

# “Abordaje de la demencia”

Guía de actuación en la coordinación  
Atención Primaria - Neurología



**Servicio Navarro de Salud**  
Osasunbidea

---

Esta guía se debe citar como: Ayuso T, Ederra MJ, Manubens JM, Nuin MA, Villar D, Zubicoa J. "Abordaje de la demencia. Guía de actuación en la coordinación Atención Primaria-Neurología" Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. 2007.

Está publicada en la Intranet del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea en la siguiente dirección:

**Centro: At. Primaria de A. Pamplona > Area Clínica > Servicios Clínicos > Guías y Protocolos > Abordaje de la demencia. Guía de actuación en la coordinación Atención Primaria-Neurología.**

*Toda nuestra admiración y agradecimiento al Dr. José M<sup>a</sup> Manubens, neurólogo del Hospital Virgen del Camino, cuya dedicación profesional a la demencia ha abierto un camino en nuestra comunidad. Su dedicación y generosidad para compartir sus conocimientos y trabajar en equipo y su humanidad y coherencia para afrontar su enfermedad y su muerte han dejado un recuerdo imborrable en todos los profesionales que compartimos con él el trabajo de elaborar esta guía.*



## **Autores:**

**Ayuso Blanco, Teresa.** *Neuróloga. Hospital de Navarra.*

**Ederra Miranda, María Jesús.** *Enfermera. Subdirección Navarra Norte. Dirección de Atención Primaria.*

**Manubens Bertrán, José M<sup>a</sup>.** *Neurólogo. Unidad de Demencias. Hospital Virgen del Camino*

**Nuin Villanueva, M. Angeles.** *Médico de Familia. Especialista en Medicina Preventiva. Sección de Evaluación y Calidad Asistencial. Dirección de Atención Primaria.*

**Villar Casado, Dolores.** *Médico de Familia. Centro de Salud de Casco Viejo.*

**Zubicoa Ventura, Juana.** *Médico de Familia. Centro de Salud de San Jorge.*

## **Colaboradores:**

**Ayerdi Navarro, Karmele.** *Médico de Familia. Sección de Evaluación y Calidad Asistencial. Dirección de Atención Primaria.*

**Arrazola Aranzadi, Ander.** *Especialista en Medicina Preventiva. Sección de Planificación. Departamento de Salud.*

**Gómez Martínez, Ana Rosa.** *Enfermera. Centro de Salud de Chantrea.*

**Goñi Sarries, Adriana.** *Psicóloga. Centro de Salud Mental de Estella*

**Mari Puget, Guillermina.** *Enfermera. Servicio de Gestión Clínica y Sistemas de Información. Dirección de Atención Primaria.*

**Miji Viagem, Laurindo.** *Centro psicogeriátrico San Francisco Javier.*

**Ojer Ibiricu, M. Jesús.** *Psicoterapeuta. Centro psicogeriátrico San Francisco Javier.*

**Salaberri Nieto, Aurora.** *Enfermera. Servicio de Gestión Clínica y Sistemas de Información. Dirección de Atención Primaria.*

**Yanguas Lezaun, Elena.** *Enfermera. Servicio de Urgencias extrahospitalarias*

## **Revisores:**

**Ancizu Irure, Eugenia.** *Enfermera. Centro de Salud de Chantrea.*

**Arana Domench, Jesús.** *Médico de Familia. Centro de Salud de Il Ensanche.*

**Cano Cáceres, Eugenia.** *Médico de Familia y Geriatra. Centro de Salud Peralta.*

**Erviti López, Juan.** *Farmacéutico. Servicio de Prestaciones Farmacéuticas de A.P. Dirección de Atención Primaria.*

**Gabilondo Pujol, Luis.** *Técnico de Gestión. Servicio de Gestión Clínica y Sistemas de Información. Dirección de Atención Primaria.*

**García Castellano, Pilar.** *Trabajadora Social Centro de Salud de Milagrosa.*

**Gorricho Mendivil, Javier.** *Farmacéutico. Servicio de Prestaciones Farmacéuticas de A.P. Dirección de Atención Primaria.*

**Iraizoz Apezteguía, Itziar.** *Geriatra. Servicio de Geriatría. Hospital de Navarra.*

**Larrión Zugasti, José Luis.** *Geriatra. Servicio de Geriatría. Hospital de Navarra.*

**Moreno Bakedano, Mikel.** *Médico de Familia. Centro de Salud de Irurzun.*

**Pérez Gómez, Juan Manuel.** *Médico de Familia. Centro de Salud de Burlada.*

**Quesada Jiménez, Pedro.** *Neurólogo. Servicio de Neurología. Hospital Virgen del Camino.*

**Sarrasqueta Saenz, Pilar.** *Médico de Familia. Sección de Evaluación y Calidad Asistencial. Dirección de Atención Primaria*

**Senosiain Zabalegui, Miguel Angel.** *Médico de Familia. Centro de Salud de Irurzun.*

**Soriano Hernández, Gerardo.** *Neurólogo. Servicio de Neurología Hospital de Navarra.*

**Valencia Venys, Idoia.** *Enfermera. Servicio de Geriatría. Hospital de Navarra.*

## **Autores del Plan personal de seguimiento de la fragilidad (Anexo 6)**

**Arbilla Izurdiaga, Ondartxo.** *Enfermera. Centro de Salud de Casco Viejo*

**Ayerdi Navarro, Karmele.** *Médico de Familia. Sección de Evaluación y Calidad Asistencial. Dirección Atención Primaria de Navarra.*

**Chocarro Resano, Ana.** *Trabajadora Social. Centro de Salud Mental de Tudela*

**Jusué Rípodas, Luisa.** *Trabajadora Social. Centro de Salud de Azpilagaña*

**San Martín San Martín, M. Pilar.** *Enfermera. Coordinación del Plan de Atención Socio-sanitario de Navarra*

**Litago Gil, Carmen.** *Médico. Centro de Salud de Estella*

**Salaberri Nieto, Aurora.** *Enfermera. Servicio de Gestión Clínica y Sistemas de Información. Dirección de Atención Primaria.*

**Zubicoa Ventura, Juana.** *Médico de Familia. Centro de Salud de San Jorge*

## **Coordinación gráfica:**

**Laín Bandrés, Asun.** *Administrativa. Sección de Evaluación y Calidad Asistencial. Dirección de Atención Primaria.*

**Zarauz Sagüés, Marisa.** *Administrativa. Sección de Evaluación y Calidad Asistencial. Dirección de Atención Primaria.*

Título: Abordaje de la demencia. Guía de actuación en la coordinación. Atención Primaria - Neurología

© Gobierno de Navarra  
Departamento de Salud, 2008

Fotocomposición: Página, S.L.  
Imprime: Gráficas Lizarra, S.L.

Depósito Legal: NA-2103/2008

## Presentación

La demencia, y la enfermedad de Alzheimer como manifestación más frecuente, es una enfermedad degenerativa que afecta a población envejecida y para la que, a pesar de los esfuerzos, no existe ningún tratamiento que frene de forma efectiva la progresión de la enfermedad por lo que los pacientes que la sufren precisan cuidados y apoyos durante mucho tiempo.

Esto conlleva implicaciones sociales y económicas muy importantes, tanto para los pacientes y sus cuidadores como para los sistemas de salud y sociales.

En Navarra, a partir de los datos del estudio EURODEM, elaborado en 1999 y de ámbito europeo, se estima que en el año 2006 había 8.915 personas mayores de 60 años con demencia moderada y grave (6,6% de la población mayor de esta edad) y que en ese año se habían diagnosticado 1.992 casos nuevos de enfermedad.

El sistema sanitario y en concreto Atención Primaria, juega un papel muy importante en todas las fases de la enfermedad: prevención, diagnóstico temprano, seguimiento del tratamiento que frena el deterioro cognitivo, control de los síntomas conductuales, información y apoyo a los cuidadores principales, asesoramiento en relación al plan de cuidados y, al final, prestación de cuidados paliativos. Estas etapas están marcadas por una progresiva incapacidad para las actividades de la vida diaria y precisan de programas con importante participación de recursos sanitarios y sociales.

Así mismo, las enfermedades neurodegenerativas en general y la demencia en particular plantean, desde el punto de vista de la bioética, nuevos retos a la sociedad y al sistema sanitario, como son el respecto a la autonomía del paciente, la información al paciente y a la familia, la posibilidad de cumplimentar el documento de voluntades anticipadas, la elección de un tutor o representante y el consentimiento informado, entre otros.

Por estos motivos, se ha elaborado esta guía en el marco del Plan de coordinación Atención Primaria- AE por un grupo de trabajo de profesionales de medicina de familia, enfermería y de neurología y que ha contado con la revisión de otras especialidades, fundamentalmente geriatría y cuyo objetivo es mejorar la continuidad de la atención de los pacientes con deterioro cognitivo o demencia en las etapas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de su enfermedad.

Un cordial saludo.



**Isabel Martín Montaner**  
Directora Atención Primaria



**Javier Sada Goñi**  
Director Asistencia Especializada





# Indice

1. Introducción .....	11
2. Concepto de demencia .....	19
3. Diagnóstico de demencia .....	21
3.1. Historia clínica del deterioro cognitivo.....	21
3.2. Entrevista con una persona informadora .....	22
3.3. Test cognitivos .....	23
3.3.1. Mini-Mental.....	23
3.3.2. Test de Memoria.....	23
3.3.3. Baterías neuropsicológicas .....	24
3.4. Criterios diagnósticos de demencia .....	25
3.4.1. DSM-IV.....	25
3.4.2. GENCD.....	25
3.4.3. Comentarios a los criterios diagnósticos de demencia .....	26
3.4.4. Deterioro Cognitivo Ligero .....	26
3.4.5. Confusión y delirium .....	26
3.4.6. Depresión .....	27
4. Pruebas complementarias para el diagnóstico de demencia .....	29
5. Actuación ante un paciente con sospecha de demencia (cambios cognitivos y/o conductuales y pérdidas funcionales) o quejas por pérdida de memoria. Diagrama de actuación .....	31
6. Diagnóstico de los diferentes tipos de demencia .....	35
6.1. Enfermedad de Alzheimer.....	36
6.2. Demencia vascular.....	37
6.3. Demencia con cuerpos de Lewy .....	38
6.4. Demencia fronto-temporal .....	38
7. Consideraciones éticas y legales .....	39
7.1. Revelación del diagnóstico .....	39
7.2. Aplicación de pruebas genéticas.....	40
7.3. Consentimiento informado.....	40
7.4. Voluntades anticipadas .....	41
7.5. Capacidad legal .....	42
7.6. Capacidad para conducir vehículos .....	43
7.7. Capacidad para permiso de armas .....	44
7.8. Malos tratos y abandono .....	44
8. Tratamiento .....	45
8.1. Anticolinesterásicos .....	45
8.2. Memantina .....	47
8.3. Tratamiento y control de los FRCV .....	48
8.4. Otros fármacos .....	48
8.5. Estimulación cognitiva .....	48
8.6. Tratamiento de los síntomas conductuales .....	49
8.6.1. Tratamiento no farmacológico.....	50
8.6.2. Tratamiento farmacológico.....	53
8.7. Tratamientos en la demencia terminal .....	56
8.7.1. Medidas básicas .....	56

8.7.2. Uso de antibióticos .....	57
8.7.3. Nutrición .....	57
9. Seguimiento del paciente con demencia .....	59
9.1. En Atención Primaria.....	59
9.1.1. Actividades específicas con el paciente y la persona cuidadora según el estadio de demencia .....	62
9.1.2. Criterios de interconsultas en el seguimiento .....	63
9.2. En Neurología.....	63
9.3. Criterios de alta por parte de Neurología .....	63
10. Plan de cuidados de enfermería en los aspectos específicos del paciente con demencia .....	65
10.1. Contenidos generales .....	65
10.2. Valoración por patrones .....	65
10.3. Plan de cuidados .....	66
10.3.1. Categorías diagnósticas de enfermería más frecuentes en las personas con demencia .....	66
10.3.2. Categorías diagnósticas de enfermería más frecuentes en las personas cuidadoras de afectados con demencia .....	70
10.4. Criterios de calidad.....	72
11. Atención a la persona cuidadora.....	73
12. Evaluación de la atención a la persona con demencia.....	77
13. Bibliografía .....	83

## **Anexos**

- Anexo 1. Test de Valoración Funcional
- Anexo 2. Test cognitivos
- Anexo 3. Confusión y delirium
- Anexo 4. Depresión. Test de Yesavage
- Anexo 5. Protocolo OMI de abordaje del paciente con sospecha de demencia (PROTOCOLO DEMENCIA, SOSPECHA DE)
- Anexo 6. Plan personal en OMI de seguimiento de la fragilidad
- Anexo 7. Criterios para el diagnóstico y estadiaje de la demencia
- Anexo 8. Inventario neuropsiquiátrico de Cummings
- Anexo 9. Tratamiento no farmacológico de los síntomas conductuales
- Anexo 10. Recomendaciones para la adaptación del entorno de una persona con demencia
- Anexo 11. Actividades que la persona cuidadora puede proporcionar a la persona con demencia en el medio familiar
- Anexo 12. Impacto de la demencia en la persona cuidadora
- Anexo 13. Recursos sociosanitarios
- Anexo 14. Direcciones electrónicas en la red

## 1. Introducción

La demencia es un problema de gran magnitud por el deterioro que implica para la persona enferma, la dedicación que precisa por parte de quienes le cuidan, el impacto familiar y la escasez de recursos terapéuticos eficaces. A corto plazo, se espera un aumento de su prevalencia por el envejecimiento progresivo de la población.

El Comité de Mejora de la coordinación en Neurología encargó a un grupo de trabajo constituido por profesionales de medicina y enfermería de Atención Primaria (AP) y de neurología la elaboración de una guía con el objetivo de definir el abordaje de las personas que consultan por pérdida de memoria y/o síntomas/signos sospechosos de demencia y el seguimiento coordinado con Neurología de estos pacientes.

Esta guía intenta proporcionar recomendaciones en base a las evidencias disponibles y ser una herramienta de ayuda a la hora de tomar decisiones clínicas, si bien puede no ser adecuada en todas las circunstancias. En una guía no existen respuestas para todas las cuestiones que se plantean en la práctica diaria. La decisión final acerca de un particular procedimiento clínico, diagnóstico o de tratamiento dependerá de cada paciente en concreto, de las circunstancias y valores que estén en juego y de los recursos disponibles.

### Necesidad de una guía

La demencia y la enfermedad de Alzheimer (EA), su manifestación más frecuente, son enfermedades complejas que afectan principalmente a la población más envejecida. Conllevan una disminución de la capacidad mental, de progresión generalmente lenta con alteración de la memoria, el pensamiento y el juicio hasta interferir en las actividades de la vida cotidiana.

En Navarra, y a partir de los datos del estudio EURODEM (1999) se estima que en el año 2006 había 8.915 personas mayores de 60 años con demencia moderada y grave (6,6 % de la población). El porcentaje de demencia va aumentando con la edad (1,3 % en el grupo de 60-69 años, 5 % en 70-79 años, 16 % en 80-89 años y 32,7 % en mayores de 90 años).

En cuanto a la incidencia, según las tasas del mismo estudio, se calcula que en el año 2006 se han diagnosticado 1.992 casos nuevos de enfermedad en personas mayores de 65 años, de las cuales un 68 % corresponde a la EA. Estas tasas aumentan igualmente en función de la edad y van desde un 2 por mil en el grupo de 65 a 69 años hasta un 66 por mil en los mayores de 85 años.

AP, como puerta de entrada al sistema, tiene un papel fundamental en el diagnóstico temprano y seguimiento de estos pacientes. La queja por pérdida de memoria, referida por el paciente, o bien por la familia, es una demanda habitual en visitas a la consulta de medicina y de enfermería. Ante esta queja, es importante valorar la situación cognitiva de la persona para reconocer la enfermedad en etapas iniciales del período sintomático.

El diagnóstico se basa en la anamnesis, exploración física, analítica y escalas psicométricas. Estas últimas son una herramienta que contribuye al diagnóstico y que precisa un entrenamiento para su correcta aplicación y evaluación. A la vez, es un área poco trabajada en la formación. Tanto los profesionales de medicina como de enfermería aplican estos test en función de la organización de cada Unidad Básica.

Posteriormente, los profesionales de AP se responsabilizan del seguimiento del tratamiento que frena el deterioro cognitivo, del control de los síntomas conductuales, de la información y apoyo a los cuidadores principales, del apoyo y asesoramiento en relación al plan de cuidados y, al final, del apoyo en relación a los cuidados paliativos. Estas etapas están marcadas por una progresiva incapacidad para las actividades de la vida diaria y precisan de programas con importante participación de recursos sanitarios y sociales.

La demencia provoca el 25 % de todas las dependencias en España y se calcula que el 40 % de las personas con esta enfermedad presenta una situación de gran dependencia, es decir, la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria y varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental y física, necesita la presencia indispensable y continua de otra persona. A esto se añade que el 70 % de los pacientes viven en su domicilio a cargo de una persona cuidadora que con frecuencia presenta con el tiempo un síndrome de sobrecarga.

En el año 2003, el Comité Técnico del Plan de Coordinación AP-Atención Especializada (AE) aprobó un “Catálogo de acceso de pruebas complementarias desde Atención Primaria”. En este marco se contempla la petición de TAC craneal desde AP en el contexto de esta guía de actuación con el objetivo de acortar el periodo de diagnóstico y, en su caso, proporcionar una mayor resolución a la primera visita en Neurología.

## Objetivo general

Mejorar la atención de los pacientes con deterioro cognitivo o demencia en las etapas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de su enfermedad.

## Objetivos específicos

- Mejorar el abordaje inicial de las personas que acuden a AP por síntomas y/o signos relacionados con el deterioro cognitivo.
- Reconocer las demencias de etiología reversible.
- Capacitar a los profesionales de AP en el empleo de las escalas psicométricas más habituales, especialmente el Mini-Mental.
- Establecer criterios de interconsulta a AE.
- Establecer criterios de seguimiento de los pacientes con deterioro cognitivo o demencia en AP y Neurología.
- Contemplar los aspectos éticos y legales propios de esta enfermedad neurodegenerativa a lo largo de todo el proceso de atención al paciente.

## Principales preguntas a las que se intenta responder

1. ¿Qué se entiende por deterioro cognitivo ligero y por demencia?
2. ¿Con qué otros procesos se establece el diagnóstico diferencial de demencia? (Delirium, depresión)
3. ¿Qué test se emplean en cada ámbito de actuación?
4. ¿Cuál debe ser la actuación ante un paciente con sospecha de demencia o quejas por pérdida de memoria?
5. ¿Qué diferentes tipos de demencia hay?
6. ¿Qué posibilidades terapéuticas hay disponibles para frenar el deterioro cognitivo?
7. ¿Qué tratamientos no farmacológicos y farmacológicos se pueden utilizar en el manejo de los síntomas conductuales?
8. ¿Cuál podría ser el seguimiento recomendado para estos pacientes por parte de los profesionales de medicina y enfermería de AP y de los profesionales de neurología?
9. ¿Qué aspectos éticos y legales hay que considerar a lo largo de la atención a estos pacientes?

## Población diana

Personas que acuden solas o acompañadas a consulta de AP y que refieren, bien ellas o sus familiares, quejas por pérdida de memoria u otros síntomas o signos relacionados con el deterioro cognitivo.

## Usuarios de la guía

Profesionales fundamentalmente de medicina y enfermería del EAP y especialistas en neurología del Servicio Navarro de Salud.

## Beneficios esperados para el paciente

Unificar las pautas de actuación de los profesionales de AP y Neurología puede favorecer un diagnóstico más temprano de la enfermedad y un seguimiento más coordinado.

## Metodología de elaboración

Se revisaron las diferentes guías publicadas<sup>1-18</sup> y las revisiones sistemáticas relacionadas con la atención médica y socio-sanitaria de los pacientes con demencia, estructurando la tarea en varios capítulos independientes pero a su vez complementarios.

Todos los miembros del grupo estudiaron personalmente el material acumulado para cada uno de los capítulos y mediante consenso se adaptaron a la práctica clínica habitual en Navarra los contenidos extraídos de las principales guías de actuación.

Se solicitó la opinión de un grupo de profesionales que revisó el primer borrador y contribuyó a la edición última.

La guía se ha redactado de modo esquemático, señalando los aspectos fundamentales para el diagnóstico y tratamiento del deterioro cognitivo y demencias, de tal modo que permita responder a las preguntas prácticas más frecuentes y al mismo tiempo acceder cuando sea preciso a toda la información relevante.

A lo largo de la guía se hacen una serie de recomendaciones. Siempre que es posible, se indica el nivel de evidencia científica y el grado de la recomendación.

### NIVEL de evidencia científica

- I. Evidencia proporcionada por uno o más ensayos clínicos bien diseñados, aleatorizados y controlados, incluidas las revisiones (metaanálisis) de este tipo de ensayos.
- II. Evidencia proporcionada por estudios observacionales bien diseñados con controles concomitantes (por ejemplo, estudios caso-control o estudios de cohorte).
- III. Evidencia proporcionada por la opinión de un experto o informes de comités de expertos, series de casos, comunicaciones de casos y estudios en controles históricos.

### GRADO de la recomendación

**A o Estándar:** Principio para el tratamiento del paciente que refleja un grado elevado de certidumbre clínica (normalmente exige evidencia de clase I que aborda directamente cuestiones clínicas o evidencia rotunda de clase II cuando las circunstancias descartan ensayos clínicos aleatorizados).

**B o Directriz:** Recomendación para el tratamiento del paciente que refleja una certidumbre clínica moderada (normalmente exige evidencia de clase II o un consenso importante de evidencia de clase III).

**C u Opción:** Estrategia para el tratamiento del paciente para el cual la utilidad clínica es incierta (evidencia u opción no concluyente).

✓ Consenso.

En los anexos se aporta el material necesario para seguir las pautas de actuación recomendadas y las principales referencias bibliográficas utilizadas.

## Pilotaje

La guía será pilotada por un grupo de profesionales previo a su extensión generalizada.

## Revisión de la guía

Será revisada en el plazo de dos años.

## Resumen de las recomendaciones

<b>DIAGNÓSTICO</b>	
<b>Diagnóstico de demencia</b>	
<b>C</b>	Hay insuficiente evidencia para recomendar a favor o en contra el cribado de deterioro cognitivo en ausencia de demencia.
<b>A</b>	Se recomienda mantener un alto grado de sospecha de demencia, y por tanto iniciar el proceso diagnóstico, ante cambios cognitivos y/o conductuales observados por el profesional o referidos por el paciente o familiar.
<b>A</b>	Cuando el declinar cognitivo es descrito por un informador, estas observaciones deben ser tenidas muy en cuenta y se debe realizar su evaluación y seguimiento.
<b>B</b>	Las quejas de memoria deben ser evaluadas y el paciente seguido para observar su progresión.
<b>Historia clínica del deterioro cognitivo</b>	
<b>B</b>	Debe incluir los siguientes puntos: antecedentes familiares, antecedentes personales, fármacos, forma de inicio y evolución de los síntomas, exploración física y neurológica básica.
<b>Entrevista con una persona informadora</b>	
<b>C</b>	Se recomienda emplear el Test del Informador en todos los casos.
<b>B</b>	Al igual que en la Guía del Anciano, se recomiendan el índice de Barthel (actividades básicas) y la escala de Lawton y Brodie (actividades instrumentales) para graduar las alteraciones en las actividades de la vida diaria en AP.
<b>D</b>	En los casos con alteración cognitiva ligera o demencia inicial se recomienda emplear la escala de Blessed o la escala IDDD como métodos de evaluación en las consultas de Neurología.
<b>Test cognitivos</b>	
<b>B</b>	Se recomienda emplear el Mini-Mental de Folstein y las tablas de referencia para evaluar el resultado en cada caso considerando la edad y escolaridad.
<b>Test de Memoria</b>	
<b>C</b>	Se recomienda utilizar la prueba de memoria de CERAD en los sujetos con quejas de memoria que obtienen puntuaciones normales o dudosas en el Mini Mental
<b>Baterías neuropsicológicas en Neurología</b>	
<b>B<sup>a</sup></b>	A nivel especializado, se recomienda utilizar como métodos de estudio neuropsicológico básico el protocolo GERMCIIDE y el protocolo CERAD, con el objetivo de poder obtener información comparable en los diferentes ámbitos de actuación (AP, AE, Unidades de memoria, Centros de día y Centros de larga estancia) que se ocupan de la EA y otras demencias en Navarra.
<b>C<sup>b</sup></b>	
	<p>a. <i>Academia Americana de Neurología.</i></p> <p>b. <i>Grupo Demencias de la Sociedad Española de Neurología</i></p>
<b>Criterios diagnósticos de demencia</b>	
<b>B</b>	Se recomienda realizar el diagnóstico de demencia siguiendo los criterios DSM-IV en todos los casos.
<b>C</b>	Los criterios propuestos por el Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias (GNCD) pueden ser de ayuda en los casos atípicos. Es necesario obtener información acerca de la utilidad de estos nuevos criterios en las consultas especializadas.

## ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

<input type="checkbox"/> B	Se recomienda emplear los criterios NINCDS-ADRDA para el diagnóstico de EA.
<input type="checkbox"/> C	Se recomienda catalogar el estadio de gravedad empleando las escalas GDS (global dementia scale) o CDR (clinical dementia rating)
<input checked="" type="checkbox"/>	En AP, se recomienda catalogar el estadio de gravedad utilizando la escala GDS.

## CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES

<input checked="" type="checkbox"/>	El derecho a la información queda regulado actualmente por la Ley 41/2002 (Capítulo II) de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LAP).
<input checked="" type="checkbox"/>	En la actualidad no se recomienda el estudio genético para predecir riesgos futuros de EA ni el examen prenatal. (Recomendaciones sobre el examen del gen Apo-E en la EA del National Institute of Aging/Alzheimer's Association Working Group).
<input checked="" type="checkbox"/>	El paciente puede dejar constancia de sus deseos expresados sobre las actuaciones médicas para cuando se encuentre en situación de no poder expresar su voluntad mediante la cumplimentación del documento de voluntades anticipadas (DVA).  En él, la persona puede designar un representante que será el único interlocutor válido para el equipo sanitario.

## TRATAMIENTO

### Anticolinesterásicos

<input type="checkbox"/> B	Los anticolinesterásicos se utilizan para la alteración cognitiva y del comportamiento en el tratamiento de la EA, aunque el beneficio es modesto
<input type="checkbox"/> A	Se recomienda emplear tratamiento con anticolinesterásicos en los pacientes con diagnóstico de EA probable o posible, en estadios leve y moderado, teniendo en cuenta los posibles efectos secundarios y las pautas de administración consignadas en la ficha técnica.
<input type="checkbox"/> B	Se recomienda emplear tratamiento con rivastigmina en los pacientes con diagnóstico de demencia asociado a enfermedad de Parkinson.
<input checked="" type="checkbox"/>	En los pacientes con deterioro cognitivo ligero no existe indicación de emplear fármacos anticolinesterásicos si no es dentro de un ensayo clínico bien diseñado.

### Memantina

<input checked="" type="checkbox"/>	La indicación de memantina en el momento actual está restringida a pacientes con EA probable o posible siguiendo los criterios NINCDS-ADRDA, en estadios moderado a grave (puntuaciones en el MMSE <20; GDS 5 ó 6).
-------------------------------------	---

### Programas de estimulación

<input type="checkbox"/> C	La estimulación cognitiva puede ser una herramienta útil para mejorar la autonomía funcional de pacientes aunque no hay evidencias claras sobre su efectividad. Se precisan nuevos estudios para recomendar su aplicación de forma generalizada.
----------------------------	--

### Tratamiento de los síntomas conductuales

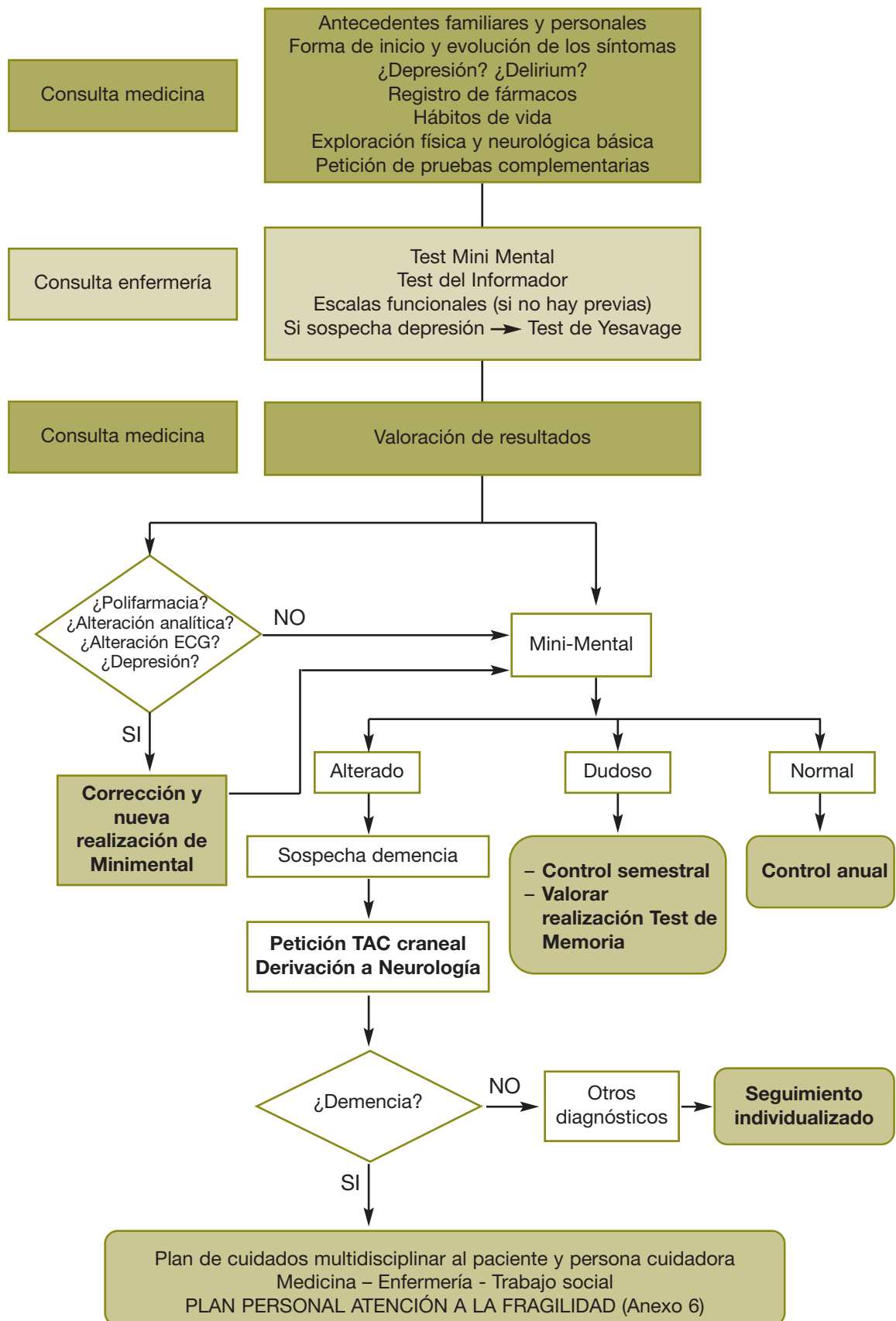
<input type="checkbox"/> B	Ante la presencia de trastornos conductuales, es necesario evaluar el estado del paciente para eliminar causas reversibles y factores que contribuyen a dichos síntomas.
<input type="checkbox"/> B	Es recomendable formar a las personas cuidadoras en aquellas intervenciones que son efectivas para la población con demencia.



<b>Ansiolíticos</b>	
<b>C</b>	Si está indicado el tratamiento con benzodiazepinas, se recomienda emplear aquellas con vida media corta (Loracepam, Oxacepam) o intermedia (Alprazolam).
<b>Antidepresivos</b>	
<b>C</b>	En los pacientes con demencia, se recomienda el empleo de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) para tratar los síntomas depresivos.
<b>Antipsicóticos</b>	
<b>A</b>	Los antipsicóticos son eficaces para tratar la agitación y el delirio en pacientes con demencia cuando fracasan las actuaciones ambientales.
<b>CUIDADOS DE ENFERMERÍA</b>	
<b>✓</b>	Se recomienda que en todo paciente con demencia figure: <ul style="list-style-type: none"> <li>• La valoración del patrón cognitivo – perceptual que conlleva la realización del Test Minimental.</li> <li>• En todo diagnóstico de enfermería confirmado debe constar en la historia clínica la característica definitoria que cumple.</li> </ul>
<b>ATENCIÓN A LA PERSONA CUIDADORA</b>	
<b>C</b>	Se recomienda valorar la carga de trabajo y las necesidades de la persona cuidadora y sus necesidades de manera periódica. Para valorar la sobrecarga de esta persona se propone utilizar la escala de Zarit.
<b>A</b>	La información sobre los síntomas y evolución de la demencia, la formación en habilidades para el manejo del paciente y los consejos de autocuidado son requisitos necesarios para prevenir el malestar psicológico del cuidador.
<b>A</b>	Las intervenciones son más efectivas si se centran en las necesidades específicas de los cuidadores, se dirigen a cuidadores más sobrecargados y se acompañan de medidas o recursos sociales que repartan el cuidado y alivien la carga.



**Actuación ante un paciente con sospecha de demencia (cambios cognitivos y/o conductuales y pérdidas funcionales) o quejas por pérdida de memoria**





## 2. Concepto de demencia

La demencia es un síndrome clínico plurietiológico, caracterizado por deterioro intelectual respecto a un nivel previo. Con frecuencia la evolución es de tipo crónico, pero no necesariamente irreversible ni progresiva.

Este deterioro intelectual implica una afectación de las capacidades funcionales del sujeto, suficiente para interferir sus actividades sociolaborales<sup>13</sup>.

En los últimos años se ha podido comprobar que muchos de los pacientes catalogados como alteración de memoria “leve” o “compatible con la edad” evolucionan a demencia y por tanto el concepto de benignidad aplicado a tales trastornos es erróneo<sup>19</sup>.

Ante una persona con quejas de memoria, cabe comparar su situación (evaluada con un test de memoria) con los datos de la mayoría de personas de su misma edad y estimar “cuánto se aleja de la normalidad”. Esta aproximación es útil en los casos extremos (muy alterado o poco alterado) pero no soluciona los casos intermedios.

En estas circunstancias, la mejor medida será realizar un seguimiento longitudinal que permita comparar los rendimientos obtenidos pasados unos meses o al cabo de los años.

Cuando se comprueba que la alteración no es únicamente de memoria sino que están afectadas otras funciones intelectuales (orientación, lenguaje, cálculo, capacidad de abstracción y planificación) y este menoscabo interfiere en mayor o menor intensidad la capacidad de desarrollar las actividades cotidianas, estamos ante una demencia.

En todos los casos de demencia es preciso realizar un diagnóstico diferencial correcto y establecer el tratamiento más adecuado para cada paciente, teniendo en cuenta no sólo las alteraciones cognitivas y los problemas conductuales sino todos los factores del entorno familiar y social.



### 3. Diagnóstico de demencia

El diagnóstico sindrómico de demencia se basa en los siguientes puntos clave:

- La historia clínica es sugestiva de deterioro cognitivo y/o alteración conductual.
- Confirmación del deterioro respecto al nivel previo, por un informador fiable (generalmente un familiar que convive o conoce bien al enfermo).
- Demostración de la alteración cognitiva mediante test apropiados a la edad y nivel de escolaridad del paciente.
- Se cumplen los criterios diagnósticos de demencia (DSM IV).

Hay insuficiente evidencia para recomendar a favor o en contra el cribado de deterioro cognitivo en ausencia de demencia (Grado C u Opción<sup>8, 20</sup>).

Se recomienda mantener un alto grado de sospecha de demencia, y por tanto iniciar el proceso diagnóstico, ante cambios cognitivos y/o conductuales observados por el profesional o referidos por el paciente o familiar (Grado A o Estándar<sup>8</sup>).

Cuando el declinar cognitivo es descrito por un informador, estas observaciones deben ser tenidas muy en cuenta y se debe realizar su evaluación y seguimiento. (Grado A o Estándar<sup>8</sup>).

Las quejas de memoria deben ser evaluadas y el paciente seguido para observar su progresión. (Grado B o Directriz<sup>8</sup>).

#### 3.1. Historia clínica del deterioro cognitivo

Debe incluir los siguientes puntos :

- Antecedentes familiares
- Antecedentes personales
- Fármacos
- Forma de inicio y evolución de los síntomas
- Exploración física y neurológica básica

(Grado B o Directriz<sup>8</sup>)

##### a) Antecedentes familiares de demencia (padres, hermanos, hijos)

##### b) Antecedentes personales

- Hipertensión arterial
- Cardiopatía isquémica (angor y/o infarto)
- Ictus
- Diabetes
- Hepatopatía
- Enfermedad pulmonar
- Consumo de alcohol
- Consumo de tabaco
- Tratamientos o enfermedades psiquiátricas, incluyendo depresión
- Epilepsia
- VIH

- Traumatismo craneal reciente
- Enfermedad tiroidea

**c) Fármacos que está tomando actualmente**

**d) Forma de inicio y evolución** de cada uno de los síntomas (alteración de memoria, lenguaje, orientación, praxis, cálculo, abstracción, depresión, alucinaciones, agitación, insomnio, incontinencia urinaria, crisis)

- **Inicio:** agudo, subagudo o insidioso
- **Evolución:** progresiva, fluctuante, escalonada

**e) Exploración física y neurológica básica**

- Tensión arterial
- Auscultación cardíaca (frecuencia cardíaca, arritmia, soplos)
- Auscultación de vasos del cuello (descartar soplos carotídeos)
- Movimientos oculares, campo visual por confrontación y fondo de ojo
- Focalidad motora o sensitiva
- Movimientos anormales (temblor, corea, mioclonías)
- Valoración de la marcha (parkinsoniana, atáxica, etc.)
- Reflejos arcaicos (prensión, glabellar, succión, hociqueo)
- Reflejos y sensibilidad (valorar vibratoria en EEII)

## 3.2. Entrevista con una persona informadora

Debe realizarse siempre, para confirmar la existencia de cambios en las funciones cognitivas. En muchos casos es la única fuente de información y permite valorar la repercusión en las actividades de la vida diaria.

Las **actividades básicas** son aquellas actividades primarias encaminadas al autocuidado y movilidad de tal modo que permiten el grado de autonomía e independencia elemental necesaria para que la persona pueda vivir y autocuidarse.

Las **actividades instrumentales** suponen un nivel más complejo de la conducta y permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener su independencia en la comunidad.

El concepto de **actividades avanzadas** de la vida diaria separa algunas tareas fundamentales para definir aquellas conductas más elaboradas que mediante el control del medio físico y social, permiten al individuo cumplir su papel en la sociedad.

La alteración funcional en la demencia sigue habitualmente un patrón inverso afectando en primer lugar las tareas más complejas pasando por las instrumentales y solamente en las fases de demencia moderadamente grave o grave se alteran las actividades más básicas de autocuidado o movilidad.

Existen diferentes escalas para graduar la intensidad de estas alteraciones de forma protocolizada (*Anexo 1*):

- Test del Informador<sup>21</sup>
- Escala de Barthel<sup>22, 23</sup>
- Escala de Lawton y Brodie<sup>24</sup>
- Escala de Blessed<sup>25</sup>
- Escala IDDD (Interview for Deterioration in Daily Living Activities in Dementia)<sup>26</sup>

- Se recomienda emplear el Test del Informador en todos los casos. (Grado C u Opción).
- Al igual que en la Guía del Anciano, se recomiendan el índice de Barthel (actividades básicas) y la escala de Lawton y Brodie (actividades instrumentales) para graduar las alteraciones en las actividades de la vida diaria en AP. (Grado B o Directriz).
- En los casos con alteración cognitiva ligera o demencia inicial se recomienda emplear la escala de Blessed o la escala IDDD como métodos de evaluación en las consultas de Neurología. (Grado C u Opción).

### 3.3. Test cognitivos

Permiten evaluar las diferentes funciones cognitivas de un determinado paciente, teniendo en cuenta los valores normalizados para la población de su misma edad y nivel de escolaridad.

Existen diversos test cortos para detección de demencia o deterioro cognitivo, cuya utilidad está demostrada en estudios epidemiológicos en los que interesa realizar un cribaje rápido, pero son de escaso valor para tomar decisiones en la consulta de AP.

Ver Anexo 2

#### 3.3.1. Mini-Mental

Uno de los test más ampliamente utilizados y para el que se dispone de datos normativos en la población navarra es el Mini-Mental de Folstein (MMSE)<sup>27</sup>.

Incluye subtest de orientación, cálculo, memoria, praxias y lenguaje. La sensibilidad y especificidad están en torno al 80% para el diagnóstico de demencia.

En la tabla que figura en el Anexo 2 se ofrecen los valores de referencia para mayores de 70 años obtenidos en un estudio epidemiológico realizado en Pamplona<sup>28</sup>. Es importante tener en cuenta que el diagnóstico no lo da únicamente la puntuación de la prueba. En todos los casos debe valorarse la actitud y colaboración del paciente y todos los factores que pueden modificar los resultados (capacidad visual y auditiva, nivel de atención y distractibilidad, etc.)

La versión del MMSE realizada por Lobo con el nombre de Mini Examen Cognoscitivo (MEC), añade nuevos ítems a la versión original y también algunas modificaciones que simplifican las tareas de cálculo y dibujo. Estos cambios pueden llevar a confusión dado que la puntuación máxima es de 35 puntos<sup>29</sup>.

Se recomienda emplear el Mini-Mental de Folstein y la tablas de referencia para evaluar el resultado en cada caso considerando la edad y escolaridad. (Grado B o Directriz<sup>10</sup>).

#### 3.3.2. Test de Memoria

La causa más frecuente de demencia en la población mayor de 65 años es la EA, que se inicia por una alteración progresiva en la memoria. Por ello es recomendable emplear un test que permita graduar la situación de las personas que consultan por problemas de memoria ya que en la puntuación global del MMSE esta dimensión se explora sólo en 3 de los 30 posibles puntos del test.

Se dispone de datos normalizados en Navarra del Test de Aprendizaje de Palabras de CERAD (Consortio para el Establecimiento de un Registro para la Enfermedad de Alzheimer)<sup>30</sup> que permite evaluar ante un determinado paciente la capacidad de aprendizaje, recuerdo inmediato y recuerdo diferido. Se mide también la capacidad de reconocimiento de los ítems aprendidos.

Están en fase de evaluación y normalización otros test (el Test de los 7 minutos<sup>31</sup> y el Memory Impairment Screen<sup>32</sup>) que incluyen una prueba de memoria con claves semánticas. Este tipo de test es muy específico para diferenciar las alteraciones que caracterizan a la EA en sus fases más iniciales<sup>11, 33</sup>.

Es necesario disponer de más datos validados de pruebas de memoria alternativas como son el Test de los 7 minutos y el Test MIS (Memory Impairment Screen) en nuestra población. (Grado C u Opción).

Se recomienda utilizar la prueba de memoria de CERAD en los sujetos con quejas de memoria que obtienen puntuaciones normales o dudosas en el Mini Mental (Grado C u Opción<sup>11</sup>).

### 3.3.3. Baterías neuropsicológicas en Neurología

La evaluación neuropsicológica detallada se realiza mediante baterías de test más o menos extensas que permiten reconocer las alteraciones en las diferentes esferas neuropsicológicas y caracterizar los distintos tipos de demencia.

En nuestro medio se emplea como exploración neuropsicológica básica el protocolo GERMCIIDE<sup>34</sup> (Grupo para estudio y registro multicéntrico de casos incidentes de demencia en España) diseñado por el grupo de estudio de demencias de la Sociedad Española de Neurología (SEN). Está disponible en una versión informática y permite además emplear otras baterías neuropsicológicas (ADAS<sup>35</sup>, CAMCOG, CERAD<sup>36</sup>) y las diferentes escalas de evaluación en deterioro cognitivo y demencias.

La mayoría de los neurólogos y neuropsicólogos de nuestro entorno emplean además los subtest de la batería neuropsicológica general del Test Barcelona<sup>37</sup>, que permite profundizar en el estudio de lenguaje y de los trastornos neuropsicológicos más frecuentes.

En los anexos se ofrecen referencias de estas y otras baterías de test disponibles para estudios más especializados en deterioro cognitivo y demencias.

A nivel especializado, se recomienda utilizar como métodos de estudio neuropsicológico básico el protocolo GERMCIIDE y el protocolo CERAD, con el objetivo de poder obtener información comparable en los diferentes ámbitos de actuación (AP, AE, unidades de memoria, centros de día y centros de larga estancia) que se ocupan de la EA y otras demencias en Navarra (Grado B o Directriz. Academia Americana de Neurología. Grado C u Opción. Recomendación Grupo Demencias de la Sociedad Española de Neurología).

**Tabla 1. Resumen de los test a realizar en cada ámbito de atención**

<b>Atención Primaria</b>	Test del Informador Escalas funcionales Test de Barthel Test Lawton y Brodie Test Mini-Mental de Folstein (MMSE) Test de Memoria CERAD -Opcional-
<b>Neurología</b>	Escala de Blessed / Escala IDDD Protocolos GERMCIIDE y protocolo CERAD

Ver Anexo 2



### 3.4. Criterios diagnósticos de demencia

#### 3.4.1. DSM-IV<sup>38</sup>

- 1) Deterioro de la memoria a corto plazo (5 minutos) y largo plazo (hechos, fechas, personas conocidas en el pasado)
- 2) Al menos una de las siguientes alteraciones cognitivas:
  - Afasia: alteración del lenguaje (comprender, denominar, etc.)
  - Apraxia: deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras, a pesar de que la función motora está intacta
  - Agnosia: fallo en el reconocimiento o la identificación de objetos a pesar de que la función sensorial está intacta
  - Alteración de las capacidades constructivas y función ejecutiva (por ejemplo planificar, organizar, secuenciar y abstraer)
- 3) Repercusión significativa en las actividades laborales y/o sociales
- 4) Debe suponer un declive o merma respecto a un nivel de funcionamiento previo más elevado
- 5) Los déficits no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium, aunque este puede superponerse a la demencia
- 6) Etiológicamente relacionada con una causa orgánica o a los efectos persistentes de una sustancia (incluyendo exposición a tóxicos) o a una combinación de ambos

#### 3.4.2. Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias (GENCD)<sup>39</sup> de la Sociedad Española de Neurología (SEN)

- 1) Alteraciones de al menos dos de las siguientes áreas cognitivas:
  - Atención/concentración
  - Lenguaje
  - Gnosias
  - Memoria
  - Praxias
  - Funciones visuoespaciales
  - Funciones ejecutivas
  - Conducta
- 2) Estas alteraciones deben ser:
  - Adquiridas con deterioro de las capacidades previas del paciente comprobado a través de un informador fiable o mediante evaluaciones sucesivas
  - Objetivadas en la exploración neuropsicológica
  - Persistentes durante semanas o meses y constatadas en el pacientes con un nivel de conciencia normal
- 3) Estas alteraciones son de intensidad suficiente como para interferir en las actividades habituales del sujeto, incluyendo las ocupacionales y sociales
- 4) Las alteraciones cursan sin trastorno del nivel de conciencia hasta fases terminales, aunque pueden ocurrir perturbaciones transitorias intercurrentes

### 3.4.3. Comentarios a los criterios diagnósticos de demencia

A pesar de que en los criterios DSM-IV el eje central para establecer el diagnóstico de demencia es la alteración de memoria, conviene resaltar el valor de la alteración en las restantes funciones cognitivas y también la importancia de las alteraciones conductuales.

Así, por ejemplo, gran parte de los casos de demencia fronto-temporal o demencia vascular pueden cursar sin alteración significativa de la memoria durante meses o años y en cambio ser muy llamativos los trastornos conductuales o la alteración de las funciones ejecutivas.

Clásicamente, los criterios DSM-IV han considerado necesario una duración mínima de los síntomas de 6 meses. Sin embargo, puede ser inadecuado establecer este tiempo ya que algunas demencias como la enfermedad de Creutzfeld-Jakob o la hidrocefalia normotensiva pueden evolucionar en un plazo de tiempo relativamente corto.

Teniendo en cuenta estos hechos, el grupo de estudio de neurología de la conducta y demencias de la Sociedad Española de Neurología ha propuesto algunas modificaciones a los criterios para demencia.

Estos criterios equiparan el valor de las alteraciones de memoria a las alteraciones conductuales o de las restantes funciones cognitivas al establecer el diagnóstico de demencia.

- Se recomienda realizar el diagnóstico de demencia siguiendo los criterios DSM-IV en todos los casos. (Grado B o Directriz<sup>10</sup>).
- Los criterios propuestos por el GNCD pueden ser de ayuda en los casos atípicos. Es necesario obtener información acerca de la utilidad de estos nuevos criterios en las consultas especializadas. (Grado C u Opción).

### 3.4.4. Deterioro Cognitivo Ligero (Mild Cognitive Impairment)<sup>33</sup>

El deterioro cognitivo ligero (DCL) puede ser de varios tipos:

- **DCL tipo A o Amnésico.** Presenta alteración aislada de memoria. Generalmente evoluciona a EA, con una tasa de conversión a demencia aproximada del 10% anual.
- **DCL tipo B.** Presenta alteración de memoria y otras funciones cognitivas. Puede corresponder al envejecimiento normal o a fases iniciales de la EA o demencia vascular.
- **DCL tipo C.** Presenta alteración de otras funciones cognitivas distintas a la memoria. Puede ser el inicio de una EA o de otros tipos de demencia (frontotemporal, enfermedad con cuerpos de Lewy, demencia vascular, afasia progresiva, enfermedad de Parkinson).

#### Criterios para diagnosticar Deterioro Cognitivo Leve Amnésico<sup>33</sup>

- Quejas de memoria preferiblemente corroboradas por un informador
- Alteración de la memoria teniendo en cuenta la edad y la educación
- Función cognitiva general preservada
- Actividades de la vida cotidiana intactas
- No demencia

### 3.4.5. Confusión y delirium

Son términos que denotan incapacidad para pensar con rapidez, claridad y coherencia. **Implican estados alterados de conciencia inducidos por daño tóxico o metabólico cerebral.**

**Estado confusional** y **delirium** son muchas veces términos usados como sinónimos, aunque en el primero la conciencia está reducida y el delirium se puede considerar como un tipo especial de estado confusional con estado de alerta ampliado, desorden prominente de la percepción con alucinaciones y sueños vividos, insomnio e intensas reacciones emocionales autonómicas. Además de la inatención hay un aumento de la respuesta a estímulos e hiperactividad psicomotriz; es decir, dominan los aspectos positivos de la alteración de conciencia.

**Criterios clínicos del delirium según Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders<sup>38</sup>**

- a. Trastornos de la conciencia con reducción de la capacidad para concentrarse, mantener o desviar la atención.
- b. Cambios cognitivos (como déficit de memoria, desorientación, trastornos del lenguaje) o desarrollo de un trastorno de la percepción.
- c. El trastorno evoluciona en un tiempo corto y tiende a fluctuar en el transcurso del día.
- d. Existen evidencias en la historia clínica, exploración o análisis de laboratorio de que el trastorno se debe a una consecuencia fisiológica directa de un cuadro médico general.

Ver Anexo 3

### **3.4.6. Depresión**

La depresión es uno de los diagnósticos diferenciales a realizar ante un paciente que acude a la consulta con quejas por pérdida de memoria. En el siguiente cuadro se mencionan las características clínicas que diferencian ambas entidades, aunque hay que tener en cuenta que, en muchas ocasiones, la depresión acompaña a la demencia.

**Tabla 2. Características clínicas de la depresión y la demencia**

Característica	Sugiere depresión	Sugiere demencia
<b>1. Datos familiares</b>		
Historia familiar	De depresión	De demencia
Preocupación familiar	Por la memoria del paciente	Por la incapacidad
Acompañan al paciente a la consulta	No siempre	Casi siempre
<b>2. Historia personal</b>		
Antecedentes personales	De depresión	No
Inicio	Brusco, agudo	Insidioso
Progresión de los síntomas	Rápida	Lenta
Tiempo de evolución de síntomas	Inferior a los 6 meses	Entre 6-12 meses
Depresión	Precede al deterioro	Posterior al deterioro
Sintomatología depresiva	Persistente, tristeza	Labilidad emocional
Respuesta a los antidepresivos	Buena	Mala respuesta
Se queja	De defectos cognitivos	Indiferente
Detalla sus molestias	Sí	Molestias vagas
Autoacusaciones	Exagera sus limitaciones	Se queja de los demás
Delirios	Somáticos y de desesperanza	Delirio ridículo
Preocupado por	Sus síntomas	Despreocupado
Trastornos alimentarios	Sí	No
<b>3. Examen clínico</b>		
A menudo responde	“No lo sé” o “no puedo”	Con aproximaciones o “giros de cabeza”
Pérdida de memoria	Reciente y remota	Más la reciente
Se queja de más trastornos cognitivos que los objetivables	Sí	Al revés
Se pierde	No	Sí
Afasia, apraxia o agnosia	No	Sí
Test de depresión	Positivo	Negativo
Test cognitivos	Normales o poco alterados	Positivos

En la Guía de Actuación del anciano en Atención Primaria se recomiendan dos preguntas para valorar la existencia de un trastorno afectivo<sup>40</sup>.

- ¿Ha perdido interés por las actividades habituales?
- ¿Se siente triste o deprimido con frecuencia?

En el caso de contestar afirmativamente a alguna de las dos preguntas, se realizaría el Test de Yesavage (*Anexo 4*).

## 4. Pruebas complementarias para el diagnóstico de demencia

Las pruebas complementarias ayudan a establecer el diagnóstico. La mayoría de los procesos que cursan con demencia reversible pueden ponerse de manifiesto realizando, además de la historia clínica, exploración y escalas funcionales, las siguientes pruebas complementarias para detectar demencias secundarias o presencia de comorbilidad asociada:

- Analítica (causas metabólicas, infecciosas, tóxicas y endocrinas).
- ECG (arritmias).
- Rx tórax (patologías que condicionan hipoxemia y/o hipercapnia).
- Neuroimagen (causas estructurales).

Existen demencias curables, aunque con una incidencia menor de la clásicamente atribuida (1,5-3%)<sup>41</sup>. La investigación para descartar causas reversibles debe realizarse en función de la historia y circunstancias clínicas del paciente<sup>16</sup>.

La guía de “Demencias desde Atención Primaria” de la Sociedad Española de Medicina de Familia, recomienda las siguientes pruebas de laboratorio<sup>17</sup>:

- Solicitar de modo rutinario un hemograma, función hepática y TSH.
- Ante sospecha clínica o ausencia de análisis previos: función renal, calcio, sodio, potasio, glucemia, colesterol, VSG, analítica de orina y vitamina B12.
- Si hay sospecha clínica que lo justifique: folatos, serología de sífilis (pruebas treponémicas), serología de VIH y niveles de fármacos o tóxicos.

El Grupo de Demencia de la Sociedad Española de Neurología incluye también la serología de sífilis como parte del estudio rutinario.

En cuanto a otros estudios, recomienda:

- En el diagnóstico inicial, TAC craneal.
- Si hay sospecha clínica que lo justifique: ECG, radiografía de tórax, resonancia magnética (RM), EEG y punción lumbar (PL).
  - La RM se indica ante la sospecha de patología de sustancia blanca o de enfermedad priónica, para completar estudio de hidrocefalia normotensiva, en demencia asociada a otra clínica neurológica.
  - La PL se aconseja en los casos en los que aparezca demencia rápidamente progresiva y de evolución inusual, pacientes menores de 55 años, en inmunodeprimidos, ante la sospecha de infección del SNC y de vasculitis y de aquellas en que la demencia aparezca asociada a serología positiva para lúes o cáncer.
- En estudios de investigación: biopsia cerebral o autopsia, marcadores genéticos y pruebas de neuroimagen funcional (SPECT, PET). Estas últimas pruebas estudian la función cerebral y pueden encontrar una disminución del metabolismo de la glucosa y bajo flujo cerebral en pacientes con demencia.



## 5. Actuación ante un paciente con sospecha de demencia (cambios cognitivos y/o conductuales y pérdidas funcionales) o quejas por pérdida de memoria detectadas por el profesional o referidas por el paciente o familiar

El diagrama de actuación siguiente aconseja como proceder ante una sospecha de deterioro cognitivo/demencia o ante un paciente con quejas de pérdida de memoria.

Se recomienda una evaluación clínica y unas pruebas que incluyan analítica en sangre (perfil de demencia), ECG y radiografía de tórax (éstos dos últimos si la historia clínica lo requiere), Test Mini-Mental y Test del Informador, preferentemente en consulta programada.

El profesional de medicina valorará los resultados de todas las pruebas. Si se detectan alteraciones en la analítica y/o ECG se corregirán. Se prestará especial atención a la toma de tóxicos (alcohol), fármacos con acción sobre la función cognitiva y a la polimedicación\*, intentando la supresión. Hay que tener en cuenta que en muchos casos interfieren en los trastornos cognitivos, pero no siempre son la causa de los mismos. Posteriormente se volverá a realizar el Test Mini-Mental.

Si se sospecha un cuadro depresivo, que en ocasiones puede justificar los trastornos cognitivos, se recomienda confirmarlo con el Test de Yesavage (*Anexo 4*), iniciar tratamiento antidepresivo y volver a realizar el Test Mini-Mental a los seis meses.

### Valoración del Mini-Mental de Folstein (MMSE)

Si el resultado del MMSE ajustado a la edad y escolaridad del paciente está alterado, se aconseja, en general, la derivación a Neurología, previa petición de TAC craneal, para realizar o confirmar el diagnóstico etiológico.

Si la puntuación es dudosa teniendo en cuenta la edad, escolaridad y la situación previa del paciente, e incluso si es normal (sobre todo si hay quejas corroboradas por la familia), se aconseja seguir la evolución del paciente. En estos casos, el **Test de Memoria CERAD** puede detectar un déficit de memoria.

### Valoración del Test de Memoria CERAD

Si la prueba de memoria está **claramente alterada**, se aconseja realizar control de la evolución a los 3-6 meses o remitir al paciente para estudio a Neurología.

Si la prueba es **dudosa o normal**, se aconseja control evolutivo a los 6-12 meses o antes si hay cambios clínicos.

### Criterios de solicitud de TAC craneal desde AP

Previa a la derivación a Neurología, se podrá solicitar un TAC craneal desde AP para permitir una mayor agilidad en el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.

En aquellos pacientes con demencia avanzada o los que por su estado funcional y/o comorbilidad no se vayan a beneficiar de un tratamiento farmacológico específico, el TAC aportará al profesional de medicina de AP información más certera sobre la etiopatogenia del proceso y permitirá descartar causas estructurales tratables de demencia (hematoma subdural, tumores, hidrocefalia).

\* En la guía "Valoración del anciano" en Atención Primaria se define la polifarmacia como la toma de 4 o más fármacos (incluida automedicación).

Los criterios de petición son:

- Tener criterios clínicos de demencia (DSM-IV).
- Haber realizado analítica con perfil de estudio de demencias.
- Haber realizado MMSE con puntuación inferior a la correspondiente a su edad y nivel cultural (*Anexo 2*).

*Excepción:* Se podría solicitar también en personas con MMSE con puntuación normal si la valoración global orienta claramente hacia una demencia.

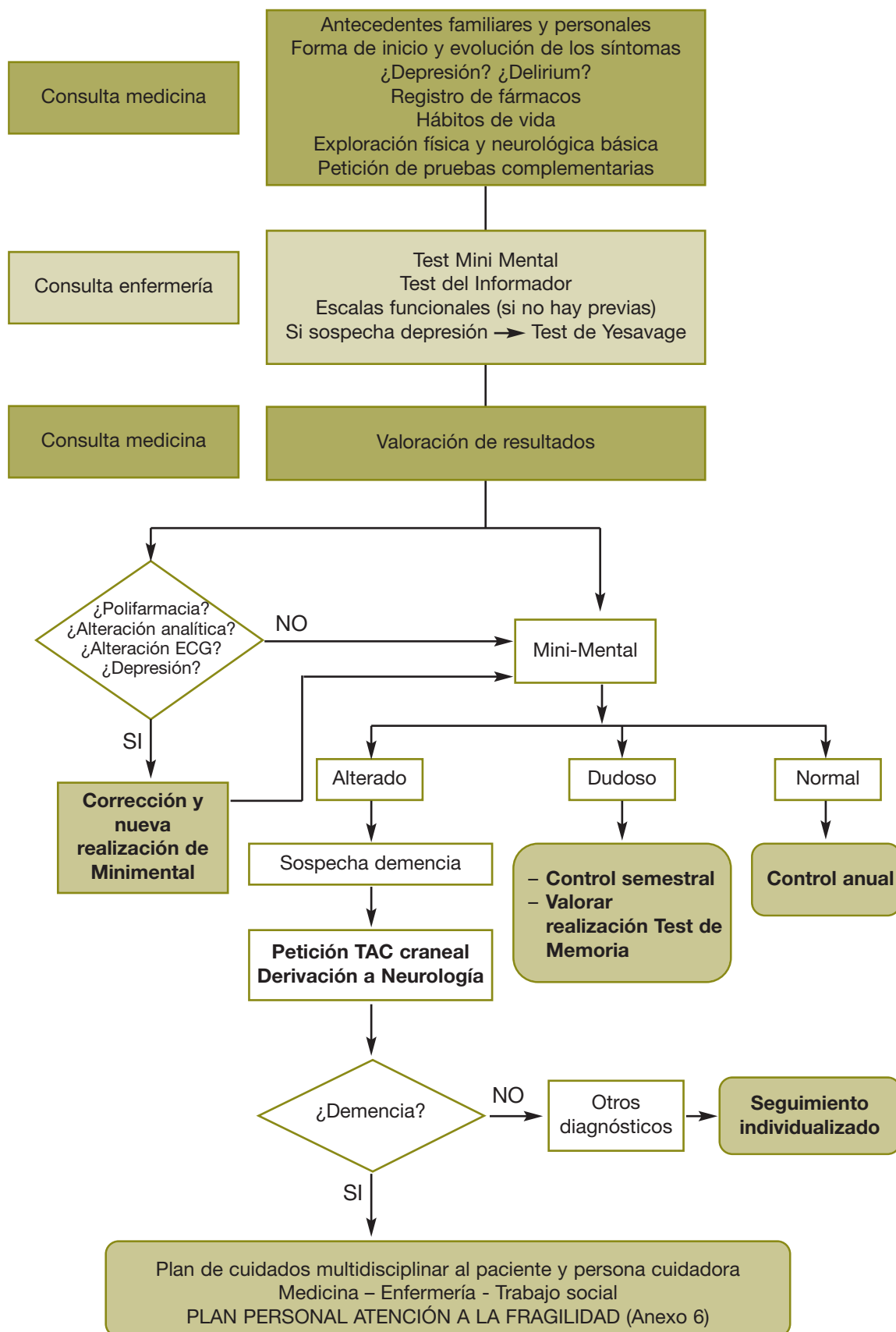
### **Indicaciones de interconsulta a Neurología**

- Para confirmar o descartar el diagnóstico sindrómico de demencia en caso de duda.
- Realizar o confirmar el diagnóstico etiológico e indicar, en su caso, el tratamiento adecuado.

Especial atención requieren los pacientes que inician la sintomatología antes de los 65 años, que presentan un deterioro rápidamente progresivo o que inician la clínica con un predominio de trastornos conductuales o de la personalidad.



**Figura 1. Actuación ante un paciente con sospecha de demencia (cambios cognitivos y/o conductuales y pérdidas funcionales) o quejas por pérdida de memoria (Anexo 5. Protocolo OMI Demencia, sospecha de)**





## 6. Diagnóstico de los diferentes tipos de demencia

Entre las múltiples enfermedades que pueden cursar con demencia, se pueden considerar tres grandes categorías etiológicas:

### **Demencias degenerativas primarias**

- Demencia tipo Alzheimer
- Otras demencias degenerativas primarias

### **Demencias secundarias**

- Demencias vasculares
- Otras demencias secundarias

### **Demencias combinadas (o de etiología múltiple)**

- EA con enfermedad cerebrovascular asociada
- Otras demencias combinadas

En la tabla siguiente, se hace referencia a las causas más frecuentes.

A pesar de que habitualmente se puede aproximar el diagnóstico empleando los datos de historia clínica y las pruebas complementarias indicadas en la tabla, en la mayoría de los casos es necesaria la confirmación mediante el estudio neuropatológico en la autopsia.

**Tabla 3. Etiología de la demencia**

<b>Enfermedades degenerativas</b>	<b>Metabólicas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad de Alzheimer</li> <li>• Demencia con cuerpos de Lewy</li> <li>• Enfermedad de Huntington</li> <li>• Demencia frontotemporal</li> <li>• Parálisis supranuclear progresiva</li> <li>• Degeneración corticobasal</li> <li>• Enfermedad de Parkinson</li> <li>• Atrofias multistémicas</li> <li>• Heredoataxias</li> <li>• Degeneraciones cerebrales focales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipo e hipertiroidismo</li> <li>• Hipo e hiperparatiroidismo</li> <li>• Insuficiencia hepática</li> <li>• Insuficiencia renal</li> <li>• Enfermedad de Wilson</li> <li>• Hipoglucemia crónica</li> </ul>
<b>Vasculares</b>	<b>Carenciales</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Multiinfarto</li> <li>• Estado lacunar</li> <li>• Enfermedad de Binswanger</li> <li>• Angiopatías hereditarias (CADASIL*)</li> <li>• Vasculitis</li> <li>• Encefalopatía anóxica</li> <li>• Hemorragia cerebral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficit de vitamina B12</li> <li>• Déficit de folatos</li> <li>• Déficit de vitamina B1</li> </ul>
<b>Infecciosas</b>	<b>Tóxicas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complejo demencia-SIDA</li> <li>• Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob</li> <li>• Neurolúes</li> <li>• Panencefalitis esclerosante subaguda</li> <li>• Encefalitis herpética</li> <li>• Enfermedad de Whipple</li> <li>• Meningoencefalitis crónicas (brucela, TBC)</li> <li>• Abscesos cerebrales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcohol</li> <li>• Fármacos</li> <li>• Metales</li> <li>• Compuestos orgánicos</li> </ul>
	<b>Neoplasias</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumores cerebrales primarios o metastásicos</li> <li>• Síndromes paraneoplásicos</li> <li>• Meningitis carcinomatosa</li> </ul>
	<b>Traumáticas</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hematoma subdural crónico</li> <li>• Demencia postraumática</li> <li>• Demencia pugilística</li> </ul>
	<b>Desmielinizantes</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclerosis múltiple</li> </ul>
	<b>Otras</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hidrocefalia normotensiva</li> <li>• Epilepsia</li> <li>• Sarcoidosis cerebral</li> </ul>

\* CADASIL: Leucopatía isquémica subcortical autosómica dominante.

### 6.1. Enfermedad de Alzheimer (EA)

Los criterios NINCDS-ADRDA para el diagnóstico de la EA establecen tres grados de certeza: probable, posible y segura<sup>42</sup> (Anexo 5).

Para el diagnóstico de máxima certeza es necesario disponer de una confirmación anatomopatológica (autopsia o biopsia). El hallazgo típico es el depósito cerebral de material proteico (beta-amiloide).

Se realiza el diagnóstico de probable cuando las características clínicas y evolutivas siguen el patrón habitual y se reserva el diagnóstico de posible cuando coexisten otros procesos asociados que pueden causar alteración cognitiva o bien cuando la forma de evolución es atípica.

Los hechos clínicos que caracterizan la EA son los siguientes:

- Afectación de la memoria generalmente como primer síntoma
- Deterioro progresivo de múltiples funciones superiores (lenguaje, orientación, praxias, gnosis, capacidad de juicio, capacidad ejecutiva)
- Aparición de alteraciones conductuales y del humor
- Progresión hacia la pérdida de independencia
- Sólo en estadios finales se pierden las funciones motoras

Habitualmente se consideran diferentes estadios de gravedad teniendo en cuenta la intensidad de las alteraciones neurológicas y conductuales.

En el Anexo 7 puede verse las escalas más habitualmente empleadas para estadiaje de la enfermedad (Global Deterioration Scale de Reisberg o GDS<sup>43</sup>). Otras escalas posibles son: Clinical Dementia Rating o CDR<sup>44</sup> y escala de progresión de Bouchard y Rossor<sup>45</sup>. De su lectura puede obtenerse una idea muy precisa de cómo es la evolución clínica, cuya duración puede estar en torno a los 5 ó 10 años.

- Se recomienda emplear los criterios NINCDS-ADRDA para el diagnóstico de EA. (Grado B o Directriz. Academia Americana de Neurología).
- Se recomienda catalogar el estadio de gravedad empleando las escalas GDS (global dementia scale) o CDR (clinical dementia rating) (Grado C u Opción).
- En AP, se recomienda catalogar el estadio de gravedad utilizando la escala GDS.

## 6.2. Demencia vascular

La demencia vascular incluye un conjunto numeroso de entidades clinicopatológicas. Todas ellas producen deterioro de múltiples áreas cognitivas y defectos en las funciones sociolaborales del paciente como consecuencia de lesiones vasculares cerebrales. Actualmente se tiende a encuadrar estos procesos dentro del contexto más amplio de deterioro cognitivo vascular.

### Demencia cortical

El perfil clínico más típico de la demencia vascular está marcado por los factores de riesgo vascular, los rasgos ictales y los signos focales de la enfermedad cerebrovascular: inicio agudo-subagudo, evolución fluctuante-escalonada, focalidad neurológica y defectos cognitivos heterogéneos.

Este ocurre, sobre todo, en las demencias producidas por lesiones isquémicas o hemorrágicas de vaso mediano o grueso, generalmente infartos tromboembólicos territoriales múltiples.

### Demencia subcortical

Las demencias vasculares secundarias a enfermedad isquémica de pequeño vaso, localizada preferentemente en las regiones subcorticales, tienen una clínica más insidiosa e inespecífica. Esta demencia vascular subcortical, producida por lagunas múltiples y/o lesiones isquémicas de sustancia blanca, es a veces semejante a un proceso degenerativo y puede mostrar un inicio y curso relativamente gradual o salpicado por episodios ictales con escasos defectos neurológicos focales. En su cuadro clínico destacan trastornos de la marcha, incontinencia urinaria, hipocinesia, depresión, labilidad emocional, signos pseudobulbares y conservación de la introspección, pero los signos de vías largas y los rasgos evolutivos ictales son infrecuentes<sup>46</sup>.

El diagnóstico de la demencia vascular se realiza clínicamente con la **escala de Hachinski**<sup>47, 48</sup> (puntuación mayor de 7) y siguiendo los **criterios de demencia vascular**<sup>49, 50</sup> que incorporan los datos de la neuroimagen (*Anexo 7*).

### 6.3. Demencia con cuerpos de Lewy

La demencia con cuerpos de Lewy es una entidad clínico-patológica definida por el hallazgo histológico de cuerpos de Lewy en la corteza cerebral y la asociación de deterioro mental fluctuante, parkinsonismo y síntomas psicóticos<sup>51, 53</sup>.

Los rasgos clínicos principales con:

- **Demencia:** el deterioro mental es a veces de inicio subagudo, tiene con frecuencia **fluctuaciones** notables y afecta sobretodo a la atención, velocidad del pensamiento, funciones ejecutivas y tareas constructivas y visuoespaciales. A menudo la percepción de la enfermedad está preservada, a diferencia de los casos de EA con igual grado de deterioro cognitivo. Su curso evolutivo es más rápido que el de la EA.
- **Síntomas psicóticos:** las alucinaciones visuales, estructuradas y vívidas son muy comunes, y con frecuencia precoces, que guardan relación con la intensidad de cuerpos de Lewy en la amígdala, hipocampo y regiones temporales inferiores. Son muy frecuentes también los delirios de carácter paranoide. Se presentan con menor frecuencia las alucinaciones auditivas y olfatorias. En muchos casos es notable la **hipersensibilidad a los neurolépticos**, con respuestas muy patológicas (parkinsonismo, confusión mental grave).
- **Síntomas parkinsonianos:** pueden preceder a la demencia de forma sutil, o suscitarse durante meses el diagnóstico de enfermedad de Parkinson. Sin embargo en la mayoría de casos el parkinsonismo aparece después del deterioro mental y **la respuesta a la levodopa suele ser escasa y transitoria**. La rigidez y la bradicinesia son los signos más frecuentes, pero puede haber temblor, amimia y trastornos de la postura, marcha, habla y reflejos posturales.
- **Otros signos clínicos** son la incontinencia urinaria precoz, los trastornos autonómicos, las caídas, los trastornos sincopales o confusionales y, ocasionalmente, las mioclonías y la oftalmoplejia supranuclear.

(Grado C u Opción<sup>10</sup>)

En el *Anexo 7* se incluyen los criterios para el diagnóstico de demencia con cuerpos de Lewy según el tercer informe del Consorcio de Demencia con Cuerpos de Lewy<sup>54, 55</sup>.

### 6.4. Demencia frontotemporal

La degeneración frontotemporal es una entidad nosológica en la que se produce una atrofia progresiva que predomina en los lóbulos frontales y regiones anteriores de los lóbulos temporales<sup>56</sup>.

Las variantes con afectación predominantemente temporal se caracterizan por el predominio de las **alteraciones del lenguaje** y producen la demencia semántica y la afasia no fluente progresiva<sup>57, 60</sup>.

En estos procesos destacan las **alteraciones afectivas, de la personalidad y de la conducta social, de tal grado que entorpecen las actividades habituales**. En fases más avanzadas se hacen evidentes los trastornos cognitivos, con reducción del lenguaje, alteración de funciones ejecutivas, dificultad para concentrar y mantener la atención y para evocar la información memorizada.

La batería de evaluación frontal (FAB) es útil para distinguir de la EA las alteraciones neuropsicológicas que caracterizan a este tipo de demencias<sup>61</sup>.

La mayoría de los casos comienzan antes que la EA esporádica (entre los **45 y 60 años**) y en aproximadamente la mitad de los casos existe un antecedente de demencia en un familiar de primer grado. Los casos familiares en los que se demuestra un patrón de herencia autosómica dominante, son menos frecuentes<sup>62</sup>.

(Grado C u Opción<sup>10</sup>).

En el *Anexo 7* se incluyen los criterios para el diagnóstico de la demencia frontotemporal.

## 7. Consideraciones éticas y legales

En la práctica médica todas las decisiones incluyen una dimensión ética pero ésta es especialmente relevante en todas las enfermedades en las que hay una pérdida de la autonomía del paciente, como ocurre en la demencia.

Los principios éticos clásicos<sup>63</sup> que deben regir la actuación médica son:

- **No maleficencia:** obligación de que los actos médicos no generen perjuicio. Equivale a realizar una buena praxis médico-asistencial, lo que se facilita a través de protocolos o guías en la práctica clínica.
- **Justicia:** exigencia de tratar a todos con la misma consideración, sin hacer discriminaciones, así como al correcto uso de los recursos sanitarios.
- **Autonomía:** participación del paciente en la toma de decisiones sobre su salud previa información facilitada por el profesional de medicina. Este tiene el deber de respetar la opción elegida.
- **Beneficencia:** contribución al bienestar de los otros. El profesional de medicina elige la acción más eficaz al precio de marginar la decisión del paciente.

La progresión de la demencia hace que entren en conflicto los principios de beneficencia y de autonomía. Al inicio de la enfermedad, el paciente puede decidir lo que mejor convenga a sus deseos e intereses pero tarde o temprano su autonomía se verá reducida quedando a merced de los demás. Será entonces cuando las cuestiones éticas cederán paso y se transmutarán en cuestiones legales.

### 7.1. Revelación del diagnóstico

El derecho a la información queda regulado actualmente por la Ley 41/2002 (Capítulo II) de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LAP) que deroga la parte de la Ley general de Sanidad que regulaba la información al paciente<sup>64</sup>.

Esta nueva ley señala el derecho inequívoco del paciente a conocer toda la información disponible relativa a su salud.

La información que debe darse será verdadera, adecuada y conveniente al proceso y la situación concreta.

Se debe informar al paciente en todos los casos, salvo en los señalados expresamente en la Ley, en que la información se dará a las personas vinculadas por razones familiares o de hecho. En los pacientes con demencia serían:

- Cuando exista incapacidad física o psíquica para comprender. El paciente incapacitado será también informado de acuerdo a sus posibilidades e informado también su representante legal.
- Estado de necesidad terapéutica, privilegio o excepción terapéutica: el médico puede actuar profesionalmente sin informar de forma previa cuando por razones objetivas crea que el conocimiento de su situación pudiera perjudicar de forma grave la salud del paciente. (La Ley lo recoge como excepción, nunca será la práctica habitual).

Este último concepto es lo que denominan algunos autores “verdad soportable”. Es un proceso mediante el cual se dosifica la información de manera que el paciente vaya llegando de manera gradual al conocimiento de su estado.

Es por ello que el derecho a la información se va a plantear en los momentos iniciales de la enfermedad, cuando el paciente tiene capacidad para comprender y pueda anticipar las decisiones relativas a:

- Herencias o legados
- Previsión de tutor o tutores
- Voluntades anticipadas: decisiones en relación con el manejo diagnóstico-terapéutico de futuras patologías, o sobre el destino de su cuerpo u órganos una vez fallecido, con objeto de que se cumpla si llega el caso en que sea incapaz de expresarlos en persona.

**¿Quiénes deben informar?** Según se recoge en la LAP, todos los profesionales de medicina que participen en el proceso de atención de un paciente tienen responsabilidades respecto a la información, aunque será el responsable del paciente el que garantice la información. En la atención a pacientes con demencia cuyo proceso de atención es continuado en el tiempo, hay una corresponsabilidad de los profesionales de medicina de AP y AE en el manejo de la información.

En Navarra las leyes autonómicas que regulan la información y la documentación clínica son la Ley Foral 11/2002 del 6 de mayo<sup>65</sup> sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica, modificada por la Ley Foral 29/2003 del 4 de abril para adaptarla a la ley 41/2002<sup>66</sup>.

## 7.2. Aplicación de pruebas genéticas

Los exámenes genéticos se plantean para una confirmación absoluta del diagnóstico y para realizar consejo genético.

El consejo genético informa y asesora sobre la presencia de una afección hereditaria y de sus consecuencias sobre miembros asintomáticos de una familia y su descendencia. Se fundamenta en el diagnóstico correcto de la enfermedad, examen de los patrones de la enfermedad, medición del riesgo de descendientes e información y asesoramiento. Es preciso realizar consentimiento informado, guardar la confidencialidad del resultado y proporcionar el soporte psicológico preciso. Se recomienda excluir en este último caso a familiares con trastornos psiquiátricos graves y a individuos en riesgo menores de 18 años<sup>67</sup>.

En la EA se han descrito<sup>68</sup>:

- **Genes determinantes:** aquellos cuya alteración o mutación produce la enfermedad. Incluye el gen de la proteína precursora del amiloide (cromosoma 21) y de la presenilina (PS-1) y presenilina 2 (PS-2), localizados en el cromosoma 1. Están implicados en EA de comienzo precoz y con herencia autosómica dominante. Suponen aproximadamente un 3% de los casos de EA.
- **Genes de susceptibilidad:** Apo E y ubiquitin-1. No se consideran marcadores sino moduladores del fenotipo.

En la actualidad **no se recomienda** el estudio genético para predecir riesgos futuros de EA ni el examen prenatal. (Recomendaciones sobre el examen del gen Apo-E en la EA del National Institute of Aging/Alzheimer's Association Working Group).

Sin embargo la experiencia positiva sobre consejo genético en otras enfermedades degenerativas como la **enfermedad de Huntington** (la alteración es monogénica y se localiza en el cromosoma 4) hace que se hayan empezado a utilizar actualmente protocolos similares para las formas autosómicas dominantes de la EA. En este último caso el diagnóstico no es tan certero ya que puede haber expresiones variables de la enfermedad.

## 7.3. Consentimiento informado

Es la aplicación práctica de un modelo de relación clínica donde se tiene en cuenta la autonomía del paciente para decidir sobre lo que deba hacerse con su cuerpo, con su salud y con su vida<sup>69</sup>. Su fundamento es el respeto a la autonomía del paciente y a su dignidad.



Tiene tres elementos fundamentales:

1. **Información:** implica que el profesional debe facilitarla de manera comprensible para una persona ajena a la medicina y adecuándose al nivel cultural del individuo.
2. **Voluntariedad:** la decisión del enfermo debe ser tomada de manera libre y en ausencia de cualquier tipo de presión o coacción.
3. **Competencia:** es la capacidad del paciente para comprender la información, evaluarla y comunicar una decisión. El paciente no debe padecer una alteración en sus funciones psíquicas en grado tal que repercuta en sus habilidades para tomar una decisión.

La evaluación de la capacidad puede realizarse mediante una entrevista clínica estructurada o utilizando una herramienta estandarizada (todavía no validadas en nuestro medio) Los elementos a tener en cuenta son: existencia de elección, comprensión, apreciación y razonamiento<sup>70, 71</sup>.

La determinación de la capacidad no es algo general, sino relacionado directamente con la decisión clínica que deba tomarse. Las decisiones clínicas complejas requerirán grados de capacidad más elevados. Si de la evaluación realizada concluimos que el paciente no tiene capacidad el consentimiento, se realizará por representación.

Como se recoge en el artículo 8.1 de la LAP “toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado.”

El consentimiento será verbal. La información y el consentimiento por escrito se reservan a los siguientes casos: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores, otros procedimientos que supongan riesgos o inconveniente de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

La LAP establece las excepciones al consentimiento informado en los siguientes casos:

- La renuncia del paciente a ser informado (dejando constancia en su historia clínica).
- Riesgo para la salud pública.
- Urgencia: cuando existe riesgo inmediato grave para su salud.
- Indirectamente, en situaciones de necesidad terapéutica.

Se otorgará el **consentimiento por representación** cuando:

- El paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación.
- El paciente esté incapacitado legalmente (aunque será informado de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión).

La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre a favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

## 7.4. Voluntades anticipadas

A medida que la enfermedad avanza, el paciente ya no puede decidir por sí mismo y queda en manos de sus familiares (que están sometidos a una enorme presión) o de los profesionales sanitarios que le atienden. El tipo de cuidados que recibe al final de la vida depende entonces de los intereses y creencias de la persona cuidadora que pueden no coincidir con sus propios intereses.

El documento de voluntades anticipadas (DVA) está dirigido al profesional de medicina responsable y en él, una persona, a la que se reconoce capacidad, deja constancia de sus deseos expresados sobre las actuaciones médicas para cuando se encuentre en situación de no poder expresar su voluntad por medio del consentimiento informado. De esta forma,

el paciente planifica anticipadamente sus cuidados finales y los familiares y los sanitarios tendremos mayor seguridad de que actuamos respetando sus deseos e intereses.

La persona puede designar un representante que será el único interlocutor válido y necesario para el equipo sanitario. El documento podrá contener manifestaciones para situaciones críticas, vitales e irreversibles respecto a la vida, medidas paliativas y decisión sobre donación de órganos.

En Navarra se rige por la ley Foral 29/2003 de 4 de abril, habiéndose creado el Registro de Voluntades Anticipadas adscrito a la Dirección General del Departamento de Salud (Decreto Foral 140/2003)<sup>72</sup>.

Los profesionales de medicina, fundamentalmente de AP, son los receptores de estas instrucciones que se registrarán en la historia clínica y se respetarán si no contravienen la ley ni la buena praxis.

Para algunos autores se debería incluir como una actividad preventiva más porque se trata de prever acontecimientos futuros relacionados con la salud.

El paciente puede dejar constancia de sus deseos expresados sobre las actuaciones médicas para cuando se encuentre en situación de no poder expresar su voluntad mediante la cumplimentación del DVA.

En él, la persona puede designar un representante que será el único interlocutor válido para el equipo sanitario.

## 7.5. Capacidad legal

La **capacidad de obrar** es la aptitud para regirse a uno mismo y administrar los bienes propios así como para ejecutar derechos y deberes. Es susceptible de graduación. Puede ser de dos tipos: “capacidad de derecho o legal” (“competency”) y “capacidad de hecho o natural” (“capacity”).

La **capacidad de derecho o legal** se define como la aptitud del ser humano para ser titular de derechos y deberes. Es consustancial al ser humano y se conoce también como personalidad jurídica. Es competencia del juez.

La **capacidad de hecho o natural** define las aptitudes psicológicas necesarias para tomar, aquí y ahora, una determinada decisión. Es la que evalúan los médicos, psiquiatras y psicólogos.

La capacidad de obrar se presume siempre plena en la persona, de tal manera que si no fuera así, sería necesaria una declaración expresa que restringiera la misma en cada caso concreto. Es decir, una persona es siempre capaz mientras no exista una sentencia de incapacidad y por tanto sus actos válidos legalmente. El hecho de que se encuentre profundamente demenciado no es suficiente razón para que sus actos no sean legales si no existe una sentencia de incapacitación (aunque en estas circunstancias sería “incapaz” de tomar decisiones respecto a su salud).

Conviene definir dos términos:

- Incapaz es la persona que no tiene capacidad de hecho o natural (bebé, paciente en coma, demencias avanzadas).
- Incapacitado es el que no tiene capacidad de derecho o legal porque un juez ha emitido una sentencia de incapacitación, habitualmente por padecer alteración mental que disminuye su juicio de forma habitual.

No existe una situación legal especial para las demencias y la incapacitación civil se asimila a las disposiciones generales para los enfermos mentales.

La incapacidad legal es una **medida de protección** que ayuda a evitar situaciones de abuso, malos tratos o abandono. No es recomendable iniciarla en todos los casos si las circunstancias personales y su entorno no hacen prever esta necesidad de protección legal. En cambio, cuando nos encontramos ante pacientes sin familiares o con familiares que no se responsabilizan, es decir, en circunstancias de desprotección, debe hacerse lo posible para que se inicie el procedimiento.

La incapacitación puede ser instada por los parientes próximos y, en su defecto, por el ministerio fiscal, por sí solo o a instancia de autoridad o funcionario; también por terceros que conozcan la existencia de la causa de incapacidad<sup>73</sup>.

La ley atribuye siempre al juez tres cometidos:

1. Oír a los parientes más próximos del presunto incapaz (que reclaman la incapacitación)
2. Examinar a éste por sí mismo.
3. Oír el dictamen elaborado al respecto por un facultativo. No se especifica qué facultativo ha de realizar el dictamen, aunque debería ser el médico que conozca y haya estudiado al paciente.

La sentencia de incapacitación deberá incluir la existencia de incapacidad o no y los límites de ésta en grado (total o parcial) y extensión (tal o cual aptitud) Además, en la sentencia deben figurar las medidas de protección o cautelares que incluyen:

- Nombramiento de la institución tutelar.
- Anotación preventiva de la demanda de incapacidad.
- Asignación de alimentos para el incapaz.
- Internamiento en centro cerrado.
- La intervención o la administración judicial de sus bienes, bloqueo de cuentas bancarias, etc.

Cuando el juez determina la incapacidad nombra un tutor o institución tutelar. El **tutor** representa al incapaz plenamente, salvo en aquellos supuestos en que éste lo pueda hacer por sí solo y administra sus bienes respondiendo de dicha función. Suele ser el familiar más cercano salvo que el juez estime mejor a otra persona. Debe procurarle alimentos, cobijo, etc. e informar anualmente al juez. Necesita autorización judicial para internar al incapaz, enajenar bienes inmuebles, etc. Puede tener derecho a una retribución siempre que el patrimonio lo permita<sup>74</sup>.

El **internamiento** en una institución cerrada de una persona que no pueda decidirlo por sí misma, requiere autorización judicial previa, incluso si está incapacitada legalmente. La única excepción son los ingresos urgentes, en los que se dará cuenta al juez lo más pronto posible y siempre dentro de las primeras 24 horas.

Esto significa que el ingreso en una residencia de un enfermo diagnosticado de demencia, que previamente no haya sido autorizada judicialmente, deberá tramitarse como urgente. En este caso el director del centro tiene el deber de comunicarlo al juez de primera instancia y a la fiscalía.

## 7.6. Capacidad para conducir vehículos

La pérdida de facultades repercute en la conducción de automóviles y es clara la relación entre demencia y accidentes de tráfico. Cuando se detecta un paciente con demencia debe recomendarse evitar la conducción y en los casos en que el médico sabe que se está haciendo podría notificarlo a las autoridades de tráfico aunque se entablaría un conflicto ético con la obligación del secreto médico.

No existe acuerdo entre los expertos sobre si es aconsejable prohibir la conducción en casos de demencia en fase muy inicial<sup>75</sup>. Es aconsejable valorar cada paciente de forma individualizada

(capacidad de movimiento, visual, de reacción a estímulos, existencia de síntomas psiquiátricos...) teniendo en cuenta las condiciones y el medio en el que se desenvuelve (rural/urbano).

Se puede informar a la familia de los riesgos de conducción para que efectúen un control de las llaves de los vehículos a los que puede acceder.

## 7.7. Capacidad para permisos de armas

Los exámenes de los centros acreditados para la obtención del permiso de armas deberían detectar los casos de demencia y sería exigible que el permiso se denegara o retirara en todos los casos (R.D. Reglamento de armas. BOE 05/03/1993).

Es importante preguntar si poseen armas y dirigir a los familiares responsables a la Guardia Civil quienes les indicaran las medidas a tomar.

## 7.8. Malos tratos y abandono

Se entiende como malos tratos al anciano una acción u omisión de actuación que sufre y le causa malestar y daño impidiéndole desarrollar plenamente su vida. En los pacientes con demencia, por el mayor declive de habilidades físicas y psíquicas, se multiplican las posibilidades y gravedad de los malos tratos. Hay diferentes tipos de malos tratos:

1. **Malos tratos psicológicos:** insultos, amenazas, intimidaciones, aislamiento, retirada de seguridad y afecto.
2. **Malos tratos físicos:** Golpes, defectos en cuidado personal, falta de alimentación, de asistencia médica y de supervisión.
3. **Malos tratos materiales:** robo o mal uso del dinero o de sus propiedades.
4. **Abusos sexuales:** tocamientos, explotación.
5. **Violación de derechos:** impedir visitas, enfermo forzado a abandonar su casa o a cambiar de residencia.

Muchas veces los malos tratos son difíciles de detectar por ocurrir en el ámbito privado. Sus causantes son generalmente familiares y cuidadores. Una situación próxima a los malos tratos es el abandono entendido como situación en la que el enfermo es incapaz de satisfacer sus necesidades básicas y existe una expectativa de que otros se hagan cargo de esas necesidades y no lo hacen. Se produce cuando la persona que debía atender al enfermo, normalmente un familiar, no lo hace de manera voluntaria.

Cuando el abuso o abandono no es intencionado se denomina negligencia, es decir cualquier acción que provoca daño físico y/o psicológico generalmente por ignorancia, inexperiencia o sobrecarga del cuidador (por ejemplo, olvidar las dosis a las que deben administrarse los fármacos).

El Programa de actividades preventivas y promoción de la salud (PAPPS) propone, dentro de la prevención de los trastornos de salud mental, una pauta de actuación para la detección del maltrato a ancianos<sup>76</sup>.

Es una obligación ética para el médico informar a la autoridad judicial y servicios sociales si se detectan signos de abandono o malos tratos.

## 8. Tratamiento

### 8.1. Anticolinesterásicos

Su **mecanismo de acción** consiste en potenciar la neurotransmisión colinérgica por ser las deficiencias colinérgicas uno de los mecanismos patogénicos implicados en las alteraciones de memoria, aprendizaje y cognición en la EA<sup>77, 78</sup>.

La metodología empleada en los ensayos clínicos que evalúan la eficacia de estos fármacos está protocolizada aunque los estudios a largo plazo son difíciles de llevar por alta tasa de abandonos y la dificultad de mantener a pacientes recibiendo placebo. La mayoría de los estudios doble ciego y controlados con placebo tienen una duración de seis meses. Los que tienen una duración mayor son extensiones abiertas de los previos<sup>79</sup>. Las escalas cognitivas más utilizadas son MMSE y ADAS-cog y una evaluación independiente por parte de un neurólogo experto (escala CIBIC<sup>80</sup>).

#### Eficacia

En varios ensayos, se ha demostrado una eficacia terapéutica moderada en EA leve y moderada frente a placebo con todos los fármacos inhibidores de la colinesterasa (anticolinesterásicos) mejorando la cognición, la conducta y las actividades cotidianas y retrasando la evolución de la enfermedad<sup>81-84</sup>.

La eficacia puede mantenerse a largo plazo y retrasar la institucionalización de los pacientes<sup>85</sup>, aunque estas afirmaciones han sido rebatidas por otros ensayos doble ciego donde no se han encontrado diferencias significativas<sup>86</sup>.

Hay dos ensayos que apoyan su utilidad en la demencia con cuerpos de Lewy<sup>87</sup> y en la demencia asociada a enfermedad de Parkinson<sup>88</sup>, especialmente en el manejo de la atención, de la apatía y del deterioro cognitivo fluctuante con impacto en las actividades de la vida diaria. Aunque en otros tipos de demencia (vascular y mixta) también parecen ser eficaces, se requieren estudios que aporten mayor grado de evidencia.

#### Fármacos

- **Tacrina**. Fue el primer fármaco inhibidor de la colinesterasa que demostró eficacia sintomática en la EA. Está en desuso por su hepatotoxicidad y necesidad de cuatro tomas al día.
- **Donepezilo (DPZ)**. Es un inhibidor de la colinesterasa. Es el de vida media más prolongada de forma que es suficiente una sola toma al día. La dosis eficaz es de 5 a 10 mg. Debe evitarse en pacientes con trastornos del sueño.
- **Rivastigmina (RIV)**. Es un inhibidor de la acetilcolinesterasa y de la butilcolinesterasa que se administra en dos tomas. La dosis total diaria es de 6-12 mg.
- **Galantamina (GAL)**. Es un inhibidor de la acetilcolinesterasa y modulador del receptor nicotínico alostérico. La dosis diaria es de 16-24 mg administrados en dos tomas al día.

Las **contraindicaciones** son: úlcus gastroduodenal activo, asma bronquial, EPOC reagudizado y algunas arritmias (enfermedad del seno).

Los **efectos secundarios** son especialmente de tipo muscarínico y a nivel gastrointestinal (náuseas, vómitos, diarreas, anorexia y pérdida de peso). También pueden provocar insomnio con sueños vividos y calambres musculares. Estos efectos adversos pueden evitarse o disminuir con una escalada de dosis más lenta.

**Tabla 4. Características farmacológicas de los distintos inhibidores de la acetilcolinesterasa y de la memantina**

	Donepezilo	Rivastigmina	Galantamina	Memantina
Semivida	70 h	De 1-2 a 10 h	7-8 h	3-8 h
Metabolización	Hepática	Periférica	Hepática	Renal
Dosis inicial	5 mg/24 h	1,5mg/12 h	4mg/12 h	5 mg/24 h
Mantenimiento	10 mg/24 h	4,5-6 mg/12 h	8-12 mg/12 h	10 mg/12 h
Efectos secundarios	Náuseas, vómitos, diarrea, anorexia, y pérdida de peso	Náuseas, vómitos, diarrea, anorexia y pérdida de peso	Náuseas, vómitos, diarrea, anorexia y pérdida de peso	Alucinaciones, confusión, vértigo, fatiga, dolor de cabeza, psicosis
Precauciones	Asma/EPOC*	Úlcus gastroduodenal activo, enfermedad del seno, retención urinaria	Asma/EPOC* Intervenciones quirúrgicas	Insuficiencia renal moderada, epilepsia, insuficiencia cardíaca III-IV, infarto miocárdico reciente
Contraindicado	Úlcus gastroduodenal activo, enfermedad del seno, retención urinaria	Insuficiencia hepática grave	Insuficiencia hepática o renal grave, enfermedad del seno	Riesgo de psicosis si se administra con: Dextrometorfano Amantadina, Fenitoína, L-dopa
Interacciones farmacológicas	Ketoconazol Itraconazol Fluoxetina Rifampicina Fenitoína Carbamazepina Alcohol Betabloqueantes	No descritas	Atropina Betabloqueantes Digoxina Paroxetina Ketoconazol	Reduce el efecto de: Neurolépticos Baclofeno Cimetidina Ranitidina Nicotina
Relación con las comidas	Indiferente	Administrar con las comidas	Administrar con las comidas	Indiferente
Controles analíticos	No necesarios	No necesarios	No necesarios	No necesarios
Aumento de dosis	Valorar en 4-6 semanas	Cada 2 semanas	Cada 4 semanas	Semanalmente
Nombre comercial	Aricept®	Exelon®; Prometax®	Reminyl®	Axura®, Ebixa®
*EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Modificada de: "Demencias desde la Atención Primaria". Grupo de trabajo de demencias de la semFYC17				

La indicación de los anticolinesterásicos queda por el momento restringida a:

- La EA probable o posible (siguiendo los criterios NINCDS-ADRDA) en estadios de gravedad leve a moderada<sup>78</sup>.
- Tratamiento sintomático de la demencia leve o moderada en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática (Rivastigmina)<sup>89</sup>.

Hay datos sobre la utilidad de anticolinesterásicos en otras demencias, si bien todavía no están autorizados por la Agencia Española del medicamento:

- Enfermedad de cuerpos de Lewy difusos: Rivastigmina.
- Demencia mixta: Galantamina<sup>90, 91</sup>.

Están en curso estudios para valorar si estos fármacos pueden retrasar la aparición de demencia en los casos de deterioro cognitivo ligero. Resultados preliminares de dos ensayos clínicos realizados con galantamina frente a placebo no han demostrado diferencias entre ambos grupos.

Los anticolinesterásicos se utilizan para la alteración cognitiva y del comportamiento en el tratamiento de la EA, aunque el beneficio es modesto (Grado B o Directriz).

Se recomienda emplear tratamiento con anticolinesterásicos en los pacientes con diagnóstico de EA probable o posible, en estadios leve y moderado, teniendo en cuenta los posibles efectos secundarios y las pautas de administración consignadas en la ficha técnica. (Grado A o Estándar).

Se recomienda emplear tratamiento con rivastigmina en los pacientes con diagnóstico de demencia asociado a enfermedad de Parkinson (Grado B o Directriz).

En los pacientes con deterioro cognitivo ligero no existe indicación de emplear fármacos anticolinesterásicos si no es dentro de un ensayo clínico bien diseñado.

## 8.2. Memantina

La descarga excesiva de glutamato está asociada a neurodegeneración tanto en trastornos agudos (hipoxia, isquemia e infartos cerebrales) como en crónicos (EA).

El clorhidrato de memantina es un antagonista no competitivo del receptor glutamatérgico NMDA que ha demostrado eficacia y seguridad en el tratamiento de la EA en estadio avanzado<sup>92</sup>.

La memantina tiene un efecto beneficioso pequeño a los 6 meses en la EA moderada a grave. En los pacientes con demencia leve a moderada, el efecto beneficioso pequeño sobre la cognición no fue clínicamente detectable en los pacientes con demencia vascular y apenas fue detectable con aquellos con EA. La tolerancia a la memantina es buena<sup>93</sup>.

Están en marcha varios ensayos clínicos para evaluar su eficacia frente a placebo en estadios leves.

La indicación de memantina en el momento actual está restringida a pacientes con EA probable o posible siguiendo los criterios NINCDS-ADRDA, en estadios moderado a grave (puntuaciones en el MMSE <20; GDS 5 ó 6).

La dosis final recomendada es de 10 mg cada 12 horas tras un periodo de escalada de cuatro semanas (aumentando 5 mg/semana).

La asociación de memantina con anticolinesterásicos es bien tolerada y puede mejorar la evolución en función cognitiva, actividades de la vida diaria y conducta frente al grupo de anticolinesterásicos con placebo en pacientes con EA moderadamente grave<sup>94</sup>.

Como efectos adversos infrecuentes destacan la agitación, ansiedad, hipertensión, náuseas, vértigo, cefalea, escozor urinario y aumento de la libido.

La memantina puede incrementar los efectos de L-dopa, agonistas dopaminérgicos o anticolinérgicos e hidroclorotiazidas. Puede reducir los efectos de barbitúricos y neurolépticos así como modificar efectos de antiespásticos como dantroleno o baclofén. No debe asociarse a fenitoína. Cabe citar interacciones con cimetidina, ranitidina, procainamida, quinina o nicotina.



### 8.3. Tratamiento y control de factores de riesgo cardiovascular

El principal objetivo en la prevención primaria de la demencia vascular es un adecuado control de los factores de riesgo vascular reconocidos: hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo e hiperlipemia.

En cuanto a la prevención secundaria, una vez iniciado el deterioro cognitivo, la prevención del ictus será también la de la demencia vascular. Tratamientos antihipertensivos, hipolipemiantes y el uso de antiagregantes, anticoagulantes o cirugía (en relación a la etiopatogenia del ictus) pueden estabilizar o frenar la demencia vascular.

Es importante también un estrecho control de factores de riesgo vascular en la prevención de la demencia mixta y de la EA si tenemos en cuenta que la presencia de infartos puede anticipar clínicamente la sintomatología demencial<sup>95</sup>.

Se recomienda seguir el Plan de Prevención Cardiovascular de Atención Primaria para la prevención de la aparición de la demencia<sup>96</sup>.

### 8.4. Otros fármacos

#### Terapia antiamiloide

No disponible a nivel clínico. El ensayo de vacunación con péptido beta-amiloide tuvo que ser suprimido al desarrollar encefalitis un 6% de los pacientes. La inmunización pasiva con anticuerpos puede ser una alternativa que se encuentra en fase de estudio<sup>97</sup>.

#### Otros

Aunque en algunos estudios se han publicado efectos protectores de antioxidantes (vitamina E y selegilina), estrógenos, hipolipemiantes, antiinflamatorios y nootrópicos, no hay actualmente evidencia de su eficacia<sup>84, 97-100</sup>.

### 8.5. Estimulación cognitiva

En ausencia de terapias curativas, se han propugnado otras intervenciones no farmacológicas cuyo objetivo es ayudar a lograr o mantener un nivel óptimo de funcionamiento físico, psicológico y social. La estimulación cognitiva se puede hacer a través de sesiones individuales o grupales realizadas por terapeutas o por familiares y generalmente como terapia asociada a los fármacos citados.

Los beneficios potenciales del entrenamiento cognitivo se han reconocido en estudios puntuales, tanto en mejorías cognitivas como conductuales, aunque la mayoría de las intervenciones no están basadas en una técnica sistematizada o estructurada y hay poca evidencia de la eficacia real de las mismas.

Los principales problemas metodológicos ante los que nos encontramos para evaluar su eficacia se deben a:

- 1) La propia naturaleza progresiva y heterogénea de la enfermedad.
- 2) Dificultades para estandarizar y comparar resultados con protocolos de actuación de grupo y a la vez individualizados.
- 3) Elección de parámetros de eficacia adecuados y métodos de medición de las diferentes áreas cognitivas y funcionales.
- 4) Dificultades en diseño de estudios multicéntricos, aleatorizados y con grupos control.
- 5) Número insuficiente de pacientes para extraer conclusiones significativas.



## Programas de estimulación

Deben de cumplir dos condiciones importantes: basarse en la exploración neuropsicológica de cada paciente para conocer las capacidades preservadas e intervenir apoyándose en ellas y desarrollarse de forma continua revisándolos y adaptándolos a los cambios que puedan surgir.

Los programas que se utilizan van dirigidos a las distintas áreas implicadas en la demencia: cognición, conducta, familia y entorno.

Entre los programas de estimulación más utilizados están:

### Terapia de orientación a la realidad

Se ha obtenido evidencia de beneficios sobre cognición y conducta, aunque no se conoce la duración del beneficio de la técnica una vez finalizado el tratamiento ni que aspectos de la misma son eficaces<sup>101</sup>.

### Terapia de reminiscencia

Se ha definido como el recuerdo vocalizado o silencioso de sucesos de la vida de una persona ya sea de forma individual, con otra persona o en grupo. En las reuniones se estimula a los participantes a hablar sobre episodios del pasado con ayudas como fotografías, música o vídeos. No pueden obtenerse conclusiones firmes sobre la efectividad de esta terapia<sup>102</sup>.

### Terapia de validación para la demencia

Se basa en el principio general de la validación, la aceptación de la realidad y la verdad personal de la experiencia e incorpora varias técnicas específicas. Tampoco hay pruebas suficientes de ensayos aleatorios para obtener conclusiones sobre eficacia de la terapia de validación en personas con demencia<sup>103</sup>.

### Rehabilitación cognitiva y entrenamiento cognitivo

Son intervenciones dirigidas a mantener y potenciar aspectos y subsistemas preservados de la cognición para compensar las deficiencias de memoria y mejorar el funcionamiento diario.

Se ha evaluado la efectividad y repercusión de estas intervenciones en los ensayos controlados aleatorios realizados en personas con EA o demencia vascular en las primeras etapas<sup>104</sup>. No se encontraron estudios que informaran acerca de un abordaje de rehabilitación cognitiva individualizado por lo que no se pueden extraer conclusiones sobre su eficacia.

La estimulación cognitiva puede ser una herramienta útil para mejorar la autonomía funcional de pacientes aunque no hay evidencias claras sobre su efectividad. Se precisan nuevos estudios para recomendar su aplicación de forma generalizada (Grado C u opción).

## 8.6. Tratamiento de los síntomas conductuales

En la demencia existen dos grupos de síntomas igualmente importantes:

- cognitivos (memoria, lenguaje, apraxias, agnosias, etc.).
- conductuales y psicológicos (SCPD).

El origen de los SCPD es complejo. En él intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales. Son síntomas que aumentan la sobrecarga de la persona cuidadora y que con frecuencia conllevan la decisión de institucionalización del paciente.

En general, la mejor aproximación terapéutica para tratar los trastornos de conducta debe combinar tres aspectos:

- **Información, consejos y apoyo familiar.** Es importante que las personas cuidadoras conozcan cuáles son estos trastornos de conducta y qué intervenciones resultan más adecuadas.
- **Cambios en el entorno vital del paciente** para minimizar las causas de problemas psicológicos y del comportamiento.
- **Medicación adecuada**, siguiendo las prescripciones médicas.

Para intervenir en un trastorno de conducta es muy importante establecer:

- Descripción del síntoma y grado de severidad
- Antecedentes premórbidos y posibles causas subyacentes
- Consecuencias para el paciente y la persona cuidadora

Es necesario buscar **posibles causas subyacentes** (enfermedad de base, personalidad premórbida, problemas médicos intercurrentes, situaciones ambientales). Aunque se tenga la impresión de que el trastorno sucede sin “previo aviso”, una observación cuidadosa de los sucesos inmediatamente anteriores puede servir para identificar los factores desencadenantes que suelen ser complejos y múltiples. En la práctica pueden existir síntomas “señal” que pueden ayudar:

- Ante agitación e insomnio descartar dolor, incomodidad y efectos secundarios de fármacos.
- Ante indiferencia, apatía y/o tristeza descartar depresión.
- Ante delirios descartar un cuadro confusional agudo asociado.

El Inventario neuropsiquiátrico de Cummings facilita la detección y clasificación de los trastornos conductuales en el paciente (Ver Anexo 8).

Ante la presencia de trastornos conductuales, es necesario evaluar el estado del paciente para eliminar causas reversibles y factores que contribuyen a dichos síntomas. (Grado B o Directriz<sup>8</sup>).

### 8.6.1. Tratamiento no farmacológico

Será la primera elección en el tratamiento de los SCPD de intensidad leve.

Un enfoque general de las intervenciones conductuales comprende:

- Describir el síntoma e identificar los posibles desencadenantes.
- Fijar objetivos realistas y hacer planes correspondientes conjuntamente con las personas cuidadoras.
- Evaluar y modificar los planes según evolución.

A continuación se proponen algunas pautas de manejo y consejos para afrontar los trastornos de conducta más frecuentes. No obstante, todo consejo de intervención debe tomarse con flexibilidad según las características específicas de la persona. En el Anexo 9 se ofrece más información.

Es recomendable formar a las personas cuidadoras en aquellas intervenciones que son efectivas para la población con demencia (Grado B o directriz<sup>16</sup>).

**Tabla 5. Consejos para el abordaje de los trastornos conductuales más habituales**

Problema	Consejos
<b>Agitación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmitir sensación de tranquilidad, aproximarse con educación.</li> <li>• Simplificar el entorno.</li> <li>• Ser muy prudentes al recurrir a medidas de sujeción física. No actuar nunca como si se le aplicara un castigo.</li> <li>• La primera prioridad debe ser siempre la seguridad del propio paciente y de las personas que le rodean.</li> </ul>
<b>Alucinaciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No alarmarse ante las alucinaciones, reaccionar con calma y aplomo y no poner nervioso al paciente.</li> <li>• No combatir la alucinación ni convertirla en un tema de discusión. Evitar convencer al enfermo de que no percibe hechos reales. Para él su percepción es totalmente real. Insistir en la irrealidad de la alucinación provoca irritación y ocasionalmente agresividad.</li> <li>• No decir que se está de acuerdo con la falsa percepción del paciente. Es mejor no contestar o dar respuestas neutras, sin comprometerse.</li> <li>• La mejor actitud –si es posible- es distraer al paciente para que olvide la alucinación. Se puede llevar al paciente a otra habitación de la casa con la excusa de hacer algo.</li> <li>• El contacto físico –a no ser que sea interpretado como un acto dominante- puede tener un papel tranquilizador. Coger las manos o abrazar.</li> </ul>
<b>Alteraciones del sueño</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener la máxima actividad diurna.</li> <li>• No dormir la siesta.</li> <li>• Ir al servicio antes de acostarse.</li> <li>• Cuando se despierte, hablarle suavemente recordándole que es de noche.</li> <li>• Observar las condiciones de confort.</li> </ul>
<b>Ansiedad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar las situaciones tensas y las discusiones.</li> <li>• Tener presente que incluso los pacientes más avanzados tienen capacidad de percibir y participar del humor de las personas que les rodean: si la situación es tensa, también la sufrirán.</li> <li>• Responder con afecto, y evitar razonar para que comprenda que sus sentimientos de ansiedad son infundados.</li> <li>• Dar seguridad, comodidad y simplificar el medio en que vive el paciente.</li> </ul>
<b>Apatía Indiferencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceptar pequeñas tareas es la puerta de entrada a tareas más largas.</li> <li>• Estimular al paciente, pero evitando ponerle ansioso. Valorar hasta qué punto la puesta en marcha de una actividad puede excitar al paciente.</li> <li>• Si abandona una tarea al poco tiempo, es mejor no increparle, sino felicitarle por lo que ha hecho. Al menos habrá hecho algo.</li> </ul>
<b>Conducta sexual inapropiada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No darle excesiva importancia, comprender que se trata de un efecto de la enfermedad y que no es posible razonar con él adecuadamente.</li> <li>• Conviene ser receptivos, amables y especialmente cariñosos. En esta situación debe llevarseles a algún lugar donde se preserve la intimidad.</li> <li>• Este tipo de conducta alterada no es general y cuando se produce suele ser temporal.</li> </ul>
<b>Comunicación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integrar al paciente en las conversaciones familiares, intentando entenderle y hacer que entienda conectando con él mediante acercamiento físico con contacto visual.</li> <li>• Hablarle lenta y claramente con lenguaje concreto, frases cortas y sencillas, dando un solo mensaje cada vez. Repetir cuantas veces sea necesario.</li> <li>• Cuando la persona cuidadora está nerviosa o cansada es mejor esperar a otro momento para contactar, evitando transmitir malestar (gritar “tranquilízate”, resulta contradictorio) ya que es necesario que coincidan las palabras y las actitudes.</li> </ul>
<b>Incontinencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llevar al enfermo cada dos horas al baño. Si existe incontinencia nocturna se pueden emplear empapadores sólo por la noche.</li> </ul>

Problema	Consejos
<b>Delirios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conviene que el delirio no se convierta en una fuente de problemas y discusiones. No se aconseja rebatir constantemente al paciente ya que esta actitud provocará conflictos innecesarios.</li> <li>• Si el paciente está asustado por el delirio, hay que tratar de darle tranquilidad. Unas palabras sosegadas y una caricia en la mano pueden aportar bienestar.</li> <li>• Distraer al paciente para que centre su atención en temas reales.</li> </ul>
<b>Depresión</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No insistir constantemente para que se “anime”, y que intente salir de la depresión. Esta insistencia puede aumentar la depresión y el paciente puede, además, sentirse incomprendido.</li> <li>• Dar soporte y apoyo. Es importante que el paciente esté rodeado de personas que le apoyen. Si le molesta la presencia de mucha gente se debe animarle para que no se aísla.</li> <li>• Es importante que no pidamos al paciente tareas complejas en las que fracase y se desanime más.</li> </ul>
<b>Empeoramiento al anochecer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dejar luces encendidas al anochecer.</li> <li>• Evitar el exceso de estímulos.</li> </ul>
<b>Preguntas repetitivas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distraerle con otros temas, introduciéndole en otra actividad.</li> <li>• Tranquilizarle, darle seguridad.</li> </ul>
<b>Quejas, insultos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es difícil aceptar que una persona a la que se está cuidando y atendiendo todo el día haya que aceptarle que también critique al cuidador por abandonarlo o le acuse de malos tratos.</li> <li>• Intentar comprender lo que hay detrás de la queja (es probable que cuando dice “eres cruel conmigo” se refiera a que “la vida es cruel conmigo”).</li> <li>• Debe hacerse un esfuerzo por parte del cuidador y de la familia para comprender cómo y por qué se siente el enfermo perdido, aislado, confuso y desorientado. Esto ayudará a aceptar que en ocasiones sea injusto o cruel con quien le cuida.</li> </ul>
<b>Reacciones catastróficas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Son respuestas exageradas frente a situaciones cotidianas, que con frecuencia se presentan en el baño, cuando se le va a llevar al médico, etc.</li> <li>• Evitar siempre el razonamiento. Es conveniente dejar que descargue su ira, para luego tranquilizarlo. A menudo da resultado proponerle otra actividad u otra conversación. Nunca tratar de convencerle, incluso aunque ese día no podamos llevar a cabo la actividad propuesta.</li> <li>• Para prevenirlas, evitar situaciones confusas como las que se producen cuando tienen lugar muchas visitas al mismo tiempo, cambios bruscos de rutina, preguntarle varias cosas a la vez, o pedirle que realice alguna actividad que sabemos de antemano que no puede hacer.</li> <li>• El baño suele ser traumático por varias razones como el pudor (buscar la manera de favorecer la intimidad) o la propia complejidad del proceso que se debe simplificar paso a paso (acompañarle, quitar la ropa pieza por pieza, etc.).</li> </ul>
<b>Trastornos en la alimentación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si no come, es preciso observar el estado de la dentadura.</li> <li>• Si hay problemas por disfagia, comprobar que no existen patologías asociadas que la favorezcan.</li> <li>• Presentar la comida de manera apetecible.</li> <li>• Si come demasiado, no dejar comida a su alcance y distraerlo con otras actividades.</li> <li>• Si adelgaza a pesar de comer bien, considerar problemas metabólicos.</li> </ul>
<b>Vagabundeo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar al paciente con un brazalete o una cartera, donde ponga sus datos personales.</li> <li>• Buscar la causa y tratarla si se puede.</li> <li>• Aumentar su nivel de actividad durante el día.</li> <li>• Felicitar la orientación en el medio dónde se encuentra.</li> </ul>

## 8.6.2. Tratamiento farmacológico

El uso de fármacos complementado con las estrategias no farmacológicas está claramente indicado para los SCPD moderados y graves, que interfieren en la calidad de vida del paciente y de la persona cuidadora.

Las dosis en estos pacientes son más bajas que las utilizadas en enfermos psiquiátricos.

### 8.6.2.1. Ansiolíticos

Las benzodiazepinas son los fármacos más empleados en el tratamiento de la ansiedad. Son eficaces en el control de los síntomas, en las conductas de agitación y en los trastornos del sueño. Deben emplearse únicamente durante las crisis dado que su uso prolongado predispone a la pérdida de eficacia y aparición de efectos adversos (somnolencia, ataxia, aumento del riesgo de caídas, deterioro de la función cognitiva y aumento de la ansiedad por mecanismo paradójico).

Se recomienda el empleo de benzodiazepinas de vida media corta (Loracepam, Oxacepam) o intermedia (Alprazolam).

El tratamiento se instaura progresivamente, se puede mantener como máximo de cuatro a seis semanas y se recomienda la suspensión gradual.

**Tabla 6. Dosis y presentación de los ansiolíticos más indicados en la demencia**

Fármaco	Dosis inicial	Rango de dosis	Vía	Presentación
<b>Alprazolam</b>	0,25 mg	0,25-1,25 mg	oral	Comprimidos 0,25 - 0,5 - 1 y 2 mg
<b>Lorazepam</b>	0,5 mg	0,5 - 3 mg	oral	Comprimidos 1- 2 y 5 mg
<b>Oxacepam</b>	10 mg	10-45 mg	oral	Comprimidos 10 mg

### 8.6.2.2. Antidepresivos

Los síntomas depresivos en pacientes con demencia mejoran con el tratamiento antidepresivo adecuado. En muchas ocasiones estos fármacos están infrutilizados.

Los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) son de primera elección en estos pacientes.

Los antidepresivos duales (Venlafaxina, Mirtazapina) también pueden estar indicados.

Algunos tetracíclicos como la trazodona, debido a que producen sedación, pueden estar indicados en situaciones de ansiedad y trastornos del sueño.

Los antidepresivos tricíclicos están desaconsejados en pacientes con demencia debido a los importantes efectos adversos anticolinérgicos.

Los ISRS están también indicados en los síntomas de demencia frontotemporal asociados a defectos en la transmisión serotoninérgica: desinhibición, compulsividad o bulimia.

**Tabla 7. Recomendaciones del uso de antidepresivos en la demencia**

Antidepresivos en la demencia	
•	Evitar los tricíclicos por sus efectos anticolinérgicos
•	Se puede aprovechar el efecto sedante de la trazodona (50 a 200 mg/día)
•	Primera elección: ISRS, venlafaxina, mirtazapina
–	Atención con los ISRS en la demencia con parkinsonismo
–	La fluoxetina es el más parkinsonizante y estimulante
–	La fluvoxamina y la paroxetina tienen capacidad sedante
–	La sertralina es el menos anorexígeno
–	El citalopram está indicado en depresión y patología vascular
•	Los ISRS están indicados en la sexualidad inapropiada

En los pacientes con demencia, se recomienda el empleo de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) para tratar los síntomas depresivos. (Grado C u opción)<sup>16</sup>.

La eficacia no debe evaluarse antes de 3-4 semanas y se recomienda reevaluar el tratamiento al cabo de 6-9 meses de tratamiento.

**Tabla 8. Dosis y presentación de los antidepresivos más indicados en la demencia**

Fármaco	Dosis Inicial (mg)	Rango de dosis (mg)	Vía	Presentación
<b>Fluoxetina</b>	10	20-30	oral	Cápsulas 20 mg Sobres 20 mg Solución 20
<b>Paroxetina</b>	10	20-30	oral	Comprimidos 20 mg
<b>Sertralina</b>	25	50-100	oral	Comprimidos 50 y 100 mg
<b>Fluvoxamina</b>	50	50-100	oral	Comprimidos 50 y 100 mg
<b>Citalopram</b>	10	20-30	oral	Comprimidos 20 y 30mg
<b>Escitalopram</b>	5	10	oral	Comprimidos 10,15 y 20 mg
<b>Venlafaxina</b>	37,5-75	75-150	oral	Comprimidos 37.5, 50 y 75 mg
<b>Mirtazapina</b>	15	15-30	oral	Comprimidos 15 y 30 mg
<b>Trazodona</b>	50	50-200	oral	Comprimidos 25, 50 y 100 mg

### 8.6.2.3. Antipsicóticos

Los antipsicóticos deben emplearse únicamente para tratar la agitación o la psicosis en pacientes con demencia, tras el fracaso de la manipulación ambiental<sup>105</sup> y teniendo en cuenta las recomendaciones sobre sus indicaciones en síndromes mentales orgánicos:

- Conductas específicas de agitación que causen daño potencial al paciente o las personas próximas y que interfieran con su capacidad funcional o de aportarle cuidados.
- Síntomas psicóticos (alucinaciones, ilusiones o paranoia) que alteren la capacidad funcional.

Los antipsicóticos son eficaces para tratar la agitación y el delirio en pacientes con demencia cuando fracasan las actuaciones ambientales. (Grado A o estándar).

## Recomendaciones para su empleo:

- Descartar antecedentes de hipersensibilidad a neurolépticos y considerar el diagnóstico de demencia por cuerpos de Lewy antes de prescribirlos.
- Comenzar a dosis bajas y subirlas lentamente.
- Vigilar estrechamente la aparición de efectos adversos del tratamiento (hipotensión, efectos anticolinérgicos, sedación, síntomas extrapiramidales, etc.).
- Es necesario el seguimiento evolutivo de estos síntomas y disminuir o suprimir los antipsicóticos cuando se resuelvan. Si el ensayo con un antipsicótico no mejora los síntomas en un plazo de 4-6 semanas estaría indicado un nuevo ensayo con un segundo preparado.

Existen dos grupos de antipsicóticos:

- **Típicos** (Convencionales)
- **Atípicos** o de segunda generación

Los **fármacos antipsicóticos típicos (haloperidol<sup>106</sup>)** que clásicamente se han utilizado tienen efectos secundarios extrapiramidales por lo que originan rigidez, inmovilidad y caídas con incremento significativo en la morbilidad. La revisión de la Cochrane sobre el **haloperidol** concluye que sólo es eficaz para tratar la agresividad y no otras formas de agitación y ello a costa de importantes efectos secundarios por lo que su uso debe ser prudente y reducido en el tiempo, nunca rutinario. No son de primera elección en demencias. Conservan su indicación en el manejo agudo (por ejemplo, delirium) y a corto plazo.

Los nuevos antipsicóticos o **antipsicóticos atípicos** con acción farmacológica tanto en sistemas serotoninérgicos como dopaminérgicos, permiten tratar síntomas negativos y positivos de trastornos psicóticos con menos efectos extrapiramidales<sup>107</sup>. Dentro de ellos destacamos:

- **Risperidona:** es el más estudiado en pacientes con demencia y el único aprobado para el tratamiento de los síntomas conductuales en el paciente con demencia. Mejora psicosis y agresividad<sup>108, 109</sup>. Se utiliza dosis inferior al 50% de la empleada en patología psiquiátrica: 1-2 mg/día; por encima de 2 mg los efectos adversos son similares al haloperidol.
- **Olanzapina:** provoca mayor sedación. Dosis: 5mg/día. Se ha limitado su uso desde marzo del año 2004 por incremento de mortalidad asociada a ictus.
- **Quetiapina:** es el que tiene mejor perfil en cuanto a efectos extrapiramidales. En la actualidad es el antipsicótico de elección en psicosis o agitación de pacientes con parkinsonismo o demencia con cuerpos de Lewy.
- **Ziprasidona:** se ha usado con eficacia en trastornos psicóticos aunque no hay apenas estudios en demencia. Debe evitarse en pacientes con enfermedades cardiovasculares o alteraciones electrolíticas.
- **Aripiprazol:** eficacia moderada y tardía (8 a 10 semanas).

En el año 2004, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) alertó sobre el incremento de la mortalidad y accidentes cerebrovasculares (ACV) asociado al uso de olanzapina y el aumento de ACV asociados a la risperidona<sup>110</sup>. Esta agencia restringió la indicación de risperidona en demencias al tratamiento sintomático de episodios graves de agresividad o cuadros psicóticos graves que no respondan a otras medidas, y para los que se hayan descartado otras etiologías, manteniendo el tratamiento durante el menor tiempo posible<sup>111</sup>.

A partir del 1 de febrero de 2005, la Dirección General de Farmacia establece mediante Resolución, la necesidad de un visado de inspección previo a la dispensación en mayores de 75 años para los siguientes antipsicóticos atípicos: olanzapina, risperidona, quetiapina, amisulprida, ziprasidona y aripiprazol. El visado será emitido con informe de un especialista en Psiquiatría, Neurología o Geriatría y en las indicaciones recogidas en la ficha técnica<sup>112</sup>.



Agentes estabilizadores del ánimo como **Carbamacepina** o **Valproato sódico** pueden reducir las alteraciones conductuales del Alzheimer y mejorar la agitación. Pueden utilizarse solos o asociados a antipsicóticos si éstos no han sido eficaces.

En resumen, pocos psicofármacos han sido aprobados específicamente para pacientes con demencia y su utilización ha sido en base a extrapolación de enfermedades psiquiátricas o recomendación de ensayos aislados. En espera de estudios adicionales se impone la prudencia en el manejo de estos fármacos aunque no por ello se debe evitar su uso dada la repercusión que los síntomas conductuales tienen en la vida diaria del paciente y su entorno.

**Tabla 9. Dosis y presentación de los antipsicóticos más indicados en la demencia**

	Fármaco	Inicio	Dosis a alcanzar	Observaciones
<b>Típicos</b>	– Haloperidol	0,5 mg	0,5 – 2 mg/día	
<b>Atípicos</b>	– Risperidona	0,5 mg	0,5 – 2 mg/día	Único aprobado en demencia. En mayores de 75 años, se requiere visado de inspección.
	– Quetiapina	25 mg	25 – 150 mg/día	Indicado en demencia + parkinsonismo. En mayores de 75 años, es un medicamento de uso compasivo.

#### 8.6.2.4. Anticomiciales

Las crisis epilépticas de tipo parcial o generalizadas son más frecuentes en fases avanzadas de la EA. En todos los casos hay que descartar una causa secundaria a fármacos, problema metabólico o lesiones vasculares cerebrales.

No hay un acuerdo acerca de qué fármaco puede ser más eficaz, dado que son escasos los estudios que evalúan este aspecto. Debido a la acción inhibitoria sobre el SNC, muchos fármacos antiepilépticos pueden provocar trastornos cognitivos. Esta posibilidad es especialmente alta con el fenobarbital, la primidona o las benzodiazepinas. Los más seguros para estos pacientes son la oxcarbamacepina, el levetiracetam, la gabapentina y la lamotrigina<sup>113, 114</sup>.

### 8.7. Algunas consideraciones sobre tratamientos en demencia terminal

La definición de estadio terminal en la demencia es poco precisa. Son **indicadores de fase terminal en la demencia**<sup>115</sup>:

- Función cognitiva inferior a 6 en el Mini-Mental o un deterioro que haga imposible su realización.
- Deterioro global del automantenimiento del sujeto expresado como: situación de dependencia para la realización de todas las actividades básicas de la vida diaria, fase 7 de la escala de deterioro global GDS o puntuación inferior a 13 en la Dementia Rating Scale.

#### 8.7.1. Medidas básicas

Se requieren unos cuidados mínimos que deben ser tenidos en cuenta y que van dirigidos a aliviar el sufrimiento y proporcionar el mayor confort posible:

- Eliminación o mejora del dolor.
- Higiene diaria.
- Cambios posturales para prevenir las úlceras por presión.



- La alimentación ha de permitir una fácil deglución, respetando en la medida de lo posible los gustos del paciente.
- Vigilancia de episodios de retención urinaria y/o fecal.
- Valoración del insomnio, que a veces es ocasionado por síntomas mal controlados (dolor, disnea, etc.).
- Mejora de la dificultad respiratoria.
- Alivio del sufrimiento del paciente y la familia.

### 8.7.2. Uso de antibióticos

La causa más frecuente del éxitus en estadios finales de la demencia es la neumonía en los enfermos de Alzheimer y las enfermedades cardiovasculares en la demencia vascular. El riesgo de mortalidad de un paciente con neumonía se asocia a la severidad de la demencia, la presencia de broncoaspiración y la pérdida de peso. En la administración de antibióticos se debe valorar la gravedad de la situación y la forma de administración optándose preferentemente por la vía oral o intramuscular; si el tratamiento requiere vía intravenosa y supone restricciones físicas al paciente o empeoramiento en su calidad de vida debe considerarse<sup>116</sup>.

El tratamiento curativo puede además retirarse si el paciente expresó su voluntad en el pasado en este sentido mediante testamento vital o a partir de la decisión del tutor responsable.

### 8.7.3. Nutrición

En la demencia en fase avanzada podemos encontrar diversas situaciones para administrar la alimentación. Hay pacientes que pueden deglutir pero han perdido la capacidad de llevarse la comida a la boca y precisan nutrición oral asistida con modificaciones en textura, nutrientes y sabor. A veces hay que añadir complementos nutricionales para incrementar los aportes calóricos.

Cuando aparecen trastornos en la deglución por disfagia motora o por obstrucción de vía digestiva puede optarse por la nutrición artificial enteral. Adoptar o no esta medida ha sido objeto de controversia en muchos aspectos. Por un lado sabemos que la hidratación y nutrición son requisitos básicos para la supervivencia. Por otro, las revisiones realizadas en relación con la utilización de sondas nasogástricas en pacientes con demencia avanzada no encuentran pruebas firmes que demuestren que prolonguen la vida ni prevengan la neumonía por aspiración o la aparición de úlceras por presión<sup>117-119</sup>.

Aún y todo, hay autores que consideran que no podemos dejar de nutrir e hidratar a cualquier persona independientemente de su situación usando los mejores métodos disponibles; otros que alimentación e hidratación no forzada forman parte de cuidados mínimos; algunos esgrimen razones de dignidad y prolongación innecesaria del sufrimiento para cuestionarse seriamente su supresión.

En este sentido no hay acuerdo en cuanto a una indicación certera. Es aconsejable diagnosticar la situación, individualizar la decisión y, si el paciente no ha dejado constancia de sus deseos, consensuarla con familiares y cuidadores<sup>120</sup>.

Se recomienda seguir la Guía de actuación “Atención a la persona en situación terminal y a su familia en Atención Primaria”<sup>121</sup> u otras guías relacionadas con este proceso<sup>122</sup>.



## 9. Seguimiento del paciente con demencia

### 9.1. Seguimiento del paciente con demencia en AP

Ante un caso de demencia adecuadamente confirmada, es esencial informar a la persona afectada y a su familia de que el paciente tiene una demencia y de que a partir de ese momento él y su entorno van a sufrir toda una serie de cambios en función de la evolución de dicha enfermedad. Es importante que la familia y entorno más próximos acepten la enfermedad para estar en disposición de ayudar al paciente.

Habrà que tener en cuenta también, con tiempo suficiente, la información de los problemas éticos y legales, para su resolución antes de que sea imposible hacerlo por la propia incapacidad que la demencia producirà en el paciente.

El seguimiento debe **individualizarse** según las necesidades de cada paciente (estadio de evolución de la enfermedad, síntomas, situación económica, red social, etc.), de la existencia o no de una persona cuidadora, de la eficacia de sus cuidados y de muchos otros factores intercurrentes que pueden ir apareciendo a lo largo de la enfermedad y de su evolución.

Para llevar a cabo con éxito el plan individual de un paciente con demencia es fundamental identificar a la persona de su familia o entorno que vaya a desempeñar el papel de persona cuidadora ya que será esta persona la que deberá asumir la mayor responsabilidad sobre el enfermo, sobre sus cuidados y precisará atención específica por parte de los profesionales de salud.

Este seguimiento, por tanto, debe ser **multidisciplinar** con la valoración de los profesionales de medicina, enfermería y trabajo social y teniendo en cuenta las opiniones de la persona con demencia (siempre que sea posible) y de la persona cuidadora.

Debe ser también **integral**, teniendo en cuenta las necesidades de la persona según su estadio clínico y funcional y su situación social y las necesidades de la persona cuidadora.

Dado que el deterioro cognitivo es uno de los factores de riesgo que determinan fragilidad en la persona anciana, se recomienda realizar el seguimiento de la persona con demencia según los criterios establecidos en la Guía de actuación para la valoración del anciano en Atención Primaria. Esta guía cuenta con el apoyo del Plan personal de SEGUIMIENTO DE LA FRAGILIDAD en la herramienta informática OMI.

La población diana de esta guía son las personas mayores de 75 años o mayores de 65 años que por su especial situación puedan requerir intervención sociosanitaria. Aunque puede haber personas con demencia más jóvenes, sus necesidades se adaptan a las de esta población y varían más en función del estadio evolutivo en el que se encuentran que en función de la edad.

El seguimiento contempla los siguientes aspectos:

- **Situación sociofuncional**
  - Soporte social existente.
  - Existencia de un domicilio estable o itinerante.
  - Existencia de una persona cuidadora o servicio de referencia.
  - Persona cuidadora: identificación, relación con el paciente, valoración de la eficacia de los cuidados que presta, riesgo de cansancio y valoración de la sobrecarga que en ella produce la situación medido a través de la escala de Zarit.
  - Sospecha de malos tratos.
  - Situación funcional medida a través de las escalas de Lawton y de Barthel.
  - Estilos de vida. Consumo de tabaco, alcohol y actividad física.

- **Situación clínica**
  - Valoración física: Tensión arterial, frecuencia cardíaca, auscultación pulmonar y cardíaca, presencia de edemas y valoración del patrón sueño.
  - Ver si ha habido hospitalización reciente e ingresos de repetición.
  - Polimedicación (consumo de cuatro o más medicamentos, incluida la automedicación). Valorar la adhesión al tratamiento, la revisión que los profesionales realizan de esa medicación y las actividades de educación.
  - Pluripatología que presenta (hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia cardíaca, EPOC, enfermedad de Parkinson, osteoartritis, etc).
- **Síndromes geriátricos:**
  - Caídas**
    - Exploración del riesgo de caídas:
      - Test cronometrado de levantarse.
      - Presencia de caídas de repetición.
      - Presencia de medicación que favorece las caídas.
      - Exploración neurológica (valoración de localización, equilibrio, marcha y temblor).
      - Exploración y corrección de déficits visuales y auditivos.
    - Intervenciones ante el riesgo de caídas: prevención de caídas, identificación de riesgos, medidas de seguridad del entorno (*Anexo 10*).
  - Malnutrición**
    - Exploración de la presencia de malnutrición: peso, talla, IMC, estado nutricional medido a través de escala Mini Nutritional Assessment (MNA), analítica (perfil anciano frágil) y albúmina.
    - Intervenciones para prevenir la malnutrición: asesoramiento nutricional, manejo de la nutrición y de los líquidos.
  - Incontinencia urinaria y fecal**
    - Presencia de incontinencia urinaria, utilización de absorbentes o portador de sonda vesical.
    - Intervenciones ante la incontinencia urinaria: cuidados, entrenamiento del hábito urinario.
    - Exploración del hábito de deposición: presencia de estreñimiento e incontinencia fecal.
  - Disminución de la movilidad**
    - Intervenciones ante el estreñimiento (manejo de la nutrición y de los líquidos) y la incontinencia fecal (cuidados de la incontinencia intestinal).
    - Exploración de la movilidad física. Riesgo de infección respiratoria.
    - Intervenciones ante la inmovilidad física (fomento del ejercicio, enseñanza a la familia de la realización de gimnasia respiratoria) y para la prevención de infección respiratoria en las personas con riesgo (fomento de ejercicios respiratorios, enseñanza a la familia de realización de gimnasia respiratoria).
  - Alteraciones en la piel**
    - Presencia de alteraciones en la piel, úlceras, deshidratación y edemas. Valoración de la escala de Norton modificada.
    - Intervenciones de prevención y cuidado si las hay de las úlceras por presión.
- **Deterioro cognitivo/demencia**
  - Presencia de indicios de deterioro afectivo y cognitivo.

- **Si hay demencia establecida, la atención al paciente contiene aspectos específicos:**
  - Definir el estadio evolutivo del paciente según escala Global Deterioration Scale de Reisberg (GDS) (*Anexo 7*).
  - Detectar y evaluar la evolución de los síntomas cognitivos, conductuales y funcionales mediante anamnesis y exploración al paciente y entrevista a la persona informadora.
  - Valorar efectos secundarios del tratamiento cognitivo.
  - En pacientes con tratamiento anticolinesterásico, al mes de su inicio se realizará en consulta médica una anamnesis referida a la tolerancia y a los posibles efectos secundarios a la medicación.
  - Presencia de procesos intercurrentes.
  - Valorar especialmente la presencia de malos tratos.
  - Valorar la información que posee el paciente acerca del proceso, su conocimiento y actitud ante el DVA y la elección de un/a tutor/a por parte del paciente.
  - Intervenciones específicas de enfermería en relación con el deterioro de la memoria (entrenamiento de la memoria y orientación de la realidad), el déficit de autocuidados (ayuda con los autocuidados), el deterioro de la comunicación verbal (escucha activa y potencialización de la socialización) y el deterioro de la interacción social (manejo de la demencia) que se detallan en el capítulo siguiente.
  
- **Valoración social y recursos utilizados**

Tras confirmar el diagnóstico de demencia, todo paciente debe ser remitido al profesional de trabajo social, quien realizará una valoración familiar y social con el fin de detectar situaciones de riesgo y proponer las medidas adecuadas, así como de informar de sus derechos legales y de los recursos socio-sanitarios disponibles, gestionando aquellos que precise el paciente en cada estadio.

Esta valoración permite detectar y priorizar los principales problemas de la persona con demencia. A partir de esta información, se puede elaborar un **Plan individualizado de seguimiento**, que contempla:

  - Detección y priorización de los principales problemas de la persona con demencia.
  - Intervenciones a realizar.
  - Profesional responsable. Cronograma. Recursos necesarios.
  - Evaluación de los resultados de la intervención.

### 9.1.1. Actividades específicas con el paciente y la persona cuidadora según el estadio de demencia

Siempre se realizará una valoración integral y un plan de cuidados multidisciplinar, así como una detección de situaciones de riesgo social e intervención precoz.

**Tabla 10. Actuaciones con el paciente y la persona cuidadora en relación con el estadio GDS**

	Paciente	Persona cuidadora
<b>Fase leve GDS 3-4</b>	Información adaptada Tratamiento farmacológico específico Tratamiento no farmacológico especializado Atención a la comorbilidad	Identificación Información de la enfermedad Formación en el cuidado: manejo de síntomas iniciales, potenciación de capacidades preservadas ( <i>Anexo 11</i> ), consejo sobre necesidades básicas Información de recursos sociales
<b>Fase moderada GDS 5</b>	Tratamiento farmacológico específico y de síntomas psicoconductuales Tratamiento no farmacológico especializado Atención a la comorbilidad	Información de la enfermedad y autocuidado ( <i>Anexo 12</i> ) Formación en el cuidado: manejo de síntomas psicoconductuales ( <i>Anexo 9</i> ), consejos sobre las necesidades básicas del enfermo y actividades de la vida diaria Adaptación del domicilio ( <i>Anexo 10</i> ) Valoración e intervención si sobrecarga ( <i>Anexo 12</i> ) Ayuda domiciliaria
	Atención domiciliaria de valoración Ingreso del paciente en estancias temporales o respiro Ingreso definitivo si carencia de cuidador	
<b>Fase grave GDS 6-7</b>	Cuidados finales con especial atención a la calidad de vida Atención a la comorbilidad	Información de la enfermedad y autocuidado Preparación del duelo Formación en el cuidado: necesidades básicas del enfermo encamado Valoración e intervención si sobrecarga Ayuda domiciliaria Ayudas técnicas
	Atención domiciliaria Ingreso del paciente en estancias temporales o respiro Ingreso definitivo si carencia de cuidador	

M<sup>a</sup> Jesús Gómez Salado. X Escuela de verano semFYC: Atención a las demencias en atención primaria

### 9.1.2. Criterios de interconsulta en el seguimiento

#### A Neurología:

- Paciente diagnosticado de Deterioro Cognitivo Ligero que presenta empeoramiento de su situación cognitiva.
- Intolerancia al tratamiento o efectos secundarios no esperados.
- Progresión inhabitual o aparición de síntomas generalmente no asociados al diagnóstico.
- Empeoramiento severo que justifique ajuste o modificación del tratamiento.
- Presencia de otra clínica neurológica susceptible de tratamiento.

#### A Salud Mental:

- Problemas afectivos y/o de conducta que no respondan al tratamiento.

**A la especialidad correspondiente**, siempre que sea necesario un examen o un tratamiento especializado complementario que pueda mejorar su calidad de vida.

## 9.2. Seguimiento del paciente con demencia en Neurología

El profesional de neurología deberá:

- **Corroborar el diagnóstico de demencia** con ayuda de los estudios complementarios y test neuropsicológicos oportunos y, en general, **realizar o confirmar el diagnóstico etiológico**.
- **Indicar el tratamiento** teniendo en cuenta el diagnóstico etiopatogénico de la demencia.
- **Realizar el seguimiento**. Se recomienda el siguiente cronograma, siempre sujeto a la individualidad de cada paciente:
  - **Pacientes con demencia**. Tras el inicio del tratamiento etiopatogénico, consulta programada a los 6-12 meses para valoración de efectos secundarios y grado de eficacia de dicho tratamiento. Posteriormente control por Neurología según necesidades.
  - **Aquellos pacientes que requieran una consulta adicional** y sean remitidos desde AP por presentar durante el seguimiento los criterios expuestos en el punto 8.1.3.

## 9.3. Criterios de alta por parte de Neurología

- Pacientes con demencia institucionalizados.
- Pacientes con demencia en fase grave no susceptible de recibir tratamiento que frene su deterioro cognitivo.





## 10. Plan de cuidados de enfermería en los aspectos específicos del paciente con demencia<sup>123-135</sup>

### 10.1. Contenidos generales

La demencia es una enfermedad que provoca un amplio abanico de sensaciones o sentimientos: inseguridad, ansiedad, miedo, susceptibilidad, frustración, depresión, sobrecarga, etc., tanto en el paciente como en la persona cuidadora principal y la familia. Según va progresando la enfermedad, se van limitando más las actividades de la vida diaria y se va agotando la paciencia. Ante esta realidad, el profesional de enfermería deberá tener una buena valoración con el fin de anticiparse a la resolución de problemas.

El papel de enfermería es fundamental en la atención y cuidado del paciente con demencia. Será la encargada de educar tanto al paciente (en las primeras fases de su enfermedad) como a la persona cuidadora y a la familia, aportándoles los conocimientos necesarios y las habilidades prácticas que les permitan mantener o realizar adecuadamente las actividades de la vida diaria.

La intervención de enfermería ayuda al paciente, cuidadora y familia a incrementar los sentimientos de autoestima y control sobre la enfermedad, lo que redundará en un retraso del deterioro, recuperación de las funciones perdidas o mantenimiento de las conservadas y en una mejoría de su calidad de vida.

### 10.2. Valoración por patrones

La valoración de Enfermería es el primer paso del **Proceso de Enfermería** y se define como el “proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de distintas fuentes para analizar el estado de salud de una persona”.

#### Puntos clave

Son actividades fundamentales de enfermería:

- Realizar el Test Minimental que nos permitirá conocer el estado de las habilidades y de los sentidos del paciente con demencia en las distintas fases de la enfermedad.
- Valorar las actividades de la vida diaria mediante la escala de Barthel.
- Valorar el estado emocional del paciente y de la persona cuidadora.
- Informar a la persona cuidadora principal sobre la enfermedad, su evolución, sus complicaciones y el impacto que ejercerá en la dinámica familiar.
- Enseñar a la persona cuidadora cómo debe cuidar del paciente y cómo debe autocuidarse, manifestándole que tendrá por nuestra parte todo el apoyo necesario.

Se propone la utilización del modelo de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon. **La valoración variará en función del estadio** de la enfermedad en el que se encuentre el paciente.

Es fundamental valorar en la persona con demencia, así como en la persona cuidadora:

- Patrón cognitivo–perceptual para conocer cómo se encuentran las habilidades cognitivas y los sentidos durante el transcurso de la enfermedad.
- Patrón autopercepción–autoconcepto con el que valoraremos el estado emocional.
- Patrón rol–relaciones que nos dará idea de las capacidades o dificultades en la relación, en la expresión, en la estructura familiar...
- Patrón actividad–ejercicio para saber qué problemas de movilidad existen y la repercusión en su profesión/trabajo, si lo realiza.

Lo deseable es realizar, además, una valoración completa tanto en las personas que padecen demencia como en las personas que los cuidan. Esta valoración se clasificará en cada uno de los patrones que a continuación se enumeran:

**Patrón percepción de salud – manejo de salud**, tiene como objetivo conocer la salud y bienestar percibido por el paciente y/o la persona cuidadora y cómo los maneja.

**Patrón nutricional – metabólico**, que nos servirá para conocer el consumo de alimentos y líquidos.

**Patrón eliminación**, con objeto de conocer las funciones excretoras (intestino, vejiga y piel) de los individuos.

**Patrón reposo – sueño**, para conocer las actividades de sueño, descanso y relax.

**Patrón sexualidad – reproducción**, sirve para conocer la actividad sexual; los cambios y desinhibición.

**Patrón adaptación – tolerancia al estrés**, cuyo objetivo será conocer la tolerancia al estrés de la persona y como es capaz de adaptarse a las situaciones.

**Patrón valores – creencias**, que nos permitirá conocer los valores o creencias; religión que practica; conflicto en los valores, creencias o expectativas relativas a la salud.

### 10.3. Plan de cuidados

Una vez detectados los problemas y las necesidades en la primera valoración, se planificarán las consultas o visitas que se consideren necesarias. En el momento del diagnóstico tiene interés conocer el ámbito domiciliario (estructura y dinámica familiar).

Para ello se valorará una visita domiciliaria que, según el caso, puede hacerse coincidir con la entrevista familiar.

#### 10.3.1. Categorías diagnósticas de enfermería más frecuentes en las personas con demencia

El diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a los procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales que proporciona la base de los cuidados para el logro de los objetivos de los cuales la enfermera es responsable (NANDA, 1999).

Teniendo en cuenta que el grado de la demencia sea leve, moderada o severa, los diagnósticos de enfermería dependerán mucho del estadio de evolución en que se encuentre el paciente.

De forma independiente y siempre desde el primer momento, se deberá trabajar en este sentido con las personas cuidadoras.

#### Puntos clave

Son fundamentales como diagnósticos de enfermería a valorar:

- Deterioro de la memoria.
- Deterioro de la comunicación verbal.
- Déficit de autocuidados (especificar): alimentación, higiene/baño, vestido/acicalamiento y/o uso del inodoro.
- Cansancio en el rol de la persona cuidadora.

#### • Patrón cognitivo-perceptual

##### - Deterioro de la memoria

##### Definición:

Incapacidad para recordar o recuperar parcelas de información o habilidades conductuales.

### **Características definitorias**

- Información u observación de experiencias de olvidos.
- Incapacidad para recordar si ya se ha realizado una conducta.
- Incapacidad para aprender o retener nuevas habilidades o información.
- Incapacidad para realizar una habilidad previamente aprendida.
- Incapacidad para recordar información sobre los hechos.
- Incapacidad para recordar acontecimientos recientes o pasados.
- Olvida realizar una conducta en el momento programado para ello

### **Factores relacionados**

- Excesivas alteraciones ambientales.
- Trastornos neurológicos.

### **Resultados (NOC)**

- Orientación cognitiva (0901).
- Memoria (0908).

### **Intervenciones de enfermería (NIC)**

- Entrenamiento de la memoria (4760).
- Orientación de la realidad (4820).

## • **Patrón rol - relaciones**

### - **Deterioro de la comunicación verbal**

#### **Definición:**

Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y usar un sistema de símbolos.

#### **Características definitorias**

- Negativa voluntaria a hablar.
- Incapacidad para hablar el lenguaje dominante.
  - Hablar o verbalizar con dificultad.
  - Dificultad para formar palabras o frases (afonía, dislalia, disartria).
  - Dificultad para expresar los pensamientos verbalmente (afasia, disfasia, dislexia).
  - Tartamudeo.
  - Pronunciación poco clara.
  - Falta de contacto ocular o dificultad para prestar atención selectivamente.
  - Dificultad para comprender o mantener el patrón de comunicación habitual.
  - Dificultad o incapacidad para usar las expresiones faciales o corporales.

#### **Factores relacionados**

- Disminución de la circulación cerebral.
- Barreras psicológicas (falta de estímulos, psicosis).
- Barreras ambientales.
- Alteraciones del sistema nervioso central
- Condiciones emocionales.

### **Resultados (NOC)**

- Comunicación (0902).

### **Intervenciones de enfermería (NIC)**

- Escucha activa (4920).
- Potenciación de la socialización (5100).

## **- Deterioro de la interacción social**

### **Definición:**

Intercambio social inefectivo o cuantitativamente insuficiente o excesivo.

### **Características definatorias**

- Verbalización u observación de incapacidad para recibir o transmitir una sensación satisfactoria de pertenencia, cariño, interés o historia compartida.
- Verbalización u observación de malestar en las situaciones sociales.
- Observación de empleo de conductas de interacción social ineficaces.
- Interacción disfuncional con los compañeros, familia o amigos.
- Informes familiares de cambio de estilo o patrón de interacción.

### **Factores relacionados**

- Déficit de conocimientos o habilidades sobre el modo de fomentar la reciprocidad.
- Barreras ambientales y/o de comunicación.
- Alteración de los procesos de pensamiento.

### **Resultados (NOC)**

- Clima social de la familia (2601).
- Implicación social (1503).

### **Intervenciones de enfermería (NIC)**

- Manejo de la demencia (6460).
- Potenciación de la socialización (5100).

## **• Patrón actividad - ejercicio**

- **Déficit de autocuidado** (especificar en qué área: alimentación, higiene/baño, vestido/acicalamiento y/o uso del inodoro).

### **Definición:**

Deterioro de la habilidad/capacidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de alimentación, baño/higiene, vestido y arreglo personal; y uso del orinal o inodoro.

### **Características definatorias**

- *Alimentación:* Incapacidad para deglutir los alimentos, prepararlos para su ingestión, manejar los utensilios, masticar la comida, abrir los recipientes, mover los alimentos en la boca, coger la taza o el vaso.
- *Higiene:* Incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo, secarse el cuerpo, entrar y salir del bañera, etc.

- *Vestido*: Incapacidad para ponerse la ropa, usar cremalleras, ponerse los zapatos. Deterioro de la capacidad para abrocharse la ropa, obtener o reemplazar los artículos de vestir.
- *Uso del inodoro*: Incapacidad para llegar hasta el inodoro o el orinal, manipular la ropa para la evacuación, sentarse o levantarse del inodoro o del orinal, realizar la higiene adecuada tras la evacuación.

#### **Factores relacionados**

- Debilidad o cansancio.
- Deterioro neuromuscular.
- Barreras ambientales.
- Disminución o falta de motivación.
- Dificultad para percibir una parte corporal o la relación espacial.
- Deterioro de la movilidad.

#### **Resultados (NOC)**

- Cuidados personales: actividades de la vida diaria –AVD– (0300).
- Autocuidados (específicos): comer (0303), baño (0301), higiene (0305), uso del inodoro (0310), vestir (0302).

#### **Intervenciones de enfermería (NIC)**

- Ayuda al autocuidado (1800).
- Ayuda con los autocuidados (especificar): alimentación (1803), aseo (1804), baño/higiene (1801), vestir/arreglo personal (1802).

#### • **Otras categorías diagnósticas**

A continuación se señalan otras categorías diagnósticas que se pueden dar en las personas con demencia pero, que al ser menos frecuentes no se han desarrollado, en este capítulo, como las anteriores.

##### • **Patrón percepción - manejo de la salud**

- Mantenimiento inefectivo de la salud.
- Riesgo de caídas.
- Riesgo de traumatismo.

##### • **Patrón actividad - ejercicio**

- Deterioro de la deambulaci3n.
- Deterioro en el mantenimiento del hogar.

##### • **Patr3n reposo – sue1o**

- Deterioro del patr3n sue1o.

##### • **Patr3n nutricional metab3lico**

- Riesgo de aspiraci3n
- Riesgo de d3ficit de volumen de l3quidos.

##### • **Patr3n eliminaci3n**

- Incontinencia urinaria refleja.

### 10.3.2. Categorías diagnósticas de enfermería más frecuentes en las personas cuidadoras de afectados con demencia

#### • Patrón autopercepción – autoconcepto

##### – Ansiedad

###### **Definición:**

Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo), sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

###### **Características definitorias:**

- Conductuales: Agitación, insomnio, inquietud.
- Afectivas: Irritabilidad, angustia, nerviosismo, incertidumbre, temor.
- Fisiológicas: Inestabilidad, urgencia urinaria, trastornos del sueño, anorexia, debilidad.
- Cognitivas: Bloqueo del pensamiento, confusión, olvido, rumiación, deterioro de la atención, disminución del campo perceptual, miedo de consecuencias inespecíficas, dificultad para la concentración, disminución de la habilidad para solucionar problemas y/o aprender.

###### **Factores relacionados**

- Exposición a toxinas.
- Conflicto inconsciente sobre los valores y metas esenciales de la vida.
- Amenaza de muerte.
- Estrés.
- Abuso de sustancias.
- Amenazas de cambio en el rol, en el estado de salud, en el entorno y/o en la situación económica.

###### **Resultados (NOC)**

- Autocontrol de la ansiedad (1402).
- Habilidades de interacción social (1502).

###### **Intervenciones de enfermería (NIC)**

- Disminución de la ansiedad (5820).

#### • Patrón rol – relaciones

##### – Cansancio en el rol de la persona cuidadora

###### **Definición:**

Dificultad para desempeñar el papel de cuidador de la familia.

###### **Características definitorias:**

- Dificultad para completar o llevar a cabo las tareas requeridas. Preocupación por los cuidados habituales. Inquietud ante el futuro respecto a la salud de la persona cuidada y la habilidad de la persona cuidadora para atenderla. Inquietud sobre la persona receptora de los cuidados si la persona cuidadora se pone enferma o muere. Inquietud sobre la posible institucionalización de la persona receptora de cuidados.

- Cambios ponderales. Fatiga. Sentimientos de depresión. Trastornos del sueño. Nerviosismo creciente. Somatización.
- Falta de tiempo para las necesidades personales. Frustración. Falta de participación en la vida social. Conflicto familiar.

#### **Factores relacionados**

- Crecientes necesidades de cuidados o dependencia.
- Conductas problemáticas. Adicción o codependencia.
- Responsabilidad de los cuidados durante las 24 horas.

#### **Resultados (NOC)**

- Preparación del cuidador principal domiciliario (2202).
- Alteración del estilo de vida del cuidador principal (2203).

#### **Intervenciones de enfermería (NIC)**

- Apoyo al cuidador principal (7040).
- Aumentar el afrontamiento (5230).

### • **Patrón actividad - ejercicio**

#### – **Deterioro en el mantenimiento del hogar**

##### **Definición:**

Incapacidad para mantener independientemente un entorno inmediato seguro y promotor del desarrollo.

##### **Características definitorias**

- Los miembros de la casa expresan dificultad para mantenerla confortable.
- Los miembros de la casa solicitan ayuda para su mantenimiento.
- Excesivo trabajo de los miembros de la familia.
- Repetidas alteraciones higiénicas, infestaciones o infecciones.

##### **Factores relacionados**

- Falta de conocimientos.
- Recursos económicos insuficientes.

##### **Resultados (NOC)**

- Salud física de la cuidadora principal (2507).
- Salud emocional de la cuidadora principal (2506).

##### **Intervenciones de enfermería (NIC)**

- Apoyo a la cuidadora principal (7040).
- Asesoramiento (5240).

### • **Patrón cognitivo-perceptual**

#### – **Conocimientos deficientes (especificar)**

##### **Definición:**

Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

### **Características definitorias**

- Verbalización del problema.
- Seguimiento inexacto de las instrucciones.
- Comportamientos inapropiados o exagerados.

### **Factores relacionados**

- Falta de exposición.
- Falta de memoria.
- Mala interpretación de la información.
- Falta de interés en el aprendizaje.

### **Resultados (NOC)**

- Conocimiento: cuidados en la enfermedad (1824).
- Conocimiento: proceso de la enfermedad (1803).

### **Intervenciones de enfermería (NIC)**

- Enseñanza: proceso de la enfermedad (5602).
- Asesoramiento (5240).
- Manejo de la demencia (6460).

### • **Otras categorías diagnósticas**

A continuación se señalan otras categorías diagnósticas que se pueden dar en las personas cuidadoras de afectados con demencia pero, que al ser menos frecuentes no se han desarrollado, en este capítulo, como las anteriores.

- **Patrón reposo – sueño**
  - Deterioro del patrón sueño.
- **Patrón rol – relaciones**
  - Desempeño inefectivo del rol.
- **Patrón adaptación - tolerancia al estrés**
  - Afrontamiento familiar comprometido.
  - Afrontamiento familiar incapacitante.

## **10.4. Criterios de calidad**

En todo paciente con demencia deberá figurar:

La valoración del patrón cognitivo – perceptual que conlleva la realización del Test Minimental.

En todo diagnóstico de enfermería confirmado debe constar en la historia clínica la característica definitoria que cumple.



## 11. Atención a la persona cuidadora

Tradicionalmente ha sido la familia la principal responsable del cuidado de los ancianos dementes y la vamos a considerar como un recurso de apoyo informal.

La mayoría de las familias desea cuidar a su familiar en el domicilio y en un gran porcentaje de casos, así lo hace. Sin embargo diversos factores sociales dificultan enormemente esta tarea: cuidadores envejecidos, familias reducidas, incorporación de la mujer al mercado laboral, coste de los cuidados formales.

Actualmente asistimos a un desequilibrio entre las demandas sanitarias generadas por la creciente patología psicogerítrica, en particular la demencia y los recursos disponibles.

Cuidar a un familiar demente supone mayor estrés que cuidar a un enfermo físico. Esto se debe principalmente a:

- La persona que cuida debe introducir mayores cambios en su estilo de vida.
- Genera mayor afectación de la vida social.
- Causa morbilidad psiquiátrica.
- Deteriora el nivel de intimidad.
- Casi desaparece la gratificación por parte del receptor de cuidados.

Este cuidado genera una sobrecarga que tiene una parte objetiva (problemas prácticos derivados de los cambios comportamentales y de autonomía del paciente) y una parte subjetiva, por la reacción emocional del cuidador.

La situación de cuidado lleva asociada la experiencia de múltiples sentimientos y emociones por parte del cuidador. Unos son positivos y le permiten identificar áreas de su tarea que le dan más satisfacción y otros son negativos, como la culpa, la preocupación, el enfado o la tristeza. Estos últimos alteran su bienestar y dificultan el desempeño de las tareas de cuidado. Es necesario reconocerlos, aceptarlos y aprender a controlarlos.

El éxito en el cuidado va a depender del grado en el que el cuidador cuide de sí mismo y conceda tiempo y atención suficiente a sus necesidades personales.

Son señales de alerta que pueden servir como detección de la necesidad de incrementar el cuidado de sí mismo:

- Problemas de sueño.
- Pérdida de energía, fatiga crónica.
- Consumo excesivo de bebidas excitantes.
- Consumo de medicación psicotrópica.
- Problemas físicos: palpitaciones, sudoración profusa, molestias digestivas.
- Menor interés por actividades y personas que anteriormente eran objeto de interés.
- Aumento o disminución del apetito.
- Cambios frecuentes de humor.
- Dificultad para superar sentimientos de depresión o nerviosismo.

Numerosas revisiones sistemáticas<sup>136-140</sup> han tenido como objetivo ver la efectividad de las distintas intervenciones con personas que proveen cuidados informales a los pacientes con demencia.

Son en su mayoría intervenciones psicosociales (counselling, apoyo emocional, estrategias de búsqueda de implicación de la familia y el paciente, programas o grupos de apoyo, manejo de estrés, información, entrenamiento, etc.) y los resultados son también medidos en diferentes términos (morbilidad física y psicológica, carga de trabajo, calidad de vida, conocimientos, satisfacción con el apoyo recibido, relación entre el cuidador y el paciente, etc.).

En general, los autores concluyen que son necesarios estudios más rigurosos, de mayor tamaño y a más largo plazo para poder ver la efectividad de dichas intervenciones.

Algunos autores han encontrado que un modelo efectivo de intervención psicosocial en base a resolución de problemas puede mejorar la calidad de vida de los cuidadores. Y, además de la información, es necesario incluir componentes de apoyo social en la intervención.

Se recomienda valorar la carga de trabajo y las necesidades de la persona cuidadora y sus necesidades de manera periódica (Grado C u opción ). Para valorar la sobrecarga de esta persona se propone utilizar la escala de Zarit (ver Anexo 12).

La información sobre los síntomas y evolución de la demencia, la formación en habilidades para el manejo del paciente y los consejos de autocuidado son requisitos necesarios para prevenir el malestar psicológico del cuidador. (Grado A o estándar ).

Las intervenciones son más efectivas si se centran en las necesidades específicas de los cuidadores, se dirigen a cuidadores más sobrecargados y se acompañan de medidas o recursos sociales que repartan el cuidado y alivien la carga (Grado A o estándar ).

**Tabla 10. Atención a la persona cuidadora**

<b>Identificación</b>	Edad, nombre, teléfono. Vínculo y calidad afectiva. Convivencia. Actividad profesional. Problemas económicos. Enfermedades y fármacos. Familia (estructura, ciclo vital, apoyos intrafamiliares). Vida social y autocuidado. Sentimiento hacia el cuidado, creencias y sus estrategias de afrontamiento.
<b>Valoración de necesidades</b>	
<b>Información de la enfermedad</b>	Evaluar la información que posee. Informar de características, posibilidades terapéuticas, evolución y pronóstico de forma gradual y longitudinal, adaptándolo a sus necesidades. Proceso de seguimiento (cuándo, dónde, quién y cómo se llevará a cabo).
<b>Información de recursos sociales</b>	Recursos sociales de los que puede beneficiarse y de la Asociación de Familiares de Alzheimer (AFA) más cercana. Informarle de los accesos a la información jurídica.
<b>Formación en el cuidado</b>	Facilitar conocimientos y habilidades en: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Manejo del régimen terapéutico y de los efectos secundarios de la medicación.</li> <li>– Medidas no farmacológicas: manejo de síntomas cognitivos y psicoconductuales.</li> <li>– Cómo comunicarse con el paciente.</li> <li>– Actividades básicas de la vida diaria y cuidados específicos según la fase y necesidades.</li> <li>– Seguridad: adaptación del entorno. Visita domiciliaria para valoración adaptación de vivienda.</li> </ul> Proporcionar material de apoyo impreso. Asesorar en cómo realizar modificaciones en la casa.
<b>Cuidado del cuidador</b>	Enseñar al cuidador a cuidarse. Reconocer signos de alarma, cómo pedir ayuda, cómo poner límites al cuidado, cómo relajarse y buscar espacios de ocio y de relación, cómo cuidar su salud física y psíquica.
<b>Valoración de sobrecarga e intervención</b>	<b>Valoración:</b> aprovechar consultas espontáneas para preocuparnos por su bienestar. Y las repercusiones subjetivas y objetivas biopsicosociales del cuidado. Realizar consultas programadas específicas si se sospecha sobrecarga. Se pueden utilizar la entrevista y/o el Test de Sobrecarga Zarit. <b>Intervención</b> mediante: <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Apoyo emocional:</b> actitud empática, facilitar expresión de sentimientos, emociones, miedos, desculpabilizar y normalizar sentimientos generados de malestar y culpa. Tratamiento específico de trastornos del estado de ánimo si precisa. Acompañar y apoyar a la persona cuidadora, a su familia y al propio paciente hasta el final.</li> <li>– <b>Apoyo material:</b> información, formación, desarrollo del plan de cuidados, accesibilidad a los profesionales, atención domiciliaria y trabajo en red (coordinación socio-sanitaria). Acceso a recursos sociales de descarga (ayuda a domicilio, estancias diurnas, ingresos temporales y definitivos), y vinculación de la persona cuidadora a grupos de autoayuda, psicoeducativos, AFAS.</li> </ul>

M<sup>a</sup> Jesús Gómez Salado. X Escuela de verano semFYC: Atención a las demencias en atención primaria

El Instituto de Salud Pública ha editado material dirigido a los profesionales que tiene como objetivo facilitar la programación y realización de actividades y proyectos con grupos de personas en etapas de transición vital. “Educar en salud III: Transiciones y etapas vitales vulnerables” recoge “experiencias –modelo” de educación con grupos de personas cuidadoras.

Además, cuenta con folletos dirigidos a la población que pueden ser muy útiles en esta etapa:

- El estrés
- Cuidar y cuidarse



## 12. Evaluación de la atención a la persona con demencia

### Indicadores

En relación a los objetivos y a los criterios de calidad en la atención al paciente con demencia que se establecen en esta guía, se proponen un conjunto de indicadores para su evaluación. Estos indicadores recogen todo el proceso de atención, tanto el abordaje como el seguimiento de la demencia. Queda a criterio de los profesionales de AP elegir los que deseen para evaluar la aplicación de las recomendaciones de la guía en su centro de salud.

### Cobertura

Prevalencia de demencia

$$\frac{\text{Nº de personas diagnosticadas de demencia}}{\text{Población > 65 años}} \times 100$$

*Aclaración:* población asignada a la ZBS tipo 1 y 3 > 65 años

### Criterios de valoración inicial de una persona con sospecha de demencia

Población diana: pacientes que acuden a consulta y que presentan sospecha de demencia (cambios cognitivos y/o conductuales y pérdidas funcionales) y/o quejas por pérdida de memoria.

Esta valoración inicial comprende:

#### Anamnesis

Una anamnesis que incluya la valoración de la presencia o ausencia de deterioro afectivo, de fármacos con acción sobre la función cognitiva y de polimedicación.

Para valorar la presencia de indicios de deterioro afectivo se recomienda realizar dos preguntas: ¿Ha perdido el interés por realizar las actividades habituales? ¿Se siente triste o deprimido con frecuencia?.

En los pacientes con polimedicación (definida como la toma de 4 o más fármacos, incluida la automedicación), se recomienda revisar el tratamiento.

1. N° de pacientes en los que se ha valorado la presencia de indicios de deterioro afectivo  
\_\_\_\_\_ X 100  
N° pacientes según población diana
2. N° de pacientes en los que se ha revisado el tratamiento farmacológico  
\_\_\_\_\_ X 100  
N° pacientes según población diana que presentan polimedicación

#### Exploración física y neurológica

3. N° de pacientes en los que se ha valorado la presencia de signos de focalidad neurológica y signos extrapiramidales  
\_\_\_\_\_ X 100  
N° pacientes según población diana

*Aclaraciones:*

Signos de focalidad neurológica: alteraciones de algún par craneal, afasia, pérdida de fuerza o sensibilidad localizada.

Signos extrapiramidales: movimientos anormales, marcha anormal, presencia de reflejos arcaicos.

**Realización de los siguientes test:**

– **El Test del Informador:**

$$\frac{4. \text{ N}^\circ \text{ de pacientes en los que se ha realizado el Test del Informador}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes según población diana}} \times 100$$

– **El Test Cognitivo Mini Mental de Folstein (MMSE)**

Para evaluar el resultado, se tendrán en cuenta los valores de la tabla de referencia, considerando en cada caso la edad y la escolaridad.

$$\frac{5. \text{ N}^\circ \text{ de pacientes en los que se ha realizado el MMSE}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes según población diana}} \times 100$$

**Analítica de sangre que descarte etiología reversible**

$$\frac{6. \text{ N}^\circ \text{ de pacientes a los que se ha realizado analítica perfil demencia}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes según población diana}} \times 100$$

*Aclaración:*

El perfil de demencia viene definido en la aplicación informática OMI. Comprende los siguientes parámetros: hemograma, glucosa, colesterol, urato, triglicéridos, creatinina, GOT, GPT, sodio, potasio, calcio, TSH, VSG, folatos y cobalamina.

## **Criterios de seguimiento de una persona diagnosticada de demencia**

Población diana: Pacientes diagnosticados de demencia

### **Identificación de la persona cuidadora**

En todo paciente con demencia se recomienda identificar en la historia clínica del paciente a la persona cuidadora.

1. 
$$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes en los que se ha identificado a la persona cuidadora}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes con demencia}} \text{---} \times 100$$

### **Atención multidisciplinar**

La atención al paciente con demencia deber ser multidisciplinar. Se recomienda remitir a todo paciente con demencia al profesional de trabajo social. El test recomendado para la valoración de la situación social es el Test de Gijón.

2. 
$$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes en los que se ha realizado el Test de Gijón}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes con demencia}} \text{---} \times 100$$

### **Identificación del estadio evolutivo del paciente**

El estadio evolutivo del paciente con demencia se mide mediante la escala Global Deterioration Scale de Reisberg (GDS).

3. 
$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes en los que se ha identificado el GDS}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes con demencia}} \text{---} \times 100$$

### **Cumplimiento de la ley de autonomía del paciente**

La ley 41/2000 de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LAP) señala el derecho inequívoco del paciente a conocer toda la información disponible relativa a su salud. La información que debe darse será verdadera, adecuada y conveniente al proceso y situación concreta.

4. 
$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes a los que se ha proporcionado información sobre su diagnóstico}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes con demencia}} \text{---} \times 100$$

Excepción:

- *Cuando exista incapacidad física o psíquica para comprender. El paciente incapacitado será también informado de acuerdo a sus posibilidades e informado también su representante legal.*
- *Estado de necesidad terapéutica, privilegio o excepción terapéutica: el médico puede actuar profesionalmente sin informar de forma previa cuando por razones objetivas crea que el conocimiento de su situación pudiera perjudicar de forma grave la salud del paciente. (La Ley lo recoge como excepción, nunca será la práctica habitual).*

### **Cumplimentación del Documento de Voluntades Anticipadas (DVA)**

El paciente puede dejar constancia de sus deseos expresados sobre las actuaciones médicas para cuando se encuentre en situación de no poder expresar su voluntad mediante la cumplimentación del DVA.

En él, la persona puede designar un representante que será el único interlocutor válido para el equipo sanitario.

$$\frac{5. \text{ N}^\circ \text{ de pacientes a los que se ha proporcionado información acerca DVA}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes con demencia}} \times 100$$

$$\frac{6. \text{ N}^\circ \text{ de pacientes en los que se constata la presencia de un/a tutor/a}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes con demencia}} \times 100$$

### Seguimiento de los síndromes geriátricos

En los pacientes con demencia se recomienda realizar un especial seguimiento del riesgo de caídas, del estado nutricional, del control de esfínteres y del estado de la piel.

#### - Riesgo de caídas

En todo paciente con demencia se recomienda explorar el riesgo de caídas y realizar consejo de prevención.

$$\frac{7. \text{ N}^\circ \text{ de pacientes en los que se ha valorado el riesgo de caídas}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes con demencia}} \times 100$$

#### - Estado nutricional

En todo paciente con demencia se recomienda realizar una valoración del estado de nutrición. Se considera que hay sospecha de malnutrición si el IMC  $\leq 20$ , hay una pérdida del 5% de peso en un mes o hay una pérdida  $\geq 10\%$  en 6 meses.

$$\frac{8. \text{ N}^\circ \text{ de pacientes en los que se hay sospecha de malnutrición}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes con demencia}} \times 100$$

#### - Incontinencia urinaria

En todo paciente con demencia se recomienda explorar la presencia de incontinencia urinaria, que se define como la pérdida de orina involuntaria que origina un problema higiénico y/o social. Si hay incontinencia, se recomienda dar consejo sobre cuidados de incontinencia urinaria (Ver las actividades propuestas en la intervención NIC).

$$\frac{9. \text{ N}^\circ \text{ de pacientes con exploración de la incontinencia urinaria}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes con demencia}} \times 100$$

$$\frac{10. \text{ N}^\circ \text{ de pacientes a los que se ha realizado cuidados de la incontinencia}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes con demencia e incontinencia}} \times 100$$

#### - Úlceras por presión

En todo paciente con demencia se recomienda realizar consejos para prevenir la aparición de úlceras por presión (UPP).

$$\frac{11. \text{ N}^\circ \text{ de pacientes en los que se ha realizado prevención úlceras por presión (UPP)}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes con demencia}} \times 100$$



### *Aclaración:*

Se definen las UPP como zonas localizadas de necrosis que tienden a aparecer cuando el tejido blando está comprimido entre dos planos, uno las prominencias óseas del propio paciente y otro una superficie externa.

Se considera prevención de las UPP las actividades propuestas en la intervención NIC: "Prevención de úlceras por presión".

$$12. \frac{\text{Nº de pacientes con presencia de UPP}}{\text{Nº pacientes con demencia}} \times 100$$

### **Utilización de benzodiacepinas**

En pacientes con demencia, las benzodiacepinas deben emplearse únicamente durante las crisis de ansiedad, conductas de agitación y trastornos del sueño y no de manera prologada. Se recomienda de elección el empleo de benzodiacepinas de vida media corta (loracepam, oxacepam) o intermedia (alprazolam).

$$13. \frac{\text{Nº de pacientes en tratamiento con benzodiacepinas de elección}}{\text{Nº de pacientes con demencia con benzodiacepinas}} \times 100$$

### **Fuentes de datos**

Episodios abiertos y cerrados en la aplicación OMI. En este guía se recomienda la utilización de dos protocolos:

Protocolo "DEMENCIA, SOSPECHA DE", ante un paciente con sospecha de demencia (cambios cognitivos y/o conductuales y pérdidas funcionales) o quejas de pérdida de memoria detectadas por el profesional o referidas por el paciente o la familia.

Plan personal en OMI "SEGUIMIENTO DE LA FRAGILIDAD", una vez establecido el diagnóstico de demencia y con el objetivo de establecer un Plan de cuidados multidisciplinar al paciente y la persona cuidadora.

Lo códigos CIAP donde se engloban estas patologías son:

- P20: DESORIENTACIÓN, TRASTORNO DE MEMORIA
- P70: DEMENCIA, ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, DEMENCIA VASCULAR, DEMENCIA MIXTA, DEMENCIA (OTRA/S CAUSA/S)
- P15: DEMENCIA ALCOHÓLICA

### **Sistema de registro**

Se recomienda registrar como P20: DESORIENTACIÓN, TRASTORNO DE MEMORIA los episodios en los que un paciente o su familia consultan por sospecha de demencia (cambios cognitivos y/o conductuales y pérdidas funcionales) o por quejas de pérdida de memoria.

Si se llega al diagnóstico de demencia, se codifica con el código P70 y la descripción más exacta o con P15 si se trata claramente de una demencia en relación con el alcohol y se agrupa en él el episodio P20.

Se recomienda asimismo utilizar las órdenes clínicas de:

- Laboratorio: perfil demencia.
- Interconsulta a radiodiagnóstico para la solicitud de TAC.
- Interconsulta a Neurología.



## 13. Bibliografía

1. Demencia: proceso asistencial integrado. Consejería de Salud Andalucía. 2002.
2. Practice parameter for diagnosis and evaluation of dementia (summary statement). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 1994;44:2-203-2.206.
3. Corey-Bloom J, Thal LJ, Galasko D, Folstein M, Drachman D, Raskind M, Lanska DJ. Diagnosis and evaluation of dementia. *Neurology* 1995; 45:211-218.
4. Geldmacher DS, Whitehouse PJ. Evaluation of dementia. Current concepts. *NEJM* 1996; 335:330-336
5. Servicio Canario de Salud. Guía de Práctica Clínica. Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Conferencia de Consenso. Consejería de Sanidad y Consumo Gobierno de Canarias 1998.
6. Eccles M, Clarke J, Livingstone M, Freamantle N, Mason J. North of England evidence based guidelines development project: guideline for the primary care management of dementia. *BMJ* 1998;317:802-808.
7. Demencias. SEMFYC. Barcelona 1999.
8. Patterson CJ, Gauthier S, Bergman H, et al. The recognition, assessment and management of dementing disorders: conclusions for the Canadian consensus conference on dementia. *Can Med Assoc J* 1999;160 (12 Suppl):S1-15.
9. 1 Grupo Español Multidisciplinar para la Atención Coordinada al Paciente con Demencia. Atención Coordinada al paciente con demencia. Ediciones Doyma. Madrid 2000.
10. Knopman DS, DeKosky ST, Cummings JL, Chui E, Corey-Bloom J, Relkin N et al. Practice parameter: Diagnosis of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001; 56:1154-1166.
11. Petersen RC, Stevens JC, Ganguloi M, Tangalos EG, Cummings JL, DeKosky ST. Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001; 56:1133-1142.
12. Guías en demencias. Conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia. Revisión 2002. Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias. Sociedad Española de Neurología. Ed. Masson.
13. Gauthier S. Clinical diagnosis and management of Alzheimer's disease. Seconde edition revised. Martind Dunitz 2001.
14. Aguera Ortiz LF. Demencia. Una aproximación práctica. Masson 1998.
15. Grupo de demencia- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Demencias en Geriatria. Natural Ediciones. Madrid 2003.
16. SIGN. Management of patients with dementia. 2006.
17. Grupo de trabajo de demencias de la SEMFYC. Demencias desde la Atención Primaria. 2005. SEMFYC ediciones.
18. Waldemar G, Dubois B, Emre M, Georges J, McKeith, Rossor M et al. Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline. *European Journal of Neurology* 2007; 14 e1-e26.
19. Knopman DS, Boeve BF, Petersen RC. Essentials of the proper diagnoses of mild cognitive impairment, dementia, and major subtypes of dementia. *Mayo Clin Proc* 2003;78:1290-1308.

20. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Dementia: Recommendations and Rationale. June 2003. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.
21. Jorm AF, Scott R, Cullen JS, Mackinnon AJ. Performance of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) as a screening test for dementia. *Psychol Med* 1991;21:785-790.
22. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J* 1965;14: 61-65.
23. Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1993;28:32-40.
24. Lawton MP, Broody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of dail living. *Gerontologist* 1969;9:179-186.
25. Blessed G, Tomlinson BE, Roth M. The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects. *Br J Psychiatry* 1968;114: 797-811.
26. Teunisse S, Derix MM, Crevel H. Assessing the severity of dementia. Patient and caregiver. *Arch neurol* 1991;48:274-277.
27. Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR. Mini-mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12:189-198.
28. Manubens JM, Martínez-Lage P, Martínez-Lage JM, Larumbe R, Muruzabal J, Martínez-González MA, et al. Variación de las puntuaciones en el Mini-Mental-State con la edad y el nivel educativo. Datos normalizados en la población mayor de 70 años de Pamplona. *Neurología* 1998; 13: 111-119.
29. Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, del Cámara C, Ventura T, et al. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Medicina Clínica* 1999;112:767-774.
30. Manubens Bertrán JM, Martínez-Lage Alvarez P, Barnadiarán Amillano M, Francés Román I, Marcellán Benavente T. Normative values for the CERAD word-learning test in a Spanish Population. *Neuroepidemiology* 2004; 23: 155-156.
31. Del Ser T, García de Yébenes MJ, Sanchez Sánchez F, Frades Payo B, Rodríguez Laso A, Bartolomé Martínez MP, Otero Puime A. Evaluación cognitiva del anciano. Datos normativos de una muestra poblacional española de más de 70 años. *Med Clin (Barc)* 2004;122: 727-740.
32. Buschke H, Kuslansky G, Katz M, Stewart WF, Sliwinski MJ, Eckholdt HM, Lipton RB. Screening for dementia with the Memory Impairment Scree. *Neurology* 1999;52:2319-238.
33. 1 Knopman DS, Boeve BF, Petersen RC. Essentials of the proper diagnoses of mild cognitive impairment, dementia, and major subtypes of dementia. *Mayo Clin Proc* 2003;78:1290-1308.
34. Rosen WG, Mohs RC, Davis KL. A new rating scale for Alzheimer's disease. *Am Soc Psychiatr* 1984;141:1356-1364.
35. Roth M, Tym E, Mountioy CQ, Huppert FA, Hendrie H, Verma S, Goddard R. CAMDEX: A standardized instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. *Br J Psychiatry* 1986;149:689-709.
36. Morris J C, Heyman A, Mohs R C, Hughes J P, van Belle G, Fillenbaum G, Mellits E D, Clark C. The consortium to establish a registry for Alzheimer's disease (CERAD). Part I. Clinical and neuropsychological assessment of Alzheimer's disease. *Neurology*.1989; 39:1159-1165.

37. Peña-Casanova J. Normalidad, semiología y patología neuropsicológicas. Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica. Test Barcelona. Barcelona: Masson 1991.
38. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual. 4ª edición. Washington DC: APA, 1994.
39. Robles A, Del Ser T, Alom J, Pena-Casanova J; Grupo Asesor del Grupo de Neurología de la Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología. Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero y la enfermedad de Alzheimer. *Neurología*. 2002;17:17-32.
40. Arbilla O, Egurza I, García E, Litago C, Zubicoa J. Valoración del anciano en Atención Primaria. Dirección de Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, 2000. Disponible en Intranet Gobierno de Navarra:  
<http://intranetsns-o/C5/serviciosclinicos/default.aspx>  
At. Primaria de A. Pamplona > Clínica > Servicios Clínicos > Guías y Protocolos > Valoración del anciano
41. Moralejo ML, Fuertes A. Demencias curables, ¿existen realmente? *An Med Interna* 2004; 12:602-606.
42. McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. Clinical diagnosis of alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Departement of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's disease. *Neurology* 1984;34:939-944.
43. Reisberg B, Ferris SH, De Leon MD, Crook T. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry* 1982;139:1136-1139.
44. Hugues CH P, Berg L, Danziger WL, Coben L A, Martin R L. A new clinical scale for the staging of dementia. *Brit J Psychiat* 1982;140:566-572.
45. Bouchard RW, Rosser M. Typical linical features. En: Gauthier S, ed. *Clinical and Management of Alzheimer's disease*, 2º ed. London: Martin Dunitz. 199:57-71.
46. Del Ser T. Demencia Vascular. En: *Guías en demencias. Conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia. Revisión 2002.* Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias. Sociedad Española de Neurología. Ed. Masson. 151-160.
47. Hachinski VC, Lassen N, Marshall J. Multi-infarct dementia. *Arch neurol* 1975;32:632-637.
48. Rosen WG et al. Pathological verification of ischaemic score in dementias. *Annals of Neurology* 1980;7:486-488.
49. Chui H C, Victoroff J I, Margolin D, Jagust W, Shankle R, Katzman R. Criteria for the diagnosis of ischemic vascular dementia proposed by the state of California Alzheimer's disease diagnostic and treatment centers. *Neurology* 1992;42:473-480.
50. Roman GC, Tatemichi TK, Erkinjuntii T y cols. Vascular dementia: Diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop. *Neurology* 1993;43:250-260.
51. Del Ser Quijano T, Dobato Ayuso JL. Demencia con cuerpos de Lewy. En: *GUÍAS EN DEMENCIAS. Conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia. Revisión 2002.* Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias. Sociedad Española de Neurología. Ed. Masson. 65-71.
52. McKeith IG, Galasko D, Kosaka K, Perry EK, Dickson DW, Hansen LA y cols. Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): report of the consortium on DLB international workshop. *Neurology* 1996;47:1113-1124.

53. McKeith IG, Ballard CG, Perry RH, Ince PG, O'Brien JT, Neill D y cols. Prospective validation of consensus criteria for the diagnosis of dementia with Lewy bodies. *Neurology* 2000;54:1050-1058.
54. Mc Keith et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies. Third report of the DLB consortium. *Neurology* 2005; 65:1863-1872.
55. Martín Massó J. Demencia con cuerpos de Lewy. En: Martínez Lage JM, editor. *Alzheimer 2006: enfermedad centenaria. 1ª edición*. Madrid: Aula Médica Ediciones; 2006. p 89-102.
56. Robles Bayon A. Degeneración frontotemporal. Demencia frontotemporal. En: *Guías en demencias. Conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia. Revisión 2002*. Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias. Sociedad Española de Neurología. Ed. Masson. 73-81.
57. McKhan GM, Albert MS, Grossman M, Miller B, Dickson D, Trojanowski JQ. Clinical and pathological diagnosis of frontotemporal dementia. *Arch Neurol* 2001;58:1803.
58. Morris HR, Khan MN, Janssen JC, Brown JM y cols. The genetic and pathological classification of familial frontotemporal dementia. *Arch Neurol* 2001;58:1813-1816.
59. The Lund and Manchester groups. Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1994;57:416-418.
60. Neary D, Snowden JS, Gstaferon L, Passant U, Stuss D, Black S, Freedman M, Kertesz A, Robert PH, Albert M, Boone K, Miller BL, Cummings J, Benson DF. Frontotemporal lobar degeneration. A consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology* 1998;51:1546-1554.
61. Dubois et al. The FAB. A frontal assessment battery at bedside. *Neurology* 2000;55:1621-1626.
62. Bird T, Knopman D, VanSwieten J, Rosso S, Feldman H, Tanabe H, Graff-Raford N, Geschwind D, Verpillat P, Hutton M. Epidemiology and genetics of frontotemporal dementia/Pick's disease. *Ann Neurol* 2003;54 (suppl 5):S29-S31.
63. Beauchamp TL, Childres JF. *Principles of Biomedical Ethics, 2ª. Ed.* Oxford University Press, 1983.
64. Boletín Oficial del Estado. Viernes 15 noviembre 2002 BOE núm. 274. 22188 LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica  
<http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
65. Boletín Oficial de Navarra. Número 58 - Fecha: 13/05/2002. LEY FORAL 11/2002, de 6 de mayo, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica.  
<http://intranet/bon/025/02513003.htm>
66. Boletín Oficial de Navarra. Número 45 - Fecha: 11/04/2003. LEY FORAL 29/2003, de 4 de abril, por la que se modifica parcialmente la Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica.  
<http://intranet/bon/034/03411007.htm>
67. Coria F. Consejo genético en enfermedades demenciantes. En: *Guía de demencias. Conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia. Revisión 2002*. Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias. Ed. Masson. 215-223.
68. Post SG. The clinical introduction of genetic testing for Alzheimer disease. An ethical perspective. *JAMA* 1997;277:10-16.
69. Simón P. *El consentimiento informado. Historia, teoría y práctica*. Madrid: Triacastela, 2000.

70. Tunzi M. Can the patient decide? Evaluating patient capacity in practice. *American Family Physician* 2001;64(2):299-306.
71. Simón P. La valoración de la capacidad del anciano en el contexto de la Atención Primaria. Curso on line Cuestiones prácticas de bioética en Atención Primaria. 2005.
72. Boletín Oficial de Navarra. Número 81 - Fecha: 30/06/2003. Decreto Foral 140/2003, de 16 de junio, por el que se regula el registro de voluntades anticipadas <http://intranet/bon/036/03630003.htm>
73. Aso Escario J, Martínez Quiñones JV, Arregui Calvo R. Capacidad del paciente con demencia. En: Aspectos médico-legales de las demencias. Ed. Masson 2004. 91-127.
74. Calcedo Barba A. Problemas ético-legales en los enfermos con demencia. En: *Psiquiatría Geriátrica*. Agüera Ortiz L. Martín Carrasco M. Cervilla Ballesteros J. Ed. Masson 2002. 769-784.
75. Calcedo Ordóñez A y Calcedo Barba A. Casuística ética y legal en la enfermedad de Alzheimer. En: *Alzheimer XXI: ciencia y sociedad*. Martínez Lage JM, Khachaturian ZS. Ed. Masson 2001. 397-411.
76. Tizón JL, Buitrago f, Ciurana R, Chocrón L, Fernández C, Garcia Campayo J, Montón C, Redondo MJ. Prevención de los trastornos de salud mental desde la atención primaria. *Atención Primaria* 2003; 32 (Supl 2): 77-101.
77. Hake AM. The treatment of Alzheimer's disease: the approach from a clinical specialist in the trenches. *Semin Neurol* 2002;22:71-74.
78. Doody RS, Stevens JC, Beck C, et al. Practice parameter: management of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001;56:1154-1166.
79. Kawas CH, Clark CM, Farlow MR, et al. Clinical trials in Alzheimer disease: debate on the use of placebo controls. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1999;13:124-129.
80. Schneider LS, Olin JT, Doody RS, et al. Validity and reliability of the Alzheimer's Disease cooperative study-clinical global impresion of change. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1997; 11 (supl 2):S22-S32.
81. Rogers SL, Farlow MR, Doody RS, Mohs R, Friedhoff LT. A 24-week, double-blind, placebo-controlled trial of donepezil in patients with Alzheimer's disease. *Neurology* 1998;50:136-45.
82. Corey-Bloom J, Anand R, Veach J. A randomized trial evaluating the efficacy and safety of ENA 713 (rivastigmine tartrate), a new acetylcholinesterase inhibitor, in patients with mild to moderately severe Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychopharmacol* 1998;1:55-65.
83. Raskind MA, Peskind ER, Wessel T, Yuan W. Galantamine in AD: a 6-month randomized, placebo controlled trial with a 6-month extension. *Neurology* 2000;54:2261-8.
84. Warner J, Butler R, Wuntakal B. Dementia. *Clinical Evidence*, 2006.
85. Cummings JL. Use of cholinesterase inhibitors in clinical practice: evidence-based recommendations. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003;11:131-45.
86. AD2000 Collaborative Group. Long-term donepezil treatment in 565 patients with Alzheimer's disease (AD2000): randomised double-blind trial. *Lancet* 2004; 363:2105-15.
87. MC Keith I, del Ser T, Spano P, Emre M, Wesnes K, Anand R et al. Efficacy of rivastigmine in dementia with Lewy bodies: a randomised, double –blind, placebo-controlled international study. *Lancet* 2000; 356:2031-2036
88. Emre M, Aarsland D, Albanese A, Byrne EJ, Deuschl G, de Deyn PP et al. Rivastigmine for dementia associated with Parkinson' disease. *N Engl J Med* 2004; 351:2509-2518



89. Ministerio de Sanidad y Consumo. Información sobre medicamentos. Nuevas Indicaciones Autorizadas 2006 (Enero - - Diciembre)  
<http://www.msc.es/profesionales/farmacia/informaMedicamentos/nuevasIndicaciones2006.htm>
90. Small G, Erkinjuntti T, Kurz A, Lilienfeld S. Galantamine in the treatment of cognitive decline in patients with vascular dementia or Alzheimer's disease with cerebrovascular disease. *CNS Drugs*. 2003;17:905-14
91. Efficacy of galantamine in probable vascular dementia and Alzheimer's disease combined with cerebrovascular disease: a randomised trial. *Lancet*. 2002 ;359:1283-90.
92. Reisberg B, Doody R, Stöffler A, Schmitt F, Ferris S and Möbius HJ for the Memantine Study Group. Memantine in Moderate-to-Severe Alzheimer's Disease. *N Engl J Med* 2003;348:1333-41.
93. McShane R, Areosa Sastre A, Mianakaran N. Memantina para la demencia (Revisión Cochrane traducida) En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006 Número 3.Oxford: UpdateSoftware Ltd. Disponible en:<http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 3.Chichester,UK:John Wiley & Sons,Ltd).
94. Tariot P, Farlow M, Grossberg G, Graham S, McDonald S, Gergel I for the Memantine Study Group. *JAMA* 2004;291:317-24.
95. Snowdon DA, Greiner LH, Mortimer JA et al. Brain infarction and the clinical expression of Alzheimer's disease. *JAMA* 1997;277:813-817.
96. Amézqueta C, Berjón J, Salaberri A, Serrano M. Riesgo cardiovascular en Atención Primaria. Dirección de Atención Primaria. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, 2003. Disponible en Intranet del Gobierno de Navarra:  
<http://intranetsns-o/C5/serviciosclinicos/default.aspx>  
At. Primaria de A. Pamplona > Clínica > Servicios Clínicos > Guías y Protocolos > Riesgo cardiovascular
97. Cummings J L. Alzheimer's Disease. *N Engl Med* 2004;351:56-67.
98. Sano M, Ernesto C, Thomas RG y cols. A controlled trial of selegiline, alpha-tocopherol, or both as treatment for Alzheimer's disease. *New Engl J Med* 1997;336:1216-1222.
99. Wolozin B, Behl C: Mechanisms of neurodegenerative disorders: protein aggregates. *Arch Neurol* 2000;57:793-796.
100. Yaffe K, Barret-Connor E, Lin F, Grady D: Serum lipoprotein levels, statin use, and cognitive function in older women. *Arch Neurol* 2002;59: 378-384.
101. Olazarán J, Muñiz R, Reisberg B, Peña-Casanova J, et al. Benefits of cognitive-motor intervention in MCI and mild to moderate Alzheimer disease. *Neurology* 2004;63:2348-2353.
102. Woods B, Spector A, Jones C, Orrell M, Davies S. Terapia de recuerdo para la demencia. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Library plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
103. Neal M, Briggs M. Terapia de validación para la demencia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Library plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
104. Clare L, Woods RT, Moniz Cook ED, Orrell M, Spector A. Rehabilitación cognitiva y entrenamiento cognitivo para la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular de estadio temprano (Revisión Cochrane traducida). En: La Cochrane Library plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).



105. Doody RS, Steven JC, Beck C, et al. Practice parameter: management of dementia (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001;56:1154-66.
106. Lonergan E, Luxenberg J, Colford J. Haloperidol para la agitación en la demencia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
107. Molsinger CD, Perron GA and Lacy TJ. Use of atypical antipsychotic drugs in patients with dementia. *Am Fam Physician* 2003;67:2335-40.
108. De Deyn PP, Rabheru K, Rasmussen A, Bocksberger JP, Dautzenberg PL, Eriksson S et al. A randomized trial of risperidone, placebo, and haloperidol for behavioral symptoms of dementia. *Neurology* 1999;53:946-55.
109. Katz IR, Jeste DV, Mintzer JE, Clyde C, Napolitano J, Brecher M. Comparison of risperidone and placebo for psychosis and behavioral disturbances associated with dementia: a randomized, double-blind trial. Risperidone Study Group. *J Clin Psychiatry* 1999;60:107-15
110. Nota informativa 2004/03, de 9 de marzo de 2004. Nuevos datos de seguridad sobre los antipsicóticos olanzapina y risperidona en el tratamiento de pacientes ancianos con psicosis o trastornos de conducta asociados a demencia. Madrid: AEMPS; 2004.
111. Nota informativa 2004/04, de 10 de mayo de 2004. Risperidona: riesgo de episodios isquémicos cerebrales en pacientes con demencia. Restricción de las condiciones de uso. Madrid: AEMPS; 2004.
112. Resolución por la que se establecen las condiciones específicas de prescripción y dispensación en el ámbito del Sistema Nacional de Salud (SNS) para los fármacos incluidos en el grupo de antipsicóticos atípicos. Madrid: Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
113. Rowan AJ, Ramsay RE, Collins JF et al. New onset geriatric epilepsy. A randomized study of Gabapentin, Lamotrigine and Carbamacepine. *Neurology* 2005; 64:1868-1873.
114. Poza-Aldea JJ. Epilepsia en ancianos. *Rev Neurol* 2006; 42: 42-46.
115. Ortega E. Cuidados paliativos, últimas atenciones y muerte. En: *Abordaje integral de las demencias en fases avanzadas*. Edit.: Lopez Pousa S, Turon A, Agüera LF. Prous Science, 2005. 611-617.
116. Calcedo Barba A. Problemas éticos y legales en los enfermos con demencia. En: *Atención coordinada al paciente con demencia*. Grupo Español Multidisciplinar para la Atención Coordinada al Paciente con Demencia. Ed. Doyma 2000. 191-210.
117. Meier DE, Ahronheim JC, Bassin-Lyons S, Morrison RS. High short-term mortality in hospitalized patients with advanced dementia: lack of benefit of tube feeding. *Arch Intern Med* 2001; 161:594-599.
118. Finucane T, Christmas, C, Travis, K. Tube feeding in patients with advanced dementia: A review of the evidence. *JAMA* 1999; 282:1365-1370.
119. Gillick, M. Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. *NEJM* 2000;342:206-210.
120. López Oliu C. Nutrición enteral. En: *Abordaje integral de las demencias en fases avanzadas*. Edit.: Lopez Pousa S, Turon A, Agüera LF. Prous Science, 2005.365-389.
121. Giacchi A, Martínez D, Rodrigo M, Zabala MR. Atención a la persona en situación terminal y a su familia en Atención Primaria. Guía de actuación. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. 2000. Disponible en Intranet: <http://intranetsns-o/C5/serviciosclinicos/default.aspx>

At. Primaria de A. Pamplona > Clínica > Servicios Clínicos > Guías y Protocolos > Atención a la persona en situación terminal y a su familia

122. Guía de cuidados paliativos. Sociedad Española de Cuidados paliativos.  
<http://www.secpal.com/guiacp/index.php>
123. NANDA Diagnósticos Enfermería: Definiciones y Clasificación 2005-2006. NANDA Internacional 2005 Elsevier MADRID.
124. Luis Rodrigo, MT. Los Diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 3ª Edición. Barcelona: Masson SA, 2004.
125. Marjory Gordon. Diagnóstico enfermero. 3ª Edición. Volumen 5. Mosby 2000.
126. Aguilar Barberá, M. Tratamientos de otras manifestaciones en la Enfermedad de Alzheimer. En: Edit. Médica Panamericana. Tratamiento de las alteraciones conductuales en la Enfermedad de Alzheimer y en otros procesos neurológicos. Roman Alberca 2002, 165-167.
127. Riviere S, Lauque S, Noruhashémi F et al. Nutrición, Enfermedad de Alzheimer y Promoción de la Salud. En: Investigación y Práctica en la Enfermedad de Alzheimer. Edic. Española 1999. Serdi Edition, Springer Publishing Company. 256-271.
128. Colliere MF. Promover la vida. Mc Graw-Hill Interamericana. 1993.
129. Leininger M. Transcultural nursing. Concepts, theories, research & practices. Mc Graw-Hill, Inc: New York, 1995.
130. Canals Asuar ME, Rodriguez González C. Atención de Enfermería en cada estadio del Alzheimer. Rev Psicogeriatría 2001; 17:35-39.
- 131 Del Pino Casado R, Ugalde Apalategui M. Líneas de investigación en Diagnósticos Enfermeros. Enfermería Clínica 1999; 9: 115-120.
- 132 Feliu Escalona, Belkis Marcia. Validación del Método del Proceso de Atención de Enfermería. Rev Desarrollo científico de la enfermería 1995; 3: 4-13.
133. Duarte Climents G, Montesinos Alfonso N. El consenso como estrategia de implementación del diagnóstico enfermero, valoraciones estandarizadas y selección de etiquetas diagnósticas. Enfermería clínica 1999; 9: 142-151.
134. Martínez Marcos M, Custey M, De Francisco Casado MA et al. Razones para la utilización de los diagnósticos enfermeros. Enfermería Clínica 1996; 6: 179-180.
135. Carpenito LJ. Diagnóstico de enfermería. 5ª Ed. Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 1995.
136. Brodaty H, Green A, Koschera A. Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. Journal of the American Geriatrics Society 2003; 51: 657-664.
137. Cooke DD, McNally L, Mulligan KT, Harrison MJ, Newman SP. Psychosocial interventions for caregivers of people with dementia: a systematic review. Aging and Mental Health 2001; 5: 120-135.
138. Acton GJ, Kang J. Interventions to reduce the burden of caregiving for an adult with dementia: a meta-analysis. Research in Nursing and Health 2001; 24: 349-360.
- 139 Pusey H, Richards D. A systematic review of the effectiveness of psychosocial interventions for carers of people with dementia. Aging and Mental Health 2001; 5:107-119.
- 140 Yin T, Zhou Q, Bashford C. Burden on family members. Caring for frail elderly: a meta-analysis of interventions. Nursing Research 2002; 51: 199-208.

## **Anexo 1. Test de valoración funcional**



# Test del Informador (JORM)

## Versión reducida

	Ha mejorado mucho	Ha mejorado un poco	Casi sin cambios	Ha empeorado un poco	Ha empeorado mucho
1. Capacidad para recordar el nombre de las personas más allegadas (parientes, amigos)	1	2	3	4	5
2. Recordar cosas que han sucedido recientemente, en los últimos 2 ó 3 meses (noticias, cosas propias o de sus familiares)	1	2	3	4	5
3. Recordar qué se habló en una conversación mantenida unos días atrás	1	2	3	4	5
4. Olvidar lo que se ha dicho unos minutos antes, pararse en la mitad de la frase y no saber lo que iba a decir, repetir lo que ha dicho hace un rato	1	2	3	4	5
5. Recordar la fecha en que vive	1	2	3	4	5
6. Conocer el lugar exacto de los armarios de su casa y dónde se guardan las cosas	1	2	3	4	5
7. Saber dónde se coloca una cosa que se ha encontrado descolocada	1	2	3	4	5
8. Capacidad para aprender a hacer funcionar un aparato nuevo (lavadora, tocadiscos, radio...)	1	2	3	4	5
9. Recordar las cosas que han sucedido recientemente, en general.	1	2	3	4	5
10. Aprender cosas nuevas, en general	1	2	3	4	5
11. Comprender el significado de palabras poco usuales (del periódico, televisión, conversaciones)	1	2	3	4	5
12. Entender artículos de periódicos, revistas en los que está interesado	1	2	3	4	5
13. Seguir una historia en un libro, la prensa, cine, radio o TV	1	2	3	4	5
14. Tomar decisiones en cuestiones cotidianas (qué traje ponerse, qué comida preparar) y en asuntos a más largo plazo (dónde ir de vacaciones o invertir dinero)	1	2	3	4	5
15. Manejar los asuntos financieros (cobrar la pensión, pagar los impuestos, tratar con el banco)	1	2	3	4	5
16. Manejar otros problemas aritméticos cotidianos (tiempo entre visitas de los familiares, cuánta comida comprar y preparar)	1	2	3	4	5
17. ¿Cree que su inteligencia (en general) ha cambiado durante los últimos 10 años?	1	2	3	4	5

Puntuación total: 85 puntos

Una puntuación por encima de 57 puntos indica probable deterioro cognitivo

## Escala de Barthel

### Alimentación

- 10 INDEPENDIENTE. Capaz de usar cualquier instrumento. Come en tiempo razonable.
- 5 NECESITA AYUDA. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, etc.
- 0 DEPENDIENTE. Necesita ser alimentado.

### Lavado (baño)

- 5 INDEPENDIENTE. Capaz de lavarse entero. Incluye entrar y salir del baño.
- 0 DEPENDIENTE. Necesita alguna ayuda.

### Vestirse

- 10 INDEPENDIENTE. Se viste, desnuda y ajusta la ropa. Se ata los zapatos. Se pone braquero.
- 5 NECESITA AYUDA. Realiza al menos la mitad de las labores en un tiempo razonable.
- 0 DEPENDIENTE. Realiza menos de la mitad de las labores o emplea un tiempo desmesurado.

### Arreglarse (aseo personal)

- 5 INDEPENDIENTE. Realiza todas las actividades personales: se lava las manos y cara, etc.
- 0 DEPENDIENTE. Necesita alguna ayuda.

### Deposición

- 10 CONTINENTE/NINGÚN ACCIDENTE. No presenta episodios de incontinencia.
- 5 INCONTINENTE/ACCIDENTE OCASIONAL. Episodios ocasionales de incontinencia.
- 0 INCONTINENTE.

### Micción

- 10 CONTINENTE/NINGÚN ACCIDENTE. No presenta episodios de incontinencia.
- 5 INCONTINENTE/ACCIDENTE OCASIONAL. Episodios ocasionales de incontinencia.
- 0 INCONTINENTE.

### Uso de retrete

- 10 INDEPENDIENTE. Usa el retrete, bacinilla o cuña. Se sienta y levanta. Se limpia y viste.
- 5 NECESITA AYUDA. Para mantener equilibrio, limpiarse o ponerse y quitarse la ropa.
- 0 DEPENDIENTE. Incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

### Traslado sillón/cama

- 15 INDEPENDIENTE. No necesita ninguna ayuda. Si usa silla de ruedas, es independiente.
- 10 MINIMA AYUDA. Supervisión verbal y pequeña ayuda física.
- 5 GRAN AYUDA. Capaz de sentarse, pero necesita mucha asistencia para el traslado.

### Deambulación

- 15 INDEPENDIENTE. Puede caminar independientemente al menos 50 m., aunque se ayude.
- 10 NECESITA AYUDA. Puede caminar al menos 50 m., pero con supervisión o ayuda.
- 5 INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS. Propulsa su silla al menos 50 m.
- 0 DEPENDIENTE/INMOVIL. Incluye ser rodado por otro.

### Escalones

- 10 INDEPENDIENTE. Capaz de subir y bajar escaleras sin ayuda personal o supervisión.
- 5 NECESITA AYUDA. Necesita ayuda física o supervisión.
- 0 DEPENDIENTE/INCAPAZ. Necesita alzamiento (ascensor), o no puede salvar escalones.

20: Dependencia total  
20 y 35: Dependencia severa  
Entre 40 y 55: Dependencia moderada  
Mayor o igual que 60: Dependencia ligera  
100: Autónomo

# Escala de actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brodie

## Capacidad para usar el teléfono

- 1 Utiliza el teléfono por iniciativa propia. Busca y marca números
- 1 Es capaz de marcar números bien conocidos
- 1 Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar
- 0 No usa el teléfono en absoluto

## Ir de compras

- 1 Realiza todas las compras necesarias de manera independiente
- 0 Realiza independientemente pequeñas compras
- 0 Necesita acompañamiento para realizar cualquier compra
- 0 Es totalmente incapaz de ir de compras

## Preparación de la comida (No entrevistar a los hombres)

- 1 Organiza, prepara y sirve las comidas por sí sola adecuadamente
- 0 Es capaz de preparar adecuadamente las comidas, si le proporcionan ingredientes
- 0 Calienta, sirve y prepara comidas, pero no mantiene una dieta adecuada
- 0 Necesita que le preparen y sirvan la comida

## Cuidar la casa (No entrevistar a los hombres)

- 1 Es capaz de cuidar la casa por sí sola o con ayuda ocasional
- 1 Realiza las tareas domésticas ligeras como fregar los platos o hacer las camas
- 1 Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza
- 1 Necesita ayuda en todas las labores de la casa
- 0 No participa en ninguna de las labores de la casa

## Lavado de ropa (No entrevistar a los hombres)

- 1 Es capaz de lavar por sí sola toda su ropa
- 1 Lava por sí sola pequeñas prendas, aclara calcetines, etc.
- 0 Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona

## Uso de medios de transporte

- 1 Es capaz de viajar solo en transporte público o conducir su coche
- 1 Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte
- 1 Puede viajar en transporte público cuando va acompañado de otra persona
- 0 Tiene capacidad para utilizar taxi o automóvil, pero con la ayuda de otros
- 0 No viaja en absoluto

## Responsabilidad respecto a su medicación

- 1 Es capaz y responsable de tomar su medicación a la hora y dosis correctas
- 0 Toma responsablemente su medicación, si se le prepara con anticipación
- 0 No es capaz de responsabilizarse de su medicación

## Manejo de sus asuntos económicos

- 1 Maneja los asuntos financieros con independencia. Recoge y reconoce sus ingresos
- 1 Maneja los gastos del día, pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos
- 0 Incapaz de manejar dinero

### Mujeres

Dependencia total: 0-1  
Dependencia severa: 2-3  
Dependencia moderada: 4-5  
Dependencia ligera: 6-7  
Autónoma: 8

### Hombres

Dependencia total: 0  
Dependencia severa: 1  
Dependencia moderada: 2-3  
Dependencia ligera: 4  
Autónomo: 5

## Escala de Blessed

### Cambios en la ejecución de las actividades diarias

	No	Parcial	Sí
Incapacidad para realizar tareas domésticas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0,5	<input type="checkbox"/> 1
Incapacidad para el uso de pequeñas cantidades de dinero	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0,5	<input type="checkbox"/> 1
Incapacidad para recordar listas cortas de elementos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0,5	<input type="checkbox"/> 1
Incapacidad para orientarse en casa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0,5	<input type="checkbox"/> 1
Incapacidad para orientarse en calles familiares	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0,5	<input type="checkbox"/> 1
Incapacidad para valorar el entorno	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0,5	<input type="checkbox"/> 1
Incapacidad para recordar hechos recientes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0,5	<input type="checkbox"/> 1
Tendencia a rememorar el pasado	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0,5	<input type="checkbox"/> 1

### Cambios en los hábitos

#### Cambios en el comer

Limpiamente con los cubiertos adecuados	<input type="checkbox"/> 0
Desaliñadamente. Sólo con la cuchara	<input type="checkbox"/> 1
Sólidos simples (galletas)	<input type="checkbox"/> 2
Ha de ser alimentado	<input type="checkbox"/> 3

#### Cambios en el vestir

Se viste sin ayuda	<input type="checkbox"/> 0
Fallos ocasionales (en el abotonamiento)	<input type="checkbox"/> 1
Errores y olvidos frecuentes en la secuencia	<input type="checkbox"/> 2
Incapaz de vestirse	<input type="checkbox"/> 3

#### Control de esfínteres

Normal	<input type="checkbox"/> 0
Incontinencia urinaria ocasional	<input type="checkbox"/> 1
Incontinencia urinaria frecuente	<input type="checkbox"/> 2
Doble incontinencia	<input type="checkbox"/> 3

### Cambios de personalidad y conducta

	No	Sí
Retraimiento creciente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
Egocentrismo aumentado	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
Pérdida de interés por los sentimientos de otros	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
Afectividad embotada	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
Perturbación del control emocional	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
Hilaridad inapropiada	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
Respuesta emocional disminuída	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
Indiscreciones sexuales de aparición reciente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
Falta de interés en las aficiones habituales	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
Disminución de la iniciativa o apatía progresiva	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
Hiperactividad no justificada	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1

Rango de puntuación: de 0 a 28. A mayor puntuación, mayor grado de alteración.

>3,5 puntos: déficit cognitivo leve (en especial si la puntuación anómala se sitúa en el primer apartado).



## Escala IDDD (Interview for Deterioration in Daily Living Activities in Dementia)

1. No necesita ayuda o no hay cambios en la ayuda que necesita
2. A veces necesita ayuda o necesita ayuda con más frecuencia
3. (Casi) siempre necesita ayuda o necesita ayuda con mucha más frecuencia
8. Nunca ha realizado la actividad / ya no la realizaba antes
9. El cuidador no puede juzgar la iniciativa o el desarrollo de actividades

### Cuidado personal

- |   |                          |   |                          |   |                          |   |                          |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|
| 1. Tiene usted que decirle que se lave (tener iniciativa para lavarse, no sólo las manos o la cara sino también todo el cuerpo)                                       | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 2. Ha de ayudarlo a lavarse (encontrar el jabón, enjabonarse, y enjuagarse el cuerpo)   | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 3. Ha de decirle que se debería secar (tener iniciativa en secarse, por ejemplo, buscando o yéndole a buscar la toalla)   | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 4. Ha de ayudarlo a secarse (secarle partes del cuerpo)   | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 5. Ha de decirle usted que debería vestirse (tener iniciativa en vestirse, por ejemplo dirigiéndose al armario)   | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 6. Debe ayudarlo a vestirse (poniéndole las prendas adecuadamente)  | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 7. Debe ayudarlo a abrocharse los zapatos, usar cremalleras o botones   | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 8. Debe usted decirle que se debería cepillar los dientes o peinarse (iniciativa)   | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 9. Debe usted ayudarlo a cepillarse los dientes   | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 10. Debe usted ayudarlo a peinarse  | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 11. Debe decirle que debe comer (tener iniciativa en comer, en caso de que la comida sea proporcionada por otros, se debe preguntar si tendría iniciativa espontánea) | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 12. Debe usted ayudarlo a preparar una rebanada de pan  | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 13. Debe usted ayudarlo a cortar carne o patatas  | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 14. Debe usted ayudarlo a beber o comer   | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 15. Debe decirle que vaya al wc (tener la iniciativa de ir al wc cuando sea necesario)  | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 16. Debe ayudarlo en el wc (desvestirse, usar el wc, usar el papel higiénico)   | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | 9 |

### Actividades complejas

- |   |                          |   |                          |   |                          |   |                          |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|
| 17. Debe usted ayudarlo a orientarse en casa (encontrar las distintas habitaciones)   | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 18. Debe usted ayudarlo a orientarse en entornos familiares fuera de casa   | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 19. Tiene iniciativa de comprar con la misma frecuencia que antes (tener la iniciativa de calcular lo que necesita)             | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 20. Ha de ayudarlo a comprar (orientándole en las tiendas, obteniendo los productos en la cantidad necesaria)                   | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 21. Debe usted, o el empleado de la tienda, decirle que ha de pagar   | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 22. Ha de ayudarlo usted, o el empleado de la tienda, en el acto de pagar (saber cuánto debe pagar y cuánto le han de devolver) | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 23. Tiene interés en el periódico, libros o correo con la misma frecuencia que antes  | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 24. Debe usted ayudarlo en la lectura (entender el lenguaje escrito)  | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 25. Debe usted ayudarlo a escribir una carta o postal o a rellenar un impreso (escribiendo más de una frase)                    | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 26. Es capaz de empezar una conversación con otra persona con la misma frecuencia que antes                                     | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 27. Debe usted ayudarlo a expresarse verbalmente  | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 28. Es capaz de poner atención en una conversación con otra persona con la misma frecuencia que antes                           | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 29. Debe usted ayudarlo a comprender el lenguaje hablado  | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 30. Tiene iniciativa en usar el teléfono con la misma frecuencia que antes (en responder al teléfono o llamando a alguien)      | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 31. Debe usted ayudarlo en el uso del teléfono (respondiendo o llamando a alguien)  | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 32. Debe usted ayudarlo a buscar cosas por casa   | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | 9 |
| 33. Debe usted decirle que apague el gas o la cafetera  | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 8 | <input type="checkbox"/> | 9 |

Rango de puntuación: 33-99.

>36 puntos: déficit cognitivo leve (separa GDS2 de GDS3)

## Valores normales del protocolo GERMCIIDE

	Percentiles	5	10	25	50	75	90	95		
	Inferior		Mínimo		Medio		Máximo			
<b>Orientación temporal</b>	0 1 2 3		4					5		
<b>Orientación espacial</b>	0 1 2 3 4							5		
<b>Orientación dcha-izda</b>	0 1 2									
<b>Fluencia</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		11 12 13 14		15 16 17 18 19 20		21 22 23 24 25			
<b>Denominación</b>	0 1 2 3 4 5							6		
<b>Comprensión</b>	0 1 2 3 4 5							6		
<b>Repetición</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9							10		
<b>Span digitos</b>	0 1 2 3		4		5	6		7		
<b>Recuerdo inmediato</b>	0 1 2		3	4	5			6		
<b>Recuerdo diferido</b>	0 1 2		2	3	4	5		6		
<b>Praxis unimanual</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9							10		
<b>Praxis bimanual</b>	0 1 2 3 4 5		6	7				8		
<b>Cubo</b>	0 1 2	1	2	3	4	5		6		
<b>Gnosias</b>	0 1 2 3 4			5				6		
<b>Razonamiento</b>	0 1 2 3 4	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Secuencias</b>	0 1 2 3 4 5 6 7		8	9	10	11		12		
	<b>Percentiles</b>	<b>5</b>	<b>10</b>	<b>25</b>	<b>50</b>	<b>75</b>		<b>90</b>	<b>95</b>	

[VOLVER AL INDICE](#)

## **Anexo 2. Test cognitivos**



# Test Mini-mental

## Orientación temporal

	Mal	Bien
Dígame el día de la semana	0	1
el día del mes	0	1
el mes	0	1
la estación	0	1
el año	0	1

## Orientación espacial

Dígame el hospital (o el lugar) donde estamos	0	1
la planta o el piso	0	1
la ciudad	0	1
la provincia	0	1
la nación	0	1

## Fijación

Repita estas 3 palabras:		
peseta	0	1
caballo	0	1
manzana	0	1

## Concentración y cálculo

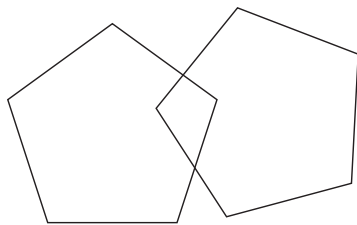
Resta de 7 (100-7) 93, 86, 79, 72, 65	0	1	2	3	4	5
---------------------------------------	---	---	---	---	---	---

## Memoria

“¿Recuerda las tres palabras?”	0	1	2	3
--------------------------------	---	---	---	---

## Lenguaje y construcción

Mostrar un bolígrafo “¿Qué es esto?”	0	1
Repetirlo con el reloj.	0	1
Repetir: “en un trigal había cinco perros”	0	1
“Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad con las dos manos y póngalo encima de la mesa”	0	1
Lea esto y hágalo: CIERRE LOS OJOS	0	1
Escriba una frase.	0	1
Copie este dibujo	0	1



**Puntuaciones esperadas en el Test Mini Mental, teniendo en cuenta la edad y escolaridad.  
Datos del estudio Pamplona.**

Edad	Escolaridad en años																				
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
70	24	24	24	25	25	26	26	27	27	27	28	28	29	29	30	30	30	30	30	30	30
71	23	24	24	25	25	25	26	26	27	27	28	28	28	29	29	30	30	30	30	30	30
72	23	24	24	24	25	25	26	26	27	27	27	28	28	29	29	30	30	30	30	30	30
73	23	23	24	24	25	25	26	26	26	27	27	28	28	29	29	29	30	30	30	30	30
74	23	23	24	24	24	25	25	26	26	27	27	27	28	28	29	29	30	30	30	30	30
75	23	23	23	24	24	25	25	26	26	26	27	27	28	28	29	29	29	30	30	30	30
76	22	23	23	24	24	25	25	25	26	26	27	27	28	28	28	29	29	30	30	30	30
77	22	23	23	23	24	24	25	25	26	26	26	27	27	28	28	29	29	29	30	30	30
78	22	22	23	23	24	24	25	25	25	26	26	27	27	28	28	28	29	29	30	30	30
79	22	22	23	23	24	24	45	25	25	26	26	27	27	28	28	28	29	29	30	30	30
80	22	22	22	23	23	24	24	25	25	26	26	26	27	27	28	28	29	29	29	30	30
81	21	22	22	23	23	24	24	24	25	25	26	26	27	27	27	28	28	29	29	30	30
82	21	22	22	23	23	23	24	24	25	25	26	26	26	27	27	28	28	29	29	29	30
83	21	22	22	23	23	23	24	24	25	25	25	26	26	27	27	28	28	28	29	29	30
84	21	21	22	22	23	23	23	24	24	25	25	26	26	26	27	27	28	28	29	29	29
85	21	21	22	22	22	23	23	24	24	25	25	25	26	26	27	27	28	28	28	29	29
86	21	21	21	22	22	23	23	24	24	24	25	25	26	26	27	27	27	28	28	29	29
87	20	21	21	22	22	22	23	23	24	24	25	25	25	26	26	27	27	28	28	29	29
88	20	21	21	21	22	22	23	23	23	24	24	24	25	25	26	26	27	27	28	29	29
89	20	20	21	21	22	22	23	23	23	24	24	25	25	26	26	26	27	27	28	28	29
90	20	20	21	21	21	22	22	23	23	24	24	24	25	25	26	26	27	27	27	28	28

# Test de aprendizaje y recuerdo de palabras de CERAD

## Material necesario

- Bloc: Test de palabras de CERAD
- Hojas de registro y puntuación
- Tabla de resultados



Bloc

Intento 1			Intento 2			Intento 3		
Mantecilla	<input type="checkbox"/>	Bilbae	<input type="checkbox"/>	Reina	<input type="checkbox"/>			
Brazo	<input type="checkbox"/>	Cabeña	<input type="checkbox"/>	Hierba	<input type="checkbox"/>			
Playa	<input type="checkbox"/>	Mantecilla	<input type="checkbox"/>	Brazo	<input type="checkbox"/>			
Carta	<input type="checkbox"/>	Playa	<input type="checkbox"/>	Cabeña	<input type="checkbox"/>			
Reina	<input type="checkbox"/>	Motor	<input type="checkbox"/>	Poste	<input type="checkbox"/>			
Cabeña	<input type="checkbox"/>	Brazo	<input type="checkbox"/>	Playa	<input type="checkbox"/>			
Poste	<input type="checkbox"/>	Reina	<input type="checkbox"/>	Mantecilla	<input type="checkbox"/>			
Bilbae	<input type="checkbox"/>	Carta	<input type="checkbox"/>	Motor	<input type="checkbox"/>			
Hierba	<input type="checkbox"/>	Poste	<input type="checkbox"/>	Bilbae	<input type="checkbox"/>			
Motor	<input type="checkbox"/>	Hierba	<input type="checkbox"/>	Carta	<input type="checkbox"/>			

Intrusiones:

Correcto:

Intrusiones:

Hojas de registro

APRENDIZAJE (primer intento)			RECUERDO			RECONOCIMIENTO		
50-70	70-85	>85	50-70	70-85	>85	50-70	70-85	>85
10	10	10	10	10	10	20	20	20
9	9	9	9	9	9	18	18	18
8	8	8	8	8	8	16	16	16
7	7	7	7	7	7	14	14	14
6	6	6	6	6	6	12	12	12
5	5	5	5	5	5	10	10	10
4	4	4	4	4	4	8	8	8
3	3	3	3	3	3	6	6	6
2	2	2	2	2	2	4	4	4
1	1	1	1	1	1	2	2	2
0	0	0	0	0	0	0	0	0

Normal  
 Dudoso  
 Patológico

Tabla de resultados

En el bloc hay tres series de 10 palabras separadas por una hoja en blanco. Las tres series contienen las mismas palabras, en distinto orden. A continuación hay una serie de 20 palabras (las 10 anteriores mezcladas con otras 10 nuevas).

## Instrucciones

- Ahora vamos a leer palabras.
- Tiene que aprender todas las que pueda, y repetirlas de memoria.
- No hace falta que las aprenda todas de golpe porque las veremos varias veces.
- Tampoco importa el orden en que las repita. Puede decirlas en cualquier orden, porque cada vez se las enseñaré en un orden distinto.
- Lo importante es que aprenda las palabras, todas las que pueda.

## Aplicación

### 1. Aprendizaje

El explorador muestra las palabras del bloc lentamente, **una palabra cada 2 segundos** (cuando el explorador es diestro pasa las hojas con la mano izquierda y toma notas con la mano derecha).

El explorador lee cada palabra en voz alta y le indica al sujeto que la lea en voz alta (cuando ya lo hace espontáneamente, el explorador repite también en voz alta cada una de las palabras).

Después de cada serie de 10 palabras, hay una hoja en blanco.

El explorador le pide al sujeto que recuerde todas las palabras que acaban de leer. “...venga... a ver cuántas recuerda...”

El explorador anota el orden en que el sujeto recuerda las palabras. El explorador debe estimular al sujeto a que recuerde el mayor número posible de palabras. Cuando el sujeto ya no recuerda más, el explorador dice: “...Bien. Vamos a verlas otra vez...”

En cada uno de los tres ensayos, el explorador anota el orden en que el sujeto recuerda las palabras.

Al finalizar el tercer ensayo, el explorador pide al sujeto que copie los **dibujos de CERAD** (uno en cada hoja de papel).

### 2. Recuerdo

A continuación el explorador le pide al sujeto que recuerde las palabras, mostrándole el bloc. “...¿Se acuerda de las palabras?...”

El explorador cuenta las palabras que el sujeto recuerda correctamente. Si dice alguna palabra que no era del test, se anota también (intrusiones).

### 3. Reconocimiento

Cuando el sujeto ya no puede evocar más palabras, el explorador dice: “...Bien. Ahora le voy a enseñar palabras y me dirá si era o no de las que hemos leído...”

El explorador muestra las 20 palabras y va anotando “si” o “no” tal y como responde el sujeto.

La suma de los “si” correctos y los “no” correctos es el valor final de la prueba de reconocimiento.

### 4. Recuerdo de los dibujos

En el protocolo CERAD se solicita a continuación al sujeto que dibuje en una hoja en blanco las figuras que copió previamente. Este subtest permite evaluar la memoria visuográfica.

## Puntuación

Se anotan en las hojas de registro las respuestas correctas y se comparan con la tabla, teniendo en cuenta el grupo de edad al que pertenece el sujeto (50-70 años; 70-85 años; mayores de 85 años).

Teniendo en cuenta que los datos del estudio Pamplona se refieren a sujetos de más de 70 años, se obtienen los valores para edades inferiores partiendo del artículo de validación del Test CERAD en Estados Unidos, realizando algunos ajustes relacionados con la escolaridad.

Puede considerarse claramente patológico cuando los tres valores son patológicos (aprendizaje, recuerdo y reconocimiento) y también cuando dos de los valores son patológicos. Si sólo uno es patológico puede considerarse dudoso, teniendo en cuenta el contexto.



## Anexos

### 1. Hojas de registro

Aprendizaje

Recuerdo

Reconocimiento

### 2. Dibujos CERAD

Círculo

Rombo

Rectángulos

Cubo

### 3. Hojas de puntuación para los dibujos

Copia

Recuerdo

### 4. Tabla de resultados Test de Memoria

#### Test de aprendizaje de las palabras de CERAD

APRENDIZAJE (tercer ensayo)			RECUERDO			RECONOCIMIENTO		
50-70	70-85	>85	50-70	70-85	>85	50-70	70-85	>85
10	10	10	10	10	10	20 19	20 19	20 19
9	9	9	9	9	9	18 17	18 17	18 17
8	8	8	8	8	8	16 15	16 15	16 15
7	7	7	7	7	7	14 13	14 13	14 13
6	6	6	6	6	6	12 11	12 11	12 11
5	5	5	5	5	5	10 9	10 9	10 9
4	4	4	4	4	4	8 7	8 7	8 7
3	3	3	3	3	3	6 5	6 5	6 5
2	2	2	2	2	2	4 3	4 3	4 3
1	1	1	1	1	1	2 1	2 1	2 1
0	0	0	0	0	0	0	0	0

 Normal

 Dudoso

 Alterado

[VOLVER AL INDICE](#)



## **Anexo 3. Confusión y delirium**



# Confusión y delirium

## Clasificación de delirium y estado confusional agudo

### 1. Estado confusional agudo (asociado con baja actividad psicomotora)

#### a) Asociado con enfermedad médica o quirúrgica

- Enfermedad metabólica: hepatopatía, uremia, hipo o hipernatremia, hipercalcemia, hipo o hiperglucemia, hipoxia, hipercapnia, porfiria y endocrinopatías.
- Enfermedades infecciosas: neumonía, endocarditis, sepsis urológica, peritonitis, y otras causas de bacteriemia o sepsis.
- Insuficiencia cardíaca congestiva.
- Estados postraumáticos o postoperatorios.

#### b) Asociado con intoxicación por drogas: opiáceos, barbitúricos y sedantes.

#### c) Asociado a enfermedades de S.N.: ictus, tumor, absceso, hematoma subdural, meningitis, encefalitis, vasculitis cerebral, encefalopatía hipertensiva...

### 2. Delirium

#### a) En enfermedad médica o quirúrgica

- Neumonía.
- Septicemia o bacteriemia.
- Estados postcontusivos o postoperatorios.
- Tirotoxicosis o aumento de corticosteroides (exógeno o endógeno).
- Fiebres tíficas u otras.

#### b) Enfermedad neurológica con signos focales o cambios en LCR

- Vascular, neoplásica u otras que afecten a lóbulo temporal o tronco.
- Delirio traumático: contusión o conmoción.
- Meningitis aguda o subaguda (infecciosa o neoplásica).
- Encefalitis vírica o bacteriana.
- Hemorragia subaracnoidea.

#### c) Estados de abstinencia, intoxicaciones exógenas o estados postcontusivos

- Delirium, supresión de alcohol o drogas tras intoxicación crónica.
- Intoxicación por drogas: Escopolamina, Atropina, Anfetaminas, Cocaína...
- Delirio postconvulsivo.

### 3. Estados confusionales debidos a lesiones cerebrales focales

### 4. Demencia oculta

Enfermedad demenciante o cerebral en combinación con estados infectivos, reacción a drogas, trauma, fallo cardíaco u otra enfermedad médica o quirúrgica.

## Diagnóstico diferencial de delirium y demencia

<b>Característica clínica</b>	<b>Delirium</b>	<b>Demencia</b>
<b>Curso</b>	Inicio agudo: horas, días; reversible	Inicio insidioso; progresivo
<b>Atención y conciencia</b>	Muy alteradas	Normales al principio, después alteradas
<b>Fluctuación</b>	Destacada; ciclo día/noche alterado	No destacada; menor alteración día/noche
<b>Percepción</b>	Alterada; alucinaciones visuales	Anomalías menos marcadas
<b>Habla y lenguaje</b>	Claridad, velocidad y coherencia anormales; disgrafía característica	Anomia inicial; lenguaje sin sentido, comprensión alterada
<b>Otros sínt. cognitivos</b>	Desorientación temporo-espacial; disfunción memoria reciente y de visión del espacio	Deficiencias cognitivas múltiples y superiores
<b>Comportamiento</b>	Letargia o delirium; confusiones mal sistematizadas, labilidad emocional	Desinteresado, desinhibido
<b>EEG</b>	Lentificación difusa; Patrones específicos	Al principio normal

[VOLVER AL INDICE](#)

## **Anexo 4. Depresión. Test de Yesavage**





## Escala de depresión geriátrica de Yesavage (versión reducida) (GDS)

	Si	No
1. ¿Está satisfecho/a con su vida?	0	1
2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3. ¿Nota que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	0
5. ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0	1
6. ¿Tiene miedo que le pase algo malo?	1	0
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8. ¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1	0
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11. ¿Cree que vivir es maravilloso?	0	1
12. ¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	1	0
13. ¿Se encuentra lleno de energía?	0	1
14. ¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que los otros están mejor que Vd.?	1	0

- Normal: 0-5
- Depresión leve: 6-9
- Depresión establecida: >9

[VOLVER AL INDICE](#)



**Anexo 5. Protocolo OMI de abordaje del  
paciente con sospecha de demencia  
(PROTOCOLO DEMENCIA,  
SOSPECHA DE)**



# PROTOCOLO DEMENCIA, SOSPECHA DE

Comprende desde la etapa de sospecha de demencia hasta el diagnóstico de la misma.

Ante una persona que acude sola o acompañada a consulta de Atención Primaria y que refieren, bien ella o su acompañante, quejas por pérdida de memoria u otros síntomas o signos relacionados con el deterioro cognitivo, se propone seguir los siguientes pasos:

## 1. Primera consulta (medicina)

En la pantalla de Apuntes, se registra el motivo de consulta y los datos que se consideren pertinentes.

Se realiza la petición de pruebas de laboratorio y si la historia lo aconseja de: ECG y Rx tórax.

Se cuelga la información del episodio P20 DESORIENTACION, TRASTORNO DE MEMORIA.

Se cita al paciente a la consulta del profesional de enfermería.

## 2. Segunda consulta (enfermería)

En esta consulta se recomienda realizar la valoración del paciente y la realización de los siguientes test (excepto si están hechos recientemente):

Nombre del test	Nombre del protocolo de OMI
Test de Yesavage	ESCALA, YESAVAGE
Test del Informador	ESCALA, TEST DEL INFORMADOR
Escala de Lawton	ESCALAS, BARTHEL Y LAWTON
Escala de Barthel	ESCALAS, BARTHEL Y LAWTON
Mini Mental de Folstein	ESCALAS, PFEIFFER / MINIMENTAL

## 3. Tercera consulta (medicina) (APARTADO 1)

**3.1.** Se recomienda **utilizar el protocolo DEMENCIA, SOSPECHA DE** como ayuda para el diagnóstico de DEMENCIA.

**3.2.** Si se desea **solicitar una Interconsulta a Neurología** se adjunta el Informe clínico asociado y se genera e imprime la Orden Clínica de Interconsulta a Neurología de la forma habitual.

**3.3.** Para **adjuntar el último Test Minimental** se recomienda imprimirlo desde el último protocolo ESCALAS, PFEIFFER / MINIMENTAL cumplimentado.

**3.4.** Si se **solicita un TAC craneal**, se adjunta el Informe clínico asociado y se genera e imprime la Orden Clínica de Interconsulta a Radiodiagnóstico (Prueba TAC craneal) de la forma habitual.

## 4. Cuarta consulta (medicina). Confirmación del diagnóstico de demencia

Si posteriormente se confirma el diagnóstico de Demencia, se abre un episodio con el código y la descripción correspondiente:

P15 Demencia alcohólica

P70 Demencia

P70 Enfermedad de Alzheimer

P70 Demencia vascular

P70 Demencia mixta

P70 Demencia (otra/s causa/s)

y se agrupa a él el episodio inicial P20 DESORIENTACION, TRASTORNO DE MEMORIA.

## APARTADO 1. Tercera consulta (medicina)

### 3.1. Registro de los datos en el protocolo de Demencia, Sospecha de.

Se recomienda utilizarlo como ayuda para el diagnóstico de DEMENCIA.

En la primera pestaña del protocolo se registran los datos relativos a la historia clínica de síntomas cognitivos, conductuales, neurológicos y otros que son relevantes (indicios de deterioro afectivo, polimedicación).

The screenshot shows a software window titled "DEMENCIA, SOSPECHA DE (11/01/2007) - S.N.S. - PRUEBA FERNANDO, FERNANDO (53 años)". The window has two tabs: "Historia del deterioro" (selected) and "Informadora". The ID "171106" is displayed in the top right corner.

The main content area is titled "3.1 HISTORIA CLINICA DEL DETERIORO" and is divided into two sections, each with a "Síntoma" header and a list of symptoms with radio buttons for "Sí" (Yes) and "No" (No).

**Section 1:**

- Alt. de la memoria:  Sí  No
- Alt. del lenguaje:  Sí  No
- Desorientación:  Sí  No
- Alt. de la praxis:  Sí  No
- Alt. del cálculo:  Sí  No
- Alt. de la abstracción:  Sí  No
- Depresión:  Sí  No
- Alucinaciones:  Sí  No
- Agtación:  Sí  No
- Insomnio:  Sí  No
- Incont. urinaria:  Sí  No
- Crisis epilépticas:  Sí  No

Forma de inicio de los síntomas: [dropdown menu]      Evolución de los síntomas: [dropdown menu]

Observaciones: [text input field]

¿ Ha perdido interés por las actividades habituales?  Sí  No

¿ Se siente triste o deprimido con frecuencia?  Sí  No

Indicios de deterioro afectivo:  Sí  No (N - 18/04/2006) ---> YESAVAGE

Polimedicación:  Sí  No (S - 18/04/2006)      Revisión tto farmacológico:  Sí  No  
(consume 4 ó más medicamentos, incluido automedicación)

Observaciones: [text input field]

At the bottom of the window, it says "Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea".

The Windows taskbar at the bottom shows the Start button, network connections, a taskbar with "Inicio", "Conexiones de red (...)", "Bandeja de entrada ...", "Demencia", "Omi", "Protocolo Demencia ...", and "OMI-AP (6.3/008-...)", and the system tray with "Aceptar", "Cancelar", and the time "11:48".

En la segunda pestaña se registran datos de la exploración física y específicos de la exploración neurológica.

DEMENCIA, SOSPECHA DE (11/01/2007) - S.N.S. - PRUEBA FERNANDO, FERNANDO (53 años)

Historia del deterioro: Exploración | Informadora

Peso (Kg)  (123 - 28/02/2006) Talla (cm)  (150 - 28/02/2006) I.M.C  (240.000 - 20/11/2006)

TAS (mmHg)  (120 - 28/02/2006) TAD (mmHg)  (3 - 3/11/2005)

FC (lat/min)  (3 - 3/11/2005) Ritmica  Sí  No

Auscultación cardiaca, soplos  Sí  No (5 - 18/04/2006)

Auscultación vasos cuello: Soplos carotídeos  Sí  No (5 - 18/04/2006)

DEFICIT FOCAL:

Movimientos oculares normales  Sí  No

Campo visual por confrontación normal  Sí  No

Fondo de ojo normal  Sí  No

Fuerza global: Hemiparesia  Sí  No

Sensibilidad normal (valorar vibratoria en EII)  Sí  No

Reflejos normales  Sí  No

¿Tiene déficit focal?  Sí  No

SINTOMAS PARKINSONIANOS:

Movimientos anormales (temblor, corea, mioclonía)  Sí  No

Marcha anormal (parkinsoniana, a pequeños pasos, ataxia...)  Sí  No

Reflejos arcaicos presentes (presión, glabellar, succión, hociqueo...)  Sí  No

¿Tiene síntomas parkinsonianos?  Sí  No

Observaciones

Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea

Inicio Conexiones de red (...) Bandeja de entrada ... Demencia Omi Protocolo Demencia ... OMI-AP (6.3/008-... 11:48

Aceptar Cancelar

En la tercera pestaña se visualizan a la derecha del campo los resultados de los test cumplimentados anteriormente, si se han realizado determinadas exploraciones y el algoritmo de actuación. (Recordar que para que en el informe asociado aparezcan los resultados de los test, es necesario incluirlos dentro de los campos correspondientes).

DEMENCIA, SOSPECHA DE ( 4/03/2008) - PRIVADO - PRUEBA PERSONA, ANCIANA (86 Años)

Historia del deterioro | Exploración | Informadora

3.2 ENTREVISTA CON PERSONA INFORMADORA

Test del informador  Si > 57 puntos, indica probable deterioro cognitivo

Escala de Lawton  (8 - 5/06/2006)  (Autonomo - 20/06/2006)  
(Actividades instrumentales de la vida diaria)

Escala de Barthel  (50 - 5/06/2006)  (Dependencia grave - 5/06/2006)  
(Actividades básicas de la vida diaria)

3.3 TEST COGNITIVOS

Mini Mental de Folstein (MMSE)

4. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Alteración analítica (en perfil demencia)  Sí  No

Alteración ECG  Sí  No

Solicitud TAC  Sí  No

(Criterios solicitud TAC: tener criterios de demencia (DSM-IV), haber descartado alteración analítica y tener en el MMSE una puntuación inferior a la correspondiente a su edad y nivel cultural)

ALGORITMO DE ACTUACION

	Algoritmo de actuación
Si polifarmacia, alteración analítica, alteración ECG y/o depresión	-----> CORRECCION
Si Mini Mental <input type="checkbox"/> Alterado	Valorar petición de TAC y petición de Interconsulta a Neurología
<input type="checkbox"/> Dudoso	Control evolución ó petición de Interconsulta a Neurología (si la alteración es en área de la memoria, posibilidad de realizar test CERAD)
<input type="checkbox"/> Normal	Control evolución

Observaciones

Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea  Aceptar  Cancelar



### 3.2. Solicitud de Interconsulta a Neurología.

Si se va a derivar a Neurología, para adjuntar un informe clínico con los datos que se han introducido en el protocolo, hay que pulsar el botón inferior izquierdo para **imprimir** dicho informe clínico.

Historia del deterioro | Exploración | Informadora

3.2 ENTREVISTA CON PERSONA INFORMADORA

Test del informador  Si > 57 puntos, indica probable deterioro cognitivo

Escala de Lawton  (8 - 5/06/2006) (Autonomo - 20/06/2006)

(Actividades instrumentales de la vida diaria)

Escala de Barthel  (50 - 5/06/2006) (Dependencia grave - 5/06/2006)

(Actividades básicas de la vida diaria)

3.3 TEST COGNITIVOS

Mini Mental de Folstein (MMSE)

4. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Alteración analítica (en perfil demencia)  Sí  No

Alteración ECG  Sí  No

Solicitud TAC  Sí  No

(Criterios solicitud TAC: tener criterios de demencia (DSM-IV), haber descartado alteración analítica y tener en el MMSE una puntuación inferior a la correspondiente a su edad y nivel cultural)

ALGORITMO DE ACTUACION

Si polifarmacia, alteración analítica, alteración ECG y/o depresión -----> CORRECCION

Si Mini Mental  Alterado Valorar petición de TAC y petición de Interconsulta a Neurología

Dudoso Control evolución ó petición de Interconsulta a Neurología (si la alteración es en área de la memoria, posibilidad de realizar test CERAD)

Normal Control evolución

Observaciones

Para imprimir Informe Clínico

d - Osasunbidea

✓ Aceptar ✗ Cancelar

Se ve el informe en la pantalla.

A1000165.DOC (Sólo lectura) - Microsoft Word

Centro de Salud de

Tiempo:

**INFORME CLINICO PARA ATENCION ESPECIALIZADA (NEUROLOGIA)**

Fecha solicitud: 31 de Marzo de 2006

**DATOS DEL PACIENTE:**

Apellidos y nombre: PRUEBA PRUEBA, PRUEBA

CIPNA: 00266869

**EPISODIOS DE ATENCION:**

**TRATAMIENTO FARMACOLOGICA:**

**HISTORIA CLINICA DEL DETERIORO:**

Alteración de la memoria Depresión

Lenguaje Alucinaciones

Orientación Agitación

Praxis Insomnio

Cálculo Incontinencia urinaria

Abstracción Crisis

Forma de inicio de los síntomas:

Evolución de los síntomas:

Indicios de deterioro afectivo:

Polimedicación

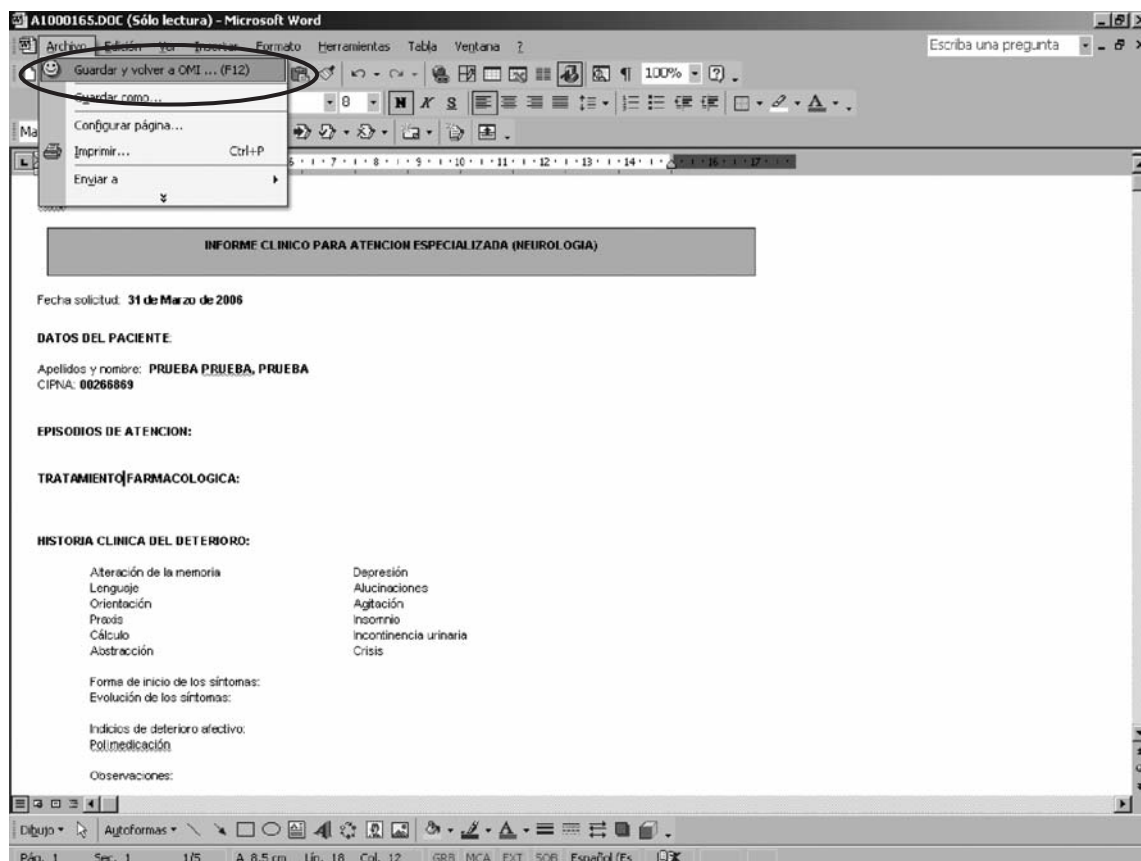
Observaciones:

Pág. 1 Sec. 1 1/5 A 8,5 cm Lín. 18 Col. 12 GRS MCA EXT SOB Español (Es)

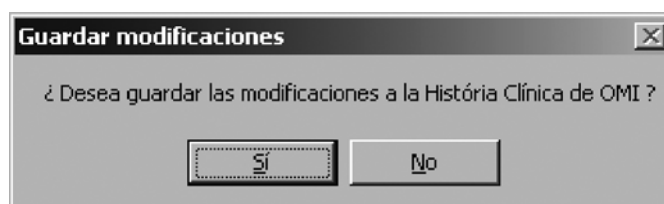
Si se desea, se puede modificar, añadir más contenidos...

A continuación se imprime: Archivo Imprimir o directamente pulsando el botón correspondiente de la impresora.

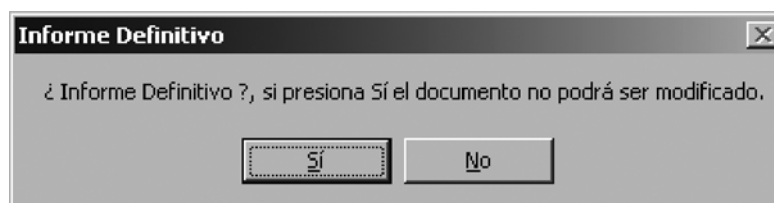
Para guardarlo: Archivo **Guardar y volver a OMI**.



Y a la pregunta:



Se contesta que sí, y a la siguiente:



También se contesta que sí.

A continuación, se genera la OC de Interconsulta a Neurología de la forma habitual. **Y se imprime.**

No es necesario imprimir los datos suplementarios. Por ello, en esta pantalla se pulsa "Cancelar".

**Elección de Datos Suplementarios**

**Datos suplementarios (Imprimir)**

Datos Generales  
Paciente: **PRUEBA PRUEBA, PRUEBA**  
Tipo O.M.: **INTERCONSULTA**

Filtros

Anamnesis

- Alergias
- Antecedentes Médicos
- Antecedentes Quirúrgicos
- Antecedentes Familiares
- Antecedentes Ginecológicos
- Problemas Sociales

- Episodios Abiertos de 1/04/2003 a 31/03/2006
- Episodios Cerrados de 1/04/2003 a 31/03/2006
- Condicionantes y Problemas (Activos)
- Condicionantes y Problemas (Inactivos)
- Medicación Activa
- Medicación Inactiva de 1/04/2003 a 31/03/2006
- IT's
- Curso Descriptivo Actual

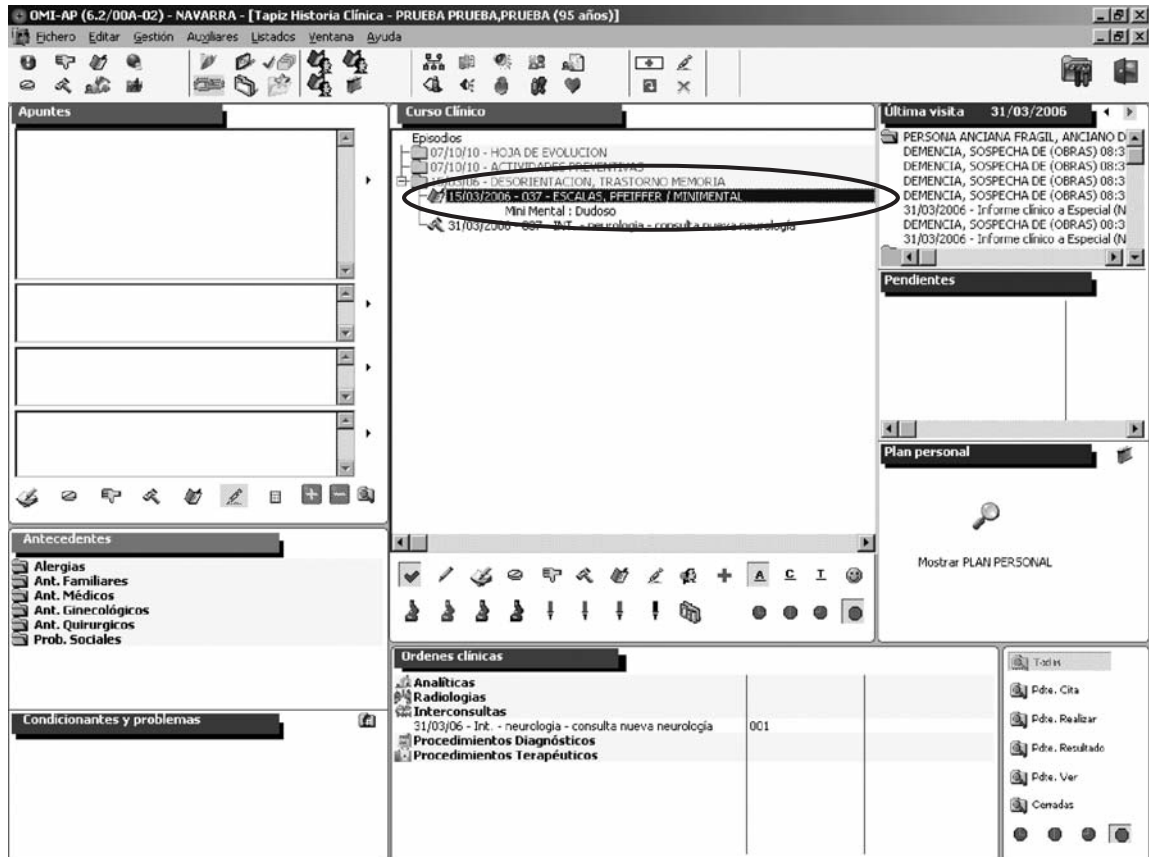
Orden de Impresión

- Primero el más reciente

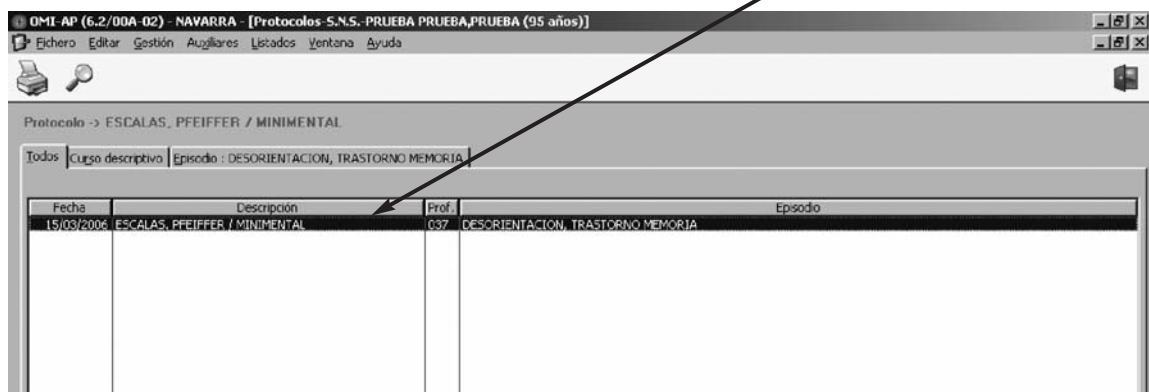
Aceptar  Cancelar

### 3.3. Para imprimir el último Test Minimental

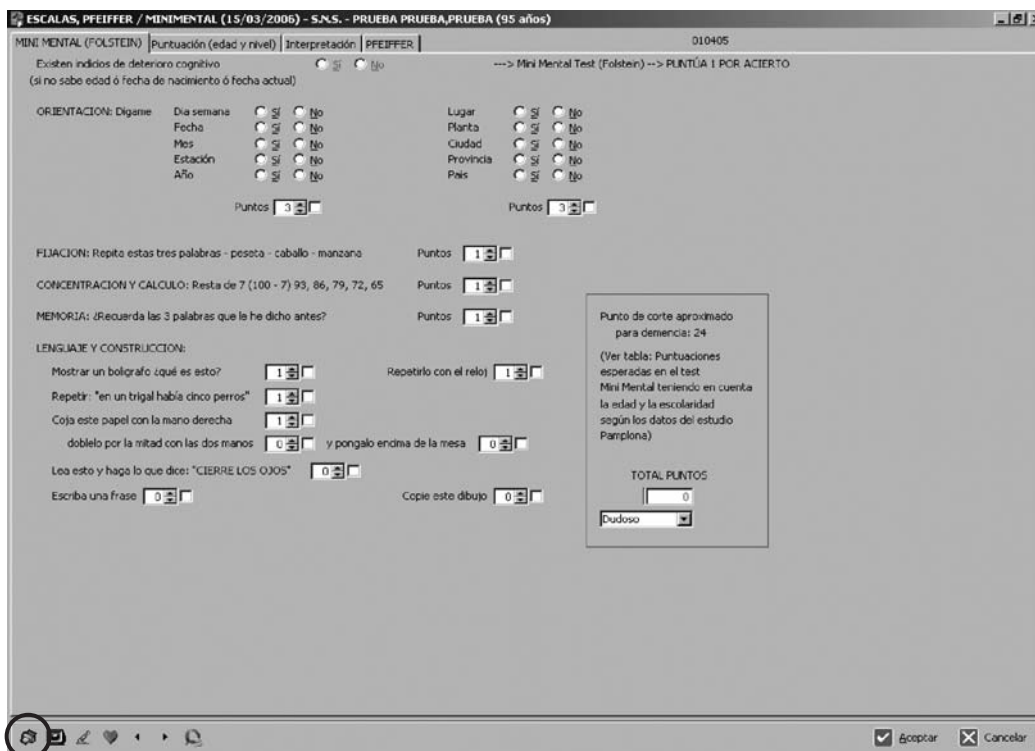
Para imprimir el último TEST MINIMENTAL: desde el episodio en el que está colgado P20 DESORIENTACION, TRASTORNO MEMORIA, se da  **doble clic** sobre el protocolo ESCALAS, PFEIFFER / MINIMENTAL.



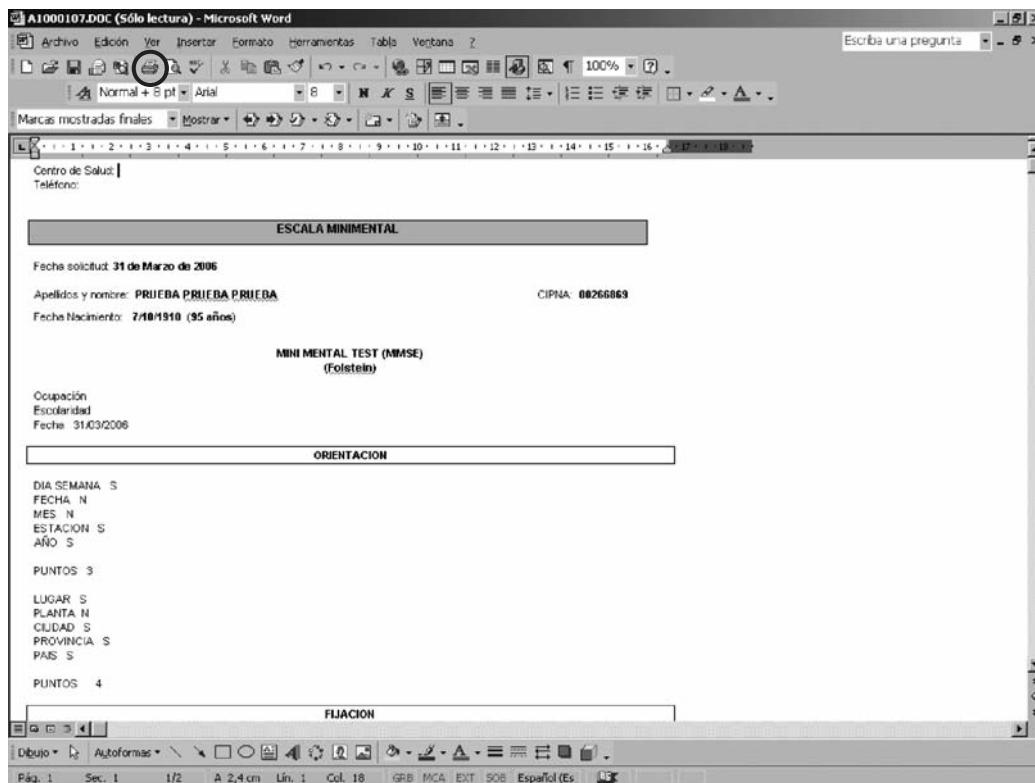
Nos lleva a la pantalla de protocolos y desde ahí, se da  **doble clic** en el último.



Se ve el protocolo en la pantalla y se pulsa el botón inferior izquierdo **Imprimir informe asociado**.



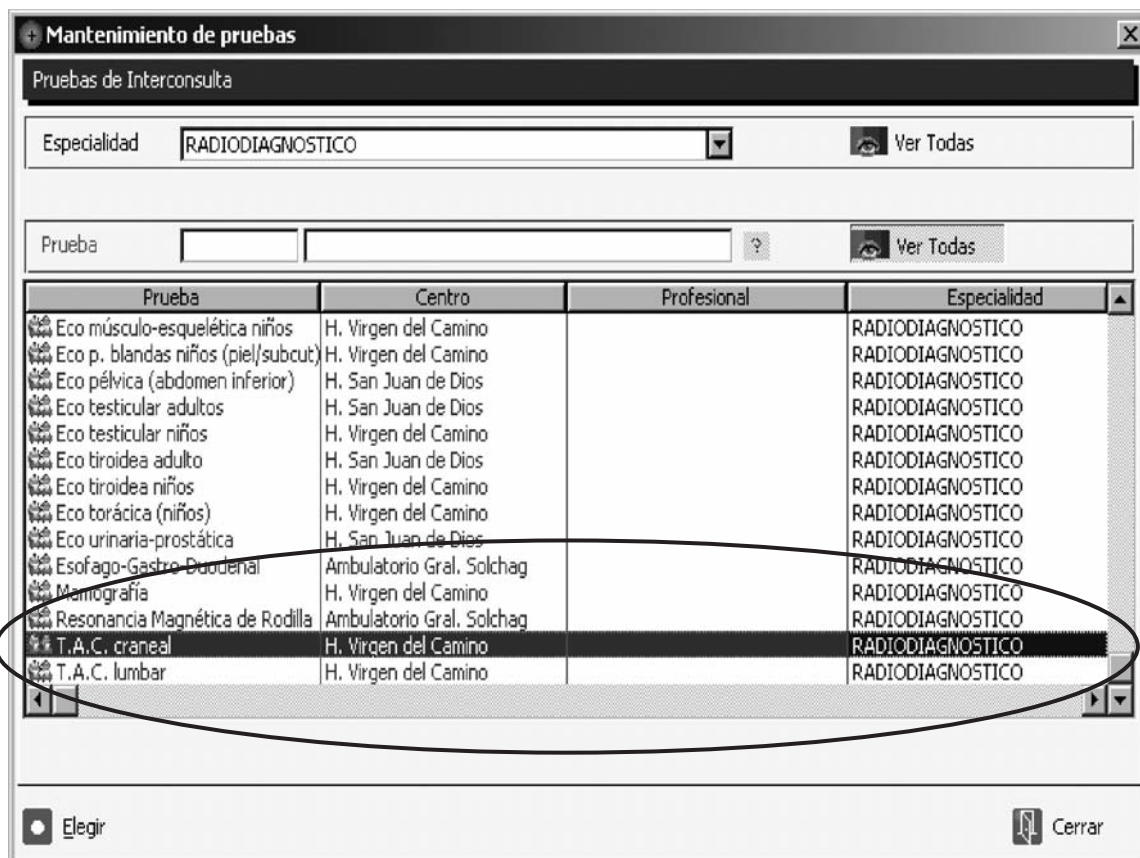
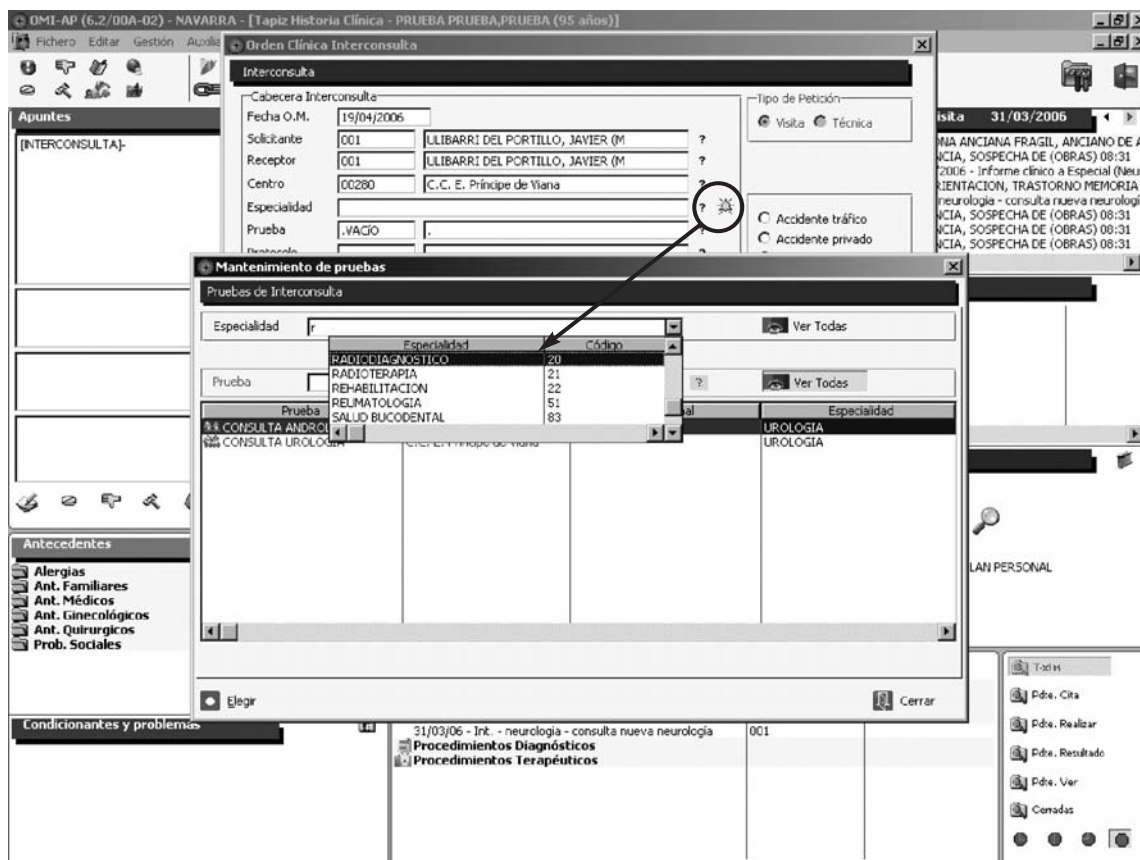
Aparece el informe en pantalla. Y se **imprime** para añadirlo en la documentación al especialista de Neurología.



Finalmente se guarda de la forma comentada anteriormente: Archivo **Guardar y volver a OMI**.



3.4. Si se solicita un **TAC craneal** porque cumple criterios de solicitud (se visualizan en el protocolo), se realiza de la forma habitual: se imprime el informe clínico asociado y se genera la Orden clínica de Interconsulta a Radiodiagnóstico (Prueba TAC craneal).



## Repaso visualización datos en OMI

Recomendaciones de visualización de los datos en OMI, repasando las diferentes pantallas:

- **Pantalla “Curso clínico”**

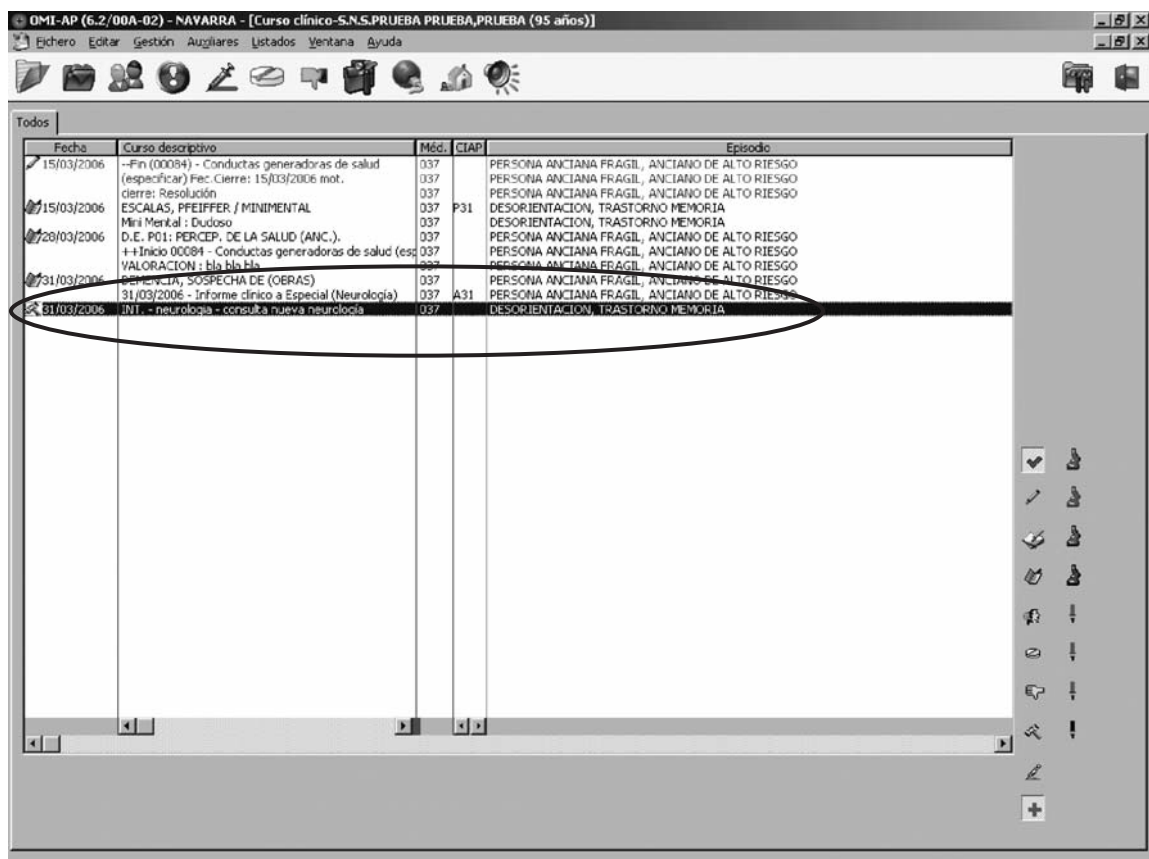
Cómo se llega: A través de 1 clic en el icono superior de la pantalla tapiz que lleva a la pantalla “Episodios”.



De esta pantalla dar al primer botón de la izquierda que lleva a la pantalla “Curso clínico”.



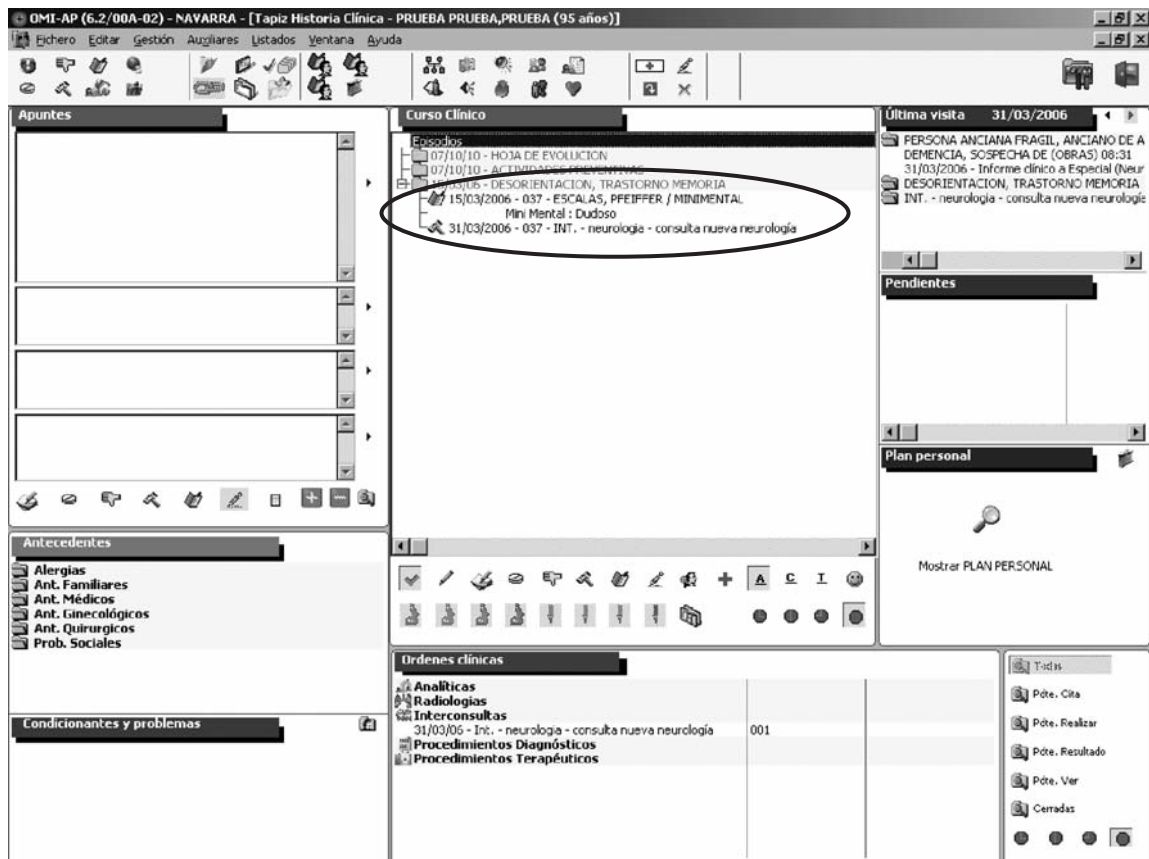
Aquí se ve la información por orden cronológico.



Fecha	Curso descriptivo	Méd.	CIAP	Episodio
15/03/2006	--Fin (00084) - Conductas generadoras de salud (especificar) Fec. Cierre: 15/03/2006 mot. cierre: Resolución	037		PERSONA ANCIANA FRAGIL, ANCIANO DE ALTO RIESGO
15/03/2006	ESCALAS, PFEIFFER / MINIMENTAL	037	P91	PERSONA ANCIANA FRAGIL, ANCIANO DE ALTO RIESGO
15/03/2006	Miri Merkad : Dudoso	037		PERSONA ANCIANA FRAGIL, ANCIANO DE ALTO RIESGO
20/03/2006	D.E. P01: PERCEP. DE LA SALUD (ANC.).	037		DESORIENTACION, TRASTORNO MEMORIA
20/03/2006	++Inicio 00084 - Conductas generadoras de salud (especificar) Fec. Cierre: 20/03/2006 mot. cierre: Resolución	037		PERSONA ANCIANA FRAGIL, ANCIANO DE ALTO RIESGO
20/03/2006	VALORACION : bla bla bla	037		PERSONA ANCIANA FRAGIL, ANCIANO DE ALTO RIESGO
31/03/2006	PERCEPCION, SOSPECHA DE (OBRAS)	037		PERSONA ANCIANA FRAGIL, ANCIANO DE ALTO RIESGO
31/03/2006	31/03/2006 - Informe clinico a Especial (Neurologia)	037	A31	PERSONA ANCIANA FRAGIL, ANCIANO DE ALTO RIESGO
31/03/2006	INT. - neurologia - consulta nueva neurologia	037		DESORIENTACION, TRASTORNO MEMORIA

- **Pantalla “Apuntes”**

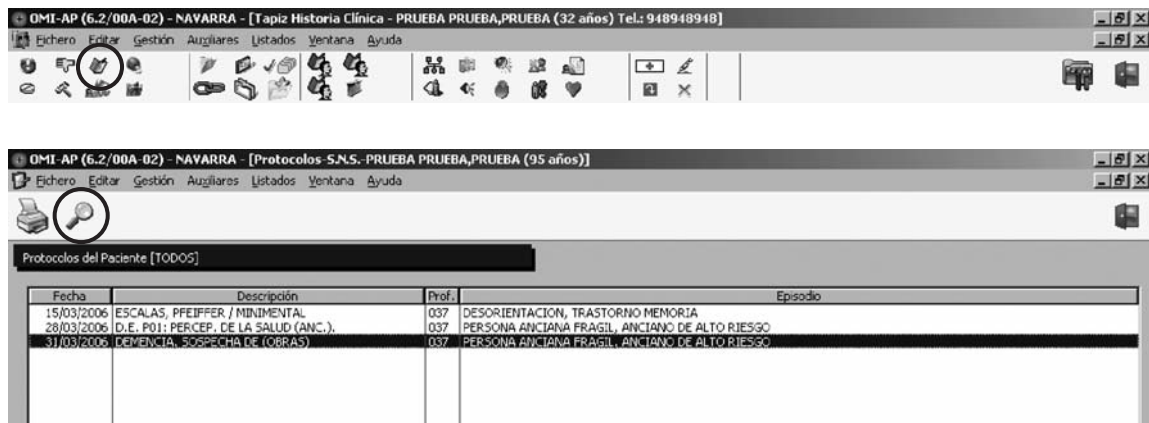
Cómo se ve la información: ordenada por episodios.



En ambas pantallas se ven los datos escritos en texto libre y los datos del protocolo que están definidos para aparecer en el curso descriptivo.

- **Pantalla “Consulta plana de protocolos”**

Cómo se llega: a través del icono “Protocolos” de diferentes pantallas y se ve el listado de protocolos que se han rellenado de ese paciente. Para ver los datos de uno de los protocolos en concreto, seleccionar el mismo y clicar el icono “Consulta plana de protocolos”.



Cómo se ve la información: se ven todos los campos del protocolo. Los que se han cumplimentado se ven en columnas ordenadas por orden cronológico.



OMI-AP (6.2/00A-02) - NAVARRA - [Consulta plana protocolo]

Archivo Editar Gestión Auxiliares Listados Ventana Ayuda

Consulta Plana

31/03/2006 31/03/2006

Campo	Valor	Valor
Alt memoria (s/n)		S
Depresión (s/n)		N
Lenguaje (s/n)		S
Alucinaciones (s/n)		N
Orientación (s/n)		S
Agitación (s/n)		N
Praxis (s/n)		S
Insomnio (s/n)		S
Cálculo (s/n)		S
Incontinencia urinaria (s/n)		N
Abstracción (s/n)		N
Crisis (s/n)		N
Forma de inicio		N
Observaciones hª deterioro		
Ha perdido interés		N
Indicios deterioro afectivo		
Se siente triste o deprimido		N
Polimedicación		S
Observaciones		
Peso		
Talla		
Formúla oculta		
IMC		
TAS		
TAD		
Ritmica		
FC		
Ausc card (norm s/n)		
Ausc card soplos		
Soplos carotídeos		
Ausc vasos cuello		
Mov oculares normal		
Mov oculares		
Campo visual normal		
Campo visual		
Fondo de ojo normal		
Fondo de ojo		
Hemiparesia (s/n)		
Fuerza global		
Sensibilidad		
Sensibilidad		
Movimientos anormales (s/n)		
Movimientos anormales		
Marcha anormal (s/n)		

- **Otra forma de visualizar información de protocolos**

Se pueden ver los datos de los protocolos de fechas anteriores o posteriores abriendo cualquier protocolo **cumplimentado** a través de las **flechitas** de la zona inferior izquierda.

DEMENCIA, SOSPECHA DE (OBRAS) (31/03/2006) - S.N.S. - PRUEBA PRUEBA, PRUEBA (95 años)

Historia del deterioro Exploración Informadora

3.1 HISTORIA CLINICA DEL DETERIORO

Síntoma

Alt. de la memoria  Sí  No Depresión  Sí  No

Alt. del lenguaje  Sí  No Alucinaciones  Sí  No

Desorientación  Sí  No Agitación  Sí  No

Alt. de la praxis  Sí  No Insomnio  Sí  No

Alt. del cálculo  Sí  No Incontinencia urinaria  Sí  No

Alt. de la abstracción  Sí  No Crisis epilépticas  Sí  No

Forma de inicio de los síntomas  Evolución de los síntomas

Observaciones

¿ Ha perdido interés por las actividades habituales ?  Sí  No Indicios de deterioro afectivo  Sí  No

¿ Se siente triste o deprimido con frecuencia ?  Sí  No ---> YESAVAGE

Polimedicación  Sí  No  
(consume 4 ó más medicamentos, incluido automedicación)

Observaciones

Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea

◀ ▶

Aceptar  Cancelar

[VOLVER AL INDICE](#)



**Anexo 6. Seguimiento del paciente con demencia. Plan personal en OMI de seguimiento de la fragilidad (FRAGILIDAD, SEGUIMIENTO)**



# Seguimiento del paciente con demencia

## Manual de utilización de OMI

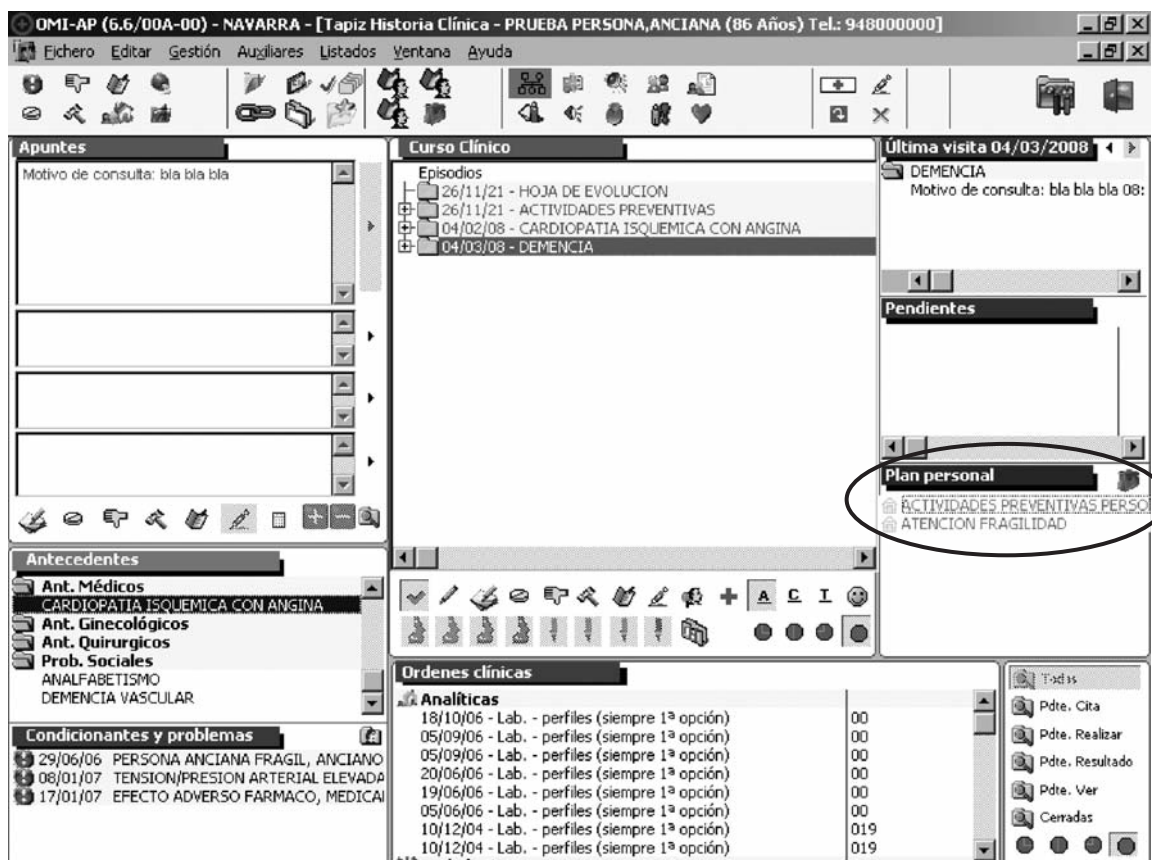
Dado que el deterioro cognitivo es uno de los factores de riesgo que determinan fragilidad en la persona anciana, se recomienda realizar el seguimiento de la persona con demencia según los criterios establecidos en la Guía de actuación para la valoración del anciano en Atención Primaria. Esta guía contará con el apoyo del Plan personal de SEGUIMIENTO DE LA FRAGILIDAD en la herramienta informática OMI.

La población diana de esta guía son las personas mayores de 75 años o mayores de 65 años que por su especial situación puedan requerir intervención sociosanitaria. Aunque puede haber personas con demencia más jóvenes, sus necesidades se adaptan a las de esta población y varían más en función del estadio evolutivo en el que se encuentran que en función de la edad.

Cuando se registren los datos de la atención al seguimiento de un paciente con demencia en OMI, se recomienda realizarlo de la siguiente manera:

Se ha de tener en cuenta que los pacientes con demencia se consideran personas frágiles. Se recomienda crear en todos los casos el episodio de DEMENCIA y saltará automáticamente el PLAN PERSONAL de ATENCION A LA FRAGILIDAD.

Si además es mayor de 75 años o mayor de 65 años y está institucionalizado, se recomienda crear también el de "PERSONA FRÁGIL, ANCIANO DE ALTO RIESGO". Si está en el programa de atención domiciliaria, se recomienda crear el de "PERSONA ATENCIÓN DOMICILIARIA, DOMICILIO".



En la pantalla de planes personales, se visualiza el de ATENCION A LA FRAGILIDAD:

El plan personal consta de las siguientes actividades:

- PROTOCOLO “FRAGILIDAD SEGUIMIENTO”
- PROTOCOLO “VALORACION GERIATRICA INTEGRAL”
- ANALITICA FRAGILIDAD
- DGPs

En OMI está programado el recuerdo de estas actividades con una periodicidad anual, pero queda a criterio de los profesionales realizarlas con la frecuencia que consideren necesaria.

Por lo tanto, a toda persona con demencia y por lo tanto frágil, se recomienda realizar una “Valoración Geriátrica Integral” y registrar los resultados en el protocolo correspondiente. Posteriormente, se recomienda realizar un seguimiento de todos los aspectos relacionados con su fragilidad y registrar sus resultados en el protocolo “Fragilidad Seguimiento” que se ve a continuación:

PROTOCOLO “FRAGILIDAD SEGUIMIENTO”

**1ª pestaña. Situación sociofuncional.**

En ella se recogen los datos de la situación sociofuncional del paciente.

Desde esta pestaña se accede también al Módulo de planes de cuidados de enfermería para trabajar con los diagnósticos NANDA que presenta el paciente.





### 3ª pestaña: Síndromes geriátricos: Caídas / Malnutrición.

FRAGILIDAD, SEGUIMIENTO (30/01/2007) - PRIVADO - PRUEBA PERSONA, ANCIANA (85 años)

Sit. sociofuncional | Sit. clínica | S. Ger: Caídas / Malnut | S. Ger: Domicilio | Det cognitivo / Alt. cond | Recursos sociales

Riesgo de caídas  Sí  No (si - 10/12/2004) Test cronometrado de levantarse  (5 - 10/12/2004)

Caídas de repetición  Sí  No Medicación que favorece caídas  Sí  No

Prevención de caídas  Manejo ambiental: seguridad

Identificación de riesgos

Exploración neurológica Déficit neurológico  Sí  No Marcha normal  Sí  No

Equilibrio normal  Sí  No Presenta temblor  Sí  No

Comentarios exp neurológica

Déficit visual  Sí  No (5 - 5/06/2006) Corregido  Sí  No

Déficit auditivo  Sí  No (5 - 5/06/2006) Corregido  Sí  No

---

Sospecha de malnutrición  Sí  No (si - 10/12/2004)

Peso (Kg)  0,000  (73 - 19/06/2006) Talla (cm)  0  (165 - 19/06/2006) IMC  0,000 (26,446 - 19/06/2006)

Estado Nutricional MNA  0

Alteración analítica  Sí  No

Albúmina  0,0  Suplementos dietéticos  Sí  No

Asesoramiento nutricional  Manejo de la nutrición  Manejo de los líquidos

Observaciones

Aceptar  Cancelar

4ª pestaña. Domicilio. Se recogen los datos específicos de los pacientes que se atienden en domicilio.

FRAGILIDAD, SEGUIMIENTO (30/01/2007) - PRIVADO - PRUEBA PERSONA, ANCIANA (85 años)

Sit. sociofuncional | Sit. clínica | S. Ger: Caídas / Malnut | S. Ger: Domicilio | Det cognitivo / Alt. cond | Recursos sociales

INCONTINENCIA URINARIA  Sí  No Utiliza absorbentes  Sí  No

Cuidados de la incontinencia urinaria

Entrenamiento del hábito urinario

Portador sondaje vesical  Sí  No Fecha último cambio

ESTREÑIMIENTO  Sí  No (5 - 5/06/2006)

INMOVILIDAD FÍSICA  Sí  No  Fomento del ejercicio

Enseñanza a la familia de movilizaciones pasivas

RIESGO DE INFECCION (respiratoria)  Sí  No  Fomento ejercicios respiratorios

Enseñanza a la familia de la realización de gimnasia respiratoria

INCONTINENCIA FECAL  Sí  No  Cuidados de la incontinencia intestinal

ALTERACIONES EN LA PIEL  Sí  No (5 - 5/06/2006) Escala de Norton modificada  0

Úlceras  Sí  No Deshidratación  Sí  No Edemas  Sí  No (5 - 5/06/2006)

Prevención de las úlceras por presión  Cuidados de las úlceras por presión

Observaciones

Aceptar  Cancelar



## 5ª pestaña. Deterioro cognitivo / Alteraciones conductuales.

Para cumplimentar el dato de la escala GDS, como ayuda, al pulsar el botón “Escala GDS” se visualizará dicha escala y posteriormente se registrará la puntuación en el recuadro correspondiente.

FRAGILIDAD, SEGUIMIENTO (30/01/2007) - PRIVADO - PRUEBA PERSONA, ANCIANA (85 años)

Sit. sociofuncional | Sit. clínica | S. Ger: Caídas / Malnut | S. Ger: Domicilio | Det cognitivo / Alt. cond | Recursos sociales

Indicios deterioro afectivo  Sí  No (N - 5/06/2006) Yesavage

Indicios deterioro cognitivo  Sí  No (S - 5/06/2006) Mini Mental

Dx de demencia establecido  Sí  No GDS  Escala GDS

Obs GDS

Alteraciones conductuales: Alucinaciones  Sí  No Agitación  Sí  No

Alt. sueño  Sí  No Trastornos sociales  Sí  No

Obs alteraciones conductuales

Efectos secundarios de los anticolinérgicos  Sí  No

Deterioro de la memoria  Entrenamiento de la memoria  Orientación de la realidad

Déficit de autocuidado  Ayuda con los autocuidados

Deterioro de la comunicación verbal  Escucha activa  Potenciación de la socialización

Deterioro de la interacción social  Manejo de la demencia

¿Se le ha proporcionado información al paciente acerca de su diagnóstico?  Sí  No

¿Se le ha informado acerca del Documento de Voluntades Anticipadas?  Sí  No

¿Ha elegido un tutor/a?  Sí  No

Observaciones

Aceptar Cancelar

## 6ª pestaña. Recursos sociales.

FRAGILIDAD, SEGUIMIENTO (30/01/2007) - PRIVADO - PRUEBA PERSONA, ANCIANA (85 años)

Sit. sociofuncional | Sit. clínica | S. Ger: Caídas / Malnut | S. Ger: Domicilio | Det cognitivo / Alt. cond | Recursos sociales

Test Gijón  (17 - 5/06/2006) Resultado  (> 15: Problemática s - 5/06/2006)

Problemas que inciden

Problemas familiares

Ha habido cambios con respecto a la situación anterior  Sí  No

En relación a su persona  En relación a la familia

En relación al recurso tramitado  Otros

Recursos utilizados

Recursos técnicos  Andador  Cojín antiescaras  Silla de ruedas  Colchón antiescaras

Bastón / Muletas  Cama articulada  Baño adaptado  Grúa

SAD municipal

Contrato privado con ayuda  Contrato privado sin ayuda

Reconocimiento minusvalía  Reconocimiento persona asistida

Teléfono emergencia

Incapacitación judicial

Plaza de respiro

Centro de día

Otros

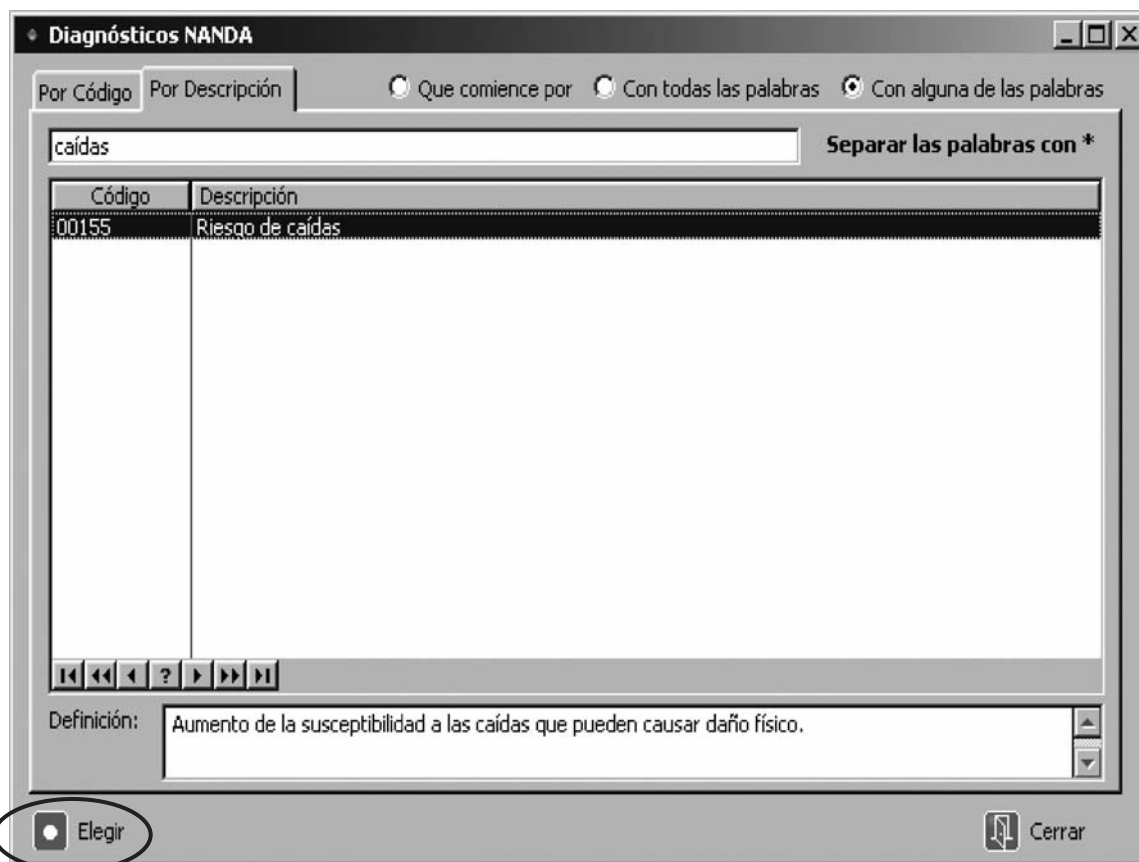
Observaciones

Aceptar Cancelar

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Para trabajar el plan de cuidados de enfermería, se accede al mismo a través del botón “Asistente” de la primera pestaña.

Aparece una pantalla para buscar el diagnóstico NANDA con el que se va a trabajar (en el ejemplo “Riesgo de caídas”).



Al pulsar “elegir”, se accede al módulo y se eligen las características definitorias y factores de riesgo, NOCs, indicadores, NICs y actividades de enfermería.

### Analítica fragilidad

Se recomienda realizar anualmente una analítica que conste de:

Glucosa, urea, urato, creatinina, transferrina, albúmina, tirotopina, hemograma y orina.

[VOLVER AL INDICE](#)

**Anexo 7. Criterios para el diagnóstico  
y estadiaje de la demencia**



# Criterios NINCDS-ADRDA para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer (EA)

## Definido

Los criterios para la categoría definida exigen que el enfermo en vida cumpliera los criterios de EA probable y que haya datos histopatológicos confirmatorios obtenidos por biopsia o autopsia.

## Probable

- La condición de probable se caracteriza por la existencia de:
  - Un síndrome de demencia demostrado con la ayuda de un cuestionario concreto y confirmado por un test neuropsicológico.
  - Constatación de déficit en dos o más áreas de cognición.
  - Un empeoramiento progresivo de la memoria y otras funciones cognitivas sin que haya trastorno del nivel de conciencia.
  - Inicio entre los 40 y los 90 años.
  - Ausencia de trastornos sistémicos o enfermedades cerebrales que puedan ser responsables de tales síntomas discognitivos.
- La demencia se define por un declinar en la memoria y otras funciones cognitivas en comparación con el nivel previo de estas funciones antes del inicio de la enfermedad.
- Los hechos que apoyan el diagnóstico aún cuando no son exigidos incluyen una alteración progresiva de funciones específicas, tales como: lenguaje (afasia), habilidades motoras (apraxia) y de la percepción (agnosia), compromiso de las actividades de la vida diaria y trastornos de conducta, historia familiar de enfermedad semejante, particularmente si hay confirmación neuropatológica, normalidad de los estudios rutinarios de LCR, cambios no específicos del electroencefalograma (EEG) o datos de atrofia cerebral en la tomografía computadorizada (TC) que van aumentando en observaciones seriadas.
- Otros hechos que dan consistencia al diagnóstico de EA probable (pero que no son exigidos) incluyen:
  - Un curso en “mesetas”.
  - Síntomas asociados como depresión, insomnio, incontinencia, delirios, alucinaciones, reacciones catastróficas; trastornos de la conducta sexual o pérdida de peso, aumento del tono muscular, mioclonías o trastornos de la marcha, especialmente en la fase tardía de la evolución de la enfermedad; crisis epilépticas en los estadios avanzados del proceso.
  - TC considerada como normal para la edad del sujeto.
- El diagnóstico de EA es menos probable en el caso en que los síntomas se inicien de manera aguda, se constaten signos neurológicos de déficit focal o haya crisis epilépticas o trastornos de la marcha en la fase inicial del proceso.

## Posible

Se clasifica el diagnóstico como posible cuando el enfermo tiene alguna de las siguientes alteraciones:

- Síndrome de demencia sin causa aparente aunque haya variaciones en el inicio, presentación o curso clínico en comparación con el Alzheimer típico.
- Si existe un trastorno cerebral de otro tipo o una enfermedad sistémica que de por sí son suficientes para producir demencia, pero que en realidad no se considera que sean causa real de tal demencia.
- Si el enfermo tiene un déficit cognitivo aislado que se hace gradualmente progresivo y no se demuestra otro síntoma.

## Criterios para el diagnóstico de demencia vascular<sup>45, 46</sup>

Se considera **demencia vascular probable** cuando se cumplen los siguientes puntos:

- Demencia con afectación de la memoria y otras dos funciones cognitivas y defectos funcionales en las actividades cotidianas no sólo derivados de los defectos sensitivomotores.
- Enfermedad cerebrovascular manifestada tanto por hallazgos exploratorios como por una neuroimagen característica.
- Relación temporal estrecha entre la enfermedad cerebrovascular y la demencia que debe aparecer inmediatamente o en un espacio de tres meses tras el ictus.

Cuando faltan los hallazgos de neuroimagen o la relación temporal precisa, el cuadro sólo se puede calificar de **demencia vascular posible**.

Si existe una confirmación histológica de las lesiones cerebrovasculares, en ausencia de otras lesiones capaces de producir demencia, se considera **demencia vascular segura**.

(Grado C u Opción. Academia Americana de Neurología)<sup>11</sup>.

<b>Escala de Hachinski</b>	<b>No</b>	<b>Sí</b>
Inicio agudo	0	2
Deterioro a brotes	0	1
Curso con fluctuaciones	0	2
Confusión nocturna	0	1
Preservación de la personalidad	0	1
Depresión	0	1
Síntomas somáticos	0	1
Labilidad emocional	0	1
Historia de hipertensión	0	2
Historia de ictus	0	2
Otros signos de arteriosclerosis	0	1
Síntomas neurológicos focales	0	2
Signos neurológicos focales	0	2
<b>Total</b>		

Puntuación >7 puntos: demencia vascular.

## Criterios para el diagnóstico de demencia con Cuerpos de Lewy

En el año 2005 se publicó el tercer informe del Consorcio de demencia con Cuerpos de Lewy, con los criterios diagnósticos y tratamientos que son muy útiles para revisar la clínica de la enfermedad.

### 1) Hecho imprescindible

- Demencia

### 2) Hechos esenciales (2 probable, 1 posible)

- Fluctuaciones
- Alucinaciones visuales recurrentes
- Parkinsonismo

### 3) Hechos sugestivos

- Trastornos del sueño REM
- Sensibilidad a los neurolépticos
- Baja captación de transportador de dopamina estriatal

### 4) Hechos que apoyan el diagnóstico

#### *Clinicos*

- Caídas repetidas y síncope
- Pérdidas transitorias de conciencia
- Disfunción autonómica: hipotensión ortostática e incontinencia urinaria
- Alucinaciones de otras modalidades
- Ilusiones
- Depresión

#### *Paraclínicos*

- Relativa conservación del tamaño de los lóbulos temporales
- Actividad occipital reducida en la PET/SPECT
- Baja captación cardíaca en la MIBG
- Lentificación temporal en el EEG

### 5) Es menos probable el diagnóstico

- Cuando existen signos de enfermedad cerebrovascular o la RM es patológica
- Cuando existe otra enfermedad física o trastorno cerebral que puede explicar el cuadro clínico
- Si el parkinsonismo aparece cuando la demencia es muy grave

### 6) Secuencia temporal de los síntomas

- La demencia con Cuerpos de Lewy debe ser diagnosticada sólo cuando la demencia ocurre antes o a la vez que el parkinsonismo
- El término Parkinso-demencia debería usarse para describir la demencia que ocurre en el contexto de una enfermedad de Parkinson bien establecida
- Desde el punto de vista práctico hay que utilizar el término más apropiado a la situación clínica y un término genérico como enfermedad de Cuerpos de Lewy puede ser muy útil

# Criterios para el diagnóstico de demencia frontotemporal

## Criterios esenciales

- 1) Inicio insidioso y progresión gradual
- 2) Trastorno precoz de la conducta
- 3) Alteración precoz de la capacidad de autorregulación cuantitativa de la conducta personal
- 4) Superficialidad e indiferencia emocional precoces
- 5) Anosognosia precoz

## Manifestaciones que apoyan el diagnóstico

- 1) Comienzo antes de los 65 años
- 2) Agrupación familiar de demencia o antecedente de un trastorno similar en un familiar de primer grado
- 3) Trastorno de conducta
  - a. Deterioro en el cuidado y aseo personales
  - b. Inflexibilidad y rigidez mental
  - c. Distractibilidad e impersistencia
  - d. Conducta hiperoral y cambios en la conducta alimentaria
  - e. Conducta estereotipada y perseverativa
  - f. Conducta de utilización
- 4) Alteraciones del habla y del lenguaje
  - a. Alteraciones en la faceta expresiva:
    - Pérdida de espontaneidad y concreción del lenguaje
    - Habla entrecortada
  - b. Lenguaje estereotipado
  - c. Ecolalia
  - d. Perseveración
  - e. Mutismo tardío
- 5) Signos físicos
  - a. Reflejos de desinhibición cortical
  - b. Incontinencia urinaria
  - c. Acinesia, rigidez, temblor
  - d. Presión arterial baja y lábil
  - e. Parálisis bulbar, debilidad y atrofia muscular, fasciculaciones (enfermedad de la neurona motora)
- 6) Pruebas complementarias
  - a. Exploración neuropsicológica: alteración intensa en las pruebas exploradoras de las funciones frontales, en ausencia de trastorno notable de la memoria, el lenguaje y la percepción espacial
  - b. Electroencefalograma normal en estadios con demencia evidente
  - c. Pruebas de neuroimagen cerebral (estructural y/o funcional): anomalía de predominio frontal y/o temporal



## Aspectos que excluyen el diagnóstico

- 1) Aspectos clínicos
  - a. Inicio brusco, episodios intercurrentes de deterioro agudo
  - b. Traumatismo craneal previo próximo al inicio de las manifestaciones
  - c. Trastorno de memoria intenso en fases iniciales de la demencia
  - d. Desorientación espacial
  - e. Logoclonías y pérdida rápida de la cadena de pensamiento
  - f. Mioclonías
  - g. Debilidad de tipo corticoespinal
  - h. Ataxia cerebelosa
  - i. Coreoatetosis
- 2) Pruebas complementarias:
  - a. Alteraciones de localización predominantemente post-rolándica en las pruebas de neuroimagen estructural o funcional, o lesiones cerebrales multifocales en tomografía computarizada o resonancia magnética
  - b. Resultados en las pruebas de laboratorio indicativos de afectación cerebral de una alteración inflamatoria o metabólica, como por ejemplo esclerosis múltiple, sífilis, SIDA o encefalitis herpética

## Datos de exclusión relativa

- 1) Alcoholismo
- 2) Hipertensión arterial de larga evolución
- 3) Antecedentes personales de enfermedad vascular (p. ej. angina de pecho o claudicación intermitente)

## Escala de Deterioro Global (GDS-FAST)

Estadio	Fase clínica	Características FAST	Comentarios
<b>GDS 1</b> Ausencia de déficit cognitivo	Normal MEC: 30-35	Ausencia de déficits funcionales objetivos o subjetivos	No hay deterioro cognitivo subjetivo ni objetivo
<b>GDS 2</b> Déficit cognitivo muy leve	Normal para su edad Olvido MEC: 25-30	Déficit funcional subjetivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quejas de pérdida de memoria en ubicación de objetos, nombres de personas, citas, etc.</li> <li>- No se objetiva déficit en el examen clínico ni en su medio laboral o situaciones sociales</li> <li>- Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología</li> </ul>
<b>GDS 3</b> Déficit cognitivo leve	Deterioro límite MEC: 20-27	Déficit en tareas ocupacionales y sociales complejas que generalmente observan familiares y amigos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Primeros déficits claros: manifestación en una o más de estas áreas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Haberse perdido en un lugar no familiar</li> <li>• Evidencia de rendimiento laboral pobre</li> <li>• Dificultad para recordar palabras y nombres</li> <li>• Tras la lectura retiene escaso material</li> <li>• Olvida la ubicación, pierde o coloca erróneamente objetos de valor</li> <li>• Escasa capacidad para recordar a personas nuevas que ha conocido</li> </ul> </li> <li>- El déficit de concentración es evidente para el clínico en una entrevista exhaustiva</li> <li>- La negación como mecanismo de defensa o el desconocimiento de los déficits empieza a manifestarse</li> <li>- Los síntomas se acompañan de ansiedad leve o moderada</li> </ul>
<b>GDS 4</b> Déficit cognitivo moderado	Enfermedad de Alzheimer leve MEC: 16-23	Déficit observable en tareas complejas como el control de los aspectos económicos personales o planificación de comidas cuando hay invitados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déficits manifiestos en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Olvido de hechos cotidianos o recientes</li> <li>• Déficit en el recuerdo de su historia personal</li> <li>• Dificultad de concentración evidente en operaciones de resta de 7 en 7</li> <li>• Incapacidad para planificar viajes, finanzas o actividades complejas</li> </ul> </li> <li>- Frecuentemente no hay déficits en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación en tiempo y personas familiares</li> <li>• Capacidad de viajar a lugares desconocidos</li> </ul> </li> <li>- Labilidad afectiva</li> <li>- Mecanismo de negación domina el cuadro</li> </ul>

Estadio	Fase clínica	Características FAST	Comentarios
<b>GDS 5</b> Déficit cognitivo moderadamente grave	Enfermedad de Alzheimer moderada MEC: 10-19	Decremento de la habilidad en escoger la ropa adecuada en cada estación del año o según las ocasiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesita asistencia en determinadas tareas, no en aseo ni en la comida, pero sí para elegir su ropa</li> <li>- Es incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana (dirección, teléfono, nombres de familiares)</li> <li>- Es frecuente cierta desorientación en tiempo o en lugar</li> <li>- Dificultad para contar en orden inverso desde 40 de 4 en 4, o desde 20 de 2 en 2</li> <li>- Sabe su nombre y generalmente el de su cónyuge e hijos</li> </ul>
<b>GDS 6</b> Déficit cognitivo grave	Enfermedad de Alzheimer moderadamente grave MEC: 0-12	Decremento de la habilidad para vestirse, bañarse y lavarse; específicamente pueden identificarse los 5 sub-estadios siguientes: a) Disminución de la habilidad de vestirse solo b) Disminución de la habilidad para bañarse solo c) Disminución de la habilidad para lavarse y arreglarse solo d) Disminución de la continencia urinaria e) Disminución de la continencia fecal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Olvida a veces el nombre de su cónyuge de quien depende para vivir</li> <li>- Retiene algunos datos del pasado</li> <li>- Desorientación temporoespacial</li> <li>- Dificultad para contar de 10 en 10 en orden inverso o directo</li> <li>- Puede necesitar asistencia para actividades de la vida diaria</li> <li>- Puede presentar incontinencia</li> <li>- Recuerda su nombre y diferencia los familiares de los desconocidos</li> <li>- Ritmo diurno frecuentemente alterado</li> <li>- Presenta cambios de la personalidad y la afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad y abulia cognoscitiva)</li> </ul>
<b>GDS 7</b> Déficit cognitivo muy grave	Enfermedad de Alzheimer grave MEC: 0	Pérdida del habla y la capacidad motora Se especifican 6 sub-estadios: a) Capacidad de habla limitada aproximadamente a 6 palabras b) Capacidad de habla limitada a una única palabra c) Pérdida de la capacidad para caminar sólo sin ayuda d) Pérdida de la capacidad para sentarse y levantarse sin ayuda e) Pérdida de la capacidad para sonreír f) Pérdida de la capacidad para mantener la cabeza erguida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pérdida progresiva de todas las capacidades verbales</li> <li>- Incontinencia urinaria</li> <li>- Necesidad de asistencia en la higiene personal y alimentación</li> <li>- Pérdida de funciones psicomotoras como la deambulación</li> <li>- Con frecuencia se observan signos neurológicos</li> </ul>



**Anexo 8. Inventario neuropsiquiátrico  
de Cummings**



## Inventario neuropsiquiátrico de Cummings

Es un instrumento que detecta y clasifica los trastornos conductuales del paciente existentes en el mes anterior y analiza la frecuencia, intensidad y repercusión sobre la persona cuidadora, así como la respuesta al tratamiento.

La valoración debe hacerse siempre preguntando a la persona cuidadora.

En primer lugar debe responderse a las dos preguntas generales de cada ítem (ver a partir de la siguiente página) y sólo cuando la respuesta es positiva, se continúa con el resto de las preguntas y se determina la frecuencia y gravedad del trastorno y el distrés que ocasiona en la persona cuidadora.

La siguiente tabla es el resumen de la situación respecto a todos los ítems.

	No	Sí	NS	Frecuencia	Gravedad	F x G	Distrés
Ideas delirantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alucinaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agitación / Agresión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión / Disforia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Euforia / Alegría	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apatía / Indiferencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desinhibición	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabilidad / Labilidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conducta motora aberrante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sueño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apetito y Alimentación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Frecuencia

1. Ocasionalmente (menos de una vez por semana)
2. A menudo (aproximadamente una vez por semana)
3. Frecuentemente (varias veces por semana pero no cada día)
4. Muy frecuentemente (una o más veces por día)

### Gravedad

1. Leve (parecen inofensivas y no perduran mucho)
2. Moderada (son angustiantes para el paciente)
3. Marcada (alteran mucho el orden previsto y la conducta)

**Distrés.** Graduar si esta conducta resulta emocionalmente dolorosa o penosa para el familiar o la persona cuidadora

1. Nada
2. Leve
3. Moderada
4. Marcada
5. Extrema

## Ideas delirantes

(Recuerde que la valoración debe hacerla siempre la persona cuidadora)

**¿El paciente tiene ideas que usted sabe que no son ciertas?** Por ejemplo, insiste en que la gente está tratando de hacerle daño o le están robando sus cosas.

**¿Ha dicho que algún miembro de su familia no es quien dice ser o que su casa no es su casa?** No me refiero a meras suspicacias, estoy interesado en saber si el paciente está convencido que estas circunstancias realmente le están sucediendo.

**No o No aplicable:** pase a la siguiente pregunta global. **Sí,** continúe con estas preguntas.

	No	Sí	NS
1. ¿El paciente cree que está en peligro, que alguien está planeando hacerle daño?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Cree que alguien le roba sus pertenencias?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Cree que su cónyuge le es infiel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Cree que personas no invitadas viven en su casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Cree que su cónyuge u otra persona no es quien dice ser?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Cree que su casa no es su casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Cree que miembros de su familia están planeando abandonarlo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Cree que los personajes o las imágenes de la TV o de las revistas son sucesos reales o están realmente dentro de casa? ¿Ha intentado hablar o interactuar con ellos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿Cree que hay alguna otra cosa inusual que yo no le haya preguntado antes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si la respuesta es afirmativa, determine la frecuencia y gravedad de las ideas delirantes

### Frecuencia

1. Ocasionalmente (menos de una vez por semana)
2. A menudo (aproximadamente una vez por semana)
3. Frecuentemente (varias veces por semana pero no cada día)
4. Muy frecuentemente (una o más veces por día)

### Gravedad

1. Leve (parecen inofensivas y no perduran mucho)
2. Moderada (son angustiantes para el paciente)
3. Marcada (alteran mucho el orden previsto y la conducta)

**Distrés.** Graduar si esta conducta resulta emocionalmente dolorosa o penosa para el familiar o la persona cuidadora

1. Nada
2. Leve
3. Moderada
4. Marcada
5. Extrema



## Alucinaciones

(Recuerde que la valoración debe hacerla siempre la persona cuidadora)

**¿Tiene alucinaciones tales como visiones o voces falsas?**

**¿Parece ver, oír o sentir cosas que no están presentes?**

Con esta pregunta no sólo nos referimos a creencias erróneas tales como pensar que alguien ya fallecido siga vivo, más bien le pido si de hecho el paciente ha presentado sensaciones visuales o auditivas anormales.

**No o No aplicable:** pase a la siguiente pregunta global. **Sí,** continúe con estas preguntas.

	No	Sí	NS
1. ¿El paciente menciona oír voces o actúa como si de hecho las oyese?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Habla con personas que no están?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Describe que ve cosas que nadie más puede ver o se comporta como si estuviera viendo cosas que nadie más puede ver (personas, animales, luces, etc)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Refiere notar olores que otros no notan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Nota cosas sobre su piel o actúa como si notase cosas que tocaran o se arrastraran sobre su piel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Dice notar sabores sin causa aparente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Describe alguna otra experiencia sensorial rara?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si la respuesta es afirmativa, determine la frecuencia y gravedad de las alucinaciones.

### Frecuencia

1. Ocasionalmente (menos de una vez por semana)
2. A menudo (aproximadamente una vez por semana)
3. Frecuentemente (varias veces por semana pero no cada día)
4. Muy frecuentemente (una o más veces por día)

### Gravedad

1. Leve (parecen inofensivas y no perduran mucho)
2. Moderada (son angustiantes para el paciente)
3. Marcada (alteran mucho el orden previsto y la conducta)

**Distrés.** Graduar si esta conducta resulta emocionalmente dolorosa o penosa para el familiar o la persona cuidadora

1. Nada
2. Leve
3. Moderada
4. Marcada
5. Extrema

## Agitación / Agresión

(Recuerde que la valoración debe hacerla siempre la persona cuidadora)

**¿Tiene períodos en los que se niega a cooperar o no acepta la ayuda de otra persona?**

**¿Es difícil de llevar/manejar?**

**¿Se ha comportado de forma agresiva, verbal o físicamente, desde el inicio de la enfermedad?** (más que antes del inicio de la enfermedad).

**No o No aplicable:** pase a la siguiente pregunta global. **Sí,** continúe con estas preguntas.

	No	Sí	NS
1. ¿Se molesta o enfada con sus cuidadores o se resiste a actividades como bañarse o cambiarse de ropa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Es testarudo o terco, teniendo que hacer las cosas a su manera?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Se muestra poco cooperador, se resiste a recibir ayuda de otros?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Tiene otras conductas que lo hacen difícil de manejar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Grita o insulta airadamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Da portazos, golpea muebles o lanza cosas por los aires?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Ha intentado herir o golpear a otros?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Tiene otras conductas agresivas o de agitación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si la respuesta es afirmativa, determine la frecuencia y gravedad de la agitación o agresividad

### Frecuencia

1. Ocasionalmente (menos de una vez por semana)
2. A menudo (aproximadamente una vez por semana)
3. Frecuentemente (varias veces por semana pero no cada día)
4. Muy frecuentemente (una o más veces por día)

### Gravedad

1. Leve (parecen inofensivas y no perduran mucho)
2. Moderada (son angustiantes para el paciente)
3. Marcada (alteran mucho el orden previsto y la conducta)

**Distrés.** Graduar si esta conducta resulta emocionalmente dolorosa o penosa para el familiar o persona cuidadora

1. Nada
2. Leve
3. Moderada
4. Marcada
5. Extrema

## Depresión / Disforia

(Recuerde que la valoración debe hacerla siempre la persona cuidadora)

**¿El paciente parece triste o deprimido?**

**¿Dice que se siente triste o deprimido?**

**No o No aplicable:** pase a la siguiente pregunta global. **Sí,** continúe con estas preguntas.

	No	Sí	NS
1. ¿Tiene periodos de llanto o sollozos que parecen indicar tristeza?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Dice o actúa como si estuviese triste o bajo de ánimo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Se desprecia o se considera fracasado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Se considera una mala persona que merece ser castigado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Parece muy desanimado o dice que no tiene futuro?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Dice que es una carga para su familia o que su familia estaría mejor sin él?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Expresa su deseo de morir o habla acerca de quitarse la vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Muestra otros signos de depresión o tristeza?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si la respuesta es afirmativa, determine la frecuencia y gravedad de la depresión.

### Frecuencia

1. Ocasionalmente (menos de una vez por semana)
2. A menudo (aproximadamente una vez por semana)
3. Frecuentemente (varias veces por semana pero no cada día)
4. Muy frecuentemente (una o más veces por día)

### Gravedad

1. Leve (parecen inofensivas y no perduran mucho)
2. Moderada (son angustiantes para el paciente)
3. Marcada (alteran mucho el orden previsto y la conducta)

**Distrés.** Graduar si esta conducta resulta emocionalmente dolorosa o penosa para el familiar o la persona cuidadora

1. Nada
2. Leve
3. Moderada
4. Marcada
5. Extrema

## Ansiedad

(Recuerde que la valoración debe hacerla siempre la persona cuidadora)

**¿El paciente está muy nervioso, preocupado o atemorizado sin razón aparente?**

**¿Parece muy tenso o inquieto?**

**¿Tiene miedo de estar alejado de usted, a quedarse solo?**

**No o No aplicable:** pase a la siguiente pregunta global. **Sí,** continúe con estas preguntas.

	No	Sí	NS
1. ¿Dice estar preocupado acerca de acontecimientos planeados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Tiene períodos en los que se siente tembloroso, incapaz de relajarse o muy tenso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Tiene períodos o se queja de falta de aire, voz entrecortada o suspiros sin otra razón que nerviosismo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Se queja de malestar epigástrico (“vacío de estómago”) o palpitaciones asociados al nerviosismo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Evita ciertos lugares o situaciones porque le ponen nervioso, tales como conducir, reuniones con amigos o multitudes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Se pone nervioso o molesto cuando se separa de usted (o su cuidador)? (¿Se pega a usted para evitar estar separado?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Muestra cualquier otro signo de ansiedad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si la respuesta es afirmativa, determine la frecuencia y gravedad de la ansiedad

### Frecuencia

1. Ocasionalmente (menos de una vez por semana)
2. A menudo (aproximadamente una vez por semana)
3. Frecuentemente (varias veces por semana pero no cada día)
4. Muy frecuentemente (una o más veces por día)

### Gravedad

1. Leve (parecen inofensivas y no perduran mucho)
2. Moderada (son angustiantes para el paciente)
3. Marcada (alteran mucho el orden previsto y la conducta)

**Distrés.** Graduar si esta conducta resulta emocionalmente dolorosa o penosa para el familiar o la persona cuidadora

1. Nada
2. Leve
3. Moderada
4. Marcada
5. Extrema

## Euforia / Alegría

(Recuerde que la valoración debe hacerla siempre la persona cuidadora)

**¿Parece demasiado alegre o contento sin motivo aparente?** No me refiero a la alegría normal al ver amigos, recibir regalos o estar con la familia. Le pregunto si el paciente tiene de forma persistente y anormal buen humor o hay situaciones que le parecen cómicas cuando a otros no se lo parecen.

**No o No aplicable:** pase a la siguiente pregunta global. **Sí,** continúe con estas preguntas.

	No	Sí	NS
1. ¿Parece sentirse demasiado bien o feliz, para su forma de ser habitual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Le parecen graciosas y ríe de cosas que a otros no les parecen divertidas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Parece tener un sentido del humor infantil con tendencia a “risa tonta” o risa inadecuada? (p.e. cuando alguna desgracia le sucede a otra persona)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Cuenta chistes o hace comentarios que no parecen graciosos a los demás pero que a él le parecen divertidos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Hace travesuras infantiles tales como pellizcar o jugar a “pilla pilla” para divertirse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Tiene tendencia a hacerse el importante o dice tener más habilidades o riquezas de las que tiene en realidad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Muestra algún otro signo de sentirse demasiado bien o feliz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si la respuesta es afirmativa, determine la frecuencia y gravedad de esta conducta

### Frecuencia

1. Ocasionalmente (menos de una vez por semana)
2. A menudo (aproximadamente una vez por semana)
3. Frecuentemente (varias veces por semana pero no cada día)
4. Muy frecuentemente (una o más veces por día)

### Gravedad

1. Leve (parecen inofensivas y no perduran mucho)
2. Moderada (son angustiantes para el paciente)
3. Marcada (alteran mucho el orden previsto y la conducta)

**Distrés.** Graduar si esta conducta resulta emocionalmente dolorosa o penosa para el familiar o la persona cuidadora

1. Nada
2. Leve
3. Moderada
4. Marcada
5. Extrema

## Apatía / Indiferencia

(Recuerde que la valoración debe hacerla siempre la persona cuidadora)

*¿Ha perdido interés por lo que le rodea?*

*¿Ha perdido interés por hacer cosas o ha perdido motivación para empezar actividades nuevas?*

*¿Tiene más dificultad para participar en una conversación o en tareas domésticas?*

*¿Está apático o indiferente?*

**No o No aplicable:** pase a la siguiente pregunta global. **Sí,** continúe con estas preguntas.

	No	Sí	NS
1. ¿Parece menos espontáneo y activo que de costumbre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Es difícil que inicie una conversación?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Es menos cariñoso o emotivo de lo que solía ser?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Colabora menos que antes en las labores domésticas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Parece menos interesado en las actividades o planes de los demás?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Ha perdido el interés por sus amigos y familiares?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Se muestra menos entusiasta por sus aficiones o preferencias?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Muestra cualquier otra señal de que le interesa poco hacer cosas nuevas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si la respuesta es afirmativa, determine la frecuencia y gravedad de la apatía

### Frecuencia

1. Ocasionalmente (menos de una vez por semana)
2. A menudo (aproximadamente una vez por semana)
3. Frecuentemente (varias veces por semana pero no cada día)
4. Muy frecuentemente (una o más veces por día)

### Gravedad

1. Leve (parecen inofensivas y no perduran mucho)
2. Moderada (son angustiantes para el paciente)
3. Marcada (alteran mucho el orden previsto y la conducta)

**Distrés.** Graduar si esta conducta resulta emocionalmente dolorosa o penosa para el familiar o la persona cuidadora.

1. Nada
2. Leve
3. Moderada
4. Marcada
5. Extrema

## Desinhibición

(Recuerde que la valoración debe hacerla siempre la persona cuidadora)

**¿Parece actuar de forma impulsiva, sin pensar?**

**¿Hace o dice cosas que generalmente no se hacen o dicen en público?**

**¿Hace cosas que resultan embarazosas para usted u otras personas?**

**No o No aplicable:** pase a la siguiente pregunta global. **Sí,** continúe con estas preguntas.

	No	Sí	NS
1. ¿Actúa de forma impulsiva, aparentemente sin tener en cuenta las consecuencias?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Habla con desconocidos como si los conociera?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Dice cosas inconvenientes que pueden herir los sentimientos de las personas con las que habla?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Usa expresiones ordinarias (vulgares) o hace comentarios sexuales que antes no hacía?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Habla abiertamente sobre temas muy personales o privados que habitualmente no se comentan en público?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Se toma ciertas libertades, toca o abraza a los demás de una forma que no va de acuerdo con su carácter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Muestra otros signos de pérdida de control de sus impulsos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si la respuesta es afirmativa, determine la frecuencia y gravedad de la desinhibición

### Frecuencia

1. Ocasionalmente (menos de una vez por semana)
2. A menudo (aproximadamente una vez por semana)
3. Frecuentemente (varias veces por semana pero no cada día)
4. Muy frecuentemente (una o más veces por día)

### Gravedad

1. Leve (parecen inofensivas y no perduran mucho)
2. Moderada (son angustiantes para el paciente)
3. Marcada (alteran mucho el orden previsto y la conducta)

**Distrés.** Graduar si esta conducta resulta emocionalmente dolorosa o penosa para el familiar o la persona cuidadora.

1. Nada
2. Leve
3. Moderada
4. Marcada
5. Extrema

## Irritabilidad / Labilidad

(Recuerde que la valoración debe hacerla siempre la persona cuidadora)

**¿Se irrita o enfada con facilidad?**

**¿Cambia de humor muy fácilmente?**

**¿Es anormalmente impaciente o intolerante?**

Nos referimos a su reacción de frustración frente a sus fallos de memoria o su incapacidad para efectuar tareas comunes. Nos interesa saber si el paciente se muestra anormalmente irritable, impaciente o con cambios rápidos de humor en relación a su forma de ser previa.

**No o No aplicable:** pase a la siguiente pregunta global. **Sí,** continúe con estas preguntas.

	No	Sí	NS
1. ¿Tiene mal genio, con reacciones "fuera de tono" por pequeñas cosas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Cambia de humor de forma rápida, encontrándose bien en un momento y enfadado al minuto siguiente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Tiene accesos bruscos de cólera?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Es impaciente, con problemas para adaptarse a retrasos o esperas en las actividades previstas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Es maniático e irritable?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Discute con frecuencia y es difícil llevarse con él?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Muestra cualquier otro signo de irritabilidad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si la respuesta es afirmativa, determine la frecuencia y gravedad de la irritabilidad o labilidad

### Frecuencia

1. Ocasionalmente (menos de una vez por semana)
2. A menudo (aproximadamente una vez por semana)
3. Frecuentemente (varias veces por semana pero no cada día)
4. Muy frecuentemente (una o más veces por día)

### Gravedad

1. Leve (parecen inofensivas y no perduran mucho)
2. Moderada (son angustiantes para el paciente)
3. Marcada (alteran mucho el orden previsto y la conducta)

**Distrés.** Graduar si esta conducta resulta emocionalmente dolorosa o penosa para el familiar o la persona cuidadora.

1. Nada
2. Leve
3. Moderada
4. Marcada
5. Extrema



## Conducta motora aberrante

(Recuerde que la valoración debe hacerla siempre la persona cuidadora)

**¿Pasea de un lado a otro, hace cosas una y otra vez tales como abrir armarios o cajones, o repetidamente recoge cosas o enreda hilos o cordones?**

**No o No aplicable:** pase a la siguiente pregunta global. **Sí,** continúe con estas preguntas.

	No	Sí	NS
1. ¿Camina por dentro de casa sin motivo aparente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Actúa como si buscara algo, revolviéndolo todo, abriendo y vaciando cajones, armarios?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Se pone o quita ropa repetidamente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Efectúa actividades repetitivas o "hábitos" que lleva a cabo una y otra vez?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Está ocupado en actividades repetitivas tales como tocar botones, recoger cosas, enredar hilo, etc.?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Se mueve nerviosamente y en exceso, parece incapaz de estar quieto hace rebotar el pie o golpea con los dedos de forma casi continua?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Hace alguna otra actividad de forma repetida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si la respuesta es afirmativa, determine la frecuencia y gravedad de esta conducta

### Frecuencia

1. Ocasionalmente (menos de una vez por semana)
2. A menudo (aproximadamente una vez por semana)
3. Frecuentemente (varias veces por semana pero no cada día)
4. Muy frecuentemente (una o más veces por día)

### Gravedad

1. Leve (parecen inofensivas y no perduran mucho)
2. Moderada (son angustiantes para el paciente)
3. Marcada (alteran mucho el orden previsto y la conducta)

**Distrés.** Graduar si esta conducta resulta emocionalmente dolorosa o penosa para el familiar o la persona cuidadora.

1. Nada
2. Leve
3. Moderada
4. Marcada
5. Extrema

## Sueño

(Recuerde que la valoración debe hacerla siempre la persona cuidadora)

**¿Tiene dificultades para dormir?** No considerar como tal si el paciente simplemente se levanta 1 ó 2 veces por la noche para ir al baño y vuelve a quedarse dormido inmediatamente.

**¿Está levantado por la noche?**

**¿Pasea de un lado a otro por la noche, se viste o le molesta para dormir?**

**No o No aplicable:** pase a la siguiente pregunta global. **Sí,** continúe con estas preguntas.

	No	Sí	NS
1. ¿Tiene dificultades para quedarse dormido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Se levanta durante la noche? (No considerar como tal si el paciente simplemente se levanta 1 ó 2 veces por la noche para ir al baño y vuelve a quedarse dormido inmediatamente)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Pasea de un lado a otro sin propósito durante la noche o efectúa actividades inadecuadas durante la noche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Le despierta durante la noche?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Se despierta durante la noche, se viste y planea salir de casa pensando que es por la mañana y momento de empezar el día?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Se levanta demasiado pronto por la mañana? (Más temprano de lo habitual en él)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Duerme en exceso durante el día?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Tiene alguna otra conducta nocturna que le preocupe a usted y no hayamos comentado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si la respuesta es afirmativa, determine la frecuencia y gravedad de la alteración del sueño

### Frecuencia

1. Ocasionalmente (menos de una vez por semana)
2. A menudo (aproximadamente una vez por semana)
3. Frecuentemente (varias veces por semana pero no cada día)
4. Muy frecuentemente (una o más veces por día)

### Gravedad

1. Leve (parecen inofensivas y no perduran mucho)
2. Moderada (son angustiantes para el paciente)
3. Marcada (alteran mucho el orden previsto y la conducta)

**Distrés.** Graduar si esta conducta resulta emocionalmente dolorosa o penosa para el familiar o la persona cuidadora.

1. Nada
2. Leve
3. Moderada
4. Marcada
5. Extrema

## Apetito y alteraciones en la alimentación

(Recuerde que la valoración debe hacerla siempre la persona cuidadora)

**¿Ha tenido algún cambio en el apetito, peso o hábitos alimentarios?** Considerar NS si el paciente está incapacitado y tiene que ser alimentado.

**¿Ha habido algún cambio en el tipo de comida que prefiere?**

**No o No aplicable:** pase a la siguiente pregunta global. **Sí,** continúe con estas preguntas.

	No	Sí	NS
1. ¿Ha perdido el apetito?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Ha tenido un aumento de apetito?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Ha perdido peso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Ha aumentado de peso?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Ha habido cambios en su conducta alimentaria tales como ponerse demasiada comida en la boca a la vez?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿Ha habido un cambio en la clase de comida que le gusta tal como comer demasiados dulces u otros tipos específicos de comidas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ¿Ha desarrollado conductas alimentarias tales como comer exactamente el mismo tipo de comida cada día o comer la comida exactamente en el mismo orden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿Ha habido cualquier otro cambio en el apetito o comida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si la respuesta es afirmativa, determine la frecuencia y gravedad de esta conducta

### Frecuencia

1. Ocasionalmente (menos de una vez por semana)
2. A menudo (aproximadamente una vez por semana)
3. Frecuentemente (varias veces por semana pero no cada día)
4. Muy frecuentemente (una o más veces por día)

### Gravedad

1. Leve (parecen inofensivas y no perduran mucho)
2. Moderada (son angustiantes para el paciente)
3. Marcada (alteran mucho el orden previsto y la conducta)

**Distrés.** Graduar si esta conducta resulta emocionalmente dolorosa o penosa para el familiar o la persona cuidadora

1. Nada
2. Leve
3. Moderada
4. Marcada
5. Extrema

[VOLVER AL INDICE](#)



**Anexo 9. Tratamiento no farmacológico  
de los síntomas conductuales**



# Tratamiento no farmacológico de los síntomas conductuales

## 1. Problemas relacionados con los trastornos de memoria

### a) Pérdida y ocultación de objetos

Dejan cosas en cualquier lugar y después son incapaces de recordar dónde las han dejado. Muchas veces guardan o esconden objetos de valor en lugares que luego no recuerdan. Si se añade además que muchas personas con demencia son suspicaces, se crean conflictos porque según el paciente los objetos no aparecen porque alguien los ha robado, y generalmente recae la culpa en algún familiar.

#### Consejos:

- Disponer de un lugar en el que dejar sistemáticamente objetos como llaves, gafas, monedero, etc.
- Mantener el orden en la casa, ya que así es más fácil situar las cosas.
- Hacer que resalten los objetos pequeños que se pueden perder. Por ejemplo, colocar llaveros grandes y vistosos que destaquen mucho.
- Evitar que el paciente lleve encima grandes cantidades de dinero y objetos de valor, como joyas (éstas se pueden sustituir por bisutería por si se pierden).
- Disponer de copias de seguridad de llaves y de todo tipo de recambios de cosas que se puedan perder.
- Intentar descubrir si el paciente tiene un lugar favorito para esconder las cosas.
- Cerrar con llave determinados armarios o habitaciones para limitar el campo de acción del paciente.
- Evitar que el paciente tenga fácil acceso a joyas, documentos y objetos de valor, a fin de que no los pierda, los esconda o incluso los rompa.
- Es mejor aceptar que algo se ha perdido y buscarlo con el paciente que entablar una discusión.
- No dejar grandes cantidades de dinero en casa.
- No vaciar nunca una papelera sin comprobar su contenido.

### b) Repetición de preguntas

En el fondo de este comportamiento están las preocupaciones, la ansiedad, la inseguridad y lógicamente, la amnesia. El paciente no es consciente de haber hecho la pregunta varias veces ni recuerda la respuesta que ha recibido.

#### Consejos:

- Es mejor tranquilizar al paciente que intentar razonar o contestar a la misma pregunta varias veces.
- No ignorar al paciente.
- Escribir las respuestas.
- Responder en términos de actividad o en relación a hechos bien conocidos por él. Por ejemplo, “¿Qué hora es? Hora de comer”.

## 2. Apatía e indiferencia

A menudo las personas con demencia muestran un cambio de personalidad que se caracteriza por la indiferencia, la apatía y la distancia.

La apatía se define como “pérdida de motivación” (Marín, 1990). La pérdida de motivación implica una disminución de los aspectos conductuales, emocionales y cognitivos de las acciones dirigidas a un objetivo (Silva y Marín, 1990). En el N.P.I. (Cummings y cols, 1994) la subescala utilizada para investigar la apatía incluye preguntas relacionadas con pérdida

de interés, ausencia de motivación, disminución de la espontaneidad, disminución de la afectividad, disminución del entusiasmo, pérdida de las emociones y desinterés para realizar nuevas actividades.

**Estrategias recomendadas:**

- Estimular al paciente, pero evitando ponerlo ansioso.
- Aceptar pequeñas tareas es la puerta de entrada a tareas más largas.
- Es más fácil comenzar por tareas que requieran menor implicación activa e ir graduando la necesidad de dicha implicación (empezar por actividades más contemplativas y pasar luego a la acción). El hecho de que observe lo que otros hacen puede ser un comienzo.
- Es mejor comenzar por actividades que le resulten agradables (según sus gustos y aficiones).
- Hay que intentar que el paciente haga actividades en las que se sienta útil.
- Si abandona una tarea al poco tiempo, es mejor no increparle sino felicitarle por lo que ha hecho.

**3. Trastornos afectivos: depresión, manía y labilidad emocional**

Los síntomas de la depresión incluyen un estado de ánimo muy bajo, introvertismo, incapacidad para disfrutar de las comidas, de las actividades o de diferentes placeres; llanto; expresión de pensamientos negativos, tales como el deseo de morir o de sentimientos de desesperanza e impotencia; irritabilidad desmesurada, etc. A veces es difícil saber cómo se siente en realidad la persona. Puede sufrir grandes fluctuaciones y con toda seguridad, tendrá problemas para expresar con claridad y coherencia sus sentimientos.

La labilidad emocional se refiere a que los pacientes con demencia son propensos a presentar cambios bruscos y fluctuaciones en sus sentimientos y expresiones emocionales. Sus emociones pueden oscilar entre sentimientos depresivos y estados de alegría o euforia.

Los síntomas de manía son menos frecuentes: excitabilidad, euforia o aumento del estado de ánimo, taquipsiquia y verborrea.

**Estrategias recomendadas:**

- Es importante que la persona con demencia lleve a término actividades que le den un sentimiento de utilidad y seguridad. No hay que proponerle tareas complejas en las que fracase y se desanime más.
- Incrementar y fomentar las actividades que la persona con demencia puede disfrutar.
- Planificar las actividades placenteras de modo que se desarrollen en compañía de una persona que agrade al paciente; sobre todo si el paciente se queja de sentirse solo o abandonado.
- Mostrarse comprensivo con el sentimiento de tristeza del enfermo; mantener una actitud de escucha.
- No insistir constantemente en que el paciente “se anime” y que intente salir de la depresión. Esta insistencia puede aumentarla y el paciente puede sentirse además incomprendido.
- Animar al paciente a que hable de cosas agradables, tanto del pasado como del presente, ayudarle a recordar los buenos momentos le puede animar. Para esto, sin embargo, hace falta tacto y sensibilidad, ya que también puede sentirse más deprimido al contar el pasado.
- Si el paciente se queja frecuentemente de problemas de salud es importante tomar en serio sus palabras para no pasar por alto problemas reales.
- Facilitar un entorno animado y luminoso.
- Informar al médico y consultar las dudas.



#### 4. Irritabilidad, reacciones catastróficas y enfados

Además otros factores (ambientales, médicos, etc.) pueden favorecer o desencadenar las conductas agresivas.

Las reacciones catastróficas son respuestas emocionales o físicas excesivas o bruscas, desproporcionadas en relación con la causa que las provoca.

##### **Estrategias recomendadas**

- Apartar al paciente de lo que le haya provocado la reacción anómala.
- No solicitar al paciente tareas que estén fuera del alcance de sus capacidades mentales. No llevar las situaciones al límite.
- Intentar descubrir las causas de los enfados para evitarlos en el futuro.
- Reaccionar con calma, sin alterarse, para evitar discusiones inútiles. Pensar que la hostilidad es el resultado de lesiones cerebrales, y que realmente no va dirigida intencionalmente.
- Proporcionar apoyo emocional y tranquilidad (tono de voz adecuado, cuidado con el contacto físico, etc.).
- Ante un enfado, distraerle y sugerirle cosas que le sean agradables.
- No avergonzarse si estas situaciones se producen en público.

#### 5. Agitación, violencia y agresión

La agitación es un estado importante de ansiedad, de tensión, que se manifiesta a través de una gran actividad de movimientos y conductas molestas.

Cuando una persona está agitada se manifiesta ansiosa, hiperactiva, colérica, con frecuencia grita y discute. Se puede observar inquietud, caminar constantemente, quejas y constantes peticiones de información, frases reiterativas, conductas agresivas, chillidos, etc.

El primer paso para reducir la agitación es consultar con el médico para comprobar que no esté provocada por alguna causa médica o por algún elemento específico del medio.

##### **Estrategias recomendadas**

- La prevención es la mejor estrategia. El cuidador puede aprender cuáles son algunas de las causas o síntomas previos de la agresividad y tratar de evitarlos en el futuro.
- Tratar de mantener al paciente alejado de situaciones e individuos que le resulten provocadores.
- Es preciso abordar a una persona agitada despacio y con calma, por delante. Los cuidadores deben avisar a esa persona de lo que van a hacer y procurar no darle sobresaltos.
- Usar el contacto físico con criterio, a veces el contacto físico o incluso un abrazo pueden dar consuelo a una persona agitada, pero también puede ser una provocación.
- Emplear posturas no amenazantes al tratar a un paciente agitado. Los cuidadores deben situarse al mismo nivel de ojos que el paciente.
- Distraer a la persona mediante preguntas acerca del problema y centrar gradualmente su atención en algo que no tenga relación y que resulte placentero: cambiar de actividades, ir a otra sala, dejar la situación en suspenso.
- Establecer un entorno tranquilo.
- Evitar las discusiones y no tratar de razonar mientras el paciente esté agitado.
- Evitar la restricción física siempre que sea posible. Las restricciones pueden incrementar que un paciente se sienta amenazado y que aumente su agitación.
- Consultar con el médico.

## 6. Alteraciones de la actividad psicomotora

Los trastornos de la actividad motora presentan dos características fundamentales: su cualidad de anormales y la actividad motora aumentada. Pueden darse distintos patrones: vagabundeo, actos repetitivos, seguimiento persistente del cuidador, manipulación de objetos sin finalidad, etc.

### a) Vagabundeo

Bastantes personas con demencia realizan una conducta de andar continuamente sin rumbo ni objetivo.

#### Consejos:

- Es importante que el paciente lleve siempre en su cartera o monedero una tarjeta con su nombre, su dirección y su número de teléfono.
- Evitar al máximo los cambios de domicilio y las reformas del mismo.
- Evitar viajes o visitas largas innecesarias.
- Rodear al paciente con los objetos que le sean familiares.
- Modificar el entorno para dar la máxima seguridad al paciente. Controlar las ventanas. Instalar cerraduras de seguridad.
- Informar a vecinos y a comerciantes por si ven al paciente solo por la calle.
- Orientar al paciente diciéndole dónde se encuentra, si falta poco para comer o cenar, etc. Colocar letreros para orientar al paciente en casa.
- Observar si esta conducta aparece siempre a la misma hora o ante una misma situación. Se puede evitar el vagabundeo ofreciéndole una actividad determinada antes de la hora en que suele comenzar a caminar.
- Aprovechar para salir a pasear cuando aparezca la conducta de deambulación.

### b) Seguimiento persistente del cuidador

En estos casos el paciente sigue al cuidador a todas partes.

#### Consejos:

- Buscar tareas para ocupar al paciente: recortar, limpiar la casa, escuchar música. Pueden encargársele tareas repetitivas sencillas (apilar periódicos, quitar el polvo, doblar ropa, etc.). Se trata de que el paciente esté ocupado mientras el familiar o cuidador tenga que hacer sus propias cosas.
- Comprobar si esta conducta aparece en momentos determinados del día (al anochecer, por ejemplo).
- Se pueden instalar cierres de seguridad para mantener la breve intimidad necesaria en el lavabo. Si se toma esta opción habrá que cuidarse de que el paciente no se quede encerrado colocando una cerradura que se pueda abrir desde fuera.
- Pedir ayuda para poder tener un “respiro” y relajarse. Intentar dormir, salir de compras, ir al cine, etc.

### c) Actos repetitivos

El paciente realiza una acción una y otra vez de manera incansable. Los actos repetitivos pueden ser muy variados, pero con frecuencia tienen que ver con actos normales u objetos de la vida diaria. Los enfermos pueden manipular, cantar, doblar la ropa u “ordenar” el contenido de cajones y armarios incesantemente.

#### Consejos:

- Si la conducta no es especialmente molesta o nociva para el paciente, se puede dejar que la realice durante un tiempo prudencial.
- La distracción es la mejor intervención para interrumpir las conductas repetitivas. Trate de ofrecerle algo para mirar, oír o hacer.

- En el caso de gritos repetitivos, es necesario ver si existe alguna causa física que los provoque. Consulte al médico.
- No contrariar al paciente tratándolo como un niño por sus actos.

#### **d) Trastornos del sueño y del ritmo diurno**

Las alteraciones del sueño pueden adquirir distintas formas. Se deberá detallar el problema concreto de cada persona.

##### **Estrategias recomendadas:**

- Tratar de realizar un largo paseo e incrementar la actividad física durante el día.
- Evitar las siestas durante el día.
- Evitar exceso de líquidos antes de ir a la cama.
- Es recomendable hacer una rutina a la hora de acostarse. Hay que tener en cuenta que la mayoría de los enfermos no duermen más de 7 u 8 horas, por lo que no se consigue nada acostándole muy temprano.
- Llevarle al lavabo antes de acostarse.
- Si el paciente duerme durante el día y no se puede regular su ciclo, es aconsejable que el familiar aproveche la ocasión para descansar también.
- Si el paciente se despierta durante la noche, no discutir y tranquilizarle.
- Poner luces piloto en la habitación y en los pasillos. Si el enfermo necesita ir al baño por la noche conviene asegurarse de que el camino hasta allí está iluminado.
- No dejar a mano la ropa del sujeto para evitar que se vista en mitad de la noche.
- Cerrar las puertas de los lugares a los que no deba ir. Cerrar balcones y ventanas.

### **7. Ansiedad**

El primer paso para minimizar la ansiedad consiste en determinar las causas que la provocan. En muchos casos si el ambiente familiar es tenso, el enfermo se da cuenta de la situación e incrementa sus respuestas de ansiedad.

##### **Estrategias recomendadas**

- Hay que intentar reducir la estimulación excesiva, los ruidos y los cambios, de lo que se trata es de eliminar todo lo que pueda confundir o provocar estrés.
- Evitar las situaciones tensas y las discusiones.
- Hay que tener en cuenta que, incluso en fases avanzadas de la enfermedad, tienen capacidad para percibir el estado de las personas que les rodean, si la situación es tensa o el cuidador está tenso, también lo van a percibir.
- Puede resultar bueno dar al enfermo alguna actividad con la que descargar su energía, también salir a la calle, o cambiar lo que se está haciendo para mejorar la situación.
- Responder con afecto y evitar razonar para que comprenda que sus sentimientos de ansiedad son infundados. Dar seguridad, comodidad y simplificar el medio en el que vive el paciente.
- Favorecer su orientación para reducir el estrés (reorientarle verbalmente, utilizar carteles indicativos, relojes, etc.).
- Suprimir excitantes (café, té, etc.).
- Y, como siempre, consultar con el médico por si se necesita usar medicación.

### **8. Síntomas psicóticos**

Los delirios pueden tomar numerosas formas desde sensaciones de perjuicio personal, de que les han robado cosas personales, de infidelidad, de que la casa en la que vive el paciente no es la suya, etc. Entre los delirios más frecuentes destacan los de haber sufrido un robo, de abandono, estar en una casa distinta o que el cónyuge es otra persona.

Una persona con alucinaciones puede ver, oír, oler o tener sensaciones táctiles de cosas que no existen en la realidad. Según la naturaleza de la alucinación provocará diferentes respuestas y sentimientos.

#### **Estrategias recomendadas:**

- Si estas alteraciones comienzan bruscamente un día conviene descartar que exista un estado confusional ocasionado por alguna enfermedad tratable.
- Hacer revisiones de su vista y su capacidad auditiva, ya que los problemas sensoriales pueden ser los que alteren la percepción.
- No alarmarse ante las alucinaciones o los delirios, reaccionar con calma y aplomo y no poner nervioso al enfermo.
- Conviene que el delirio o la alucinación no se conviertan en una fuente de problemas y discusiones. No se aconseja rebatir constantemente al paciente, ya que esta actitud provocará conflictos innecesarios.
- Es importante que el cuidador no haga como que no ve o escucha lo que el enfermo está viviendo. Es mejor no contestar o dar respuestas neutras sin comprometerse.
- Si el paciente está asustado por el delirio o la alucinación hay que intentar darle tranquilidad (decirle que todo está bajo control).
- El contacto físico, siempre que lo admitan, puede tener un papel tranquilizador.
- La mejor actitud, si se puede, es distraer al paciente para que centre su atención en temas reales ofreciéndole algo para comer, llevándolo a otra habitación, etc.
- Es importante que se eviten malas interpretaciones de las conversaciones que ocurren alrededor del paciente. No debe hablarse del paciente en su presencia como si no estuviera por muy ausente que parezca.
- En ocasiones el contenido de la alucinación no afecta al enfermo. No asustarnos y tomarlo como un síntoma de la enfermedad.
- Consultar con el médico para ver la necesidad de tratamiento farmacológico.

### **9. Pérdida de inhibiciones**

A veces las personas con demencia exhiben un comportamiento que les hubiera avergonzado antes de que la enfermedad hiciera su aparición. El enfermo puede desvestirse delante de otras personas, tocarse los genitales, utilizar palabras malsonantes que antes nunca utilizaba, tener conductas sexuales inapropiadas, etc.

#### **Estrategias de intervención**

- No reaccionar bruscamente ante estos comportamientos. Hay que conducir con delicadeza a la persona a un lugar tranquilo e intentar distraerlo.
- A veces este comportamiento tiene su explicación; el hecho de tocarse los genitales puede indicar que el enfermo tiene ganas de ir al cuarto de baño; el hecho de que se desvista puede indicar que la ropa le resulta incómoda (muy prieta, por ejemplo) o que tiene calor.
- Pueden evitarse estas conductas ocupando al enfermo en otras actividades, intentar convencerle para que juguete con otras cosas (por ejemplo con cuentas).
- Hacer que el paciente use prendas que eviten ciertas conductas: pantalones sin bragueta o blusas que se pongan por la cabeza o que tengan cremallera en la espalda (esto va en contra de la autonomía, por lo que habrá que priorizar en cada caso).
- No dudar en comentar los trastornos con el médico.

**Anexo 10. Recomendaciones para la adaptación  
del entorno de una persona con  
demencia**



## Recomendaciones para la adaptación del entorno de una persona con demencia

El desempeño ocupacional de cualquier persona va a estar condicionado por una parte por las capacidades del sujeto y por otra por las exigencias del medio. Dado que las capacidades de una persona con demencia van a ser deficitarias en muchos aspectos, resulta fundamental adaptar el entorno para facilitar que la persona se desenvuelva de la manera más autónoma posible. En general, hay que tratar de lograr que el entorno sea sencillo, estable y seguro.

Un entorno adecuado puede ayudar a:

- Minimizar los factores de riesgo.
- Evitar o minimizar los trastornos de conducta.
- Evitar o disminuir la desorientación y la confusión.
- Compensar las limitaciones físicas e intelectuales.
- Potenciar la autonomía y la participación en actividades.
- Facilitar la labor del cuidador.

Antes de emprender cualquier tipo de adaptación del entorno es conveniente hacer una evaluación de las necesidades, ya que las adaptaciones tendrán que ser adecuadas a la evolución de la enfermedad. En esta evaluación también habrá que tener en cuenta factores socioeconómicos y ser realistas en las propuestas de cambio.

Cualquier adaptación ha de hacerse de forma progresiva, ya que a la persona con demencia le cuesta adaptarse a los cambios y éstos hacen que aumente su desorientación y los trastornos de conducta.

### Medidas de seguridad

- Evitar suelos resbaladizos o con desniveles.
- Cerrar la puerta de la calle por la noche y no dejar las llaves puestas. Poner cierres de seguridad en puertas exteriores, balcones y ventanas.
- Que el sujeto lleve encima alguna identificación por si se pierde, por ejemplo una medalla grabada.
- Adecuada iluminación, uniforme y que no produzca sombras.
- Quitar cerrojos interiores o instalar de los que se pueden abrir desde afuera en caso de emergencia.
- Quitar muebles innecesarios.
- Fijar alfombras o quitarlas.
- Productos tóxicos lejos de su alcance.
- Cuidado con la basura y con los objetos pequeños, ya que puede que se los meta en la boca confundiéndolos con comida.
- Cuidado con los electrodomésticos e instalación eléctrica; procurar que tengan mecanismos de seguridad.

### Organización del espacio

- Organizar espacios definidos e identificables, hacer siempre las actividades en los mismos lugares.
- Ambiente tranquilo: eliminar ruidos, temperatura constante, no demasiados estímulos (apagar la tele si no la estamos viendo).
- Utilizar carteles indicativos de los distintos lugares, bien con letreros o con dibujos y colores diferenciados.

- Colocar relojes claros, calendarios o carteles con información que le ayuden a orientarse.

## El baño

- Cartel en la puerta o puerta abierta para que sea capaz de encontrarlo.
- Una luz encendida por la noche.
- Puerta que se abra hacia fuera o corredera para ganar espacio en caso de que haya movilidad reducida o requiera la ayuda del cuidador.
- Inodoro a altura adecuada, existen elevadores en el mercado fáciles de colocar.
- Barras de apoyo abatibles o fijas al lado del inodoro.
- Suelo antideslizante.
- Barras y asiento en la ducha o bañera.
- Griferías monomando. Termostato.
- Mínimos útiles necesarios, siempre en el mismo sitio.
- Ayudas técnicas: tablas de transferencia, alargadores, grúas, etc.

## La cocina

- Mejor cocina eléctrica. Si no, utilizar detectores de fugas y vigilar la instalación.
- Altura de los muebles accesible.
- Armarios organizados, lo que más se utiliza más a mano.
- Utilizar vajilla de plástico para comer.
- Mantel sin dibujos, de distinto color que el plato y los cubiertos.
- En la mesa dejar sólo lo necesario.
- No dejar al alcance objetos cortantes si no es capaz de reconocerlos o de utilizarlos.
- Cerrar armarios o frigorífico si existen restricciones dietéticas que controlan o trastornos de la conducta alimentaria.

## El dormitorio

- Cama accesible por ambos lados.
- Luz permanente de baja intensidad.
- Fijar la alfombra o quitarla.
- Fijar la lámpara de la mesilla.
- Armario sólo con la ropa de temporada que utiliza, mantenerlo bien organizado.
- Quitar objetos innecesarios pero mantener algunos elementos familiares (fotografías, cuadro, crucifijo, etc.).
- Quitar espejos si le causan confusión.

## Nuevas tecnologías

Las nuevas tecnologías aplicadas a la vivienda han desarrollado sistemas que pueden compensar, en alguna medida, las deficiencias que afectan a los mayores en general, y a los enfermos con demencia en particular.

Las **telecomunicaciones aplicadas a la seguridad** del hogar resultan útiles especialmente en el caso de personas que viven solas: servicios de telealarma, alarmas domésticas contra intrusión, incendios, escapes, etc.

Las **ayudas técnicas** existentes en el mercado facilitan a menudo la labor de los cuidadores: sensores de sonido para que el cuidador pueda descansar a la vez que controla al enfermo, elevadores, grúas o sillas para facilitar la movilidad del enfermo, colchones especiales para la incontinencia, etc.



**Anexo 11. Actividades que la persona cuidadora  
puede proporcionar a la persona con  
demencia en el medio familiar**



## Actividades que la persona cuidadora puede proporcionar a la persona con demencia en el medio familiar

La persona que padece una demencia va abandonando progresivamente las actividades que antes realizaba debido a las limitaciones tanto físicas como cognitivas que van a ir apareciendo a lo largo de la enfermedad. Es necesario evitar en lo posible este abandono de actividades, adaptando las mismas al nivel funcional del sujeto. Hay que fomentar la máxima autonomía en actividades de autocuidado, de ocio y en actividades productivas en las que el sujeto se sienta útil. Esto contribuirá a mejorar su autoestima y su calidad de vida.

Por otra parte, al participar en ciertas actividades, se pueden estimular las diferentes funciones físicas y mentales contribuyendo a mantenerlas durante más tiempo. Así por ejemplo, participando en la cocina en la preparación de un plato podemos trabajar la memoria, la atención, la programación, etc., a la vez que se realiza una tarea manual y, lo que no es menos importante, la persona se siente bien, útil y continúa realizando una actividad importante dentro de su rol de atención a la casa.

### Criterios de selección de actividades

No se trata de “hacer por hacer”. Al hacerles participar en actividades pretendemos ocupar su tiempo de una forma significativa para ellos, gratificante y/o estimuladora de las capacidades conservadas.

Los familiares son los que mejor conocen las costumbres, los gustos e intereses del enfermo. Es recomendable programar actividades del estilo de las que solía hacer antes, como ir de compras, pasear, ir a la peluquería, ir a la huerta, etc., porque estas actividades ya eran conocidas por ellos y es más fácil que aprender cosas nuevas. Hay actividades que antes hacían y que ya no podrán hacer aunque seguro que les gustará hacer cosas que estén relacionadas con ellas. Por ejemplo, a alguien que jugaba a pelota y ya no puede hacerlo, probablemente le gustará mirar cómo lo hacen otros, por lo que se le puede llevar al frontón.

La rutina debe ser la base de sus actividades: deben hacer siempre las mismas cosas, de la misma manera y en el mismo lugar. Puesto que no podrán aprender cosas nuevas, es necesario mantener al máximo los hábitos y los automatismos que han adquirido a lo largo de su vida. Esto les ayudará a reducir los períodos de ansiedad.

Conviene tener estructuradas las actividades que llevaremos a cabo durante el día o la semana. Por la mañana, cuando se levanten les diremos qué día y qué hora es, qué tiempo hace y qué haremos. Les reorientaremos siempre que sea necesario. Puede ser útil escribir en una pizarra o en un papel grande qué haremos durante la mañana: hacer las camas, barrer, lavar ropa, etc., Haremos lo mismo después de comer para indicarles qué haremos por la tarde. Es aconsejable que las actividades de la tarde sean más tranquilas y menos numerosas. Es conveniente tener un calendario y un reloj visible para que se reorienten, al menos mientras entiendan estos instrumentos.

Hay que ofrecerles actividades que sean capaces de hacer, adaptando la tarea al nivel de funcionamiento y ofreciendo la ayuda y supervisión necesaria. No conviene sobrecargarlos. Para conocer las capacidades de la persona (cambiantes por las características evolutivas de la enfermedad) nos servirá sobretodo la observación. También podemos contar con el asesoramiento de profesionales. Existen muchas maneras de adaptar la actividad al nivel funcional del sujeto:

- Adaptando el medio para hacerlo más sencillo, estable y seguro (p.ej. eliminar objetos innecesarios, tener cuidado con los elementos peligrosos, etc.).
- Adaptando la tarea, la forma de hacer las cosas para que les sea más fácil (p.ej. forma de vestirse o de comer).

- Ofreciendo supervisión y/o ayuda. Aunque no sean capaces de hacerlo solos, que participen haciendo lo que puedan.

Otro factor que condicionará las actividades a realizar con el enfermo será los recursos con los que contemos, tanto humanos como materiales: características de la vivienda, ubicación de la misma, personas que colaboran con el cuidado, características del barrio, etc. Aparte de las características de la persona con demencia, habrá que tener en cuenta todo esto a la hora de organizar actividades.

## Realización de actividades

La manera de ofrecerles una actividad es crucial para que la acepten. A veces puede ser útil enfocarlo como un trabajo, pedirles que nos ayuden. Hay que explicarles lo que se va a hacer y hacerles propuestas, no imposiciones.

Hay que elegir el momento adecuado para realizar una actividad. No debemos obligarles a hacer algo en concreto si no quieren, sino distraerlos, cambiar de actividad o hacerla más corta y sencilla, o incluso dejarla para otro día.

Las actividades hay que hacerlas sin prisas, dando tiempo a la persona. No conviene que las actividades sean muy largas, porque la persona se cansa y disminuye su atención. No hay que agobiarles con actividades.

Al hacer una actividad compleja es conveniente dividir la tarea en pasos y dar órdenes sencillas de lo que tiene que hacer. A veces conviene que lo haga antes la persona cuidadora para que lo imite.

Al realizar cualquier actividad tenemos que evitar riesgos, ofreciendo siempre la ayuda y/o supervisión necesaria. Hay que buscar el equilibrio entre seguridad y autonomía.

## Algunas actividades que podemos realizar con las personas con demencia en el medio familiar

### Cuidado personal

El cuidado personal es fundamental para el mantenimiento de la independencia y de la dignidad de la persona. Debemos estimular sin cesar las actividades de cuidado personal hasta el momento en que necesariamente deba intervenir el cuidador. El paciente debe realizar cuantas actividades de esta clase sea posible. Hay que adaptar y simplificar las actividades de higiene personal, vestido, ir al retrete, alimentación, etc.

### Cuidado de la casa

La realización de las tareas de la casa permite al paciente sentirse útil e integrado en la familia. Por otra parte, ciertas actividades permiten estimular y mantener las capacidades motoras y sensoriales. Las posibilidades de realización de las tareas de la casa dependerán del grado de deterioro del paciente, quien deberá ser progresivamente estimulado y supervisado. Hay tareas sencillas que requerirán menos supervisión (p.ej. doblar la ropa o limpiar el polvo) y otras que son más complejas y requieren una estrecha supervisión, dado el peligro que conllevan (p.ej. en la cocina). A veces aunque no sea capaz de hacer una tarea completa se le puede asignar pequeños actos para que colaboren con nosotros en la realización de la tarea (p.ej. que metan la ropa blanca en la lavadora y nosotros la programamos). Algunas de las tareas que pueden realizar son:

- Lavar y aclarar los platos.
- Ordenar la casa, limpiar el polvo.
- Barrer, fregar el suelo.
- Poner y quitar la mesa (le podemos ayudar colocando nosotros los platos para que sea capaz de organizar la disposición del resto de objetos).

- Limpiar cristales.
- Limpiar objetos de plata.
- Cepillar zapatos.
- Lavar a mano, tender la ropa.
- Doblar la ropa, colgarla en perchas.
- Ordenar la ropa.
- Hacer las camas o ayudar a hacerlas.
- Sacar basuras.
- Limpiar el coche

### **Actividades en la cocina**

En torno a la cocina se pueden realizar muchas actividades en las que el paciente puede disfrutar, sentirse útil y estimular los sentidos, las destrezas manuales, las capacidades cognitivas y potenciar su creatividad y participación.

Conviene retirar aquellos objetos o alimentos que puedan distraer al paciente. Debemos tener presentes las limitaciones en las dietas y controlar de cerca cualquier elemento peligroso: fogones, horno, instrumentos cortantes, etc.

Algunas de las actividades que podemos llevar a cabo son:

- Consultar libros de cocina, efectuar búsquedas de platos concretos (legumbres, entrantes fríos, postres, etc.).
- Realizar reminiscencias de platos antiguos o festivos. Que el paciente escoja (no dar muchas opciones).
- Seleccionar una receta, comprar los ingredientes, medirlos y prepararlos para cocinar.
- Cocinar (bajo una estricta supervisión): preparar ensaladas, postres, etc. Que colaboren en platos de elaboración más compleja (batiendo huevos, pelando patatas, etc.).
- Aprovechar el momento de cocinar para denominar, efectuar reminiscencias, probar, oler, ejercitar habilidades manuales (cortar, rallar, etc.).
- Servir y comer lo que se ha cocinado.

### **Compras**

Poder hacer las compras supone un alto grado de independencia que lógicamente debemos alentar. Si el paciente tiene limitaciones o no puede ir solo a comprar es necesario que participe como acompañante. Algunas de las tareas que se pueden realizar son:

- Elaborar una lista de lo que hay que comprar.
- Calcular el dinero que puede costar.
- Trabajar la orientación espacial: ir a comprar a la tienda habitual, ver si reconoce el sitio, las calles, recordarle el nombre de las mismas, que sea él el que nos guíe, etc.
- Nombrar los objetos de escaparates o de estanterías, de forma natural en el contexto de la compra.
- Estimular la iniciativa pidiéndole que escoja entre distintos objetos de la tienda o del escaparate.
- Trabajar su capacidad de discriminación pidiéndole que escoja el objeto más grande, más barato, de determinado color, etc.
- Dejar que sea el paciente el que pague o el que coja las cosas en el supermercado.

### **Actividad física y deporte**

Mantener una buena condición física es fundamental en todo proceso de demencia para favorecer la máxima autonomía del paciente, evitar complicaciones y retrasar la llegada de

la fase de inmovilidad y sus efectos nocivos. Las posibilidades de hacer tareas de esta clase dependerán de la fase evolutiva de la enfermedad. En los casos leves pueden practicarse deportes y en casos avanzados, una vez que el paciente ya no puede caminar, deberemos realizar ejercicios físicos en sedestación e incluso, al final, hacer movilizaciones pasivas. A continuación se proponen algunas tareas:

- Ejercicios de movilización articular y estiramientos. Conviene hacer tablas de gimnasia de forma regular en las que el paciente movilice las distintas partes del cuerpo. Los movimientos deben ser suaves, con períodos de descanso. Si nosotros lo hacemos a la vez podrá hacer los movimientos por imitación y será más fácil estimularle.
- Juegos con globos, balones, cuerdas, etc.
- Paseo diario durante un rato. Se puede aprovechar para ir de compras o hacer alguna visita. Subir y bajar escaleras.
- Actividades diarias que requieran esfuerzo a nivel motor (ej: atarse los zapatos, recoger objetos del suelo, limpiar la casa, etc.).
- Excursiones que incluyan paseos.
- Deportes: natación, bicicleta, petanca, etc.

### **Manualidades y arte**

Las actividades manuales estimulan la autoestima gracias a los resultados que se obtienen y tienen un gran potencial para estimular capacidades cognitivas y físicas. El abanico de posibilidades es amplio y la posible elección dependerá en gran medida de las capacidades, intereses y experiencias previas del paciente. Algunas actividades podrían ser:

- Dibujo (procurar que el material no resulte infantil).
- Pintura.
- Modelado de arcilla, plastilina, etc.
- Marquetería.
- Cestería.
- Coser, bordar, punto, ganchillo, petit-point, etc.
- Collages sobre determinados temas.
- Decoración de jarrones y potes.
- Decoración para festividades concretas: cumpleaños, disfraces para carnaval, Navidad, etc.
- Visitar museos, exposiciones.

### **Juegos de mesa**

Los juegos permiten establecer contacto social, desarrollan funciones cognitivas y motoras y permiten ocupar el tiempo de forma satisfactoria.

Pueden encontrarse numerosos recursos lúdicos en jugueterías y en tiendas especializadas en material didáctico. Por regla general, pueden seguirse las reglas tradicionales de los juegos, pero debemos adaptarlas o simplificarlas de acuerdo con las capacidades del paciente, incluso nos podemos inventar juegos y reglas nuevas.

Algunos de los juegos más conocidos son: dominó, parchís, oca, damas, tres en raya, rompecabezas, bingo, cuadernos de pasatiempos (crucigramas, sopa de letras, búsqueda de diferencias, etc.). También se pueden proponer en forma de juego ejercicios de estimulación cognitiva: recordar refranes, decir nombres de animales por ejemplo, adivinanzas, etc.

### **Hobbies (aficiones)**

El mantenimiento de las aficiones de las personas afectadas de demencia es muy importante, pues ayuda a mantener la identidad personal, la autoestima y la satisfacción del paciente. Que continúen con la actividad mientras sea posible y si no, hacer otras activida-

des que guarden relación con el tema que les interesa. Hay multitud de hobbies y aficiones: coleccionismo, televisión, vídeo, lectura, costura, caza, pesca, tocar un instrumento, coger setas, etc.

### **Jardinería y horticultura**

Las tareas de jardinería son significativas y relativamente sencillas a la par que entretenidas. La actividad en sí misma y sus resultados (flores, bulbos, etc.) son un motivo de orgullo, satisfacción y autoestima para el paciente.

De acuerdo con las posibilidades de la vivienda (según se viva en un piso o en una casa, se disponga de patios, balcones, etc.) se pueden desarrollar actividades relacionadas con la jardinería.

Debemos evitar las plantas con pinchos o las que puedan ser peligrosas en caso de ingesta.

Algunas tareas que se podrían realizar son:

- Encargar al paciente el cuidado de una o diversas plantas (regar, podar, abonar, trasplantar, etc.).
- Sembrar (elegir plantas que crezcan en un plazo corto y relativamente fáciles de cuidar).
- Comprar o coger flores, hacer ramos, ponerlos en jarrones, etc.
- Secar flores.
- Trabajar el nombre, forma, color, olor de las plantas, reminiscencias, etc.

### **Animales/animales domésticos**

Los animales domésticos pueden contribuir a mantener un grado saludable de actividad y proporcionar satisfacción al paciente. Algunas posibilidades son:

- Responsabilizar al paciente de algunas tareas relacionadas con el animal (ej. darle la comida, pasearlo, etc.).
- Visitar el zoo o exposiciones de animales.
- Ver y comentar libros de animales, evocar reminiscencias sobre animales.

### **Reminiscencias/conversación**

Muchas veces es difícil entablar conversaciones con el enfermo, por su apatía o por los déficits cognitivos y las dificultades para expresarse. Encontrar temas de su interés puede ayudar.

Los álbumes de fotos pueden ser muy útiles para evocar recuerdos y entablar conversación. Además ayudan a orientar al sujeto y éste hace que se sienta bien, recordando cosas agradables. Otros estímulos también pueden ayudar a la persona a recordar aspectos de su historia personal: ropas, libros de escolaridad, antiguas cartillas escolares o de racionamiento, billetes, folletos, colecciones de cromos, recortes de revistas o periódicos, herramientas, ropas antiguas, películas, etc. El domicilio es un contexto ideal para este tipo de reminiscencias. También lo son los museos etnográficos, exposiciones, visitas a sitios familiares. La música también es un recurso muy bueno para evocar recuerdos.

La prensa también ofrece muchas posibilidades para hablar con el paciente y orientarle en la realidad leyendo o comentando las noticias relevantes.

### **Desarrollo de necesidades espirituales y de contacto social**

Hay que respetar esta faceta de la persona y facilitarle su posible participación y expresión. Se incluyen aquí distintas actividades:

- Preparación para ir a la iglesia, acudir a misas.
- Repetición de oraciones.

- Evocación de experiencias religiosas.
- Celebrar las fiestas tradicionales y facilitar que el paciente las viva adecuadamente.
- Trabajar con él la preparación de estas festividades durante los días previos a las mismas, comprar los objetos correspondientes a cada festividad, participar de las actividades de la comunidad.
- Utilizar el santoral para orientarles en el tiempo.
- Recepción de visitas: preparar la recepción de las visitas (comprar pastas, preparar la mesa, hacer café, etc.).
- Ir de visita.
- Contacto con los niños.

### **Música, bailes**

La música es un elemento que permite estimular los sentidos, facilita el contacto social y estimula el ejercicio físico. La música se puede usar de muchas maneras:

- Utilizar la música ambiental para crear situaciones agradables y favorecer la relajación.
- Efectuar reminiscencias de canciones antiguas o infantiles, evocar las letras, reconocer y comentar el nombre de autores, cantantes, canciones, etc.
- Bailar al son de la música, seguir ritmos, etc.
- Alentar a cantar.
- Utilizar músicas concretas a fin de reconocer fiestas tradicionales (música de Navidad, himnos, música religiosa, etc.).
- Reconocer instrumentos musicales, reproducir ritmos con instrumentos sencillos o con palmadas, etc.

### **Actividades en el exterior**

Las actividades en el exterior permiten salir de casa, entretienen e implican un mínimo de actividad física. Es importante que, en la medida de sus posibilidades, el paciente participe en las actividades de la comunidad, ello contribuye a mantenerle integrado en la sociedad y a orientarle en el entorno inmediato. Son muchas las actividades que se pueden hacer fuera del domicilio:

- Pasear.
- Ir al parque, a la playa.
- Hacer pequeños viajes a sitios conocidos.
- Participar en las fiestas del barrio.
- Asistir a espectáculos, etc.



## **Anexo 12. Impacto de la demencia en la persona cuidadora**



## **Escala de sobrecarga de la persona cuidadora. Escala de Zarit**

### **Notas para el profesional**

#### **Escala de repercusión sobre el cuidador de Zarit**

Validada al castellano por M. Martín y cols.

Mide el grado en que las personas cuidadoras perciben cómo sus responsabilidades tienen efectos adversos sobre su salud, vida personal y social, finanzas y bienestar emocional.

Es importante delimitar el concepto de “sobrecarga” que hace referencia a la vivencia subjetiva de las personas cuidadoras. Supone un factor mediador entre el deterioro del paciente y el impacto de los cuidados. La sobrecarga es interpretada como el reflejo del impacto subjetivo de la relación de cuidados sobre sus vidas.

La escala de sobrecarga de Zarit, especialmente indicada para cuidadores de pacientes aquejados de síndromes demenciales y validada en nuestro medio, permite medir la vivencia subjetiva de sobrecarga.

Cada ítem se puntúa según la severidad de la repercusión del 1 al 5. Los puntos de corte para interpretar los resultados son los siguientes:

- No sobrecarga: hasta 45 puntos
- Sobrecarga leve: de 46 a 54 puntos
- Sobrecarga intensa: a partir de 55 puntos

**Consideramos que la escala de Zarit debe pasarse en consulta con una explicación previa de su utilidad.**

# Escala de Zarit

## Instrucciones

A continuación se presenta una lista de frases que reflejan como se sienten algunas personas cuando cuidan a otra persona. Después de leer cada frase, indique con qué frecuencia se siente usted de esa manera, escogiendo entre NUNCA, CASI NUNCA, A VECES, FRECUENTEMENTE Y CASI SIEMPRE. No existen respuestas correctas o incorrectas.

### CON QUÉ FRECUENCIA (rodee con un círculo la opción elegida)

1. ¿Siente usted que su familiar/paciente solicita más ayuda de la que realmente necesita?  
NUNCA      CASI NUNCA      A VECES      FRECUENTEMENTE      CASI SIEMPRE  
1                      2                      3                      4                      5
2. ¿Siente usted que, a causa del tiempo que gasta con su familiar y paciente, ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo?  
NUNCA      CASI NUNCA      A VECES      FRECUENTEMENTE      CASI SIEMPRE  
1                      2                      3                      4                      5
3. ¿Se siente estresada/o al tener que cuidar a su familiar/paciente y tener además que atender otras responsabilidades? (Ej. con su familia o en el trabajo)  
NUNCA      CASI NUNCA      A VECES      FRECUENTEMENTE      CASI SIEMPRE  
1                      2                      3                      4                      5
4. ¿Se siente avergonzada/o por el comportamiento de su familiar/paciente?  
NUNCA      CASI NUNCA      A VECES      FRECUENTEMENTE      CASI SIEMPRE  
1                      2                      3                      4                      5
5. ¿Se siente irritada/o cuando está cerca de su familiar/paciente?  
NUNCA      CASI NUNCA      A VECES      FRECUENTEMENTE      CASI SIEMPRE  
1                      2                      3                      4                      5
6. ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de una forma negativa?  
NUNCA      CASI NUNCA      A VECES      FRECUENTEMENTE      CASI SIEMPRE  
1                      2                      3                      4                      5
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar/paciente?  
NUNCA      CASI NUNCA      A VECES      FRECUENTEMENTE      CASI SIEMPRE  
1                      2                      3                      4                      5
8. ¿Siente que su familiar y paciente depende de usted?  
NUNCA      CASI NUNCA      A VECES      FRECUENTEMENTE      CASI SIEMPRE  
1                      2                      3                      4                      5
9. ¿Se siente agotada/o cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente?  
NUNCA      CASI NUNCA      A VECES      FRECUENTEMENTE      CASI SIEMPRE  
1                      2                      3                      4                      5
10. ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?  
NUNCA      CASI NUNCA      A VECES      FRECUENTEMENTE      CASI SIEMPRE  
1                      2                      3                      4                      5

11. Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar/paciente?
- |       |            |         |                |              |
|-------|------------|---------|----------------|--------------|
| NUNCA | CASI NUNCA | A VECES | FRECUENTEMENTE | CASI SIEMPRE |
| 1     | 2          | 3       | 4              | 5            |
12. ¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar a su familiar/paciente?
- |       |            |         |                |              |
|-------|------------|---------|----------------|--------------|
| NUNCA | CASI NUNCA | A VECES | FRECUENTEMENTE | CASI SIEMPRE |
| 1     | 2          | 3       | 4              | 5            |
13. (SOLAMENTE SI LA PERSONA ENTREVISTADA VIVE CON EL PACIENTE) ¿Se siente incómoda/o para invitar amigos a casa a causa de su familiar/paciente?
- |       |            |         |                |              |
|-------|------------|---------|----------------|--------------|
| NUNCA | CASI NUNCA | A VECES | FRECUENTEMENTE | CASI SIEMPRE |
| 1     | 2          | 3       | 4              | 5            |
14. ¿Cree que su familiar/paciente espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que pudiera contar?
- |       |            |         |                |              |
|-------|------------|---------|----------------|--------------|
| NUNCA | CASI NUNCA | A VECES | FRECUENTEMENTE | CASI SIEMPRE |
| 1     | 2          | 3       | 4              | 5            |
15. ¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar/paciente, además de sus otros gastos?
- |       |            |         |                |              |
|-------|------------|---------|----------------|--------------|
| NUNCA | CASI NUNCA | A VECES | FRECUENTEMENTE | CASI SIEMPRE |
| 1     | 2          | 3       | 4              | 5            |
16. ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar de su familiar/paciente durante mucho más tiempo?
- |       |            |         |                |              |
|-------|------------|---------|----------------|--------------|
| NUNCA | CASI NUNCA | A VECES | FRECUENTEMENTE | CASI SIEMPRE |
| 1     | 2          | 3       | 4              | 5            |
17. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó?
- |       |            |         |                |              |
|-------|------------|---------|----------------|--------------|
| NUNCA | CASI NUNCA | A VECES | FRECUENTEMENTE | CASI SIEMPRE |
| 1     | 2          | 3       | 4              | 5            |
18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar/paciente a otra persona?
- |       |            |         |                |              |
|-------|------------|---------|----------------|--------------|
| NUNCA | CASI NUNCA | A VECES | FRECUENTEMENTE | CASI SIEMPRE |
| 1     | 2          | 3       | 4              | 5            |
19. ¿Se siente insegura/o acerca de lo que debe hacer con su familiar/paciente?
- |       |            |         |                |              |
|-------|------------|---------|----------------|--------------|
| NUNCA | CASI NUNCA | A VECES | FRECUENTEMENTE | CASI SIEMPRE |
| 1     | 2          | 3       | 4              | 5            |
20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar/paciente?
- |       |            |         |                |              |
|-------|------------|---------|----------------|--------------|
| NUNCA | CASI NUNCA | A VECES | FRECUENTEMENTE | CASI SIEMPRE |
| 1     | 2          | 3       | 4              | 5            |
21. ¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace?
- |       |            |         |                |              |
|-------|------------|---------|----------------|--------------|
| NUNCA | CASI NUNCA | A VECES | FRECUENTEMENTE | CASI SIEMPRE |
| 1     | 2          | 3       | 4              | 5            |
22. En general, ¿se siente muy sobrecargada/o al tener que cuidar de su familiar/paciente?
- |       |            |         |                |              |
|-------|------------|---------|----------------|--------------|
| NUNCA | CASI NUNCA | A VECES | FRECUENTEMENTE | CASI SIEMPRE |
| 1     | 2          | 3       | 4              | 5            |

## Recomendaciones de autocuidado

### Enseñar al cuidador a cuidarse. Consejos básicos para el autocuidado de la persona cuidadora (Guía de demencias de la Semfyc)

1. Tomar conciencia de que para cuidar bien «tengo que cuidarme».
2. Buscar información sobre la enfermedad y los recursos disponibles.
3. Organizarse la vida cotidiana contando con los otros miembros de la familia. Planificar las actividades y adelantarse al futuro sin agobiarse.
4. Dejar un espacio diario para sí mismo: para sus relaciones familiares, sociales, tiempo de ocio y aficiones.
5. Cuidar su propia salud: comer, dormir, hacer ejercicio de forma regular, evitando el tabaco y el alcohol. Adoptar posturas correctas a la hora de movilizar al paciente, empleando las ayudas técnicas necesarias. Aprender y aplicar técnicas de relajación.
6. Saber pedir ayuda a familiares, amigos, profesionales sanitarios, recursos sociales y asociaciones de familiares. Una ayuda concreta y explícita desde el principio, evitando esperar a «cuando ya no puedo más». No pensar que es el único que sabe cuidar bien a su familiar.
7. Mejorar la relación y comunicación con el paciente. Tener paciencia, respeto, sentido del humor y hacerle estar activo (sin ser demasiado exigente).
8. Identificar las situaciones que causan más estrés; ser capaces de analizarlas y de buscar soluciones razonables.
9. Afrontar las reacciones emocionales que se experimentan, aceptándolas como normales. Ser realistas. Reforzar los sentimientos positivos y comentar con otras personas los negativos.
10. Pensar en positivo: «Soy capaz», «Lo hago bien», «Encontraré la solución», «Me premiaré por el esfuerzo». Descubrir nuevas cualidades de uno mismo. Fomentar la autoestima.
11. Saber poner límites al cuidado, puesto que el paciente, sobre todo en las primeras fases, es muy exigente. La persona cuidadora «debe aprender a decir no».
12. Darse cuenta de los síntomas que pueden significar el inicio del síndrome de sobrecarga: cefalea, dispepsia, insomnio, falta de interés por sí mismo y sus aficiones, aislamiento de otros familiares y amigos, abuso de alcohol y tabaco, labilidad emocional, irritabilidad, etc.

## **Anexo 13. Recursos sociosanitarios**





## Recursos sociosanitarios para la atención de las demencias

En Navarra existe una variedad de recursos sociosanitarios destinados a la atención de las demencias. La mayoría de ellos están situados en Pamplona y su comarca provocando cierto desajuste en relación con las zonas periféricas de la Comunidad Foral.

Siguiendo la propia evolución de la enfermedad, podemos dividir los recursos existentes en: recursos de atención diurna y recursos de tipo residencial.

### Recursos de atención diurna

Son servicios intermedios de apoyo a la fase en la cual el paciente es atendido en domicilio, cuya atención se ofrece en régimen de ingreso parcial o en régimen ambulatorio: Unidades de Memoria, Centros de Día y Estancias Diurnas.

### Recursos de tipo residencial

Aunque el lema “envejecer en casa” es el objetivo compartido por ancianos, profesionales e instituciones y a cuya consecución se están dirigiendo los mayores esfuerzos y recursos, los centros residenciales siguen teniendo un especial espacio en la atención a la demencia en fases avanzadas y ante determinados perfiles de demencia.

#### A) Recursos de atención diurna

- **Unidad de Memoria**

##### Qué es

Es un servicio, cuyo objetivo es la atención precoz global y especializada, centrada en la evaluación y rehabilitación cognitiva. Es el único servicio público de estas características, está en funcionamiento desde el año 2003.

##### A quién se dirige

Destinada a ancianos que manifiesten un deterioro cognitivo leve; con déficit de los procesos mentales de atención, memoria, procesamiento visuo-espacial, pensamiento y lenguaje y/o funciones ejecutivas.

##### Servicios que ofrece

- **Evaluación** cognitiva global y específica a los usuarios, así como la evaluación de la eficacia de los tratamientos y de su seguimiento.
- **Rehabilitación cognitiva general** para pacientes con afectaciones cognitivas globales en los estadios tempranos de la enfermedad.
- **Rehabilitación cognitiva específica** para pacientes afectados por aspectos más específicos del procesamiento cognitivo.
- **Evaluaciones** de idoneidad para ingresos en recursos sociosanitarios en virtud del protocolo firmado entre Salud e INBS.

##### Horario y funcionamiento

El horario del servicio es de 8 a 15:00 horas. Los pacientes son atendidos en pequeños grupos (7 pacientes). El programa de psicoestimulación de cada grupo tiene una duración de 1 hora y 15 minutos, lo que posibilita atender varios grupos a lo largo del día. El tratamiento es de carácter ambulatorio.

##### Dónde se encuentra

En el Centro Psicogeriátrico “San Francisco Javier”, Avda de Villava, nº 53, Tel. 848 42 27 36 / 848 42 27 35. El horario de atención al público es de 8:00 a 15:00 horas.

### Cómo se accede al servicio

Este es un servicio sanitario que no está sujeto a tarifa social. Pero dado el carácter de un “servicio piloto” y considerando las demencias como una especialidad vinculada a neurología, el acceso a la Unidad de Memoria se realizará a través de los Servicios de Neurología del Hospital de Navarra y de Virgen del Camino y Atención Primaria. Las personas deben acudir con un volante o P10 del facultativo que deriva.

### • Centros de día psicogerítricos

#### Qué son

Son centros abiertos en régimen de día en los que se proporciona cuidado de **mantenimiento** y **rehabilitación** a ancianos con deterioro psíquico y déficits funcionales, en estadios iniciales y moderados.

#### Servicios que ofrecen

- Cuidados de carácter general.
- Rehabilitación de funciones.
- Terapia ocupacional y de mantenimiento.
- Actividades socioculturales y recreativas.
- Comedor.
- Asesoramiento y orientación a familiares.

#### Horario y funcionamiento

Son centros que, con carácter general, permanecen abiertos de **lunes a viernes**, de **9:00 a 17:00 horas**. (Los domingos y festivos no se ofrece el servicio).

#### Dónde se encuentran:

En Navarra hay en este momento 8 centros de día acreditados como tales, ubicados en Pamplona, Burlada, Mutilva y Alsasua.

Centros de día	Dirección y teléfono	Capacidad	Titularidad
<b>CDP La Vaguada</b>	C/ Monasterio Irache, 76 Tel.: 948 36 52 52 <b>San Juan</b>	30	<b>Privado concertado con INBS</b>
<b>CDP Amma Mutilva</b>	C/ Anaitasuna, 4. Tel.: 948 29 16 06 <b>Mutilva</b>	30	<b>Privado sin concierto</b>
<b>CDP Amma Oblatas</b>	Avda de Guipúzcoa, 5 Tel.: 948 382130 <b>Rochapea</b>	30	<b>Privado sin concierto</b>
<b>CDP El Vergel</b>	Vuelta Aranzadi, 4 Tel.: 948 22 77 03	15	<b>Público</b>
<b>CD Psicogerítrico “San Francisco Javier”</b>	Avda. de Villava 53 Tel. 848 42 28 02 / 42 27 10 <b>Chantrea</b>	30	<b>Público</b>
<b>CDP Padre Menni</b>	C/ Pedro de Alejandría, 3 Bajo. Tel.: 948 14 06 11 <b>Rochapea</b>	45	<b>Privado concertado con INBS</b>
<b>CDP Landazabal</b>	C/ Landazabal, 2 Tel.: 948 13 67 00 <b>Burlada</b>	30	<b>Privado concertado con INBS</b>
<b>CDP “Josefina Arregui” (Alsasua)</b>	C/ Travesía Zelai Tel.: 948 56 38 50 <b>Alsasua</b>	22	<b>Privado con ayudas del INBS</b>
<b>CDP Amma Argaray</b>	C/ Valle de Egues 1 Tel.: 948 15 38 66 <b>Pamplona</b>	15	<b>Privado sin concierto</b>

Salud y Bienestar Social, a través de la coordinadora sociosanitaria, trabajan por la creación de otros centros de día psicogeriátricos en la zona de Tudela y Estella.

### **Acceso al servicio**

La puerta de entrada a este tipo de recursos es a través de los profesionales del sistema sanitario o desde servicios sociales de base. Esta prestación puede exigir la participación económica del usuario, de acuerdo a la normativa sobre tarifas del Instituto Navarro de Bienestar Social.

## • **Unidades de estancias diurnas**

### **Qué son**

Son servicios **integrados en un centro gerontológico** o psicogeriátrico, cuya función principal es el apoyo, la custodia y el mantenimiento de actividades básicas y el cuidado higiénico-dietético, destinados a ancianos en estadios avanzados de dependencia.

### **Actividades y cuidados que ofrecen**

- Custodia y vigilancia.
- Atención integral a las actividades de la vida diaria.
- Preparación y administración de tratamientos.
- Actividades lúdicas y de terapia ocupacional.
- Comedor.

### **Horario y funcionamiento**

Son servicios con horario flexible, con un mínimo de ocho horas diarias. Unos ofrecen el servicio de lunes a sábado. Este servicio puede ofrecerse exclusivamente de fin de semana o días sueltos.

### **Dónde se encuentran**

En este momento varios centros gerontológicos o residencias ofrecen este servicio, tanto en Pamplona como en numerosos pueblos de la Comunidad Foral. (Guía de Servicios Sociales en: <http://www.cfnavarra.es/DGBS/guia/index.htm>)

El INBS tiene previsto ampliar esta oferta en toda la Comunidad Foral de acuerdo con la Orden Foral 75/2003 de 24 de septiembre que regula el Servicio de Estancias Diurnas en centros gerontológicos.

### **Acceso al servicio**

Es una oferta privada de las propias residencias de 3ª edad, así la relación será directamente con la residencia que oferte el servicio, para lo cual deberá estar acreditada por Inspección del INBS.

Para el pago del servicio, se solicitará una ayuda económica al INBS, a través de los profesionales de trabajo social de los centros de salud o servicios sociales de base.

## **B) Recursos de atención residencial**

### • **Centros residenciales**

El ingreso en un centro residencial sería el último recurso a ofertar en la atención a demencias. Si llegado el momento la necesidad de ingreso aparece, existen dos tipos de centros en los cuales podrían ingresar y la diferencia entre unos y otros viene dada por el perfil de la persona que solicita el ingreso.

#### **a) Residencias psicogeriátricas**

Son recursos más especializados para la atención de personas con demencia que manifiestan trastornos de comportamiento o necesidades psiquiátricas.

En Navarra los centros que están acreditados como tales son: Padre Menni (Pamplona y Elizondo) y Centro Psicogeriátrico “San Francisco Javier”. En la actualidad con el desarrollo del Plan Foral Sociosanitario, está planificado acreditar nuevas Unidades de Psicogeriatría en otras residencias con el objeto de aumentar el número de plazas y de descentralizar las mismas.

#### **b) Residencias de asistidos**

Son centros gerontológicos abiertos en los que viven personas mayores en estadios avanzados o con una carga de dependencia considerable.

#### **Servicios que ofrecen**

- Alojamiento y manutención.
- Cuidados generales y sanitarios.
- Actividades de ocio y terapia ocupacional.
- Atención psiquiátrica (solo en residencias psicogeriátricas o con unidades psicogeriatricas).

#### **Dónde se encuentran**

Es el recurso que más está extendido por toda Navarra. Hay plazas públicas, concertadas y privadas. Existe un catálogo en el INBS donde aparece la totalidad de residencias de Navarra y sus respectivas ubicaciones y direcciones.

#### **Otros servicios que ofrecen las residencias**

- Estancias temporales para el descanso de las familias. Este programa posibilita la estancia en un centro residencial durante un periodo determinado entre 15-60 días. Cumple una función de alivio para los cuidadores, favoreciendo así la permanencia de la persona mayor en su entorno familiar.
- Préstamos de camas articuladas (este servicio sólo lo ofrece el Centro Psicogeriátrico “San Francisco Javier” Tel. 848422710).

#### **Acceso al servicio**

La puerta de entrada a este tipo de recursos es a través de los trabajadores sociales del sistema sanitario o desde los servicios sociales de base. Esta prestación puede exigir la participación económica del usuario, de acuerdo a la normativa sobre tarifas del Instituto Navarro de Bienestar Social.

## **Anexo 14. Direcciones electrónicas en la red**



## Direcciones electrónicas en la red

### 1. Alzheimer Association

<http://www.alz.org/index.asp>

Página en Inglés con un enlace para una zona en castellano sobre todo para Latinos. Es la página de una organización voluntaria de la salud en el cuidado, apoyo, y la investigación de la enfermedad. Proporciona información sobre la enfermedad, educación y apoyo por medio de grupos en diferentes zonas de América. Tiene apartado para profesionales.

### 2. Portal alzheimer online

<http://www.alzheimer-online.org>

### 3. Fundación Alzheimer España

<http://www.fundacionalzheimeresp.org>

Página de una Fundación sin ánimo de lucro, con ánimo de mejorar la calidad de vida de afectados como de familia. Contiene información sobre la enfermedad, con apartado sobre el cuidador y con un apartado de actualidad muy interesante con revisión de las últimas actualidades tanto de publicaciones no científicas (prensa, revistas,...) como científicas.

### 4. Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Alzheimer

<http://www.ceafa.org>

### 5. Alzheimer's Disease Education & Referral Center

<http://www.alzheimers.org>

Página Americana en inglés. Ayuda para encontrar información sencilla sobre la enfermedad y sobre los recursos del Instituto Nacional de la Edad Americano.

Dirigida principalmente a enfermos y familiares.

### 6. Fundación la Caixa

[http://www.fundacio1.lacaixa.es/webflc/wpr0pres.nsf/wurl/alzheimerp\\_esp%5EOpenDocument/](http://www.fundacio1.lacaixa.es/webflc/wpr0pres.nsf/wurl/alzheimerp_esp%5EOpenDocument/)

Página de la Caixa con 4 apartados:

- a. El Alzheimer: una guía sobre la enfermedad.
- b. Recursos:
  - Material de intervención cognitiva para enfermos que está agotado pero se puede descargar de la web.
  - Referencias útiles sobre la enfermedad y recomendaciones prácticas relativas al diagnóstico y al cuidado de pacientes.
- c. Localizador de Asociaciones
- d. Actividades desarrolladas con subvención de la Caixa.

### 7. Infodoctor

<http://www.infodoctor.org/infodoc/alzheimer>

Pretende proporcionar información relevante y seleccionada en el campo de las demencias y la enfermedad de Alzheimer. Los contenidos de esta página están orientados tanto al profesional como a todas las personas interesadas, ya sea por motivos familiares o de información. Con este objetivo existen varios espacios: el rincón del profesional, el de pacientes y familiares donde se encuentra, en lenguaje asequible, información sobre la enfermedad de Alzheimer y direcciones de las asociaciones ordenadas por regiones autonómicas, y el rincón de recursos (sanitarios y sociosanitarios) con enlaces electrónicos hacia información médica o social.

## **8. Alzheimer Research Forum**

<http://www.alzforum.org>

En Inglés. Se trata de una organización independiente sin ánimo de lucro que se financia en base a donativos. Presenta las últimas novedades científicas y promueve foros de debate para diseminación de nuevas ideas sobre numerosas disciplinas que pueden contribuir a una mejora de la enfermedad

## **9. Family Caregiver Alliance**

<http://www.caregiver.org>

Es una página de California, en castellano, dedicada a la persona cuidadora.

## **10. Instituto Navarro de Bienestar Social**

<http://www.cfnavarra.es/INBS/>

Página de la Agencia Navarra para la dependencia con información sobre todo de recursos disponibles en Navarra y trámites para poder hacer uso de dichos recursos.

## **11. Una web para profesionales y para cuidadores**

<http://www.dementia.com/>

Dispone de un apartado dedicado a los cuidadores de pacientes con demencia y otro para profesionales sanitarios. Es preciso registrarse para acceder a las informaciones, congresos y últimas novedades sobre demencia. Tiene especial interés el poder acceder a una serie de diapositivas útiles para presentaciones o sesiones clínicas sobre aspectos de diagnóstico o tratamiento de los diversos tipos de demencia.

## **12. La web del Grupo de Demencias de la Sociedad Española de Neurología**

<http://www.demenciasen.org/>

Tienen especial interés un Curso de Neurología de la Conducta y Demencias y las actualizaciones, comentarios bibliográficos, guías y artículos de temas relacionados con la demencia. Aporta información sobre los congresos nacionales e internacionales previstos sobre el tema. Además, dispone de un apartado de información para los pacientes y de enlaces de interés con otras web.

## **13. La web de una ONG: Alzheimer Europa**

<http://www.alzheimer-europe.org>

Disponible en 11 idiomas distintos, entre ellos el español, informa sobre congresos, normativa europea relacionada con la enfermedad de Alzheimer y divulga información sobre la demencia, dirigida a profesionales no sanitarios.

## **14. Guías de práctica clínica sobre demencia en Internet**

<http://www.fisterra.com/guias2/demencias.htm>

Aporta información actualizada sobre un compendio de guías de práctica clínica reconocidas: revisiones en Cochrane, búsqueda de artículos publicados en *British Medical Journal*, resúmenes en Medline y documentos con aportaciones de grupos internacionales de trabajo en demencias.

## **15. Connections: una revista trimestral especializada**

<http://www.alzheimers.org/pubs/conindex.htm>

Una publicación periódica electrónica, en inglés, especializada en temas de demencia del National Institute of Aging, con un servicio gratuito de alertas por correo electrónico y acceso libre a todos los textos, que además se pueden obtener en formato Adobe Acrobat.



**16. La 18.a Conferencia Internacional de Alzheimer en Barcelona, 2002**

<http://www.alzheimer2002.com/esp/index.htm>

Acceso, tanto en inglés como en español, a las ponencias, simposios, comunicaciones, sesiones de pósters, libro de resúmenes y documentos de la 18.ª Conferencia Internacional de Alzheimer. También se puede acceder a las presentaciones orales en vídeo.

**17. AFAN** (Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer de Navarra)

Pintor Maeztu, 2-bajo. Teléfono: 948-275252

[asofan@teleline.es](mailto:asofan@teleline.es)

[VOLVER AL INDICE](#)