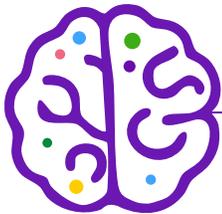


La demencia es un tipo de trastorno neurodegenerativo que produce un deterioro cognitivo persistente, interfiriendo en las actividades de la vida diaria. Es por ello que familiares y personal de salud debemos prestar atención a ciertos síntomas, a veces sutiles, y a las historias de los pacientes o acompañantes, que pueden indicar una fase temprana de demencia.



- No es sinónimo de envejecimiento.
- Aunque la edad avanzada es un factor de riesgo, la demencia también puede aparecer antes de los 60 años.
- No todos los adultos mayores presentan deterioro cognitivo.
- Es importante no subestimar las capacidades de los adultos mayores.
- El término “demencia senil” se considera obsoleto, impreciso y estigmatizante. Además, contribuye a la idea errónea de que las quejas de memoria o alteraciones cognitivas son normales debido a la edad.
- Con estilos de vida adecuados y evitando factores de riesgo modificables, es posible tener una adultez y vejez libres de enfermedad.

**SUBESTIMAR LOS SÍNTOMAS TEMPRANOS CONDUCE A UN SUBDIAGNÓSTICO FRECUENTE**

## PERLAS CLÍNICAS

### 1 Valoración integral

Según la Resolución 3280 de 2018, la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud **exige la valoración integral por curso de vida, con enfoque de género y derechos.**

Para una atención integral y humanizada, en adultos y adultos mayores se debe:

- Indagar factores de riesgo.
- Aplicar pruebas cognitivas:
  1. **MMSE (Minimental)**: cualquier profesional de la salud.
  2. **MoCA**: requiere entrenamiento, ideal médico.
  3. **Prueba del reloj**: breve, útil en atención básica.

### 2 Sospecha de demencia

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, versión 5, DSM-5, **se sospecha demencia ante un declive cognitivo significativo** en comparación con el nivel previo en uno o más dominios:

- Atención.
- Función ejecutiva.
- Memoria y aprendizaje.
- Lenguaje.
- Habilidades perceptuales-motoras.
- Cognición social.

La sospecha puede basarse en la preocupación de paciente, familiar o clínico, y debe confirmarse con pruebas neuropsicológicas o evaluación clínica.

## 3 Olvidos patológicos

En fases iniciales suelen aparecer quejas de memoria\*. No todas son normales:

- Desorientación.
- No reconocer familiares.
- Conductas o discurso repetitivo.
- No ubicar la zona o ciudad donde vive.

**Estos olvidos no corresponden al envejecimiento normal.**

\*Una queja de memoria, también llamada queja subjetiva de memoria (QSM), es la percepción de una persona sobre fallos o dificultades en su memoria.

## 4 Preguntas exploratorias

En atención primaria y en visitas domiciliarias, los profesionales de la salud y los Equipos Básicos de Salud pueden sospechar demencia haciendo las siguientes preguntas exploratorias:

- ¿Olvidos que interfieren con la vida diaria?
- ¿Dificultad para planear o resolver problemas (ej. llevar cuentas, seguir una receta)?
- ¿Dificultad para completar tareas habituales (comprar, cocinar, organizar la casa, juegos)?
- ¿Confusión en tiempo o lugar?
- ¿Problemas para comprender imágenes o relaciones espaciales (ej. conducir)?
- ¿Dificultad con el lenguaje (habla o escritura), seguir conversaciones?
- ¿Coloca objetos fuera de lugar o cree que le roban cosas?
- ¿Juicio alterado (compras compulsivas, mal uso del dinero, poca higiene)?
- ¿Aislamiento social?
- ¿Cambios en el humor o la personalidad?



**Si al menos una respuesta es afirmativa, puede haber deterioro cognitivo.**

Para ampliar la exploración clínica se recomienda aplicar una prueba breve de tamización, como el Minimental (MMSE) o la prueba del reloj.

## 5 Más allá de la memoria

La demencia no se limita a problemas de memoria. Aunque en fases iniciales suelen presentarse quejas de memoria\*, es clave distinguir entre olvidos normales y olvidos patológicos, que se acompañan de:

- Desorientación.
- Conductas o discurso repetitivo.
- Dificultad para reconocer familiares.
- No ubicar la zona o ciudad donde vive.

Estos olvidos no corresponden al envejecimiento normal y se suman a la posible afectación de otros dominios cognitivos, como:

- Razonamiento y resolución de tareas complejas.
- Habilidades visoespaciales.
- Funciones del lenguaje.
- Personalidad y comportamiento (en ciertos tipos), incluso con memoria relativamente preservada.

\*Una queja de memoria, también llamada queja subjetiva de memoria (QSM), es la percepción de una persona sobre fallos o dificultades en su memoria.

## 6 No toda demencia es por enfermedad de Alzheimer

Si bien la enfermedad de Alzheimer corresponde al 60-80% de los casos de demencia, existen otros tipos que tiene características particulares.

	Enfermedad de Alzheimer (60-80% de los casos)	Demencia vascular (10% de los casos)	Enfermedad de cuerpos de Lewy (menos del 10% de los casos)	Demencia o degeneración lobar fronto-temporal (1% de los casos)
<b>Características patológicas</b>	Atrofia cerebral, especialmente en el lóbulo temporal. Placas neuríticas de beta-amiloide.	Zonas de infarto lacunar pequeños, o micro infartos, aunque también puede presentarse con zonas de hemorragia intracerebral. Hay evidencia de aterosclerosis de los vasos cerebrales.	Atrofia cerebral, a menudo generalizada. Los cuerpos de Lewy se presentan en el neocórtex, a diferencia de la enfermedad de Parkinson (que tiene inclusiones neuronales en la sustancia negra).	Atrofia cerebral focalizada en lóbulos frontal y temporal.

<p><b>Inicio y curso</b></p>	<p>Aparición lenta y gradual durante meses o años.</p>	<p>Hay una relación entre el evento cerebrovascular agudo y la aparición de deterioro cognitivo, en un lapso de días o semanas. Tiene un curso progresivo.</p>	<p>Aparición lenta y gradual durante meses o años. Hay fluctuaciones en el nivel de alerta y cognición.</p>	<p>Aparición lenta y gradual durante meses o años.</p>
<p><b>Cuadro clínico</b></p>	<p>Pérdida de la memoria de corto plazo. Alteración de la memoria episódica acompañada de déficit cognitivos sutiles, tales como problemas visuoespaciales y anomia (dificultad para encontrar las palabras).</p>	<p>Antecedente de hipertensión o diabetes. Puede haber déficit neurológico focalizado (debilidad unilateral, hiperreflexia, signo de Babinski).</p>	<p>Alucinaciones visuales y de otros tipos. Marcados problemas visuoespaciales con relativa conservación de la memoria. Parkinsonismo, especialmente rigidez bradiquinesia (lentitud en los movimientos voluntarios.)</p>	<p>Marcados cambios del comportamiento y personalidad (desinhibición, apatía). Lenguaje variante, habla comprometida, parafasias semánticas (se sustituye una palabra por otra que está relacionada semánticamente; ej, decir "perro" en lugar de "gato"). Relativa preservación de la memoria.</p>

## 7 Demencias tratables

No todo deterioro cognitivo es neurodegenerativo.

**Algunas enfermedades pueden afectar la cognición, pero con tratamiento adecuado el deterioro puede mejorar o incluso desaparecer.**

En el diagnóstico diferencial se debe explorar la posibilidad de una "demencia tratable", es decir, deterioro cognitivo secundario a otras patologías, como:

- Uso de fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central.
- Enfermedades metabólicas (déficit de vitamina B12, enfermedad renal crónica, hipo/hipercalcemia).
- Trastornos endocrinos (hipotiroidismo).
- Cáncer (especialmente con metástasis).
- Hematomas subdurales por trauma.
- Hidrocefalia de presión normal.
- Infecciones del sistema nervioso central (ej. meningitis).



## 8

### Estudios complementarios

Los siguientes laboratorios hacen parte del diagnóstico diferencial del paciente con

Estudio paraclínico	Posible causa del deterioro cognitivo (demencia tratable)
TSH y otras pruebas de la función tiroidea (T4 libre, T3)	Hipotiroidismo
Niveles de vitamina B12 y ácido fólico	Anemia megaloblástica
Función renal: Creatinina, BUN, microalbuminuria	Enfermedad renal crónica
Función hepática: ALT, AST, GGT, Fosfatasa alcalina.	Hepatopatía crónica (ya sea alcohólica o infecciosa)
Niveles de calcio.	Hipo o hipercalcemia
Electrolitos: Sodio, Potasio, Cloro	Alteraciones hidroelectrolíticas
Prueba de VIH (solo si hay factores de riesgo)	VIH
Serología (solo si hay factores de riesgo)	Neuro sífilis

Estos laboratorios se deben complementar con estudios de imagen, como el TAC de cráneo o RMN de cerebro (esta más del alcance del especialista) con el fin de descartar patologías como: Hematoma subdural, hidrocefalia de presión normal, lesiones tumorales.

## 9

### Manifestaciones clínicas

Una persona con demencia presenta deterioro severo en varios dominios:

- **Memoria:** olvidos frecuentes, dificultad para mantener una conversación.
- **Razonamiento y tareas complejas:** problemas para manejar finanzas, desorientación en persona, lugar y tiempo.
- **Introspección:** no reconoce sus olvidos como problemáticos, no identifica familiares o entorno habitual.
- **Habilidades visoespaciales:** dificultad para ubicar objetos, problemas de reconocimiento y lectura.
- **Lenguaje:** reducción de la expresión oral, dificultad para formar oraciones o seguir instrucciones.
- **Personalidad y comportamiento:** cambios bruscos (irritabilidad, agresividad) o, por el contrario, depresión y apatía.

Este deterioro no forma parte del envejecimiento normal y debe explorarse clínicamente.

**PREGUNTAS ORIENTADORAS EN LA CLÍNICA**

A manera de orientación para la toma de decisiones, se pueden plantear las siguientes preguntas orientadoras, pensadas para los profesionales de la salud del nivel primario de atención:

Pregunta	Si	No
1. ¿Hay evidencia de un síntomas o quejas cognitivas, identificadas por el paciente o informante (familiar, cuidador)?		
2. ¿Hay evidencia de cambios en el estado mental observado por el profesional de la salud?		
3. ¿La prueba de tamización reporta déficit cognitivo?		
4. ¿Se ha descartado otros trastornos mentales que pudieran explicar el deterioro cognitivo, tales como depresión mayor, trastorno bipolar, psicosis?		
5. ¿Se ha descartado la presencia de otras enfermedades (orgánicas) que pudieran explicar el deterioro cognitivo?		
6. ¿Hay evidencia de un compromiso significativo para la realización de las actividades de la vida diaria?		

Si todas las respuestas son **sí**, el paciente tiene alta probabilidad de cursar con demencia.

**Acción recomendada:** Remitir a especialista para:

- Realizar imágenes del sistema nervioso central.
- Solicitar pruebas neuropsicológicas (más allá de tamización).
- Confirmar diagnóstico y especificar el tipo de demencia.

Para más información, escanee el código QR para conocer la Vía Clínica administrativa de demencias y otros recursos disponibles para la región.

