

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

ACTUALIZACIÓN 2012

Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-144-08**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CIE-10: F 03 Demencia, no especificada

GPC

Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención
Prevención
ISBN en trámite

DEFINICIÓN

El **deterioro cognoscitivo** es un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad. Visto como un síndrome geriátrico, es una alteración de cualquier dimensión de las funciones mentales superiores, de la cual se queja el paciente, pero se puede o no corroborar por pruebas neuropsicológicas, y que generalmente es multifactorial, tales como: depresión, déficit auditivo y visual, hipotiroidismo, efectos adversos de medicamentos, entre otros dan lugar a una sola manifestación. Este síndrome amerita una evaluación integral para determinar si el paciente cursa con demencia, o algún otro problema que pueda ser resuelto.

La **demencia** es un trastorno neurológico con manifestaciones neuropsicológicas y neuropsiquiátricas que se caracteriza por deterioro de las funciones cognoscitivas y por la presencia de cambios comportamentales. Dicho de otra manera, es un síndrome clínico que se caracteriza por una pérdida adquirida de habilidades cognoscitivas y emocionales de suficiente severidad para interferir con el funcionamiento social, ocupacional, o ambos.

Deterioro cognoscitivo y demencia son conceptos similares, pero se deben de diferenciar por el grado de afectación en la alteración en la funcionalidad. Por ejemplo, el término "deterioro cognoscitivo leve" en la actualidad se utiliza para referir a las personas que presentan evidencia de deterioro cognoscitivo principalmente de la memoria, en las pruebas neuropsicológicas pero no reúnen criterios para demencia. Este término, también se utiliza para reconocer la fase transicional entre el envejecimiento habitual y la demencia en etapas tempranas. El deterioro cognoscitivo leve puede ser una manifestación temprana de Demencia tipo Alzheimer.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO CEREBRAL

Durante el envejecimiento normal después de los 60 años, se pueden observar los siguientes cambios en el sistema nervioso central (SNC):

- Hay pérdida neuronal progresiva, principalmente de la sustancia blanca.
- La atrofia cerebral es evidente por un ensanchamiento ventricular, el volumen cerebral tiene una disminución progresiva.
- Hay disminución en la conectividad a nivel de hipocampo y la región temporoparietal que condiciona un defecto del procesamiento de nueva información.
- Los neurotransmisores se encuentran disminuidos, principalmente la acetilcolina que participa junto con el sistema límbico para el procesamiento del aprendizaje, el cual es más lento en el adulto mayor.
- Los cambios vasculares asociados a la edad se caracterizan por la formación de ateromas pequeños, engrosamiento y remplazo del tejido muscular por tejido fibroso haciendo los vasos más gruesos y rígidos (arterioesclerosis).

- La hipertensión y la diabetes favorecen cambios ateroscleróticos hialinos principalmente a nivel de la sustancia blanca cerebral profunda conocida como leucoaraiosis.
- La presencia de placas neuríticas, lesiones neurofibrilares, placas seniles, la acumulación del β -amiloide y lipofuscina a nivel cortical y subcortical se acumulan de manera habitual en el curso del envejecimiento, sin embargo su presencia excesiva se asocia a deterioro cognoscitivo.

FACTORES DE RIESGO PARA DEMENCIA Y DETERIORO COGNOSCITIVO

Los factores de riesgo para demencia en general caen dentro de 3 categorías: Envejecimiento, genética y ambientales. Dentro de estas incluyen: edad avanzada, antecedentes familiares de demencia, trauma craneoencefálico con pérdida de la conciencia, alteraciones en los vasos sanguíneos (Hipertensión, hipercolesterolemia, vasculitis), diabetes mellitus y otros trastornos metabólicos, depresión y otros trastornos psiquiátricos (Esquizofrenia, psicosis, otros), infecciones del SNC (Meningitis, encefalitis, tuberculosis, sífilis, VIH), abuso del alcohol y otras sustancias, delirium postoperatorio o durante la hospitalización, evento vascular cerebral, cardiopatía isquémica y aterosclerosis, algunos tipos de cáncer y Enfermedad de Parkinson.

Ante la presencia de factores de riesgo cardiovascular previamente comentados, se deberán considerar como alto riesgo y se recomienda realizar una evaluación en busca de deterioro cognoscitivo de origen vascular.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

La evaluación clínica en el primer nivel de atención debe ser práctica, requiere ser dirigida, eficiente y se debe de interpretar en el contexto de las enfermedades concomitantes y otros factores contribuyentes. Esta se realiza típicamente cuando el paciente o la familia se quejan de problemas de memoria. Sin embargo, la evaluación cognoscitiva se debe realizar a todos los adultos mayores en el primer nivel de atención rutinariamente por lo menos una vez al año en busca de deterioro cognoscitivo a través de una prueba de tamizaje (**Algoritmo 1**).

Se debe de realizar una evaluación médica general, para descubrir trastornos sistémicos asociados a delirium o factores de riesgo para demencia vascular o Enfermedad de Alzheimer, además de una revisión de los fármacos enfocándose en aquellos con polifarmacia o que usen psicotrópicos. Cuando sea posible, se deberá de tener una entrevista con la familia para conocer la pérdida de actividades de la vida diaria, memoria, conducta, cronología de los síntomas y de cualquier desviación de la normalidad.

El deterioro cognoscitivo leve (DCL) es un síndrome clínico que consiste en una disminución medible de la memoria y/o más funciones cognoscitivas pero que **no** tiene afectación en las actividades de vida diaria, ni cumple con los criterios de síndrome demencial. Su importancia radica en que se considera una fase de transición entre una función cognitiva normal y una demencia. Su tasa de conversión anual es del 7% al 10%.

El deterioro cognoscitivo leve se clasifica de acuerdo a la presencia o no de alteración de la memoria acompañada o no de alteración en otro dominio cognoscitivo (**Algoritmo 2**):

1. Deterioro cognoscitivo amnésico de dominio único.
2. Deterioro cognoscitivo amnésico de múltiples dominios.
3. Deterioro cognoscitivo **no** amnésico de dominio único.
4. Deterioro cognoscitivo **no** amnésico de múltiples dominios.

Se recomienda utilizar los **criterios de Petersen o de Mayo** para el diagnóstico de deterioro cognoscitivo leve (DCL): 1. Disminución cognoscitiva. 2. Referido por el paciente o por un informante. 3. Evaluado por pruebas cognoscitivas. 4. Sin alteraciones en las actividades de vida diaria. 5. Sin criterios clínicos para demencia de acuerdo al DSMIV o CIE 10.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Las funciones mentales superiores en el anciano pueden verse afectadas por cambios propios del envejecimiento, entre estos, el déficit cognoscitivo leve puede evolucionar a demencia, es por ello la importancia de realizar detecciones tempranas para tratamiento oportuno. Para ello se recomienda realizar pruebas de escrutinio aunadas a una valoración integral con una historia clínica completa, son la piedra angular del diagnóstico.

En el paciente geriátrico que se sospeche deterioro cognoscitivo, la prueba Examen Mínimo del Estado Mental (MMSE) puede ser utilizada como prueba inicial. Su aplicación lleva menos de 10 minutos e identifica en forma temprana trastornos de la memoria y el deterioro cognoscitivo. La concordancia entre médicos generales y neuropsicólogos es del 86 %. El resultado del MMSE deberá ser controlado por la escolaridad de los sujetos. Con una media para normalidad de 24 puntos o más para individuos con 5 a 8 años de escolaridad y de 22 puntos para los que tienen de 0 a 4 años de escolaridad. Para que el MMSE tenga una adecuada confiabilidad es necesario que el paciente no esté cursando con delirium, alteraciones metabólicas o comorbilidad que pudiera alterar su estado de alerta o percepción sensorial. (**Cuadro 1**):

Otro instrumento de escrutinio práctico y rápido de aplicar es la *Prueba del dibujo del Reloj*, evalúa la función ejecutiva, construcción visuo-espacial y habilidades cognitivas, ha sido validado en muestras comunitarias extensas para diferenciar pacientes con demencia de sanos, Los valores de la sensibilidad son del 80% y la especificidad 60%.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La demencia es un diagnóstico que se efectúa por exclusión. La enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular son las causas más frecuentes con las que se debe efectuar el diagnóstico diferencial. Sin embargo, se debe pensar en otras causas, cuyo sustrato etiológico establece un tratamiento y pronósticos diferentes.

La depresión, la deficiencia de vitamina B12 y el hipotiroidismo, son entidades que con frecuencia cursan con demencia potencialmente reversible por lo que se recomienda establecer el diagnóstico diferencial e incluir en el protocolo de estudio, biometría hemática completa, perfil tiroideo, química sanguínea que incluya función hepática y renal, electrolitos séricos, vitamina B12 y serología para sífilis, además en los pacientes que presentan síntomas depresivos, el médico deberá realizar una evaluación del estado cognoscitivo y del estado de ánimo con escalas para tal efecto como GDS, (Geriatric Depression Scale) (**Cuadro 2**):.

La depresión puede confundirse con deterioro cognoscitivo, debido a que los síntomas como aislamiento, anhedonia y olvidos por distracción suelen imitar a los síntomas de deterioro cognoscitivo. La pseudodemencia depresiva se debe diferenciar con la demencia. No siempre es fácil identificar una de otra, sin embargo, la pseudodemencia depresiva tiene un inicio breve, en semanas, y los síntomas afectivos se identifican en forma temprana, presenta lagunas de memoria y en la demencia se ve gravemente afectada la memoria de hechos recientes. Una práctica frecuente para diferenciar entre pseudodemencia depresiva y demencia, consiste en ofrecer una prueba terapéutica con antidepresivos durante un tiempo. La pseudodemencia depresiva suele responder al tratamiento en el corto plazo.

En presencia de un paciente con deterioro cognoscitivo, es importante diferenciar entre demencia, delirium y

depresión, conocidas como las *tres "D"* ya que existe la posibilidad que se asocien entre sí. (Cuadro 3).

Los trastornos del sueño como el insomnio, apnea obstructiva del sueño, movimientos periódicos de las extremidades durante el sueño y el síndrome de piernas inquietas, son causas de deterioro de la memoria, cambios de la atención y déficit de aprendizaje. En el adulto mayor, se manifiestan como disminución del estado de alerta, somnolencia diurna excesiva, lentitud, apatía, bradilalia, disminución de la actividad física y cambios en la atención, por lo cual suelen confundirse con demencia.

Se observa alteraciones cognoscitivas hasta en un 42% en pacientes con polifarmacia. Por lo que se deberá tomar en cuenta a los fármacos como causa coadyuvante al realizar la evaluación para deterioro cognoscitivo. Algunos de estos medicamentos son: Anticolinérgicos, antihistamínicos, benzodiazepinas, analgésicos opiáceos, antiparkinsonianos, anticonvulsivantes, antipsicóticos. Tal es el grado de estos como causa de deterioro cognoscitivo que en el adulto mayor del se asocia a 1.5 al 10% de los diagnósticos de demencia o deterioro cognoscitivo a los efectos adversos de medicamentos

Los médicos de atención primaria deben descartar aquellas entidades que presentan deterioro cognoscitivo como depresión, hipotiroidismo, trastornos del sueño, fármacos y aquellas demencias potencialmente reversibles, antes de comunicar al paciente y familiares el diagnóstico, así como solicitar la interconsulta a la especialidad de Geriátrica, Neurología o Psiquiatría.

SÍNDROMES GERIÁTRICOS Y SU ASOCIACIÓN A DETERIORO COGNOSCITIVO

El deterioro cognoscitivo en el adulto mayor debe abordarse como un **síndrome geriátrico**, hasta determinar sus componentes y causas subyacentes o bien diagnosticar demencia, así como su afección en las áreas biológica, psíquica, social y funcional. Son múltiples las causas que lo provocan, a la vez puede exacerbar o provocar otros síndromes geriátricos.

Síndrome de caídas

Los adultos mayores que presentan deterioro cognoscitivo o demencia tienen mayor riesgo de caídas, estas pueden ser una manifestación temprana o tardía de demencia y otras enfermedades neurodegenerativas, sobretodo si se presentan de forma repetitiva y/o progresiva.

Los principales factores de riesgo para caídas en un adulto mayor que presentan deterioro cognoscitivo o demencia son: Alteraciones motoras asociadas, déficit visual, deterioro cognoscitivo severo, abatimiento funcional, caídas previas, alteraciones de la conducta, uso de neurolépticos (antipsicóticos), baja densidad mineral ósea, sarcopenia y fragilidad.

A todos los adultos mayores con síndrome de caídas y alteraciones de la marcha se les debe explorar su estado cognoscitivo en búsqueda de deterioro. Por ejemplo: enviar a valoración por oftalmología en caso de sospecha de privación sensorial, enviar a rehabilitación para mejorar y reducir la marcha, disminuir o eliminar los fármacos que causan hipotensión-mareo o que afectan el músculo o la cognición (benzodiazepinas), tratar la agitación asociada a la demencia y enviar a programa de actividad física al menos 2 o tres veces por semana, para mejorar la fuerza, la flexibilidad y el balance por ejemplo: Caminata, Tai Chi y otros, en grupos de actividad social.

Síndrome de fragilidad

La presencia de deterioro cognoscitivo en el adulto mayor es un factor de riesgo para presentar fragilidad en un periodo de 10 años, con un riesgo anual del 9% y esta asociación eleva la mortalidad a 5 años hasta en un 44.5%.

En los adultos mayores con coexistencia de fragilidad y deterioro cognoscitivo se debe implementar un plan integral para tratar de mejorar el pronóstico. Básicamente se debe aumentar la actividad física, la ingesta alimentaria y limitar la prescripción de fármacos que interfieran con la cognición, causen mareo o afecten el músculo. Debe ser valorado adicionalmente por el médico Geriatra para optimizar el manejo de la fragilidad y la demencia.

Depresión

La depresión de inicio tardío (60 años y más) incrementa el riesgo 2 veces para enfermedad de Alzheimer y 3 veces para demencia vascular, en los siguientes 5 años. La Escala de Depresión Geriátrica (GDS) es un instrumento útil y fácil de aplicar por médico no especialista en salud mental para el diagnóstico de depresión y se recomienda su uso en el primer nivel de atención.

El tratamiento antidepressivo mejora la cognición y la funcionalidad en sujetos con demencia y depresión. Debe individualizarse de acuerdo a las comorbilidades, interacciones farmacológicas y el estado general del paciente, cabe señalar que se requieren dosis menores que en sujetos jóvenes, ya que el adulto mayor con demencia es particularmente predispuesto a efectos adversos a los psicotrópicos.

Síndrome de abatimiento funcional

Las actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD), no así las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), son una herramienta útil para el tamizaje de deterioro cognoscitivo y demencia (sensibilidad 90% y especificidad 79%). La disminución en por lo menos 2 AIVD incrementa el riesgo de demencia en los próximos 10 años, siendo la dificultad en el manejo de las finanzas el mejor predictor de demencia

En los adultos mayores se debe buscar intencionadamente abatimiento funcional en AIVD (medido con la escala funcional de Lawton y Brody, y quienes tengan deterioro en al menos una AIVD deben ser explorados en búsqueda de deterioro cognoscitivo o demencia por lo menos cada año.

Delirium

Los adultos mayores que presentan al menos un cuadro de delirium tienen un elevado riesgo de demencia a 3-5 años. La prevalencia del delirium en adultos mayores con demencia que viven en la comunidad es del 13%, pero puede variar de 22% a 85% según la población estudiada, incrementando considerablemente la utilización y los costos de la atención médica. La resolución del delirium en adultos mayores con demencia es más lenta que en aquellos sin demencia: 18.2% vs 53.9% a los 3 días y 50% vs 83% a los 7 días.

No hay evidencia de una estrategia clara para tratamiento del delirium en adultos mayores con demencia, sin embargo el manejo es similar al del delirium sin demencia, este debe ser multidisciplinario y enfocado a los factores de riesgo y desencadenantes, con medidas farmacológicas y no farmacológicas.

Polifarmacia

Existe una relación entre la polifarmacia (más de 5 fármacos) y el riesgo de demencia en adultos mayores (44% aquellos con polifarmacia vs 32% sin polifarmacia). El riesgo de demencia se incrementa de manera proporcional con el número de fármacos ingeridos.

Las drogas con propiedades anticolinérgicas interfieren con la cognición de forma aguda (delirium) y crónica (deterioro cognitivo) en los adultos mayores y deben evitarse en los que tienen factores de riesgo para ambas condiciones. Una vez que se presenta el deterioro cognitivo o el delirium deben retirarse y reevaluar el estado cognoscitivo después de un tiempo razonable de acuerdo a la farmacología de la droga y el estado general del paciente.

Síndrome de privación sensorial

Existe un riesgo de demencia en el adulto mayor con el déficit auditivo a 12 años, siendo el riesgo proporcional a la severidad de la hipoacusia. Se debe descartar que el paciente con sospecha de deterioro cognoscitivo presente un déficit sensorial ya que podría confundirse incorrectamente como una manifestación de este: la dificultad para leer puede confundirse como incapacidad para seguir instrucciones escritas; la sordera se confundiría como incapacidad para seguir órdenes.

Todos los adultos mayores deben ser evaluados de su estado sensorial y si presentan algún tipo de privación sensorial deben ser evaluados para detectar deterioro cognoscitivo y seguirlos en el tiempo.

Desnutrición

En mujeres mayores de 65 años, un índice de masa corporal bajo o normal con adiposidad central (índice cintura cadera > 0.8) es un factor de riesgo para demencia, en cambio el sobrepeso y la obesidad son factores protectores. La desnutrición en los adultos mayores con deterioro cognitivo es muy prevalente comparado con los que no tienen demencia (47% en deterioro cognoscitivo leve y 62% en demencia vs 19% sin demencia) $p < 0.001$.

Los programas de intervención nutricional y los complementos nutricionales pueden prevenir la desnutrición en los adultos mayores con demencia, sin embargo no tienen ningún efecto en el deterioro funcional. Se debe mantener la dentadura o usar prótesis dental en los adultos mayores con demencia, ya que asegura la ingesta calórica diaria por lo menos los primeros dos años.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

El tratamiento no farmacológico es eficaz para el manejo de los síntomas neuropsiquiátricos del adulto mayor con deterioro cognoscitivo (Agitación, agresividad, depresión, alucinaciones, vagabundeo, comportamiento sexual inapropiado). Las alteraciones conductuales en el paciente con deterioro cognoscitivo pueden ser secundarias a su incapacidad de adaptación a un nuevo ambiente (o cuando ha sido cambiado) y debe identificarse y corregirse antes de intentar un tratamiento farmacológico. Para ello, la modificación del entorno domiciliario para adaptarlo al nivel de funcionalidad estimula la independencia y mejora la adaptación, además la educación en salud al cuidador ha demostrado mejorar los resultados en el tratamiento no farmacológico de síntomas neuropsiquiátricos. Este incluye:

- Recomendaciones de modificación arquitectónica del domicilio para eliminar o disminuir potenciales riesgos y simplificar las actividades básicas de la vida diaria.
- Corrección de las deficiencias sensoriales visual y auditiva.
- Educar al cuidador sobre la sintomatología de la enfermedad.
- Vigilar la presencia de colapso, depresión, ansiedad o maltrato del cuidador (Cuidar al cuidador).
- Recomendar la actividad física para mejorar la funcionalidad.
- El abordaje del paciente con demencia y la elaboración del plan terapéutico debe ser interdisciplinario.
- Incentivar al adulto mayor a realizar actividades básicas de la vida diaria, ajustadas a la capacidad del paciente.
- Actividades físicas, recreativas y ocupacionales las cuales deben ser supervisadas según la gravedad del deterioro cognoscitivo.

Se recomienda que el cuidador realice otras actividades (recreativas, asistencia a grupos de apoyo) y solicite ayuda por un similar, como estrategia para aliviar la sobrecarga. Los cuidadores y familiares responsables deben recibir un entrenamiento en intervenciones para funciones mentales superiores efectivas para las personas con demencia.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Los inhibidores de colinesterasa (donepezilo, galantamina y rivastigmina), mejoran la función cognoscitiva, actividades de la vida diaria y síntomas neuropsiquiátricos en pacientes con demencia tipo Alzheimer leve a moderada debido a su mecanismo de acción, que aumenta la presencia de acetilcolina en la hendidura sináptica, sin embargo NO previenen la progresión de deterioro cognoscitivo leve (DCL) a demencia y deben suspenderse en demencia grave. Su prescripción deberá hacerse por el geriatra, psiquiatra o neurólogo.

El control óptimo de la presión arterial en personas hipertensas es especialmente recomendable, debido a los beneficios observados en la reducción de la mortalidad, de eventos cardiovasculares y de demencia vascular. La **prevención secundaria** de eventos cerebro-vasculares recurrentes en pacientes con deterioro cognoscitivo de origen vascular debe ser realizada con fármacos antihipertensivos, estatinas y antiagregantes plaquetarios. Mientras que la eficacia de la aspirina en la prevención secundaria del evento vascular cerebral está establecida, no hay estudios que evalúen la eficacia de la aspirina u otros antiagregantes plaquetarios en la prevención o el tratamiento de demencia vascular.

No se recomienda la prescripción de suplementos con ginkgo biloba, vitaminas B1-B6-B12, ácido fólico o ácidos grasos omega-3 con la intención de prevenir o mejorar deterioro cognoscitivo; tampoco se recomienda usar piracetam, pentoxifilina, citicolina, estrógenos, prednisona u homeopatía con la finalidad de mejorar el estado cognoscitivo.

Los antidepresivos pueden ser utilizados en el tratamiento de la comorbilidad con depresión. Se sugiere utilizar principalmente inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) ya que los antidepresivos tricíclicos pueden empeorar el déficit cognoscitivo por sus efectos anticolinérgicos secundarios. Las benzodiazepinas no son recomendadas para el manejo de los síntomas conductuales de la demencia, ya que están asociadas a mayor riesgo de caídas, somnolencia diurna y mayor deterioro cognitivo.

Los antipsicóticos buscan mejorar los síntomas conductuales que se presentan en la demencia: psicosis, agresión, agitación, trastornos del sueño, si es necesario, los antipsicóticos convencionales (haloperidol) pueden ser utilizados con precaución, previa valoración por el especialista en psiquiatría y vigilando estrictamente sus efectos colaterales. La prioridad en la evaluación médica es resolver la situación subyacente antes de iniciar tratamiento antipsicótico.

PRONÓSTICO

En general, la supervivencia de un paciente después de haberse elaborado el diagnóstico es de 3 a 5 años, el cual se modifica si existe la presencia de enfermedades crónicas degenerativas, el riesgo de muerte se incrementa en la medida que la demencia se agrava. En un estudio de cohorte comparó sujetos con demencia y sin ella y en un seguimiento a 5 años se observó que la demencia leve – moderada incrementa dos veces el riesgo de muerte, en contraste, la demencia severa incrementa hasta 10 veces el riesgo de muerte.

SEGUIMIENTO

Se deberá realizar una evaluación del estado cognoscitivo al menos una vez al año a todos los pacientes mayores de 60 años sin deterioro cognoscitivo aparente en primer nivel de atención para la detección oportuna. En caso de que se cuente con el diagnóstico de deterioro cognoscitivo o demencia se deberá llevar seguimiento al menos cada 6 meses con pruebas objetivas como el MMSE o la prueba del dibujo del reloj.

CRITERIOS DE REFERENCIA

Con el MMSE se considera, que una puntuación mayor a 24 es normal o sin deterioro cognoscitivo, de 18 a 23 deterioro leve y de 0 a 17 deterioro moderado o severo. Es útil para sospechar, pero no para hacer diagnóstico definitivo de demencia. Cualquier hallazgo de deterioro cognoscitivo leve o moderado es indicativo de ampliar la evaluación diagnóstica en neurología y/o Geriátría, con los siguientes criterios para la referencia del paciente geriátrico:

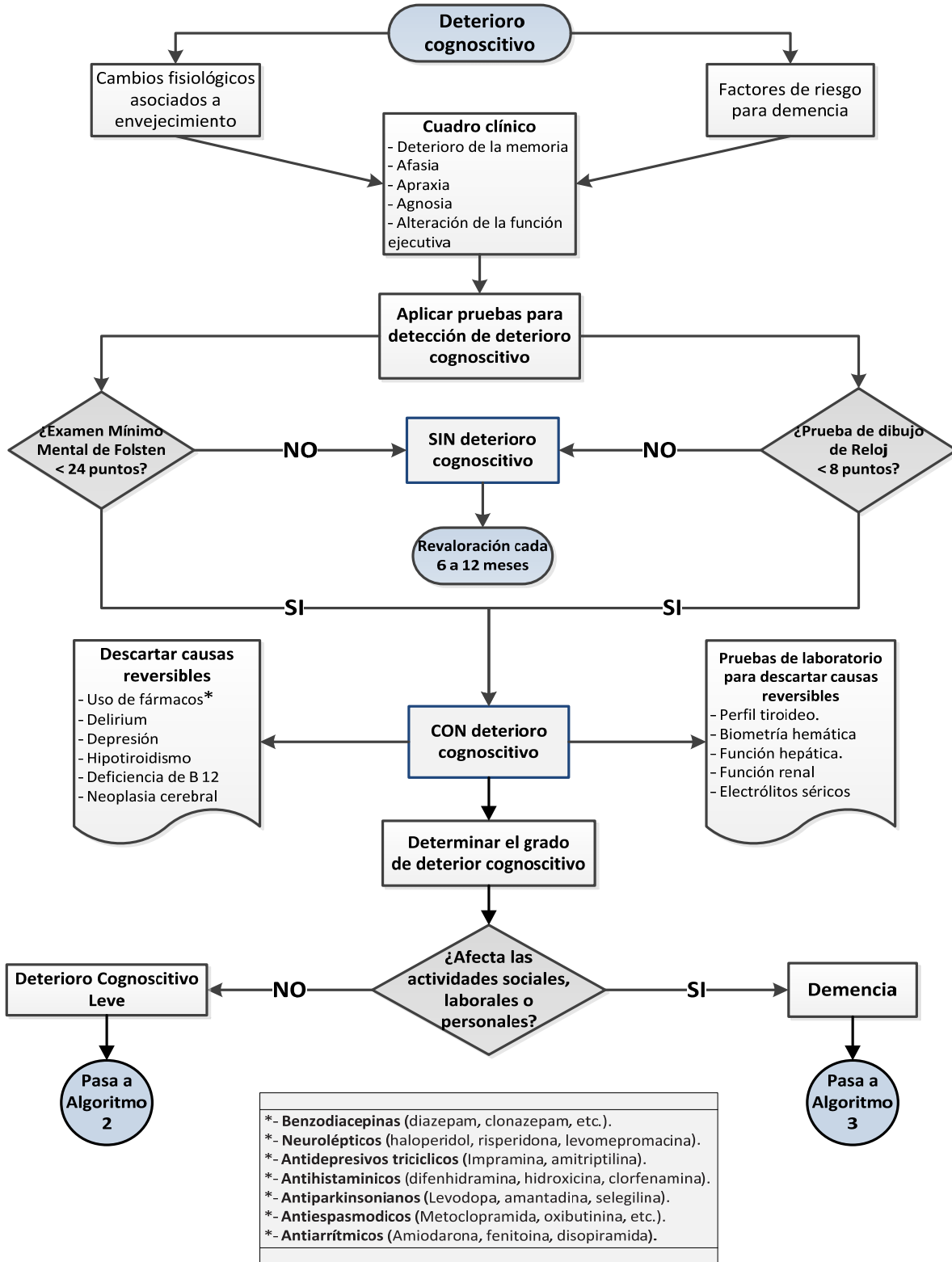
1. **Edad ≥ 70 años**
2. **Comorbilidad** (3 o más patologías, excepto insuficiencia renal crónica terminal e insuficiencia hepática child C).
3. **Síndromes geriátricos:** polifarmacia, incontinencia urinaria, deterioro funcional, privación sensorial, visual y auditiva, caídas, depresión, entre otros.
4. **Deterioro cognoscitivo o delirium**

Deberán reunir los criterios: **1+2+3 ó 1+2+4 ó 1+4.**

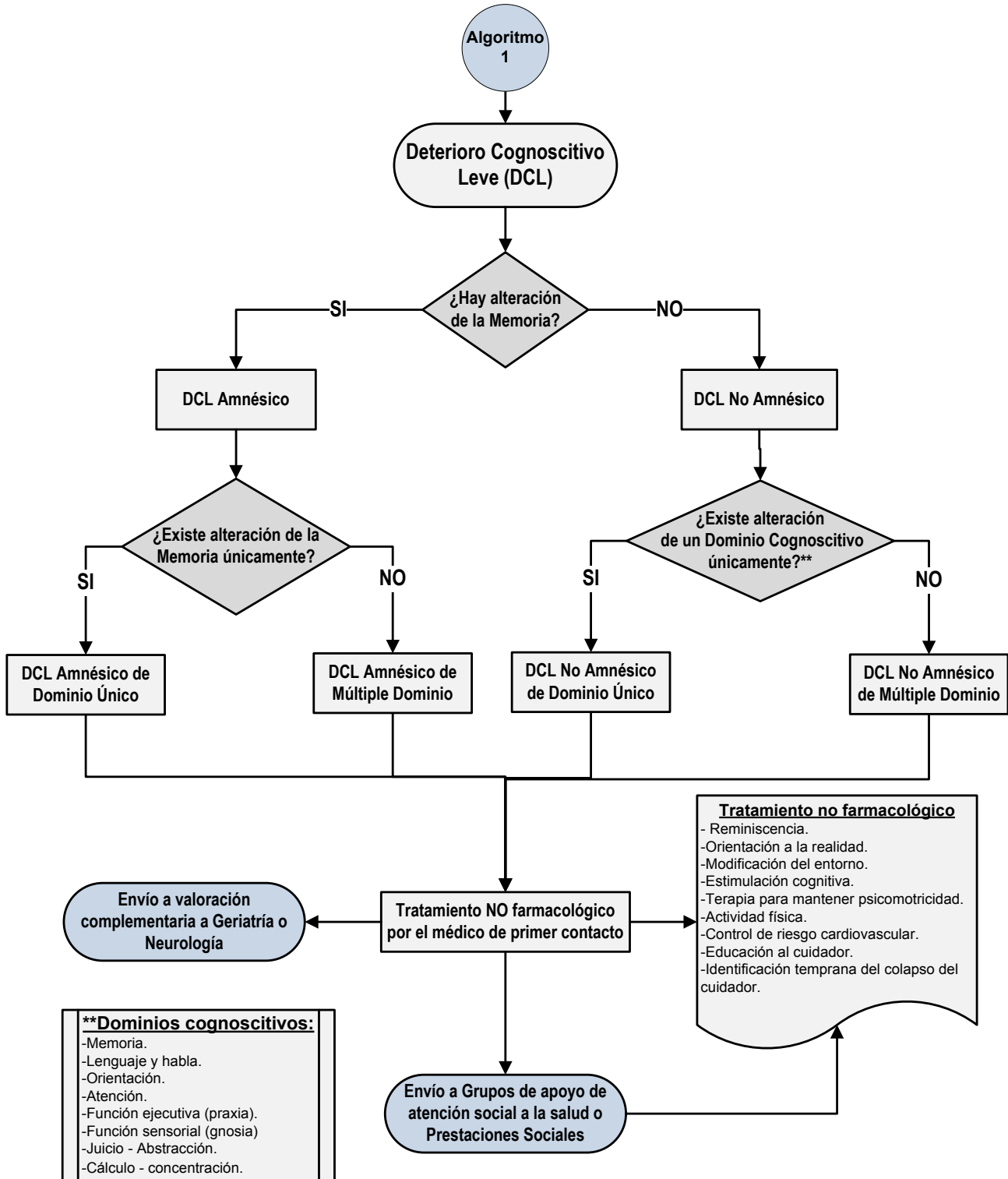
Ante la sospecha de alteración estructural como causa de la demencia, el paciente debe ser enviado al 2º nivel para su evaluación.

ALGORITMOS

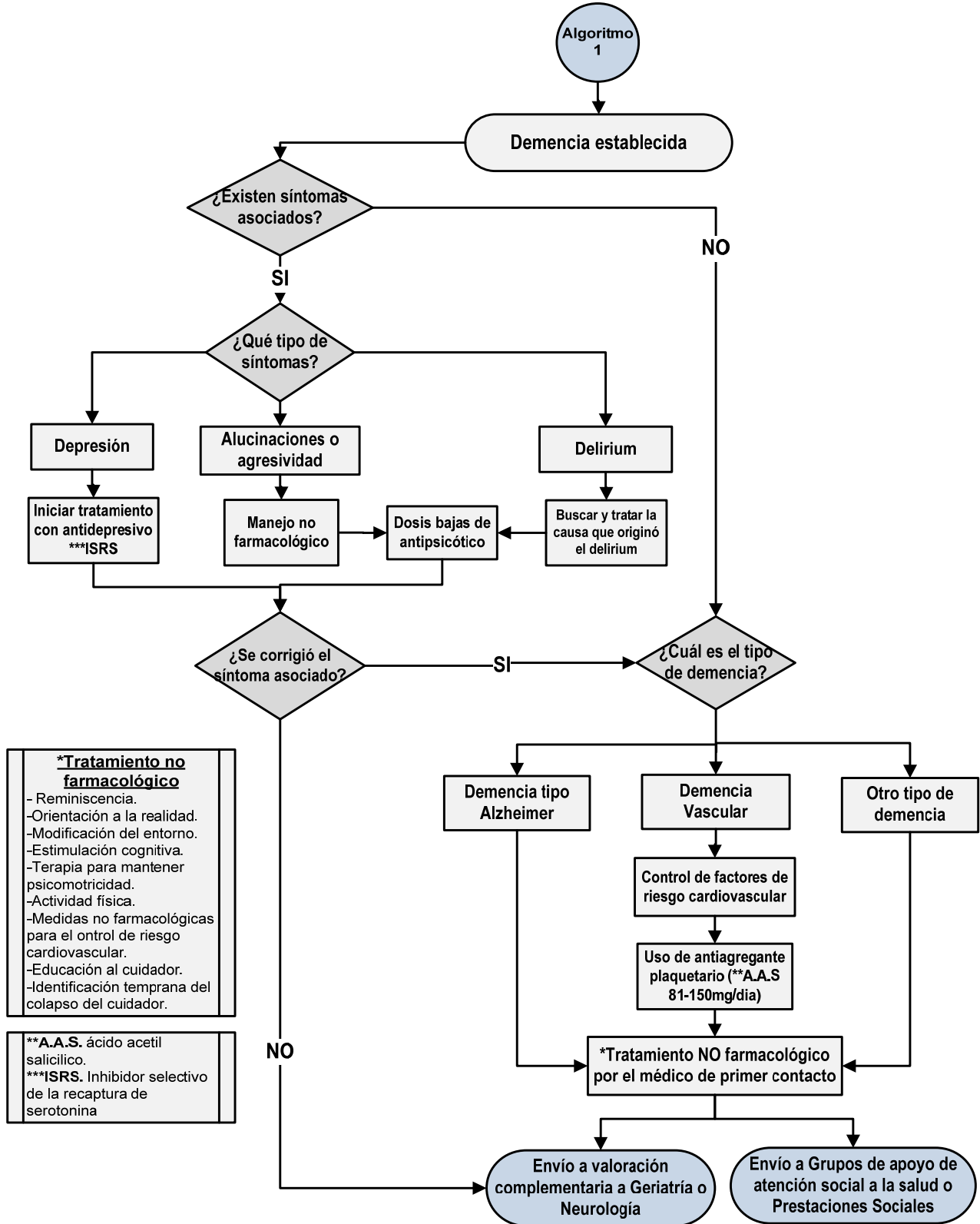
ALGORITMO 1. DIAGNÓSTICO DE DETERIORO COGNOSCITIVO



ALGORITMO 2. DIAGNÓSTICO DE DETERIORO COGNOSITIVO LEVE



ALGORITMO 3. TRATAMIENTO DE LA DEMENCIA

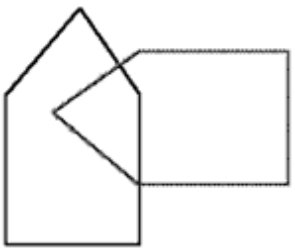


***Tratamiento no farmacológico**

- Reminiscencia.
- Orientación a la realidad.
- Modificación del entorno.
- Estimulación cognitiva.
- Terapia para mantener psicomotricidad.
- Actividad física.
- Medidas no farmacológicas para el control de riesgo cardiovascular.
- Educación al cuidador.
- Identificación temprana del colapso del cuidador.

****A.A.S.** ácido acetil salicílico.
*****ISRS.** Inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina

CUADRO 1. EXAMEN MINI MENTAL DE FOLSTEIN.

(NO SABE LEER NI ESCRIBIR _____ AÑOS DE ESCOLARIZACIÓN: _____)		PUNTOS
ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO Y ESPACIO.		
¿QUÉ DÍA DE LA SEMANA ES HOY? ¿CUÁL ES EL AÑO? ¿CUAL ES EL MES? ¿CUAL ES EL DÍA? ¿CUAL ES LA ESTACIÓN DEL AÑO? (MÁXIMO 5 PUNTOS)		0 - 5
"DÍGAME EL NOMBRE DEL HOSPITAL, ¿EN QUE PISO ESTAMOS? ¿EN QUE CIUDAD ESTAMOS? ¿EN QUE ESTADO VIVIMOS? ¿EN QUE PAÍS ESTAMOS? (MÁXIMO 5 PUNTOS.)		0 - 5
FIJACIÓN		
"REPITA ESTAS PALABRAS: CABALLO, PESO, MANZANA". (ANOTE UN PUNTO CADA VEZ QUE LA PALABRA SEA CORRECTA. (MÁXIMO 3 PUNTOS.)		0 - 3
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO		
"SI TIENE 100 PESOS Y ME LOS DA DE SIETE EN SIETE, ¿CUÁNTOS LE QUEDAN?" (ANOTE UN PUNTO CADA VEZ QUE LA DIFERENCIA SEA CORRECTA AUNQUE LA ANTERIOR FUERA INCORRECTA. (MÁXIMO 5 PUNTOS.)		0 - 5
MEMORIA.		
"¿RECUERDA USTED LAS TRES PALABRAS QUE LE DIJE ANTES? DÍGALAS" (MÁXIMO 3 PUNTOS).		0 - 3
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN.		
"¿QUÉ ES ESTO?" (MOSTRAR UN RELOJ) "¿Y ESTO?" (MOSTRAR UN BOLÍGRAFO). (MÁXIMO 2 PUNTOS.)		0 - 2
"REPITA LA SIGUIENTE FRASE: NI SI, NI NO, NI PERO". (1 PUNTO).		0 - 1
"TOME EL PAPEL CON LA MANO IZQUIERDA, DÓBLELO POR LA MITAD Y PÓNGALO EN EL SUELO" (ANOTE UN PUNTO POR CADA ORDEN BIEN EJECUTADA). (MÁXIMO 3 PUNTOS).		0 - 3
"LEA ESTO Y HAGA LO QUE DICE:" "CIERRE LOS OJOS" (1 PUNTO).		0 - 1
"ESCRIBA UNA FRASE COMO SI ESTUVIERA CONTANDO ALGO EN UNA CARTA" (1 PUNTO).		0 - 1
"COPIE ESTE DIBUJO" (1 PUNTO).		0 - 1
	(CADA PENTÁGONO DEBE TENER 5 LADOS Y 5 VÉRTICES Y LA INTERSECCIÓN FORMA UN DIAMANTE) NOTA: TANTO LA FRASE COMO LOS PENTÁGONOS CONVIENE TENERLOS EN TAMAÑO SUFICIENTE PARA PODER SER LEÍDOS CON FACILIDAD. EL PACIENTE DEBERÁ UTILIZAR ANTEOJOS SI LOS NECESITA HABITUALMENTE.	TOTAL _____
PUNTO DE CORTE: 24-30 PUNTOS NORMAL. GRADO DE DETERIORO COGNOSCITIVO: 19-23 = LEVE; 14 - 18 = MODERADO; Menor a14 = GRAVE.		

Modificado de: Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J psychiatric Res. 1975;19:189-98.

Cuadro 2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DETERIORO COGNOSCITIVO

DEGENERATIVAS: la demencia es la manifestación principal	DEGENERATIVAS: la demencia forma parte del cuadro clínico
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad de Alzheimer (50-75% de todas las demencias). • Demencia con Cuerpos de Lewy (15-25%). • Demencia fronto-temporal. • Degeneraciones focales corticales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad de Parkinson. • Enfermedad de Huntington. • Degeneración corticobasal. • Enfermedad de Down. • Parálisis supranuclear progresiva.
VASCULARES	CARENCIALES
<ul style="list-style-type: none"> • Multiinfarto (20-30% de todas las demencias). • Estado lacunar (síndrome pseudobulbar). • Enfermedad de Binswanger. • Vasculitis: lupus, panarteritis nodosa, arteritis de la temporal. • Infarto estratégico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit de vitamina B12. • Déficit de Ácido fólico. • Déficit de vitamina B1 (pelagra).
METABÓLICAS	INFECCIOSAS
<ul style="list-style-type: none"> • Hipo e hipertiroidismo. • Hipoxia-isquemia. • Hipo e hiperparatiroidismo. • Insuficiencia hepática. • Insuficiencia renal. Insuficiencia adrenal o pituitaria. • Enfermedades por depósito (Wilson). • Hipoglucemia crónica (Insulinoma). 	<ul style="list-style-type: none"> • Complejo demencia-SIDA. • Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. • Panencefalitis esclerosante subaguda. • Encefalitis herpética. • Enfermedad de Whipple. • Meningoencefalitis brucelosa, tuberculosa, etc. • Abscesos cerebrales.
FÁRMACOS	OTRAS
<ul style="list-style-type: none"> • Benzodiazepinas (diazepam, clonazepam, alprazolam). • Neurolépticos (haloperidol, risperidona, levomepromacina). • Antidepresivos tricíclicos (Impramina, amitriptilina). • Antihistaminicos (difenhidramina, hidroxicina, clorfenamina) • Antiparkinsonianos (Levodopa, amantadina, selegilina). • Antiespasmódicos (Metoclopramida, oxibutinina). • Antiarrítmicos (Amiodarona, fenitoina, disopiramida) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tóxicas: alcohol, fármacos, metales, etc. • Neoplásicas: tumores cerebrales primarios o metastásicos. • Traumáticas: hematoma subdural crónico, demencia del boxeador. • Desmielinizantes: esclerosis múltiple. • Hidrocefalia normotensiva, epilepsia, sarcoidosis cerebral.

Modificado de: Arrieta E, Fernández L, González V, Goñi M, Guerrero MT, López P, et al. Guía de Atención al paciente con demencia en atención primaria. España, Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de salud; 2004.

Cuadro 3. DIFERENCIAS ENTRE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE DETERIORO COGNOSCITIVO

CARACTERÍSTICA	DELIRIUM	DEMENCIA	DEPRESIÓN
Características descriptivas	Confusión e inatención.	Pérdida de memoria.	Tristeza, anhedonia.
Aparición	Aguda, sub-aguda, depende de los factores predisponentes y precipitantes.	Crónica, generalmente insidiosa, dependiente de la causa.	Coincide con cambios en la historia de vida, a menudo abrupta, pero puede ser lenta.
Curso	Corto, fluctuante durante el día, generalmente empeora por la noche, en la oscuridad y al despertar.	Largo, sin efectos diurnos, síntomas progresivos pero relativamente estables en el tiempo.	Por lo general peor por la mañana, con variaciones según la situación pero más leves que el delirium.
Progresión	Abrupta.	Lenta pero progresiva.	Variable, rápida/lenta.
Duración	Entre horas y menos de 1 mes, rara vez más tiempo.	Entre meses y años.	Al menos dos semanas, puede durar meses o años.
Consciencia	Reducida.	Clara.	Clara.
Alerta	Fluctuante, dependiendo del tipo: hiperactivo, hipoactivo, mixto.	Habitualmente normal.	Normal.
Atención	Alterada, reducida, fluctuante.	Habitualmente normal, alterada en casos graves.	Deterioro mínimo, pero presenta distractibilidad.
Orientación	Alterada, fluctúa en intensidad, generalmente deteriorada.	Puede verse afectada.	Desorientación selectiva.
Memoria	Deterioro a corto plazo, la reciente o inmediata.	Deterioro a corto y largo plazo de la memoria inmediata y reciente más que la remota.	Deterioro selectivo o parcial.
Pensamiento	Desorganizado, distorsionado, fragmentado, divagante, incoherente.	Dificultad para el pensamiento abstracto, pobreza de pensamiento, falta de claridad en el juicio.	Intacto, con ideas de desesperanza, impotencia, indefensión o autodesprecio.
Lenguaje	Incoherente, lento o rápido.	Alterado por afasia, con errores leves.	Normal, lento o rápido.
Percepción	Distorsionada, ilusiones, delirios y alucinaciones visuales (generalmente) o auditivas, dificultad para distinguir entre la realidad y percepciones distorsionadas.	No distorsionada.	Intacta, alucinaciones solo en casos extremos de depresión psicótica usualmente auditivas.
Cambios psico-motores	Si, dependen del tipo incrementado, reducido, cambiante.	No, normal.	Si, variables de hipo a hiperactividad.
Reversibilidad	Usualmente.	No.	Posible.