

Guía de Recomendaciones Clínicas

Demencia

Edita:
Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitarias
Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias

Diseña:
Diéresis Comunicación, S.L.

Imprime:
Imprenta Narcea, S.L.

Depósito Legal:
AS-1488-2008

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRIMERA PARTE

PROCESO DE DESARROLLO DE RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A.	PRESENTACIÓN	7
B.	OBJETIVOS DE LAS RECOMENDACIONES CLÍNICAS	10
C.	ASPECTOS CLÍNICOS CUBIERTOS	11
D.	POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGEN LAS RECOMENDACIONES	11
E.	GRUPO DE PROFESIONALES QUE HAN DESARROLLADO EL PCAI CLÍNICO	11
F.	PROFESIONALES A LOS QUE VA DESTINADO	12
G.	METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DE LA GUÍA	12
	1. SELECCIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA	12
	3. DEFINICIÓN Y ASIGNACIÓN DE APARTADOS PARA CADA INTEGRANTE	12
	4. ELABORACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES	13
	5. EVALUACIÓN Y CONSENSO DE LAS RECOMENDACIONES	13
	6. EVALUACIÓN Y CONSENSO DE LA FACTIBILIDAD DE IMPLANTACIÓN	13
	7. IDENTIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE LAS RECOMENDACIONES CLAVE	13
	8. PROPUESTA DE ESTRUCTURA Y FORMATO DE LAS RECOMENDACIONES CLÍNICAS	13
H.	TABLA DE CLASIFICACIÓN DE LOS NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADO DE RECOMENDACIÓN	14
I.	PROCEDIMIENTO DE ACTUALIZACIÓN	15

SEGUNDA PARTE

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A.	INTRODUCCIÓN A LAS RECOMENDACIONES CLÍNICAS	17
B.	RECOMENDACIONES CLAVE	18
C.	RECOMENDACIONES GENERALES	20
1.	FACTORES DE RIESGO. PREVENCIÓN PRIMARIA	22
1.1.	Factores de riesgo genético	22
1.2.	Estilo de vida	22
1.3.	Factores de riesgo vascular	23
1.3.	Tratamientos farmacológicos en prevención primaria	23
2.	EL DIAGNÓSTICO	24
2.1.	Diagnóstico de cribado poblacional	26
2.2.	Diagnóstico en pacientes con quejas subjetivas	26
2.3.	Diagnóstico diferencial inicial: Comorbilidades	27
2.4.	Criterios de derivación	29
2.5.	Diagnóstico sindrómico	29
2.6.	Diagnóstico etiológico de subtipos	30
2.7.	Estudios neuropsicológicos	31
2.8.	Estudios complementarios. Bioquímica	32
2.9.	Estudios complementarios. Serología	32
2.10.	Estudios complementarios. Neuroimagen	32
2.11.	Estudios complementarios. LCR	33
2.12.	Estudios complementarios. EEG	34
2.13.	Estudios complementarios. Genética	34
2.14.	Diagnóstico anatomopatológico	35
3.	INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA	36
4.	INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA	41
4.1.	Mantenimiento de la función	44
4.2.	Mantenimiento de la cognición	44
4.3.	Mantenimiento de los síntomas psicológicos y conductales (SPC)	45
4.4.	Educación para paciente y cuidador	46
4.5.	Intervención sobre el cuidador	48
5.	MONITORIZACIÓN Y SEGUIMIENTO	49
5.1.	Recomendaciones	50
6.	CUIDADOS PALIATIVOS	52
6.1.	Recomendaciones	54
7.	INTERVENCIÓN SOCIAL	55
7.1.	Recomendaciones	56

8.	COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA	57
8.1.	Recomendaciones	58
9.	ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	60
9.1.	Recomendaciones	61
10.	EPILOGO	64
D.	ANEXOS	67
1.	PERFIL DE COMPETENCIAS DEL ESPECIALISTA EN DEMENCIAS Y DETERIORO COGNITIVO	67
2.	MINI-MENTAL STATE EXAMINATION	68
3.	CORRECCIÓN DEL MMSE POR EDAD Y NIVEL EDUCATIVO	70
4.	CUESTIONARIO DE ACTIVIDAD FUNCIONAL	71
5.	TEST DEL INFORMADOR	72
6.	ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE	74
7.	CUMMINGS J ET AL. NEUROLOGY 1994; 44. 2308-2314	75
8.	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DELIRIUM DEL DSM-IV	76
9.	CRITERIOS DEL EUROPEAN CONSORTIUM ON ALZHEIMER'S DISEASE (EADC)	77
10.	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DEMENCIA DEL DSM-IV	78
11.	CRITERIS NINCDS-ADRDA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	79
12.	CRITERIOS NINDS-AIREN PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DEMENCIA VASCULAR PROBABLE	80
13.	CRITERIOS LUND-MANCHESTER PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DEMENCIA FRONTOTEMPORAL	81
14.	CRITERIOS DEL CONSORCIO INTERNACIONAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY	83
15.	CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JACOB	84
16.	LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES	86
17.	DOSIS DIARIA DE PSICOFÁRMACOS RECOMENDADA	88
18.	ESTIMULACIÓN Y REHABILITACIÓN COGNITIVA	89
19.	LA PSICOTERAPIA	91
20.	EL CUIDADO DEL CUIDADOR	92
21.	MONITORIZACIÓN DE FÁRMACOS	93
22.	SEVERIDAD DE LA DEMENCIA, NECESIDADES Y RECURSOS PSICOSOCIALES	94
23.	GLOBAL DETERIORATION SCALE	95
24.	ESCALA DE VALORACIÓN SOCIAL GIJÓN	97
25.	ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR	98
26.	PAUTAS DE ACTUACIÓN ANTE LOS MALOS TRATOS A ANCIANOS	99

PRIMERA PARTE

PROCESO DE DESARROLLO DE RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A. PRESENTACIÓN

El propósito de las Estrategias de Calidad de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios 2003-2007 es concretar e iniciar la implantación de los objetivos generales establecidos en la Política de Calidad. Para ello se estructuran tres ejes estratégicos, uno de los cuales viene representado por los Programas Claves de Atención Interdisciplinar (**PCAI**).

Los Programas Claves de Atención Interdisciplinar (**PCAI**) son proyectos de atención homogénea y transversal de las necesidades de las personas con un determinado problema de salud (en este caso Demencia) liderados por profesionales de diversas disciplinas que, aplicando el máximo rigor científico, coordinan sus actividades para mejorar sus resultados en términos de calidad científico-técnica y de satisfacción para el paciente.

Los **PCAI** emanan del diagnóstico de salud realizado con ocasión de la elaboración del Plan de Salud del Principado de Asturias. Este Plan de Salud plantea la necesidad de concentrar acciones en catorce áreas que por su importancia han sido consideradas prioritarias. Esta priorización

fue realizada contando con la participación de profesionales y grupos de pacientes. Cada área constituye un PCAI e integra la atención de los pacientes con un determinado problema o condición de salud.

Los **14 PCAI** a desarrollar en el periodo 2003-2007 son los siguientes:

- Cáncer de mama
- Ansiedad
- EPOC
- Cardiopatía isquémica
- Diabetes
- Ictus
- Alcoholismo
- Cáncer colorrectal
- Cáncer de próstata
- **Demencia**
- Depresión
- Dolor crónico musculoesquelético
- Hipertensión arterial
- Embarazo, parto y puerperio

Durante el año 2007 estamos llevando a cabo la última fase de desarrollo de las recomendaciones clínicas en las que se encuadran los últimos cinco PCAIs de la lista

Las características comunes a los Programas Claves de Atención Interdisciplinaria (PCAI):

- Promueven una atención más **accesible, centrada en el paciente, segura, clínicamente efectiva** y con una **utilización de recursos** adecuada.
- Su aplicación reduce la **variabilidad inaceptable** en la calidad asistencial.
- Atención centrada en el paciente con **necesidades de salud homogéneas**.
- Facilita el mejor uso del **conocimiento y habilidades** de los profesionales.

- Coordinación de profesionales de **múltiples disciplinas** distribuidos en todos los **niveles** donde se atiende el problema de salud, reflejando los dispositivos locales.
- **Participación de los profesionales** en el diseño e implantación del PCAI.
- **Solidez científica** incorporando la revisión crítica de la evidencia científica, estableciendo recomendaciones clínicas.
- Gestión y monitorización de **indicadores clave** del PCAI.
- Vocación transformadora en las organizaciones, que aplicarán herramientas de **gestión por procesos**.
- Sensibles a la **satisfacción de las necesidades y expectativas** de los usuarios, escuchando su opinión (grupos focales con pacientes).

En el transcurso del desarrollo de los PCAI contaremos con los siguientes elementos:

- **Recomendaciones clínicas.** El ¿Qué?.
- **Guía organizativa:** El ¿Cómo?, ¿Quién?, ¿Cuándo?, ¿Dónde?, ¿Con qué?.
- **Un sistema de monitorización:** ¿Cómo mediremos la práctica?.
- **Difusión e implantación del PCAI:** ¿Qué haremos para tener éxito en la aplicación del PCAI?.

Los resultados que esperamos de los PCAI son:

- **Recomendaciones clínicas.** Selección de un conjunto de recomendaciones de las principales y más actualizadas guías de práctica clínica, priorizando aquellas de mejor adaptación y de mayor necesidad de implantación en la comunidad asturiana, partiendo de las experiencias actuales en Asturias en la prevención, diagnóstico, tratamiento, y rehabilitación de la condición clínica.
- **Desarrollo organizativo.** En esta etapa el objetivo básico es valorar el nivel de capacidad de los procesos existentes para favorecer la implantación de las recomendaciones clínicas priorizadas y posponer los cambios organizativos necesarios para su aplicación. Debatirá

los flujos de pacientes y asignará las responsabilidades más importantes de cada categoría profesional en la atención de la condición clínica, criterios de derivación, ingreso, alta y acceso a otros niveles asistenciales, recursos necesarios y criterios de gestión que puedan facilitar la organización y administración de los recursos sanitarios y sociales en beneficio de la atención de los pacientes.

- **Sistema de monitorización de los PCAI con indicadores clínicos y de gestión.** El equipo de trabajo propondrá estándares (o nivel deseado de cumplimiento del indicador), partiendo de la revisión bibliográfica o basándose en la experiencia existente a nivel nacional e internacional. Para los primeros años, algunos de estos indicadores tendrán que monitorizar el grado de cumplimiento de la guía de PCAI.
- **Recomendaciones para la difusión e implantación del PCAI** en la Comunidad Autónoma, detallando estrategias de comunicación, materiales para la formación, y sugerencias útiles para la implantación y el seguimiento.



B. OBJETIVOS DE LAS RECOMENDACIONES CLÍNICAS

Estas recomendaciones clínicas, constituyen un elemento del programa del PCAI Demencia cuyo objetivo como estrategia de calidad es abordar la demencia a través de una atención homogénea y transversal de las necesidades de las personas con este problema de salud, mejorando los resultados en términos de calidad científico-técnica y de satisfacción para el paciente.

Persiguen establecer unas directrices de actuación homogénea en todos los niveles asistenciales para los profesionales en contacto con este tipo de pacientes.

El objetivo principal es conseguir mejorar la calidad de la atención sanitaria que reciben los pacientes con deterioro cognitivo o demencia.

C. ASPECTOS CLÍNICOS CUBIERTOS

Estas recomendaciones clínicas, constituyen un elemento del programa del PCAI Demencia cuyo objetivo como estrategia de calidad es abordar la demencia a través de una atención homogénea y transversal de las necesidades de las personas con este problema de salud, mejorando los resultados en términos de calidad científico-técnica y de satisfacción para el paciente.

D. POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGEN LAS RECOMENDACIONES

Esta guía está dirigida a la prevención y atención de pacientes con síntomas de deterioro cognitivo o demencia, en el ámbito del Principado de Asturias.

E. GRUPO DE PROFESIONALES QUE HAN DESARROLLADO EL PCAI CLÍNICO

- *Carlos Botana Rivera*
- *Javier Caballer García*
- *Teresa Calatayud Noguera*
- *Beatriz Camporro Rocés*
- *Ana Díaz Rocés*
- *Patricia Lorenzo Paredes*
- *Azucena Martínez Acebal*
- *Irene Martínez Montero*
- *Carmen Martínez Rodríguez (coordinadora)*
- *Manuel Menéndez González*
- *Elvira Menéndez Suárez*
- *Mercedes Salmerón Alvarez*
- *José Antonio Vidal Sánchez*

F. PROFESIONALES A LOS QUE VA DESTINADO

Esta guía está dirigida a los profesionales del Principado de Asturias que intervienen en la atención de los pacientes con Deterioro cognitivo o Demencia en todos los niveles de prevención y atención.

G. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DE LA GUÍA

1. IDENTIFICACIÓN DE PROFESIONALES Y ELABORACIÓN DE LA GUÍA DE TRABAJO

En esta fase se identificaron los profesionales para el PCAI, se elaboró una guía de trabajo para el proceso de selección de recomendaciones clínicas y se constituyó el grupo profesional.

2. SELECCIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Se realizó el proceso de búsqueda y evaluación de guías de práctica clínica, selección y cribaje de las guías mejor evaluadas y recopilación de la versión electrónica para distribución entre los miembros del grupo.

Para la evaluación de las guías de práctica clínica se utilizó el instrumento de evaluación AGREE. Solamente se distribuyeron entre los componentes del grupo las guías que tenían una puntuación alta en el AGREE.

3. DEFINICIÓN Y ASIGNACIÓN DE APARTADOS PARA CADA INTEGRANTE

Cada grupo definió el alcance de la guía (niveles de atención y procesos clínicos a incluir) así como la definición del contenido y orden de los apartados o ítems de la guía.

Asimismo, y de acuerdo a las áreas de trabajo, experiencia y/o especialidades de los profesionales, se asignó a cada integrante los apartados a desarrollar.

4. ELABORACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

Cada miembro del grupo, de acuerdo al área temática que le fue asignada, seleccionó y redactó un conjunto de recomendaciones con los grados de evidencia y niveles de recomendación correspondiente.

Acabado el trabajo individual, se procedió a la compilación de las recomendaciones para constituir un único instrumento de trabajo.

5. EVALUACIÓN Y CONSENSO DE LAS RECOMENDACIONES

Se realizan comentarios, discusión y acuerdo sobre la redacción y pertinencia de las recomendaciones.

6. EVALUACIÓN Y CONSENSO DE LA FACTIBILIDAD DE LA IMPLANTACIÓN

Se realizó una evaluación de la factibilidad de implantación de las recomendaciones clínicas.

Los evaluadores evaluaron mediante una parrilla de priorización las dificultades organizativas que implicaría la implantación de las recomendaciones.

7. PROPUESTA DE ESTRUCTURA Y FORMATO DE LAS RECOMENDACIONES CLÍNICAS

Los integrantes del grupo identificaron para cada apartado un conjunto de "Recomendaciones clave".

Las recomendaciones clave se refieren al conjunto de recomendaciones de especial prioridad de implantación en el Principado Asturiano, definidas como de mayor necesidad de prestación a los pacientes del Principado, incorporando para su evaluación criterios de relevancia clínica, nivel de implantación, nivel de evidencia y factibilidad organizativa.

8. PROPUESTA DE ESTRUCTURA Y FORMATO DE LAS RECOMENDACIONES CLÍNICAS

Se propone una estructura y un formato para el conjunto de los PCAI, con tal de homogeneizar su presentación y facilitar su comprensión.

H. TABLA DE CLASIFICACIÓN DE LOS NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADO DE RECOMENDACIÓN

Se han respetado los niveles originales de las guías de recomendaciones clínicas de referencia, siendo estas:

Tabla 1. Niveles de evidencia y grados de recomendación clínica.

Nivel de evidencia	Grado de recomendación	Origen de la evidencia
I	A	Estudios aleatorizados y controlados , con gran cantidad de datos más de 300 casos
II	B	Estudios aleatorizados y controlados , con una cantidad limitada de datos, mayor de 30 casos
III	C	Estudios observacionales, no aleatorizados, ensayos con menos de 30 casos
IV	D	Opiniones de expertos, comités de consenso

Tabla 2. Niveles de evidencia y grados de recomendación de SIGN, modificada para incluir los estudios de pruebas diagnósticas

Niveles de evidencia	
1++	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con poco riesgo de sesgo.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con un alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o casos-control o de estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o casos-control o de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo, y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o casos-control o estudios de pruebas diagnósticas bien realizados con bajo riesgo de sesgo, y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o casos-control o de pruebas diagnósticas con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y serie de casos
4	Opinión de expertos.

Tabla 2. (continuación)

Grados de recomendación	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1+++ y directamente aplicable a la población diana de la Guía; o un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia de ellos.
B	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la Guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 1++ ó 1+.
C	Un volumen de evidencia compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicable a la población diana de la Guía que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2++.
D	Evidencia de nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada de estudios clasificados como 2+.
✓	Consenso del equipo redactor.

En caso de introducirse alguna recomendación por consenso del equipo redactor en la elaboración de la presente guía vendrá explícitamente reflejado en la recomendación.

I. PROCEDIMIENTO DE ACTUALIZACIÓN

La revisión de ésta guía se realizará cada 2 años.

Un grupo multidisciplinar revisará la guía, comparará con la evidencia disponible, propondrá cambios y consensuará nuevas recomendaciones.

Dependiendo del número de modificaciones, el grupo discutirá la necesidad de la publicación de un nuevo documento o de un adenda

Las nuevas recomendaciones serán publicadas y sometidas a un período de revisión para que todos los profesionales implicados en la atención de pacientes con Demencia puedan aportar comentarios y sugerencias. Transcurrido este tiempo se puede dar por actualizada la guía hasta el período establecido por el grupo o por defecto en dos años más.

SEGUNDA PARTE

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

A. INTRODUCCIÓN A LAS RECOMENDACIONES CLÍNICAS

Este documento contiene una recopilación bibliográfica de recomendaciones clínicas realizadas por un grupo multidisciplinar de profesionales sanitarios que participan en la atención de pacientes con Demencia.

Han sido sometidas a un proceso de evaluación, consenso y adaptación a la realidad Asturiana.

En el apartado de metodología se describen con detalle los criterios utilizados para la selección y adopción de la evidencia.

Las siguientes recomendaciones clínicas están ordenadas en tres apartados:

- **Recomendaciones clave:**

Conjunto de recomendaciones de especial prioridad de implantación en el Comunidad del Principado de Asturias.

Se trata de un conjunto de recomendaciones de gran relevancia no implantadas, implantadas irregularmente, o con una necesidad especial en la mejora, en el territorio asturiano.

- **Recomendaciones generales:**

Descripción de todas las recomendaciones seleccionadas por los integrantes del grupo.

- **Algoritmos:**

Aspectos clínicos más importantes que incorporan criterios de decisión, que tienen múltiples alternativas, o que mediante una representación gráfica pueden facilitar la utilización de las recomendaciones.

B. RECOMENDACIONES CLAVE:

Se identificaron para cada apartado un conjunto de “Recomendaciones clave”, de especial prioridad de implantación en el Principado de Asturias basadas en el Plan de Salud para Asturias 2004-2007, en el Plan Integral de manejo de la Demencia del Ministerio de Sanidad y Consumo y en las recomendaciones escritas.

	Los factores de riesgo cardiovascular asociados a la demencia (HTA, diabetes, dislipemia, tabaquismo) deben ser examinados y tratados adecuadamente.
1	Los profesionales sanitarios mantendrán un elevado índice de sospecha de deterioro cognitivo en los pacientes a su cargo, interrogándoles de una forma regular y específica, al igual que a sus familiares, acerca de la situación funcional y cognitiva.
2	El estudio neuropsicológico formal debe realizarse al menos en estos supuestos: 1 Pacientes con demencia dudosa o muy leve por criterios clínicos. 2 Pacientes con difícil diagnóstico nosológico por criterios clínicos. 3 Pacientes con demencia de inicio en edad inferior a los 65 años. 4 Pacientes con presentación clínica atípica

3	<p>Debe realizarse siempre una prueba de neuroimagen en el estudio rutinario inicial de una demencia, siendo de elección la TC sin contraste o la RM craneal.</p> <p>La RM es preferible para detectar cambios vasculares subcorticales y para el diagnóstico de la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob (ECJ).</p>
4	<p>Debe existir un Centro Autonómico de referencia, con personal y metodología interdisciplinaria, para el estudio genético-molecular que permita el análisis de muestras y el adecuado consejo genético a los pacientes y familiares que lo precisen.</p>
5	<p>El donepezilo, la galantamina y la rivastigmina deben ser utilizados en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer (EA) leve y moderada.</p>
6	<p>La rivastigmina debe ser empleada en el tratamiento de la Demencia con cuerpos de Lewy y de la Demencia asociada a la enfermedad de Parkinson.</p>
7	<p>Se debe evitar el uso rutinario de antipsicóticos para el control del comportamiento en pacientes con demencia. Debe reservarse para síntomas psicóticos, distrés emocional o comportamientos peligrosos, en cuyo caso se aconseja utilizar los antipsicóticos atípicos.</p>
8	<p>Se debe realizar estimulación cognitiva estructurada al paciente con demencia leve-moderada, dado que mejora su función cognitiva y su calidad de vida.</p>
9	<p>Se deben proporcionar al cuidador las intervenciones necesarias (apoyo psicológico, estrategias de manejo de los trastornos de conducta, etc.), dado que mejoran, a corto plazo, la sobrecarga y la depresión del cuidador; y, a la larga, redundan en una mejora del cuidado, de los síntomas psicológicos y conductuales y de la funcionalidad del paciente, retrasando su institucionalización.</p>
10	<p>La monitorización de la enfermedad debe realizarse conjuntamente por Atención Primaria y Especializada.</p> <p>El primer nivel prestará especial atención a las enfermedades concomitantes del paciente, y al cuidador. El segundo nivel atenderá la evolución y el ajuste de los fármacos.</p> <p>Es recomendable programar sesiones conjuntas y multidisciplinarias, especialmente si existen síntomas psicóticos y trastornos de conducta disruptivos.</p>

11	Los profesionales deben proveer cuidados paliativos en la fase final de la enfermedad, y deben tener las competencias necesarias para ello.
12	Los gestores de los recursos sanitarios y sociales deben trabajar conjuntamente para elaborar planes de actuación integrales, para el paciente y su familia. Estos planes deben permitir un acceso equitativo y personalizado a todos los recursos necesarios, y un intercambio de información eficaz y útil entre niveles de atención y departamentos.
13	Debe mantenerse la autonomía del paciente la mayor parte del tiempo. Esto incluye el respeto a sus decisiones personales, siempre que la conservación de sus capacidades le permita mantener responsabilidad razonada de sus actos.

C. RECOMENDACIONES GENERALES

La demencia es un síndrome clínico adquirido, que obedece a muy diferentes etiologías y que siempre implica un deterioro intelectual respecto a un nivel premórbido. Está definida por un déficit de al menos dos funciones cognitivas, que provoca una discapacidad con repercusión en los ámbitos laboral, social y/o familiar.

Considerando la etiopatogenia, se establecen tres categorías, caracterizadas por tener un pronóstico diferente y unas posibilidades terapéuticas específicas. Son:

- 1 Las demencias degenerativas**, cuyo factor fisiopatológico principal es la pérdida de neuronas y de sinapsis, ocasionada por alteraciones intrínsecas en el metabolismo neuronal. En este grupo se incluyen, como subtipos más frecuentes, la enfermedad de Alzheimer (EA), la
- 2 Las demencias secundarias**, causadas por factores extrínsecos al propio metabolismo neuronal. A este apartado pertenecen, entre otras,
- 3 Las demencias combinadas**, caracterizadas por contar con más de una causa capaz de producir demencia. Aquí se sitúa la enfermedad

de Alzheimer con cambios vasculares asociados, denominada clásicamente demencia mixta.

La evolución de la demencia es variable, y depende de su etiología. Generalmente sigue un patrón crónico y progresivo, aunque también es posible observar cursos estables e incluso reversibles, que llegan a alcanzar la curación.

La epidemiología descriptiva muestra unas tasas de prevalencia y de incidencia elevadas, lo cual tiene una importante repercusión sociosanitaria. Los resultados del estudio EURODEM señalan, para el grupo de edad de más de 65 años, una prevalencia para la demencia en conjunto del 6.4%; los valores referidos a la enfermedad de Alzheimer suponen un 4.4% y para la demencia vascular un 1.6%. Para el grupo de edad comprendida entre los 65 y 69 años, la prevalencia es el 0.8%, pasando a 28.5% si la edad es igual o superior a los 90 años. Considerando estos mismos rangos de edad, y referido en particular a la EA los valores de prevalencia son 0.6% y 22.0% respectivamente. Respecto a la incidencia, algo menos estudiada, se suele afirmar que su valor varía entre el 1.03% y 3.91%, para la población mayor de 65 años. En particular destaca la correlación entre el incremento progresivo de la tasa de incidencia y la edad, hasta los 85 años, a partir de la cual sólo se observa la correlación en las mujeres.

Estos datos permiten identificar la demencia como “la epidemia del siglo XXI”, si se tiene además en cuenta las características de la pirámide poblacional y de la esperanza de vida, superior a los 80 años en las mujeres y próxima a ese valor en los varones.

Asturias cuenta ya con una población envejecida. Según el censo poblacional de 2006, las personas mayores de 65 años representan el 21.96% del total (236.526 entre 1.076.896 habitantes). Aplicando los valores de prevalencia antes señalados, las personas con demencia residentes en esta Comunidad Autónoma pueden cifrarse en 15.137, de las que unas 10.400 serían enfermos de Alzheimer.

1. FACTORES DE RIESGO. PREVENCIÓN PRIMARIA

El riesgo de padecer una demencia es el resultado de una compleja interrelación entre la carga genética y la exposición a diferentes factores ambientales a lo largo de la vida. El factor de riesgo es una característica biológica o conducta que aumenta la probabilidad de padecer una demencia en aquellos individuos que la presentan. Los datos aportados por la epidemiología permiten clasificar los factores de riesgo, por un lado, en **FR. no modificables**, como son la edad (a mayor edad, mayor riesgo), el sexo (la demencia es más prevalente en mujeres que en varones) y el genotipo, y, por otro, en **FR. modificables**, sobre los que es posible influir. En este último grupo se sitúan los factores de riesgo vascular y el denominado "estilo de vida", de importancia capital dado que su adecuado control incide en un descenso de la tasa de enfermedad de Alzheimer y de demencia vascular, causas más frecuentes de demencia en nuestro medio.

Es aconsejable seguir las recomendaciones del PAPPs (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud), detectando los factores de riesgo vascular y orientando a una dieta equilibrada rica en frutas y verduras, al ejercicio físico e intelectual.

1.1 FACTORES DE RIESGO GENÉTICOS

1.1.1.	Deben ser vigilados los cambios en las habilidades funcionales de los pacientes con síndrome de Down en la edad media de la vida por el alto riesgo de desarrollar EA.	II	B
--------	--	----	---

1.2 ESTILO DE VIDA

1.2.1	Debe desaconsejarse el consumo excesivo de alcohol (>30 gr/d en el varón sano o >20 gr/d en la mujer sana).	I	B
1.2.2	Se desaconsejará el consumo de tabaco.	I	B

1.2.3	Es recomendable promover programas específicos para mejorar los mínimos educativos, programas para el abandono del hábito tabáquico y programas de prevención de traumatismos craneales (por ej. el uso de casco en determinados deportes y del cinturón de seguridad en los vehículos).	III	B
-------	--	-----	---

1.3. FACTORES DE RIESGO VASCULAR

1.3.1	Deben ser examinados y tratados adecuadamente los factores de riesgo cardiovascular asociados a demencia (diabetes, HTA, dislipemia, tabaquismo).	I	A
1.3.2	Deben ser revisados y tratados adecuadamente los factores de riesgo cardiovascular en las personas con demencia.	I	A

1.4 TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS EN PREVENCIÓN PRIMARIA

1.4.1	Deben tratarse las condiciones clínicas que pueden producir alteraciones cognitivas, tras ser detectadas mediante valoración clínica o pruebas de laboratorio (por ej., enfermedad tiroidea, déficit de B12, déficit de folatos, ...).	III	B
1.4.2	Debe instaurarse el tratamiento adecuado de los ataques isquémicos transitorios y de los ictus.	III	B
1.4.3	No debe utilizarse como tratamiento específico de prevención de demencia: <ul style="list-style-type: none"> · la terapia hormonal sustitutiva · los antioxidantes, como vitaminas C y E · los AINES o el AAS · las estatinas 	II	B

REFERENCIAS:

- Dementia. Supporting people with dementia and their carers in health and social care. NHS, London, November 2006. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=319734>.
- Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L, AndersenK, Di Carlo A, Breteler M, et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. *Neurology* 2000; 54 (supl.5): S4-S9.
- Management of dementing Disorders. Canadian Medical Association Journal. Disponible en: <http://www.cmaj.ca/cxgi/data/160/12/DC1/1>
- Sign 50 : A guideline developers' handbook. Edinburgh : SIGN, 2001.

2. EL DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de demencia es un proceso complejo, que requiere de una valoración integral del paciente y de su entorno, sólo posible tras una evaluación minuciosa, detallada e interdisciplinaria, que incluye:

- 1 Una cuidadosa historia clínica
- 2 Un examen del estado mental, tanto en aspectos cognitivos (neuropsicológico), como en aspectos neuropsiquiátricos (psicopatológico)
- 3 Una exploración física, general y neurológica
- 4 Un análisis de la situación funcional
- 5 Una batería de pruebas complementarias, que permita descartar causas tratables o mejorables, además de contribuir al diagnóstico etiológico de la demencia.
- 6 Una valoración social, tanto del paciente como de su familia.

El proceso diagnóstico debe asegurar un diagnóstico temprano y, de este modo, poder proporcionar la intervención más adecuada, al paciente y a la familia, desde las etapas iniciales del trastorno. También, debe detectar las posibles comorbilidades que, asociadas, dificultan el correcto diagnóstico, como es el caso de la depresión o de la utilización de psicofármacos.

El procedimiento diagnóstico permite establecer:

- 1 **Un diagnóstico sindrómico.** Es necesario diferenciar el envejeci-

miento cerebral fisiológico de una situación clínica patológica, bien sea un deterioro cognitivo ligero (síndrome definido por la presencia de quejas cognitivas subjetivas y objetivadas en las pruebas psicométricas, pero que no interfieren con las actividades de la vida diaria) o una demencia. El profesional más adecuado para asumir esta tarea es el médico de Atención Primaria, que conoce la historia clínica previa, la situación cognitiva y funcional premórbida, así como el soporte familiar existente. La precariedad de tiempo en las consultas de Atención Primaria representa un grave problema, por lo que debe equilibrarse la calidad deseada con la permitida por la realidad asistencial.

- 2 Un diagnóstico nosológico y etiológico.** Después de confirmar la existencia clínica de demencia es preciso identificar su causa. Esta responsabilidad debe recaer en un especialista en demencias y deterioro cognitivo (Anexo 1), y corresponde a Atención Especializada. La actuación en este nivel asistencial tiene como objetivos principales, además de confirmar el diagnóstico sindrómico, encontrar causas tratables o patología vascular asociada, dar un diagnóstico nosológico (por ejemplo, establecer el subtipo de las demencias degenerativas) e iniciar los tratamientos específicos. En nuestro medio, la opinión del neurólogo con experiencia en demencias es la más solicitada pero, no obstante, en algunas situaciones el proceso se inicia a nivel del especialista en Psiquiatría, en particular en los casos dudosos de depresión tórpida y en los de presentación con sintomatología psiquiátrica; por último, otros enfermos son llevados directamente por el especialista en Geriatría.

El diagnóstico neuropsicológico es un elemento fundamental para la categorización de un trastorno cognitivo. La evaluación neuropsicológica permite confirmar o refutar un diagnóstico sindrómico dudoso, además de aportar información valiosa para la aproximación nosológica y etiológica. Con frecuencia, su aportación resulta más útil que la de la neuroimagen. En esta Comunidad Autónoma existen graves carencias en este campo, por lo que una de las áreas de mejora más importante será disponer de este servicio, al menos como referencia.

El diagnóstico etiológico es posible, en numerosas ocasiones y en base al nivel de conocimiento actual, mediante el estudio anatómo-patológico. La realización de una biopsia cerebral se considera limitada a casos particulares; sin embargo, la práctica de necropsias se valora hoy en día como uno de los indicadores de calidad en la asistencia a la demencia. Esta consideración lleva a la necesidad de disponer de un Banco de Cerebros Regional.

2.1 DIAGNÓSTICO DE CRIBADO POBLACIONAL			
2.1.1	No existe evidencia acumulada suficiente para recomendar la realización de test de cribado en población anciana.	1	B
2.1.2	Los profesionales de la salud mantendrán un elevado índice de sospecha de deterioro cognitivo en los pacientes a su cargo, interrogándoles de una forma regular y específica, al igual que a sus familiares, acerca de la situación funcional y cognitiva.	2	B

2.2 DIAGNÓSTICO EN PACIENTES CON QUEJAS SUBJETIVAS			
2.2.1	Las quejas subjetivas de pérdida de memoria, especialmente en pacientes de nivel educativo medio-alto y/o avaladas por un informador fiable, deben ser consideradas señales de alarma, ya que pueden ser predictivas de demencia, aunque también pueden asociarse con depresión o ansiedad.	2	B
2.2.2	Las quejas de deterioro funcional que parten de informadores fiables son la señal de alarma más importante para considerar una posible demencia.	2	A
2.2.3	En las personas con quejas subjetivas de deterioro cognitivo y/o funcional, debe llevarse a cabo una evaluación con herramientas estandarizadas, validadas y de uso sencillo, en Atención Primaria.	2	B

1.2.4	En los pacientes mayores de 70 años con sospecha de deterioro cognitivo, la herramienta más recomendada para el diagnóstico de deterioro cognitivo en Atención Primaria es el MMSE, en su versión adaptada (Anexo 2).	2++	B
1.2.5	La interpretación del MMSE, como la de otros test, debe basarse en la corrección de los factores que puedan alterar su puntuación. En particular, debe ajustarse por edad y por nivel educativo previo, de acuerdo a criterios validados en nuestra población (Anexo 3).	3	D
1.2.6	En los pacientes mayores de 70 años con sospecha de deterioro cognitivo, la escala recomendada para el diagnóstico de pérdida funcional es aquella que valore tareas instrumentales de la vida diaria. En nuestro entorno se aconseja utilizar el FAQ (Anexo 4).	3	B
2.2.7	El test del informador (IQCODE), en forma auto o heteroadministrada, completado por un informador fiable y asociado a los test y a las escalas de aplicación directa al paciente, es una herramienta de gran utilidad en el diagnóstico de la demencia (Anexo 5: versión española abreviada).	2	C

2.3 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL INICIAL: COMORBILIDADES

2.3.1	Debe revisarse siempre, especialmente desde Atención Primaria, toda la medicación utilizada, para identificar y minimizar el efecto de los fármacos que puedan alterar la función cognitiva, incluidos los autoadministrados.	2+	B
2.3.2.	Como parte de la valoración inicial de una demencia, debe plantearse siempre la posibilidad de una depresión. La relación depresión-demencia es compleja: la depresión puede ser causa de un deterioro cognitivo por sí misma, pero también los síntomas depresivos son frecuentes en pacientes con demencia, en particular al inicio de la enfermedad.	2++	B

2.3.3	Para la detección de depresión en pacientes con quejas cognitivas o funcionales debe emplearse una herramienta psicopatológica validada. La herramienta recomendada es la escala abreviada de Yesavage (Anexo 6).	3	C
2.3.4	Debe sospecharse depresión como causa de deterioro cognitivo cuando: <ol style="list-style-type: none"> 1. La forma de presentación de la demencia es subaguda (en semanas, en vez de meses o años) 2. Los síntomas predominantes son comportamentales, cambios en patrones de alimentación o sueño, tristeza, llanto inexplicado, sentimientos de culpabilidad o ideación suicida. 3. Las quejas objetivas de deterioro cognitivo y funcional observadas por los informadores son inferiores a las subjetivas. 4. Existe un acontecimiento vital que puede justificar la clínica depresiva. 	3	B
2.3.5	Ante la sospecha de depresión, debería iniciarse un tratamiento antidepresivo (no farmacológico y/o farmacológico) y en el caso de falta de mejoría, referir a un especialista para mejor valoración.	3	B
2.3.6	Ante la aparición de síntomas de deterioro cognitivo agudo (en días o semanas) en un paciente anciano, debe descartarse un síndrome confusional agudo según criterios DSM-IV y, en tal caso, investigar la causa o causas subyacentes (Anexo 8).	2	D
2.3.7	En el estudio inicial de una demencia debe realizarse una batería elemental de pruebas complementarias, incluyendo una analítica: <ol style="list-style-type: none"> 1. Hemograma y VSG 2. Bioquímica (electrolitos, calcio, glucosa, función renal y función hepática) 3. Pruebas de función tiroidea (TSH) 4. Niveles de vitamina B₁₂ y folatos La presentación y tipología clínica puede determinar la necesidad de otras investigaciones, como lípidos, serología de lúes o VIH, Rx de tórax o ECG.	2	B

2.4 CRITERIOS DE DERIVACIÓN			
2.4.1	<p>Se debe remitir al paciente a un médico especialista en demencias y deterioro cognitivo (Anexo 1), con el fin de confirmar el diagnóstico de demencia, en los siguientes casos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnóstico de demencia posible confirmado en test y escalas iniciales, o confirmado por progresión tras 6 meses de observación, sin causa secundaria demostrada. 2. Diagnóstico de deterioro cognitivo dudoso tras la realización de las pruebas iniciales y seguimiento al menos 6 meses. 3. Presencia de depresión u otra sintomatología psíquica que, tras un tratamiento adecuado por Salud Mental, no muestra mejoría. 4. Historia familiar que pueda requerir consejo genético 5. Inclusión en estudios de investigación o ensayos clínicos. 	3	B
2.4.2	<p>Debería remitirse a Atención Especializada a aquellos sujetos en los que los profesionales de Atención Primaria detecten síntomas o signos de deterioro cognitivo ligero, con el fin de proceder al estudio basal y a planificar su seguimiento, en particular de los aspectos neuropsicológicos del deterioro.</p>	3	C

2.5 DIAGNÓSTICO SINDRÓMICO			
2.5.1	<p>El nivel de Atención Especializada debe.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Confirmar el diagnóstico sindrómico del deterioro cognitivo ligero y, en caso afirmativo, proceder al etiológico. 2. Confirmar el diagnóstico sindrómico de demencia y, en caso afirmativo, identificar el subtipo de demencia. 	3	C

2.5.2	Los criterios de elección en el diagnóstico sintromico de demencia son los recogidos en la definición del DSM-IV, tanto por su fiabilidad como por su facilidad de uso (Anexo 10).	II	B
2.5.3	Se recomienda utilizar los criterios diagnósticos de deterioro cognitivo ligero fijados por el European Consortium on Alzheimer's Disease (Anexo 9).	4	D
2.5.4	Simultáneamente al diagnóstico sintromico, debe prestarse atención al diagnóstico de comorbilidades médicas y síntomas neuropsiquiátricos asociados a la demencia y sus causas subyacentes, incluyendo depresión, trastornos conductuales y psicosis, para asegurar el proceso diagnóstico y el manejo óptimo de estas condiciones. En nuestro medio, una herramienta diagnóstica recomendada es el NPI (Anexo 7).	3	C

2.6 DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE SUBTIPOS

2.6.1	Se recomienda utilizar los criterios NINCDS-ADRDA para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer (Anexo 11).	2++	B
2.6.2	Se recomienda usar los criterios NINDS-AIREN para el diagnóstico de la demencia vascular (Anexo 12).	1++	B
2.6.3	Se recomienda seguir los criterios Lund-Manchester para el diagnóstico de la demencia frontotemporal (Anexo 13).	2+	C
2.6.4	Se recomienda aplicar los criterios del Consorcio Internacional para el diagnóstico de la demencia con cuerpos de Lewy (Anexo 14).	2+	C
2.6.5	Se recomienda considerar los criterios clínicos para la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) en casos de demencia rápidamente progresiva (Anexo 15).	1	A

2.6.6	Una valoración seriada en el tiempo puede ser necesaria para establecer y confirmar el diagnóstico etiológico (subtipo de demencia).	3	B
-------	--	---	---

2.7 ESTUDIOS NEUROPSICOLÓGICOS

2.7.1	El estudio neuropsicológico es útil para el diagnóstico inicial, para el diagnóstico diferencial, para el diagnóstico etiológico y para el seguimiento evolutivo de la demencia.	2++	C
2.7.2	El estudio neuropsicológico ayuda en el diagnóstico diferencial de la demencia, en particular los casos asociados a depresión.	1++	B
2.7.3	Una adecuada valoración neuropsicológica debería ser efectuada con prioridad a los estudios complementarios de imagen. El estudio neuropsicológico en el momento actual es superior a la neuroimagen (MRI o PET) para el diagnóstico de la demencia.	1++	B
2.7.4	El estudio neuropsicológico formal debe utilizarse en el diagnóstico de una demencia, al menos en estos supuestos: 1. Pacientes con demencia dudosa o muy leve por criterios clínicos. 2. Pacientes con difícil diagnóstico etiológico por criterios clínicos. 3. Pacientes con demencia de inicio en edad inferior a los 65 años. 4. Pacientes con presentación clínica atípica.	1++	B
2.7.5	El estudio neuropsicológico formal debe efectuarse de acuerdo a estándares internacionales para la valoración de cada diagnóstico. Debe efectuarlo un especialista con experiencia suficiente (Anexo 1).	2	C

2.8 ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS. BIOQUÍMICA			
2.8.1	Debe completarse la batería de pruebas complementarias referida en la rec. 2.3.7 si no ha sido efectuada, con anterioridad a su derivación, en el nivel asistencial previo.	2	B

2.9 ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS. SEROLOGÍA			
2.9.1	El cribado de sífilis no está indicado como rutina de despistaje de neurolúes en nuestro medio.	3	C
2.9.2	El cribado de VIH no está indicado de rutina, excepto que existan factores de riesgo específicos o que el cuadro clínico lo sugiera.	2	B

2.10 ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS. NEUROIMAGEN			
2.10.1	Debe realizarse una prueba de neuroimagen en el diagnóstico rutinario inicial de una demencia, siendo de elección la TC sin contraste o la RM craneal. La RM es preferible para detectar cambios vasculares subcorticales y para el diagnóstico de la ECJ.	2++	B
2.10.2	Las pruebas de neuroimagen deben ser interpretadas por especialistas en radiología que dispongan de buena correlación clínica. Este aspecto es muy importante si se aplica a pacientes con trastornos premórbidos del aprendizaje, por las dificultades de interpretación.	2	B
2.10.3	Se recomienda la realización de RM como técnica inicial en los siguientes casos: 1. Edad inferior a 70 años. 2. Deterioro rápido no explicable. 3. Síntomas cognitivos atípicos (por ej. afasia progresiva). 4. Ausencia de síntomas o signos neurológicos de localización.	2	B

2.10.4	Se recomienda comenzar el estudio con un TC (no excluye realizar, si se precisa, posteriores estudios con RM) si: 1. Reciente trauma craneal. 2. Historia previa de cáncer (sobre todo en localizaciones y con tipos histológicos de alta incidencia de metastatización). 3. Uso de anticoagulantes o diátesis hemorrágica. 4. Incontinencia urinaria o trastorno de la marcha precoces en el curso de la demencia. 5. Síntomas neurológicos de nueva aparición (por ej. cefalea o crisis). 6. Signos neurológicos de nueva aparición (por ej. hemiparesia, signo de Babinski).	2	B
2.10.5	La neuroimagen funcional (SPECT y PET) no es recomendada de rutina, pero puede ser de ayuda para el diagnóstico diferencial de los subtipos si existe duda en el diagnóstico clínico.	II	C
2.10.6	Los pacientes con síndrome de Down muestran anomalías en el SPECT con HMPAO que son similares a las observadas en los pacientes con EA, por lo que esta técnica no es útil para el diagnóstico de demencia en ellos.	2++	C
2.10.7	El SPECT con marcadores dopaminérgicos (FP-CIT) puede usarse para ayudar al diagnóstico en pacientes con sospecha de demencia con cuerpos de Lewy si existen dudas clínicas.	2++	C
2.10.8	Si el SPECT no está disponible, el FDG-PET puede ser considerado para diferenciar EA, DV y FTD, si existen dudas.	2+	C

2.11 ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS. LCR

2.11.1	No se recomienda de rutina el análisis de LCR en el estudio de una demencia.	2++	B
--------	--	-----	---

2.11.2	Debe realizarse la determinación de la proteína 14-3-3 en LCR, para confirmar o descartar el diagnóstico de ECJ en las circunstancias clínicas apropiadas.	1	A
--------	--	---	---

2.12 ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS. EEG

2.12.1	El estudio EEG no está indicado de rutina en el estudio de una demencia.	2++	B
2.12.2	El estudio EEG debe valorarse si se sospecha un delirium o una ECJ, y en los casos en que se asocian crisis comiciales.	2	C

2.13 ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS. GENÉTICA

2.13.1	Debe existir un Centro Autónomo de referencia, con personal y metodología interdisciplinar, para el estudio genético-molecular que permita el análisis de muestras y el adecuado consejo genético a los pacientes y familiares que lo precisen.	3	✓ PCAI
2.13.2	Se recomienda el estudio genético en los pacientes con demencia que presenten una historia familiar sugestiva de herencia autosómica dominante, en particular los casos de enfermedad de Huntington y de CADASIL, pero también en la EA y la DFT.	3	✓ PCAI
2.13.3	Los familiares asintomáticos de pacientes que presentan un patrón de herencia autosómico dominante deberían ser evaluados clínica y neuropsicológicamente, además de ser sometidos a las pruebas complementarias necesarias para determinar si existe o no enfermedad. Deben ser preguntados específicamente acerca de su interés en conocer los resultados del test genético y, en caso de ser la respuesta afirmativa, proporcionar el estudio y consejo genéticos.	3	✓ PCAI

2.13.4	No se recomiendan de rutina la determinación del genotipo de la ApoE ni el estudio de mutaciones de la proteína Tau en pacientes con sospecha de EA y DFT, respectivamente. Tampoco se aconseja el estudio genético en pacientes con sospecha de Demencia con cuerpos de Lewy o de ECJ. El motivo es que aportan escasa ganancia a la precisión diagnóstica de los criterios clínicos.	III	✓ PCAI
2.13.5	Debería disponerse de un Banco Autónomo de DNA, para recogida y conservación de muestras de pacientes con demencia, especialmente de inicio temprano o con antecedentes familiares positivos.	3	C

2.14 DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO

2.14.1	La biopsia cerebral debe considerarse sólo en pacientes altamente seleccionados, en los que se sospecha una causa potencialmente tratable y reversible y que no puede ser diagnosticada de otra forma.	3	C
2.14.2	Es aconsejable la realización del estudio necrópsico dado que, actualmente, el diagnóstico etiológico definitivo de una demencia es anatomo-patológico. La correlación clínico-patológica es el objetivo de investigación de más alta calidad en este campo médico.	3	C
2.14.3	Deben arbitrarse las medidas necesarias para disponer de un Banco de cerebros Regional, y así favorecer las donaciones y la investigación, además de permitir la realización de necropsias de un modo rápido y sencillo, tanto para la familia como para los profesionales implicados.		✓ PCAI

REFERENCIAS:

- Dementia. Supporting people with dementia and their carers in health and social care. NHS, London, November 2006. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=319734>.

- Knopman DS, Dekosky ST, Cummings JL, Chui H, Corey-Bloom J, Relkin N, et al. Practice parameter: Diagnosis of dementia (an evidence-based review). *Neurology* 2001; 56: 1143-1153.
- Management of dementing Disorders. Canadian Medical Association Journal. Disponible en: <http://www.cmaj.ca/cxgi/data/160/12/DC1/1>
- Masters CL, Harris JO, Gajdusek DC, Gibbs Jr CJ, Bernoulli C, Asher DM. Creutzfeldt-Jakob disease: patterns of worldwide occurrence and the significance of familial and sporadic clustering. *Ann Neurol* 1979; 5: 177-188.
- Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M, Tangalos EG, Cummings JL, DeKosky ST. Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review). *Neurology* 2001; 56: 1133-1142.
- Pitner JK, Bachman DL. A synopsis of the practice parameters on dementia from the American academy of neurology on the diagnosis of dementia. *Consult Pharm.* 2004 Jan;19, 1: 52-63.
- Screening for dementia. Recommendations and Rationale. U.S. Preventive Services Task Force. 2003. Disponible en: <http://www.annals.org/cgi/reprint/138/11/925.pdf>
- Screening for dementia in Primary Care: A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. AHRQ Pub. No. 03-520B 2003. Disponible en: <http://www.annals.org/cgi/reprint/138/11/927.pdf>
- Waldemar G, Dubois B, Emre M, Georges J, McKeith IG, Rossor M, et al. Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline. *Eur J Neurol.* 2007; 14: 1-26.
- Will RG, Zeidler M, Stewart GE, Macleod MA, Ironside JW, Cousens SN, et al. Diagnosis of new variant Creutzfeldt-Jakob disease. *Ann Neurol* 2000; 47: 575-582.

3. INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA

El avance de la demencia implica para el sujeto un triple deterioro: cognitivo, emocional/conductual y funcional. Por ello, el abordaje de esta patología ha de hacerse de una manera global empleando intervenciones farmacológicas y no farmacológicas.

En las demencias secundarias el tratamiento farmacológico prioritario es el etiológico, siempre que sea posible. Así, en la demencia vascular se considerarán las medidas específicas de la profilaxis primaria y secundaria de la enfermedad cerebrovascular. En el caso de algunas demencias

neurodegenerativas, sobre todo en la enfermedad de Alzheimer, está indicado el tratamiento con fármacos inhibidores de las colinesterasas (IChE) (donepezilo, rivastigmina y galantamina), dirigidos a mejorar la neurotransmisión colinérgica, dado que han demostrado un efecto beneficioso sobre el deterioro cognitivo, sobre los síntomas psicológicos y conductuales, además de retrasar la institucionalización de los individuos afectados. También está indicado la terapia con antagonistas de los receptores de NMDA (memantina), encaminados a reducir la excitotoxicidad glutamatérgica, aunque los últimos estudios reducen su uso de actuación. Los anticolinesterásicos y la memantina pueden ser usados de forma única o combinada; el estadio evolutivo de la enfermedad en que se encuentre el paciente fija su indicación formal: en una fase leve, los anticolinesterásicos; en una fase avanzada, la memantina, y ambos asociados en una fase moderada. No obstante, los resultados que se obtengan en los diferentes ensayos clínicos que se están desarrollando actualmente, podrían modificar el espectro de su utilización en un futuro.

Hay que señalar que dada la constelación de síntomas que pueden aparecer simultáneamente en un mismo paciente, es necesario priorizar, con vistas a la estrategia terapéutica, aquellos más disruptivos porque son los que condicionan un mayor disconfort al enfermo y/o una superior carga a sus cuidadores. Merecen una mención especial los síntomas no cognitivos asociados a la demencia (Anexo 16), porque suelen ser el motivo más habitual de claudicación familiar, lo que conlleva a la institucionalización del paciente.

Las medicaciones deben emplearse a las dosis recomendadas (Anexo 17), con especial cautela en pacientes ancianos debido al mayor riesgo de efectos adversos y a las potenciales interacciones farmacológicas, en base a la habitual polifarmacia a que están sometidos. A este respecto conviene recordar que la primera medida terapéutica debe ser retirar, siempre que sea posible, aquellos fármacos que puedan contribuir al menor rendimiento cognitivo del paciente, como por ejemplo los antihistamínicos y las benzodiazepinas de vida media larga.

Muchas cuestiones acerca del tratamiento farmacológico de las demencias permanecen sin respuesta hoy en día. Por ello, es necesario analizar cada caso de forma individual, hacer partícipes a los familiares y/o los representantes legales en la toma de decisiones, e incluso incluir el consentimiento informado en algunas circunstancias.

3.1 ANTICOLINESTERÁSICOS			
3.1.1	El donepezilo, la galantamina y la rivastigmina deben ser utilizados en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer.	I	A
3.1.2	La rivastigmina debe ser empleada en el tratamiento de la Demencia con cuerpos de Lewy y de la Demencia asociada a la enfermedad de Parkinson.	II	B
3.1.3	La galantamina puede ser administrada para el tratamiento de pacientes con demencia combinada (enfermedad de Alzheimer con componente vascular asociado).	II	B
3.1.4	Se recomienda ensayar los restantes IChE ante la no respuesta a un fármaco anticolinesterásico, así como tras la aparición de efectos adversos.	III	D

3.2 MEMANTINA			
3.2.1	La memantina debe ser empleada en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer moderada y grave.	I	A

3.3 BENZODIACEPINAS			
3.3.1	Puede ser considerado el uso de benzodiazepinas en pacientes con ansiedad intensa, con episodios infrecuentes de agitación, o que han de ser sedados para una intervención.	III	C

3.4 ANTICOMICIALES			
3.4.1	El valproato y la carbamazepina pueden ser utilizados en pacientes no psicóticos con trastornos conductuales, en especial aquellos con síntomas leves o sensibilidad a medicaciones antipsicóticas.	II	C

3.5 ANTIDEPRESIVOS			
3.5.1	Se recomienda utilizar los ISRS en el tratamiento de la depresión comórbida en demencia.	II	C
3.5.2	Se aconseja también el uso de venlafaxina y de mirtazapina en el tratamiento de la depresión comórbida en demencia	III	D
3.5.3	Se considerará el uso de trazodona en las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> · en pacientes con síntomas depresivos y agitación asociada. · cuando los antipsicóticos no han sido eficaces o bien tolerados. · en el control de los trastornos del sueño. 	II	C

3.6 ANTIPSICÓTICOS (NEUROLÉPTICOS)			
3.6.1	Los antipsicóticos típicos pueden ser usados para tratar puntualmente los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia.	I	A
3.6.2	Los antipsicóticos (típicos y atípicos) pueden ser usados para controlar un síndrome confusional agudo en pacientes con demencia.	I	A
3.6.3	Los antipsicóticos atípicos pueden ser usados, con precaución, para el control de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia.	II	B

3.6.4	Los antipsicóticos típicos, la olanzapina y la risperidona, aumentan el riesgo cardiovascular. Se debe informar a los pacientes y a los cuidadores acerca de este hecho.	II	D
3.6.5	El uso de antipsicóticos típicos y atípicos (a excepción de la risperidona), podría aumentar el riesgo de mortalidad en pacientes con demencia. Se debe informar a los pacientes y a los cuidadores acerca de este hecho.	I	A
3.6.6	El uso de antipsicóticos típicos podría aumentar en mayor medida el riesgo de mortalidad que el uso de antipsicóticos atípicos en pacientes con demencia. Se debería informar a los pacientes y a los cuidadores acerca de este hecho.	II	C
3.6.7	Se debe evitar el uso rutinario de antipsicóticos para el control del comportamiento en pacientes con demencia. Debe reservarse para síntomas psicóticos, distrés emocional o comportamientos peligrosos.	I	A
3.6.8	Se debe revisar regular y frecuentemente (al menos cada 3 meses) la necesidad del uso de los neurolépticos pautados.	II	C

REFERENCIAS:

- Bragin V, Chemodanova M, Dzhaferova N, Bragin I, Czerniawski JL, Aliev G. Integrated treatment approach improves cognitive function in demented and clinically depressed patients. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 2005; 20, 1:21-66.
- Cummings JL. *La neuropsiquiatría de la enfermedad de Alzheimer y demencias relacionadas.* Barcelona: Atlas Medical Publishing; 2004.
- Dementia. Supporting people with dementia and their carers in health and social care. NHS, London, November 2006. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=319734>
- Forgetful but not forgotten: assessment and aspects of treatment of people with dementia by a specialist old age psychiatry service. Royal College of Psychiatrists (London). Council Report CR 119, April 2005.
- Haupt M, Cruz-Jentoft A, Jeste D. Mortality in elderly dementia patients treated with risperidone. *J Clin Psychopharmacol* 2006; 26, 6 :566-70.

- Kogoj A, Darovec J, Velikonja I, et al. Regulación respecto a síntomas psicológico y conductuales de la demencia en Eslovenia: guías de actuación. *Eur. J. Psychiat.* (Ed. esp.) 2004; 18, 3:171-180.
- Management of dementing Disorders. Canadian Medical Association Journal. Disponible en: <http://www.cmaj.ca/cxgi/data/160/12/DC1/1>
- Management of patients with dementia. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign86.pdf>
- Raji MA, Brady SR. Mirtazapine for treatment of depression and comorbidities in Alzheimer disease. *Ann Pharmacother* 2001; 35, 9:1024-7.
- Schneider LS, Dagerman KS, Insel P. Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *JAMA* 2005; 294, 15:1934-43.
- Treating Alzheimer's Disease and other dementias of late life. A Quick Reference Guide. American Psychiatric Association. 2004. Disponible en: http://www.psych.org/psych_pract/treatg/quick_ref_guide/AlzheimersQRG_04-15-05.pdf
- Van Dyck CH, Schmitt FA, Olin JT. Memantine MEM-MD-02 Study Group. A responder analysis of memantine treatment in patients with Alzheimer disease maintained on donepezil. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 14, 5: 428-37.
- Waldemar G, Dubois B, Emre M, Georges J, McKeith IG, Rossor M, et al. Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline. *Eur J Neurol.* 2007; 14: 1-26.
- Wang PS, Schneeweiss S, Avorn J, Fischer MA, Mogun H, Solomon DH, et al. Risk of death in elderly users of conventional vs. atypical antipsychotic medications. *N Engl J Med.* 2005; 353, 22:2335-41.

4 INTERVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA

El tratamiento no farmacológico para tratar el deterioro cognitivo actúa en virtud de la premisa de que éste es agravado por la carencia de estímulos y que en los estadios leve-moderado de la demencia existe capacidad de aprendizaje. El paciente con demencia debe ser valorado en términos de sus capacidades y logros residuales y no en virtud de lo que ya no puede hacer.

Hay que tener en cuenta que, así como los resultados de la intervención farmacológica pueden medirse fácilmente, la intervención no farmacoló-

gica es más difícil de evaluar y los estudios de doble ciego son raramente posibles, dado que el paciente o su cuidador son conscientes del tipo de intervención que están recibiendo. A pesar de esto, todas las guías recomiendan realizar una intervención no farmacológica, combinada con la farmacológica, para tratar el deterioro cognitivo, y, en el caso de los síntomas psicológicos y conductuales (anexo 16), se considera el tratamiento de elección, salvo en caso de psicosis o situaciones de riesgo para el paciente y su entorno, en donde se recomienda combinar ambas.

El tratamiento no farmacológico de las demencias consiste en una combinación de abordajes estructurados, técnicas específicas aplicadas a problemas concretos y una buena dosis de intuición del cuidador para no sobrepasar el nivel de tolerancia del paciente. Dentro de esta Intervención figuran:

- **Terapia Ocupacional:** se ocupa fundamentalmente de la potenciación de las Actividades de la Vida Diaria (AVD, tanto básicas como instrumentales).
- **Ejercicio físico, fisioterapia y psicomotricidad.**
- **Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica:** persiguen la ejercitación, restauración, sustitución o compensación de la función cognitiva afectada, tratando de retrasar la progresión del deterioro y potenciando el logro del máximo nivel de autonomía del individuo (Anexo18). En el momento actual, las nuevas tecnologías abren una potencialidad muy grande para la rehabilitación cognitiva y ya se empieza a utilizar el ordenador para rehabilitar funciones en la demencia, careciendo por el momento de evidencia empírica que respalde la eficacia de estos trabajos. Es por este motivo, por lo que en este capítulo se hará mención de manera exclusiva a técnicas más clásicas, siendo conscientes de la necesidad de revisión de este apartado en un futuro inmediato.
- **Psicoterapia individual y/o familiar:** con ella se interviene en la sintomatología psicológica y conductual que aparece asociada a la demencia, al igual que sirve de instrumento de tratamiento para el alivio de los síntomas y del sufrimiento de los cuidadores (Anexo19).

- **Estimulación multisensorial (o Snoezelen):** son aquellas actividades que buscan la estimulación de los cinco sentidos teniendo en cuenta las características, los gustos y el estilo de vida de cada paciente, persiguiendo como objetivos lograr el máximo nivel de ajuste y bienestar, además de reducir el comportamiento desadaptativo y la apatía.
- **Actividades recreativas:** juegos, artesanía, animales de compañía, etc.
- **Adaptación del entorno ambiental:** consiste en una serie de modificaciones que buscan evitar los accidentes y potenciar las ABVD (retirar obstáculos, guardar objetos peligrosos bajo llave, buena iluminación, etc)
- **Cuidados básicos:** alimentación, eliminación, higiene personal, higiene del sueño, etc.
- **Otras terapias:** musicoterapia, aromaterapia, masajes, etc

Las distintas áreas sobre las que trabaja la intervención no farmacológica incluyen:

1. Función
2. Cognición
3. Síntomas psicológicos y conductuales
4. Educación de paciente y cuidador formal e informal
5. El cuidador (anexo 20)

El papel de los profesionales de enfermería es fundamental en la atención de este tipo de pacientes. Como profesionales expertos en este tipo de cuidados serán los encargados de educar tanto al paciente como al cuidador 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 elaboración y seguimiento de un plan de cuidados específico para el paciente y el cuidador con la definición de todos los diagnósticos enfermeros directamente relacionados con esta patología (nutricionales, traumatismos, aspiración, incontinencia, ...) es la base de una atención multidisciplinar de calidad.

4.1 MANTENIMIENTO DE LA FUNCIÓN			
4.1.1	Se recomienda que el cuidador supervise las AVD que realiza el paciente, así como que propicie su práctica rutinaria y proporcione un refuerzo positivo, dado que mejoran la capacidad funcional del paciente.	I	A
4.1.2	Se aconseja acompañar al paciente al WC de forma programada, dado que favorece el reflejo miccional y disminuye la incontinencia.	II	B
4.1.3	Se debe fomentar la actividad física rutinaria del paciente ya que favorece el mantenimiento de la movilidad, especialmente cuando se acompaña de conversación, además de mejorar la continencia esfinteriana.	I	A
4.1.4	No se debería excluir a los pacientes con demencia de los programas de rehabilitación, ya que pueden beneficiarse de la intervención tanto como las personas no dementes.	III	✓ PCAI
4.1.5	El diseño del entorno residencial debe incluir: 1. Unidades de pequeño tamaño. 2. Separación de pacientes con y sin deterioro cognitivo. 3. Buena iluminación. 4. Cerrojos en las puertas de acceso. 5. Diseño familiar. 6. WC bien señalizados.	III	✓ PCAI

4.2 MANTENIMIENTO DE LA COGNICIÓN			
4.2.1	Se debe ofrecer estimulación cognitiva al paciente con demencia leve-moderada, dado que mejora su función cognitiva y su calidad de vida.	I	A
4.2.2	Se debería asociar la estimulación cognitiva y el tratamiento con donepezilo en la demencia leve y moderada, dado que el grado de mejora del estado cognitivo es superior que con el tratamiento farmacológico sólo.	I	A

4.2.3	Se considerará la Terapia de Orientación a la Realidad debido a que puede enlentecer el deterioro cognitivo, a que mejora el comportamiento y también retrasa la institucionalización.	II	B
4.2.4	Las intervenciones no farmacológicas combinadas tienen efectos positivos en el estado cognitivo y en el humor. Se deberían implementar los programas que incluyan TOR, entrenamiento de memoria, terapia de reminiscencia, musicoterapia y ejercicio físico, como tratamiento de rutina.	I-III	

4.3 MANEJO DE LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES (SPC)

Generalidades

4.3.1	La intervención no farmacológica es el tratamiento de elección para estos síntomas, salvo en el caso de trastornos de conducta severos que supongan un peligro para el propio paciente o para su entorno.	I	A
4.3.2	Las primeras intervenciones para las alteraciones conductuales y psicológicas deben ser modificaciones ambientales y conductuales.	I	B

Alteración del sueño

4.3.3	Se recomiendan medidas higiénicas de sueño antes de instituir un tratamiento farmacológico.	III	C
-------	---	-----	---

Trastornos emocionales

4.3.4	Se debe intervenir mediante la psicoterapia cuando existe ansiedad y depresión en el paciente ya que, además de reducir ambos trastornos, mejora la salud autopercebida por los cuidadores.	I	A
-------	---	---	---

4.3.5	En concreto, la intervención conductual debería ser ofrecida como parte del tratamiento, por ser eficaz como tratamiento de la depresión.	II	B
Trastornos de conducta (TC)			
4.3.6	Ante un cuadro de agitación en un paciente con demencia se debe descartar: 1. Causas físicas: dolor, estreñimiento, etc. 2. Efectos secundarios de la medicación (por ej. levodopa). 3. Causas psicológicas: psicosis, depresión, ansiedad. 4. Interacción conflictiva con el entorno (por ej. inadecuada señalización del WC).	I	A
4.3.7	Se debe promocionar las siguientes las intervenciones no farmacológicas: 1. Instauración de una rutina para las ABVD (comida, baño, etc.) 2. Explicación clara de las tareas a realizar 3. Mantener su propia ropa y pertenencias 4. Evitar el exceso de estimulación (espejos, ruido, luz, etc.) 5. Proporcionar actividades lúdicas, como la música, a la hora de comidas, baño, etc.	II	B
4.3.8	Se debe considerar la Terapia de Orientación a la Realidad en el manejo de los TC en pacientes con demencia leve.	I	A
4.3.9	Debe modificarse la actitud del cuidador, si es necesario, antes de la administración de psicofármacos.	I	A

4.4 EDUCACIÓN PARA PACIENTE Y CUIDADOR

4.4.1	Se debe facilitar la comunicación con el paciente con demencia, resultando de utilidad el empleo de dibujos y del lenguaje no verbal.	II	B
-------	---	----	---

4.4.2	Muchos pacientes con demencia pueden entender su diagnóstico, recibir información y ser involucrados en la toma de decisiones. La información posibilita la planificación del futuro, el entendimiento de lo que le está ocurriendo y el desarrollo de estrategias de afrontamiento como por ej. las ayudas de memoria.	III	B
4.4.3	La información debe preceder al desarrollo de la enfermedad y ha de ser completa e incluir además del diagnóstico, el pronóstico y las opciones de tratamiento así como información sobre grupos de apoyo. La información debe ceñirse a las necesidades de paciente y cuidador y no sólo a los aspectos que el médico considere relevantes.	II	B
4.4.4	Se recomienda disponer de un teléfono de contacto con profesionales sanitarios dado que reduce el número de consultas y la utilización de recursos hospitalarios. Además, en el cuidador, disminuye la incidencia de síntomas depresivos, de estrés y de aislamiento.	I	A
4.4.5	Se proporcionarán intervenciones educativas a los cuidadores ya que, a corto plazo, mejoran su autoconfianza e inciden favorablemente en el conocimiento de la enfermedad y, a largo plazo, retrasan la institucionalización del enfermo.	III	C
4.4.6	Se debe programar intervenciones educativas sobre el personal de residencias dado que es una medida que reduce el uso innecesario de antipsicóticos.	II	B
4.4.7	Se recomienda, en los centros residenciales, la implantación de programas que combinan recomendaciones sobre la utilización de medicación antipsicótica, actividades recreativas para los pacientes y sesiones multidisciplinares de seguimiento y control de síntomas, ya que no sólo consiguen reducir los TC sino también la prescripción de antipsicóticos y el uso de restricciones físicas	1	A

4.5 INTERVENCIONES SOBRE EL CUIDADOR			
4.5.1	Los profesionales de Atención Primaria deben ser conscientes del impacto que la demencia tiene en los cuidadores, independientemente del nivel de deterioro cognitivo, e introducirlos en grupos de apoyo.	1	A
4.5.2	Se debería proporcionar las intervenciones sobre el cuidador necesarias (apoyo psicológico, estrategias de manejo de los TC etc.) dado que mejoran la sobrecarga y la depresión del cuidador a corto plazo y, a la larga, redundan en una mejora del cuidado, de los trastornos de conducta y de la funcionalidad del paciente, retrasando su institucionalización	1	A
4.5.3	El beneficio de los ingresos u hospitalizaciones de respiro es mayor para los cuidadores que para los pacientes, representando un tipo de recurso de apoyo a considerar.	2	B
4.5.4	Las intervenciones específicas no farmacológicas para familiares y cuidadores (por ej. counselling) deben ser incluidas como parte del tratamiento integral puesto que pueden reducir la ansiedad, la depresión y el estrés, además de mejorar la calidad de vida.	I-II	

REFERENCIAS:

- Directors Association (AMDA). 2005.
- Dementia. Supporting people with dementia and their carers in health and social care. NHS, London, November 2006. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=319734>
- Doody RS, Stevens JC, Beck C, Dubinsky RM, Kaye JA, Gwyther L, et al. Practice parameter: Management of dementia (an evidence-based review). *Neurology* 2001; 56: 1154-1116.
- Forgetful but not forgotten: assessment and aspects of treatment of people with dementia by a specialist old age psychiatry service. Royal College of Psychiatrists (London). Council Report CR 119, April 2005.

- Guidelines for Alzheimer's disease management. California Workgroup on Guidelines for Alzheimer's Disease Management/Alzheimer's Association of Los Angeles (CWGAD/AALA). Los Angeles (CA): Alzheimer's Association of Los Angeles, Riverside and San Bernardino Counties; 2002.
- Howard R, Ballard C, O'Brien J, Burns A; UK and Ireland Group for Optimization of Management in dementia. Guidelines for the management of agitation in dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; 16: 714-717.
- Management of patients with dementia. Scottisth Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign86.pdf>
- Sorensen S, Pinquart M, Duberstein P. How effective are interventions with caregivers? An updated Meta- Analysis. *The gerontologist* 2002; 42 (3): 356-372.
- Spector A, Orrell M, Davies S, Woods B. Can reality orientation be rehabilitated?. Development and piloting of an evidence-based programme of cognition-based therapies for people with dementia. *Neuropsychological Rehabilitation* 2001; 11, 3-4: 377-397.
- Testad I, Aasland AM, Aarsland D. The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single-blind randomised controlled trial. *Int Journal of Geriatric Psychiatry* 2005; 20: 587-90.
- The primary care management of dementia. 1996. Centre for Health Service research and Department of Primary Care. University of Newcastle. Disponible en: <http://www.ncl.ac.uk/chsr/publications/guidelines/dementia.pdf>
- Treating Alzheimer's Disease and other dementias of late life. A Quick Reference Guide. American Psychiatric Association. 2004. Disponible en: http://www.psych.org/psych_pract/treatg/quick_ref_guide/AlzheimersQRG_04-15-05.pdf

5 MONITORIZACIÓN Y SEGUIMIENTO

El plan de cuidados que se desarrolle para la atención de pacientes con demencia y de sus cuidadores ha de ser longitudinal y multidisciplinar, ha de definir objetivos de tratamiento flexibles y ha de tener una concepción dinámica para adaptarse a los distintos estadios de la enfermedad. Así mismo, debe incluir una monitorización de la evolución de la enfermedad a través de consultas programadas tanto a nivel de AP como de AE, siendo en muchos casos necesario, al final de la enfermedad, los cuidados domiciliarios y/o residenciales.

No hay acuerdo sobre la frecuencia con la que deben realizarse las revisiones. Consideramos que la primera consulta de seguimiento debe realizarse al mes y medio de la valoración inicial, en la que se sienta el diagnóstico y se prescribe el tratamiento específico; las posteriores valoraciones quedan a criterio de su médico, recomendando períodos de tiempo no superiores a los 12 meses. Esta monitorización “cercana” se llevará a cabo principalmente en Atención Primaria, contando con la colaboración estrecha de Atención Especializada siempre que en primer nivel asistencial lo considere necesario. En el Anexo 21 se describen datos de relevancia clínica en la monitorización de algunos fármacos utilizados

5.1 RECOMENDACIONES			
5.1.1	Se debe realizar una monitorización de los síntomas cognitivos, de los no cognitivos, de la situación funcional del paciente, así como del estadiaje de la enfermedad y de las respuestas a las distintas intervenciones.	III	C
5.1.2	Se deben monitorizar los fármacos específicos para la EA (IChE y memantina) y, en su caso, los fármacos antipsicóticos.	III	C
5.1.3.	La monitorización de la eficacia de los IChE puede hacerse mediante la administración anual del MMSE y, en el caso de los antipsicóticos, con el NPI.	IV	D
5.1.4.	La monitorización debe realizarse conjuntamente por AP y AE. AP debe prestar especial atención a las enfermedades concomitantes del paciente y al cuidador, mientras que AE debe centrarse más en la evolución de la demencia y el ajuste de fármacos. Es recomendable programar sesiones conjuntas, especialmente si existen síntomas psicóticos y trastornos de conducta disruptivos.	III	C
5.1.5	La primera revisión de los pacientes que están bajo tratamiento con IChE debe realizarse al alcanzar la dosis de mantenimiento, aunque en la práctica un contacto más regular debe realizarse para ajuste de dosis y monitorización de efectos secundarios.	III	C

5.1.6.	Una vez alcanzada la dosis de mantenimiento, los pacientes en tratamiento con un IChE deben ser revisados cada 12 meses, realizándose una valoración global, funcional y cognitiva. Se tendrá en cuenta la opinión del cuidador sobre la situación del paciente.	III	C
5.1.7	Se continuará con el IChE mientras las condiciones globales del paciente permanezcan en un nivel tal en el que el fármaco pueda considerarse de utilidad.		
5.1.8	En el caso de tener que cambiar un IChE por otro (pérdida de eficacia, efectos adversos...), se aconseja instaurar el nuevo fármaco tras un periodo de tiempo equivalente a unas 5 veces la semivida del fármaco que se retira. De una manera orientativa, se debe esperar 15, 2 y 1 días tras la supresión de donepezilo, de galantamina y de rivastigmina, respectivamente.	III	C
5.1.9	La retirada de un IChE en fases avanzadas de la enfermedad se sigue en ocasiones de un empeoramiento global acelerado. Se debe sopesar muy bien la indicación de su retirada y, de hacerlo, será de forma escalonada con disminución progresiva de la dosis a lo largo de un periodo no inferior a un mes y contando con el acuerdo del cuidador.	III	C

REFERENCIAS:

- Conferencia de Consenso sobre Demencia y Enfermedad de Alzheimer del Servicio Canario de Salud. Gran Canaria. 1997.
- Consenso Español sobre Demencias. Sociedad Española de Psicogeriatría (SEPG). 2ª ed. Barcelona: Saned; 2005.
- Dementia. American Medical Directors (AMDA). Columbia (MD): American Medical Directors Association (AMDA)). 2005.
- Dementia. Supporting people with dementia and their carers in health and social care. NHS, London, November 2006. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=319734>
- Forgetful but not forgotten: assessment and aspects of treatment of people with dementia by a specialist old age psychiatry service. Royal College of Psychiatrists (London). Council Report CR 119, April 2005.

- Treating Alzheimer’s Disease and other dementias of late life. A Quick Reference Guide. American Psychiatric Association. 2004. Disponible en: http://www.psych.org/psych_pract/treatg/quick_ref_guide/AlzheimersQRG_04-15-05.pdf

6 CUIDADOS PALIATIVOS

La necesidad de integrar los Cuidados Paliativos (CP) en el marco asistencial de los pacientes con demencia es un hecho ampliamente reconocido en la actualidad y avalado por distintas sociedades científicas (Sociedad Americana de Geriátría y Academia Americana de Neurología, entre otras) que incluyen los CP en pacientes con demencia como objetivo prioritario en la planificación asistencial.

Estudios recientes muestran una aplicación subóptima de los CP en pacientes con demencia tanto a nivel hospitalario como en residencias a pesar de que deberían ser similares a los aplicados en los pacientes con cáncer, especialmente en los últimos meses de la enfermedad.

Una de las mayores dificultades estriba en definir la “terminalidad” en el paciente con demencia, ya que, a diferencia de las enfermedades terminales oncológicas, en la demencia es difícil saber cuando el pronóstico vital es inferior a 6 meses.

No obstante los intentos de definir al paciente con demencia en estadio terminal coinciden en las siguientes características:

1. Deterioro cognitivo severo
2. Dependencia ABVD
3. Incapacidad para comunicarse verbalmente
4. Incapacidad para reconocer a sus cuidadores
5. Incapacidad para realizar una actividad con un propósito determinado
6. Presencia de complicaciones médicas severas

Dado que el objetivo prioritario en esta fase es lograr la mejor calidad de vida para el paciente y su familia, los problemas fundamentales que van a requerir nuestra atención en esta etapa son:

1. Conseguir el adecuado control de síntomas
2. Determinar el grado de agresividad en los tratamientos
3. Valorar la adecuación de ingreso hospitalario ante determinadas complicaciones

Todas estas complicaciones hacen que el proceso de toma de decisiones sea complejo y que, a menudo, se adopte inicialmente una **actitud expectante**, combinando medidas paliativas y terapéuticas, y, si la respuesta no es satisfactoria, se tomaría una actitud exclusivamente paliativa. Para facilitar este proceso de toma de decisiones es útil el análisis sistemático de 7 puntos:

1. Estadiaje de la demencia
2. Severidad de la complicación actual
3. Frecuencia de las complicaciones
4. Opinión del enfermo y su familia
5. Actitud del paciente ante los cuidados básicos: alimentación, higiene, ... (en este punto se incluye la opinión del personal sanitario que le atiende directamente)
6. Control de síntomas en las complicaciones previas
7. Evitar juicios subjetivos con respecto a la calidad de vida

A nuestro juicio, los puntos 1, 2 y 5, especialmente este último, son de especial importancia. Si la actitud del paciente es de rechazo a los cuidados básicos está indicando de forma indirecta que su calidad de vida no es buena y que las medidas adoptar ante las distintas complicaciones han de ser paliativas.

6.1 RECOMENDACIONES			
6.1.1.	Todos los profesionales que trabajen con pacientes con demencia deben proveer cuidados paliativos en la fase final de la enfermedad y deben tener las competencias para realizar estos cuidados.	III	C
6.1.2	En general, la nutrición artificial no debe recomendarse en pacientes con demencia severa (aunque esta decisión debe ser individualizada) ya que no previene la neumonía broncoaspirativa, no prolonga la supervivencia ni disminuye la incidencia de úlceras por presión e infecciones.	II	B
9.1.3	Los antibióticos no mejoran la tasa de supervivencia con respecto a medidas paliativas (analgésicos y antipiréticos) en pacientes con demencia avanzada que desarrollan fiebre, aunque pueden aliviar el distrés causado por las secreciones.	II	B
9.1.4	La tasa de éxito de la reanimación cardiopulmonar en demencia severa es casi tan baja como en el cáncer metastático por lo que debe ser considerada una medida extraordinaria.	I	A
9.1.5	El registro sobre la decisión de reanimar se hará en la historia clínica y en los planes de cuidados, en consenso con la familia y el equipo.	III	C
9.1.6.	Deben favorecerse las iniciativas que, partiendo de AP en coordinación con un servicio de Geriátría, aportan un enfoque de Cuidados Paliativos en la asistencia a pacientes con demencia, dado que alcanzan un alto nivel de satisfacción con la calidad de los cuidados, el control de síntomas (especialmente el dolor) y el respeto por las voluntades anticipadas del paciente.	II	B

REFERENCIAS:

- Conferencia de Consenso sobre Demencia y Enfermedad de Alzheimer del Servicio Canario de Salud. Gran Canaria. 1997.
- Dementia. Supporting people with dementia and their carers in health and social care. NHS, London, November 2006. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=319734>
- Forgetful but not forgotten: assessment and aspects of treatment of people with dementia by a specialist old age psychiatry service. Royal College of Psychiatrists (London). Council Report CR 119, April 2005.
- Shega JW, Levin A, Hougham GW, Cox-Hayley D, Luchins D, Hanrahan P, et al. Palliative Excelente in Alzheimer Care Efforts (PEACE). A Program Description. Journal of Palliative Medicine 2003; 6, 2: 315-20.

7 INTERVENCIÓN SOCIAL

La atención integral a un paciente con demencia debe incluir a su entorno para hacer una buena praxis, puesto que la familia continua siendo la fuente más importante de prestación de ayuda y cuidados.

Se trata de una problemática que excede el ámbito personal, que implica serias repercusiones familiares y sociales, y que conlleva significativas consecuencias económicas. El cambio profundo que ha experimentado la estructura familiar española, en la que los hogares unipersonales son cada vez más frecuentes, y la incorporación activa de la mujer al mundo laboral, son factores a considerar si se han de diseñar recursos que den respuesta a las necesidades psicosociales que tiene este colectivo (afectados y familias cuidadoras).

Es necesario que tanto el paciente como su familia y/o sus cuidadores dispongan de una correcta información acerca de los distintos recursos sociosanitarios disponibles en la Comunidad Autónoma, para que puedan acceder a los mismos y adaptarlos, según las necesidades que vayan surgiendo. De este modo, posiblemente, se podría suavizar la grave repercusión que la demencia tiene en el enfermo y en la familia.

7.1 RECOMENDACIONES			
7.1.1	Se debe realizar un diagnóstico social de la situación familiar, de los apoyos con los que cuenta, de la situación económica, de las condiciones de habitabilidad de la vivienda, así como realizar una intervención paciente/familia adecuada a sus necesidades, evitando una frustración que genere estrés o depresión ante la enfermedad.	II	B
7.1.2	El trabajador social debe fomentar la coordinación entre la familia y el equipo médico para fijar objetivos a corto y a largo plazo, elaborados por consenso entre el paciente, la familia y el equipo de salud.	II	B
7.1.3	Se debe tramitar una minusvalía o prestaciones referidas a la Ley de dependencia, en aquellos casos en que esté indicado.	III	C
7.1.4	Se debe prestar apoyo psico-social al paciente-familia cuando el estado de salud del paciente genere un cambio importante en el desarrollo de su vida diaria o en los roles familiares. Se informará y orientará sobre los recursos comunitarios que proceda.	I	A
7.1.5	Es aconsejable realizar un tratamiento social y un seguimiento durante las diferentes etapas de la enfermedad, según vaya precisando más apoyos y sea necesaria la implicación de más instituciones o servicios.	I	A
7.1.6	Se debe comunicar al trabajador social la sospecha de maltrato al enfermo en cualquiera de sus formas, para valorar riesgos e intervenir si fuera preciso.	II	B
7.1.7	Se debe potenciar la participación de las personas con riesgo de padecer una demencia y de los propios enfermos, en programas de los Ayuntamientos, Ciudades Saludables y CCAA, que favorezcan la prevención y/o la calidad de vida.	III	C

REFERENCIAS:

- Bass DM, Clark PA, Looman WJ, McCarthy CA, Eckert S. The Cleveland Alzheimer's managed care demonstration: Outcomes after 12 months of implementation. *Gerontologist*. 2003 ; 43, 1: 73-85.
- Dementia. Supporting people with dementia and their carers in health and social care. NHS, London, November 2006. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=319734>
- Guía para la planificación de la atención sociosanitaria del enfermo de Alzheimer y su familia. Ceafa.
- Ley 14/1986 General de Sanidad. Art. 20. sobre salud mental integral.
- Murria E, Burns J, See Tai S, Lai R, Nazareth I. Programas de comunicación sanitaria interactiva para personas con enfermedades crónicas. *Biblioteca Cochrane Plus*, 2006, Número 1.
- Rodríguez G, De Leo C, Girtler N, Vitali P, Grossa E, Nobili F. Psychological and social aspects in management of Alzheimer's patients: an inquiry among caregivers. *Neuro Sci* 2003; 24, 5: 329-35.

8 COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

Las necesidades biopsicosociales del conjunto enfermo-cuidador-familia son cambiantes a lo largo del curso evolutivo de la demencia.

La comunidad dispone de recursos sanitarios y psicosociales desde los que atender estas necesidades. La optimización de los mismos exige la coordinación sociosanitaria, que decide crear o extender los recursos necesarios para dar respuesta específica a las demandas reales. Esta actuación está favorecida si los afectados (enfermo-cuidador-familia) disponen de la información adecuada en todo momento.

Una interpretación gráfica y longitudinal de esta visión multifacetaria se muestra en el anexo 22.

8.1 RECOMENDACIONES

COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

8.1.1	Los gestores de los recursos sanitarios y sociales deben trabajar conjuntamente para elaborar planes de actuación integrales al paciente y a su familia. Estos planes deben permitir un acceso equitativo y personalizado a todos los recursos necesarios, y un intercambio de información eficaz y útil entre niveles de atención y departamentos.	II	B
8.1.2	Los profesionales de la salud que trabajan con pacientes y familias afectadas por una demencia, deben recibir formación continuada y actualizada en su campo.	II	B
8.1.3	Debe adaptarse la oferta de recursos sociales a la gravedad de la demencia, a la situación sociofamiliar y a la sobrecarga del cuidador o cuidadores.	II	B
8.1.4	La valoración de la gravedad de la demencia mediante una escala estandarizada permite definir la carga social teórica. Se recomienda utilizar la GDS de Reisberg (Anexo 23) y que acompañe los informes clínicos del paciente.	III	C
8.1.5	La valoración de la situación sociofamiliar del paciente debe efectuarse mediante una herramienta estándar. En nuestro medio, se aconseja utilizar la escala de valoración social de Gijón (Anexo 24) y el resultado obtenido debe adjuntarse a los informe clínicos.	II	B

ATENCIÓN SOCIOSANITARIA AL CUIDADOR

8.1.6	Debe estar definido un cuidador o cuidadores principales.	II	B
8.1.7	Se aconseja valorar la sobrecarga del cuidador mediante una herramienta estándar, que debe acompañar los informes clínicos del paciente. El instrumento recomendado es la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Anexo 25).	III	C

8.1.8	Se recomienda disponer de un teléfono de contacto con los profesionales dado que reduce el número de consultas y la utilización de recursos hospitalarios. Además, disminuye la incidencia de síntomas depresivos, de estrés y de aislamiento en el cuidador.	I	A
-------	---	---	---

RECURSOS DE DESCARGA

8.1.9	Debe disponerse de una gama amplia de recursos de descarga, incluyendo Ayuda domiciliaría, Centros de Día y/o de Noche, e ingresos residenciales temporales.	III	C
8.1.10	Los Centros de Día y/o de Noche deben incluir un enfoque terapéutico, implementando programas de estimulación cognitiva para el paciente y programas educativos para los cuidadores, entre otros; formarán parte del plan de atención global.	III	C
8.1.11	Los servicios prestados por los Centros de Día y/o de Noche deben cumplir unos estándares de calidad.	III	C

INGRESO HOSPITALARIO

8.1.12	Los pacientes con demencia deberían ser ingresados en el medio hospitalario sólo si una enfermedad intercurrente lo precisa.	II	B
8.1.13	El ingreso motivado por síntomas propios de la demencia debería ser excepcional y reducido a las situaciones de descompensación conductual incontrolable, que supongan un riesgo para el paciente o terceros. Es conveniente habilitar dependencias específicas.		

REFERENCIAS:

- Alzheimer's Association Campaign for Quality Residential Care. Dementia Care Practice: Recommendations for Assisted Living Residences and Nursing Homes. Alzheimer's Association, Washintong, 2006.
- Atención crónica institucional versus en el domicilio para ancianos funcionalmente dependientes. Mottram P., Pitéala K., Lees C. (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2005. Oxford, Update Software Ltd.

- Dementia. Supporting people with dementia and their carers in health and social care. NHS, London, November 2006. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=319734>
- Forgetful but not forgotten: assessment and aspects of treatment of people with dementia by a specialist old age psychiatry service. Royal College of Psychiatrists (London). Council Report CR 119, April 2005.
- Reilly S, Venables D, Hughes J, Challis D, Abendstern M. Standards of care in day hospitals and day centres: a comparison of services for older people with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21: 460–468.
- Scian SG, Kanowski S. Alzheimer's Disease: Stage-Related Interventions. *Lippincott's Case Management* 2001; 2, 48–63.
- Woods, B. Evidence-based Practice in psychosocial intervention in early dementia: how can it be achieved? *Aging & Mental Health* 2003; 7, 1: 5-6.

9 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

A medida que la enfermedad avanza se plantea una necesidad no sólo clínica y social, sino también legal, de valorar la capacidad para disponer sobre sí mismo y sobre sus bienes, además de otras responsabilidades de orden social muy importantes, como las capacidades para conducir vehículos a motor. Esta valoración tiene el deber de respetar y defender la autonomía del paciente, a la vez que limita el efecto pernicioso personal o social del deterioro cognitivo. Para poder efectuarla con seguridad, es importante una valoración de cada uno de los aspectos cognitivos y no cognitivos del paciente, que permita elaborar una visión global de la situación del paciente en cuanto a su capacidad. Este enfoque se ha desarrollado recientemente en el Documento Sitges acerca de la capacidad para tomar decisiones, elaborado por varias sociedades científicas, y aunque por ser documento de expertos sus recomendaciones son de grado moderado, la ausencia de normalización y de investigación en el campo supone uno de los esfuerzos más importantes en el avance de la valoración integral de paciente con demencia.

Pocas revisiones sistemáticas se han llevado a cabo de estos temas, y en numerosos aspectos aún falta investigación, pero en los últimos años se ha avanzado mucho en la demostración de la utilidad de los enfoques in-

tegrados de asistencia y se han editado guías con recomendaciones de alta calidad como la del Royal College of Psychiatrics del 2005. También se han realizado iniciativas gubernamentales, en países europeos, para desarrollar estos enfoques en planes de actuación frente a la demencia. El marco normativo en el que deberá desarrollarse la atención sociosanitaria de los próximos años en nuestro país es la recientemente aprobada “Ley de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia”, que aboga en líneas generales por una asistencia integrada, individualizada, adaptada a las necesidades de cada paciente y familia y respetuosa con la autonomía individual máxima permitible en cada momento de la evolución de una enfermedad crónica como la demencia.

Un aspecto de interés sustancial por sus implicaciones es la detección, valoración e intervención en los pacientes con sospecha o evidencia de malos tratos. En el paciente con demencia, se suman dos factores de vulnerabilidad, como son la edad y la pérdida de funciones cerebrales. Otro factor de complejidad lo constituye que la gran mayoría de los casos el agresor es el cuidador o un miembro de la familia. Las guías de práctica clínica reconocen lo limitado de la investigación disponible en este campo, y recomiendan seguir directrices estructuradas y multidisciplinarias. En nuestro país, el abordaje más integral se ha realizado desde la Atención Primaria, y según esa perspectiva enfocaremos la actuación en nuestra comunidad, basándonos en el documento PAPPs de la SEMFYC.

9.1. RECOMENDACIONES

AUTONOMÍA

9.1.1	Debe mantenerse la autonomía del paciente la mayor parte del tiempo. Esto incluye el respeto a sus decisiones personales, siempre que la conservación de sus capacidades le permita mantener responsabilidad razonada de sus actos.	III	C
-------	---	-----	---

9.1.2	El paciente debe ser preguntado acerca de sus deseos de conocer el diagnóstico y con quién desea compartir la información. Tener en cuenta sólo la opinión de la familia puede ser una limitación de su derecho a planificar su futuro, aunque siempre debe ser incorporada al proceso de decisión.	III	C
9.1.3	La revelación del diagnóstico de demencia sería inapropiada si el paciente no desea conocerlo, en los estadios avanzados o cuando coexiste depresión grave	III	C
9.1.4	En lo posible se debería involucrar también al paciente en las decisiones acerca de su tratamiento, su situación funcional y su capacidad. Los deseos del paciente han de prevalecer siempre, y debe considerarse que las discrepancias entre paciente y cuidador suelen deberse a subestimaciones por parte de éste de la calidad de vida del paciente, escogiendo terapias menos intensas de los que el paciente escogería.	III	C

VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD

9.1.5	Debe proporcionarse al paciente asesoría legal para la valoración de la competencia en base a su situación de capacidad.	III	C
9.1.6	La valoración de una incapacitación parcial o total debe ser precedida de una adecuada valoración neuropsicológica de las capacidades conservadas y las alteradas, así como de una valoración funcional y clínica que demuestre ausencia de fluctuaciones en los seis meses previos.	III	D
9.1.7	Debe plantearse una limitación de la conducción cuando se detecten alteraciones, incluso leves, en atención, orientación, funciones ejecutivas o en praxis visioespacial	III	D
9.1.8	Debe plantearse limitaciones a la capacidad financiera ante dificultades moderadas de atención, cálculo, razonamiento o funciones ejecutivas.	III	D

9.1.9	Cuando se detecten alteraciones que supongan una merma en el rendimiento laboral, se deberá valorar la limitación de la actividad profesional individualmente, según las habilidades preservadas, las necesarias y los riesgos derivados de la toma de decisiones.	III	D
MALTRATO			
9.1.10	Los agentes sanitarios y sociales que atienden pacientes con demencia deben concienciarse de su vulnerabilidad frente a los intereses y acciones de terceros. Deben recibir formación específica para su prevención y detección, así como disponer de información acerca de los recursos y actuaciones disponibles, actuando de forma coordinada para proteger la integridad e intereses del paciente.	II	B
9.1.11	Los profesionales que trabajan con los pacientes deben conocer las directrices de práctica clínica y la normativa legal vigente para la protección de pacientes vulnerables. En nuestro medio, estos elementos han sido elaborados en documentos de consenso (Anexo 26)	III	C
ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA			
9.1.12	Debe plantarse la adecuada provisión de asistencia sanitaria y social para la atención al final de la vida, en particular los cuidados paliativos, la hospitalización a domicilio, la preparación y asistencia al duelo y los cuidados espirituales necesarios si así se demandan.	II	B
9.1.13	Si el paciente lo desea, puede elaborar durante la enfermedad, siempre que sus capacidades lo permitan, documentos de voluntades anticipadas para el final de su enfermedad.	III	C

REFERENCIAS:

- Boada Rovira M, Robles Bayón A. (eds.) Análisis y reflexiones sobre la capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia: "Documento Sitges". Ed. Glosa, Barcelona, 2005.
- Dementia. Supporting people with dementia and their carers in health and social care. NHS, London, November 2006. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=319734>
- Fernández-Alonso MC. Grupo de Trabajo de Salud Mental de la SEMFYC. Documento-Guía PAPPs de actuación en malos tratos a ancianos. SEMFYC, 2001.
- Forgetful but not forgotten: assessment and aspects of treatment of people with dementia by a specialist old age psychiatry service. Royal College of Psychiatrists (London). Council Report CR 119, April 2005.
- Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal, atención a las personas en situación de dependencia y a sus familias.
- Martín González R. El neurólogo ante la ley de dependencia. *Neurología* 2005; 20, 7: 335-340.

10 EPÍLOGO

LAS UNIDADES FUNCIONALES DE DIAGNÓSTICO Y DE TRATAMIENTO

De las recomendaciones enumeradas en los diferentes capítulos destaca la necesidad de una actuación multidisciplinar en el abordaje del deterioro cognitivo, en general, y de la demencia en particular. Entre los objetivos de la intervención multidisciplinar figura, como prioritario, la asistencia, tanto en los aspectos diagnósticos como en los terapéuticos.

En este sentido, sería razonable establecer *Unidades de Diagnóstico y de Tratamiento*, descentralizadas y dependientes jerárquicamente de la Atención Especializada de las Áreas Sanitarias.

Cada Unidad de *Diagnóstico y de Tratamiento* estaría integrada, según las necesidades, al menos por:

1. Un Especialista en Neurología con especial competencia en demencias
2. Un especialista en Psiquiatría con especial competencia en demencias

3. Un especialista en Geriatría con especial competencia en demencias
4. Un profesional con competencias en Neuropsicología (Neuropsicólogo Clínico, Psicólogo Clínico con competencia en Neuropsicología o Neurólogo con competencia en Neurología de la Conducta)
5. Un enfermero
6. Un trabajador social

Cada *Unidad de Diagnóstico y de Tratamiento* tendría los siguientes objetivos:

1. Dar respuesta a la demanda asistencial, ocupándose del diagnóstico, del tratamiento y del seguimiento.
2. Establecer y mantener una comunicación abierta con Atención Primaria y Especializada, para desarrollar protocolos de actuación, discusión de casos clínicos, etc.
3. Disponer de capacidad de valoración urgente de casos y de facilidades para proceder a la hospitalización, si fuera necesario.
4. Establecer contacto fluido con el Servicio de Genética de referencia, para proponerle el estudio de los casos familiares y el consejo genético pertinente.
5. Colaborar activamente con el Banco Autónomo de ADN y de Tejidos Neurológicos.
6. Plantear la derivación a un nivel asistencial superior, si fuera preciso.
7. Trabajar en estrecha colaboración con Servicios Sociales.
8. Colaborar con las asociaciones de afectados.

La *Unidad de Diagnóstico y de Tratamiento* podría dar cobertura estimativa a una población de unos 100.000 habitantes, lo que representaría la creación de 10 Unidades en El Principado de Asturias.

En un futuro, podría establecerse un *Centro de Referencia Regional* para el estudio, la investigación y la docencia en demencias, dotado con personal entrenado específicamente, cuyas funciones principales serían:

1. Asistenciales: recibir y asistir los pacientes remitidos desde las Unidades de Diagnóstico y de Tratamiento, según protocolos establecidos.
2. Desarrollo de un Banco de cerebros regional.
3. Investigación: estudios clínicos, epidemiológicos, básicos, etc.
4. Docencia: formación de neuropsicólogos y de neurólogos de la conducta, formación continuada para profesionales implicados en la atención, etc.

D. ANEXOS

ANEXO 1 PERFIL DE COMPETENCIAS DEL ESPECIALISTA EN DEMENCIAS Y DETERIORO COGNITIVO

De todas las recomendaciones explicitadas en el apartado diagnóstico de esta Guía, se deduce la necesidad de una valoración integral del paciente (neuropsicológica, psicopatológica, física, funcional), de la información proporcionada por su entorno y de la información obtenida a través de diferentes estudios complementarios. Esta visión multidimensional del paciente hace de la tarea diagnóstica y terapéutica en demencias un proceso complejo, y, por tanto, el especialista de referencia, al margen de su extracción académica particular, debe participar de una serie de competencias específicas:

- 1 Conocer los criterios diagnósticos internacionales y realizar el seguimiento del deterioro cognitivo ligero.
- 2 Conocer los criterios diagnósticos internacionales del síndrome de demencia y realizar el diagnóstico en base a ellos.
- 3 Conocer los criterios diagnósticos internacionales de los diferentes subtipos de demencia y realizar los diagnósticos en base a ellos.
- 4 Reconocer los síntomas neuropsiquiátricos asociados a la demencia, investigar sus posibles causas y tratarlos específicamente.
- 5 Ser capaz de realizar una valoración neuropsicológica, al menos a un nivel básico de las funciones más afectadas (memoria, atención, orientación, praxis, reconocimiento, funciones visoespaciales, funciones ejecutivas), y diferenciar los pacientes que pueden beneficiarse de una valoración neuropsicológica amplia.
- 6 Ser capaz de realizar una adecuada correlación entre la clínica y los resultados de los estudios complementarios, en particular la clínico-radiológica.
- 7 Conocer los tratamientos no farmacológicos y farmacológicos disponibles, y su adecuación a cada tipo de demencia.
- 8 Detectar, valorar y tratar si procede la patología asociada al cuidador.
- 9 Conocer y derivar a los dispositivos sociales y socio-sanitarios adecuados para el soporte del paciente y la familia desde el principio y en cada momento de la evolución de la demencia.
- 10 Tener formación específica en Cuidados Paliativos para garantizar un adecuado control de síntomas, el respeto a los deseos de paciente y evitar intervenciones agresivas en la fase final de la enfermedad.

ANEXO 2

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION

FOLSTEIN MF ET AL. J PSYCHIATRY RES 1975; 12: 189-98.

1 ORIENTACIÓN

Preguntar al paciente los datos siguientes y anotar un punto por cada respuesta correcta.

¿En qué año, estación, mes, fecha y día de la semana estamos?

¿En qué país, provincia, ciudad, hospital y piso estamos?

Puntuación total (0-10) = _____

2 MEMORIA DE FIJACIÓN

Explicar al paciente: *“Voy a decirle tres palabras para que las aprenda y pueda recordarlas más tarde”*. Recitar, de forma lenta (una palabra por segundo) y clara *“bicicleta, manzana, cuchara”*.

Pedirle que las repita.

Dar un punto por cada respuesta correcta al primer intento.

Si la puntuación es inferior a 3, repetir las tres palabras hasta que los aprenda. El máximo número de intentos permitido es 5.

Puntuación total (0-3) = _____

3 ATENCIÓN-CÁLCULO

Solicitar al paciente restar desde 100 de 7 en 7, hasta completar 5 sustracciones (93, 86, 79, 72, 65).

Puntuar el número total de sustracciones correctas.

Otra opción es que el paciente deletree *“MUNDO”* hacia atrás. Puntuar el número de letras colocadas en orden correcto (ej., ODUNM = 4).

Elegir la mejor puntuación obtenida entre las dos tareas.

Puntuación total (0-5) = _____

4 MEMORIA A CORTO PLAZO

Solicitar al paciente que *“Recuerde las 3 palabras que aprendió antes”* (en la instrucción 2).

Dar un punto por cada respuesta correcta.

Puntuación total (0-3) = _____

5 LENGUAJE: DENOMINACIÓN

Mostrar al paciente dos objetos (un lápiz y un reloj) y pedirle que los nombre.

Dar un punto por cada respuesta correcta

Puntuación total (0-2) = _____

6 LENGUAJE: REPETICIÓN

Solicitar al paciente que repita la frase siguiente: *“En un trigal había cinco perros”*. Sólo se permite un intento. Dar un punto si la ejecución es correcta.

Puntuación total (0-1) = _____

7 LENGUAJE: COMPRENSIÓN

Mostrar al paciente una hoja de papel y ordenarle:

"Coja este papel con la mano derecha. Dóblelo a la mitad. Luego, déjelo en el suelo".

Anotar un punto por cada acción correcta.

Puntuación total (0-3) = _____

8 LECTURA

Mostrar al paciente la siguiente frase escrita y solicitarle *"Lea esta frase en voz alta y haga lo que dice"*

CIERRE LOS OJOS

Dar un punto si la ejecución es correcta.

Puntuación total (0-1) = _____

9 ESCRITURA

Pedir al sujeto *"Escriba una frase"*.

Debe ser espontánea, no dictada por el examinador.

La frase debe incluir sujeto y verbo, además de ser comprensible.

Dar un punto si la ejecución es correcta.

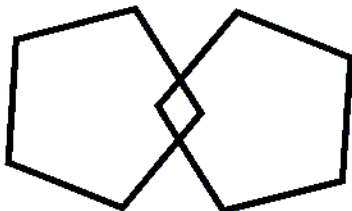
Puntuación total (0-1) = _____

10 TAREA VISUOESPACIAL

Mostrar al sujeto la siguiente figura, proporcionarle una hoja de papel y solicitarle *"copie este dibujo"*.

Dar un punto si el dibujo realizado contiene 10 ángulos y los dos pentágonos muestran dos puntos de intersección.

Puntuación total (0-1) = _____



PUNTUACIÓN TOTAL OBTENIDA (0-30) = _____

ANEXO 3

CORRECCIÓN DEL MMSE POR EDAD Y NIVEL EDUCATIVO

Blesa R et al. Neuropsychologia 2001; 39: 1150-1157.

		Años de Edad		
		<50	51-75	>75
Años de Escolaridad	<8	0	+1	+2
	9-17	-1	0	+1
	>17	-2	-1	0

PUNTUACIÓN AJUSTADA = PUNTUACIÓN OBTENIDA + CORRECCIÓN

PUNTO DE CORTE RECOMENDADO = 23-24/30

ANEXO 4
CUESTIONARIO DE ACTIVIDAD FUNCIONAL
(FUNCTIONAL ACTIVITIES QUESTIONNAIRE, FAQ)

Pfeiffer et al. J Gerontol 1982; 37: 323-329

PERSONA QUE INFORMA SOBRE EL SUJETO: _____

CUESTIONARIO

- 1 ¿Maneja o administra su propio dinero?
- 2 ¿Puede hacer solo la compra (alimentos, ropa, cosas de la casa)?
- 3 ¿Puede prepararse solo el café y luego apagar el fuego?
- 4 ¿Puede hacer solo la comida?
- 5 ¿Está al corriente de las noticias de su vecindario y de su comunidad?
- 6 ¿Puede prestar atención, entender, discutir las noticias de la radio y los programas de TV, libros o revistas?
- 7 ¿Se acuerda de las fechas de fiestas familiares o de si queda con alguien, o de los días festivos?
- 8 ¿Es capaz de manejar su propia medicación?
- 9 ¿Es capaz de viajar solo fuera de su barrio y volver a casa?
- 10 ¿Saluda apropiadamente a sus amistades?
- 11 ¿Puede salir a la calle sin peligro?

PUNTUACIÓN

Cada ítem se puntúa de 0 a 3 según el siguiente código:

- 0 = normal, o nunca lo hizo pero podría hacerlo solo.
- 1 = con dificultad pero se maneja solo, o nunca lo hizo y si tuviera que hacerlo ahora tendría dificultad.
- 2 = necesita ayuda (pero lo hace).
- 3 = dependiente.

VALORACIÓN

Una puntuación de 6 o superior indica una disfunción funcional.

Una puntuación por debajo de 6 indica normalidad (no dependencia).

ANEXO 5

TEST DEL INFORMADOR -VERSIÓN BREVE-

Morales JM et al., Int J Geriatr Psychiatry 1997; 12: 808-816

Este cuestionario lo cumplimenta un informador fidedigno del estado actual y de la evolución del enfermo, comparando su situación actual con la que tenía 10 años antes. El informador debe contestar sobre los cambios experimentados por el paciente, a lo largo de dicho periodo de tiempo, para cada uno de los aspectos sobre los que se pregunta.

PREGUNTA A REALIZAR		PUNTOS
1	Capacidad para recordar los nombres de las personas más íntimas (parientes, amigos)	
2	Recordar cosas que han ocurrido recientemente, en los últimos 2 ó 3 meses, tanto noticias como cosas suyas o de sus familiares	
3	Recordar lo que se habló en una conversación mantenida unos días antes	
4	Olvidar lo que ha dicho unos minutos antes, pararse a la mitad de una frase y no saber qué iba a decir, repetir lo que ha dicho un rato antes	
5	Recordar la fecha en que vive	
6	Conocer el sitio exacto de los armarios de su casa y dónde se guardan las cosas	
7	Saber dónde se pone una cosa que ha encontrado desordenada	
8	Capacidad para aprender a manejar un aparato nuevo (lavadora, radio, secador de pelo, etc.)	
9	Recordar las cosas que han sucedido recientemente (en general)	
10	Aprender cosas nuevas (en general)	
11	Comprender el significado de palabras poco corrientes (del periódico, TV, conversación)	
12	Entender artículos de periódicos o revistas en los que está interesado	
13	Seguir una historia en un libro, la prensa, el cine, la radio o la TV	
14	Tomar decisiones tanto en cuestiones cotidianas (qué traje ponerse, qué comida preparar) como en asuntos a más largo plazo (dónde ir de vacaciones o invertir dinero)	
15	Manejar asuntos financieros (cobrar la pensión, pagar la renta o los impuestos, tratar con el banco)	
16	Manejar otros problemas aritméticos cotidianos (tiempo entre visitas de parientes, cuánta comida comprar y preparar, especialmente si hay invitados)	
17	¿Cree que su inteligencia (en general) ha cambiado en algo durante los últimos 10 años?	
Puntuación total (0-85) =		

PUNTUACIÓN: Cada ítem se puntúa de 0 a 5 según el siguiente código:

1 = ha mejorado mucho.

2 = ha mejorado un poco.

3 = apenas ha cambiado.

4 = ha empeorado un poco.

5 = ha empeorado mucho.

VALORACIÓN:

Una puntuación total superior a 57 puntos indica posible deterioro cognitivo.

ANEXO 6

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

-VERSIÓN ABREVIADA-

Martínez de la iglesia J et al. Medifam 2002;12: 26-40

ÍTEM	PREGUNTA A REALIZAR	1 Punto si responde
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	SI
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
5	¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo la mayor parte del tiempo?	NO
6	¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	SI
7	¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	NO
8	¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	SI
9	¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas nuevas?	SI
10	¿Le da la impresión de que tiene más problemas de memoria que los demás?	SI
11	¿Cree que es agradable estar vivo?	NO
12	¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	SI
13	¿Se siente lleno de energía?	NO
14	¿Siente que su situación es angustiada, desesperada?	SI
15	¿Cree que la mayoría de la gente se encuentra en mejor situación económica que usted?	SI
	PUNTUACIÓN TOTAL (0-15) =	

VALORACIÓN:

0-5: Normal.

6-9: Probable depresión.

>10: Depresión establecida.

ANEXO 7 NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI)

Cummings J et al. Neurology 1994; 44: 2308-2314

	FRECUENCIA	GRAVEDAD	TOTAL (F x G)	MOLESTIA
DELIRIOS	0 1 2 3 4	0 1 2 3		0 1 2 3 4 5
ALUCINACIONES	0 1 2 3 4	0 1 2 3		0 1 2 3 4 5
AGITACIÓN / AGRESIÓN	0 1 2 3 4	0 1 2 3		0 1 2 3 4 5
DEPRESIÓN / DISFORIA	0 1 2 3 4	0 1 2 3		0 1 2 3 4 5
ANSIEDAD	0 1 2 3 4	0 1 2 3		0 1 2 3 4 5
EUFORIA	0 1 2 3 4	0 1 2 3		0 1 2 3 4 5
APATÍA / INDIFERENCIA	0 1 2 3 4	0 1 2 3		0 1 2 3 4 5
DESINHIBICIÓN	0 1 2 3 4	0 1 2 3		0 1 2 3 4 5
IRRITABILIDAD / LABILIDAD	0 1 2 3 4	0 1 2 3		0 1 2 3 4 5
ACTIVIDAD MOTORA ABERRANTE	0 1 2 3 4	0 1 2 3		0 1 2 3 4 5
SUEÑO / CONDUCTAS NOCTURNAS	0 1 2 3 4	0 1 2 3		0 1 2 3 4 5
APETITO Y HÁBITOS ALIMENTICIOS	0 1 2 3 4	0 1 2 3		0 1 2 3 4 5

FRECUENCIA

0 = No presente

1 = Ocasionalmente, menos de una vez por semana

2 = A menudo, alrededor de una sola vez por semana

3 = Frecuentemente, varias veces por semana, pero menos que a diario

4 = Muy frecuentemente, a diario o continuamente

GRAVEDAD

1 = Leve, provoca poca molestia al paciente

2 = Moderado, más molesto para el paciente pero puede ser redirigido por el cuidador

3 = Grave, muy molesto para el paciente y difícil de redirigir

MOLESTIA EN EL CUIDADOR

0 = No molestia

1 = Mínima

2 = Leve

3 = Moderada

4 = Moderada-severa

5 = Muy severa

ANEXO 8

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DELIRIUM DEL DSM-IV

Criterios para el diagnóstico de delirium debido a... (indicar enfermedad médica)

- A Alteración de la conciencia (p. ej., disminución de la capacidad de atención al entorno) con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.
- B Cambio en las funciones cognoscitivas (como déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por la existencia de una demencia previa o en desarrollo.
- C La alteración se presenta en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.
- D Demostración a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

Criterios para el diagnóstico de delirium por intoxicación por sustancias

Mismos criterios A, B, C y :

- D Demostración, a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio, de 1 o 2.
 - 1 los síntomas de los Criterios A y B se presentan durante la intoxicación por la sustancia
 - 2 el consumo de medicamentos se estima relacionado etiológicamente con la alteración

Nota: Este diagnóstico debe hacerse en lugar del diagnóstico de intoxicación por sustancias sólo cuando los síntomas cognoscitivos excedan de los que son propios del síndrome de intoxicación y cuando los síntomas sean de la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Criterios para el diagnóstico de delirium por abstinencia de sustancias

Mismos criterios A, B, C y :

- D Demostración, a través de la historia, de la exploración física y de las pruebas de laboratorio, de que los síntomas de los Criterios A y B se presentan durante poco después de un síndrome de abstinencia.

Nota: Este diagnóstico debe hacerse en lugar del diagnóstico de abstinencia de sustancias sólo cuando síntomas cognoscitivos excedan de los propios del síndrome de abstinencia y cuando los síntomas sean la suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.

Criterios para el diagnóstico de delirium debido a múltiples etiologías

Mismos criterios A, B, C y :

- D Demostración, a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que el delirium tiene más de una etiología (p. ej., más de una enfermedad médica, una enfermedad médica más una intoxicación por sustancias o por efectos secundarios de los medicamentos).

ANEXO 9

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DETERIORO COGNITIVO LIGERO

Criterios del European Consortium on Alzheimer's Disease (EADC)
Portet F et al. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2006; 77: 714-718

Diagnóstico sindrómico de Deterioro Cognitivo Ligero

- 1 Quejas cognitivas procedentes del paciente y/o su familia.
- 2 El sujeto y/o el informador refieren un declive en el funcionamiento cognitivo en relación con las capacidades previas durante los últimos 12 meses.
- 3 Trastornos cognitivos evidenciados mediante evaluación clínica: deterioro de la memoria y/u otro dominio cognitivo.
- 4 El deterioro cognitivo no tiene repercusiones principales en la vida diaria, aunque el sujeto puede referir dificultades concernientes a actividades complejas del día a día.
- 5 Ausencia de demencia.

Diagnóstico de subtipo de Deterioro Cognitivo Ligero

- 1 Amnésico
- 2 No amnésico de un solo dominio cognitivo (distinto de la memoria).
- 3 No amnésico de múltiples dominios cognitivos

Diagnóstico de subtipo etiopatogénico

- 1 Enfermedad neurodegenerativa
- 2 Enfermedad cerebro-vascular
- 3 Enfermedad psíquica

ANEXO 10

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DEMENCIA DEL DSM-IV

- 1 Deterioro de la memoria a corto y largo plazo: hechos, fechas, datos...
- 2 Al menos una de las siguientes alteraciones cognoscitivas:
 - Afasia: alteraciones del lenguaje como comprender, denominar...
 - Apraxia: deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras pese a que la función motora en sí misma está conservada.
 - Agnosia: fallo en el reconocimiento o la identificación de objetos pese a que la función sensorial está intacta.
 - Alteración de la función ejecutiva: planificación, abstracción, organización...
- 3 Repercusión significativa de estos trastornos en la vida social y/o laboral del paciente.
- 4 Ha de suponer una merma o declive con respecto a la funcionalidad previa del paciente.
- 5 Los déficits no aparecen exclusivamente durante un estado de confusión mental, aunque éste puede superponerse a la demencia.
- 6 Existe una relación etiológica con una causa orgánica, con los efectos persistentes de una sustancia tóxica, o con ambas cosas.

ANEXO 11

CRITERIOS NINCDS-ADRDA PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

McKhann G et al. Neurology 1984; 34: 939-944.

A Criterios de Enfermedad de Alzheimer posible:

- 1 Demencia con variaciones en su inicio, en la presentación o en el curso clínico inusuales en la EA, pero para la que no hay explicación alternativa.
- 2 En presencia de un trastorno secundario sistémico o cerebral capaz de producir demencia pero que no es considerado causa de la demencia del enfermo.
- 3 Cuando existe un déficit cognitivo aislado que se hace gradualmente progresivo y no se demuestra otro síntoma.

B Criterios de EA probable:

- 1 Déficit cognoscitivo demostrado mediante examen clínico y documentado con tests y escalas validados.
- 2 Déficit en dos o más áreas cognitivas (memoria, juicio, cálculo, etc.).
- 3 Empeoramiento progresivo de la memoria y otras funciones cognitivas.
- 4 Ausencia de trastornos de la consciencia (delirium).
- 5 Inicio entre los 40 y 90 años.
- 6 Sin evidencia de otras enfermedades cerebrales o sistémicas que pudiesen justificar el cuadro.

Apoyan el diagnóstico de EA probable:

- 7 Presencia de afasia, apraxia, agnosia.
- 8 Alteración de patrones de conducta e incapacidad para realizar tareas cotidianas.
- 9 Historia familiar de EA.
- 10 Exámenes complementarios: examen de LCR normal, enlentecimiento inespecífico o normalidad en el EEG, y signos de atrofia cerebral progresiva en estudios seriados de TAC cerebral.

C Criterios de EA definitiva:

Criterios de EA probable acompañados de confirmación histopatológica.

ANEXO 12

CRITERIOS NINDS-AIREN PARA EL DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA VASCULAR PROBABLE

Roman GC et al. Neurology 1993; 43: 250-260.

I CRITERIOS OBLIGATORIOS PARA DIAGNOSTICAR DEMENCIA VASCULAR PROBABLE:

- 1 **Demencia: Deterioro respecto al nivel previo de la memoria y al menos otras dos funciones cognitivas** (orientación, atención, lenguaje, funciones visuoespaciales, funciones ejecutivas, control motor, praxias), suficiente como para interferir en las actividades diarias (independientemente de lo que interfieran las deficiencias físicas). Se excluyen pacientes con alteración del nivel de conciencia, síndrome confusional agudo, psicosis, afasia intensa o alteración sensitivo motora notable que impidan la objetivación adecuada de las alteraciones neuropsicológicas. También se excluyen los pacientes con alteraciones sistémicas u otras enfermedades cerebrales (como la enfermedad de Alzheimer) que por sí mismas pudieran explicar las alteraciones cognitivas.
- 2 **Enfermedad cerebrovascular**, demostrada a través de **signos focales congruentes con ictus previo**, con o sin relato de ictus previo, y **evidencia de lesiones vasculares en la neuroimagen -TAC o RM-** (infartos en territorios de arterias de gran calibre, o de una sola que afecta a localización estratégica para producir alteraciones cognitivas – circunvolución angular, tálamo, región frontobasal, territorios de arterias cerebrales anterior o posterior -, o infartos lacunares múltiples en ganglios basales y sustancia blanca subcortical o periventricular, o combinaciones de las anteriores).
- 3 **Relación entre los apartados 1 y 2, manifestadas o inferida a partir de una o más de las siguientes circunstancias:**
 - Inicio de la demencia en los 3 meses siguientes a un ictus.
 - Deterioro brusco de funciones cognitivas.
 - Progresión fluctuante o escalonada de los déficit cognitivos.

II CRITERIOS QUE APOYAN EL DIAGNÓSTICO DE PROBABLE DV

- Presencia de precoz alteración en la marcha.
- Historia de inestabilidad o frecuentes caídas no provocadas.
- Incontinencia urinaria precoz.
- Parálisis pseudobulbar.
- Cambios del ánimo y personalidad.

III CRITERIOS QUE HACEN POCO PROBABLE EL DIAGNÓSTICO DE DV

- Precoz déficit de memoria y progresivo empeoramiento de la misma y de otras funciones cognitivas.
- Ausencia de signos de focalidad neurológica y lesiones cerebrovasculares en TAC o RM.

ANEXO 13

CRITERIOS LUND- MANCHESTER PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DEMENCIA FRONTOTEMPORAL

Declaración de Consenso de los Grupos de Investigación de Lund y Manchester
J Neurol Neurosurg Psychiatry 1994; 57: 416-418

LOS ELEMENTOS DIAGNÓSTICOS NUCLEARES SON:

1 Trastorno conductual

- Comienzo insidioso y evolución lenta.
- Pérdida precoz de la conciencia personal y social.
- Pérdida precoz de la introspección.
- Signos precoces de desinhibición (como sexualidad descontrolada, comportamiento violento, sentido del humor impropio, deambulación inquieta).
- Rigidez mental e inflexibilidad.
- Conductas estereotipadas y perseverantes (vagabundeo, aplausos, cantos, acaparamiento de objetos, rituales con la higiene y el vestido).
- Hiperoralidad (cambios orales o dietéticos, atracones, antojos alimentarios, exceso de tabaco y de consumo de alcohol, exploración oral de objetos).
- Distractibilidad, impulsividad y falta de persistencia.
- Conductas de utilización (uso y exploración descontrolados los objetos del entorno).

2 Síntomas afectivos

- Depresión, ansiedad, excesivo sentimentalismo, ideación suicida, delirio (precoz y evanescente).
- Hipocondría, preocupaciones somáticas extrañas (precoces y evanescentes).
- Despreocupación y lejanía emocionales, falta de empatía.
- Amimia (inercia, falta de espontaneidad).

3 Trastorno del habla

- Reducción progresiva y estereotipia del habla.
- Ecolalia, perseverancia.
- Mutismo tardío.

4 Conservación de habilidades espaciales y praxias

5 Signos físicos

- Reflejos primitivos precoces.
- Incontinencia precoz.
- Acinesia, rigidez y temblor tardíos.
- Presión arterial baja y lábil.

6 Pruebas complementarias

- EEG normal a pesar de evidente demencia clínica.
- Imágenes cerebrales (estructurales o funcionales): anomalía de predominio frontal o temporal anterior.
- Neuropsicología: profundo fracaso en las pruebas de “lóbulo frontal” en ausencia de amnesia intensa, o trastorno de la percepción espacial.

ELEMENTOS DIAGNÓSTICOS DE APOYO SON:

- 1 Inicio antes de los 65 años.
- 2 Antecedentes familiares positivos o trastorno similar en un pariente de primer grado.
- 3 Parálisis bulbar, debilidad y consunción muscular, fasciculaciones (enfermedad de la neurona motora).

ELEMENTOS DIAGNÓSTICOS DE EXCLUSIÓN SON:

- 1 Inicio brusco o episodios intercurrentes de deterioro agudo
- 2 Traumatismo craneal previo próximo al inicio de la clínica
- 3 Trastorno de memoria intenso en fases iniciales
- 4 Desorientación espacial intensa en fases iniciales, pérdida en lugares habituales, fallos en localización de objetos.
- 5 Apraxia grave desde el inicio de la clínica
- 6 Logoclonías y pérdida rápida del curso del pensamiento
- 7 Mioclonías
- 8 Debilidad con signos de liberación piramidal (cortico-bulbar o cortico-espinal)
- 9 Ataxia cerebelosa
- 10 Coreoatetosis
- 11 EEG muy patológico desde estadios iniciales.
- 12 Alteraciones de localización predominantemente postrolándica
- 13 en las pruebas de neuroimagen estructural o funcional, o lesiones cerebrales multifocales en tomografía computada o resonancia magnética.
- 14 Resultados en las pruebas de laboratorio indicativos de afectación cerebral por una alteración inflamatoria, infecciosa o metabólica, como por ejemplo esclerosis múltiple, sífilis, SIDA o encefalitis herpética.

ELEMENTOS DIAGNÓSTICOS DE EXCLUSIÓN RELATIVA SON:

- 1 Historia inequívoca de alcoholismo crónico
- 2 Hipertensión arterial de larga evolución
- 3 Antecedentes personales de enfermedad vascular (por ej. angina de pecho, o claudicación intermitente).

ANEXO 14

CRITERIOS DEL CONSORCIO INTERNACIONAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY

McKeith et al. Neurology 2005; 65: 1863-1872.

- 1 El rasgo fundamental es la existencia de deterioro cognitivo de suficiente magnitud para interferir en la vida social o laboral del paciente. Puede que no exista en los estadios iniciales déficit importantes de memoria que se harán evidentes conforme progrese la enfermedad. Los déficit en los test de atención, habilidades fronto-subcorticales y visuoespaciales pueden ser especialmente evidentes.
- 2 Al menos dos de las siguientes características claves son esenciales para el diagnóstico de probable DCL, y una es esencial para posible DCL:
 - Fluctuación en el estado cognitivo con pronunciadas variaciones en el estado de atención y alerta.
 - Alucinaciones visuales recurrentes, típicamente bien formadas y detalladas.
 - Trastornos propios de parkinsonismo espontáneo.
- 3 Características que apoyan el diagnóstico:
 - Caídas repetidas.
 - Síncopes.
 - Pérdidas de conciencia transitorias.
 - Sensibilidad a neurolépticos.
 - Delirios sistematizados.
 - Alucinaciones no visuales.
- 4 El diagnóstico es menos probable si:
 - Aparecen ictus, evidentes por signos neurológicos focales o hallazgos de neuroimagen.
 - Evidencia de otra enfermedad general o cerebral suficiente para producir el cuadro clínico.

ANEXO 15

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JACOB.

ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB CLÁSICA (VARIETADES ESPORÁDICA Y FAMILIAR):

- 1 Pródromos breves e inespecíficos: cambio de personalidad, ansiedad, mareos, astenia, cefalea.
- 2 Alteraciones de la memoria y otras áreas cognitivas, que conducen rápidamente hacia la demencia.
- 3 Mioclonías, ya sean espontáneas o desencadenadas por estímulos visuales, sonoros o táctiles.
- 4 Delirium, con alucinaciones, ideación delirante y agitación.
- 5 Alteraciones cerebelosas, síndrome piramidal o trastornos del movimiento.

ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB YATROGÉNICA:

- 1 Cuando la inoculación es en el propio SNC o próxima a él (p.e. trasplante de córnea contaminada), el período de incubación es corto y la enfermedad se inicia con demencia como ocurre en la variedad esporádica.
- 2 Cuando la inoculación es extraneural (p.e. por inyección de hormona de crecimiento contaminada), el período de incubación es largo (varios años) y el inicio es con síndrome cerebeloso y trastornos visuales oculomotores.

NUEVA VARIANTE DE LA ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB:

- 1 Edad de inicio más temprana (29 años de media), comenzando con alteraciones conductuales, trastornos emocionales (especialmente depresión) o psicosis, así como disestesias y dolor permanente localizado y -en algunos pacientes- trastornos de la memoria.
- 2 Pronto se añaden a lo anterior ataxia, mioclonías y coreoatetosis.
- 3 En fases avanzadas, todos estos pacientes desarrollan demencia.

LA ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB (ECJ) PUEDE SER CLASIFICADA TAMBIÉN EN (MASTERS ET AL.):

I ECJ TRANSMISIBLE:

Casos transmitidos experimentalmente a primates (no humanos) y/u otros animales produciendo una encefalopatía espongiiforme experimental.

II ECJ DEFINITIVA O PROBABLE:

A ECJ definitiva:

Encefalopatía espongiiforme confirmada neuropatológicamente en un caso de demencia progresiva con al menos una de las siguientes características:

- 1 Mioclonias.
- 2 Signos piramidales.
- 3 Electroencefalograma característico.
- 4 Signos cerebelosos.
- 5 Signos extrapiramidales.

B ECJ probable:

Casos con las mismas características clínicas que en II-A pero sin confirmación neuropatológica.

III ECJ POSIBLE:

Historia -sin registros médicos que permitan la confirmación- de una demencia progresiva con:

- 1 Presencia de mioclonias y un curso evolutivo de menos de 3 años, o:
- 2 Un miembro de la familia padeciendo ECJ de los grupos I, IIA o IIB, o:
- 3 Al menos dos de las características clínicas contenidas en IIA junto con la aparición de signos tempranos y prominentes de involucreción de signos de la neurona motora inferior (forma amiotrófica de la ECJ).

ANEXO 16

LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES

Se denomina “síntomas conductuales y psicológicos de la demencia” (SPC), en general, al conjunto de síntomas relacionados con la alteración de la percepción, el contenido del pensamiento, el ánimo o la conducta, que aparecen con frecuencia en los pacientes con demencia, según el acuerdo adoptado por un grupo de expertos de la International Psychogeriatry Association en 1996. En ocasiones, también aparecen referenciados en la literatura como “síntomas neuropsiquiátricos”. No obstante, estos términos son poco rigurosos y pueden llevar a la confusión pero, tanto por ser la denominación utilizada en guías y manuales de referencia como por carecer de otro término alternativo más específico, se opta por su uso en esta guía.

Los SPC merecen una consideración especial porque suelen ser el motivo más habitual de claudicación familiar, lo que conlleva a la institucionalización del paciente.

Los SPC asociados con mayor frecuencia a la demencia, y divididos en los dos grandes grupos que los definen, son los siguientes:

- 1 **Síntomas psicológicos**, que engloban los trastornos psicóticos (delirios, alucinaciones e identificaciones erróneas), los afectivos y, finalmente, los de ansiedad.
 - **Los delirios** son falsas creencias basadas en inferencias incorrectas sobre la realidad externa, que el enfermo mantiene firmemente, a pesar de la evidencia de lo contrario. Los más frecuentes son de perjuicio y los errores en la identificación.
 - **Las alucinaciones** son percepciones sensoriales desencadenadas en ausencia de estímulo, y vividas con plena sensación de realidad. Las más prevalentes son las visuales, aunque también pueden referirse al resto de modalidades sensoriales.
 - **Los trastornos afectivos** incluyen la depresión (trastorno de ánimo caracterizado por la tristeza o por una incapacidad de experimentar placer), la apatía (falta de motivación en cuanto a planteamiento de objetivos y un reducido compromiso emocional) y la labilidad emocional (cambios rápidos en el estado de ánimo).
 - **La ansiedad** se caracteriza por una aprensión excesiva e injustificada, malos presentimientos y pensamientos de muerte inminente. Sus síntomas más frecuentes son inquietud, intranquilidad, irritabilidad y alteraciones autonómicas.

- 2 Síntomas conductuales**, que incluyen “las conductas motoras aberrantes” (agitación, hiperactividad y vagabundeo), los síntomas obsesivos compulsivos y repetitivos, la agresividad, las alteraciones del sueño, los trastornos de la conducta alimentaria y, por último, los comportamientos sociales y sexuales inadecuados.
- **Las conductas motoras aberrantes** hacen referencia a un exceso de actividad motora, habitualmente sin una finalidad concreta, y que, en el caso de la agitación, asocia un sentimiento de estrés interior.
 - **Los síntomas obsesivos compulsivos y repetitivos** se traducen en patrones de pensamiento, vocalizaciones y actos motores recurrentes.
 - **Los trastornos del sueño** más prevalentes son el insomnio y la hipersomnia diurna.

ANEXO 17

DOSIS DIARIA DE PSICOFÁRMACOS RECOMENDADA EN EL TRATAMIENTO DE LAS DEMENCIAS

PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS INICIAL	DOSIS MEDIA DE MANTENIMIENTO	DOSIS MÁXIMA
Antipsicóticos atípicos			
Risperidona	0,2-0,5 mg/d	1-3 mg/d	6 mg/d
Olanzapina	2,5 mg/d	5-10 mg/d	20 mg/d
Quetiapina	25 mg/d	50-200 mg/d	600 mg/d
Ziprasidona	20 mg/d	20-80 mg/d	80 mg/d
Amisulprida	100 mg/d	200-600 mg/d	100 mg/d
Aripiprazol	5-10 mg/d	5-15 mg/d	20 mg/d
Clozapina	12,5 mg/d	50-150 mg/d	300 mg/d
Antipsicóticos típicos			
Haloperidol	0,5-2 mg/d	2-10 mg/d	30 mg/d
Promazina	25 mg/d	150 mg/d	400 mg/d
Benzodiacepinas			
Lorazepam	0,5-1 mg/d	3-5 mg/d	7,5 mg/d
Alprazolam	0,25 mg/d	1-2 mg/d	3 mg/d
Oxacepam	5 mg/d	20-30 mg/d	60 mg/d
Zolpidem	5 mg/d	10 mg/d	10 mg/d
Antidepresivos ISRS			
Sertralina	50 mg/d	50 mg/d	100 mg/d
Fluoxetina	20 mg/d	20 mg/d	40 mg/d
Citalopram	20 mg/d	20 mg/d	40 mg/d
Escitalopram	10 mg/d	10-20 mg/d	20 mg/d
Fluvoxamina	50 mg/d	50-100 mg/d	200 mg/d
Mirtazapina	7,5mg/d	7,5-30 mg/d	45 mg/d
Venlafaxina	75 mg/d	75-150 mg/d	225 mg/d
Otros antidepresivos y ansiolíticos			
Trazodona	50 mg/d	100-300 mg/d	300 mg/d
Clometiazol	100 mg/d	400-1200 mg/d	1200 mg/d
Anticomiciales (como eutimizantes)			
Ácido Valproico	200 mg/d	500-1500 mg/d	2000 mg/d
Carbamacepina	200 mg/d	800-1200 mg/d	1600 mg/d
Anticolinesterásicos			
Donepezilo	5 mg/d	5-10 mg/d	10 mg/d
Rivastigmina	3 mg/d	6-12 mg/d	12 mg/d
Galantamina	8 mg/d	12-24 mg/d	24 mg/d
Antiglutamatérgicos			
Memantina	5 mg/d	10-20 mg/d	20 mg/d

ANEXO 18

ESTIMULACIÓN Y REHABILITACIÓN COGNITIVA

La **estimulación cognitiva** hace referencia a todo aquel conjunto de actividades que persiguen la ejercitación y entrenamiento de las diferentes funciones cognitivas como la atención, la memoria, el lenguaje, la planificación, ... Esta estimulación puede ser llevada a cabo de manera informal a través de tareas como crucigramas, puzzles, lectura, etc. o de un modo estructurado, a través de diferentes técnicas que pueden ser aplicadas por un profesional o, en algunos casos, por un familiar bajo supervisión. Las técnicas estructuradas de estimulación cognitiva que tienen una mayor tradición en el campo de las demencias y que han sido más estudiadas son:

- **TERAPIA DE ORIENTACIÓN A LA REALIDAD (TOR).** Está indicada para personas con desorientación y con ella se trabaja la orientación en tiempo, espacio y persona, y se aporta información actual, al igual que se potencia el lenguaje y comunicación entre los participantes. Se puede aplicar de manera grupal o individual, en sesiones programadas o a lo largo del día.
- **TERAPIA DE REMINISCENCIA.** Con ella se trabaja sobre el recuerdo de eventos relevantes de la vida pasada de los pacientes sirviéndose de recursos audiovisuales (fotos, canciones, ...) y en grupos reducidos, creándose en ocasiones, un clima emocional intenso.
- **TERAPIA DE VALIDACIÓN.** Busca dar reconocimiento a la experiencia actual de las personas, independientemente de que sea o no correcta. Para ello, más que corregir a los pacientes, se les ayuda a resolver conflictos que mantienen abiertos como es el caso de la pérdida de roles y de capacidades, o el afrontamiento de la muerte.

En líneas generales, en las instituciones y Centros de Día de la Comunidad de Asturias se utilizan programas integrales que combinan las estrategias cognitivas con otro tipo de terapias sensoriales y físicas.

La **rehabilitación cognitiva** parte de un modelo biopsicosocial del individuo e interviene de manera estructurada e integral sobre las funciones cognitivas, buscando como objetivo último una mejoría en el nivel de funcionamiento, de integración social y autonomía del individuo. En el caso de las demencias, se persigue el fin de mantener las funciones y retrasar el deterioro. Teniendo en cuenta que la memoria es la función más dañada en las demencias, se convierte en objeto diana de todas las intervenciones.

Las técnicas puestas al servicio de la rehabilitación de esta función son:

- La rehabilitación de otras funciones esenciales para la memoria como es el caso de la atención o la categorización.
- La utilización de las capacidades residuales. En este sentido se utilizan técnicas como el aprendizaje sin error, que impide la comisión de errores durante la fase de aprendizaje potenciando así un mejor recuerdo, o el desvanecimiento y encañamiento, ambas estrategias van retirando la estimulación de apoyo a medida que el sujeto es capaz de ir recordando el elemento completo.
- La utilización de estrategias internas. Las más utilizadas son las estrategias mnemotécnicas, las imágenes mentales, la repetición,...
- La utilización de ayudas externas: agendas, listas, alarmas, diarios,...

Desde hace unos años se empiezan a aplicar las nuevas tecnologías a la rehabilitación cognitiva de las demencias y existen en el mercado programas de ordenador creados para la rehabilitación de este tipo de pacientes, aunque todavía carecemos de estudios que puedan aportar evidencia sobre su eficacia.

ANEXO 19

LA PSICOTERAPIA

La psicoterapia es un término genérico que hace referencia a un tratamiento centrado en la comunicación y en la relación terapéutica. Se sirve de técnicas de tipo psicológico para tratar síntomas y trastornos mentales y promover la salud mental y física y potenciar el desarrollo de la personalidad. Puede ser aplicada por diferentes profesionales (preferentemente psicólogo clínico o psiquiatra) para el tratamiento de individuos, parejas, familias o grupos. Dentro de la psicoterapia existen diferentes modelos, siendo los siguientes los de mayor reconocimiento: Psicodinámico, Humanista-Existencial, Conductual, Cognitivo, Constructivista, Sistémico e Integrador.

Los modelos de psicoterapia que cuentan con mayor respaldo empírico en su aplicación al paciente con demencia y/o a su cuidador son:

- **TERAPIA DE CONDUCTA:** se fundamenta en la posibilidad de cambio en el comportamiento de los individuos al introducir modificaciones en los acontecimientos desencadenantes de esas conductas o en sus consecuencias (por ej. introducir refuerzos positivos para incrementar la frecuencia de un comportamiento deseado). Desde esta perspectiva es fundamental hacer un adecuado análisis funcional de la conducta que defina claramente cuáles son sus antecedentes y sus consecuencias.
- **TERAPIA COGNITIVA:** toma como base la idea de que entre cualquier acontecimiento del medio y las consecuencias emocionales y conductuales que tenga para la persona, media la interpretación y las creencias del sujeto. Estas creencias son, en ocasiones, erróneas o distorsionadas, causando sufrimiento y malestar emocional. Se asume que la modificación de estos pensamientos y su ajuste a la realidad llevarán a un cambio en el estado emocional y en la conducta del individuo.
- **TERAPIA SISTÉMICA:** se centra en la dimensión interpersonal o relacional de la persona. Se asume que el sujeto forma parte de sistemas en donde hay otras personas influyéndose todos mutuamente. Las estrategias relacionales de unos y otros pueden ser disfuncionales y generar psicopatología o, en cambio, pueden ser funcionales y ayudar a las personas a desarrollarse y a superar de manera adaptativa los cambios, crisis o dificultades. El modelo de terapia más utilizada desde este enfoque es el de la Terapia Familiar.

ANEXO 20

EL CUIDADO DEL CUIDADOR

Dentro del grupo de cuidadores, el de pacientes con demencia es el más vulnerable a sufrir altos niveles de estrés, sentimientos de culpa y depresión, en gran parte motivado por:

- a) Desconocimiento de la enfermedad
- b) Dificultad en la aceptación del deterioro de un ser querido
- c) Demanda constante de cuidados de los afectados

Por ello, las intervenciones sobre el cuidador se centran en tres objetivos: Formación, Organización y Apoyo emocional.

Formación: La información que se da ha de ser completa, preceder al desarrollo de la enfermedad y responder a 3 preguntas: ¿qué es la demencia?, ¿qué posibilidades terapéuticas tiene?, ¿qué complicaciones pueden sobrevenir?

Organización del cuidado. Hay tres aspectos que conviene recordar:

- El descanso es fundamental
- Co-responsabilizar a otros miembros de la familia
- Recabar ayuda del exterior: evitando el aislamiento, disponiendo de recursos como la ayuda a domicilio, centros de día, etc.

Apoyo emocional: incluye la vigilancia de los trastornos del sueño, apetito, estado de ánimo del cuidador, etc.

Los profesionales que participan en el proceso de evaluación e intervención en el proceso de demencia en sus diferentes fases, deben asumir la responsabilidad de responder a estas necesidades psicoeducativas y emocionales de los cuidadores a través de la comunicación adecuada de información y ofertando aquellos recursos que pudieran estar disponibles en la comunidad (grupos de psicoeducación, grupos de apoyo, psicoterapia individual, etc.)

ANEXO 21 MONITORIZACIÓN DE FÁRMACOS

Inhibidores de la acetilcolinesterasa (IChE)

INCLUYEN EL DONEPEZILO, LA GALANTAMINA Y LA RIVASTIGMINA

Los efectos secundarios más frecuentes son los gastrointestinales: náusea, vómito, incremento de la acidez gástrica, flatulencia. Son más habituales en tratamiento con la rivastigmina

También hay que considerar, bajo tratamiento con cualquier IChE, la bradicardia y el riesgo de bloqueo AV.

La pérdida de peso está descrita en condiciones de tratamiento con galantamina.

El insomnio es más habitual cuando se administra donepezilo. Puede controlarse modificando la hora de toma del fármaco (después del desayuno o del almuerzo, en vez de tras la cena).

Se recomienda:

- Control de pulso y frecuencia cardiaca.
- Hacer un EKG, si episodio de pérdida de conciencia.
- Vigilar el peso.
- Suspensión en caso de cirugía por interacción con anestésicos.
- En el caso de rivastigmina hacer una titulación lenta para minimizar los efectos secundarios.

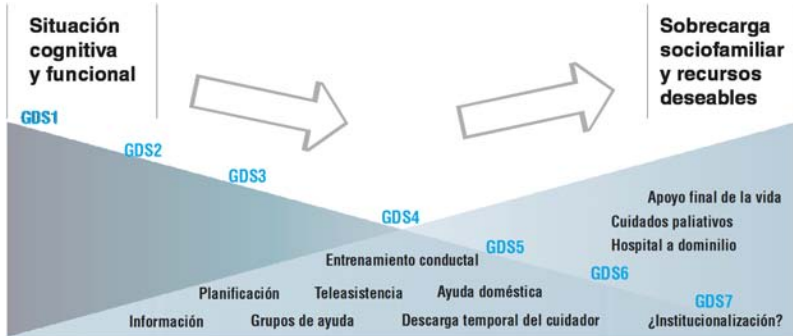
NEUROLÉPTICOS (ANTIPSICÓTICOS)

Los antipsicóticos convencionales (típicos) sólo deberían ser usados para tratar de forma puntual un síndrome confusional agudo y los SPC asociados a la demencia que resulten especialmente disruptivos para la familia y para el paciente.

Debe evitarse su uso a medio-largo plazo (duración orientativa: no más de 15 días).

Para el control de los SPC a medio-largo plazo se recomienda el uso de antipsicóticos atípicos, cuyo riesgo de efectos secundarios (en especial extrapiramidales) y de efectos adversos graves es menor que el de los antipsicóticos típicos. La risperidona es el único antipsicótico atípico que dispone actualmente de esta indicación. En todo caso su indicación debe ser revisada periódicamente e intentar limitar su uso en el tiempo.

ANEXO 22 SEVERIDAD DE LA DEMENCIA, NECESIDADES Y RECURSOS PSICOSOCIALES



Cognición	GDS1	GDS2	GDS3	GDS4	GDS5	GDS6	GDS7
	Normal	Deterioro leve	Demencia leve	demencia leve-moderada	Demencia moderada	Demencia moderada-grave	Demencia grave
Discapacidad	Discapacidad nula	Discapacidad nula	Discapacidad leve (I)	Discapacidad moderada (II)	Discapacidad leve (II)	Discapacidad grave (III)	Discapacidad grave (III)
Sobrecarga del cuidador-familiar	Sobrecarga muy leve	Sobrecarga leve	Sobrecarga leve-moderada	Sobrecarga moderada	Sobrecarga moderada-grave	Sobrecarga grave	Sobrecarga muy grave
Valoración de la capacidad legal			Valoración de capacidades para trabajo y tareas sociales	Valoración de capacidades para tareas sencillas y manejo de patrimonio	Valoración de capacidades para decisiones personales		

Gráfico1. Imbricación de la situación cognitiva, las necesidades sociales y los posibles recursos necesarios.

ANEXO 23

GLOBAL DETERIORATION SCALE (ESCALA GDS)

Reisberg B et al. Am J Psychiatry 1982; 139: 1136-1139

Estadio	Déficit cognitivo	Descripción
1	Inexistente	<ul style="list-style-type: none"> Ausencia de quejas subjetivas y de trastornos evidentes de memoria
2	Muy leve	<ul style="list-style-type: none"> Quejas subjetivas de defectos de memoria, sobre todo en: <ol style="list-style-type: none"> Olvido de dónde ha colocado objetos familiares Olvido de nombres previamente bien conocidos No hay evidencia objetiva de defectos de memoria en el examen clínico No hay defectos objetivos en el trabajo o en situaciones sociales Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología
3	Leve	<ul style="list-style-type: none"> Primeros defectos claros. Manifestaciones en una o más de estas áreas: <ol style="list-style-type: none"> El paciente puede haberse perdido en un lugar no familiar Los compañeros detectan rendimiento laboral pobre Personas más cercanas aprecian defectos en la evocación de palabras y nombres Al leer un párrafo de un libro retiene muy poco material Capacidad muy disminuida en el recuerdo de conocidos nuevos Perder o colocar en lugar erróneo un objeto de valor Hacerse evidente un defecto de concentración en la exploración clínica Un defecto objetivo de memoria sólo se observa con entrevista intensiva Aparece un decremento de los rendimientos en situaciones laborales o sociales exigentes Los síntomas se acompañan de ansiedad discreta- moderada
4	Moderado	<ul style="list-style-type: none"> Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa en las áreas siguientes: <ol style="list-style-type: none"> Conocimiento disminuido de los acontecimientos actuales y recientes El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su historia personal Defecto de concentración puesto de manifiesto en la sustracción seriada de sietes Capacidad disminuida para viajes, finanzas, etc. Frecuentemente no hay defectos en las áreas siguientes: <ol style="list-style-type: none"> Orientación en tiempo y persona Reconocimiento de personas y caras familiares Capacidad de desplazarse a lugares familiares Incapacidad para realizar las tareas complejas La negación es el mecanismo de defensa dominante Disminución del afecto y abandono en las situaciones más exigentes

Estadio	Déficit cognitivo	Descripción
5	Moderadamente grave	<ul style="list-style-type: none"> · El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia · No recuerda datos relevantes de su vida actual: dirección, teléfono, etc. · Es frecuente cierta desorientación en tiempo: fecha, día, etc. · Con educación formal puede tener dificultad contando hacia atrás desde 40 de 4 en 4, o desde 20 de 2 en 2 · Mantiene el conocimiento de muchos de los hechos de mayor interés concernientes a sí mismo y a otros · Invariablemente sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos · No requiere asistencia en el aseo ni en la comida, pero puede tener cierta dificultad en la elección de los vestidos adecuados
6	Grave	<ul style="list-style-type: none"> · Puede olvidar el nombre del cuidador, del que, por otra parte, depende totalmente para sobrevivir · Desconoce los acontecimientos y experiencias recientes de su vida · Mantiene cierto conocimiento de su vida pasada pero muy fragmentario · Generalmente desconoce su entorno, el año, la estación, etc. · Puede ser incapaz de contar hasta diez hacia atrás y a veces hacia delante · Requiere cierta asistencia en las actividades cotidianas. Puede tener incontinencia o requerir ayuda para desplazarse, pero puede ir a lugares familiares · El ritmo diurno está frecuentemente alterado · Casi siempre recuerda su nombre · Frecuentemente sigue siendo incapaz de distinguir entre las personas familiares y no familiares · Cambios emocionales y de personalidad bastante variables, como: <ul style="list-style-type: none"> a) Conducta delirante: puede acusar de impostora a su esposa, o hablar con personas inexistentes o con su imagen en el espejo b) Síntomas obsesivos como actividades repetitivas de limpieza c) Síntomas de ansiedad, agitación e incluso conducta violenta previamente inexistente d) Abulia cognitiva, pérdida de deseos, falta de elaboración de un pensamiento para determinar un curso de acción propositivo
7	Muy grave	<ul style="list-style-type: none"> · Pérdida progresiva de las capacidades verbales. Inicialmente se pueden verbalizar palabras y frases muy circunscritas; en las últimas frases no hay lenguaje, únicamente gruñidos · Incontinencia de orina. Requiere asistencia en el aseo y en la alimentación · Se van perdiendo las habilidades psicomotoras básicas como la deambulaci3n · El cerebro es incapaz de decir al cuerpo lo que hay que hacer. Frecuentemente aparecen signos y síntomas neurológicos generalizados y corticales

ANEXO 24

ESCALA DE VALORACIÓN SOCIAL GIJÓN

García-González JV et al. Aten Primaria 1999; 23: 434-440

	Puntos
SITUACIÓN FAMILIAR	
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad.	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
SITUACIÓN ECONÓMICA	
Más de 1,5 veces el salario mínimo	1
Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
LISMI - FAS - Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior	5
VIVIENDA	
Adecuada a sus necesidades	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, baños,...)	2
Humedades, mala higiene, equipamientos inadecuado (sin baño completos,...)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ...)	5
RELACIONES SOCIALES	
Relaciones sociales	1
Relación social sólo con familia y vecinos	2
Relación social sólo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4
No sale y no recibe visitas	5
APOYO DE LA RED SOCIAL	
Con apoyo familiar o vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente de ingreso en residencia	4
Tiene cuidados permanentes	5

RANGO DE VALORACIÓN

Menos de 10 : normal

Entre 10 y 14: riesgo social

Más de 15: problema social

ANEXO 25

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

ZARIT SH ET AL. GERONTOLOGIST 1980; 20: 649-655

ESCALA de ZARIT

0 Nunca; 1 Casi nunca; 2 A veces; 3 Bastantes veces; 4 Casi siempre

- | | | | | | | | | | | | |
|----|--|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|
| 1 | ¿Siente usted que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita? | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 2 | ¿Siente usted que debido al tiempo que dedica a su familiar, ya no dispone de tiempo suficiente para usted? | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 3 | ¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades? | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 4 | ¿Se siente avergonzada/o por el comportamiento de su familiar? | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 5 | ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia? | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 6 | ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar? | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 7 | ¿Siente que su familiar depende de usted? | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 8 | ¿Se siente agotado cuando tiene que estar junto a su familiar? | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 9 | ¿Siente usted que su salud se ha resentido afectada por cuidar a su familiar? | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 10 | ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar? | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 11 | ¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar a su familiar? | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 12 | ¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, por causa de su familiar? | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 13 | ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que contar? | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 14 | ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar además de sus otros gastos? | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 15 | ¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo? | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 16 | ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó? | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 17 | ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas? | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 18 | ¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar? | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 19 | ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar? | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 20 | ¿Cree que podría cuidar a su familiar mejor de lo que lo hace? | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 4 |
| 21 | En general, ¿se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar? | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> | 4 |

ANEXO 26

PAUTAS DE ACTUACIÓN ANTE LOS MALOS TRATOS A ANCIANOS

Extraída de: Fernández-Alonso, MC. Grupo de Trabajo de Salud Mental del PAPPs.
Documento de actuación en malos tratos a ancianos. SEMFYC 2001

1 Realización de la entrevista clínica al anciano por el médico de familia.

Debe realizarse en un marco de tranquilidad y sin prisas. Algunas normas para facilitarnos esta entrevista se enumeran en la tabla 1. En el curso de la entrevista se preguntará por factores de riesgo y se investigarán signos de alerta o indicios que nos hagan pensar en la posibilidad de maltrato por sus actitudes, comportamientos o síntomas.

Tabla 1. Pautas de entrevista con el anciano maltratado

Algunas normas para facilitar la entrevista:

- Entrevistar al paciente sólo y con el cuidador.
- Analizar la relación y cambios de actitud en su presencia.
- Dar confianza y facilitar la expresión de sentimientos.
- Garantizar la confidencialidad.
- Hablar con lenguaje claro y sencillo.
- Hacerle preguntas para facilitar que el paciente cuente su problema.
- Preguntar por factores de riesgo.

2 **Explorar cuidadosamente signos físicos** como lesiones o hematomas; detectar incongruencias entre las lesiones y las explicaciones sobre como se produjeron; desnutrición sin motivo aparente, deshidratación, caídas reiteradas, demora en la solicitud de atención, visitas frecuentes a urgencias por motivos cambiantes, contradicciones en el relato de lo sucedido entre paciente y el agresor.

3 **Explorar actitudes y estado emocional:** miedo, inquietud, pasividad. Explorar síntomas psíquicos: alteración del estado de ánimo, depresión, ansiedad, confusión etc. Si diagnosticamos un trastorno depresivo, o por ansiedad, insomnio etc, tener especial cautela en la indicación de psicofármacos. Valorar siempre el riesgo de suicidio, el acceso a los medicamentos y la vigilancias de las tomas. Investigar señales de alerta a través de indicios, actitudes, signos clínicos o síntomas de malos tratos (Tabla 2).

Tabla 2. Señales de alerta y signos precoces de maltrato

- Explicaciones poco coherentes respecto al mecanismo de producción de las lesiones
- Retraso en solicitar la asistencia
- Visitas reiteradas a servicios de urgencia y hospitales por motivos cambiantes
- Administración involuntaria de medicamentos
- Ausencia de respuesta ante tratamientos adecuados

- Mala evolución de las lesiones (úlceras) tras aplicación de las medidas adecuadas.
- Desnutrición sin motivo aparente
- Deshidratación
- Caídas reiteradas
- Contradicciones en el relato de lo sucedido entre paciente y maltratador
- Actitud de miedo, inquietud o pasividad
- Estado emocional: alteración del estado de ánimo, depresión, ansiedad o confusión
- Negativa del cuidador a dejar solo al anciano

4 Diagnóstico

Si se llega al conocimiento de la existencia de una situación de maltrato, es preciso hacer una **valoración inicial de la situación de riesgo**, investigar si es una situación aguda o crónica; valorar el riesgo potencial de las lesiones, si hay riesgo inmediato (físico, psíquico o social) y **establecer un plan de actuación integral**, que contemple la situación física, psicológica y social del anciano, abordando cada uno de los aspectos.

Contactaremos con el trabajador social y con servicios especializados de protección al mayor si fuera preciso, y en algunos casos puede ser necesaria la hospitalización del paciente. Tras la exploración y valoración, hacer un parte de lesiones si procede y remitir al juez.

El médico debe informar al paciente de la situación y de la posible evolución del problema, así como de las posibilidades de actuación y los recursos; también debe darle la información necesaria por si desea formular la denuncia.

Con frecuencia nos vamos a encontrar rechazo del paciente anciano víctima de maltrato a formular la denuncia, ya que casi siempre el agresor es un miembro de la propia familia. Esta situación plantea con frecuencia un conflicto ético. Una vez valorado el riesgo inmediato para el anciano, las causas, la voluntad del paciente y las posibilidades de intervención el profesional deberá tomar la decisión. En los casos de riesgo inmediato para la vida siempre habrá que remitir al hospital. Si la causa puede ser la sobrecarga del cuidador o un trastorno psicopatológico abordable (depresión, ansiedad etc.), se pueden valorar las posibilidades de intervención con un seguimiento estrecho por parte de los profesionales sanitarios y el trabajador social, poniendo en marcha las medidas de apoyo sociales y médicas que fueran precisas. En todo caso. la prudencia, el conocimiento del contexto y tener en cuenta la voluntad del paciente (cuando conserva sus facultades) son factores importantes en la toma de decisiones.

5 Intervención del profesional médico

- Establecer un plan de actuación integral y coordinado, contactando con el trabajador social. En los casos de riesgo inmediato de cualquier tipo debe remitirse siempre a los servicios sociales. En el resto, se procederá en función de la valoración realizada, con la opción acordada por el profesional y el paciente, respetando siempre que sea posible los deseos del paciente.

- Informar al paciente de la tendencia y consecuencias del maltrato y buscar una estrategia de protección y un plan de seguridad (dar teléfonos por escrito de urgencias, policía, concertar un sistema de teleasistencia, etc.), explicar al paciente las posibles alternativas y escuchar cuales son sus deseos y siempre hacer un seguimiento de la situación
- Si el paciente no está capacitado, poner en conocimiento de los servicios sociales y de protección al mayor
- Hacer parte de lesiones si procede y comunicarlo al juez
- Informar de los pasos legales para formalizar la denuncia
- Registrarlo en la historia

6 Estrategias e intervenciones socio-sanitarias de ayuda al anciano maltratado

1 Orientadas al anciano

- Evitar el aislamiento social mediante:
 - Servicios de atención a domicilio
 - Centros de día
 - Tutela por parte de Servicios Sociales
- Organizar la atención clínica del paciente facilitando medios y simplificando la medicación
- Evaluar la adecuación de la vivienda a las limitaciones del anciano
- Valorar la necesidad de institucionalizar al anciano si la familia no puede garantizar su atención

2 Orientadas a la persona que maltrata, cuando ésta es el cuidador o familiar

- Reducir el estrés de la familia o del cuidador a través de medidas como:
 - Compartir el cuidado con otros miembros de la familia o facilitar si fuera preciso cambios al domicilio de otro familiar mas capacitado
 - Contactar con grupos de apoyo (voluntariado, asociaciones de enfermos o de familiares etc.)
 - Garantizar periodos de descanso al cuidador (facilitando personas de apoyo de atención a domicilio de servicios sociales o voluntarios, estancias en centros de día o de corta estancia)
 - Dar apoyo técnico y emocional al cuidador
- Si el cuidador padece un problema psiquiátrico o de consumo de alcohol o drogas, debe realizarse la entrevista intentado conocer el estado emocional de la persona y facilitar el apoyo y tratamiento de problemas psiquiátricos o toxicomanías si las hubiere.
- Valorar la capacidad de la familia para garantizar los cuidados

3 Recomendaciones básicas para los profesionales

- Estar alerta ante la posibilidad de maltrato en los ancianos
- Identificar personas en riesgo: factores de riesgo y vulnerabilidad
- Investigar señales de alerta
- Intervenir modificando factores de riesgo cuando esto sea posible
- Una vez diagnosticado el maltrato, poner en marcha estrategias de actuación con la víctima y agresor (con frecuencia el cuidador) y hacer el seguimiento del problema
- Coordinar nuestra actuación con el trabajador social y los servicios especializados
- Registrarlo en la historia

