

Título: LA ATENCIÓN DE LOS TRASTORNOS COGNITIVOS EN EL ANCIANO.

Autores:

Dr. Damián J. Santos Hedman.
Especialista de 1er. Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar.

Dr. Carlos Marín Díaz

Especialista de 1er. Grado en Geriatria y Gerontología. Especialista de 1er.Grado en Medicina General Integral. Máster en longevidad satisfactoria. Instructor.

Lic. Mayela Marrero Aliño. Licenciada en Psicología.

Servicio de Geriatria
Email: geriat@hha.sld.cu

Introducción

Los trastornos cognitivos y en particular los fallos de memoria son quejas importantes de las personas que envejecen. Pueden aparecer como síntomas aislados o estar acompañados de otras alteraciones, como desorientación, dificultades en la atención, lenguaje, calculo, función ejecutiva, etc.

Con frecuencia, resulta difícil distinguir si estas manifestaciones, están relacionadas con los cambios que se producen con el envejecimiento cerebral, o si por el contrario son las primeras manifestaciones de una enfermedad que

producirá demencia.

En el contexto clínico Los trastornos cognitivos se agrupan en dos categorías diagnósticas esenciales que son :

- Deterioro Cognitivo Leve (DCL)

Caracterizado por alteración de la memoria aislada o asociada a otros dominios (orientación, lenguaje, cálculo, atención, función ejecutiva), de intensidad menor y que no afecta la capacidad funcional del individuo. Su causa es heterogénea, y en su evolución, puede progresar a Demencia, regresar a la normalidad o permanecer estable en el tiempo.

Se reconocen dos Subtipos:

DCL (a) Amnésico: Con afectación de la memoria solamente, o con afectación de la memoria y otros dominios cognitivos.

DCL (Na) No amnésico: Con afectación de un solo dominio cognitivo (Excepto la memoria), o con afectación de múltiples dominios cognitivos.

La prevalencia en DCL(a) se estima en un 11,1%, teniendo un elevado riesgo de conversión a la Demencia tipo Alzheimer.

En el caso del DCL (Na) su prevalencia se estima en un 4,9%, constituyendo un elevado riesgo de conversión a otros tipos de Demencia (Vascular o Degenerativas).

La incidencia reportada de Demencia en personas con DCL es de 5-12% al año de evolución, llegando a alcanzar el 70% a los cinco años, mientras que en la población general es de 1-2%, en un año.

- Demencia:

Se refiere a un Síndrome debido a una enfermedad cerebral de naturaleza crónica o progresiva, con déficit en múltiples funciones mentales superiores (Memoria, pensamiento, orientación, razonamiento, cálculo, capacidad de aprendizaje, lenguaje, función ejecutiva, y juicio entre otras) con deterioro del control emocional, del comportamiento social o de la motivación, que provoca un deterioro intelectual lo suficientemente intenso para afectar la autonomía y las actividades cotidianas del individuo.

Según estudios epidemiológicos recientes se estiman que 36 millones de personas viven en el mundo con demencia, con 4,6 millones de nuevos casos

anualmente. Esta cifra se incrementará cada 20 años hasta alcanzar los 80 millones de personas con demencia en todo el mundo, en el 2040.

En Cuba la prevalencia del síndrome demencial es de 6,4% al 10,2%, en el grupo de población de 65 años y más, con predominio del sexo femenino. Se calcula que con el envejecimiento acelerado de la población, esta cifra pueda ser mayor del doble en el 2040 (300,000 personas), con una incidencia anual entre 9,1 y 21,2 1000 personas /año es decir 28, 750 nuevos casos por año.

En cuanto al impacto de esta enfermedad se mide en tres niveles.

En el individuo, afecta a su autonomía, calidad y expectativa de vida, con consecuencias desastrosas desde el punto de vista psicológico, física y económica, para la familia.

Por otra parte los costes derivados de los cuidados informales e

Institucionales sociales y de salud, de atención médica ambulatoria y

hospitalizada, de soporte en equipos médicos, medicamentos e insumos que

el estado cubano debe asumir se han calculado en aproximadamente 500

millones de dólares anuales, se estima que esta cifra se triplicará en los

próximos 30 años, con el incremento en el número de casos.

La mortalidad es otro aspecto importante a resaltar, difícil hoy en día de

calcular en nuestro medio debido probablemente a que en el cierre

de los certificados de defunción en muchas ocasiones se reflejan las enfermedades intercurrentes que originan la muerte, a pesar de ser la

demencia la causa básica. En este sentido un informe de la OPS señala que en

Estados Unidos esta enfermedad constituye la cuarta causa de

defunción en las personas de 65 y más años. Otros autores sostienen que

en el mundo occidental representan el 10% de todas las muertes en sujetos

mayores de 75 años.

Clasificación etiológica de las demencias:

Demencias Primarias: (90%)

Degenerativas:

Enfermedad de Alzheimer

Demencia de Cuerpos de Lewy

Enfermedad de Pick

Demencia Fronto- Temporal

Complejo Demencia-Parkinson

Vasculares:

Demencias MultiInfarto

Enfermedad de Binwager

Demencia Mixta.

Demencias Secundarias (10%)

Medicamentos

Tumores cerebrales primarios o Metastásicos

Déficit de Vitamina B12 y/o Ac Fólico.

Alcoholismo y Abuso de sustancias

Hipotiroidismo

Infección VIH

Sífilis

Hematoma Intracraneal

Enfermedad de Creutzfeldt Jacob

Otras.

Clasificación evolutiva de las demencias

- Ligera
- Moderada
- Severa

Objetivos

1. Brindar atención a los pacientes de 60 y más años con Trastornos Cognitivos que se encuentren ingresados, y aquellos ambulatorios que sean remitidos hacia nuestro centro.
2. Realizar la Evaluación Geriátrica Integral y neuropsicológica necesaria para establecer para el diagnóstico positivo y etiológico de Demencia y su estadiamiento.
3. Establecer las investigaciones, tanto de laboratorio y de imagen para el diagnóstico de las causas secundarias y curables.
4. Aplicar tratamiento médico y rehabilitador según estadio o etapa evolutiva en que se encuentre
5. Brindar las orientaciones necesarias sobre el manejo de los enfermos en cada etapa evolutiva dirigida a la **familia y cuidador**.

Desarrollo

Universo:

Población de 60 años y más, con fallos de memoria u otros trastornos cognitivos.

Procedencia de los pacientes:

- Ingresados en cualquiera de los servicios del hospital
- Remitidos de otras consultas protocolizadas de los servicios.
- Remitidos de las áreas de salud correspondientes a los municipios Centro Habana y Habana vieja.
- Solicitudes de Interconsultas de otros servicios, para pacientes hospitalizados.

Criterio de admisibilidad:

Adultos mayores de ambos sexos con 60 y más años con trastornos cognitivos.

Se exceptúan pacientes con retraso mental, ciegos, sordos, o con antecedentes de padecer enfermedades Psiquiátricas Graves (Psicosis, Depresión Mayor).

Conducta a seguir:

Se recogerán en una hoja de registro confeccionada al efecto, los siguientes datos:

Datos de identidad personal

Antecedentes patológicos, personales y familiares

Se debe insistir si existe antecedente de enfermedad demencial en familiares de primer grado de consanguinidad.

Interrogatorio Exhaustivo: Paciente y familiar

Examen Físico Completo: (Hacer énfasis en el examen neurológico).

Evaluación Geriátrica Integral:

Evaluación funcional: (Índice de Katz, y Lawton) .

Evaluación mental: (Mini mental test de Folstein, Test de Yessavage. (Versión reducida).

Evaluación social: Encuesta Socioeconómica.

Evaluación neuropsicológica: (Al inicio en todos los casos y en el seguimiento

De 3- 6 meses. (Se realizará por el servicio de Psicología del hospital)

Entrevista al paciente y familiar

En el paciente se evaluarán las esferas cognitivas, afectivas, y conativas. En la primera se explorarán los siguientes dominios:

memoria, orientación, denominación, atención, lenguaje,

función ejecutiva, gnosis, praxis, y otras.

Conducta investigativa:

Estudios de Laboratorio Clínico:

Hemograma completo, Glicemia, Creatinina, TGP, TGO, FAL, Hormonas

Tiroideas (TSH, T3, T4), Vitamina B12, Ac. Fólico. Serología y VIH, u otras, que sean necesarias por sus condiciones comorbidas.

Estudios Imagenológicos: (En Coordinación con el Servicio de Imagenología)

Rx. de Tórax (si necesario)

US Abdominal (si necesario)

TAC de Cráneo Simple.

RMN (En casos necesarios)

Otros.

Criterios diagnósticos:

- DSM-V, CIE-10
- Nuevas Guías Clínicas para el Diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer. Recomendaciones de Grupos de trabajo de la asociación internacional de Alzheimer y el Instituto Nacional sobre Envejecimiento. En ellas se establecen los nuevos criterios para el diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer (EA), donde existen tres criterios:
 1. Demencia debida a EA probable.
 2. Demencia debida a EA posible.
 3. Demencia debida EA probable o posible con evidencia de proceso fisiopatológico de EA.

En los dos primeros criterios se proponen para escenarios clínicos, y El tercero se propuso para fines de investigación. En este se Se requiere, la presencia de Biomarcadores de la enfermedad.

Los principales Biomarcadores de EA que han sido ampliamente investigados durante la elaboración de estos criterios pueden dividirse en dos clases, según el parámetro biológico que miden:

1. Biomarcadores del depósito de proteína β -amiloide (β A), que son: niveles bajos de proteína β A42 en líquido ceforraquídeo, y positividad en la neuroimagen de amiloide en tomografía de emisión de positrones (PET).
2. Biomarcadores de lesión o degeneración neuronal descendente. Los tres principales Biomarcadores en esta categoría son la proteína tau (τ) elevada en el líquido ceforraquídeo, tanto la proteína τ total como la fosforilada; la captación disminuida de fluorodesoxiglucosa en el córtex temporoparietal en

la PET; y una atrofia desproporcionada en la neuroimagen de resonancia magnética (RNM) en el córtex de los lóbulos temporales medio, basal y lateral y del parietal medio. En estos criterios se trata de forma equivalente a la proteína τ total y a la fosforilada, aunque la fosforilada puede tener mayor especificidad para la EA que para otros tipos de demencias.

(En nuestro medio no contamos en estos momentos, con la tecnología necesaria para la realización de estos estudios).

En el Diagnóstico Diferencial debemos tener en cuenta las causas potencialmente curables (Hematoma Subdural, el Hipotiroidismo, la Hidrocefalia Normotensa), y muy especialmente el Síndrome Confusional Agudo (delirium) que constituye una urgencia geriátrica de alta prevalencia en el medio hospitalario producida por numerosas condiciones médicas, (sepsis, desequilibrio hidroelectrolítico, la toxicidad por fármacos, los eventos vasculares isquémicos o trombóticos, los traumatismos, postoperados, y otros) de diversa índole que tienen una instalación generalmente brusca (en horas, o días), con fluctuación del nivel de conciencia en el mismo día, trastornos en la atención, asociada con alteraciones en la percepción (alucinaciones e ilusiones), y alteraciones del ciclo vigilia-sueño, y elevado riesgo de complicación y muerte.

En estos casos es imprescindible identificar la causa y tratarla eficazmente.

Conducta a seguir:

Atención Ambulatoria Especializada de DCL

Se realizará evaluación geriátrica y neuropsicológica y se controlaran las enfermedades asociadas.

Tratamiento:

Antioxidantes (Vitamina E, Selegilina, y Ginkgo Biloba)

Estimulación Cognitiva.

Seguimiento clínico entre 3-6 meses.

Si en su evolución cumplen con los requisitos, establecidos para el Diagnóstico de demencia, pasarán a ser atendidos en la consulta especializada de demencia.

Demencia senil:

(Criterios según DSM-IV, CIE-10) (21)

1.-Demencia senil tipo Alzheimer: Criterios diagnósticos según DSM-IV.

Criterios CIE-10 (22), y NINCDS-ADRDA (23)

Se clasificarán según estos criterios en:

demencia posible, probable, y de certeza (histología)

2.- Demencia multi-infarto ó vascular: Criterios diagnósticos según DSM-IV.

Criterios NINCDS-AIREN (24)

3.-Demencia con cuerpos de Lewy: Criterios de McKeith et al., (25)

4.-.- Otras causas de demencia.

Según criterios diagnósticos del DSM-IV

Conducta a seguir:

- Atención Ambulatoria en consulta especializada de demencia cada seis meses:
- Determinar estadio evolutivo: Escala de deterioro global de Reisberg. (CDR)

Estadio I y II: (Ligero a moderado)

1.- Tratamiento Farmacológico

Inhibidores de la Acetilcolinesterasa:

Donepezilo (Aricept): Dosis 5-10 mg. / 24 horas. Comenzar con 5mg. que puede incrementarse a las 4 semanas a 10 mg. Dosis máxima 20 mg. Diarios.

Rivastigmina (Exelon, Prometax): Dosis: 3 a 6 mg, dosis efectiva.

Dosis Total:12 mg.

Galantamina (REMINIL): Dosis: Efectiva 16, 24, o 32 mg. por día 2v/día

En Estadios Moderados y Severos:

- Fármacos antagonistas de la N-Metil-D- Aspartato (NMDA):
- Memantina (EBIXA O AXURA)

Dosis: eficaz 10 mg. en dos dosis Mañana y Tarde (noche).

En Metanálisis recientes se ha recomendado con fuerte evidencia científica el uso de tratamiento mixto con Donepezilo y Memantine con resultados favorables en esta etapa de la enfermedad de Alzheimer.

Tratamientos de los síntomas no cognitivos: (En Coordinación con especialista de Psiquiatría)

Antidepresivos: Inhibidores de la Recaptación de Serotonina

Fluoxetina: Dosis 20 mg. / día.

Fluvoxamina: Dosis 100-300 mg. / día.

Sertralina: Dosis 50-100 mg. / día.

Paroxetina: Dosis 20-40 mg. / día.

Citalopram Dosis 20-30 mg. / día.

Antipsicóticos:

Tioridazina: Dosis 25-100 mg. / día.

Haloperidol Dosis 0.5-5 mg. / día.

Risperidona Dosis 0.5-1 mg. a 4-6 mg.(dosis máxima).

Olanzapina Dosis 2,5-5 mg. a 5-10 mg./ día (Máxima)

Educación y Orientación a Familiares

(En coordinación con el Servicio de Psicología y Educación para la salud)

Terapias de estimulación Cognitivas (Estadio Ligeros), y en ancianos con deterioro de la memoria asociado a la edad (DCAE)

Educación del cuidador crucial (Estadio I, II, III)

Cuidados paliativos: Estadio III (Demencia avanzada)

(Esta hoja está en blanco al no poderse subir el recuadro de los Indicadores, que aparece en la hoja siguiente a esta)

Ese recuadro no pudo modificarse al ser escaneado e insertado en esa página

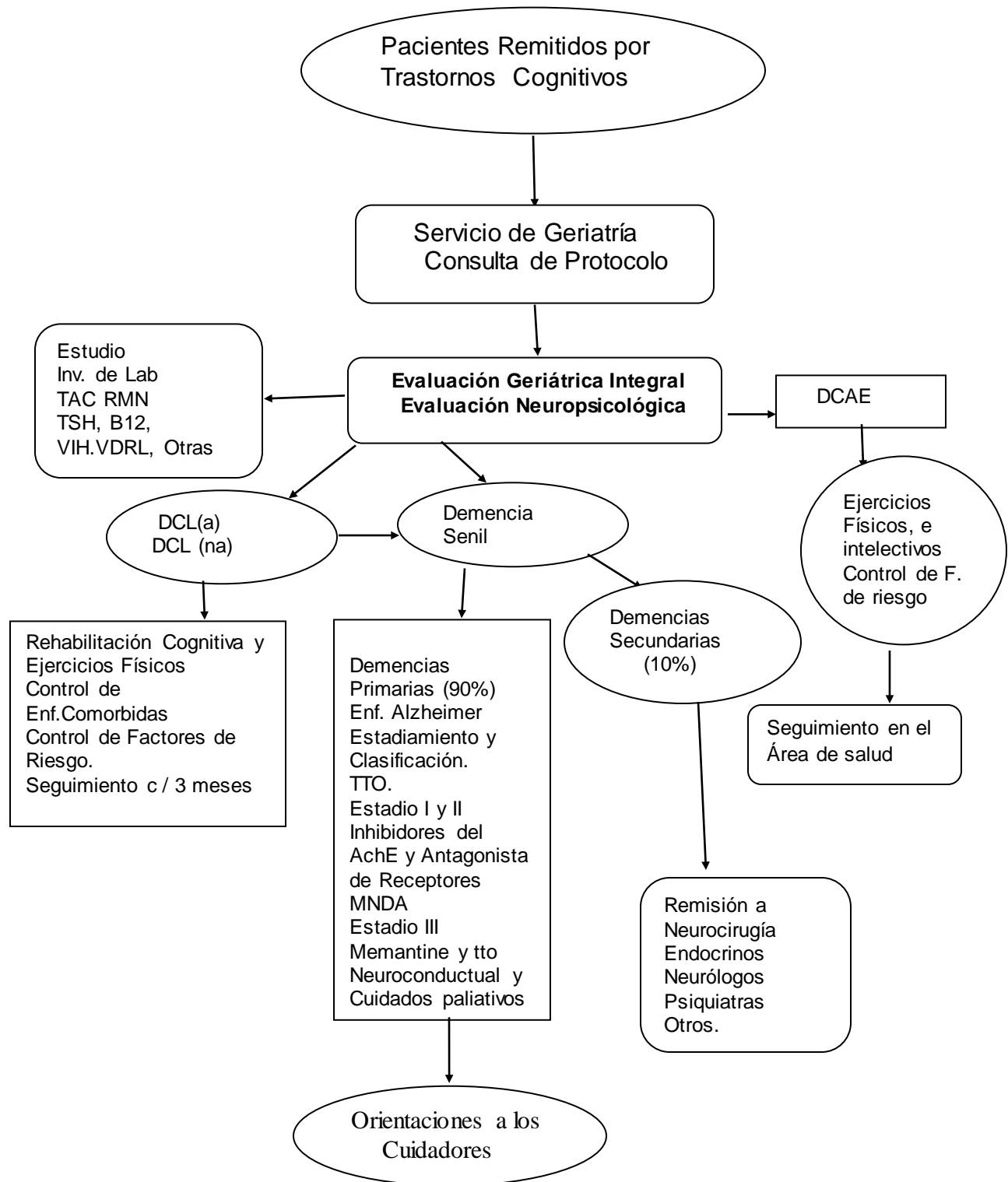
Indicadores

	<u>Indicadores de estructura</u>	<u>Estándar</u>
Recursos humanos	% de personal asistencial (geriatra y personal auxiliar) entrenado en el contenido del PA	>95%
	<hr/>	
	% de reactivos para los estudios según PA	>95%
Recursos materiales	% de medicamentos según se detallan en el PA	>95%
	<hr/>	
	% de planillas para la recogida de datos del PA	>95%
Recursos organizativos	% de planillas introducidas en la base de datos	100%
	<hr/>	

	<u>Indicadores de procesos</u>	<u>Estándar</u>
	% de pacientes bien clasificados por el personal más calificado del Servicio	> 95%
	% de pacientes con seguimiento ambulatorio según precisa el PA	>90%
	<hr/>	
	<u>% de indicaciones de tratamiento realizadas</u>	<u>>95%</u>
	<hr/>	

	<u>Indicadores de resultados</u>	<u>Estándar</u>
	% de pacientes con complicaciones relacionadas con los estudios	≤1%
	<hr/>	
	% de pacientes con mejoría subjetiva de los trastornos de memoria	≥70%
	<hr/>	
	% de pacientes en tratamiento de rehabilitación cognitiva según PA	≥70%
	<hr/>	
	% de cuidadores y/o familiares de pacientes, que recibieron orientaciones (folleto impreso o curso)	≥70%
	<hr/>	

ALGORITMO DE ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS COGNITIVOS



Bibliografía

American Psychiatric Association, (1994). Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder, 4th Ed (DSM IV). Washington DC.

Feldstein MF., Folstein SE., Mc Hugh PR. (1975) Mini Mental State a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr. Res.12: 189-198.

Guy M. Mc Khann et al (2011). 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 Dement 7 (3): 263-267 doi: 10.1016/j.jalz.2011.03.005.

Hughes CP et al. (1988). A new Clinical scale for the staging of dementia. Br J Psychiatr 140:566-72.

K. Jekel et al (2015) Mild Cognitive Impairment and deficit in instrumental activities of daily living: a systematic review. Alzheimer Research & Therapy 7:17 doi:10. 1186/s13195-015-0099-0

Llibre Rodríguez; J. J. (2012); Envejecimiento y Demencia: implicaciones para la comunidad científica, la salud pública, y la sociedad cubana. Rev. Anales de la Academia de Ciencias de Cuba Vol. 2, No 2; 1-18.

L.Tan et al. (2015). Efficacy and safety of atypical antipsychotic drug treatment for dementia: a systematic review and meta-analysis. Alzheimer Research & Therapy; 7:20 doi: 10.1186/s 13195-015-0102-9.

M A. Nowrangi et al. (2015). Principles and Management of Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's Disease. Alzheimer's Research & Therapy. 7:12: DOI 10.1186/s13195-015-0096-3

M Prince et al. (2016). Recent Global Trends in the prevalence and incidence of dementia, and survival with dementia. Alzheimer Research & Therapy 8:23 doi 10.1186/s 13195-016-0188-8.

OMS. CIE-10. (1994). Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. Organización Mundial de la Salud. División de Salud Mental. Ginebra. Meditor, Madrid, 49-60.

P. Abizanda Soler et al. (2015). Valoración Funcional en el anciano. En Tratado de Medicina Geriátrica cap. 21; 172-181 Elsevier España, S. L. U.

P. Gil Gregorio. (2015) El anciano con Enfermedad de Alzheimer. En Tratado de Medicina Geriátrica. Cap.62; 483-90. Elsevier España, S. L. U.

R.C. Petersen. (2011). Mild Cognitive Impairment. N Engl J Med.; 364: 2227-34.

Rl. Bosh-Bayard; J.J. Llibre-Rodríguez; et al. (2016). Cuba's Strategy for Alzheimer Disease and Dementia Syndromes. MEDICC Review, Vol 18; No.4

R. Schmidt et al. (2015). EFNS-ENS/EAN Guideline on Concomitant use cholinesterase inhibitors and Memantine in moderate to severe Alzheimer's disease. European Journal of Neurology 22; 889-898.

Servicio de Geriatría

**ATENCIÓN AL DETERIORO COGNITIVO LIGERO
(Hoja de registro)**

[1] Fecha ____ / ____ / ____ [2] N°. _____

I.- Datos de Identidad

[3] Nombre y apellidos:

[4] Sexo _____ [5] Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

[6] Dirección:

—

H.C. _____ [7]

[8] Policlínico: _____ [9]

Consultorio N°. _____

[10] Ocupación: _____ [11] Nivel Educativo:

II.- Antecedentes Patológicos Familiares

[12] Padre: _____ [13] Madre: _____ [14] Hermanos:

[15] Abuelos: _____ [16] Otros:

III.- Antecedentes Patológicos Personales:

[17] Alcoholismo ____ [18] Tabaquismo ____

[19] Hipertensión Arterial ____ [20] Diabetes Mellitus ____

[21] Cardiopatía Isquémica ____ [22] Obesidad ____

[23] Otros antecedentes

[24] Tratamiento actual

[27]

VII.- Evaluación Neuropsicológica:

[28] Entrevista:

Tests Neuropsicológicos:

[29] Mini mental de Folstein _____ Ptos.

[30] G.D.S. (Yesavage reducido) _____ Ptos.

[31] Test del informador _____ Ptos.

[32] Otros instrumentos:

VIII.- Valoración Funcional:

[33] Índice de Katz

[34] Índice de Lawton

[35] Encuesta Socio-Económica

[36] Test de Zarit (Sobrecarga familiar) _____ Ptos.

[37] Clinical Dementia Rating (C.D.R.)

[38] Otros

IX.- Conclusiones y recomendaciones:

