Curso de Especialização em Saúde da Pessoa Idosa

Curso de Especialização em Saúde da Pessoa Idosa	
Módulo 05	Síndromes Geriátricas
Unidade 01	Demências
Lição 01	Introdução

Car@ alun@,
Seja bem-vind@ à Unidade Síndromes Geriátricas Demenciais!

Nesta unidade, estudaremos as **alterações cognitivas** e as **Síndromes Demenciais**, iniciando os estudos pela abordagem do esquecimento, sua prevalência e alterações provocadas. Após, analisaremos o Comprometimento Cognitivo Leve (CCL), seus sintomas e sua avaliação clínica, além da relação com o Alzheimer. Por fim, apresentaremos as formas de demência mais comuns com foco em: características clínicas; prevalência; avaliação complementar; diagnóstico diferencial; sintomas neuropsicológicos associados e plano de cuidado.

Desejamos que você aprenda esse tema, refletindo sua aplicabilidade em sua rotina de trabalho a fim de melhorar o atendimento e o cuidado da saúde, no que diz respeito aos idosos.

Bons estudos.

O envelhecimento aumenta a prevalência das síndromes demenciais fazendo com que os profissionais da saúde, que trabalham com idosos, se deparem com uma grande demanda de pacientes em vários estágios de perda cognitiva e com as dificuldades na abordagem destes problemas.

As alterações cognitivas estritamente ligadas à demência, têm participação importante na diminuição da capacidade funcional com suas consequências mais temidas: a perda da autonomia e independência.

O impacto destas alterações na qualidade de vida do indivíduo e, principalmente, a irreversibilidade da incapacidade funcional, aumentam a necessidade de abordagem precoce. Para tanto, é necessário definir se as alterações são normais e esperadas para a faixa etária, se ocorre um comprometimento cognitivo leve ou ainda uma demência que começou a se manifestar.

Inicialmente, estabeleceremos o conceito de transtorno cognitivo leve, seus critérios diagnósticos e validade clínica e a conduta recomendada atualmente.

No segmento, veremos as formas de demência mais comuns, suas características clínicas e prevalência, avaliação complementar, diagnóstico diferencial, sintomas neuropsicológicos associados e o plano de cuidado mais adequado.

Lição 02 Esquecimento

A queixa de esquecimento é cada vez mais comum e mais precoce. Na avaliação é importante saber se a percepção do paciente em relação à memória é igual, maior ou menor que das pessoas de sua convivência em relação à dificuldade relatada. Os lapsos de memória quando são originários da falta de atenção – memória de trabalho, de um modo geral faz parte da lentificação global da cognição esperada com o avanço da idade, especialmente se não apresenta alterações na capacidade funcional.

É importante se há outras causas como: personalidade, autopercepção mais aguçada, distúrbio do humor ou do sono.

Importante

"O adulto normal esquece, lembra-se de que esqueceu e mais tarde lembra o que esqueceu. O portador de demência esquece, esquece que esqueceu e não está preocupado com isso segundos depois"

Dr. Dan Blazer – Duke University Med. Center – Durhan, NC

Alterações

Apesar do envelhecimento não afetar de forma significativa a cognição, algumas alterações podem ser percebidas:

Alterações anatômicas do SNC:

- Nas mulheres o declínio do peso cerebral é mais precoce.
- O lobo frontal parece ser a região mais acometida e de forma irregular.
- Aumento dos sulcos em detrimentos dos giros.
- Aumento do tamanho dos ventrículos cerebrais.

Alterações da memória:

- A memória do idoso declina progressivamente, mesmo quando ele goza de boas condições de saúde.
- Há lentificação do processo cognitivo.
- Esquecimento de partes do evento, não do evento em si.
- Alteração do processamento das informações (tem maior dificuldade no resgate das informações aprendidas-memória de trabalho), mas há recuperação posterior da informação inicialmente esquecida, até mesmo espontaneamente.
- Redução da memória contextual - esquece detalhes, mas não fatos e ocasião.
- O curso da alteração de memória não é progressivo.
- Redução da memória prospectiva ("lembrar-se de lembrar").

Fatores que influenciam a memória:

- Idade;
- Depressão / Ansiedade;
- Baixa escolaridade;
- Falta de estimulação intelectual;
- Falta de estimulação social / Isolamento;
- Características pessoais (sempre foi distraído);
- Deficiências sensoriais (dificultam o acesso à informação e a integração social);
- Mudanças hormonais;
- Situação de impacto físico ou emocional;
- Medicamento.

30% dos idosos em geral e 70% dos institucionalizados queixam-se da memória

Lição 03 — Comprometimento Cognitivo Leve (CCL)

Desde os anos 1960, vem sendo descrito uma forma de prejuízo de memória mais leve, não progressiva e denominada de várias formas: "esquecimento senil benigno", "demência leve", "declínio cognitivo leve".

Atualmente, o termo mais aceito é "mild cognitive impaiment" (MCI) ou comprometimento cognitivo leve (CCL) introduzido por Petersen e col. Em 1999.

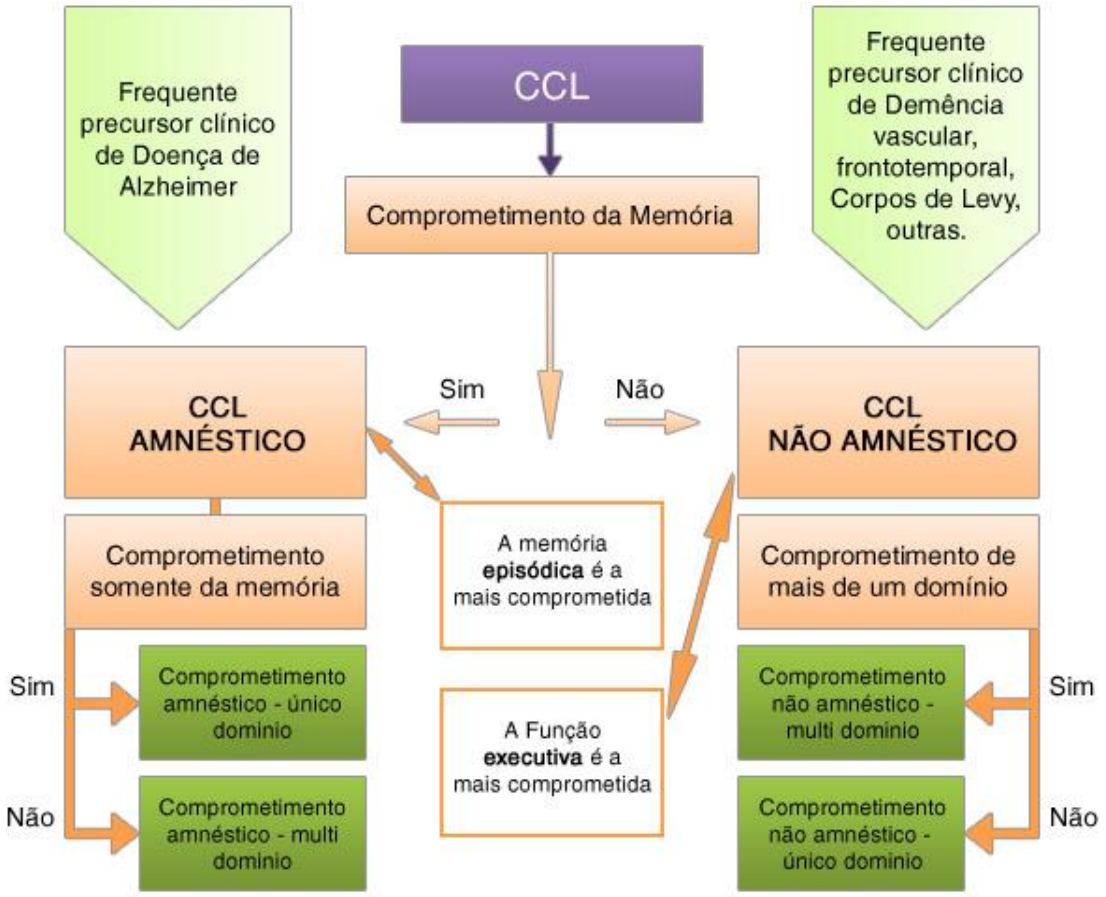
DEFINIÇÃO:

Este termo define pessoas com comprometimento cognitivo leve e consistente não necessariamente restrito a memória, apesar da diminuição da memória ser a queixa mais comum. Não há perda funcional e o desempenho nos testes psicométricos encontra-se abaixo do esperado para indivíduos da mesma faixa etária e escolaridade, mas sem preencher os critérios para o diagnóstico para demência.

PREVALÊNCIA:

O Comprometimento Cognitivo Leve apresenta prevalência em mulheres, em relação aos homens. Quanto à idade, ocorre entre 70-79 anos (10%) e entre 80-89 anos (25%).

Observe como se dá a classificação do comprometimento cognitivo leve:



Algoritmo diagnóstico para os subtipos de CCL. Adaptado de Petersen et al.

Os sintomas do CCL são vagos e incluem os seguintes sinais:

- Perda de memória;
- Perturbação da linguagem (dificuldade em encontrar palavras);
- Déficit de atenção (dificuldade em seguir ou concentrando-se em conversas);
- Deterioração nas habilidades visos-espaciais (desorientação em ambientes familiares na ausência distúrbios sensoriais que seriam responsáveis pela queixa).

Para refletir

Quanta perda de memória é necessária para ser considerado CCL?
Como sabemos que outras alterações no pensamento são envelhecimento normal ou alteração patológica inicial?

Os sintomas ainda podem cursar com os neuropsiquiátricos: distúrbios do sono, dos hábitos alimentares, apatia, disforia, irritabilidade e depressão.

Veja a seguir, quais são os critérios diagnósticos da AAN:

Critérios Diagnósticos - Associação Americana De Neurologia (AAN)
• Queixa cognitiva, geralmente de memória, de preferência confirmada por um informante - Pode haver dificuldades em outros domínios: linguagem, atenção, habilidade visuo-espacial, flexibilidade cognitiva.
• Comprometimento cognitivo abaixo da média de controles normais da mesma idade e nível de escolaridade
• Capacidade funcional preservada
• Ausência de critérios para demência
Petersen e col.,1999.

Transtornos de humor, doenças clínicas e medicamentos podem afetar a cognição de maneira a cumprir os critérios para CCL, geralmente não amnéstico. Muitos desses pacientes apresentam os resultados dos testes neuropsicológicos normais quando reavaliado após um ano.

A avaliação **clínica e complementar** abrange:

- Anamnese
  - Importante para afastar causas clínicas responsáveis pela alteração cognitiva:
    - Depressão, alteração sensorial, alterações hormonais e metabólicas, medicamento.
  - Importante para estabelecer a situação cognitiva prévia do paciente
- Exame físico: auxílio diagnóstico diferencial
- Avaliação psicométrica: não existe teste específico. Devemos usar normas padronizadas para avaliação das demências. (VER MÓDULO IV)
- Exames de Imagem e de laboratório: úteis para diagnóstico diferencial

A AVALIAÇÃO DO PACIENTE DEVE SE REPETIR NO MÍNIMO EM UM ANO

Conteúdo específico para médicos

Os critérios diagnósticos para demência frontotemporal variante de linguagem são:

- O déficit cognitivo mais proeminente é o déficit de linguagem;
- Os déficits de linguagem correspondem à principal causa para incapacidade para o trabalho ou para as atividades de vida diária;
- A afasia deve ser o sinal mais proeminente no início da demência;
- O padrão da doença não é mais bem explicado por uma doença neuropsiquiátrica, como depressão grave ou transtorno bipolar;
- Não há déficit importante na memória;
- Não há desinibição comportamental.

Quanto ao tratamento, não há estudos que evidenciem eficácia dos anticolinesterásicos nas demências frontotemporal. O tratamento se detém aos sintomas neuropsiquiátricos e depressivos, com antipsicóticos e estabilizantes de humor e antidepressivos.

Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) x Doença Alzheimer (DA)

De acordo com Petersen e Stevens(2001), os estudos de prevalência mostram taxas de conversão de CCL para DA em torno de 0 a 15% ao ano, enquanto que em indivíduos normais a evolução para DA é de 1 a 2 % por ano.

Preditores de conversão rápida de CCL para Demência

- Não se beneficia com artifícios semânticos nos testes de memória de recordação
- Sintomas comportamentais (depressão e ansiedade)
- Portador do alelo E4
- Alteração RNM:
- Atrofia de hipocampo – redução de 14% do volume
- Alteração relação miositol/creatina na espectroscopia

Plano Terapêutico

Segundo Peterson, Thomas e Grundman (2005), um estudo usando Donepezil não mostrou melhora no quadro nem retardo na conversão de CCL para demência.

Até o momento mudanças de hábitos de vida como atividade física, controle do peso, estimulação mental e engajamento social, associado ao controle de doenças, especialmente as doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e o uso de medicamentos, são as melhores condutas para o controle do CCL.

Importante

- O Comprometimento Cognitivo Leve é uma entidade clínica estabelecida
- O diagnóstico do Comprometimento Cognitivo leve é clínico
- Não há tratamento específico comprovado para Comprometimento Cognitivo Leve
- Há muitas dúvidas e perguntas sem resposta ainda

Aplicando o conhecimento

Agora que analisamos o CCL, reflita sobre o que você poderia fazer diante de um caso:

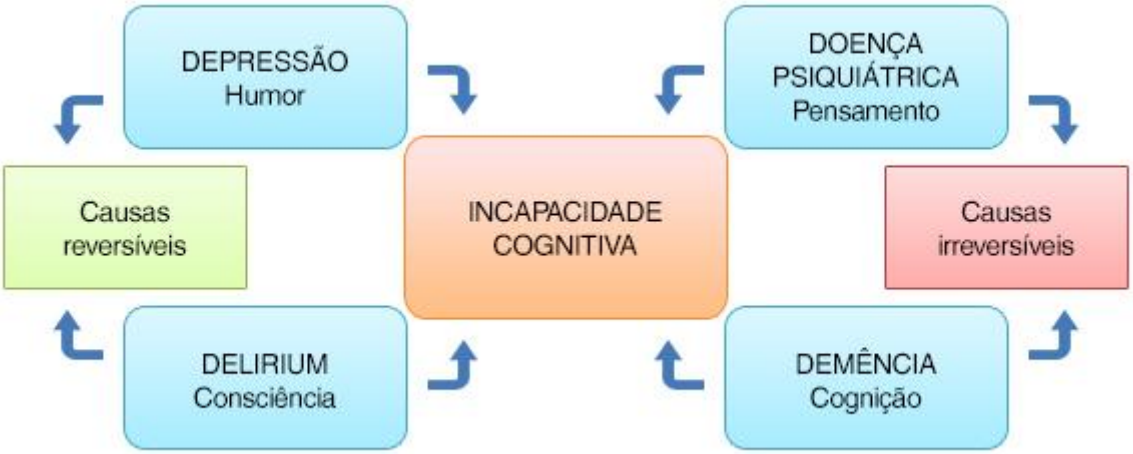
- Alertar ou treinar, se possível, o profissional de atendimento primário a reconhecer os sintomas e sinais dessa perda cognitiva incipiente, para que se possa iniciar uma avaliação diagnóstica aplicando testes psicométricos de triagem e manter acompanhamento cauteloso explicando isto de forma clara ao paciente e a sua família.

- Encaminhar o paciente para ambulatório especializado.

Qual dessas opções você adotaria?

Lição 04 Incapacidade Cognitiva

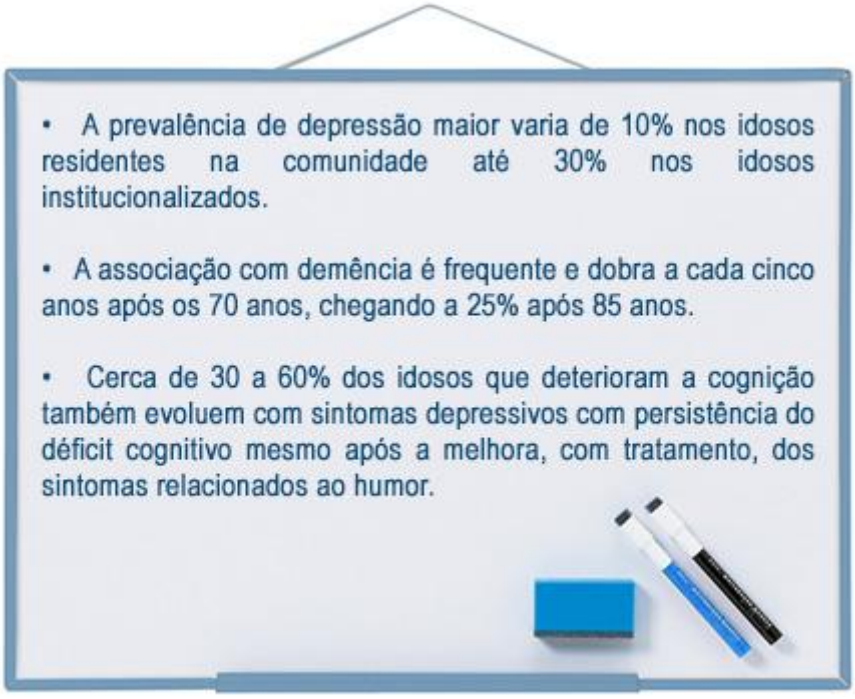
A incapacidade cognitiva implica no comprometimento das funções cerebrais, suficiente para prejudicar a capacidade funcional. Observe a representação gráfica da etiologia:



Rev,Med.MG, 2010;20(1)

Interface Demência-Depressão

Sobre a interface demência-depressão, consideramos os seguintes aspectos:



Geralmente, há sobreposição de sintomas: abulia, isolamento social, perda do interesse ou do prazer, alterações do apetite, alterações do ciclo sono/vigília, habilidade reduzida para pensar e concentrar-se.

A depressão no idoso pode ter características atípicas e pode não haver correlação entre a gravidade da depressão e o grau de dismnésia.

O diagnóstico de depressão no idoso é feito através da escala de depressão geriátrica.

A depressão pode relacionar-se com demência enquanto comorbidade, pródromo ou fator de risco.

Você sabe diferenciar Depressão e Demência?

	DEPRESSÃO	DEMÊNCIA
INÍCIO	Determinado	Indeterminado
EVOLUÇÃO	Rápida	Lenta
FASES	Melhoras/Pioras	Ausentes
HISTÓRICO	Comum	Incomum
PROCURA MÉDICA	Mais cedo	Mais tarde
ANAMNESE		
QUEIXAS	Proeminentes	Minimizadas
ÊNFASE	Fracasso	Sucesso
ESFORÇO	Ausente	Presente
HABILIDADES SOCIAIS	Perdidas	Mantidas
PIORA	Pela manhã	Sundowning

	DEPRESSÃO	DEMÊNCIA
TESTE NEUROPSICOLÓGICO		
ESFORÇO	Pouco	Muito
CRÍTICA	Presente, Exagerada	Ausente, Minimizada
PROMPTING	Ajuda muito	Ajuda pouco
QUEIXAS VERSUS RESULTADOS	Grande discrepância	Semelhantes
RESPOSTAS	"não sei"	Tentativa
DESEMPENHO	Flutuante	Sempre ruim
ENCODING AUTOMÁTICO	Preservado	Ruim
PISTAS SEMÂNTICAS	Auxiliam muito	Auxiliam pouco
ERROS FALSOS POSITIVOS	Raros	Comuns
ERROS FALSOS NEGATIVOS	Comuns	Raros
INTRUSÕES	Incomuns	Comuns

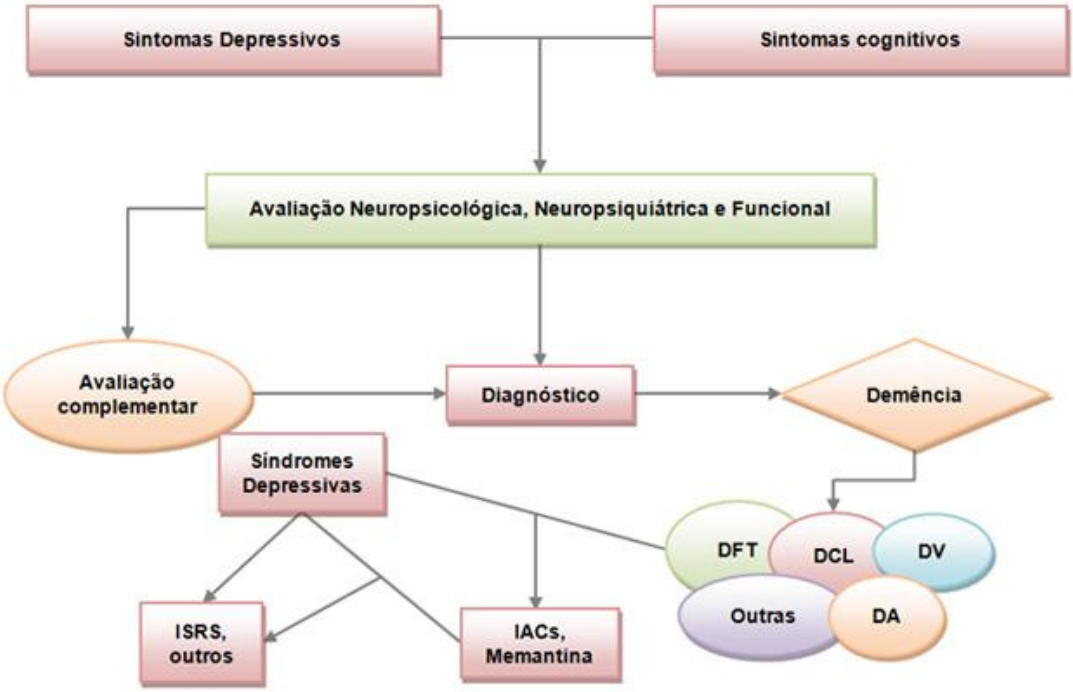
Como identificar depressão em pessoas idosas?

ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO		
Você está basicamente satisfeito com sua vida?	SIM	**NÃO**
Você se aborrece com frequência?	**SIM**	NÃO
Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	**SIM**	NÃO
Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	**SIM**	NÃO
Você sente que sua situação não tem saída?	**SIM**	NÃO
Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	**SIM**	NÃO
Você acha que sua situação é sem esperanças?	**SIM**	NÃO
Você acha maravilhoso estar vivo?	SIM	**NÃO**
Você sente que sua vida está vazia?	**SIM**	NÃO
Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	**SIM**	NÃO
Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	**SIM**	NÃO
Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	**SIM**	NÃO
Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	SIM	**NÃO**
Você se sente cheio de energia?	SIM	**NÃO**
Você se sente feliz a maior parte do tempo?	SIM	**NÃO**

Fonte: Yesavage e col. Validação: Almeida O.P. Arq. Neuropsiquiat,v.57,p.421-426, 1999.

Clique aqui para acessar:
Confiabilidade da Versão Brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS)

Observe a seguir o algoritmo diagnóstico-terapêutico para demência e depressão:



Documento de Consenso SEP-SEM, 2012.

PRINCIPAIS ALTERAÇÕES NAS INCAPACIDADES COGNITIVAS				
ALTERAÇÃO	DEMÊNCIA	DEPRESSÃO	DELIRIUM	DOENÇA MENTAL
Início	Insidioso	Intermediário/variável	Abrupto	Variável
Evolução	Lenta	Variável	Flutuante	Variável
Duração	Meses/anos	Semanas/meses	Horas/dias	Variável
Consciência	Normal	Normal	Flutuante	Pouco alterada
Orientação	Alterada progressivamente	Normal	Ruim/confuso	Normal
Atenção	Preservada	Reduzida	Muito ruim	Variável
Memória recente	Muito ruim	Moderada	Ruim	Preservada
Memória remota	Mantida	Moderada	Ruim	Preservada
Pensamento	Empobrecido	Lento	Desorganizado	Variável
Psicomotricidade	Normal por anos	Hipoativo	Hipo/hiperativo	Variável
Interesse na consulta	Muito	Pouco	Flutuante	Variável
Fala	Dificuldade para achar as palavras	Normal	Incoerente/lenta ou rápida	Normal

Lição 05 Demências

Demência é uma síndrome clínica de natureza crônica e progressiva decorrente de múltiplos déficits cognitivos.

Ela se caracteriza por:

- alterações na memória e em outros domínios cognitivos;
- alterações do comportamento.

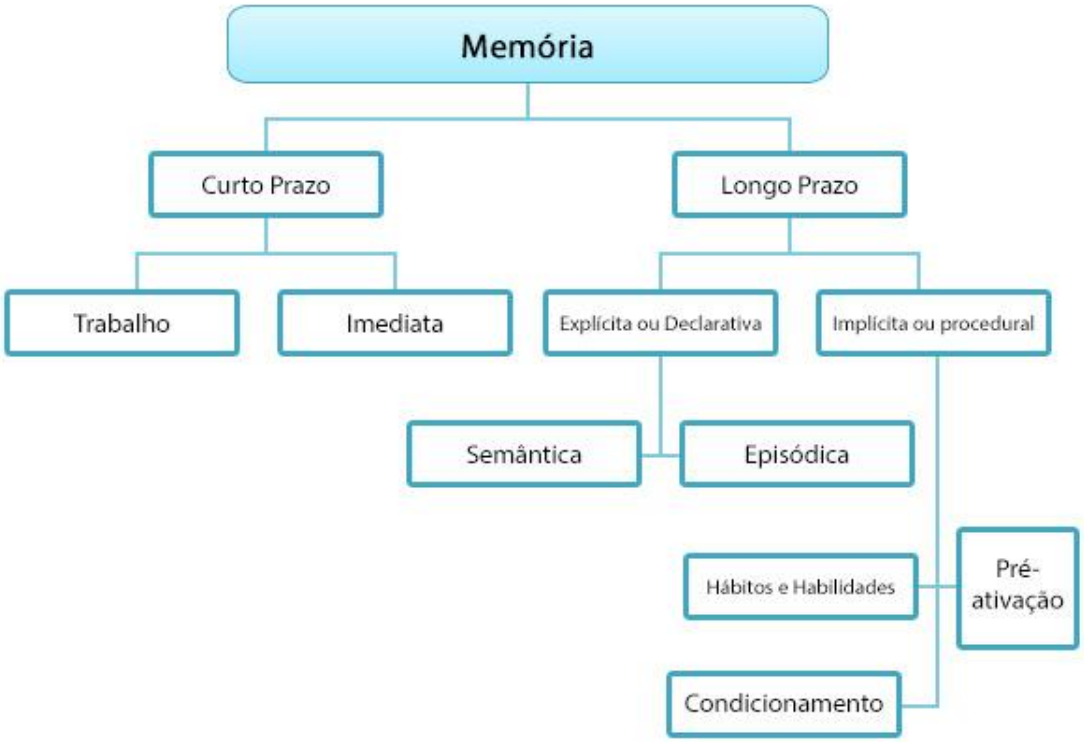
Essas alterações levam à perda funcional interferindo na vida pessoal, nas atividades sociais e no trabalho e que não são decorrentes de doença mental, depressão ou em vigência de quadro de delirium.

Você sabe o que são domínios cognitivos?

Trata-se de um conjunto de funções que permitem que o indivíduo seja capaz de praticar sua autonomia e independência, decidindo sobre seu curso e resolvendo seus problemas.

Memória:

Capacidade de codificar, armazenar e evocar informações.



Função Executiva:

Habilidade de idealização, sequenciamento, iniciação, inibição, modificação e adaptação do planejamento cognitivo, categorização, comportamento social. Memória operacional, Volição "Inteligência"

Atenção:

Modula o funcionamento de todas as outras funções, especialmente a memória e função executiva. Alteração no humor interfere de forma importante na atenção

Práxis:

Capacidade de planejar e executar atividades motoras previamente aprendidas. Na apraxia, o sistema motor e a compreensão estão intactos. Transformar a ideia em ação. Vestir-se, assobiar, capacidade de reproduzir um modelo visual, marcha.

Função Visuoespacial:

Capacidade de localização no espaço e percepção da relação dos objetos entre si – por exemplo: paciente se perde, não sabe voltar para casa. Depende da integridade dos lobos occipitais e parietais

Linguagem:

Capacidade de comunicação verbal e escrita;

- **Afasia:**
  - Dificuldade na elaboração e/ou compreensão e/ou repetição;
  - Dificuldade no processamento cognitivo.
- **Parafasias:**
  - Fonéticas: troca "gato" por "cato"
  - - Semânticas: lápis por caneta

Gnosia:

Capacidade de reconhecimento de estímulos visuais, auditivos e táteis. Capacidade sensorial, reconhecer palavra escrita e sons.

Conceitos Básicos – Memória

Memória semântica

Informações linguísticas, verbais, nomes de coisas; pouco afetado pelo envelhecimento.

Memória episódica

Capacidade de gravar eventos recentes; sensíveis ao envelhecimento.

Memória explícita

Consciência do aprendizado; não resistente ao envelhecimento.

Memória implícita

Não tem consciência do aprendizado; resistente ao envelhecimento.

Memória de procedimento

Ações automáticas, como dirigir, escovar dentes.

Processamento de informações

Codificação, armazenagem e resgate: o envelhecimento altera a codificação e o resgate - testes de resgate ou evocação livre demonstram déficit cognitivo.

Memória de curto prazo

Primária e operacional (de trabalho). Processamento atual.

Memória de longo prazo

Codificação e recuperação;

- Memória primária: manutenção passiva de poucos itens;
- Memória operacional: manutenção e processamento simultâneos, cálculos matemáticos, lembrar-se das compras do supermercado sem auxílio de lista;
- Memória episódica: eventos específicos;
- Memória semântica: conhecimento;
- Memória explícita: memorização deliberada;
- Memória implícita: memorização sem consciência;
- Memória de procedimentos: ativação automática

Memória sensorial

Breve manutenção de dados sensoriais.

Clique aqui e leia mais: A modularidade da memória e o sistema nervoso

As **alterações neurocomportamentais** podem apresentar alterações no espectro sono vigília, agitação, sonolência, apatia, agressividade verbal ou física; como variantes patológicas do estado de alerta mostrando-se como delírio, alucinação, desinibição, inadequação social, hipersexualidade, comportamentos compulsivos.

Nas demências pode haver alterações comportamentais de vários tipos, como medos de tomar banho, perambulação, não querer trocar de roupa, percepção do apetite alterada. A apatia é uma das alterações mais comuns.

Além das alterações neurocomportamentais e nos domínios cognitivos, para estabelecer critérios para demência, é necessário haver prejuízo nos outros domínios funcionais:

Humor

Fundamental para preservação da autonomia. A presença de sintomas como depressão interferem na realização das tarefas do dia a dia, comprometendo a autonomia. Na presença de sinais de rebaixamento do humor em idosos é necessário o rastreamento de depressão, segundo U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF, 2012).

Mobilidade

Fundamental para a manutenção da independência funcional, depende da marcha, da capacidade de transferência, da preservação da força muscular, equilíbrio e continência.

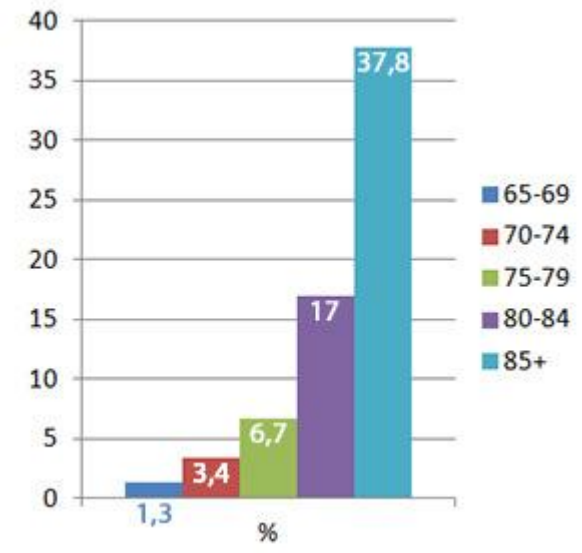
Comunicação

É primordial para estabelecer relações pessoais e sociais, depende da cognição.

Epidemiologia

Conforme o Estudo realizado em Catanduva (SP), foram constatadas as seguintes informações no que diz respeito à prevalência das demências em idosos:

- Após os 65 anos, o que significa 5% da população idosa, a prevalência da demência dobra a cada 5,1 anos.
- A maior incidência ocorre entre os analfabetos.
- A taxa de proporção é de Mulheres 2:1 Homens.



Nas últimas décadas houve uma diminuição na prevalência das demências associadas a AIDS, modificando à prevalência das causas infecciosas das demências.

http://hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n2/arti252a.htm (acesso em out/2013)

Agora conheça os fatores de risco bem como os fatores protetores:

Fatores de Risco para Demências	
Idade e Sexo	Baixa escolaridade
História familiar	Genético: APOE4, SORL1, PSEN 1 e 2
Vascular: HAS, AVE.	Metabólico: DM- Tipo II, Dislipidemia, obesidade.
Injúria encefálica	
Síndrome Depressiva, Estresse psicológico.	
Estilo de Vida: sedentarismo, tabagismo.	

Fatores Protetores
Atividade Física e Intelectual
Antioxidantes: ômega3, vitaminas E; C; vitaminas: B6 e B12.
Dieta equilibrada
Interação social
Parar de fumar

Diagnóstico sindrômico das demências

Os critérios mais usados para o diagnóstico das demências são: CID-10 (OMS) e Diagnostic and Statistical Manual, 4th edition (DSM-IV) e o DSM-V (5th edição) lançado em 2013 que traz alterações que vem causando inúmeras discussões em discordância, portanto, ainda manteremos as referências do DSM-IV-TR.

Critérios do DSM IV para diagnóstico de demências

Desenvolvimento de déficits cognitivos caracterizado por:

- Perda de memória: obrigatório;
- Presença de um ou mais dos seguintes distúrbios cognitivos: Afasia; Apraxia; Agnosia / Alteração da função executiva.

Os déficits cognitivos devem ser suficientemente graves para interferir nas atividades ocupacionais ou laborais, nas atividades sociais e representar um declínio na capacidade funcional comparada com a anterior.

O diagnóstico não pode ser firmado se estas alterações ocorrerem somente durante um episódio de delirium

Os déficits não podem ser mais bem explicados por uma doença mental.

Critérios do DSM V 2013 para diagnóstico de demências (Desordem Neurocognitiva Maior)

Evidência de declínio cognitivo substancial, a partir de um nível prévio de performance, em um ou mais domínios baseados em:

Informação do indivíduo, informante conhecido ou pelo médico de que houve um declínio na função cognitiva.

Declínio no desempenho cognitivo maior ou igual a 2 desvios-padrão em testes formais ou avaliação clínica equivalente.

Os déficits cognitivos são suficientes para interferir na independência-requer assistência nas AVDs. Os déficits não ocorrem exclusivamente no contexto de Delirium.

Os déficits não são atribuíveis a outras desordens mentais.

CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA DIAGNÓSTICO DE DEMÊNCIA:

Os critérios para diagnóstico de demência do DSM-IV exigem o comprometimento de memória, porém, diversas doenças que cursam com declínio cognitivo e perda funcional, tais como demência frontotemporal, demência vascular e demência com corpos de Lewy podem não apresentar comprometimento de memória em suas fases iniciais.

A partir desta observação o Grupo de trabalho do NIA e AA apresentaram uma proposta de critérios clínicos para o diagnostico das demências que são recomendados para o Brasil pela academia Brasileira de Neurologia.

CRITÉRIOS CLÍNICOS PRINCIPAIS PARA O DIAGNÓSTICO DE DEMÊNCIA (DE QUALQUER ETIOLOGIA)

1. Demência é diagnosticada quando há sintomas cognitivos ou comportamentais (neuropsiquiátricos) que:

1.1. Interferem com a habilidade no trabalho ou em atividades usuais;
1.2. Representam declínio em relação a níveis prévios de funcionamento e desempenho;
1.3. Não são explicáveis por delirium (estado confusional agudo) ou doença psiquiátrica maior;

2. O comprometimento cognitivo é detectado e diagnosticado mediante combinação de:

2.1. Anamnese com paciente e informante que tenha conhecimento da história; e
2.2. Avaliação cognitiva objetiva, mediante exame breve do estado mental ou avaliação neuropsicológica. A avaliação Neuropsicológica deve ser realizada quando a anamnese e o exame cognitivo breve realizado pelo médico não forem suficientes para permitir diagnóstico confiável.

3. Os comprometimentos cognitivos ou comportamentais afetam no mínimo dois dos seguintes domínios:

3.1. Memória, caracterizado por comprometimento da capacidade para adquirir ou evocar informações recentes, com sintomas que incluem: repetição das mesmas perguntas ou assuntos, esquecimento de eventos, compromissos ou do lugar onde guardou seus pertences;
3.2. Funções executivas, caracterizado por comprometimento do raciocínio, da realização de tarefas complexas e do julgamento, com sintomas tais como: compreensão pobre de situações de risco, redução da capacidade para cuidar das finanças, de tomar decisões e de planejar atividades complexas ou sequenciais;
3.3. Habilidades visuais-espaciais, com sintomas que incluem: incapacidade de reconhecer faces ou objetos comuns, encontrar objetos no campo visual, dificuldade para manusear utensílios, para vestir-se, não explicáveis por deficiência visual ou motora;
3.4. Linguagem (expressão, compreensão, leitura e escrita), com sintomas que incluem: dificuldade para encontrar e/ou compreender palavras, erros ao falar e escrever, com trocas de palavras ou fonemas, não explicáveis por déficit sensorial ou motor;
3.5. Personalidade ou comportamento, com sintomas flutuantes que incluem alterações do humor, agitação, apatia, desinteresse, isolamento social, perda de empatia, desinibição, comportamentos obsessivos, compulsivos ou socialmente inaceitáveis.

(Frota NAF, et al. Doença de Alzheimer: critérios diagnósticos. Neuropsychol 2011 June;5(Suppl 1):5-10)

Como você realiza sua abordagem nos casos de suspeita de demência?

Anamnese:

Importante para orientação do diagnóstico etiológico da demência. Raramente o paciente com demência vem à consulta desacompanhado, e as informações devem ser colhidas com o paciente se possível e com pessoa próxima, que convive e conhece o paciente. Converse com o paciente em frente ao acompanhante, pergunte sobre sua história pessoal, profissional e composição familiar (onde nasceu, onde mora, quantos irmãos têm, por exemplo) isto lhe dá informações sobre a memória remota. Perguntando sobre sua medicação, doenças que apresentou e quando, sobre suas cirurgias, estes dados auxiliam a avaliar prejuízos na orientação e na memória recente. Confira com o acompanhante, na ausência do paciente, as informações que ele forneceu e pergunte sobre a evolução dos sintomas, as alterações cognitivas, psicológicas e de comportamento apresentadas. Complemente as informações com uma anamnese direcionada. Além destas questões, complete a sua anamnese com as demais concernentes a avaliação global do idoso.

Exame Físico:

Voltado para exclusão de doenças clínicas que possam levar à demência.

Exame Neurológico:

Útil especialmente para diagnóstico diferencial entre as demências.

Testagem Neurocognitiva:

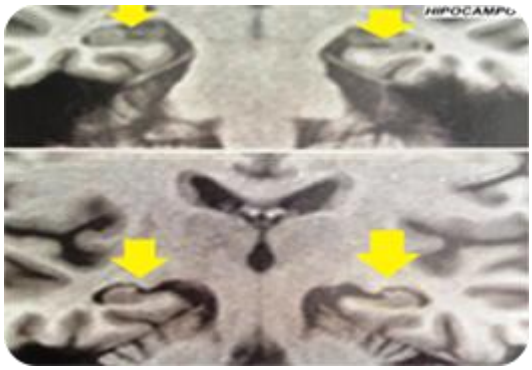
Existe uma grande variedade de testes para triagem e diagnóstico das demências que, associados à anamnese e ao exame físico possibilita diagnóstico etiológico da maioria das demências. Muitas informações importantes vêm destes testes, mas sofrem influências de circunstâncias como a escolaridade, cultura, ocupação e depressão. Os mais usados são MEEM, Teste de figuras, teste de palavras, Fluência Verbal, Teste do Relógio. Você terá oportunidade de estudar sobre avaliação neuropsicológica em um módulo específico.

Exames Complementares:

Voltado para exclusão de causas reversíveis de demência ou situações clínicas que alterem a cognição.

Hemograma	**TSH/T4 Livre**	**Eletrólitos (Na, K, Ca)**	**Função Hepática/Renal**
Proteínas totais/fraç.	Glicemia	Folatos/ Vitamina B12	VDRL/HIV

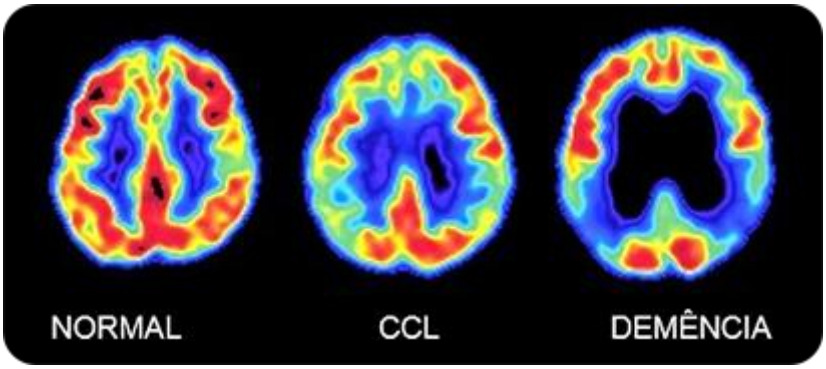
Exames de Neuroimagem:



É importante pelo menos um exame de imagens para afastar lesões que podem causar sinais e sintomas de demências:

- Lesão de massa - tumores
- Lesão vascular
- Hidrocefalia de pressão normal
- Atrofia cerebral

- RNM: Exame de eleição tanto pelo custo quanto pela capacidade de identificação de anormalidades focais, alterações vasculares e possibilita a avaliação volumétrica do hipocampo e do córtex entorrinal. Permite a avaliação através da espectroscopia do despovoamento e disfunção neuronal pela medida e na relação do Nacetil-aspartato, marcador da integridade neuronal (reduzido nas demências) e do Mio-inositol, marcador de gliose e de disfunção de membrana (aumentado nas demências).



- PET: Tomografia por emissão de pósitrons possibilita avaliação funcional pela redução do consumo de glicose. Bastante específico, pode ser de utilidade no diagnóstico do CCL, mas o custo dificulta seu acesso.

- SPECT: Tomografia por emissão de fótons. Marcador de fluxo sanguíneo cerebral regional. Avalia perfusão cerebral. Bastante específico. Pouco sensível nos estágios iniciais. Tem custo menor que PET

Exame do Líquido Cefalorraquidiano:

Indicações restritas e bem específicas:
- Paciente com menos de 60 anos;
- Suspeita de doença infecciosa ou inflamatória do SNC;
- Demência com apresentação atípica (curso clínico rápido;
- Hidrocefalia comunicante.

Outros Exames:

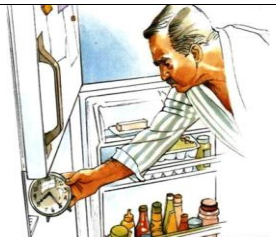
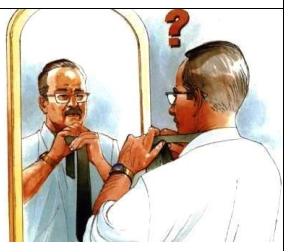
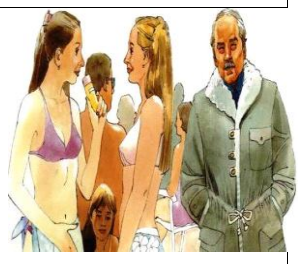
- Indicados de acordo com a suspeita diagnóstica;
- Rx de tórax;
- Eletrocardiograma;
- Eletroencefalograma: alentecimento difuso.

Você pode usar as seguintes perguntas para orientar seu diagnóstico:

- Há quanto tempo os sintomas iniciaram?
- A evolução é lenta e progressiva ou foi abrupta?
- Há exemplos dos esquecimentos?
- É capaz de aprender novas habilidades como usar telefone celular, controle remoto?
- Tem dificuldade de achar palavras e abusa de termos como "troço", "coisa", "negócio"?
- Perde-se dentro de casa, na vizinhança, nos lugares bem conhecidos, na casa de parentes que visita esporadicamente?
- Apresenta alterações de humor como ansiedade e depressão?
- Apresenta alteração de comportamento como perder a inibição, apatia, isolamento?
- Apresenta alterações de percepção como alucinações e delírios?
- Apresenta alterações persecutórias: acha que esta sendo perseguido ou traído?
- Realiza seu autocuidado sem auxílio (AVDs)? (pode usar as perguntas do instrumento específico – Katz)
- Realiza as tarefas referentes às atividades instrumentais da vida como cuidar do dinheiro, fazer compras, usar o telefone? (pode usar as perguntas do instrumento específico – Lawton)
- Houve algum acontecimento que possa ter evidenciado as alterações (morte de alguém próximo - cônjuge, filho)?
- Sofreu algum tipo de violência antes do aparecimento ou piora dos sintomas – assalto, por exemplo?
- Apresentou algum episódio anterior de delirium que melhorou completamente?
- Tente saber como o paciente era anteriormente: personalidade, habilidade, funcionalidade, enfim se ele "mudou"?
- Insista com a família para saber qual foi o primeiro domínio cognitivo afetado.

Memorize:

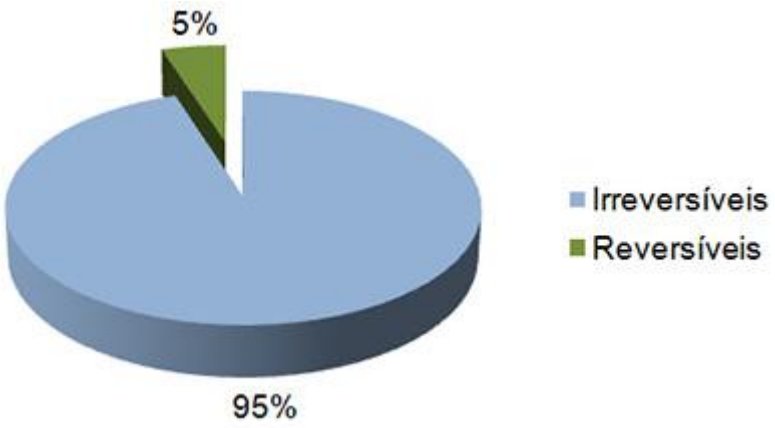
DEZ SINAIS SUGESTIVOS DE DEMÊNCIA

PERDA DE BJETOS. COLOCA OS OBJETOS EM LUGARES ESTRANHOS		PERDA DE MEMÓRIA	
PENSAMENTO CONFUSO, NÃO CONSEGUE TER ATENÇÃO.		USO DE PALAVRAS INCORRETAS, DIFICULDADE DE COMUNICAÇÃO	
DESORIENTAÇÃO NO TEMPO E ESPAÇO		PERDA DO INTERESSE E INICIATIVA	
ALTERAÇÕES DE HUMOR E COMPORTAMENTO		DIFICULDADE PARA EXECUTAR TAREFAS FAMILIARES	
MUDANÇA NA PERSONALIDADE DESCONFIADO, ASSUSTADO, CONFUSO		POBREZA OU DECLINIO DO JULGAMENTO	

Avaliação da Síndrome Demencial

A avaliação da síndrome demencial segue o seguinte fluxo:

A síndrome demencial pode ser classificada como irreversível ou reversível. Observe no gráfico a seguir, os indicadores de cada categoria:



Veja no esquema abaixo as causas associadas às demências reversíveis e sua avaliação diagnóstica:

TIPO DE CAUSA	CAUSAS	AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA
Causas Tóxicas	Drogas Psicotrópicas, Opióides, Álcool, metais pesados (manganês, mercúrio, organofosforados).	História
Causas Infecciosas	Neurossífilis, AIDS, Meningite.	VDRL, Anti - HIV.
Causas Metabólicas	Deficiência de B12, B1, Ác.Fólico, Niacina, Hiper/Hipotireoidismo, Hiper/hiponatremia, Hiper/hipocalcemia,Uremia, Insuficiência Hepática.	TSH, B12, Ácido fólico, Ureia, Creatinina, Na, K, Cálcio, Função hepática.
Causas Estruturais	Hidrocefalia de pressão normal, Hematoma subdural, Neoplasias, TCE.	Tomografia de crânio sem contraste ou Ressonância magnética do encéfalo.

Demências reversíveis

Causas:

- **Hidrocefalia de pressão normal:** Causa potencialmente reversível de demência;
    - **Tríade clássica:** demência, ataxia e incontinência urinária.

      Pode ser idiopática ou secundária a condições que interfiram na absorção liquórica, como meningite ou hemorragia subaracnóide;
    - **Demência:** leve e de início insidioso, e é tipicamente precedida por distúrbio de marcha e incontinência urinária.

      A deterioração da memória é comum, mas o aparecimento de apraxia e agnosia são incomuns.
- **Deficiência de vitamina B12:** causa rara de demência reversível e psicose orgânica, caracterizada por disfunção cognitiva global, lentificação mental, perda de memória e dificuldade de concentração sem déficits corticais focais e com importantes manifestações comportamentais como depressão, mania e quadros psicóticos com alucinações;
- **Hipotireoidismo:** demência caracterizada por lentificação mental, perda de memória e irritabilidade, sem déficits corticais focais e com alterações neuropsiquiátricas importantes: paranoia, alucinações auditivas e visuais, mania e comportamento suicida.

Demências Irreversíveis

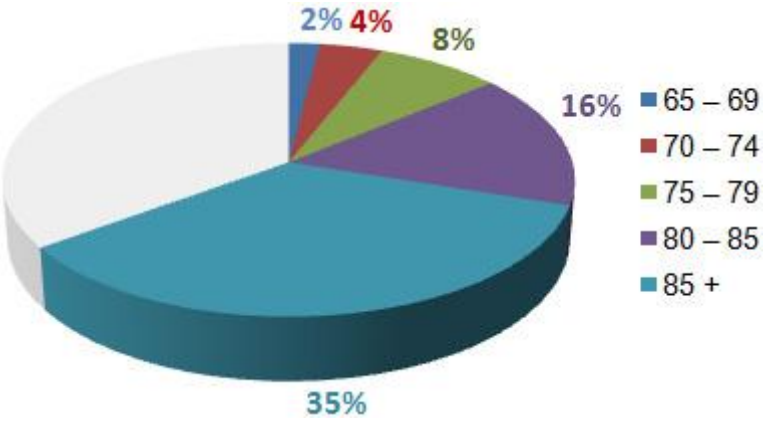
Como demências irreversíveis, temos:

- Demência de Alzheimer – 50% - 60%;
- Demências Não- Alzheimer – 50%;
- Demência Vascular: 15 – 20%;
- Demência Corpos de Lewy: 15 – 25%;
- Demência Frontotemporal;
- Demência associada à Doença de Parkinson;
- Doença de Huntington;
- Doença de Creutzfeldt-Jakob.

A seguir, veremos detalhes sobre as demências citadas acima, iniciando pela Demência de Alzheimer.

Demência de Alzheimer

De acordo com relatório mundial, estima-se que em 2012 a prevalência mundial seja de 36 milhões de pessoas com DA e a expectativa é que duplique a cada 20 anos. Observe no gráfico abaixo os indicadores por faixa etária:



Fatores de Risco	
Idade	Baixa escolaridade
Genético: história familiar (Dois ou mais parentes de 1ºgrau aumenta 7,5 vezes)	Sexo feminino – risco três vezes maior nas mulheres
Alelo APOE4 (alelos ε3 e ε4)	Traumatismo Crânio Encefálico (TCE)
Diabetes Mellitus	Hipercolesterolemia
Hipertensão arterial	Hiperhomocisteinemia
Síndrome de Down	História de depressão maior

Fisiopatologias:

- Atrofia do hipocampo e do córtex cerebral;
- Alteração extracelular: depósito de Placas ßamiloides;
- Alteração intracelular: emaranhados Neurofibrilares;
- Hiperfosforilação da proteína Tau;
- Perda de sinapses: ocorre no início da doença antes do depósito de emaranhados Neurofibrilares e de placa amiloides;
- Morte seletiva de células neuronais: despovoamento neuronal principalmente do córtex entorrinal, do hipocampo, do neocortex temporal, parietal e frontal;
- A degeneração progressiva dos neurônios e sinapses estão relacionadas à diminuição do neurotransmissor acetilcolina observada na Doença de Alzheimer;
- Acetilcolina é um importante neurotransmissor cerebral envolvido na memória em determinadas regiões cerebrais, Hipocampo, córtex cerebral e amígdala;
- A síntese de acetilcolina diminui precocemente na DA e se correlaciona com a alteração na memória.

Base genética: a doença está associada ao alelo ε4. A presença deste alelo aumenta o risco e diminui a idade média de início da doença. Num estudo recente, o risco de Doença de Alzheimer aos 85 anos variou de 51% a 52% para homens apoE ε4/ε4 e de 60% a 68% para mulheres apoE ε4/ε4 e de 22% 23% para homens apoE ε4/ε3 e de 30% a 35% para mulheres apoE ε4/ε3 [35]. APOE and Alzheimer disease: a major gene withsemi-dominantinheritance. MolPsychiatry. 2011 Sep;16(9):903-7. 23% para homens apoE ε4/ε3 e de 30% a 35% para mulheres apoE ε4/ε3.

Diagnóstico

Em 2011, o grupo de trabalho NIA-AA publicou recomendações relativas ao diagnóstico de demência da Doença de Alzheimer com nova terminologia.

Demência de Alzheimer possível

- Início da apresentação ou curso atípico do quadro demencial;
- Apresentação mista – presença de outra doença capaz de explicar o quadro demencial.

Demência de Alzheimer provável

- Início insidioso entre 40 e 90 anos e progressão lenta;
- Perda cognitiva documentada por testes neuropsicológicos: déficit de duas ou mais funções cognitivas / prejuízo progressivo da memória e outra função cognitiva;
- Ausência de distúrbio do nível de consciência;
- Ausência de sinais clínicos ou de Neuroimagem ou evidência laboratorial de outras doenças que poderiam causar demência.

Demência de Alzheimer definitiva

- Curso clínico da demência de Alzheimer provável;
- Confirmação histopatológica da demência de Alzheimer (mutação genética causadora de Doença de Alzheimer e evidência fornecida pelos Biomarcadores).

The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. Alzheimers Dement. 2011 May;7(3):263-9

Estágios da doença:

Para classificação dos pacientes em estágios de doença, utiliza-se a escala padrão de avaliação clínica da demência (Clinical Dementia Rating – CDR).

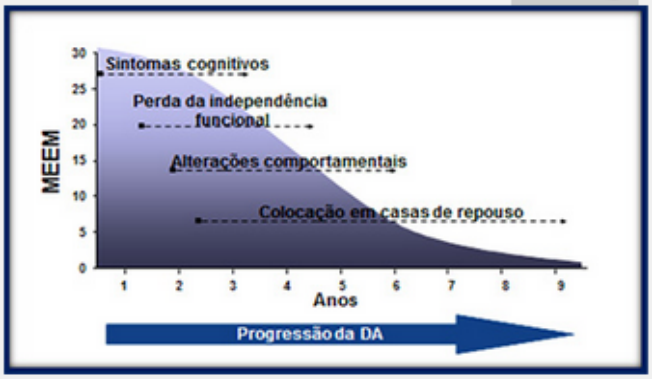
Esta escala apresenta estudos de validação no Brasil de classe I e II.

Clinical Dementia Rating					
DANO	Nenhum (0)	Questionável (0,5)	Leve (1)	Moderado (2)	Grave (3)
Memória	Sem perda de memória ou perda leve e inconstante.	Esquecimento constante, recordação parcial de eventos.	Perda de memória moderada, mais para eventos recentes, atrapalha as atividades de vida diária.	Perda grave de memória, apenas assunto altamente aprendido é recordado.	Perda de memória grave. Apenas fragmentos são recordados.
Orientação	Completa orientação.	Completamente orientado com dificuldade leve em relação ao tempo.	Dificuldade moderada com relação ao tempo, orientado em áreas familiares.	Dificuldade grave com relação ao tempo, desorientado quase sempre no espaço.	Apenas orientado em relação a pessoas.
Julgamento e Solução de Problemas	Resolve problemas diários, como problemas financeiros; julgamento preservado.	Dificuldade leve para solucionar problemas, similaridades e diferenças.	Dificuldade moderada em lidar com problemas, similaridades e diferenças, julgamento social mantido.	Dificuldade séria em lidar com problemas, similaridades e diferenças, julgamento social danificado.	Incapaz de fazer julgamento ou resolver problemas.
Relações Comunitárias	Função independente no trabalho, compras, grupos sociais.	Leve dificuldade nestas tarefas.	Não é independente nestas atividades, parece normal em uma inspeção casual.	Não há independência fora de casa, parece bem o bastante para ser levado fora de casa.	Não há independência fora de casa, parece doente o bastante para ser levado fora de casa.
Lar e Passatempos	Vida em casa, passatempos e interesses intelectuais bem mantidos.	Vida em casa, passatempos, interesses intelectuais levemente prejudicados.	Prejuízo suave em tarefas em casa, tarefas mais difíceis, passatempo e interesses abandonados.	Apenas tarefas simples são preservadas, interesses muito restritos e pouco mantidos.	Sem função significativa em casa.
Cuidados Pessoais	Completamente capaz de cuidar-se.	Completamente capaz de cuidar.	Necessita de ajuda.	Requer assistência ao vestir-se, para higiene.	Muita ajuda para cuidados pessoais, incontinências

Conheça a história natural da DA e os Biomarcadores. Nas próximas páginas veremos o tratamento.

História natural da demência de Alzheimer

Fechar



Feldman e Grundman, 1999

Biomarcadores

Fechar

Genéticos, moleculares e de imagem.

- Genético: alelo ε4 do gene da apolipoproteína E;
- Marcadores moleculares: medidos no líquor;
  - Componentes da via amiloide
    - ⇩ Aß
  - - Componente da via tau
    - ⇧ Tau ou Tau-fosforilada no líquor
- Marcadores de imagem;
- PET: Deposito de amiloide. Hipometabolismo cerebral ou hipoperfusão;
- SPECT – Hipometabolismo da glicose;
- RNM: Atrofia cortical e do hipocampo.

Leia Mais: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/novo_demencia.pdf

**** Os autores não recomendam o uso rotineiro dos Biomarcadores no diagnóstico. ****

Tratamento

O planejamento do tratamento passa pela Informação à família sobre a doença e tudo que lhe diz respeito, o reconhecimento do ambiente onde vivem paciente e família e manter acompanhamento interdisciplinar quando possível.

As intervenções não farmacológicas são voltadas para melhorar ou manter cognição, comportamento e funcionalidade através de:

- Treinamentos:
  - Melhorar estruturação do ambiente;
  - Orientação nutricional;
  - Programação de exercícios físicos;
  - Orientação e suporte psicológico familiar/cuidador;

- Reabilitação Cognitiva em Grupo e Individual:
  - Informática, Cozinha Experimental;
  - Acompanhamento Terapêutico;
  - Poesia, Música e Artes, Relaxamento;
  - Oficina de atividades.

Conteúdo específico para médicos:

INIBIDORES DA ACETIL COLINESTERASE (IACs) ESTABILIDADE FUNCIONAL E COMPORTAMENTAL
Donepezil: Dose única diária. Dose: 5 a 10 mg/dia; Indicado para as fases leve, moderada e grave. Efeitos colaterais: náusea, vômito, diarreia, câimbra, tonteira, fadiga e anorexia.
Rivastigmina: 6 a 12 mg em 2 a 3 vezes. Patch 5/10/15. Progressão da dose mensalmente. Indicado para fases Leve a moderado e grave. Efeitos adversos: Intolerância gastrointestinal, perda de peso.
Galantamina: 8 a 12 ER. Aumentar mensalmente, indicado em fases leve, moderada e grave. Efeito adverso: náuseas.
ANTAGONISTA NMDA MELHORA A COGNIÇÃO E FUNÇÃO
Memantina: 5 mg/dia a 10 mg, Progride semanalmente, Indicada nas na fases: Moderado a severo; efeitos adversos: Cefaléia, confusão transitória. Pode ser associada aos IACs

Demência Vascular

Demência vascular é um conceito que surgiu no final dos anos 80 para designar um quadro demencial decorrente de doença cerebrovascular (DCV). É mais prevalente entre as demências secundárias, ocupando o segundo lugar entre todos os quadros demenciais, depois da DA.

Mundo: 15-20%	Brasil: 9,3-24,9%
65 -70 anos: 2%	Mais de 80 anos: 20-40%
Incidência homens > mulheres	

A DV, de acordo com os critérios diagnósticos DSM-IV, é um comprometimento cognitivo em múltiplos domínios, que inclui deficiência da memória (amnésia) e de um ou mais transtornos cognitivos, como afasia, apraxia, agnosia ou disfunção executiva que devem causar dificuldade importante no desempenho do trabalho ou em atividades habituais e representar um declínio significativo em relação a um nível prévio de funcionamento e isto não deve ocorrer exclusivamente durante o curso de delirium ou de um transtorno psiquiátrico.

De acordo com a fisiopatologia, temos:

- Lesões de vasos grandes:
  - Infartos médios ou grandes ;
  - Corticais e/ou córtico-subcorticais;
  - Únicos ou múltiplos;
- Lesões estratégicas localizadas em áreas críticas para cognição e/ou comportamento;
- Associação de lesão de grandes e pequenos vasos;
- Lesões decorrentes de hemorragia cerebral.

- Lesões decorrentes de vasos pequenos:
  - Infartos pequenos;
  - Lacunas múltiplas no tálamo, gânglios da base e na substância branca;
  - Comprometimento isquêmico de extensão variável da substância branca;
  - Associação dos dois tipos lesão.

O conceito anterior da DV envolvia a ideia,que o desenvolvimento da doença dependia exclusivamente do tamanhão da lesão, sendo necessário um volume mínimo de 100 cm^3 para causar demência,independentemente da localização. No conceito atual, depende também do sítio de localização.

Conheça o quadro clínico para cada tipo de DV:

DV POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) ÚNICO

Oclusão de um grande vaso, geralmente infartos territoriais ou hemorrágicos. Apresenta sintomas neurológicos de início abrupto seguindo comprometimento cognitivo em até três semanas que pode ser expresso por afasia, apraxia, agnosia. Pode permanecer estável por um determinado tempo ou evoluir com declínio cognitivo gradual. Frequentemente, está acompanhado por depressão ou outros transtornos neuropsiquiátricos.

DV POR INFARTOS MÚLTIPLOS

Podem ser corticais e/ou subcorticais, recorrentes. Pode originar não somente comprometimentos neurológicos circunscritos e bem delineados, mas também transtornos cognitivos e de comportamento, dependendo das áreas atingidas.

DV POR INFARTOS EM TERRITÓRIOS LIMÍTROFES

Ocorre na presença de artérias acometidas por aterosclerose e consequente hipoperfusão que podem causar lesões múltiplas, principalmente em territórios distais. As lesões isquêmicas podem ser encontradas no córtex cerebral entre os territórios de irrigação da artéria cerebral anterior - artéria cerebral média e artéria cerebral posterior. Também podem ser encontradas em regiões subcorticais, no nível das estruturas da base entre a cabeça do núcleo caudado, o putâmen e a cápsula interna, assim como na substância branca.

DV POR INFARTO ESTRATÉGICO

São infartos pequenos, mas de localização estratégica, em áreas corticais como hipocampo, giro angular, córtex pré-frontal ou estruturas subcorticais. Os sintomas dependem da localização, podendo ocorrer comprometimento da memória de várias modalidades, disfunção executiva e transtornos de comportamento.

DV PÓS-ICTUS HEMORRÁGICO

Podem ser lobares e subcorticais com extensão e gravidade variadas. Correspondem a cerca de 20% do total dos acidentes cerebrovasculares. A hemorragia subaracnóide pode levar a hidrocefalia.

DV POR ISQUEMIA SUBCORTICAL

Causados por doença dos pequenos vasos - microangiopatia, causada mais frequentemente pelo envelhecimento, hipertensão arterial, diabetes mellitus, angiopatia amiloide cerebral em estruturas subcorticais, levando à formação de infartos lacunares e lesões isquêmicas da substância branca, de extensão variável. A sintomatologia varia de acordo com a lesão: infarto lacunar e a doença de Binswanger.

O Infarto Lacunar ou Isquemia subcortical é o subtipo mais prevalente, compreendendo metade dos casos de DV. A seu respeito, há as seguintes considerações:

- É causada por lacunas em número variado e desmielinização microangiopática – leucoaraiose de extensão variável. O quadro é insidioso e as manifestações clínicas discretas;
- A manifestação mais comum é a disfunção executiva que interfere no desempenho das AVDs;
- O pensamento abstrato também é atingido, mas a deficiência de memória é menos acentuada em comparação à DA;
- O reconhecimento e o efeito de pistas permanecem relativamente intactos;
- As alterações do humor – depressão, mudança de personalidade e labilidade emocional – são comuns assim como sinais motores focais, alterações da marcha, urgência urinária e lentificação psicomotora.

Conteúdo específico para médicos

Critérios Diagnósticos

Os mais usados são o CID 10 (OMS) e o DSM IV, além do escore isquêmico de Hachinski baseado em dados clínicos.

Os critérios diagnósticos do DSM-IV para Demência Vascular são:

- Déficits cognitivos múltiplos:

1. Uma alteração da memória (alteração da capacidade para aprender informações novas ou para lembrar informações anteriores)

2. Um ou vários dos seguintes distúrbios cognitivos:
    - Afasia;
    - Apraxia;
    - Agnosia;
    - Distúrbio das funções executivas.

É importante lembrar que:

- Os déficits cognitivos são responsáveis por uma alteração expressiva do funcionamento social ou profissional e representam um declínio significativo em relação ao nível de funcionamento anterior.

- Evidências de sinais e sintomas neurológicos focais (por exemplo: sinal de Babinski, distúrbios da marcha, fraqueza de uma extremidade) ou evidências de doença cerebrovascular (por exemplo: infartos múltiplos acometendo o córtex) possuem ligação etiológica com a demência.

- Os déficits não surgem exclusivamente no decorrer de um delírio.

Avaliação Clínica

- Anamnese: perguntar sobre o modo de início e o padrão da progressão (insidioso, agudo, subagudo, escalonado). História pregressa, comorbidades, história familiar e educacional são importantes. Informação sobre eventos vasculares anteriores, tanto cerebral como coronariano, presença de diabetes e hipertensão, dislipidemia, depressão alteração do sono, uso de álcool, tabagismo e dos medicamentos; Estabelecer a condição cognitiva, funcional e neuropsiquiátrica prévia. A anamnese deve ser com familiares e com o paciente;

- Avaliação de comorbidades: frequentes nos idosos, têm forte associação com a condição cognitiva. O manejo adequado de doenças clínicas pode oferecer um potencial de melhora para cognição. As comorbidades mais observadas são: depressão, doença cardiovascular, infecções, desidratação, efeitos colaterais de medicamentos, delirium, quedas, incontinência, anorexia, obesidade;

- Exames físico e neurológico: podem revelar comorbidades relacionadas ao quadro demencial. A frequente presença de manifestações neurológicas faz do exame neurológico um ponto importante da avaliação e fazem parte dos critérios diagnósticos.

- Avaliação neuropsicológica e da capacidade funcional: ver módulo IV.

Exames

1. Exames de Imagem:
    - Neuroimagem estrutural: preferência para RNM, mas a TC pode ser usada para identificar lesões vasculares variadas, na impossibilidade de utilizar a RM. A atrofia hipocampal deve ser avaliada em todos os pacientes, visando estabelecer um diagnóstico de DV pura ou associada à DA. (Engelhardt E, et al. Dement Neuropsychol 2011 June;5(Suppl 1):49-77)

    - Neuroimagem funcional: espectroscopia de prótons por RM (HMRS), perfusão por TC e RM, Tomografia Computadorizada por Emissão de Fóton Único (SPECT) e Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET). Podem ser utilizados em casos onde permanece incerteza diagnóstica após a elaboração clínica e imagem estrutural, e não devem ser usadas como a única avaliação de imagem. (Engelhardt E, et al. Dement Neuropsychol 2011 June;5(Suppl 1):49-77)

2. Avaliação Laboratorial: Os seguintes itens do exame de sangue são recomendados para todos os pacientes na primeira avaliação:
    - Hemograma;
    - VHS;
    - Eletrólitos;
    - Glicose;
    - Testes de função renal e hepática;
    - TSH.

- Os exames que representam fatores de risco vascular também devem ser solicitados de rotina (lipidograma)

- Há, ainda, testes mais detalhados que podem, frequentemente, ser necessários:

  - Dosagem vitamina B12;
  - Testes sorológicos para sífilis;
  - HIV.

Tratamento

- Atividade física
- Dieta e manutenção do peso adequado: modificação dos hábitos alimentares
- Limitar consumo de álcool
- Controle da HAS
- Controle do DM: manter hemoglobina glicada abaixo de 6,0% para prevenção de declínio cognitivo em diabéticos. (Estudo ACCORD-MIND: demonstrou que o controle da glicemia (alvo de hemoglobina glicada abaixo de 6%) é superior aos níveis convencionais (7 a 7,9%) para prevenção de declínio cognitivo.
- Estatinas: nos idosos não é recomendado com objetivo exclusivo de prevenção ou tratamento das demências (Dois ensaios randomizados: HPS2002 e PROSPER2002 não demonstraram um efeito na incidência de demência e declínio cognitivo)
- Fibrilação Atrial: manter anticoagulação adequada
- Tabagismo
- Antiagregantes: o ácido acetilsalicílico aumentou o risco de hemorragias e não teve benefício sobre a cognição, contudo, devem receber a aspirina por motivos vasculares.
- Inibidores das colinesterases (Donepezil, Rivastiguimina e Galantamina) e antagonistas de receptores glutamatérgicos (memantina): Os estudos com estas substâncias não apresentam dados suficientes para justificar o uso destas substâncias na DV. Parece ter algum benefício nos pacientes com DV do tipo subcortical.

Demência Mista (DA + DV):

A Demência Mista abrange uma associação frequente nos idosos e apresenta:

- quadro clínico
- fatores de risco
- mecanismos patogênicos de ambas as condições.

Atenção

O diagnóstico inclui critérios da DA e evidência de doença DCV concomitantes e com relação temporal. A apresentação mais comum de demência mista é a de um paciente com sintomas e características clínicas típicas de DA que sofre piora abrupta, acompanhada pela presença de sinais clínicos de AVC.

Leitura Complementar

De acordo com estudos patológicos, estima-se que mais de um terço dos pacientes com DA apresentem também lesões vasculares, e proporção similar de pacientes com DV exibam alterações patológicas características de DA.

Demência Frontotemporal (DFT):

A Demência Frontotemporal constitui um grupo heterogêneo de doenças que apresentam fenótipos semelhantes, associados à degeneração com atrofia predominantemente temporal e frontal.

São doenças neurodegenerativas chamadas de Taupatias, que apresentam grande quantidade de agregados de proteína TAU em aproximadamente 40% dos casos.

Atenção

A demência frontotemporal pode cursar com quadro de Parkinsonismo tardio e sem alucinações visuais precoces.

Estima-se que a DFT responda por 10% a 15% dos casos de demência degenerativa, com igual incidência em homens e mulheres. O início ocorre mais comumente entre 57 e 64 anos.

A demência frontotemporal pode cursar com quadro de Parkinsonismo tardio e sem alucinações visuais precoces.

Você conhece a classificação da Demência Frontotemporal?

Demência do tipo frontal ou demência frontotemporal

Variante clássica (comportamental) responsável por 80% das DFT. Apresenta alterações na personalidade e comportamento e atrofia predominantemente em localização frontal orbitobasal bilateral.

O quadro costuma iniciar com inadequação social e comportamento inapropriadamente desinibido.

Há declínio precoce interpessoal, perda da empatia ou "tato social" e comportamento perseverativo bem como diminuição significativa da função executiva com dificuldade para comandos mais complexos.

A característica mais marcante é a hipersexualidade associada à relativa preservação da memória. Além disso, apresenta aumento do apetite, do peso e discurso estereotipado na fase inicial da doença. Nas fases mais avançadas pode haver ecolalia, afasia de expressão e compreensão até o mutismo. Clinicamente pode apresentar incontinência urinária de urgência precoce em decorrência à ação frontal sobre o detrusor.

Demência semântica

Trata-se de uma variante de linguagem.

Apresenta perda progressiva na capacidade de entender discursos mais complexos (compreensão alterada) que evoluí para dificuldade de entender palavras isoladas (perda do significado das palavras) sem alteração da memória de curto prazo.

Ocorre perda progressiva da capacidade de transformar as palavras em ideias e símbolos mentais em decorrência da desconexão léxico-semântica.

É responsável por 5% das demências frontotemporal e a atrofia é no córtex temporal polar esquerdo (ou bilateral) e infero-lateral.

Afasia primária progressiva

Trata-se de uma variante de linguagem.

Ocorre prejuízo na expressão com discurso distorcido, hesitante, não fluente, com compreensão preservada.

Apresenta progressiva disfunção na produção de linguagem com perda da capacidade de elaboração sintática (formação de frases), anomias, parafasias.

Não encontra palavra que represente os símbolos mentais É responsável por cerca de 15% das demências frontemporal com atrofia em região erisilpviana esquerda.

Atenção

Nas variantes de linguagem o indivíduo apresenta um quadro de apatia associado ou não a depressão e não um comportamento desinibido, por não haver lesão nos circuitos frontais inibitórios inicialmente.

Conteúdo específico para médicos

Os critérios diagnósticos para demência frontotemporal variante de linguagem são:

- O déficit cognitivo mais proeminente é o déficit de linguagem;
- Os déficits de linguagem correspondem à principal causa para incapacidade para o trabalho ou para as atividades de vida diária;
- A afasia deve ser o sinal mais proeminente no início da demência;
- O padrão da doença não é mais bem explicado por uma doença neuropsiquiátrica, como depressão grave ou transtorno bipolar;
- Não há déficit importante na memória;
- Não há desinibição comportamental.

Quanto ao tratamento, não há estudos que evidenciem eficácia dos anticolinesterásicos nas demências frontotemporal. O tratamento se detém aos sintomas neuropsiquiátricos e depressivos, com antipsicóticos e estabilizantes de humor e antidepressivos.

Demência por Corpos de Lewy (DCL)

A demência por corpos de Lewy (DCL), ou doença corpuscular de Lewy, é uma doença neurológica que afeta, principalmente, o pensamento e os movimentos.

1. DCL x DP
A DCL associada à Demência de Parkinson (DP) corresponde à terceira causa geral de demência (6 a 8%).

2. Patologia microscópica: DCL x DP
A patologia microscópica da DCL e DP não apresentam diferenças, isto é, as duas são consequência da agregação da proteína alfa-sinucleína que formam os corpos de Lewy que levam à morte neuronal.

3. Aspecto clínico : DCL x DP
No aspecto clínico enquanto a doença de Parkinson segue da substância nigra e núcleos da base até o córtex, na DCL ocorre deposição de corpúsculos de Lewy simultaneamente no córtex e núcleos da base. Esta diferença na progressão, distingue as duas demências: enquanto a primeira se inicia com um quadro motor e somente após um ano ou mais evolui para demência, nas demências por corpos de Lewy a apresentação é inversa, a demência precede o quadro motor em pelo menos um ano.

Suspeitamos de Parkinsonismo na presença de dois dos seguintes sinais:
bradicinesia, rigidez, tremor de repouso e instabilidade postural.

A Demência por Corpos de Lewy é a segunda demência degenerativa mais comum, depois da DA, com uma representação de até 20% dos casos em idosos. Com início em torno dos 55-60 anos de idade, é ligeiramente mais incidente no sexo masculino.

Manifestação clínica

O Parkinsonismo por DCL é menos assimétrico e apresenta menos tremor, e apresentação simultânea da demência.

Alucinações visuais são muito frequentes e a sua presença antes do início da levodopa, responsável pelas alucinações nos pacientes com doença de Parkinson pode ser uma forma de diferenciar a DCL da DP.

Flutuação cognitiva

Ocorre no início da doença e parecem com sinais de delirium, sem fatores precipitantes identificáveis. Apresenta alteração no estado de consciência e atenção, discurso incoerente, hipersonolência diurna e incapacidade de reconhecer o ambiente que o rodeia. Estes episódios podem durar de segundos a dias e podem ser intercalados por períodos de função quase normal.

Parkinsonismo espontâneo

A prevalência de sintomas motores extrapiramidais varia entre 60% a 92%.

Quedas frequentes

Um terço dos indivíduos com DCL apresenta episódios frequentes de quedas, sendo este um dos primeiros sintomas da doença. Parece estar relacionado com o Parkinsonismo e hipotensão ortostática.

Delírios sistematizados

Ocorrem com uma frequência de até 75%.

Sintomas neuropsiquiátricos

Ansiedade, agitação delírios e alucinação são os sintomas mais frequentes.

Atenção

Pacientes com Doença de Parkinson que desenvolvem demência 12 meses após o aparecimento dos primeiros sintomas motores devem ser diagnosticados como demência da Doença de Parkinson (DDP) em vez de DCL.

Conteúdo específico para médicos

Tratamento

A demência da doença de Parkinson e de Corpos de Lewy respondem bem aos anticolinesterásicos, tanto em relação à cognição quanto às alterações neuropsiquiátricas.

Tratamento dos sintomas neuropsiquiátricos

Quetiapina – 25 -150 mg/noite ou clozapina: 25 – 150 mg/noite (risco de agranulocitose).

Carbamazepina (1 comp.=200mg) ou ácido valproico (1 comp.=250 mg) iniciar com 1 comprimido ao dia e aumentar progressivamente até três vezes ao dia.

*Atenção: o uso de neuroléticos típicos é contraindicado tanto em DCL como DP!

Tratamento dos sintomas motores

Com base na melhor relação custo-benefício no tratamento de sintomas motores, indica-se a levodopa. É fundamental iniciar com a menor dose possível.

Sintomas Neuropsiquiátricos das Demências

Os sintomas psicológicos e comportamentais das demências englobam um grupo heterogêneo de manifestações, reações psicológicas e alterações do comportamento que ocorrem em indivíduos demenciados de qualquer etiologia.

Você sabe quais são as alterações mais comuns? São elas:

- Agitação psicomotora
- Agressividade – verbal ou física
- Ideações delirantes
- Depressão
- Apatia
- Irritabilidade
- Perambulação

A prevalência desses sintomas é muito alta e depende dos seguintes aspectos:

- a etiologia da demência,
- o estágio evolutivo,
- o histórico psiquiátrico prévio do paciente,
- o ambiente na residência.

Você sabia?

Dentre os idosos institucionalizados, entre 80% e 90% apresentam os sintomas neuropsiquiátricos das demências. Já, dentre os idosos residentes em comunidade, essa taxa varia entre 61% a 88%.

Agora, vamos conhecer os indicadores no que diz respeito à prevalência dos sintomas comportamentais e psicológicos em idosos com demência que residem na comunidade.

Domínio	Sintoma	%
Percepção	Delírio	22%
	Alucinações: visuais, olfatórias e táteis	13%
	Mania	0,5%
Humor	Depressão	20%
	Apatia	29%
Alteração do sono	Sono aumentado	16%
	Sono diminuído	56%
Agitação	Agressividade	22%
	Confusão, agitação e insegurança ao anoitecer (sundowning)	36%
	Ansiedade	8%
	Irritabilidade	20%
Personalidade	Comportamento anômalo	17%
	Desinibição/comportamento alterado	8%

Os sintomas psicológicos e comportamentais, em vez da disfunção cognitiva, da dependência física ou do declínio funcional, foram observados como sendo os de maior fardo para os cuidadores e familiares dos pacientes com demência, assim como tendo o maior impacto na decisão sobre a institucionalização do paciente.

Vugt ME, Stevens F, Aalten P e col.Prospectivestudyoftheeffectsofbehavioralontheinstitutionalizationofpatientswithcognitive. IntPsychogeriatric 2005; 17: 577-89.

Esses sintomas neuropsiquiátricos podem ser enquadrados em quatro síndromes, independente da etiologia da demência, da idade ou sexo do paciente, depende apenas da gravidade do caso:

HIPERATIVO – PSICÓTICO – APÁTICO – AFETIVO

E como ocorre o diagnóstico?

Faz-se o diagnóstico com base na avaliação clínica, observação do paciente e relato dos cuidadores e familiares.

É importante reavaliar:

- A rotina do paciente em detalhes (mudanças mesmo sutis podem desencadear os sintomas);
- Qualquer situação que possa ser desencadeadora:
  - Mudança na medicação;
  - Alterações sensoriais (quebrou os óculos, perdeu o aparelho de audição ou iniciou seu uso);
  - Alterações dentárias, especialmente a dor.

Conheça os sintomas de acordo com a etiologia da demência:

Demência de Alzheimer
Agitação, agressividade, delírio, atividade motora aberrante, distúrbios do sono e desordens alimentares, depressão, ansiedade, apatia.

Demência vascular
Depressão, apatia, agitação, agressividade, delírios.

Demência frontotemporal
Apatia, alteração do sono, apetite alterado, comportamento compulsivo, alteração de julgamento e de linguagem como surtos de palavras inadequadas com ou sem contexto adequado e, na conduta social, agressividade verbal, ecolalia, sexualidade, inconformismo, egoísmo, perda de emoção e insight, desinibição, negligência pessoal. Mais raramente, pacientes podem iniciar habilidades artísticas que não tinham.

Demência com corpos de Lewy
Alucinações visuais com pessoas e animais sem vocalização e como reação podem apresentar medo ou descaso, delírios, transtornos do sono – insônia em graus variados, movimentos aberrantes no sono e terror noturno, depressão com pouca resposta a antidepressivos, apatia.

O diagnóstico baseia-se na avaliação clínica, observação do paciente e relato dos cuidadores e familiares. É importante reavaliar a rotina do paciente em detalhes.

Veja as escalas utilizadas para avaliação dos sintomas neuropsicológicos das demências, que são úteis para o acompanhamento evolutivo das condutas:

1. Inventário Psiquiátrico
   (NeuropsychiatricInventory - NPI)

2. Escala de Patologia Comportamental na Doença de Alzheimer
   (Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Scale: BEHAVE-AD)

3. Escala de Avaliação de Comportamento do CERAD
   (Behavior Rating Scale for Dementia of the Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease: CERAD-BRSD)

4. Escala CAMDEX-R
   (Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly - Revised Version)

GERENCIAMENTO DOS SINTOMAS NEUROPSICOLÓGICOS CONFORME A CAUSA

DELÍRIO	
1. Estresse – barulho poluição sonora, multidão.	Reduzir a estimulação
2. Perdido – procura alguém ou alguma coisa familiar	Forneça objetos familiares, ofereça ajuda para procurar, acalme.
3. Irrequieta, entediado, sem estímulo.	Providencie uma atividade significativa
4. Efeitos colaterais de medicação	Monitorize, reduza ou suspenda a medicação.
5. Muita atividade - perambulação	Providencie área segura para a movimentação, por exemplo:um caminho circular
6. Idas ao banheiro de forma excessiva	Estabeleça horários (2/2 horas). Coloque avisos na porta

DIFICULDADE COM TAREFAS – RECUSA AJUDA PARA O BANHO OU VESTIR-SE	
1. Tarefa difícil ou opressiva	Divida a tarefa em pequenas e sucessivas etapas
2. Impaciência ou pressa do cuidador	Dê tempo ou tente mais tarde. Paciência
3. Não se lembra da tarefa	Explique novamente ou demonstre, permita que execute parte da tarefa que ainda é capaz
4. Não consegue entender ou seguir as instruções	Repita o pedido, as instruções de tempo para execução. Um passo de cada vez.
5. Medo da tarefa, não entende a necessidade ou as instruções.	Distraia a atenção da tarefa com música, conversa. Peça para "ajudar" com a tarefa
6. Inercia, apraxia. Dificuldade para iniciar ou terminar a tarefa	Estabeleça uma sequência, arrume o material em ordem de uso (roupas por ex.). Ajude.

DESCONFIANÇA – PARANOIA	
1. Esqueceu onde colocaram os objetos	Ofereça ajuda para achar. Tenha mais de um objeto disponível. Faça lista de onde os objetos deveriam ser colocados. Descubra os esconderijos favoritos
2. Ações ou palavras mal entendidas	Não discuta. Não argumente. Não tome como pessoal. Distraia. Mude de assunto.
3. Confunde as pessoas. Desconfia das intenções	Apresente-se e diga sua função como uma rotina. Utilize recordações. Faça conexões. Não discuta.
4. Mudança de ambiente ou rotina	Acalme. Familiarize. Estabeleça e siga rotinas
5. Má interpretação do ambiente	Avalie a visão e audição. Altere o ambiente se necessário. Distraia.
6. Isolamento social	Providencie oportunidade para contatos familiares e sociais. Encoraje.
7. Alguém está levando as coisas!!	Verifique a veracidade da situação

AGITAÇÃO – SÍNDROME DO ENTARDECER – REAÇÕES CATASTRÓFICAS	
1. Desconforto e dor	Avalie e controle: constipação intestinal, obstrução urinária, bexiga neurogênica, infecção. Verifique roupas e equipamentos para melhor conforto.
2. Doenças físicas	Avaliação médica. Elimine álcool, cafeína, chás.
3. Fadiga	Programe horas de descanso, monitoriz e atividades
4. Superexcitação, barulho, gente, televisão, rádio, atividades.	Reduza o estresse: lugares com muita gente, muito barulho, estímulos concomitantes (rádio, Tv,pessoas)
5. Espelhando o efeito do cuidador	Controle o efeito do cuidador sobre o paciente. Ajuste o tom de voz mais baixo e lento. Observe estresse do cuidador – Cuide do cuidador.
6. Excedendo a capacidade – produz fracasso. Expectativas do cuidador muito alta	Não insira tarefas além das possibilidades. Perdas reduzem expectativas.
7. Paciente está sendo submetido a muitas perguntas, "testando" sua capacidade.	Evite testagem persistente da memória. Uma questão de cada vez. Elimine perguntas que exijam pensamentos abstratos ou raciocínio.
8. Efeitos colaterais de remédios	Avalie, monitorize. Fale com o médico
9. O paciente é contrariado em relação a uma atividade desejada (sair de casa)	Redirecione a atenção. Peça para "ajudar" em uma atividade. Providencie estratégias para as horas de "explosão"
10. Limiar de estresse baixo	Simplifique as tarefas, diminua as expectativas e exigências. Evite discussões e repreensões.
11. Pessoa ou ambiente, estranhos. Mudanças de horários.	Evite mudanças, surpresas, novas experiências (viagens, festas). Podem ser mais ameaçadoras que divertidas. Faça mudanças gradativas.
12. Irrequieto	Musica tranquila. Massagem. Tarefa com exercícios

INCONTINÊNCIA	
1. Dificuldade de achar banheiro. Falta de privacidade.	Coloque avisos, quadros na porta, iluminação adequada. Privacidade.
2. Dificuldade em despir-se	Simplifique as roupas.
3. Dificuldade em distinguir a privada	Use cores contrastantes entre a privada e chão
4. Mobilidade reduzida	Cuide das dores. Use comadre. Diminua diuréticos. Fisioterapia
5. Dependência criada pelas dificuldades	Dê mais atenção à continência ao invés da incontinência. Permita independência quando possível, mesmo que consuma mais tempo.
6. Não pode expressar as necessidades	Programe visitas ao banheiro a cada 2 horas enquanto acordado. Reduza diuréticos e líquidos a noite.

DISTÚRBIOS DO SONO	
1. Menos necessidade de dormir	Programe hora de dormir mais tarde. Permita tarefas ou atividades que possam ser feitas a noite com segurança. Exercícios de dia.
2. Quente ou frio demais. Fome. Medo e desorientação no escuro. Vontade de evacuar. Efeito de álcool ou cafeína. Inquietude	Ajuste a temperatura. Programe caminho iluminado e seguro para o banheiro. Providencie lanche a noite. Deixe luzes acesas. Musica suave. Massagem. Reduza bebidas estimulantes.
3. Sono durante o dia	Limite os cochilos. Providencie atividades e exercícios.
4. Menos necessidade de dormir	

COMPORTAMENTO SEXUAL IMPRÓPRIO OU IMPULSIVO	
1. Juízo diminuído e falta de conscientização social relacionado à demência	Não exagere ou confronte. Responda clara e firmemente. Distraia. Redirecione.
2. Interpretação errada da intervenção do cuidador	Não de mensagem sexual confusa (duplo sentido ou insinuações de brincadeira). Evite mensagens não verbais. Distraia enquanto banha ou cuida da higiene.
3. Roupas inadequadas, muito apertadas, quentes demais, irritação vaginal ou peniana.	Ajuste as roupas a temperatura e ao tamanho do corpo. Avalie com o médico alterações genitais/anais/perineais

Adaptado de Clinica Mayo - Tradução Núcleo de Atenção ao Idoso / UnATI / UERJ

Abordagem Terapêutica dos Sintomas Neuropsiquiátricos

Agora que já vimos os sintomas neuropsiquiátricos, vamos analisar sua abordagem terapêutica considerando a dificuldade de manejo clínico dos pacientes com demência.

1. Psicose:

Os sintomas delirantes são mais comuns que alucinações. Os delírios ocorrem 23% em Doença de Alzheimer (DA), 8% na demência vascular (DV) e as alucinações em 13% em DA e DV. A presença de delírios ou alucinações não são suficientes para o diagnóstico de psicose e não ocorrem exclusivamente durante o curso de delirium. Pode estar associada à agitação, com ou sem agressão física ou verbal, com sintomas negativos como apatia, embotamento afetivo, retardo motor, sintomas depressivos, insônia, hipersonia, baixa autoestima, sentimento de culpa inapropriado, ou pensamento de morte.

Manifestações:

- Falha de reconhecer a própria casa;
- Crença que há estranhos vivendo na casa. De que as pessoas íntimas são impostoras;
- Agnosia visual e ilusões;
- Alucinações visuais (19%), auditivas (12%), táteis, olfatórias ou somáticas;
- Delírios simples (não bizarros) e refletem a má interpretação do ambiente: delírio de estar sendo roubado, de infidelidade, de perseguição, de grandiosidade.

2. Agitação:

Extremamente comum nas demências. Deve-se avaliar avaliação clínica considerando as causas internas e externas que possam estar provocando o quadro.

Causas internas

Desidratação, delirium, infecção, Fecaloma, isquemias, arritmias ou dor.

Causas externas

- Fatores ambientais: luminosidade, ruído, temperatura ambiente, isolamento social, falta de estimulação.
- Fatores ligados ao cuidador: não ou mal informado sobre a demência. Negação do quadro. Não realista. Invade o espaço do paciente, combativo. Argumentativo.

Manifestações:

▪ Percepção de que os outros estão invadindo seu espaço; ▪ Inquietação; ▪ Perambulação; ▪ Quedas intencionais; ▪ Deslocamento para locais específicos; ▪ Comer substâncias inapropriadas/	▪ Movimentações repetidas; ▪ Repetição de questões ou frases. Negativismo; ▪ Sons estranhos ou gritos; ▪ Agressões verbais. Reclamações; ▪ Insinuações sexuais.

Critérios: Inventário de Agitação de Cohen-Mansfield (Cohen-Mansfield Agitation Inventory: CMAI)

EFEITOS COLATERAIS DOS NEUROLÉTICOS ATÍPICOS
Sedação hipotensão postural, ganho excessivo de peso, prolongamento do intervalo QT, piora do perfil glicêmico e do perfil lipídico provocando em alguns pacientes diabete e dislipidemias. Estão relacionados a maior risco de AVE e morte. Riskofdeathwithatypicalantipsychoticdrugtreatment for dementia. JAMA 2005;294:1934-43.

ANTIPSICÓTICOS TÍPICOS
Clorpromazina,tioridazida , tem baixa potência e muitos efeitos adversos: alteração do equilíbrio, sedação, hipotensão ortostática e feitos extrapiramidais, Discinesia tardia, maior risco de síndrome neuroléptica maligna: febre, distúrbios autonômicos, aumento de CPK e sintomas extrapiramidais.

Tratamento farmacológico da agitação, agressividade e psicose

O tratamento cumpre a premissa da medicação em idosos: Medicar somente quando necessário, evitar medicamentos pouco tolerados, iniciar com dose baixa e progredir lentamente. (start low, go slow). A base terapêutica é os neuroléticos apesar do FDA (Food and Drugs Administration) não aprovar esta indicação. Reconsiderar a estratégia empregada quando não for eficaz.

A ação principal dos inibidores da colinesterase e antagonista NMDA tem a indicação primária para os sintomas cognitivos, no entanto seus benefícios se estendem a estabilização dos sintomas neuropsicológicos. Os inibidores da colinesterasicos auxiliam o controle da apatia, disforia e depressão. A memantina tem ação irritabilidade, labilidade emocional, agitação, agressividade. A memantina tem boa ação nos sintomas psiquiátricos da DCL.

Os antipsicóticos atípicos têm ação nos sintomas delirantes e alucinatórios, agressividade e agitação e apresenta risco menor de apresentar sintomas parkinsonianosoutros distúrbios do movimento que os típicos. A risperidona tem melhor resposta global com exceção para a psicose e em agitação sem agressividade, mas tem maior risco para

efeitos adversos extrapiramidais. Os benefícios da Olanzapina e Quetiapina são mais modestos e são usados como segunda opção em caso de intolerância a risperidona ou doença de Parkinson.

Medicação	Dose inicial mg/dia	Dose terapêutica mg/dia	Efeitos adversos principais	Cuidados
ANTIPSICÓTICOS ATIPICOS				
Risperidona	0,25 - 0,50	1 - 2	Sedação, Edema periférico, Hipotensão ortostática (HO)	Insuficiência renal
Olanzapina	2,5 – 5	5 - 15	Sedação, HO	Alteração dos lipídeos, reações anticolinérgicas.
Quetiapina	12,5 - 25	100 - 400	Sedação, HO	----------
INIBIDORES SELETIVOS DA RECAPTAÇÃO DA SEROTONINA				
Escitalopran	5 - 10	10 - 20	Náusea, cefaleia, constipação.	Hiponatremia
Sertralina	25	100 - 200	Náusea, diarreia, insônia.	Hiponatremia
BENZODIAZEPÍNICOS				
Lorazepam	0,25	1 - 2	Sedação, ataxia, disfunção cognitiva.	Evitar bebidas alcoólicas
ANTICONVULSIVANTES				
Divalproato	125 - 250	250 - 1000	Náusea, sedação	Trombocitopenia, alterações hepáticas, pancreatite.
Carbamazepina	50 - 100	200 - 1000	Sedação, náusea, ataxia.	Hiponatremia, pancitopenia
INIBIDORES DA COLINESTERASE				
Donepezil	5	5 - 15	Náusea, diarreia, confusão transitória.	Possível bradicardia
Rivastigmina	3	6 – 12	Náusea, diarreia, confusão transitória.	Possível bradicardia
Galantamina	8	16 - 24	Náusea, diarreia, confusão transitória.	Possível bradicardia
OUTROS				
Trazodona	50	50 - 150	Sedação, HO	Priapismo (raro), arritmia
Memantina (Antagonista dos receptores NMDA)	5	20	Sedação	----------

3. Depressão:

Sintoma comum que dificulta o diagnóstico de demência. É mais grave na DV que na DA. A prevalência de depressão em demências é em torno de 50%.

Manifestações:

- Tristeza;
- Humor disfórico ou irritadiço;
- Falta de interesse em atividades que antes eram prazerosas;
- Diminuição da energia;
- Alteração do sono;
- Fadigabilidade;
- Diminuição do apetite.

Critérios diagnósticos:

▪ Preencher os critérios para demência; ▪ Humor deprimido; ▪ Diminuição do afeto positivo e do prazer em resposta ao contato social ou nas atividades habituais; ▪ Isolamento social; ▪ Alteração: do apetite e do sono; ▪ Alterações psicomotoras.	▪ Irritabilidade; ▪ Fadiga ou perda de energia; ▪ Falta de esperança; ▪ Culpa excessiva ou inapropriada; ▪ Sentimento de inutilidade; ▪ Ideação suicida, pensamentos de morte; ▪ Não é necessária a presença dos sintomas por duas semanas.

Critérios: Escala Cornell para Depressão na Demência (Cornell Scale for Depression in Dementia) 49 e a Escala de Avaliação de Humor na Demência (Dementia Mood Assessment Scale: DMAS) Inventário de Agitação de Cohen-Mansfield (Cohen-Mansfield Agitation Inventory: CMAI)

Conclusão

Nesta unidade, vimos como a demência impacta na qualidade de vida do idoso e, por isso, torna-se fundamental realizar uma abordagem precoce além da prevalência em idosos institucionalizados e mulheres.

Ao estudarmos o Comprometimento Cognitivo Leve, abordamos os sinais já que os sintomas são vagos e há a necessidade de se repetir anualmente a avaliação. Também tratamos das alterações das incapacidades cognitivas e sua relevância da determinação da demência ou depressão.

Para diagnosticar as demências, lembramos como é fundamental reavaliar a rotina do paciente em detalhes e as situações que podem ser desencadeadoras.

Agora é a sua vez de testar seus conhecimentos realizando os exercícios a seguir. Boa Sorte!

Glossário

- A

- **Abulia**: Ausência ou diminuição da vontade de realizar diferentes ações, do interesse, ausência de desejos e decisões, com o desinteresse afetivo e apagamento do pensamento volitivo

- **Apatia**: condição psicológica designada por um estado emocional de indiferença. É a falta de emoção ou motivação de um indivíduo perante algo ou alguma situação, tendo como algumas das suas características o desgaste físico, a inércia, a fraqueza muscular e a falta de energia (letargia).Falta de emoção e de sensibilidade afetiva.

- D

- **Dismnésia**: perturbação da memória. Pode ser amnésia para certas recordações, como nomes, números etc..

- **Disforia**: mudança repentina e transitória do estado de ânimo, tais como sentimentos de tristeza, pena, angústia. É um mal estar psíquico acompanhado por sentimentos depressivos, tristeza, melancolia e pessimismo.

- S

- **Sundowning(Síndrome do pôr do sol)**: fenômeno que ocorre em indivíduos com demência, ainda sem etiologia e definições claras. Em geral, a síndrome do pôr do sol é caracterizada pelo aparecimento ou aumento de sintomas neuropsiquiátricos, tais como agitação, confusão, ansiedade, agressividade, no final da tarde, durante a noite

- V

- **Volição**: aquilo que determina ou expressa vontade.

Créditos

Coordenação
Luciana Branco da Motta
Célia Pereira Caldas

Equipe Pedagógica

Coordenadora Pedagógica
Marcia Taborda

Assistente Pedagógico
Carla Cristina Dias

Produção técnica

Autora
Ana Luiza Flores Saenger

Equipe técnica

Coordenador Técnico
Felipe Docek

Analista de Projetos
Marcelo Prates

Assistente de Comunicação
Matheus Manzano

Desenhistas Gráficos
José Martins
João Paulo Neves

Desenhistas Instrucionais
Michelle Trancoso

Ilustradora
Joana Carneiro Peixinho

Desenvolvedor
Marcus Vinicius Penha da Silva
Luiz Paulo Baçal Vasconcelos

Secretárias
Manuela Marco
Adriana Costa

Reitor
Ricardo Vieiralves de Castro

Vice-Reitor
Paulo Roberto Volpato Dias

Sub-Reitora de Graduação
Lená Medeiros de Menezes

Sub-Reitora de Pós-Graduação e Pesquisa
Monica da Costa Pereira Lavalle Heilbron

Sub-Reitora de Extensão e Cultura
Regina Lúcia Monteiro Henriques

Coordenação Geral UnASUS UERJ
Paulo Roberto Volpato Dias

Coordenação Executiva UnASUS UERJ
Márcia Maria Rendeiro

Referências

- Adelman, AM; Daly,MP. 20 Common Problems in Geriatrics,2004.
- Beers MH; Fick, D;Cooper, JW; Updating The Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults.Arth Intern Med/vol 163, dec 8/22,2003
- Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia; International Psychogeriatric Association in www.ipa-online.org, 2010.
- Caixeta, L. Demências. SP, 2004
- D'Ancona CAL, Castro N, Sabaneff J, Querne FAO. Incontinência Urinária, Projeto Diretrizes; AMB/CFM, 2006
- DSM-IV-TR, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4.ed.rev. Artmed, 2002
- Freitas, EV; Py, L. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3.ed.RJ, 2011.
- Gulistan, B; Fatih, T, Sibel; A et col. Rational Drug Use in the Elderly. Gerontol Geriatric Res, 2012
- Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME e col. Hazzard's Geriatric Medicine e Gerontology, 16 ed.USA, 2009
- Moraes, EN. Atenção a Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Organização Pan-Americana de saúde, 2012
- SILVA, André Luís dos Santos et al. Vertigem Posicional Paroxística Benigna: comparação de duas recentes diretrizes internacionais. Braz. j. Otorhinolaryngol. 2011; vol.77, n.2, pp 191-200.