



Demência

Resumo de diretriz NHG M21 (julho 2012)

EMoll van Charante E, Perry M, Vernooij-Dassen MJFJ, Boswijk DFR, Stoffels J, Achthoven L, Luning-Koster MN

traduzido do original em holandês por Luiz F.G. Comazzetto • 2014
autorização para uso e divulgação sem fins lucrativos à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade



Conteúdo

- Diagnóstico
 - Sinalização (*passo 1*)
 - Determinar se há demência (*passo 2*)
 - Exames físicos e complementares
 - Avaliação
- Conduta
 - Orientação
 - Intervenções não medicamentosas
 - Conduta em comportamento problemático
 - Acompanhamento
 - Consulta e encaminhamento

O programa de diretrizes da Associação Holandesa de Clínica Geral (NHG) foi desenvolvido para médicos de clínica geral no contexto do sistema de saúde holandês. A Associação não garante a eficácia das diretrizes para utilização em outros países. A informação é apenas para uso educacional e/ou profissional e é fornecida de boa fé, sem qualquer garantia expressa ou implícita. A Associação não se responsabiliza por qualquer perda ou dano resultante do uso das informações contidas nas diretrizes. Todo o acesso e utilização é de responsabilidade do usuário final.

Diagnóstico

Sinalização (*passo 1*)

Considerar demência em queixas de memória, apatia, perda de peso, distúrbios de marcha e consultas frequentes com sintomas incompreensíveis. Em pacientes <65 anos geralmente estão em primeiro plano as alterações no comportamento, personalidade e funcionamento.

Determinar se há demência (passo 2)

- Informar-se quando e como os problemas começaram.
- Verifique se há sinais de: delirium, depressão, outro transtorno psiquiátrico (tais como dependência ou psicose), hematoma subdural (traumatismo craniano recente e/ou anticoagulantes), efeito colateral de medicação. Nesses casos deve-se primeiramente efetuar diagnóstico e tratamento.
- Perguntar
 - esquecimento de compromissos, conversas recentes ou eventos, perder objetos frequentemente, se perder, tornar-se repetitivo, dificuldades com horários (ou tempo) e em reconhecer pessoas (memória);
 - problemas em encontrar palavras ou na expressão verbal (*afasia*), no uso de objetos (*apraxia*), reconhecimento (*agnosia*), ou planejamento/organização e operações complexas, tais como finanças, medicação ou fazer compras (*funções executivas*);
 - limitação em atividades prazerosas/passatempos, trabalho, contatos sociais, ou na auto-suficiência devido aos comprometimentos cognitivos.
- Informe-se sobre recente evento de grande impacto na vida¹, problemas com a audição e visão, redução da ingestão de alimentos ou perda involuntária de peso, disfunção miccional, história familiar de demência e formação/profissão.

Exames físico e complementares

- Avaliar o estado de cuidados pessoais/higiene pessoal, apraxia (vestir e desvestir) e agnosia; temperatura, pulso, pressão arterial, ausculta do coração e pulmões; peso, altura, IMC (suspeita de nutrição inadequada ou perda de peso); exame neurológico: marcha, sintomas focais, os reflexos, parestesia, anormalidade nos movimento dos olhos ou nos campos visuais; lentidão e tremor em descanso, rigidez e instabilidade postural.
- Testes de laboratório: para exclusão de distúrbios somáticos: Hb, VHS, glicose, TSH e creatinina. Sob indicação: sódio e potássio (diuréticos, vômito/diarréia), vitaminas B₁, B₆ (dieta deficiente, abuso de álcool), vitamina B₁₂ e ácido fólico (anemia, parestesia, ataxia) e urina para excluir infecção (delirium).
- Hetero-anamnese: conversar com o 'informante' de preferência separadamente. Pergunte os quesitos da anamnese e mudanças em personalidade e comportamento, como a redução na percepção sobre seu próprio desempenho, perda de iniciativa ou aumento da impulsividade. Considere o uso de um questionário.

- Utilizar o teste MMSE² e teste do desenho do relógio (TDR) para objetivar o déficit cognitivo.

Avaliação

Definir o diagnóstico de demência, na presença das três seguintes características:

1. transtorno de memória e,
2. no mínimo mais um dos seguintes distúrbios cognitivos (afasia, apraxia, agnosia, perturbação nas funções executivas), e
3. impacto negativo evidente sobre o funcionamento diário.

Outros exames diagnósticos são indicados em (*passo 3*):

- incerteza diagnóstica: sinais de demência com resultado de MMSE e TDR normais; sintomas cognitivos ou neuropsiquiátricos acompanhados de problemas no funcionamento diário, mas sem distúrbios da memória;
- sinais de formas menos comuns de demência, como transtorno de memória relativamente leve ou tardio em relação a outros transtornos cognitivos, transtorno de atenção com flutuações em gravidade, marcha alargada e oscilante, incontinência urinária ou aumento no desejo de urinar, ocorrência de sintomas psiquiátricos no início do curso (como alucinações, delírios, depressão, ansiedade), problemas de comportamento, ou apatia emocional sem anedonia ou tristeza.

Avaliar a possibilidades de cuidados do meio e necessidade de cuidados (*passo 4*):

- paciente: estrutura do dia ou contatos sociais, responsável pelas finanças, medicação, alimentação e transporte, necessidade de ajuda com o trabalho doméstico ou de cuidados pessoais e ajustes domésticos; segurança e comportamentos de risco.
- pessoas que cuidam do paciente: possibilidades e intensidade da carga, fatores de risco para sobrecarga (queixas próprias; conhecimento e compreensão dos sintomas de demência insuficientes; o apoio insuficiente).

Conduta

Orientações

- Nomeie o diagnóstico de demência explicitamente. Relacionar resultados a problemas e situações cotidianas.

- Avisar ao paciente (se tiver carta de habilitação e desejar conduzir veículos) que esse deve reportar o diagnóstico aos órgãos competentes na área.
- Aconselhe que paciente organize seus interesses financeiros e jurídicos enquanto é mentalmente competente.
- Averiguar a necessidade de um coordenador de cuidados (contato para profissionais de saúde) ou supervisão por um gestor de caso (para também monitorar a progressão da doença), e se assim for, quem preenche esse papel.
- Marcar uma consulta para a preparação de um plano de cuidados/tratamento e plano de apoio para o cuidador.
- Fornecer informações sobre demência por escrito e informar sobre a associação regional de pacientes de Alzheimer.³
- Discuta as experiências do cuidador e os sentimentos de 'luto'. Fornecer aconselhamento sobre como lidar com o paciente. Discutir a possibilidade de fazer uma pausa nos cuidados.

Intervenções não medicamentosas

- Para o paciente: recomendar (uma combinação de) intervenções psicossociais que atendam as necessidades de cuidados, tais como orientação, intervenções cognitivas e comportamentais. Incentivar atividades físicas e, se necessário encaminhamento a terapia ocupacional.
- A prescrição de inibidores de colinesterase e memantina, não é recomendada.
- Para o cuidador: recomendar (uma combinação de) intervenções psicossociais, tais como a educação, cursos, orientação e grupos de apoio. Encaminhar se desejado, para terapia ocupacional ou para organizações que possam apoiar o cuidador.

Conduta em comportamento problemático

- Avaliar o comportamento problemático nos seguintes aspectos:
 - problemas somáticos (visão/audição, micção/defecação, sono, dor e efeito colateral de medicação) ou problemas psiquiátricos (delirium, depressão, ansiedade ou psicose);
 - problemas psicossociais, como falta de ocupação diária;
 - características do cuidador, como a impaciência, a sobrecarga ou uma interação com o paciente perturbada.
- Tratar problemas físicos.
- Se vários profissionais de saúde estão envolvidos: consultá-los.

- Oferecer ao paciente intervenções não-farmacológicas, dependendo da causa. Oferecer informações e apoio adicional ao cuidador.
- O tratamento com drogas psicotrópicas deve ser efetuado apenas na psicose aguda ou agressão em efeito insuficiente de intervenções não-farmacológicas.
 - Risperidona 0,25 mg, 2x/dia, por via oral; aumentar se necessário a cada dois dias, até 2 mg/dia.
 - Haloperidol 0,5 mg, 1x/dia, por via oral; aumentar na medida do necessário até 2 mg/dia, em 1 a 3 doses.

Reduzir a medicação o mais rápido possível.

Acompanhamento

Frequência de controle de acordo com as necessidades do paciente e sua família. Avaliar regularmente a medicação, de preferência em consulta com o farmacologista⁴. Também oferecer cuidados ao cuidador, se necessário, em uma consulta separada. Quando vários profissionais estão envolvidos: buscar uma avaliação conjunta.

Encaminhamento ou consulta

- Para exames diagnósticos adicionais: incerteza sobre o diagnóstico ou demência em uma idade jovem (≤ 65 anos); doença mental grave adicional ou retardo mental; aumento rápido de déficit cognitivo < 2 meses; traumatismo craniano recente ou malignidade (ver passo 3).
- Como objetivo diagnosticar a situação de cuidados: em comportamento problemático persistente; sobrecarga ou ausência de cuidador; pessoas que evitam cuidados, mas esses são indicados; riscos potenciais (como incêndio, negligência e perder-se); perguntas sobre a competência mental, restrição de liberdade e cuidados paliativos.
- Discutir a conduta na doença de Parkinson, demência com corpúsculos de Lewy e a demência frontotemporal com o especialista envolvido.

Notas do tradutor

1. No texto original em holandês é utilizada a expressão em inglês *life-event*.
2. Mini-Mental State Examination (inglês): Mini exame do estado mental
3. Frase adaptada para atender melhor a um contexto não-holandês.
4. O farmacologista na Holanda possui um papel central (junto ao médico de família e comunidade) na monitoração do uso de medicamentos. A 'venda' de todo medicamento prescrito é registrada sob o nome do paciente. Dessa forma é possível avaliar interações e efeitos adversos da medicação utilizada,

mesmo que essa seja prescrita por diversos profissionais e a medicação seja obtida em farmácias diferentes. Vale ressaltar que na Holanda a distinção entre farmácia e drogaria (que vende exclusivamente fármacos sem necessidade de prescrição médica e cosméticos) é bem clara e que toda farmácia possui um farmacologista.