

Enfoque, diagnóstico y tratamiento a un paciente con demencia en la atención primaria de salud

Approach, diagnosis and treatment of a patient with dementia in primary health care

Juan Carlos LLibre Guerra^I; Milagros A. Guerra Hernández^{II}; Elianne Perera Miniet^{III}

^IEspecialista en Medicina General Integral. Máster en Longevidad Satisfactoria. Instructor. Facultad de Medicina "Finlay-Albarrán", municipio Marianao, La Habana, Cuba.

^{II}Especialista de II Grado en Psiquiatría y en Medicina General Integral. Máster en Longevidad Satisfactoria. Policlínico "27 de Noviembre". Facultad de Medicina "Finlay-Albarrán", municipio Marianao, La Habana, Cuba.

^{III}Residente de Medicina General Integral. Policlínico "Ramón González Coro". Facultad de Medicina "Finlay-Albarrán", municipio Marianao, La Habana, Cuba.

RESUMEN

Las demencias y la enfermedad de Alzheimer constituyen un serio y creciente problema de salud en países con una alta expectativa de vida como el nuestro. A pesar de su creciente importancia, la demencia es una enfermedad frecuentemente infradiagnosticada e infravalorada. El papel del médico de atención primaria es clave en el diagnóstico del síndrome demencial. El diagnóstico de demencia es fundamentalmente clínico, su secuencia diagnóstica a nivel de la Atención Primaria de Salud incluye una evaluación clínica, una evaluación neuropsicológica mínima, la evaluación funcional y la evaluación al familiar, lo que se complementa con la realización de exámenes complementarios. El médico de atención primaria debe estar capacitado para el adecuado diagnóstico y seguimiento de los pacientes en el marco de su comunidad, lo que evitaría el gasto de recursos e incomodidades para el paciente y la familia, al contar en la propia área de salud con un profesional preparado y conocedor de sus problemas en su entorno familiar y social, capaz de prestarle un adecuado seguimiento y un oportuno asesoramiento y apoyo a la familia.

Palabras clave: Demencia, enfermedad de Alzheimer, diagnóstico sindrómico, diagnóstico diferencial, diagnóstico etiológico, atención primaria de salud.

ABSTRACT

Dementias and Alzheimer's disease are a serious and increasing health problem in countries with a high life expectancy at birth as ours. In spite of its increasing importance, dementia is frequently underdiagnosed and underestimated. The role of the doctor in primary health care level is essential in the diagnosis of demential syndrome. The diagnosis of dementia is mainly clinical. Its diagnostic sequence at the primary health care level includes a clinical evaluation, a minimal neuropsychological assesment, a functional evaluation, an evaluation to the relative and complementary tests. The primary care physician should be qualified for an adequate diagnosis and follow-up of the patients in the community, which would avoid the expense of resources and the inconveniences for the patient and his family, on having in their own health area a well-prepared professional that knows the problems existing in the social and family setting and is capable of following them up and giving them a convenient advice and the necessary support to the family.

Key words: Dementia, Alzheimer's disease, syndromic diagnosis, differential diagnosis, etiological diagnosis, primary health care.

INTRODUCCIÓN

A pesar de su creciente importancia, la demencia es una enfermedad frecuentemente infradiagnosticada e infravalorada. De hecho, únicamente el 4 % de las consultas de tipo neurológico atendidas por el Médico de Familia se ocupan en el diagnóstico o seguimiento de esta enfermedad.^{1,2}

Diversos estudios han reportado que el 31 % de los médicos de APS no utiliza *test* alguno para la evaluación del deterioro cognitivo, el 44 % no efectúa ninguna prueba complementaria para su diagnóstico diferencial, y que solo el 40 % de los médicos de atención primaria conocían que la enfermedad de Alzheimer es la causa más común de demencia en adultos mayores, y que se diagnostica erróneamente o no es reconocida hasta fases muy avanzadas. La no existencia de un acuerdo acerca de la distinción entre la pérdida de memoria considerada "normal" en el anciano y el momento en el que puede hablarse de una demencia establecida, la no realización de una exploración simple del estado mental durante el examen médico y la percepción inadecuada del proceso normal del envejecimiento, explican estos errores.^{1,2}

El papel del médico de atención primaria es clave en el diagnóstico del síndrome demencial, si tenemos en cuenta que el 13 % de las demencias tiene una causa potencialmente curable, como es el caso de la demencia secundaria a hipotiroidismo o a déficit de vitamina B12; y la importancia que reviste el diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer, por su impacto positivo en la

atención al enfermo al ser diagnosticada en estadios tempranos.¹⁻³ El médico de atención primaria debe esforzarse, no solo en el diagnóstico precoz del deterioro cognitivo y en su adecuado tratamiento, sino que, además, debe prestar un adecuado asesoramiento y apoyo a la familia del paciente.

DESARROLLO

Los recientes progresos en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias han beneficiado a la mayoría de los pacientes. El diagnóstico temprano y seguro evitará el uso de recursos médicos costosos, y permitirá a los pacientes y restantes miembros de la familia, tiempo para prepararse para los cambios futuros en los aspectos médicos, financieros y legales. Por otra parte, el diagnóstico temprano de los síndromes demenciales tendrá una influencia futura en el pronóstico, en el tratamiento y en la calidad de vida del paciente y su familia.¹

Los médicos de atención primaria constituyen la puerta de entrada para la mayoría de los pacientes. Los pacientes y sus familiares, con frecuencia, interpretan erróneamente síntomas tempranos, como cambios normales del envejecimiento, y los médicos pueden no reconocer los síntomas iniciales, si no están preparados para ello, perpetuando, incluso, falsas creencias de que estos cambios son propios de la edad avanzada. La enfermedad de Alzheimer y el envejecimiento, no son sinónimos.¹

En relación con el diagnóstico una autoridad en este tema como *Katzman* asegura que con el examen clínico solamente, puede obtenerse una certeza de alrededor del 80 % en el diagnóstico causal de la demencia; y que con el uso de la TAC, la radiografía de tórax, las pruebas de función tiroidea, la dosificación de vitamina B12, la serología y el electroencefalograma (EEG), esta precisión puede elevarse solo al 90 %. Lo anterior, viene a reafirmar, la vigencia del método clínico, herramienta fundamental del Médico de Familia.¹

Diagnóstico sindrómico: el diagnóstico de demencia es fundamentalmente clínico. Por este motivo, es importante realizar una evaluación completa del paciente en consulta. La secuencia diagnóstica incluye una evaluación clínica, neuropsicológica y funcional del paciente, que se complementa con la realización de exámenes complementarios y la evaluación al familiar.¹

Evaluación clínica

Anamnesis: la evaluación clínica incluye un interrogatorio al paciente y sus familiares, se interroga sobre la enfermedad actual, y se debe establecer la fecha aproximada de inicio y progresión de los síntomas, es decir, su forma de comienzo, duración, evolución y edad de inicio. Conviene determinar la presencia de sintomatología asociada (alteraciones en la marcha, trastornos psiquiátricos, temblores, mioclonías, cefalea de inicio reciente, incontinencia de esfínteres, aparición de signos o síntomas neurológicos focales precoces); antecedentes o evidencia clínica de enfermedad sistémica (carencial, hepática, renal, endocrina, tóxica); patología psiquiátrica previa; y finalmente se debe interrogar sobre la personalidad premórbida, las actividades que el paciente es capaz de realizar, y la medicación, entre otros.¹⁻⁵ Se evalúan los APP y familiares del paciente, hábitos tóxicos y estilos de vida, tratando de identificar factores de riesgo.¹⁻³

Examen psiquiátrico: está dirigido a la búsqueda de síntomas conductuales o no cognitivos, y al diagnóstico diferencial entre demencia, estado confusional agudo y depresión.¹

Exploración física y neurológica básica: se realiza una exploración física completa que incluya peso, talla, coloración de piel y mucosas, temperatura, palpación tiroidea, presión arterial sentado y de pie, frecuencia cardíaca, auscultación cardíaca y carotídea, exploración abdominal y pulsos periféricos.¹ La exploración neurológica requiere la valoración del nivel de conciencia y la presencia de signos meníngeos. Se exploran los pares craneales, la marcha, la fuerza muscular y la sensibilidad, se buscarán signos extrapiramidales (temblor, mioclonías, rigidez, alteración de reflejos) y signos de afección frontal (reflejos glabellar, de succión, hociqueo, prensión y palmomentoniano). Conviene realizar, si podemos, un fondo de ojo.¹⁻³ El más importante propósito de la evaluación clínica es descartar una causa reversible o potencialmente curable (PC) de demencia.

Evaluación neuropsicológica

Comprende una evaluación neuropsicológica mínima a fin de orientar el diagnóstico y determinar si es necesario o no proseguir con los estudios, que será realizada por el Médico de Familia en la consulta; así como una evaluación neuropsicológica extensa que se realiza en el Laboratorio de Neuropsicología, la cual no se trata por estar fuera de nuestros objetivos. Esta evaluación neuropsicológica comprende una rigurosa batería de estudios que debe ser indicada con juicio clínico y de acuerdo con el estadio o severidad de la demencia.¹⁻⁴

El examen de un paciente que consulta por trastornos de memoria debe comprender el estudio de las funciones cognitivas (memoria, atención, percepción, orientación temporoespacial, capacidad de juicio, lenguaje, praxias y gnosias), a fin de poder establecer si estos trastornos se clasifican como olvidos, amnesia, deterioro cognitivo o demencia. Esta evaluación puede resultar más sencilla si empleamos *tests* psicométricos previamente validados.¹⁻⁴

Aunque existen múltiples escalas de evaluación cognitiva, nosotros recomendamos que el médico de atención primaria debe realizar cada 6 meses a las personas mayores de 60 años que acuden a su consulta, un examen básico de evaluación cognitiva, consistente en la realización del Mini Examen del Estado Mental de Folstein. Es el *test* cognitivo abreviado de mayor validez y difusión internacional, evalúa la orientación temporoespacial, la memoria inmediata y anterógrada, la habilidad para el cálculo, la capacidad constructiva y el uso del lenguaje, siendo su tiempo de aplicación entre 10 y 15 min. Su puntaje máximo es de 30, en Cuba generalmente se utiliza el valor límite de 24 puntos, para las personas con nivel escolar de primaria terminada o superior, y 17 puntos para un nivel escolar inferior al anterior. Un resultado por debajo del valor límite sugiere deterioro cognitivo, pero un resultado considerado "normal" no lo descarta. En mayores de 74 años, cuando la puntuación es inferior a 24, tiene una sensibilidad del 87 %, con una especificidad del 82 % y un valor predictivo positivo del 69 %.¹⁻⁵

En la evaluación y seguimiento de un paciente con demencia es útil poder establecer el estadio evolutivo de la enfermedad. En general se intenta objetivar la valoración, a fin de poder clasificar la demencia según los criterios clínicos clásicos: demencia leve, moderada o severa. La Escala de Deterioro Global (GDS) establece 7 estadios posibles: 1=normal; 2=deterioro muy leve; 3=deterioro leve; 4=deterioro moderado; 5=deterioro moderadamente severo; 6=deterioro severo; 7=deterioro muy severo.^{1,2,4,6}

Para todas las demencias que no son enfermedad de Alzheimer se sugiere reemplazar el GDS -que es específico para la enfermedad de Alzheimer- por la Clasificación Clínica de las Demencias (*Clinical Dementia Rating, [CDR]*) que es más general. Su escala establece 5 estadios posibles: 0=normal; 0,5=cuestionable; 1=demencia leve; 2=demencia moderada; 3=demencia severa.^{3,4}

Para establecer el diagnóstico de demencia, es preciso que el paciente no tenga ninguna alteración del nivel de conciencia, que sus síntomas no aparezcan exclusivamente en el contexto de un cuadro confusional, que indiquen un deterioro importante respecto a su nivel funcional (laboral o social) previo, y que la alteración de la memoria se acompañe, además, de algún otro deterioro en las capacidades intelectuales, como puede ser la aparición de afasias, apraxias, alteración de la capacidad de juicio o de la capacidad de abstracción. De hecho, tanto el DSM-IV como la CIE-10 establecen unos criterios diagnósticos específicos de demencia. Los más usados son los de la DSM-IV, que se muestran en el anexo 1.¹⁻⁷ Cualquiera que sea el criterio utilizado, el diagnóstico de demencia requiere la presencia de 3 elementos:¹

- a) Deterioro progresivo en al menos, 2 dominios de la función cognoscitiva, incluyendo la memoria.
- b) El trastorno interfiere de forma relevante con el funcionamiento social y familiar de la persona.
- c) Ausencia de una explicación alternativa para este trastorno, por ejemplo, depresión.

Exámenes complementarios: estos son fundamentales para realizar el diagnóstico diferencial y etiológico del síndrome demencial. Se aconseja realizar:^{1,2,8} hemograma, eritrosedimentación, hemoquímica (glucemia, creatinina, calcio, sodio y potasio, colesterol, triglicéridos, función hepática, albúmina), perfil tiroideo (al menos TSH), valores de vitamina B12, ácido fólico, homocisteína, serología luética, VIH, y cituria. Si existen procesos concomitantes, como HTA o arritmias cardíacas, es recomendable la realización de un electrocardiograma, e incluso, en algunos casos, una radiografía de tórax.

Se desaconseja la utilización rutinaria de la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM) en el estudio preliminar de todos los pacientes con sospecha de demencia. Sin embargo, es obligada su realización en los casos siguientes: evolución rápida (inferior a 12 meses), antecedentes de traumatismo craneal, deterioro cognitivo en sujetos con menos de 50 años, cuando la puntuación en el Minimental es inferior a 20 puntos, y en presencia de síntomas o signos neurológicos focales. No se consideran indicadas en el caso de demencias severas, con historia de más de 3 años de evolución y que no presenten focalidad neurológica asociada, sobre todo, si los hallazgos encontrados no van a modificar las decisiones terapéuticas adoptadas.^{2,8}

Diagnóstico diferencial: una vez establecido el diagnóstico sindrómico de demencia, es necesario considerar su diagnóstico diferencial que comprende, fundamentalmente, los cuadros siguientes: seudodemencias (depresión, tóxicos), delirio y estados confusionales, retraso mental, psicosis (esquizofrenia, trastorno bipolar), psicosis de Korsakoff, y la afasia de Wernicke.^{1,2,6}

Seudodemencia

Se trata de un deterioro cognitivo de rápida evolución que puede acompañar a la depresión en el anciano. Sin embargo, no es infrecuente que una demencia comience con un cuadro depresivo, en cuyo caso el diagnóstico diferencial puede

ser muy complicado.² La depresión en el anciano tiene como carácter esencial la ausencia de trastorno real de la memoria, lo cual se evidencia por los detalles minuciosos que da el paciente sobre su afección, en aquellos aspectos que lo preocupan particularmente. Sin embargo, los grados ligeros o moderados de demencia pueden ser muy difíciles de diferenciar del síndrome depresivo en el anciano.¹

Estado confusional agudo o *delirium*

Está caracterizado por un desorden global de la cognición y la atención, con disminución del nivel de conciencia, incremento o disminución de la actividad psicomotora y un trastorno del ciclo sueño vigilia, inicio súbito y empeoramiento durante la noche, acompañado de trastornos de la percepción como ilusiones, alucinaciones visuales y auditivas. Puede deberse a un trastorno primario del SNC o a una enfermedad sistémica (intoxicaciones exógenas, enfermedades infecto-contagiosas, insuficiencia respiratoria crónica, insuficiencia cardíaca, trastornos metabólicos o insuficiencia hepática).^{1,9} El 50 % de los pacientes suelen tener un trastorno cognitivo previo, por lo que a pesar de ser 2 entidades diferentes, demencia y delirio pueden coexistir. Así, el delirio puede instaurarse en un sujeto previamente demenciado, manifestándose por un brusco agravamiento del déficit cognitivo y por cambios en el comportamiento.^{1,2}

Diagnóstico etiológico: una vez, identificado y confirmado el síndrome demencial, el próximo paso corresponde a establecer su probable causa. Las causas de demencias son múltiples y variadas (anexo 2), habiéndose señalado más de 60. Si bien la mayoría son cuadros degenerativos e irreversibles, un 13 % de las demencias obedecen a causas potencialmente reversibles y tratables que, por tanto, siempre deben ser descartadas.^{1,2} Los síndromes demenciales de comienzo reciente deben tener siempre una cuidadosa y completa evaluación. La posibilidad de una causa potencialmente curable de demencia disminuye con la edad.¹ Una demencia que comienza de manera relativamente rápida durante un período de días o semanas en una persona con normalidad mental previa, debe poner en guardia sobre la posibilidad de una forma potencialmente curable; en cambio, si las funciones mentales se han deteriorado en el curso de meses o años, es más probable la enfermedad de Alzheimer u otro tipo de demencia irreversible.¹

Enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer comienza más frecuentemente después de los 60 años, y se caracteriza por su curso gradual y progresivo y como promedio el paciente tiene una expectativa de vida entre 8 y 10 años después del comienzo de los síntomas. Su diagnóstico se realiza basándose en los criterios de la Sociedad Psiquiátrica Americana (DSM-IV) (anexo 1), así como los criterios generados por el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos, de la Comunicación y de Accidentes Vasculares Cerebrales (NINCDS), y por la Asociación para la Enfermedad de Alzheimer y Trastornos Conexos (ADRDA) (anexo 3).¹⁻⁷

Demencias vasculares

Las demencias vasculares constituyen la segunda causa de demencia, reconocen con frecuencia el antecedente de hipertensión arterial y de episodios isquémicos o infartos cerebrales, caracterizándose por su evolución a saltos y su empeoramiento posterior al nuevo episodio.¹ Para su diagnóstico se utilizan los criterios especificados por el DSM-IV para demencia vascular, y criterios establecidos por el grupo de expertos del *National Institute of Neurological Disorders and Stroke* -

Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences (NINDS-AIREN) para demencia vascular.^{1,2,7}

Demencia por cuerpos de Lewy

Constituye el 15 % de las demencias y la segunda causa de demencia en estudios histopatológicos. El deterioro cognitivo de estos pacientes tiene característicamente fluctuaciones, apareciendo precozmente alucinaciones visuales bien elaboradas, signos extrapiramidales, estados confusionales, caídas frecuentes y exagerada sensibilidad a los neurolépticos.^{1,2}

Demencias frontotemporales

Las demencias frontales o frontotemporales (la más conocida, la enfermedad de Pick) se caracterizan en sus inicios por el predominio de los síntomas conductuales sobre los síntomas cognitivos. Son comunes la desinhibición psíquica, la apatía, la conducta sexual inapropiada y la hiperoralidad entre otras manifestaciones.^{1,2}

Demencia asociada al Parkinson

Un tercio de los pacientes con enfermedad de Parkinson pueden desarrollar evolutivamente una demencia. Se trata de una demencia subcortical.¹

Evaluación funcional

Debemos considerar, por un lado las actividades básicas de la vida diaria (AVD) y, por otro, las actividades instrumentadas. La utilización de escalas validadas puede facilitar considerablemente esta tarea. Sin embargo, cuando el déficit funcional es muy alto, dichas escalas deben ser completadas con descripciones detalladas de las limitaciones del sujeto. Las más utilizadas son la Escala de Lawton-Brody del *Philadelphia Geriatric Center*¹⁰ (que valora las actividades instrumentales de la vida diaria), y el Índice de Katz¹⁰ (que evalúa las actividades básicas de la vida diaria: baño, vestido, ir al servicio, traslado, continencia y alimentación).²

Evaluación al familiar

Interpretar el grado de sobrecarga o estrés del familiar resultante del cuidado es fundamental.¹¹ Para la evaluación del cuidador, aplicamos la escala de sobrecarga de Zarit y Zarit¹⁰ y el Cuestionario General de Salud (Goldberg),¹⁰ instrumentos de amplio uso internacional que permiten identificar el grado de afectación psicológica, así como determinar la sobrecarga o estrés que produce el cuidado del paciente con demencia.

Atención al paciente con síndrome demencial en la comunidad

No cabe duda alguna, que el especialista más indicado para el seguimiento del paciente demente es el Médico de Familia, dado el amplio conocimiento de su comunidad y la estrecha relación que establece con la familia, lo que le permitirá la atención integral del paciente, que lógicamente incluye la atención a la familia, brindando una atención periódica, continua y personalizada al paciente demente. La piedra angular en el tratamiento de las demencias y la enfermedad de Alzheimer, lo constituye lograr la confianza y la participación de la familia.¹

La atención al enfermo en la comunidad reporta beneficios al paciente, a la familia y al sistema de salud. Se entiende que la estancia en el domicilio mejora la calidad

de vida del sujeto demente respecto a la institucionalización, y reduce de una manera sensible los costos para los servicios públicos sociales y sanitarios.¹

La información sobre la enfermedad, su evolución, y el proceso de cuidados que requiere el paciente, es una parte fundamental del tratamiento terapéutico; permitirá a los familiares conocer a qué se enfrentan, establecer acciones de adaptación para la situación, planificar el futuro del cuidado del paciente y desarrollar intervenciones para el control de los síntomas no cognitivos de la enfermedad.^{2,12} Es aconsejable establecer un plan general de cuidados individualizado para cada paciente, el cual necesariamente tendrá variaciones con el transcurso de la enfermedad, adecuándose a su momento evolutivo.¹

La familia debe aprender a conocer y prestar un cuidado integral al paciente, evitándole riesgos, atendiéndole en las actividades de la vida diaria, estimulándole, organizando y adaptando a cada momento y circunstancia la forma de llevar a cabo esta atención.^{1,12} La familia ha de intentar mantener al máximo la autonomía del enfermo, según cada momento; para ello le ha de prestar la mínima ayuda necesaria para que pueda actuar y decidir por sí mismo mientras pueda. Ha de saber mantener el equilibrio adecuado, no sobreprotegerle, porque es invalidarlo antes de tiempo, pero tampoco forzarle a hacer aquello que no puede hacer, para evitar que se frustre o se deprima.^{1,12} También es preciso estimularle en todas las actividades cognitivas, motoras y de la vida diaria, adaptándolas a las posibilidades de cada momento, y pensar que se tendrán que variar o suprimir a medida que se vayan anulando sus capacidades.^{1,12} El cuidador principal debe cuidarse, porque de él depende el enfermo y la situación global de la familia. Debemos prestar especial atención a la presencia de psicopatología en ellos, que pueden necesitar la intervención por parte del equipo de salud mental.¹

El Médico de Familia puede requerir de apoyo por parte de personal especializado para realizar el diagnóstico positivo, etiológico y diferencial de un paciente con trastornos de memoria y sospecha de un cuadro demencial, sobre todo, cuando se hace necesario realizar el diagnóstico diferencial con la depresión, y en los casos cuando se sospecha una causa potencialmente curable o tratable de demencia. Por otra parte, en ocasiones se hace necesario el apoyo de personal especializado para el tratamiento terapéutico del paciente, sobre todo, para las manifestaciones psicológicas y conductuales que se presentan en los pacientes con demencia. En este sentido el Médico de Familia encontrará en el Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológica (EMAG) un apoyo para completar la atención a un paciente con síndrome demencial. El mismo, además de participar en el diagnóstico y tratamiento de los casos con síndrome demencial, garantizará estrategias que aseguren los cuidados a corto, mediano y largo plazo, y coordinará las actividades de rehabilitación necesarias para los ancianos con síndrome demencial, coordinando, de ser necesario, las interconsultas de los pacientes con los niveles de atención secundaria y terciaria de salud. Por otra parte, el Médico de Familia podrá servirse del apoyo del psiquiatra del área, y de los centros comunitarios de salud mental para el tratamiento de los pacientes y su incorporación a programas de estimulación cognitiva.

CONSIDERACIONES FINALES

La preparación y actualización del equipo de Atención Primaria de Salud posibilitará el diagnóstico temprano y la atención médica a los pacientes y su familia en la comunidad, lo que repercutirá directamente en la calidad de vida del enfermo y su familia, y evitará el uso de recursos médicos costosos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marcheco B, López AM, Otero M, Llibre J. Enfermedad de Alzheimer. Manual para el médico de la familia. La Habana: Editorial Abril; 2006.p.8-36.
2. Thomas E, Nadal MJ. Abordaje diagnóstico y terapéutico de la demencia en atención primaria. SEMERGEN. 2001;27:575-86.
3. Colectivo de Autores. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de las demencias. Rev Chilneuro-psiquiat. 2007;45(3):179-90.
4. Allegri P, Harris M. La evaluación neuropsicológica en la enfermedad de Alzheimer. Buenos Aires: Argentum Editora; 2000.p.12-39.
5. Ávila A, Bello J, Maho P, Gómez M. Actualización en el diagnóstico de la demencia. Rev Neurol. 2007;22(7):484-96.
6. Kaufer DI, Cummings JL, Ketchel P, Smith V, MacMillan A, Shelley T. Validation of the NPI-Q, a brief clinical form of the Neuropsychiatric Inventory. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2003;12:233-9.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington DC, ed 4. JAMA; 1994:165-97.
8. Martínez J, Pascual LF. Alzheimer 2003. ¿Qué hay de nuevo? Madrid: Editorial Aula Médica; 2003.p.199-222.
9. Inouye SK. Delirium in older persons. N Engl J Med. 2006;354(11):1157-65.
10. Vega R, Zambrano A. Escalas y tests de mayor utilidad en demencias. La Circunvalación del hipocampo, España 2007. Disponible en www.hipocampo.org/escalas.asp . Consultado, marzo 4 2007.
11. Prince M. Care arrangements for people with dementia in developing countries. Int J Geriatr Psychiatry. 2004;19:170-7.
12. Llibre JC, Perrera E. Impacto biológico, psicológico, social y económico del síndrome demencial en cuidadores cruciales. Rev 16 de Abril. 2004;3(2):13-26.

Recibido: 21 de enero de 2008.

Aprobado: 25 de marzo de 2008.

Anexo 1

Criterios Diagnósticos de Demencia y de la Demencia Degenerativa Primaria tipo Alzheimer (DSM-IV)

I	Evidencia de una alteración de memoria anterógrada y retrógrada.
II	Al menos 1 de los trastornos cognoscitivos siguientes: a) Afasia (trastorno del lenguaje). b) Apraxia (incapacidad para llevar a cabo actividades motrices a pesar de funciones motrices y comprensión intactas). c) Agnosia (incapacidad para reconocer o identificar objetos a pesar de funciones sensoriales intactas). d) Trastorno en el funcionamiento ejecutivo, tales como: planificar, organizar, ordenar y capacidad de abstracción.
III	Los trastornos identificados en los puntos I y II interfieren en forma relevante con las actividades profesionales y sociales, y representan una declinación significativa del nivel previo de funcionamiento.
IV	Evolución caracterizada por comienzo gradual y declinación cognoscitiva continua.
V	El déficit cognoscitivo identificado en I y II no es debido a: a) Otras condiciones del SNC que producen déficit progresivo en la memoria y en la cognición, por ejemplo, enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia normotensa y tumor cerebral. b) Condiciones sistémicas que son causa conocida de demencia, tales como, hipotiroidismo déficit de vitamina B12 o ácido fólico, deficiencia de niacina, hipercalcemia, neuro-sífilis, SIDA.
VI	Los déficits no ocurren exclusivamente durante el curso de un <i>delirium</i> .
VII	El trastorno no se toma en consideración en caso de otra enfermedad psiquiátrica, tales como, la depresión mayor o la esquizofrenia.
	(Los criterios I, II, III, IV, VI y VII se pueden utilizar como una guía para el diagnóstico de demencia). (American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Rev Washington DC. 1994).

Anexo 2

Demencia. Diagnóstico etiológico

Degenerativas:	Tumorales (PC):
Enfermedad de Alzheimer	Tumores frontales o temporales
Demencia por cuerpos de Lewy	Meningiomas
Enfermedad de Parkinson	Síndromes paraneoplásicos
Corea de Huntington	Traumáticas:
Hidrocefalia normotensa (PC)	Hematoma subdural crónico (PC)
Enfermedad de Pick (atrofia lobar)	Encefalopatía traumática crónica progresiva
Parálisis supranuclear progresiva	Infecciosas:
Esclerosis múltiple	Sífilis: parálisis general progresiva (PC)
Enfermedad de Schilder	Panencefalitis esclerosante subaguda
Epilepsia mioclónica progresiva	Panencefalopatía multifocal progresiva
Esclerosis lateral amiotrófica	Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
Enfermedad de Wilson	Complejo demencia-SIDA
Vasculares:	Meningitis por Cryptococcus
Demencia multiinfarto	Nutricionales (PC):
Demencia por infarto extenso	Pelagra
Demencia por infarto en sitio estratégico	Déficit de vitamina B12
Encefalopatía subcortical de Binswanger	Endocrinometabólicas (PC):
Estado lacunar	Enfermedad de Cushing
Vasculitis (PC):	Hipertiroidismo
Angiitis primaria del SNC	Hipotiroidismo
Lupus eritematoso	Hipercalcemia
Periarteritis nudosa, otras.	Hipoglicemia
	Tóxicas (PC):
	Alcohol
	Metales
	Otras
PC: Potencialmente curables	

Criterios NINCDS-ADRDA

Enfermedad de Alzheimer probable:	
1.	Demencia establecida por el examen clínico y documentada por el Miniexamen del Estado Mental, u otras pruebas similares.
2.	Evidencia de déficit en 2 o más áreas de la cognición.
3.	Deterioro progresivo de la memoria y otras funciones cognitivas.
4.	No hay trastorno de conciencia.
5.	Comienzo entre 40 y 90 años, más frecuentemente después de los 65.
6.	Ausencia de enfermedad sistémica y de otras enfermedades cerebrales que pudieran producir los trastornos mencionados.
Enfermedad de Alzheimer posible:	
1.	Demencia establecida.
2.	Variaciones en el comienzo o en el curso clínico.
3.	Presencia de enfermedad sistémica o de otra enfermedad cerebral capaz de producir demencia, pero que no se considere como causa de la misma.
Enfermedad de Alzheimer definida:	
1.	Presencia además del cuadro clínico típico, de evidencia histopatológica obtenida por biopsia o autopsia.