



Demencias

F. Romero Delgado^a, R. Domínguez Rubio^a, R. Barahona-Hernando^b y O. Rodríguez Gómez^c

^aServicio de Neurología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España. ^bServicio de Neurología y Neurofisiología. Grupo Hospitalario Quirón. Madrid. España. ^cFundació ACE. Barcelona. España.

Palabras Clave:

- Demencia
- Genética
- Clasificación
- Criterios clínicos
- Deterioro cognitivo

Keywords:

- Dementia
- Genetics
- Classification
- Clinical
- Cognitive impairment

Resumen

La demencia es un síndrome caracterizado por un déficit cognitivo adquirido que puede asociar cambios conductuales y que altera la funcionalidad del paciente. Su prevalencia aumenta con la edad, variando en mayores de 65 años entre un 5 y un 14,9%, si bien el envejecimiento progresivo de la población predice un importante aumento de la misma. Globalmente, la causa más frecuente es la enfermedad de Alzheimer. Además de la edad, existen factores genéticos y ambientales que aumentan el riesgo de desarrollar demencia. El diagnóstico está basado en criterios clínicos. La evaluación inicial busca constatar la afectación cognitiva, determinar su grado de repercusión funcional y realizar el diagnóstico diferencial con otros procesos que se presentan con quejas cognitivas. La clasificación más empleada distingue dos grandes grupos, procesos neurodegenerativos primarios y otros que son manifestación secundaria de distintas enfermedades y que tratan de descartarse con las pruebas complementarias empleadas de inicio.

Abstract

Dementia

Dementia is a syndrome characterized by acquired cognitive deficit, or behavioral symptoms that interfere with the ability to function at work or at usual activities. Its prevalence increases with age, and in those aged >65 years ranges between 5-14.9%, and progressive aging of the population predicts a significant increase in it. Globally the most common cause is Alzheimer disease. In addition to age, several genetic and environmental factors that increase the risk of developing dementia. Diagnosis is based on clinical criteria. The initial evaluation intends to detect cognitive impairment, to determine the decline from previous levels of functioning and to rule out other entities that may present with cognitive complaints. Dementia is usually divided into primary and secondary categories. Ancillary tests are used to rule out the latter.

Concepto

La demencia es un síndrome de naturaleza crónica caracterizado por un déficit cognitivo que ocasiona un deterioro con respecto a un nivel previo y que merma de manera significativa el rendimiento laboral y social, pudiendo acompañarse de cambios en la personalidad y en la conducta¹⁻³.

El diagnóstico inicial es fundamentalmente clínico en base a ciertos criterios (ver protocolo diagnóstico) que se apoyan

fundamentalmente en la afectación de uno o más dominios cognitivos y/o de la conducta. Las áreas cognitivas a valorar son fundamentalmente las que enumeramos a continuación.

Memoria

Es la capacidad de adquirir y retener nueva información, o de recordar o hacer consciente información adquirida con ante-

rioridad. Principalmente distinguimos dos tipos de memoria: memoria declarativa o explícita y memoria no declarativa o implícita⁴.

Memoria declarativa

Es aquella que puede manifestarse verbalmente mediante palabras, relatos o descripciones. Se puede dividir a su vez en los siguientes tipos.

Memoria episódica. Nos permite recordar episodios o experiencias pasadas en nuestra vida (recordar un relato corto, la cena de anoche o lo que se hizo en el último cumpleaños). Se afecta de manera característica en la enfermedad de Alzheimer (EA)⁴.

Memoria semántica. Es el conocimiento que se tiene sobre el mundo (por ejemplo, quién fue el primer presidente de la democracia). Su recuerdo no está asociado a una experiencia propia ni vinculado a un contexto temporoespacial concreto⁴. Se afecta de manera precoz en la demencia frontotemporal (DFT), sobre todo en la variante semántica de la afasia primaria progresiva⁵.

Memoria de trabajo. Nos permite retener y utilizar cierta cantidad de información para llevar a cabo un determinado trabajo. Es necesaria para mantener en el recuerdo un número de teléfono antes de anotarlo (fonológica), seguir mentalmente una ruta o voltear un objeto en nuestra imaginación (espacial)⁴.

Memoria no declarativa o procedimental

No puede expresarse verbalmente y se pone de manifiesto a través de actos psicomotores aprendidos con anterioridad. Un ejemplo sería conducir un coche de marchas. Suele verse afectada en la enfermedad de Parkinson⁴.

Función visuoespacial

Depende de la integración de la percepción visual, táctil y cinestésica. Los pacientes con disfunción visuoespacial no pueden dibujar el piso plano de su casa ni describir una ruta familiar³.

Apraxia

Imposibilidad de realizar movimientos o actos previamente aprendidos adaptados a un fin (peinarse, vestirse o lavarse los dientes), sin que ello pueda atribuirse a paresia, ataxia, afasia o agnosia³.

Lenguaje

Medio para expresar el pensamiento a través de símbolos que pueden ser hablados, escritos o mímicos. Las áreas cerebrales más importantes para su producción y comprensión se sitúan en el hemisferio izquierdo en el 99% de los pacientes dier-

tros y en el 60% de los pacientes zurdos⁶. Su afectación suele ser gradual y diversa según el tipo de demencia.

Funciones ejecutivas

Son un conjunto de capacidades cognitivas empleadas en la consecución de objetivos concretos. Forman parte de ellas la memoria ejecutiva o de trabajo, la planificación, la inhibición motora o verbal, la adecuación social, la capacidad para mantener o cambiar la atención, la fluencia verbal y el razonamiento abstracto⁷.

Cuando un paciente consulta por problemas cognitivos y/o de conducta, la anamnesis y la valoración cognitiva (ver el protocolo de diagnóstico precoz de la demencia) permiten establecer en la mayor parte de los casos la existencia o la ausencia de un proceso de deterioro adquirido de las capacidades descritas anteriormente. Es fundamental comprobar si el deterioro tiene o no repercusión funcional en el día a día del paciente, y se deben además descartar otras situaciones que pueden cursar con síntomas cognitivos o conductuales. En función de lo anterior, distinguimos varias categorías con diferentes implicaciones pronósticas y de manejo.

Quejas cognitivas subjetivas y alteración de la memoria asociada a la edad

Percepción subjetiva de deterioro cognitivo en pacientes en los que una exploración neuropsicológica formal no detecta deterioro, y cuyo funcionamiento es normal. El significado de estas quejas es actualmente objeto de investigación y su relación con el desarrollo futuro de demencia constituye un tema en discusión.

Deterioro cognitivo leve

Estos pacientes deben cumplir tres características: preocupación por sus déficits cognitivos, déficits cognitivos detectables mediante pruebas neuropsicológicas y preservación de las actividades de la vida diaria. Dependiendo de si se afecta la memoria o no, se clasifica en deterioro cognitivo leve (DCL) amnésico o DCL no amnésico; y según se afecte un solo dominio cognitivo o más de uno distinguimos entre los DCL unidominio o DCL multidominio. El riesgo de progresión a los distintos tipos de demencia es distinto según el subtipo, siendo mayor en el DCL amnésico multidominio. En algunos casos, equivale a un estado prodrómico de algunas enfermedades neurodegenerativas, siendo máxima esta posibilidad en el DCL amnésico multidominio⁸.

Pseudodemencia depresiva

Síntomas cognitivos explicables por un síndrome depresivo que pueden revertir parcial o totalmente con el tratamiento correcto del mismo. La presencia de una depresión franca no excluye la existencia de una demencia subyacente, ya que con

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3809167>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3809167>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)