

ALZHEIMER

EVOLUCIÓN DE UN CASO DE DEMENCIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

COORDINADOR: SERGIO GIMÉNEZ BASALLOTE

MÉDICO DE FAMILIA. COORDINADOR DE GRUPOS DE TRABAJO DE SEMERGEN. CENTRO DE SALUD DE CIUDAD JARDÍN. MÁLAGA

AUTORES: ENRIQUE ARRIETA ANTÓN. MÉDICO DE FAMILIA. CENTRO DE SALUD SEGOVIA RURAL (SEGOVIA). ANA ISABEL DE LA PEÑA. DIPLOMADA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA. CENTRO DE SALUD SEGOVIA RURAL (SEGOVIA)

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es el fenómeno demográfico más importante en el comienzo del siglo XXI. El aumento del número de personas que llegan a edades avanzadas ha traído consigo el aumento en las tasas de enfermedades crónicas degenerativas ligadas al envejecimiento, entre ellas, y de manera especial, la demencia (1, 2).

Se define la demencia como un síndrome adquirido y persistente de deterioro de varias funciones mentales superiores, fundamentalmente la memoria, pensamiento abstracto y razonamiento, producido por una patología orgánica en un paciente sin alteraciones del nivel de conciencia, y que le produce incapacidad en la vida social y laboral (3).

Si falta alguna de las características que se incluyen en esta definición, nos encontramos ante otro proble-

ma neurológico o de conducta, que deberá ser diagnosticado adecuadamente.

Hay muchas etiologías responsables de un síndrome de demencia, pero las más frecuentes, y por tanto las que más a menudo vamos a tratar en Atención Primaria son la Demencia Degenerativa Tipo Alzheimer (Enfermedad de Alzheimer), y la Demencia Vascular.

En este proceso los profesionales de Atención Primaria tienen un doble papel: por un lado la detección precoz de los casos sospechosos de demencia, para remitirlos a confirmación diagnóstica; y por otro lado acompañar al paciente y a su familia cuidadora a lo largo de todo el proceso, detectando las situaciones de sobrecarga del cuidador, y constituyendo un recurso de apoyo fundamental por su cercanía y accesibilidad.

CASO CLÍNICO

Varón de 76 años.

Estudios primarios incompletos. Ganadero.

Vive en la actualidad con su esposa. Tiene tres hijos: 2 varones y una mujer. Es diabético, en tratamiento con insulina, e hipertenso leve, en tratamiento con enalapril.

Refiere haber notado a lo largo de los últimos tres meses sensación subjetiva de inestabilidad y pérdida de memoria. Coincidiendo con estas quejas presentó un episodio de dolor torácico, motivo por el que acude a urgencias donde no encuentran signos de enfermedad orgánica. A pesar de ello se le receta una benzodiazepina: bromazepam al referir trastornos del sueño, pesadillas, inquietud y nerviosismo.

Como las quejas de inestabilidad en la marcha y pesadez de cabeza aumentan, se suspende el bromazepam y se instaura tratamiento con halazepam buscando un mejor perfil de seguridad.

Sufre un ingreso hospitalario para ser intervenido de cataratas y durante el mismo presenta confusión y desorientación sin agresividad.

Al continuar con los síntomas se le realiza una valoración cognitiva, con el siguiente resultado: MEC de Lobo 28/35; GDS de Yesavage 2/15.

En la exploración física no hay otros hallazgos mé-

dicos que la diabetes reseñada (con buen control metabólico) por lo que se suprime la benzodiacepina sin instaurar nuevas medidas terapéuticas.

A los seis meses se repite la valoración cognitiva, presentando deterioro respecto a las puntuaciones anteriores. Se deriva a consulta de neurología, donde se confirma el deterioro cognitivo. De las pruebas complementarias realizadas destacamos:

Analítica: Glucemia 138 mg/dl; HbA1C: 7 por ciento; Hormonas tiroideas normales (TSH: 3,53; v.n. 0,4-4,0); Acido Fólico: 7,2 ng/ml (5,3-14,4); Vitamina B12: 783,4 pg/ml (187-1059); calcio, sodio y potasio normales; bioquímica hepática normal; electroforesis de proteínas: patrón normal; serología VDRL negativa.

TAC: signos de atrofia corticosubcortical difusa

Se inicia tratamiento con donezepilo a la vez que recibe medidas de apoyo en un Centro de Día, mejorando sus síntomas y quejas subjetivas, a excepción de la pérdida de memoria.

A los 11 meses, su esposa, que es la cuidadora principal sufre un accidente (fractura de cadera), y el paciente vuelve a quejarse de sensación de inestabilidad y temblores, pero sobre todo empieza a manifestarse con pesimismo respecto a la situación de su esposa y a su propia situación, el paciente expresa ideas del tipo “qué va a ocurrir en el futuro, ha desaparecido todo el dinero que tenía ahorrado, nos van a echar de casa”. A lo largo de las entrevistas mantenidas se manifiesta con un estado de ánimo muy triste.

Se inicia un tratamiento específico con un ISRS (citalopram) y se informa al Centro de Día para modificar pautas de actuación, pero a pesar de todo, sus quejas de inestabilidad, sensación de vacío en la cabeza, etc, aumentan, se muestra más pesimista, y se niega a participar en actividades, incluso de autocuidado. Por estos motivos abandona el Centro de Día, asumiendo los cuidados una hija soltera que vivía y trabajaba en otra ciudad.

La hija modifica las rutinas de la casa, e incluye paseos con él, al menos en dos ocasiones a lo largo del día. Con estos cambios el paciente mejora y se encuentra más reconfortado.

Seis meses después consulta porque se muestra

agresivo verbalmente, rechaza la atención y cuidados de su familia, y refiere que “su esposa y su hija le han estado engañando, que ya no está en su casa, que le han quitado el ganado, y manifiesta que es mejor no vivir así”.

DISCUSIÓN

Este caso puede ser ilustrativo de los problemas que para la atención primaria plantea la evolución de un caso de demencia. Nos vamos a detener en los siguientes puntos:

1. Sospecha ante síntomas inespecíficos

Los síntomas iniciales de la demencia pueden ser interpretados por el paciente, su familia o por el médico, como quejas somáticas, o bien como síntomas emocionales (ansiedad o depresión) relacionados con los sucesos vitales asociados al envejecimiento (4). Esto puede llevar a instaurar tratamientos sintomáticos ante las demandas del paciente, como ocurrió en este caso con las benzodiacepinas. Los tratamientos inadecuados o la no identificación de la demencia van a tener consecuencias a largo plazo para el paciente y sus cuidadores (5).

Para muchas personas la pérdida de memoria es sinónimo de demencia. El primer reto ante los síntomas de deterioro del anciano es saber si estamos ante un envejecimiento normal, un deterioro cognitivo leve, o una demencia (2) (Tabla 1).

2. Diagnóstico diferencial y etiológico

Uno de los diagnósticos diferenciales más complicados en Atención Primaria se plantea con la depresión, ya que los síntomas iniciales de una demencia pueden simular un cuadro depresivo, las personas con depresión pueden desarrollar una demencia, y también es posible que aparezca una depresión en el curso de un deterioro cognitivo, es decir, pueden darse casi todas las combinaciones. Existen algunos criterios que nos pueden ayudar a diferenciar entre depresión y deterioro cognitivo, pero en general es necesario perma-

ALZHEIMER

TABLA 1. Signos para diferenciar el deterioro cognitivo en el anciano

	Normalidad	Deterioro Cognitivo Leve	Demencia
Clínica			
Quejas de alteración cognitiva referidas por el paciente o por un informador fiable	Infrecuente	Sí	Sí
Interferencia con las actividades instrumentales o avanzadas de la vida diaria	No	No, o mínimamente	Sí
Interferencia con las actividades básicas de la vida diaria	No	No	Depende de la intensidad de la demencia
Exploración neuropsicológica			
Alteración objetivable de las funciones cognitivas	No	Sí, de una o más	Sí, de dos o más
Evolución a demencia (<60 años)	1-2% anual	12-15% anual	–

necer atento a la evolución del paciente para determinar el cuadro ante el que nos encontramos.

El diagnóstico diferencial es el primer paso en el estudio de un deterioro cognitivo (¿nos encontramos ante el inicio de una demencia, o se trata de otra cosa?). Una vez establecido el síndrome de demencia, las exploraciones complementarias tienen como finalidad descartar posibles causas de deterioro cognitivo reversible: patología tiroidea, déficit de vitamina B12 o de ácido fólico, tumores u otras lesiones del SNC. Este estudio se puede iniciar en Atención Primaria, aunque debe derivarse el paciente a un servicio especializado para confirmar el diagnóstico (6).

En este caso puede quedarnos la duda de si se trata de una Demencia Vascular, al existir varios factores de riesgo cardiovascular (diabetes e hipertensión), pero la ausencia de lesiones vasculares específicas en la prueba de neuroimagen lleva a establecer una probable Enfermedad de Alzheimer.

3. Aparición de síntomas psicológicos y conductuales. Alteración del estado de ánimo

A lo largo de la evolución de nuestro paciente ha presentado síntomas psicológicos, a los que no siempre

ha sido posible encontrar una explicación o un hecho desencadenante. Al principio han predominado los síntomas afectivos (ansiedad y depresión), que hicieron necesario el tratamiento farmacológico con un ISRS, y más adelante, los problemas principales han sido los delirios y la agresividad. Existen fármacos útiles para manejar estos síntomas, como los neurolepticos, pero siempre debemos tratar de identificar si hay algún motivo para desencadenar estos síntomas, y poner en práctica estrategias conductuales para los mismos (4) (7). En nuestro caso, la cuidadora fue capaz de instaurar una serie de rutinas que redujeron la desorientación del paciente y ayudaron a que fuera más fácil llamar su atención en caso de agresividad o de repeticiones.

4. Deterioro funcional. Pérdida de autonomía

En sus fases más avanzadas, las demencias de cualquier etiología comparten el deterioro en las funciones intelectuales, con la presencia en mayor o menor medida de síntomas psicológicos y conductuales, con el deterioro funcional. En primer lugar se pierde la capacidad de realizar Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, que nos permiten relacionarnos con nuestro entorno, y finalmente, los pacientes terminan siendo de-

pendientes en Actividades Básicas de la Vida Diaria, siendo incapaces de llevar a cabo actividades de autocuidado (vestirse, lavarse, comer, o incluso levantarse de una silla y andar solos). La pérdida de autonomía obliga a que otra persona, el cuidador, asuma las actividades que el paciente no puede realizar (4, 7).

Por todo ello, la demencia es un trastorno que altera al paciente y a su entorno más inmediato como es la familia, obligándoles a modificar horarios, estilos de vida, etc, y a tomar decisiones en relación con el paciente (ingreso en un Centro de Día o en una residencia, etc.) Como ya hemos señalado, los profesionales de Atención Primaria no sólo deben detectar la sobrecarga de los cuidadores, sino también ser capaces de prestar apoyo (fundamentalmente informativo e instrumental) a los mismos (9).

5. Pautas de tratamiento farmacológico y no farmacológico

Respecto al tratamiento farmacológico, el paciente inició tratamiento con donezepilo cuando se realizó la confirmación diagnóstica. Es un inhibidor de la colinesterasa rápidamente reversible y muy selectivo para la AChE. Los fármacos anticolinestrásicos no pueden considerarse un tratamiento curativo, sino que constituyen un tratamiento paliativo, pero que ha demostrado capacidad para detener la progresión del deterioro

de los pacientes de Enfermedad de Alzheimer. Tiene varias características que le hacen un medicamento seguro en ancianos: se absorbe rápidamente, sin interferencias con el alimento y se metaboliza en hígado por la acción del sistema de citocromo P450 y en el riñón; no es hepatotóxico. La dosis eficaz varía entre 5 y 10 mg/día, y la interrupción brusca no causa alteraciones graves, aunque puede reducirse el efecto beneficioso logrado sobre la función cognitiva (10).

Otros fármacos utilizados en pacientes con demencia tienen la finalidad de mejorar los síntomas psíquicos y conductuales, como se ha indicado anteriormente al hablar del estado de ánimo. Los más utilizados son los antipsicóticos, y dentro de ellos los nuevos antipsicóticos o antipsicóticos atípicos (risperidona, olanzapina).

Un aspecto importante en el tratamiento de nuestro paciente es que tuvo la oportunidad de realizar actividades de estimulación tanto en un Centro de Día como en su domicilio, debido a la constancia y al interés de su cuidadora. Esto ha permitido planificar modificaciones en su entorno y establecer pautas conductuales (rutinas, orientación, etc), que en el mejor de los casos habrían servido para enlentecer el deterioro inevitable que provoca la demencia, y en el peor de los casos, al menos han servido para que la familia pueda afrontar mejor el deterioro y los síntomas cognitivos y no cognitivos (conductuales y psicológicos) del mismo (8).

BIBLIOGRAFÍA

1. Sancho MT (coordinadora). Envejecer en España. IMSERSO. 2002.
2. D A Pérez Martínez, J C Méndez-Cabeza Fuentes. "Deterioro Cognitivo y Demencia" en V M González Rodríguez (coord.) "Neuropraxis. Curso Práctico de neurología en Atención Primaria". Laboratorios Almirall. 2005.
3. A. Martín Zurro; J F Cano Pérez. "Compendio de Atención Primaria" (2ª ed.). Ed. Elsevier. Madrid, 2005.
4. B Casabella Abril, J Espinás Baquet. "Recomendaciones Semfyc. Demencias". Semfyc. Barcelona, 1999.
5. MV Zunzunegui Pastor, T del Ser, A Rodríguez Laso, MJ García Yébenes, J Domingo, A Otero Puime. "Demencia no detectada y utilización de los servicios sanitarios: implicaciones para la Atención Primaria. Aten Primaria. 2003;31:581-6.
6. E. Varela de Seijas Slocker. "Diagnóstico diferencial de la demencia". En R. Alberca y S. López Pousa (eds) "Enfermedad de Alzheimer y otras demencias" Panamericana, 2002.
7. A. Turón. "Criterios clínicos y diagnósticos de demencia en fase avanzada". En S. López Pousa, A. Turón y L.F. Agüera "Abordaje integral de las demencias en fases avanzadas". Prous Science, 2005.
8. P. Durante. "Tratamiento no farmacológico de los trastornos cognitivos". En s. López Pousa, A. Turón y L.F. Agüera "Abordaje integral de las demencias en fases avanzadas". Prous Science, 2005.
9. A. Garrido. "Cuidando al cuidador". Revista Española de Geriatría y Gerontología. 2003;38(4):189-91.
10. A. Jiménez Escrig. "Tratamiento de las demencias con fármacos anticolinestrásicos". En J. Saiz Ruiz (Dir.) "Utilización de los psicofármacos en psiquiatría de enlace". Masson. 2002.