

# Avaliação inicial da demência

SUSANA RIBEIRA\*, CRISTINA RAMOS\*\*, LUÍSA SÁ\*\*\*

## RESUMO:

**Introdução:** A demência constitui um problema médico e social em crescimento, mais comum nos idosos, atingindo em Portugal cerca de 92.470 pessoas. Apesar da apresentação clínica da demência ser variável, dependendo da sua etiologia, os critérios diagnósticos são constantes. A doença de Alzheimer é a principal causa de demência, embora muitos outros distúrbios a possam causar ou simular. Muitos destes são potencialmente reversíveis ou passíveis de interrupção, por isso, o Médico de Família deve estar apto a realizar o seu diagnóstico. **Objectivos:** Esquematizar os passos recomendados na avaliação inicial de uma possível demência.

**Métodos:** Foi efectuada uma pesquisa de artigos publicados na base de dados Medline desde Janeiro de 1995 até Junho de 2003, em língua inglesa, usando as palavras-chave *dementia, diagnosis, e primary care*. Realizou-se pesquisa manual em livros de neurologia.

**Revisão:** A anamnese constitui um importante recurso diagnóstico na avaliação de um doente com défices cognitivos, devendo incluir um conjunto de questões que permitam definir as alterações cognitivas, comportamentais, psiquiátricas, funcionais e da personalidade. O exame físico deve ser realizado, não apenas para confirmar o diagnóstico, mas também para identificar outras eventuais patologias coexistentes que possam causar ou contribuir para o quadro demencial, dando particular atenção ao exame neurológico, exame do estado mental (Mini Mental Status Examination, Clock Draw Test) e avaliação do estado funcional (Questionário sobre Actividades Funcionais). Várias situações podem cursar com perdas de memória ou défices cognitivos, pelo que deve ser feito o diagnóstico diferencial com o delírio, a depressão e os distúrbios amnésicos. Uma vez feito o diagnóstico de demência, devem ser realizados exames auxiliares de diagnóstico (EAD) para determinar a natureza da desordem demencial. Referem-se as principais etiologias da demência.

**Palavras-chave:** Demência; Diagnóstico; Cuidados Primários.

## INTRODUÇÃO

A demência constitui um problema médico e social em crescimento, ocorrendo em todas as idades, mas aumentando nos mais idosos. É mais frequente na população com idade superior a 75 anos, a qual corresponde também ao grupo etário que está a aumentar mais rapidamente. Em Portugal, calcula-se que o número de casos de demência seja de cerca de 92.470<sup>1,2</sup>.

Apesar da apresentação clínica da

demência ser variável, dependendo da sua etiologia, os critérios diagnósticos são constantes. Estão estabelecidos e bem descritos na DSM-IV<sup>3</sup>. É um síndrome que pode ser causado ou caracterizado por défices cognitivos múltiplos, os quais incluem falhas de memória e pelo menos um dos seguintes sintomas: afasia, apraxia, agnosia ou inibição da função de execução. As funções social e ocupacional também são afectadas.

A doença de Alzheimer é a principal causa de demência, manifestando-se em 50/60% dos casos, embora muitos outros distúrbios possam causar ou simular demência<sup>4</sup>. Muitos deles são o resultado de doenças degenerativas cuja progressão, pelo menos actualmente, não pode ser interrompida. Outros são reversíveis ou passíveis

de interrupção. O médico de família deve estar apto a realizar o rastreio adequado no que respeita à existência de uma doença potencialmente reversível. Além disso, dado que o tratamento da doença de Alzheimer e outras demências, pode aumentar o período em que os doentes mantêm uma função cognitiva e física razoável, o diagnóstico precoce torna-se crucial<sup>5</sup>.

Este trabalho tem como objectivo esquematizar os passos recomendados na avaliação inicial de uma possível demência.

## MÉTODOS

Procedeu-se à pesquisa de artigos publicados na base de dados Medline desde Janeiro de 1995 até Junho de

\*USF Oceanos, Matosinhos

\*\*USF Sete Caminhos, Gondomar

\*\*\*Centro de Saúde Soares dos Reis, Vila Nova de Gaia  
Internas do Internato Complementar de Medicina Geral e Familiar

2003, em língua inglesa, usando as palavras-chave: *dementia; diagnosis; primary care*. Foram pesquisados artigos nacionais no Index RMP. Realizou-se pesquisa manual em livros de neurologia e de medicina geral e familiar.

**CORPO DA REVISÃO**

**Anamnese**

A colheita de uma história cuidadosa é o componente mais importante da avaliação inicial. A ajuda de um membro da família é fundamental para a colheita de uma história adequada, uma vez que a memória do doente pode estar deteriorada. A diferenciação entre a demência e as outras formas de deterioração da função neurológica requer uma descrição, por parte do doente ou do cuidador, das alterações cognitivas específicas, da memória e do comportamento que apresenta, assim como das consequências desses défices na sua vida diária (por ex. dificuldade na condução, no trabalho ou nas relações familiares) (Quadro I).

**Exame objectivo**

O doente deve ser observado, não ape-

nas para confirmar o diagnóstico, mas também para identificar outras eventuais patologias coexistentes que possam causar ou contribuir para o quadro demencial.

**Exame físico geral:** o exame físico completo é mandatário em todos os doentes com perda de memória. A diminuição dos sons respiratórios ou sons cardíacos anormais aponta para causas cardíacas ou pulmonares do estado mental alterado. A presença de sopros carotídeos pode implicar uma causa vascular e o aumento da tiróide pode ser uma indicação de hipo ou hipertiroidismo, duas patologias que afectam a cognição. Devem ser pesquisados sinais de alcoolismo, doença hepatocelular, insuficiência renal e outras doenças sistémicas.

**Exame neurológico:** devem ser pesquisados défices neurológicos focais como assimetria da língua, reflexos tendinosos, tônus muscular. O exame motor deve dedicar particular atenção à pesquisa de sinais extrapiramidais ou movimentos involuntários, tais como discinésia tardia, tremor, asterixis, coreia ou mioclonia. A marcha de-

ve ser cuidadosamente observada: os pequenos passos rígidos da apraxia do lobo frontal podem ser distinguidos da marcha cerebelosa de base ampla ou dos pequenos passos da doença extrapiramidal. O exame sensitivo pode revelar dados sugestivos de neuropatia periférica ou de doença sistémica associada (deficiência de vitamina B<sub>12</sub>).

**Exame do estado mental:** deve focar essencialmente a memória, mas outros domínios cognitivos devem ser também revistos. A avaliação deve incluir um dos testes do estado mental publicados que servem como base para as avaliações subsequentes.

O *Mini Mental Status Examination* (MMSE)<sup>7</sup> (Fig. 1) é o teste de rastreio cognitivo mais usado. É um teste rápido, fácil de administrar, que avalia múltiplos domínios: orientação, atenção, retenção, linguagem e habilidade para seguir ordens. A interpretação do score obtido é feita de acordo com a idade e nível de escolaridade do doente.

O *Clock Draw Test* (CDT)<sup>8</sup> é outro teste rápido usado para detecção de défices cognitivos em que se pede ao doente para desenhar um relógio indicando uma determinada hora (por ex: 11h15). Esta tarefa requer memória preservada, habilidade visoespacial e função executiva.

A pontuação é dada conforme: número 12 no topo=3 pontos; dois ponteiros=2 pontos; 12 números=2 pontos; a hora certa=2 pontos. Uma pontuação de 0 a 6 indica demência; de 7 a 9 indica função cognitiva normal.

**Avaliação do estado funcional:** o exame do estado funcional deve ser feito para documentar a função actual e pré-mórbida do doente. A informação deve ser obtida tanto do doente como do cuidador. A *Agency for Health Care Policy and Research* recomenda o **Questionário sobre Actividades Funcionais** (FAQ) (quadro II).

**QUADRO I**

**SINAIS E SINTOMAS QUE PODEM INDICAR A NECESSIDADE DE AVALIAÇÃO DA DEMÊNCIA**

**Alterações Cognitivas**

Alterações da memória, dificuldade em entender a comunicação escrita e falada, dificuldade em encontrar as palavras correctas, não reconhecimento de acontecimentos comuns, desorientação

**Sintomas psiquiátricos**

Isolamento ou apatia, depressão, desconfiança, ansiedade, insónia, timidez, paranóia, crenças anormais, alucinações

**Alterações da personalidade**

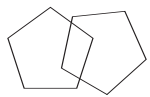
Afectos inapropriados, embotamento ou desinteresse, isolamento social, frustrações, discursos explosivos, sexualidade exagerada

**Problemas comportamentais**

Delírio, agitação, insónia com inquietação nocturna

**Alterações funcionais**

Dificuldade em conduzir, perder-se com facilidade, descuido pessoal e nas lides domésticas, dificuldade em manusear o dinheiro, erros no trabalho, dificuldade nas compras

SCORE MÁXIMO	SCORE	
5		<b>Orientação</b> (um ponto por cada resposta correcta) Em que (ano) (estação) (mês) (dia do mês) (dia da semana) estamos? Em que (país) (distrito) (cidade) (casa) (andar) estamos?
3		<b>Retenção</b> (contar um ponto por cada palavra correctamente repetida) Nomear três objectos comuns (ex: maçã, pêra, caneta); pedir ao doente para as repetir
5		<b>Atenção e Cálculo</b> (um ponto por cada resposta correcta) Soletrar uma palavra ao contrário (ex: mundo – o,d,n,u,m)
3		<b>Evocação</b> (um ponto por cada resposta correcta) Perguntar os três objectos nomeados anteriormente
2		<b>Linguagem</b> (um ponto por cada resposta correcta) Identificar objectos (lápiz e relógio)
1		Repetir a frase : «O rato roeu a rolha»
3		Seguir a ordem: pegar na folha com a mão direita, dobrá-la a meio e pôr sobre a mesa
1		Mostrar um cartão com a frase «Feche os olhos»
1		Escrever uma frase
1		Copiar um desenho 

Considera-se com défice cognitivo: Analfabetos ≤15; 1 a 11 anos de escolaridade ≤22; com escolaridade superior ≤27

Figura 1. MMSE

A resposta a cada item é pontuada: normal=0; faz sozinho mas com dificuldade=1; requer ajuda=2; depen-

dente=3. O score total varia entre 0 e 30. Uma pontuação de dez ou superior sugere uma disfunção funcional.

#### QUADRO II

##### QUESTIONÁRIO SOBRE ACTIVIDADES FUNCIONAIS (FAQ)

- Assuntos de natureza financeira, pagamento de contas, preenchimento de cheques
- Declaração de impostos, assuntos económicos
- Compras do dia-a-dia
- Hobbies ou jogos
- Fazer um chá, pôr e tirar a cafeteira do lume
- Cozinhar uma refeição equilibrada
- Percepção de acontecimentos actuais
- Nível de atenção e compreensão: livros e televisão
- Memória: recordar encontros e horas de tomar medicamentos
- Passar: conduzir o próprio carro ou apanhar os transportes públicos

#### Diagnóstico diferencial

Nem todos os doentes com queixas de perda de memória têm demência. Alguns não têm mesmo perda de memória enquanto outros apenas têm um défice ligeiro insuficiente para o diagnóstico de demência. Várias situações podem cursar com perdas de memória ou défices cognitivos.

**Envelhecimento cerebral:** o declínio cognitivo atribuído somente à idade permanece controverso. No entanto, vários estudos longitudinais examinaram a *performance* neuropsicológica e demonstraram que a memória declina com a idade, especificamente a habilidade e a aquisição de dados novos, enquanto a memória retrógrada é mantida. Deve ser enfatizado que to-

dos os doentes com perda de memória devem ser cuidadosamente avaliados e que não é adequado assumir que as queixas são devidas à senescência.

**Depressão:** défices de memória estão muitas vezes associados à depressão *major* no idoso; os sintomas principais são a tristeza persistente, anedonia, distúrbios do sono e apetite, perda de energia, lentificação psicomotora, sentimentos de culpa e ruína e pensamentos recorrentes sobre a morte. Como a depressão com défices cognitivos pode predizer o desenvolvimento de demência, é importante o seguimento destes doentes para avaliar a eficácia do tratamento e impedir a progressão dos défices.

**Delírio:** o delírio ou estado confusional agudo é outra patologia que é comum no idoso. De acordo com a DSM-IV, o delírio requer<sup>3</sup>:

- distúrbios da consciência com redução da capacidade de focar, reter ou mudar de assunto.
- alteração da cognição com défices de memória, desorientação e distúrbios da linguagem ou desenvolvimento de distúrbios da percepção.
- desenvolvimento num curto período de tempo e com flutuações diárias.

*Delírios, alucinações e discurso incoerente podem estar presentes, o ciclo do sono está muitas vezes alterado e a actividade psicomotora está diminuída ou aumentada. O delírio está associado a várias doenças sistémicas, infecções e distúrbios tóxicos e metabólicos. Os doentes hospitalizados em geral e os doentes cirúrgicos em particular, têm mais propensão para desenvolver delírium. Dados que permitem diferenciá-lo da demência incluem o início rápido, a curta duração e os distúrbios da consciência que flutuam entre a agitação e a letargia. É importante reconhecer que doentes com demência tem risco aumentado para o delírio e*

que o delírio e a demência podem co-existir.

**Síndromes amnésicas:** a amnésia é definida como a incapacidade em adquirir nova informação e é um sinal precoce da doença de Alzheimer. Contudo, ao contrário da doença de Alzheimer, os síndromes amnésicos são caracterizados pela amnésia isolada com preservação de outras áreas da função neuropsicológica. Causas de amnésia incluem a síndrome de Korsakov associada ao abuso de álcool e deficiência de tiamina, encefalite herpética e traumatismo craniano. É importante reconhecer que doentes com perda de memória isolada sem causa aparente têm maior risco de desenvolver demência.

**Etiologia**

O Quadro III contém uma lista parcial das muitas causas de demência.

**Doença de Alzheimer**

A doença de Alzheimer (DA) é uma das principais causas de demência, contribuindo para mais de metade dos casos entre os idosos. A sua incidência aumenta com a idade e a maioria dos casos é esporádica. Não existe nenhum marcador biológico para confirmar a doença, contudo, critérios clínicos standardizados aumentam a certeza do diagnóstico.

O seu início é insidioso e a progressão lenta. Os distúrbios da linguagem podem ser um sinal precoce, progredindo até a afasia ou parafasia e défices de compreensão. A memória recente e a habilidade para adquirir nova informação são precocemente afectadas. Outros distúrbios comuns da função cortical incluem a apraxia, agnosia e alexia. Delírios e alucinações ocorrem em mais de 50% dos doentes.

O exame neurológico sumário é normal na maioria dos casos. Os si-

QUADRO III	
CAUSAS DE DEMÊNCIA	
<p><b>NEUROLÓGICA</b></p> <p>Doença de Alzheimer                      Demência do lobo frontal                      Demência vascular                      Doença de Parkinson                      Tumor intracraniano                      Hidrocefalia de pressão normal                      Demência de corpos de Lewy                      Traumatismo crâneo-encefálico                      Coreia de Huntington                      Esclerose múltipla                      Doença de Wilson                      Paralisia supranuclear progressiva</p> <p><b>INFECCIOSA</b></p> <p>Neurossifilis                      Meningite/encefalite                      Infecção pelo VIH                      Infecção criptocócica                      Doença de Creutzfeldt-Jakob                      Doença de Lyme</p>	<p><b>METABÓLICA</b></p> <p>Hipotireoidismo e hipertireoidismo                      Pan-hipopituitarismo                      Doses elevadas de corticóides                      Deficiência de vitamina B12, tiamina                      Hipo e hipercalcemia                      Falência renal e hepática</p> <p><b>TÓXICOS QUÍMICOS</b></p> <p>Álcool                      Metais (chumbo, mercúrio)                      Corantes</p> <p><b>INTOXICAÇÕES MEDICAMENTOSAS</b></p> <p>Barbitúricos                      Opiáceos                      Anticolinérgicos                      Lítio                      Brometos                      Haloperidol                      Anti-hipertensores</p>

nais extrapiramidais quando presentes precocemente sugerem um delírio mais rápido.

**Demência vascular**

A ocorrência de múltiplos acidentes vasculares cerebrais pode condicionar uma deterioração das capacidades cognitivas e produzir uma verdadeira demência, muitas vezes designada como *demência multienfartes*. Dados recentes sugerem que entre os indivíduos mais idosos (mais de 85 anos), a demência vascular rivaliza com a DA como etiologia principal da demência.

A demência vascular é clinicamente reconhecida em doentes com história de AVC, sinais neurológicos focais ou enfarte nos exames imagiológicos. Aqueles com factores de risco cardiovasculares têm uma prevalência mais elevada. O clássico início súbito da deterioração ocorre em menos de metade

dos casos, sendo os restantes silenciosos, daí a importância dos exames imagiológicos em todos os casos de demência.

Os défices cognitivos associados dependem do local da lesão. Os acidentes dos grandes vasos causam défices corticais (afasia) e défices focais (hemianopsia e hemiparésia). Os múltiplos enfartes dos pequenos vasos têm uma apresentação clínica sub-cortical com esquecimento e défices da função de execução.

**Hidrocefalia de pressão normal**

Este distúrbio merece especial atenção, não só porque é reversível, mas também porque existe uma tendência para o diagnosticar em excesso. Caracteriza-se por uma dilatação progressiva dos ventrículos, sem atrofia cortical. Na maioria dos casos não se identifica um factor precipitante, mas

a hidrocefalia pode surgir no contexto dum bloqueio da absorção do líquido céfalo-raquidiano, por inflamação meníngea ou perante uma hemorragia subaracnóidea. Em termos clínicos caracteriza-se pela tríade clássica de demência, distúrbios da marcha e incontinência fecal e urinária. O diagnóstico é baseado na clínica e em exames radiológicos.

### Tumores intracranianos

Podem condicionar um quadro demencial variável, conforme as suas dimensões e localização. As massas na superfície orbitária do lobo frontal ou na superfície interna do lobo temporal podem condicionar um quadro de défices cognitivos dissociados de outros sinais indicativos da existência de um tumor cerebral. O desenvolvimento de cefaleias unilaterais progressivas, de défice neurológico de novo ou de uma alteração da personalidade podem constituir pistas indicativas da presença de uma massa ocupando espaço.

### Demência frontotemporal

A demência frontotemporal consiste num grupo clínico e patológico heterogéneo de distúrbios, que têm em comum a degenerescência do lobo frontal e temporal e de que é exemplo a doença de Pick. Alterações comportamentais, com desinibição, impulsividade, comportamentos sociais inapropriados, apatia, isolamento, são sintomas precoces e frequentes. Estas alterações permitem fazer o diagnóstico diferencial com a doença de Alzheimer. Os distúrbios da linguagem podem aparecer precocemente, enquanto que a função visoespacial permanece intacta até fases avançadas da doença. A neuroimagem permite a visualização de atrofia focal.

### Demência associada ao parkinsonismo

O parkinsonismo é uma síndrome da

função motora alterada caracterizada por bradicinesia, rigidez muscular, tremor em repouso e instabilidade postural.

A demência é frequentemente um achado secundário, ocorrendo em cerca de 40% dos doentes com doença de Parkinson. O declínio cognitivo surge cerca de um ano após o início das alterações do movimento, com alterações da memória, défices da função executiva, permanecendo a linguagem intacta.

Em contraste, a doença com corpos de Lewy é identificável pela *performance* cognitiva flutuante, alucinações visuais bem estruturadas e parkinsonismo que emerge simultaneamente com os défices cognitivos.

### Outras etiologias

Qualquer *infecção* envolvendo o cérebro pode produzir um quadro de deterioração cognitiva difusa. A neurosífilis, a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e as infecções criptocócicas disseminam-se pelo SNC produzindo quadros demenciais.

A demência associada a *neurosífilis* parenquimatosa provoca paresia completa. Actualmente é muito rara devido à utilização por rotina do teste de rastreio para o *Treponema pallidum*. Caracteriza-se pelo aparecimento de défice de memória com confabulação, disartria, juízo crítico alterado, psicose e grandiosidade.

Os agentes infecciosos responsáveis por distúrbios subagudos, como a doença de Creutzfeldt-Jakob e a leucoencefalopatia multifocal progressiva, são resistentes ao tratamento. A *doença de Creutzfeldt-Jakob* apresenta-se geralmente como uma demência que progride em semanas ou meses; é muitas vezes rapidamente progressiva, com um tempo médio desde o início dos sintomas até à morte de quatro a cinco meses. A depressão e a labilidade emocional são frequentes. As

mioclonias, especialmente em resposta aos estímulos, aparecem tardiamente em três quartos dos doentes. A ataxia é uma manifestação tardia e a marcha e a visão podem ser afectadas.

Os *distúrbios endocrinológicos*, como o hiper e hipotiroidismo, o pan-hipopituitarismo e a terapêutica com doses elevadas de corticóides, podem causar uma perda – habitualmente reversível – das capacidades cognitivas. A demência associada ao hipotiroidismo surge com falta de atenção e alterações da memória; podem ocorrer sintomas psicóticos.

Os *distúrbios metabólicos* devidos a uma insuficiência renal ou hepatoceular avançada determinam um quadro encefálico que se distingue da demência por cursar com alterações da consciência. Contudo, as formas ligeiras de doença metabólica podem exacerbar uma demência subjacente, assim como a desidratação.

Os *distúrbios nutricionais* podem condicionar importantes alterações no estado mental. A *deficiência de tiamina*, se não tratada, pode conduzir ao desenvolvimento de demência de Korsakoff que é habitualmente reversível. A *anemia perniciosa* pode produzir demência, parcialmente reversível com a administração de vitamina B<sub>12</sub>.

Os doentes com demência degenerativa progressiva podem estar com *medicação* excessiva capaz de potenciar o processo patológico primário; por outro lado, os próprios fármacos podem estar a causar uma perda aparente das capacidades cognitivas. Os opiáceos e diversos fármacos neurotrópicos disponíveis, os anticolinérgicos e os antihipertensores podem causar ou agravar os quadros demenciais. Estes agentes constituem uma importante etiologia de doença reversível ou passível de ser interrompida.

### Exames auxiliares de diagnóstico

Uma vez determinado que as queixas

de falha de memória do doente são resultantes de demência, deve determinar-se a natureza da desordem demencial e procurar patologias potencialmente reversíveis. Apesar de a doença de Alzheimer ser a causa de demência em 50% de todos os doentes com demência, devem ser pedidos testes laboratoriais e imagiológicos padronizados para detectar outras possíveis causas que requerem tratamento específico<sup>6</sup> (Quadro IV).

A TAC e a RMN cerebral tornaram-se exames de rotina na avaliação da demência, apesar da controvérsia. A neuroimagem é útil no diagnóstico das demências atípicas, meningite, hidrocefalia, tumores, acidentes vasculares,

lesões focais ou atrofia e hematomas. A TAC e RM estão particularmente recomendadas em doentes com apresentação atípica, rápida deterioração, incontinência, sinais neurológicos focais, história de traumatismo cerebral ou doenças sistémicas que afectem o cérebro (infecção por VIH, lúpus eritematoso sistémico). Outros testes estão indicados com base na suspeição clínica (Quadro V).

O ECG e Rx tórax podem ser úteis para despiste de doenças sistémicas tratáveis e a sua utilidade deve ser guiada pela história e exame físico.

O EEG em doentes com doença de Alzheimer pode ser normal ou mostrar um abrandamento difuso e não é pe-

dido por rotina na avaliação da demência. Contudo, pode ser útil quando há história de convulsões ou suspeita de doença de Creutzfeldt-Jakob.

A punção lombar não é necessária para a avaliação da maioria dos doentes com demência, mas pode estar indicada na presença de sinais clínicos específicos e laboratoriais específicos (Quadro VI).

Os testes genéticos para detecção do genótipo APOE e outros marcadores (tau, A beta 42, proteína p97, mutações mitocondriais) podem ajudar a confirmar o diagnóstico de doença de Alzheimer, mas ainda se encontram em investigação.

A tomografia de emissão de positrões (PET) e a tomografia de emissão de fotões (SPECT) nos doentes com doença de Alzheimer podem ser normais ou evidenciar alterações parietais bilaterais. Não podem ser recomendadas como alternativa aos outros métodos imagiológicos devido aos elevados custos e baixa sensibilidade e especificidade.

**QUADRO IV**

**TESTES LABORATORIAIS PADRONIZADOS**

Testes	Causa possível que pode ser detectada
Hemograma	Anemia ou infecção sistémica
Ionograma	Alterações electrolíticas
Cálcio	Hiper ou hipocalcemia
Ureia, creatinina	Uremia
Transaminases	Disfunção hepática
Função tiróidea	Hipo ou hipertiroidismo
Níveis séricos de vitamina B12 e ácido fólico	Anemia perniciosa, anemia megaloblástica
Níveis séricos de tiamina	Demência de Korsakoff
Análise sumária de urina	ITU, diabetes mellitus
VDRL, TPHA	Neurosifilis

**QUADRO V**

**TESTES ADICIONAIS A CONSIDERAR NO DIAGNÓSTICO DE DEMÊNCIA**

Testes adicionais	Causa possível que pode ser detectada
Rx tórax, ECG	Patologia cardiopulmonar
Pesquisa de toxinas, drogas, metais pesados	História de exposição
EEG	
Punção lombar	Convulsões, doença de Creutzfeldt-Jakob
	Metastização cerebral, neurosifilis, hidrocefalia, meningite, encefalite, vasculite
HIV	SIDA
Título da doença de Lyme	Doença de Lyme
Testes genéticos (genótipo APOE)	Doença de Alzheimer
PET/ TC emissão de fotões	

**CONCLUSÕES**

A abordagem inicial de um doente com défices cognitivos deve consistir numa história dirigida à natureza do proble-

**QUADRO VI**

**INDICAÇÕES DA PUNÇÃO LOMBAR**

- Início agudo ou subagudo (menos de oito semanas)
- Febre ou presença de sinais meníngeos
- Evidência de imunossupressão
- Apresentação atípica (por ex. cefaleias severas, convulsões, neuropatias cranianas)
- Achados clínicos sugestivos de hidrocefalia de pressão normal
- Teste TPHA positivo
- Anomalias na TAC ou RM cerebral

ma cognitivo. A entrevista clínica deve ser complementada com o exame do estado físico, neurológico, mental e funcional. O delírium, a depressão e os distúrbios amnésicos devem ser consideradas no diagnóstico diferencial. Uma vez feito o diagnóstico de demência, devem ser realizados testes laboratoriais e imagiológicos para determinar a natureza da desordem demencial.

É crucial que a demência seja reconhecida e avaliada num estadio inicial, não apenas para iniciar terapêutica adequada, mas também para proteger o doente de danos inevitáveis, como quedas, excessos de medicação ou nutrição desadequada.

A necessidade do diagnóstico precoce torna essencial o desenvolvimento de outros meios diagnósticos, como a neuroimagem quantitativa ou funcio-

nal e os marcadores clínicos biológicos ou genéticos.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INE. Censos 1991.
2. Garcia C, Costa C, Guerreiro M. Estimativa da prevalência da demência e da doença de Alzheimer em Portugal. *Acta Med Port* 1994; 7: 487-91.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4ª Ed, 1994; p.123-63.
4. Bachman DL, Wolf PA. Prevalence of dementia and probable senile dementia of the Alzheimer type. *Neurology* 1992; 13:431-9.
5. Santacruz KS, Swargerty D. Early diagnosis of dementia. *Am Fam Physician* 2001; 63:703-13.
6. Rabins PV, Lyketsos CG, Steele CD. *Practical dementia care*. New York: Oxford University Press; 1999.
7. Folstein MF, Folstein SE, McHugh

PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 196-8.

8. Sunderland T, Hill JL, Mellow AM. Clock drawing in Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 1989; 37:725-9.

9. Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CH. Measurement of functional activities of older adults in the community. *J Gerontol* 1982; 37:323-9.

10. Webster RG, Bowen JD. The diagnosis and differential diagnosis of dementia. *Med Clin North Am* 2002; 86:455-76.

11. Petrella JR, Coleman ER, Doraiswamy PM. Neuroimaging and early diagnosis of Alzheimer disease: A look to the future. *Radiology* 2003; 226: 315-32.

12. Pruitt AA. Abordagem da demência. *Cuidados Primários em Medicina*. Goroll 1999; 3ª Ed: p. 856-62.

#### Endereço para correspondência:

Susana Ribeiro  
Rua António Patrício, 90, 1º tras  
4460 Senhora da Hora

Recebido para publicação em 10/12/03  
Aceite para publicação em 03/05/04

#### INITIAL EVALUATION OF DEMENTIA

##### ABSTRACT

**Introduction:** Dementia is a growing medical and social problem, more common in the elderly. It is estimated that about 92.470 people are affected in Portugal. In spite of its variable clinical presentation, according to the etiology, the diagnostic criteria are very much the same. Alzheimer's disease is the main cause of dementia, although many other conditions may cause or simulate dementia. These conditions are often potentially reversible or treatable; thus, the family doctor must be able to perform the diagnosis.

**Objectives:** To describe the recommended steps in the initial evaluation of a possible dementia.

**Methods:** A Medline search from January 1995 to June 2003 using as key words dementia, diagnosis, and primary care was performed. A manual search of neurology textbooks complemented the Medline search.

**Review:** The medical history is an important diagnostic resource in the evaluation of the patient with cognitive deficit. It should include a set of questions to define existing cognitive, behavioural, psychiatric, functional and personality impairments. Physical examination is used not only to confirm the diagnosis, but to eventually identify coexisting illness causing or contributing to the dementia as well. Neurologic examination, mental status examination through the use of tools such as the Mini Mental Status Examination and the Clock Draw Test and the evaluation of functional status. Several conditions may present with memory loss or cognitive deficits; differential diagnosis with delirium, depression and amnesic disturbances must be made. Once the diagnosis of dementia is established investigations must be performed in order to assess the nature of the disorder causing dementia. The main etiologies of dementia are reviewed.

**Palavras-chave:** Dementia; Diagnosis; Primary Care.