UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS COMITAN
MEDICINA HUMANA

DEMENCIA

CÉSAR SAMUEL MORALES ORDOÑEZ.

6-A
DR. RAÚL DE LA ROSA PACHECO

PASIÓN POR EDUCAR

COMITAN DE DOMINGUEZ CHIAPAS A 26 DE JUNIO DEL 2025.

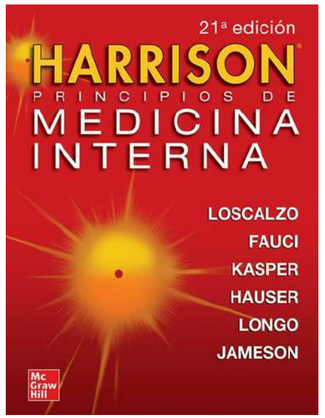
NEUROLOGÍA

6° - "A"

"DEMENCIA"

PRESENTA: César Samuel Morales Ordoñez

Síndrome clínico orgánico con deterioro progresivo de funciones intelectuales, interfiriendo con actividades sociales y laborales.

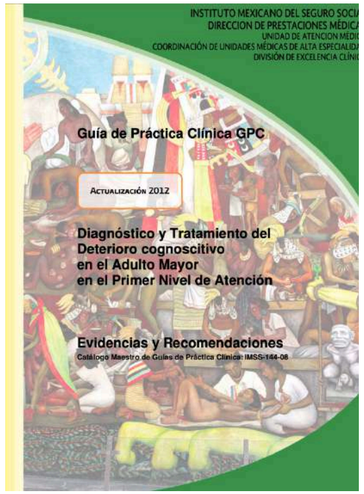


Deterioro Cognitivo Crónico - Progresivo y adquirido que se caracteriza por Afecciones en :

- Memoria 🥇
- Lenguaje.
- Cálculo.
- Juicio.
- Visioespacialidad.
- Resolución de problemas.

Síntomas Neuropsiquiátricos y Sociales:

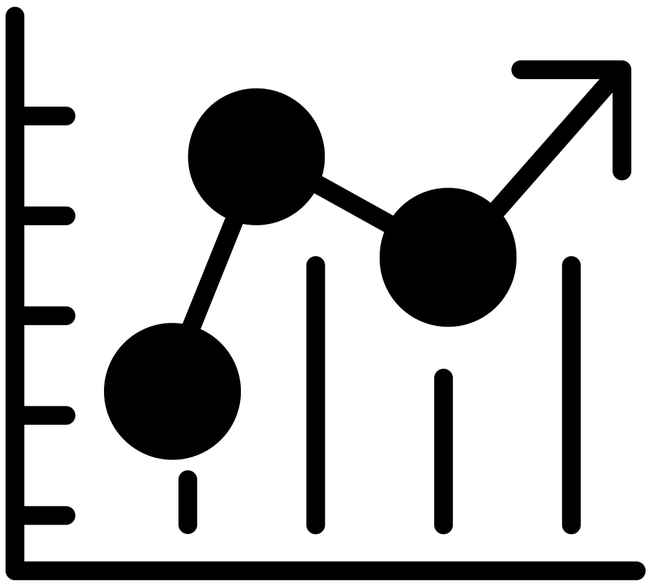
- Depresión.
- Alucinaciones Visuales.
- Aislamiento.
- Agitación.
- Delirio.
- Insomnio.
- Desinhibición.

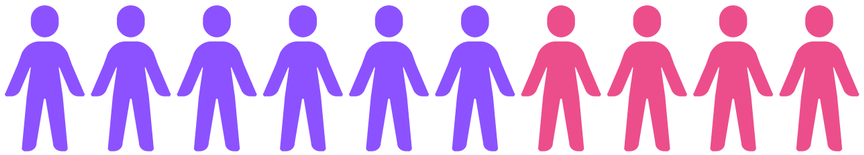


SÍNDROME GERIATRICO

Síndrome clínico caracterizado por pérdida o deterioro de funciones mentales en varios dominios, incluyendo memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad.

EPIDEMIOLOGÍA





- Prevalencia Nacional entre 6.1 y 10% en Adultos Mayores.
- MHAS(2011): 6.1 % > 60 años.
- ESTUDIOS CLÍNICOS POR TIPOS DE DEMENCIA:

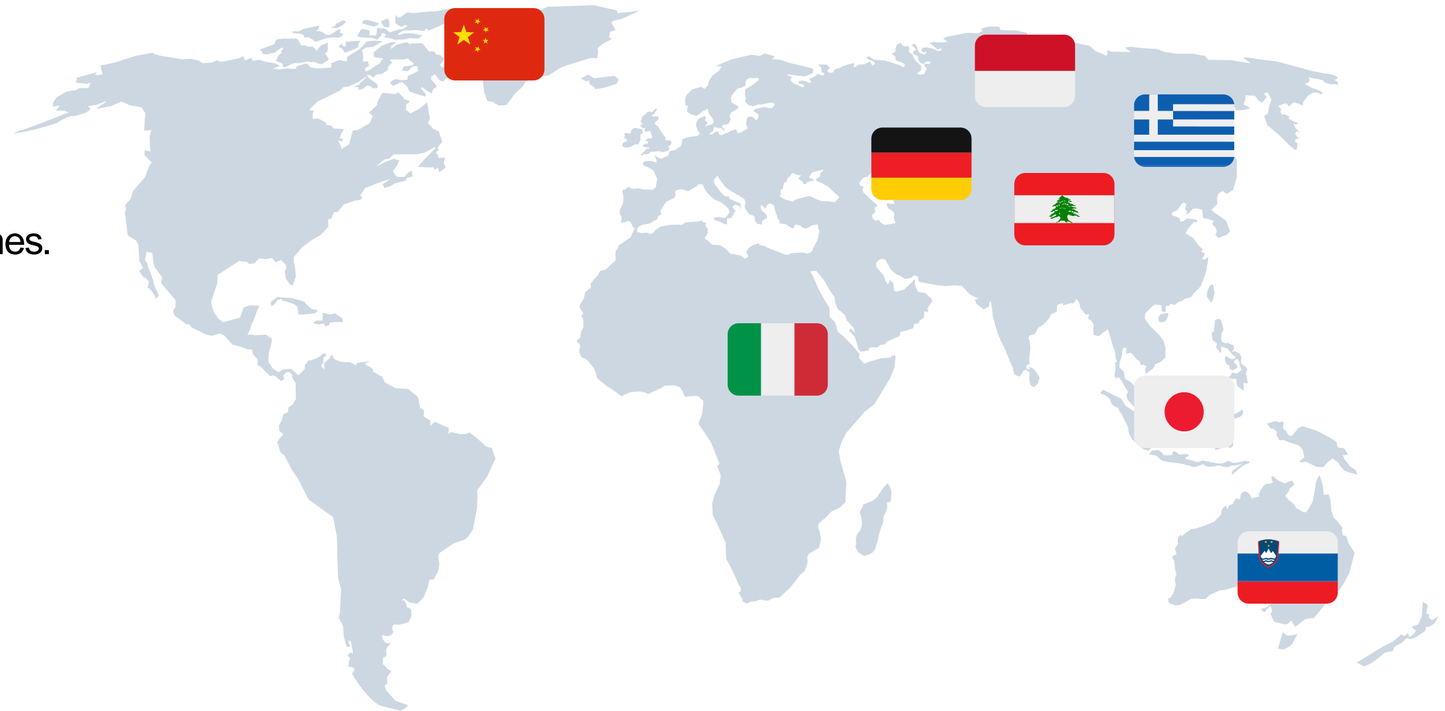
1. 7.8% ALZHEIMER.
2. 4.3% DEMENCIA VASCULAR.
3. DEMENCIAS MIXTAS 2.1%.

- TASA DE INCIDENCIA ANUAL: 27.3:1000.

¿FACTORES CONDICIONANTES A > INCIDENCIA?

- Edad avanzada (>60 años).
- Diabetes Mellitus.
- HAS.
- Trastorno Depresivo Mayor.
- tabaquismo.
- Alcoholismo.
- Aislamiento Social.
- Obesidad.
- Baja Escolaridad.

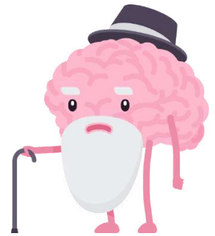
- Tasa de Incidencia Anual: 10 millones a N.M.
- 2:1 en Mujeres ♂
- > Incidencia en países con Ingresos Bajos.
- 7 causa de Mortalidad en 2021: 1.8 mill. defunciones.
- Países con > Incidencia/ prevalencia por 100.000 habitantes:



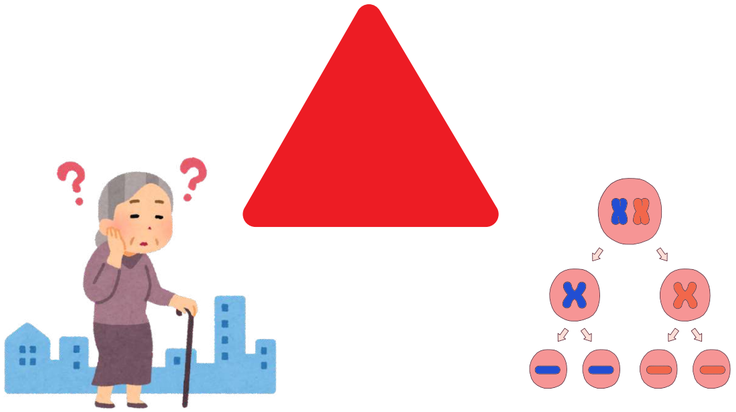
FACTORES DE RIESGO

“DEMENCIA GENERAL”

3 categorías/Factores Específicos:



- Edad avanzada.
- AHF de Demencia.
- TCE con Pérdida de Conciencia.
- Alt. Vasculares. (HTA/Hipercolesterolemia/Vasculitis).
- DM y Otros Trastornos Metabólicos.
- Depresión y Trastornos psiquiátricos. (Esquizofrenia/Psicosis).
- Infecciones del SNC.
- Abuso de Alcohol y sustancias.
- Delirium Postoperatorio o durante la Hospitalización.
- EVC/Cardiopatía isquémica/ Ateroesclerosis.
- Algún Proceso Oncológico.
- Enfermedad de Parkinson.



R

En los pacientes que presentaron delirium postoperatorio o durante la hospitalización se recomienda buscar la presencia de demencia o un estado subclínico de ésta. Debido a que el delirium alerta sobre una reserva fisiológica sistémica y cerebral disminuida. La evaluación cognoscitiva se debe realizar en la etapa de estabilidad clínica, por lo general durante la visita de revisión en el primer nivel de atención.

C
[E. Shekelle]
Freund B, 2004

“DEMENCIA VASCULAR”

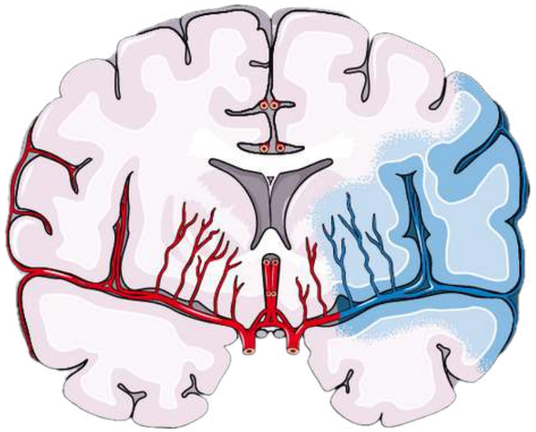
- Hipertensión Arterial.
- DM y Resistencia a la Insulina.
- Hipercolesterolemia.
- Obesidad.
- Homocisteinemia.
- Tabaquismo y alcoholismo.

E

LESIONES CEREBRALES

- No son Exclusivas de DV. (Enf. de Parkinson).
- ¿Lesiones vasculares preceden al Alzheimer?

  ó ¿Alzheimer es aditivo a las Lesiones Vasculares?.



SUSTRATO

- afección isquémica de la sustancia Blanca, con presencia de lesiones Múltiples o Localizadas.

R

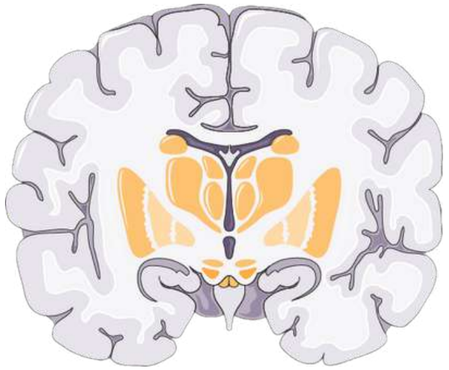
Ante la presencia de factores de riesgo cardiovascular previamente comentados, se deberá realizar una evaluación en busca de deterioro cognoscitivo de origen vascular.

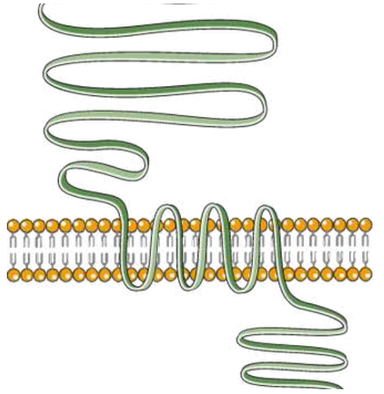
C
[E. Shekelle]
Regalado P, 2009

R

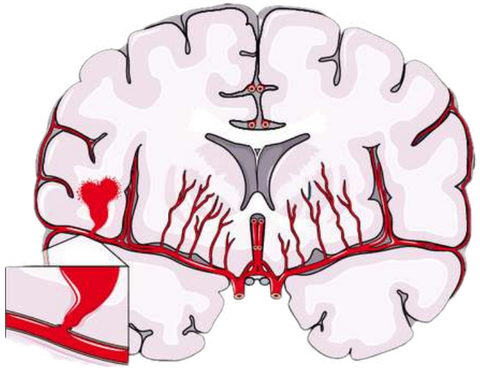
Todos los pacientes con factores de riesgo cardiovascular y aquellos con evidencia clínica de evento vascular cerebral o ataque isquémico transitorio deberían ser considerados con **alto riesgo** para deterioro cognoscitivo de origen vascular.

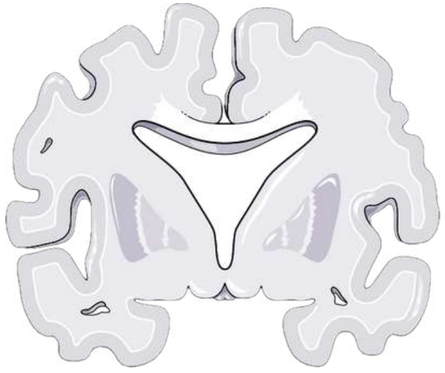
A
[E. Shekelle]
Lindsay P, 2008

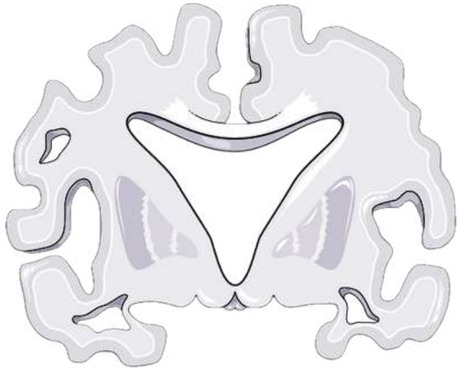




“CLASIFICACIÓN DE LAS DEMENCIAS”







PRIMARIAS

- DEMENCIAS POR CUERPOS DE LEWY.
- DEMENCIA FT/ ENF. DE PICK.
- ENFERMEDAD DE HUNTINGTON.
- ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

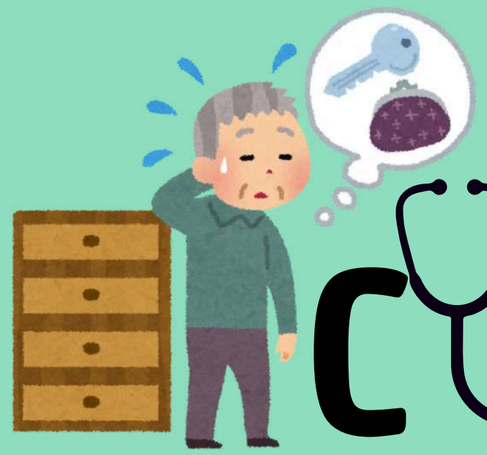
SECUNDARIAS

- DEMENCIA VASCULAR.
- DEMENCIA INFLAMATORIA.
- DEMENCIA INFECCIOSA.
- DEMENCIA NEOPLÁSICA.

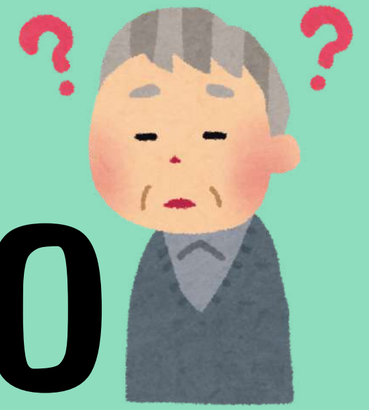
CLASIFICACIÓN POR ETIOLOGÍA

Tabla 1. Clasificación etiológica de las demencias

- Demencias asociadas a enfermedades degenerativas
  - Enfermedad de Alzheimer
  - Demencia por cuerpos de Lewy
  - Enfermedad de Pick
  - Enfermedad de Parkinson
  - Enfermedad de Huntington
  - Enfermedad de Wilson
  - Parálisis supranuclear progresiva
  - Degeneración nigroestriatal
  - Otras
- Demencias asociadas a enfermedades vasculares
  - Demencia multiinfarto
  - Enfermedad de Binswanger
  - Vasculitis
  - Otras (malformaciones, hematomas, etc.)
- Demencias asociadas a hidrocefalia
  - Demencia secundaria a hidrocefalia normotensiva
- Demencias asociadas a infecciones
  - Encefalopatías espongiformes (enfermedad de Creutzfeldt-Jakob)
  - Complejo demencia-sida
  - Neurosífilis
  - Encefalitis
  - Meningitis
  - Abscesos cerebrales
- Demencias asociadas a neoplasias
  - Tumores primarios
  - Metástasis
  - Síndromes paraneoplásicos
- Demencias de origen traumático
  - Hematoma subdural crónico
  - Demencia postraumática
- Demencias con causa metabólica
  - Hiper/hipotiroidismo
  - Hiper/hipoparatiroidismo
  - Hipoglucemia
  - Encefalopatía hepática
  - Insuficiencia renal crónica
  - Otras
- Demencias de origen carencial o tóxico
  - Déficit de ácido fólico
  - Déficit de vitamina B_{12}
  - Pelagra
  - Alcohol
  - Metales
  - Otras



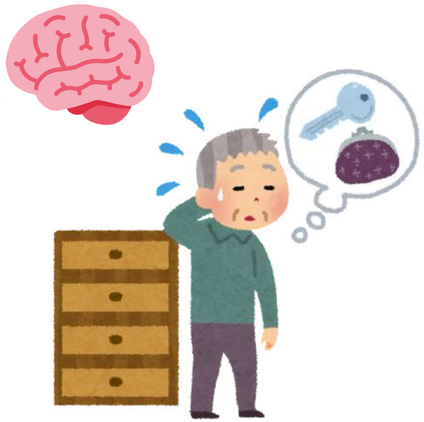
CUADRO CLÍNICO

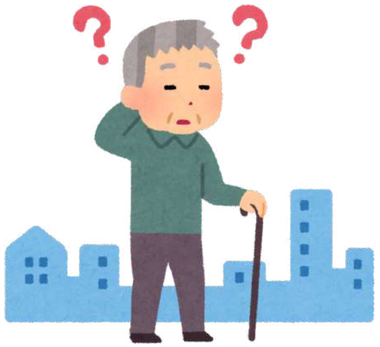


Déficits Cognitivos

E

- Pérdida de Memoria.
- Desorientación.
- Alteración del Lenguaje.
- Déficit en Funciones Ejecutivas.
- Déficit de concentración y Atención.
- Agnosia.
- Apraxia.





Cambios Conductuales y Psicológicos

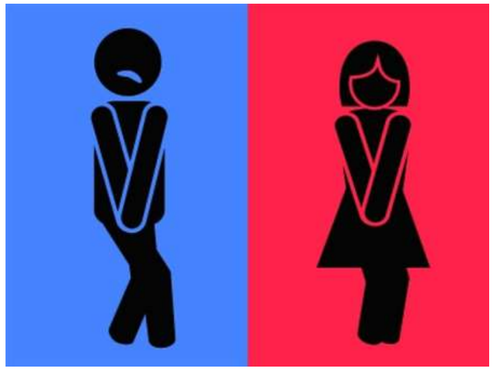
E

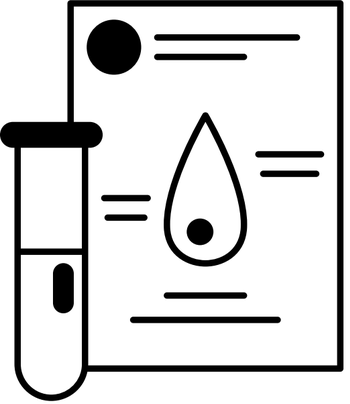
- Irritabilidad.
- Depresión ó Ansiedad.
- Apatía.
- Agitación ó agresividad.
- Alucinaciones o delirios (Cuerpos de Lewy).
- Desinhibición Social.
- Trastornos del Sueño.

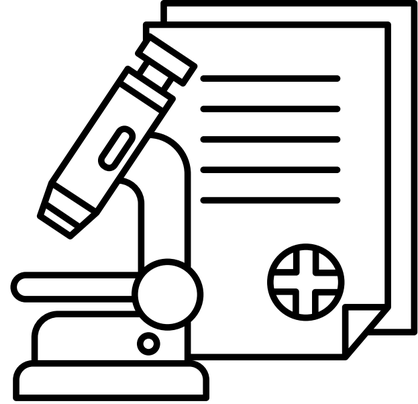
Síntomas Motores Específicos

E

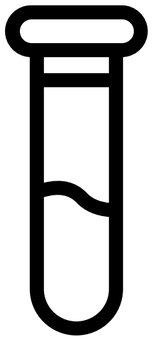
- **Marcha Inestable + Caídas Frecuentes.** → **Demencia Vascular/C. de Lewy.**
- **Temblor en reposo ó Rigidez.** → **Cuerpos de Lewy/Parkinson+Demencia.**
- **Incontinencia Urinaria y de Esfínteres.** → **DFT ó Demencia Vascular.**

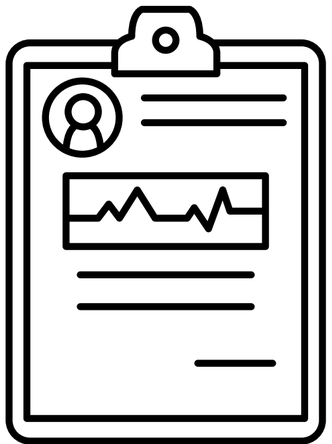


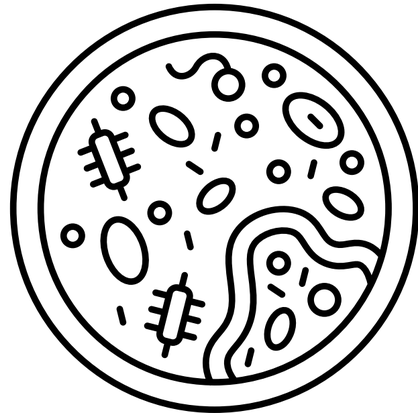




DIAGNÓSTICO







Síndromico

- Presencia de AHF.
- APP.
- Anamnesis Completa.
- EF Básica y Neurologíca.

R

Se debe realizar una revisión de los fármacos enfocándose en aquellos adultos mayores con polifarmacia. Se debe evaluar en particular a aquellos que usen psicotrópicos o fármacos con alto riesgo de toxicidad.

C
[E. Shekelle]
Freund B, 2004

E

Algunos medicamentos de uso común afectan la función cognoscitiva en forma transitoria, sin embargo en pacientes con demencia pueden agravarlas, tales como:

- Anticolinérgicos
- Antihistamínicos
- Benzodiacepinas
- Analgésicos opiáceos
- Antiparkinsonianos
- Anticonvulsivantes

III
[E. Shekelle]
Hutchison L, 2010

Exploración del Déficit Neurológico en el Primer Nivel de Atención:

1. **Memoria.**
2. **Orientación.**
3. **Lenguaje.**
4. **Juicio.**
5. **Abstracción.**
6. **Apraxias y agnosia.**

R

De la mano de la evaluación del estado cognoscitivo a través de una prueba de tamizaje, 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.

C
[E. Shekelle]
Freund B, 2004

Tabla 6. Criterios DSM-IV de demencia

A. Desarrollo de un déficit cognitivo múltiple caracterizado por:
- *1.* Deterioro de memoria (incapacidad de aprender nueva información o de recordar la previamente aprendida)
- *2.* Uno o más de los siguientes trastornos cognitivos:
  - *a.* Afasia
  - *b.* Apraxia
  - *c.* Agnosia
  - *d.* Alteración de las funciones superiores (contenido del pensamiento, abstracción, cálculo, juicio)

B. Los síntomas anteriores provocan un deterioro significativo en la relación social y/o laboral y representan un cambio importante respecto del nivel funcional previo

C. El deterioro no se explica exclusivamente por un cuadro confusional

Tabla 7. Criterios diagnósticos de la OMS de demencia (CIE-10)

En el diagnóstico de demencia deben concurrir las siguientes premisas:

- Debe existir:
  - Deterioro de la memoria
  - Deterioro de las capacidades intelectuales
- Ausencia de alteración de la conciencia
- Deterioro de la conducta social, control emocional o motivación

Duración de los síntomas de al menos 6 meses

UDLA
Escuela de Psicopedagogía

MINI MENTAL STATUS EXAMINATION MMSE (FOLSTEIN)[1]

Nombre.....Edad.....
Ocupación.....Escolaridad.....
Examinado por..... Fecha.....

I. ORIENTACIÓN ☐ **(0 – 10 puntos)**

•Dígame el día(1).....fecha(1).....mes(1).....
estación(1).....año(1).....

•Dígame en qué lugar estamos(1).....piso(1).....ciudad(1).....
región(1).....país(1).....

II. REPETICIÓN INMEDIATA ☐ **(0 – 3 puntos)**

"Le voy a nombrar tres palabras. Quiero que las repita después de mí. Trate de memorizarlas, pues se las voy a preguntar en un minuto más"

ARBOL – MESA – PERRO

Número de repeticiones:..... (máximo seis veces en total)

III. ATENCIÓN Y CÁLCULO ☐ **(0 – 5 puntos)**

• Contaremos hacia atrás restando 7, partiremos de 100

93 – 86 – 79 – 72 - 65

• Deletrear la palabra MUNDO al revés:

O – D – N – U – M

**Anotar el mejor puntaje*

IV. MEMORIA ☐ **(0 – 3 puntos)**

• ¿Recuerda las tres palabras de antes? Por repítalas

[1] *Mini-Examen Cognoscitivo. Versión española del Mini-Mental Status Examination de Folstein et al (1975). Validado por Lobo et al (1979-94)*

Examen Mínimo del Estado Mental (MMSE de Folstein).

R

En el paciente geriátrico que se sospeche deterioro cognoscitivo, la prueba MMSE puede ser utilizada como prueba inicial.

B
SIGN, 2006

E

El MMSE de Folstein tiene una sensibilidad 90% y una especificidad 75 % para detectar deterioro cognoscitivo.

III
E:[Shekelle]
Haubois G, 2011

E

En personas con más de 8 años de escolaridad el MMSE establece como deterioro cognoscitivo:

- Sin deterioro: 24 o más puntos.
- Leve; 19 a 23 puntos.
- Moderado: 14 a 18 puntos.
- Grave: < 14 puntos.

III
E:[Shekelle]
Haubois G,2011

✓/R

Con una puntuación menor a 24 puntos en la prueba MMSE y una historia clínica compatible con una disminución del estado funcional y cognoscitivo previo, se recomienda valoración por el especialista correspondiente (Geriatra o Neurólogo).

Mini Examen Cognoscitivo (MEC)

Anexo 1. Miniexamen cognoscitivo de Lobo et al (MEC)

Orientación	
¿En qué año estamos?	1
¿En qué estación del año?	1
¿En qué día de la semana?	1
¿Qué día (número) es hoy?	1
¿En qué mes estamos?	1
¿En qué provincia estamos?	1
¿En qué país estamos?	1
¿En qué pueblo o ciudad estamos?	1
¿En qué lugar estamos en este momento?	1
¿Se trata de un piso o planta baja?	1
Fijación	
Repita estas tres palabras: "peseta, caballo, manzana" (1 punto por cada respuesta correcta)	3
Concentración y cálculo	
Si tiene 30 pesetas y me da 3 ¿cuántas le quedan? ¿Y si me da 4? (hasta 5 restas)	5
Repita estos números: 5-9-2 (repetir hasta que los aprenda) Ahora repítalos al revés (se puntúa acierto en número y orden)	3
Memoria	
¿Recuerda los 3 objetos que le he dicho antes?	3
Lenguaje y construcción	
Mostrar un bolígrafo: ¿qué es esto?	1
Mostrar un reloj: ¿qué es esto?	1
Repita esta frase: "En un trigal había cinco perros"	1
Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?, ¿Qué son un gato y un perro?	1
¿Y el rojo y el verde?	1
Ahora haga lo que le diga: Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa (1 punto por cada opción correcta)	3
Haga lo que aquí le escribo (en un papel y con mayúsculas escribimos: "CIERRE LOS OJOS")	1
Ahora escriba una frase, la que quiera, en este papel (le da un papel)	1
Copiar el dibujo (le mostramos dos pentágonos entrelazados), anotando un punto si todos los ángulos se mantienen y se entrelazan en un polígono de cuatro lados	1

La puntuación máxima es de 35 puntos.
Valores normales: 30-35 puntos.
Sugiere deterioro cognoscitivo:
> 65 años: < 24 puntos (24-29: *borderline*).
≤ 65 años: < 28 puntos.

TEST SPMSQ

Errores	Grado de deterioro cognitivo
0 – 2 errores	Funcionamiento cognitivo normal
3 – 4 errores	Deterioro cognitivo leve
5 – 7 errores	Deterioro cognitivo moderado
8 – 10 errores	Deterioro cognitivo severo

- **+1 Error Permitido si el Px tiene baja Escolaridad.**
- **-1 Error Permitido si el Pax tiene Estudios universitarios.**

Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)

Patient's full name:

Date assessed:

Assessor's full name:

Instructions: Ask the patient/interviewee the questions below. Give them enough time to answer each one. Move on to the next question if it's obvious that the person doesn't know the answer or if they refuse to answer. If they don't know the answer or refuse to answer, that counts as 1 error. Make sure to write down their responses in the Response column and tally the total number of errors.

Questions	Response	Incorrect Response
1. What are the date, month, and year?		
2. What is the day of the week?		
3. What is the name of this place?		
4. What is your phone number?		
5. How old are you?		
6. When were you born?		
7. Who is the current president?		
8. Who was the president before him?		

“OTRAS ESCALAS/TEST”

SET-TEST de ISAACS

Instrucciones:
Se le pide al paciente que diga tantos nombres –ítems- como pueda recordar de cada una de las 4 categorías: colores, animales, frutas y ciudades. Se obtiene 1 punto por cada ítem correcto, con un máximo de 10 ítems puntuables en cada set. El tiempo máximo de que dispone el paciente por categoría es de 1 minuto. Las repeticiones o los nombres que no correspondan a la categoría pedida no puntúan, aunque es interesante hacer constar el número de ellos. Siempre anotaremos en la hoja los nombres que dice ya que ayudará a valorar la evolución de los pacientes. La puntuación oscila entre 0 y 40 puntos.

El punto de corte para detectar una demencia, en la validación al español, es igual o menor de 29 en los adultos, e igual o menor a 27 en los ancianos. Además, se propone un punto de corte de 25 para considerar como probable demencia tipo Alzheimer, obteniendo una sensibilidad del 87% y una especificidad del 67%, con un índice de mal clasificados del 24%.

En la versión original, los autores concluían que una puntuación en el set-test inferior a 15 estaba siempre asociada a demencia, mientras que ninguno de los pacientes con más de 25 sufría demencia.

COLORES	
ANIMALES	
FRUTAS	
CIUDADES	
ERRORES / REPETICIONES	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Reloj de Shulman

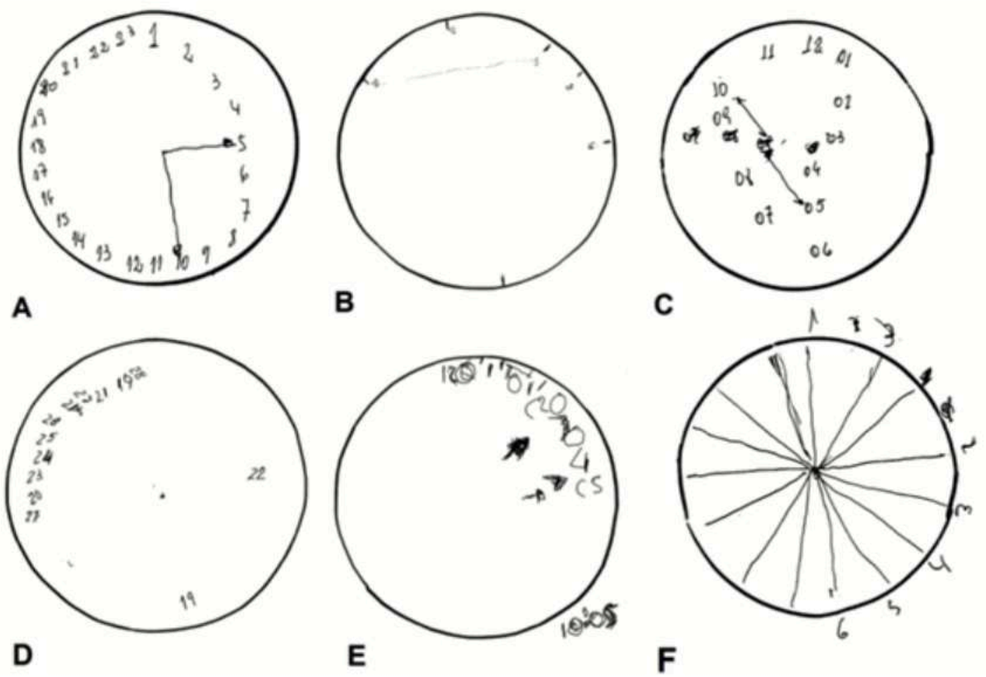
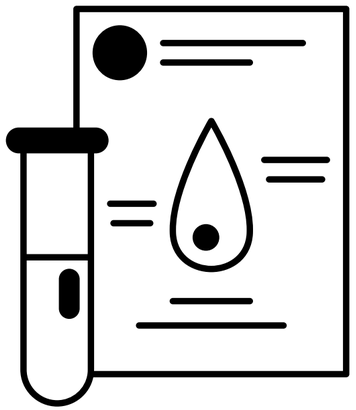


Ilustración 1. Administración de puntajes y diferentes maneras de graficar un reloj

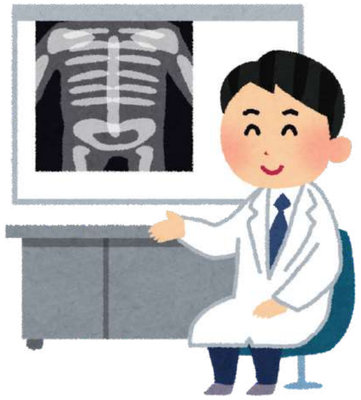
ETIOLÓGICO

- HC Detallada.
- Pruebas de laboratorio.
- Test de Evaluación DCL.
- Neuroimagen Estructural.



Pruebas de laboratorio:

- BHC.
- QS.
- VSG.
- PFH.
- Perfil Tiroideo.
- Serología Luética y de VIH.
- EGO.

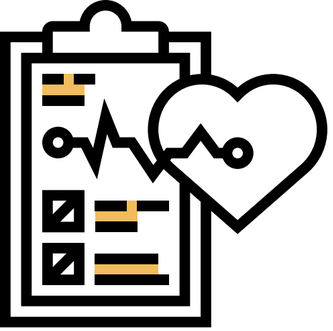


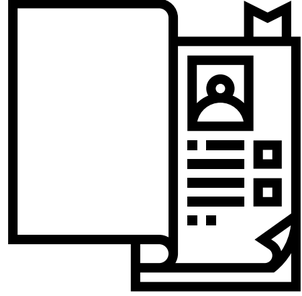
Estudios de Imagen:

- TAC y RM Craneal. (No Rutinario)
- SPECT.
- PET.
- ECG.
- EEG.

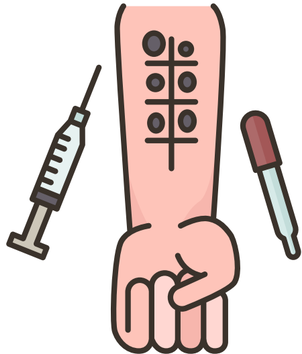
Tabla 8. Pruebas complementarias indicadas en el estudio de las demencias

Prueba	Indicación
Hemograma con VSG	Recomendado
Bioquímica (glucemia, creatinina, calcio y fósforo, electrólitos, colesterol, pruebas de función hepática, albúmina)	Recomendado
Perfil tiroideo (cribado con TSH)	Recomendado
Valores séricos de vitamina B_{12} y ácido fólico	Recomendado
Serología luética (VDRL y FTA-ABS)	Recomendado
Serología VIH (previa información)	Recomendado
Sistemático de orina	Recomendado
Electrocardiograma	Si la historia médica lo aconseja
Radiografía de tórax	Si la historia médica lo aconseja
TC y RN craneales	Evolución rápida (< 12 meses)
	Edad < 50 años
	MEC < 20 puntos
	Focalidad neurológica
	Antecedente trauma craneal
SPECT y PET	Atención especializada
Electroencefalograma	Atención especializada





Diagnóstico Diferencial



CUADRO 182-1 Diagnóstico diferencial de la demencia

Causas más frecuentes de demencia

- Enfermedad de Alzheimer
- Demencia vascular
  - Multiinfarto
  - Enfermedad difusa de la sustancia blanca (de Binswanger)
- Alcoholismo[a]
- Espectro de PDD/LBD
- Intoxicación por drogas y fármacos[a]

Causas menos frecuentes de demencia

- Deficiencias de vitaminas
  - Tiamina (B_1): encefalopatía de Wernicke[a]
  - B_{12} (degeneración combinada subaguda)[a]
  - Ácido nicotínico (pelagra)[a]
- Insuficiencia endocrina y de otros órganos
  - Hipotiroidismo[a]
  - Insuficiencia suprarrenal y síndrome de Cushing[a]
  - Hipoparatiroidismo e hiperparatiroidismo[a]
  - Insuficiencia renal[a]
  - Insuficiencia hepática[a]
  - Insuficiencia pulmonar[a]
- Infecciones crónicas
  - VIH
  - Neurosífilis[a]
  - Papovavirus (virus JC) (leucoencefalopatía multifocal progresiva)
  - Tuberculosis, infecciones micóticas e infecciones por protozoarios[a]
  - Enfermedad de Whipple[a]
- Traumatismo craneoencefálico y lesión cerebral difusa
  - Encefalopatía por traumatismo crónico
  - Hematoma subdural crónico[a]
  - Posanoxia
  - Posencefalitis
  - Hidrocefalia normotensa[a]
- Hipotensión intracraneal
- Neoplásicas
  - Tumor cerebral primario[a]
  - Tumor cerebral metastásico[a]
  - Encefalitis límbica paraneoplásica/autoinmunitaria[a]
- Trastornos tóxicos
  - Intoxicación por drogas, fármacos y narcóticos[a]
  - Intoxicación por metales pesados[a]
  - Toxinas orgánicas
- Psiquiátricas
  - Depresión (pseudodemencia)[a]
  - Esquizofrenia[a]
  - Trastorno de conversión[a]
- Trastornos degenerativos
  - Enfermedad de Huntington
  - Demencia con cuerpos de Lewy
  - Parálisis supranuclear progresiva
  - Atrofia de sistemas múltiples
  - Ataxias hereditarias (algunas variantes)
  - Trastornos del espectro de degeneración lobar frontotemporal
  - Esclerosis múltiple
  - Síndrome de Down del adulto con enfermedad de Alzheimer
  - Complejo de Guam de ELA-Parkinson-demencia
  - Enfermedades priónicas (enfermedad de Creutzfeldt-Jakob y enfermedad de Gerstmann-Sträussler-Scheinker)
- Diversas
  - Sarcoidosis[a]
  - Vasculitis[a]
  - CADASIL, etc.
  - Porfiria intermitente aguda[a]
  - Crisis no convulsivas recidivantes[a]
- Trastornos adicionales en niños o adolescentes
  - Neurodegeneración relacionada con cinasa de pantotenato
  - Panencefalitis esclerosante subaguda
  - Trastornos metabólicos (p. ej., enfermedades de Wilson y Leigh, leucodistrofias, lipidosis y mutaciones mitocondriales)

CUADRO 182-2 Diferenciación clínica de las principales demencias

Enfermedad	Síntomas principales	Estado mental	Datos neuropsiquiátricos	Datos neurológicos	Estudios de imagen
AD	Amnesia	Amnesia episódica	Irritabilidad, ansiedad, depresión	Al principio normal	Atrofia de corteza entorrinal y del hipocampo
FTD	Apatía; falta de criterio/introspección, habla/lenguaje pobres; hiperoralidad	Frontal/ejecutivo, lenguaje; respeta la capacidad de dibujar	Apatía, desinhibición, compulsión, consumo excesivo de alimentos	Puede tener parálisis de la mirada vertical, rigidez axial, distonía, síndrome de la mano ajena o MND	Atrofia frontal, insular o temporal; por lo general respeta el lóbulo parietal posterior
DLB	Alucinaciones visuales, trastornos de conducta durante el sueño REM, delirio, síndrome de Capgras y parkinsonismo	Dibujo y frontal/ ejecutivo; respeta la memoria; propensión al delirio	Alucinaciones visuales, depresión, trastorno del sueño y delirios	Parkinsonismo	Atrofia parietal posterior; hipocampos más grandes que en la AD
CJD	Demencia, trastornos del estado de ánimo, ansiedad y trastornos del movimiento	Variable, frontal/ ejecutivo, cortical focalizado, memoria	Depresión, ansiedad, psicosis en algunos pacientes	Mioclono, rigidez y parkinsonismo	Listones corticales e hiperintensidad de ganglios basales o del tálamo en la MRI de difusión/ recuperación de inversión atenuada por líquido (FLAIR)
Vascular	A menudo súbitos, pero no siempre; variables; apatía, caídas y debilidad focalizada	Frontal/ejecutivo, lentitud cognitiva; puede respetar la memoria	Apatía, delirios y ansiedad	Por lo general lentitud motora, espasticidad; puede ser normal	Infartos corticales o subcorticales, enfermedad de sustancia blanca confluente

Tabla 9. Características diferenciales entre demencia y seudodemencia depresiva

	Seudodemencia	Demencia
Curso clínico		
Inicio	Bien definido, semanas	Vago e impreciso, muy lento
Duración	Poco tiempo antes de pedir ayuda	Larga duración
Progresión	Rápida	Lenta
Evolución	Favorable	Desfavorable
Historia	Antecedentes psiquiátricos	No es común la existencia de problemas anteriores
Sintomatología		
Quejas	Quejas frecuentes y detalladas de pérdidas cognitivas	Quejas infrecuentes y vagas de pérdidas cognitivas
	Enfatiza mucho en su incapacidad	Intenta ocultar la incapacidad
	Sobrevalora los fracasos	Se muestran satisfechos con pequeños logros
	Recalca la incapacidad	Normalmente existe esfuerzo por ejecutar las tareas
	Mínimos esfuerzos	
	Respuestas del tipo “no sé” a la preguntas de la evaluación neuropsicológica	
	Mejoran con antidepresivos	No mejoran o muy poco
Afecto	Sensación de malestar. Variación diurna del humor pero con un estado de ánimo depresivo constante	Ausencia de preocupación con afecto lábil y superficial
Habilidades sociales	Notable pérdida, usualmente al principio	A menudo se conservan intactas en estados iniciales
Hallazgos cognoscitivos		
Atención y concentración	A menudo intacta	Usualmente defectuosa
Pérdida de memoria	Igual para hechos recientes y remotos	Pérdida más severa para acontecimientos recientes.
	Frecuentes lagunas de memoria	Son infrecuentes lagunas en otros períodos
Ejecución	Muy variable	Baja
Tests psicométricos	Lentificación	Deterioro progresivo

Tabla 10. Criterios Caine. Diagnóstico de seudodemencia

Deterioro intelectual en un paciente con trastorno psiquiátrico primario
Características clínicas que simulan un trastorno degenerativo del sistema nervioso central
Compromiso intelectual reversible
Ausencia de trastorno neurológico que justifique el deterioro cognitivo

E

La depresión frecuentemente puede confundirse con deterioro cognoscitivo, debido a que los síntomas como aislamiento, anhedonia y olvidos por distracción que suelen imitar a los síntomas de deterioro cognoscitivo.

III
[E. Shekelle]
Bhalla RK, 2011

R

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 (GDS, Geriatric Depression Scale). (**Ver anexo 5.3, Cuadro 10**).

C
[E. Shekelle]
Marchington KL, 2012

Pruebas Complementarias

Perfil tiroideo (cribado con TSH)	Recomendado
Valores séricos de vitamina B_{12} y ácido fólico	Recomendado

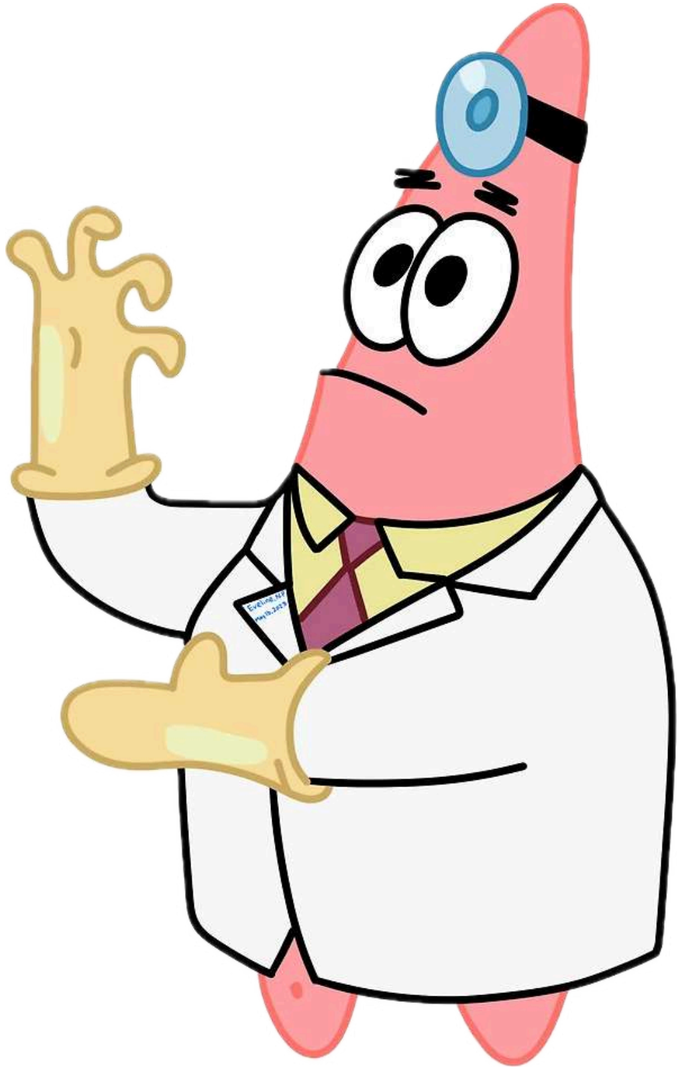
✓/R

El hipotiroidismo en el adulto mayor es causa de deterioro cognoscitivo, cabe recordar, que suele ser subclínico o dar manifestaciones muy sutiles, por lo que ante la presencia de un paciente con datos de depresión, estreñimiento, piel seca o alteraciones en los lípidos se debe sospechar en esta patología.

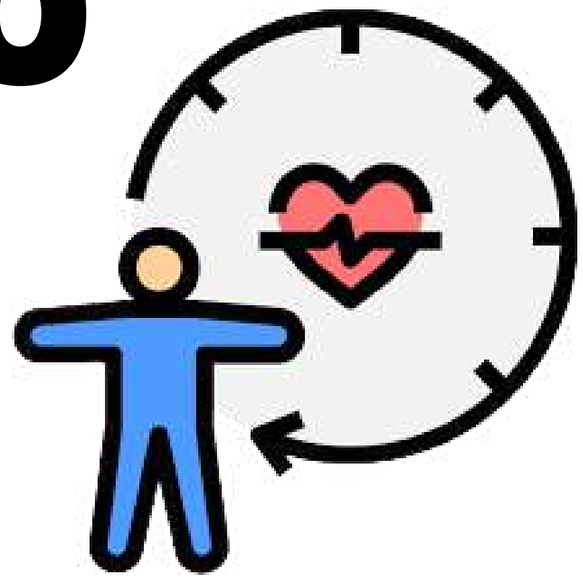
E

La depresión, la deficiencia de vitamina B12 y el hipotiroidismo, son entidades que con frecuencia cursan con demencia potencialmente reversible.
El alcohol, alteraciones metabólicas e intoxicaciones son causas frecuentes que cursan con Delirium y deterioro cognoscitivo, por lo tanto, todas son potencialmente reversibles, pero son factores que conducen a la demencia.

III
[E. Shekelle]
Knopman D, 2001



PRONÓSTICO

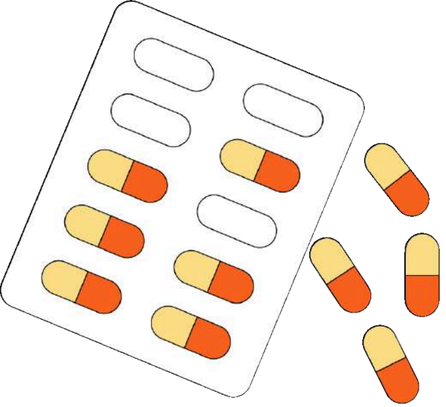


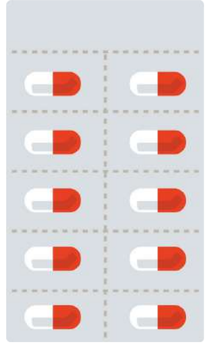
Tipo de demencia	6 a 10 años
Alzheimer	6 a 10 años
Vascular	6 a 10 años
Frontotemporal	6 a 10 años
Cuerpos de Lewy	6 a 10 años
Demencia por Parkinson	6 a 10 años
Mixta (Alzheimer + vascular)	6 a 10 años

E

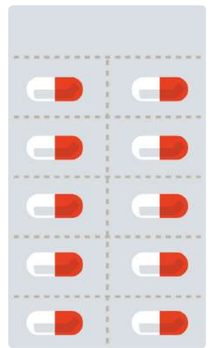
En general, la supervivencia de un paciente después de haberse elaborado el diagnóstico es de 3 a 5 años, el cual se modifica si existe la presencia de enfermedades crónicas degenerativas.

IIb
[E. Shekelle]
Andersen K, 2010





TRATAMIENTO



TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

E

La modificación del entorno domiciliario para adaptarlo al nivel de funcionalidad del adulto mayor con deterioro cognoscitivo estimula la independencia y mejora la adaptación.

III
[E. Shekelle]
Kar N, 2009

- **Educación a Primer Cuidador.**
- **Identificación de Síntomas Neuropsiquiátricos.**
- **Actividad Físicia en Presencia de demencia + Fragilidad.**
- **Modificación Arquitectonico del Ambiente del paciente.**

R

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.

D
[E. Shekelle]
Schulz R, 2004

- **Cuidador Puede generar Ansiedad o Colapso del Cuidador.**

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO “Demencia”

- **Inhibidores de la Colinesterasa (Donezepilo,galantamina , Rivastigmina).**

- **Agonistas de los Receptores N-Metil-D- Aspartato (NMDA).**

Fármaco	Presentación	Dosis inicial	Dosis de mantenimiento	Observaciones
Donepezilo	5 - 10 mg v.o	5 mg/día (noche)	10 mg/día (máx. 23 mg/día en Alzheimer avanzado)	Bien tolerado; efecto GI leve
Rivastigmina	1.5–6 mg caps. o parches	1.5 mg/12 h VO ó 4.6 mg parche	Hasta 6 mg/12 h VO ó 9.5–13.3 mg parche/24 h	Usar parche si hay efectos GI con VO
Galantamina	4–12 mg VO o liberación prolongada	4 mg/12 h VO ó 8 mg/día (lib. prolongada)	Hasta 12 mg/12 h VO ó 24 mg/día (lib. prolongada)	Tomar con alimentos; ajustar en insuficiencia renal

E

Los inhibidores de colinesterasa NO mejoran la función cognoscitiva ni los síntomas neuropsiquiátricos de la Demencia por Cuerpos de Lewy.

E

La rivastigmina mejora la función cognoscitiva y las actividades de la vida diaria en la Demencia asociada a Enfermedad de Parkinson.

E

Los fármacos inhibidores de la colinesterasa NO previenen la progresión de deterioro cognoscitivo leve (DCL) a demencia.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO “Síntomas Asociados”

- Antidepresivos ISRS.

- Antipsicóticos.

Fármaco (ISRS)	Dosis inicial	Dosis usual en demencia	Observaciones
Sertralina	25 mg/día	50–100 mg/día	Bien tolerado; útil para ansiedad/apatía
Citalopram	10 mg/día	10–20 mg/día (no más de 20 mg en mayores de 65 años)	Puede ayudar con agitación leve
Escitalopram	5 mg/día	5–10 mg/día	Menos efectos secundarios que citalopram
Fluoxetina	10 mg/día	10–20 mg/día	Vida media larga; cuidado en insomnio
Paroxetina	10 mg/día	10–20 mg/día	Más anticolinérgica: evitar si posible

R

Los antidepresivos pueden ser utilizados en el tratamiento de la comorbilidad con depresión evaluando cuidadosamente a cada paciente. 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.

SIGN, 2006 D

Fármaco	Dosis inicial	Dosis usual en demencia	Observaciones
Risperidona	0.25 mg/día	0.5–1 mg/día (máx. 2 mg/día)	Único aprobado en varios países para demencia; buena evidencia
Quetiapina	12.5–25 mg/noche	25–100 mg/día	Más sedante; útil si hay insomnio
Olanzapina	2.5 mg/día	5–10 mg/día	Más efectos metabólicos y sedación
Haloperidol	0.25 mg/día	0.5–1 mg/día (uso puntual)	Solo en agitación grave/aguda; riesgo extrapiramidal alto

E

Los antipsicóticos buscan mejorar los síntomas conductuales que se presentan en la demencia: psicosis, agresión, agitación, trastornos del sueño, los cuales se presentan hasta en un 30 a 50%. Se considera que se presentan como una disfunción de los circuitos frontales además del incremento de sustancias como la noradrenalina subcortical y disminución de la serotonina.

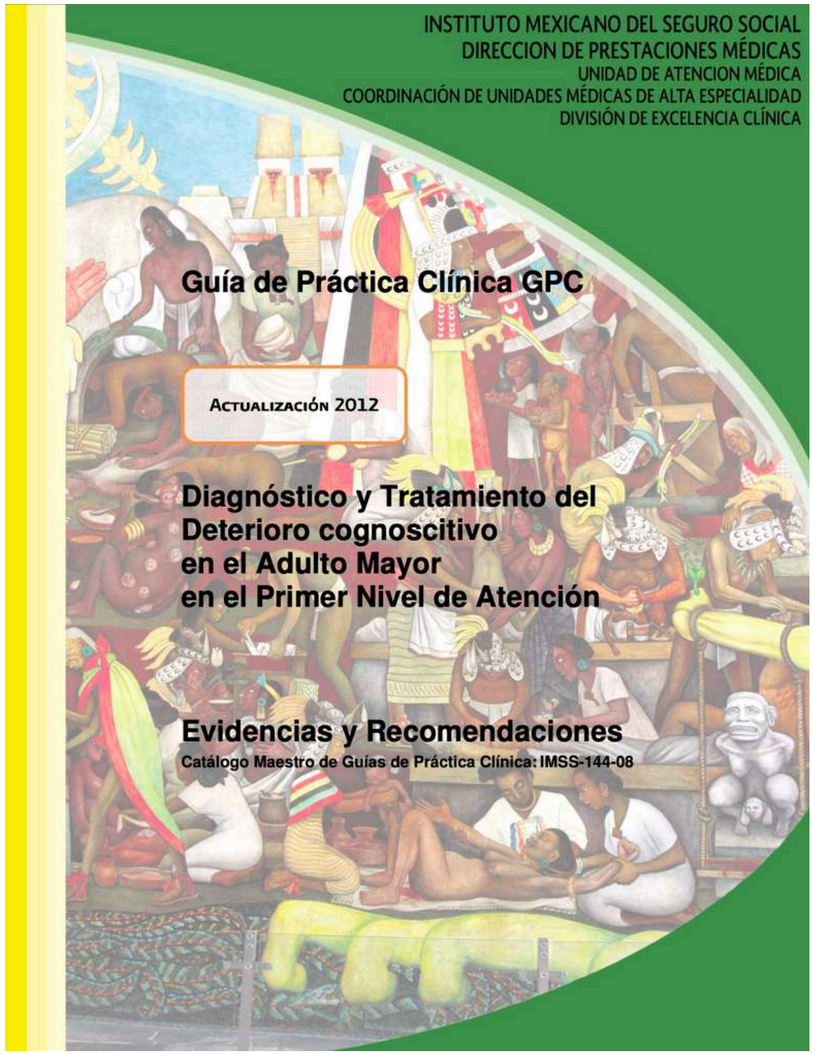
R

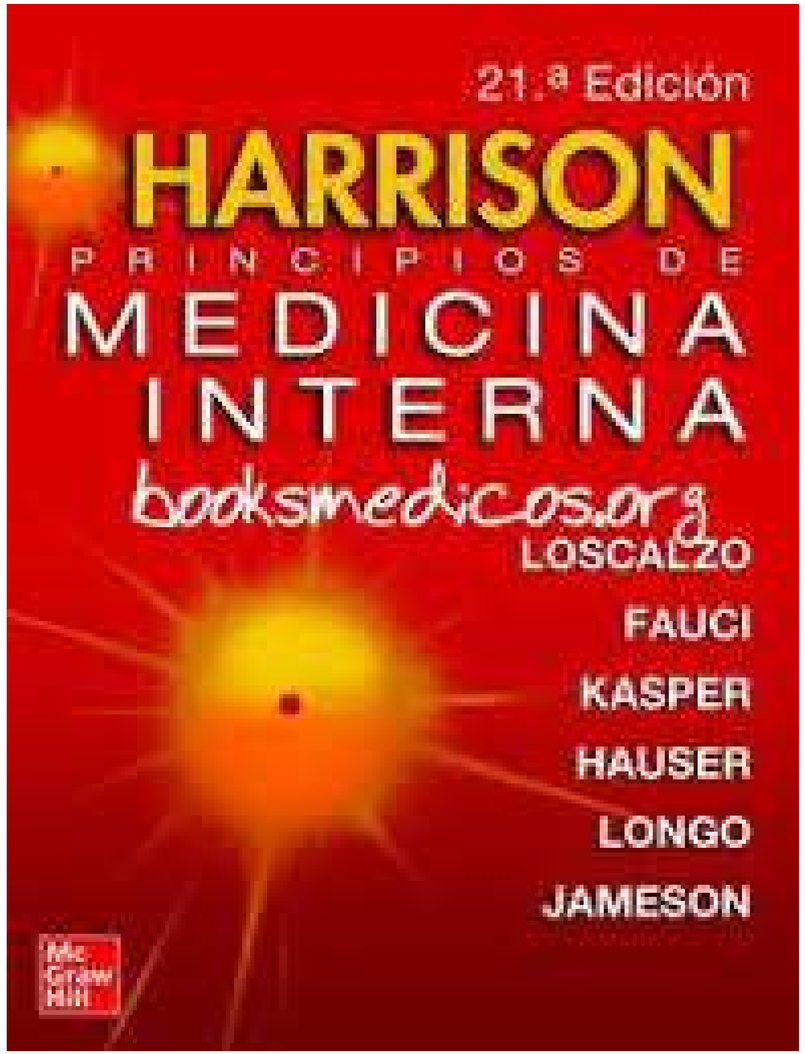
Las benzodiazepinas no son recomendadas para el manejo de los síntomas conductuales de la demencia, ya que están asociadas a mayor riesgo de caídas, somnolencia diurna y mayor deterioro cognitivo.

GRACIAS POR SU ATENCION

APLAUDAN Y NO PREGUNTEN

Referencias Bibliográficas.....





tema central

demencia en atención primaria

Abordaje diagnóstico y terapéutico de la demencia en atención primaria

E. Thomas Carazo[a] y M.J. Nadal Blanco[b]

[a]Doctora en Medicina. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico I. Área 4. Madrid.
[b]Doctora en Medicina. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio Normal de Urgencias. Atención Primaria. Guadalajara.