

● Documentos
● de Consulta
● Rápida

8. Manejo del deterioro Cognitivo en nuestras consultas de Atención Primaria





8. Manejo del deterioro Cognitivo en nuestras consultas de Atención Primaria

Juan Prieto Matos

*Médico de familia. C.S. Linares de Riofrío, Salamanca.
Grupo de Trabajo Neurología de SEMERGEN.*



ISSN 3020-772X

INTRODUCCIÓN

La demencia es un síndrome clínico de características neurodegenerativas, crónico y progresivo caracterizado por el deterioro de la función cognitiva, alteraciones conductuales y psicológicas¹, que puede afectar a la vida laboral, social y familiar del paciente incluyendo afectación de las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria y que provoca una dependencia progresiva del paciente.

El deterioro cognitivo leve se podría considerar una fase preclínica de la demencia, ya que todos los pacientes con demencia, han pasado previo a este diagnóstico, por una fase de alteración cognitiva, que no provoca un deterioro funcional en el paciente. Por ello, hay que reconocer los síntomas y signos del deterioro cognitivo cuanto antes, ya que alguno de estos pacientes, acabarán desarrollando una demencia (ver tabla 1).

Funciones cognitivas que se pueden alterar	Alteraciones psicológicas y conductuales
Memoria	Depresión
Pensamiento y razonamiento	Ansiedad
Orientación	Apatía, tristeza
Compresión y aprendizaje	Aislamiento social
Cálculo	Irritabilidad
Funciones ejecutivas	Agresividad
Lenguaje (afasia)	Síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones, ideas obsesivas, síntomas maníacos...)
Reconocimiento (agnosia)	Inquietud, agresividad, agitación
Ejecución de movimientos coordinados (apraxia)	Hipersexualidad, desinhibición

TABLA 1: Alteraciones cognitivas, conductuales y psicológicas que pueden aparecer en los pacientes con demencia (elaboración propia)

La edad es el principal indicador de riesgo para el deterioro cognitivo. El aumento en la esperanza de vida ha provocado que la prevalencia de demencia se haya disparado. En España se calcula en torno a 800.000 personas afectadas de enfermedad de Alzheimer, siendo la demencia más frecuente (en torno al 60% de todas las demencias)². En la tabla 2, podemos ver las principales características de las demencias más frecuentes. Aunque no hay estudios concluyentes en torno a la prevalencia del deterioro cognitivo, se estima que alrededor del 15 % de la población mayor de 65 años podría padecerlo. Otros factores de riesgo que se han descrito son la hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía, ictus, traumatismos craneales previos... Actualmente la demencia no tiene un tratamiento curativo.

	Anatomía patológica	Frecuencia	Tipos
ALZHEIMER	- Placas βamiloides - Ovillos neurofibrilares de proteína tau	La más frecuente	Enfermedad de Alzheimer
CUERPOS DE LEWY	Cuerpos de Lewy en la sustancia negra	Entre 16% y 25% de pacientes con parkinson desarrollan demencia	- Cuerpos de Lewy - Enfermedad Parkinson con demencia
VASCULAR	- Enfermedad de pequeño vaso (infartos lacunares, isquemia crónica, micro-sangrados) - Alteración unidad neurovascular	2ª causa en países de nuestro entorno	- Enfermedad de pequeño vaso - Multiinfarto - Hemorragias - Arteriopatías específicas - Trastornos hereditarios - Mixta (vascular y Alzheimer)
FRONTO-TEMPORAL	- Degeneración de lóbulo frontal y/o temporal - Depósitos de proteínas según tipo	Tercera en frecuencia (incluyendo todos los subtipos)	- Frontotemporal variante conductual - Afasia progresiva primaria - Degeneración corticobasal - Parálisis supranuclear progresiva
OTRAS	Según subtipo	Infrecuentes	- Priónicas - Autoinmunes - VIH - Neurosífilis - De origen metabólico...

TABLA 2: Clasificación de demencias (elaboración propia) basado en Guía oficial de práctica clínica en demencia. Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología. Sociedad Española de Neurología. 2018².

ABORDAJE DESDE NUESTRAS CONSULTAS

A día de hoy no está indicado realizar un cribado universal de deterioro cognitivo en pacientes ancianos. Desde la consulta del médico de familia es importante realizar un diagnóstico precoz del deterioro cognitivo. Por ello ante quejas subjetivas de memoria u otros ámbitos cognitivos, del familiar o el paciente sería necesario realizar un cribado, por lo que deberíamos seguir los siguientes pasos:

- Anamnesis: destacando antecedentes personales y familiares, inicio y tipo de la sintomatología cognitiva o quejas subjetivas.
- Exploración física: centrada en la exploración neurológica
- Descartar otras patologías que pudiesen explicar la alteración cognitiva (inicios bruscos)
- Analítica: se recomienda hemograma completo, velocidad de sedimentación globular, glucemia, uremia, creatinina, iones, hepático, análisis completo de orina, pruebas tiroideas de TSH, T4 libre, ácido fólico y vitamina B12. Ante alta sospecha solicitar VIH, sífilis o pruebas inmunológicas
- Si existen factores de riesgo cardiovascular o arritmias sería obligatorio solicitar electrocardiograma (ECG) y/o radiografía de tórax
- Test cognitivo breve: uno o varios según déficit cognitivo o sospecha diagnóstica, como podemos observar en la tabla 3.

- Evaluación conductual y emocional
- Valoración funcional del paciente: actividades instrumentales y básicas de la vida diaria
- Derivación a Neurología
- Prueba de imagen (desde atención especializada): tomografía computarizada (TC), resonancia magnética nuclear (RMN), tomografía por emisión de fotón simple (SPECT), tomografía por emisión de positrones con fluorodesoxiglucosa (FDG-PET)
- Otras pruebas posibles: electroencefalograma (EEG)

No existe un test cognitivo breve perfecto e ideal para aplicar en Atención Primaria. Por ello es necesario conocer y manejar varios instrumentos y elegir uno u otro según las circunstancias (tiempo disponible, nivel educativo, déficits sensoriales, preferencias y experiencia del profesional...). En nuestro medio los más usados han sido el Mini-Mental State Examination (Mini-Mental) y el Mini Examen Cognoscitivo (MEC), sin embargo hay otros cuya utilidad diagnóstica en deterioro cognitivo es similar como el Eurotest o el Fototest o el test de evaluación cognitiva de Montreal (MoCA). En muchas ocasiones una combinación de varios test podría ser lo más indicado.

Principales test cognitivos	Ventajas	Inconvenientes	Indicaciones
Mini-Mental State Examination (Mini-Mental)	• Fácil de ejecutar	• Requiere un mínimo de alfabetización	Deterioro cognitivo y demencia
Mini Examen Cognoscitivo (MEC)	• Fácil de ejecutar	• NO aplicable en analfabetos	Deterioro cognitivo y demencia
Test de alteración de la memoria (T@M)	• Aplicable a analfabetos	• Sólo valora afectación de memoria	Deterioro cognitivo y demencia con afectación memoria
Eurotest	• Evita el uso de lápiz y papel • Aplicable a analfabetos	• Requiere un mínimo de agudeza visual	Deterioro cognitivo y demencia
Foto test	• Breve • Aplicable a analfabetos	• Requiere un mínimo de agudeza visual	Deterioro cognitivo y demencia
Evaluación cognitiva de Montreal (MoCA)	• Cómodo de aplicar • Evaluación multidominio	• Requiere mucho tiempo • Menos universal	Deterioro cognitivo y demencia
Test del reloj (TdR)	• Breve y sencillo	• Valora pocas áreas cognitivas	Complemento a otros test
Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)	• Aplicable a analfabetos	• NO validado para deterioro cognitivo	Demencia
Memory Impairment Screen (MIS)	• Breve • Fácil de ejecutar	• NO aplicable en analfabetos • Sólo valora afectación de memoria	Deterioro cognitivo con afectación memoria

Tabla 3: elaboración propia basado en Carnero-Pardo C, Rego-García I, Mené Llorente M, Alonso Ródenas M y Vilchez Carrillo R. Utilidad diagnóstica de test cognitivos breves en el cribado de deterioro cognitivo. *Neurología*. 2022;37: 441-449³ y basado en Olazarán J, Hoyos-Alonso MC, del Ser T, Garrido Barral A, Conde-Sala JL, Bermejo-Pareja F, et al. Aplicación práctica de los test cognitivos breves. *Neurología*. 2016;31(3):183-194⁴.

ABORDAJE NO FARMACOLÓGICO

El tratamiento no farmacológico, actualmente es considerado de primera elección. Sus objetivos son mejorar la cognición, evitar la progresión y, sobre todo, mejorar la conducta de pacientes con demencia y deterioro cognitivo leve (donde parece que mejor funcionan)⁵.

Debemos aconsejar a nuestros pacientes con deterioro cognitivo o demencia, la estimulación cognitiva individual o grupal ya que potencia las capacidades y habilidades cognitivas todavía preservadas, así como enlentece la evolución del deterioro cognitivo o demencia⁵. ¿De qué manera? Realizando ejercicios de memoria con papel y lápiz, acudiendo a talleres de memoria, realizando ejercicios de razonamiento, realizando lecturas y cálculos adaptados a sus peculiaridades... Lo ideal sería que el paciente pudiese hacer un entrenamiento cognitivo programado y con seguimiento por algún profesional de forma individualizada.

Es necesario mantener unas medidas higiénico dietéticas adecuadas, realizando ejercicio físico diario adaptado a las características del paciente, que incluya ejercicio físico aeróbico y anaeróbico. Realizar una dieta mediterránea y controlar los factores de riesgo cardiovascular según la patología del paciente.

ABORDAJE FARMACOLÓGICO

Disponemos de dos tipos de fármacos específicos para la demencia:

- Inhibidores de la enzima acetilcolinesterasa (ICAE): donepezilo, rivastigmina y galantamina. En el momento actual no están indicados en fases de deterioro cognitivo o pre-demencia. Ninguno ha demostrado retrasar la conversión del deterioro cognitivo leve a demencia en un plazo de 3 años.
- Receptores de N-metil D aspartato (NMDA): memantina. Indicado en fases moderadas o graves.

Cuando el paciente está con el tratamiento adecuado, el **objetivo** del médico de familia en consulta, según la fase evolutiva de la enfermedad del paciente será:

- Detectar mala tolerancia al fármaco o falta de eficacia para proceder a su retirada.
- Controlar la adherencia al tratamiento

Es necesario realizar un tratamiento adecuado de otros síntomas que pueden aparecer en estos pacientes, como son: traumatismos, malnutrición, incontinencia, úlceras por presión, infecciones, estreñimiento, trastornos neurológicos asociados, trastornos de la conducta sexual, dolor. Así mismo, y para reducir el riesgo de eventos vasculares que pueden empeorar el pronóstico de la demencia, es importante el tratamiento adecuado de los factores de riesgo cardiovascular para control de hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías⁵...

Tratamiento de los síntomas conductuales y psicológicos en demencia

El tratamiento de elección de los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias es en primer lugar intentar encontrar la causa que lo ha provocado, y de esa manera poner el tratamiento etiológico, así como un adecuado manejo conductual del paciente y sus síntomas. En último lugar y si no se ha conseguido encontrar la causa o no se han controlado los síntomas psicológicos o conductuales, sería necesario iniciar el tratamiento farmacológico, pero siempre a la mínima dosis eficaz y el menor tiempo posible. En la tabla 4 podemos observar los principales fármacos empleados ante la aparición de los síntomas psicológicos y conductuales de los pacientes con demencias o deterioro cognitivo.

Grupo terapéutico	Principales indicaciones	Problemas
Antipsicóticos	Agresividad (olanzapina, risperidona) Psicosis (risperidona) Agitación en parkinson (quetiapina)	Contraindicación relativa en demencia cuerpos de Lewy
Benzodiazepinas	Sólo en caso de necesidad extrema (alprazolam, lorazepam)	NO recomendadas
Antidepresivos	Fundamental diagnosticar de depresión (eficacia citalopram, incluso agitación y fluvoxamina) Mantener al menos 9 semanas	Fluoxetina no mejora agitación
Analgésicos	Probable asociación entre dolor y agitación (paracetamol)	Sin estudios concluyentes con opioides
Antiepiléticos	Discreta eficacia (carbamacepina, gabapentina)	Poco tolerables

Tabla 4: Adaptado de Pérez Martín M, Prieto Matos J, Martí Canales JC, Arrieta Antón E. Guía de actuación en... Tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia. Revista FMF. 2022 Sep; 5: 40-49°.

QUÉ ES PRIORITARIO HACER EN NUESTRAS CONSULTAS

El médico de familia debe estar alerta ante quejas de memoria, cambios conductuales o dificultades para las actividades instrumentales de la vida diaria del paciente, y cuando aparezcan iniciar test de cribado, exploración física y exploraciones complementarias oportunas para tener una orientación diagnóstica y derivar a neurología, si hay sospecha de demencia (ante deterioro cognitivo leve sería posible hacer reevaluación en 3-6 meses, aconsejando estimulación física y cognitiva). Una vez que hay un diagnóstico, el médico de atención primaria tendrá que comprobar la adherencia al tratamiento y manejar los síntomas asociados y los síntomas psicológicos y conductuales que puedan aparecer en el paciente.

La información para el paciente y sus familiares debe incluir manifestaciones clínicas de la enfermedad, evolución, alternativas terapéuticas, recursos disponibles sanitarios y de protección social de la zona, ayudas especializadas, ayudas económicas, contacto con trabajo

social, centros de día, asociaciones de familiares con demencia y residencias asistidas. También se aconseja orientar en la adecuación del domicilio, para evitar accidentes e informar del riesgo que puede comportar el seguir conduciendo o la tenencia de armas.

Es fundamental mantener una atención adecuada a la salud del cuidador y enseñar habilidades de manejo conductual de pacientes y en lo relativo a alimentación, higiene, estimulación, prevención de accidentes...

QUÉ NO DEBE HACER UN MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Ante un paciente con sospecha de deterioro cognitivo o demencia, el médico de atención primaria debería EVITAR los siguientes errores:

- Pasar por alto quejas subjetivas de memoria del paciente o de la familia
- Derivar a neurología sin realizar anamnesis, exploración física, test de cribados, analítica y las exploraciones complementarias oportunas de las que disponga
- Considerar un test de cribado positivo como diagnóstico de demencia o deterioro cognitivo
- No investigar otras causas secundarias de demencias
- NO informar a la familia y al paciente de la enfermedad, su evolución, así como del adecuado manejo no farmacológico.
- Usar de primera elección fármacos (antipsicóticos, antidepresivos, benzodiacepinas, antiepilépticos) para el control de los síntomas psicológicos y conductuales; es de elección el manejo conductual y/o de la causa subyacente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Recomendaciones para el uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico de las demencias. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias degenerativas. Grupo de uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico de las demencias. Servicio de Promoción de Uso Racional del Medicamento Subdirección de Farmacia y Prestaciones. Servicio Andaluz de Salud. 2022.
2. Guía oficial de práctica clínica en demencia. Guías diagnósticas y terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología. Sociedad Española de Neurología. 2018.
3. Carnero-Pardo C, Rego-García I, Mené Llorente M, Alonso Ródenas M y Vilchez Carrillo R. Utilidad diagnóstica de test cognitivos breves en el cribado de deterioro cognitivo. *Neurología*. 2022;37: 441-449.
4. Olazarán J, Hoyos-Alonso MC, del Ser T, Garrido Barral A, Conde-Sala JL, Bermejo-Pareja F, et al. Aplicación práctica de los test cognitivos breves. *Neurología*. 2016;31(3):183-194
5. Guía de manejo de las demencias en atención primaria. Biblioteca Pierre Fabre de A.P. SEMERGEN. 2021.
6. Pérez Martín M, Prieto Matos J, Martí Canales JC, Arrieta Antón E. Guía de actuación en... Tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia. *Revista FMF*. 2022 Sep; 5: 40-49.

Algoritmos - infografías



Figura 1: Algoritmo resumen de qué es prioritario hacer en nuestras consultas ante pacientes con sospecha de deterioro cognitivo. Elaboración propia.

