

El problema clínico: demencia en la atención primaria

Los problemas

Entre las personas de la tercera edad, se estima que la frecuencia general de la demencia varía de un 5% a un 10%. La enfermedad de Alzheimer y las demencias relacionadas afectan al menos a 2 millones y, posiblemente, a unos 4 millones de residentes de los Estados Unidos. Con el envejecimiento de la generación nacida inmediatamente después de la segunda guerra mundial (“Baby boomers”), se estima que habrá muchos más pacientes con demencia en los años venideros. Para el año 2040, de acuerdo con una estimación, estas cifras pueden llegar hasta unos 14 millones de personas.

Al igual que todas las alteraciones crónicas, es difícil de manejar la demencia en la práctica del consultorio de atención primaria. Diversos estudios han revelado que a menudo se pasa por alto o se confunde la demencia en su primera etapa con el deterioro normal producto del envejecimiento o se confunde con otros trastornos. La evaluación de pacientes con síntomas o inquietudes de un posible deterioro cognitivo puede parecer demasiado desalentador para el área de la atención primaria, ya que es difícil establecer el diagnóstico y se generan muchas nuevas interrogantes y problemas cuando se efectúa el diagnóstico.

Las personas mayores y sus familias tienen una gran necesidad de información confiable sobre las demencias. Generalmente, se confunden al diferenciar los síntomas iniciales de la demencia y el envejecimiento normal. Con bastante frecuencia, comprenden erróneamente los informes noticiosos sobre los nuevos avances en medicina y se les bombardea con información errónea sobre cómo prevenir la pérdida de memoria. Asimismo, son vulnerables al daño hecho cuando se pasa por alto o se aplica equivocadamente un diagnóstico de la demencia. Los pacientes y sus familias son los principales factores determinantes de los resultados de la atención de enfermedades crónicas, porque son ellos quienes prestan gran parte de esta atención. El bienestar físico y emocional del paciente y el cuidador están en riesgo y es esperable que, con el tiempo, aumente su necesidad de contar con un apoyo efectivo del médico de atención primaria. Los pacientes y sus familias recurren primero a sus médicos de atención primaria para que los ayuden con todos estos problemas complejos.

Es importante que la comunidad se entere que ahora contamos con tratamientos que pueden desacelerar la progresión y aliviar la carga de las causas comunes de la pérdida grave de memoria. En cualquier comunidad, los médicos de atención primaria deben constituir las primeras y mejores fuentes de información médica confiable acerca de las nuevas metodologías para manejar la pérdida de memoria. Obviamente, el problema del médico radica en contar con el tiempo para mantenerse al tanto de las novedades en el tema y mantener informados a sus pacientes.

Una solución: la metodología organizada de colaboración

El manejo de colaboración efectivo de la demencia requiere que el médico eduque en gran medida al paciente y a su familia, que repita información a través del tiempo y guíe al paciente y su familia en una serie de decisiones informadas con respecto a las múltiples opciones de diagnóstico y tratamiento. Es de vital importancia que la familia participe al igual que el paciente.

La metodología organizada se presta bastante bien para las necesidades de médicos y pacientes, por igual. Constituye un medio para

- registrar la información entregada al paciente y su familia,
- obtener información del paciente y su familia y registrarla para futura referencia clínica y
- guiar al paciente a través de un complejo proceso de evaluación y gestión sin recargar innecesariamente el tiempo del médico.

Evaluación y tratamiento de la demencia

Epidemiología Se ha estimado que la *frecuencia* de la demencia en los Estados Unidos constituye menos del 1% al año para las personas de 60 a 69 años y del 2% al 4% al año para aquellos de más de 80 años. La forma más común de la demencia, la enfermedad de Alzheimer (AD), presenta una *frecuencia* del 5% al 10% en personas de 65 años y más y de casi un 50% en aquellas personas mayores de 85 años. Aunque la demencia es una amenaza importante de salud pública para la población de más edad de los EE.UU., sólo en los últimos 20 años se ha desarrollado una respuesta médica para esta patología.

**Evaluación y
tratamiento de
la demencia
(continuación)**

Etiología La enfermedad de Alzheimer constituye del 60% al 70% de todos los casos de demencia y es una de las causas principales de muerte entre los adultos mayores de los Estados Unidos. Por lo general, esta demencia se presenta en personas que inicialmente son normales y luego progresa inexorablemente, deteriorando el intelecto, el habla, la memoria y el juicio. El paciente habitualmente muere entre 5 y 10 años después de la aparición de la enfermedad, aunque estudios recientes indican una supervivencia de hasta 15 años. Lo que antes se denominaba “senilidad” o “endurecimiento de las arterias del cerebro” se asemejaba bastante al Alzheimer.

La segunda causa más común de la demencia es la *demencia vascular*, se debe a múltiples oclusiones de pequeñas arterias cerebrales en un área vasta, generalmente relacionadas con la hipertensión, enfermedad cardiovascular arteriosclerótica o diabetes mellitus y, a menudo, va acompañada de otras evidencias de enfermedad arterial, como pequeños ataques apopléjicos. Este tipo de demencia progresa lentamente de manera esporádica y escalonada y, con frecuencia, causa disartria, marcha anormal y otras anomalías neurológicas focales. (Las características que sugieren una causa vascular de la demencia se pueden cuantificar empleando la escala de Hachinski). Otras causas bastante menos comunes de demencia irreversible incluyen la enfermedad de Parkinson, la enfermedad de Pick (que es difícil de distinguir del Alzheimer), corea de Huntington y la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.

Una reciente guía (1996) de la Agency for Health Care Policy and Research defiende el diagnóstico preliminar del Alzheimer, pero no recomienda evaluar a pacientes mayores asintomáticos. La guía sugiere que se realice una mayor evaluación a las personas mayores que presenten síntomas que, a menudo, detectan primero los familiares del paciente. Estos síntomas pueden incluir problemas con:

- el aprendizaje y la retención de nueva información,
- el manejo de tareas complejas,
- el razonamiento,
- la capacidad espacial y la orientación y
- el lenguaje.

El objetivo de la evaluación es permitir el tratamiento temprano y diagnosticar patologías tratables, como toxicidad de medicamentos, depresión, abuso de alcohol, enfermedad metabólica o afecciones médicas comórbidas.

Enfermedad de Alzheimer

Características clínicas La pérdida progresiva de memoria a corto plazo es una característica de la enfermedad. Asimismo, los pacientes pueden mostrar alteraciones de la atención y el recuerdo, desorientación progresiva, trastornos del lenguaje (anomia), apraxia o déficits visuales y espaciales. Éstos son bastante graves como para interferir con las funciones y actividades de la vida diaria. También son comunes los cambios de personalidad, como terquedad, recelo, delirios paranoides, depresión y ansiedad. El Alzheimer se caracteriza por una aparición gradual y un deterioro progresivo de la función cognitiva durante unos 10 años, aunque la tasa de progresión varía y la duración se puede extender hasta 20 años.

Patología y neuroquímica A grandes rasgos, los cerebros de las personas con esta enfermedad presentan una atrofia inespecífica. Los cambios microscópicos son característicos e incluyen lo siguiente:

- Placas seniles, compuestas de procesos neuríticos distróficos, células con microglia, astrocitos y péptido β -amiloide, que corresponde a un fragmento de la proteína precursora de amiloide (APP, por sus siglas en inglés).
- Ovillos neurofibrilares (ONF), compuestos de pares de filamentos helicoidales de la proteína tau hiperfosforilada asociada con microtúbulos. La proteína tau normal estabiliza el ensamble de microtúbulos, la apolipoproteína E3 se une a tau y disminuye la hiperfosforilación (por lo que es una protección contra la enfermedad de Alzheimer).

Se han descrito varias deficiencias relacionadas con los neurotransmisores, la más importante de todas es la de la colina acetiltransferasa.

**Enfermedad
de Alzheimer
(continuación)**

Genética El alelo de la apolipoproteína E4 (APOE4) en el cromosoma 19 se relaciona con un mayor riesgo de padecer un Alzheimer de aparición tardía; sin embargo, también se encuentra en muchas personas que no tienen la enfermedad. Se dispone ampliamente de diversos exámenes genéticos, pero los resultados indican sólo los alelos están presentes y su susceptibilidad. La falta de comprensión pública y la incapacidad del examen de ser predictivo en personas asintomáticas constituye un argumento contrario a su uso habitual. Aunque puede ser útil en adultos con síntomas, se requiere un consentimiento informado y una asesoría previa y posterior al examen. Los principios de la Alzheimer's Association con respecto a los exámenes genéticos recalcan que el examen no es predictivo y no se debe emplear para determinar la cobertura de seguros, el acceso a atención o servicios, a vivienda o empleo. La discapacidad se relaciona con los trastornos funcionales y no con los resultados del examen.

Factores de riesgo Un mayor riesgo se relaciona con la edad y el historial familiar del Alzheimer. Otros factores posibles incluyen el síndrome de Down, ser mujer, lesión previa en la cabeza y menor educación. Un menor riesgo se ha asociado en estudios de observación con el uso crónico de agentes antiinflamatorios no esteroidales y estrógenos.

Tratamiento y manejo En la actualidad los únicos agentes disponibles que han demostrado mejorar la función cognitiva en el Alzheimer son los inhibidores de las colinesterasas.

- La tacrina (Cognex) ha demostrado tener una eficacia limitada en experimentos controlados con dosis altas en la primera etapa de la enfermedad. El costo es de aproximadamente US\$125 al mes. Pueden producirse aumentos de las transaminasas. La dosificación es de cuatro veces al día.
- En experimentos controlados se ha observado que el donepezil (Aricept) es efectivo. La dosificación es de una vez al día y no se han informado aumentos de las transaminasas.

Ambos medicamentos presentan efectos secundarios gastrointestinales asociados con su actividad en las colinesterasas.

Varios otros agentes, incluidos a-tocoferol (vitamina E), selegilina, estrógeno y ginkgo biloba, cuentan con algunas pruebas científicas de su eficacia en el tratamiento del Alzheimer. Estas pruebas actualmente no son suficientes para generar recomendaciones generales en relación a la terapia habitual con estos medicamentos. No obstante, no existe razón alguna para objetar el tratamiento, especialmente con los agentes menos costosos y tóxicos de los mencionados, si el paciente y su familia así lo eligen. En el caso de los estrógenos, un posible efecto beneficioso sobre el Alzheimer podría inclinar la balanza hacia el uso de este agente, en mujeres que ya están considerando dicha terapia.

El manejo de la enfermedad incluye el tratamiento de patologías comórbidas, incluidas afecciones médicas y especialmente la depresión, la que es común.

El cuidador

La atención del cuidador constituye una parte vital del manejo de los pacientes con demencia. El cuidador a menudo experimenta un mayor estrés por la enfermedad que el propio paciente y se enfrenta a mayores funciones y responsabilidades. Los cuidadores generalmente soportan su estrés sin buscar ayuda, hasta que se vienen abajo. Interesarse por el estado físico y emocional del cuidador permite que se intervenga oportunamente, brindando información y remitiéndolo a especialistas antes de que se desarrollen problemas graves. Una gran variedad de recursos, a nivel local y nacional, se orientan a las causas comunes del estrés del cuidador. Escuchar y atender a los problemas del cuidador constituye un servicio de atención primaria primordial.

Referencias

- Barry PP, Moskowitz MA. The diagnosis of reversible dementia in the elderly: a critical review. *Arch Intern Med.* 1988;148:1914-1918.
- Chronic Care Networks for Alzheimer's Disease Project. *Tools for the Assessment and Treatment of Dementia in Managed Care Settings.* Bloomington, MN: National Chronic Care Consortium; November 1998. ([Http://www.nccresourcecenter.org/about/nccc.pdf](http://www.nccresourcecenter.org/about/nccc.pdf))
- Costa PT Jr, Williams TF, Somerfield M, et al. *Recognition and Initial Assessment of Alzheimer's Disease and Related Dementias. Clinical Practice Guidelines No. 19.* Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research; November 1996. AHCPR Publication No. 97-0702.
- Evans DA. Estimated prevalence of Alzheimer's disease in the United States. *Milbank Q.* 1990;68:267-289.
- Evans DA, Funkenstein HH, Albert MS, et al. Prevalence of Alzheimer's disease in a community population of older persons: higher than previously reported. *JAMA.* 1989;262: 2551-2556.
- Froehlich TE, Robison JT, Inouye SK. Screening for dementia in the outpatient setting: the time and change test. *J Am Geriatr Soc.* 1998;46:1506-1511.
- Hachinski VC, Iliff LD, Zilhka E, et al. Cerebral blood flow in dementia. *Arch Neurol.* 1975;32(9):632-637. Hoffman C, Rice D, Sung HY. Persons with chronic conditions: their prevalence and costs. *JAMA.* 1996;276:1473-1479.
- Larson EB. Recognition of dementia: discovering a silent epidemic. *J Am Geriatr Soc.* 1998; 46:1576-1577. Larson EB, Lo B, Williams ME. Evaluation and care of patients with dementia. *J Gen Intern Med.* 1986; 1:116-126.
- Larson EB, Reifler BV, Sumi SM, Canfield CG, Chinn NM. Diagnostic tests in the evaluation of dementia: a prospective study of 200 elderly outpatients. *Arch Intern Med.* 1986; 146:1917-1922.

- National Institute on Aging. *Alzheimer's Disease Costs the Nation an Estimated 90 Billion Dollars: Progress Report on Alzheimer's Disease*. Discoveries in Health for Aging Americans series. Bethesda, MD: National Institutes of Health, National Institute on Aging; 1993. NIH Publication No. 93-3409.
- Pendlebury WW, Solomon PR. Alzheimer's disease. *Clin Symp*. 1996;48(3):2-32.
- Robinson BE. Guideline for initial evaluation of the patient with memory loss. *Geriatrics*. 1997; 52(12): 30-32,35-36,39.
- Robinson BE. Diagnosis of irreversible dementia: how extensive the evaluation? *Geriatrics*. 1998; 53(1):49-52,55.
- Rosen WG, Terry RD, Fuld PA, et al. Pathological verification of ischemic score in differentiation of dementias. *Ann Neurol*. 1980; 7(5):486-488.
- Small GW, Rabins PV, Barry PP, et al. Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorders: consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatrics Society. *JAMA*. 1997; 278:1363-1371.