# Diagnóstico precoz y pronóstico de la demencia. Empleo y utilización de pruebas complementarias

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

[a]Servicio de Neurología y Neurofisiología. Grupo Hospitalario Quirón. Madrid. España. [b]Servicio de Neurología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España. [c]Fundació ACE. Barcelona. España.

Palabras Clave:

- Demencia
- Diagnóstico
- Dominios cognitivos
- Síndrome confusional

## Resumen

El diagnóstico de la demencia está basado en criterios clínicos. Los más aceptados actualmente establecen la necesidad de que se vean afectadas dos esferas cognitivas sin necesidad de que la memoria sea una de ellas. La diferencia entre demencia y deterioro cognitivo leve reside en la interferencia de los síntomas en la capacidad de funcionamiento normal en el trabajo o en las actividades de la vida diaria. La valoración inicial requiere una detallada historia clínica, así como una evaluación cognitiva para la que suelen emplearse test cognitivos breves. Debe hacerse un diagnóstico diferencial fundamentalmente con los síntomas cognitivos asociados a un trastorno del ánimo y/o ansiedad, así como con el síndrome confusional agudo. Las pruebas complementarias empleadas de rutina incluyen determinaciones analíticas y neuroimagen (generalmente mediante TC craneal), y están encaminadas fundamentalmente a descartar los procesos secundarios, algunos de los cuales son potencialmente tratables.

Keywords:

- Dementia
- Diagnosis
- Cognitive domains
- Delirium

## Abstract

### Early diagnosis and prognosis of dementia. Employment and use of complementary tests

The diagnosis of dementia is based on clinical criteria. Itis more accepted now to establish the need for involvement of two cognitive areas without the memory necessarily being always one of them. The difference between dementia and mild cognitive impairment rests on whether or not symptoms significantly interfere in the ability to function at work or in usual daily activities. The initial assessment requires a detailed history and a cognitive assessment for that brief cognitive tests are often used. Differential diagnosis should be made primarily with cognitive symptoms associated with a disorder of mood and / or anxiety, as well as acute confusional syndrome. Ancillary tests used routinely include laboratory tests and neuroimaging (usually by cranial computed tomography), and are primarily designed to rule out secondary processes, some of which are potentially treatable.

# Introducción

La demencia es un síndrome clínico plurietiológico caracterizado por un déficit cognitivo que supone un deterioro respecto al nivel previo y que afecta a la capacidad del individuo de llevar a cabo una vida independiente e induce pérdida de autonomía[1-3].

El diagnóstico de la demencia es fundamentalmente clínico, habiéndose desarrollado para ello diversos criterios diagnósticos. Si bien previamente los más empleados han sido los del DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)-IV-TR, la exigencia de que siempre exista deterioro significativo de la memoria los hace más útiles para la demencia por enfermedad de Alzheimer (EA) que para otros subtipos. Por ello, se han desarrollado criterios más recientes, de mayor aceptación entre especialistas en neurología de la cognición y conducta. Los del *National Institute on Aging y la Alzheimer's Association* (NIA-AA) de año 2011 y la propuesta de definición de demencia del Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias (GENCD) de la Sociedad Española de Neurología (SEN) 2009 (tabla 1) establecen la necesidad de afectación de dos esferas cognitivas sin necesidad de que la memoria sea una de ellas[1-4].

En la definición del NIA-AA la diferencia entre la demencia y el deterioro cognitivo leve (DCL) reside en la interferencia del deterioro en la capacidad de funcionamiento normal en el trabajo o en las actividades de la vida diaria (AVD). Dicha determinación queda a cargo de un juicio clínico emitido por un clínico experimentado en base a las circunstancias individuales del paciente y en la historia obtenida tanto del paciente como de un informador reconocido.

El concepto de diagnóstico precoz generalmente hace referencia a la detección de un trastorno en fase preclínica (asintomática), habitualmente mediante programas de detección. En el caso de la demencia y debido a la ausencia de terapias que alteren el curso de la enfermedad, no se recomienda la detección en la población asintomática[3].

En el presente protocolo centramos el problema, por tanto, en la evaluación del paciente que consulta por quejas cognitivas y/o de conducta, en el que debe realizarse una detallada historia clínica, exploración neurológica general y cognitiva, así como solicitarse pruebas de cribado de entidades potencialmente tratables (fig. 1).

TABLA 1
**Propuesta de definición de demencia del GENCD (Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias) de la SEN (Sociedad Española de Neurología)**

| **Propuesta de definición de demencia del GENCD de la SEN** |
|---|
| 1. Alteración adquirida y persistente en al menos 2 de las siguientes esferas |
| Memoria |
| Lenguaje |
| Función visuoespacial |
| Función ejecutiva |
| Conducta (no explicable por déficit cognitivo) |
| 2. Con una intensidad suficiente como para interferir con las actividades habituales del sujeto |
| 3. En ausencia de alteración del nivel de consciencia |
| Se aconseja verificar la pérdida de capacidades cognitivas mediante un informador fiable, sustentar el diagnóstico en una evaluación neuropsicológica formal, preferiblemente longitudinal, realizada mediante test validados para la edad y el nivel educativo |

# Historia clínica

Debe ser detallada y recogida del paciente (lo que permite hacer una primera valoración del lenguaje, contenido y coherencia del discurso, factores emocionales y grado de conciencia de enfermedad), pero siempre corroborada por un informador fiable.

## Puntos clave

Evaluar la comorbilidad, que ha de ser considerada siempre como posible causa o agravante de los síntomas cognitivos y conductuales[5]. Debe recogerse información sobre:

*1.* Enfermedades previas, con especial énfasis en factores de riesgo vascular.

*2.* Consumo de alcohol y otras sustancias de abuso.

*3.* Consumo de fármacos: especial atención a la toma de anticolinérgicos, benzodiacepinas, opiáceos, propranolol, clonidina, barbitúricos, valproico o litio.

Valorar los antecedentes familiares de demencia y otras enfermedades neurodegenerativas.

Interrogar sobre el nivel de escolarización, historia laboral y contexto sociofamiliar actual.

Las claves de la anamnesis son las que siguen:

*1.* Interrogar sobre el grado de repercusión de los síntomas sobre las AVD, parte fundamental del diagnóstico de demencia.

*2.* Hacer una descripción cronológica de los síntomas, tratando de cerciorase de que existe un deterioro con respecto a un nivel previo.

*3.* Interrogar por problemas de memoria que sugieran un trastorno mayor al asociado con el envejecimiento: preguntas reiterativas, olvido de detalles relevantes de conversaciones o de citas importantes, retraso en el pago de facturas o incapacidad para recordar un programa de TV visto recientemente.

*4.* Tener en cuenta fenómenos normales asociados al envejecimiento como la dificultad ocasional para evocar nombres o determinadas palabras, con frecuencia recordadas un tiempo después (fenómeno de "punta de la lengua"). También es fisiológico el enlentecimiento del procesamiento y la dificultad con tareas simultáneas[6].

*5.* Investigar síntomas en otras esferas de la cognición y no infraponderarlas respecto a la memoria[1]: lenguaje (disnomia progresiva, los circunloquios y el discurso poco informativo o las parafasias); funciones ejecutivas (falta de iniciativa, incapacidad para planificar, dificultad en tareas que implican secuencias); función visuoespacial (dificultad para calcular distancias, reconocimiento de lugares conocidos y dificultad para orientarse en el espacio); praxias (dificultades a la hora de vestirse o en otras actividades motoras aprendidas) y gnosias (dificultad para reconocer caras de personas conocidas u objetos).

*6.* Investigar siempre la presencia de síntomas neuropsiquátricos (trastorno del ánimo, ideación delirante, alucinaciones, ideación autolítica) y alteraciones conductuales (con-

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/3809171

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/3809171

Daneshyari.com