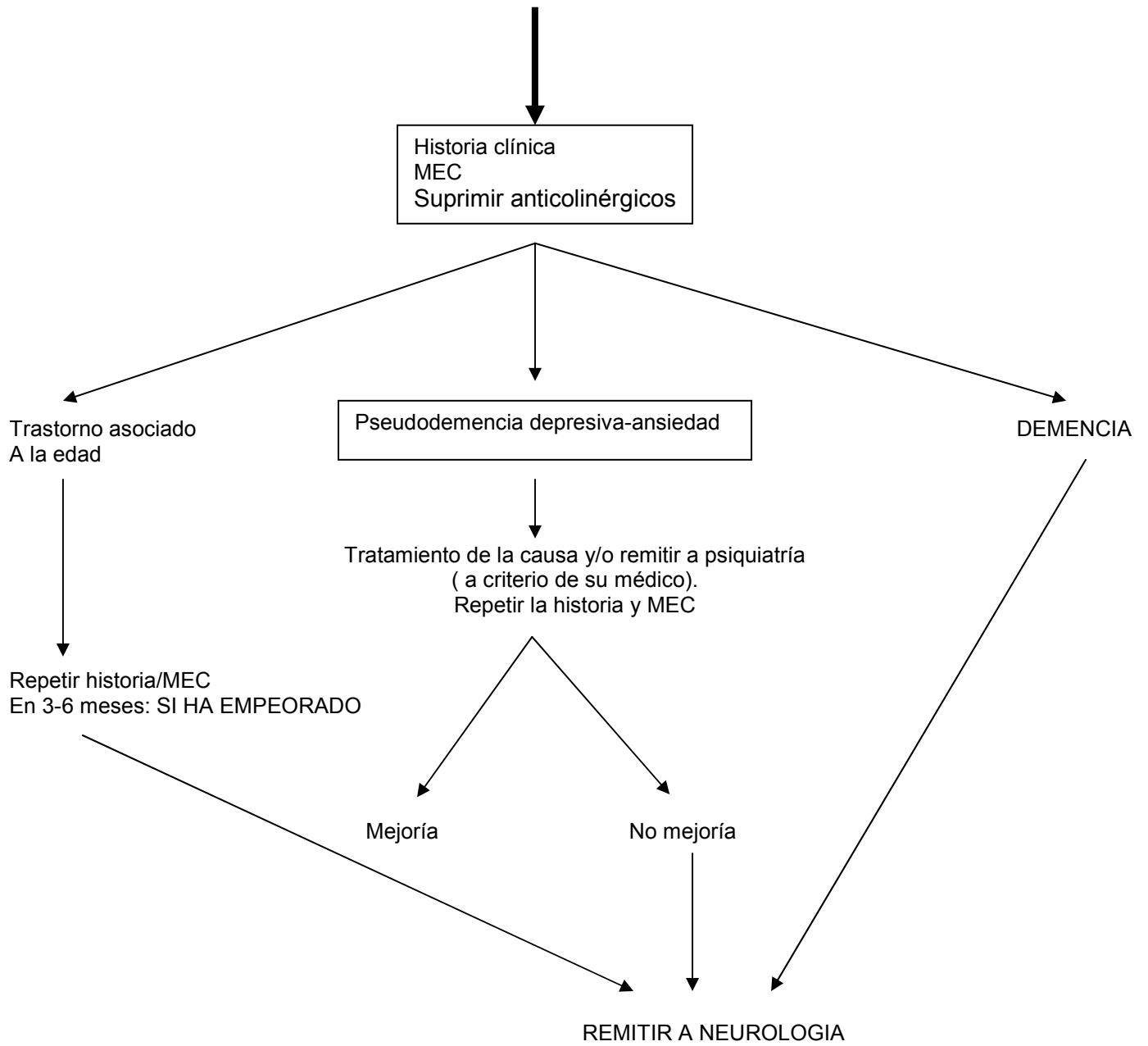


**DETERIORO DE MEMORIA QUE AFECTA A LA INTEGRACIÓN SOCIO-LABORAL DEL PACIENTE**



## TRATAMIENTO DE LA DEMENCIA

### 1-DEMENCIA CUESTIONABLE/TRASTORNO DE MEMORIA ASOCIADO A LA EDAD:

-Estimulación cognitiva (jugar a las cartas, leer, sopas de letras, labores)

-Prevención y tratamiento de los factores de riesgo vascular (HTA, Dislipemia, Diabetes, Obesidad, Tabaquismo)

-Tratamiento farmacológico:

-Suprimir todos los fármacos que produzcan efectos nocivos para la memoria: sobre todo los anticolinérgicos (siempre que se puedan suprimir). Si es posible suprimir también los fármacos sedantes (benzodiazepinas, antidepresivos con efecto sedante etc).

-Tratamiento de la pseudodemencia depresiva/ansiedad.

### 2-DEMENCIA ESTABLECIDA: ETAPAS LEVE Y MODERADA:

1-Tratamiento farmacológico:

El tratamiento con inhibidores de la Acetilcolinesterasa **lo establece el neurólogo**. Se están utilizando: Donepecilo (Aricept) , Rivastigmina (Exelon, Prometax) y Galantamina (Reminil).

Insistir en la importancia de realizar el tratamiento correctamente.

Para la demencia vascular se usan fármacos antiagregantes o anticoagulantes (en función de la causa). En el momento actual no está autorizado el uso de inhibidores de la acetilcolinesterasa en estos pacientes (aunque sí se ha demostrado su eficacia en ensayos de clase I).

2-Tratamiento no farmacológico: El mismo que en el apartado 1.

3-Tratamiento correcto de las enfermedades concomitantes

### 3-DEMENCIA GRAVE:

1-El tratamiento con antagonistas de los receptores del NMDA, la memantina (Evixa, Exura) lo establece el neurólogo.

2-Tratamiento sintomático de los trastornos de comportamiento y de los síntomas psiquiátricos.

Para los trastornos de comportamiento: agresividad, agitación, alucinaciones, psicosis etc. Se utilizan Neurolepticos.

Antes de iniciar el tratamiento con Neurolepticos hay que plantearse 3 cuestiones:

-¿Cuál es el impacto de los síntomas?.

-Los síntomas que presenta el paciente ¿son susceptibles de mejorar con neurolepticos?

-¿Hay otras enfermedades concomitantes que justifiquen el empeoramiento?

Cuando el empeoramiento se ha iniciado de forma brusca descartar la presencia de deshidratación, gastroenteritis o infecciones intercurrentes (urinaria, respiratoria). Tratando estas situaciones puede mejorar la agitación de forma considerable.

Si es necesario usarlos utilizar siempre las dosis más bajas posibles y a ser posible de forma discontinua. Iniciarlos siempre por la menor dosis y aumentar de forma muy progresiva si es necesario.

Disponemos de neurolépticos clásicos (haloperidol, tioridacina-Meleril) y de neurolépticos atípicos (risperidona-Risperdal, -Quetiapina-Seroquel). Los últimos producen menos síntomas extrapiramidales y menos sedación, por lo que se consideran de 1ª elección.

#### Dosis:

-Risperidona: 0,5-3 mg (síntomas extrapiramidales a dosis altas) Este es el único aprobado en este momento para los pacientes con demencia.

-Quetiapina: 25-100mg.

Como la vida media de estos fármacos es larga, iniciar el tratamiento con la dosis nocturna. Si es necesario se pueden dar 2-3 veces/día.

-Para el insomnio: se suele utilizar

-Clormetiazol (distraneurine): 190-270mg.

-Zolpirem 5-10 mg.

-Trazodona (Deprax100): 1/2 en cena.

-Para ansiedad: Evitar en la medida de lo posible las benzodiazepinas de vida media larga (pueden provocar sedación, empeoramiento de la memoria, agitación paradójica e incremento de las caídas). Si es necesario utilizarlos, elegir los de vida media corta:

-loracepan: 0,5-4 mg (Orfidal, Idalprem, loracepam genérico).

-buspirona: 10-50mg. (Buspar, Effipren, Narol) Se inicia con 5mg/12 horas.

3-Medidas generales y de soporte:

Nutrición adecuada

Prevención de escaras

Detección y tratamiento precoz de enfermedades intercurrentes.

Plantear Institucionalización.

## CRITERIOS PARA REMITIR AL NEURÓLOGO:

1º Pasar MEC (Ver tabla adjunta con las puntuaciones corregidas por edad y años de escolarización).

### Remitir a la consulta de Neurología

- Pacientes que presenten un MEC patológico.
- Todo paciente que considere indicado su médico.

### Remitir con carácter preferente:

- Edad menor de 60 años.
- Demencias de corta evolución (deterioro subagudo).
- Historia de incontinencia o alteraciones de la marcha de instauración subaguda.

Las demencias de larga evolución (> 36 meses) se remiten a la consulta programada.

-Insistir a la familia o al paciente de la importancia que tiene el que el paciente venga acompañado a la consulta y que traiga toda la medicación que está tomando.

-Es de gran ayuda para el neurólogo conocer la impresión del médico de familia sobre como está el paciente de memoria y sobre su comportamiento (si se le olvida acudir a las citas con su médico de familia, si olvida cumplir los tratamientos etc).

### Remitir a urgencias:

- 1-Deterioro cognitivo en semanas.
- 2-Traumatismo craneal reciente.
- 3-Signos de focalidad de aparición reciente sobre todo si hay antecedentes de:
  - Neoplasias con signos que sugieran metástasis.
  - Hemorragias o uso de anticoagulantes.

### Solicitud de exploraciones complementarias:

- Para descartar demencias tratables (13% de los casos).
  - Determinaciones habituales: hemograma, glucosa, colesterol, función hepática y renal, iones, hormona tiroidea, Lues, vitamina B12 y ac. Fólico.
  - Determinaciones adicionales: en función de la sospecha clínica: VSG, Albúmina, VIH, analítica de orina etc.
  - TAC craneal: habitualmente se realiza a todos los pacientes (excepto muy ancianos con demencia de larga duración y de evolución lentamente progresiva).