

# Estudios de casos

## Caso 1

La señora Smith tiene 73 años y vino hoy al consultorio a un control de rutina de la presión sanguínea. Usted la ha estado controlando durante muchos años.

Hoy acudió con su hija. Su presión sanguínea estaba bien controlada y usted le renovó la prescripción de Vasotec.

Al final del día, el administrador del consultorio se acercó a usted para preguntarle si había algún problema con la señora Smith, porque había tenido dificultades al registrarse para su cita de seguimiento. La paciente regresó a la recepción minutos después de que se le había programado la cita correspondiente e insistió que debía programar su cita de seguimiento.

Clemente Zuniga 25/1/03 11:48

**Eliminado:** concurrió

# Informe familiar: comportamiento del paciente

La información que aparece en este cuestionario contribuye a que el médico decida si existe un problema de memoria importante.

**Este documento debería completarlo alguien que esté en estrecho y frecuente contacto con el paciente que padece el problema de memoria.** Responda todas las preguntas de la mejor manera que le sea posible. Si el paciente jamás realiza la actividad descrita, encierre en un círculo la respuesta más cercana a lo que usted cree que el paciente **podría** hacer.

**Nombre**

**del paciente:**

*Señora Smith*

1. ¿A veces el paciente tiene problemas para escribir un cheque, pagar cuentas o hacer el balance de un talonario de cheques?

*Incapaz*

*Tiene problemas, pero puede hacerlo*

*Necesita ayuda*

*Normal*

9

2. ¿A veces el paciente tiene problemas para llevar **impuestos**, realizar trámites comerciales o documentos?

*Incapaz*

*Tiene problemas, pero puede hacerlo*

*Necesita ayuda*

*Normal*

3. ¿A veces el paciente tiene problemas para comprar sin compañía ropa, artículos domésticos o abarrotes?

*Incapaz*

*Tiene problemas, pero puede hacerlo*

*Necesita ayuda*

*Normal*

Clemente Zuniga 25/1/03 11:49

Eliminado: registros tributarios

# Informe familiar: comportamiento del paciente

4. ¿A veces el paciente tiene problemas para participar en un juego de destreza o para dedicarse a un pasatiempo?

*Incapaz*

*Necesita ayuda*

*Tiene problemas, pero puede hacerlo*

*Normal*

5. ¿A veces el paciente tiene problemas para calentar agua, prepararse una taza de café o apagar la cocina?

*Incapaz*

*Necesita ayuda*

*Tiene problemas, pero puede hacerlo*

*Normal*

6. ¿A veces el paciente tiene problemas para preparar una comida completa?

*Incapaz*

*Necesita ayuda*

*Tiene problemas, pero puede hacerlo*

*Normal*

7. ¿A veces el paciente tiene problemas para estar al tanto del acontecer actual?

*Incapaz*

*Necesita ayuda*

*Tiene problemas, pero puede hacerlo*

*Normal*

8. ¿A veces el paciente tiene problemas para prestar atención, entender o analizar un programa de televisión o un libro?

*Incapaz*

*Necesita ayuda*

*Tiene problemas, pero puede hacerlo*

*Normal*

9. ¿A veces el paciente tiene problemas para recordar citas, ocasiones familiares, feriados, medicamentos?

*Incapaz*

*Necesita ayuda*

*Tiene problemas, pero puede hacerlo*

*Normal*

10. ¿A veces el paciente tiene problemas para desplazarse fuera del barrio, para conducir o para tomar un bus?

# Informe familiar: comportamiento del paciente

*Incapaz*

*Necesita ayuda*

*Tiene problemas, pero puede hacerlo*

*Normal*

**Mi nombre es:**

*hija*

**Mi teléfono es:**

**Instrucciones**

Para determinar la causa de los problemas de memoria, el médico necesita detalles acerca de cambios específicos y el momento en que éstos comenzaron. **La información debe provenir de personas que tengan contacto frecuente con el paciente que padece el problema de memoria.** Si usted desconoce la historia completa del problema, hable con familiares y amigos del paciente para así recopilar la mayor cantidad de información.

La mayoría de las personas ha experimentado por años problemas menores y sutiles de la función mental superior antes de acudir a un médico con preguntas acerca de los cambios de memoria. Recuerde momentos específicos de algunos meses atrás y piense en posible signos de problemas de memoria: por ejemplo, dificultades para pagar cuentas y cuadrar talonarios de cheques, llevar registros tributarios y asuntos comerciales, comprar ropa o abarrotes solo, participar en juegos de habilidades, realizar un pasatiempo, preparar una taza de café o una comida, estar al tanto del acontecer actual, entender y analizar un libro o un programa de televisión, recordar citas y ocasiones familiares, salir fuera del barrio o conducir.

**Nombre**

# Informe familiar: el problema de memoria

**del paciente:** Señora Smith

**Mi nombre es:** hija

**Mi teléfono es:** \_\_\_\_\_

**La historia del problema de la memoria**

El médico necesita conocer la historia completa del problema de memoria. Sus respuestas al siguiente cuestionario permitirán que el facultativo se forme una idea general del asunto.

1. ¿Cuál fue el primer signo de que algo había cambiado en la memoria y el pensamiento del paciente? ¿Cuándo se advirtió dicho cambio?

*Hace cuatro años, cuando falleció mi padre, me di cuenta que mi madre parecía no poder cuadrar su talonario de cheques ni administrar su dinero. Esto me pareció extraño, porque sabía que ella administraba el dinero cuando éramos jóvenes.*

2. Describa cualquier otro indicio de problemas de memoria y pensamiento e indique el momento aproximado en que comenzó. (Por ejemplo: desde hace unos tres años no puede cuadrar el talonario de cheques; hace seis meses se perdió camino al centro comercial.) Escriba al reverso de la hoja si necesita más espacio.

*El año pasado la ayudé a hacer las compras. Compraba los mismos productos una y otra vez y no los usaba. Tenía más de 50 tarros de salsa de tomates. En esa misma época, dejó de conducir su automóvil. Creo que se asustó cuando se perdió en una ocasión. Tres meses atrás, la visité y encontré que el quemador de la cocina estaba encendido al máximo. No se acordaba cuándo lo había encendido.*

**Cuando haya completado el formulario, entréguelo a:** \_\_\_\_\_

---

**Instrucciones** Para determinar la causa de los problemas de memoria, el médico necesita detalles acerca del historial del paciente, incluidos problemas médicos actuales y anteriores, medicamentos, hábitos de salud e historial familiar. Tal vez sea necesario obtener la información del paciente y de sus familiares.

**Nombre**

**del paciente:**

*Señora Smith*

---

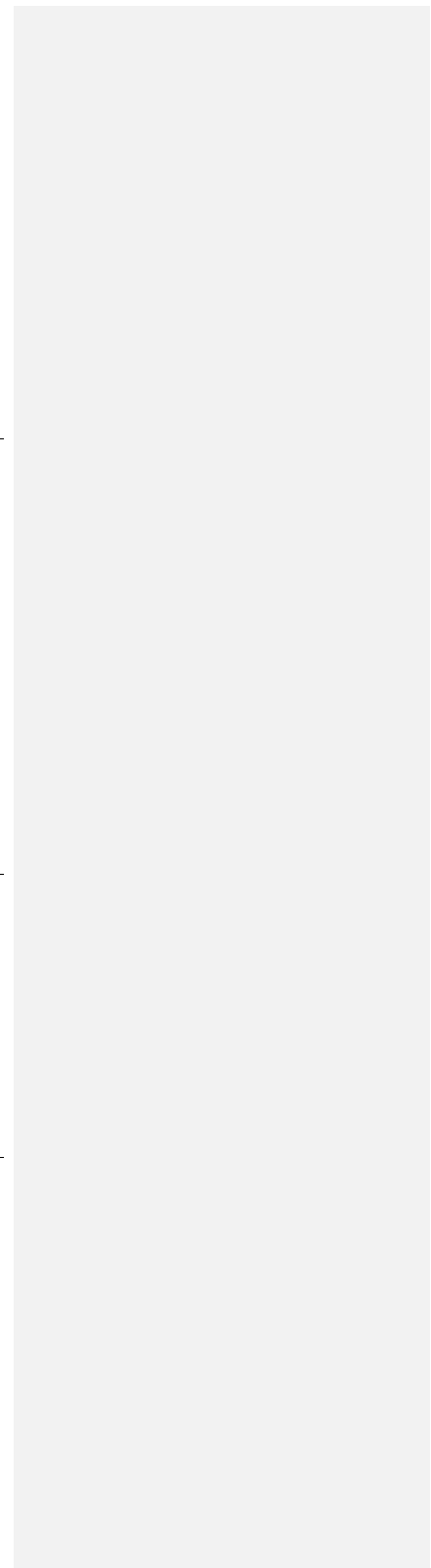
---

**Mi nombre es:**

*hija*

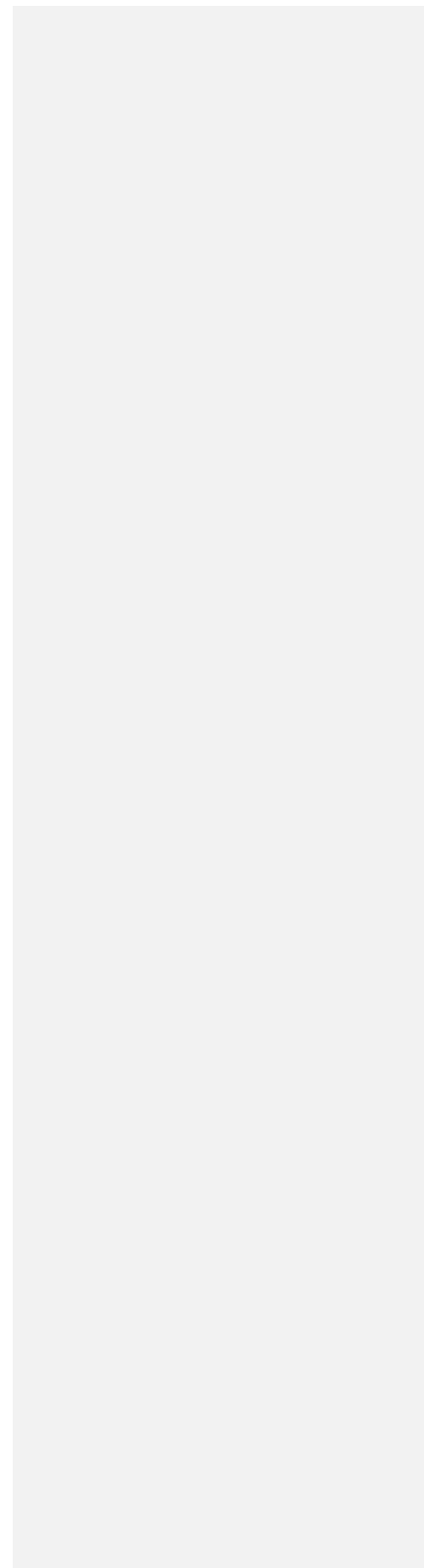
---

---



# Informe familiar: Historial médico

**Mi teléfono es:** \_\_\_\_\_



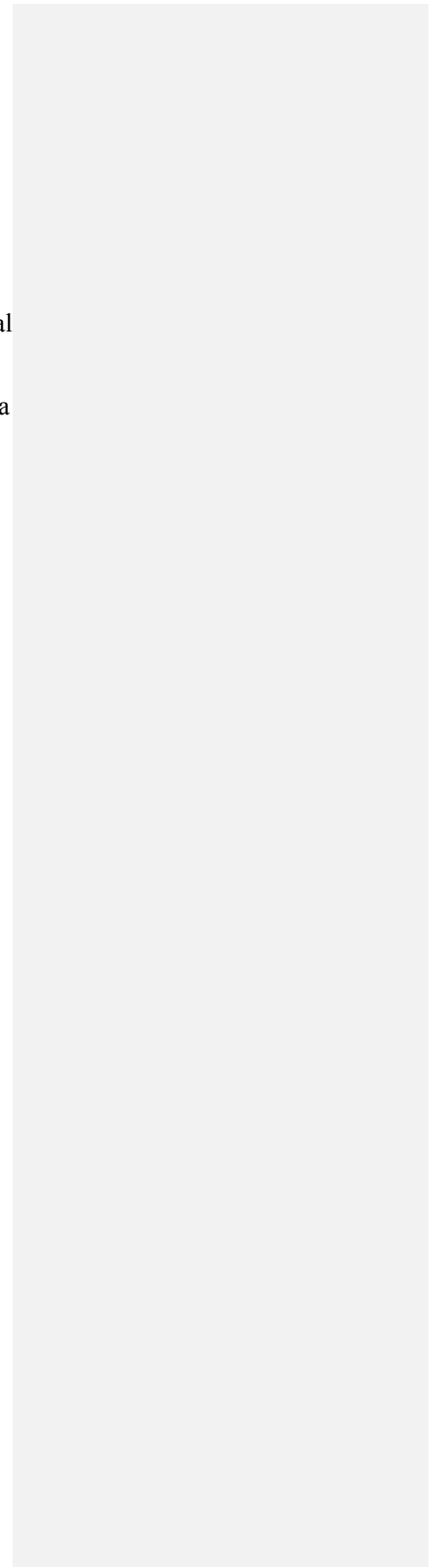


**Historial  
médico  
anterior**

¿El paciente se ha visto afectado por alguna de las siguientes patologías médicas? De ser así, ¿cuándo se detectó por primera vez?

No	Sí	¿Cuándo?	Patología
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Hace</i>	Presión sanguínea alta
		<i>5 años</i>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad cardíaca, angina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problema de tiroides
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Colesterol alto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Ataque apopléjico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Neuropatía
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Mala circulación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Diabetes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Hepatitis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Lesión grave en la cabeza
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad de Parkinson
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas de consumo de alcohol
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Depresión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Sífilis u otra enfermedad venérea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Convulsiones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Uso de drogas ilegales

- |                          |                          |       |   |
|--------------------------|--------------------------|-------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | Cáncer                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | Hemorragia o hematoma cerebral              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | Meningitis o encefalitis                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | Pérdida grave de la visión o de la audición |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | Deficiencia de vitaminas                    |



**Historial  
médico  
actual**

Indique las patologías médicas que actualmente afectan al paciente o por las que en estos momentos recibe tratamiento.

¿Cuándo  
comenzó?

Patología

*Hace 5*      *presión sanguínea*

*años*      *alta*

---

*Hace*      *migrañas*

*30*

*años*

---

---

---

---

---

---

---

---

**Problemas**

Indique todas las patologías médicas que el paciente haya sufrido

**médicos  
anteriores**

en el pasado pero ya no le afectan.

**¿Cuándo  
comenzó?**

**Patología**

*En los*

*Úlcera*

*años*

*60*

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Historial  
quirúrgico**

Indique todas las intervenciones quirúrgicas a las que se ha sometido el paciente y la fecha aproximada en que se realizaron.

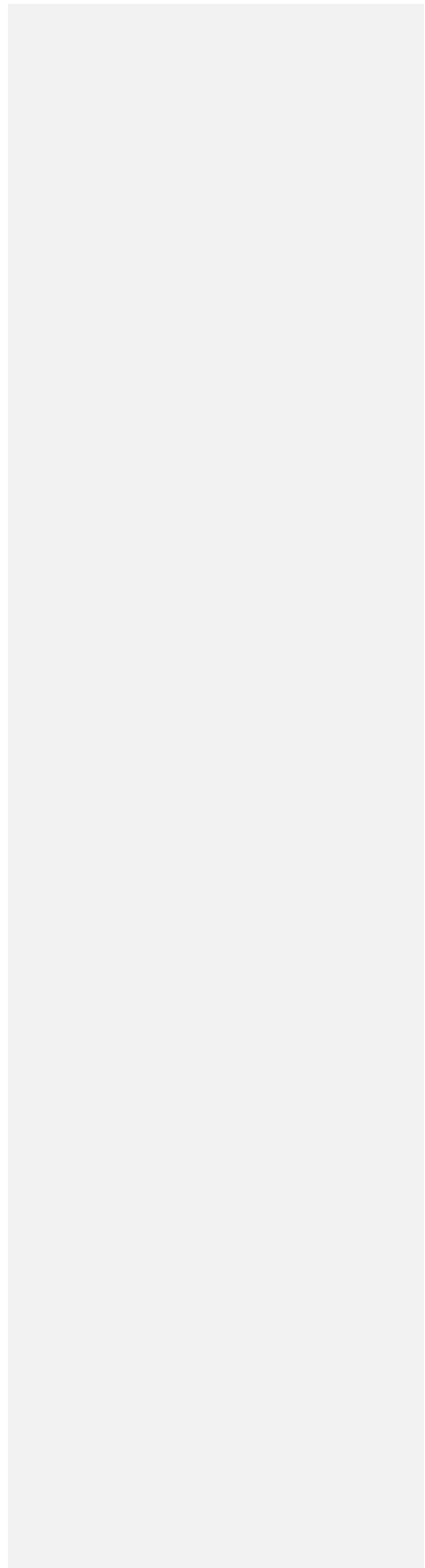
Fecha	Intervención quirúrgica
<i>1968</i>	<i>histerectomía</i>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Historial  
psiquiátrico**

Indique todas las patologías de salud mental, psiquiátricas o los tratamientos que ha recibido el paciente, además de la fecha aproximada de aparición de cada una.

Fecha	Patología o tratamiento
_____	<i>Depresión durante un año desde el</i>

\_\_\_\_\_ *fallecimiento de mi*  
*padre.*  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Educación**

¿Cuál es el nivel más alto de educación formal que el paciente

**y**

completó? secundaria

**empleo**

¿Cuál es el tipo primordial de trabajo que realizaba el paciente? \_\_\_\_\_

servicio de comidas

¿Qué otros trabajos ha tenido el paciente? \_\_\_\_\_

Ninguno

¿Ha trabajado alguna vez el paciente con productos químicos, solventes o metales pesados (por ejemplo, plomo)?

No  Sí Si la respuesta es "Sí", indique con cuáles. \_\_\_\_\_

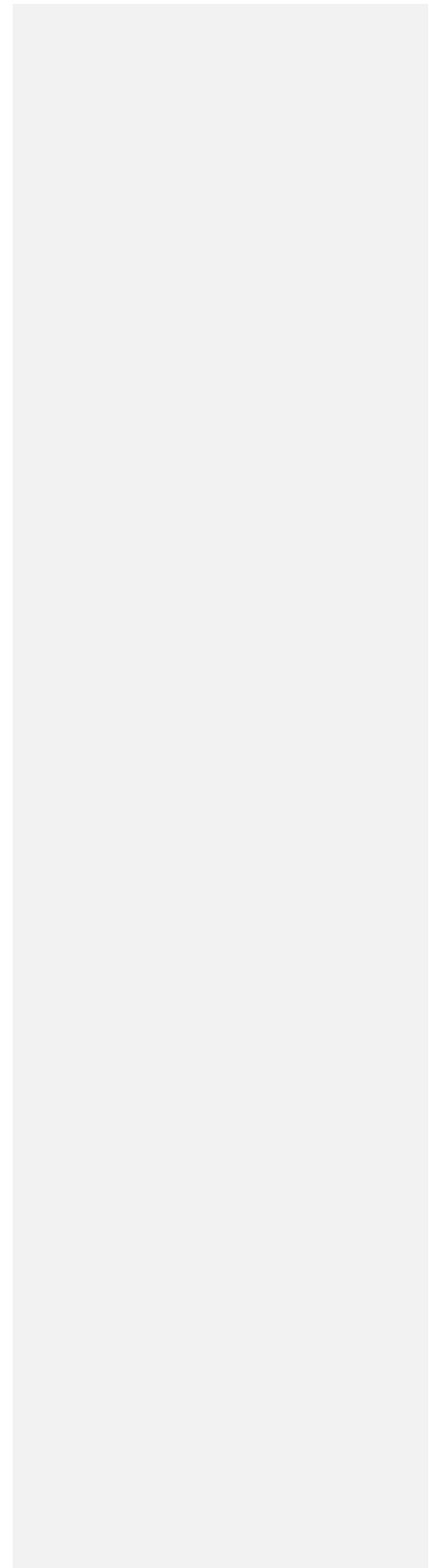
¿Ha estado expuesto el paciente a radiación o a radioterapia?

No  Sí

¿Ha recibido el paciente alguna vez terapia electroconvulsiva (TEC) o de "shock"?

No  Sí

¿Ha sido boxeador el paciente?  No  Sí





**Evaluación  
previa**

¿Se ha realizado un estudio de imagenología cerebral (TC cerebral o MRI)?

\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí

En caso afirmativo, indique la fecha y el lugar. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Le han practicado exámenes de sangre por su problema de pérdida de memoria?

\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí

En caso afirmativo, indique la fecha y el lugar. .

¿Le habían sometido antes a una evaluación por pérdida de memoria?

\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Sí

En caso afirmativo, indique la fecha y el lugar. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Historial familiar**

Indique qué miembros de su familia han padecido alguna de las siguientes patologías médicas (indique la relación que tienen con usted, no sus nombres).

**Patología**

**Familiar o familiares**

hermano mayor

Enfermedad de Alzheimer  
o demencia

\_\_\_\_\_

Enfermedad de Parkinson

\_\_\_\_\_

Depresión

hermano mayor

Ataque apopléjico

\_\_\_\_\_

hermano mayor

Enfermedad cardíaca \_\_\_\_\_

Síndrome de Down \_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_

**Hábitos de salud**

Si el paciente fue fumador(a), ¿cuántos paquetes fumaba al día y por cuántos años? \_\_\_\_\_

Si el paciente ya no fuma, ¿cuándo dejó de hacerlo?

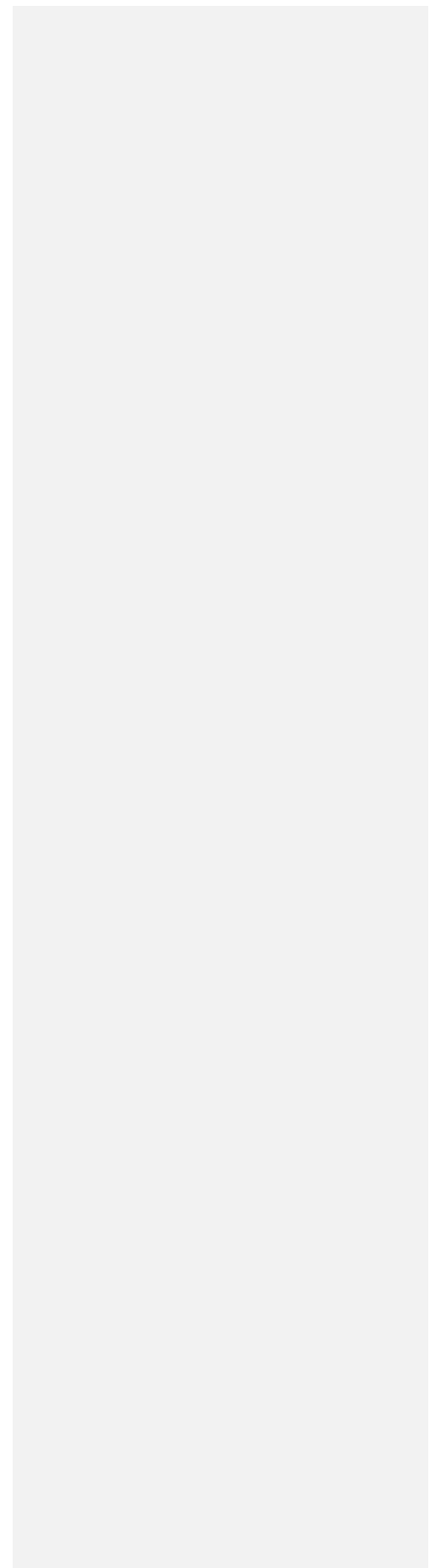
¿El paciente ingiere bebidas alcohólicas casi todos los días?

\_\_\_\_\_ No  Sí

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuántos tragos diarios, habitualmente? (un trago es una cerveza, 6 onzas de vino o dos

onzas de licor fuerte) martini en la tarde

\_\_\_\_\_



**Historial de medicamentos**

Indique todos los medicamentos de **prescripción médica** que actualmente toma el paciente.

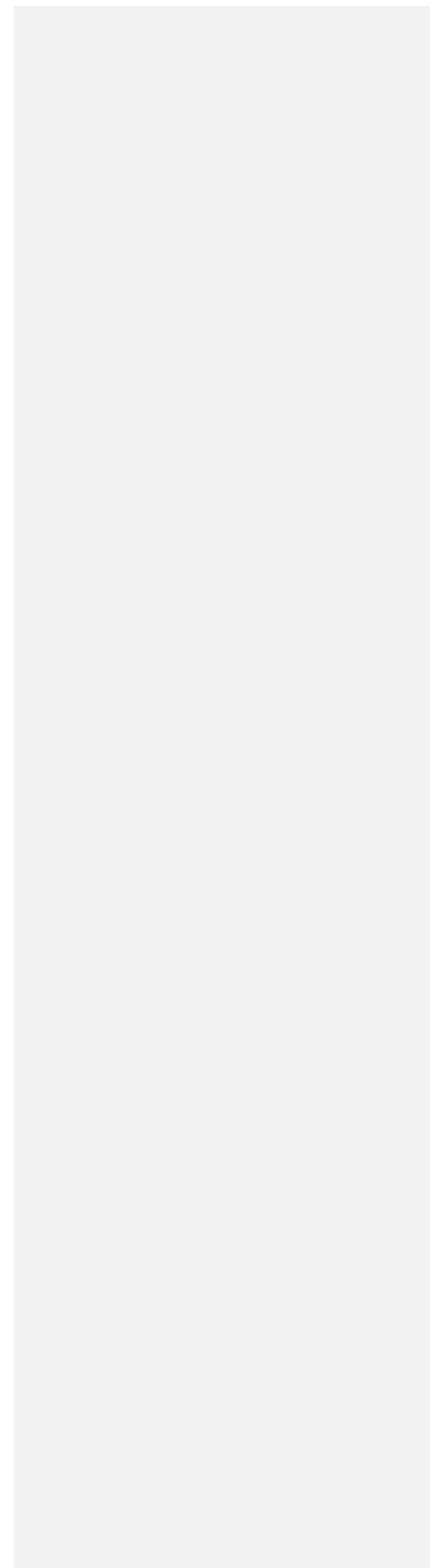
**Nombre del medicamento**      **Concentración y veces al día**

*Vasotec*                      *5 mg una*  
*vez al día*

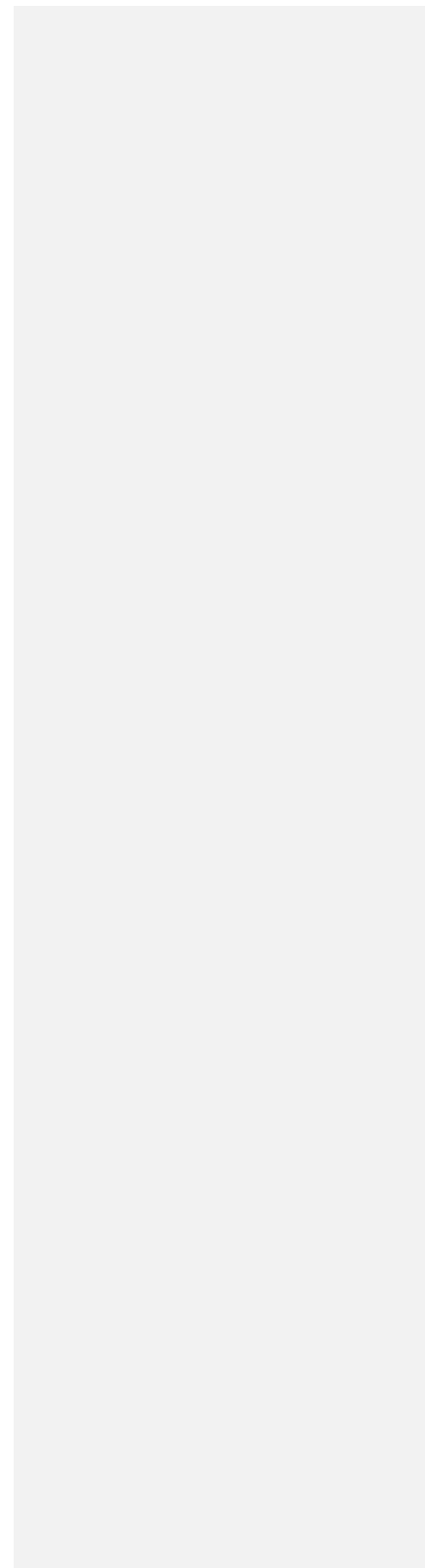
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Indique todos los medicamentos **de venta libre** que el paciente actualmente toma al menos una vez por semana.

**Nombre del medicamento**      **Concentración y veces al día**



<i>Bufferin</i>	<i>2 ó 3</i>
<i>Vitaminas</i>	<i>varias</i>
<i>Hierba de</i>	<i>una vez al</i>
<i>San Juan</i>	<i>día</i>



**Revisión  
de sistemas**

¿El paciente se ha visto afectado por alguno de los siguientes problemas durante los últimos años? Describa brevemente cualquier problema e indique las fechas aproximadas en que se produjeron. Si necesita más espacio, escriba en el reverso de la hoja. Si no ha sufrido el problema, deje el espacio en blanco.

<b>Problema</b>	<b>Descripción, fecha(s)</b>
Cambio de personalidad	_____
Problemas para hablar, encontrar palabras	_____
Debilidad en un lado	_____
Juicio deficiente	_____
Episodios de confusión severa	_____
Pérdida de la alerta, no puede despertar	_____
Crear algo que obviamente no es verdad	_____
Llora, se enoja sin razón	_____
	<i><u>a veces no me</u></i>
Pérdida auditiva o de la visión	<i><u>entiende</u></i>

Problemas a los dientes, encías  
Lesión producto de una caída

*se cayó y se  
fracturó las  
costillas el  
verano*

*pasado*

Problemas de equilibrio o  
para caminar

\_\_\_\_\_

Ronquido fuerte, jadea para  
respirar mientras duerme

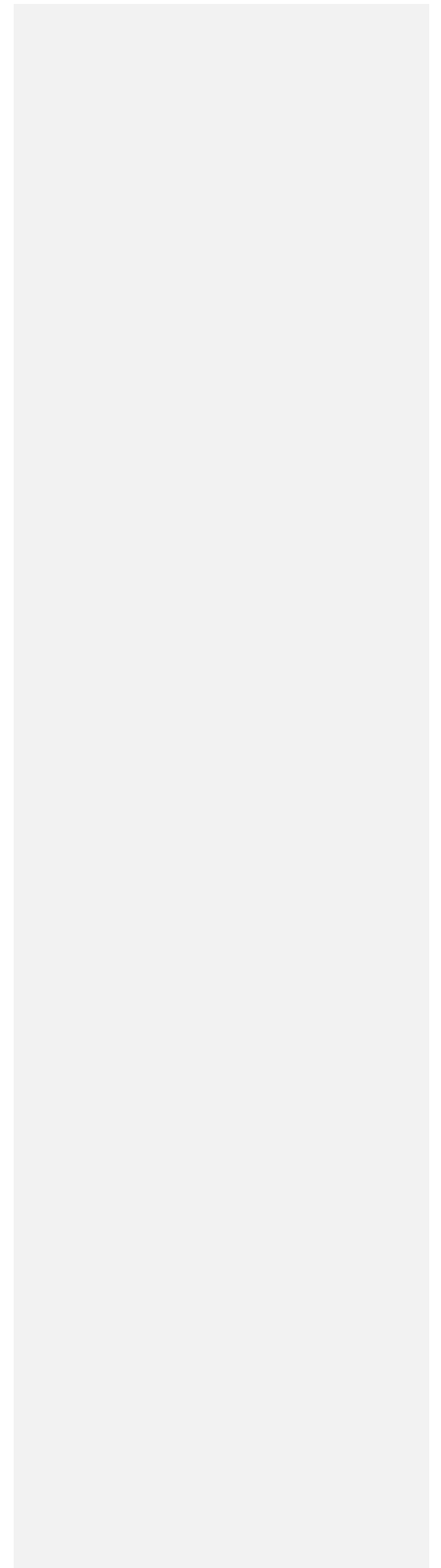
\_\_\_\_\_

Falta de aire

\_\_\_\_\_

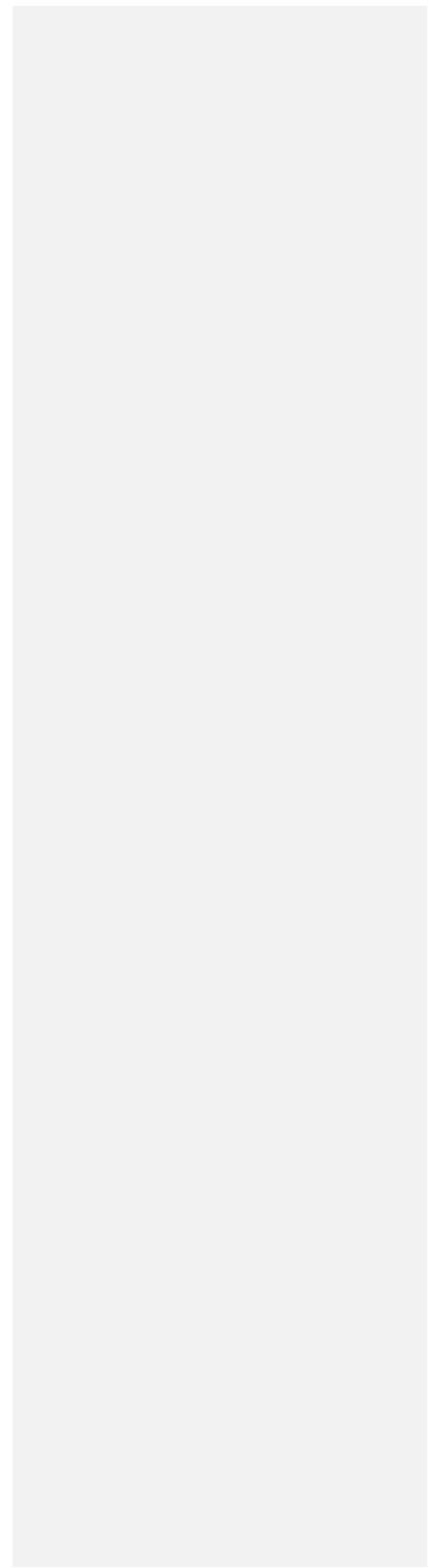
Tos crónica

\_\_\_\_\_





- Cambio en los hábitos de evacuación \_\_\_\_\_
  
- Sangrado del recto \_\_\_\_\_
  
- Aumento o disminución de interés en el sexo \_\_\_\_\_
  
- Problemas de micción, incontinencia \_\_\_\_\_
  
- Dolor de huesos o articulaciones \_\_\_\_\_
  
- Movimiento limitado de brazos, piernas \_\_\_\_\_
  
- Manchas en la piel que sangran o aumentan de tamaño \_\_\_\_\_
  
- Sequedad o sudación inusual de la piel \_\_\_\_\_



Cambios de apetito \_\_\_\_\_

Sed inusual \_\_\_\_\_

Fatiga extrema \_\_\_\_\_

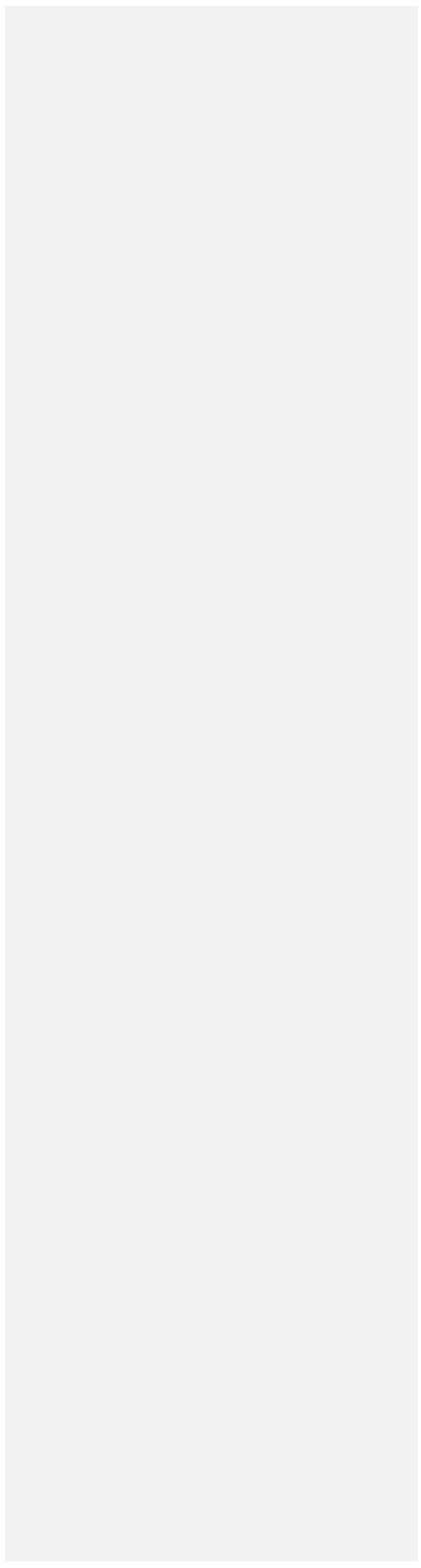
Cambio en los hábitos de sueño \_\_\_\_\_

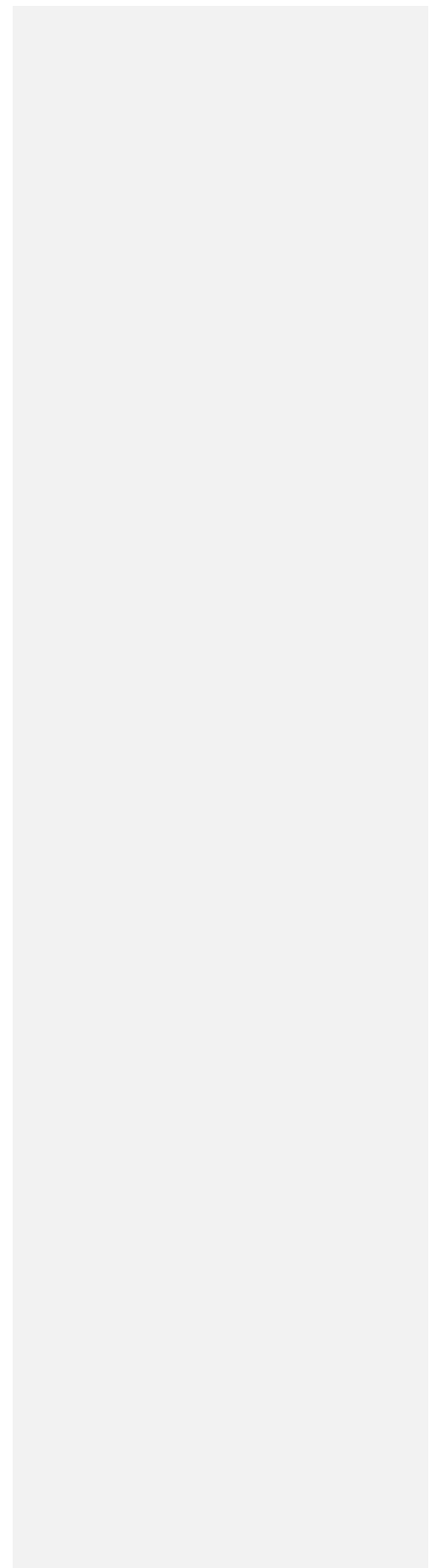
Pérdida o aumento de peso \_\_\_\_\_

No puede preparar comidas  
ni comerlas \_\_\_\_\_

**Cuando haya completado el formulario, entréguelo a: \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_





# Evaluación de la pérdida de memoria: visita inicial

Señora Smith

(Nombre)

Fecha: \_\_\_\_\_  
Edad: 73

**Inf. Fam.: Beh**  
3=incapaz; 0=capaz

talonario de cheques	3
impuestos	3
compras	2
juegos	0
cocina	1
prep. comidas	1
eventos	0
TV, libros	0
citas	0
viajes	1
<b>puntuación</b>	<b>11</b>

**Historial médico anterior**  
seleccionar lo que corresponda

Hipertensión	<input checked="" type="checkbox"/>
EAC	<input type="checkbox"/>
Tiroides	<input type="checkbox"/>
Colesterol	<input type="checkbox"/>
ACV	<input type="checkbox"/>
Neuropatía	<input type="checkbox"/>
vasc. perif.	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>
Herida en la cabeza	<input type="checkbox"/>
Parkinson	<input type="checkbox"/>
Alcohol	<input checked="" type="checkbox"/>
Depresión	<input checked="" type="checkbox"/>
Enf. venérea	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>
Drogadicción	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>
iICH	<input type="checkbox"/>
Meningitis	<input type="checkbox"/>
Oído, visión	<input type="checkbox"/>
Def. vitamínica.	<input type="checkbox"/>

**Historial familiar**

Demencia	<input checked="" type="checkbox"/>
Parkinson	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>
Ataque apopléjico	<input checked="" type="checkbox"/>
EAC	<input type="checkbox"/>
S. de Down	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>

**Historia del problema de la memoria**

*Aparición > Hace 4 años la hija notó que la madre presentaba problemas luego de la muerte de su esposo; hasta ese momento, la madre era quien administraba las finanzas. Decaimiento gradual, sin "escalonamientos".*

*Recientemente ha tenido problemas para manejar los medicamentos, realizar compras (incapaz de obtener los artículos necesarios) y conducir vehículos*

**Actual historial médico**

**Revisión de sistemas**  
Encierre en un círculo lo que corresponda

personalidad	
habla	
debilidad	
juicio	
confusión	
alerta	
delirios	
alucinaciones	
emoción	
afección sensorial	<input checked="" type="checkbox"/>
boca	<input checked="" type="checkbox"/>
caída, herida	<input checked="" type="checkbox"/>
equilibrio	
ronquidos	
falta de aire	
tos	
malestar	
intestinal	
hematoquecia	
disfunción sexual	
incontinencia	
dolor articular	
extremidades	
piel	
apetito	
sed	
fatiga	
sueño	
cambio de peso	
comida	

**Educación**  
12 años

**Empleo**  
Servicio de comidas

metales  
terapia electroconvulsiva  
boxeador

**Hábitos de salud:**

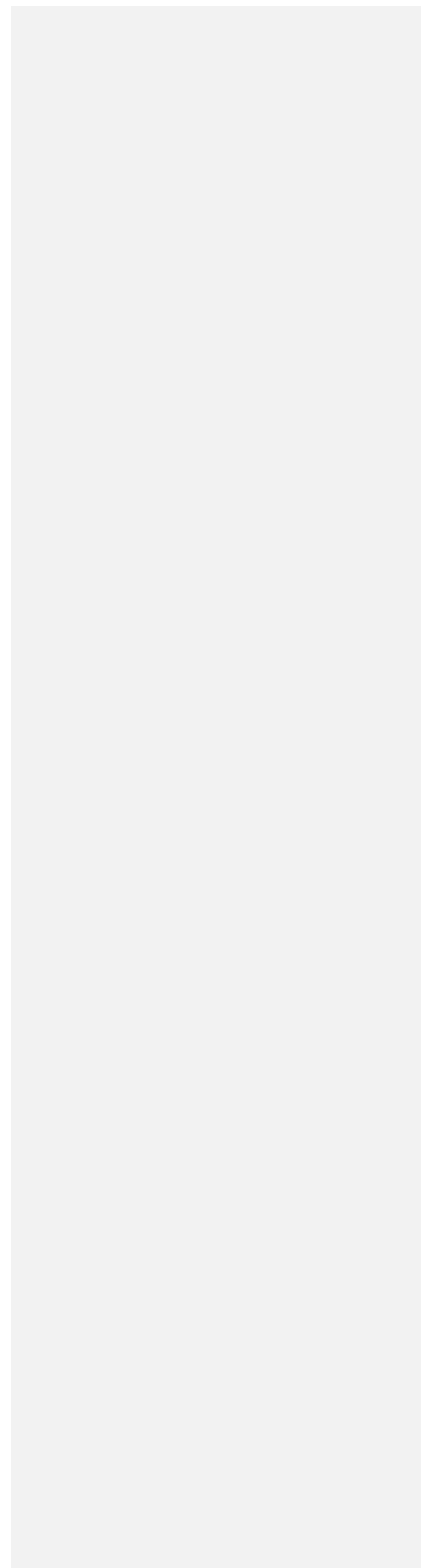
**Tobaco**  
0 paquetes - años

**Alcohol**  
1-2 /día

Signos vitales		Presión <u>180/76</u>	Pulso <u>76</u>	Temperatura <u>98</u>	Peso <u>120</u> libras	Estatura <u>65</u> pulgadas	
<b>Ojos</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Párpados y conjuntiva normales	Marcha con <b>esclerosis múltiple</b>		<input type="checkbox"/> Postura y marcha normales			
Pupilas	<input checked="" type="checkbox"/> Pupilas simétricas y reactivas	Uñas		<input type="checkbox"/> Sin dedos en palillo de tambor ni cianosis			
Fondo	<input checked="" type="checkbox"/> Elementos positivos y discos normales	Marque si es normal o encierre en un círculo, si es anormal					
<b>Oídos, nariz y garganta:</b> externos	<input type="checkbox"/> Sin cicatrices, lesiones ni protuberancias	Bravo derecho	<input checked="" type="checkbox"/>	Margen de movimiento	Fuerza	Tono	
Otoscópio	<input checked="" type="checkbox"/> Canales y membranas del tímpano normales	Bravo izquierdo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Anormales	
Audición	<input type="checkbox"/> Normal a <u>Problemas para conversar y ver</u>	Pierna derecha	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Intranasal	<input checked="" type="checkbox"/> Turbinado, tabique y mucosa normales	Pierna izquierda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Oral anterior	<input checked="" type="checkbox"/> Encías, dientes y labios normales	Columna vertebral	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Orofaringe	<input checked="" type="checkbox"/> Faringe, paladar y lengua normales	Piel	<input checked="" type="checkbox"/>	Normal a la inspección y palpación			
Palpación del <b>cuello</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Simétrico y sin protuberancias	<b>Neurológico</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	Alerta y atención normales			
Tiroides	<input checked="" type="checkbox"/> Sin agrandamiento ni sensibilidad	Nervios craneales	<input checked="" type="checkbox"/>	Sin gran déficit			
Esfuerzo <b>respiratorio</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Normal sin retracciones	Coordinación	<input checked="" type="checkbox"/>	Movimiento alterno rápido normal			
Percusión torácica	<input checked="" type="checkbox"/> Sin matidez ni hiperresonancia	Reflejos tendinosos profundos	<input checked="" type="checkbox"/>	Simétricos, __ (escala: 0-4+)			
Palpación torácica	<input checked="" type="checkbox"/> Sin frémito	Sensación	<input checked="" type="checkbox"/>	Propiocepción y tacto normales <b>MMSE</b>			
Auscultación	<input checked="" type="checkbox"/> Sonidos respiratorios bilaterales normales sin estertores	Orientación <b>siquiátrica</b>	<input type="checkbox"/>	Normal al día, mes, año, hora, ubicación <u>7/10</u>			
Palpitación <b>cardíaca</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Ubicación y tamaño normales	Registro	<input type="checkbox"/>	Registrar 3 elementos <u>3/3</u>			
Auscultación <b>cardíaca</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Sin soplo cardíaco, galope ni frote	Atención y cálculo	<input type="checkbox"/>	Realizar restas en serie, deletrear la palabra "mundo" al revés <u>1/5</u>			
Carótidas	<input checked="" type="checkbox"/> Intensidad normal sin ruido	Remembranza	<input type="checkbox"/>	Recordar 3 elementos <u>1/3</u>			
Pulso pedio	<input checked="" type="checkbox"/> Pulso tibial posterior y pedio normales	Lenguaje	<input type="checkbox"/>	Nombrar, repetir, comprender, leer, escribir normalmente <u>8/8</u>			
<b>Pechos</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Inspección y palpación normales	Visuoespacial	<input type="checkbox"/>	Copiar diseño, reloj <u>1/1</u>			
<b>Abdomen</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Sin protuberancias ni sensibilidad	Conocimiento	<input type="checkbox"/>	Presidentes, ex presidentes total <u>21/30</u>			
Hígado y bazo	<input checked="" type="checkbox"/> No se palpa ni el hígado ni el bazo	Estado de ánimo	<input type="checkbox"/>	GDS normal <u>6/15</u>			
Hernia	<input type="checkbox"/> No se detectan hernias	Habla	<input type="checkbox"/>	Volumen y velocidad normales			
Ano y recto	<input type="checkbox"/> Sin anomalías ni protuberancias	Continuidad de ideas	<input checked="" type="checkbox"/>	Lógico, coherente			
<b>Genitourinario masculino</b>	<input type="checkbox"/> Normal a la inspección y palpación	Psicosis	<input checked="" type="checkbox"/>	Sin alucinaciones ni falsas ilusiones			
Próstata	<input type="checkbox"/> Tamaño normal sin nodularidad	Juicio	<input checked="" type="checkbox"/>	Normal			
<b>Genitourinario femenino</b>	<input type="checkbox"/> Genitales externos normales sin lesiones	Comportamiento	<input checked="" type="checkbox"/>	Cooperador, adecuado			
Inspección interna	<input type="checkbox"/> Vejiga, uretra y vagina normales	<b>Hachinski</b>	sumar 1ª columna x 2; sumar 2ª columna; total columnas				
Cuello del útero	<input type="checkbox"/> Apariencia normal sin secreciones	Inicio repentino	<input type="checkbox"/>	Escalonado <input type="checkbox"/>			
Útero	<input type="checkbox"/> Tamaño y posición normales sin sensibilidad	Hist. ataque apopléjico	<input type="checkbox"/>	Somático <input type="checkbox"/>			
Anexos	<input type="checkbox"/> Sin protuberancias ni sensibilidad	Signos focales	<input type="checkbox"/>	Emoción <input type="checkbox"/>			
<b>Vasos linfáticos</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Cuello y axilas normales	"Síntomas"	<input type="checkbox"/>	Hipertensión <input type="checkbox"/>			
Otros vasos linfáticos	<input checked="" type="checkbox"/>	sumar x2:	<u>0</u>	suma:	<u>1</u>	total:	<u>1</u>

Descripción adicional de hallazgos positivos:

*leveemente disfórico*



**Evaluación del diagnóstico preliminar** (nivel del trastorno, patologías comórbidas, elementos potencialmente tratables)

*trastorno cognitivo moderado*  
*no se presentan causas tratables*  
*perfil compatible con demencia degenerativa primaria*  
*Hipertensión: control deficiente*

**Recomendaciones:**

*Evaluar patologías tratables Repetir controles de presión  
sanguínea durante las dos semanas siguientes.*

Exámenes de laboratorio:

- Electrolitos
- Carcinoma
- Hormona estimulante de la tiroides
- Sífilis, reacciones serológicas
- B<sub>12</sub>
- Imagenología (tipo, historial) \_\_\_\_\_

Cambios de la medicación *Acido acetilsalicílico*

*al alta: Tylenol*

- Referencias
- Información
  - Imagenología cerebral en la pérdida de memoria
  - Especialistas en pérdida de memoria
  - Tratamientos para el Alzheimer
  - Prevención de ataques apopléjicos
  - Informe familiar: Problemas relacionados con el cuidado



## Evaluación de la pérdida de memoria:

primera visita de control

Señora Smith

(Nombre)

<b>Problemas relacionados con el cuidado</b> Cuidador: _____	<b>Índice de riesgo potencial:</b> <i>No existen nuevos problemas. Se puso nerviosa durante la TAC de la cabeza</i> <i>Tal vez no esté tomando su dosis de Vasotec (la última caja duró dos veces más de lo que debería)</i> <i>La hija trabaja fuera de casa; hijos crecidos y residentes en la localidad</i> <i>Sin estrés financiero</i> <i>La hija se preocupa con las reiteraciones de la madre</i>
<b>Recursos del cuidador:</b> 1=óptimo, 4=pésimo	
1. Tiempo <u>4</u>	
2. Destreza <u>2</u>	
3. Ayuda <u>1</u>	
4. Confianza <u>1</u>	
5. Dinero <u>1</u>	
6. Salud <u>1</u>	
<b>Factores estresantes para el cuidador:</b>	
7. Actividades instrumentales de la vida diaria <u>4</u>	
8. Actividades básicas de la vida diaria <u>1</u>	
9. Cognitivos <u>4</u>	
10. Vergüenza <u>4</u>	
<b>Información:</b>	
11. Instrucción preliminar <u>S/N</u>	
12. Conducción <u>S/N</u>	

- Information:**
- Conducción y pérdida de memoria
  - Cómo convivir con la enfermedad de Alzheimer
  - Instrucciones preliminares en la pérdida de memoria
  - La comunicación y la enfermedad de Alzheimer
  - Communication and AD
  - Listado de recursos locales

## **Caso 2**

El caso de la señora Gold corresponde a un ejemplo de los resultados del empleo de un proceso organizado de evaluación para un problema de diagnóstico diferencial. Este caso se puede emplear para analizar el diagnóstico diferencial y el manejo de una alteración compleja de la memoria en un paciente que no padece la enfermedad de Alzheimer.

## Informe familiar: historial médico (*extracto*)

### **Historial**

Indique todos los medicamentos de **prescripción médica** que actualmente toma el paciente.

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Concentración y veces al día</b>
<i>Glucotrol</i>	<i>2 x 10 mg</i>
<i>Indur</i>	<i>30 mg</i>
<i>Prozac</i>	<i>20 mg</i>
<i>Synthroid</i>	<i>100 mg</i>
<i>Prilosec</i>	<i>20 mg</i>
<i>Cozaar</i>	<i>50 mg</i>
<i>Cordarone</i>	<i>2 x 200 mg</i>
<i>Lasix</i>	<i>20 mg</i>

## Informe familiar: historial médico (*extracto*)

<i>Lanoxin</i>	<i>Día por medio</i>
<i>Glurophage</i>	<i>2 x 500 mg</i>
<i>Rezulin</i>	<i>600 mg</i>
<i>Lipitor</i>	<i>40 mg</i>
<i>Lopressor</i>	<i>40 mg</i>
<i>Coumadin</i>	<i>2 x 20 mg 1</i> <i>día, 1 al día</i> <i>siguiente</i>

## Informe familiar: historial médico (*extracto*)

<i>Darvocet</i>	<i>4 x 100 mg</i> <i>(según se requiera)</i>

Indique todos los medicamentos **de venta libre** que el paciente actualmente toma al menos una vez por semana.

**Nombre del medicamento**      **Concentración y veces al día**

# Informe familiar: historial médico (*extracto*)

*Pomada  
oftálmica  
para la  
sequedad  
ocular*

---

---

**Evaluación de la pérdida de memoria: visita inicial**

*Señora Smith*

(Nombre)

Fecha: \_\_\_\_\_  
 Edad: 69

**Inf. Fam.: Beh**  
 3=incapaz; 0=capaz

talonario de cheques	<u>1</u>
impuestos	<u>2</u>
compras	___
juegos	___
cocina	___
prep. comidas	<u>1</u>
eventos	___
TV, libros	___
citas	<u>1</u>
viajes	<u>2</u>
puntuación	<u>7</u>

**Historial médico anterior**  
 seleccionar lo que corresponda

Hipertensión	<input checked="" type="checkbox"/>
EAC	<input checked="" type="checkbox"/>
Tiroides	<input checked="" type="checkbox"/>
Colesterol	<input checked="" type="checkbox"/>
ACV	<input checked="" type="checkbox"/>
Neuropatía vasc. perif.	<input checked="" type="checkbox"/>
Diabetes	<input checked="" type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>
Herida en la cabeza	<input type="checkbox"/>
Parkinson	<input type="checkbox"/>
Alcohol	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input checked="" type="checkbox"/>
Enf. venérea	<input type="checkbox"/>
Convulsiones	<input type="checkbox"/>
Drogadicción	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>
iICH	<input type="checkbox"/>
Meningitis	<input type="checkbox"/>
Oído, visión	<input type="checkbox"/>
Def. vitamínica.	<input type="checkbox"/>

**Historial familiar**

Demencia	<input type="checkbox"/>
Parkinson	<input type="checkbox"/>
Depresión	<input type="checkbox"/>
Ataque apopléjico	<input checked="" type="checkbox"/>
EAC	<input checked="" type="checkbox"/>
S. de Down	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>

**Historia del problema de la memoria**

*El problema de la memoria comenzó luego de una cirugía a corazón abierto, realizada en 1991. Los síntomas de pérdida de equilibrio que presentaba en ese momento revelaron que había sufrido un ataque apopléjico. Presenta un deterioro mínimo con el paso de los años.*

*El marido indica que presenta una desorientación ocasional con respecto a la hora, pérdida de memoria leve.*

*Los trastornos funcionales se deben en*

**Revisión de sistemas**

*Encierre en un círculo lo que corresponda*

personalidad

habla

debilidad

juicio

confusión

alerta

delirios

alucinaciones

emoción

afección sensorial

boca

caída, herida

equilibrio

ronquidos

falta de aire

tos

malestar

intestinal

hematoquecia

disfunción sexual

incontinencia

dolor articular

extremidades

piel

apetito

sed

fatiga

sueño

cambio de peso

comida

**Educación**  
12 años

**Empleo**  
 Servicio de comidas

metales  
 terapia electroconvulsiva  
 boxeador

**Hábitos de salud:**

**Tobaco**  
0 paquetes - años

**Alcohol**  
1-2 /día

Signos vitales		Presión <u>146/74</u>	Pulso <u>80</u>	Temperatura <u>98.2</u>	Peso <u>150</u> libras	Estatura <u>62</u> pulgadas
<b>Ojos</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Párpados y conjuntiva normales	Marcha con <b>esclerosis múltiple</b> <input type="checkbox"/> Postura y marcha normales <i>Con base ancha</i>				
Pupilas	<input checked="" type="checkbox"/> Pupilas simétricas y reactivas	<input type="checkbox"/> Sin dedos en pañillo de tambor ni tianosis				
Fondo	<input checked="" type="checkbox"/> Elementos positivos y discos normales	Marque si es normal o encierre en un círculo, si es anormal				
<b>Oídos, nariz y garganta: externos</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Sin cicatrices, lesiones ni protuberancias	Margen de movimiento	Fuerza	Tono	Anormales	
Otoscóptico	<input checked="" type="checkbox"/> Canales y membranas del tímpano normales	Brazo derecho <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Fuerza</i>	
Audición	<input checked="" type="checkbox"/> Normal a <u>conversación</u>	Brazo izquierdo <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Intranasal	<input type="checkbox"/> Turbinado, tabique y mucosa normales	Pierna derecha <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Oral anterior	<input checked="" type="checkbox"/> Encías, dientes y labios normales	Pierna izquierda <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Orofaringe	<input checked="" type="checkbox"/> Faringe, paladar y lengua normales	Columna vertebral <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Palpación del cuello	<input checked="" type="checkbox"/> Simétrico y sin protuberancias	Piel <input checked="" type="checkbox"/> Normal a la inspección y palpación	<b>Neurológico</b> <input checked="" type="checkbox"/> Alerta y atención normales			
Tiroides	<input checked="" type="checkbox"/> Sin agrandamiento ni sensibilidad	Nervios craneales <input checked="" type="checkbox"/> Sin gran déficit	Coordinación <input type="checkbox"/> Movimiento alterno rápido normal			
Esfuerzo respiratorio	<input checked="" type="checkbox"/> Normal sin retracciones	Reflejos tendinosos profundos <input checked="" type="checkbox"/> Simétricos (escala: 0-4+) <i>0.1</i>	Sensación <input checked="" type="checkbox"/> Propiocepción y tacto normales <b>MMSE</b>			
Percusión torácica	<input checked="" type="checkbox"/> Sin matidez ni hiperresonancia	Orientación <b>siquiátrica</b> <input checked="" type="checkbox"/> Normal al día, mes, año, hora, ubicación <u>8/10</u>	Registro <input checked="" type="checkbox"/> Registrar 3 elementos <u>3/3</u>			
Palpación torácica	<input checked="" type="checkbox"/> Sin frémito	Atención y cálculo <input type="checkbox"/> Realizar restas en serie, deletrear la palabra "mundo" al revés <u>1/5</u>	Remembranza <input type="checkbox"/> Recordar 3 elementos <u>3/3</u>			
Auscultación	<input checked="" type="checkbox"/> Sonidos respiratorios bilaterales normales sin estertores	Lenguaje <input checked="" type="checkbox"/> Nombrar, repetir, comprender, leer, escribir normalmente <u>8/8</u>	Visuoespacial <input type="checkbox"/> Copiar diseño, reloj <u>1/1</u>			
Palpitación cardíaca	<input checked="" type="checkbox"/> Ubicación y tamaño normales <i>irregular</i>	Conocimiento <input checked="" type="checkbox"/> Presidentes, ex presidentes <u>total 24/30</u>	Estado de ánimo <input type="checkbox"/> GDS normal <u>3/15</u>			
Auscultación cardíaca	<input type="checkbox"/> Sin soplo cardíaco, galope ni frote <i>11/11/11</i>	Habla <input checked="" type="checkbox"/> Volumen y velocidad normales	Continuidad de ideas <input checked="" type="checkbox"/> Lógico, coherente			
Carótidas	<input checked="" type="checkbox"/> Intensidad normal sin ruido <i>11/11/11</i>	Psicosis <input checked="" type="checkbox"/> Sin alucinaciones ni falsas ilusiones	Juicio <input checked="" type="checkbox"/> Normal			
Pulso pedio	<input type="checkbox"/> Pulso tibial posterior y pedio normales <i>11/11/11</i>	Comportamiento <input checked="" type="checkbox"/> Cooperador, adecuado	<b>Hachinski</b> sumar 1ª columna x 2; sumar 2ª columna; total columnas			
<b>Pechos</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Inspección y palpación normales <i>normal</i>	Comportamiento <input checked="" type="checkbox"/> Cooperador, adecuado	Inicio repentino <input checked="" type="checkbox"/> Escalonado <input type="checkbox"/>			
<b>Abdomen</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Sin protuberancias ni sensibilidad	Hist. ataque apopléjico <input checked="" type="checkbox"/> Somático <input checked="" type="checkbox"/>	Signos focales <input type="checkbox"/> Emoción <input checked="" type="checkbox"/>			
Hígado y bazo	<input checked="" type="checkbox"/> No se palpa ni el hígado ni el bazo	"Síntomas" <input type="checkbox"/> Hipertensión <input checked="" type="checkbox"/>	sumar x2: <u>4</u> suma: <u>3</u> total: <u>7</u>			
Hernia	<input checked="" type="checkbox"/> No se detectan hernias					
Ano y recto	<input type="checkbox"/> Sin anomalías ni protuberancias					
<b>Genitourinario masculino</b>	<input type="checkbox"/> Normal a la inspección y palpación					
Próstata	<input type="checkbox"/> Tamaño normal sin nodularidad					
<b>Genitourinario femenino</b>	<input type="checkbox"/> Genitales externos normales sin lesiones					
Inspección interna	<input type="checkbox"/> Vejiga, uretra y vagina normales					
Cuello del útero	<input type="checkbox"/> Apariencia normal sin secreciones					
Útero	<input type="checkbox"/> Tamaño y posición normales sin sensibilidad					
Anexos	<input type="checkbox"/> Sin protuberancias ni sensibilidad					
<b>Vasos linfáticos</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Cuello y axilas normales					
Otros vasos linfáticos	<input type="checkbox"/>					

Descripción adicional de hallazgos positivos:



*Marcha: Ramberg positivo, posteriormente Bien adaptada con atención*

*Rodilla: crepitaciones difusas, rígida, incómoda*

*Pies: piel brillante, sin vello*

*Espalda: margen limitado de movimiento*

*Leves déficits cognitivos al realizar cálculos y algunos detalles de orientación, memoria relativamente intacta.*

*Labilidad emocional.*

*Desacondicionamiento. Disminución del apetito y pérdida de peso.*

*Diabetes*

*Apnea del sueño*

*Hipotiroidismo*

*Historial de ACV*

*Cirugía de bypass de la arteria coronaria s/p por  
EAC; fibrilación atrial; en tratamiento con  
Coumadin.*

*Estenosis espinal*

*Enfermedad de reflujo gastroesofágico*

*Hipercolesterolemia*

**Recomendaciones:**

*Evaluación mediante exámenes de laboratorio*

*Remitida al cardiólogo para nueva evaluación de los  
medicamentos para el corazón*

*Hemoglobina C*

# *Suspende Lipitor*

- Exámenes de laboratorio:
- Electrolitos     Carcinoma     Hormona estimulante de la tiroides
- Sífilis, reacciones serológicas     B<sub>12</sub>
- Imagenología (tipo, historial) \_\_\_\_\_
- Cambios de la medicación
- Referencias
- Información     Imagenología cerebral en la pérdida de memoria
- Especialistas en pérdida de memoria
- Tratamientos para el Alzheimer
- Prevención de ataques apopléjicos
- Informe familiar: Problemas relacionados con el cuidado

**Evaluación de la pérdida de memoria:**

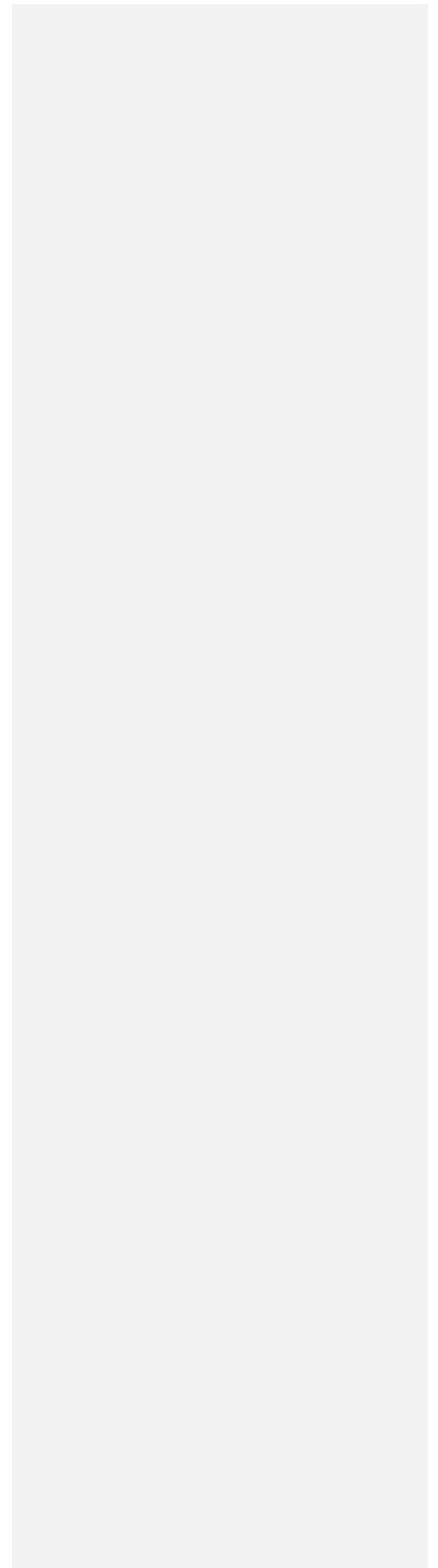
*Señora Gold*  
(Nombre)

**primera visita de control**

<p><b>Problemas relacionados con el cuidado</b> Cuidador: <u>marido</u></p> <p><b>Recursos del cuidador:</b> 1=óptimo, 4=pésimo 1. Tiempo <u>1</u> 2. Destreza <u>2</u> 3. Ayuda <u>2</u> 4. Confianza <u>4</u> 5. Dinero <u>1</u> 6. Salud <u>4</u></p> <p><b>Factores estresantes para el cuidador:</b> 7. Actividades instrumentales de la vida diaria <u>1</u> 8. A ctividades básicas de la vida diaria <u>4</u> 9. Cognitivos <u>1</u> 10. Vergüenza <u>1</u></p> <p><b>Información:</b> 11. Instrucción preliminar <u>S/N</u> 12. Conducción <u>S/N</u></p>	<p><b>Índice de riesgo potencial:</b> <i>Vio al cardiólogo; suspendió el uso de Cordarone, Imdur y Lipitor hace unos cuantos días.</i></p> <p><i>No presenta cambios en la función cognitiva en estos momentos. El apetito mejora levemente.</i></p> <p><i>El marido tiene problemas de salud; actualmente está bien pero se preocupa por el futuro.</i></p> <p><i>Tiene problemas para bañarla, a veces se cansa</i></p> <p><b>Historial adicional:</b> <b>Revisión adicional de sistemas:</b> <b>Exámenes de laboratorio, imagenología:</b> <i>Todos los exámenes normales excepto HBA</i></p>
--	--

- Information:**
- Conducción y pérdida de memoria
  - Cómo convivir con la enfermedad de Alzheimer
  - Instrucciones preliminares en la pérdida de memoria
  - La comunicación y la enfermedad de Alzheimer
  - Communication and AD
  - Listado de recursos locales

*Desea conducir; se le  
aconseja que no lo haga*



# Información clínica sobre la demencia

## Un paciente con pérdida de memoria: el proceso de diagnóstico

### Diagnóstico diferencial del trastorno cognitivo

Definición de demencia  
(*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, cuarta edición - DSM4)

Síndrome adquirido de deterioro progresivo de la capacidad intelectual general, la que interfiere con la capacidad de desempeñar funciones sociales y ocupacionales.

- Criterios para a demencia, según DSM4
- Trastorno de memoria y uno más de los siguientes: afasia, apraxia, agnosia, alteración del funcionamiento ejecutivo
  - Decaimiento significativo, funcionamiento alterado
  - Aparición gradual y deterioro continuo
  - No se debe a una afección del sistema nervioso central, patología sistémica o tóxica
  - Déficits no sólo durante el delirium
  - No se debe a otra alteración psiquiátrica

- Definición de delirium
- Disminución en la atención (meses pasados)
  - Pensamiento desorganizado
  - Dos o más episodios de deterioro de la conciencia, alucinaciones, delirios, alteración del ciclo del sueño y vigilia, mayor o menor actividad psicomotora, desorientación, trastorno de la memoria

Cómo distinguir al delirium, de la demencia

	<u>Delirium</u>	<u>Demencia</u>
Aparición	agudo	insidioso
Curso	fluctuante	estable
Alerta	bajo o alto	normal
Atención	perturbable	normal
Pensamiento	desorganizado	deteriorado
Duración	horas o días	meses o años

Clemente Zuniga 25/1/03 14:28

**Eliminado:** Menor

Clemente Zuniga 25/1/03 14:28

**Eliminado:**

Clemente Zuniga 25/1/03 14:28

**Eliminado:** o

Clemente Zuniga 25/1/03 14:29

**Eliminado:** menor

Clemente Zuniga 25/1/03 14:29

**Eliminado:** delirio

## El proceso de diagnóstico (continuación)

Cómo distinguir a la demencia de la depresión

	<u>Demencia</u>	<u>Depresión</u>
Duración	años	meses
Alteraciones cognitivas	pocas	muchas
Pérdida de habilidades sociales	tardíos	temprana
Déficits cognitivos	uniforme	variable
Respuesta parcial	indiferente	alterada
Esfuerzo	grande	pequeño

### Diagnóstico diferencial de la demencia

#### Causas probables de la Demencia

#### Aspectos importantes para la distinción de los rasgos clínicos\*

Enfermedad de Alzheimer	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Generalmente presenta una progresión lenta (años)</li> <li>● No se advierten señales motrices</li> <li>● Despierto, alerta, rápido y locuaz</li> <li>● Los contactos casuales tal vez no aprecien ninguna alteración</li> <li>● Anosognosia</li> <li>● Habitualmente presenta una buena salud física</li> </ul>
Variantes frontotemporales	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Etiologías: enfermedad de Pick, variante del Alzheimer</li> <li>● Comportamiento inadecuado</li> <li>● Desinhibición, juicio deficiente</li> <li>● Los síntomas anteriores comienzan antes del trastorno de las destrezas cognitivas o no guardan proporción con éste</li> <li>● El facultativo puede deducir un "resultado falso negativo"</li> </ul>
Demencia vascular	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Múltiples ataques apopléjicos, lesión crítica simple, múltiples lesiones de la materia blanca (enfermedad de Binswanger)</li> <li>● Son síntomas específicos la progresión escalonada, el compromiso motor prominente y una aparición repentina</li> <li>● Apatía, retardo de los procesos motores, alteración conductual desproporcionada con respecto a la pérdida de memoria</li> </ul>
Complejo demencial del Parkinson	<ul style="list-style-type: none"> <li>● La demencia generalmente sigue a un problema motor que ha durado algunos años</li> </ul>
Demencia con cuerpos de Lewy	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Demencia con síntomas extrapiramidales, fluctuaciones en la alerta, síncope, alucinaciones, sensibilidad neuroléptica</li> </ul>

\*Nota: ninguno es patognomónico



# Recomendación de exámenes

## Estudio de neuroimagenología (MRI o CT)

### Pros

- Aceptada, común, recomendada
- Muy pocas veces los resultados insospechados afectan la terapia
- La resonancia magnética identifica las pequeñas lesiones vasculares

### Contras

- Aceptada, común, recomendada
- Muy pocas veces hay resultados positivos insospechados
- Costosa
- No se ha comprobado que sea eficaz en función de los costos

## Evaluación recomendada de la demencia en laboratorio

NIH, 1987 <sup>1</sup>	Siu, 1991 <sup>2</sup>	AAGP/AA/AGS, 1997 <sup>3</sup>
Conteo hematológico completo	Conteo hematológico completo	Conteo hematológico completo
Panel de electrolitos y panel metabólico	Paneles químicos	Examen de la química sanguínea y de la función hepática
Función de la tiroides	Función de la tiroides	Hormona estimulante de la tiroides
Vitamina B12 y folato	Serocobalamina, si se indica	Vitamina B12
Exámenes de sífilis	VDRL, si se indica	Serología para la sífilis
Examen de orina	Otros exámenes, si se indica	Otros exámenes, si se indica
Electrocardiograma		
Radiografía de tórax		
VIH, si se indica		
Imagenología cerebral, si se indica	Imagenología cerebral, si se indica	Imagenología cerebral, si se indica

1. Consensus Conference: Differential diagnosis of dementing diseases. *JAMA* 1987; 258: 3411-16.
2. Siu AL. Screening for dementia and identifying its causes. *Ann Intern Med* 1991; 115: 122-32.
3. Small GW, Rabins PV, Barry PP, et al. Consensus Statement: Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorders. *JAMA* 1997; 278:1363-71

# Opciones de tratamiento

## Tratamiento medicamentoso

### Medicamentos para la enfermedad de Alzheimer

Donepezil	Dosis	Formulación	Costo (\$ = 25 al mes)	Efectos adversos y comentarios
Donepezil	5 a 10 mg	5, 10	\$\$\$\$\$	Diarrea, náuseas y vómitos
Rivastigmina	1,5 a 6 mg	1,5; 3, 4,5; 6	\$\$\$\$\$	Náuseas y vómitos graduar lentamente la dosis mejora la tolerancia
Vitamina E	1000 dos veces al día	1000	\$	Muy pocas complicaciones de sangrado Antioxidante
Selegilina*	5 mg dos veces al día	5	\$\$\$	Náuseas, mareos y dolor abdominal Inhibidor de la MAO
Gingko biloba	120 mg al día	40, 60	\$	Efectos secundarios menores Preparaciones variables
Mesilatos ergoloides*	1 mg al día	1 mg	\$\$	Efectos adversos menores

\*Nota: costo al por menor del producto genérico de menor precio: los de marca duplican el costo

#### Referencias:

**Donepezil:** Rogers SL, Farlow MR, Doody RS, et al. Experimento de 24 semanas, doble ciego, controlado con placebo realizado en pacientes internados con la enfermedad de Alzheimer, a los que se les administró donepezil. *Neurology* 1998; 50: 136-45. Se descubrió que donepezil mejora las funciones y se tolera bien con un Alzheimer leve a moderado.

**Rivastigmina:** Roslar M, Anand R, Cicin-Sain A, Gauthier S, Agid Y, Dal-Bianco P, Stahelin H, Hartman R, Marquirquis G, a nombre de B303 Exelon Study Group. La eficacia y seguridad de un experimento controlado. *BMJ* 1999; 318: 633-640.

**Vitamina E y selegilina:** Sano M, Ernesto C, Klauber MR et al. Experimento en múltiples centros, aleatorio, por dos años y doble ciego de la selegilina y alfa tocoferol en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. *N Engl J Med* 1997; 336: 1216-22.

**Gingko biloba:** LeBars PL, Katz MM, Berman N et al. Experimento aleatorio, controlado por placebo y doble ciego de un extracto de gingko biloba para la demencia. *JAMA* 1997; 278: 1327-32.

**Mesilatos ergoloides:** Olin J, Schneider L, Novit A, Luczak S. Hydergine for Dementia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 1999. Oxford: Update Software.

## Opciones de tratamiento (continuación)

### Opciones de referencias

- Proporcionar resultados de imagenología y exámenes
- Neurología
  - Familiarizado con las causas poco comunes
  - Destrezas neuropsiquiátricas variables
  - Enfoque etiológico
- Neuropsicología
  - Información detallada del desempeño cognitivo
- Psiquiatría
  - Etiología psiquiátrica primaria, problemas conductuales
- Geriatra
- Grupos de apoyo local