

ABORDATGE CLÍNIC DE LES DEMÈNCIES



Man Ray "Woman with long hair" (1929)

Escrit per:

Joan Roig Llesuy

Institut Clínic de Neurociències
Hospital Clínic de Barcelona

Una persona té demència quan, conservant una adequada atenció i capacitat d'alerta, presenta pèrdua de diverses funcions cognitives respecte del seu estat cognitiu previ, i aquesta pèrdua té repercussió en les seves activitats diàries.

Hi ha una sèrie de situacions del dia a dia que poden alertar els familiars i persones properes (veure taula 1), essent adequat aleshores acudir al metge per dos motius: el primer és que aquests símptomes que podrien ser una demència poden ser provocats per altres malalties tractables, com la depressió o l'anèmia. El segon motiu és que els tractaments actuals, sobretot en aquells casos de detecció en les fases inicials, permeten maximitzar les funcions cognitives, retardar la progressió de la malaltia i reduir al mínim els trastorns del pacient i dels cuidadors, tot permetent una millor qualitat de vida i un alentiment de la progressió clínica de la malaltia en molts dels casos.

El primer que farà el metge és valorar si les pèrdues cognitives són significatives i

SITUACIONS QUE REQUEREIXEN UNA AVALUACIÓ MÈDICA DE DEMÈNCIA:

- Persistent i progressiva pèrdua de memòria.
- Incapacitat per aprendre nova informació.
- Dificultat per realitzar tasques complexes (conduir, anar a comprar...)
- Raonament empobrit.
- Episodis de desorientació i pèrdues per llocs teòricament coneguts.
- Progressiva dificultat en la parla i en la comprensió (p.ex. dificultats per parlar per telèfon...)
- Canvis en la manera de ser (irritabilitat, agressivitat, impulsivitat...)

Taula 1. Situacions que que poden alertar sobre una possible demència

cal sospitar demència o es deuen a l'envelliment normal. La sospita diagnòstica de demència es basa en la història clínica, en l'exploració de l'estat mental del pacient i en diverses proves complementàries. Per valorar l'estat mental és molt útil el Mini Examen de l'Estat Mental (MMSE), un petit examen de trenta preguntes que avalua les funcions cognitives del pacient (orientació, memòria, atenció i càlcul, llenguatge, i funcions executives), i que dóna una xifra objectiva sobre el grau de deteriorament cognitiu del pacient, que serà útil també per a l'evolució (veure figura). Una vegada el metge confirma la sospita de demència, és essencial descartar que no sigui causada per una malaltia eficaçment tractable, que representen fins a un 10% de les causes de demència, i que afegides a una demència no reversible n'empitjoren els símptomes. Aproximadament un 3% de les demències són totalment reversibles.

Dins el grup de malalties que poden provocar demència i que tenen tractament eficaç ens trobem amb la depressió major, l'hipotiroïdisme, la hipercalcèmia, l'anèmia, el dèficit de cobalamina, el dèficit d'àcid fòlic, la insuficiència renal o hepàtica i les provocades per infeccions, per tumors o per consum de drogues, entre d'altres malalties.

El grup més freqüent de demències són aquelles per les quals no hi ha un tractament curatiu actualment, com les demències de causa neurodegenerativa, entre les que hi ha taupaties com la malaltia d'Alzheimer i la demència frontotemporal, sinucleïnopaties com la demència per cossos de Lewy i la demència de la malaltia de Parkinson, i les provocades per altres mecanismes patògens neurodegeneratius com la malaltia de Huntington, o la provocada per malalties infeccioses priòniques com la malaltia de Creutzfeldt-Jakob, entre d'altres. Un altre conjunt de demències d'aquest grup, que constitueixen la tercera causa de demència, són les demències provocades per mala irrigació sanguínia del cervell, que reben el nom de demències vasculars.

Atès l'augment de l'esperança de vida als països rics, és previsible un augment significatiu de la prevalença de demèn-

cia en els pròxims anys, d'aquí la importància de trobar nous tractaments i millorar els actuals. Si s'aconseguís retardar l'inici de la malaltia d'Alzheimer 5 anys, la prevalença de demència disminuiria un 50%.

El següent pas que fa el metge és determinar el diagnòstic del tipus concret de demència. És essencial reconstruir l'aparició cronològica dels símptomes, que sumats als resultats de l'exploració física i als de les proves complementàries permetran al metge, en l'estat de coneixement actual de la ciència, decidir amb quin tipus de demència és més compatible la malaltia del pacient. Aquest pas és important perquè determinarà l'inici del tractament més adequat, indicarà el probable pronòstic i ajudarà a decidir i preveure les cures necessàries per al pacient.

El diagnòstic definitiu de la demència més freqüent, la malaltia d'Alzheimer, necessita, a banda de les característiques clíniques típiques, que ja han estat exposades anteriorment, l'examen del teixit cerebral postmortem (veure quadre de criteris diagnòstics). El 85-90% dels pacients que tenen característiques clíniques compatibles, és a dir, aquells pacients que s'inclouen en el diagnòstic de probable Alzheimer o demència tipus Alzheimer, tenen realment Alzheimer en l'autòpsia. Aquest percentatge d'error en el diagnòstic es deu al fet que hi ha altres tipus de demència que poden presentar en alguns casos característiques clíniques similars a la malaltia d'Alzheimer. Exemples d'aquestes patologies "mimètiques" de l'Alzheimer són la malaltia de Creutzfeldt-Jakob familiar, la demència frontotemporal (incloent-hi la malaltia de Pick), la demència amb cossos de Lewy, la degeneració corticobasal, la paràlisi supranuclear progressiva i la demència vascular per infarts múltiples. Actualment, amb l'ajuda de les exploracions complementàries com la ressonància magnètica s'estan buscant nous criteris diagnòstics per a la malaltia, tot i que encara s'ha de comprovar quins superaran en efectivitat diagnòstica els criteris actuals.

CRITERIS DIAGNÒSTICS DE LA MALALTIA D'ALZHEIMER
CRITERIS "NINCDS-ADRDA" (MCKHAN ET AL., 1984)

MALALTIA DEFINITIVA

1. Es reunissin els criteris de malaltia probable
2. Proves obtingudes per biòpsia o autòpsia

MALALTIA PROBABLE

1. La demència queda establerta per qüestionaris (MMSE, Blessed,...) i proves neuropsicològiques
2. Dèficits en 2 o més àrees cognitives
3. Deteriorament progressiu de la memòria i d'altres funcions cognitives
4. No existeixen trastorns de la consciència
5. L'inici de la malaltia es troba entre els 40 i els 90 anys, sovint després dels 65 anys
6. Cap altra malaltia no explica el deteriorament del pacient

El diagnòstic és recolzat per:

- . Alteració dels patrons de conducta i incapacitat per realitzar tasques quotidianes
- . Deteriorament de funcions cognitives específiques (afàsia, apràxia, agnòsia)
- . Història familiar, sobretot amb confirmació neuropatològica
- . Resultats de laboratori: punció lumbar normal, EEG normal o inespecífic, TC mostra atròfia o TC normal per l'edat. Síntomes associats: depressió, insomni, incontinència, al·lucinacions, deliris, il·lusions, explosions verbals, físiques, emocionals

MALALTIA POSSIBLE

1. Síndrome de demència en absència d'altres malalties
2. O en presència d'una altra malaltia que no és considerada la causa de la mateixa

MALALTIA D'ALZHEIMER IMPROBABLE si

1. Inici brusca
2. Signes neurològics focals
3. Crisis epilèptiques o trastorns motors que sorgeixien primerencament en el curs de la malaltia

Taula 2. Mini Mental Test (MMSE) Extret de www.neuropsicol.org/Protocol/mmse30.pdf

fàrmacs antipsicòtics, tot vigilant de no empitjorar el parkinsonisme. L'abordatge terapèutic és similar en la demència associada al Parkinson.

La demència vascular és la tercera causa de demència més freqüent després de la malaltia d'Alzheimer i la malaltia per cossos de Lewy, i es dona en pacients amb múltiples factors de risc cardiovascular (hipertensió arterial, diabetis, hipercolesterolèmia, obesitat, antecedents d'infart...). Pel seu tractament caldrà un adequat control d'aquests factors de risc, tot evitant nous accidents vasculars cerebrals que puguin empitjorar el deteriorament.

En tots els tipus de demència poden haver-hi símptomes de depressió, ansietat i alteracions en la conducta que poden requerir tractament farmacològic amb antidepressius, antiepilèptics o antipsicòtics. Es recomana evitar els tractaments prolongats amb benzodicepines.

Els fàrmacs anticolinesteràsics, en combinació amb altres agents psicofarmacològics, han d'utilitzar-se de manera intensiva a l'inici del procés de la malaltia per ajudar a mantenir l'estat cognitiu del pacient. Els avenços en la investigació assenyalen noves direccions en la fisiopatologia i la terapèutica d'aquest important problema de salut.

TRACTAMENT DE LES DEMÈNCIES

El tractament de totes les demències és complex i està enfocat a maximitzar les funcions cognitives del pacient, oferir suport als cuidadors i evitar els danys afegits als de la pròpia malaltia. Per aconseguir aquests objectius, cal diferents estratègies, incloent fàrmacs, educació, intervencions socials i teràpies no farmacològiques. Les funcions cognitives milloraran si el pacient es manté en la mesura del possible actiu físicament, socialment i psíquicament, i si tractem les causes del deteriorament, ja sigui de manera curativa o simptomàtica. Cal evitar tractaments innecessaris, tractar les malalties concomitants i tractar les conductes inapropiades (agressivitat, pèrdua del control...) que es puguin presentar en el context del deteriorament tan bon punt es produeix.

El suport als cuidadors consisteix en oferir informació sobre la malaltia, el maneig i els recursos assistencials disponibles, reconèixer i abordar les seves preocupacions, aconsellar dies de descans i intentar que hi hagi més d'un cuidador, i atendre els seus problemes de salut. Per últim, cal evitar riscos de lesió del pacient al domicili o en el dia a dia (per exemple, conduint), i realitzar i garantir un seguiment mèdic adequat.

Anant a tractaments farmacològics per a tipus de demència concrets, el tractament farmacològic de la demència per cossos de Lewy inclou antiparkinsonians dopaminèrgics i anticolinesteràsics pel deteriorament cognitiu i les alteracions sensorceptives (al·lucinacions visuals). Quan aquestes últimes són prominents i generen conductes de risc o bé hi ha ideació delirant de perjudici, cal tractar amb



Joan Roig Llesuy és llicenciat en medicina per la Universitat de Barcelona. Actualment exerceix de metge intern resident (MIR) de 1r any al Servei de Psiquiatria de l'Institut Clínic de Neurociències, a l'Hospital Clínic de Barcelona.

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Basat en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

Nom: Home [] Dona []

Data: D. naixement: Edat:

Estudis/Professió: N. H^a:

Observacions:

ORIENTACIÓ TEMPORAL (Màx.5 punts)

En quin any estem? 0-1 En quina estació? 0-1 En quin dia (data)? 0-1 En quin mes? 0-1

En quin dia de la setmana? 0-1

ORIENTACIÓ ESPACIAL (Màx.5 punts)

En quin hospital (lloc) estem? 0-1 En quin pis(o planta, sala, servei)? 0-1 En quin poble

(ciutat)? 0-1 En quina província estem? 0-1 En quin país (o nació, autonomia)? 0-1

REGISTRE-FIXACIÓ-Record Immediat (Màx.3 punts)

Anomeni tres paraules Pesseta-Cavall-Poma (o Pilota- Bandera-Arbre) a raó d'una per segon. Després es demana al pacient que les repeteixi. Aquesta primera repetició atorga puntuació. Atorgui un punt per cada paraula correcta, però continuï dient-les fins que l'individu repeteixi les tres, fins un màxim de sis vegades

Pesseta 0-1 Cavall 0-1 Poma 0-1

(Pilota 0-1 Bandera 0-1 Arbre 0-1)

Nº de repeticions necessàries

ATENCIÓ CÀLCUL (Màx.5)

Si té 30 pessetes i me'n va donant de tres en tres, quantes li'n van quedant?

Aturi la prova després de 5 restes.

Si el subjecte no pot realitzar aquesta prova, demani-li que lletregi la paraula

MUNDO del revés.

30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1

(O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M0-1)

RECORD diferit (Màx.3 punts)

Preguntar per les tres paraules mencionades anteriorment.

Pesseta 0-1 Cavall 0-1 Poma 0-1

(Pilota 0-1 Bandera 0-1 Arbre 0-1)

LLENGUATGE (Màx.9)

DENOMINACIÓ. Mostrar-li un llapis o un bolígraf i preguntar-li ¿què és això?. Fer el mateix amb un rellotge de polsera. Llapis 0-1 Rellotge 0-1

REPETICIÓ. Demanar-li que repeteixi la frase: "ni sí, ni no, ni però" 0-1

ORDRES. Demani-li: "agafi un paper amb la mà dreta, doblegui'l per la meitat i posi'l al terra".

Agafa amb la mà d. 0-1 doblega per la meitat 0-1 posa al terra 0-1

LECTURA. Escrigui de manera clara en un paper "Tanqui els ulls". Demani-li que ho llegeixi i faci el que diu el paper 0-1

ESCRITURA. Que escrigui una frase (amb subjecte i predicat) 0-1

CÒPIA. Dibuixi 2 pentàgons intersectats i demani al subjecte que els copii igual. Per atorgar un punt han d'estar presents els 10 angles i la intersecció. 0-1

Puntuació Total (Màx.: 30 punts)

Puntuacions de referència (aproximades)

27 O MÉS: NORMAL. 24 O MENYS: SOSPITA PATOLÒGICA. 12-24: DETERIORAMENT. 9-12 : DETERIORAMENT GREU

Taula 3. Criteris diagnòstics de la malaltia d'Alzheimer (Mc Khan et al. 1984)

REFERÈNCIES

Foster, NL; *Neuropsychiatry of dementing disorders*; En: Schiffer, RB; Rao, SM; Fogel, BS; *Neuropsychiatry*; 2nd Edition; Philadelphia; Lippincott Williams & Wilkins; 2006

Bourgeois, JA; Seaman, JS; Servis, ME; *Delirium, Demencia y otros trastornos Amnésicos*; En: Hales, RE; Yudofsky, SC; *Tratado de Psiquiatria Clínica*; 4ª edición; Barcelona; Masson 2004

McKhann, G et al. *Clinical diagnosis of Alzheimer's disease; report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. Neurology*; 1984; 34: 939-944, in the public domain.