análisis basado en voxels.



Basándose en el compromiso de corteza occipital, los criterios diagnósticos de McKieth et al. (2005) reconocen el rol del SPECT/PET como marcador de apoyo para el diagnóstico de la enfermedad. La demencia por cuerpos de Lewy se caracteriza por presentar deficiencia dopaminérgica estriatal que se relaciona con el parkinsonismo. La disminución de la densidad del transportador de dopamina en la terminal presináptica puede medirse por trazadores específicos para SPECT como el 123I-FP-CIT (ioflupano). La técnica permite el diagnóstico diferencial con la EA con elevado rendimiento. El SPECT con 123I-FP-CIT logró distinguir ambas patologías con sensibilidad de 88% y especificidad de 100% en una serie de 20 pacientes con confirmación histopatológica mientras que el diagnóstico clínico inicial mostró sensibilidad de 77% y especificidad de 42% (Walker et al., 2007). En un estudio multicéntrico que incluyó 326 pacientes, McKieth et al. (2007) reportaron sensibilidad de 78% y especificidad de 90% contra el diagnóstico clínico. Los criterios del consenso para la enfermedad por cuerpos de Lewy de 2005 consideran la reducción de la captación estriatal del transportador de dopamina como un rasgo sugestivo de la enfermedad. En nuestro país se cuenta desde 2007 con 99mTc-TRODAT-1, un análogo del 123I-FP-CIT que ha demostrado excelente correlación con éste último.

En el diagnóstico de demencia vascular (DV) la imagen estructural posee un rol esencial. El SPECT y el PET se reservan para los casos equívocos. Sin embargo, un 15-20% de los pacientes con DV presentan demencia mixta. En estos casos, la imagen funcional es de utilidad para confirmar o descartar EA asociada.

Finalmente, el SPECT también presenta utilidad diagnóstica en otras demencias menos frecuentes entre las cuales pueden mencionarse la demencia traumática, los parkinsonismos atípicos, la demencia SIDA, encefalitis autoinmunes o paraneoplásicas, neurolupus, enfermedad de Behçet, exposición a neurotóxicos, enfermedades psiquiátricas, Creutzfeldt Jacob, Huntington y otras encefalopatías degenerativas de baja incidencia. Capítulo aparte merece la depresión de inicio tardío (que se presenta frecuentemente con predominio de síntomas cognitivos), en la cual la identificación de trastornos en corteza temporoparietal posterior indica elevada probabilidad de EA subyacente.

## Recomendaciones

- Las técnicas de imagen funcional deben ser indicadas por un médico especialista en demencias, generalmente un neurólogo, geriatra o psiquiatra que destina buena parte de su rutina clínica a la evaluación y tratamiento de este tipo de pacientes.
- Las imágenes de SPECT deberían ser realizadas en un centro que tenga experiencia en patología neuropsiquiátrica incluyendo las demencias, y es aconsejable que la interpretación de las mismas se lleve a cabo por parte de un especialista en medicina nuclear con experiencia en el área.
- Se aconseja que la interpretación visual de los estudios se complemente con un método de cuantificación de imágenes, de preferencia algún tipo de análisis basado en voxels, ya que los mismos han demostrado incrementar

el rendimiento diagnóstico de la técnica, en particular en pacientes con DCL o demencia leve. Esto es específicamente relevante para los centros que no poseen observadores con experiencia considerable en estudios cerebrales.

- En el caso del SPECT, se recomienda que el estudio se realice en un equipo de al menos dos detectores, ya que las gammacámaras de un solo detector no son suficientes para obtener estudios de calidad adecuada.

Como concepto general, se recomienda el uso del SPECT de perfusión cerebral en los pacientes con demencia o deterioro cognitivo de al menos 6 meses de evolución en los cuales la etiología permanece incierta luego de una evaluación clínica completa realizada por un médico experimentado (incluyendo examen neurológico, estudios de laboratorio, imagen estructural por TC o RM y estudio neuropsicológico) o los síntomas no revirtieron con el manejo clínico inmediato a la evaluación inicial, y en los cuales es razonable esperar que la información aportada por la imagen funcional ayude a aclarar el diagnóstico o guiar el tratamiento futuro. Se excluyen los pacientes con demencia en etapa avanzada.

Estas circunstancias pueden presentarse en las siguientes situaciones clínicas:

- Diagnóstico clínico de EA posible según criterios de NIA-AA debido a presentación clínica atípica, curso clínico atípico o coexistencia de posibles causas.
- Diagnóstico clínico de DCL persistente o progresivo no catalogado etiológicamente, en especial frente a coexistencia de posibles causas.
- Diagnóstico diferencial de las demencias.
- Demencia progresiva de inicio precoz (antes de los 65 años).

En cuanto al diagnóstico diferencial, la imagen funcional es aconsejable para distinguir EA de DFT y demencia por cuerpos de Lewy, para descartar la asociación de EA y demencia vascular y para diferenciar demencias degenerativas de patología psiquiátrica.

En el caso de diagnóstico clínico de demencia por cuerpos de Lewy posible según criterios de McKieth y col., el SPECT del transportador de dopamina (TRODAT) y el SPECT de perfusión o PET con FDG están recomendados. Estos estudios también han demostrado ser de utilidad en el diagnóstico diferencial entre demencia Parkinson y EA y en el diagnóstico de los parkinsonismos atípicos.

El SPECT también es de utilidad en casos de deterioro cognitivo persistente o demencia post traumatismo encefálico en los cuales la imagen de RM no explica la sintomatología.

Finalmente, entre las patologías de baja incidencia pueden mencionarse las enfermedades colagenovasculares con compromiso neuropsiquiátrico (LES, Behcet), exposición a neurotóxicos, encefalitis límbica o extralímbica inmunomediada, enfermedad de Huntington, Creutzfeldt Jacob, encefalopatía HIV, entre otras.

En resumen, el SPECT cerebral es una técnica de amplia disponibilidad y costo accesible que presenta elevado rendimiento diagnóstico en las demencias y se recomienda utilizar en aquellos pacientes que permanecen con dudas diagnósticas luego de la evaluación clínica y paraclínica convencional.

## Bibliografía

1. Bonte FJ, Tintner R, Weiner MF, Bigio EH, White CL 3rd. Brain blood flow in the dementias: SPECT with histopathologic correlation. *Radiology*. 1993;186(2):361-5.
2. Bonte FJ, Hynan L, Harris TS, White CL 3rd. TC-99m HMPAO Brain Blood Flow Imaging in the Dementias with Histopathologic Correlation in 73 Patients. *Int J Mol Imaging*. 2011;2011:409101.
3. Claus JJ, van Harskamp F, Breteler MM, Krenning EP, van der Cammen TJ, Hofman A, et al. The diagnostic value of SPECT with Tc 99m HMPAO in Alzheimer's disease: a population-based study. *Neurology*. 1994;44(3 Pt 1):454-61.
4. Dougall NJ, Bruggink S, Ebmeier KP. Systematic review of the diagnostic accuracy of 99mTc-HMPAO-SPECT in dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2004;12(6):554-70.
5. Ito K, Shimano Y, Imabayashi E, Nakata Y, Omachi Y, Sato N, et al. Concordance between (99m) Tc-ECD SPECT and (18) F-FDG PET interpretations in patients with cognitive disorders diagnosed according to NIA-AA criteria. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014;29(10):1079-86.
6. Jagust W, Thisted R, Devous MD Sr, Van Heertum R, Mayberg H, Jobst K, et al. SPECT perfusion imaging in the diagnosis of Alzheimer's disease: a clinical-pathologic study. *Neurology*. 2001;56(7):950-6.
7. Jobst KA, Barnetson LP, Shepstone BJ. Accurate prediction of histologically confirmed Alzheimer's disease and the differential diagnosis of dementia: the use of NINCDS-ADRDA and DSM-III-R criteria, SPECT, X-ray CT, and Apo E4 in medial temporal lobe dementias. *Oxford Project to Investigate Memory and Aging*. *Int Psychogeriatr*. 1998;10(3):271-302.
8. Lobotesis K, Fenwick JD, Phipps A, et al. Occipital hypoperfusion on SPECT in dementia with Lewy bodies but not AD. *Neurology*. 2001;56(5):643-9.
9. McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, Emre M, O'Brien JT, Feldman H, et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. *Neurology*. 2005;65(12):1863-72.
10. McKeith I, O'Brien J, Walker Z, Tatsch K, Booij J, Darcourt J, et al. Sensitivity and specificity of dopamine transporter imaging with 123I-FP-CIT SPECT in dementia with Lewy bodies: a phase III, multicentre study. *Lancet Neurol*. 2007;6(4):305-13.
11. Méndez MF, Shapira JS, McMurtray A, Licht E, Miller BL. Accuracy of the clinical evaluation for frontotemporal dementia. *Arch Neurol*. 2007;64(6):830-5.
12. Messa C, Perani D, Lucignani G, Zenorini A, Zito F, Rizzo G, et al. High-resolution technetium-99m-HMPAO SPECT in patients with probable Alzheimer's disease: comparison with fluorine-18-FDG PET. *J Nucl Med*. 1994;35(2):210-6.

13. Read SL, Miller BL, Mena I, Kim R, Itabashi H, Darby A. SPECT in dementia: clinical and pathological correlation. *J Am Geriatr Soc*. 1995;43(11):1243-7.
14. Shimizu S, Hanyu H, Kanetaka H, Iwamoto T, Koizumi K, Abe K. Differentiation of dementia with Lewy bodies from Alzheimer's disease using brain SPECT. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2005;20(1):25-30.
15. Silverman DH, Small GW, Phelps ME. Clinical Value of Neuroimaging in the Diagnosis of Dementia. Sensitivity and Specificity of Regional Cerebral Metabolic and Other Parameters for Early Identification of Alzheimer's Disease. *Clin Positron Imaging*. 1999;2(3):119-30.
16. Silverman DH, Small GW, Chang CY, Lu CS, Kung De Aburto MA, Chen W, et al. Positron emission tomography in evaluation of dementia: Regional brain metabolism and long-term outcome. *JAMA*. 2001;286(17):2120-7.
17. Sjögren M, Gustafson L, Wikkelso C, Wallin A. Frontotemporal dementia can be distinguished from Alzheimer's disease and subcortical white matter dementia by an anterior-to-posterior rCBF-SPET ratio. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2000;11(5):275-85.
18. Walker Z, Jaros E, Walker RW, Lee L, Costa DC, Livingston G, et al. Dementia with Lewy bodies: a comparison of clinical diagnosis, FP-CIT single photon emission computed tomography imaging and autopsy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2007; 78(11):1176-81.

## CAPÍTULO VII

### Neuroimagen funcional - PET

Dra. Graciela Lago - Dra. Adriana Quagliata

Las dos modalidades más frecuentemente utilizadas para el estudio por neuroimagen funcional de las demencias son el SPECT de perfusión cerebral y el PET cerebral.

Nos referiremos específicamente a la modalidad PET cerebral en el estudio de la demencia.

El PET CT es un método híbrido de obtención de imágenes tomográficas de la distribución tridimensional en el cerebro de radiofármacos marcados con radionucleidos emisores de positrones mostrando procesos bioquímicos in vivo.

Dentro de los trazadores PET para el estudio de las demencias, uno de los más frecuentemente utilizados es la 18F-fluorodeoxyglucosa (FDG). El patrón de alteración del metabolismo cerebral evidenciado con PET puede orientar a enfermedades neurodegenerativas específicas, siendo útil en el diagnóstico diferencial de diversas causas de demencia. Los pacientes con enfermedad de Alzheimer por ejemplo suelen presentar hipometabolismo en la corteza parietal posterior, el cíngulo posterior, la corteza temporal y en la corteza frontal en la enfermedad avanzada. Los pacientes con demencia frontotemporal en cambio presentan habitualmente hipometabolismo en la corteza frontal, en el cíngulo anterior y la corteza temporal anterolateral. Estos patrones hipometabólicos diferenciales permitirían orientar acerca de las entidades patológicas que subyacen a presentaciones clínicas a veces solapadas. Particularmente en el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer los estudios PET con FDG han evidenciado sensibilidades y especificidades en torno a 94% y 73-78% respectivamente.

El FDG PET podría ser útil en la valoración de pacientes con demencia cuando los síntomas son inusuales, cuando existen dificultades diagnósticas o cuando existe un planteo específico de diagnóstico diferencial entre enfermedad de Alzheimer y demencia frontotemporal. De acuerdo a las guías Canadienses para el uso de imagen funcional en el diagnóstico de las demencias el FDG PET podría utilizarse en pacientes que han pasado por una evaluación clínica y por imagen estructural de rutina, que han sido evaluados por un especialista en demencias y en los que la entidad clínica patológica subyacente a los síntomas todavía no quede clara.

Otro trazador de gran relevancia en el estudio de las demencias es el 11C-PIB que se ha relacionado con los depósitos de amiloide en el cerebro. Este trazador ha mostrado recientemente rendimientos diagnósticos incluso superiores a los encontrados para otras técnicas de imagen funcional en la diferenciación de pacientes con enfermedad de Alzheimer de sujetos sanos, y en la predicción de la conversión a AD en pacientes con deterioro cognitivo leve. Si bien la generalización de su aplicación clínica todavía se encuentra en discusión, la combinación del PIB y el FDG PET es útil en un gran número de situaciones clínicas, más aun teniendo en cuenta la limitación en la especificidad de los hallazgos de otras técnicas de neuroimagen.

PET-CT en demencia	Patrones de captación
Enfermedad de Alzheimer	Hipometabolismo parietal posterior, temporal y frontal en la enfermedad avanzada.
Demencia frontotemporal	Hipometabolismo frontal, en el cíngulo anterior y temporal anterolateral

Indicaciones del PET-CT en demencia
Presentación clínica atípica
Dificultades diagnósticas
Diagnóstico diferencial entre enfermedad de Alzheimer y Demencia frontotemporal

Requisitos previos a la realización del estudio PET-CT
Evaluación clínica por especialista
Estudio neuropsicológico
Imagen estructural (TC o RM)

## Bibliografía

1. Albert M, DeCarli C, DeKosky S et al. The Use of MRI and PET for Clinical Diagnosis of Dementia and Investigation of Cognitive Impairment: A Consensus Report Prepared by the Neuroimaging Work Group of the Alzheimer's Association. Disponible: [https://www.alz.org/national/documents/Imaging\\_consensus\\_report.pdf](https://www.alz.org/national/documents/Imaging_consensus_report.pdf)
2. Frisoni GB, Bocchetta M, Chételat G et al. ISTAART's NeuroImaging Professional Interest Area. Imaging markers for Alzheimer disease: which vs how. *Neurology*. 2013 Jul 30; 81(5):487-500
3. Galvin J E and Sadowsky C H. Practical Guidelines for the Recognition and Diagnosis of Dementia. *J Am Board Fam Med* 2012;25:367-382.
4. Soucy JP, Bartha R, Bocti C, Borrie M, Burhan AM, Laforce R, Rosa-Neto P. Clinical applications of neuroimaging in patients with Alzheimer's disease: a review from the Fourth Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia 2012. *Alzheimer Res Ther*. 2013 Jul 8; 5(Suppl 1):S3.



## CAPÍTULO VIII

### Diagnostico Diferencial del Síndrome Demencial

Dra. Rosa González - Dra. Rossana Lucero

Cuando el clínico plantea un diagnóstico de demencia debe tener en cuenta otros cuadros clínicos que podrían dar cuenta de los síntomas: diagnóstico diferencial, que, en el caso de la demencia, pueden estar sobreañadidos a la misma y por lo tanto hacer que la demencia parezca más incapacitante de lo que en realidad es.

El diagnóstico diferencial en el proceso diagnóstico de la demencia comprende varios niveles.

1. El diagnóstico diferencial del síndrome demencial con otras entidades que presentan un cuadro de deterioro cognitivo como principal característica clínica o en las que el deterioro cognitivo forma parte del cortejo sintomático del cuadro clínico.
2. El diagnostico diferencial de la encefalopatía de base o etiología de la demencia, que se trata en la sección diagnóstico de este manual.
3. El diagnostico de causas que contribuyen al deterioro cognitivo aunque no constituyen la etiología principal.

En esta sección nos referiremos en forma breve a los cuadros que se incluyen, con mayor frecuencia, en el primer nivel mencionado.

#### Delirium

El Delirium o confusión mental es una forma de reaccionar del encéfalo frente a noxas de muy diverso tipo, es una urgencia médico-psiquiátrica, cuyo tratamiento precoz puede resultar en la restitución completa ya que se trata de un cuadro potencialmente reversible, aunque posee una alta tasa de mortalidad, siendo muchas veces subdiagnosticado.

Se caracteriza por:

- inicio agudo,
- desestructuración del campo de la conciencia evidenciado por:
  - desorientación en tiempo y espacio, ausencia de conciencia mórbida, grave incapacidad de fijar la atención espontánea o voluntaria, alteraciones mnésicas que pueden dar lugar a paramnesias y fabulaciones, incapacidad para realizar una síntesis mental adecuada del momento presente, lo que genera un gran esfuerzo por parte del paciente para poner en orden sus pensamientos y lograr vincularse con el medio real que se evidencia por su facies extraviado y perplejidad ansiosa al no lograrlo o inquietud y agitación psicomotriz ( en general máxima sobre la noche pues disminuyen los patrones de referencia para orientarse).
- delirio onírico, caracterizado sobre todo por vivencias delirantes a mecanismo alucinatorio, principalmente, intensamente vivenciado, que se

presenta en oleadas, con recrudescimientos parahípnicos, polarizando la conciencia del paciente de tal forma, que el mismo "vive, actúa y ejecuta su delirio"(H. Ey).

- alteración del humor y la afectividad.
- gran variabilidad a lo largo del día.

Lo distinguimos de la demencia pues la misma presenta un inicio insidioso, no presenta tendencia a fluctuar (a excepción de la Demencia de Cuerpos de Lewy), el trastorno de la atención es un elemento principal en el delirium, estando afectada en la demencia en etapas avanzadas. Esta patología puede presentarse en pacientes sin deterioro cognitivo previo así como en un paciente con demencia, pues éste posee mayor vulnerabilidad a presentarlo, siendo muy frecuente su coexistencia. Debe sospecharse en un paciente con demencia cuando hay un empeoramiento rápido de la función cognitiva; en este caso la recuperación al nivel previo de funcionamiento es lenta y en algunos casos incompleta.

## Depresión

Un cuadro depresivo puede verse en distintas situaciones clínicas: como forma de presentación de una demencia, presentarse con un cortejo sintomático preponderantemente cognitivo: "pseudo demencia depresiva", o, como complicación de una demencia, en todos ellos puede ser además el primer episodio o un nuevo episodio en un paciente con un trastorno del humor de inicio en la juventud.

Cuando aparece como forma de presentación de una demencia se tratará de un episodio depresivo que puede presentar elementos atípicos y que luego de su tratamiento adecuado quedan en evidencia los déficits cognitivos que evolucionan luego a un cuadro demencial. En el caso de la "pseudo demencia depresiva" se trata de un episodio depresivo que se enmascara en una presentación cognitiva con una queja de pérdida de memoria mucho mayor que la evidenciable clínicamente, de inicio más rápido que los cuadros de demencia típicos, y acompañados de elementos depresivos como tristeza, desánimo, inhibición psicomotriz, etc.

Cuando se trata de un episodio depresivo en un paciente con demencia lo habitual es que se presente clínicamente determinando un aumento de los trastornos cognitivos y un empeoramiento funcional rápido.

En cualquier caso, ante la sospecha de un episodio depresivo, y aunque no se tenga la certeza plena, es conveniente realizar un ensayo terapéutico con antidepresivos en virtud de la repercusión en la calidad de vida del paciente y su familia que puede mejorar con un tratamiento adecuado.

## Trastorno del Desarrollo Intelectual

Síndrome deficitario intelectual congénito o precozmente adquirido (antes de los 18 años), estable, no progresivo, caracterizado por un CI menor o igual a 70 y alteración en la adaptación multidominio. Esto se manifiesta, en una incapacidad para construir la personalidad integrando un sistema propio de valores, según una

estructuración lógica de conocimientos, objetivándose un círculo restringido de intereses, inmadurez, sugestibilidad, falla al defender sus intereses y prever las consecuencias de sus actos etc.

Al decir de H. Ey estos pacientes, son esencialmente pobres y los dementes son ricos que se han empobrecido. En la demencia asistimos a la ruina de las capacidades adquiridas, la desaparición de los valores éticos, indiferencia a los valores lógicos y la instalación en una vida fuera de los problemas específicamente humanos, sociales.

### Psicosis crónicas

Se plantea diagnóstico diferencial con las psicosis crónicas en los pacientes que han vivido aislados, en un medio familiar y/o social muy tolerante y que no han sido tratados o lo han hecho en muy escasas ocasiones.

Las Psicosis crónicas (esquizofrenia, paranoia y parafrenia) son patologías persistentes, perdurables, progresivas, que afectan al paciente que las porta en todo su ser psíquico, modificando radicalmente su sistema de realidad, constituyéndose éste, en un ser delirante, (siendo la evolución espontánea de la esquizofrenia las frecuentes recaídas y el deterioro de tipo autista).

Con respecto a la esquizofrenia, destacamos que se caracteriza por la disociación discordante de la personalidad, dada por impenetrabilidad, desapego, extravagancia y ambivalencia presentes a nivel del pensamiento, humor, afectos y conductas (con tendencia espontánea al deterioro autista). Desde un punto de vista clásico, se la denominó Demencia Precoz (Kraepelin, 1890), Bleuler acuña el término Esquizofrenia (1911) y define como síntomas principales la alteración de las asociaciones a nivel del pensamiento, afectividad, existencia de ambivalencias y autismo y síntomas accesorios como lo son las ideas delirantes, síntomas catatónicos, etc.

Las asociaciones en el paciente esquizofrénico pierden su continuidad, no existe finalidad; se efectúan siguiendo nuevos lineamientos, por ej. asociación por sonido o simplemente por encontrarse dos o más ideas en el mismo momento en la conciencia del paciente; el pensamiento se vuelve ilógico y extravagante llegando finalmente a la incoherencia ideoverbal, donde faltan absolutamente todos los hilos asociativos. La afectividad se caracteriza por la indiferencia, desapego en relación a los intereses más vitales del paciente e incoherencia en la manifestación afectiva. La Ambivalencia es la experiencia de un antagonismo simultáneo o sucesivo de dos emociones, pensamientos o actos.

El Autismo es el desapego de la realidad junto con predominio absoluto o relativo de la vida interior, pudiendo coexistir con el pensamiento realista, aún cuando no surjan verdaderas ideas delirantes, el autismo se manifiesta por la incapacidad del paciente de enfrentarse a la realidad, en sus reacciones inadecuadas ante las influencias exteriores y en que no presenta resistencia alguna a ninguna idea o impulso. Las ideas delirantes, surgen como compensación a los déficits ya descritos, son ideas mórbidas, irreductibles a la lógica, carentes de juicio de realidad y generan conductas; siendo su temática diversa (daño y perjuicio, místico,

hipocondríaco, etc.), y su mecanismo múltiple (alucinatorio, interpretativo, intuitivo o ilusorio); mal sistematizadas, sin mayor progreso discursivo con tendencia al empobrecimiento asociado a una concepción hermética del mundo (mundo autista).

Debemos destacar que desde los años 90, se describen trastornos cognitivos presentes desde el inicio de la enfermedad en un 70% de los pacientes diagnosticados como portadores de esquizofrenia, (sin que exista un patrón neuropsicológico o anatómico patognomónico de la misma) siendo los mismos primarios, no secundarios a otros síntomas de la enfermedad, efecto de tratamientos o institucionalización; destacándose una alteración en la atención sostenida y selectiva, dificultad para discriminar entre la información fundamental y la accesorio, e incapacidad para filtrar la información irrelevante. Existe además una alteración de la memoria, sobre todo de la memoria verbal declarativa episódica o autobiográfica, teniendo estos pacientes grandes dificultades para reconstruir su biografía, y de la working memory la cual promueve la continuidad cognitivo-témporo-espacial entre experiencias presentes y pasadas, siendo el mundo del paciente esquizofrénico excesivamente fragmentado y dominado por la estimulación inmediata (lo único indemne es la capacidad de conservar recuerdos intactos previos al inicio de la enfermedad). Presentan además alteración en las funciones ejecutivas mostrando escasa capacidad para planificar, tendencia a la perseveración, falta de flexibilidad cognitiva y falta de juicio social (cognición social).

El diagnóstico diferencial con la demencia se plantea al encontrarnos frente a un paciente que por Ej. no es capaz de relatar su biografía, presenta incoherencia ideoverbal e ideas delirantes.

### Regresión conductual

Algunos ancianos se muestran altamente demandantes de cuidados y atención, mayor que la esperable para el nivel de alteración cognitiva, y en ocasiones sin deterioro cognitivo. Es importante tener presente en el abordaje de estos cuadros que si bien la presentación puede ser de difícil empatía se trata en general de una búsqueda inconsciente de apoyo y necesidad de dependencia.

Ver Tablas 1 y 2

Parámetros	Delirium	Demencia
Inicio	Suele ser brusco	Suele ser insidioso
Curso	Fluctuante	Estable, escalonado, o de empeoramiento progresivo
Nivel de conciencia o vigilia	Siempre disminuido	No se acompaña de alteración del estado de la conciencia
Atención	Siempre dificultada	Usualmente dificultada
Desorientación	Constante y generalmente total	Frecuente
Sensopercepción (presencia de alucinaciones)	Frecuentes alucinaciones visuales. Delirio de trabajo.	Poco frecuentes.
Sueño	Alteración del ritmo vigilia-sueño. Es típico el empeoramiento nocturno	Menor alteración del ritmo vigilia-sueño. Es menor el empeoramiento nocturno
Duración total	Inferior a los 6 meses en pacientes sin deterioro previo.	Persistente (más de 6 meses).
Pronóstico	Suele ser reversible.	Suele ser irreversible.

**Tabla 1. Elementos para el diagnóstico diferencial entre la demencia y el delirium**

Parámetros	Depresión	Demencia
Antecedentes de acontecimientos estresantes claros	Probables	Ausentes
Trastornos psiquiátricos previos	Frecuentemente episodios depresivos.	Poco probable.
Historia familiar	Trastornos psiquiátricos, sobre todo afectivos.	Posibles casos de demencia.
Inicio	Variable en función de la gravedad del trastorno de humor.	Insidioso. La familia no se suele dar cuenta del comienzo.
Curso	Rápido. En función del tipo de depresión: continuo o fáscico.	Lento, habitualmente progresivo, salvo en los raros casos reversibles.
Deterioro cognitivo	Detallan sus molestias. Se quejan de problemas o defectos cognitivos, pero se esfuerzan poco. Alteración de su funcionamiento desproporcionado con su deterioro. Exageran sus limitaciones. Autoacusaciones. La depresión precede al deterioro.	Se quejan poco o nada. Molestias vagas. Indiferencia. Hacen uso de calendarios y notas para compensar sus fallos. Conducta congruente con su déficit. El deterioro precede a la depresión, si la hay.
Memoria	Deterioro similar de la reciente y la remota.	Mayor deterioro de la reciente que de la remota.
Atención	Variable, dependiendo de la gravedad del episodio.	Disminuida.
Orientación	Conservada. No necesariamente se pierden en lugares conocidos.	Desorientación. Suelen perderse en lugares conocidos.
Pensamiento	Lento, polarizado en las pérdidas. Posibles ideas deliroides congruentes con el estado de ánimo (culpa) y no congruentes (persecutorias).	Posibles ideas delirantes, pobres, relacionadas con el diario vivir (no encontrar un objeto se explica a través del robo).
Lenguaje	Responden con monosílabos y latencia aumentada. Bajo volumen.	A veces disfásico o disártrico.
Humor y afecto	Humor deprimido persistente. Irritabilidad.	Humor lábil y superficial
Psicomotricidad	Inhibición o agitación. Marcha normal. Rendimiento variable en tareas encomendadas	Astenia, adinamia. Marcha con base ampliada. Rendimiento uniforme en las tareas asignadas
Apetito	Anorexia o hiperfagia	Variable
Sueño	Insomnio de mantenimiento con o sin despertar precoz o hipersomnia.	Inversión del ciclo vigilia- sueño. Somnolencia diurna.
Ritmo diurno	Polo matinal o vespertino.	Empeoramiento vespertino. Aparente mejoría en presencia de la familia.
Respuesta terapéutica	Potencial respuesta favorable a los anti depresivos y a la psicoterapia. Posible remisión completa.	Los anti depresivos no son útiles en ausencia de sintomatología depresiva. Se favorecen con enfoques de rehabilitación desde etapas tempranas.

Tabla 2. Elementos para el diagnóstico diferencial entre la demencia y la depresión



## Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM IV. 4ª ed. Barcelona: Masson; 1995.
2. Ey H, Bernard P y Brisset CH. Tratado de Psiquiatría. 2ªed. Barcelona: Toray-Masson; 1969.
3. Kaplan H, Sadock B. Tratado de Psiquiatría. 2ªed. Barcelona: Masson-Salvat; 1992.
4. Lucero R, Casali G. Trastornos afectivos en el adulto mayor. Rev Psiquiatr Urug. 2006; 70(2): 151-166.
5. Savio I, Clavijo E, Lucero R, Presa D, Riverón M, Rohrer C, Regina R, Quierolo C. Protocolos para el manejo en el Primer Nivel de Atención de los Principales Síndromes Geriátricos. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Programa Nacional Adulto Mayor. Uruguay, 2007.
6. Savio I, Lucero R, Fierro A, Levi S, Atchugarry M, Casali G, Rolando D. Manual de Geriatria y Psicogeriatría. Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR; 2004.
7. Bleuler E. Afectividad, sugestibilidad, paranoia. 1ªed. Madrid: Triacastela; 2008.

## CAPÍTULO IX

### Estadificación clínica de la demencia

Dra. Ana Kmaid

La estadificación de la demencia no implica únicamente el rendimiento en test cognitivos, debe integrarse la evaluación de la capacidad que tiene la persona con demencia de desarrollar en forma independiente las actividades cotidianas desde las más avanzadas a las más simples.

La estadificación tiene una relevancia fundamental al establecer un plan de intervenciones.

Es importante pues impacta en:

- Programar tratamiento farmacológico y no farmacológico
- Evaluar efectividad del tratamiento
- Planificar el tipo de cuidados
- Evaluar ubicación del paciente
- Guiar la toma de decisiones clínicas
- Prevenir sobrecarga del cuidador
- Valorar directivas anticipadas
- Asesorar en decisiones legales u otras
- Estimar un pronóstico

La demencia es en general un proceso progresivo e irreversible que pasa por estadios desde la demencia leve al estadio de demencia terminal.

El DSM IIR propone una estadificación muy simple.

Leve: la capacidad para las actividades laborales y sociales esta afectada, pero el individuo mantiene la capacidad de vivir en forma independiente con una adecuada higiene personal y un juicio relativamente intacto.

Moderada: La capacidad de vivir en forma independiente configura un riesgo, y es necesaria la supervisión.

Severa: Las actividades básicas de la vida diaria están claramente afectadas y es necesaria la supervisión continua.

Se han desarrollado posteriormente diferentes escalas para clasificar en estadios a los pacientes con demencia, fundamentalmente a los pacientes con demencia primaria degenerativa de tipo EA. Las más importantes son la escala de Reisberg (GDS) y la escala de Hughes (CDR).

La Global Deterioration Scale (GDS) se basa en un esquema de progresión del deterioro generalizado y jerárquico. Esta escala describe siete estadios globales de demencia, desde la normalidad al deterioro grave. Asume un deterioro progresivo a



través de todas las funciones cognitivas, un hecho que a veces hace que sea difícil de aplicar a pacientes con demencias atípicas o de otras etiologías. Esta escala se utiliza en conjunto con la Functional Assessment Staging (FAST) que evalúa el declive en la capacidad para ejecutar AVD. Las puntuaciones van desde la normalidad (estadio 1) hasta la demencia severa (estadio 7). Los ítems se corresponden con los estadios de la GDS.

<b>Estadio GDS</b>	<b>Déficit cognitivo</b>	<b>Características clínicas</b>
1	Inexistente	Normal
2	Muy leve	Olvidos subjetivos, pero con exploración normal
3	Leve. Deterioro Cognitivo Leve	Dificultad en el trabajo, en la comunicación verbal o al recorrer lugares poco familiares; detectable por la familia; déficit sutil de memoria en la exploración
4	Moderado. Demencia leve	Disminución de la capacidad para viajar, para contar o para recordar acontecimientos recientes
5	Moderadamente grave. Demencia moderada	Necesita ayuda para elegir la ropa; desorientación en tiempo o espacio; recuerda peor el nombre de sus nietos
6	Grave Demencia moderadamente avanzada	Necesita supervisión para comer y asearse, posible incontinencia; desorientación en tiempo, espacio y posiblemente en identidad
7	Muy Grave Demencia avanzada	Pérdida importante de la capacidad verbal, incontinencia y rigidez motora

**Tabla 1. Geriatric Deterioration Scale**

<b>Estadio capacidad funcional FAST</b>	<b>Grado de EA</b>	<b>Relación con MMSE</b>
1 Sin alteraciones	Individuo normal	29±1,7
2 Dificultad subjetiva para encontrar las palabras	Individuo de edad avanzada, normal	28,2±2,7
3 Dificultad para desarrollar su actividad laboral	Demencia incipiente	23,8±4,0
4 Precisa ayuda para tareas como finanzas domésticas, planificar comidas, compra	Demencia leve	20,0±4,8
5 Precisa ayuda para seleccionar la ropa de vestir adecuada	Demencia moderada	14,4±4,8
6a Precisa ayuda para vestirse 6b Precisa ayuda para bañarse adecuadamente 6c Precisa ayuda para secarse, etc. 6d Incontinencia urinaria 6e Incontinencia fecal	Demencia moderada-grave	11,1±5,1 6,3±5,2
7a Lenguaje con escasas palabras inteligibles 7b Lenguaje con una sola palabra inteligible 7c Incapaz de deambular 7d Incapaz de sentarse 7e Incapaz de sonreír 7f Permanece inconsciente	Demencia grave	0,3±0,8

**Tabla 2. Functional Assessment Staging**

La Clinical Dementia Rating Scale (CDR), ayuda al clínico a estadificar la severidad de la Enfermedad de Alzheimer y trastornos asociados en una escala de 0 (normal) a 5 (estadio final), basándose en entrevistas clínicas con un informador y con el paciente. Las áreas que se codifican son memoria, orientación, juicio, resolución de problemas, asuntos comunitarios, hogar y aficiones. Es una escala mas compleja e insume mayor tiempo en su realización por lo que no es adecuada para el primer nivel de atención sino para el contexto de atención especializada.

## Bibliografía

1. APA (1987), Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3ªed.revisada) (DSM-III-R), Washington, D.C., American Psychiatric Association (trad. Cast. En Barcelona, Masson, 1988).
2. Auer S, et al. The GDS/FAST staging system. *International Psychogeriatrics*. 1993; 9(suppl):167
3. Hughes CP, Berg L, Danzinger WL, Coben LA, Martin RL. A new clinical scale for the stanging of dementia. *Br J Psychiatry* 1982; 140: 556-572
4. National Institute on Aging. Understanding stages and symptoms of Alzheimer's disease.  
<http://www.nia.nih.gov/Alzheimers/Publications/stages.htm>.
5. Reisberg B. Functional Assessment Staging FAST. *Psychopharmacology Bulletin*, 1988; 24: 653-659
6. Reisberg B et al. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry*, 1982; 130: 1136-1139
7. Reisberg B, Ferris SH, Shulman E. Longitudinal course of normal aging and progressive dementia of the Alzheimer's type: a prospective study of 106 subjects over a 3.6 year mean interval. *Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry* 1986;10: 571-578
8. Reisberg b, Jamil I A, Khan S et al. Staging Dementia. Cap. 31. In: *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*. Mohammed T. Abou-Saleh, Cornelius Katona, Anand Kumar. 3rd ed. 2011.

## CAPÍTULO X

### Factores de riesgo y prevención en la Demencia

Dra. Leticia Valle Lisboa

Dra. Virginia Cardozo

Dr. Héctor De León

#### Introducción:

Debido al proceso de transición demo-epidemiológica que está viviendo nuestro país, estamos ante una estructura poblacional cada vez más envejecida. Un 13% de la población uruguaya corresponde a adultos mayores (mayor de 65 años, definido según la OMS) y una gran proporción de estos individuos se atienden en el Primer Nivel de Atención (PNA). A medida que aumenta la expectativa de vida de la población, aumenta también la prevalencia de la demencia.

Los equipos de salud que trabajan en el PNA se encuentran en un lugar privilegiado por el contacto cercano con el paciente, su familia y su comunidad, para realizar acciones de promoción de salud, así como detección de factores de riesgo de desarrollo de demencia, diagnóstico de deterioro cognitivo, derivación oportuna y el abordaje de esta afección y sus repercusiones.

El adecuado abordaje del adulto mayor incluye, necesariamente, la evaluación de las redes locales, los recursos individuales y familiares y por lo tanto del apoyo social del adulto mayor.

#### Promoción del envejecimiento activo:

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud.

La OMS define el envejecimiento activo como: “proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen; permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras se les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados.” (OMS 2002).

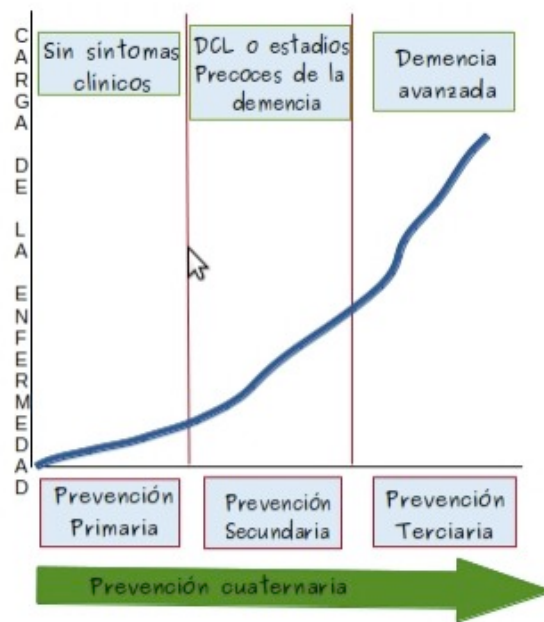
Varios son los determinantes que influyen sobre el envejecimiento activo, como los individuales, económicos, sociales y comunitarios.

Interviniendo sobre los estilos de vida podemos conseguir un envejecimiento exitoso, a nivel global e individual.

80% de los mayores de 75 años no realizan actividad física en su tiempo libre. El ejercicio físico regular correctamente prescrito y adecuado a las posibilidades

individuales, cuenta con mayor evidencia de recomendación, para un envejecimiento saludable, no su mero consejo (nivel de evidencia IA). Un meta análisis reciente concluye que la actividad física moderada disminuye hasta un 35% el riesgo de deterioro cognitivo en individuos sanos. El ejercicio aeróbico previene contra el desarrollo de deterioro cognitivo y demencia a través de un posible efecto neurotrófico directo (estimulando expresión de genes que se asocian a plasticidad neuronal) además del efecto sobre los factores de riesgo cardiovascular.

Mantener una vida autónoma e independiente es otra recomendación efectiva para promover envejecimiento activo, así como también promover y mantener la participación social.



### Prevención primaria:

Esta estrategia incluye las intervenciones en salud que podemos realizar previamente al inicio de la enfermedad para evitar o posponer su aparición. Se basa en un enfoque de riesgo, es decir en identificar a aquellos individuos que tienen mayor probabilidad de padecer la enfermedad. Para ello es fundamental detectar los factores de riesgo (cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión, OMS) que presenta el paciente para el desarrollo de demencias. Se estima que cerca de la mitad de los casos de Enfermedad de Alzheimer (EA) son atribuibles a factores de riesgos conocidos.

### Factores de riesgo asociados al desarrollo de demencia:

- Edad: la edad avanzada es el factor de riesgo más importante, duplicándose el riesgo cada 5 años luego de los 65 años.
- Sexo: femenino para la demencia degenerativa y sexo masculino para la demencia vascular.

- Nivel educativo: estudios observacionales han demostrado que aquellas personas con menor nivel educativo tenían mayor incidencia de Enfermedad de Alzheimer y demencia de otras causas. Esto se debe a la menor “reserva cognitiva” (término que refiere a mayor número de neuronas y competencias neurofisiológicas avanzadas).
- Sedentarismo: Este factor de riesgo ha sido altamente estudiado. Se ha evidenciado que la actividad física intensa y moderada disminuye en riesgo de deterioro cognitivo en individuos sanos hasta en un 38 y 35% respectivamente. La actividad física, además de colaborar en el abordaje de otros factores de riesgo de desarrollo de demencia, presenta un efecto neurotrófico y promueve la neuroplasticidad al atenuar la pérdida de sinapsis neuronales que sobreviene con la edad. La actividad física es un factor protector frente a todos los tipos de demencia.
- Genotipo ApoE4: si bien la presencia de una o dos copias de ApoE4 se asocia con riesgo aumentado de enfermedad de Alzheimer, el mismo no es necesario ni suficiente para el desarrollo de la misma.
- Historia familiar de demencia.
- Hipertensión e hipotensión arterial: el control inadecuado en las cifras de presión arterial, en pacientes hipertensos, se ha asociado con un riesgo aumentado tanto para demencia vascular como Enfermedad de Alzheimer. Por lo tanto, resulta una estrategia de prevención primaria apuntar al buen control de cifras de PA desde el diagnóstico. De todos modos, en personas mayores de 75 años estudios han demostrado que la hipotensión arterial se asocia con riesgo aumentado de demencia. Según el JNC8, se debe considerar iniciar tratamiento en adultos mayores hipertensos con cifras mayores o iguales a 150/90 y prevenir la hipotensión ortostática.
- Dislipemias: la hipercolesterolemia ha sido asociada por numerosos estudios con el desarrollo de los trastornos cognitivos. Las alteraciones en el metabolismo de los lípidos parecen tener un rol fundamental en la formación de placas de amiloide y la fosforilación de la proteína tau involucrada en la patogenia de la Enfermedad de Alzheimer. El abordaje de este factor de riesgo podría incidir no solo en la disminución de la incidencia de la enfermedad sino también podría repercutir positivamente en su evolución.
- Diabetes Mellitus: el estudio Framingham demostró la asociación entre esta patología y el desarrollo de demencia. Se plantea que la hiperglicemia e hiperinsulinemia o insulino resistencia tienen influencia directa en los cambios neurodegenerativos. Hay estudios que sugieren que a mayor tiempo de evolución de la Diabetes Mellitus peor es la función cognitiva remanente.
- Antecedente personal de stroke
- Fibrilación auricular: además de ser un factor de riesgo para stroke, se plantea que la exposición crónica a microembolismos o microsangrados derivados de las variaciones en el rango de anticoagulación, resultan en injuria cerebral reiterada que puede determinar desarrollo de demencia.

- Trastornos de ánimo: un estudio que incluyó una cohorte del estudio Framingham encontró mayor incidencia de demencia en los pacientes con depresión (22%) frente a los que no tenían (17%).
- Alimentación: Existe amplia evidencia que sugiere que la función cognitiva está influenciada por la nutrición. El efecto de la alimentación saludable sobre la enfermedad cardiovascular nos hace inducir el posible efecto beneficioso de esta sobre la demencia vascular pero también sobre el componente vascular de la EA. Actualmente la evidencia epidemiológica sugiere una posible asociación entre el consumo de pescado, ácidos grasos monoinsaturados y poliinsaturados y una reducción en el riesgo de deterioro cognitivo y demencia. La dieta mediterránea podría estar asociada a un riesgo reducido de progresión de deterioro cognitivo leve a EA y a un riesgo reducido de desarrollo de EA.
- Estrés: altos niveles de estrés están asociados con un riesgo aumentado de desarrollo y progresión de EA. Los mecanismos neuroinflamatorios inducidos por el estrés podrían causar disfunción neuronal que eventualmente pueden llevar al desarrollo de EA. Los trastornos del sueño están asociados con el depósito de amiloide en la etapa preclínica de la EA. Las técnicas de meditación son consideradas actividades de estimulación cognitiva, teniendo un beneficio adicional en la disminución del estrés, la presión arterial y otros factores de riesgo cardiovasculares.
- Factores psicosociales: Las personas con escasas redes sociales están más susceptibles al desarrollo de deterioro cognitivo en comparación con las personas que presentan interacciones sociales más desarrolladas.
- Consumo de sustancias: Varios estudios coinciden en que el tabaco podría ser un factor de riesgo para el desarrollo de demencia tanto vascular como de EA, independientemente de la relación con el stroke, vinculado a su rol en el estrés oxidativo y a la inflamación. El consumo leve y moderado de alcohol podría tener un efecto protector sobre la cognición, mientras que su consumo excesivo podría ser un factor de riesgo.

### Prevención secundaria:

Abarca las intervenciones encaminadas a detectar la enfermedad en estadios precoces en los que el establecimiento de medidas adecuadas puede impedir su progresión en pacientes que se encuentran asintomáticos o presentan sintomatología mínima. Comprende acciones de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Son las intervenciones que se realizan en el DCL o en los estadios precoces de la demencia.

Se debe evaluar las funciones cognitivas siempre que exista una sospecha de deterioro basado en la observación directa, las quejas del paciente o preocupaciones que refieran familiares, cuidadores o amigos. No existe evidencia suficiente para realizar un único test de cribado a toda población anciana. Estos test de cribado específico se abordaron en otro capítulo.



Para realizar un correcto diagnóstico sindromático es importante valerse no sólo de una correcta anamnesis y examen físico, sino también de información aportada por familiar, cuidador o persona capaz de informar (IA).

La demencia es un suceso vital estresante que irrumpe en la familia y puede desencadenar una crisis paranormativa (inesperada), alterando la homeostasia familiar. La detección precoz nos habilita la rápida intervención sobre la dinámica familiar, evaluando las funciones y los roles de cada integrante, atenuando el impacto negativo sobre ésta. Permite además adelantarse a las necesidades futuras, previendo cuidador/es, interviniendo para prevenir la sobrecarga del cuidador, habilitando en el paciente y la familia la planificación.

Creemos también importante, ante la sospecha de demencia o deterioro cognitivo, revisar toda la medicación utilizada, para identificar y minimizar el efecto de los fármacos que puedan alterar la función cognitiva, incluidos los autoadministrados. Entre el 6% y 12% de los pacientes usan fármacos que producen trastornos cognitivos y su discontinuación se asocia con mejoría clínica (IA). Por ejemplo, los antihistamínicos y las benzodiacepinas de vida media larga pueden contribuir al menor rendimiento cognitivo.

En términos de costos, el diagnóstico temprano disminuye los gastos en salud de manera significativa.

Numerosos estudios señalan que las manifestaciones neuropsiquiátricas, más que los trastornos cognitivos, motivan la consulta inicial de los pacientes con demencia y es la primera causa de institucionalización.

La EA está caracterizada por un estado preclínico de años de evolución, durante el cual se dan cambios neurodegenerativos en el cerebro, antes de que la sintomatología esté instalada. Aunque éste estado es difícil de pesquisar, existen marcadores paraclínicos y estudios imagenológicos disponibles que facilitan la identificación del mismo. No se ahondará en éste capítulo al respecto.

Una vez realizado el diagnóstico la indicación del tratamiento estará a cargo del especialista participando en conjunto con el médico del primer nivel de atención en su seguimiento.

### Prevención terciaria

La prevención terciaria intenta prevenir las discapacidades en aquellos individuos que presentan una enfermedad en fase sintomática. El objetivo máximo de esta debe ser evitar o retrasar la dependencia e institucionalización del paciente. Se busca la reinserción familiar, social y en algunos casos laboral del individuo. Para ello es necesario establecer correctos diagnósticos y sus correspondientes tratamientos.

Para mantener la funcionalidad de la persona con demencia, aquellos que sean responsables de su cuidado, deben supervisar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (AVD), y fomentar la realización de las mismas imprimiendo un refuerzo positivo ante la realización de éstas, dado que mejora la capacidad funcional del paciente (I, A). La evidencia sostiene que el ejercicio individualizado también tiene un impacto en la funcionalidad de los pacientes con demencia leve o moderada.

Por otro lado, el estudio ACTIVE (Advanced Cognitive Training for Independent and Vital Elderly) demostró que el entrenamiento cognitivo disminuye la declinación funcional a 10 años al mejorar las actividades instrumentales de la vida diaria y la velocidad de razonamiento por lo cual sería aconsejable la estimulación cognitiva como una parte más del abordaje terapéutico.

Prevenir el aislamiento y la deprivación sensorial estimulando la interacción social y participación en actividades recreativas. Se deberá promover la fluidez en la comunicación con el paciente con demencia, para ello se estimulará el uso del lenguaje no verbal y los dibujos por parte de los cuidadores familiares o no (II, B). A medida que avanza la enfermedad es importante mantener el foco en las actividades que aún puede realizar para potenciarlas y no en lo que ya no puede hacer.

Se debe indagar acerca de los recursos comunitarios para abordar todos estos aspectos y trabajar en lo posible de forma interdisciplinaria procurando un abordaje global de la persona.

Es aconsejable como parte de la evaluación periódica del paciente y su familia medir la sobrecarga del cuidador mediante tests adecuados para ello (Ej.: escala de sobrecarga del cuidador de Zarit). Las intervenciones sobre el cuidador se centran en tres objetivos: formación (en qué es la demencia, que tratamientos existen y cuáles son las posibles complicaciones), organización del cuidado (promover el descanso, la co-responsabilidad y la solicitud de ayuda externa cuando sea necesario) y el apoyo emocional.

Considerando que las caídas son más frecuentes en los pacientes con demencia y que éstas constituyen una importante causa de morbimortalidad e institucionalización, se deberá realizar intervenciones destinadas a prevenir las mismas. Dado que la mayoría de ellas suceden en la casa, realizar una visita domiciliaria con el fin de trabajar aspectos de seguridad con el paciente y su familia puede resultar mejor a la hora de realizar consejería sobre esto.

Otro aspecto a considerar en este nivel de prevención son los cuidados paliativos en el paciente con demencia. Si bien es más difícil establecer el momento oportuno existen algunos criterios como deterioro cognitivo severo, dependencia total en actividades básicas de la vida diaria, incapacidad para comunicarse verbalmente, incapacidad de reconocer a sus cuidadores, presencia de complicaciones médicas severas. De igual manera que en los cuidados paliativos del paciente oncológico tener en cuenta las dimensiones físicas, psicológicas y espirituales del paciente y su familia.

### Prevención cuaternaria

En éste nivel de prevención se incluyen todas las medidas tendientes a evitar, reducir o paliar el perjuicio generado por la intervención médica, esto transversaliza todos los niveles de prevención analizados. Se evita el daño obviando actividades innecesarias; se reduce el mismo limitando el daño perjudicial de alguna actuación; se palia el daño reparando la salud deteriorada como consecuencia de una actividad médica. Se deben realizar intervenciones éticamente

aceptables y que tengan en cuenta la relación riesgo/beneficio. Como dice el Dr. Juan Gervás “la prevención cuaternaria se convierte así en la prevención de la prevención innecesaria”.

Las decisiones deben tomarse siempre en conjunto, el equipo de salud, con el paciente y la familia.

Cabe citar como ejemplos:

- Hospitalización: esto conlleva riesgos importantes (ejemplo caídas, confusión, anorexia, etc.), aumenta el número de intervenciones invasivas (vías, sondas, etc.) y se asocia con un declive funcional. Por lo tanto esta debe realizarse solo cuando es estrictamente necesaria.
- Nutrición enteral: hay estudios que revelan que esta no previene la neumonía aspirativa ni mejora el estado funcional del paciente. Debe utilizarse la alimentación oral en las demencias avanzadas.
- Enfermedades concomitantes y deprescripción de fármacos: Muchos pacientes con demencia padecen adicionalmente otras patologías. Debemos preguntarnos si el control de dichas enfermedades es realmente necesario en etapas avanzadas de la demencia, (uso de estatinas en demencia avanzada, etc.). Sobre todo teniendo en cuenta el efecto deletéreo que puede tener la polifarmacia en estos pacientes. En los ancianos es más probable la multimorbilidad y las respuestas nocivas no intencionadas al usarse intervenciones médicas múltiples. Debemos tener en cuenta que en los ancianos las funciones hepáticas y renales decrecen lo que los hace más sensibles a los efectos adversos de los fármacos.
- Sujeción física: la inmovilidad del paciente predispone a úlceras por presión, atrofia muscular y aumento del riesgo de caídas, infecciones urinarias, depresión, etc.
- Cuidados paliativos: en estadios terminales se deben brindar cuidados paliativos adecuados y evitar otras intervenciones.

## Bibliografía:

1. Atención a las personas mayores. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Tratado de Medicina Familiar y Comunitaria 2012. Segunda Edición. España. Editorial médica Panamericana. 2012
2. Beydoun. M, Beydoun. H, Gamaldo. A, Teel. A, Zonderman. A, Wang. Y. Epidemiologic studies of modifiable factors associated with cognition and dementia: systematic review and meta-analysis. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4099157/pdf/1471-2458-14-643.pdf>
3. Contador I, Fernández-Calvo B, Ramos F, Tapias-Merino E, Bermejo-Pareja F. El cribado de la demencia en atención primaria. Revisión crítica. Rev Neurol 2010; 51: 677-86.
4. Dirección General de Innovación Sanitaria, Consejería de Sanidad. Guía de Recomendaciones clínicas, Demencia. 2013. Disponible en: [http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_Calidad%20y%20Sistemas/AS\\_Calidad/PCAls/2011/demencia%20diciembre%202013.pdf](http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Calidad%20y%20Sistemas/AS_Calidad/PCAls/2011/demencia%20diciembre%202013.pdf)
5. García. G, Rodríguez. MJ, Benia. W. Niveles y estrategias de prevención. En: Benia. W, Reyes. I, coordinadores. Temas de salud pública. Tomo 1, Oficina del Libro. 2008. 19-26.
6. Gervas J. Prevención cuaternaria en ancianos, Rev Esp Geriatr Gerontol.2012; (Consultado 2 Set 2014); 47(6):266-269. Disponible en: <http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2012/12/QP-ancianos-Gervas-Rev-Esp-Geriatr-Gerontol-2012.pdf>
7. Gervás. J, Gavilán. E, Jiménez. L. Prevención cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. Actualización en Medicina de Familia, AMF 2012; 8(6):312-317.
8. Han J, Han S. Primary Prevention of Alzheimer's Disease: Is It an Attainable Goal?. J Korean Med Sci. 2014; 29: 886-892
9. Jacobs V, Woller SC, Stevens S, May HT, Bair TL, Anderson S1547-527 Time Outside of Therapeutic Range in Atrial Fibrillation Patients is Associated with Long-term Risk of Dementia. Heart Rhythm. 2014; Aug 8 pii: S1547-5271
10. Olazarán J, Bermejo F. Alteración cognitiva leve en la práctica clínica. Med Clin (Barc). 2010. doi: 10.1016/j.medcli.2010.09.014
11. Ortiz Lobo. A, Ibáñez Rojo. V. IATROGENIA Y PREVENCIÓN CUATERNARIA EN SALUD MENTAL, Rev Esp Salud Pública 2011; (Consultado 2 Set 2014) 85: 513-523. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n6/02\\_colaboracion\\_especial1.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n6/02_colaboracion_especial1.pdf)
12. Saczynski JS, Beiser A, Seshadri S. Depressive symptoms and risk of dementia: the Framingham Heart Study. Neurology. 2010 Jul 6; 75(1):35-41.

13. Servicio Navarro de Salud. "Abordaje de la demencia" Guía de actuación en la coordinación Atención Primaria Neurología. 2007 doi: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/90E6356A-73C3-4CA1-9291-834501AA4324/0/Guiaabordajedelademencia.pdf>

## CAPÍTULO XI

### Intervenciones farmacológicas en la demencia. Tratamiento de los síntomas cognitivos

Dra. Ana Kmaid

El tratamiento de la Demencia debe ser una combinación de tratamiento farmacológico y no farmacológico, cuyo objetivo es que la persona se mantenga activa y funcional durante el mayor tiempo posible.

Los objetivos generales del tratamiento pueden resumirse de la siguiente manera:

- En el ámbito cognitivo
  - Retardar o estabilizar el deterioro de las funciones cognitivas
  - Mantener las funciones cognitivas preservadas
- En el ámbito funcional
  - Mantener las capacidades funcionales estables el mayor tiempo posible
  - Mejorar y mantener la calidad de vida del paciente y de su entorno
- En el ámbito de los trastornos psicológicos y del comportamiento
  - Detectar de forma precoz los trastornos emocionales y de la conducta
  - Evaluar la necesidad de intervención farmacológica
- En el ámbito del estado de salud en general y de la morbilidad asociada
  - Controlar la patología crónica coexistente
  - Prevenir y tratar los problemas asociados a la progresión de la enfermedad

La indicación de tratamiento farmacológico específico debe contemplar

- La encefalopatía de base que constituye la etiología del síndrome demencial
- El estadio de la demencia
- La comorbilidad del paciente
- Los fármacos asociados por la posibilidad de interacciones medicamentosas

Indicaciones farmacológicas según la etiología de la Demencia

En las demencias secundarias el tratamiento farmacológico prioritario es el etiológico, siempre que sea posible. En la demencia vascular se considerarán las medidas específicas de la profilaxis primaria y secundaria de la enfermedad cerebrovascular.

En la Enfermedad de Alzheimer están indicados los fármacos inhibidores de la colinesterasa (IACE) (donepecilo, rivastigmina y galantamina), dirigidos a mejorar

la neurotransmisión colinérgica y/o antagonistas de los receptores de NMDA (memantina), dirigido a reducir la excitotoxicidad glutamérgica.

En la Demencia por Cuerpos de Lewy y en la Demencia de la Enfermedad de Parkinson tienen utilidad los anticolinesterásicos y está aprobado el uso de la Rivastigmina por la FDA aunque puede utilizarse el donepecilo y la rivastigmina.

En la Demencia debida a Enfermedad de Alzheimer con componente cerebrovascular están indicados los IACE y/o memantina.

Existe evidencia que apoya el uso de los anticolinesterásicos y la memantina en la Demencia Vasculare pero su beneficio es modesto y su indicación debe individualizarse.

En la Degeneración lobar frontotemporal no son de utilidad estos fármacos ni la memantina.

Respecto a la demencia más frecuente, en la actualidad no se conoce ningún tratamiento capaz de curar o prevenir la enfermedad de Alzheimer. Los tratamientos farmacológicos no aumentan la expectativa de vida ni prolongan el curso de la enfermedad. La evidencia científica de ensayos clínicos controlados y posteriores revisiones sistemáticas han demostrado que los IACE consiguen una mejoría modesta aunque clínicamente significativa en las funciones cognitiva, funcional y conductual. Los objetivos terapéuticos esperados son la mejoría o estabilización en estas áreas y en la impresión clínica global en los pacientes tratados frente a los no tratados. De estos pacientes existe un porcentaje de alrededor del 30% que se consideran no respondedores.

Existe evidencia de su utilidad en el tratamiento de los síntomas neuropsiquiátricos sobretudo en la apatía y en la psicosis. La evidencia ha demostrado además que otros beneficios se asocian a estos tratamientos como el retraso en la institucionalización y la reducción de sobrecarga del cuidador.

Aunque una minoría de individuos tiene una muy buena respuesta al IACE, la mayoría de los que responden al tratamiento obtiene el beneficio de una fase plateau en los síntomas secundarios a la enfermedad de base, por 1 o 2 años, aunque el beneficio del tratamiento puede prolongarse por mayor tiempo.

No existe evidencia científica suficiente que apoye el uso de otros fármacos en el tratamiento de la EA u otras demencias, como la vitamina E, el extracto de Ginkgo Biloba, piracetam, selegilina, citicolina y pentoxifilina.

En algunos países se ha introducido el uso de cerebrolisina en el tratamiento de la EA pero es necesaria una mayor evidencia científica para integrar el uso rutinario de la cerebrolisina al tratamiento de la EA y la mayoría de las Guías de Práctica Clínica no la recomienda de manera sistemática.

### Indicaciones farmacológicas según el estadio de la Demencia

Los IACE están recomendados para los estadios leves a severos de la demencia por EA así como en las demás demencias anteriormente mencionadas.

La memantina en monoterapia está aprobada para el tratamiento de la demencia



por EA moderada-grave, aunque son de primera elección los IACE. La memantina no dispone de indicación en su ficha técnica ni en las Guías de Práctica Clínica para la demencia por EA en estadio leve.

La asociación de anticolinesterásicos con memantina se propone para los estadios moderados a severos de la demencia, aunque existe insuficiente evidencia para realizar una recomendación a favor o en contra de esta asociación y dependerá del juicio clínico su indicación en asociación.

## Tratamiento farmacológico del Deterioro Cognitivo leve (DCL)

El tratamiento del DCL tendría dos objetivos básicos:

- disminuir la posibilidad de conversión a la demencia
- mejorar la memoria o la falla cognitiva del paciente

Existe acuerdo sobre la conveniencia de tratar los factores de riesgo de la demencia, como los factores de riesgo vascular, adecuar y evitar medicaciones que tengan efectos negativos sobre el rendimiento cognitivo, corregir trastornos orgánicos que puedan contribuir a la falla cognitiva como el hipotiroidismo clínico o el déficit de vitamina B12 y mantener un estilo de vida saludable.

Respecto al tratamiento farmacológico específico, no se ha demostrado hasta el momento actual que los inhibidores de la acetilcolinesterasa, como el donepecilo - solo o asociado a vitamina E -, la rivastigmina y la galantamina o la memantina hayan sido eficaces en este proceso para mejorar la memoria o evitar y retrasar la conversión a la demencia.

La Agencia Europea del Medicamento ni la FDA incluyen el uso de estos fármacos en el tratamiento del DCL. Su uso se indica sobre una valoración individual y exhaustiva del paciente teniendo en cuenta los alcances, limitaciones y efectos secundarios de estos fármacos. La conclusión es que todavía no existe evidencia suficiente para utilizar de forma generalizada y sistemática estos medicamentos en pacientes con DCL; dependerá del juicio clínico experto su indicación.

## Inhibidores de la Acetilcolinesterasa - IACE

Los ensayos clínicos con IACE han demostrado los siguientes beneficios clínicos:

- Mejora o retardo en el declive de la cognición
- Mejora de la función global
- Preservan las habilidades funcionales
- Mejora de los síntomas neuropsiquiátricos o reducen la emergencia de nuevos síntomas
- Pueden reducir la necesidad de medicación psicotrópica
- Retardan la institucionalización
- Disminuyen la sobrecarga del cuidador

Los inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE) (donepecilo, rivastigmina y galantamina) constituyen el tratamiento farmacológico sintomático estándar de los pacientes con enfermedad de Alzheimer asociado o no a la memantina.

Todos los inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE) comparten el mecanismo de acción, mejorando la transmisión colinérgica al inhibir la acetilcolinesterasa.

No muestran diferencias entre ellos respecto a perfiles de eficacia y seguridad.

La eficacia es similar entre estos fármacos, por lo que el criterio de elección de uno en particular se basará en el perfil de efectos secundarios e interacciones medicamentosas, la simplicidad de su administración y su accesibilidad.

Con sólo leves diferencias farmacocinéticas y farmacodinámicas, la intolerancia o falta de respuesta a uno, no implica que otro no sea eficaz o bien tolerado.

### Efectos adversos

Los IACE por lo general se toleran bien y sus efectos adversos suelen ser leves, transitorios y dosis-dependientes. No obstante, con frecuencia se asocian a efectos adversos gastrointestinales como náuseas, diarrea, y vómitos que pueden llevar a la interrupción del tratamiento en algunos pacientes.

Con menor frecuencia pueden aparecer: anorexia, pérdida de peso, trastornos del sueño, calambres musculares, incontinencia urinaria, bradicardia y síncope.

Para prevenir su aparición o minimizarlos se aconsejan dosis ascendentes progresivas.

### Contraindicaciones Relativas

Se debe evitar su uso en pacientes con trastornos de la conducción cardíaca (excepto bloqueo de rama derecha) tales como síndrome del seno enfermo, bradicardia, bloqueos auriculoventriculares y síncope inexplicado.

Se deben utilizar con precaución en la enfermedad coronaria activa y en la falla cardíaca congestiva.

Su actividad colinérgica puede aumentar la secreción gástrica. Se debe tener precaución en pacientes con úlcus gastroduodenal o en riesgo de úlcus gastroduodenal

Se debe utilizar con precaución en pacientes con uropatía obstructiva baja, pues puede empeorar los síntomas.

Se debe tener precaución en pacientes con epilepsia pues podría elevar el riesgo convulsivo

La actividad colinérgica puede empeorar los síntomas de una enfermedad broncoobstructiva significativa

Se debe ajustar la dosis en casos de enfermedad renal y hepática

## Potenciales interacciones medicamentosas

### 1- Todos los IACE

Se debe evitar el uso concomitante de agentes colinomiméticos (succinilcolina, agentes bloqueadores neuromusculares o agonistas colinérgicos) debido a sus efectos sinérgicos, pueden potenciar el efecto relajante muscular durante la anestesia.

Debe evitarse su uso concomitante con fármacos con efecto anticolinérgico como oxibutinina, antidepresivos tricíclicos, paroxetina, antihistamínicos de primera generación ya que antagonizan los efectos de los IACE.

### 2- Donepecilo y Galantamina

Son sustratos del citocromo P450.

Los inhibidores del CYP2D6 y del CYP3A4 como la paroxetina, eritromicina, ketoconazol pueden incrementar el riesgo de toxicidad.

Los inductores del CYP2D6 y del CYP3A4 como la carbamazepina, fenitoína, fenobarbital, dexametasona y rifampicina pueden disminuir el efecto terapéutico.

### 3- Rivastigmina

Es metabolizada primariamente por hidrólisis por lo que el riesgo de interacción con el citocromo P450 es mínimo.

## Ajustes en la insuficiencia renal y hepática

### 1- Galantamina

- Insuficiencia renal moderada (clearance de creatinina 30-60 mL/min): dosis máxima 16 mg día
- Insuficiencia renal severa (clearance de creatinina 5-29 mL/min): su uso no se recomienda
- Insuficiencia hepatocítica moderada (Child-Pugh score de 7-9): dosis máxima 16 mg día.
- Insuficiencia hepatocítica severa (Child-Pugh score de 10-15): su uso no se recomienda.

### 2- Rivastigmina parche transdérmico

- Insuficiencia renal moderada a severa (FG menos de 50 mL/min): dosis máxima 4.6 mg.
- Insuficiencia hepática leve a moderada (Child-Pugh score 5-9): dosis máxima 4.6 mg.

## Estrategias para disminuir efectos adversos de los IACE orales

- Utilice un periodo largo de titulación que puede requerir tres meses para llegar a dosis plenas

- Administre con las comidas
- Un curso corto de domperidona puede indicarse durante el periodo de titulación

## Memantina

### Efectos adversos

La memantina es generalmente bien tolerada.

Los efectos adversos mas frecuentes incluyen, mareos, cefalea, somnolencia, constipación e hipertensión.

### Contraindicaciones relativas

Las enfermedades renales que causan alcalinización de la orina podrían reducir la eliminación sistémica de la memantina.

Se debe utilizar con precaución en pacientes con epilepsia pues puede disminuir el umbral convulsivo.

No se recomienda la administración de Memantina a pacientes con insuficiencia hepática grave.

### Potenciales interacciones medicamentosas

No es significativamente metabolizada por el citocromo P450

Se debe evitar su uso concomitante con agentes con propiedades similares como la amantadina y el dextrometorfano.

Los efectos terapéuticos de la levodopa, agonistas dopaminérgicos y anticolinérgicos pueden incrementarse y requerir un ajuste de dosis.

### Ajustes en insuficiencia renal

- No necesita ajustes en la insuficiencia renal leve-moderada
- En la insuficiencia renal severa (ClCr 5-29 mL/min): dosis máxima 10 mg día.

### Inicio del tratamiento específico

No es necesaria la realización de exámenes complementarios dirigidos específicamente al inicio del tratamiento con IACE o memantina.

Algunos expertos recomiendan la realización de un ECG previo al inicio del tratamiento con IACE, con el fin de identificar trastornos de la conducción que lo contraindiquen.

Otra posibilidad es considerar la frecuencia cardíaca y el antecedente de presíncope/síncope antes de iniciar el tratamiento con IACE. Si la frecuencia cardíaca es mayor a 50 cpm y no hay antecedentes de presíncope/síncope podría iniciarse el fármaco sin realizar ECG previamente.

Se recomienda iniciar el tratamiento de forma precoz, en el momento del diagnóstico, ya que ello mejoraría la respuesta a estos fármacos.

Se recomienda una titulación lenta, a fin de minimizar la incidencia de efectos secundarios de tipo gastrointestinal.

No se deben administrar dos IACE simultáneamente.

En primer lugar, se recomienda iniciar el tratamiento con un inhibidor de la colinesterasa y, si es ineficaz o produce efectos secundarios intolerables, se podría rotar a otro IACE.

Se recomienda obtener las dosis eficaces mas altas posibles que sean bien toleradas por el paciente.

### Control y respuesta al tratamiento

Se recomienda evaluar la tolerancia al fármaco al iniciar el tratamiento y una vez alcanzada la dosis máxima, aproximadamente a los dos meses del inicio del tratamiento.

La eficacia del fármaco no se debe evaluar hasta los seis meses de tratamiento con dosis efectivas.

Esta evaluación debe incluir datos objetivos obtenidos por el médico en su valoración que incluya medidas psicométricas, funcionales y conductuales y datos subjetivos del cuidador principal acerca de si el paciente ha mejorado, está estable o ha empeorado.

Posteriormente es recomendable evaluar cada 6 meses la situación del paciente.

En el seguimiento clínico del paciente puede utilizarse el MMSE, se considera que sin tratamiento en la EA se pierden alrededor de 3 puntos por año por lo que la respuesta al IACE debería ser la estabilización en el score o una pérdida menor de lo referido. Debe incluirse además la valoración funcional medida con alguna escala de desempeño funcional y la valoración de los síntomas neuropsiquiátricos que también podrá medirse mediante escalas.

### Cambio o Rotación de IACE

#### 1- Efectos adversos

Si el IACE produce efectos adversos no tolerados por el paciente (generalmente gastrointestinales) se puede rotar a otro IACE.

Se recomienda esperar hasta la resolución completa de los síntomas antes de introducir el nuevo IACE. Algunos expertos recomiendan un corto periodo de lavado del fármaco (2 días para galantamina y rivastigmina -7 días para donepecilo) antes de la introducción del nuevo fármaco. Este debe introducirse en la dosis más baja y titularse lentamente (habitualmente 1 mes).

#### 2- Falta de beneficio

Se considera falta de beneficio la ausencia de respuesta al fármaco generalmente durante el primer año de tratamiento.

Aproximadamente un tercio de los pacientes no experimenta mejoría ni estabilización y se los considera no respondedores.

Se ha propuesto como medida de la ausencia de respuesta, la pérdida de más de 2-3 puntos en el MMSE en 6-12 meses y el empeoramiento en la función o una impresión global de cambio desfavorable. Estos parámetros constituyen una guía pero no sustituyen el juicio clínico del profesional responsable.

Se recomienda realizar un ensayo terapéutico de 6 meses y evaluar posteriormente. Se acepta que un paciente es no respondedor, si se objetiva un empeoramiento significativo durante este periodo.

En el caso de falta de beneficio tras seis meses del inicio del tratamiento con un fármaco, se podría rotar a otro fármaco de la misma clase. Este cambio puede realizarse al día siguiente de haber suspendido el primer fármaco, iniciando a dosis bajas y titulando lentamente, aproximadamente en un mes.

Algunos expertos recomiendan una titulación mas rápida (dos semanas) para prevenir un mayor deterioro.

### 3- Pérdida de beneficio

La pérdida de beneficio es aquella situación en la que un paciente ha respondido favorablemente y posteriormente empeora de manera significativa, sin que haya otras causas aparentes, especialmente si el paciente ha recibido tratamiento por lo menos durante un año o más.

No se recomienda la rotación del IACE pues ha de considerarse que se trata de la evolución natural del proceso. En este caso podría adicionarse al tratamiento la memantina.

### Dosis y forma de administración

Las dosis y formas de administración varían con el fármaco y dependerán de las preferencias del paciente y/o cuidador, de la facilidad de su uso, de la accesibilidad a los mismos y del manejo del profesional en el uso de uno en particular.

Debe atenderse el perfil de efectos adversos, las expectativas sobre la adherencia al tratamiento, los medicamentos utilizados para otras comorbilidades, las posibles interacciones y los perfiles de dosificación

El donepecilo se administra en 1 toma al día; la rivastigmina y la galantamina en 2 (la galantamina dispone de una presentación de liberación prolongada y la rivastigmina dispone además de parches).

### Mantenimiento o retiro del tratamiento específico a largo plazo

En los pacientes con EA se recomienda evaluar periódicamente los aspectos cognitivos, funcionales, motores y de conducta, así como el grado de sobrecarga del cuidador en el seguimiento de pacientes con demencia.

No existe evidencia científica sólida de cuál es la duración recomendable del tratamiento específico en la enfermedad de Alzheimer y debe mantenerse mientras se considere que existe beneficio clínico.

No existe consenso en cuanto a la retirada de los tratamientos sintomáticos. En la práctica, aunque se trata de una medida poco sensible se toma generalmente la referencia del MMSE, sobre la base de un ritmo medio de pérdida de tres puntos por año en ausencia de tratamiento.

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

La decisión de retirar el tratamiento con IACE debe individualizarse y consensuarse con el cuidador principal.

Teniendo en cuenta que algunos pacientes muestran mayor declive de su enfermedad cuando se les retira el tratamiento farmacológico específico, dicha suspensión deberá ser evaluada de forma individual

Esta decisión podrá deberse a la falta de adherencia al tratamiento que necesariamente requiere de supervisión por parte del cuidador, la pérdida de eficacia del fármaco y la progresión a fases avanzadas de la enfermedad en la que se decida un abordaje paliativo.

Se recomienda el retiro escalonado de la medicación para minimizar posibles efectos secundarios.

Es posible considerar la interrupción de los IACE durante un tratamiento a largo plazo:

- si el paciente o el cuidador desean interrumpir el tratamiento, una vez comprendidos y evaluados los riesgos y beneficios de continuarlo o abandonarlo
- si el ritmo del deterioro cognitivo, funcional y/o conductual es más rápido con el tratamiento que antes de su instauración
- si la puntuación en la escala de deterioro global (Global Deterioration Scale GDS) es igual a 7
- si el paciente presenta trastornos de la deglución
- si el paciente presenta efectos secundarios gastrointestinales importantes (náuseas, vómitos, diarrea, anorexia con pérdida de peso)
- No necesariamente debe considerarse la interrupción del tratamiento a partir únicamente de la puntuación MMSE, de una institucionalización o de la existencia de efectos secundarios cuando éstos tienen múltiples etiologías posibles (por ejemplo, caídas)

De forma general, en los pacientes con demencia se recomienda valorar la posible interrupción del tratamiento cuando la demencia ha alcanzado un estadio muy avanzado: FAST superior a 7c; índice de Barthel que indique una dependencia total; progresión muy rápida desde el inicio; infecciones graves y repetidas y sin beneficio relevante con el tratamiento; disfagia problemática, con desnutrición y/o deshidratación; y úlceras por presión refractarias



### Situaciones especiales

En pacientes con problemas para deglutir se pueden utilizar las nuevas formas bucodispersables y las soluciones orales además de los parches transdérmicos (rivastigmina). En nuestro país existe la solución oral de donepecilo y parches transdérmicos de rivastigmina..

Otra opción es triturar las formas sólidas (siguiendo guías para administrar fármacos que se pueden triturar) y mezclarlas con agua o soluciones almibaradas que puedan facilitar la deglución.

No triturar:

- Formas retardadas
- Formas sublinguales
- Formas farmacéuticas de cubierta entérica
- Cápsulas de gelatina blanda

Ver Tablas 1 a 3

Grado GDS / FAST	Grado CDR	MMSE	Estado funcional	Tratamiento de primera línea
1	0	29-30	Normal	Vida activa
2				
3	0,5	27 (25-30)	Autónomo	
4	1	18 (13-26)	Demencia leve	Anti colinésterásicos
5	2	12 (8-18)	Demencia moderada	Anti colinésterásicos Memantina Pueden asociarse
6	3	6 (5-12)	Demencia grave	Anti colinésterásicos Memantina Pueden asociarse
7		0 (0-9)	Demencia extrema	Supresión de tratamientos

**Tabla 1. Opciones terapéuticas recomendables según el estadio evolutivo de la enfermedad**

Característica		Donepecilo	Rivastigmina	Galantamina	
Vida media		70 h	de 1-2 a 10h	7- 8h	8-10h*
Metabolización		Hepática	Periférica	Hepática	Idem
Dosis	inicial	5 mg/24h	1,5 mg/12h	4 mg/12h o parche de 5	8 mg/24h*
	mantenimiento	10 mg/24h	6 mg/12h	8 mg/12h o parche de 10	16 mg/24h*
	máxima	10 mg/24h	4,5- 6mg/12h	12 mg/12h o parche de 15	24 mg/24h*
	aumento	valorar tras 4 semanas de la dosis inicial	valorar tras 4 semanas de la dosis inicial	valorar cada 4 semanas el aumento de dosis	
Relación con la comidas		Indiferente (habitualmente se administra por la noche)	Administrar con las comidas	Administrar con las comidas Asegurar adecuada ingesta de líquidos	
* Forma retard					

**Tabla 2. Inhibidores de la acetilcolinesterasa para el tratamiento de la demencia**

	Donepecilo	Galantamina	Rivastigmina	Memantina
Interacción farmacodinámica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posible aumento de los efectos de relajantes musculares tipo succinilcolina durante la anestesia</li> <li>• Con fármacos colinérgicos: riesgo de toxicidad aditiva</li> <li>• Con fármacos anti-colinérgicos: efecto antagónico</li> <li>• Con fármacos que disminuyen la frecuencia cardíaca: bloqueantes</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de los efectos de levodopa, agonistas dopaminérgicos y anticolinérgicos.</li> <li>• Evitar la administración con comitante con antagonistas del receptor NMDA como amantadina, ketamina y dextrometorfano</li> </ul>
Interacción farmacocinética	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con ketoconazol, quinidina, itraconazol, ISRS, eritromicina: posible aumento de los niveles en plasma del IACE por inhibición del metabolismo hepático.</li> <li>• Con rifampicina, carbamazepina, fenitoína, fenobarbital, alcohol: reducción de los niveles de IACE por inducción metabólica.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• No presenta interacciones farmacocinéticas por su escaso metabolismo por enzimas del citocromo P450</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de los efectos de barbitúricos y neurolépticos. Ranitidina, cimetidina, quinidina, quinina y nicotina aumentan los niveles de memantina.</li> <li>• La memantina puede disminuir los niveles de hidroclorotiazida.</li> </ul>
Contra-indicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipersensibilidad conocida al donepecilo y derivados de la piperidina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En insuficiencia hepática e insuficiencia renal grave.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En insuficiencia hepática grave</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En insuficiencia hepática grave, porque no se dispone de datos.</li> <li>• En insuficiencia renal grave la dosis máxima es de 10 mg/24h.</li> </ul>
Precaución de empleo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes con síndrome del nodo sinusal, trastornos de la conducción e insuficiencia cardíaca.</li> <li>• Úlcera gástrica o duodenal o mayor riesgo de padecerlas como paciente que está tomando AINE.</li> <li>• Antecedentes de asma o EPOC.</li> <li>• Hipertrofia prostática o uropatía obstructiva.</li> <li>• Pueden producir convulsiones.</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• En pacientes con insuficiencia cardíaca III-IV se recomienda supervisión por existir pocos datos.</li> <li>• Monitorizar estrechamente el INR en pacientes con anticoagulantes orales.</li> </ul>

**Tabla 3. IACE Farmacología**

## Bibliografía

1. Allegri R F, Arizaga R L, Bavec C V y col. Enfermedad de Alzheimer. Guía de práctica clínica. NEUROL ARG. 2011; 3(2):120-137.
2. Diniz BS, Pinto JA, Gonzaga MCG. To treat or not to treat? A meta-analysis of the use of cholinesterase inhibitors in mild cognitive impairment for delaying progression to Alzheimer's disease. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2009;259:248-56.
3. Farina N, Isaac MGEKN, Clark AR, Rusted J, Tabet N. Vitamin E for Alzheimer's dementia and mild cognitive impairment. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 11. Art. No.: CD002854. DOI: 10.1002/14651858.CD002854.pub3.
4. Feldman HH, Jacova C, Robillard A, et al. Diagnosis and treatment of dementia: 2. Diagnosis. Can Med Assoc J 2008; 178(7): 825-36.
5. Ferreri F, Agbokou C, Gauthier S. Effets cardio-vasculaires des inhibiteurs de la cholinestérase dans la maladie d'Alzheimer. Rev Neurol (Paris) 2007 ; 163 : 10, 968-974
6. González Moneo MJ. Utilidad de los fármacos en la demencia. FMC. 2010; 17(5):326-35.
7. González Rodríguez V M, Arrieta Antón E y Riu Subirana S. Recomendaciones de manejo del deterioro cognitivo y la demencia en Atención Primaria. SEMERGEN. 2008; 34(2):87-90.
8. Guía de Recomendaciones Clínicas. Demencia. Edita: Dirección General de Innovación Sanitaria Consejería de Sanidad. Asturias. Versión diciembre 2013. Disponible en: <http://www.asturias.es>
9. Guillemaud C, Faucounau V, Greffard S, Verny M. Tratamiento de la demencia. EMC -Tratado de Medicina 2013; 17(4):1-8
10. Herrmann N, Lanctôt K L, and Hogan D B. Pharmacological recommendations for the symptomatic treatment of dementia: the Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia 2012. Alzheimer's Research & Therapy 2013, 5(Suppl 1):S5.
11. Hort J, O'Brien J T, Gainotti G et al. on behalf of the EFNS Scientist Panel on Dementia. EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer's Disease. European Journal of Neurology 2010, 17: 1236-1248.
12. Ihl R et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Alzheimer's disease and other dementias. The World Journal of Biological Psychiatry, 2011; 12: 2-32.
13. Jones R W. A review comparing the safety and tolerability of memantine with the acetylcholinesterase inhibitors. Int J Geriatr Psychiatry 2010; 24: 547-553.
14. Karakaya T, Fußer F, Schröder J and Pantel J. Pharmacological Treatment of Mild Cognitive Impairment as a Prodromal Syndrome of Alzheimer's Disease. Current Neuropharmacology, 2013, 11, 102-108.

15. Massoud F, Desmarais J E and Gauthier S. Switching cholinesterase inhibitors in older adults with dementia. *Int Psychogeriatr* 2011 Apr 3;23(3):372-8.
16. McKeage K. Spotlight on Memantine in Moderate to Severe Alzheimer's Disease. *Drugs Aging* 2010; 27 (2): 177-179.
17. Moore A, Patterson C, Lee L, Vedel I, Bergman H. Fourth Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia. Recommendations for family physicians. *Can Fam Physician* 2014;60:433-8.
18. O'Brien J T, Burns A. Clinical practice with anti-dementia drugs: a revised (second) consensus statement from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 2010; 0(0): 1-23.
19. Plosker G L and Gauthier S. Spotlight on Cerebrolysin in Dementia. *CNS Drugs* 2010; 24 (3): 263-266.
20. Raina P, Santaguida P, Ismaila A, et al. Effectiveness of cholinesterase inhibitors and memantine for treating dementia: evidence review for a clinical practice guideline. *Ann Intern Med* 2008;148:379-97.
21. Raschetti R, Albanese E, Vanacore N, et al. Cholinesterase inhibitors in mild cognitive impairment: a systematic review of randomised trials. *PLoS Med* 2007; 4: e338.
22. Rodríguez D, Formiga F, Fort I, Robles MJ, Barranco E y Cubí D en representación del grupo de Trabajo de Demencias de la Sociedad Catalana de Geriatria y Gerontología. Tratamiento farmacológico de la demencia: cuándo, cómo y hasta cuándo. Recomendaciones del Grupo de Trabajo de Demencias de la Sociedad Catalana de Geriatria y Gerontología. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2012;47(5):228-233.
23. Russ T C. Cholinesterase inhibitors should not be prescribed for mild cognitive. Impairment. *Evid Based Med* June 2014 | volume 19 | number 3.
24. Russ TC, Morling JR. Cholinesterase inhibitors for mild cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 9. Art. No.: CD009132. DOI: 10.1002/14651858.CD009132.pub2.
25. Schneider LS, Dagerman KS, Higgins JPT, McShane R. Lack of evidence for the efficacy of memantine in mild Alzheimer disease. *Archives of Neurology*. 2011 Aug;68(8):991-8.
26. Tricco A C, Soobiah C, Berliner S, Ho J M et al. Efficacy and safety of cognitive enhancers for patients with mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2013. DOI:10.1503 /cmaj.130451.
27. Winslow B T, Onysko M K, Stob C M, Hazlewood K A. Treatment of Alzheimer Disease. *Am Fam Physician*. 2011;83(12):1403-1412.
28. Zekry D and Gold G. Management of Mixed Dementia. *Drugs Aging* 2010; 27 (9): 715-728.

## CAPÍTULO XII

### Tratamiento psicofarmacológico de los síntomas neuropsiquiátricos

Dra. Laura Sarubbo

Los síntomas Neuropsiquiátricos están siempre presentes en el transcurso de la enfermedad y son parte de sus manifestaciones. Pueden ser síntomas de la esfera del pensamiento, de la conducta, de la personalidad, del humor y de la afectividad.

La presencia de fluctuaciones emocionales y conductuales en los pacientes portadores de esta patología es la regla.

Tendrán características diferentes dependiendo de su etapa. En general son multifactoriales, lo que complica su diagnóstico y tratamiento, que deberá pensarse desde un equipo interdisciplinario que aborde los aspectos farmacológicos, psicoterapéuticos, ambientales y educativos.

En las primeras etapas se recurrirá a tratamientos no farmacológicos, como son los tratamientos psicoterapéuticos tanto individuales como familiares y grupales, acompañados también de medidas higiénico-dietéticas para aquellos pacientes que se presenten angustiados, deprimidos, ansiosos o insomnes.

Habiendo pasado esta etapa se evaluará si existe un trastorno diagnosticable y tratable coadyuvante a la demencia, recordando que algunos trastornos aislados no responden a la medicación, y tener siempre un plan de rescate y un plan para afrontar las crisis a deshoras. La decisión de la administración de un medicamento deberá considerar las siguientes posibilidades:

- Las particularidades de cada paciente.
- Realizar valoración clínica, psiquiátrica y paraclínica que descarte posibles causas sistémicas de los síntomas.
- Evaluar las comorbilidades cuya incidencia es recíproca.
- Tener en cuenta las medicaciones que se le suministran, incluidas las hierbas medicinales, descartando posibles interacciones medicamentosas y reacciones adversas.
- Seleccionar y administrar la medicación con cautela, teniendo en cuenta siempre el uso racional de esta.
- Suspender lo innecesario.
- Evaluar la dieta.
- Considerar la dosis inicial, los intervalos interdosis y los intervalos apropiados para ajustar las dosis.
- Los cambios de dosis solo deben realizarse cuando se alcanzó un nivel permanente de 5 veces la vida media de la medicación principal y de los metabolitos activos.
- Evaluar respuesta ante cualquier cambio de dosis.

- Continuar el tratamiento hasta que se alcance la dosis efectiva o aparezcan efectos secundarios.
- Optimizar la terapia con la dosis mínima efectiva.
- Utilizar la menor cantidad de fármacos posibles.
- Hacer coincidir la toma de la medicación con alguna actividad, por ejemplo: antes de acostarse, para reforzar la memoria.
- En lo posible, indicar una sola dosis diaria.
- Considerar el costo para evitar abandonos.
- Dar la medicación por escrito con letra grande, de imprenta, aclarando horarios y fecha de nuevo control.
- Tener un responsable de administrar y controlar las medicaciones, evaluando la capacidad del cuidador para la atención que requiera el paciente.
- Explicar los posibles efectos adversos o colaterales
- Solicitar al paciente o familiar el retiro de la casa de los fármacos que no se utilizan.
- Reevaluar la medicación con la periodicidad que se requiera.
- Tener en cuenta la situación familiar, social y económica.

Son pocos los psicofármacos que se ha aprobado para el tratamiento de los síntomas neuropsiquiátricos de la demencia, y su uso requiere de prudencia ya que pueden producir complicaciones graves.

Cuando se hace necesario el manejo farmacológico en los casos de agitación psicomotriz severa, síntomas psicóticos y agresividad se suelen usar antipsicóticos, siempre y cuando haya posibilidad de que los síntomas alteren la capacidad funcional del paciente, o causen potenciales daños a sí mismos o a personas próximas. La agitación nunca debe ser considerada como blanco primario del tratamiento, ya que es secundaria a otra patología. No hay pruebas de efectividad en estos síntomas de los antidepresivos ISRS ni de la Trazodona.

Al utilizar antipsicóticos deberá tenerse presente que tienen la potencialidad de producir déficits cognitivos, acatisia (la que puede ser confundida con la agitación), parkinsonismo, riesgo de muerte y stroke (Ataque Cerebrovascular). Si bien los antipsicóticos atípicos son menos proclives a generar o aumentar síntomas extrapiramidales, no hay evidencia de otras ventajas comparadas con el haloperidol.

Hay algunos estudios que señalan eficacia de los antipsicóticos atípicos en el tratamiento de la agresión e ideas paranoides en la enfermedad de Alzheimer, pero no mejoran ni el funcionamiento ni la calidad de vida del paciente. La risperidona es el único antipsicótico atípico que demostró eficacia en los síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones, agitación y agresión), pero tiene un riesgo aumentado de producir eventos cerebro-vasculares (stroke) y síntomas extrapiramidales. Se debe



tener atención especial a los efectos hipotensores, por su antagonismo alfa-1-adrenérgico. Su dosis de inicio es de 0,5 mg/día, dosis promedio 1 mgr/día, siendo su dosis máxima entre 2 y 4 mg/día. Otro antipsicótico que se han estudiado es la olanzapina (dosis de inicio 2,5 mg/día, dosis promedio 7 mgr/día, dosis máxima 10 a 12.5 mg/día), teniendo especial cuidado en pacientes diabéticos por su potencialidad de producir síndrome metabólico.

Si bien la quetiapina está siendo utilizada con mucha frecuencia en estos cuadros, no está muy bien documentada su utilidad, ni tampoco ha sido aprobada ni por la FDA ni por el 4th Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia (CCCDTD4); su dosis de inicio es de 25 mg/día, su dosis promedio 100 mgr/día y su dosis máxima de 100 a 300 mg/día. Con respecto al aripiprazol hay estudios que demuestran su efectividad en síntomas psicóticos en la Enfermedad de Alzheimer en dosis promedio de 2,5 a 10 mgr/día. La clozapina nunca es un medicamento de primera elección pero se han reportado buenos resultados en pacientes con síntomas psicóticos con enfermedad de Parkinson siendo su dosis promedio de 36 mgr/día.

En lo posible, se indicará una sola dosis diaria de antipsicótico pero esto dependerá de las características de los síntomas. Los cambios de dosis solo deben realizarse cuando alcanzó un nivel permanente de 5 veces la vida media de la medicación principal y de los metabolitos activos.

Se continuará el tratamiento hasta que se alcance la dosis terapéutica o aparezcan efectos secundarios tendiendo en cuenta la optimización del tratamiento en base a la dosis mínima efectiva

Estos medicamentos se utilizarán en dosis bajas, solo por el tiempo necesario, suspendiéndolos una vez que el cuadro se haya estabilizado. El tiempo estimado de duración del tratamiento farmacológico si hay buena respuesta antes de discontinuarlo es de 3 a 6 meses para la demencia agitada según La Guía de Consenso de Expertos en el Uso de Drogas Antipsicóticas en Adultos Mayores. Su retiro se hará en forma gradual evaluando permanentemente el no reinicio de la sintomatología.

No se recomienda el uso de valproato para el tratamiento de los síntomas agresivos y hay pocos estudios aún que demuestren efectividad de los fármacos inhibidores de la colinesterasa (IACE) (donepecilo, rivastigmina y galantamina) y la memantina, en el tratamiento de los síntomas psicóticos, así como de la apatía.

Con respecto a los síntomas del humor y de la afectividad, es muy frecuente que la depresión se imbrique o anteceda a los síntomas cognitivos y al no ser tratada, empeora la evolución ya que produce propensión a los accidentes vasculares y a mayor deterioro cognitivo. Los antidepresivos más estudiados y recomendados en estos pacientes son los ISRS, y entre ellos la sertralina por su antigüedad en el mercado es de la que dispone de mayor cantidad de estudios, con dosis de inicio de 25 mgr/día y dosis máxima de 100 a 200 mgr/día, puede mejorar la sintomatología cognitiva. Tiene una vida media entre 25 y 104 horas en el adulto mayor, lo que determina que pueda presentar síndrome de discontinuación (a menor vida media, mayor probabilidad de presentarlo) el que puede demorar hasta 21 días en desaparecer. Se recomienda su retiro en forma lenta para evitar o disminuir la intensidad de la sintomatología.



El citalopram con dosis de inicio de 10 mgr/día y dosis máxima 30 a 40 mgr/día con una vida media en el adulto mayor de 36 a 90 horas ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la depresión

Más recientemente ha salido al mercado el escitalopram con dosis de inicio de 5 mgr/día y dosis promedio de 10 mgr/día con una vida media de 41 horas. Aún no hay evidencia sólida que avale su uso si bien brinda un perfil farmacológico de eficacia clínica, con una buena tolerabilidad y baja incidencia de interacciones medicamentosas por lo que tendría indicación en los adultos mayores con comorbilidades médicas.

Los IRSS por actuar en los receptores 5HT<sub>2</sub> que regulan la transmisión dopaminérgica pueden producir temblor y disquinesias tardías, algunos autores recomiendan el uso de BZD (lorazepam) para su tratamiento ya que los anticolinérgicos agravan los síntomas cognitivos. Por su efecto en la coagulabilidad se deberá tener precaución en los pacientes hipocoagulados y se deberá controlar las cifras de sodio en sangre porque pueden inducir a la hiponatremia y la glicemia que puede ser aumentada

Otros antidepresivos que han sido recomendados son los inhibidores de la recaptación de serotonina y antagonistas de los 5HT<sub>2</sub> y antagonistas de los receptores alfa-2 presinápticos de las neuronas noradrenérgicas, como son la mirtazapina y trazodona, que tienen efecto ansiolítico, hipnosedante, y previenen los efectos adversos sexuales inducidos por los ISRS. Para la mirtazapina se recomienda una dosis de inicio de 15 mg/día y una dosis máxima de 30 a 40 mg/día; es efectiva además en los pacientes con pérdida de peso. En el caso de la trazodona la dosis mínima es de 25 mg/día y de 150 a 300 mg/día la dosis máxima siendo efectiva en pacientes con trastornos del sueño. La medicación antidepresiva se mantendrá por lo menos durante 6 meses a partir de la dosis terapéutica

Las BZD no son recomendadas en estos pacientes por provocar efectos paradójales que se explican por la liberación de conductas subcorticales al inhibirse los centros corticales con aumento de la ansiedad, insomnio y aparición de conductas agresivas e impulsivas. Aumentan las posibilidades de caídas, de sedación excesiva, de ataxia, disartria y confusión

Varios estudios documentan los trastornos de memoria que producen las BZD, y más específicamente cuando dichos fármacos se usan en el tratamiento de los trastornos del sueño. Las BZD que mostraron mayor potencial de amnesia fueron el lorazepam y el alprazolam.

Si es indispensable su utilización (agitación aguda) se elegirá una BZD de vida media corta como es el lorazepam a la dosis mínima suficiente (0,5 a 1 mg)

Con respecto a los trastornos del sueño que pueden presentar estos pacientes, la forma más frecuente de presentación es el insomnio de conciliación o de mantenimiento y la inversión del ciclo sueño-vigilia. Se pueden clasificar en primarios y secundarios. Dentro de los primarios las alteraciones de los ritmos circadianos (ciclo sueño-vigilia, secreción alterada de la melatonina endógena) se podrá tratar con medidas de modificación de la conducta (higiene del sueño), del ambiente (terapia de luz brillante en la noche temprana) y con la administración de

melatonina por vía oral de 5 a 10 mg dos horas antes de acostarse sabiendo que tiene una latencia de dos semanas para producir el efecto deseado y que es efectiva solo en esta franja etárea.

Se deberá descartar también el síndrome de piernas inquietas y los trastornos respiratorios del sueño. Dentro de los secundarios se deberá indagar la presencia de síntoma depresivos ya que están estrechamente vinculados a los trastornos del sueño así como a la presencia de enfermedades médicas (infecciosas, inflamatorias, dolor, etc.) y a la polifarmacia. Cuando no hayan sido suficientes estas medidas podrá estar indicado el uso de eszopiclona dosis máxima de 3 mg/noche mientras se implementan las técnicas conductuales.

Con respecto a los trastornos de la conducta sexual, sobre todo cuando está aumentada la demanda o la presencia de modalidades no habituales (frecuente en las demencias frontotemporales) puede indicarse la administración de antidepresivos IRSS o antipsicóticos atípicos en las dosis ya mencionadas anteriormente, apuntando a disminuir la impulsividad.

## Bibliografía

1. Blazer DG, Steffens DC. Tratado de psiquiatría geriátrica. Barcelona; Elsevier Masson, 2010.
2. Jacoby R, Oppenheimer C. Psiquiatría en el anciano. Barcelona; Masson, 2005.
3. Moizeszowicz J, Monczor M. Psicofármacos en geriatría. Buenos Aires; McGraw Hill Interamericana, 2001.
4. Sorbi S, Hort J, Erkinjuntti T, Fladby T, Gainotti G, Gurvit H, Nacmias B, Pasquier F, Popescu BO, Rektorova I, Religa D, Rusina R, Rossor M, Schmidt R, Stefanova E, Warren JD, Scheltens P on behalf of the EFNS Scientist Panel on Dementia and Cognitive Neurology. EFNS-ENS Guidelines on the diagnosis and Management of disorders associated with dementia. En: European Journal of Neurology. 2012, 19: 1159-1179.
5. Weiner MF, Lipton AM. Demencias. Investigación, diagnóstico y tratamiento. Barcelona; Masson, 2005.
6. Wikinski S, Jufe GS. El tratamiento farmacológico en psiquiatría. Indicaciones, esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional. Buenos Aires; Editorial Médica Panamericana, 2013.
7. Zieher LM, Brió MC, Zorrilla Zubilete M. Tratado de psicofarmacología y neurociencia. Volumen IV. Enfermedades degenerativas del sistema nervioso central. Demencias. Buenos Aires; Editorial Sciens, 2011.
8. Zieher LM, Brió MC, Zorrilla Zubilete M. Tratado de psicofarmacología y neurociencia. Volumen VII. Adultos mayores, una población vulnerable. Buenos Aires; Editorial Sciens, 2013.

## CAPÍTULO XIII

### Estrategias no farmacológicas de intervención en la Demencia

Lic. Ps. Ana Charamelo  
Dra. Laura Sarubo  
Lic. Psicom. Soledad Vázquez  
Lic. TS. Teresa Dornell Lic.  
TS. Saphir Stemphelet Bach.  
TS. Romina Mauros  
Dra. Soad Ayul

Este capítulo se refiere a los Tratamientos No Farmacológicos de la Demencia, como parte de un abordaje integral e interdisciplinario de la misma. Se considera pertinente ordenar los diversos tópicos a tratar en los siguientes puntos:

1. Aproximación conceptual a las Terapias no farmacológicas en la demencia
2. Objetivos y modalidades de intervención
3. Recomendaciones generales

#### 1. Aproximación conceptual a las Terapias no farmacológicas en la demencia

Se definen como Tratamientos No Farmacológicos aquellas intervenciones complementarias a las médico-farmacológicas que constituyen estrategias de abordaje interdisciplinario, integral, cuyo objetivo fundamental es el mantenimiento de las capacidades individuales y la preservación de la autonomía de las personas con demencia. Estos tratamientos se basarán fundamentalmente en intervenciones dirigidas al paciente, cuidador, familia y entorno social, variando en función del estadio evolutivo de la demencia, de la historia de vida individual, del nivel de escolarización, del desempeño laboral, etc. Por un parte se encuentran las técnicas de estimulación cognitiva, modificación de la conducta, entrenamiento de las actividades de la vida diaria, sustentándose en la capacidad residual del cerebro y plasticidad neuronal. Por otra parte, las técnicas psicoterapéuticas que resultan apropiadas para permitir al paciente, al cuidador principal y a su familia elaborar desde el punto de vista emocional las dificultades que implica el transcurrir por los diferentes estadios de la enfermedad.

#### 2. Objetivos y modalidades de intervención

Entre los Tratamientos No Farmacológicos más ampliamente utilizados, se pueden citar los:

- Dirigidos a dominios cognoscitivos: como la memoria, función ejecutiva, lenguaje, cálculo y razonamiento, orientación témporo-espacial, praxias, gnosias, entre otros.

- Dirigidos a los trastornos psicológicos y conductuales de la demencia como ansiedad, disforia, depresión, irritabilidad, agresividad, conducta motora anómala, deambulación errática, agitación psicomotriz, ideas delirantes, alucinaciones, trastornos de sueño, oposicionismo, desinhibición. entre otros.
- Dirigidos a los cuidadores formales o informales a través de psico-educación, brindando estrategias de manejo de las diferentes situaciones problemáticas que surgen en la evolución, así como la necesidad de autocuidado, identificación y prevención de la Sobrecarga del Cuidador. A su vez, las intervenciones psicoterapéuticas familiares permitirán una mejor capacidad de adecuación de la familia al cambio que implica el diagnóstico de demencia en uno de sus integrantes. Para cada familia este tendrá un significado, una evolución y un pronóstico diferente que mediante este tipo de intervención les permitirá un mejor entendimiento de este proceso.
- Cuidados de Enfermería: en el curso de una demencia y fundamentalmente en las etapas finales, surgen diferentes problemas como la incontinencia, infecciones, úlceras por presión, trastornos de la alimentación y deglución, entre otros. Los cuidados de Enfermería establecen rutinas o protocolos de cuidados, que no solo tienen que ver con los cuidados específicos que brinda la enfermería (administración de medicación, manejo de la incontinencia, cuidados de la inmovilidad) sino también con la incorporación de actividades que estimulen a la persona a nivel físico, intelectual y social, para cumplir con los objetivos terapéuticos y no se resuma solo en el manejo de problemas sino a su vez en su prevención. A medida que la enfermedad progresa, se debe mantener en las mejores condiciones posibles las funciones vitales (respiración, alimentación, evacuación y descanso)
- Los cuidados al final de la vida

### 2.1. Modelos de Tratamiento No Farmacológico orientados a las personas portadoras de demencia:

Las intervenciones terapéuticas se adecuan al estadio de la enfermedad, en los primeros estadios se recomiendan técnicas de estimulación de las diferentes funciones cognitivas, psicoafectivas, de inserción social, de modo que la persona permanezca autónoma por el mayor tiempo posible.

En los estadios moderados, se trata de estimular y a su vez proteger al cuidador y al núcleo familiar de la sobrecarga que implica tener en casa a un integrante de la misma con Demencia.

En los estadios más severos los cuidados de enfermería nos aportan elementos claves para preservar la salud integral de estas personas.

Y por último los cuidados al final de la vida o Cuidados Paliativos, le brindan al paciente y a su entorno social más próximo, además de los cuidados médicos, acompañamiento y estrategias para afrontar la etapa terminal de la demencia.

Los tratamientos pueden ser:

Específicos cuyo objetivo es intervenir en determinados dominios: memoria, actividades de la vida diaria o dirigidos a aspectos de su salud en general: higiene, alimentación, estimulación, prevención de accidentes, manejo de medicamentos, y cambios de comportamiento.

Integrales que atienden la globalidad de la persona, sus problemas de salud, cognitivos, afectivos y psicosociales.

Existen varios modelos como el Programa de Psicoestimulación Integral (PPI) propuesto por Lluís Tárraga y Mercé Boada en el Alzheimer Centre Educational de Barcelona o el Programa "Activemos la Mente" de Jordi Peña Casanova y la Fundación La Caixa de Barcelona

Se basan en el abordaje interdisciplinario y multidimensional del paciente y su entorno familiar, brindando una atención integral al paciente y horas de respiro y psicoeducación al cuidador principal y a la familia. A su vez propician la permanencia por el mayor tiempo posible de la persona con demencia en su núcleo y entorno familiar, posponiendo la institucionalización en residencias de larga estada a las etapas más severas de la enfermedad.

#### Rehabilitación y/o Estimulación cognitiva:

Conjunto de acciones que se dirigen a mantener o mejorar el funcionamiento cognitivo mediante ejercicios de memoria, percepción, atención, lenguaje, funciones ejecutivas (solución de problemas, planificación, control,...), funciones visuoespaciales, etc. Se trabaja habitualmente en los ámbitos cognitivos alterados o que comienzan a alterarse y también en aquellos que no se encuentran afectados pero que pueden mejorar su rendimiento. Se basan en la plasticidad y en la reserva cerebral y cognitiva para mejorar el rendimiento de las capacidades mentales mediante técnicas y ejercicios organizados de modo sistemático. Entre las llamadas terapias no farmacológicas, es la que recibe el mayor apoyo empírico basado en la evidencia; se propone como la primera intervención a realizar especialmente en el envejecimiento normal, el deterioro cognitivo leve y la demencia leve.

#### Terapia de Orientación a la Realidad (TOR):

Pretende mejorar la orientación en el tiempo y espacio, ejercitar habilidades mnémicas, lenguaje y comunicación. Es una estrategia grupal, y se recomienda que el ambiente esté acondicionado para un soporte informativo visual con calendario, reloj, fotografías, entre otros.

#### Talleres de entrenamiento de la memoria:

Hay diversos programas, algunos fueron utilizados con personas sin demencia, pero son igualmente útiles para los pacientes en estadios de deterioro leve y moderado. Se basa en estrategias de aprendizaje, en mnemotécnicas, u otros programas orientados a mejorar el registro, almacenamiento, consolidación y recuperación de la información.

Terapia Ocupacional:

Se realizan intervenciones dirigidas a mantener las capacidades en actividades de la vida diaria, teniendo en cuenta las habilidades y gustos de cada persona.

Terapia de Reminiscencia:

Promueven recuerdos de vivencias, de experiencias placenteras, su verbalización a través de material audiovisual: música, filmes, fotografías, entre otros.

Rehabilitación y mantenimiento de las Actividades de la vida diaria (AVD):

Promueven el refuerzo y desarrollo de estrategias de memoria procedural con relación a dichas actividades, con el fin de mantener la mayor independencia posible en dicha actividad.

Intervenciones psicoconductuales: Actuaciones basadas en el análisis de los antecedentes y consecuencias de la conducta, a través de reforzar las conductas adaptadas o que generan placer y de modificar aquellas desadaptadas o que generan sufrimiento.

Actividades Físicas:

Están integradas por la actividad física adaptada, la ejecución guiada (evitando en todas las etapas el aprendizaje con errores), de ejercicio dirigido a mejorar la resistencia, la flexibilidad, el equilibrio y la coordinación. A través de actividades de tipo lúdico-creativas realizadas en forma grupal, se favorece la socialización y el disfrute del movimiento. También integra este tratamiento, la relajación superficial, la cual consiste en intervención física y cognitiva para liberar a la persona de la tensión muscular y de la ansiedad

Intervenciones ambientales:

Área arquitectónica (barreras y equipamiento): Luz y color de los espacios del ambiente, mobiliario, ruidos, entre otros. Por ejemplo: la utilización de luz en distintas frecuencias e intensidades para conseguir una mejor sincronización del ritmo circadiano natural de sueño y vigilia.

Intervenciones en el área alimentario-nutricional:

Ingesta de alimentos, calidad, accesibilidad y disponibilidad nutricional. Valoración del Estado nutricional.

Intervenciones de enfermería en las funciones de:

- Eliminación vesical y fecal
- Descanso y sueño
- Respiración
- Movilización
- Comunicación
- Manejo de los síntomas psicoconductuales.



## 2.2. Modelos de Tratamiento No Farmacológico orientadas al cuidador:

Se define como cuidador a aquella persona que asiste o cuida a otra persona afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales. El cuidador principal asume las principales tareas y responsabilidades de cuidar, sin percibir remuneración económica, y este papel es aceptado por el resto de los familiares. A su vez, existen los cuidadores profesionales, con formación específica o sin ella, los cuales cuidan de forma directa, recibiendo una compensación económica por su trabajo.

Las intervenciones dirigidas al cuidador pueden resumirse en tres grupos principales:

- Intervención psicoterapéutica individual y familiar
- Programas de intervención psicoeducativa
- Grupos de Apoyo
- Programas de respiro como la ayuda domiciliaria, centros de día u otros centros gerontológicos

### El Centro de Día como modelo de intervención integral

La familia, desde siempre, fue el centro de cuidado de la persona con demencia, cargando a un integrante de la misma, generalmente el cónyuge, y si éste no está, uno de los hijos, generando lo que se denomina la sobrecarga o estrés del cuidador.

El Centro de Día, como recurso socio-sanitario, tiene como objetivos generales:

- Dar atención terapéutica a las personas con demencias mediante programas de psico-estimulación que integran en su abordaje todas las dimensiones de las Terapias No Farmacológicas: cognitiva, psico-conductual, psicodinámica, funcional y social.
- Promover la permanencia de la persona con demencia en su entorno social y familiar, postergando el ingreso a Residencias de Larga Estadía a estadios más evolucionados.
- Servir de apoyo a la familia, proporcionando horas de “respiro” al cuidador principal y promoviendo la creación de grupos de autoayuda y psicoeducativos.
- Establecer vínculos con los recursos sanitarios y/o sociales que necesite la persona con demencia a lo largo de su estancia en el centro.

Las actividades que más comúnmente ofrecen los Centros de Día son las de estimulación cognitiva, estimulación de las Actividades de la vida diaria, actividades lúdicas y de recreación, ejercicio físico adaptado y estimulación psicomotriz, terapia ocupacional, musicoterapia, laborterapia (huerta, manualidades), entre otras.

Para llevar a cabo este tipo de emprendimientos es necesaria la conformación de equipos de trabajo interdisciplinarios, con entrenamiento específico en el tratamiento de la demencia, que logren establecer distintos niveles de intervención según el estadio evolutivo de la enfermedad y el perfil de la misma.

En ese sentido, cabe destacar que los Centros de Día se enfocan fundamentalmente a aquellos estadios leves, moderados y moderadamente severos de la demencia, debido a que en las fases severas las necesidades serán otras.

El siguiente cuadro propone sintetizar las principales actuaciones a modo de facilitar su comprensión y posterior recomendación.

	<b>Persona con demencia</b>	<b>Persona cuidadora</b>
<b>Fase leve GDS 3-4</b>	Estrategias orientadas a la estimulación de funciones.  Atención a la comorbilidad.	Información sobre la enfermedad y su evolución. Formación en el cuidado: manejo de síntomas iniciales, potenciación de capacidades preservadas, consejo sobre necesidades básicas Información de recursos sociales
<b>Fase Moderada GDS 5</b>	Estrategias orientadas al mantenimiento de capacidades remanentes.  Manejo no farmacológico de alteraciones psicológicas y conductuales.  Evaluación de ayudas técnicas.  Atención a la comorbilidad	Información de la enfermedad y prevención de la sobrecarga del cuidador. Formación en el cuidado: manejo de síntomas psicoconductuales, consejos sobre las necesidades básicas de la persona con demencia y actividades de la vida diaria. Adaptación del domicilio. Valoración e intervención en caso de sobrecarga del cuidador. Ayuda domiciliaria al cuidador por parte del equipo de salud.
	Atención domiciliaria de valoración Ingreso de la persona en estancias temporales o de respiro Ingreso definitivo si carencia de cuidador	
<b>Fase grave GDS 6-7</b>	Cuidados finales con especial atención a la calidad de vida y cuidados de enfermería.  Evaluación de ayudas técnicas.  Atención a la comorbilidad CUIDADOS PALIATIVOS	Información de la enfermedad y prevención/intervención en la sobrecarga del cuidador. Preparación del duelo. Formación en el cuidado: necesidades básicas del enfermo encamado. Ayuda domiciliaria por parte del equipo de salud.
	Atención domiciliaria de valoración Ingreso de la persona en estancias de larga estada Ingreso definitivo si carencia de cuidador	

Adaptado por: Dornell, T. – Stemphelet, S. – Mauros, R. - De Gómez, M. en Boada Rovira M, Tárraga Mestre L. El tratamiento longitudinal de la enfermedad de Alzheimer. *Continua Neurológica*. 1998; 1(1):82-106.

Las medidas básicas del tratamiento no farmacológico dirigidas a las personas con demencia, al cuidador y a la familia, se aplicarán gradualmente en función de sus necesidades y de la fase evolutiva en el momento del diagnóstico.

El identificar al cuidador, evaluar sus características así como las de la familia, mediante diferentes modalidades de entrevista, junto a las visitas domiciliarias periódicas; son considerados de suma relevancia.

Es necesario valorar las características individuales de la persona portadora de la enfermedad así como las que son propias del tipo de demencia que padece para poder prevenir la carga y evaluar las necesidades del cuidador actuando en consecuencia para optimizar su red de soporte.

En este tipo de abordaje hay que tener siempre presente los siguientes principios básicos: por un lado que el individuo padece una enfermedad de la cual no es responsable, por lo que será primordial no realizar comentarios negativos al respecto en su presencia; por otro lado se deberá estimular a la persona para que continúe utilizando las facultades que todavía conserva, sin exigirle más de lo que puede hacer, evitando exponerlo a fracasos o riesgos innecesarios, y finalmente, evitar actitudes de sobreprotección o sustitución de funciones que la persona conserva y puede desempeñar de forma independiente.

### 3. Recomendaciones generales

A continuación se enunciarán las principales sugerencias prácticas para el abordaje no farmacológico de la demencia.

- Realizar intervenciones en los niveles en donde se encuentre el paciente: domicilio- comunidad, hospital, residencia
- Generar abordajes individuales con las personas con demencia, sus familiares, los cuidadores principales y entorno social
- Propiciar intervenciones grupales con pacientes que se encuentren en el mismo estadio de deterioro de manera de estimular la inclusión social, una excelente herramienta es el Centro Diurno
- Generar grupos para cuidadores, especialmente grupos de psicoeducación y grupos de autoayuda. En nuestro país AUDAS (Asociación Uruguaya de Alzheimer y Similares) es una institución sin fines de lucro y desde hace varios años ha tenido el cometido de difundir a nivel de la población el tema de las demencias y dar apoyo a los familiares y cuidadores de personas portadoras de las mismas a través de grupos de autoayuda.
- Proponer estrategias dirigidas al equipo de salud: información, capacitación, orientación.

Con el creciente envejecimiento de la población, el número de personas con demencia irá en aumento, por lo que en los próximos años serán necesarios más recursos asistenciales para atender a estas personas y a su familia. Los Centros de Día tendrán especial relevancia, así como los Programas de psico-estimulación integral, junto con otros que se deberán gestar como programas de ayuda en domicilio.

Cada día se hace más frecuente la consulta de personas con síntomas cognitivos leve que solicitan diagnóstico y tratamiento adecuado y a los que se debe observar de manera continua y brindar medidas no farmacológicas de estimulación integral.

## Bibliografía

1. Alberca, R. (2002). Tratamiento de las alteraciones conductuales en la enfermedad de Alzheimer y en otros procesos neurológicos. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
2. Ayuso T, Ederra MJ, Manubens JM, Nuin MA, Villar D, Zubicoa J. Abordaje de la demencia. Guía de actuación en la coordinación Atención Primaria-Neurología. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. 2007. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/90E6356A-73C3-4CA1-9291-834501AA4324/0/Guiaabordajedelademencia.pdf>
3. Boada Rovira M, Tárraga Mestre L. (1998) El tratamiento longitudinal de la enfermedad de Alzheimer. *Continua Neurológica*. 1(1):82-106.
4. Charamelo A. (2004) Centro Diurno para pacientes con Enfermedad de Alzheimer y otras demencias [Maestría en Gerontología Social]. [Montevideo-Madrid]: Universidad Autónoma de Madrid.
5. First M, Frances A, Alan H. (1997) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Atención Primaria. 4ta ed. Barcelona: Masson.
6. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_484\\_Alzheimer\\_AIAQS\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_compl.pdf)
7. López-Pousa S, Vilalta J, Llinás J. (1996) Manual de Demencias. Barcelona: Prous Science.
8. Sarubbo L. (1996) El lugar del anciano en la familia y en la sociedad. ¿Anciano desechable o abuelo reciclable? *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. LX (333).

## CAPÍTULO XIV

### Cuidados e Intervenciones de Enfermería en la Demencia

Licenciada en Enfermería Isabel Silva  
Licenciada en Enfermería Virginia Aquino

En el curso de una demencia y fundamentalmente en las etapas finales, surgen diferentes problemas como la incontinencia, infecciones, úlceras por presión, trastornos de la alimentación y deglución, entre otros. Los cuidados de Enfermería establecen rutinas o protocolos de cuidados, que no solo tienen que ver con los cuidados específicos que brinda la enfermería (administración de medicación, manejo de la incontinencia, cuidados de la inmovilidad) sino también con la incorporación de actividades que estimulen a la persona a nivel físico, intelectual y social, para cumplir con los objetivos terapéuticos y no se resuma solo en el manejo de problemas sino a su vez en su prevención. A medida que la enfermedad progresa, se debe mantener en las mejores condiciones posibles las funciones vitales (respiración, alimentación, evacuación y descanso)

#### Intervenciones específicas

##### Respiración.

Objetivos: Mantener la función respiratoria en excelentes condiciones.

Intervenciones: Educación al cuidador sobre conceptos básicos de la respiración y como prevenir complicaciones. Incluir los cambios respiratorios que hacen más susceptible a la persona mayor de presentar complicaciones. Informar sobre las repercusiones de las alteraciones de la función respiratoria en la esfera cognitiva.

Importancia del reflejo de la tos y su disminución.

##### 1) Prevenir el riesgo de aspiración.

- Comer sentado
- La cabecera de la cama debe estar elevada.
- No realizar juntos la ingesta de líquidos y sólidos
- Modificar la consistencia de la dieta si el paciente ha tenido atragantamientos.
- Evitar manipulación de objetos pequeños si la persona tiende a introducirse objetos a la boca.
- Ver medidas de seguridad que deben implementarse para evitar el riesgo de asfixia (llaves de gas, fumar en la cama)

##### 2) Prevenir la acumulación de secreciones.

- Explicar sobre las modificaciones de la caja torácica en los adultos mayores y la disminución del reflejo de la tos.
- Promover la tos (en la mañana y en la noche).

- Favorecer a mantener los niveles de humedad en el ambiente.
- Realizar ejercicios de inspiraciones profundas.

## Alimentación

Objetivos: Mantener una buena ingesta nutricional e hidratación.

Intervenciones: Educación al cuidador sobre:

- 1) Alteraciones en la necesidad de comer y en la sensación de hambre.
- 2) Olvidos de las ingestas.
- 3) Alteraciones producidas por la polifarmacia.
- 4) Recomendar llevar un registro de las ingestas, fármacos, horarios, efectos secundarios. Al comienzo de la enfermedad instruimos al paciente, luego se hará cargo el cuidador.
- 5) Importancia de una dieta balanceada, necesidades nutricionales específicas e individualizadas.
- 6) Intervención cuando el paciente se niega a comer:
  - Descartar alteraciones a nivel bucal y/o de prótesis dentales
  - Que la comida resulte atractiva y aumentar el valor energético no así el volumen en el plato.
  - Favorecer a un ambiente agradable y en lo posible que la comida sea una actividad social, que no coma solo.
- 7) En el paciente desorientado
  - Fijar horarios de las comidas, establecer rutinas, como en otras actividades
  - Establecer rutinas previas a la comida (ir al baño, lavarse las manos, colocarse la servilleta en la falda, etc.)
  - Mantener la misma ubicación en la mesa, con igual vajilla, color de mantel).
  - Los platos se servirán de uno en uno para evitar confusión en el paciente.
- 8) Cuando el paciente quiere comer con demasiada frecuencia y/o rapidez; en forma compulsiva o traga sin masticar.
  - brindar porciones pequeñas
  - proporcionarle la comida bien picada y la fruta sin piel.
  - Cuidar de la temperatura de los alimentos para evitar quemaduras.
  - Proveer alimentos de fácil digestión.
- 9) Cuando el paciente no quiere o no puede tragar (reflejo deglución disminuido, disminución de la salivación, disfagia).
  - Introducir comida cuando no haya restos de comida.
  - Verificar el sellado de los labios mientras come, bebe o traga.



- Estimular la salivación con alimentos jugosos.
- Los alimentos que se incluyan deben ser de fácil masticación.
- A las comidas aderezarlas combinando sabores y olores.
- No rezongar al paciente ni amenazarlo si se encuentra en esta situación. Buscar en conjunto estrategias para favorecer la alimentación.
- Enseñar la maniobra de Heimlich en caso de obstrucción de la vía aérea. Debe ser aplicada cuando el paciente no puede expulsar el material por sí solo.
- Si la persona presenta severa dificultad para deglutir se deberá plantear la alimentación triturada, cumpliendo el ser balanceada y de buen sabor.

### Eliminación vesical y fecal

Objetivos: Favorecer el mantenimiento en la evacuación.

Intervenciones: Si existen dificultades en la eliminación debe estar registrado en la historia clínica del paciente, patrones de eliminación fecal y urinaria, ingesta de líquidos, utilización de inodoro o dispositivos para evacuar, etc.

La incontinencia vesical en las personas mayores es un síndrome frecuente.

Es importante dialogar con el cuidador sobre los diferentes tipos de incontinencia con el objetivo de que este alerta y pueda comprender la necesidad de prevenir urgencias con respecto a este síndrome ya que se puede presentar en diversas fases de la Demencia.

El cuidador debe comprender que para lograr la continencia deben cumplirse determinados requisitos, a saber:

- 1) Reconocimiento por la persona de la necesidad de orinar y reacciones ante la misma.
- 2) Capacidad de almacenar la orina en la vejiga y que se puede aguantar hasta ir al baño.
- 3) Tener suficiente movilidad, balance, fuerza para desvestirse y hacer uso del inodoro.
- 4) Capaz de pedir la ayuda para que le provean un colector de orina.

Para cada tipo de incontinencia existen determinadas intervenciones y existen medidas tendientes a mejorar la calidad de vida de la persona mayor y de quien lo cuida.

En cuanto a la Incontinencia fecal es un síntoma más difícil, importa encontrar las causas

- Se debe identificar la causa de la incontinencia.
- Registro diario de horarios de defecación, características, circunstancias, y gestos.
- Registro de fármacos y comidas, tiempos, buscar un patrón de eliminación.

- Importancia de la dieta, tolerancia a frutas, verduras, lácteos.
- Establecer un horario constante para ir al baño.
- Dar tiempo suficiente para la defecación.
- Higiene según necesidad, no permitir que permanezca sucio.

### Actividad- Movilización:

Objetivos: Mantener nivel de actividad.

Puede existir hipo o hiperactividad.

La hiperactividad se define cuando la persona camina mucho, no se queda quieta, camina de noche, está intranquila, quiere salir de la casa.

Es difícil de manejar por los que cuidan y genera en estas últimas preocupación e impotencia.

El paciente debe ser evaluado porque pueden existir varios factores que incidan en este comportamiento: descartar presencia de enfermedad concurrente, dolor, exceso de medicación, etc.

Cuidados de la hiperactividad, la agitación y vagabundeo en el hogar. Considerar las diversas situaciones:

- Olvido de acciones, no recuerda propósito original.
- Búsqueda de personas del pasado o sitios donde paso mucho tiempo.
- Deambulación sin objetivo preciso (vagabundeo).
- Aburrimiento.
- Cambios en el entorno, mudanza, traslados a hospital, cambio de cuidador, crea inseguridad y ansiedad.
- Dolor con incapacidad para manifestarlo.
- Los caminadores que continúan con el hábito de toda la vida.

Recomendaciones:

- Pautar horarios de actividad física y establecer rutinas
- Mostrar afecto cuando el cuidador percibe que puede comenzar a inquietarse la persona mayor.
- Antes del inicio de la situación inquietante, ofrecer alternativas que le agraden y le mantengan sentado (ver fotos, escuchar música, doblar prendas)
- Ruta segura para la deambulación, eliminación de obstáculos.

Nivel de actividad mínima o hipoactividad, disminución exagerada de la actividad. Hay que descartar causa clínica, e instruir al cuidador y o familia sobre síntomas de alarma, por ejemplo si la hipoactividad es súbita y se acompaña de signos y síntomas (palidez, sudoración, movimientos extraños, o desviación de rasgos faciales), se trata de una urgencia medica.

Si la hipoactividad es de instalación lenta la clave es promover la movilización activa y / o pasiva. Planificar una serie de ejercicios en diferentes posiciones (sentado, bipedestación, decúbito).

- A nivel de articulaciones realizar movilización pasiva
- Masajear y movilizar las zonas distales.
- Promover una correcta alineación corporal.

Si el paciente esta inmovilizado en cama se planificará una serie de actividades adaptadas a las necesidades a través de un equipo de profesionales:

- Realizar cambios de posición con frecuencia no mayor a 2 horas.
- Utilización de dispositivos para aliviar zonas de apoyo con el fin de prevenir úlceras por presión.
- Realizar plan de ejercicios pasivos y activos según posibilidad del paciente.
- Aplicar medidas tendientes a mantener la integridad cutánea y evitar posibles complicaciones debido a la inmovilidad.

### Descanso y sueño

Objetivos: Promover el descanso y sueño.

Intervenciones: Es común el paciente con demencia los trastornos en el sueño y constituye una de las quejas mas frecuentes del cuidador.

La persona que cuida debe estar familiarizada con las diferentes medidas no farmacológicas que pueden contribuir a mejorar este trastorno.

Higiene del sueño:

Tiene como objetivo evitar elementos distorsionantes del sueño.

- Restringir el tiempo en la cama durante el día.
- Aumentar la actividad física durante el día, pero no antes de acostarse.
- Levantarse y acostarse siempre a la misma hora
- Establecer una rutina previa a irse a dormir.
- Promover un ambiente tranquilo evitando elementos que puedan dificultar la conciliación del sueño o puedan despertarlo durante la noche (ruidos, iluminación, disminución de la temperatura ambiental).
- Realizar ejercicios de relajación antes de dormir.
- Sugerir una cena ligera antes de acostarse.
- Evitar bebidas alcohólicas, o estimulantes como el té, café.
- Proporcionar medidas de alivio que favorezcan el sueño (colocar en posición cómoda).
- No realizar ninguna otra actividad en la cama que no sea dormir (mirar TV., oír radio, etc.)

Recordarle al cuidador que la persona a la que cuida, debe sentir que siempre hay alguien a su lado para ayudarlo.

Las necesidades básicas deben estar satisfechas para facilitar el descanso y sueño.

Si se levanta en la noche recordarle al acompañante que no intente hacerlo razonar. Sugerirle que intente con cariño desviar su atención y ayudarlo a volver a la cama.

## Comunicación

Es un determinante en la calidad de la relación entre el cuidador y el paciente. Genera gran frustración en quien cuida a una persona con demencia el ver como la enfermedad va haciendo que pierda la habilidad de expresar lo que piensa, quiere y siente.

A medida que avanza la enfermedad le resulta cada vez más difícil encontrar las palabras, pronunciarlas o entender lo que se le dice.

Objetivos: Promover las destrezas y habilidades del cuidador para mantener las líneas de comunicación.

Intervenciones: Promover de parte del cuidador hacia el paciente, paciencia, respeto, de manera de preservar la autoestima y evitar la frustración de ambos. Que comparta, dentro de las posibilidades, las actividades y pasatiempos y que sea capaz de poder identificar si no se comunica porque está cansado, apurado o frustrado

Sugerencias de cómo hablarle al paciente con demencia:

- Llamarle por su nombre, hablándole de una manera gentil y despacio.
- El tono de voz debe ser calmado y amistoso.
- Debe generarse un momento y en un lugar apropiado para que se de la comunicación, evitando distracciones como la radio o TV con un volumen alto.
- Quien le habla al paciente debe hacerlo ubicando su rostro al mismo nivel y de frente, de manera que pueda ver su expresión facial.
- Utilizar palabras sencillas, claras, articulando bien la boca.
- Debe acompañar la conversación el lenguaje corporal, utilizando movimientos lentos y suaves, mirarle a los ojos.
- Puede resultar positivo tocarle con discreción el hombro o el brazo para captar su atención.
- Reafirmar la identidad de las personas con quien el paciente tiene contacto.
- Hacer más hincapié en el intercambio de sentimientos que en el contenido de la conversación.
- Cuando se quiera que el paciente siga instrucciones, ir diciéndole poco a poco lo que se quiere que haga.

- Establecer rutinas para la persona con demencia y describir claramente cada paso.
- Asegurar que el paciente entendió lo que se le dijo y cuando realice la tarea de forma adecuada premiarlo por su logro.
- Permitir (dar tiempo) cuando se le hace una pregunta al paciente, pueda procesarla y dar su respuesta. Si no la comprende volver a plantear la pregunta de forma más sencilla o con otras palabras.
- Corregir lo que el paciente intenta decir pero con delicadeza y sin apuros.
- Deje que el paciente haga el esfuerzo de recordar.
- Tener una escucha activa para con el paciente, utilizando todos los sentidos, estando atento no solo a las palabras sino a sus emociones o expresiones no verbales.
- Nunca decir que se le entiende si no es así. Es mejor la honestidad y demostrar que está intentando entenderlo.
- Orientar a la persona, recordarle que día es, el lugar donde se encuentra, quienes somos.
- Colocar objetos personales en su habitación. Colocar fotografía en la puerta de su habitación para facilitarle que encuentre su habitación.
- Rotular los objetos más habituales para evitar la anomia.
- Estructuración del ambiente estable y hacerlo más sencillo y seguro, quitando objetos que puedan resultar peligrosos y ordenar el mobiliario para evitar el riesgo de caídas o lesiones.
- Evitar las peleas, los rezongos, el abuso verbal.
- No forzar la comunicación.
- Evitar aquellas noticias que puedan afectar negativamente al paciente.
- El cuidador debe comprender que no favorece a la comunicación dejar que el estrés o el cansancio lo puedan llevar a situaciones que posteriormente se arrepienta.

### Manejo de signos y síntomas psiquiátricos.

Objetivos: Educar al cuidador sobre fluctuaciones de la conducta, signos y síntomas psiquiátricos del paciente con demencia.

Intervenciones: Las fluctuaciones en la conducta y la aparición de signos psiquiátricos en estos pacientes suelen generar desconcierto y miedo en el cuidador.

Educar a la persona en cuanto al proceso que puede llevar la enfermedad puede contribuir a que la familia y cuidador estén más preparados.

Los síntomas más frecuentes son:

- Apatía
- Depresión

- Irritabilidad
- Ansiedad
- Agitación.

Para el cuidado de la persona mayor con alteraciones psiquiátricas requiere de paciencia, dedicación, esfuerzo y saber escuchar. Su adaptación al medio es baja lo que lo hace más frágil aún.

Abordar este tipo de paciente suele acompañarse con la combinación del tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Dentro de las intervenciones no farmacológicas dependerá de los signos y síntomas, cual o cuales se aplicarán.

- Mantener una actitud firme, compresiva y segura
- Facilitar la expresión de las emociones del paciente.
- No obligar al paciente exponerse a las situaciones que le generan temor.
- Cuando el paciente esta en una crisis de angustia separarlo del entorno.
- Estar con el paciente durante la crisis de angustia para que se sienta seguro.
- En un paciente obsesivo no pretender que abandone sus rituales y tener en cuenta que es reacio a los cambios.
- Valorar que las necesidades del paciente estén debidamente satisfechas tales como la alimentación y el descanso.
- Animar al paciente a realizar actividades grupales o individuales y que éstas le resulten cotidianas y recreativas.
- Si el paciente se agita o está agresivo separarlo de otras personas, no responder ni contradecirlo.
- Si el paciente se quiere fugar, reforzar las precauciones de vigilancia y de seguridad para el enfermo.
- Las alucinaciones pueden afectar cualquiera de los sentidos, las mas frecuentes son las visuales, pero existen las auditivas, del gusto, olfato.
- Es importante preparar al cuidador para identificar si estas son inofensivas o pueden poner en peligro al paciente.
- El médico tratante debe estar informado para evaluar si la razón de las alucinaciones puede deberse a algún problema médico, efectos adversos a la medicación, y poder tratar la situación.

A continuación se dan algunas sugerencias que pueden contribuir a tratar este tipo de trastorno:

- No intentar razonar sobre la existencia o no de las alucinaciones.
- Distraer a la persona cambiándola de habitación o buscar otras alternativas para que ponga su atención en otras cosas.

- Para tratar de que tenga menos alucinaciones mantener a la persona ocupada.
- Si la persona está ansiosa o asustada brindarle seguridad.

### Trastornos de conducta

Objetivos: Educar al cuidador sobre los trastornos de la conducta y las probables causas y soluciones.

Intervenciones: La persona mayor puede presentar alteraciones como: patear, golpear, gritar, llamar continuamente, desinhibición sexual, agresión.

Se sugiere:

- Orientar al cuidador y/o familia a evaluar el ambiente, factores que faciliten la aparición de trastornos de conducta: ruidos excesivos, cambios de sitio, televisor, presencia de niños que juegan o pelean, personas que los irritan.
- Identificar que cambio ha funcionado en situaciones similares.
- Tratar de volver al AM a su rutina.
- Ser creativo, paciente y afectuoso.
- Promover la estimulación sensorial.



## CAPÍTULO XV

### Aspectos médico-legales de la atención a las personas adultas mayores con demencia

Dra. Fernanda Lozano<sup>1</sup>

Dra. Natalia Bazán<sup>2</sup>

Dr. Hugo Rodríguez Almada<sup>3</sup>

En la asistencia a personas con demencia surge una serie de cuestiones médico-legales que deben ser tenidas en cuenta para atención de calidad y respetuosa de los derechos de los usuarios, que oriente la práctica profesional y brinde herramientas para un ejercicio profesional adecuado a la *lex artis ad hoc*.

De la historia natural y la fisiopatología de las demencias (con afectación de las funciones psíquicas y deterioro de la inteligencia, juicio, raciocinio, memoria y la capacidad de elegir y decidir) derivan una serie de aspectos médico-legales de interés práctico.

Capacidad de tomar decisiones. Autonomía. Consentimiento.  
Incapacidad civil.

En los síndromes demenciales hay un deterioro progresivo de las funciones mentales, que se asocia a alteraciones de la memoria y trastornos afectivos, que determina que la persona no pueda desarrollar sus actividades intelectuales de la misma forma en que lo hacía previamente. Esto se traduce en una pérdida gradual de su autonomía y en la aparición de comportamientos que pueden tener notorias connotaciones sociales cuyo tipo e intensidad dependen del estadio evolutivo en que se encuentre el paciente.

La evolución de las demencias permite identificar un estadio inicial en que el sujeto aún mantiene su autonomía y motilidad, pero se evidencian fallas en ciertas funciones cognitivas y capacidad de juicio. Posteriormente a medida que avanza el deterioro, se va comprometiendo aún más la autonomía y las funciones motoras, así como la capacidad de juicio hasta llegar a una etapa final en que es totalmente dependiente de terceras personas dado el severo deterioro neuropsíquico. No solo se afectan las funciones cognitivas como la memoria, capacidad de pensar, razonar y procesar la información, la orientación témporo-espacial, el cálculo, el lenguaje en cuanto expresión como comprensión, la capacidad de juicio, sino que también hay alteración del control de las emociones, lo que tiene connotaciones médico-legales, desde el punto de vista jurídico (civil y penal) y sanitario (comprender la información y consentir actos médicos).

---

<sup>1</sup> Doctora en Medicina. Profesora Adjunta del Departamento de Medicina Legal. Facultad de Medicina, Universidad de la República.

<sup>2</sup> Doctora en Medicina. Asistente del Departamento de Medicina Legal. Facultad de Medicina, Universidad de la República.

<sup>3</sup> Doctor en Medicina. Profesor Director del Departamento de Medicina Legal. Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Este deterioro cognitivo puede requerir la interconsulta médico-legal en diversas situaciones, como en el asesoramiento al equipo de salud sobre la capacidad del sujeto para otorgar un consentimiento informado, en conjunto con psiquiatría y/o neurología. Es frecuente que surjan dudas al equipo de salud acerca de la capacidad de decidir en situaciones como negativa a realizar un tratamiento, casamiento in extremis, cambio de domicilio y de cuidados en forma súbita, modificación testamentaria, sospecha un posible abuso patrimonial y otras formas de maltrato.

### Incapacidad civil

La capacidad civil es la aptitud de gozar de los derechos y contraer obligaciones. Requiere conocimiento de los derechos, deberes y reglas de convivencia en sociedad, juicio para aplicarlo en un caso concreto y voluntad para tomar una decisión libre.

En caso de dudas en cuanto al estado psíquico del paciente, cuando puede verse afectada su comprensión, capacidad de juicio y toma de decisiones, y si no ha sido declarado incapaz desde el punto de vista civil, se podrá requerir del asesoramiento por médico legista en cuanto a los pasos a seguir. El deterioro progresivo de las funciones mentales que se producen en los cuadros demenciales restringe la autonomía de las personas entendida ésta como la capacidad de comprender, razonar y enjuiciar para luego elegir libremente aquello que la persona considera más favorable para sí misma. En situaciones en que el deterioro cognitivo es importante la declaración de incapacidad a través de un juicio civil, con posterior designación de un curador, se debería promover como una medida de promoción de sus derechos y de protección del paciente. Es necesario que el equipo de salud esté familiarizado en este procedimiento debido a que por un lado puede ser necesario asesorar a la familia de los pasos a seguir ante la aparición de un deterioro cognitivo que afecte la toma de decisiones, pero además porque en una de las etapas del procedimiento se requiere de la intervención del médico tratante para la redacción de un certificado, para iniciar el juicio. Asimismo, una vez que el paciente es declarado incapaz es necesario que el equipo de salud conozca el alcance de éste instituto y cómo se traduce en el ejercicio de ciertos derechos.

El procedimiento para declarar a una persona incapaz desde el punto de vista civil, está establecido en el Código General del Proceso (CGP) y se complementa con el Código Civil. Este tipo de juicio es competencia de los Juzgados Letrado en lo Civil. Cualquier pariente o el Ministerio Público están legitimados para iniciar el proceso, que comienza con la denuncia, que tendrá por objeto obtener una declaración de incapacidad para realizar los actos de la vida civil o adoptar medidas de protección. La denuncia deberá acompañarse por un certificado expedido por el médico tratante, donde conste el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad y las repercusiones de la misma en la autonomía del sujeto.

Una vez recibida la denuncia el juez dispondrá la realización de una pericia por parte de dos médicos para que examinen al sujeto y emitan opinión acerca del fundamento de la misma. En este punto la historia clínica cobra un rol fundamental.

En la demencia el déficit de funciones cognitivas se va instalando en forma progresiva, lo que lleva en determinados estadios de la enfermedad a que cumpla con los criterios necesarios para que la persona sea considerada incapaz: ya que existe un trastorno psíquico suficientemente grave para justificar las consecuencias jurídicas de la incapacidad (criterio psicopatológico), es crónica (criterio cronológico) y como consecuencia del mismo le resulta imposible proveer sus intereses, dirigirse a sí mismo y administrar sus bienes (criterio jurídico).

Durante el procedimiento del juicio, el juez se entrevistará con la persona y tomará todas las medidas de protección personal del denunciado; incluyendo la designación de un curador que tendrá la función de administrar sus bienes. Nuestra legislación establece un régimen de incapacidad total es decir para todos los actos, siendo los actos y contratos que realizara posterior a su declaración, nulos.

La ley establece un orden de parentesco para designar al curador, pudiendo el juez competente apartarse del mismo con motivos fundados. Es importante que el equipo de salud tenga presente esta potestad del juez, especialmente cuando se enfrenta a casos de violencia patrimonial, por parte de sus familiares que pudieran ser designados curadores.

Por otro lado, los directores de instituciones de internación psiquiátrica de adultos son curadores legítimos de los pacientes internados, mientras no tengan otro curador y cuando el Director conozca que la persona tiene bienes o hijos menores bajo su potestad, debe comunicarlo al Juzgado del último domicilio del paciente o al correspondiente a la Institución, para que provea a la curatela del incapaz.

### Derechos de personas con demencia como usuarios de servicios de salud.

Los derechos de los pacientes y usuarios de servicios de salud están contemplados en la Ley N° 18.335.

Los pacientes con demencia tienen los mismos derechos que las demás personas, salvo que por las características de su patología y el deterioro que ella ocasiona afectando la autonomía, algunos derechos se ejercen de diferente manera requiriendo la participación de un tercero para velar por su cumplimiento. En estos casos, la forma de proceder está detallada en el Decreto 274/100 que reglamentó la Ley N° 18.335.

### Confidencialidad, secreto profesional y acceso a historia clínica.

La confidencialidad es un deber y derecho de los integrantes del equipo de salud. Es la obligación permanente de secreto que contraen los integrantes del equipo de salud en el transcurso de cualquier relación profesional, respecto a todo lo sabido o intuido sobre una persona o más. Esta obligación de silencio es permanente -salvo los casos expresamente excluido por la ley- se extiende más allá de la muerte del paciente.

Este derecho está asegurado por la Ley N° 18.335 (Derechos y obligaciones de usuarios y pacientes) y la Ley N° 18.331 (Protección de datos personales), además de

contar con protección penal (delito de revelación de secreto profesional), salvo que exista una justa causa. El concepto de justa causa apunta a evitar un mal mayor. En los pacientes con demencia se justifica informar a la familia, cuidadores o referentes del paciente ya que se requiere de la participación y colaboración de estos en el proceso asistencial, así como para informar a los mismos de la repercusión que genera la patología en el entorno. Que la familia esté informada en forma anticipatoria no solo contribuye a la mejor calidad de vida y cuidados sino que es un elemento protector contra el maltrato hacia las personas adultas mayores.

### Derecho a la información y participar en la toma de decisiones (consentimiento informado).

El derecho a la información en el ámbito sanitario queda regulado por la Ley N° 18.335, por la que todo paciente tiene a conocer todo lo relativo a su enfermedad. En situaciones excepcionales se brindará a la familia o, cuando existe una declaración de incapacidad, al curador.

La información debe darse en términos comprensibles, y debe ser verdadera, adecuada al estado de la persona y a sus necesidades. Esto es especialmente importante en las personas con demencia y sus familiares debido a que por las características particulares de la patología, que lleva a un importante deterioro del entorno y requiere la existencia de al menos un cuidador, se requiere mayor información, continuada y adecuada a cada etapa de la enfermedad.

Es importante subrayar que el diagnóstico de demencia no impide a priori la participación del paciente en la toma de decisiones, ya que dependerá del tipo de procedimiento propuesto y del grado de repercusión cognitivo.

En las situaciones en que el paciente no pueda brindar su consentimiento válido, deberá ser igualmente informado en términos comprensibles, en cuando ello sea posible.

### Cuidados paliativos, limitación del esfuerzo terapéutico y voluntades anticipadas. Aspectos médico-legales del fin de la vida.

Los cuidados paliativos son definidos por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) como el “Conjunto coordinado de intervenciones sanitarias dirigidas, desde un enfoque integral a la promoción de la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, afrontando los problemas asociados con una enfermedad terminal mediante la prevención y el alivio del sufrimiento así como la identificación, valoración y tratamiento del dolor, y otros síntomas físicos y psicosociales”. Por ende, las personas con demencia especialmente en estadios avanzados y sus familias deberían recibirlos.

La finalidad de estos cuidados es alcanzar una muerte digna, entendida como la que se produce en forma natural, en compañía de los seres queridos, sin molestias ni dolor, recibiendo apoyo religioso/espiritual en caso de tener alguna creencia. El bien morir implica no adelantar intencionalmente la muerte, ni tampoco emplear recursos desproporcionados cuando es inevitable.

Es fundamental el trabajo con la familia del paciente que se encuentra en cuidados paliativos, al igual que con los cuidadores de las personas adultas mayores, para prevenir la sobrecarga que puede facilitar en determinadas condiciones no solo malos tratos sino también la solicitud expresa de “darle algo para acelerar el proceso”.

Dentro de los cuidados que apuntan al confort se incluyen diversas medidas terapéuticas, higiénicas, dietéticas y medicamentosas. Una de ellas es la sedación paliativa. Si bien hubo notables avances en el control de los síntomas, especialmente vinculados al manejo del dolor, todavía hay algunos enfermos que, a pesar de todo, tienen en algún momento de la evolución de su enfermedad síntomas refractarios que no pueden controlarse adecuadamente con los tratamientos disponibles, aplicados por personal con experticia y durante un tiempo razonable y que le generan sufrimiento importante (que no siempre es verbalizado y puede evidenciarse por otros signos). La aparición de disnea, delirium hiperactivo, excitación psicomotriz, náuseas o vómitos incoercibles, dolor incontrolable, hemorragia masiva y ansiedad o pánico, son ejemplos de este tipo de síntomas. Esto generalmente ocurre en el período agónico, premortem y se requiere la aplicación de esta herramienta terapéutica que es definida como la “disminución deliberada del nivel de conciencia del enfermo mediante la administración de los fármacos apropiados con el objetivo de evitar un sufrimiento intenso causado por uno o más síntomas refractarios”(SECPAL). Esta opción requiere de la indicación médica y del consentimiento informado. Este último puede derivar de una voluntad anticipada que haya dejado previamente el paciente o en caso de no haberlo hecho, de la decisión de los familiares.

Con la finalidad de propender una muerte digna, el equipo de salud en este contexto y en ausencia de voluntad anticipada, definirá las medidas (de control, diagnóstico o terapéuticas) que sean consideradas fútiles o desproporcionadas y cuales no lo son, manteniéndolas. En base a esto se podrá definir la limitación del esfuerzo terapéutico.

La Ley N° 18.335 establece el derecho a la salud integral que abarca los cuidados paliativos, el derecho al trato respetuoso y digno incluyendo evitar el sufrimiento físico y emocional, acompañamiento por sus seres queridos o representantes de su confesión en todo momento de peligro o proximidad de la muerte y morir con dignidad evitando la eutanasia y la futilidad terapéutica. También establece el derecho a no ser reanimado cuando no hay posibilidad de curación, lo que se complementa con la Ley N° 18.473 (Voluntad anticipada), que establece el derecho de toda persona psíquicamente apta a expresar anticipadamente su voluntad en el sentido de oponerse a la futura aplicación de tratamientos y procedimientos médicos que prolonguen su vida en detrimento de la calidad de la misma, si se encontrare enferma de una patología terminal, incurable e irreversible, lo cual tendrá plena eficacia cuando se encuentre en estado de incapacidad. La ley y su reglamentación mencionan en forma expresa que esto no limita el derecho a recibir cuidados paliativos.



## Internación compulsiva

Otro aspecto vinculado con la autonomía y la capacidad es el eventual requerimiento de internación compulsiva, especialmente cuando se carece de familiares u otros cuidadores o referentes continentes.

El manejo deberá seguir lo estipulado en la Ley N° 9581 (Psicópatas), teniendo en cuenta que el Código Civil establece que “El demente no será privado de la libertad personal, sino en los casos en que sea de temer que usando de ella se dañe a sí mismo o cause peligro o notable incomodidad a otros. No podrá tampoco ser trasladado a una casa de dementes ni encerrado ni atado, sino momentáneamente, mientras a solicitud del curador, se obtuviere autorización judicial para cualquiera de estas medidas, sin perjuicio de lo dispuesto en la Ley N° 9.581” (artículo 447).

La legislación prevé dos formas de internación: voluntaria e involuntaria. En la primera es el propio paciente quien solicita el ingreso o puede no solicitarlo pero lo acepta y consiente, no generando mayores conflictos ni dificultades de manejo. Por el contrario en el caso del ingreso involuntario, suelen haber mayores dificultades y dudas por parte del equipo asistencial de los pasos a seguir. El ingreso involuntario puede ser por indicación médica u orden judicial o policial.

A continuación se esquematizan los requisitos establecidos por la Ley N° 9.581 en cada uno de los tipos de ingreso.

Ingreso voluntario	Ingreso involuntario		
	Indicación médica	Orden judicial	Orden policial
- Constancia médica de admisión indicando antecedentes, sintomatología y examen. No se requiere un diagnóstico nosológico.  - Declaración de conformidad del paciente o su representante legal de ser tratado en el establecimiento elegido.  - Admisión por el Director-Médico del establecimiento.	- Certificado de enfermedad psíquica expedido por dos médicos ajenos al establecimiento.  - Admisión dentro de los 10 días de emitido el certificado médico.  - Constancia médica de admisión indicando antecedentes, sintomatología y examen.  - Declaración de conformidad firmada por el pariente más cercano al paciente o su representante legal o por personas mayores de 18 años que convivan con el enfermo, si no tiene parientes próximos.	- Informe médico ordenado por el juez que dispone el ingreso.  - En caso de urgencia, a criterio del juez, se podrá prescindir de este informe.	- Por razones de orden público.  - A juicio de un médico el paciente configura un riesgo para sí o terceros.  - Justificación del Director del establecimiento o del médico forense antes de las 24 horas.  - Posteriormente deberán cumplirse los otros requisitos establecidos en la internación involuntaria por orden médica.

Los pacientes que ingresan en forma voluntaria no figurarán en el Registro General de Psicópatas. El ingreso voluntario puede convertirse en compulsivo cuando un enfermo presente, a consecuencia del avance de su enfermedad psíquica, signos de pérdida de la libre determinación de su voluntad y de la autocrítica de su estado morboso manifestaciones de auto o hetero peligrosidad. En estos casos el Director del establecimiento deberá ponerse de acuerdo con la familia o representante legal del enfermo para disponer que se extiendan urgentemente los certificados y modificaciones oficiales (certificado por dos médicos ajenos al establecimiento).

En todos los casos de internación involuntaria y todos aquellos en que la asistencia voluntaria se transforma en compulsiva, el Director del establecimiento deberá dar cuenta dentro de las veinticuatro horas al juez competente y a la Inspección General del Psicópata.

El alta del establecimiento varía también según el tipo de ingreso:

- Los pacientes ingresados voluntariamente, por indicación médica o por disposición policial, se otorgará el alta cuando ellos, su familia o el médico que lo asiste considere que ha cesado la necesidad de su hospitalización, siempre y cuando no se hayan adoptado medidas restrictivas de su libertad. En estos casos se otorgará solamente cuando a juicio del médico que lo asiste, hayan perdido su peligrosidad.
- En aquellos casos que hayan ingresado por orden judicial o que fueren sometidos más tarde a juez, el alta se otorgará cuando lo disponga la autoridad competente a la que se comunicará por intermedio del Inspector General de Psicópatas, periódicamente, el estado del paciente y la necesidad del alta, cuando así se considere conveniente.



## Bibliografía

- 1) Basile A. Fundamentos de psiquiatría medicolegal. El Ateneo. Buenos Aires. 2001.
- 2) Código General del Proceso en la redacción dada por la Ley N° 19090 de 14 de junio de junio de 2013.
- 3) Colegio Médico del Uruguay. Código de ética. Disponible en <http://www.colegiomedico.org.uy/Portals/1/Documentos/codigo2012.pdf>
- 4) Covelli J. Manual de Psiquiatría Forense. Dosyuna. Buenos Aires. 2007.
- 5) Decreto 274/010. Reglamentación de la Ley N° 18.335.
- 6) Decreto 385/013. Reglamentación de la Ley N° 18.473.
- 7) Ley N° 18.331 (Protección de datos personales y acción de “habeas data”) de 11 de agosto de 2008.
- 8) Ley N° 18.335 (Pacientes y Usuarios de los servicios de salud. Se establecen sus derechos y obligaciones) de 15 de agosto de 2008.
- 9) Ley N° 18.651 (Protección integral de las personas con discapacidad), de 19 de febrero de 2010.
- 10) Ley N°18.473 (Voluntad anticipada) de de abril de 2009.
- 11) Ley N° 9.581 (Asistencia de psicópatas), de 8 de marzo de 1936.
- 12) Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Aspectos éticos de la sedación en Cuidados Paliativos: Sedación Paliativa / Sedación Terminal. Barcelona. 2002.
- 13) Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Guía de cuidados paliativos. <http://www.secpal.com/guiacp/guiacp.pdf>
- 14) Verdú Pascual F. La secreta historia clínica. I Simposio Iberoamericano de Derecho Médico. Montevideo, 2000. Disponible en <http://www.uv.es/fevepa/tercera/MEDICINA/medicinalegal/lshc.html>

## CAPÍTULO XVI

### Abuso-Maltrato hacia las personas adultas mayores con Demencia. Prevención, diagnóstico y abordaje integral

Prof. Dr. Ítalo Savio  
Lic. T.S. Teresa Dornell  
Lic. T.S. Saphir Stemphelet  
Bach. T.S. Romina Mauros

#### Introducción

Aunque cualquier adulto mayor puede ser víctima de abuso o maltrato, afecta con mayor frecuencia a personas que dependen de otros para que les ayuden en las actividades de la vida diaria, inclusive bañarse, vestirse y tomar medicamentos. Las personas más frágiles a menudo son abusadas porque son víctimas más fáciles y por ello el deterioro cognitivo y el deterioro en la autonomía personal o capacidad en el auto cuidado parecen incrementar el riesgo de ser víctima. A su vez, aquellos mayores con demencia que tienen mayor probabilidad de ser víctimas de abuso son las que no tienen parientes o amigos.

Estas pautas y criterios en una guía nacional que refiere al abordaje integral de las demencias, pretende proporcionar herramientas sencillas y prácticas para mejorar la labor de los equipos de salud respecto de este problema.

#### Definición y Tipos de abuso

Abuso o maltrato es cualquier acto o conducta y/o amenaza del familiar o cuidador, que provoca daño físico y/o mental, o negligencia, o perjuicio económico, físico o psicológico. La definición en sí comprende ya las distintas categorías de abuso: el abuso físico, el abuso psicológico y el abuso económico o patrimonial.

Negligencia es la deficiencia o deserción del cuidador/familiar o cuidador de servicios institucionales para proporcionar alimentos, cuidados básicos o servicios, que son necesarios para evitar daño físico, angustia, daño mental o perjuicio económico en el adulto mayor que los requiere objetivamente.

La negligencia puede ocurrir sin que el cuidador sea consciente o tenga intención de actuar de forma negligente. Si se actúa en forma intencional o conociendo el resultado o repercusiones posibles de su conducta se califica de abuso o maltrato evidente.

Si bien el abuso o maltrato sobre las personas mayores puede ocurrir en cualquier contexto (doméstico o institucional), es más frecuente en el ámbito comunitario.

Existen también situaciones complejas donde el rol del médico y todo el equipo de salud es fundamental en la protección de los pacientes y para evitar conductas que también pueden incluirse como expresiones de vulneración de los derechos de las personas con demencia.

Entre estas situaciones, incluimos el abandono y negligencia hacia las personas con demencia en el final de vida, la no aplicación de los cuidados paliativos y el derecho al bien morir, las medidas y decisiones que constituyen un “encarnizamiento terapéutico”, esto es la aplicación de tratamientos y medidas fútiles, que no contribuyen a mejorar ni el pronóstico, ni la calidad de vida y que determinan mayor sufrimiento que beneficio para la persona. También, la negativa a suministrar recursos terapéuticos razonables exclusivamente por tratarse de una persona que padece demencia, sin considerar el contexto, severidad de la enfermedad, ni la situación global de salud.

## Epidemiología

Aunque siempre existe una forma o tipo de abuso predominante, es frecuente la asociación de diferentes formas de abuso en una misma persona y al igual que en la violencia de género o hacia otros grupos etarios, el abuso - maltrato hacia las personas con demencia se observa en todas las culturas y clases sociales.

La dificultad en la obtención de información epidemiológica radica en que se trata de personas que no se quejan o no llegan a concretar denuncias, por lo que se asume existe un destacable sub registro de casos.

La prevalencia promedio del abuso - maltrato sobre adultos mayores oscila entre 4% y 10% en países desarrollados, variando las formas según países, porque existe una impronta cultural en la tipología de la violencia. No existe información epidemiológica respecto de Uruguay, porque no se releva en ningún sistema de información o pesquisa, por tanto tampoco existe información sobre la prevalencia en personas que padecen demencias.

Sin embargo, existe la opinión entre referentes calificados, que predominan la negligencia en los cuidados, el abuso económico o patrimonial y el abuso psicológico. El abuso físico en general va precedido o se asocia a estas otras formas de maltrato.

En cuanto al maltrato institucional, la información también proviene de estudios internacionales, los que concluyen que: 36% del personal de enfermería ha sido testigo de algún incidente de maltrato físico hacia ancianos institucionalizados, 10% reconoce haber cometido al menos un acto de maltrato, 80% dice haber observado alguna forma de maltrato psicológico hacia adultos mayores en estos contextos, y 40% reconoce haber abusado verbalmente de residentes mayores en instituciones en el último año. No existe información referida a personas con demencias en instituciones, pero que dado que más del 50% de los residentes/usuarios padecen alguna forma de “deterioro cognitivo”, es razonable plantear que la mitad de las víctimas en este tipo de instituciones serían personas con demencia.

## Factores de Riesgo y Perfil del Victimario

En las demencias confluyen una serie de factores de riesgo, que también son característicos del abuso hacia los adultos mayores, pero que en estas circunstancias son más frecuentes y se suman o interactúan.

El mismo impacto psicosocial de la enfermedad demencial en el núcleo familiar y en el binomio paciente-cuidador, el quedar a cargo del cuidados de terceros, no siempre calificados ni vocacionales en el cuidado, la mayor probabilidad de institucionalización, el que se trate de una persona que difícilmente informe del maltrato o en quien la mención del mismo pueda subestimarse, contribuyen a la vulnerabilidad en esta situación.

Se han identificado factores de riesgo en la víctima, que son muy útiles para identificar a la población más vulnerable, a saber:

- Sexo: Mujer. Aunque también se maltrata a los hombres con demencia.
- Edad: Igual o mayor a 75 años.
- La presencia en la víctima de deterioro funcional y déficits sensoriales.
- La alteración de funciones cognitivas/demencia en la víctima.
- El aislamiento social (vive solo y carece de contactos sociales, es viudo/a).
- La convivencia con el abusador (de común acuerdo previo).
- El cuidador con enfermedades mentales, trastorno de la personalidad o adicciones.
- Cuidador sobrecargado o cuidador único.
- Ambiente familiar perturbado por causas externas (déficit económico, desocupación, divorcio).
- Historia familiar previa de violencia doméstica.
- Conductas problemáticas en la víctima (incontinencia, agitación nocturna, vagabundeo).
- Antecedentes de lesiones previas inexplicables y recurrentes.

También se han identificado y estudiado factores asociados al perfil del probable victimario:

- Parentesco cercano con la víctima (hija, nuera, hijo, nieto, esposo).
- Rol de cuidador obligado (no eligió la responsabilidad) o es el único cuidador.
- Depende económicamente y/o de la vivienda del anciano.
- Padece de toxicomanías (alcoholismo o drogadicción).
- Padece enfermedad mental o alteración de la personalidad.
- Tiene escasos contactos sociales.
- Renuncia a la ayuda médica y/o social.
- Es hostil o suspicaz en la entrevista.
- Pierde fácilmente el control, es impulsiva/o.
- Historia previa de violencia familiar.

- Situación de estrés actual (pérdida de trabajo, enfermedad, problemas conyugales).

En el abuso físico no existe necesariamente una relación con el nivel de dependencia física de la víctima, sino más bien un incremento abrupto en el nivel y demanda de cuidados que ésta requiere. En la negligencia, la víctima en condiciones basales ya padece dependencia severa, es añosa y presenta en general deterioro cognitivo moderado a severo. En el abuso económico o patrimonial se trata de personas mayores solas, viudas y el victimario/abusador generalmente tiene problemas económicos actuales y/o abusa de sustancias. El deterioro cognitivo coadyuva en tanto la víctima no es capaz de consentir totalmente, ni de evaluar integralmente riesgos y/o beneficios de lo que se le “propone”.

Respecto de los factores de riesgo relacionados con maltrato en instituciones, se han identificado los siguientes:

- Edad ( $\geq 75$  años).
- Mal estado global de salud.
- Presencia de deterioro cognitivo - demencia.
- Incontinencias.
- Conductas problemáticas.
- Situación socio económica precaria.
- Dependencia en actividades básicas de la vida diaria.
- Factores dependientes del personal: adicciones, sobrecarga física, falta de capacitación, trabajo obligado por necesidad, falta de empatía con personas mayores, situación de estrés familiar.
- Factores de la sociedad: Legislación insuficiente o legislación que no considera el maltrato institucional. Invisibilidad del problema.
- Factores dependientes de las instituciones: mala selección de personal y personal no calificado, malas condiciones laborales - falta de motivación, inexistencia de programas de apoyo a cuidadores, escasa supervisión profesional y ausencia de formación continua, rigidez de normas y encuadre institucional autoritario.

Ejemplos de maltrato en instituciones son:

- El trato infantilizado y despectivo.
- La despersonalización en los cuidados: nominación por número o letra como en cárceles, cortes de pelo “carcelarios”, tratamientos en bloque, ausencia de ropa y objetos personales, no consideración de preferencias religiosas o filosóficas, etc.
- La despersonalización-deshumanización: no consideración del pudor y privacidad en la higiene personal, no respeto a las directivas anticipadas o consentimiento en ingresos.

- La revictimización: medidas de contención física y/o farmacológica injustificadas, amenazas o chantaje e intimidación.

### Etiopatogenia del abuso en las demencias

No existe una teoría holística o explicación que refiera exclusivamente a la violencia sobre las personas que padecen demencia. En general el marco conceptual refiere a la violencia sobre los adultos mayores y los aspectos que la evidencia científica ha logrado identificar en quienes padecen deterioro demencial. En realidad, el deterioro cognitivo, la demencia, su severidad e impactos son factores de riesgo, a lo que se suman otros, que son comunes a las personas mayores con o sin deterioro cognitivo.

No existe entonces una única explicación sobre la patogenia del abuso en este problema socio sanitario, porque no existe marco conceptual y evidencia que explique todas las formas y tipologías.

La teoría de la dependencia de la víctima plantea que el factor predominante es la dependencia física y/o mental. La teoría del estrés o sobrecarga del cuidador atribuye el problema a las conductas negativas y frustración que produce la carga de cuidados en el cuidador habitual. La teoría de transmisión generacional de la violencia supone una conducta aprendida como causa, y finalmente la teoría de la psicopatología del abusador se fundamenta en la alta prevalencia de patología mental y adicciones en los cuidadores que maltratan. Por último, la teoría general de los sistemas integra todas estas explicaciones y conflictos y establece que en cada situación existe una proporción variable de los mismos y que estos se potencian mutuamente.

En función de esto, es posible establecer grupos de riesgo a considerar en la práctica clínica:

- Personas con demencias aisladas y sumamente dependientes que exceden la capacidad de la familia para asumir los cuidados.
- Personas con demencia y cuidadores que expresan frustración por su responsabilidad y muestran falta de control sobre la situación que deben enfrentar.
- Personas con demencia que conviven con familiares que han sido víctimas de maltrato o que son adictos (alcohol y/o drogas).
- Personas con demencia que viven en un entorno familiar perturbado por desempleo del cuidador y relaciones conyugales deterioradas (pérdida del equilibrio familiar, el anciano con demencia como “chivo expiatorio” de la conflictiva en el entorno).

### Indicadores de Abuso:

Usted puede notar indicios de abuso o negligencia cuando visita a una persona mayor con demencia en el domicilio o en un establecimiento que brinda atención a personas mayores. Usted puede notar en la persona:

#### Indicadores de abuso físico:

- Heridas, contusiones múltiples en hombros, muñecas, abdomen y brazos. Heridas de coloración diferente.
- Heridas y hematomas o pellizcos en área genital y boca.
- Arañazos, moretones, quemaduras o cicatrices inexplicables en el cuerpo,
- Hematoma ocular en antifaz.
- Lesiones por medidas de contención física no indicadas, ni justificadas.
- Signos de malnutrición, deshidratación, mala higiene, intoxicación con medicamentos prescritos o no prescritos. Evidente incumplimiento terapéutico.
  - Caídas a repetición e hipotermia (enfriamiento) inexplicables.
  - Alopecia (calvicie) o laceraciones erráticas en el cuero cabelludo (por tirar de los pelos en forma brusca).
  - Desarrolla úlceras por presión (“escaras”) debido al prolongado reposo en cama o tiene otros trastornos que hubieran podido ser evitados.
  - Se ve desarreglada, con el pelo sin lavar y la ropa sucia. Gafas rotas o inadecuadas
  - Alteración emocional de la víctima (depresión, ansiedad, labilidad emocional). Deja de participar de actividades de las que antes disfrutaba sin que exista razón o explicación fundamentada en la evolución natural de la enfermedad.

#### Indicadores de sospecha de abuso psicológico:

- Depresión, síntomas depresivos y/o confusión inexplicable por otras causas.
- Amenazas al anciano durante la entrevista (de abandono o de “institucionalización”/ ingreso a una “casa de salud”, aunque se minimice con explicaciones). Indiferencia hacia el paciente.
- Extrema cautela del cuidador y reticencia a proporcionar información. Conversación mínima entre paciente y cuidador
- Imposición de aislamiento abusivo de familiares y amigos. Limitación de su capacidad de decisión
- Explicaciones confusas sobre lesiones o ridiculización de la víctima (que “no está en su sano juicio”, etc.).



### Indicadores de probable abuso económico o patrimonial: \_

- Incongruencia entre ingresos y calidad de los cuidados que recibe.
- Falta o desaparición de bienes, joyas u otras pertenencias.
- Cuidador-apoderado que realiza préstamos al consumo que no se destinan a las necesidades del adulto mayor.
- Ubicación en residencial (“casa de salud”) de baja calidad o clandestina, sin relación a los ingresos del anciano.
- Condiciones globales y vestimenta inadecuadas y falta de insumos para cuidados, desproporcionada e insuficiente en relación al poder adquisitivo formal o conocido de la víctima.

### Indicadores sugestivos de maltrato hacia personas con demencia:

- Explicaciones contradictorias e inverosímiles sobre lesiones.
- Disparidad de relatos entre los servicios de urgencia u otros y el cuidador.
- El paciente es llevado a consulta siempre con otra persona que no es el cuidador principal.
- La persona con demencia es abandonada en sala de urgencia y nadie le reclama ni denuncia su ausencia en tiempo razonable.
- Concorre frecuentemente a emergencia por descompensaciones de enfermedades crónicas tratables.
- Consulta con demora inexplicable por atención médica y cambia o rota con frecuencia de centros de asistencia.
- Recibe fármacos psicotrópicos no prescritos por el médico.

### Indicadores y ejemplos de maltrato en instituciones

- La medicación no se suministra adecuadamente (horarios, se saltean dosis, etc.)
- No se realizan adecuadamente o se suspende sin fundamento la higiene personal, confort, baño y asistencia en actividades de la vida diaria.
- Se realizan comentarios inadecuados o hirientes durante los procesos de atención o en las unidades de atención, como si la persona estuviese ausente.
- Se aplican medidas de restricción física o medicamentosa no consideradas en el marco legal y sin fundamento o como medida para “disciplinar”.
- No se consideran las barreras arquitectónicas, no se adapta el entorno y no se favorece la autonomía de los residentes en la medida de lo posible.
- Falta de un plan individual de atención y cuidados.
- Se limitan sin fundamento las visitas.
- No se aseguran los derechos de los usuarios previstos en la norma vigente.

## Evaluación y Conducta

El trabajo en Equipo es clave y fundamental y en ello, el rol y responsabilidad técnica y ética de todo el equipo de salud y especialmente del médico son muy relevantes.

La Valoración Geriátrica Integral (V.G.I.), metodología de valoración multidimensional y estandarizada (biomédica, mental, funcional y social) de los adultos mayores, incluye en los aspectos sociales no solo las características y composición familiar, del entorno de cuidados, sino también la calidad de la convivencia y la valoración y pesquisa de la sobrecarga en los cuidadores habituales y la pesquisa de situaciones de abuso. Ello es parte de la evaluación integral de todo adulto mayor.

Ante sospecha de maltrato y/o la identificación de factores de riesgo, debe profundizarse en la investigación de la situación. La entrevista debe procurar tranquilidad y privacidad, debe realizarse por separado y en un orden determinado: primero con el paciente/víctima (aún cuando tenga limitada capacidad para relatar) y luego con el cuidador y finalmente con ambos.

Salvo que se trate de una situación manifiesta y evidente, primero se indagará acerca de la convivencia en el hogar, pasando progresivamente con preguntas más específicas al tema del maltrato (si le golpean, le amenazan, insultan, etc.), según los indicadores de las diferentes formas de abuso que se mencionan en esta Guía.

La realización de la Historia Clínica requiere de tiempo, dedicación y empatía, incluso con el cuidador probable abusador.

El primer gesto será realizar una breve valoración cognitiva con un instrumento de screening sencillo como MPQ de Pfeiffer a efectos de adecuar la técnica de la entrevista.

La técnica de la entrevista es muy importante. Debe establecerse en un marco de confianza y confidencia necesarias para obtener la mayor información posible y debe evitarse cualquier gesto que contribuya a la revictimización de quién ha sido víctima, explicando con calma y paciencia la naturaleza de la entrevista asistencial. Debe explicarse que no se trata de un interrogatorio policial, sino de una entrevista para conocer en profundidad la situación y obtener la mejor información para ayudarlo. No debe omitirse esta explicación aún cuando la capacidad de comprensión de la persona se suponga afectada. Es probable que la persona con demencia se confunda, se agite, o no comprenda el contexto y situación. Y es frecuente que incluso personas mayores sin deterioro cognitivo creen que ellos son los “culpables de la situación”.

En la entrevista debe revisarse el inicio, la intensidad y frecuencia, los tipos de maltrato ya definidos, y la presencia de factores de estrés psicosocial. En la víctima debe consignarse el estado mental y afectivo, así como la situación funcional actual.

El desempeño o capacidad funcional actual de la víctima, su situación mental y la adecuada valoración de los recursos socio familiares son fundamentales para la toma de decisiones y resolución del caso.

Para la valoración funcional (desempeño en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria), se puede recurrir al capítulo correspondiente comprendido en el Carné del Adulto Mayor, describiendo la situación en la historia clínica en los aspectos considerados en dicho carné.

Por ello, es tan importante que la intervención sobre la situación concreta tenga una perspectiva multiprofesional y multidimensional (bio psico social y funcional). Y por ello también es importante que todas estas perspectivas e informaciones se apliquen en territorio, en prácticas y oportunas intervenciones, sin dilaciones.

Lo ideal es disponer de una historia clínica protocolizada, que permite dar cuenta rápidamente y de forma integral de todos estos aspectos (médicos, mentales, sociales y funcionales) y recurrir a los equipos de referencia en el tema violencia de género y generaciones, los que existen especialmente en el ámbito público.

El examen físico debe ser exhaustivo, minucioso, con el paciente desnudo y siempre cuidando la privacidad y pudor personal en el dicho examen. Es conveniente graficar en un dibujo de contornos humanos (anterior y posterior), las lesiones que se encuentren, su localización y describirlas. Es conveniente tomar fotos de las lesiones con la cámara de un celular o una cámara digital, si se dispone.

La conducta depende del riesgo vital en la situación, de los recursos socio familiares existentes, su capacidad para continuar cuidando y de los instrumentos o servicios existan en ese contexto o lugar en particular hacia este problema.

No existen recomendaciones que se puedan generalizar y aplicar a todas y cualquier tipo de situación. Cada situación, cada caso, merece una respuesta modular, específica, centrada en la persona mayor con demencia víctima de maltrato y su contexto o realidad particular.

Cuando la víctima es una persona con demencia, la situación es más compleja en tanto a las dificultades que plantea el abuso y maltrato sobre personas mayores, se suma la condición de una persona que no siempre puede decidir y valorar por sí misma conforme sus valores y donde el equipo de salud debe velar por aspectos éticos y legales sustanciales. En estas circunstancias, si la víctima no solicita ayuda e intervención es una cuestión que se relega a un segundo plano en los factores a considerar en la conducta a seguir.

En la mayoría de los casos, sin riesgo vital, no se requiere necesariamente de denuncia, ni de judicialización del problema y está demostrado que la propia intervención, seguimiento y conocimiento social o público del problema, ejercen un efecto protector sobre la víctima, en la medida que se realice un seguimiento institucional continuado de la situación.

Es el riesgo vital de la persona con demencia víctima de abuso, que define la conducta inmediata. Si pensamos que existe riesgo o peligro por las acciones u omisiones a que es sometida, es claro que se deben establecer medidas cautelares para separar a la víctima del probable victimario y que se debe dar cuenta a la Justicia.

En caso que el equipo de salud, considere que la denuncia aporta mayores beneficios que riesgos, es recomendable el asesoramiento con el equipo de referentes sobre violencia (si existe en el prestador sanitario) y la misma será realizada en forma institucional, al Juzgado de Familia Especializado en Violencia Doméstica y en caso del Interior, en los lugares que no se cuenta con este tipo de Juzgados, será en el Juzgado de Paz. Sin embargo, la denuncia de la situación no exime de la responsabilidad de intervención y seguimiento del caso en todas las situaciones.

Si no existe riesgo vital, es posible establecer estrategias intermedias y adecuadas, que supongan respiro para el entorno de cuidados, intervenciones sociales, seguimiento continuado, reducción del tiempo de convivencia entre actores y con ello reducción de riesgo, sea en un centro diurno, o en una residencia para mayores que ofrezca estancia diurna o temporal.

Siempre deben relevarse y cuidarse los recursos socio familiares, aún desde un apoyo exclusivamente económico, no afectivo, ni instrumental, para lograr “diseñar” o aconsejar la mejor respuesta funcional al bien mayor, que es el bienestar de la persona que padece demencia y es víctima de alguna forma de maltrato o negligencia.

Además sobre el cuidador debe ofrecerse la asistencia psicológica personal y el relevo de rol cuando es posible. Si la conducta del cuidador/abusador no es modificable, la única alternativa será la separación y cambio de ambiente del anciano.

En situaciones de probable abuso en instituciones de larga estadía, la denuncia debe realizarse ante el MIDES (Ministerio de Desarrollo Social, Decreto 265/2014), correspondiendo la fiscalización de los procesos sanitarios al MSP (Decreto 265/2014, Ley 17.066 y Ley 9202/34).

La violencia hacia personas con demencia en instituciones, se ejerce sobre víctimas generalmente más frágiles, con menos contactos sociales, que se encuentran “cautivas” o recluidas y que difícilmente puede hacer valer sus derechos. Ello hace que la denuncia ante la autoridad que debe fiscalizar y ejercer la rectoría sobre estos establecimientos (MIDES), es siempre aconsejable.

El médico que ejerce la dirección técnica en estos establecimientos es responsable de la calidad de la atención, de velar por los derechos de los residentes - usuarios y de actuar frente a situaciones de negligencia en los cuidados y/o abuso (Ley 17.066 y Decreto 265/2014).

Los consejos hacia familiares y cuidadores respecto de la prevención del estrés y sobrecarga en los cuidados y pautas básicas para la selección de una institución de larga estadía (residencia u hogar de ancianos), cuando ello sea necesario, se describen en los consejos hacia la prevención de la sobrecarga de los cuidadores, en esta misma Guía.

## Direcciones útiles:

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)

Servicio de Atención a la Violencia intrafamiliar

Teléfono 2400 0302, Internos: 1170 ó 1859; Correo electrónico:  
servicioinmayores@mides.gub.uy

Ministerio del Interior

En Montevideo: Comisaría de la Mujer, San José 1126 esquina Paraguay  
Teléfonos: 2901 5458 / 2901 5558; Centro especializado en recepción de  
denuncias de personas en situación de violencia doméstica (las denuncias  
pueden igualmente realizarse en cualquier seccional policial). Atención  
todos los días, las 24 horas.

En el Interior: ver listado de Unidades Especializadas en Violencia Doméstica  
en: <http://www.minterior.gub.uy/genero>

Sitios Internacionales, vínculos de interés: [www.elderabusecenter.org](http://www.elderabusecenter.org)

## Bibliografía

- 1) Adams J, Maltrato en el Adulto Mayor Institucionalizado, Realidad e Invisibilidad, Rev Med Clin Condes. 2012; 23 (1): 84 - 90.
- 2) Bazo M, Incidencia y prevalencia del maltrato hacia los adultos mayores. De la Cuesta J, El Maltrato de personas adultas mayores. Detección y prevención desde un prisma criminológico, 3) Instituto Vasco de Criminología, 2006.
- 4) Caballero J, Consideraciones sobre el maltrato al anciano, Revista Multidisciplinaria de Gerontología. 2000; 10 (3): 177 - 188.
- 5) Conferencia Internacional Intergubernamental sobre Envejecimiento, Seguimiento del Plan de Acción de ONU - Madrid 2002. Santiago de Chile, 2003.
- 6) Griffin and Aitken, Visibility blues: Gender Issues in Elder Abuse in Institutional Setting. Journal of Elder Abuse and Neglect.1999; 10: 19.
- 7) Ítalo Savio, Fernanda Lozano, Rosalía Panza, Abuso y Maltrato hacia las Personas Adultas Mayores, Prevención, diagnóstico y pautas para el manejo de casos, Guía Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Abordaje Integral de la Violencia sobre los Adultos Mayores, ASSE, 2014
- 8) Mendoza Martínez L. Abuso y victimización. En: Rodríguez R, Morales J, Encinas J, Trujillo Z, D'hyver C. Geriatria. 1ªed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
- 9) OMS, INPEA, Voces ausentes. Opiniones de personas mayores sobre el abuso y maltrato al mayor. Revista Geriatria y Gerontología.2002; 37 (6):319-31.
- 10) Organización de Naciones Unidas: Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento. Viena, 1982.
- 11) Pillemer K, Risk factors in elder abuse: result from a case control study, Arch Intern Med. 1987; 147:484-488.
- 12) Pillemer K, Moore D, Highlights from a study abuse of patients in nursing homes. Journal of Elder Abuse and Neglect. 1990; 2: 5-29.
- 13) Savio Ítalo, Lucero Abreu Rossana, Atchugarry Marcos, Fierro Aldo, Casali Giannina, Rolando Danilo, Levi Sarah; Manual de Geriatria y Psicogeriatria, Oficina del Libro - FEFMUR, 2004.
- 14) Sepúlveda Moya D, Ruipérez Cantera I. Aspectos éticos y legales. Consentimiento informado. Directrices anticipadas. Abuso y maltrato.Salgado A. Manual de Geriatria. 3ªed. Barcelona: Masson; 2003.
- 15) Zarit SH, Reeve KE, Bach - Peterson J, Relatives of impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist, 1980; 20: 649-655.

## CAPÍTULO XVII

### Sobrecarga del Cuidador

Prof. Dr. Ítalo Savio  
Lic. T.S. Teresa Dornell  
Lic. T.S. Saphir Stempholet  
Bach. T.S. Romina Mauros

#### Introducción

El cuidador principal es quién proporciona objetivamente ayuda directa, personal, instrumental y afectiva todos los días, la mayor parte del día, todos o la mayoría de los días y meses del año. Puede o no corresponder a un familiar y muchas veces el cuidado directo principal es proporcionado por una persona distinta a quién ejerce la función de decidir sobre los cuidados y su gestión cotidiana.

Pero como concepto general el cuidador principal es el que provee cuidados a la persona con demencia, tiene a su cargo la toma de decisiones y se responsabiliza por estas. Dicha función o rol, se le asigna desde el grupo familiar, y en general se asume de forma prácticamente inconsciente, cuestión muy relacionada con los roles de género.

En la mayoría de los casos se trata de familiares directos o amigos muy próximos. Habitualmente son las esposas o hijas de edad comprendida entre los 45 y los 70 años, que conviven con el paciente, o bien le dedican una parte importante de su tiempo. Más del 70% de los cuidadores son mujeres, lo que incluye a familiares directos y otros como nueras por ejemplo.

El cuidador principal asume las principales tareas y responsabilidades de cuidar, sin percibir remuneración económica por ello, ni reconocimiento social y este papel es aceptado por el resto de los familiares.

Muchas veces el cuidador principal atiende sólo al enfermo, sin que exista una red de cuidadores secundarios que le apoye.

Cuidar a una persona mayor puede ser una tarea dura, difícil y muy estresante. Quien cuida a una persona mayor con demencia puede tener que estar disponible las 24 horas del día para preparar comidas, ocuparse del cuidado físico de la persona mayor, lavar la ropa, limpiar la casa, llevar a la persona a las consultas con el médico y pagar las cuentas.

Quienes cuidan en estas circunstancias pueden tener preocupaciones adicionales, muchas de las cuales ponen en riesgo su futuro y seguridad social, cuando abandonan trabajos asalariados para cuidar y hasta descuidan su propia salud. Esta dedicación no siempre es voluntaria o elegida.

Cuidar puede ser angustiante, e incluso irritante, por ejemplo por tener que escuchar las mismas preguntas una y otra vez. Puede que no se pueda dormir o dormir mal, preocupándose de que la persona mayor deambula por la noche o le pida ayuda a cualquier hora de la noche o del día.



Cuidar también puede ser gratificante, pero aún en el mejor de los casos y situaciones, es difícil mantener una perspectiva positiva, cuando existe poca esperanza de que la condición física y mental de la persona mejore.

Todos estos factores pueden contribuir a que el cuidador sufra un desgaste ocupacional progresivo y desatienda o incluso abuse de la persona mayor.

### Definición

Se entiende como sobre carga del cuidador aquellas consecuencias negativas en su salud física y emocional, vida social o situación financiera, derivada de la tarea de cuidar.

Los profesionales y equipos de salud deben tener no solo destreza en educar y promover medidas acerca de los cuidados adecuados, sino que deben ser competentes en detectar y anticipar problemas en quienes cuidan, además de desarrollar medidas prácticas y promoción de medidas preventivas en tal sentido.

El ámbito de los cuidados incluye los cuidados formales, provistos por los prestadores sanitarios públicos o privados y los aún magros servicios sociales en este campo. Los cuidados informales, sumamente importantes, son los provistos por cuidadores familiares y el entorno socio familiar inmediato.

### Consecuencias de la función de cuidar sobre los cuidadores

La demencia genera en la familia preocupación, incertidumbre y temor. Provoca cambios del rol que ocupa cada uno de sus miembros, los que pueden suponer modificaciones importantes en sus vidas.

Zarit, experto en el tema, identificó el cuidado de las personas mayores dependientes como uno de los eventos y actividades más estresantes y de mayor duración para las familias.

Ello supone impactos emocionales, relacionales, cambios de roles (rol padres hijos, ante la institucionalización o ante la muerte de la persona que se cuida), así como consecuencias económicas muy importantes.

El tiempo promedio que requiere el cuidar es de unas 50 horas de trabajo semanal no remunerado, ni reconocido. Diferente es el rol del cuidador formal si es “profesional” y socialmente reconocido.

La dependencia en las demencias o en otras situaciones genera en las familias unas reacciones ambivalentes y como en toda circunstancia penosa o de pérdida, se establecen las fases del duelo: negación, sobre involucramiento, enojo, culpa y aceptación.

Por diferentes motivos, aunque especialmente por la vinculación afectiva con el enfermo, los cuidadores asumen más carga de la que son capaces de soportar, sin tener en cuenta sus capacidades reales y su propio estado de salud. La sobrecarga que lleva implícito el riesgo de claudicar depende de muchos factores, como el tipo y gravedad de los síntomas, la duración de la demencia, características personales del cuidador y el apoyo que perciba de los recursos sanitarios y del entorno familiar.

En todo este proceso la historia previa o antecedentes en cuanto la relación entre el cuidador y quien necesita ser cuidado es relevante. El antecedente de mala relación previa o de trastorno de personalidad en quien necesita ser cuidado favorece que las “conductas” de la persona con demencia puedan ser percibidas como “excesivamente demandantes o como “actitudes de manipulación”.

En cuanto a las familias y el rol de cuidar, se han identificado o reconocido diferentes “estilos” de comportamiento entre miembros de la estructura familiar. Existen quienes “abandona todo por cuidar”, otros que son “indiferentes” (no se ocupan y contratan todo a través de servicios profesionales; otros que son negadores y transforman a la persona con demencia en “chivo expiatorio” de la situación, otros que se sienten “víctimas” de la situación y en general se vuelven demandantes y querellantes ante los equipos de salud, otros que son “directores o gestores” en situación de crisis y finalmente quienes son “fugitivos”, se deslindan de toda responsabilidad y generalmente lo critican todo.

Desde el punto de vista económico es una situación generalmente inesperada que supone mayor demanda de recursos, interrupciones laborales y reducción de ingresos difíciles de compensar. Ello se puede incrementar si existen en la estructura familiar otras necesidades o demandas tales como hijos a criar, tiempos laborales incompatibles entre cuidar y trabajar.

Los múltiples factores que mencionamos pueden contribuir a que el cuidador sufra un desgaste ocupacional progresivo y desatienda o incluso abuse de la persona mayor.

Y así, esta realidad se constituye en fuentes de conflicto, donde la carencia o precariedad de ingresos en estas circunstancias se constituye en el mayor factor determinante de falta de continuidad o cese en los cuidados en el hogar y la comunidad.

Se sabe que los cuidadores familiares con precariedad de ingresos económicos se exponen a mayor sobrecarga, peor acceso a la información y mayores obstáculos en el acceso a servicios. En estas circunstancias, el apoyo social sistemático, sea económico o a través de servicios de “respiro” tienen efecto de alivio y modulación del estrés sobre los cuidadores.

También se sabe, en el caso de las personas con demencias y sus cuidadores, que resultan más estresantes y determinantes de sobrecarga las conductas problemáticas (vagabundeo, agitación nocturna, preguntas constantes, etc.), que el nivel de dependencia en sí mismo.

Finalmente, otro aspecto a considerar en este tema es la relación entre los cuidados informales (medio socio familiar) y los cuidados formales (prestadores sanitarios y sociales), lo que supone un escenario complejo, que generalmente no cuenta con espacios ni instrumentos formales de articulación en torno a las necesidades del binomio paciente - cuidador (articulación socio sanitaria).

Todo ello generalmente deriva en aumento de consumo de medios y estructuras de servicios de urgencia/emergencia o hospitalarias, la mayoría de las veces por ausencia de respuestas de los servicios sanitarios hacia este tipo de personas y problemas. Hacia estos problemas existentes diferentes modalidades de respuestas organizacionales cuya descripción excede los objetivos de esta guía.

## Intervenciones orientadas hacia el cuidador

Existe un repertorio de modelos de intervención orientadas al cuidador y diversas maneras de agruparlas o clasificarlas, muchas de las cuales también se relacionan con intervenciones hacia las personas con demencia. En este sentido se comprenden las actividades o intervenciones de apoyo a los cuidadores; la provisión de información relacionada con la demencia y sus causas, y la contención psico - afectiva (vía para la descarga o refuerzo afectiva hacia cuidadores).

La Educación y entrenamiento: comprende la formación en el aprendizaje de técnicas de tipo cognitivo-conductual dirigidas a manejar el estrés derivado del papel de cuidador; así como orientaciones prácticas dirigidas hacia el receptor de cuidados y para sí mismo.

El asesoramiento y gestión de casos: supone la información sobre la existencia y utilización de servicios socio-sanitarios que puedan aliviar la carga y estrés del cuidado. Por ejemplo: control periódico de su salud, participación en programas de psico-estimulación y de estimulación polivalente, aprendizaje de ayudas técnicas para implementar en el hospital, la residencia y el domicilio-comunidad

Cuidados de respiro al cuidador: Servicios temporales destinados al cuidado de la persona con demencia que son alternativos a la actividad diaria del cuidador. El objetivo central de estos, es brindarle “un respiro” al cuidador, aliviando la carga de los mismos.

Se considera de interés el diseño e implementación de programas de vacaciones terapéuticas y/o descanso de fin de semana, así como mediación de conflictos familiares que se producen en la relación cuidado-cuidador-familiares de la persona con demencia.

Se sugiere el uso de la escala de Zarit (entre otras) para la cuantificación de la carga del cuidador.

## Pautas y medidas para prevenir la sobrecarga en los cuidadores.

Si usted está considerando de cuidar a un pariente o amigo, primero hágase las siguientes preguntas:

- ¿Tengo una buena relación con esta persona?
- ¿La persona es difícil?
- ¿Me van a ayudar otros miembros de la familia?
- ¿Estoy siendo presionada por otros miembros de la familia para que me haga cargo de esta tarea?
- ¿Voy a tener tiempo para descansar y atender mis necesidades?
- Dada mi situación financiera, ¿puedo permitirme cuidar a esta persona?
- ¿Hay recursos comunitarios que pueden brindarme ayuda?
- ¿Qué otras opciones en servicios hay para brindarle los cuidados necesarios a esta persona?

Si Ud. es familiar o cuidador de una persona con demencia le recomendamos:

- Que considere que la tarea de cuidar a personas mayores dependientes durante mucho tiempo puede tener consecuencias adversas en quien cuida (depresión, cambios en la situación laboral e ingresos, cambios en las relaciones familiares y conflictos, cambios en la salud: fatiga, problemas osteoarticulares, disminución del tiempo libre y ocio necesarios para la satisfacción personal).

Para evitar este “síndrome de sobrecarga del cuidador”, debe primero cuidar de usted mismo y así podrá realizar mejor su rol de cuidador.

- No trate de “ser perfecta” en su tarea.
- Procure dividir la tarea del cuidado con otros miembros de la familia o de la comunidad.
- Infórmese sobre los recursos sociales y de cuidados existentes en su comunidad.
- Aproveche la rotación en los cuidados para “respirar” o descansar: realice actividades que le resulten placenteras y estimulantes.
- Dedique alguna parte del día a usted mismo para “respiro”.
- Procure siempre mantener el máximo de autonomía de su familiar, es decir no le sustituya en todo y deje que lo haga con seguridad por sí mismo, en todo lo posible. Ello aliviará su carga de cuidados.

Comprender la enfermedad, sus manifestaciones y la dependencia le darán mayor seguridad y control sobre las situaciones.

- Recuerde siempre que planificar los cuidados y anticiparse a las situaciones le ayudará a resolverlas mejor.
- Cuide de su propia salud: visite de forma periódica al médico, evite el aislamiento social, ya que es básico para encontrar apoyo ante las demandas diarias.
- Si debe ingresar a su familiar en una residencia, no se sienta culpable. Su rol como cuidador no cesa. Se ejerce de otra forma y es necesario. A continuación le proporcionamos unos consejos útiles ante ello.

Es conveniente que usted se contacte con la asociación de familiares, AUDAS (Asociación Uruguaya de Alzheimer y Similares), a través del Telefax: 2 400 87 97; o del E-mail: [audasur@adinet.com.uy](mailto:audasur@adinet.com.uy) ; Dirección postal: Magallanes 1320 Planta Baja, C. Postal: 11.200; Montevideo; Casilla de Correo 5092.

AUDAS es una organización civil de familiares, con personería jurídica, miembro de la Alzheimer’s Disease International, que proporciona asistencia y consejo hacia cuidadores familiares de personas que padecen demencias de diverso tipo.

## Cuestionario de Zarit

(Caregiver Burden Interview, Zarit, Reeve and Bach - Peterson, 1980)

A continuación presentamos una lista de afirmaciones, en las que se refleja los sentimientos del cuidador. Realice las preguntas y valore su situación como cuidador/a.

1. ¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?
2. ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?
3. ¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?
4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?
6. ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?
8. ¿Siente que su familiar depende de usted?
9. ¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?
10. ¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?
11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?
12. ¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?
13. ¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?
14. ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?
15. ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?
16. ¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?
17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?
18. ¿Desearía poder encargarse del cuidado de su familiar a otras personas?
19. ¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?
20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?
21. ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?
22. En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?

Cada ítem se valora así:

0 = nunca

1 = casi nunca

2 = a veces

3 = bastantes veces

4 = casi siempre

Para obtener la puntuación total sume los puntajes de todas las preguntas del Cuestionario de Zarit, con los puntajes que se mencionan anteriormente y según corresponda a su situación. Puntuación total máxima: 88 puntos. No existen puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse:

22- 46: No sobrecarga

47- 55: Sobrecarga leve

56 - 88: Sobrecarga intensa

Consejos útiles para selección de una residencia u hogar de ancianos (servicios de larga estadía):

La mayoría de las personas con demencia envejecen en la comunidad, pero con el transcurso del tiempo, por diversas condiciones físicas y/o mentales necesitan mayor ayuda para el cuidado personal.

Es más frecuente que la necesidad de buscar y elegir un servicio de este tipo surja al alta de ingresos hospitalarios o si las necesidades de atención sobrepasan la capacidad del entorno familiar para atender la situación. Una situación para la que no estamos preparados y muchas veces buscamos un servicio sin orientación, ni conocimiento alguno, lo que genera gran incertidumbre y angustia.

Debemos saber que en estas circunstancias pueden aparecer conflictos afectivos en quienes cuidan tales como sentimientos de culpa o incertidumbre sobre los cuidados de nuestro familiar.

Cuando el cuidador es la pareja estos síntomas se intensifican en el momento de la institucionalización.

Debemos educar e ilustrar acerca de que si la institucionalización (ingreso) ha sido una alternativa bien considerada y concretada, en tanto se han agotado las medidas razonables o posibles para conservar al mayor en la comunidad. Dicho esto la vida y atención en una residencia es una instancia adecuada puesto que puede ser el contexto más adecuado para proporcionarles a la persona confort y calidad de vida

En estas circunstancias estos consejos prácticos le pueden ser útiles para orientarle en la elección:

- Haga una lista de instituciones para visitar, en la medida de lo posible cerca de su domicilio o camino de su trabajo para que la distancia no interfiera y pueda visitar a su familiar con facilidad.

- Visite cada institución de su lista en horas diferentes, en horarios clave y varias veces (tiempo de las comidas, de tardecita).
- Aproveche la oportunidad para ver la alimentación, la comida y la cantidad de personal que asiste a quienes necesitan ayuda para alimentarse.
- Verifique que la institución esté habilitada o tiene permiso en trámite. Compruebe que existe un médico director técnico responsable y solicite que lo identifiquen.
- Vea si el lugar luce ordenado, limpio y sin olores. Quién no cuida lo que se ve difícilmente cuida de lo que no se ve.
- Vea si los usuarios lucen limpios y con su ropa ordenada.
- Vea si tienen actividades sociales como festejo de cumpleaños, de recepción de nuevos usuarios, paseos
- Cuente el número de usuarios y el número de camas. Verifique que coincidan ya que de lo contrario es probable que utilicen espacios o medios no habilitados para dormitorio.
- Pregunte qué actividades de estimulación e integración realizan (actividad física - gimnasia, pintura, manualidades, etc.) y en qué horarios se hacen. Verifique en sus visitas que las actividades efectivamente se realizan.
- Haga que su familiar en la medida de lo posible participe de la selección y visite con él/ella el lugar o servicio. Negocie un programa de adaptación progresiva.
- Una vez que su familiar haya ingresado no se desentienda de los cuidados, su rol de cuidador continúa pero de otra forma.
- Visítelo con frecuencia en particular en fechas especiales como cumpleaños, navidad - festividades religiosas, aniversarios.



## Bibliografía

- 1) Ankri J, Andrieu S, Beaufils B, Grand A, Henrard JC. Beyond the global score of the Zarit Burden Interview: useful dimensions for clinicians. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005; 20 (3):254-60.
- 2) Ayuso T, Ederra M, Manubens J, Nuin M, Villar D, Zubicoa J, Abordaje de la demencia. Guía de actuación en la coordinación. Atención Primaria y Neurología. Osasunbidea, Servicio Navarro de Salud; <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/90E6356A-73C3-4CA1-9291-834501AA4324/0/Guiaabordajedelademencia.pdf> ; 2007.
- 3) Gallagher-Thompson D, Coon DW. Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. *Psychol Aging*. 2007;22(1):37-51.
- 4) Ítalo Savio, Fernanda Lozano, Rosalía Panza, Abuso y Maltrato hacia las Personas Adultas Mayores, Prevención, diagnóstico y pautas para el manejo de casos, Guía Clínica para la Prevención, Diagnóstico y Abordaje Integral de la Violencia sobre los Adultos Mayores, ASSE, 2014
- 5) Yanguas J, Leturia F, Leturia M, Apoyo informal y cuidados de las personas mayores dependientes, Fundación Matía, URL:[www.matiafnet/pprofesionales/articulos](http://www.matiafnet/pprofesionales/articulos) ; 2001.
- 6) Peña J, El apoyo al paciente y la familia. Enfermedad de Alzheimer. Del diagnóstico a la terapia: conceptos y hechos. Fundación “La Caixa”, Barcelona; 1999.
- 7) Rabins PV. The caregiver’s role in Alzheimer’s disease. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 1998;9 Suppl 3:25-8.
- 8) Savio I, Estrés y Sobrecarga del Cuidador; Ítalo Savio, Rossana Lucero, Aldo Fierro, Sarah Levi, Marcos Atchugarry, Giannina Casali, Danilo Rolando; Manual de Geriatria y Psicogeriatría, Oficina del Libro - FEFMUR, Capítulo 14: 157 - 161,2004.
- 9) Thompson C, Briggs M. Support for carers of people with Alzheimer’s type dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD000454.
- 10) Turró-Garriga O, Soler-Cors O, Garré-Olmo J, López-Pousa S, Vilalta-Franch J, Montserrat-Vila S. Distribución factorial de la carga en curadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Rev Neurol*. 2008;46:582-8.
- 11) Villars H, Oustric S, Andrieu S, Baeyens JP, Bernabei R, Brodaty H, et al. The primary care physician and Alzheimer’s disease: an international position paper. *J Nutr Health Aging*. 2010;14(2):110-20.
- 12) Zarit SH, Reever KE, Bach - Peterson J, Relatives of impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 1980; 20: 649-655.