



Prof. Dr. Crosetto Mario Alberto

CRITERIO CLÍNICO EN EL ESTUDIO DE LAS DEMENCIAS DEL A.M.

Prof. Dr. Martínez Crosetto Héctor David

Geriatría

Se basa en promover la salud en la vejez, así como en prevenir y tratar patologías en esta etapa de vida.

Gerontología

Se ocupa de estudiar el envejecimiento a nivel social, las actitudes socioculturales y los servicios de asistencia.

Introducción

Versión técnica (DSM-5): La demencia, actualmente clasificada como “trastorno neurocognitivo mayor” en el DSM-5, se caracteriza por un deterioro significativo en uno o más dominios cognitivos (como memoria, atención, lenguaje, funciones ejecutivas) que interfiere con la independencia en las actividades cotidianas.

según la OMS: La demencia es un síndrome —generalmente de naturaleza crónica o progresiva— caracterizado por el deterioro de la función cognitiva más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. Afecta la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio.

1. **Definición breve y sencilla:** El deterioro cognitivo es la pérdida o disminución de habilidades mentales como la memoria, la atención, el lenguaje o la capacidad de tomar decisiones.

2. **Definición clínica (más formal):** El deterioro cognitivo se refiere a un descenso en una o más funciones cognitivas (memoria, atención, lenguaje, funciones ejecutivas, orientación, etc.) en comparación con el rendimiento previo del individuo, que puede ser leve o severo, y puede o no interferir con las actividades de la vida diaria.



Clasificación del Deterioro Cognitivo

1. Deterioro Cognitivo Leve (DCL):

- Disminución sutil en una o más funciones cognitivas (memoria, atención, lenguaje, etc.).
- El paciente **aún puede realizar sus actividades diarias de forma independiente**.
- Puede ser un estado transitorio o el inicio de un proceso neurodegenerativo.
- Ejemplo: olvidar citas o nombres, pero recordar más tarde.

2. Deterioro Cognitivo Moderado: **El deterioro es más evidente y comienza a afectar las actividades instrumentales de la vida diaria (manejar dinero, usar el teléfono, planificar). El paciente puede necesitar ayuda ocasional. A menudo asociado con etapas iniciales de la demencia.**

3. Deterioro Cognitivo Severo (o Grave): **Afectación significativa de múltiples funciones cognitivas. Incapacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria (vestirse, alimentarse, higiene). Común en etapas avanzadas de la demencia. Puede haber desorientación, alteraciones del juicio y del lenguaje.**



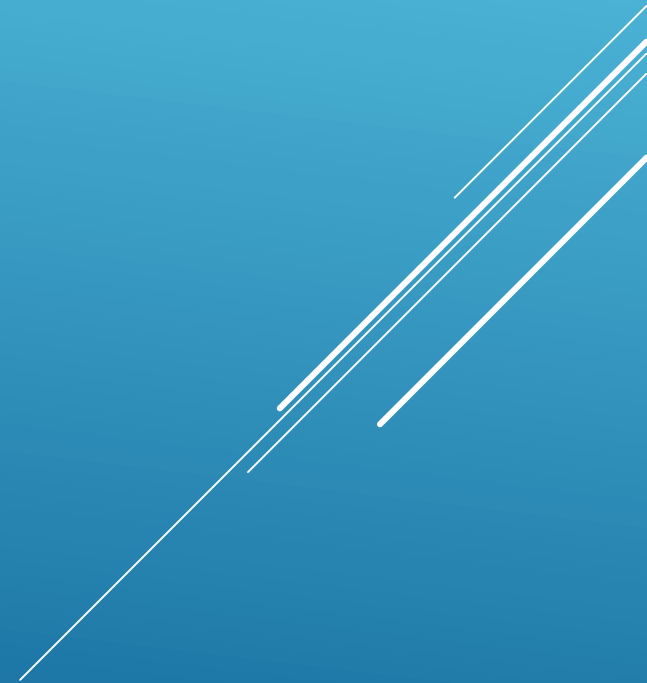
CONCEPTO:



- ▶ **Herramienta:**
- ▶ **Diagnostico Multidimensional: Física, Cognitiva, Funcional, Social, Espiritual.**
- ▶ **Interdisciplinario: Medicina, Enfermería, Asistencia social, Terapia**
- ▶ **física....**
- ▶ **Sirve para cuantificar capacidades y problemas del AM frágil.**
- ▶ **Uso de instrumentos y escalas de valoración.**

OBJETIVOS:

- ▶ Valorar evaluación clínica
- ▶ Delimitar problemas prevenibles y reversibles
- ▶ Realizar un Plan de Intervención
- ▶ Plan Integral de Tratamiento
- ▶ Seguimiento a corto - mediano - largo plazo



Importancia del Diagnóstico en el Adulto Mayor

- 1. Detección temprana**• Identifica el deterioro cognitivo antes de que progrese.• Permite planificar el tratamiento y el futuro.
- 2. Mejora la calidad de vida**• Implementación de estrategias de manejo personalizadas.• Menor impacto en la autonomía del paciente.
- 3. Acceso a tratamientos eficaces**• Mayor efectividad si se inician en etapas tempranas.• Control de enfermedades asociadas.
- 4. Apoyo al entorno familiar y cuidadores**• Facilita la planificación legal, social y económica.• Reduce la sobrecarga emocional del cuidador.
- 5. Prevención de complicaciones**• Evita caídas, desnutrición y abandono de tratamientos.

💡 El diagnóstico oportuno permite intervenir de forma integral y mejorar el pronóstico del paciente.

Relevancia Clínica: Alta prevalencia en adultos mayores, especialmente mayores de 65 años. Asociada a morbilidad elevada y múltiples comorbilidades. Impacta la autonomía funcional y el estado nutricional. Aumenta el riesgo de hospitalizaciones, caídas y complicaciones médicas. Requiere atención médica continua e interdisciplinaria.

Relevancia Social: Genera alta carga para los cuidadores y la familia. Implica costos económicos elevados (cuidados, medicación, tiempo laboral perdido). Aumenta la demanda de servicios sociosanitarios, residencias y apoyo comunitario. Necesita políticas públicas orientadas al envejecimiento saludable y el apoyo al cuidador. Afecta la calidad de vida tanto del paciente como de su entorno.

Trastorno Neurocognitivo Progresivo✈

Definición: Es un deterioro gradual y continuo de una o más funciones cognitivas (como la memoria, el lenguaje, la atención o la capacidad de juicio), que interfiere significativamente con la vida diaria del paciente.

Características principales: Curso crónico y progresivo (empeora con el tiempo). Afecta funciones como la memoria, lenguaje, orientación, juicio y conducta. Se asocia a enfermedades neurodegenerativas (como el Alzheimer, la demencia con cuerpos de Lewy, entre otras). Puede ser leve en las fases iniciales y llegar a ser incapacitante en etapas avanzadas.

Implicaciones clínicas: Necesita diagnóstico temprano y seguimiento continuo. Requiere intervención multidisciplinaria (medicina, psicología, terapia ocupacional, etc.). Afecta la calidad de vida del paciente y de su entorno familiar.



La demencia no es parte normal del envejecimiento

Envejecimiento normal:

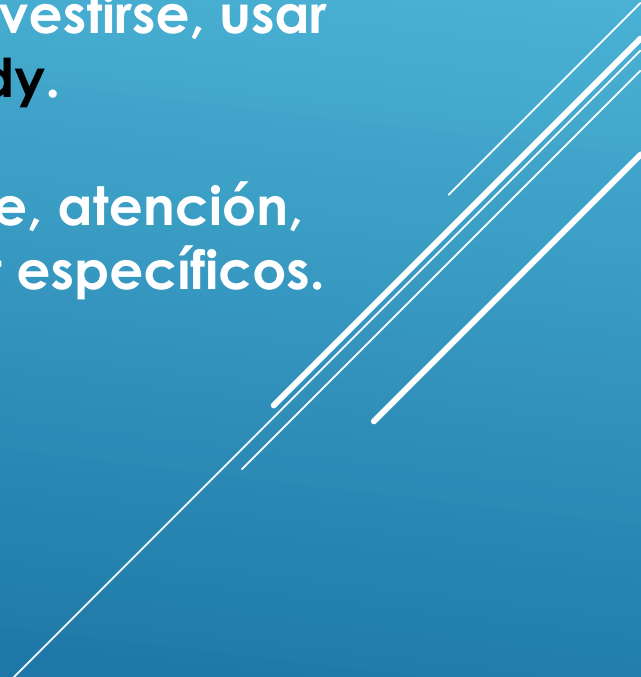
Ligeros olvidos ocasionales (olvidar dónde se dejaron las llaves). Velocidad de procesamiento más lenta. Preservación de la funcionalidad diaria.

DC: Pérdida de memoria que interfiere con la vida cotidiana. Dificultades para comunicarse, planificar o tomar decisiones. Cambios en la personalidad y comportamiento. Pérdida de independencia funcional

Tipos de Demencia Más Frecuentes

1. **Enfermedad de Alzheimer** : Causa más común de demencia. Comienza con pérdida de memoria reciente. Curso progresivo, asociado a acumulación de placas beta-amiloide y ovillos de tau.
2. **Demencia Vascular** : Asociada a eventos cerebrovasculares (infartos, pequeños derrames). Inicio más brusco, con síntomas según la zona cerebral afectada. Puede coexistir con Alzheimer (demencia mixta).
3. **Demencia con Cuerpos de Lewy**: Fluctuaciones cognitivas, alucinaciones visuales y parkinsonismo. Alta sensibilidad a antipsicóticos. Sueño REM alterado.
4. **Demencia Frontotemporal (DFT)**: Afecta lóbulos frontales y temporales. Cambios conductuales y del lenguaje en etapas tempranas. Inicio más temprano que otras demencias (antes de los 65 años, comúnmente).
5. Cada tipo tiene características clínicas y pronóstico diferente, lo que hace esencial un diagnóstico adecuado

Evaluación Clínica en el Estudio de la Demencia

1. **Historia clínica detallada:** Inicio, duración y progresión de los síntomas. Impacto en la vida diaria. Antecedentes médicos, psiquiátricos y familiares.
 2. **Entrevista a familiares o cuidadores:** Aporta datos sobre el comportamiento y cambios funcionales. Es clave para detectar síntomas no reportados por el paciente.
 3. **Evaluación funcional:** ¿Puede el paciente manejar dinero, cocinar, vestirse, usar transporte? Cuestionarios como el **Índice de Barthel** o **Lawton y Brody**.
 4. **Evaluación del estado mental y cognitivo:** Observación del lenguaje, atención, orientación, juicio y memoria. Pruebas básicas antes de aplicar test específicos.
- 
- A series of three parallel white diagonal lines extending from the bottom right corner towards the center of the slide.

Componentes de la Valoración Geriátrica Integral

ESFERA CLÍNICA



- **ABARCA:** anamnesis, exploración física, pruebas complementarias.
- **ESCALAS:**
 - MNA
 - MUST

- Información sobre la capacidad de realizar las *actividades básicas e instrumentales de la vida diaria*.

- **ESCALAS:**
 - **Para ABVD**
 - I. de Katz
 - I. de Barthel
 - **PARA AIVD**
 - I. Lawton y Brody

ESFERA FUNCIONAL



ESFERA SOCIAL



- Información sobre la *relación que tiene el paciente con su entorno: apoyo familiar, social*.

- **ESCALAS:**
 - **Gijón:** valora riesgo sociofamiliar
 - **Zarit:** valora sobrecarga del cuidador.

- Abarca la *parte cognitiva, afectiva y conductual*

- **ESCALAS:**
 - **PARTE COGNITIVA**
 - C. de Pfeiffer
 - MINI examen cognitivo de LOBO
 - **PARTE AFECTIVA**
 - Escala de depresión y ansiedad de Golberg
 - **PARTE CONDUCTUAL**
 - Behave -AD

ESFERA PSICOLÓGICA



EVALUACIÓN NUTRICIONAL

Mini Nutritional Assesment MNA.

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

Índice de actividades de la vida diaria Katz.

Índice de Barthel.

Incapacidad física de la Cruz Roja (España).

Escala de Plutchik.

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE VIDA DIARIA

Índice de Lawton & Brody.

RIESGO ÚLCERAS

Norton.

Braden.

Waterlow.

Arnell.

Emina.

SOBRECARGA DEL CUIDADOR

Escala de Zarit.

ESFERA COGNITIVA

Cuestionario Pfeiffer (SPMSQ).

Mini Mental State Examination de Folstein.

Mini examen cognoscitivo de Lobo.

Test del reloj.

RECURSOS SOCIALES

Escala OARS.

DOLOR

Escala subjetiva EVA.

CAPACIDAD AFECTIVA

Escala de depresión geriátrica de Yesavage.

Inventario de Depresión de Hamilton.

Inventario de depresión de Beck.

Escala de Zung.

Escala de Cornell de depresión en demencia.

Escala de depresión y ansiedad de Goldberg.

RIESGO DE CAÍDAS

Escala Downton.

NIVELES DE MOVILIDAD

Timed up & go.

Tinetti.

Examen Físico y Neurológico

1. Examen físico general

Signos vitales: presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura.

Evaluación nutricional: peso, masa muscular, signos de deshidratación.

Exploración sensorial: visión y audición (pueden simular deterioro cognitivo).

Movilidad y equilibrio: riesgo de caídas.

2. Examen neurológico

Nivel de conciencia y estado mental.

Reflejos, fuerza y tono muscular.

Marcha y coordinación.

Movimientos anormales: temblores, rigidez (p. ej., en cuerpos de Lewy o Parkinson). **Signos focales neurológicos:** pueden sugerir causas vasculares.

Objetivo: Identificar causas reversibles, comorbilidades asociadas, y distinguir entre distintos tipos de demencia.

Herramientas de Evaluación Cognitiva

1. Mini-Mental State Examination (MMSE) Evaluación breve del estado cognitivo. Mide: orientación, memoria, atención, lenguaje y capacidad de cálculo.
Puntuación: máximo 30 puntos.
 ≤ 23 sugiere deterioro cognitivo.

2. Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Más sensible que el MMSE para detectar deterioro cognitivo leve. Evalúa: memoria, atención, lenguaje, funciones ejecutivas, abstracción y orientación.
Puntuación máxima: 30 puntos.
 < 26 sugiere alteración cognitiva.

3. Test del Reloj: Evalúa funciones ejecutivas, visoespaciales y planificación. Se pide al paciente que dibuje un reloj marcando una hora específica. Fácil y rápido de aplicar.

4. Escala de Pfeiffer (SPMSQ) Cuestionario de 10 ítems para detectar deterioro cognitivo. Útil en atención primaria. Sensible a nivel educativo y cultural.

Diagnóstico Diferencial de la Demencia

- 1. Delirium (síndrome confusional agudo)** Inicio súbito, curso fluctuante. Alteración de la atención y conciencia. Causa médica subyacente aguda (infecciones, fármacos, deshidratación). Reversible si se trata la causa.
- 2. Depresión:** Trastorno del estado de ánimo que simula deterioro cognitivo. El paciente reconoce sus fallas, a diferencia de la demencia. Mejoría con tratamiento antidepresivo.
- 3. Trastornos psiquiátricos :** Esquizofrenia tardía, trastornos de ansiedad o conversivos. Pueden alterar la cognición y el comportamiento. Evaluación por psiquiatría es fundamental.
- 4. Deterioro Cognitivo Leve (DCL)** Alteración cognitiva leve sin interferir con la funcionalidad diaria. Puede ser etapa inicial de una demencia o no progresar.

Estudios Complementarios en la Evaluación de Demencia

1. Laboratorio Vitamina B12 y ácido fólico: descartar deficiencias. TSH y función tiroidea: hipotiroidismo reversible. Vit D. Glucosa, urea, creatinina, electrolitos: trastornos metabólicos. Serologías (VDRL, VIH): en casos seleccionados. Perfil hepático y renal.

2. Neuroimagen TAC o RM cerebral: Atrofia cortical, infartos, lesiones estructurales. Ayuda a diferenciar tipos de demencia. Detecta causas tratables (tumores, hematomas, hidrocefalia).

3. Evaluación neuropsicológica: Pruebas especializadas para analizar funciones cognitivas detalladamente. Útil para diagnóstico precoz y seguimiento.

4. Otros (según caso) EEG (descartar epilepsia, encefalopatía). PET o SPECT cerebral (diagnóstico diferencial avanzado). Punción lumbar (si se sospecha causa inflamatoria o infecciosa).

Criterios Clínicos de Demencia (DSM-5 y NIA-AA)

DSM-5 – Trastorno Neurocognitivo Mayor Evidencia de declive cognitivo significativo en uno o más dominios: Atención, función ejecutiva, memoria, lenguaje, habilidades perceptivo-motoras o cognición social. Interfiere con la autonomía en las actividades diarias. No se explica mejor por delirium u otro trastorno mental. Puede tener etiología específica (Alzheimer, vascular, etc.).

NIA-AA – Alzheimer's Association (2011) Deterioro progresivo y documentado en al menos dos dominios cognitivos. Interferencia con la funcionalidad habitual. No se deben a otras causas médicas o psiquiátricas. Apoyo con biomarcadores (si están disponibles): Beta-amiloide ↓ / Tau ↑ en LCR. Atrofia temporal medial en imagen. PET cerebral anormal.



Manejo Multi e interdisciplinario

1. Médico (Geriatra, neurólogo, médico general)
Diagnóstico, tratamiento farmacológico y seguimiento. Control de comorbilidades y prevención de complicaciones.

3. Terapia ocupacional y física Estimulación cognitiva, rutinas funcionales. Ejercicio físico adaptado y entrenamiento en actividades básicas. Prevención de caídas y mantenimiento de la movilidad.

5. Nutrición Evaluación del estado nutricional y dieta adecuada. Prevención de desnutrición y riesgo de disfagia.

2. Psicología / Psiquiatría Apoyo emocional, manejo de síntomas conductuales. Tratamiento de depresión, ansiedad, insomnio. Intervenciones cognitivas (estimulación, reminiscencia).

4. Trabajo social
•Apoyo en trámites, acceso a servicios sociales y redes de apoyo.
•Información sobre centros de día, residencias, cuidadores.

6. Familiares y cuidadores Educación, apoyo emocional y formación en el cuidado diario. Prevención del síndrome del cuidador.

Conclusiones

La demencia es un trastorno neurocognitivo progresivo, frecuente en el adulto mayor, que afecta memoria, comportamiento y funcionalidad.

El diagnóstico clínico temprano es clave para implementar intervenciones que mejoren la calidad de vida del paciente y su entorno.

La evaluación debe ser integral, incluyendo historia clínica, examen físico, pruebas cognitivas y estudios complementarios.

El manejo debe ser multidisciplinario, con participación activa del equipo de salud, la familia y redes de apoyo social.

No toda pérdida de memoria es demencia: es esencial diferenciarla de otras condiciones como delirium o depresión.



