



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
DIVISIÓN DE EXCELENCIA CLÍNICA

Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento de la Demencia en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención

Octubre 2009

Guía de Referencia Rápida

F03 Demencia, no especificada

GPC

Diagnóstico y tratamiento de la demencia en el adulto mayor en el primer nivel de atención

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

Síndrome secundario a disfunción cerebral, usualmente crónica y progresiva, en la cual existen alteraciones de múltiples funciones corticales, que incluyen alteraciones en la memoria, pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, capacidad de aprendizaje, lenguaje y juicio (CIE 10)

PRUEBAS DE DETECCIÓN ESPECÍFICA

El individuo en el que se sospeche deterioro cognitivo, usar la prueba Minimental Test de Folstein para el diagnóstico de demencia

DIAGNÓSTICO

- Una evaluación clínica minuciosa incluyendo estudios de laboratorio: biometría hemática, electrolitos séricos, química sanguínea, pruebas de función renal, pruebas de función hepática o tiroidea (si sospecha de hipotiroidismo) deben ser solicitados en todo paciente que se sospecha demencia.
- El médico debe establecer el diagnóstico diferencial con demencia secundaria, delirium y depresión
- Las pruebas neuropsicológicas pueden ser utilizadas en el diagnóstico de demencia especialmente cuando no es clínicamente obvia, se sugiere el uso de la prueba Neuropsi.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Los antidepresivos pueden ser utilizados en el tratamiento de la comorbilidad con depresión, en caso necesario, los antipsicóticos convencionales pueden ser utilizados con precaución, previa valoración por el especialista en psiquiatría y vigilando estrictamente sus efectos colaterales
- Existe evidencia que sugiere la utilidad de los inhibidores de colinesterasa en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer moderada, sin embargo su prescripción deberá hacerse por el psiquiatra o neurólogo especializado

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- La terapia de apoyo conductual al paciente o con apoyo de su cuidador puede ser utilizada para reducir la depresión en pacientes con demencia
- Los cuidadores y familiares responsables deben recibir un entrenamiento en intervenciones para funciones mentales superiores efectivas para las personas con demencia
- Es importante trabajar sobre el diseño y el modelaje del ambiente en donde vive la persona con demencia, incluyendo: disminuir o eliminar los objetos que representen un riesgo físico para el paciente; limitar el acceso a las tomas de corriente, gas, de agua caliente, etc.; evitar modificaciones en el ambiente del paciente que lo sometan a estrés innecesario; estructurar su espacio de vida, procurando mantener los objetos en lugares fijos; limitar la presencia de estímulos sensitivos intensos; el paciente debe portar consigo un identificador con su información personal y los datos del cuidador o familiar responsable; control adecuado de las salidas del hogar; en caso necesario puede optarse por señalización de los objetos o lugares de uso cotidiano
- Para personas con demencia, un programa de ejercicio físico estructurado y de conversación, pueden ayudarle a mantener su movilidad e integración
- Las actividades recreativas deben ser incluidas para mejorar e incrementar la calidad de vida y sensación de bienestar

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Al establecer el diagnóstico de demencia, el paciente debe ser enviado al servicio de neurología para su evaluación y complementación del tratamiento

VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

- Al hacerse el diagnóstico de demencia, la unidad de medicina familiar deberá registrar en el expediente clínico los datos para la localización del familiar responsable y/o cuidador
- El o los familiares responsables del cuidado del paciente deberán recibir terapia psicológica y entrenamiento específico en el cuidado de pacientes con demencia. Se recomiendan de 12 a 18 sesiones en un periodo de 3 meses y seguimiento anual
- Si el estado de las funciones mentales superiores del paciente lo permiten, deberá informársele sobre la conveniencia de establecer oportunamente sus disposiciones sobre sus condiciones de vida y sus bienes. En casos de pacientes con demencia en estadios avanzados la determinación del familiar o tutor legalmente responsable, atenderá lo dispuesto en la legislación vigente
- El equipo de salud deberá de promover la búsqueda intencionada y la creación de redes de apoyo dentro de la comunidad del paciente con demencia

INCAPACIDAD

En los pacientes adultos mayores asegurados en el régimen obligatorio, el estado de las funciones mentales superiores y su capacidad para realizar en forma adecuada y con seguridad sus labores cotidianas, en conjunto con las disposiciones legales y lineamientos en la materia, son las directrices fundamentales para su envío a los servicios de salud en el trabajo y considerar su declaración de invalidez

ESCALAS

CUADRO I. MINIMENTAL PARA PERSONAS CON 3 O MAS AÑOS DE ESCOLARIDAD

(Antes de aplicar el cuestionario lea el instructivo correspondiente)

ORIENTACIÓN

- ¿Qué fecha es hoy? Puntaje
- 1.- Día _____
 - 2.- Mes _____
 - 3.- Año _____
 - 4.- ¿Qué día de la semana es? _____
 - 5.- ¿Qué hora es? _____
 - 6.- ¿En dónde estamos ahora? _____
 - 7.- ¿En qué piso o departamento estamos? _____
 - 8.- ¿Qué colonia es ésta? _____
 - 9.- ¿Qué ciudad es ésta? _____
 - 10.- ¿Qué país es éste? _____

REGISTRO

Le voy a decir 3 objetos, cuando yo los termine quiero que por favor Usted los repita:

- 11.- Papel _____
- 12.- Bicicleta _____
- 13.- Cuchara _____

ATENCIÓN Y CÁLCULO

Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir del 100.

- 14.- 93 _____
- 15.- 86 _____
- 16.- 79 _____
- 17.- 72 _____
- 18.- 65 _____

LENGUAJE

Le voy a dar algunas instrucciones. Por favor sígalas en el orden que se las voy a decir.

- 19.- Tome este papel con la mano derecha _____
- 20.- Dóblelo por la mitad _____
- 21.- Y déjelo en el suelo _____
- 22.- Por favor, haga lo que dice aquí _____
- 23.- Quiero que por favor escriba una frase que diga en mensaje _____

MEMORIA DIFERIDA

Dígame los tres objetos que le mencioné al principio.

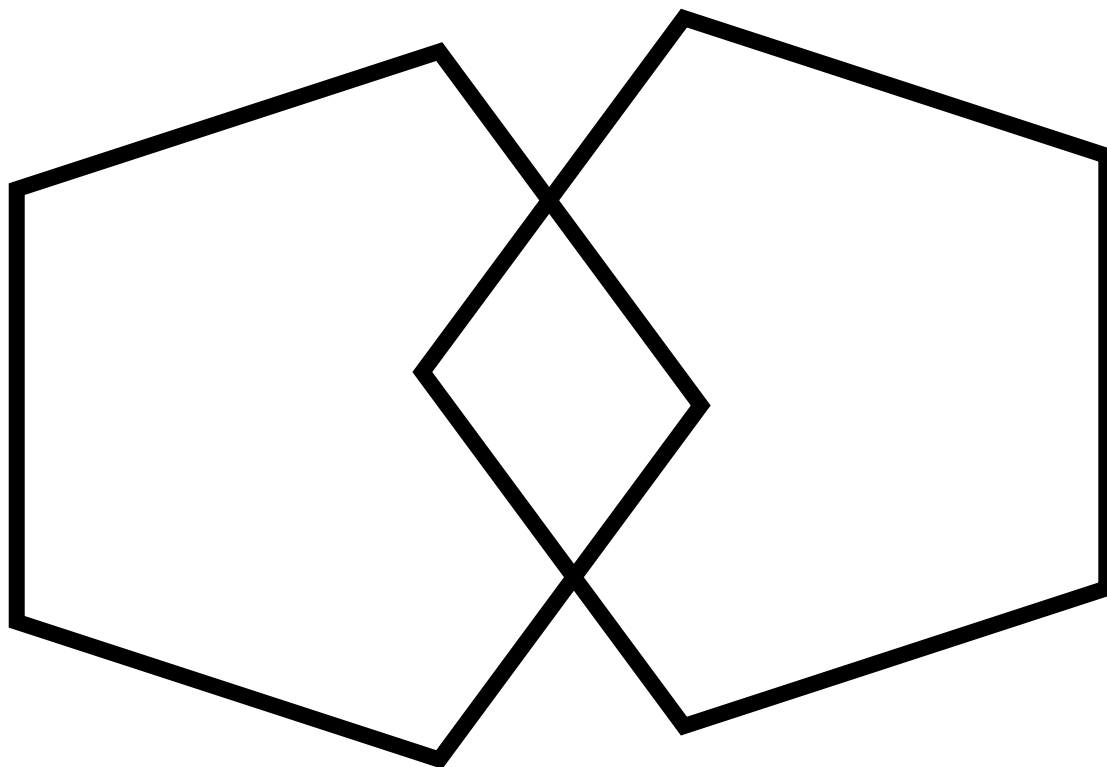
- 24.- Papel _____
- 25.- Bicicleta _____
- 26.- Cuchara _____
- 27.- Copie el dibujo tal como está (Ver el dibujo)- _____
- 28.- Muestre un reloj y diga ¿Qué es esto? _____
- 29.- Muestre un lápiz y diga ¿Qué es esto? _____

**Ahora le voy a decir una frase que tendrá que repetir después de mí.
Solo la puedo decir una sola vez, así que ponga mucha atención.**

- 30.- Ni no, ni si, ni pero. _____

PUNTAJE TOTAL _____

Si el paciente tiene 23 o menos puntos, tiene mayor probabilidad de tener demencia



Copiar el dibujo tal cual como está

CUADRO II. MINIMENTAL DE FOLSTEIN PARA PERSONAS CON MENOS DE 3 AÑOS DE ESCOLARIDAD

(Antes de aplicar el cuestionario lea el instructivo correspondiente)

ORIENTACIÓN

- ¿Qué fecha es hoy? Puntaje
- 1.- Día _____
 - 2.- Mes _____
 - 3.- Año _____
 - 4.- ¿Qué día de la semana es? _____
 - 5.- ¿Qué hora es? _____
 - 6.- ¿En dónde estamos ahora? _____
 - 7.- ¿En que piso o departamento estamos? _____
 - 8.- ¿Qué colonia es ésta? _____
 - 9.- ¿Qué ciudad es ésta? _____
 - 10.- ¿Qué país es éste? _____

REGISTRO

Le voy a decir 3 objetos, cuando yo los termine quiero que por favor Usted los repita:

- 11.- Papel _____
- 12.- Bicicleta _____
- 13.- Cuchara _____

LENGUAJE

Le voy a dar algunas instrucciones. Por favor sígalas en el orden que se las voy a decir.

- 14.- Tome este papel con la mano derecha _____
- 15.- Dóblelo por la mitad _____
- 16.- Y déjelo en el suelo _____

MEMORIA DIFERIDA

Dígame los tres objetos que le mencioné al principio.

- 17.- Papel _____
- 18.- Bicicleta _____
- 19.- Cuchara _____
- 20.- *Muestre un reloj y diga ¿Qué es esto?* _____
- 21.- *Muestre un lápiz y diga ¿Qué es esto?* _____

Ahora le voy a decir una frase que tendrá que repetir después de mí. Solo la puedo decir una sola vez, así que ponga mucha atención.

- 22.- Ni no, ni si, ni pero. _____

SUME 8 PUNTOS.

8

PUNTAJE TOTAL

Si el paciente tiene 23 o menos puntos, tiene mayor probabilidad de tener demencia.

CUADRO III. CRITERIOS NINCDS-ADRDA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

1.- Criterios para el diagnóstico clínico de enfermedad de Alzheimer probable

- Demencia, diagnosticada mediante examen clínico y documentada con el miniexamen mental de Folstein, la escala de demencia de Blessed, u otras similares, y confirmada con tests neuropsicológicos
- Deficiencias en dos o más áreas cognitivas
- Empeoramiento progresivo de la memoria y de otras funciones cognitivas
- No alteración del nivel de conciencia
- Comienzo entre los 40 y los 90 años, con mayor frecuencia después de los 65, y
- Ausencia de alteraciones sistémicas u otras enfermedades cerebrales que pudieran producir el deterioro progresivo observado de la memoria y de las otras funciones cognitivas

2.- Apoyan el diagnóstico de “enfermedad de Alzheimer probable”:

- Deterioro progresivo de alguna función cognitiva específica (afasia, apraxia, agnosia)
- Alteraciones conductuales y en la realización de las actividades diarias habituales
- Antecedentes familiares de trastorno similar, especialmente si obtuvo confirmación anatomopatológica, y pruebas complementarias:
- Líquido cefalorraquídeo normal, en las determinaciones estándar
- EEG normal, o con alteraciones inespecíficas como incremento de la actividad de ondas lentas, y
- Atrofia cerebral en TAC, objetivándose progresión de la misma en observación seriada

3.- Aspectos clínicos compatibles con el diagnóstico de “enfermedad de Alzheimer probable”, tras excluir otras causas de demencia:

- Mesetas en la progresión de la enfermedad
- Síntomas asociados de depresión, insomnio, incontinencia, ideas delirantes, ilusiones, alucinaciones, accesos emocionales, físicos o verbales, alteraciones de la conducta sexual, pérdida de peso.
- Otras alteraciones neurológicas en algunos pacientes, especialmente en los que se hallan en fase avanzada, como hipertonía, mioclonías o alteración de la marcha.
- Convulsiones, en fase avanzada de la enfermedad TAC cerebral normal para la edad del paciente.

4.- Aspectos que convierten el diagnóstico de “enfermedad de Alzheimer probable” en incierto o improbable:

- Instauración brusca o muy rápida
- Manifestaciones neurológicas focales como hemiparesia, alteración de la sensibilidad o de los campos visuales, o incoordinación en fases tempranas de la evolución
- Convulsiones o alteraciones de la marcha al inicio o en fases muy iniciales de la enfermedad

5.- Diagnóstico clínico de enfermedad de Alzheimer posible :

- Demencia, con ausencia de otras alteraciones sistémicas, psiquiátricas y neurológicas que puedan causar esa demencia, pero con una instauración, manifestaciones o patrón evolutivo que difieren de lo expuesto para el diagnóstico de “enfermedad de Alzheimer probable”
- Presencia de una segunda alteración, cerebral o sistémica, que podría producir demencia pero que no es considerada por el clínico como la causa de esta demencia
- En investigación, cuando se produce deterioro gradual e intenso de una única función cognitiva, en ausencia de otra causa identificable.

6.- Criterios para el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer definitiva :

- Criterios clínicos de “enfermedad de Alzheimer probable”, y
- Comprobación histopatológica, obtenida a través de biopsia o autopsia.

Fuente: McKhann G et al. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. Neurology 1984; 34: 939-944

CUADRO IV. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL NINDS-AIREN PARA EL DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA VASCULAR.

A. **DEMENCIA.** Deterioro Cognitivo a partir de un nivel alto de funcionalidad previa manifestado por deterioro de la memoria y dos o más de los siguientes dominios cognitivos: Orientación, Atención, Lenguaje, Alteraciones visuoespaciales, de las funciones ejecutivas, control motor y praxis, de preferencia establecidas clínicamente y comprobadas por pruebas neuropsicológicas. El déficit debe ser severo como para interferir en las actividades de la vida diaria y que no sean secundarias a efectos del EVC únicamente.

Criterios de exclusión: casos con alteraciones de la consciencia: delirium, psicosis, afasia severa, también se excluyen otros trastornos sistémicos o otras enfermedades cerebrales que produzcan déficit en la memoria o en la cognición.

B. **ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR.** Es la presencia de signos focales neurológicos durante la exploración física como hemiparesia, debilidad facial, signos de Babinsky, déficit sensorial, hemianopsia, disartria, compatibles con EVC. Y la evidencia de lesiones isquémicas por medio de estudios de imagen (TAC o IRM), que incluyen infartos de grandes vasos o puede ser un solo infarto en lugar estratégico (Giro angular, tálamo, etc.), así como infartos en ganglios basales, infartos lacunares en sustancia blanca, o lesiones en sustancia blanca periventricular.

C. **RELACIÓN ENTRE AMBAS.** La presencia de uno o más de los siguientes, a) Inicio de la demencia 3 meses después de haberse diagnosticado el EVC y b) deterioro abrupto de las funciones cognitivas o fluctuaciones en forma de escalera del déficit cognitivo.

Los criterios consistentes para el diagnóstico de probable demencia vascular son:

- A. Alteraciones tempranas en la marcha
- B. Alteraciones del equilibrio y frecuentes caídas
- C. Síntomas de incontinencia urinaria no atribuibles a problemas urológicos
- D. Parálisis pseudobulbar
- E. Cambios de personalidad o de humor, abulia, depresión, incontinencia emocional y otros síntomas subcorticales como retardo psicomotor y alteraciones en las funciones ejecutivas

Condiciones que hacen el diagnóstico de demencia vascular poco probable:

- A. Inicio de déficit progresivo de la memoria y otras funciones cognitivas como son lenguaje (afasia), habilidades motoras (apraxia) y de percepción (agnosia) en la ausencia de lesiones en los estudios de imagen que las justifiquen.
- B. Ausencia de signos neurológicos focales y otros disturbios cognoscitivos.
- C. Ausencia de lesiones vasculares en las imágenes.

El diagnóstico clínico de posible demencia vascular puede ser hecho cuando hay signos neurológicos focales y

- A. No es posible realizar los estudios de imagen para corroborarlas.
- B. No hay una relación temporal clara entre el inicio de la demencia y el deterioro cognoscitivo.
- C. En paciente que tienen un inicio sutil del deterioro cognoscitivo y un curso variable del mismo.

Los criterios de definitivos demencia vascular, se pueden establecer en paciente que cumplan requisitos para probable demencia vascular y

- A. Hay evidencia de lesiones vasculares por hallazgos histopatológicos de biopsias o necropsias, con de lesiones de madejas neurofibrilares y placas neuríticas que no excedan lo esperado para la edad.
- B. Ausencia de otros hallazgos histopatológicos de otras demencias.

Fuente: Roman GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T, Cummings JL, Masdeu JC, Garcia JH, Amaducci L, Orgogozo JM, Brun A, Hofman A, et al. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop. Neurology 1993;43 (2) :250-60

CUADRO V. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEMENCIA POR CUERPOS DE LEWY

El hallazgo principal requerido para el diagnóstico de demencia de cuerpos de Lewy es un deterioro cognoscitivo progresivo, de magnitud suficiente como para interferir en la función ocupacional y social. El daño cognoscitivo puede ser no evidente en las etapas inicial de la enfermedad pero usualmente se manifiesta con la progresión de la enfermedad.

Dos de los siguientes criterios son necesarios para el diagnóstico de probable demencia de cuerpos de Lewi.,

- a. Cognición fluctuante y pronunciada variación en las capacidades de atención y alerta.
- b. Alucinaciones visuales recurrentes que típicamente son bien descritas a detalle.
- c. Signos espontáneos motores de Parkinson.

Hallazgos que apoyan el diagnóstico

- a. Caídas repetitivas.
- b. Síncope.
- c. Perdidas transitorias del estado de consciencia
- d. Sensibilidad a los neurolépticos.
- e. Delusiones sistematizadas,
- f. Alucinaciones en otras modalidades

Hallazgos que hacen poco probable que el paciente tenga demencia por cuerpos de Lewy

- a. Antecedente de enfermedad vascular, de lesiones neurológicas focales o lesiones vasculares en imágenes del SNC.
- b. Evidencia obtenida en la exploración física de enfermedad sistémica o cerebral que puedan ser responsables del cuadro clínico.

Fuente: McKeith J, Galasko D, Kosaka K, Perry E, Dickson D, Hansen D, et al. Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB). Report of the consortium on DLB international workshop. Neurology 1996; 47: 1113-1124

ALGORITMOS DEMENCIA EN EL ADULTO MAYOR

