

PROCESO INTEGRADO DE  
ATENCIÓN PRIMARIA Y  
ESPECIALIZADA:  
DETERIORO COGNITIVO  
ADQUIRIDO

## INDICE

<b>1. Introducción.....</b>	<b>4</b>
1.1 Entorno social .....	4
1.2. Entorno organizativo .....	4
1.3 Cifras .....	6
<b>2. Diagnóstico de trastornos cognitivos .....</b>	<b>8</b>
2.1 Criterios diagnósticos de las demencias .....	8
2.2. Sistemática diagnóstica .....	8
<b>3. Determinación de estadio evolutivo.....</b>	<b>15</b>
<b>4. Criterios terapéuticos en trastornos cognitivos adquiridos.....</b>	<b>16</b>
4. 1. Consideraciones distintivas.....	16
4. 2. Opciones terapéuticas recomendables según el estadio evolutivo.....	17
4. 3 . Lugar terapéutico y seguimiento según GDS.....	18
4. 4. Tratamiento farmacológico.....	19
4.4.1 Fármacos habitualmente utilizados en pacientes con demencia.....	20
4. 5. Tratamiento no farmacológico.....	31
4. 6. Indicación por nivel de gravedad o grado de afectación.....	34
4. 7. Indicación por entidad nosológica.....	37
<b>5. Mapa del proceso .....</b>	<b>39</b>
<b>6. Plan de seguimiento.....</b>	<b>40</b>
<b>7. Criterios de derivación (CD).....</b>	<b>45</b>
7.1. Identificación–remisión desde Atención Primaria(AP).....	45
7. 1. 1. Criterios de derivación a Asistencia Especializada .....	46
7. 2. Criterios de derivación a la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD).....	47
7. 3. Criterios de inclusión en Programa de gestión de condiciones crónicas (GC).....	47
7. 4. Criterios de derivación para ingreso Hospitalario .....	47
7. 5. Criterios de derivación a Hospital de Media-Larga estancia / Residencia.....	48
7. 6. Criterios de derivación desde Atención Especializada (incluye UHD) a A.P.....	48

<b>8. Trastornos conductuales:</b> .....	<b>49</b>
8.1. Tratamiento farmacológico: Principios básicos .....	50
8.2. Tratamiento farmacológico por grupo de síntomas.....	51
8.3. Tratamiento no farmacológico: Actuaciones según síntomas.....	56
<b>9. Cuidados al cuidador</b> .....	<b>62</b>
<b>10. Anexos:</b>	
<b>ANEXO 1: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DISTINTAS ENTIDADES</b> .....	<b>70</b>
<b>ANEXO 2. : ESTADOS EVOLUTIVOS</b> .....	<b>74</b>
<b>ANEXO 3: FÁRMACOS: TABLA ORIENTATIVA SOBRE USO DE FÁRMACOS</b> .....	<b>79</b>
<b>ANEXO 4 : PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA : PACIENTE CON DEMENCIA</b> .....	<b>82</b>
<b>ANEXO 5: VALORACIÓN EN EL SEGUIMIENTO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA</b> .....	<b>90</b>
<b>11. Bibliografía</b> .....	<b>91</b>

## 1. INTRODUCCIÓN

El impacto de las enfermedades crónicas está creciendo de forma sostenida en numerosos países, cobrando cada vez más importancia la necesidad de intervenir urgentemente contra ellas. Entre las condiciones crónicas destacan los trastornos cognitivos adquiridos, incluyendo el estado funcional clásicamente denominado demencia y los estados de deterioro cognitivo que no lleguen a ese nivel de gravedad, denominados en ocasiones como deterioro cognitivo ligero o con otra terminología médica incluíble dentro de los síndromes pre-demencia. La necesidad de implantar un proceso integrado de atención primaria y atención especializada referido a esta patología está motivada por un conjunto de razones y circunstancias de distinta índole que confluyen en ella y la justifican. Hay razones de tipo general y particular a distintos niveles, tanto socioeconómicos como clínicos y organizativos, en un entorno caracterizado por las siguientes características:

### 1.1. Entorno social

- Una población en crecimiento, fundamentalmente por la inmigración, heterogénea, con necesidades diferentes, envejecida, con una esperanza de vida elevada
- Una sociedad más evolucionada, en la corriente europea y global: más rica, con más recursos económicos; más exigente, con más desarrollo de las instituciones sociales; que usa más los servicios de salud, más intensamente y más frecuentemente, imbuida del concepto del estado del bienestar, con un mayor porcentaje de familias nucleares y monoparentales
  - Con menor capacidad de asumir cuidados de personas dependientes en el entorno sociofamiliar inmediato
  - Con una dilución de la responsabilidad en el apoyo económico y en las tareas de cuidados del hogar en todos los miembros de la familia.
- Una demanda asistencial más compleja, con ciudadanos con mayor libertad individual, autonomía e independencia, más informados y que valoran la libertad de decisión, menos afectados por restricciones y convenciones sociales, ciudadanos que quieren capacidad de decisión en el proceso de atención.
- Ciudadanos con expectativas diferentes: aprecio de la autonomía, independencia social y de la libertad individual, también en edades avanzadas y expectativa de apoyo social para paliar las consecuencias de la dependencia.

## 1.2. Entorno organizativo

- La constitución de la Agencia Valenciana de Salud, orientada a resultados, que asume retos de envergadura, con una transformación del modelo de distribución de recursos económicos, con un proceso de integración entre atención primaria y atención especializada, con un aumento de la importancia de los procesos asistenciales de carácter ambulatorio, con potenciación de las alternativas a la hospitalización tradicional como la Hospitalización a Domicilio.

- Un cambio en la actitud clínica que finalmente trasciende la descripción nosológica de los clásicos; por la aparición de tratamientos inequívocamente eficaces en la enfermedad de Alzheimer; por la exigencia social de atención por parte del entornos sociofamiliar de los afectos y la exigencia moral sentida por el conjunto de la sociedad del deber de facilitarla; por el reconocimiento legal de las situaciones de dependencia que este grupo de trastornos generan, por el requisito ético de la asistencia, por la comprobación de la efectividad en términos económicos de las medidas actualmente disponibles; por la influencia que tiene la instauración precoz de los tratamientos adecuados en los casos oportunos tanto en el mantenimiento funcional a corto plazo como en la evolución a medio y largo plazo; por su relevancia en orden de frecuencia; por su carácter multidisciplinar; por la emergencia de la figura del neuropsicólogo y la necesidad de coordinación entre estamentos, así como por la existencia de restricciones de prescripción de determinados fármacos de tipo administrativo:

- Obliga a la asunción de la responsabilidad del uso adecuado de esos fármacos por parte de los especialistas, en pacientes social y biológicamente lábiles.

Las enfermedades que producen trastornos cognitivos suelen tener una evolución prolongada en el tiempo y ocasionar un elevado impacto en el entorno sociofamiliar del afecto, no sólo por las propias deficiencias cognitivas y no cognitivas, sino también especialmente por las limitaciones funcionales y alteraciones de conducta que los acompañan. Por ello, este grupo de enfermedades requiere un manejo no exclusivamente clínico sino también social, siendo un grupo de gran interés, crucial, en el contexto de la atención sociosanitaria. Obviamente, esta situación no es exclusiva de nuestro entorno, sino propia de toda la Europa Occidental; de hecho, el Programa Marco del Fondo Social Europeo destina fondos para financiar proyectos que puedan favorecer la independencia y autonomía de las personas de edad avanzada que presenten alteraciones cognitivas.

El proceso clínico integrado pretende que la atención a los trastornos cognitivos se dé en un modelo sostenible y de compromiso con los ciudadanos mediante una gestión eficiente. Debe

asumir, por tanto, las innovaciones en tecnología de información corporativa y el marco de financiación capitativa. El tratamiento farmacológico estándar puede costar aproximadamente 200 € mensuales por paciente. En los casos indicados, el tratamiento es coste-efectivo al producir una mejoría o estabilización funcional. Esta guía incluye las actuaciones necesarias para asegurar que el uso de los distintos recursos terapéuticos se practique razonadamente de modo que el coste que se asume pueda compensarse con su efecto beneficioso, de acuerdo a los estándares analíticos al respecto.

Para la implantación de este proceso de atención se requiere un ajuste organizativo entre Atención Especializada y Atención Primaria en la manera en que aquí se describe, incluyendo a todos los participantes en el propio proceso de atención.

Esta actuación se inscribe dentro de las actuaciones de la Conselleria de Sanitat respecto a la atención de trastornos cognitivos y recoge el espíritu y la forma de los documentos elaborados por la Comisión que de ello se ocupa.

### **1.3. Cifras**

La Comunidad Valenciana tenía a finales de la década de los 90 aproximadamente 4 millones de habitantes; pero en estos años hemos asistido a un notable crecimiento, fundamentalmente debido a flujos migratorios, y es previsible que próximamente alcance la cifra de 5 millones, puesto que ya supera los 4.700.000 habitantes.

La prevalencia de las demencias, muy en relación con la edad, puede cifrarse en el 10% de las personas mayores de 65 años en términos globales (5% entre 65 y 75 años, 15 % entre 75 y 85 años, y superior aún en mayores de 85 años) lo que vienen a corresponderse en poblaciones occidentales con aproximadamente el 1% de la población, por tanto en el conjunto de la Comunidad Valenciana afecta a unos 50.000 habitantes directamente, y a otros 100.000 ó 150.000 indirectamente (2 ó 3 personas como núcleo cuidador por cada paciente). En el Departamento de salud 7, que atiende aproximadamente a 400.000 habitantes, podemos calcular 4000 casos prevalentes; si bien, en la hora de la atención particular en nuestro Departamento hay que considerar:

- No todas las demencias demandan asistencia; un volumen de ellas, bien por afecciones concomitantes, bien por otros condicionantes, no es atendido en el sistema de salud.
- El Hospital Universitari La Fe tiene un apreciable nivel de atracción de pacientes de otros departamentos. Especialmente notable en el caso de los departamentos geográficamente cercanos de la ciudad de Valencia y su área metropolitana, pero también de cualquier departamento o incluso de fuera de nuestra Comunidad Autónoma. Hay que considerar

que son los familiares los que instan la valoración de los casos según su propia opinión, ya que la demanda directa de los pacientes es ínfima por este motivo, y ello implica un cambio en el patrón usual de demanda de servicios sanitarios.

- En la demanda ambulatoria de atención neurológica en la última década ha acontecido un cambio en cuanto a la tipología de pacientes que demandan atención. A principios de la década de los 90, el porcentaje de pacientes en consultas generales de neurología que demandaban atención por trastornos cognitivos no llegaba al 5%. Actualmente, el porcentaje de pacientes que demandan atención por estos trastornos es aproximadamente el 20%, superando el 15% de las primeras visitas y el 25% de las sucesivas, en consultas sin sesgos especiales de remisión o práctica clínica.

En nuestro ámbito, con algo más de 10.000 visitas anuales en Neurología en el Centro de Especialidades, cabe cifrar en 2.000 visitas por este motivo en aquel ámbito; más las generadas en las consultas externas del Hospital (aproximadamente otras 2.000 visitas, en una agenda de neurología diaria –tres días con citación preferente de primeras visitas- y una o dos agendas de neuropsicología).

## **2. DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS COGNITIVOS**

### **2.1. Criterios diagnósticos de las demencias**

El diagnóstico de los trastornos cognitivos es clínico. Los criterios clínicos de diagnóstico de las entidades más corrientes (enfermedad de Alzheimer, demencia vascular, enfermedad por cuerpos de Lewy, degeneración frontotemporal) se recogen en el **anexo 1**.

El diagnóstico clínico del síndrome demencia se define por el deterioro en varias áreas cognitivas que incapacitan al paciente para la realización de sus actividades habituales en el ámbito social, laboral y/o familiar. El Deterioro Cognitivo Ligero (DCL) consiste en el estadio intermedio entre la normalidad y la demencia en el que los defectos cognitivos no llegan a interferir de forma significativa en las actividades habituales del paciente; por tanto, es la funcionalidad la que fundamentalmente permite la distinción aunque también hayan niveles de gravedad en el trastorno cognitivo. En la actualidad la investigación etiológica de cada caso se debe realizar tanto en uno como en otro grupo de trastornos cognitivos, haciendo dicha investigación de manera adecuada y en modo individualizado para cada paciente.

### **2.2. Sistemática diagnóstica**

La valoración global de un paciente con trastorno cognitivo incluye varios tipos de valoraciones que deben ponerse en común para la evaluación global de cada binomio Paciente/Entorno Cuidador. Ésta incluye los siguientes tipos de valoraciones:

- Valoración general del paciente con demencia (o sospecha)
- Valoración médica general
- Valoración neurológica
- Valoración cognitiva
- Valoración conductual
- Valoración funcional
- Valoración socio-familiar

A continuación se señalan las principales herramientas para la valoración de cada uno de estos apartados, que sistemáticamente se aplicarán en el proceso clínico integrado de trastornos cognitivos.

#### **▪ Valoración general del paciente con demencia:**



Debe recabarse información sobre los siguientes aspectos:

- Edad y Sexo del paciente
- Dominancia manual
- Lengua materna
- Profesión y situación laboral
- Nivel educativo
- Antecedentes familiares de demencia

▪ **Valoración médica general:**

En los pacientes con sospecha de demencia es especialmente importante recabar, al menos, la siguiente información:

- *Estado general:*
  - Nivel de alerta y colaboración
  - Nutrición e hidratación
  - Presencia de dolor
  - Presencia de fiebre
- *Valoración por sistemas, especialmente:*
  - Sistema respiratorio (descartar insuficiencia respiratoria)
  - Sistema cardiaco-vascular (descartar insuficiencia cardiaca, soplos, bradicardia, arritmias, hipotensión...)
  - Sistema endocrino-metabólico: especialmente glucemia, hormonas tiroideas y metabolismo lipídico (Factor riesgo vascular)
  - Sistema hematopoyético: descartar anemia.
  - Aparato locomotor: columna y articulaciones
  - Calidad del sueño:
    - Insomnio, sueño no reparador y ronquera nocturna.
    - Descartar Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño.
    - Trastorno de Conducta de sueño REM (TCSREM) y otras parasomnias.
- *Exploración neurológica:* focalidad neurológica, reflejos de liberación frontal, signos de extrapiramidalismo, alteraciones de la marcha.
- *Valoración sensorial*
  - Audición
  - Visión
- *Presencia de Factores de Riesgo Vascular :* HTA, DM, DLP, FA, Cardiopatía isquémica, Tabaquismo, SAHOS.

- *Listado de toda la medicación* que toma actualmente el paciente y de otras medicaciones que haya tomado, especialmente si le causaron reacciones adversas o fueron ineficaces.
- Anotación de *alergias medicamentosas y otras*.
- En cualquier caso, hay que **descartar causas tratables del trastorno cognitivo**. Para ello, obligatoriamente, según todas las guías publicadas, deben obtenerse:
  - *Analítica*: hemograma, hemostasia básica, bioquímica general, determinación de niveles de cianocobalamina (vitamina B<sub>12</sub>), determinación de función tiroidea.
  - *Exploración de neuroimagen estructural* (RMN cerebral ó TAC cerebral ).

#### ▪ **Valoración neurológica**

- *Anamnesis* usual en la que se recoge el tipo e intensidad de las manifestaciones cognitivas, conductuales y funcionales que presenta el paciente, así como su patocrónia (modo de inicio y evolución).
- *Examen neurológico completo*, incluyendo reflejos de línea media, tono muscular, los reflejos osteomusculares y la marcha.
- *Valoración de pruebas diagnósticas*, que se practican según las indicaciones mencionadas:
  - RMN cerebral (o, alternativamente, TAC)
  - Analítica completa (hemograma, hemostasia básica, bioquímica general, determinación de niveles de cianocobalamina y función tiroidea, determinación del genotipo de la apoproteína E).

Actualmente no son práctica rutinaria otras pruebas diagnosticas que pueden orientar algunos casos de deterioro cognitivo, pero que se han de considerar en determinadas ocasiones de manera opcional en algunos casos:

- Serologías, especialmente luética y de HIV, pero también otras microbiológicas o inmunitarias. La determinación rutinaria de serología luética parece especialmente obsoleta.
- La determinación de autoanticuerpos en suero, que está tomando valor diagnóstico en algunos casos de demencia, fundamentalmente de evolución rápida. Nuestro Hospital tiene una línea de investigación abierta en este campo; no obstante, en la práctica es una determinación excepcional.
- La analítica ordinaria de líquido cefalorraquídeo.
- La analítica especial de líquido cefalorraquídeo, fundamentalmente detección y

determinación de niveles de determinadas proteínas

- Proteínas tau y beta-amiloide en demencias degenerativas primarias, de valor ya demostrado y practicable ya en nuestro Hospital, como en un buen número de Hospitales terciarios y Centros dedicados a este grupo de patologías. La determinación orienta la etiología fundamentalmente en casos cuyo nivel de afectación no sea elevado y en los que no existan otras claves diagnósticas o bien existan y puedan ser contundentes.
- Proteína 14-3-3 como confirmación de laboratorio de la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob, lo que resulta necesario de acuerdo a la actual reglamentación ya que es un trastorno bajo vigilancia epidemiológica.
- Neuroimagen funcional (SPECT ó PET), cuyo valor diagnóstico permanece discutido, si bien en algunos casos puede ser la única técnica de neuroimagen que evidencie alteraciones clínicamente constatables.
- EEG, de gran valor diagnóstico en la sospecha de enfermedad de Creutzfeldt-Jacob y de alguna ayuda en la clasificación de demencias primarias y evaluación de algunos de sus síntomas.
- Potenciales evocados, si bien el uso diagnóstico de la P-300 ha entrado en cierto desuso.

En la evaluación de neuroimagen estructural, la *RMN* es mucho más informativa que la TAC en prácticamente todos los aspectos:

- La cuantificación de la atrofia de distintas regiones cerebrales, que en el caso de la afección hipocámpica o temporal medial puede tener un valor diagnóstico en aquellos casos en el que el resto de evaluaciones no aporten datos concluyentes.
- La determinación de la afección de origen vascular, tanto en la demencia vascular (si bien la demencia vascular se diagnostica sobre bases clínicas, la neuroimagen debe mostrar las lesiones correspondientes) como en la degenerativa (en la que puede tener también valor diagnóstico alguna alteración detectada)
- La detección de otras anomalías: hiperintensidades en sustancia gris en afecciones priónicas, cavernomas u otras malformaciones vasculares, zonas de gliosis, lesiones postraumáticas, lagunas, afección de tronco y cerebelo, etc.
- Existe un potencial uso diagnóstico de técnicas aun no estandarizadas en relación a RMN funcional y otras.

Por todo ello, resulta preferible la práctica de una RMN a una TAC en la evaluación

estructural del cerebro, como ocurre también en otros grupos de patologías.

Con ello se debe alcanzar un diagnóstico etiológico y nosológico en un rango de certidumbre apreciable, conjuntamente con el resto de tareas diagnósticas que seguidamente detallamos.

### ▪ **Valoración cognitiva**

- Puede tener un componente informal: interrogatorio del paciente o del cuidador, o de ambos, sobre la naturaleza e intensidad de los déficit apreciados, solicitando ejemplos ilustrativos, información sobre memoria, lenguaje y comunicación, alteración de habilidades previas, capacidad de reconocer personas y lugares, capacidad de saber la fecha, etc.

- La Historia clínica detallada desde la anamnesis es la principal herramienta diagnóstica, dado que los datos cuantitativos solos pueden conducir a error por el efecto techo y suelo que presentan. El dato más importante para establecer la sospecha de demencia, es la pérdida de una función previamente adquirida. La confirmación por un informador válido aumenta la probabilidad de la sospecha clínica (*Test del Informador*)

- Es necesaria la valoración cognitiva, cuanto menos la dirigida a confirmar mediante la evaluación los síntomas deficitarios que clínicamente se recojan. La evaluación cognitiva debe confirmar y ponderar la existencia y la relevancia de los trastornos cognitivos presentes en cada momento; la mera existencia de síntomas cognitivos no tiene valor si estos síntomas o quejas no son confirmados con la correspondiente valoración de la cognición.

- Los exámenes neuropsicológicos seriados amplían la utilidad de la evaluación cognitiva basal o diagnóstica al proveer datos que se utilizan para investigar áreas de cambio cognitivo a lo largo del tiempo, para documentar la velocidad de progresión, el plan de tratamiento y para efectuar recomendaciones sobre adaptaciones conductuales y ambientales.

- Los test empleados pueden variar según la experiencia del examinador y las características del paciente (nivel educativo, estado sensorial, motivación, cansancio, etc.) A su vez los tests pueden ser de dos tipos: Breves y extendidos.

- *Pruebas breves*: Mejores para cribado de pacientes, pacientes en estado avanzado o poco colaboradores. También pueden emplearse para el seguimiento evolutivo.

Principales test empleados:

- El popular MMSE (Mini-Mental State Examination) de Folstein o su variante MEC (Mini-Examen Cognoscitivo) de Lobo, que es la prueba de estimación cognitiva más conocida para el grupo de patología que nos ocupa.
- MMP (Minimental Parkinson), emulando el anterior para pacientes afectos de enfermedad de Parkinson

- Montreal Cognitive Assessment (MoCA), que imita al MMSE pero aumentando la sensibilidad de detección de trastorno cognitivo.
- Cuestionario abreviado de Pfeiffer, SPMSQ (Short Portable Mental State Questionnaire), test antiguo y fiable de muy fácil pasación, si bien es bastante grosero en la estimación.
- Test de las fotos, de C. Carnero, que permite evaluar memoria episódica (afecta paradigmáticamente por la enfermedad de Alzheimer) y fluencia verbal (como medidor grosero de función cognitiva general)
- Set-Test de Isaacs, u otra determinación de fluencia verbal (FAS, Supermarket...), tests muy simples que permiten una valoración general con comodidad
- Test de los 7 minutos, en relativo desuso en la actualidad
- Test del Reloj, estimación global practicable.

-*Pruebas específicas*: En algunas ocasiones la valoración puede necesitar o incluso circunscribirse a la evaluación de algunas funciones concretas, sobre todo la memoria o la función ejecutiva:

- FAB:( Frontal Assessment Battery), estimación de función frontal administrable incluso en pacientes hospitalizados
- INECO Frontal Screening, despistaje algo más moderno de la afectación frontal y/o ejecutiva, como la anterior aplicable fundamentalmente en la puesta en evidencia de afectación frontal, dirigida sobre todo a casos cuya sospecha diagnóstica sea la degeneración frontotemporal
- FCSRT (Free & Cued Selective Reminding Test) de Buschke, test específico de memoria episódica y cuya alteración orienta a la existencia de un síndrome hipocámpal y eventualmente de la enfermedad de Alzheimer
- t@m, test de alteración de memoria, test exclusivamente de memoria que valora también la memoria semántica

- *Pruebas extendidas*: Preferibles en pacientes con deterioro leve o demencia leve, con mayor sensibilidad, especificidad y valor pronóstico en este grupo.

Principales *test generales* recomendados:

- Test Barcelona
- CAMDEX (Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination)
- ADAS-COG (Alzheimer's Disease Assessment Scale-cognitive subscale)--
- Batería CERAD (The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's

Disease)

- Escala de Demencia de Mattis (DRS)

*Test específicos:* para revisar funciones cognitivas en casos concretos:

- Nivel intelectual global : WAIS-III
- Memoria:
  - Wechsler-Revisada
  - Evaluación de queja mnésica de McNair
  - Memoria visual asociativa (Perfil de Eficiencia Cognitiva)
- Lenguaje:
  - Boston Naming Test (nominación)
  - Token test (comprensión)
- Gnosias: batería LOTCA (Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment )
- Funciones ejecutivas:
  - Torre de Hanoi o de Londres
  - Test del trazo A y B
  - Stroop test y variantes
  - Gambling test y otros test de teoría de la mente
  - PASAT (Paced Auditory Serial Addition Test)
  - Test de Clasificación de tarjetas de Wisconsin (WCST)

La sistemática actual en nuestro entorno puede incluir un buen número de test. No es inusual que incluya test globales (MEC, TDR, (Test del Dibujo del Reloj)) y una selección de pruebas específicas para atención (cancelaciones, recitación inversa, span de dígitos), lenguaje (subtest de test de Boston), gnosias (figuras superpuestas de Poppelreuter), praxias (gestuales, bimanuales de imitación, ideomotoras, constructiva), memoria (visual, verbal; Test de aprendizaje verbal Complutense (TAVEC), lista de palabras CERAD o similares), y funciones ejecutivas (diversos, de Luria). La selección de diversos subtest de distintas baterías es corriente en este tipo de evaluaciones.

- **Valoración conductual**

- *Valoración conductual no formal:* entrevista dirigida, solicitando ejemplos sobre la naturaleza e intensidad de las alteraciones apreciadas, insistiendo en cambios de personalidad o

de carácter, irritabilidad, ideas delirantes y alucinaciones, alteraciones del sueño y conductas anormales.

- *Valoración conductual formal:* se realiza empleando una serie de test o escalas. Las escalas pueden ser generales o específicas:

- Escalas generales:
  - Neuropsychiatric Inventory de Cummings.
  - BEHAVE-AD (Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease)
  - ADAS (Alzheimer's Disease Assessment Scale) subtest- NoCog
- Escalas específicas:
  - Para Depresión:
    - Escala de Yesavage
    - Escala Cornell
    - Inventario de Beck
  - Para Ansiedad:
    - Escala de Hamilton
    - Escala de Zung
    - Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg
  - Para la Apatía:
    - Marin's Apathy Scale
  - Para la Conducta Sexual:
    - SASBA (Saint Andrew's Sexual Behaviour Assessment)

### ▪ **Valoración funcional**

- Es posible a nivel informal, mediante entrevista dirigida sobre la función diaria, en **actividades básicas, instrumentales y avanzadas**.

- Formalmente pueden aplicarse diversas escalas:

- FAQ (Functional Assessment Questionnaire de Pfeiffer).
- Escala DAD (Disability Assessment of Dementia)
- Escala IDDD( Interview for Deterioration of Daily Living in Dementia)
- Índice de Barthel
- Lawton y Brodie
- Índice de Katz
- TIN (Test del Informador de Jörm)

### ▪ **Valoración socio-familiar**

- Debemos identificar al cuidador principal y a los cuidadores de apoyo (reales), e idealmente potenciales cuidadores que no han asumido el rol.

- Requiere una evaluación de la estructura familiar, posibles conflictos entre miembros de la familia, disponibilidad de vivienda, convivencia, turnos, ayudas externas.

- Valoración del riesgo social del paciente mediante la escala de Gijón.

- Cabe una valoración formal del entorno, mediante algunos test como el Test de Zarit de Sobrecarga del cuidador

### ▪ **Calidad de Vida**

- Cabe evaluar la Calidad de Vida en el paciente mediante escalas como el EuroQoL-5D (más sencilla) o la QoL-AD (pretendidamente más específica); y también puede ser pertinente la determinación de la calidad de vida en el entorno cuidador.



### 3. DETERMINACIÓN DEL ESTADIO EVOLUTIVO

La inmensa mayoría de casos pueden diagnosticarse tras un estudio inicial que incluya tanto la **valoración cognitiva y funcional** como una investigación etiológica (análisis bioquímico y neuroimagen estructural) y mediante los **criterios clínicos** de diagnóstico del **anexo 1** en el caso en que se determine el origen neurodegenerativo.

El estadio evolutivo de la enfermedad de Alzheimer puede determinarse mediante la Global Disability Scale (GDS) de Reisberg, o su homóloga funcional, Functional Assessment Staging (FAST), aunque también con otras escalas, entre las que debe destacarse la Clinical Dementia Rating (CDR) de Hugues. En el **anexo 2** se ofrecen ambas escalas y su correlación.

La GDS de Reisberg se basa en la teoría de la retrogénesis, que compara el estado funcional del afecto con el estadio de desarrollo infantil en sentido inverso, y es de uso común para este propósito.

## 4. CRITERIOS TERAPÉUTICOS EN DEMENCIA

### 4.1. Consideraciones distintivas

La recomendación terapéutica en la enfermedad de Alzheimer y entidades relacionadas tiene algunos aspectos diferentes a los usuales en otras enfermedades, en gran parte por la alteración generada en el entorno personal, familiar y social de los afectados. La perspectiva holística que reclama la OMS en los planes terapéuticos resulta especialmente adecuada en este grupo de enfermedades. En gran parte, la terapéutica actual en la enfermedad de Alzheimer y entidades relacionadas se puede considerar básicamente sintomática y existen indicaciones de tratamiento en todo tipo de síntomas.

Puede establecerse un esquema terapéutico en función del diagnóstico clínico y del estadio evolutivo de la enfermedad con estos fines:

- 1) Recoger las actuaciones indicadas en cada momento evolutivo de la enfermedad.
- 2) Permitir la planificación de la sistemática de adopción de decisiones más oportunas eficaces para cada caso por parte de los distintos participantes en el proceso de asistencia.
- 3) Proponer las actuaciones más apropiadas también en el lugar terapéutico más apropiado.
- 4) Abordar sistemáticamente el manejo de todas las manifestaciones de la enfermedad.
- 5) Actuar de acuerdo con la situación clínica presente en cada momento, de manera adecuada para el paciente y su entorno.

A continuación expondremos esas indicaciones en función del diagnóstico y estadio evolutivo. En la **tabla 1**, se ofrecen sinópticamente para la enfermedad de Alzheimer y permite orientar las decisiones terapéuticas. Se complementa con la **tabla 2**, que orienta el mejor lugar terapéutico en función del estado evolutivo. En general las actuaciones descritas para enfermedad de Alzheimer pueden adaptarse y extenderse al resto de entidades nosológicas que provocan demencia.

#### 4.2. Opciones terapéuticas recomendables según el estadio evolutivo de la enfermedad

Grado GDS-FAST	Grado CDR	MMSE aprox.	Estado funcional	Síntomas más relevantes presentes	Tratamiento de primera línea	Otros tratamientos
1	0	29-30	Normal	Ninguno	Vida activa	
2		29-30	Normal	Afectivos Cognitivos	Vida activa	Antidepresivos Estimulación cognitiva
3	0.5	27 (25-30)	Autónomo			
4	1	18 (13-26)	<b>Demencia leve</b>	Alt. Funcional, alt. Cognitiva clara; aparecen <b>síntomas conductuales</b>	Anticolinesterásicos	Estimulación cognitiva Antidepresivos, Trazodona, Sedantes, Neurolépticos
5	2	12 (8-18)	<b>Demencia moderada</b>	<b>Alteración conductual;</b> trastorno funcional y cognitivo	Anticolinesterásicos  Memantina	Trazodona Sedantes, Neurolépticos Antidepresivos
6	3	6 (5-12)	<b>Demencia grave</b>	<b>Dependencia grave,</b> institucionalización	Memantina	Anticolinesterásicos Antidepresivos Neurolépticos Sedantes
7		0 (0-9)	<b>Demencia extrema</b>	<b>Pérdida total de funciones</b>	Supresión de tratamientos	Tratamientos de confort

Tabla 1. Opciones terapéuticas recomendables según el estadio evolutivo de la enfermedad.

### 4.3. Lugar terapéutico y seguimiento según GDS

GRADO	NIVEL DE INDEPENDENCIA LUGAR DE RESIDENCIA LUGAR TERAPÉUTICO	SEGUIMIENTO
<b>GDS 1-2</b> (Sujeto normal)	Autónomo Domicilio propio	No precisa
<b>GDS 3</b> (Deterioro leve)	Autónomo Domicilio Familiar o Propio supervisado Talleres de memoria. Centro de Día Terapéutico o Talleres Comunitarios específicos	Usual en AP AE: Eventual control anual en seguimiento compartido con AP
<b>GDS 4-5</b> (Demencia ligera y moderada)	Dependencia moderada Domicilio Familiar Centro de Día Residencia	Compartido AP-AE Control AE según clínica (*)
<b>GDS 6</b> (Demencia moderada-grave)	Dependencia importante Domicilio Familiar Centro de Día Residencia	Compartido AP-AE Control AE según clínica (*)
<b>GDS 7</b> (Demencia muy grave)	Dependencia completa Domicilio Familiar o Internamiento Atención Domiciliaria por AP Centro de Día de acogida Residencia	AP. Control protocolizado a demanda en su entorno

**Tabla 2**

(\*) En función de necesidad de control por indicación de tratamientos y relevancia de alteraciones de conducta. En situación clínica estable permite el control anual; en situación inestable, mensual o incluso quincenal.

**AP:** Atención Primaria. **AE:** Atención Especializada. Idealmente multidisciplinar donde participaran facultativos de las especialidades implicadas y personal sanitario con dedicación especial y/o específica.

#### **4.4. Criterios de terminalidad en demencia**

La descripción clásica del curso evolutivo de la enfermedad de Alzheimer, es el de una enfermedad que se inicia de manera insidiosa y evoluciona de forma lenta y progresiva. A medida que la enfermedad de Alzheimer avanza, se produce un progresivo deterioro cognitivo y también funcional, con incapacidad progresiva para realizar actividades básicas de la vida diaria y para el autocuidado, todo esto añadido a problemas de conducta, de alimentación, de movilidad y a la comorbilidad asociada, hacen que el paciente con demencia sea muy vulnerable y aumente la susceptibilidad para sufrir complicaciones médicas, lo que explica las **altas tasas de utilización de los diferentes recursos sanitarios y sociales**.

Actualmente, la muerte debida a la demencia avanzada es una de las causas más frecuentes de fallecimiento en los pacientes ancianos. El diagnóstico de demencia acorta la esperanza de vida. En general, se estima que el tiempo medio de supervivencia se sitúa alrededor de los 10 años desde el diagnóstico, aunque puede ser muy variable dependiendo del tipo de demencia, de la edad de inicio, de la comorbilidad y de los tratamientos y cuidados recibidos.

La clasificación de la enfermedad de Alzheimer en varios estadios mediante diferentes instrumentos (GDS, FAST, CDR) sirve para ayudar a conocer la historia natural de la enfermedad y caracterizar el proceso, así como para planificar y aconsejar a los pacientes y sus familias sobre las diversas opciones de manejo y tratamiento.

**Las intervenciones en demencia deben tener unos objetivos y una intensidad muy distinta según el estadio evolutivo en el que se encuentre el paciente.** En fases iniciales, los objetivos van dirigidos especialmente a mejorar los déficits de memoria y a retrasar la progresión de la enfermedad. En fases más avanzadas aparecen otros objetivos, como el tratamiento de los trastornos de conducta y de las complicaciones médicas, buscando optimizar al máximo la calidad de vida del paciente y minimizar el impacto de la enfermedad sobre los cuidadores.

Por ello, será importante conocer indicadores y factores predictores de la evolución que nos ayuden a identificar cuando un paciente se encuentra en fase avanzada y terminal. No obstante, en general, el curso de las enfermedades crónicas no oncológicas es muy difícil de predecir, se caracteriza por periodos más o menos prolongados de estabilidad que se ven interrumpidos por agudizaciones o complicaciones, cada vez más frecuentes, sin que se llegue a recuperar la

situación previa. Esta evolución contrasta claramente con la de enfermedades oncológicas, cuya evolución es mucho más predecible, constante y homogénea.

En el caso de la demencia, la predicción de un pronóstico referido a mortalidad es complicada, ya que pacientes con demencia muy avanzada pueden vivir durante largos períodos con cuidados apropiados mientras no aparezcan complicaciones, de hecho, la muerte frecuentemente acontece como resultado de la comorbilidad y complicaciones asociadas.

En el año 1996, la NHO (Nacional Hospice Organization) publicó unas guías médicas para identificar a pacientes oncológicos y no oncológicos en fase terminal (pronóstico vital inferior a seis meses), con el objetivo de incluirlos en programas de cuidados paliativos. Los **criterios de terminalidad específicos para la demencia** hacen referencia a la combinación de la situación funcional del paciente y de complicaciones médicas asociadas:

I. **Estado funcional:** A pesar de que los pacientes se encuentren en una fase avanzada pueden tener un pronóstico superior a 2 años, dependiendo de la comorbilidad asociada y de los cuidados recibidos.

Pacientes en estadio 7 de la escala FAST con las siguientes características:

- Incapaz de caminar sin ayuda
- Incapaz de vestirse y bañarse sin ayuda
- Incontinencia urinaria y fecal
- Incapaz de hablar o comunicarse con sentido

II. **Complicaciones médicas:** La presencia de complicaciones médicas lo suficientemente severas para requerir tratamiento que disminuyen la supervivencia en la demencia terminal.

- Neumonía por aspiración
- Pielonefritis e infecciones urinarias
- Fiebre recurrente después de tratamiento antibiótico
- Úlceras de presión estadio III-IV
- Dificultad para ingesta o rechazo al alimento que cursa con desnutrición con pérdida de peso superior a 10% en los últimos 6 meses y/o albumina inferior a 2.5 mg/dl

Con el diagnóstico etiológico de la enfermedad existe una posibilidad de pronóstico.

Dentro del proceso de atención, se debe proporcionar al paciente y a su entorno sociofamiliar la correspondiente información del curso evolutivo esperable y de las posibilidades terapéuticas previsibles. La intensidad terapéutica aplicada en el manejo de cada caso debe corresponderse

con el estadio evolutivo del trastorno, todo ello, siempre de manera consensuada entre todos los participantes en el proceso de atención incluyendo por su puesto al entorno sociofamiliar de la persona afectada.

#### **4.5. Tratamiento farmacológico**

En la situación actual de los conocimientos científicos, puede considerarse que no existe, por ahora, fármaco que influya destacadamente en el proceso etiopatogénico de este grupo de trastornos, aunque existen fármacos que, actuando sobre diversos factores relacionados con el proceso patológico, consiguen retrasar en algún modo la evolución del deterioro cognitivo del enfermo y mejorar aspectos psicopatológicos y conductuales. Estas acciones terapéuticas están encaminadas a sustentar, durante un período limitado de tiempo, el estado neuropsicológico y funcional del paciente con demencia. Aunque en la actualidad no existe un tratamiento curativo, parece razonable considerar una expectativa terapéutica a medio plazo que modifique de manera evidente la historia natural de alguno de los procesos neurodegenerativo que causan deterioro cognitivo adquirido.

Para el tratamiento de trastornos cognitivos debidos a enfermedad de Alzheimer en rango de demencia, los inhibidores de colinesterasa y la memantina han mostrado su eficacia para mejorar todos los síntomas de la enfermedad, tanto los cognitivos como neuropsiquiátricos y otros, así como la función global y la calidad de vida de la persona afecta y la calidad de vida de su cuidador, y en estudios farmacoeconómicos han mostrado un perfil favorable a su uso. No han sido evaluadas o demostradas diferencias clínicamente importantes en estos dominios para las drogas del primer grupo: las comparaciones directas entre estos fármacos son limitadas y no sugieren diferencias importantes. Memantina es sinérgica, compatible y no excluyente, con los anticolinesterásicos. Existen un buen número de fármacos con capacidad para el control de síntomas en personas afectadas por trastornos cognitivos, algunos de ellos cuyo uso no está exento de notable conflictividad por razones médicas y burocráticas, en los que la normalización de su uso puede asegurar que se consigan resultados de salud favorables y relevantes para el conjunto de la sociedad.

El plan terapéutico se establecerá de acuerdo con las indicaciones establecidas por parte de Atención Especializada. No obstante, Atención Primaria participará del mismo y ha de practicar los ajustes necesarios en dicho plan terapéutico en pleno uso de sus funciones en su ámbito de decisión.

#### 4. 4. 1. Fármacos habitualmente utilizados en pacientes con demencia.

##### ANTICOLINESTERÁSICOS

##### **Fármacos, marca, presentación, dosis**

- Donepezilo (Aricept®), comps. 5 y 10 mg; una vez al día.
- Rivastigmina (Prometax®, Exelon®), solución 2 mg/ml y comps. 1'5, 3, 4'5 y 6 mg. Dos veces al día. Solución con jeringuilla de medición ad hoc; parches transdérmicos administrando 4'6 mg / 24h (aproximadamente equivalentes a 6 mg/día oral) y 9.5 mg / 24 h (aproximadamente equivalentes a 12 mg/día oral)
- Galantamina (Reminyl®), solución 2 mg /ml; cápsulas *liberación retardada* de 8, 16 y 24 mg, una vez al día (se retiraron de la comercialización los comprimidos de 4, 8 y 12 mg que debían tomarse dos veces al día)

##### **Indicaciones:**

Todos los pacientes con enfermedad de Alzheimer deben intentar ser tratados con un fármaco de este grupo en fases leves o moderadamente avanzadas. A veces pueden darse sólo para intentar mejorar la conducta.

**Inicio:** Dosis de inicio inferior comercializada, aumentos de dosis cada 4 semanas como pauta general (modificable).

##### **Dosis terapéuticas eficaces:**

- Donepezilo: 5-10 mg / día
- Rivastigmina: 6-12 mg /día (4'6 mg y 9'5 mg /24 h en parches de liberación transdérmica)
- Galantamina : 16-24 mg /día
- No deben mantenerse dosis inferiores ni superiores a las terapéuticas.
- Debe tenderse a utilizar las dosis máximas recomendadas con el límite de la tolerancia.
- No debe mantenerse una frecuencia de dosis inferior a la recomendada (una o dos veces al día, según presentaciones).
- Pueden mantenerse regímenes de dosis más frecuentes que los recomendados: donepezilo dos veces al día, o rivastigmina o galantamina tres veces al día, pero sólo si la dosis total diaria está en el rango terapéutico. Dosis infraterapéuticas no han mostrado efectos beneficiosos; pero las dosis supramáximas no suelen ser toleradas y su uso es contraproducente.

##### **Objetivos del tratamiento:**



- Modificar la evolución, atrasándola, o estabilizando el cuadro; mejoría de los síntomas cognitivos y de los trastornos de conducta.
- No cambia el panorama; raramente cambios marcados.
- La estabilización o mejoría discreta son valorables como efectividad.
- El empeoramiento es falta de efecto si ocurre al inicio del tratamiento; si ocurre cuando el tratamiento está instaurado meses o años retirar el tratamiento puede empeorar todavía más el estado del paciente.

**Cambio de un anticolinesterásico a otro:** Son el mismo grupo, pero químicamente distintos; por tanto, no puede cambiarse sin motivo de uno a otro, porque pueden tener una respuesta distinta entre ellos (aunque la respuesta es del mismo tipo para todos, no es necesariamente la misma para una persona con cada uno de los fármacos). Cambios: por intolerancia, sí; por falta de eficacia, más cuestionablemente, fundamentalmente en el principio de la administración.

#### **Efectos secundarios:**

- Los efectos secundarios relevantes son digestivos: náuseas y vómitos, borborismos / malestar digestivo / diarrea.
- Eventualmente pueden ser relevantes los efectos bradicardizantes, incluyendo la bradicardia sintomática y el bloqueo auriculo-ventricular, la posible broncoconstricción e incluso la rinorrea puede ser motivo de suspensión del tratamiento.
- Los efectos secundarios no mejoran con otros tratamientos: si se presentan, sólo cabe retirar el tratamiento y ensayar otro fármaco (al ser fármacos químicamente no relacionados, en un buen porcentaje de ocasiones, las respuestas y el perfil de tolerancia y efectos secundarios son diferentes).

**Ajuste de dosis:** Intentar alcanzar siempre la dosis terapéutica mayor:

- 10 mg /día de donepezilo
- 12 mg / día de rivastigmina
- 24 mg / día de galantamina.

A veces los problemas digestivos se dan a dosis altas pero no a dosis terapéuticas bajas: el uso a baja dosis es admisible de manera crónica si la dosis total es terapéutica.

**Retirada:** En fases avanzadas, cuando se tenga la certeza de que la retirada del tratamiento no provocará cambios sustanciales en el paciente, porque su dependencia sea completa o porque el apoyo a sus actividades es sustancialmente resolutorio del problema.

La retirada provoca empeoramiento si el paciente mantiene actividades o funciones y más si se notó mejoría al iniciar el tratamiento. Debe hacerse de común acuerdo con el entorno del paciente. No ha de instarse rígidamente la retirada de un tratamiento que es sentido como útil, pero tampoco mantenerse en situaciones de dependencia total.

Si existe estabilización, mejoría discreta, o mejoría notable. Se seguirá indefinidamente el tratamiento. Pero si no lo tolera el paciente, hay que retirarlo y buscar otra alternativa. En ningún caso se debe insistir en la administración de un fármaco anticolinesterásico que no sea bien tolerado.

## **ANTIPSIKÓTICOS**

### **Fármacos, marca, presentación:**

Hay múltiples y la dosis se debe ajustar individualmente. Los más utilizados se muestran en la tabla final adjunta. Es muy preferible utilizar los antipsicóticos atípicos o de segunda generación, por su mayor tolerabilidad y menor perfil de efectos extrapiramidales

### **Indicaciones:**

Trastornos graves de conducta en pacientes con enfermedad de Alzheimer, particularmente en trastornos delirantes con o sin alucinaciones, o también agitación o agresividad incontroladas.

Debe evitarse la administración de antipsicóticos en otras situaciones distintas de las indicaciones descritas: alucinaciones, ideas delirantes, irritabilidad o agresividad manifiestas, desorganización de la conducta o agitación. Por otra parte, en el delirium no existe otra opción terapéutica razonable, hoy por hoy. Los riesgos de no utilizarlos cuando están indicados sobrepasan los de sus efectos secundarios. Su nivel de secundarismos, por otra parte, no permite un uso fuera de indicación.

Deben retirarse en cuanto sea posible. Si las alucinaciones (p.ej. alucinaciones musicales) o ideas delirantes no inducen angustia o trastornos de conducta inquietantes para el paciente o su familia, puede optarse por no tratarlos.

En nuestro país, el uso de neurolepticos atípicos en mayores de 75 años está regulado por el mecanismo de diagnóstico hospitalario, conllevando visado de inspección; ello no ocurre con los neurolepticos clásicos, aunque de manera en cierto modo paradójica su toxicidad es mayor.

### **Inicio y ajuste de dosis:**

La dosis de inicio debe ser la inferior posible, consignada en tabla (puede ser mayor también), y los aumentos de dosis se realizan cada pocos días o incluso durante el mismo día hasta conseguir efecto terapéutico, enfrentar efecto secundario o conseguir un equilibrio entre ambos. No existen pautas predefinidas inequívocas sobre el uso de neurolepticos en demencia. Pueden ser aplicables las siguientes pautas:

- La dosis puede ser diaria o fraccionarse en varias tomas, que electivamente no tienen que ser similares obligatoriamente y pueden ser desiguales.

- El ajuste de dosis debe ser cuidadoso y debe ofrecérsele al cuidador un margen de incremento seguro, para que se ajuste en relación a la evolución de los trastornos de conducta que se está tratando.
- La eficacia se juzga clínica e individualmente; no hay que descartar ninguna dosis por baja o alta a priori.
- No deben prescribirse de entrada, indefinidamente y debe supervisarse su administración quincenalmente y como máximo, mensualmente. Deben valorarse continuamente los efectos secundarios (básicamente, somnolencia excesiva, efectos anticolinérgicos, extrapiramidales, sistémicos y metabólicos).
- Tras semanas, debe intentarse en cualquier caso una reducción de dosis o supresión.
- La retirada de los neurolépticos debe hacerse de común acuerdo con el entorno del paciente.
- No ha de instarse la retirada de un tratamiento que es sentido como útil, pero tampoco mantenerse en casos con dependencia extrema, con obvios efectos secundarios de la medicación, ni, en ningún caso, indefinidamente.

**Objetivos del tratamiento:** Control de la conducta.

- Si no puede conseguirse un control total del síntoma pueden valorarse influencias positivas.
- No tiene sentido mantener el tratamiento si no muestra algún tipo de beneficio a corto plazo.

**Elección de antipsicótico y cambio de un antipsicótico a otro:**

Si bien los efectos farmacológicos de todos los neurolépticos son similares, pueden existir respuestas diferenciales, tanto en cuanto a efectos primarios como secundarios. Por ello es legítimo ensayar distintos neurolépticos en un mismo paciente.

ATENCIÓN: Algunos pacientes, particularmente aquellos diagnosticados de demencia por cuerpos de Lewy difusos, son extraordinariamente sensibles a los efectos secundarios de los neurolépticos. En estos pacientes debe evitarse completamente su uso.

**Efectos secundarios:**

Los efectos secundarios de los neurolépticos en pacientes con demencia son abundantes y relevantes:

- Riesgo de fallecimiento: el uso de neurolépticos aparece claramente asociado a un aumento de mortalidad atribuible al propio uso del fármaco. El riesgo puede considerarse entre 1,5 y 2 veces el de las personas de idéntica condición que no reciban neurolépticos, para neurolépticos atípicos, y más de 3 veces para neurolépticos clásicos. Parece que es debido sobretodo al aumento de frecuencia de problemas cardiovasculares.
- Trastornos motores, de gravedad variable, que suelen hacerse más frecuentes si el tratamiento se prolonga o si se usan dosis medias o altas:
  - Temblor: sobre todo es molesto el de reposo, puede ser muy limitante
  - Lentitud de movimiento: a veces muy marcada, los pacientes pueden quedar “congelados”
  - Distonía: puede ser un movimiento involuntario lingual o facial o toda una postura anómala que interfiera o impida la deambulaci3n.
  - Discinesias: movimientos involuntarios anormales, generalmente repetitivos y muy típicamente orales, faciales o cervicales
- Trastornos cognitivos: Grados variables de confusi3n, somnolencia y similares pueden darse con neurolépticos. La intensidad es variable.
- Náuseas y v3mitos, borborigmos / malestar digestivo / diarrea.
- Otros efectos sistémicos: hipotensi3n, arritmias, s3ndrome t3xico, s3ndrome metab3lico...

Su uso ha de ser extremadamente cauteloso. Los efectos secundarios no mejoran con otros tratamientos. Nunca deben administrarse anticolinérgicos (Biperideno - Akinet3n®, o similares) para paliar efectos extrapiramidales; inducen empeoramiento cognitivo, confusi3n y delirium, especialmente en personas ya afectas de trastorno cognitivo.

Si existe buen efecto y buena tolerabilidad se debe pensar en poner una fecha para intentar reducci3n o retirada del tratamiento. Si no hay efecto: subir dosis mientras se pueda. Idealmente ajustar cada 2 a 3 d3as, pero puede hacerse m3s r3pidamente. Y si la tolerabilidad no es buena, valorar el grado de eficacia conseguido en el control del s3ntoma diana, para juzgar la continuidad del tratamiento a corto plazo, su sustituci3n o su retirada.

## TABLA ANTIPSICÓTICOS

Tipo	Fármaco	Marca comercial	Presentación	Dosis mínima	Dosis diaria
<b>Típicos</b>	Haloperidol	Haloperidol	Gotas, comps.	Gotas...	0.5-5 mg
	Tiapride	Tiaprizal	Comps.		100-300 mg
<b>Atípicos</b>	Risperidona	Risperdal EFG	Solución 1 mg/ml, comps 0.5, 1 , 2, 3 , 4, 6 mg	0.25 mg	0.5-2 mg
	Quetiapina	Seroquel Seroquel Prolong EFG	Comps 25, 100, 200, 400mg 50, 200,300,400mg	25 mg	25-250 mg
	Amisulpride	Solian	Comps 100, 200, 400 mg. Sol. 100mg/ml	50 mg	100- 200mg
	Aripiprazol	Abilify	Comps 5,10,15 mg	2.5 mg	10 mg/día
	Paliperidona	Invega	Comps 3,6, 9 mg	3 mg	6 mg

Los antipsicóticos típicos sedantes Clorpromazina (Largactil®) y Levomepromazina (Sinogán®) no deben utilizarse nunca en ancianos ni en pacientes con demencia, por su alto potencial tóxico de tipo anticolinérgico, lo que provoca hipotensión, caídas, retención urinaria, aumento de la presión intraocular, confusión y delirium.

El antipsicótico atípico Quetiapina (Seroquel®) es el fármaco de elección para tratar las alucinaciones visuales e ideas delirantes en la Demencia con Cuerpos de Lewy, al ser el menos tóxico en cuanto a su capacidad de inducir efectos extrapiramidales.

El antipsicótico atípico Clozapina (Leponex®) sólo puede utilizarse en este grupo de patología en contadas ocasiones, cuando sea rigurosamente imprescindible. Esta posibilidad se dará casi exclusivamente en pacientes afectados de enfermedad de Parkinson o demencia con cuerpos de Lewy con síntomas psicóticos. Clozapina tiene notables efectos anticolinérgicos y una toxicidad específica sobre la médula ósea (provocando agranulocitosis) que exige una vigilancia analítica estrecha (análisis semanales 18 semanas y mensuales durante todo el tiempo de administración) que limitan su uso a unas pocas indicaciones.

## DECÁLOGO USO DE NEUROLÉPTICOS

- 1.- Definir el objetivo del tratamiento
- 2.- Priorizar para el tratamiento los aspectos clínicamente más conflictivos.
- 3.- Escoger el fármaco que a priori se amolde mejor por efectos primarios y secundarios.
- 4.- Considerar interacciones medicamentosas
- 5.- Evitar introducir simultáneamente dos o más fármacos.
- 6.- Iniciar el tratamiento con la dosis más baja posible.
- 7.- Aumentar la dosis paulatinamente.
- 8.- Priorizar el ajuste fino del primer tratamiento sobre cambios o nuevas introducciones.
- 9.- Paciencia en el cumplimiento de objetivos: delegación con límites en el cuidador del ajuste de dosis.
- 10.- Controlar los efectos secundarios, anticiparlos y evitarlos en lo posible.

## ALTERNATIVAS, TRATAMIENTO DE ALTERACIONES DE CONDUCTA:

### **Benzodiazepinas:**

Las benzodiazepinas tienen un uso especialmente conflictivo en este grupo de trastornos. Como norma, su uso ha de evitarse: inducen somnolencia, empeoran la cognición y pueden inducir caídas, confusión y delirium. Por ello, conviene limitar su uso tanto como sea posible. Se pueden usar en agitación, ansiedad, irritabilidad, para inducir el sueño, y serán menos eficaces en cuadros delirantes, alucinaciones, etc. En general, son una opción de segundo nivel.

Se recomiendan fundamentalmente las benzodiazepinas de vida media corta. Cualquier tipo de recomendación, favorable o desfavorable, sobre su uso en demencia, es de bajo nivel de evidencia científica.

**Trazodona:** En trastornos de conducta menores.

**Clometiazol:** En trastornos de conducta y como inductor del sueño. Mismos problemas que las benzodiazepinas, y sin antídoto específico en caso de sobredosis grave.

**Pregabalina:** Fármaco que, a dosis bajas (25-50-75mg) puede ser útil por su eficacia ansiolítica y analgésica, como alternativa a las benzodiazepinas y analgésicos. En menor medida pueden ser útiles la gabapentina y otros fármacos antiepilépticos.

**Tratamiento no farmacológico.** El tratamiento no farmacológico y el farmacológico no son alternativas, sino que son complementarios y no debería desestimarse en ningún caso.



## **ANTIDEPRESIVOS**

**Indicaciones:** Síntomas depresivos, ansiosos, irritabilidad, agitación, insomnio. Preferiblemente si el trastorno a tratar está relacionado con cierta claridad con un trastorno del estado de ánimo.

La indicación fundamental en la demencia es el tratamiento de los trastornos depresivos que pueden aparecer en cualquier momento evolutivo de la enfermedad. Los efectos favorables de los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS) sobre la impulsividad y la conducta compulsiva observados en otras circunstancias clínicas pueden ser utilizados con relativo éxito para tratar estados de agitación y agresividad, así como para determinadas conductas reiterativas. Los ISRS, especialmente el citalopram, sertralina y escitalopram, por su eficacia clínica y por su perfil de seguridad se consideran los fármacos de elección en el tratamiento de la depresión en pacientes con demencia.

Especial atención merece trazodona: este fármaco presenta acciones sedantes por lo que debe ser considerado en el tratamiento de la agitación y en los trastornos del sueño.

Entre las moléculas de más reciente introducción, la mirtazapina muestra un perfil favorable por sus capacidades sedativas y favorecedoras del sueño. La ganancia ponderal observada puede constituir un efecto favorable. La venlafaxina es un antidepresivo que ha mostrado su eficacia en población anciana y, además, tiene la ventaja de carecer prácticamente de efectos anticolinérgicos, afectando menos las capacidades cognitivas residuales del paciente; puede ser considerada en el control de síntomas de ansiedad. De igual manera, la duloxetina es un fármaco eficaz y bien tolerado, de características semejantes a la venlafaxina. Cabe destacar también el bupropion, con un perfil de acción dual e inhibición de la recaptación de dopamina, potencialmente útil en pacientes con parkinsonismo. Finalmente, agomelatina, por su potencial de mejora del sueño, podría ser especialmente útil en personas afectadas por este grupo de trastornos.

**Inicio y ajuste de dosis:** Sugerimos comenzar por una dosis del 50 % de la usual y aumentarla, si es necesario, cada mes en idéntica cantidad hasta conseguir el efecto buscado. Pueden usarse otros ajustes. Aunque debe comenzarse y aumentar las dosis con cautela, se debe tender a alcanzar las dosis terapéuticas plenas y tener en cuenta que hasta las 4 – 6 semanas no se alcanzará un resultado clínico óptimo.

**Dosis terapéuticas eficaces:** Son muy variables y la eficacia se juzga clínicamente.

### **Objetivos del tratamiento:**

- Mejorar el estado de ánimo

- Reducir intensidad o frecuencia de síntomas depresivos: ansiedad, agitación, irritabilidad, trastorno del sueño, tristeza, falta de apetito, intranquilidad.

**Combinar con otros fármacos:** No suelen haber grandes problemas de combinación, incluso entre distintos antidepresivos. En este caso, la estrategia más adecuada sería combinar fármacos de perfil diferente. Un inhibidor de la serotonina y mirtazapina, venlafaxina, duloxetina o bupropion, o bien inhibidores selectivos de la serotonina y de la noradrenalina, como maprotilina o reboxetina, por ejemplo.

### **Efectos secundarios:**

Los ISRS, que son los más usados, sobre todo pueden provocar anorexia, lo que en pacientes con demencia suele ser un problema, y también diarrea o temblor. No dan somnolencia, son poco sedantes; por eso suelen darse por la mañana.

Mirtazapina es algo sedante, no da anorexia y sí puede dar aumento de peso.

No deben darse antidepresivos tricíclicos: empeoran el trastorno cognitivo posiblemente por su efecto anticolinérgico. Quizá la única excepción posible pueda ser la nortriptilina. Maprotilina y mianserina pueden ser toleradas y eficaces a dosis bajas, sobre todo si coexiste insomnio.

**Retirada:** En cualquier caso en fases avanzadas.

Si no produce beneficio clínico incluso tras unos meses de tratamiento, debe retirarse el fármaco ensayado. Puede considerarse otro fármaco si el problema clínico sigue requiriendo actuación.

En el lapso de meses del control de los síntomas puede considerarse la retirada de común acuerdo con el entorno cuidador del paciente.

Si la tolerabilidad no es buena debe retirarse el tratamiento y puede buscarse una alternativa farmacológica si el problema sigue mereciendo alguna consideración. Si se objetiva falta de efecto (hay que asegurarse que se han alcanzado dosis terapéuticas suficientes), o, en caso contrario, se están encontrando efectos secundarios no asumibles, puede buscarse una alternativa farmacológica si el problema sigue mereciendo alguna consideración.

Los síntomas depresivos tienen al menos en parte un origen orgánico. Por tanto, puesto que los antidepresivos no actúan contra el proceso de deterioro cognitivo, no es extraño que los antidepresivos no produzcan beneficio clínico. No tiene sentido, en general, considerar el tratamiento de los síntomas depresivos como un aspecto fundamental en el deterioro cognitivo; aunque en determinados casos, sobre todo al inicio del trastorno, evidentemente los síntomas depresivos puedan ser muy relevantes y deterioran claramente la función cognitiva y la calidad de vida. Tal y como avanza el proceso los síntomas depresivos tienden a perder relevancia. Por

ello, tal como progresa el deterioro puede plantearse la reducción o supresión del tratamiento antidepresivo, de común acuerdo con el entorno del paciente. Si los antidepresivos han sido eficaces, hay que mantener el tratamiento hasta que se presume que no son necesarios en fases más avanzadas. Si el paciente empeorase tras su retirada, hay que reinstaurarlos.

## **TRAZODONA**

### **Fármaco, marca, presentación, dosis**

- Trazodona (Deprax®), comps 50 y 100 mgs. Es posible darla en dosis única o fraccionar la dosis.

**Indicaciones:** Síntomas depresivos, ansiosos, irritabilidad, agitación, insomnio. Preferiblemente si el trastorno no es extremadamente grave y en fases moderadas a avanzadas de la evolución de la demencia.

**Inicio:** Sugerimos comenzar por una dosis de 50 mg / noche o menor y aumentarla, si es necesario, cada 15 días de 50 en 50 mg hasta conseguir el efecto buscado. Pueden usarse otros ajustes.

**Dosis terapéuticas eficaces:** Oscilan entre 50 y 300 mg. La eficacia se juzga clínicamente. Las dosis hipnóticas oscilan entre 50-100 mg, administradas de noche. La dosis antidepressiva se sitúa en 300 mg/día, pero hay que fraccionar la dosis.

**Objetivos del tratamiento:** Reducir la ansiedad, agitación, irritabilidad, trastorno del sueño, tristeza, falta de apetito, intranquilidad.

**Combinar con otros fármacos:** Trazodona no tiene problemas especiales si se combina con otros fármacos, de hecho, suele usarse como fármaco añadido

### **Efectos secundarios:**

Al principio es usual encontrarse con cierta somnolencia, torpeza o sensación de borrachera. En general suele ser pasajera y desaparece al poco tiempo de instaurar el tratamiento. Está en relación con la dosis; si aparece intensamente con 50 mg puede que lo sea menos con 25 mg. Ocasionalmente esta somnolencia o esa torpeza no desaparecen y obligan a retirar el tratamiento.

Aumenta el apetito: en demencia esto no suele ser un gran problema, sino más bien una ventaja frente a los ISRS, los antidepressivos más usados actualmente, que producen en general anorexia. Muy raramente produce priapismo (erección mantenida), situación en la que se debe retirar inmediatamente el fármaco y consultar al urólogo. Puede provocar hipotensión ortostática, con riesgo de caídas, generalmente en manera dosis-dependiente.

**Ajuste de dosis:** Si la dosis de 25 ó 50 mg es eficaz no es necesario subir dosis. Pueden alcanzarse 200 o 300 mg diarios en dosis única o fraccionada. Aconsejamos subir cada 15 días mínimo la dosis, si es necesario.

**Retirada:** En cualquier caso en fases avanzadas, salvo que la retirada provoque un empeoramiento que no pueda asumirse por el entorno cuidador del paciente.

Si no produce beneficio clínico, debe retirarse. En el lapso de meses del control de los síntomas puede considerarse la retirada de común acuerdo con el entorno cuidador del paciente.

Si hay mala tolerabilidad al comenzar el tratamiento, puede ensayarse una pauta de introducción más lenta. A medio o largo plazo, si la tolerabilidad no es buena, debe retirarse el tratamiento. Si se objetiva falta de efecto, puede aumentarse el tratamiento hasta 200-300 mg, si no provoca intolerancia. Trazodona no es un sedante potente y no tiene sentido subir dosis de trazodona indefinidamente. Si el trastorno es grave, posiblemente encontraremos falta de efecto y puede usarse como coadyuvante con otros sedantes.

## **MEMANTINA**

### **Fármaco, marca, presentación, dosis**

-Memantina (Ebixa®, Axura®), solución 10 mg/ml y comp. 10 mg y 20 mg. La dosis es 20 mg día, en dosis única o fraccionada.

**Indicaciones:** Pacientes con enfermedad de Alzheimer en fases moderadas o avanzadas. Puede asociarse a cualquier anticolinesterásico (Aricept®, Exelon®, Prometax®, Reminyl®)

**Inicio:** Se recomienda comenzar por 5 mg diarios una semana, pasar a 10 mg diarios en la semana siguiente, 15 mg diarios la tercera semana y 20 mg diarios como dosis continuada. Existe un envase de inicio con el que se facilita ese patrón de escalado de dosis, con indicación numérica del orden de administración de los comprimidos de las dosis correspondientes. Pueden hacerse otras pautas de aumento de dosis.

### **Dosis terapéuticas eficaces:**

20 mg /día, generalmente en dosis única matutina; puede fraccionarse o darse por la noche.

### **Objetivos del tratamiento:**

- Modificar la evolución, atrasándola, o estabilizando el cuadro; mejoría de los síntomas cognitivos y de los trastornos de conducta.
- No cambia el panorama; raramente, cambios marcados.
- La estabilización puede ser valorable como efectividad, aunque quizá deba concretarse alguna mejoría simultánea a la introducción del tratamiento para recomendar la continuidad de la indicación.
- El empeoramiento a corto plazo es falta de efecto: pero a largo plazo siempre ocurrirá.

**Combinar con algún anticolinesterásico:** Es una opción común, pero no es obligatoria. El uso de memantina no impide usar anticolinesterásicos ni al revés, porque son compatibles. Tampoco

son medicaciones particularmente sinérgicas ni existe interferencia entre ellas a nivel efectos primarios o secundarios.

**Efectos secundarios:**

Los efectos secundarios relevantes son los trastornos de conducta: agitación, agresividad, etc. No provocan diarrea ni trastornos digestivos. No debe darse memantina a pacientes con insuficiencia renal, ya que memantina se excreta en orina.

**Ajuste de dosis:** Intentar alcanzar siempre la dosis terapéutica de 20 mg diarios, aunque pueden admitirse otras dosis.

**Retirada:** En fases avanzadas, cuando se tenga la certeza de que la retirada del tratamiento no provocará cambios sustanciales en el paciente, porque su dependencia sea completa o porque el apoyo a sus actividades es sustancialmente resolutivo del problema.

La retirada provoca empeoramiento si el paciente mantiene actividades o funciones y más si se notó mejoría al iniciar el tratamiento. Debe hacerse de común acuerdo con el entorno del paciente. No ha de instarse la retirada de un tratamiento que es sentido como útil, pero tampoco mantenerse en situaciones de dependencia total.

Si existe estabilización, mejoría discreta, o mejoría notable, se puede seguir el tratamiento. Pero si la tolerabilidad no es buena, el paciente abandonará el tratamiento. No se debe insistir en la administración de un fármaco que no sea bien tolerado; hay que retirarlo y buscar otra alternativa.

## 4.5 Tratamiento no farmacológico

El tratamiento no farmacológico en la enfermedad de Alzheimer se basa en la intervención ante los déficits cognitivos a través de la utilización de terapias *blandas*, y en la posibilidad de modificar alguna de las conductas a través de actuaciones ambientales, relacionales y comportamentales.

Es esencial ante un caso de demencia adecuadamente confirmada, informar a la familia de que hasta que no se acepte la enfermedad, no estará en disposición para ayudar al paciente. Para contribuir a la aceptación de la enfermedad por parte del entorno del paciente, están disponibles y serán útiles los recursos para la psicoeducación del entorno familiar. Al paciente con demencia se le debe ayudar, pero nunca sustituir en aquellas tareas que él todavía es capaz de realizar. Es decir, debe continuar haciendo todo aquello que aún puede hacer. La actitud paternalista contribuye en gran medida a que el paciente se vuelva más dependiente, por lo que el cuidador/familiar debe siempre animar, potenciar y estimular.

El cuidador/familiar debe saber que existen una serie de técnicas no-farmacológicas (terapias blandas), que se aplican en centros especializados (Centros de Día), orientadas a mantener y potenciar las capacidades que aún conserva el enfermo. No obstante, la familia puede y debe complementar en el hogar el tratamiento especializado. Por todo ello, es conveniente conocer la enfermedad para saber cómo actuar ante cada uno de los trastornos que van surgiendo en la vida cotidiana, lo que puede conseguirse mediante la psicoeducación.

Es recomendable y necesario que todos los familiares estén relacionados con una asociación de familiares de Alzheimer, donde encontrarán la ayuda necesaria para ir, poco a poco, aprendiendo a manejar la enfermedad.

### 4.5.1. **Objetivos:**

El objetivo general :es *conseguir la mayor calidad de vida del enfermo en el entorno más adecuado para él, potenciando sus capacidades intelectuales, emocionales, relacionales y físicas de forma integral.*

Los objetivos específicos son:

- *Rehabilitar*, restituyendo déficits.
- *Estimular*, demorando la pérdida progresiva de capacidades.
- *Optimizar* las capacidades funcionales residuales.
- *Paliar* sustituyendo las pérdidas.

#### **4.5.2. A quién y cuándo:**

El tratamiento no farmacológico va dirigido especialmente a todas las personas con deterioro cognitivo o cualquier forma de demencia. El tipo de intervención se deberá adecuar a las capacidades residuales en cada momento de la enfermedad, debiendo ser una intervención dinámica, nunca estática.

Las terapias blandas estarían indicadas ante los déficits cognitivos de memoria, atención, concentración, lenguaje, praxis, gnosias, motivación, razonamiento, etc., que aparecen en los estadios leve, moderado y moderadamente grave (estadios 4 a 6 de Global Deterioration Scale - GDS, Reisberg, 1982). Las terapias blandas se aplican generalmente en forma de talleres grupales. Destacan los talleres cognitivos, talleres de psicomotricidad y talleres ocupacionales:

**Talleres Cognitivos** en los que se aplican ejercicios de:

- Orientación en tiempo y espacio;
- Memoria, recordando series de nombres de miembros del grupo y de familiares, memoria semántica, etc.
- Lenguaje: reconocimiento de fotos, escritura: copia y dictado, sopa de letras, etc.
- Concentración y atención: buscar semejanzas y diferencias entre objetos, unir series de números .
- Cálculo: Desde resolución de problemas aritméticos hasta sumas y restas.

**Taller de Psicomotricidad:**

Facilitando mediante gimnasia, baile, juegos, etc.

- movilización activa o pasiva.
- coordinación, ritmo e imitación.
- orientación en espacio y en persona

**Taller Ocupacional:**

- Dibujo, pintura, costura, jardinería, etc.

Las limitaciones del enfermo con demencia grave, desaconsejan el empleo de las terapias blandas como tales, pero en su lugar se atenderán los aspectos relacionados con la *estimulación física (reeducción de la marcha, movilizaciones activas y pasivas en su defecto), contacto físico, masajes y cuidados generales.*



#### **4.5.3. *Dónde y Por Quién:***

Las terapias blandas deberán ser aplicadas preferentemente en centros especializados como hospitales de día psicogeriátricos y centros de día terapéuticos, por un equipo multidisciplinar de acreditada formación y capacitación específica.

Ante la carencia de centros específicos diurnos, se debe recomendar al familiar que estimule las capacidades residuales del enfermo.

La aplicación en el domicilio por el familiar cuidador, se ve dificultada por el cambio de rol que implica pasar de esposo/a, hijo/a a educador.

#### **4. 6. Indicación por nivel de gravedad o grado de afectación**

##### **▪ Período presintomático**

Corresponde a grados cognitivos y funcionales de normalidad.

- En el grado **1 GDS-FAST** no hay síntomas.
- En el grado **2 GDS-FAST** existen síntomas subjetivos inaparentes en el examen.

Aunque no parezca lógica la consulta médica en este tipo de situaciones clínicas, en la práctica, tanto personas sanas razonablemente preocupadas por llegar a padecer alguna de estas enfermedades como familiares de pacientes afectados de enfermedad de Alzheimer y enfermedades similares, pueden instar consulta médica. Es previsible que ello pueda ocurrir también en pacientes presintomáticos en un futuro próximo. Por ello deben constar las recomendaciones pertinentes.

Actualmente no existe ninguna indicación de tipo farmacológico. Es recomendable una vida activa intelectual, social y físicamente, previniendo episodios cardiovasculares agudos y procurando el mejor estado general.

##### **▪ Deterioro cognitivo leve**

Correspondiente al estadio **3 GDS-FAST**.

Se trata de personas con deterioro cognitivo constatable en la evaluación pero sin que coexista trastorno funcional. Es una situación clínicamente corriente y relevante por el alto riesgo de progresión a demencia a medio plazo: tanto como el 50% en tres años. Los pacientes en este estadio pueden presentar también síntomas afectivos, que son comunes, y más raramente trastornos de conducta o motores.

En cuanto a terapéutica farmacológica, las consideraciones referidas a personas asintomáticas son en general apropiadas en este grupo. Si bien no existe indicación inequívoca de uso de fármacos en este estado, ha de recomendarse el uso de antidepresivos, generalmente del grupo ISRS, ante síntomas depresivos relevantes.

Puede recomendarse estimulación cognitiva reglada. La estimulación cognitiva incluye programas integrales de estimulación sobre múltiples funciones, aunque suelen estar diseñados para fases más avanzadas del proceso, y técnicas de reminiscencia. La terapia ocupacional es útil, quizá de modo especial si coexiste trastorno del ánimo; pueden plantearse medidas sobre el entorno físico y cuidador para la adaptación a las posibles deficiencias que acontezcan.

- **Demencia leve**

Corresponde al estadio **4 GDS-FAST**.

Existe ya una alteración funcional; en este grupo de enfermedades, la alteración funcional depende sobre todo del grado de alteración cognitiva. El paciente puede mantener su autonomía en actividades básicas de la vida diaria, pero no mantiene todas las actividades instrumentales o avanzadas, presentando algún grado de dependencia de su entorno social inmediato.

En el momento en que se diagnostica la enfermedad de Alzheimer, está indicado el ensayo terapéutico con anticolinesterásicos. Entre donepezilo, rivastigmina y galantamina no se ha establecido una preferencia clínica de uso inequívoca. Por tanto, cualquiera de ellos puede ensayarse. No deben asociarse unos con otros. El efecto obtenido con uno de ellos no implica que otro tenga un efecto similar, por ello, pueden ensayarse sucesivamente.

Deben usarse ISRS u otros antidepresivos si los síntomas depresivos son relevantes. Puede requerir el uso de sedantes si coexiste trastorno de conducta importante.

En lo que se refiere a tratamientos no farmacológicos, suelen ser aplicables la mayoría de ellos: tratamientos de estimulación, terapias de reminiscencia, actuaciones para procurar un entorno protésico, orientación a la realidad, psicomotricidad, musicoterapia, técnicas de validación, etc., en conjunto dirigidas a mejorar trastornos cognitivos y conductuales.

- **Demencia moderada**

Corresponde al **estadio 5 GDS-FAST**.

El paciente todavía mantiene ciertas actividades básicas de la vida diaria pero la dependencia es importante. Los trastornos de conducta pueden ser prominentes y motivo fundamental de sobrecarga del cuidador. El trastorno cognitivo es marcado, aunque a veces resulte una carga menor ante algunas alteraciones de conducta.

Puede ser necesario el tratamiento con antipsicóticos. Al asumir el tratamiento con antipsicóticos, se asume un pequeño aumento del riesgo de muerte. En caso de delirios, alucinaciones, agitación o agresividad, la indicación debe sopesar ese riesgo frente a los efectos buscados en valoración conjunta de la esperanza de vida, el estado clínico y la situación del entorno del paciente.

Como alternativas y adyuvantes, trazodona entre los antidepresivos, clometiazol (Distraneurine®) junto con benzodiacepinas entre los sedantes, pregabalina entre los fármacos antiepilépticos.

Los anticolinesterásicos mantienen su indicación en esta fase; además, reducen la necesidad de usar antipsicóticos. La supresión del tratamiento anticolinesterásico en esta fase puede producir agravamientos cognitivos y funcionales relevantes para el paciente y su entorno.

Memantina tiene indicación reconocida recientemente en esta fase, pudiendo producir también mejoría sintomática.

Las terapéuticas de tipo no farmacológico pueden tener gran utilidad también en esta fase, pero no suelen ser una alternativa al tratamiento farmacológico sino más bien una actuación coadyuvante. *Es recomendable especialmente la formación del cuidador en la prevención de trastornos de conducta.*

#### ▪ **Demencia grave**

Los pacientes afectados de demencia grave pierden el control esfinteriano y bastante o toda capacidad de comunicación con el entorno; su dependencia es total incluso en actividades básicas de la vida diaria como el aseo y la comida. En esta fase los trastornos de conducta tienden a perder importancia. Lo fundamental es la completa dependencia del paciente, por tanto, una gran cantidad de medicación sintomática puede suspenderse, entre ellas: neurolepticos, antidepresivos, sedantes, y también los anticolinesterásicos, cuya indicación formal en este grupo de pacientes está siendo por otra parte reconocida.

Memantina está indicada en este grupo de pacientes, aunque en estados avanzados, el tratamiento resulta innecesario.

También son recomendables las medidas de tratamiento paliativo.

#### ▪ **Intensidad terapéutica según grado de afectación**

Puede ser útil evaluar la intensidad terapéutica aplicable en cada caso según los **niveles de intensidad terapéutica** adoptados por el Rogers Memorial Veterans Hospital:

- **Tratamiento sin límites:** incluye medidas de resucitación cardiopulmonar y traslado a hospital de agudos

- **Tratamiento intenso:** no incluye medidas de resucitación cardiopulmonar, incluye traslado a hospital de agudos

- **Tratamiento máximo posible en entorno comunitario y/o residencial:** incluye investigación y tratamiento de infecciones, medidas de hidratación y alimentación, y algunas exploraciones complementarias. No incluye traslado al hospital de agudos.

- **Tratamiento conservador en entorno comunitario y/o residencial:** incluye solo tratamientos sintomáticos y empíricos evitando exploraciones complementarias, se mantiene la hidratación y nutrición artificial si fueran necesarias. No incluye traslado a hospital de agudos.

- **Cuidados exclusivamente de confort:** no se dan antibióticos, valorar retirar nutrición e hidratación artificiales, valorar sedación si fuese necesaria. No incluye traslado a hospital de agudos.

En líneas generales, puede no tener sentido procurar el 'tratamiento sin límites' a partir de las fases moderadas; ni parece tenerlo procurar 'tratamiento intenso' en pacientes afectados de demencia muy grave. En pacientes con demencia muy grave con criterios de terminalidad habría que plantear, idealmente en manera previa a la existencia de una contingencia médica relevante, escoger entre tratamientos máximos, conservadores o de confort en entorno comunitario o residencial.

El objetivo que tenemos que alcanzar para pacientes en situación terminal es el de **control de síntomas** que provocan sufrimiento, como el dolor, disnea, ansiedad, etc, para de esta forma **proporcionar la mejor calidad de vida posible**. Además por este mismo motivo se tendrían que evitar medidas que pueden perjudicar al paciente y no se han mostrado útiles, procurar retirar la medicación que no sea necesaria, intentar evitar la colocación de sondas nasogástricas, eludir la práctica de venoclisis reiteradas y de restricciones físicas o mecánicas, no practicar curas sin analgesia, etc.

La asistencia a este grupo de pacientes incluye la atención a su entorno sociofamiliar con la consideración de los correspondientes aspectos psicológicos, sociales o éticos.

Este enfoque de la enfermedad en situación avanzada o terminal precisa de la debida **educación e información** a familias y cuidadores, facilitada de modo lo más precoz posible para favorecer la planificación asistencial y la anticipación de probables complicaciones.

#### 4.7. Indicación por entidad nosológica

- **Enfermedad de Alzheimer**

Las recomendaciones generales están comprobadas para enfermedad de Alzheimer como paradigma de demencia de causa neurodegenerativa.

- **Demencia vascular**

La indicación de anticolinesterásicos no puede considerarse sentada, puesto que se ha informado tanto de aumento de mortalidad como de respuestas favorables. El uso sistemático en esta condición no resulta aceptable.

Deben tratarse con anticolinesterásicos aquellos pacientes con enfermedad de Alzheimer que hayan sufrido un ictus vascular cerebral: el ictus no es una contraindicación absoluta al tratamiento con anticolinesterásicos. También las demencias de origen mixto (Alzheimer y vascular) pueden beneficiarse del tratamiento con anticolinesterásicos.

Memantina está indicada en fases avanzadas. La demencia vascular suele conllevar limitaciones motoras y de otro tipo que hacen que los tratamientos no farmacológicos puedan ser especialmente difíciles de aplicar.

- **Degeneración frontotemporal**

Existe consenso en que los anticolinesterásicos no son útiles en el tratamiento de este grupo de enfermedades neurodegenerativas.

Memantina puede estar indicada en fases avanzadas.

- **Enfermedad por cuerpos de Lewy difusos**

Los anticolinesterásicos están indicados en los pacientes con este diagnóstico, y la respuesta al tratamiento es comparable a la de los pacientes con enfermedad de Alzheimer. En estos pacientes, existe una **intolerancia a los neurolépticos** con desarrollo rápido de complicaciones importantes, por lo que su uso resulta no recomendable. Cuando existen alucinaciones o ideación delirante que provocan angustia, temor o alteraciones de conducta, puede ensayarse la utilización de quetiapina, empezando por dosis de 25 mg y aumentando lenta y progresivamente hasta la mejoría clínica o la intolerancia.

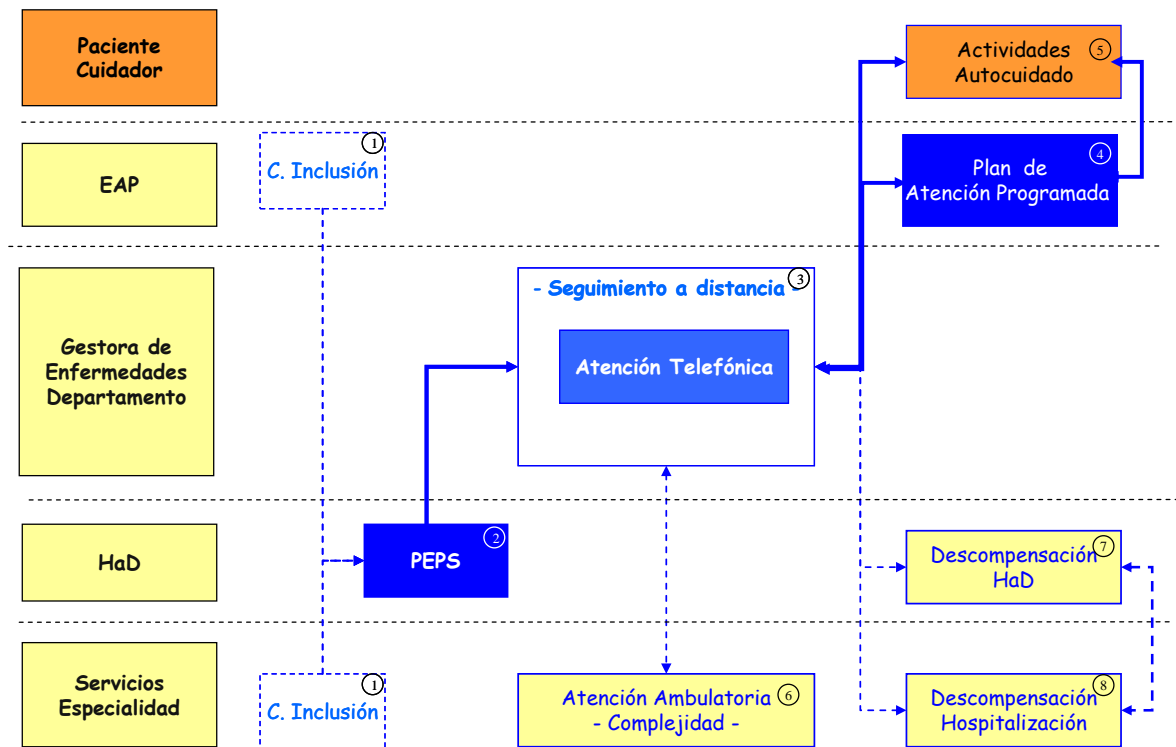
- **Demencia asociada a la enfermedad de Parkinson.**

Los anticolinesterásicos, particularmente rivastigmina, pueden ser útiles en estos pacientes. El uso de neurolépticos, cuando se considere, debe ser evaluado minuciosamente por el riesgo aumentado de complicaciones motoras. En este caso, también puede ser especialmente útil la quetiapina.

- **Degeneración corticobasal, parálisis supranuclear progresiva y otras enfermedades neurodegenerativas que provocan demencia.**

No existe indicación de uso de anticolinesterásicos, ni tampoco actitudes terapéuticas específicas para otras enfermedades de incidencia baja que provocan demencia.

## 5. MAPA DEL PROCESO



**EAP:** Equipo DE Atención Primaria.

**HaD:** Hospitalización a Domicilio.

**C.Inclusión:** Criterios de Inclusión.

**PEPT:** Programa de Educación y Prevención Terciaria



## 6. PLAN DE SEGUIMIENTO

La propuesta de seguimiento debe consensuarse especialmente entre Atención Primaria y Atención Especializada, desde un punto de partida centrado en las necesidades de pacientes y familiares y en las consideraciones relativas a las tomas de decisiones.

Se ha consensuado con la Unidad de Hospitalización Domiciliaria, el apoyo en el seguimiento del paciente con demencia en tres situaciones clínicas: trastorno de conducta grave, control de efectos de nuevos fármacos y demencia en estadio avanzado. Cabe anotar que las situaciones sobrevenidas que requieran valoración y tratamiento urgente deben considerarse de interés en *Urgencias* y no se considerarán en el seguimiento programado.

Nos planteamos un seguimiento flexible y adaptable en función de los objetivos del tratamiento, la situación clínica y sociofamiliar, las prioridades del entorno y los recursos disponibles.

### A) **Objetivos**

- Diagnósticos: revisión de pruebas o criterios según evolución clínica.
- Terapéuticos: revisión clínica, efectos secundarios, estadiaje evolutivo.
- Otros: Ocasionalmente se deben programar revisiones informativas a cuidadores y entorno familiar, o por contingencias o imprevistos.

### B) **Situación Clínica** : podríamos considerar estas opciones:

1. En proceso de diagnóstico con pruebas.
2. Diagnosticado y con progresión lenta en estadio leve (incluyendo deterioro cognitivo leve) a moderadamente grave.
3. Diagnosticado, en estadio avanzado
4. Diagnosticado, inestable, elementos atípicos
5. Diagnosticado, trastorno de conducta grave
6. Diagnosticado, con cambios de tratamiento
7. Situación de contingencia clínica, terapéutica o diagnóstica.

*En los casos antes descritos, se propone, adaptada de Morera, la siguiente **guía** :*

### **Caso 1: En proceso de diagnóstico con pruebas**

Para revisar las pruebas disponibles, el paciente no debe soportar demoras superiores al mes. Puede hacerse de modo delegado, y por Atención Especializada.

### **Caso 2: Diagnosticado y estable en estadio leve (incluyendo deterioro cognitivo leve) a moderadamente grave.**

Con el objetivo del control evolutivo y revisión de opciones terapéuticas, se puede programar entre semestral y anualmente por Atención Especializada. Debe ser presencial.

No excluye revisiones similares en Atención Primaria a más corto plazo.

### **Caso 3: Diagnosticado y estable en estadio avanzado.**

El objetivo es actuar por contingencias sobrevenidas y el apoyo en los cuidados. Puede hacerse por Atención Primaria y Gestión de Casos. Previo al plan de seguimiento telefónico programado por gestoras de casos, se realizará un Programa de Educación y Prevención Terciaria (PEPT) por parte de la unidad de Hospitalización Domiciliaria .

Puede ser delegado e incluso telefónico, y asumido según la contingencia por personal sanitario no facultativo.

El paciente con demencia en estadio GDS-7, identificado bien en AP o en AE, es derivado a la Unidad de Hospitalización a Domicilio para llevar a cabo un programa de educación y prevención terciaria, con valoración integral del paciente y visitas domiciliarias diarias, hasta estabilización de síntomas. Tras alcanzar los objetivos definidos en el programa, se inicia el Seguimiento Programado por la Gestora de Casos (GC) y el Equipo de Atención Primaria. Este seguimiento programado contempla el siguiente plan de atención:

- Visita domiciliaria del médico de AP cada 4 meses, y según incidencias.
- Visita domiciliaria de enfermera de AP cada dos meses y según incidencias.
- Seguimiento telefónico por la Gestora de Casos:
  - Control telefónico programado cada 2 semanas los primeros 2 meses, y a partir de ese momento, mensual.
  - Atención telefónica a la demanda urgente en su horario de atención (días laborables de 8 a 15 horas).

#### **Caso 4: Diagnosticado, inestable, elementos atípicos**

Con el objetivo de la reevaluación y estabilización, la revisión se programará a través de una citación específica para estos casos en Asistencia Especializada, por indicación del facultativo correspondiente.

#### **Caso 5: Trastorno de conducta notable**

Con el objetivo de control terapéutico, el paciente es remitido desde Atención Especializada a UHD para seguimiento, con ingreso en UHD hasta control de la conducta. Al alta se realizará seguimiento programado por la Gestora de Casos durante 2 meses. Posteriormente seguirá sus controles por Atención Primaria y Atención Especializada: una revisión en un máximo de 4 semanas, que puede ser presencial o delegada; cabe un control telefónico a corto plazo.

El procedimiento es el siguiente:

- Tras inicio de tratamiento con psicofármacos prescrito por Atención Especializada, se realiza desde AE interconsulta a UHD, con valoración en 72 h por UHD e ingreso.
- Visita médica y de enfermería UHD durante su ingreso de la forma habitual, hasta control de conducta .
- Si control de síntoma y buena tolerabilidad a los fármacos es dado de alta por UHD, y pasará a control telefónico por GC. Seguimiento programado con control telefónico semanal el primer mes, y cada dos semanas el segundo.
- Atención telefónica urgente en el horario establecido.
- Si estabilidad clínica a los dos meses de seguimiento, se realiza alta de GC y seguirá control por su EAP cada 2-3 meses, y ajustado a sus patologías de base.

## **Caso 6: Control de efectos farmacológicos**

Con el objetivo de valorar efecto deseado y efectos secundarios, el paciente es remitido desde AE a UHD para seguimiento, con ingreso en UHD hasta control de cumplimentación adecuada y valoración de efectos secundarios. Al alta se realizará seguimiento programado por la Gestora de Casos durante 2 meses. Posteriormente seguirá sus controles por AP y AE: una revisión en un máximo de 4 semanas, que puede ser presencial o delegada; cabe un control telefónico a corto plazo. Puede practicarse por personal no facultativo y telefónicamente.

Procedimiento:

- Tras inicio de tratamiento anticolinesterásico prescrito por AE, interconsulta a UHD, valoración en 1ª semana , con ingreso.
- Informe de alta de UHD al 3º día y seguimiento por GC .
- Seguimiento telefónico programado: 1er. Mes / semanal. En el 2º. mes/ cada dos semanas.
- Contacto telefónico urgente en los dos meses de seguimiento, en horario indicado.
- Visita a médico AP al alta de UHD, con informes médicos para conocimiento del proceso e introducción de anticolinesterásicos en prescripción de fármacos crónicos.
- Visita EAP: según grado de funcionalidad. Cada dos o tres meses.(Prescripción fármacos crónicos)
- Valorar seguimiento posterior por AP o por Gestoras en función del caso 2

## **Caso 7: Contingencias.**

La actuación al respecto debe concretarse de forma inmediata por parte de AP, si no está incluido en programa de Gestión .

En paciente valorado por nuestra unidad (UHD) e incluido en programa de GC, se realiza apoyo telefónico urgente en horario de mañanas por GC, coordinando el dispositivo asistencial adecuado a la incidencia.

Intentamos, finalmente, sistematizar las actuaciones por medio de la siguiente tabla, modificada también de Morera:

**TABLA: PROPUESTA DE PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON TRASTORNO COGNITIVO .**

<b>Clase de seguimiento</b>	<b>Periodicidad</b>	<b>Modo de seguimiento</b>	<b>Lugar de seguimiento</b>	<b>Encargado del seguimiento</b>
<b>1. Revisión de pruebas</b>	Según demora de pruebas solicitadas.	Presencial Puede ser delegado	Atención Especializada	Facultativo
<b>2. Revisión programada</b>	Menor de 6 meses	Presencial, puede ser delegado	Atención Primaria 3 - 6m	Facultativo
	6 a 12 meses		Atención Especializada 12m	Facultativo
<b>3. Revisión en estados avanzados</b>	A demanda según contingencias o necesidades	Delegado, puede ser presencial	AP-UHD	Facultativo o Personal Sanitario
		Telefónica	GC	
<b>4. Revisión en situaciones atípicas*</b>	48-72 h	Presencial	AP-AE	Facultativo
	<15 días (a petición de AP)	Presencial	Atención Especializada	Facultativo
<b>5. Trastorno de conducta grave</b>	1ª Vta urgente Seguimiento 2 meses GC Revisión 3-12 semanas	Presencial, delegado	Indistinto, AP-AE	Facultativo o Personal Sanitario
	Semanal 1er mes..Cada 2 semanas 2ºmes Seguimiento 2 meses	Telefónico	GC	
<b>6. Valoración efecto y tolerancia de fármacos</b>	1ª semana visita. Seguimiento 2 meses GC Revisión 3 meses	Presencial, delegado	Indistinto, AP-AE	Facultativo o Personal Sanitario
		Telefónico	GC	
<b>7. Situación de contingencia</b>	A demanda: < 1 semana en caso de demanda.	Presencial, delegado	Indistinto, AP-AE	Facultativo o Personal Sanitario
		Telefónico	Atención Especializada	

## 7. CRITERIOS DE DERIVACIÓN (CD)

### 7.1. Identificación – remisión desde Atención Primaria (AP)

Debemos insistir en que la población en riesgo de presentar una demencia o un deterioro cognitivo mayoritariamente es población de más de 60 años, usualmente un bajo nivel académico y comúnmente con co-morbilidad asociada. En este contexto no disponemos de un test de cribado ideal (sensible, específico, fiable, válido, breve y fácil de aplicar) pese a los múltiples intentos realizados en su búsqueda, por lo que sigue sin existir una recomendación concreta y universal relativa al cribado de deterioro cognitivo.

Así mismo, también es un hecho contrastado en la literatura, que las quejas solo subjetivas de deterioro cognitivo (en memoria u otras áreas) no son un fiel indicador del verdadero estado cognitivo del paciente, sino que en muchas ocasiones está más relacionado con su estado anímico. Sin embargo, cuando estos defectos cognitivos son corroborados por un informador fiable, el valor y consistencia de estas apreciaciones aumenta de forma considerable. La importancia de disponer de esta corroboración, por parte de un informador fiable, la pone de manifiesto el hecho de que figure como elemento esencial en los diferentes criterios vigentes del deterioro cognitivo ligero.

Sobre la base de las consideraciones expuestas y en la evidencia del siempre limitado tiempo disponible en Atención Primaria proponemos esta aproximación clínica en los criterios de identificación – remisión de pacientes con deterioro cognitivo ligero o demencia desde Atención Primaria a Atención Especializada para confirmar la sospecha diagnóstica.

Pacientes que acudan a la consulta de Atención Primaria con motivo de pérdida de memoria u otra alteración cognitiva, sin diagnóstico previo, que cumplan:

#### 1. Confirmación del trastorno cognitivo por un informador fiable

- Si el trastorno cognitivo condiciona limitación, incapacidad o necesidad de supervisión para la realización de alguna de las actividades habituales del paciente, en rango de demencia.
- Si el trastorno cognitivo no condiciona limitación de las actividades habituales pero es firmemente corroborado por el informador, en rango de deterioro cognitivo ligero.
- En los casos donde sea manifiesto un cuadro psicopático o psiquiátrico, (ansioso y/o depresivo y/o de tipo psicótico) será preceptiva de manera directa la evaluación psiquiátrica.

No hay que esperar a la existencia de demencia franca para la evaluación por AE: por la presencia de trastorno cognitivo relevante o trastorno psicopático asociado ya es pertinente la remisión.

2. Apoyan la sospecha de enfermedad de Alzheimer, incluso en fase de DCL, la confirmación por parte del informador de que el paciente repite preguntas y/o comentarios o le cuesta captar explicaciones
3. El diagnóstico de deterioro cognitivo se realiza mediante la comprobación de la existencia del mismo mediante algún tipo de valoración cognitiva conocida por el explorador .
4. Pueden remitirse pacientes en otros dos tipos de situaciones:
  - 4.1. Pacientes con otras enfermedades neurológicas y trastorno cognitivo o conductual.
  - 4.2. Pacientes con trastorno de conducta y sospecha de organicidad.

Por tanto, el médico de Atención Primaria remitirá para evaluación fundamentalmente aquellos casos en que haya un deterioro cognitivo adquirido constatado por un informador fiable; sobre todo, en aquellos casos en los que este deterioro provoque algún trastorno funcional y si el paciente repite comentarios o le cuesta captar explicaciones. El administrar un test de fluencia verbal como el que proponemos como apoyo a la remisión en casos sin trastorno funcional evidente, o algún otro test cognitivo, global o no, de tipo estimativo, queda como una posibilidad en cualquier caso optativa, así como otro tipo de remisiones.

La derivación a Atención Especializada mejoraría en su rendimiento con la constitución de un Dispositivo Asistencial Específico para trastornos cognitivos en el que puedan participar todos los implicados en la atención a este grupo de trastornos, lo que permitiría evitar demoras actualmente existentes en Atención Especializada, y mejoraría simultáneamente el grado de saturación de la asistencia en Atención Especializada por este motivo.

El médico de Atención Primaria ante la sospecha de deterioro cognitivo orgánico de un paciente debe realizar la valoración global del paciente y la valoración médica general (como se ha descrito en el apartado 2.2) y solicitará simultáneamente al curso de la petición de valoración por Neurología la realización de las exploraciones complementarias necesarias: analítica e idealmente también neuroimagen estructural ( RMN si no hay antes TAC o TAC si la RMN no puede hacerse).

#### **7.1.1. Criterios de Derivación desde AP a AE**

- Inicialmente siempre que se deba establecer el diagnóstico sindrómico y etiológico.
- Establecer la indicación de tratamiento farmacológico y necesidad de reajustes del mismo.
- Aparición de graves efectos secundarios de la medicación.
- Rápido deterioro clínico tras revisión del protocolo terapéutico.

- La remisión se hará preferentemente a Neurología si la prioridad clínica es el diagnóstico etiológico y preferentemente a Psiquiatría si la prioridad clínica está relacionada con la existencia de psicopatología.
- Nota: Algunos pacientes pueden entrar en el circuito por derivación interna entre distintos estamentos de AE (p.e. Centros de Especialidades, Centros de Salud Mental, Hospital de Día, Hospital de Larga Estancia)

## **7.2. Criterios de derivación a la Unidad de Hospitalización Domiciliaría (UHD):**

- Paciente con Demencia, independientemente del estadio en el que se encuentre, tras valoración por AE o AP, previa solicitud de seguimiento por desestabilización clínica o por causa intercurrente aguda que precise control clínico y/o ajuste de fármacos, en el esquema de descarga Hospitalaria.
- Paciente con Demencia estadio 7 FAST-GDS, que se solicite por AP o AE apoyo en el seguimiento incluyéndolo en el programa de Gestión de enfermedad con el objetivo de evitar ingresos hospitalarios no deseados por el Paciente y/o familiar, en la fase de cuidados.

El médico de AP o AE realizará una propuesta de ingreso en UHD mediante escrito, por contacto telefónico y/o remitiendo informe médico por fax.

## **7.3. Criterios de inclusión en Programa de Gestión de condiciones crónicas**

- Paciente con demencia diagnosticada en AE e iniciado tratamiento pasará a control de UHD para valorar tolerabilidad, adecuada administración de los fármacos y detección de efectos adversos, hasta su estabilidad clínica.
- Paciente con demencia que asocia trastornos de conducta graves y se inicia en AE tratamiento con psicofármacos. Se realizará control clínico con apoyo a la AE de Gestora y UHD hasta su estabilización.
- Paciente con demencia en estadio avanzado, GDS-7: realizando apoyo a Primaria en el seguimiento del paciente con el objetivo de mejorar el cuidado ambulatorio, reduciendo reingresos y costes. Actuar por contingencias sobrevenidas, apoyar en los cuidados y tratamiento paliativo.

## **7.4 Criterios de derivación para ingreso Hospitalario**



- Síndrome confusional agudo.
- Complicaciones médico-quirúrgicas graves como neumonía, anemia grave, sepsis de cualquier origen o proceso de base intercurrente descompensado (Insuficiencia cardíaca, EPOC, diabetes mellitus, insuficiencia renal, hepatopatía crónica, etc.)
- Evolución atípica rápidamente progresiva que precise estudio intensivo y rápido.
- Trastornos graves de conducta no manejables en el entorno domiciliario.
- Reajuste terapéutico si el ambiente familiar es desfavorable o existe alta sospecha de incumplimiento terapéutico reiterado.
- Necesidad de realización de pruebas invasivas.

El paciente será valorado para decidir ubicación asistencial más idónea en función de la descompensación: sala de hospitalización, Unidad Médica de Corta Estancia u Hospitalización a Domicilio.

#### **7.5 Criterio de ingreso en Hospital de Media-Larga Estancia (HMLE )/ Residencia asistida**

- Ante situaciones clínicas crónicas que precisen tratamiento médico y/o rehabilitación y no pueden ser seguidas en domicilio , tanto por criterios clínicos y/o sociales.(HMLE)
- Claudicación familiar, considerada como criterio de institucionalización. En estos casos es necesario valorar un respiro familiar.(Residencia Asistida)

#### **7.6. Criterios de derivación desde AE a AP:**

- Paciente con demencia diagnosticada e iniciado tratamiento con anticolinesterásicos, que tras periodo de seguimiento por UHD se objetiva estabilidad clínica.
- Paciente con demencia, diagnosticado y estable, en estadio leve (incluyendo deterioro cognitivo leve) a moderadamente grave: para control evolutivo.
- Tras resolución del episodio agudo que ha sido causa de ingreso Hospitalario, o desestabilización de su situación clínica crónica de base.

- Estadio avanzado: apoyo en los cuidados del paciente y apoyo al cuidador. Plan de atención programada, tras la finalización del Programa de Educación y Prevención Terciaria (PEPT) realizado por UHD. Siempre apoyado por el programa de Gestión de enfermedad desde UHD. Atención Primaria cubre la prescripción crónica de sus fármacos, pañales, alimentación complementaria, espesantes y la realización de curas de úlceras crónicas.

## 8. TRASTORNOS CONDUCTUALES.

Los problemas conductuales son muy frecuentes en la evolución clínica de las demencias. Condicionan el mayor volumen de la demanda de atención sanitaria por parte de los familiares, pues son una causa importante de estrés y agotamiento en los cuidadores, y dan lugar a la desestructuración del ambiente familiar, siendo determinantes de la institucionalización del paciente. En el transcurso de la enfermedad, al menos el 90% de los pacientes con demencia desarrollan trastornos de conducta y suele darse, particularmente, en los institucionalizados.

El tratamiento farmacológico de los trastornos de conducta tiene por objeto:

- Prevenir y tratar los síntomas y las complicaciones propias de la evolución natural de la enfermedad, así como los problemas intercurrentes.
- Evitar la sobrecarga familiar, asociando a su vez, el apoyo psicológico y la información.

Ante cualquier trastorno de conducta que presente el paciente con demencia, antes de iniciar cualquier terapia, debe descartarse la existencia de patología orgánica subyacente. Para ello, se realizará una adecuada anamnesis y exploración física, además de las pruebas complementarias oportunas, que ayuden al diagnóstico etiológico.

Entre las causas más frecuentes que descompensan el curso clínico de la demencia,

- Infecciones respiratorias.
- Infecciones urinarias.
- Estreñimiento e impactación fecal.
- Dolor (fracturas, abdomen agudo, glaucoma,.....).
- Fármacos (incorporación de nuevos fármacos, interacciones, cambio de dosis, privación..)
- Descompensación de una patología previa.
- Cambios en las rutinas.
- Estado confusional agudo o delirium.

Los síntomas que requieren tratamiento farmacológico se pueden agrupar en:

- Trastornos afectivos, como la *depresión*, la *ansiedad* y más raramente la *hipomanía*.
- Trastornos del pensamiento, de la percepción y de la conducta, *ideas delirantes*, *alucinaciones*, *agitación*, *agresividad*, *vagabundeo*.
- Trastornos del ritmo vigilia – sueño.
- Síndrome confusional agudo o delirium.

La aparición de los síntomas guarda relación con la evolución clínico – temporal de la enfermedad. Se distinguen 3 etapas:

1. Fase inicial (**GDS 2-3**) : En la que predominan los trastornos afectivos, junto con los síntomas cognitivos de la demencia.
2. Fase de deterioro leve – moderado (**GDS 4-5**) : En fases más evolucionadas son más frecuentes los trastornos del pensamiento y de la conducta, junto con los trastornos del ritmo del sueño, aunque pueden aparecer en cualquier fase de la enfermedad.
3. Fase avanzada o de deterioro grave (**GDS 6-7**): En la fase más avanzada predominan los síntomas de deterioro físico, como la inmovilidad, la incontinencia, los trastornos de la alimentación y la desintegración de la personalidad.

### **8.1. Tratamiento farmacológico: Principios básicos**

- Intentar siempre medidas no farmacológicas, como primer paso.
- Iniciar el tratamiento farmacológico cuando sea estrictamente necesario, dirigiendo siempre la selección terapéutica hacia el control de los síntomas específicos.
- Combinar la utilización de los fármacos con la terapia no farmacológica.
- Utilizar aquellos fármacos más adecuados por su capacidad terapéutica y perfil de efectos secundarios en el anciano.
- Tener en cuenta la posibilidad de situaciones de polifarmacia y las interacciones que puede producir la introducción de un nuevo fármaco.
- Comenzar siempre con dosis bajas e incrementarlas paulatinamente.
- Evaluar y advertir del momento de interrupción del tratamiento.
- El médico puede preferir familiarizarse con el manejo de pocos fármacos (2 ó 3 por grupos), seleccionándolos en base a la evidencia de su eficacia.

## 8.2 Tratamiento farmacológico por grupos de síntomas

### ► **Trastornos Psicóticos, Agresividad y Agitación.**

- Agitación: es un término general que hace referencia a trastornos del comportamiento, incluyendo, agresión, combatividad, golpes, hiperactividad y desinhibición.
- La agresividad : puede ser física o verbal, dirigida hacia sí mismo o hacia los demás, e incluye movimientos o expresiones verbales que carecen de un fin concreto.
- Los síntomas psicóticos (ideas delirantes, alucinaciones): son menos frecuentes que los anteriores, pero producen angustia en el enfermo y pueden generar violencia.

Este tipo de trastornos, especialmente los de índole psicótico, se deben tratar en la medida en que sean perturbadores para el paciente o su entorno social o familiar.

### Tratamiento:

Los fármacos de elección para el control de estos síntomas son los antipsicóticos. Los fármacos antipsicóticos son los únicos que han demostrado eficacia en el control de los síntomas psicóticos de las demencias. En menor medida también han demostrado su utilidad para el control de la agitación y de otras alteraciones conductuales. En todos los casos, a pesar de su amplia utilización clínica, no existe un gran número de ensayos clínicos con placebo. El uso sistemático de antipsicóticos conlleva un riesgo alto de efectos secundarios, en un buen número de ocasiones con un riesgo superior a los beneficios potenciales del control sintomático. No obstante, en casos con trastornos psicóticos, agitación o agresividad relevantes son la única opción realista de obtener algún efecto sintomático sobre la conducta. Los estudios que comparan los diferentes antipsicóticos entre sí en esta indicación no parecen encontrar diferencias significativas de unos sobre otros en cuanto a su eficacia, diferenciándose básicamente en su perfil de efectos secundarios.

Los neurolépticos tradicionales, como el Haloperidol, tienen una alta incidencia de efectos extrapiramidales (parkinsonismo y discinesia tardía). La levomepromazina (Sinogán®) y la clorpromazina (Largactil®) además tienen un alto potencial anticolinérgico y su uso es contraproducente en estas condiciones: no deben utilizarse.

Los nuevos neurolépticos atípicos, risperidona ( 0.25 – 2 mg/día ) y otros (amisulpride, aripiprazol, paliperidona...) ofrecen ventajas sobre los anteriores por tener menos efectos

extrapiramidales y anticolinérgicos y ser mejor tolerados. Un ensayo clínico controlado mostró que la risperidona a dosis de 1 mg/día era efectiva y bien tolerada. Es el único fármaco con la indicación para síntomas psicológicos y comportamentales de la demencia en su ficha técnica

Con respecto a la quetiapina (Seroquel), aunque no hay publicados ensayos clínicos de registro para la indicación de la quetiapina en los síntomas psicológicos y conductuales en las demencias, la experiencia común y diversos trabajos que avalan su uso. Dado su menor potencial toxicidad respecto a los efectos motores, la quetiapina está especialmente recomendada en pacientes con psicosis asociada a Enfermedad de Parkinson y demencia con cuerpos de Lewy, que ya tienen trastornos motores y pueden ser especialmente sensibles a este efecto indeseado. No está bien contrastado el mantenimiento del tratamiento más allá de 4 – 8 semanas; hay que tener siempre en pensamiento la presión de este tipo de fármacos.

## ► **Trastornos de la afectividad.**

### **Depresión.**

La depresión es frecuente en el paciente con demencia, aunque no suele presentarse como un cuadro de depresión mayor. Los antidepresivos son eficaces según algunos ensayos controlados, pero de modo poco predecible.

Deben evitarse los efectos anticolinérgicos, cardiotóxicos y ortostáticos de los tricíclicos, por lo que son de elección los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), como citalopram (20 – 40 mg/día), escitalopram ( 10mgr), fluoxetina (10 – 40 mg/día), fluvoxamina (50 - 200 mg/día), paroxetina (10 – 50 mg/día) o sertralina ( 50 – 200 mg/día). Son mejor tolerados, con menos efectos secundarios y pueden favorecer el control de otros trastornos psico-conductuales (ansiedad, agresión). Otra alternativa es el inhibidor de la recaptación de la serotonina y noradrenalina, venlafaxina (75 – 150 mg/día) en la actualidad no hay trabajos publicados que apoyen su uso. Los antidepresivos tetracíclicos, como la mianserina y la maprotilina y otros como la trazodona producen además sedación por lo que pueden ser adecuados para situaciones asociadas a ansiedad y trastornos del sueño, pudiendo ser utilizados a una dosis única nocturna. Agomelatina tiene un potencial efecto beneficioso sobre el sueño.

El tratamiento antidepresivo debe mantenerse durante 3 meses y prolongarse, si hay respuesta terapéutica.

### Tratamiento:

FÁRMACOS	PRESENTACIÓN	DOSIS INICIO	DOSIS MAXIMA	EFFECTOS SECUNDARIOS
FLUOXETINA	Comp, cap, sobr,sol,20mgr	5mgr/día	20mgr	Inquietud
PAROXETINA	Comp, 20mgr	10mgr	40mgr	Sedación
SERTRALINA	Comp, 50mgr	50mgr	150mgr	
FLUVOXAMINA	Compr, 50mgr, 100mgr	50mgr	150mgr	
CITALOPRAM	Compr 20mgr	5mgr	20mgr	Síntomas digestivos (náuseas,diarrea)
ESCITALOPRAM	Comp 10mg	5mgr	10mgr	Síntomas digestivos (náuseas, diarrea)
TRAZODONA	Compr 100mgr	50mgr	100mgr	Precaución si hipotensión. Insuficiencia cardiaca.

### **Ansiedad.**

Como síntoma aislado es raro, apareciendo asociado a los cuadros depresivos y de agitación, por lo que, de confirmarse esa situación, deben ser tratados con neurolépticos o antidepresivos. En aquellos casos en los que aparezca de forma aislada pueden utilizarse benzodicepinas, preferentemente de vida media corta (lorazepam, alprazolam) y siempre durante un tiempo limitado.

Aunque su uso está extendido, los estudios demuestran que las benzodicepinas pueden provocar deterioro agudo del estado cognitivo, por lo que cuando se considere su utilización, ésta debe hacerse con precaución, a la menor dosis posible y siempre de forma temporal. Alternativas razonables son clometiazol y trazodona que pueden usarse al mismo nivel más que como alternativa



a BZD. El fármaco antiepiléptico o neuromodulador pregabalina (Lyrica®), a dosis bajas se está mostrando eficaz para tratar la ansiedad, como alternativa a las benzodiazepinas.

## ► Trastornos del sueño.

El uso de hipnóticos en el tratamiento de los trastornos del sueño debe ser conservador y antes de iniciarlo, se deben hacer las recomendaciones de higiene de sueño que se detallan:

- Ejercicio matutino o a primeras horas de la tarde.
- Limitar las horas de sueño diurno.
- Evitar las bebidas estimulantes (café, alcohol,...).
- Evitar cenas copiosas y tardías.
- Usar ropa y cama confortables.
- Horario fijo de acostarse.
- Luz tenue en la habitación.
- Favorecer la exposición al sol a lo largo del día.
- Evitar fármacos que puedan alterar el sueño ( por ejemplo, diuréticos en dosis nocturnas).

### Tratamiento:

El tratamiento farmacológico se debe instaurar cuando las medidas anteriores no sean efectivas o existe “sobrecarga” en la familia. La elección del fármaco dependerá de las características del insomnio, siendo los fármacos recomendados por orden de elección:

- Clometiazol.
- Zolpidem.
- Zopiclona.
- Neurolépticos sedantes.
- Antidepresivos.
- Benzodiacepinas ( de vida media corta ).

- Cuando el insomnio es de conciliación, el fármaco de elección es el clometiazol administrado inmediatamente antes de acostarse. Clometiazol, tiene una vida media de unas cuatro horas y aunque parece ser algo menor en efectividad a las BZD, es más seguro en patología hepática, respiratoria y tiene menos efectos secundarios.

- Si, por el contrario, el insomnio cursa con despertar precoz, suele existir una alteración del ritmo vigilia/sueño, puede estar indicado el uso de neurolépticos sedantes.

- En pacientes con **insomnio transitorio** pueden utilizarse temporalmente hipnóticos no benzodicepínicos (zolpidem, zopiclona) o benzodicepinas de vida media corta. También puede considerarse el uso del antidepresivo trazodona, útil igualmente para corregir los trastornos del sueño; y también otros antidepresivos (mirtazapina, agomelatina, maprotilina, mianserina) y neuromoduladores (pregabalina, gabapentina, zonisamida, etc). También en esta indicación, con respecto al uso de fármacos hay que recomendar atención especial a los efectos secundarios.

► **Síndrome Confusional Agudo (SCA). Delirium.**

Si bien su frecuencia es mayor en pacientes hospitalizados, en los pacientes que viven en la comunidad puede presentarse como complicación en el curso de la evolución de la demencia. Frecuentemente está asociado a los procesos intercurrentes comentados anteriormente o a la privación de fármacos, especialmente benzodicepinas, o a la intoxicación accidental con fármacos por sobredosificación o interacción entre ellos.

El *delirium* es el cuadro clínico caracterizado por el *inicio agudo, trastorno de la atención y alteración fluctuante del nivel de consciencia. Suele acompañarse de inversión del ritmo vigilia/sueño, trastornos conductuales, alucinaciones e ideas delirantes.*

En el paciente demente, el proceso de abordaje del delirio tiene tres componentes:

- a) identificar y tratar la causa subyacente.
- b) usar medidas no farmacológicas para aminorar los síntomas.
- c) iniciar terapia farmacológica para el control de la agitación o trastorno del comportamiento asociados al delirio.

El *tratamiento de elección son los antipsicóticos. Una buena opción es la risperidona.* El haloperidol a dosis alta (> 4,5 mg por día) se asoció con una incidencia mayor de efectos secundarios, principalmente parkinsonismo, que los antipsicóticos atípicos. El haloperidol a dosis baja (< 3,0 mg por día) puede ser eficaz para reducir el grado y la duración del delirio en los pacientes posoperatorios, en comparación con el placebo.

### **8.3. Tratamiento no farmacológico : Actuaciones según síntomas**

A continuación se tratarán brevemente las situaciones que se presentan con más frecuencia en el hogar y las actitudes para superarlas.

#### **▶ Alteraciones del sueño:**

- Mantener la *máxima actividad diurna*.
- *No dormir siesta*.
- Ir al servicio antes de acostarse.
- Cuando se despierte, *hablarle suavemente* recordándole que es de noche.
- Observar las *condiciones del confort*.

#### **▶ Vagabundeo:**

- *Identificar al anciano* con un brazalete, o una cartera, donde ponga sus datos personales.
- *Buscar la causa y tratarla* si se puede.
- *Aumentar su nivel de actividad durante el día*.
- Facilitar la *orientación en el medio* donde se encuentra.

#### **▶ Trastornos en la alimentación:**

- Si no come, es preciso observar el *estado de la dentadura*.
- Si hay problemas por *disfagia*, *comprobar* que no existan *patologías asociadas* que la favorezcan.
- Presentar la comida de manera apetecible.
- Si come demasiado, no dejar comida a su alcance y distraerlo con otras actividades.
- Si adelgaza a pesar de comer bien, puede ser por un *trastorno metabólico* que deberá ser valorado apropiadamente, a veces el adelgazamiento marca la evolución de la enfermedad y del trastorno cognitivo.

#### **▶ Conducta sexual inapropiada:**

- No es una circunstancia muy corriente, en general transitoria. Se debe comprender que es un síntoma de la enfermedad, no un aspecto plenamente consciente de la conducta, rara vez modificable mediante el razonamiento.
- Conviene ser receptivos, amables y especialmente cariñosos. En esa situación debe llevarse a un lugar donde se preserve la intimidad.
- Sobre todo los antiandrógenos, pero también los antipsicóticos y ocasionalmente los ISRS pueden mejorar este síntoma.

► **Preguntas repetitivas:**

- Distraerle con otros temas, introduciéndole en otra actividad.
- Tranquilizarle, darle seguridad.

► **Reacciones catastróficas:**

Son respuestas exageradas frente a situaciones cotidianas. Con frecuencia, se presentan ante el baño, cuando queremos llevarle al médico, etc.

- Ante estas situaciones debemos evitar siempre el razonamiento.
- Es conveniente dejar que descargue su ira, para luego tranquilizarlo. A menudo da resultado proponerle otra actividad u otra conversación. No suele ser posible convencerlos razonadamente; debemos comprender su reacción, incluso aunque no podamos modificarla lo suficiente para que podamos llevar a cabo la actividad que habíamos planeado.

Para prevenirlas, debemos evitar situaciones confusas como las que se producen cuando tienen:

- muchas visitas en el domicilio a la vez,
- cambios bruscos de rutina,
- preguntarle varias cosas a la vez,
- o pedirle que realice alguna actividad que sabemos de antemano que no puede hacer.

El baño suele ser traumático por varias razones:

- Una de ellas, que es a su vez poco tenida en cuenta, es el pudor; por lo que deberemos recomendar que se busque la manera de favorecer la intimidad.

- Otra, es que se trata de una actividad muy compleja, por lo que es aconsejable realizarlo por etapas: en primer lugar habrá que indicar que acompañe al familiar/cuidador, una vez allí habrá que indicarle que se vaya quitando la ropa pieza a pieza, y así hasta terminar el proceso.

► **Empeoramiento al atardecer**

Muy usual; sin descartar otros factores internos derivados del ciclo circadiano, en general suele ser atribuido a que para un paciente con trastorno cognitivo puede existir una fatiga intelectual si está todo el día intentando aclarar la confusión que hay a su alrededor, por lo que al llegar la tarde tendría peor capacidad para adaptarse al medio en el que se encuentra, ya que es un momento en el que en los hogares suele haber más movimiento: los niños, la cena, el baño, etc.

La estrategia a seguir consiste en *disminuir las actividades en este momento del día o favorecer que el enfermo se encuentre en el lugar más tranquilo de la casa.*

► **Quejas e insultos**

Es difícil aceptar que a una persona a la que se está cuidando y atendiendo todo el día haya que aceptarle también que nos critique de abandonarla o maltratarla. La actitud conveniente en esos casos es la de intentar comprender qué hay detrás de la queja. Por ejemplo, cuando dice: “Eres cruel conmigo”, es probable que esté diciendo “la vida es cruel conmigo”.

El cuidador y la familia deberán hacer un esfuerzo constante para comprender cómo y por qué se siente el enfermo perdido, aislado, confuso y desorientado. Esto ayudará a aceptar que en ocasiones sea injusto o cruel con quien le cuida.

► **Alucinaciones y Delirios**

Alucinar: es ver, sentir, oler u oír algo que no existe, pero que el paciente percibe como auténticamente real. Este trastorno *tiende a aparecer en las fases moderadas y leves de la enfermedad.* Este tipo de sensaciones *puede aterrorizar al enfermo.*

Delirar: es tener una idea falsa o engañosa. Por ejemplo, al perder su cartera queda convencida de que se la hayan robado y acusa a toda la familia de ello.

En estos trastornos, nuestra actitud debe ser especialmente de tranquilidad, evitando razonamientos y sobre todo, evitando convencerle de que su percepción no es real.

- Apoyaremos y confortaremos al paciente hasta que disminuya su nivel de ansiedad.
- Ante la persistencia de alucinaciones y delirios debemos ir al médico.

## ► **Incontinencia**

Es muy importante distinguir entre una incontinencia real, es decir, cuando el cerebro se ha deteriorado tanto que no es capaz de ejercer el control de la retención de la orina, o tiene una infección urinaria, o si el enfermo se orina porque no encuentra o no sabe cómo utilizar el baño, entre otras razones.

La manera de conservar la continencia hasta que el cerebro falla, es llevando al enfermo cada dos horas al baño. (Micción programada)

En caso de que exista incontinencia nocturna, podemos utilizar empapadores sólo por la noche. En este caso, debemos conocer los riesgos de infecciones urinarias, familiarizándonos con sus síntomas.

## ► **Comunicación**

Es preciso descartar déficits sensoriales y paliarlos si existen. En todo caso, que oiga menos o que padezca una demencia, no son motivo para excluirlo de la conversación. Integrar al paciente con demencia en las conversaciones familiares, le hará que se sienta miembro del grupo, evitando el aislamiento que contribuirá a un mayor deterioro del lenguaje. En esta situación podemos reconocer dos problemas:

- 1.- Entender al enfermo.
- 2.- Que el enfermo nos entienda.

Lo primero que debemos hacer es conectar con él, por lo que se hace necesario un acercamiento físico con contacto visual. La comunicación puede establecerse de dos formas:

- a.- Verbal: Hablando lenta y claramente.; Lenguaje concreto, frases cortas y sencillas; Dar un solo mensaje cada vez; Repetir cuantas veces sea necesario.
- b.- No verbal: Cercanía física, mirar de frente y a la misma altura; Tocar al enfermo para tranquilizarle; Entonación adecuada.

Hay que resaltar que no sólo comunicamos con nuestras palabras, sino que también lo hacemos con nuestro cuerpo:

- Si nos sentimos nerviosos o cansados, es mejor esperar otro momento para contactar, ya que transmitiremos nuestro malestar.
- Se hace necesario que coincidan palabras y actitudes. Gritarle "tranquilízate", resultará contradictorio para él.



► Además **es necesario** llevar a cabo: **MODIFICACIONES EN EL DOMICILIO**

La casa es, por regla general, el lugar donde el enfermo con demencia se encuentra más confortable. De ahí, la importancia de cuidar el hogar, procurando adaptarlo a las necesidades que crea la nueva situación, intentando con ello:

**a.-** Facilitar las actividades de la vida diaria

**b.-** Prevenir accidentes.

- Una casa ordenada y con pocos objetos de decoración, favorece la seguridad del enfermo. Evitaremos obstáculos en los pasillos y la utilización de alfombras.
- Los objetos peligrosos (plancha, productos de limpieza, de ferretería, medicamentos, etc ) deben estar siempre en lugar seguro, fuera de su alcance. A menudo es preciso adaptar un ropero que tenga cerradura.
- La cocina y el baño son lugares de accidentes frecuentes, por lo que es conveniente adaptarlos buscando la seguridad. A menudo es preciso cerrarlos con llave para evitar que el enfermo pueda entrar.
- El baño debe adaptarse a sus condiciones físicas: suelo antideslizante, asas de apoyo en zona de ducha y zona de inodoro y cambiar la bañera por un plato de ducha.
- Una buena iluminación es muy importante para ayudarle en sus dificultades de orientación, procurando que no haya ni demasiada luz, ni oscuridad.
- Es bueno señalar los puntos de luz para que sea fácil su localización ( por ejemplo, poniendo cinta fosforescente en los interruptores). La utilización de pequeñas bombillas encendidas por la noche en los pasillos, son también de gran utilidad.

### RECOMENDACIONES:

- **Siempre debemos buscar una causa al comportamiento anómalo** (por ejemplo, un cambio en la rutina) y tratar siempre al enfermo con paciencia y cariño intentando tranquilizarle.
- Mantener al **enfermo ocupado y con una vida lo más ordenada posible** ayudará en gran medida a evitar los trastornos del comportamiento.
- Cuando no se pueda controlar las alteraciones conductuales del enfermo y se cree la necesidad de iniciar algún **tratamiento farmacológico, no olvidar que ese tratamiento no es curativo** y que, con frecuencia, presenta efectos secundarios indeseables para el enfermo, por lo que **debemos ser muy prudentes al recomendar su uso.**

## 9. CUIDADOS AL CUIDADOR

El cuidador es el pilar del sistema de provisión de cuidados para los enfermos de demencia, y es el elemento imprescindible para que el enfermo pueda seguir viviendo en la comunidad. La atención al enfermo en la comunidad reporta beneficios al paciente, a la familia y a los sistemas social y sanitario. Se entiende que la estancia en el domicilio mejora la calidad del sujeto demente respecto a la institucionalización, reduciendo de una manera sensible los costes para los servicios públicos sociales y sanitarios. Precisamente porque la atención en la comunidad a los enfermos no puede ser realizada sin la presencia de los cuidadores familiares, éstos también deben ser considerados como objetivos básicos del sistema de atención a los sujetos dementes.

El cuidado del paciente supone una gran carga física y emocional para los familiares. El cuidador está sometido a un desgaste afectivo prolongado con relación a la evolución de la enfermedad de su ser querido, en el que influyen factores como el grado de información y formación del cuidador/a, el nivel económico, la salud, la relación anterior con el paciente, la aceptación del deterioro que sufre el paciente y la propia ayuda física que debe prestar de forma constante al enfermo. El/la cuidador/a se siente desbordado por el problema. La salida puede ser no aceptar el proceso que ante la falta de perspectivas de resolución o la incertidumbre sobre su futuro, genera gran ansiedad y depresión. Al asociarse al cansancio y agotamiento físico que conlleva el cuidado de estos pacientes y la falta de colaboración y apoyo social, dificulta la resolución del problema y desencadena el denominado síndrome del cuidador.

### ► Síndrome del cuidador

Se caracteriza por un cuadro plurisintomático que suele afectar y repercutir en todas las esferas de la persona. Puede presentarse en el cuidador/a con distinta intensidad.

- Alteraciones médicas Físicas: Síntomas como la astenia, cefalea tensional, insomnio, hipersomnias diurnas, pesadillas, alteraciones del sueño vigilia, respiratorias, hematológicas, alteraciones gastrointestinales, osteomusculares e incluso alteraciones inmunológicas.
- Alteraciones médicas Psíquicas.: Síntomas como estrés, ansiedad, irritabilidad, reacción de duelo, dependencia, temor a la enfermedad, culpabilidad, etc.

- Alteraciones socio- familiares.: Puede aparecer aislamiento, rechazo, abandono, soledad, disminución o pérdida del tiempo libre
- Problemas laborales: Absentismo laboral, bajo rendimiento, irritabilidad, tensión, pérdida del puesto de trabajo, puede aumentar la siniestrabilidad.
- Alteraciones del funcionamiento familiar.:Incremento de la tensión familiar, conflictos conyugales o familiares, dejadez de unos frente a la sobre- implicación de otros/as, etc.
- Problemas económicos.: Disminución de los recursos disponibles tanto por la pérdida de ingresos como por el aumento de gastos.
- Problemas legales.: Dificultades sobre la toma de decisiones.

Los profesionales sociales y sanitarios deben tener presente estos síntomas para realizar, en el momento oportuno y de forma anticipada, aquellas intervenciones que disminuyan la carga familiar. Las actividades básicas recomendadas a los profesionales para el cuidado de los familiares de pacientes con demencia comprenden aspectos de formación, organización y de relación profesional-familiar.

## **1. Recomendaciones de formación**

Los conocimientos sobre las demencias van aumentando de forma progresiva. El cuidador familiar suele estar ávido de información para entender mejor lo que está sucediendo y conocer, a la vez, las posibles ayudas o soluciones para el problema de su ser querido. Ello hace que sea especialmente receptivo a toda la información, de calidad o no, que aparezcan en los distintos medios de comunicación. Por esta razón, el profesional sanitario precisa de una actualización básica sobre la demencia, al objeto de jugar adecuadamente el papel de asesor neutral sobre la información que, frecuentemente de forma interesada, se difunde. Deben reconducirse de forma adecuada las expectativas familiares sobre la evolución y tratamiento de la enfermedad.

El conocimiento del diagnóstico, evolución y posibilidades terapéuticas de las demencias permite a los profesionales aportar una información veraz que influya en el proceso de adaptación del familiar.

## 2. Aspectos organizativos de la atención

Es preciso modificar la organización de la atención que se presta actualmente en los Centros de Salud para mejorar la atención a los pacientes dementes y a sus familiares. Las recomendaciones al respecto son:

- La atención debe realizarse sobre el binomio paciente - familia
- Debe establecerse un plan de cuidados longitudinal. Este requerirá valoración e intervención interdisciplinar (medicina, enfermería y trabajador social de atención primaria) periódicas. Muchos de los problemas que se detecten pueden tener soluciones.
- Se debe prestar especial atención a la presencia de la psicopatología en los familiares cuidadores, que puede precisar la intervención por parte de la Unidades de Salud Mental.
- Debe favorecerse la incorporación del cuidador a las asociaciones de familiares de enfermos y a los grupos de ayuda mutua existentes en la zona
- Extremar la sensibilidad en el proceso de atención al paciente y al cuidador, especialmente en las primeras fases de la enfermedad, en las que el paciente puede acudir a la consulta. En estos casos incluir al paciente en las consultas programadas que se realicen al principio o final de la mañana para disminuir los tiempos de espera.
- En fases avanzadas de la enfermedad, el paciente debe incluirse en el protocolo de atención domiciliaria. Es muy importante llevar a cabo actividades continuas de monitorización, a través de visitas periódicas ejecutadas sin esperar a que sean solicitadas. Esto transmitirá seguridad a la familia.
- Por lo general, la frecuencia de las consultas y visitas domiciliarias debe ser mayor que en otras enfermedades, y variarán en función del estadio del proceso y de los problemas del paciente y/o cuidador. Suele ser de ayuda, desarrollar de forma anticipada, planes de cuidado haciendo partícipe de él al cuidador principal.
- Establezca un registro/monitorización de la situación en el domicilio, que contenga al menos los siguientes aspectos: adherencia al plan de cuidados, eficacia de éstos, efectos adversos, dificultades de ejecución, falta de recursos y necesidades no cubiertas.
- Ponga a disposición de la familia una línea telefónica para consultas, con indicaciones sobre el horario de uso.

### 3. Actividades de organización del Cuidado

La atención del paciente demente y de sus familiares es compleja. Habitualmente, un solo profesional no puede abordar todas las intervenciones que se suelen requerir. Por ello es preciso la intervención de un **equipo interdisciplinar**, y el correcto funcionamiento de éste se basa en que se prevean los procedimientos adecuados de coordinación.

La coordinación puede partir, y debe promoverse, desde cualquier institución relacionada con el proceso de cuidados. En este aspecto, los profesionales de la atención primaria pueden jugar un papel importante como promotores de una actividad socio-sanitaria coordinada. Las recomendaciones al respecto son:

- Tomar la iniciativa para comunicarse o relacionarse con otros profesionales.
- Informar al cuidador de los recursos existentes y derivar al profesional de trabajo social que puede valorar y gestionar el acceso a ellos
- Establecer reuniones periódicas de coordinación del equipo de Atención Primaria con otros recursos (incluidos los servicios sociales del ayuntamiento, unidades de salud mental, asociación de familiares, entre otros) y desarrollar protocolos de actuación conjunta que permita la distribución coordinada de responsabilidades, siempre bajo el enfoque de convergencia de objetivos. En los **planes de intervención coordinada** debe constar de forma explícita las tareas y competencias de cada profesional.
- Valorar en cada consulta con el familiar las necesidades del paciente y su familia y los apoyos necesarios.

### 4. Apoyo emocional a los cuidadores ( I ): La información como herramienta terapéutica.

La información veraz sobre el origen de la enfermedad, los problemas que irán apareciendo, su probable evolución y sobre la eficacia de las diferentes intervenciones terapéuticas disponibles, permitiría a los familiares conocer a qué se enfrentan. El conocimiento de la enfermedad por los cuidadores permite que éstos puedan establecer acciones de adaptación para la situación, planificar el futuro del cuidado del ser querido y desarrollar intervenciones para el control de los síntomas no cognitivos de la enfermedad. Esta información, transmitida adecuadamente, puede ejercer un efecto beneficioso de “apoyo social”, especialmente en la esfera emocional del familiar.

Los aspectos básicos de la información a ofrecer a la familia hacen referencia a los siguientes aspectos:

- **Qué es la enfermedad**

Deberán despejarse las dudas sobre el carácter hereditario y contagioso de la enfermedad y explicarse la evolución probable de la misma. Así mismo deberán ser despejadas las dudas sobre posibles relaciones causales con hábitos anteriores que puedan haber influido en el desarrollo de la enfermedad.

- **Posibilidades terapéuticas**

Deberá complementarse la información sobre las expectativas que puedan suscitar las intervenciones terapéuticas recomendadas por los niveles sanitarios especializados.

- Los mensajes de que, hasta la actualidad la enfermedad no tiene cura y de que su evolución es inexorable, habrán de ser transmitidos con seguridad y sensibilidad, basados en información que pueda ser entendida por los familiares.

- Este mensaje anterior debe ir unido con otro algo más esperanzador, relativo a la posibilidad de que pueda retardarse la evolución de la enfermedad con determinados tratamientos, advirtiendo que la respuesta a los mimos no es homogénea. A este respecto es de ayuda facilitar a la familia información escrita, que pueda ser leída, entendida y discutida en el seno familiar.

- A su vez habrá que transmitir con confianza que las complicaciones de la enfermedad sí tienen tratamiento efectivo, y que su corrección mejora la calidad de vida del enfermo.

## **5. Apoyo emocional a los cuidadores ( II ): La relación profesional-familia**

El apoyo emocional del profesional puede llegar a ejercer un efecto beneficioso sobre la situación de la familia y el cuidador. El profesional debe sensibilizarse con la situación del cuidador y detectar de forma precoz sentimientos de culpa, inutilidad y trastornos afectivos derivados del papel del cuidador.

***“El sentirse comprendido, respetado y asesorado mejora la situación de autoestima y favorece la contención de emociones negativas”.***

Las recomendaciones establecidas para reducir el impacto que en cualquier caso se produce sobre el cuidador familiar son:

- Aumentar la sensibilidad diagnóstica ante problemas de ansiedad o depresión del cuidador. No asuma una posición nihilista ante los trastornos afectivos del familiar por entender que son lógicos en su situación o irresolubles.

- El familiar puede padecer otras enfermedades intercurrentes que requieran de atención y de autocuidado. Favorezca que el cuidador se cuide a sí mismo y no se abandone.
- Asesore a la familia sobre el modo de organizar adecuadamente los cuidados al enfermo, y de la necesidad de prever periodos de descanso.

Todas las actividades realizadas con el cuidador deberían efectuarse en un contexto de mutuo respeto y haciendo uso de una comunicación adecuada. En este sentido es recomendable:

- Dedicar tiempo a escuchar los problemas que cuenta el familiar.
- Favorecer la expresión de emociones y sentimientos profundos.
- Explorar las expectativas respecto a la enfermedad y al tratamiento.
- Investigar los miedos y las dudas.
- Facilitar la información de forma adecuada: adaptada a los deseos del familiar, a la capacidad de entendimiento y al momento evolutivo del proceso.
- No crear expectativas que no puedan cumplirse.

## ► MENSAJES CLAVES DE LA INFORMACIÓN AL CUIDADOR

### 1. Sobre el origen y diagnóstico de la enfermedad

- No se trata de una enfermedad contagiosa
- La mayoría de los casos no son hereditarios.
- La ausencia de antecedentes familiares reduce significativamente la posibilidad del factor hereditario.
- Hay genes relacionados con la aparición de casos familiares de enfermedad de Alzheimer.
- La transmisión genética desde los padres a los hijos no significa en todos los casos que necesariamente que vaya a padecerse la enfermedad.
- En la mayoría de los casos, la existencia de un gen relacionado con la enfermedad de Alzheimer significa que existe una predisposición a padecer la enfermedad, pero se desconocen cuáles son los otros factores que determinan su aparición.
- En la mayoría de los casos, no se dispone de ningún procedimiento válido para predecir, ni siquiera los estudios genéticos, si va a desarrollarse o no la enfermedad de Alzheimer.
- El examen genético es sólo una prueba analítica más del protocolo de estudio del paciente con enfermedad de Alzheimer; el diagnóstico de certeza no se obtiene necesariamente con ella.



- En el momento actual no se recomienda la realización de análisis genéticos con finalidad predictiva en sujetos asintomáticos, excepto en muy escasas ocasiones y con carácter experimental.
- En algunos otros tipos de demencias existe un origen genético, pero en general no es posible determinar el carácter genético del proceso que afecta a una persona concreta, lo que ocasionalmente se consigue con procedimientos de investigación.

## **2. Evolución de la enfermedad**

- La evolución de las demencias está en estrecha relación con su etiología. En el caso de la enfermedad de Alzheimer, la evolución es variable.
- Para la enfermedad de Alzheimer se observa que desde la aparición de los primeros síntomas puede transcurrir un periodo de varios años de duración durante el que el estado funcional es aceptable. Así mismo, la supervivencia media total puede llegar a los 20 años.
- En la fase inicial de la enfermedad de Alzheimer, suelen aparecer síntomas depresivos y ansiedad. En la fase intermedia suelen predominar los problemas de adaptación al medio con inquietud, agitación y posibles accidentes. La fase intermedia suele ser la más conflictiva desde el punto de vista de la asistencia.
- A pesar de que no se puede actuar de modo efectivo sobre la enfermedad de base, todas las complicaciones que surgen a lo largo del curso de la demencia son susceptibles de recibir tratamiento que mejore la situación.

Algunas paginas de interés:

[www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/canada-alzheimer-01.pdf](http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/canada-alzheimer-01.pdf)

[www.fundacionalzheimeresp.org/](http://www.fundacionalzheimeresp.org/)

[www.afal.es](http://www.afal.es)

[www.ceafa.org](http://www.ceafa.org) -

[www.alz.org/Español](http://www.alz.org/Español)

[www.afav.org](http://www.afav.org)

[www.alzheimer-europe.org](http://www.alzheimer-europe.org)

[www.alzheimers.org.uk/site/index.php](http://www.alzheimers.org.uk/site/index.php)

[www.nia.nih.gov/Alzheimers/Publications/guia.htm](http://www.nia.nih.gov/Alzheimers/Publications/guia.htm) (existen documentos PDF para cuidadores)

# ANEXOS

## **ANEXO 1: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DISTINTAS ENTIDADES**

### ■ Enfermedad de Alzheimer: criterios del NINCDS-ADRDA

#### **A.- Criterios de Enfermedad de Alzheimer (EA) 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 gradual progresivo de las funciones cognitivas.

#### **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

## ■ Criterios del consorcio para la demencia con cuerpos de Lewy

Esencial: Demencia de curso progresivo, en la que la alteración de la memoria puede no ser evidente en las fases iniciales. Destacan las alteraciones de la atención y de las funciones fronto-subcorticales y visuo-espaciales.

Dos de las siguientes características definen un diagnóstico de demencia con cuerpos de Lewy probable, y la presencia de una sola de ellas indica el diagnóstico de demencia con cuerpos de Lewy posible:

- Fluctuación de la capacidad cognoscitiva con variaciones importantes de la atención y del estado de alerta.
- Alucinaciones visuales recurrentes bien formadas y detalladas.
- Signos motores espontáneos de parkinsonismo.

Características que apoyan el diagnóstico:

- Caídas repetidas.
- Síncopes.
- Pérdidas de consciencia transitorias.
- Sensibilidad marcada a los neurolépticos.
- Delirios sistematizados.
- Alucinaciones no visuales.

El diagnóstico de demencia con cuerpos de Lewy es menos probable en presencia de:

- Enfermedad vascular cerebral, con signos neurológicos focales o lesiones vasculares en técnicas de neuroimagen.
- Evidencia de otra enfermedad neurológica o sistémica que pudiese justificar el cuadro clínico.

## ■ Demencia vascular: criterios del NINDS-AIREN

	Posible	Posible	Probable	Definida
<i>Demencia clínicamente probada</i>	+	+	+	+
Enfermedad cerebrovascular probada	+	+	+	+
Relación temporal entre ambas	+	-	+	+
Neuroimagen apoya el diagnóstico	NE	+	+	+/NE
Histología diagnóstica	NE	NE	NE	+

## ■ Demencia frontotemporal: criterios diagnósticos de consenso

Cambios en el carácter y una conducta social desordenada son las características dominantes tanto al comienzo como en el transcurso de la enfermedad. Las funciones instrumentales de percepción, habilidades espaciales, praxis y memoria están intactas o relativamente bien preservadas.

### I. Características diagnósticas centrales (todas han de estar presentes):

1. Comienzo insidioso y progresión gradual.
2. Declive temprano en la conducta interpersonal social.
3. Deterioro temprano en la regulación de la conducta personal.
4. Embotamiento emocional precoz.
5. Pérdida precoz de la introspección.

### II. Características que apoyan el diagnóstico:

#### A) *Trastornos del comportamiento:*

1. Deterioro en la buena presencia e higiene personal.
2. Rigidez e inflexibilidad mentales, p.e. incapacidad de aceptar puntos de vista ajenos.
3. Distrainimiento e inconstancia.
4. Hiperoralidad y cambios en la dieta.
5. Comportamiento perseverante y estereotipado.
6. Hiperutilización de objetos, aunque no tengan relación con la tarea en curso.

#### B) *Lenguaje:*

1. Expresión verbal alterada: economía verbal, lenguaje apresurado y falta de espontaneidad.
2. Lenguaje estereotipado.
3. Ecolalia.
4. Perseveración verbal, expresión verbal muy repetitiva.
5. Mutismo.

#### C) *Signos físicos:*

1. Reflejos primitivos.
2. Incontinencia.
3. Acinesia, rigidez y temblor.
4. Presión arterial baja y lábil.

*D) Exámenes:*

1. Neuropsicología: deterioro significativo en los tests del lóbulo frontal en ausencia de amnesia severa, afasia o trastorno perceptivo-espacial.
2. Electroencefalografía: EEG convencional normal pese a la demencia clínicamente evidente.
3. Pruebas de imagen (estructurales y/o funcionales): anormalidad predominantemente frontal y/o temporal anterior.

**III. Características que apoyan el diagnóstico comunes a todos los síndromes clínicos de degeneración lobar frontotemporal:**

1. Comienzo antes de los 65 años, historia familiar de trastorno similar en parientes en primer grado.
2. Parálisis bulbar, debilidad y atrofia muscular, fasciculaciones (en una pequeña proporción de pacientes puede estar asociada enfermedad de la neurona motora).

**IV. Características diagnósticas de exclusión (tienen que estar ausentes):**

*Clinicas:*

1. Comienzo brusco con episodios ictales.
2. Traumatismo craneal relacionado con el comienzo.
3. Amnesia severa precoz.
4. Desorientación espacial.
5. Habla festinante con pérdida del hilo del pensamiento.
6. Mioclonias.
7. Ataxia cerebelosa.
8. Coreoatetosis.

*Exámenes:*

1. De imagen: déficit estructural o funcional predominantemente poscentral; lesiones multifocales en TAC o RNM.
2. Tests de laboratorio que indiquen la implicación cerebral en trastornos metabólicos o inflamatorios como sífilis, SIDA y encefalitis por herpes simple.

**V. Características de exclusión relativa:**

1. Historia típica de alcoholismo crónico.
2. Hipertensión sostenida.
3. Historia de enfermedad vascular (p.e. angina o claudicación).

## ANEXO 2. : ESTADOS EVOLUTIVOS DE LA DEMENCIA

### CLINICAL DEMENTIA RATING (CDR), HUGUES ET AL

Demencia:	Sanos (CDR 0)	Cuestionable (CDR 0,5)	Leve (CDR 1)	Moderada (CDR 2)	Grave (CDR 3)
Memoria	Sin pérdida de memoria. Olvidos de poca importancia.	Olvidos consistentes leves: recuerdo parcial de acontecimientos. Olvidos "benignos".	Pérdida de memoria moderada, más marcada para acontecimientos recientes; el defecto interfiere con actividades diarias.	Grave pérdida de memoria; retención exclusiva de material muy importante; pérdida rápida de material nuevo.	Grave pérdida de memoria, sólo quedan fragmentos.
Orientación	Completamente orientado.	Completamente orientado	Algunas dificultades con relaciones temporales; orientados por lugar y persona durante la prueba pero puede haber desorientación geográfica.	Habitualmente desorientación temporal, a menudo de lugar.	Orientación sólo respecto a personas.
Juicio y resolución de problemas	Resuelve bien problemas cotidianos; juicio bueno en relación al rendimiento pasado.	Sólo deterioro dudoso en la resolución de problemas. Similitudes/ diferencias	Dificultad moderada para manejar problemas complejos; juicio social suele mantenerse.	Manejo de problemas gravemente deteriorado. Similitudes/ diferencias; juicio social suele estar deteriorado.	Incapaz de intentar juicios o resolver problemas.
Vida social	Función independiente en nivel habitual de trabajo, compras, negocios y asuntos financieros, grupos sociales y voluntarios.	Deterioro dudoso o leve si es que existe, en estas actividades.	Incapaz de funcionar independientemente en estas actividades aunque todavía puede realizar algunas; puede aparecer normal en contacto casual.	Ninguna pretensión de funcionamiento independiente fuera del hogar.	Ninguna pretensión de funcionamiento independiente fuera del hogar.
El hogar y las aficiones	Vida doméstica, aficiones, intereses intelectuales se mantienen bien.	Vida doméstica, aficiones, intereses intelectuales se mantienen bien, sólo ligeramente deteriorados.	Leve pero definitivo deterioro de función doméstica; se abandonan las tareas más difíciles; se abandonan aficiones e intereses más complejos.	Sólo se conservan las tareas más sencillas; intereses muy limitados. Mantenimiento pobre.	Ninguna función doméstica significativa fuera de la habitación propia.
Cuidado personal	Totalmente capaz de cuidarse de sí mismo.	Totalmente capaz de cuidarse de sí mismo.	Necesita estimulación ocasional.	Necesita asistencia para vestirse, lavarse y cuidar de sus efectos personales.	Requiere mucha ayuda para el cuidado personal; a menudo incontinente.

## **GLOBAL DETERIORATION SCALE (GDS), REISBERG ET AL**

### **GDS-1: Ausencia de alteración cognitiva**

Se corresponde con el individuo normal. Ausencia de quejas subjetivas. Ausencia de trastornos evidentes de la memoria en la entrevista clínica.

**Comparable con: CDR 0. MEC 30-35 /35**

### **GDS-2: Disminución cognitiva muy leve**

Se corresponde con el deterioro de memoria asociado a la edad: Quejas subjetivas de defectos de memoria, sobre todo en olvido de dónde ha colocado objetos familiares o 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.

**Comparable con CDR 0 MEC 25-30/35**

### **GDS-3.: Defecto cognitivo leve**

Se corresponde con el deterioro cognitivo leve: Primeros defectos claros, uno o varios:

- el paciente puede haberse perdido en un lugar no familiar
- los compañeros detectan rendimiento laboral pobre
- las personas más cercanas detectan defectos en la evocación de palabras y nombres,
- al leer un párrafo de un libro retiene muy poco material
- puede mostrar una capacidad muy disminuida en el recuerdo de las personas nuevas que ha conocido
- puede haber perdido o colocado en un lugar erróneo un objeto de valor.

En la exploración clínica puede hacerse evidente un defecto de concentración. Un defecto objetivo de memoria únicamente se observa con una entrevista intensiva. Aparece un decremento de los rendimientos en situaciones laborales o sociales exigentes. La negación o desconocimiento de los defectos se hace manifiesta en el paciente. Los síntomas pueden acompañarse de ansiedad discreta-moderada.

**Comparable con CDR 0.5, MEC 20-27**



#### **GDS-4: Defecto cognitivo moderado**

Se corresponde con una **demencia en estadio leve**: Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa en las áreas siguientes:

- a) Conocimiento disminuido de los acontecimientos actuales y recientes.
- b) El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su propia historia personal.
- c) Defecto de concentración puesto de manifiesto en la sustracción seriada de sietes.
- d) Capacidad disminuida para viajes, finanzas, etc.

Frecuentemente no hay defectos en las áreas siguientes: orientación en tiempo y persona, reconocimiento de personas y caras familiares, capacidad de desplazarse a lugares familiares, capacidad para realizar tareas complejas. La negación es el mecanismo de defensa dominante. Disminución del afecto y abandono en las situaciones más exigentes.

**Comparable con CDR 1, MEC 17-23**

#### **GDS-5. Defecto cognitivo moderado-grave**

Se corresponde con una **demencia en estadio moderado**:

- El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia.
- No recuerda datos relevantes de su vida actual: su dirección o teléfono de muchos años, los nombres de familiares próximos (como los nietos), el nombre de la escuela, etc.
- Es frecuente cierta desorientación en tiempo (fecha, día de la semana, estación, etc) o en lugar.
- Una persona con educación formal puede tener dificultad contando hacia atrás desde 40 de cuatro en cuatro, o desde 20 de dos en dos.
- 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

**Comparable con CDR 2, MEC 10-19.**

### GDS-6. Defecto cognitivo grave

Se corresponde con una **demencia en estadio moderadamente grave**:

- Ocasionalmente 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 desde 10 hacia atrás, y a veces hacia adelante.
- 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 capaz de distinguir entre las personas familiares y no familiares de su entorno.
- Cambios emocionales y de personalidad bastante variables, como:
  - 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.

**Comparable con CDR 2, MEC 0-12**

### GDS-7. Defecto cognitivo muy grave

Se corresponde con una **demencia en estadio grave**:

- Pérdida progresiva de las capacidades verbales. Inicialmente se pueden verbalizar palabras y frases muy circunscritas; en las últimas fases 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 ha de hacer. Frecuentemente aparecen signos y síntomas neurológicos generalizados y corticales.

***Comparable con CDR 3, MEC impracticable.***

## ANEXO 3: FÁRMACOS

### TABLA ORIENTATIVA SOBRE USO DE FÁRMACOS EN DEMENCIA

GRUPO DE FÁRMACOS	DOSIS DIARIA EFICAZ	CONTINUAR, SUBIR DOSIS	RETIRAR, BAJAR DOSIS
<p>ANTI-COLINESTERASICO</p> <p>ARICEPT®, (<i>donepezilo</i>)</p> <p>EXELON®, PROMETAX®, (<i>Rivastigmina</i>)</p> <p>REMINYL® (<i>galantamina</i>)</p>	<p><b>5-10mg ( antes de acostarse) en una sola dosis.</b></p> <p><b>Oral 6-12mg/dia (en dos dosis); Transdérmica 4'6 mg o 9'5 mg / 24 h</b></p> <p><b>16-24 mg/dia</b></p>	<p><b>Mantener</b> el tratamiento aunque sólo haya estabilización y no haya mejoría, siempre que no existan problemas de tolerancia.</p> <p>En fases avanzadas no tiene sentido administrarlos, pero la retirada del tratamiento puede empeorar al paciente; por tanto, es una acción que hay que sopesar tranquilamente.</p> <p><b>Subir dosis</b> hasta el máximo eficaz o máximo tolerado paulatinamente; intentar siempre alcanzar la dosis máxima tolerada, incluso en fases precoces.</p>	<p>Retirar tras la introducción:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si aparecen <u>náuseas, vómitos o malestar digestivo</u> cuando toma la medicación.</li> <li>- Si sólo pasa a dosis altas puede mantenerse el tratamiento en la dosis máxima tolerada.</li> <li>- Si se encuentra peor el paciente con el tratamiento por cualquier razón</li> </ul> <p>Atención: ocasionalmente asociados a trastornos cardíacos o pulmonares</p> <p>No suele ser urgente retirar tratamientos crónicos con estos tratamientos.</p>
<p>MEMANTINA: EBIXA®, AXURA®</p>	<p><b>20-40 mg</b></p>	<p><b>Mantener</b> si hay cierto efecto beneficioso</p>	<p><b>Retirar</b> si empeora la conducta del paciente</p>
<p>ANTIPSICÓTICOS</p> <p>- ATÍPICOS: Risperidona, quetiapina, ziprasidona, olanzapina, amilsulpride, paliperidona, aripiprazol</p> <p>- TÍPICOS: Haloperidol, pimozida, otros</p>	<p>Muy variable, la mínima posible</p> <p><b>Evitar el uso crónico de los neurolépticos, sobre todo los clásicos</b></p>	<p><b>Mantener</b> si no puede rebajarse tras control parcial o total de la conducta. Comprobar que son neurolépticos atípicos</p> <p><b>Subir dosis</b> tan paulatinamente como sea posible si el efecto es incompleto y la tolerancia es asumible.</p> <p>Pueden administrarse dosis altas desde el principio o escalar rápidamente la dosis si es necesario.</p>	<p><b>Retirar o Rebajar la dosis</b> siempre que se pueda. Especialmente si hay problemas de tolerancia, que casi siempre hay:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A corto plazo, sedación, temblor, lentitud, torpeza, disartria.</li> <li>- A largo plazo, los mismos problemas de movimiento, posturas anómalas (aun con dosis antes toleradas).</li> <li>- Aumentan riesgo de fallecimiento</li> </ul>
GRUPO DE FÁRMACOS	DOSIS DIARIA EFICAZ	CONTINUAR, SUBIR DOSIS	RETIRAR, BAJAR DOSIS
<p>TRAZODONA: DEPRAX®</p>	<p><b>50-300 mg</b></p>	<p><b>Mantener</b> en general. Al principio o con subida de dosis puede dar</p>	<p><b>Retirar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- si la 'borrachera' es muy fuerte.</li> </ul>

		<p>toxicidad como mareo o torpeza ('borrachera'), se pasa enseguida o en pocos días.</p> <p><b>Subir dosis</b> paulatinamente siempre si se intenta mejorar la conducta o el sueño.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- si no cumple el objetivo (mejorar la conducta o el sueño)</li> <li>- si priapismo (erección mantenida dolorosa, muy rara)</li> </ul>
<p>ANTIDEPRESIVOS : Sertralina, Venlafaxina, Paroxetina, Fluoxetina, (Es)Citalopram...</p>	<p><b>Variable</b></p>	<p><b>Mantener</b> si el tratamiento es efectivo y el paciente permanece en estado funcional relativamente bueno.</p> <p><b>Subir dosis</b> si hay síntomas depresivos (llanto, tristeza) notorios que será necesario controlar. Uso limitado en fases avanzadas.</p>	<p><b>Rebajar</b> dosis para considerar retirar en tratamiento crónico y <b>retirar*</b> en tratamiento agudo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- en fases medias y avanzadas, en cualquier caso</li> <li>- si hay anorexia o trastorno gástrico notable*</li> <li>- si hay diarrea notable*</li> <li>- si hay temblor notable*</li> <li>- si hay problemas de movimiento notorios*</li> <li>- cualquier otro efecto secundario de la medicación*</li> <li>- si el estado de ánimo permanece estable los últimos meses.</li> </ul>
<p>BENZODIACEPINAS  Lorazepam, Alprazolam...</p>	<p><b>Variable</b></p>	<p>No recomendamos el uso crónico de benzodiazepinas, pero puede admitirse fundamentalmente en fases precoces para las indicaciones corrientes: ansiedad y/o inducción del sueño.</p>	<p>No recomendamos el uso crónico de benzodiazepinas. Intentar siempre rebajar y retirar, sobre todo tal y como avanza la enfermedad.</p>
<p><b>GRUPO DE FÁRMACOS</b></p>	<p><b>DOSIS DIARIA EFICAZ</b></p>	<p><b>CONTINUAR, SUBIR DOSIS</b></p>	<p><b>RETIRAR, BAJAR DOSIS</b></p>

<p>POCO VALOR TERAPÉUTICO: DIEMIL®, SOMAZINA®, TANAKENE®, NOOTROPIL®, HYDERGINA®, AUXINA®</p>	<p><b>Fija</b></p>	<p>Uso similar al placebo, juzgado por los cuidadores</p>	<p><b>Retirar</b> en cualquier caso cuando haya cualquier problema relacionado con su uso o una cuestión sobre la indicación</p>
<p>DISTRANEURINE</p>	<p><b>1 a 3 cps al día, rara vez más</b></p>	<p><b>Mantener</b> como inductor del sueño (2 cps juntas) o como tranquilizante puntual (1 cp) exclusivamente si cumple con el objetivo para el que se ha indicado.</p>	<p><b>Retirar</b> si no es eficaz. Con el uso continuado genera tolerancia. No es demasiado potente. No tiene antídoto, no puede subirse la dosis indefinidamente.</p>

## **ANEXO 4: PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA**

### **Plan de Cuidados de Enfermería del paciente con Demencia**

---

El objetivo prioritario de los cuidados de enfermería debe ser mantener el bienestar del paciente y resguardar en la medida de lo posible el mayor grado de autonomía personal.

#### **Diagnósticos de enfermería:**

- 1.** Alteración de los Procesos Mentales relacionados con pérdida de memoria, confusión y desorientación asociada a la demencia.
- 2.** Deterioro de la comunicación verbal relacionado con un deterioro del estado cognoscitivo
- 3.** Alto riesgo de traumatismo relacionado con la falta de conciencia de los peligros ambientales secundario al déficit cognitivo.
- 4.** Incontinencia fecal relacionada con la pérdida de memoria.
- 5.** Alteración de los modelos de la eliminación urinaria relacionada con la pérdida de memoria.
- 6.** Alteración del patrón de sueño relacionado con la intranquilidad y la desorientación secundaria al déficit cognitivo.
- 7.** Déficit de autocuidados en la eliminación, aseo, higiene, vestido y evacuación relacionado con la debilidad, el deterioro del control motor y la pérdida de memoria.
- 8.** Alteración de los procesos familiares debida a la crisis provocada por la enfermedad crónica de un familiar, la alteración de la vida familiar y la modificación de los papeles dentro de la familia.
- 9.** Aislamiento social (paciente y familia) relacionado con la ansiedad que sienten por la incapacidad y la pérdida de memoria y por la imposibilidad de dejarle solo.
- 10.** Ansiedad relacionada con los cambios o las amenazas reales o percibidas.
- 11.** Alto riesgo de violencia relacionado con la irritabilidad, frustración y desorientación, secundarias a la degeneración del pensamiento cognitivo

## **1. Alteración de los Procesos Mentales relacionados con pérdida de memoria, confusión y desorientación asociada a la demencia.**

**Objetivos de Enfermería:** Ayudar al cuidador/a a controlar el comportamiento del paciente provocado por un deterioro mental, y a adoptar medidas que compensen el deterioro.

### **Intervenciones de Enfermería:**

- 1°.- Proporcionar al paciente un ambiente coherente y rutinario, para ayudar a funcionar con sus limitadas capacidades.
- 2°.- Permitir al paciente comportamientos habituales, como la acaparación de objetos y vagabundeo siempre que se realicen en un ambiente seguro.
- 3°.- Valorar al paciente en busca de signos y síntomas de depresión.
- 4°.- Para evitar la agitación e intranquilidad del paciente debemos de mantener el ambiente estructurado, coherente y establecer una rutina fácil de seguir para el paciente: podemos realizar un álbum de fotos para recordar el pasado, fomento de la actividad física y la terapia artística.
- 5°.- Colocar etiquetas con el nombre de los objetos y habitaciones, para ayudar a recordar su nombre y su función.
- 6°.- Proporcionar pistas sobre la identidad de los objetos y las tareas.
- 7°.- Colocar un reloj y un calendario grande en su cuarto y marcar con una "X" los días pasados, para ayudarlo a recordar la fecha correcta.
- 8°.- Realizar una lista con las actividades diarias.

## **2. Deterioro de la comunicación verbal relacionado con un deterioro del estado cognoscitivo:**

**Objetivos de Enfermería :** Establecer una comunicación verbal y no verbal lo más eficaz posible y comprender sus necesidades a medida que aumenta su demencia y el deterioro de las técnicas verbales .

### **Intervenciones de Enfermería :**

- 1°.- Dirigirse al paciente de forma abierta, amistosa y relajada.
- 2° Hablar con el paciente en tono de voz claro y bajo.
- 3°. Identificarse siempre y mirar directamente al paciente.



- 4°. Proporcionar un ambiente relajado y alentador, evitar ruidos y distracciones.
- 5°. Valorar la conducta no verbal, la expresión facial, el lenguaje corporal, postura, gestos, etc.
- 6°. Explíquele las actividades empleando para ello frases cortas. Cuando dé instrucciones asegurarse en fraccionar las tareas en unidades reducidas y comprensibles. Use gestos simples, señale los objetos o use la demostración si es posible.
- 7°. Asegurarse de contar con su atención.
- 8°.- Escuchar al paciente e incluirlo en la conversación.
- 9°. Identificar las conductas agendas, es decir la realización de una determinada conducta para pedir algo, anotarlas con su significado para comprender mejor al paciente.
- 10° Estimular al paciente a describir historias o situaciones pasadas

### **3. Alto riesgo de traumatismo relacionado con la falta de conciencia de los peligros ambientales secundario al déficit cognitivo:**

**Objetivo de Enfermería:** Garantizar la seguridad del paciente a medida que pierde su capacidad de controlar los factores potenciales peligrosos del ambiente.

#### **Intervenciones de Enfermería:**

- 1°.- Orientar al paciente sobre el ambiente que le rodea.
- 2°.- Colocar barandillas en la cama.
- 3°.- Mantener le ambiente libre de obstáculos, asegurarse que existe suficiente luz para prevenir las caídas en la oscuridad.
- 4°.- Evitar el empleo de calentadores, estufas, etc.
- 5°.- Utilización de zapatos con suela antideslizante.
- 6°.- Vigilar los signos de dolor que emita el paciente.
- 7°.- Mantener un ambiente tranquilo y sin cambios importantes.

### **4. Incontinencia fecal relacionada con la pérdida de memoria:**

**Objetivo de Enfermería:** Reducir el número de episodios de incontinencia fecal y aumentar la continencia de los esfínteres.

**Intervenciones de Enfermería:**

- 1º- Mostrarle la localización del retrete, si es necesario identificar la puerta con un dibujo de un inodoro para ayudarlo a encontrarlo.
- 2º- Valorar los hábitos intestinales, llevarlo al cuarto de baño a la misma hora todos los días que suele defecar.
- 3º- Evaluar los indicadores no verbales del paciente ante la necesidad de defecar.
- 4º- Después de la eliminación ayudarlo a limpiarse la zona perianal.

**5. Alteración de los modelos de la eliminación urinaria relacionada con la pérdida de memoria:**

**Objetivos de Enfermería:** Valorar la existencia de los síntomas agudos de incontinencia y establecer, si fuese necesario, un esquema de reentrenamiento vesical.

**Intervenciones de Enfermería:**

- 1º.- Valorar al paciente en busca de causas agudas de incontinencia, como infección, retención o delirio.
- 2º.- Asegurarse que el paciente conoce la situación del retrete, si fuese necesario colocar en la puerta un dibujo con retrete para ayudar al paciente a localizarlo.
- 3º.- Valorar la presencia de claves no verbales que señalen la necesidad de orinar.
- 4º - Reeduación vesical: valorar el modelo de evacuación del paciente y usar la información para planificar un esquema de evacuación.
- 5º- Limitar la ingesta de líquidos por la noche.
- 6º - Después de orinar comprobar que esté seca la zona perianal, para ayudar a conservar la integridad cutánea .

**6. Alteración del patrón de sueño relacionado con la intranquilidad y la desorientación secundaria al déficit cognitivo**

**Objetivos de Enfermería:** Disminuir el trastorno del sueño.

**Intervenciones de Enfermería:**

- 1º - Espaciar las actividades a lo largo del día intercalando periodos de reposo.

- 2º.- Evitar que los pacientes se queden dormidos durante el día, empleando paseos cortos, actividades planeadas.
- 3º.- Los pacientes que duermen durante el día deben de procurar hacerlo sentados en la sillas en lugar de la cama, para recordarles que ahí no se deben de dormir.
- 4º.- Evitar el empleo de sujeciones físicas porque suelen aumentar la agitación.
- 5º.- Proporcionar una ambiente tranquilo, sin ruidos y sin luces durante la noche.
- 6º.- Administrar sedantes y ansiolíticos cuando esté prescrito.
- 7º.- Establecer una rutina para acostarse, y procurar que se cumpla.
- 8º.- Enseñar al paciente cómo puede realizar técnicas de relajación si es posible.

### **7. Déficit de autocuidados en la eliminación, aseo, higiene, vestido y evacuación relacionado con la debilidad, el deterioro del control motor y la pérdida de memoria.**

**Objetivo de Enfermería:** Ayudar al paciente a realizar las tareas de autocuidado.

#### **Intervenciones de Enfermería:**

- 1º.- Valorar la incapacidad de vestirse, alimentarse, bañarse, etc.
- 2º.- Valorar el estado físico y cognoscitivo del paciente
- 3º.- Enseñar a la familia y al cuidador a proporcionar cuidados.
- 4º.- Proporcionar cuidados al paciente totalmente dependiente y ayuda al que no sea totalmente dependiente.
- 5º.- Proporcionar instrucciones paso a paso, para que el paciente pueda realizar el máximo nº de tareas por si solo.
- 6º.- En el baño utilizar un taburete en la ducha, para favorecer el autocuidado.
- 7º.- Para vestir y desnudar al paciente se recomienda zapatos sin cordones, prendas de vestir sueltas o con cierres a presión, cierres con velcros o cinturillas elásticas, evitar los botones y cinturones.
- 8º.- Ayudar al paciente a vestirse colocando la ropa en el orden en que debe de ponerse.
- 9º.- Ayudar al paciente a la hora de comer, permitiéndole que coma solo, proporcionándole pajitas, copas especiales, cubiertos grandes con mangos adecuados.
- 10º.- Planificar un esquema de evacuación para evitar la incontinencia urinaria.

## **8. Alteración de los procesos familiares debida a la crisis provocada por la enfermedad crónica de un familiar, la alteración de la vida familiar y la modificación de los papeles dentro de la familia:**

**Objetivo de Enfermería:** Reducir el conflicto familiar y aumentar la capacidad del cuidador

### **Intervenciones de Enfermería:**

- 1°.- Estimular a la familia y al cuidador a expresar sus sentimientos, frustraciones y problemas.
- 2°.- Ofrecer apoyo, comprensión y seguridad a los familiares.
- 3°.- Ayudar al cuidador a aprender las responsabilidades que acaba de asumir.
- 4°.- Remitir a los familiares a los servicios sociales que le ayude con el cuidado domiciliario.
- 5°.- Estimular al cuidador para que utilice los servicios de ayuda a domicilio.
- 6°.- Aconsejar a los parientes o amigos que interpreten su comportamiento como un reflejo del proceso de la enfermedad.
- 7°.- Aconsejar a los cuidadores que sigan manteniendo sus amistades y que acudan a los actos sociales.
- 8°.- Aconsejar a la familia la participación en un grupo de autoayuda local o nacional.
- 9°.- Intervenciones con la familia que faciliten el entrenamiento en afrontar y resolver conflictos, preparación del duelo y asertividad.

## **9. Aislamiento social (paciente y familia) relacionado con la ansiedad que sienten por la incapacidad y la pérdida de memoria y por la imposibilidad de dejarle solo:**

**Objetivo de Enfermería:** Evitar el aislamiento social del paciente y de la familia.

### **Intervenciones de Enfermería**

- 1°.- Valorar la capacidad del paciente de comunicarse y el nivel de aislamiento social de la familia.
- 2°.- Comentar con la familia del paciente la posibilidad de contar con amigos que ofrezcan apoyo y ayuda.
- 3°.- Identificar sistemas de apoyo alternativos para la familia de modo que el cuidador pueda mantener una vida social.

## **10. Ansiedad relacionada con los cambios o las amenazas reales o percibidas:**

**Objetivo de Enfermería:** El paciente disminuirá su ansiedad.

### **Intervenciones de Enfermería:**

- 1°.- Dar tiempo al paciente para que exprese sus temores, escucharle con respeto
- 2°.- Ayudar a reducir la ansiedad estableciendo una comunicación fluida, evitar cambiarle de habitación y proporcionar un ambiente con pocos cambios .
- 3°.- Durante la hospitalización pedirle a los allegados que traigan objetos familiares.
- 4°.- Ayudarle a encontrar objetos perdidos.
- 5°.- Evitar forzarle a realizar demasiadas tareas.
- 6°.- Estructurar los horarios de visita para los familiares.

**11. Alto riesgo de violencia relacionado con la irritabilidad, frustración y desorientación, secundarias a la degeneración del pensamiento cognitivo:**

**Objetivo de Enfermería:** El paciente demostrará control de su comportamiento con ausencia de la violencia.

**Intervenciones de Enfermería:**

- 1°.- Pídale al cuidador que le explique cómo suele comportarse y que hace para calmarle.
- 2°.- Vigilar al paciente para detectar signos de aumento de ansiedad.
- 3°.- Reducir los estímulos ambientales, como el ruido y la luz.
- 4°.- Documentar los signos, los síntomas, el factor precipitante, la hora, etc.

## **ANEXO 6: VALORACIÓN DEL SEGUIMIENTO EN DAE**

El seguimiento debe ser **sistemático**; al menos semiestructurado incluyendo las siguientes actividades:

### **- Valoración farmacológica**

- **Tolerabilidad y adhesión** a nuevos fármacos
- **Revisión de la medicación** ad integrum
- **Corrección** de anomalías (dosis, incumplimientos)

### **- Valoración evolutiva**

No es un aspecto menor y permite matizaciones; tiene interés en la determinación de la utilidad de los tratamientos y las decisiones respecto a su continuidad.(realizado en DAE)

- Escalas de Valoración Global del cambio :
  - CGI (Clinician Global Impresion)
  - CIBIC+: es muy costosa en tiempo
  - CIBI (Clinician Interview-Based Impresión)
  - CGIC (Clinician Global Impresión of Change)

**- Valoración de la Intensidad del Deterioro:** escalas **GDS** o CDR

**- Actualización del Diagnóstico del paciente**

**- Actualización del Plan Terapéutico**

**- Concreción del Plan de Seguimiento**

**- Elaboración de Informe de Seguimiento para el paciente y su médico de cabecera.**

## 11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Reisberg B, Ferris SH, de León MJ, Crook T. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry* 1982;139:1136-1139.
- McKeith IG, Galasko D, Kosaka K, et al. Consensus guidelines for the clinical and pathologic diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): report of the consortium on DLB international workshop. *Neurology* 1996;47:1113-1124
- Neary D, Snowden JS, Gustafson L, et al. Frontotemporal lobar degeneration: a consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology* 1998;51:1546-1554
- Petersen et al. Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of neurology. *Neurology* 2001;56:1133-1142.
- Knopman et al. Practice parameter: Diagnosis of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001;56:1143-1153.
- Doody et al. Practice parameter: Management of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001;56:1154-1166.
- McKeith, I. , et al., Efficacy of rivastigmine in dementia with Lewy bodies: a randomised, double blind, placebo-controlled international study. *Lancet*, 2000. 356: p. 2031-2036.
- Aarsland D, Mosimann UP, McKeith IG, Role of Cholinesterase Inhibitors in Parkinson's Disease and dementia with Lewy Bodies. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 2004. 17: p. 164-171.
- McKeith, I. , et al., Neuroleptic sensitivity in patients with senile dementia of Lewy body type. *British Medical Journal*, 1992. 305: p. 673-678.
- Erkinjuntti et al. Efficacy of galantamine in probable vascular dementia and Alzheimer's disease combined with cerebrovascular disease: a randomised trial. *Lancet* 2002;359:1283-1290.
- Effectiveness of Cholinesterase Inhibitors and Memantine for Treating Dementia: Evidence Review for a Clinical Practice Guideline. *Ann Intern Med*. 2008;148:379-397.
- Lonergan E, Britton AM, Luxenberg J, Wyller T. Antipsicóticos para el delirio (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane



Library, 2008 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

- Guía de práctica clínica de la enfermedad de Alzheimer y de otras demencias. Edita: Servicio Canario de Salud.

- Direcciones de interés:

### **Alzheimer Europa**

<http://www.alzheimer-europe.org>

Página en inglés (con opciones en castellano). Es una web específica sobre el Alzheimer. Además de la información habitual, destaca que contiene información específica sobre temas muy actualizados relacionados con el Alzheimer. Resalta la información sobre los últimos acontecimientos de la enfermedad.

### **Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer**

<http://www.ceafa.org>

Web en español. Información divulgativa sobre la enfermedad de Alzheimer y otras demencias para enfermos, cuidadores y profesionales. El apartado de «Consejos para cuidadores y familiares» es muy práctico, está bien estructurado y es muy recomendable. La web incluye, además, contenidos sobre diagnóstico y tratamiento de la enfermedad que están presentados de manera comprensible y rigurosa.

