

DEMENCIAS: CONCEPTOS BASICOS.

Dr. Archibaldo Donoso S.

Departamento de Neurología y Neurocirugía.

DEFINICION

La demencia es un síndrome que se caracteriza por la pérdida persistente de funciones cognitivas -memoria, capacidad de juicio, control de los afectos, lenguaje, etc., debida a una lesión cerebral, de suficiente severidad como para interferir con las actividades habituales.

En esta breve presentación nos referiremos a aspectos básicos que deben considerarse en la atención primaria de pacientes con demencias.

1) Cuándo puede sospecharse una demencia?

- a. Cuando la familia lleva al adulto mayor a la consulta por fallas de la memoria o alteraciones conductuales y no es una consulta espontánea del mismo paciente;
- b. Cuando el paciente -de cualquier edad- se queja de fallas persistentes de la memoria (aunque en los ancianos es muy posible que se trate de una depresión y en los jóvenes de un estado de ansiedad);
- c. Cuando un adulto mayor se queja repetidamente de síntomas inespecíficos o poco claros (esto también puede deberse a depresión y/o angustia);
- d. Cuando el paciente es un adulto mayor que se queja de conflictos con su familia, ya que pueden ser desencadenados por sus fallas de memoria y juicio o por su labilidad emocional (también pueden deberse a conflictos por patología social).

2) ¿Qué hacer cuando se sospecha una demencia?

- a. Interrogar a la familia sobre disminución de memoria, de la capacidad de resolver problemas (decisiones erróneas), o aparición de ocurrencias absurdas. Debe interrogarse especialmente su curso temporal y el grado de incapacidad.
- b. Realizar un Minimental test de Folstein; si el puntaje es igual o menor a 24 puntos es muy probable que exista un deterioro cognitivo (un puntaje superior no lo excluye pero lo hace menos probable).
- c. El examen médico debe descartar la existencia de patologías circulatorias, metabólicas, etc. capaces de repercutir en la función cerebral. Un examen neurológico mínimo debe dirigirse a la búsqueda de una hemiparesia, una afasia, un defecto del campo visual.
- d. En muchas oportunidades es necesario derivar a un neurólogo, para descartar o confirmar la supuesta demencia y estudiar su etiología.

3) ¿Cuándo derivar?

La indicación general es que todo paciente con demencia debe ser evaluado por lo menos una vez por un neurólogo, pero ello no es posible en todos los casos. Por eso planteamos una derivación optativa y otra perentoria.

a. Derivación optativa:

Pacientes mayores de 65 años, con deterioro de memoria y otras funciones cognitivas de más de 2 años de evolución, sin signos evidentes de daño neurológico focal. Es muy probable que sea una enfermedad de Alzheimer. Si la familia no desea o no puede realizar mayor estudio, es posible tratarlo en forma sintomática.

b. Derivación perentoria:

- Cuando existen dudas sobre el diagnóstico.
- Cuando existan conflictos familiares o problemas de manejo difíciles de solucionar.
- Cuando la demencia se presenta en sujetos de 65 años o menos.
- Cuando existen signos de daño cerebral focal (hemiparesia, afasia, etc), curso subagudo (menos de un año), convulsiones, trastornos motores importantes y precoces.
- Cuando la familia solicita realizar ensayos de tratamiento complejos (por ejemplo con tacrine).

4) Diagnóstico diferencial de las principales demencias del adulto mayor.

- a. Demencias degenerativas, de curso lentamente progresivo, a veces hereditarias:
- Sin trastornos motores precoces, con conservación del tacto social: enfermedad de Alzheimer. Esta enfermedad cursa durante 5, 10 o más años; en la primera etapa destacan las fallas de la memoria y los conflictos interpersonales; posteriormente se agregan trastornos del lenguaje y pérdida de habilidades motoras, y en la etapa final el paciente se encuentra postrado en cama. En las primeras dos etapas pueden agregarse episodios psicóticos y depresiones.
 - Sin trastornos motores precoces, con pérdida o desajuste de la iniciativa: demencias prefrontales.
 - Con trastornos motores precoces: enfermedad de Parkinson (temblor, rigidez, hipokinesia), corea de Huntington (movimientos coreicos, distonías).
- b. Demencias vasculares, con progresión irregular según sufran diversos infartos o ataques isquémicos transitorios. Generalmente tienen antece-

denes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias. El examen puede mostrar signos piramidales, defectos del campo visual, afasias, etc. También puede existir demencia en un paciente que ha sufrido un infarto o hemorragia cerebral único.

- c. Hidrocefalia normotensiva: el bloqueo en la circulación del LCR se expresa en un cuadro de alteraciones de la marcha, pérdida del control de esfínteres y deterioro cognitivo progresivo. Su evolución generalmente es más rápida que en la enfermedad de Alzheimer.
- d. Tumores cerebrales. En la mayoría de los pacientes existe un daño neurológico focal progresivo en el curso de semanas o meses, con signos de hipertensión intracraneana (cefalea, compromiso de conciencia).
- e. Demencias infecciosas, de curso subagudo en semanas o meses: neurosífilis, enfermedad de Jacob-Creutzfeldt, complejo SIDA-demencia, neurocisticercosis.
- f. Demencias traumáticas: como secuela de una contusión cerebral grave o como un hematoma subdural crónico. Este último puede instalarse sin un TEC evidente y produce hipertensión intracraneana y deterioro o confusión mental.
- g. Demencias tóxicas y metabólicas: alcoholismo, exceso de fármacos, insuficiencia hepática, mixedema y otras.

5) Orientación familiar.

Es frecuente que la existencia de una demencia tenga graves repercusiones en la familia, que el médico tratante debe considerar para realizar orientación familiar. Podemos mencionar:

- Mala interpretación de los síntomas (olvidos, errores, ideas delirantes), que lleva a discutir con el enfermo. Los conflictos pueden llevar al maltrato

verbal o físico y la segregación del paciente. Debe sugerirse mantener la calma, aceptar que el paciente ya no es capaz de razonar como antes y evitar las confrontaciones.

- Angustia por el cambio de personalidad y la invalidez progresiva del paciente. Se sugiere pedir ayuda a familiares o amigos y señalarles que, si bien la invalidez del paciente puede progresar, los conflictos suelen disminuir a medida que se hace más manejable. Muchas veces es necesario tratar a los familiares, especialmente a la persona que lo cuida diariamente («el cuidador principal»).
- Rechazo del diagnóstico, repetidos cambios de médico, búsqueda de un tratamiento mágico son actitudes que despiertan reacciones negativas en el médico; se necesita tiempo y paciencia para conversar con los familiares.
- Problemas económicos. El médico debe recordar que en un paciente de edad avanzada y curso crónico lo más probable es una enfermedad de Alzheimer y podría obviarse parte del estudio diagnóstico; debe recordar que muchos de los fármacos destinados a mejorar la función neuronal tienen una utilidad limitada y discutible, y que es

preferible invertir en una cuidadora o un ambiente mejor antes que recurrir a ellos o a exámenes costosos. Habitualmente es preferible un control neurológico clínico antes que nuevos exámenes. En familias con limitaciones económicas pero que esperan una terapia pueden usarse placebos de costo reducido.

REFERENCIAS

1. Deutsch L., Rovner B.: Agitation and other noncognitive abnormalities in Alzheimer's disease. *Psychiat Clin N Am* 1991; 14:341-351.
2. Donoso A: La enfermedad de Alzheimer, aspectos clínicos y sociales. *Vejez y envejecimiento*, Vice-rectoría de Asuntos Académicos y Estudiantiles, Universidad de Chile, Santiago 1995.
3. McKhann G, Drachman D, Folstein M y cols: Clinical diagnosis of Alzheimer's disease. *Neurology* 1984; 34:939-944.
4. Rossor MN: Primary degenerative dementia. En: *Neurology in clinical practice*, WG Bradley, RB Daroff, GM Fenichel y CD Marsden eds. Butterworth-Heinemann, Boston 1996.