

Recomendaciones de manejo del deterioro cognitivo y la demencia en Atención Primaria

V.M. González Rodríguez^a, E. Arrieta Antón^b y S. Riu Subirana^c

^aMédico Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Miembro del Grupo de Neurología SEMERGEN y miembro del Grupo de Demencias semFYC. Centro de Salud de la Alberca. La Alberca. Salamanca. España.

^bMédico de Familia. Coordinador del Grupo de Neurología SEMERGEN. Centro de Salud Segovia Rural. Segovia. España.

^cMédico Gerontólogo. Miembro del Grupo de Demencias semFYC. SRETR Llaras Mundet. Diputació de Barcelona. Barcelona. España.

El envejecimiento poblacional incrementa la posibilidad de atender problemas relacionados con el funcionamiento cognitivo en Atención Primaria. A pesar de los obstáculos existentes para el diagnóstico de estos trastornos en este nivel asistencial, este es posible al ser un proceso fundamentalmente clínico, en el que se recomienda el trabajo interdisciplinar de todos los profesionales implicados, la adecuada coordinación entre niveles y la decidida implicación de las instituciones sociosanitarias. No existen evidencias para recomendar el cribado sistemático. El diagnóstico temprano, a partir de los signos de sospecha en las áreas cognitiva, comportamental y funcional, constituye la mejor opción en el momento actual. El diagnóstico sindrómico se basa en los datos recogidos en la historia clínica, la exploración neuropsicológica abreviada y la exploración física. Se recomienda completar el diagnóstico hasta obtener los datos de sospecha etiológica, situación funcional, estadio evolutivo, valoración sociofamiliar y grado de sobrecarga del cuidador. El objetivo es la elaboración del plan de cuidados individualizado que se basa en intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, dirigidas no solo al paciente, sino también al cuidador y a su entorno.

Palabras clave: deterioro cognitivo, demencia, cribado, diagnóstico, tratamiento, guías de práctica clínica.

Aging of the population increases the possibility of attending to problems related to cognitive functioning in Primary Care. In spite of the obstacles existing for the diagnosis of these disorders in Primary Care, this may fundamentally be a clinical condition in which interdisciplinary participation of all the professionals involved, adequate coordination between levels and firm involvement of the social-health care institutions are recommended. There is currently no evidence to recommend systematic screening. Early diagnosis that is based on signs of suspicion in the cognitive, behavioral and functional areas of life is the best option. Syndromic diagnosis is based on information compiled from the patient's medical history, the neuropsychological examination (abridged version) and physical examination. The diagnosis could be complemented with information from the etiological symptoms, the functional situation, the clinical evolution, the socio-family assessment and the degree of work overload to the caregiver. The objective is to draw up an individual care plan based on pharmacological and non-pharmacological interventions addressed not only to the patient but also to his/her caregiver and the surrounding setting.

Key words: cognitive impairment, dementia, screening, diagnosis, treatment, clinical practice guidelines.

PREMISAS DE PARTIDA

1) El envejecimiento poblacional incrementa la prevalencia de los trastornos cognitivos atendidos en Atención Primaria, cuyas cifras oscilan entre el 5 y el 10% de los mayores de 65 años.

2) La mayoría de estos trastornos acontecen en su inicio de manera sutil, con problemas en la introspección o mecanismos de negación de la persona afectada, e incluso de sus familiares (quienes, en ocasiones, los consideran como "normales para su edad"), lo que puede dificultar su detección en etapas iniciales.

3) En Atención Primaria existen otros obstáculos para la atención a los problemas relacionados con el deterioro cognitivo (falta de tiempo, acceso a recursos, déficit formativos, etc.).

4) El diagnóstico es fundamentalmente clínico por lo que, aunque se precise información adicional, puede ser perfectamente afrontado por los médicos de Atención Primaria.

Correspondencia: V.M. González Rodríguez.

Centro de Salud de la Alberca.

Av. de las Batuecas, s/n.

37624 La Alberca. Salamanca. España.

Correo electrónico: victor.gonzalez@comsalamanca.es

Recibido el 29-10-07; aceptado para su publicación el 08-11-07.

RECOMENDACIONES BÁSICAS¹⁻⁵

1) Los pacientes con deterioro cognitivo no pueden ser discriminados ni excluidos de ningún servicio por el simple hecho de tener dicho diagnóstico, ni por su edad, ni por la discapacidad asociada.

2) Los profesionales sociosanitarios deberían, siempre, solicitar el consentimiento informado de los pacientes con demencia para cualquier intervención. Previamente deben adaptar la información a la capacidad de comprensión y a los déficits específicos de cada paciente.

3) Se recomienda generalizar la redacción de los documentos de instrucciones previas en personas sanas, para utilizarlos en los casos de alteración de la autonomía.

4) Cuando el paciente no pueda decidir, y no exista documento de instrucciones previas, puede utilizarse el juicio sustitutivo, la historia de valores, o el mejor interés del paciente. Los profesionales de Atención Primaria, buenos conocedores del paciente y su entorno, se encuentran en un lugar privilegiado para ayudar en la toma de decisiones difíciles, sobre todo en los momentos finales de la demencia.

5) En demencia avanzada se recomienda la limitación del esfuerzo terapéutico, garantizando el acompañamiento del paciente y familia. El nihilismo no está justificado, al provocar situaciones de abandono, pero tampoco las posturas vitalistas de obstinación terapéutica que pueden provocar situaciones fútiles de encarnizamiento (diagnóstico y/o terapéutico).

6) Se recomienda el trabajo interdisciplinar de todos los profesionales de Atención Primaria y su adecuada coordinación con otros niveles, así como la decidida implicación de las instituciones para garantizar los objetivos establecidos en los planes de cuidados individualizados.

RECOMENDACIONES DE CRIBADO PARA LA DETECCIÓN DE DETERIORO COGNITIVO¹⁻⁶

1) No existen suficientes evidencias, al menos en el momento actual, para recomendar ninguna prueba de cribado sistemático.

2) El diagnóstico “temprano” (*early identification*), consistente en la detección de un proceso a partir de sus manifestaciones clínicas iniciales, es la opción más recomendable actualmente en los casos de sospecha de deterioro cognitivo, por lo que se recomienda mantener un elevado nivel de sospecha, iniciando un reconocimiento del mismo, así como llegando a una confirmación diagnóstica y planteando el seguimiento más adecuado.

3) Los signos de sospecha de deterioro cognitivo pueden ser referidos por el propio paciente o personas de su entorno, sobre cambios en su: a) rendimiento cognitivo: memoria, lenguaje, orientación, etc.; b) nivel de funcionamiento (con respecto al que tenía previamente): cocinar, administrar los medicamentos, conducir, manejar el dinero, etc., y c) comportamiento-personalidad: agitación, apatía, desinterés, depresión, ansiedad, desinhibición, etc.

RECOMENDACIONES DE DIAGNÓSTICO DE DETERIORO COGNITIVO Y/O DEMENCIA¹⁻⁸

1) Establecida la sospecha clínica de deterioro cognitivo y/o demencia, se debe profundizar en el diagnóstico del

mismo, que es fundamentalmente clínico, debiendo estar sustentado por criterios diagnósticos consensuados como los que encontramos en el DSM-IV, CIE-10, o los de la Sociedad Española de Neurología.

2) La integración de los datos obtenidos en la anamnesis y en la entrevista clínica al paciente (confirmados con un informador fiable), y de los hallazgos de la exploración física (que debe incluir una exhaustiva exploración neurológica y una exploración neuropsicológica abreviada), constituye el método más efectivo y eficiente para diagnosticar de manera certera la mayoría de los problemas relacionados con el deterioro cognitivo en Atención Primaria, y permite una aproximación inicial al diagnóstico etiológico de sospecha.

3) La anamnesis debe recoger, al menos, los siguientes datos relacionados con los antecedentes del paciente: a) antecedentes familiares relacionados con el deterioro cognitivo y/o demencia; b) antecedentes personales relacionados con traumatismos, infecciones, depresiones, patología vascular y/o neurológica, y c) historia farmacológica previa y actual, y hábitos tóxicos.

4) La entrevista clínica debe recoger, al menos, los siguientes datos relacionados con el problema que presenta el paciente: a) fecha aproximada de inicio, síntomas de “alarma” (interrogar por las esferas intelectual, afectiva-conductual y funcional); b) forma de instauración y progresión, y c) síntomas asociados.

5) Será necesario emplear escalas de valoración mental y funcional ajustadas a criterios estandarizados, al nivel educativo del paciente, y a la posible existencia de déficit sensoriales en este. Se recomienda el entrenamiento previo de los profesionales sanitarios que las llevarán a cabo.

6) En España, la prueba psicométrica de elección en Atención Primaria es el Minixamen Cognoscitivo de Lobo (MEC), que puede complementarse con otras como el Test del informador abreviado, el Test del Reloj, etc.

7) La valoración de la progresiva alteración en el funcionamiento del individuo con respecto al nivel que este tenía previamente, desde las actividades avanzadas de la vida diaria hasta las más básicas, dependiendo del momento evolutivo de la enfermedad, es obligada para el diagnóstico sindrómico de demencia y para establecer un adecuado plan de cuidados. Puede hacerse mediante entrevista abierta o con el uso de escalas para la valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), como la Escala de Lawton y Brody, y para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) se han empleado otras como el Índice de Barthel, el Índice de Katz, la Escala de valoración de la Cruz Roja, etc.

8) En la exploración física se deben valorar, al menos, los siguientes aspectos: a) exploración neurológica: nivel de conciencia, pares craneales, signos de focalidad periférica (motora o sensitiva), signos extrapiramidales; b) exploración general: tensión arterial, auscultación cardiaca, pulmonar y carotídea, palpación tiroidea y de pulsos periféricos.

9) Realizar el diagnóstico diferencial con otras patologías. Por su frecuencia, se debe prestar especial atención a: a) el deterioro cognitivo ligero (sin repercusión en el fun-

cionamiento del individuo con respecto al nivel que tenía previamente); b) los trastornos del estado de ánimo (depresión establecida y cuadros subsindrómicos); c) *delirium* (de instauración aguda y que cursa con afectación del nivel de conciencia) y d) iatrogenia por fármacos (frecuente en personas mayores dada la pluripatología y la polifarmacia a la que están habitualmente expuestos).

10) Se recomienda un estudio analítico de rutina que debe incluir, al menos, los siguientes parámetros (y otros adicionales según sospecha clínica): hemograma completo, velocidad de sedimentación globular (VSG), glucemia, función renal, perfil lipídico y hepático, ionograma, función tiroidea, vitamina B₁₂ y ácido fólico.

11) Se aconseja realizar una prueba de neuroimagen (resonancia magnética nuclear [RMN], tomografía axial computarizada [TAC]) en el estudio inicial de un deterioro cognitivo. El rendimiento de dichas pruebas es escaso y debería estar dirigido a descartar causas de demencia no neurodegenerativa.

12) El diagnóstico etiológico de la mayoría de las causas de demencia puede llevarse a cabo con los criterios diagnósticos estandarizados e internacionalmente aceptados.

13) La valoración de la fase evolutiva del paciente completa el diagnóstico, y es imprescindible para la planificación dinámica de cuidados, dado que sus necesidades serán muy distintas según se halle en una fase leve, moderada o avanzada.

14) La valoración integral por patrones funcionales de salud permite obtener una visión global y dinámica de los problemas que afectan al paciente, siendo esta imprescindible para la planificación individualizada de los cuidados que el enfermo precisa.

15) Se recomienda realizar una entrevista familiar (con el consentimiento previo del paciente), identificación del cuidador principal, explorar sus conocimientos sobre el síndrome (información/formación), creencias (erróneas o acertadas), actitudes (positivas o generadoras de estrés) y necesidades de apoyo en la tarea del cuidado (presentes y/o futuras).

16) Se recomienda hacer una valoración periódica del grado de sobrecarga del cuidador principal de un paciente con demencia.

RECOMENDACIONES SOBRE TRATAMIENTO PREVENTIVO¹⁻²

1) No han demostrado su utilidad en la prevención primaria de ningún tipo de demencia: estatinas, tratamiento hormonal sustitutivo, vitamina E, ni los antiinflamatorios no esteroideos (AINE).

2) En los pacientes con demencia se recomienda revisar y tratar los factores de riesgo vascular (por ejemplo tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, obesidad, hipertensión, diabetes o hipercolesterolemia), así como llevar a cabo un manejo optimizado de la comorbilidad que presente.

RECOMENDACIONES SOBRE TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO¹⁻⁴

1) Los programas de estimulación cognitiva en grupos se han demostrado efectivos cuando son aplicados por pro-

fesionales entrenados en todos los tipos de demencia en los estadios leve o moderada, por lo que se recomienda que puedan ofrecerse a todos los pacientes dentro de su plan de cuidados, al menos en esas fases iniciales.

2) Entre los tratamientos no farmacológicos, aquellos en los que la fuerza de las recomendaciones alcanza mayores niveles son: las terapias de reminiscencia, las de orientación a la realidad, el entrenamiento de memoria, las terapias de validación y la estimulación multisensorial (Snoezelen).

3) En el tratamiento no farmacológico de los trastornos conductuales y psicológicos asociados a la demencia, una vez descartados (o corregidos) los factores precipitantes, se han ensayado estrategias no farmacológicas eficaces como las terapias de estimulación multisensorial, la aromaterapia, la terapia lumínica, la musicoterapia, la terapia asistida con mascotas y la masoterapia.

4) Los cuidadores de los pacientes con demencia se benefician de las siguientes intervenciones: intervenciones individuales (terapia psicológica individual, terapia cognitiva, etc.), grupos de autoayuda, grupos psicoeducativos, intervenciones familiares, etc.

RECOMENDACIONES SOBRE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO^{1,2-4}

1) Los tres inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACHe) están indicados en el tratamiento de la demencia tipo Alzheimer en fases leve y moderada (tabla 1).

2) Se recomienda el tratamiento específico con IACHe a pacientes con demencia tipo Alzheimer con puntuaciones en el MEC de Lobo entre 23 y 11. El paciente debe ser reevaluado al menos cada 6 meses.

3) Las escalas de valoración mental sirven para valorar la indicación del tratamiento y también para valorar la pertinencia de mantener este en las visitas de seguimiento, aunque la puntuación no será el único criterio que aplicaremos en la decisión de iniciar o mantener un determinado fármaco.

4) Si existe un deterioro significativo en el funcionamiento del paciente con respecto al nivel que tenía previamente, a pesar de puntuaciones superiores a las recomendadas en las pruebas psicométricas, podría estar indicado el inicio o mantenimiento del tratamiento con IACHe. Puntuaciones por debajo de lo recomendable, según lo comentado previamente, para individuos con nivel intelectual premórbido pobre podrían también recomendar el inicio o mantenimiento del tratamiento con IACHe. Por todo lo referido, se recomienda integrar toda la información clínica, el uso de escalas alternativas (adaptadas al nivel de escolarización del paciente) y decidir en consecuencia.

5) No existen suficientes evidencias, al menos en el momento actual, para recomendar el uso de IACHe de manera sistemática en el tratamiento de la demencia vascular ni en el deterioro cognitivo ligero.

6) Rivastigmina se ha demostrado eficaz en el tratamiento de la demencia por enfermedad con cuerpos de Lewy, y en la demencia asociada a la enfermedad de Parkinson.

7) La memantina, antagonista no competitivo de los receptores de N-metil-D-aspartato, aunque es el único fár-

Tabla 1. Inhibidores de la acetilcolinesterasa para el tratamiento de la demencia tipo Alzheimer en fases leve y moderada

Característica	Donepezilo	Rivastigmina	Galantamina
Vida media	70 h	De 1-2 a 10 h	7-8 h 8-10 h*
Metabolización	Hepática	Periférica	Hepática
Dosis inicial	5 mg/24 h	1,5 mg/12 h	4 mg/12 h 8 mg/24 h*
Mantenimiento	10 mg/24 h	6 mg/12 h	8 mg/12 h 16 mg/24 h*
Máxima	10 mg/24 h	4,5-6 mg/12 h	12 mg/12 h 24 mg/24 h*
Aumento de dosis	Valorar tras 4 semanas de la dosis inicial	Valorar tras 2 semanas de la dosis inicial	Valorar cada 4 semanas el ascenso de dosis
Efectos secundarios	Náuseas, vómitos, diarrea, anorexia y pérdida de peso	Náuseas, vómitos, diarrea, anorexia y pérdida de peso	Náuseas, vómitos, diarrea, anorexia y pérdida de peso
– colinérgicos	3-9%	35%	5%
– hepáticos	0%	0%	0%
Abandonos	1-3%	No se citan	No se citan
Precauciones	Asma/EPOC Bradicardia	Úlcus gastro-duodenal activo Enfermedad del seno, retención urinaria	Asma/EPOC Intervenciones quirúrgicas
Contraindicado	Úlcus gastro-duodenal activo Enfermedad del seno, retención urinaria	Insuficiencia hepática grave	Insuficiencia hepática o renal grave Enfermedad del seno
Interacciones farmacológicas	Ketoconazol, itraconazol, fluoxetina, rifampicina, fenitoína, carbamacepina, alcohol, bloqueadores beta	No descritas	Atropina, bloqueadores beta, digoxina, paroxetina, ketoconazol
Relación con las comidas	Indiferente (habitualmente se administra por la noche)	Administrar con las comidas	Administrar con las comidas. Asegurar adecuada ingesta de líquidos

*forma *retard*. EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
Adaptada de: Guía de Atención al paciente con demencia en Atención Primaria. Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud, Sanidad de Castilla y León (Sacyl) 2007⁴.

maco aprobado actualmente para el tratamiento de la demencia avanzada, no ha aportado suficientes evidencias como para recomendar su uso de manera generalizada.

8) No existen suficientes evidencias, al menos en el momento actual, para recomendar el tratamiento de los pacientes con deterioro cognitivo ligero, demencia tipo Alzheimer, demencia vascular, o demencia por enfermedad con cuerpos de Lewy, con ninguno de los siguientes principios o grupos: vitamina E, ginkgo biloba, salvia, estrógenos, ácido acetil salicílico y otros AINE (rofecoxib, naproxeno, diclofenaco), prednisona, selegilina, L-acetilcarnitina, cerebrolisina, nicergolina, lecitina, piracetam, D-cicloserina, estatinas, nicotina.

9) En el tratamiento de los síntomas conductuales y psicológicos asociados a la demencia (SCPD) se debe valorar siempre, previamente: la posibilidad de que existan factores precipitantes, la existencia de una enfermedad médica que explique el cuadro (por ejemplo dolor, estreñimiento, fiebre, etc...), etc.

10) Antes de iniciar el tratamiento no farmacológico de los SCPD se recomienda el tratamiento no farmacológico (sobre todo, técnicas de estimulación multisensorial).

11) Cuando se precisa el tratamiento farmacológico en los SCPD se debe tener en cuenta que: se recomienda usar monoterapia, la dosis mínima eficaz, revisiones periódicas y mantener el tratamiento el menor tiempo posible.

12) Cuando los SCPD son muy frecuentes o muy intensos, y tras valorar el riesgo/beneficio y discutirlo con el paciente y la familia, se puede decidir la instauración de tratamiento farmacológico:

– Preferiblemente con neurolépticos, valorando su balance riesgo/beneficio.

– En demencia tipo Alzheimer, si no existe adecuada respuesta, y no recibía ese tratamiento, valorar el tratamiento con IChE.

– En demencia por enfermedad con cuerpos de Lewy no se recomienda el uso de neurolépticos, y si el empleo de IChE.

– En demencia vascular no se recomienda el uso de IAChE.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dementia. A NICE-SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care. BPS&RCP; 2007.
2. Management of patients with dementia. A national clinical guideline. SIGN. 2006.
3. Grupo de Trabajo sobre demencias semFYC. Demencias desde la Atención Primaria. Barcelona: SemFYC ediciones; 2005.
4. Guía de atención al paciente con demencia en Atención Primaria. Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud, Sanidad de Castilla y León (Sacyl). 2007.
5. Guía de Práctica Clínica. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Conferencia de consenso. Servicio Canario de Salud; 1998.
6. Recommendations of The U.S. Preventive Services Task Force. The Guide to Clinical Preventive Services; 2007.
7. Qizilbash N, Schneider LS, Chui H, Tariot P, Brodaty H, Kaye J, et al, editors. Evidence-based Dementia Practice. Oxford: Blackwell Science Ltd; 2002.
8. Robles A, del Ser T, Alom J, Peña-Casanova J, y Grupo Asesor del Grupo de Neurología de la conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología. Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alzheimer. Neurología. 2002;17:17-32.