

Resumo Clínico - Demência

Introdução

A demência é caracterizada por declínio cognitivo ou modificações comportamentais (neuropsiquiátricas) em relação a um nível prévio de desempenho que causa perda da independência para as atividades de vida diária. A doença de Alzheimer e a demência vascular são as principais formas de demência no idoso, correspondendo a cerca de 80% a 90% das causas. A identificação do declínio cognitivo visa intervir precocemente em causas secundárias e reversíveis, bem como planejar o cuidado dos pacientes com demência.

Fatores de risco para demência

O principal fator de risco para demência é o envelhecimento, porém alguns fatores de risco modificáveis devem ser considerados, como baixa escolaridade, hipertensão, diabetes, dislipidemia e tabagismo. Além disso, aspectos de estilo de vida estão inversamente associados à demência, como participar de atividades de interação social e de estímulo intelectual.

Classificação e diagnóstico de demência:

As demências são classificadas em **evolutivas** – declínio progressivo por doenças neurodegenerativas, vascular ou infecciosa crônica; estáticas – **demência vascular** com fator de risco controlado, sequela de lesão cerebral aguda por trauma ou infecção; ou potencialmente **reversíveis** – como causada por deficiência de vitamina B12 ou hipotireoidismo.

As formas mais comuns de demência no idoso são: doença de Alzheimer, vascular, mista (Alzheimer sobreposta à causa vascular), Lewy e demência associada à doença de Parkinson. O diagnóstico entre as demências primárias pode ser de difícil execução. Portanto, é importante para o médico da atenção primária determinar a suspeita de demência não potencialmente reversível e assim orientar avaliação em serviço especializado.

O diagnóstico de demência é clínico e requer história detalhada, corroborada por informante que conviva com o paciente. Os sintomas cognitivos ou comportamentais, neuropsiquiátricos, não são explicáveis por delirium (estado confusional agudo) ou doença psiquiátrica maior. As modificações percebidas são comparadas a níveis prévios de funcionamento em ambientes como trabalho e atividades usuais da vida diária, gerando uma dependência para essas atividades. O comprometimento cognitivo ou comportamental afeta pelo menos dois entre os cinco domínios:



- **Memória:** 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.
- **Funções executivas:** comprometimento do raciocínio, da realização de tarefas complexas e do julgamento, com sintomas como compreensão pobre de situações de risco, redução da capacidade para cuidar das finanças, de tomar decisões e de planejar atividades complexas ou sequenciais;
- **Habilidades visuoespaciais:** 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.
- **Linguagem:** afeta expressão, compreensão, leitura ou escrita. Inclui sintomas como 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.
- **Personalidade ou comportamento:** com sintomas que incluem alterações do humor (labilidade, flutuações incharacterísticas), agitação, apatia, desinteresse, isolamento social, perda de empatia, desinibição, comportamentos obsessivos, compulsivos ou socialmente inaceitáveis.

No **declínio cognitivo leve (DCL)**, há diminuição objetiva das capacidades cognitivas, especialmente da memória, porém o indivíduo permanece independente para atividades de vida diária.

Avaliação inicial na suspeita de demência

História clínica

As queixas do paciente devem ser bem caracterizadas e confirmadas por informante que tenha convívio com o paciente. Avaliar:

- Forma de início dos sintomas (súbito, agudo, insidioso) e sua evolução (rapidamente progressivo, lentamente progressivo, flutuante, em degraus, em melhora).
- Áreas de prejuízo funcional e demanda constante de cuidado de terceiros: reconhecer atividades de vida diária que o paciente tenha deixado de fazer por causa do problema cognitivo. Por exemplo, usar o telefone, cozinhar, lavar roupa, cuidar da própria medicação, pagar contas, ir ao banco, ler, escrever, juízo crítico, interação social, participação em grupos/atividades na comunidade, passatempos, tarefas domésticas simples, cuidados pessoais e alimentação.
- Fatores de risco cardiovasculares (tabagismo, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, dislipidemia).
- História de abuso de álcool ou drogas.

- Medicamentos em uso com potencial indução de declínio cognitivo (benzodiazepínicos, anticolinérgicos).
- Diagnóstico de distúrbios psiquiátricos ou outras doenças que cursam com declínio cognitivo (como doença de Parkinson ou hipotireoidismo).

Na avaliação inicial da suspeita de demência deve-se caracterizar se os achados são atribuíveis aos diagnósticos diferenciais mais comuns: delirium e depressão.

Delirium é definido como uma síndrome aguda de curso flutuante e por causa potencialmente reversível. O principal domínio cognitivo afetado é a atenção. É causado frequentemente por infecção (pulmonar, urinária e intestinal), distúrbio metabólico (doença renal aguda, hiponatremia) ou medicamentos (benzodiazepínicos, neurolépticos). Idosos com **declínio cognitivo leve (DCL)** e com demência têm maior risco de delirium.

O diagnóstico diferencial de depressão sempre deve ser considerado, pois a doença pode causar declínio cognitivo leve, especialmente em idosos. Sugere-se utilização da escala de depressão geriátrica (quadro 1) para auxílio no diagnóstico de depressão. Na dúvida diagnóstica, o teste terapêutico com inibidor seletivo de recaptação de serotonina pode ser considerado por 4 a 8 semanas.

Quadro 1 - Escala de Depressão Geriátrica Abreviada	Pontuação	
	Não	Sim
1. Está satisfeito(a) com sua vida?	1	0
2. Interrompeu muitas de suas atividades?	0	1
3. Acha sua vida vazia?	0	1
4. Aborrece-se com frequência?	0	1
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?	1	0
6. Teme que algo ruim lhe aconteça?	0	1
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo?	1	0
8. Sente-se desamparado com frequência?	0	1
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	0	1
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	0	1
11. Acha que é maravilhoso estar vivo(a)?	1	0
12. Sente-se inútil?	0	1
13. Sente-se cheio/a de energia?	1	0
14. Sente-se sem esperança?	1	0
15. Acha que os outros têm mais sorte que você?	0	1
Avaliação da pontuação: ≤ 5 pontos = ausência de depressão; 6 a 10 pontos = depressão leve a moderada; ≥ 11 pontos = depressão grave.		

Fonte: Ministério da Saúde (2007).

Exame Físico

O exame físico geral é importante para suporte na investigação de diagnósticos diferenciais e causas potencialmente reversíveis de demência. O exame neurológico sumário visa avaliar déficits focais (presentes em pacientes com AVC) , movimentos anormais e sintomas parkinsonianos (lentificação dos movimentos, rigidez plástica, tremor de repouso e instabilidade postural).

Exames Complementares

Com o objetivo de investigar outras causas potencialmente reversíveis de declínio cognitivo, os seguintes **exames laboratoriais** devem ser solicitados aos pacientes: TSH, vitamina B12, sorologia para HIV e sífilis (VDRL e fta-abs), hemograma e plaquetas (anemia, sangramento por plaquetopenia) e bioquímica (sódio, potássio, glicose, ureia e creatinina).

Punção lombar deve ser realizada em caráter emergencial para casos de demência de rápida evolução, onde há suspeita de meningoencefalite. A neurosífilis costuma cursar com declínio cognitivo de evolução progressiva, e a punção lombar pode ser programada durante a avaliação com o neurologista. A punção costuma ser indicada na investigação para demência em pacientes com:

- fta-abs positivo sem história de tratamento prévio para sífilis; ou
- VDRL aumenta 4 vezes após tratamento recente e adequado; ou
- VDRL com título inicialmente alto ($\geq 1:32$) não diminuir no mínimo 4 vezes em até 2 anos do tratamento adequado; ou
- quadros de instalação aguda e rapidamente progressivos.

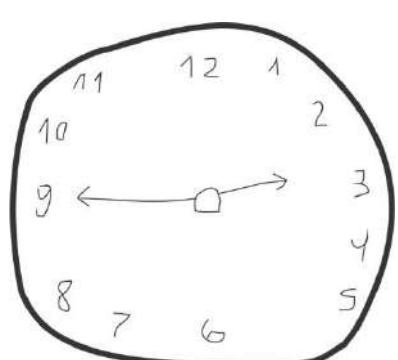
Exames de neuroimagem (tomografia ou ressonância magnética nuclear) devem ser solicitados na investigação inicial de demência para descartar patologias estruturais como neoplasia, hematoma subdural, hidrocefalia e AVC.

Avaliação cognitiva

Recomenda-se que a queixa de declínio cognitivo seja objetivamente avaliada por meio de testes como o miniexame do Estado Mental (ver instrumento anexado no final do resumo).

Outros testes podem ser complementares para essa avaliação cognitiva como:

1) teste do desenho do relógio (quadro 2)

Quadro 2 – Desenho do Relógio		
<p>Solicite desenhar um relógio redondo com todos os números dentro e coloque ponteiros marcando “quinze para as três”.</p> <p>Objetiva complementar a avaliação das funções executivas e visuoespaciais</p>		
		
Escore do TESTE DO RELÓGIO	Pontuação	
Desenho aproximado de uma face circular.	0	1
Números simetricamente colocados	0	1
Números corretos	0	1
Presença de dois ponteiros	0	1
Ponteiros marcando a hora certa	0	1
Ponto de corte para escore normal: ≥ 3 pontos		

Fonte: TelessaúdeRS/UFRG (2016).

2) teste da fluência por categoria semântica:

Solicite que a pessoa diga o maior número possível de animais durante 1 minuto. O teste é considerado normal quando a pessoa cita no mínimo 14 animais. Pessoas com demência, além de citarem poucos animais, tendem a cessar as palavras após 20 segundos de teste. Escores baixos também podem ser observados em pessoas com depressão, porém tendem a gerar palavras durante todo o minuto.



Tratamento

O tratamento para doença de Alzheimer e de outras demências primárias costuma ser realizado pelo neurologista, porém é importante que o médico da atenção primária coordene o cuidado, visando minimizar o impacto desta condição no doente, na família e na comunidade. Abaixo, listamos as principais ações:

1. Identificar a situação de DCL/demência, conduzir acompanhamento e investigação adequada e custo-efetiva para excluir causas potencialmente tratáveis dessas condições.
2. Tratar as causas reversíveis, como hipotireoidismo e deficiência de vitamina B 12.
3. Identificar as causas de demência primária em que o tratamento sintomático é limitado. Firmar o diagnóstico dessas condições é fundamental para que a família entenda a situação e se, organize para o manejo adequado.
4. Manter acompanhamento clínico de pacientes, mesmo que estejam em atendimento com o neurologista, e prover manejo para sintomas neuropsiquiátricos, quando indicado.
5. Prestar apoio e orientações básicas aos cuidadores como:

Medidas comportamentais – orientações aos cuidadores
Manter, ao máximo, a rotina diária.
Não modificar bruscamente o ambiente em que a pessoa vive.
Expor-se à luz solar no período da manhã por pelo menos 60 minutos (até 10h da manhã com protetor solar).
Praticar caminhadas e atividade física.
Evitar luminosidade e barulho à noite.
Tomar banhos com água em temperatura de 35 a 40 °C.
Ser estimulado cognitiva e emotivamente com linguagem verbal e não verbal.
Estimular participação em grupos de apoio como terapia do toque ou musicoterapia.

Tratamento farmacológico da doença de Alzheimer e outras demências primárias

O início do tratamento é realizado pelo neurologista tendo como medicamentos de primeira escolha os inibidores da colinesterase (donepezila, galantamina e rivastigmina). Até o momento, não existem intervenções médicas capazes de reverter ou alterar a história natural de qualquer etiologia de síndrome demencial primária. O benefício esperado do tratamento é a melhora da cognição, especialmente no domínio da memória e atenção.

O tratamento costuma ser suspenso nas seguintes situações:

- após 3 a 4 meses do início do tratamento quando não houver melhora ou estabilização da deterioração do quadro;
- tratamento continuado é mantido se miniexame do estado mental estiver acima de 12 (para pacientes com mais de 4 anos de escolaridade) e acima de 8 (para pacientes com menos de 4 anos de escolaridade);
- intolerância aos medicamentos.

Tratamento para complicações neuropsiquiátricas

Em muitas situações, o manejo das complicações neuropsiquiátricas será feito pelo médico da atenção primária. Essa condição é comum em estágios moderados a graves das síndromes demências e causam importante impacto no paciente e nos seus cuidadores.

Na avaliação inicial, deve-se descartar que a agitação ou mudança comportamental não seja consequente a dor ou a um quadro de delirium (desencadeado por infecção, medicamentos, distúrbios hidroeletrólíticos, etc.) que requer tratamento da causa base.

Em algumas situações, como agitação e paranoia, o uso de psicotrópicos pode ser necessário para controle dos sintomas. Porém, na tentativa de evitar o uso de antipsicóticos, devido ao aumento da mortalidade nessa população, pode-se utilizar inibidor seletivo de recaptção de serotonina ou doses baixas de anticonvulsivantes (como 300 mg/dia de carbamazepina). Quando não há resposta a essas medicações e os antipsicóticos são impreteríveis, devem ser utilizados sempre na menor dose e pelo menor tempo possível.

Para pacientes com insônia, é preferível abordagem não farmacológica (higiene do sono, manter-se a luz do dia natural pelo máximo de horas possível, realizar atividade física durante o dia). Importante destacar que benzodiazepínicos e

drogas com maior atividade anticolinérgica, como antidepressivos tricíclicos, não devem ser utilizados em pacientes com demência, uma vez que podem piorar a cognição e os sintomas comportamentais, bem como aumentar o risco de quedas.

Quando encaminhar

O encaminhamento para serviço especializado em neurologia é justificado após estabelecido declínio cognitivo não associado à causa reversível que provoque incapacidade ao paciente. O diagnóstico das demências é melhor estabelecido quando o acompanhamento começa logo após o início dos sintomas.

Pacientes com queixa de declínio cognitivo sem evidência objetiva em testes simples (como no miniexame do estado mental) e sem impacto funcional devem ser acompanhados na atenção primária com a investigação de condições associadas a esquecimento e rastreio de sintomas depressivos.

Pacientes que apresentam declínio funcional rapidamente progressivo, com necessidade de atenção 24 horas por dia em menos de 2 anos, necessitam de avaliação com especialista com prioridade ou encaminhamento para emergência, conforme o caso (os diagnósticos a serem considerados são as encefalites e doenças por príon).

Sugere-se encaminhamento para serviços especializados em neurologia nas seguintes condições:

- Declínio cognitivo rapidamente progressivo (limitação funcional, cognitiva, comportamental ou motora significativas com evolução menor que dois anos);
- Declínio cognitivo em que foram excluídas causas reversíveis e transtornos psiquiátricos descompensados.



Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. (Cadernos de Atenção Básica, 19). Disponível em:

<<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab19>>. Acesso em: 29 fev. 2016.

DUNCAN, B. B. et al. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. cap. 71.

LARSON, E. B. **Evaluation of cognitive impairment and dementia**. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-cognitive-impairment-and-dementia>>. Acesso em: 29 fev. 2016.

MCKHANN, G. M. et al. 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. **Alzheimer's & Dementia**, Orlando (FL), v. 7, n. 3, p. 263-269, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3312024/>>. Acesso em: 29 fev. 2016.

PRESS, D.; ALEXANDER, M. **Management of neuropsychiatric symptoms of dementia**. Waltham (MA): UpToDate Inc. 2015. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/management-of-neuropsychiatric-symptoms-of-dementia>>. Acesso em: 29 fev. 2016.

Anexo – Miniexame do Estado Mental (MEEM)

Miniexame do Estado Mental (MEEM)

TelessaúdeRS

PROJETO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Nome: Data: / /
 Idade: Escolaridade:

ORIENTAÇÃO (1 ponto para cada resposta correta):

Temporal - qual é o:

Ano: País:
 Estação: Estado:
 Dia da semana: Cidade:
 Dia do mês: Rua/local:
 Mês: Andar:
 Pontos (0 a 10):

Espacial - onde estamos:

REGISTRO (1 ponto por palavra lembrada na primeira vez)

* Dizer três palavras: PENTE RUA AZUL.

Solicitar ao paciente que preste atenção pois terá que repetir as palavras mais tarde. Peça para repetir as 3 palavras depois de você dizê-las. Se necessário, repita até 5 vezes para aprender as palavras, porém a pontuação é referente a primeira tentativa de repetição.

Pontos (0 a 3):

ATENÇÃO E CÁLCULO

Peça que o paciente faça subtrações seiadas. Se errar na primeira ou na segunda tentativa, peça para soletrar.

Subtrair: 100-7

(93)

(86)

(79)

(72)

(65)

ou Soletrar: mundo de trás para frente

(O)

(D)

(N)

(U)

(M)

Pontos (0 a 5):

EVOCÇÃO (1 ponto por palavra lembrada)

* Perguntar pelas 3 palavras anteriores (Pente, rua, azul).

Pontos (0 a 3):

LINGUAGEM

* Mostre um relógio e uma caneta e peça para nomear. (1 ponto por palavra).

Pontos (0 a 2):

* Repetir: "Nem aqui, nem ali, nem lá".

Pontos (0 a 1):

* Seguir o comando (falado) de três estágios:

"Pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e ponha no chão". Pontos (0 a 3):

(1 ponto por comando realizado).

* Escreva em um papel e peça para a pessoa executar: FECHER OS OLHOS

Pontos (0 a 1):

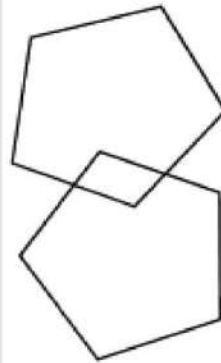
* Solicite que o paciente escreva uma frase (um pensamento, ideia completa)

Pontos (0 a 1):

VISUOESPACIAL

* Copiar o desenho:

Pontos (0 a 1):



Anos concluídos de educação formal	Pontuação
Analfabetos	< 21
1 a 5 anos de escolaridade	< 24
6 a 11 anos de escolaridade	< 26
12 anos de escolaridade ou mais	< 27

Total MEEM:

Referências: TelessaúdeRS/UFRGS (2016) adaptado de DUNCAN, B. B. et al. (Org.). Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.



Minixame do Estado Mental (MEEM)

Orientação temporal

Perguntar ao paciente e pontuar apenas a primeira tentativa, sem qualquer forma de dica. Pontue 1 para resposta correta e 0 para resposta errada:

1. Em que ano estamos?
1. Em que estação do ano estamos?
2. Qual o dia da semana em que estamos?
3. Qual o dia do mês em que estamos?
4. Qual o mês em que estamos?

Orientação espacial

Perguntar ao paciente e pontuar apenas a primeira tentativa, sem qualquer forma de dica. Pontue 1 para resposta correta e 0 para resposta errada:

1. Qual o país onde estamos?
2. Qual o estado onde estamos?
3. Qual a cidade onde estamos?
4. Qual a rua ou local onde estamos?
5. Qual o andar onde estamos?

Registro

Pedir para o paciente repetir as três palavras PENTE, RUA e AZUL. Pontue 1 para cada palavra repetida corretamente na primeira tentativa. Se o paciente não repetir todas na primeira tentativa, tente novamente por até 5 vezes até que ele repita as três palavras. Entretanto, para fins de pontuação neste item, considere apenas a primeira tentativa. Você pode alertar o paciente que preste atenção e que mais tarde vai pedir para ele lembrar essas palavras.

Atenção e cálculo*

Pedir ao paciente fazer cinco subtrações seriadas, partindo de 100 – 7. Não importa se o paciente disser que não sabe fazer cálculo, tente mesmo assim. Você pode estimular o paciente a prosseguir após cada subtração, mas não deve recordar/evocar o resultado anterior. Pontue 1 para cada subtração correta (93 – 86 – 79 – 72 – 65).

Alternativo: caso o paciente seja analfabeto ou erre a primeira ou a segunda subtração, interrompa o cálculo e peça para que ele soletrre, em ordem inversa, a palavra MUNDO. Pontue 1 para cada letra correta na ordem.

Evocação

Peça para o paciente recordar as três palavras que ele repetiu anteriormente em voz alta (PENTE, RUA e AZUL). Pontue 1 para cada palavra corretamente evocada.

Linguagem

Nomeação:

Mostre um lápis ou caneta e peça que o paciente nomeie. Pontue 1 se disser o nome correto.

Mostre um relógio e peça que o paciente nomeie. Pontue 1 se disser o nome correto.

Repetição:

Peça para o paciente repetir a seguinte frase: “nem aqui, nem ali, nem lá”. Pontue 1 se ele repetir corretamente a frase.

Compreensão oral:

Deixe a disposição do paciente uma folha de papel e forneça o seguinte comando verbal, sem demonstrar com gestos: “(1) pegue o papel com a sua mão direita, (2) dobre ao meio e (3) coloque no chão”. Pontue 1 para cada uma das 3 ordens anteriores que forem executadas corretamente.

Compreensão escrita*:

Mostre ao paciente um papel em que esteja escrito a frase “FECHE OS OLHOS” e peça que ele execute esse comando. Pontue 1 se ele fizer corretamente o comando.

Escrita*:

Ofereça um lápis/caneta e papel e peça que o paciente escreva uma frase completa. Pontue 1 se ele escrever uma frase que contenha sujeito, mesmo que implícito. Não leve em consideração erros de ortografia. Palavras únicas não são pontuadas.

Visuoespacial: Cópia dos pentágonos

Mostre ao paciente o desenho da interseção dos pentágonos e peça que ele tente copiar o desenho. Pontue 1 se o paciente produzir dois pentágonos (5 ângulos cada) com a interseção correta (4 ângulos).

**Mesmo que o paciente seja analfabeto e/ou não tenha frequentado a escola, peça para ele tentar calcular/soletrar, ler e escrever. Lembre-se que os pontos de corte são ajustados para escolaridade.*