

## DEMENCIA

### DEFINICION

#### DEMENCIA

Es un síndrome que se caracteriza por el deterioro de las funciones mentales, es un proceso progresivo y ocasionalmente reversible, que interfiere con el desempeño en las actividades de la vida diaria, laborales y sociales. Este deterioro se caracteriza por el trastorno persistente de la memoria y de dos o más funciones mentales, el lenguaje, las praxias, las gnosias, la abstracción, el juicio y la conceptualización. Suele acompañarse de cambios en la personalidad y/o en el estado emocional

CODIGO	CODIFICACION CIE 10
F00	Demencia en la enfermedad de Alzheimer
F01	Demencia vascular
F03	Demencia, no especificada

### CLASIFICACIÓN

<b>Demencia primaria (demencia cortical)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad de Alzheimer</li> <li>• Enfermedad de Pick</li> <li>• Síndromes de demencia del lóbulo frontal</li> </ul>
<b>Demencia vascular</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demencia multiinfarto</li> <li>• Demencia por infarto de localización estratégica</li> <li>• Estado lacunar</li> <li>• Enfermedad de Binswanger</li> <li>• Demencia vascular mixta</li> </ul>
<b>Demencia asociada con enfermedad de los cuerpos de Lewy</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demencia asociada con la enfermedad de Parkinson</li> <li>• Parálisis supranuclear progresiva</li> <li>• Enfermedad de los cuerpos de Lewy difusa</li> </ul>
<b>Demencia debida a ingestión tóxica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demencia asociada con el alcohol</li> <li>• Demencia debida a exposiciones a metales pesados u otras toxinas</li> </ul>
<b>Demencia debida a infección</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vírica: demencia asociada con el VIH, síndromes postencefalíticos</li> <li>• Por espiroquetas: neurosífilis, enfermedad de Lyme</li> <li>• Por priones: enfermedad de Creutzfeldt-Jakob</li> </ul>
<b>Demencia debida a anomalías estructurales del cerebro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hidrocefalia normotensiva</li> <li>• Hematomas subdurales crónicos</li> <li>• Tumores cerebrales</li> </ul>
<b>Algunos trastornos potencialmente reversibles que remedan a la demencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipotiroidismo</li> <li>• Depresión</li> <li>• Deficiencia de vitamina B12</li> </ul>

## DIAGNÓSTICO

DIAGNOSTICO	HALLAZGOS
<b>ANAMNESIS</b>	<p>Para un diagnóstico de demencia nos basamos en el DSM-IV, que no permite identificar lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Desarrollo de múltiples trastornos cognitivos               <ol style="list-style-type: none"> <li>A) Trastornos de memoria</li> <li>B) Al menos uno de los siguientes trastornos                   <ul style="list-style-type: none"> <li>Afasia</li> <li>Apraxia (alteración de actos motores)</li> <li>Agnosia (incapacidad para reconocer objetos)</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>2.- Qué el déficit cognitivo en los criterios anteriores deben causar un deterioro importante en las funciones intelectuales y sociales, que representa un deterioro del nivel de funcionalidad previa.</li> <li>3.- Nivel de conciencia adecuado</li> <li>4.- Los déficit cognitivos en los criterios 1A y 1B no estén relacionados con:               <ul style="list-style-type: none"> <li>-Otras condiciones del SNC que causen déficit progresivos en la memoria y cognición</li> <li>-Condiciones sistémicas que se conocen causan demencia</li> <li>-Condiciones inducidas por sustancias</li> </ul> </li> <li>5.-Los déficits no ocurren exclusivamente durante el curso del delirio</li> <li>6.- El disturbio no es explicado por otro desorden</li> </ol> <p>Si en la ANAMNESIS encuentra deterioro inmediatamente aplique:  <b>El test MINI Mental abreviado o el Mini Examen del Estado Mental (MMSE por sus siglas en inglés) ANEXO 8 (Valoración Psíquica)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El MMSE-Abreviado no es un instrumento para obtener diagnóstico específico, sino una herramienta para poder discriminar entre los que tienen deterioro cognitivo y los que no lo tienen. También es útil como seguimiento para valorar cambios.</li> <li>• Consta de 6 grupos de preguntas que analizan algunas áreas de funcionamiento cognitivo: orientación, registro, atención cálculo, memoria y lenguaje.</li> <li>• Califica 19 puntos, calificando como deterioro cognitivo por debajo de 13 puntos.</li> </ul> <p><b>Al encontrar un puntaje inferior a 13 puntos se aplica: El test ABV y AIVD</b></p> <p>En el caso de no tener alteraciones debe trabajar la memoria a la vez que controla cada 6 meses; en caso de tener alteraciones debe realizar interconsulta a Neurología y Geriatría</p>
<b>EXÁMEN FÍSICO</b>	<p>El examen físico aporta muy poco en la evaluación de los pacientes con queja cognitiva. Quizá su mayor utilidad esté dada para el diagnóstico de la causa del síndrome demencial. Para ello, debe realizarse un examen neurológico buscando:</p> <p>Signos focales, como hemiparesia, hemianopsia y/o alteraciones de los reflejos profundos (su presencia orienta hacia una demencia vascular o una masa ocupante del SNC).</p> <p>Signos extrapiramidales, como rigidez, temblor y/o aquinesia</p>

	(orientan hacia una demencia vascular o hidrocefalia normotensiva); alteraciones de la sensibilidad profunda (hacen pensar en déficit de vitamina B12) ataxia, nistagmus y/o parálisis de la mirada lateral (orientan hacia el diagnóstico de alcoholismo).
<b>EXÁMENES DE LABORATORIO</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Biometría hemática, gasometría, Na, K, Calcio.</li> <li>2. Química sanguínea: Glucosa, urea, creatinina, colesterol, triglicéridos, perfil lipídico, ácido úrico, sodio, potasio y calcio.</li> <li>3. EMO.</li> <li>4. VDRL.</li> <li>5. HIV.</li> <li>6. EKG.</li> <li>7. B12 y ácido fólico.</li> <li>8. T4, TSH.</li> </ol>
<b>GABINETE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiografía de tórax</li> <li>• TAC cráneo en caso de ser necesario</li> </ul>

<b>DIAGNOSTICO DIFERENCIAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión</li> <li>• Trastornos de la atención</li> <li>• Afasias</li> <li>• Defectos sensoriales visuales y auditivos</li> <li>• Demencias parciales o totalmente reversibles: hipotiroidismo, depresión, déficit vitamínico.</li> <li>• Demencia por sustancias tóxicas como alcohol y drogas</li> </ul> <p><b>También puede aplicar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>D</b> rugs (Fármacos)</li> <li>• <b>E</b> motional disorders ( Desordenes emocionales)</li> <li>• <b>M</b> etabolic or endocrine (Trastornos metabólicos y hormonales)</li> <li>• <b>E</b> ye or ear disfuncions (Alteraciones auditivas o oculares)</li> <li>• <b>N</b> utritional deficiencias (Deficiencias nutricionales)</li> <li>• <b>T</b> umor and trauma ( Tumores y traumas)</li> <li>• <b>I</b> nfections (Infecciones)</li> <li>• <b>A</b> rtherosclerotic complications and alcohol (Complicaciones arterioescleróticas y alcohol)</li> </ul>
--------------------------------	---

<b>VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL</b>	
Es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, dirigido a explicar los problemas médicos, psíquicos, sociales, y en especial, las capacidades funcionales y condiciones geriátricas, para desarrollar un plan de intervención, que permita	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración Clínica y Laboratorio</li> </ul> <p>Superado el cuadro agudo Se aplicarán la valoración geriátrica integral, reconocida internacionalmente y sustentada en evidencias científicas, (ver anexos)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración Funcional y escalas</li> </ul>

una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, con la óptima utilización de recursos a fin de mantener o recuperar la autonomía e independencia que puede haber perdido.

Dentro del continuo asistencial y progresivo, se considera a la valoración geriátrica integral, como el procedimiento básico que debe ser aplicado a toda persona adulta mayor

- Valoración Psíquica y escalas
- Valoración Nutricional y escalas
- Valoración Social y escalas

## TRATAMIENTO

### TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

#### OBJETIVOS

- Mejorar o enlentecer la pérdida de rendimiento y de las funciones cognitivas
  - Mantener la autonomía del paciente el mayor tiempo posible, mejorando el estado de salud, adecuado a su red social y entorno cultural.
  - Evitar el aislamiento prolongado de sus amigos, familiares y otros que componen su red social
- Los aspectos cognitivos a trabajar son:**
- Memoria
  - Lenguaje
  - Cálculo
  - Orientación temporo/espacial
  - Gnosis
  - Actividades sensoriales (atención y concentración en especial)
  - Praxias
  - Capacidades ejecutivas (pensamiento y razonamiento)

### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- Referencia: VER A CONTINUACIÓN EL PROTOCOLO TERAPEUTICO

**Título:** DEMENCIA

#### Codificación CIE10

F00 demencia en la enfermedad de Alzheimer  
F02 demencia en otras enfermedades clasificadas en otra parte  
F01 demencia vascular  
F03 demencia, no especificada

**Problema:** Trastorno adquirido, **cerebral**-orgánico, con pérdida de las capacidades intelectuales, suficiente para interferir con las funciones ocupacionales o sociales. El disturbio compromete la memoria, la conducta, la personalidad, el juicio, la atención, las relaciones espaciales, el lenguaje, el pensamiento abstracto y otras funciones ejecutivas. De inicio insidioso, la declinación mental es progresiva. Se pueden apreciar cambios leves de la personalidad y la memoria. La demencia es un deterioro crónico, global del conocimiento, generalmente

irreversible dependiendo de la causa. Ocurre a cualquier edad, pero afecta principalmente a los ancianos. Se produce un acortamiento en la expectativa de vida. Las demencias pueden ser clasificadas en tipo Alzheimer y no Alzheimer; cortical o subcortical; irreversible o potencialmente reversible; rara o frecuente.

**Objetivos terapéuticos:**

1. Asistir en el cuidado personal
2. Evitar complicaciones orgánicas
3. Prevenir el deterioro orgánico y mental

**Tratamiento no farmacológico:**

- Se prefiere el cuidado ambulatorio a la hospitalización.
- Asistencia a la familia para el cuidado del paciente.
- Disminuir y controlar las actividades físicas.
- Asegurar el cuidado personal.
- Ejercicio regulado para mejorar el balance muscular y mantener el tono cardiovascular.
- Asistencia en el cuidado personal.
- Debido al deterioro progresivo de la actividad intelectual, se deben tomar precauciones acerca de las obligaciones cotidianas, las necesidades del paciente **y prevenir posibles accidentes.**
- En las fases avanzadas de la demencia, las decisiones sobre la alimentación y cuidado personal del paciente deben ser cuidadosas para evitar posteriores medidas enérgicas y la hospitalización.

**Selección del medicamento de elección:**

	<i>Principios activos</i>	Eficacia	Seguridad	Conveniencia	Niveles
<b>1</b>	Fluoxetina	+++	+++	+++	<b>1-2-3</b>
	Haloperidol	++	++	++	<b>2-3</b>
<b>2</b>					<b>1-2-3</b>
	3. <b>Risperidona</b>				

El tratamiento es básicamente sintomático y de sostén.

Los pacientes con demencia y signos de depresión pueden ser tratados con antidepresores no anticolinérgicos, de preferencia fluoxetina y similares.

**Medicamento (o esquema) de primera elección – condiciones de uso:**

*Fluoxetina*

Cápsulas, tabletas 20 mg.

Dosis inicial 20 mg, oral, durante las mañanas. Incrementar la dosis después de varias semanas. Dosis superiores a 20 mg, administrar divididas en 2 tomas al día.

Dosis usual: 20 – 60 mg, oral, cada día.

**PARA CONTROL DEL PACIENTE AGITADO:**

*Haloperidol*

Tabletas 2 mg y 5 mg; solución para inyección 5 mg.

Dosis inicial 2 - 5 mg/día, oral.

Dosis terapéutica 4 - 10 mg/día, oral, dividida en 3 dosis, la más elevada durante la noche.

Haloperidol IM, 5 mg, para el control rápido de los síntomas sicóticos.

**Comentado [TMLC1]:** En CNMB no hay presentación de Tab 2mg. Si hay presentación en solución oral de 2mg/ml y Presentación inyectable de 50mmg/ml de Haloperidol decanoato

Preparaciones de larga acción para pacientes con pobre adherencia al tratamiento.

En general, se recomienda disminuir la posología a la mitad, en el anciano, por cuanto son más susceptibles al parkinsonismo y efectos indeseables de tipo anticolinérgico.

Se emplea para el control de síntomas conductuales asociados a deficiencias cognitivas.

Risperidona: Tabletas 1 a 3 mg., gotas : 10 gotas=1 mg.

Dosis inicial : 5 a 10 gotas en la noche

Dosis terapéutica 1 a 3 mg diarios

**Comentado [TMLC2]:** En el CNMB no hay presentación en gotas. Si hay presentación inyectable de 1mg/ml

**Observaciones:**

- \* La eliminación o restricción de medicamentos que actúan sobre el SNC mejoran la actividad de estos enfermos.
- \* Se deben evitar las drogas sedantes o anticolinérgicas, las cuales tienden a empeorar la demencia.
- \* Los inhibidores de la colinesterasa: donepezil, rivastigmina y galantamina, son algo efectivos mejorando el nivel cognoscitivo en pacientes con Alzheimer y en otras formas de demencia. La memantina, un antagonista NMDA (N-metil-d-aspartato), puede retardar la progresión de la demencia de moderada a severa y ser empleado con un inhibidor de la acetilcolinesterasa. Sin embargo se considera que los efectos terapéuticos de todos estos medicamentos son moderados. No se encuentran registrados en el CNMB.

## FLUJOGRAMA

