

CONSENSOS DEMENCIA-VALENCIA 2007

Conclusiones de la Reunión Interdisciplinar

Calpe, 6 de julio de 2007

PARTICIPANTES EN LA MESA DE CONSENSO

Ponentes

Dr. Jaume Morera

Presidente de la Sociedad Valenciana de Neurología
Neurólogo. Unidad de Neurología de la Conducta y Demencias.
Hospital San Vicente. San Vicente del Raspeig (Alicante)

Dr. Eduardo Zafra

Jefe de Servicio de Asistencia Socio-Sanitaria de la AVS

Dra. María Dolores Martínez Lozano

Neurólogo. Unidad de Neurología de la Conducta y Demencias.
Hospital La Magdalena. Castellón de la Plana.

Dr. Jordi Alom

Jefe de Sección de Neurología. Unidad de Neurología de la Conducta y Demencias. Hospital General de Elche. Elche (Alicante)

Dr. Aurelio Duque

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de Sagunto. Puerto de Sagunto (Valencia)

Dr. Vicente Peset

Neurólogo. Unidad de Neurología de la Conducta y Demencias. Servicio de Neurología. Hospital General de Valencia. Valencia

Dr. Joaquín Escudero

Neurólogo. Unidad de Neurología de la Conducta y Demencias. Servicio de Neurología. Hospital General de Valencia. Valencia

Dra. Laura Lacruz

Neurólogo. Unidad de Neurología de la Conducta y Demencias. Hospital San Francesc de Borja. Gandía (Valencia)

Don Ramón Bolea

Presidente de la Federación Valenciana de Asociaciones de Familiares de Alzheimer (FVAFA)

Dr. Miquel Baquero

Neurólogo. Unidad de Neurología de la Conducta y Demencias. Servicio de Neurología. Hospital General la Fe. Valencia.

Dra. Elena Toribio

Neurólogo. Unidad de Neurología de la Conducta y Demencias
Hospital San Vicente. San Vicente del Raspeig (Alicante)

Doña Rosella Mallol

Neuropsicóloga. Unidad de Neurología de la Conducta y Demencias. Hospital la Magdalena. Castellón de la Plana.

Discusores

Doña Rosella Mallol

Neuropsicóloga. Unidad de Neurología de la Conducta y Demencias. Hospital la Magdalena. Castellón de la Plana.

Dr. Ernesto Armañanzas

Director de Asistencia Sanitaria de Zona. Agencia Valenciana de Salut.

Dr. Aurelio Duque Valencia

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de Sagunto. Puerto de Sagunto (Valencia)

Dr. Leandro Piqueras

Neurólogo. Unidad de Neurología. Hospital de Elda. Elda (Alicante)

Dra. María Dolores Alonso

Neurólogo. Unidad de Neurología de la Conducta y Demencias. Servicio de Neurología. Hospital Clínico de Valencia. Valencia

Dra. Susana Palao

Neurólogo. Unidad de Neurología de la Conducta y Demencias Hospital San Vicente. San Vicente del Raspeig (Alicante)

Dr. Antonio del Olmo

Neurólogo. Unidad de Neurología de la Conducta y Demencias. Servicio de Neurología. Hospital General Doctor Peset. Valencia.

Dr. Vicente Peset

Neurólogo. Unidad de Neurología de la Conducta y Demencias. Servicio de Neurología. Hospital General de Valencia. Valencia

Dra. Ana Pampliega

Neurólogo. Unidad de Neurología de la Conducta y Demencias. Servicio de Neurología. Hospital General de Alicante. Alicante.

Dra. Ana Del Villar

Neurólogo. Unidad de Neurología de la Conducta y Demencias Hospital La Magdalena. Castellón de la Plana.

Dra. Gemma Más

Neurólogo. Unidad de Neurología. Hospital Marina Alta. Denia (Alicante)

Dr. José Miguel Santonja

Neurólogo. Unidad de Neurología de la Conducta y Demencias. Servicio de Neurología. Hospital Clínico de Valencia. Valencia.

Otros Asistentes

Dr. Rafael Sánchez

Neurólogo. Unidad de Neurología de la Conducta y Demencias Hospital La Magdalena. Castellón de la Plana.

Dr. Andrés García

Neurólogo. Unidad de Neurología. Hospital San Francesc de Borja. Gandía (valencia)

Don José Mazón

Neuropsicólogo. Unidad de Neurología de la Conducta y Demencias. Hospital General de Valencia. Valencia.

Dr. Mario López

Neurólogo. Unidad de Neurología. Hospital de Vinaroz. Vinaroz (Castellón)

Dra. Ana Pascual

Neurólogo. Unidad de Neurología. Hospital 9 de Octubre. Valencia.

Dña Rosana Garrido

Miembro de AFA.

Doña Celia Puig

Neuropsicólogo. Unidad de Neurología de la Conducta y Demencias. Hospital Marina Alta. Denia (Alicante)

PRESENTACIÓN

Desde la publicación del Plan de Asistencia a las Demencias (PAIDEM) del año 2002, ha cambiado sustancialmente la situación de la atención a este grupo de patologías. Probablemente lo más destacable ha sido una mayor concienciación del problema por parte de todas las fuerzas sociales involucradas, de modo que hoy en día, se acepta sin discusión que la asistencia a las demencias ocupa el primer puesto entre los problemas de orden socio-sanitario que afecta a nuestra sociedad. Ello, junto a la incuestionable necesidad de que su abordaje debe ser multidisciplinar, hace que urjan los esfuerzos dirigidos tanto a actualizar los conocimientos existentes en esta materia, como la manera de aplicarlos a la población.

Como respuesta a estas dos cuestiones, la Sociedad Valenciana de Neurología planteó a finales del 2006 una segunda edición actualizada del PAIDEM (PAIDEM-Comunidad Valenciana 2006), y ahora se plantea un paso más: buscar que estas recomendaciones sean el fruto de un consenso entre los principales agentes implicados: Administración Sanitaria, Atención Primaria, Neuropsicología, Neurología y las propias Asociaciones de Familiares de pacientes con Enfermedad de Alzheimer.

Fruto de este empeño es la materialización de una reunión que fue muy fructífera y en la que lo más destacable fue el ambiente de diálogo, el espíritu de trabajo y, finalmente, el acuerdo por consenso –tras larga discusión- del material que presentamos en este documento.

Quiero también destacar algunas limitaciones: la ausencia de representantes de la Geriátrica, la Psiquiatría y de agentes de la Administración de Bienestar Social. Por diferentes razones no pudimos contar con ellos. Espero que en la próxima edición podamos contar con representantes válidos de estos grupos de profesionales, de modo que los consensos alcanzados sean cada vez más sólidos y abarquen la opinión de la totalidad de agentes implicados en la atención a las personas con demencia y a sus respectivas familias.

Jaume Morera

Presidente de la Sociedad Valenciana de Neurología

ÍNDICE DE CAPÍTULOS

1.- Presentación

2.- La Red Asistencial

3.- Las Unidades Multidisciplinares

4.- La Derivación desde Atención Primaria

5.- La Valoración Global

6.- El Protocolo de Seguimiento en Neurología

7.- La Colaboración entre Neurología y las Asociaciones de Familiares (AFAs)

8.- El Tratamiento Farmacológico Específico

9.- El Tratamiento Farmacológico de los Síntomas Psico-Conductuales

10.- El Tratamiento No Farmacológico

11.- Bibliografía Recomendada

ÍNDICE DE CONTENIDOS

<u>PARTICIPANTES EN LA MESA DE CONSENSO</u>	2
PONENTES	2
DISCUSORES	2
OTROS ASISTENTES	3
<u>PRESENTACIÓN</u>	5
<u>LA RED ASISTENCIAL: UNA PROPUESTA REALISTA PARA UN FUTURO CERCANO</u>	10
INTRODUCCIÓN	10
LA ASISTENCIA QUE QUEREMOS	14
MODELO ASISTENCIAL PARA LA ASISTENCIA A LOS TRASTORNOS COGNITIVOS EN LA CV 2007	17
¿DÓNDE ESTAMOS?	20
¿DÓNDE VAMOS?	21
HACIA UNA RED ASISTENCIAL PARA LA ASISTENCIA A LAS DEMENCIAS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA: UNA PROPUESTA REALISTA PARA UN FUTURO CERCANO	22
<u>LA UNIDAD FUNCIONAL MULTIDISCIPLINAR DE NEUROLOGÍA DE LA CONDUCTA Y DEMENCIAS</u>	23
DEFINICIÓN GLOBAL	23
MISIÓN	23
VISIÓN	23
OBJETIVOS	23
DESTINATARIOS Y EXPECTATIVAS:	24
FUNCIONES	25
ESTRUCTURA	26
PROCESO ASISTENCIAL:	27
EVALUACIÓN Y CONTROL DE CALIDAD	34
<u>CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO LIGERO Y DEMENCIA</u>	35

INTRODUCCIÓN	35
CRITERIOS DE DERIVACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA DE PACIENTES CON DEMENCIA	37
CRITERIOS DE DERIVACION DESDE ATENCION PRIMARIA DE PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO LIGERO (DCL)	37
<u>LA VALORACIÓN GLOBAL DEL PACIENTE CON DEMENCIA</u>	<u>38</u>
INTRODUCCIÓN	38
VALORACIÓN GENERAL DEL PACIENTE CON DEMENCIA:	38
VALORACIÓN MÉDICA GENERAL	39
VALORACIÓN NEUROLÓGICA	40
VALORACIÓN COGNITIVA	41
VALORACIÓN CONDUCTUAL	42
VALORACIÓN FUNCIONAL	43
VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR	43
VALORACIÓN EN EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES	44
<u>EL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES</u>	<u>46</u>
BASES PARA EL ESTABLECIMIENTO DE UN SEGUIMIENTO PROTOCOLIZADO DE PACIENTES CON TRASTORNO COGNITIVO	46
PROPUESTA DE PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON TRASTORNO COGNITIVO	48
LA COLABORACIÓN CON LAS AFAS: COMPROMISOS Y ALIANZAS	53
INTRODUCCIÓN	53
PROTOCOLO GENERAL DE ACTUACIÓN	54
<u>TRATAMIENTO ESPECIFICO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS</u>	<u>56</u>
CONSIDERACIONES DISTINTIVAS DEL CONJUNTO DE ALTERACIONES INCLUIDAS EN ESTE PROCESO	56
DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES QUE PROVOCAN TRASTORNOS COGNITIVOS	59
INDICACIÓN POR NIVEL DE GRAVEDAD O GRADO DE AFECTACIÓN	59
INDICACIÓN TERAPÉUTICA POR ENTIDAD NOSOLÓGICA	62
ANEXO 1.CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DISTINTAS ENTIDADES	64
ANEXO 2. ESTADOS EVOLUTIVOS DE LA DEMENCIA	68

ANEXO 3. FÁRMACOS ESPECÍFICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	71
<u>PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS PSICO-CONDUCTUALES EN LA DEMENCIA</u>	<u>75</u>
INTRODUCCIÓN	75
CONSIDERACIONES GENERALES PARA EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	75
CONSIDERACIONES SOBRE LOS EFECTOS ADVERSOS DE LA MEDICACIÓN	76
LIMITACIONES AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	78
PROTOCOLO DE TRATAMIENTO EN LA DEPRESIÓN	78
PROTOCOLO DE TRATAMIENTO EN LA PSICOSIS	79
PROTOCOLO DE TRATAMIENTO EN LA ANSIEDAD	80
PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LA APATÍA	81
PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEL SUEÑO	81
PROTOCOLO DE TRATAMIENTO EN LOS TRASTORNOS DEL APETITO	82
PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA SEXUALIDAD	82
PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LAS CONDUCTAS DIFÍCILES	83
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER	83
CONCLUSIONES	84
<u>TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO</u>	<u>86</u>
INTRODUCCIÓN	86
TNF DE LAS ALTERACIONES COGNITIVAS:	86
TNF DE LAS ALTERACIONES DE CONDUCTA.	90
CONCLUSIONES FINALES	91
<u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS RECOMENDADAS</u>	<u>93</u>

LA RED ASISTENCIAL: UNA PROPUESTA REALISTA PARA UN FUTURO CERCANO

Introducción

El diseño de una red asistencial debería centrarse en el objetivo que se pretende conseguir.

Evidentemente, en aquellas enfermedades en las que existen terapias curativas o que realmente detienen la progresión de la enfermedad, el objetivo no debería ser otro que ese mismo: curar o detener la progresión, por lo que debería tener un enfoque eminentemente sanitario. Sin embargo, en el caso de trastornos crónicos, progresivos y –especialmente- si producen dependencia, el objetivo debe centrarse en ofrecer una asistencia que proporcione **ganancia en calidad de vida**. Y, puesto que la enfermedad afecta no sólo al paciente, sino también a quien o quienes le cuidan, la asistencia debería atender igualmente a estos cuidadores. Así pues, deberíamos hacer nuestro el siguiente titular:

La Calidad de Vida del Paciente y su Entorno Cuidador: Un Objetivo de la Asistencia Integral a las Enfermedades Crónicas y Degenerativas del Sistema Nervioso

La **Calidad de Vida** se define como el Bienestar y la Satisfacción de la persona que le permite una determinada capacidad de actuación o de funcionamiento en un momento dado de la vida. De modo que si esta capacidad es la que se considera adecuada para esta persona, ésta percibirá que su calidad de vida es buena.

Así pues, la Calidad de Vida es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la propia familia, la sociedad general donde se desenvuelve su vida, la cultura circundante y las escalas de valores, como se muestra en la figura 1.

Figura 1: Calidad de Vida y su relación con las condiciones de vida, la escala de valores y la satisfacción de cada individuo.



Por otra parte, la Calidad de Vida viene determinada por muchas dimensiones, entre las que cabe citar como principales: salud, familia, ocio y recreo, estatus económico, capacidad de interacción social, estado psicológico, accesibilidad a diferentes opciones en la sociedad, calidad y acceso a infraestructuras y tecnología, etc.

De este modo, vemos que la salud –aunque importante- es tan sólo una de estas dimensiones determinantes de la Calidad de Vida. Por tanto, si el objetivo de la asistencia fuera *estrictamente* mejorar la calidad de vida del individuo enfermo, cabría la posibilidad de que el objetivo no se alcanzase debido a otras carencias individuales diferentes de la situación de salud. Para evitar este problema nace el concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

Definiéndose como:

Aquellos cambios en la Calidad de Vida relacionados con los cambios en la salud o en la **percepción** de salud de un individuo. Éstos vienen determinados tanto por factores físicos, psíquicos y sociales así como por otros factores externos al individuo.

Entendida de este modo, la medida de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud se utiliza para aportar valoraciones más precisas de la salud de los individuos, especialmente para las enfermedades crónicas, que incorporen los aspectos cualitativos definidos por las percepciones de los propios pacientes (y cuidadores).

Si centramos el objetivo de la asistencia en mejorar la Calidad de Vida del individuo, es interesante hacer una clasificación de las enfermedades según su impacto en la Calidad de Vida.

En la figura 2 se muestra una tabla que aborda este planteamiento.

Figura 2: Clasificación de las enfermedades según curso e impacto en Calidad de Vida

	Tipo	Paradigma	Impacto en CV			Objetivo Asistencial
			Individuo	Entorno cuidador	Sociedad General	
AUTÓNOMO	Aguda Monofásica Curable	Meningitis Hematoma Subdural	++	+	+/-	Tratamiento médico/ quirúrgico Curación
	Episódica Recurrente No secuelas	Migraña Epilepsia	++	+/-	++	Tratamiento médico/ quirúrgico Prevención
DEPENDIENTE	Aguda Monofásica Con secuelas	TCE grave Ictus grave	+++	+++	+++	Tto M-Q Prevención RHB Reinserción Social Red de Apoyo social
	Episódica Recurrente Con secuelas	Esclerosis Múltiple	+++	+++	+++	Tto M-Q Prevención RHB Sistemas de Adaptación Red de Apoyo social
	Crónica Progresiva Con secuelas	ELA E. Alzheimer E. Parkinson	+++	+++	+++	Tto M-Q RHB Sistemas de Adaptación Red de Apoyo social

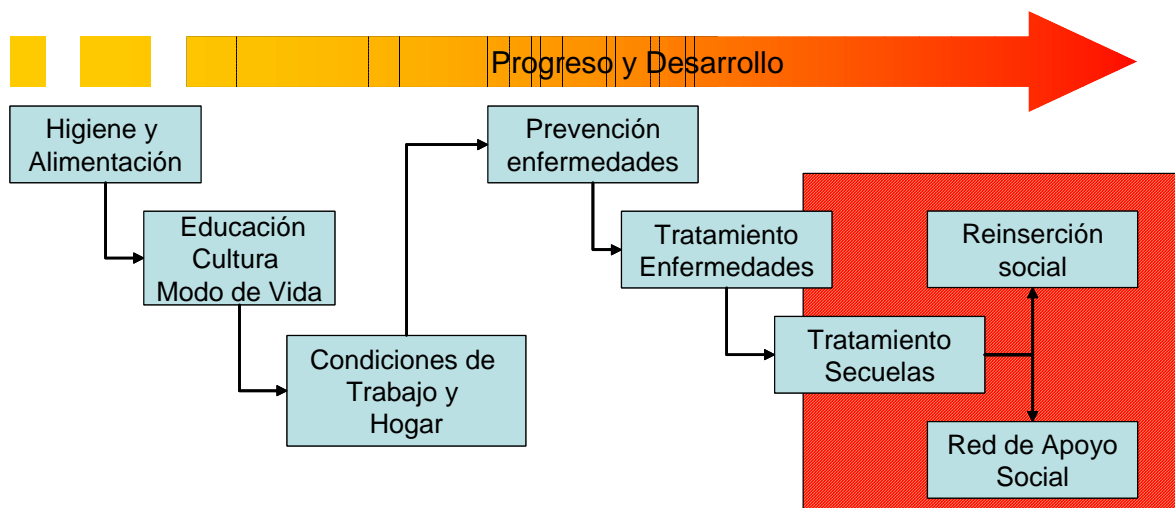
La OMS definió el Concepto de Salud (OMS) como un estado de bienestar físico, psíquico y social (dimensiones prácticamente coincidentes con Calidad de Vida). Era, pues, un concepto integral y moderno.

Sin embargo las necesidades para la salud son diferentes según la situación de desarrollo socio-económico y cultural en la que se encuentre una sociedad determinada (Figura 3).

Así, en países subdesarrollados para lograr mejoras relevantes en la salud de la población será primordial incidir en aspectos como higiene, alimentación, educación,.. Mientras que en países en vías de desarrollo nos situaríamos más hacia

la izquierda, en la franja media, orientándose los esfuerzos especialmente en el campo de la prevención y tratamiento de enfermedades. En cambio, en los países desarrollados y avanzados –como el nuestro-, la asistencia encuentra su reto en la parte de más a la derecha de la figura 3: el tratamiento de las secuelas de enfermedades agudas y la asistencia a las enfermedades crónicas y progresivas mediante programas socio-sanitarios integrados que contemplen la rehabilitación prolongada, reinserción social/laboral y las redes de apoyo y readaptación social.

Figura 3: Salud , Calidad de Vida y ... Desarrollo



De todo lo dicho y como resumen a esta introducción podemos concluir que:

1. En una Sociedad del Bienestar, la Ganancia en Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) debería ser el objetivo de la Asistencia.
2. Si la enfermedad causa dependencia, el objetivo en CVRS debería abarcar también al entorno cuidador
3. El diseño de la Asistencia debería ser de tipo Integral, Integrado y de Calidad.
4. La Asistencia Médica debería ser complementaria y estar integrada con otros tipos de Asistencia (Social)

La Asistencia que queremos

¿Qué asistencia queremos que reciban los ciudadanos –y familiares- que sufren demencia y otras alteraciones cognitivas en la Comunidad Valenciana?

La Comunidad Valenciana tiene un desarrollo notable que la incluye en el grupo de zonas más desarrolladas y avanzadas del Mundo; por tanto, esta asistencia debe corresponderse con las características de este tipo de sociedad. Las características de esta asistencia podemos resumirlas en los siguientes tres atributos básicos: una Asistencia integral, integrada y de Calidad.

Expondremos brevemente qué queremos expresar con estas palabras:

Asistencia Integral

Aquel tipo de asistencia que tiene en cuenta los diferentes aspectos de la *Calidad de Vida* del paciente; es decir, que tenga un enfoque Bio-psico-social o Integral.

Asistencia Integrada

Aquella asistencia que garantiza la continuidad asistencial a través de la actuación coordinada y protocolizada de los diferentes profesionales y en los diferentes lugares donde la asistencia se realiza.

Asistencia de Calidad

Aquella asistencia que ofrece un servicio que genere un grado equilibrado y suficiente de satisfacción tanto en los pacientes (usuarios), como en los profesionales (clientes internos) como en la Administración de la organización (dueño del sistema). Es decir, un sistema en que todos los partícipes salen beneficiados (sistema “Win-Win”)

Apliquemos estos conceptos a la asistencia a las demencias:

Asistencia Integral en Demencias:

Esto lo podemos desglosar en tres aspectos principales:

1. La realización sistemática de una Valoración Global Multidisciplinar:
 - Médica y Neurológica
 - Psicológica y Conductual

- Funcional
 - Socio-familiar
2. El diseño de una Intervención Global Multidisciplinar, basada en una valoración integral: Farmacológica y No farmacológica
 3. La conformación de Equipos Multidisciplinares capaces de operativizar los dos aspectos anteriores. Estos equipos deben reunir una serie de condiciones. Entre ellas cabe destacar las siguientes:
 - Líder del equipo
 - Definición de roles (autorías y responsabilidades)
 - Tipos de Equipos:
 - i. Funcionales (Unidades Funcionales)
 - ii. Centralizados (Centros Asistenciales)

Asistencia de Calidad en Demencias:

Para una asistencia de calidad den demencias debemos conseguir:

1. Una adecuación de los recursos a las Demandas (variables):
 - Humanos: en número, tipos y formación de profesionales
 - Instalaciones
 - Equipamiento
 - Accesibilidad adecuada
2. Una reducción de variabilidad, errores y costes innecesarios. Estos aspectos están íntimamente relacionados con:
 - Formación de los profesionales
 - Protocolos de actuación consensuados
 - Protocolos de derivación consensuados
 - Circuitos asistenciales establecidos y aceptados
3. Establecer un sistema de Evaluación y Mejora Continua que permita progresar constantemente:
 - Sistemas de Información y control:
 - Indicadores homologados

- Sistema de análisis y mejora: Comité de Calidad; Grupos de Mejora,..

Asistencia Integrada en Demencias:

Para ello se requiere en primer lugar definir cuál es el **modelo asistencial** que queremos para la atención a las demencias. Por otra parte, la definición del modelo asistencial requiere especificar una serie de parámetros como:

1. Definición de los Lugares y Momentos Asistenciales
2. Definición de Equipos Asistenciales
3. Definición de roles
4. Definición de la RED ASISTENCIAL
5. Establecimiento de circuitos asistenciales
6. Establecimiento de protocolos de derivación
7. Establecimiento de vías de comunicación
8. Definir tiempos de respuesta
9. Sistema de Coordinación y Control:
 - Definición de Coordinadores
 - Indicadores del Sistema de Coordinación
10. Sistema de Mejora de la Coordinación:
 - a. Registro de fallos y sugerencias
 - b. Comité de análisis y mejora del sistema

A continuación pasaremos a concretar ciertas especificaciones del modelo de asistencia a las demencias que se pretende desarrollar en la Comunidad Valenciana.

MODELO ASISTENCIAL PARA LA ASISTENCIA A LOS TRASTORNOS COGNITIVOS EN LA CV 2007

Se propone un modelo con dos sistemas integrados: un nivel departamental y otro supradepartamental, y a la vez en cada uno de ellos dos tipos de recursos: sanitarios y sociales:

Nivel Departamental (figura 4):

A.- Recursos Sanitarios:

- Atención Primaria
- Neurología General
- Unidades Funcionales Multidisciplinares de Neurología de la Conducta y Demencias.
- Otros: S. Urgencias; Hospital; Atención Domiciliaria

B.- Recursos Sociales

- Centro Coordinador de Recursos Sociales
- CEAM
- Centros de Día
- Residencias Asistidas
- Servicios Respiro
- Ayuda a domicilio
- Otros

C.- Asociaciones de Pacientes y Familiares (AFAs)

Atención Primaria deberá detectar los casos mediante un sistema sencillo, fiable y factible. Será el principal proveedor de pacientes a las UMD-NCD. En casos de duda o imposibilidad de ajustarse a los requerimientos del protocolo de detección, podrá derivar previamente el paciente a la consulta general de Neurología, donde tras una valoración, el paciente podrá derivarse a la UMD-NCD.

En las UMD-NCD se realizará una valoración global y se iniciará el tratamiento médico específico del paciente. El tratamiento no farmacológico podrá iniciarse en la propia unidad y completarse con el resto de recursos. Los pacientes diagnosticados de

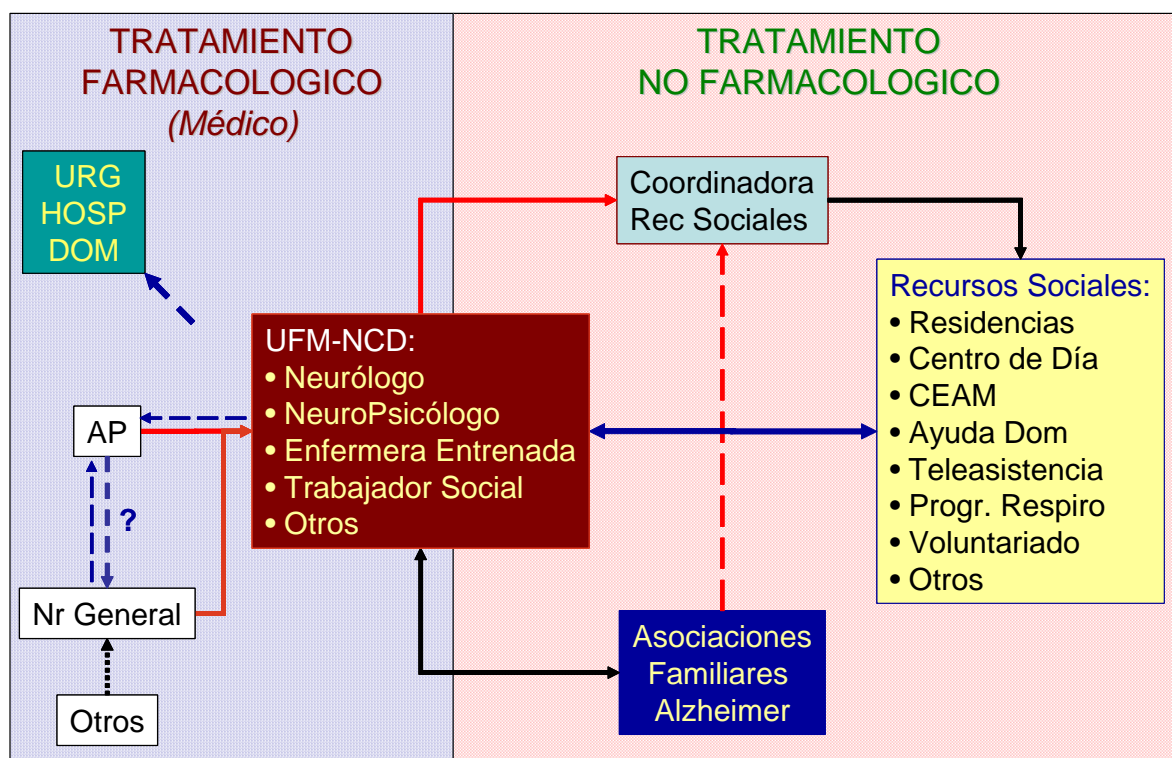
demencia deberán ser dirigidos a la Asociación local de Pacientes y Familiares de Alzheimer [AFA] donde se orientará el caso, gestionando conjuntamente la aplicación del tratamiento no farmacológico.

En caso de detección de necesidades específicas de recursos sociales, bien desde la UMD-NCD, bien desde la AFA, se dirigirá a los familiares a la Unidad Coordinadora de Recursos Sociales para que esta gestione la adjudicación de los recursos que cada paciente/familia necesite. Actualmente esta unidad no existe como tal, aunque este papel se está realizando de una manera no específica en los Centros Territoriales de Bienestar Social. La aplicación paulatina de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (la “ley de la Dependencia”) está cambiando todo este panorama, por lo que es difícil hacer planificaciones en este sentido.

Desde algunos recursos sociales (Centros de Día y Residencias Asistidas) se establecerá una vía de comunicación bidireccional con la UMD-NCD para facilitar la asistencia a pacientes atendidos en estos recursos, pudiéndose derivar directamente pacientes si así se cree oportuno.

Para facilitar y mejorar la asistencia, los programas de intervención no farmacológica deberán ser consensuados por un grupo de trabajo multidisciplinar de modo que sean lo más adecuados y homogéneos posible.

Figura 4: Modelo de Asistencia a las Demencias en la Comunidad Valenciana: *Nivel Departamental*



URG: Servicio de Urgencias; Hosp.: servicios hospitalarios del departamento; DOM: servicio de atención a domicilio; AP: Atención Primaria; Nr Genral: consulta General de Neurología; UFM-NCD: Unidad Funcional Multidisciplinar de Neurología de la Conducta y Demencias; CEAM: Centro Especializado de Atención a Mayores.

Nivel Supradepartamental (Figura 5):

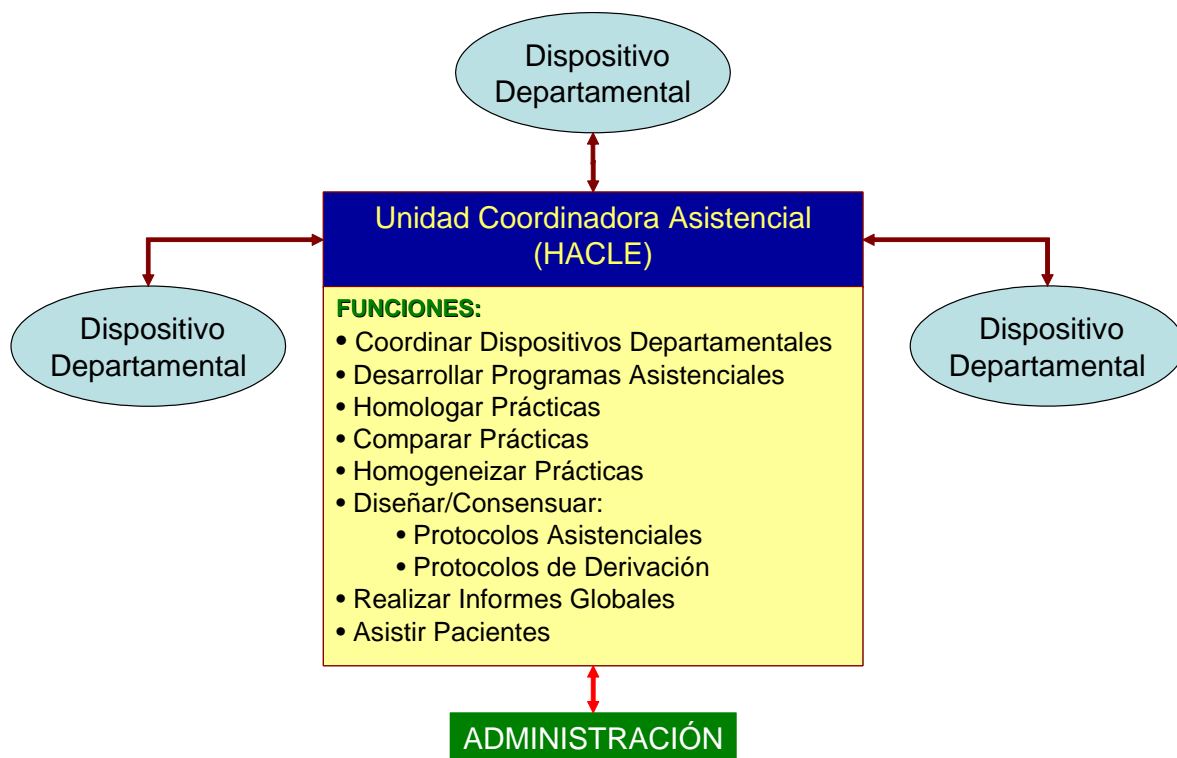
- Unidad Coordinadora Asistencial (Provincial)
- Hospitales tipo HACLE

En este nivel se creará una **Unidad Coordinadora Asistencial para las demencias**. Se recomienda que estas unidades se ubiquen en los HACLE; no obstante, podrán establecerse en algún otro lugar si se estima más conveniente.

Estas unidades coordinadoras, además de atender pacientes del departamento donde estén ubicadas y algunos pacientes referidos desde otros departamentos (bien por su complejidad, bien coyunturalmente por listas de espera excesivas), tendrán como función la coordinación y promoción del desarrollo de programas asistenciales en los departamentos vecinos (a nivel provincial), de modo que se homogenicen las prácticas asistenciales haciendo factible el que puedan compararse y también

homologarse. Por último, estas unidades realizarán informes anuales sobre la asistencia a las demencias en toda el área que coordinan que serán elevadas a la Administración para su valoración conjunta.

Figura 5: Modelo de Asistencia a las Demencias en la Comunidad Valenciana: Nivel Supradepartamental (Provincial)



¿Dónde Estamos?

Hemos planteado un modelo asistencial de futuro. Pero la situación actual es todavía bien distinta, aunque evidentemente ha mejorado sustancialmente en los últimos años. Esta situación “de partida” podría dibujarse bajo los siguientes epígrafes:

- Atención Primaria está “desbordada”:
 - Incapacidad para cumplir el rol que se le propone (y autopropone)
- Múltiples unidades tipo “A” (departamentales):
 - No formalizadas ni reconocidas institucionalmente.
 - Dificultades con la Neuropsicología, la Enfermería, los espacios, la accesibilidad ...
 - Funcionamiento heterogéneo

- Dos Unidades tipo “B” (Suprdepartamentales) y otra en proyecto:
 - H. San Vicente (Alicante)
 - H. La Magdalena (Castellón)
 - H. La Fe (en proyecto)
- Insuficiente relación entre Unidades y AFA
- Muy escasa relación entre Unidades y Recursos sociales
- Circuitos poco establecidos y funcionamiento heterogéneo.
- Ningún control sobre el rendimiento, eficacia, calidad, satisfacción,...
- Recursos sociales:
 - Escasez de Recursos Sociales
 - Criterios demasiado “economizados”
 - Gran protagonismo de la iniciativa privada (con valores “comerciales”)

¿Dónde Vamos?

La dirección a tomar es la señalada en el *Modelo Asistencial* que queremos y nuestro objetivo es dispensar una asistencia capaz de responder a los requerimientos expresados por las necesidades y expectativas que todos tenemos: principalmente mejorar la calidad de vida de pacientes y su entorno familiar, sin olvidar ofrecer un ámbito de trabajo en el que lo profesionales se realicen y se sientan satisfechos, y una organización y utilización de los recursos en la que la Administración pueda reconocer los principios de justicia, equilibrio y equidad.

Las líneas y prioridades pueden esquematizarse en los siguientes aspectos:

Prioridades Sanitarias

- Reorientar los recursos actuales, formalizando la actividad que ya se produce en los departamentos y crear los necesarios.
- Diseñar y proporcionar Formación al Equipo Interdisciplinar y al resto de los agentes de salud
- Establecer circuitos asistenciales y protocolos de atención para disminuir la variabilidad
- Consensuar un Sistema de Información Mínimo

Prioridades Sociales

- Impulso y profesionalización de los recursos sociales destinados a la atención a demencias
- Desarrollar la atención a la Dependencia
- Desplegar política de Calidad para los centros dependientes de Bienestar Social

Prioridades Conjuntas

- Desarrollar el acuerdo de 21 de noviembre de 2006 para la coordinación en la atención a la dependencia, desarrollando al menos las siguientes áreas:
 - La Coordinación, mediante la creación de la Comisión de Atención Integral a Personas Dependientes de la C.V.
 - La formación conjunta de los profesionales sanitarios de ambos ámbitos
 - El consenso de los criterios de derivación y atención entre los dos ámbitos
 - El consenso sobre el sistema de información

Asociaciones

- Participar en la toma de decisiones
- Apoyar y formar al cuidador
- Evaluador externo
- Diseñar un modelo básico de AFA que sirva de referencia

Hacia una Red Asistencial para la Asistencia a las Demencias en la Comunidad Valenciana: Una Propuesta Realista para un Futuro Cercano

Por último y para finalizar, se propone trabajar juntos para lograr un diseño *Comprometido y Realista* de un **Plan de Ruta** que nos lleve paulatinamente desde la situación actual hacia la situación planteada en el MODELO ASISTENCIAL que **todos** queremos.

LA UNIDAD FUNCIONAL MULTIDISCIPLINAR DE NEUROLOGÍA DE LA CONDUCTA Y DEMENCIAS

Definición global

La Unidad de Neurología de la Conducta y Demencias (UNC y D) constituye un recurso de referencia de atención primaria y especializada, de carácter multidisciplinar, para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con alteraciones cognitivas.

Su desarrollo en la Comunidad Valenciana ha supuesto una implementación del PAIDEM (Plan de Atención Integral a pacientes con Demencia). Existen 2 Unidades en nuestra comunidad ubicadas en Hospitales de Atención a pacientes crónicos y de larga estancia (HACLES), concretamente en los Hospitales de San Vicente de Raspeig (Alicante) y en La Magdalena (Castellón).

Debe proporcionar un servicio de carácter ambulatorio en régimen de consulta externa para cubrir la demanda específica generada por la red de atención primaria, especializada y sociosanitaria de un Departamento de Salud. En cada provincia una de estas Unidades hará el papel de Unidad Coordinadora.

Misión

Proporcionar un servicio tendente a mejorar la calidad de vida de estos pacientes y de sus cuidadores, racionalizando los recursos disponibles.

Visión

Convertir la UNC y D en un centro de excelencia para la atención integral sociosanitaria de pacientes con trastornos cognitivos. Se tenderá hacia una gestión de casos con la colaboración de un equipo multidisciplinar para evitar la asistencia fragmentada que proporciona la gestión por especialidades.

Objetivos

- Establecer un **diagnóstico precoz y riguroso** dado el nuevo escenario terapéutico.

- Planificar un **tratamiento integral farmacológico y no farmacológico** que haga posible el retraso de la discapacidad, adecuando el plan de cuidados según el estadio evolutivo.
- Desarrollar **programas de evaluación y seguimiento** que permitan diferenciar la respuesta terapéutica e identificar nuevos problemas, con una asistencia continuada
- Proporcionar **recursos y servicios que mejoren la calidad** de vida del enfermo y de su familia.
- Potenciar la **formación básica y continuada** tanto a profesionales como a cuidadores informales.
- Generar líneas de **investigación** que contribuyan al mejor conocimiento de las demencias.

Destinatarios y expectativas:

Los principales usuarios de la Unidad son pacientes con trastornos cognitivos y su núcleo cuidador.

Sus principales **expectativas** son:

Expectativas del Paciente:

- Obtener curación o alivio de su enfermedad
- No sufrir discriminación por edad o diagnóstico
- Recibir información adaptada a sus necesidades y capacidad
- Acceso a un testamento vital
- Protección, cuando se encuentre en situación de desamparo
- Respeto a su dignidad, intimidad y confidencialidad

Núcleo cuidador:

- Respuesta a la demanda sin demora
- Facilidad de acceso físico y telefónico con identificación del interlocutor
- Visitas suficientes en duración y número, y adecuadas a la situación del paciente
- Ayuda en los cuidados adecuada a las necesidades de cada paciente

- Existencia de circuito específico para la atención hospitalaria de la demencia
- Derecho a acceder a los servicios sociales comunitarios y/o especializados
- Comunicación comprensible, cordial y sensible a las circunstancias
- Información completa y multiprofesional, continuada e inteligible
- Tener posibilidad de asistencia a grupos de ayuda mutua, para poder compartir con otros cuidadores las experiencias y resolución de problemas
- Creación de un programa de formación en autocuidados: cuidar al cuidador

Funciones

Función Asistencial:

Las principales actividades que se realizan son:

- Actividad Diagnóstica: Los principales objetivos son realizar un diagnóstico precoz y etiológico para una planificación terapéutica adecuada.
- Actividad Terapéutica: con diseño de un plan de tratamiento integral tanto farmacológico como no farmacológico
- Registro de la información: en soporte informatizado, con sistema multiusuario específicamente diseñado para la Unidad, y en la historia clínica.
- Seguimiento
- Coordinación entre diferentes niveles asistenciales

Función Docente

Abarca los siguientes aspectos:

- Docencia médica postgraduada: a MIR de Neurología y otras especialidades (Medicina de Familia, Psiquiatría, Geriátrica, Medicina Interna...) mediante rotaciones, sesiones clínicas, colaboración en la preparación de comunicaciones a congresos y publicaciones etc.
- Docencia a personal no médico: practicum de NPS para estudiantes de Psicología, enfermería, trabajadores sociales, personal voluntario etc.
- Formación continuada, para profesionales de Atención Primaria con el objetivo de mejorar la detección de caso y elaborar un plan de atención

integral al paciente con demencia. Para otros especialistas implicados en la atención del paciente con deterioro cognitivo (neurólogos, psiquiatras, geriatras...) impartiendo conferencias, cursos o simposios. Para el personal de la unidad con asistencia a congresos, cursos, y unidades de demencia reconocidas por su trayectoria en el ámbito estatal e internacional.

Función Investigadora

Función de Gestión y control de calidad

Estructura

Recursos Humanos

Será variable en función de la demanda y cobertura. Como personal mínimo:

- Neurólogo
- Neuropsicólogo
- DUE
- Las Unidades Coordinadoras Provinciales contarán también con:
 - Trabajador social
 - Terapeuta Ocupacional

Recursos Estructurales:

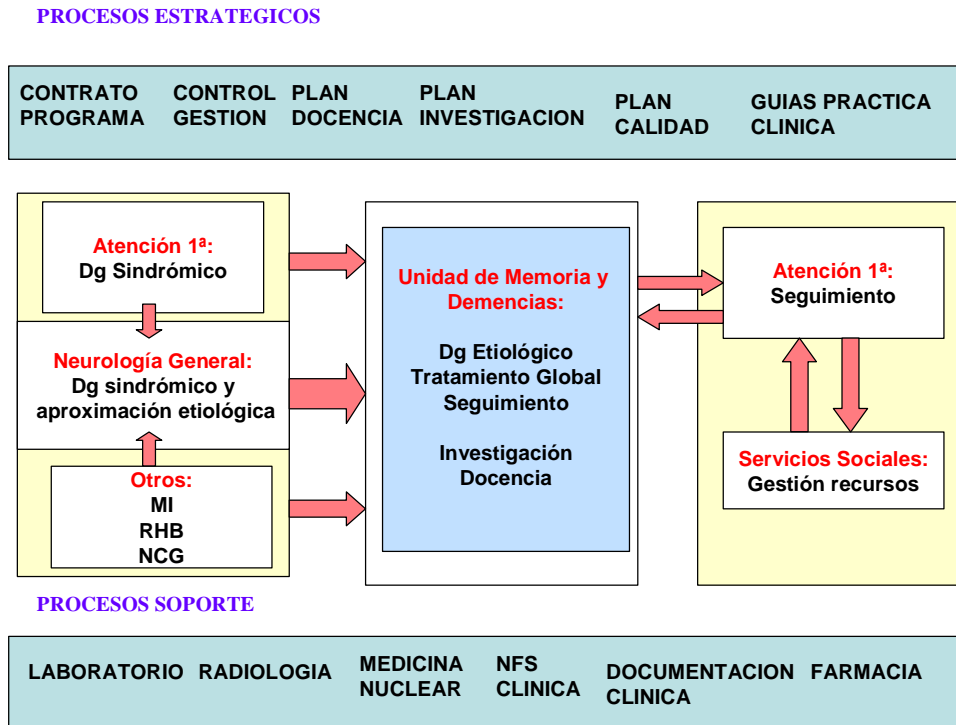
Descripción:

Despachos adecuados.

- 1 sala multifuncional para estimulación cognitiva, terapia ocupacional, reuniones, formación grupal cuidadores
- Una sala de espera.
- Mobiliario adecuado.
- Ordenadores suficientes.
- Material Neuropsicológico validado
- Material de Estimulación Cognitiva

Proceso asistencial:

Figura 1: Estructura General



Derivación (Origen):

- Atención 1ª (según protocolo derivación)
- Neurología General (Centro Especialidades u Hospital)
- Medicina Interna
- Rehabilitación
- Neurocirugía
- Otros

Criterios de Derivación a la Unidad:

La Unidad debe explicitar los criterios de derivación. Una propuesta podría ser:

Criterios de Inclusión:

- Quejas de memoria u otro trastorno cognitivo, confirmados por un informador fiable. Se consideran síntomas de alerta: dificultad para

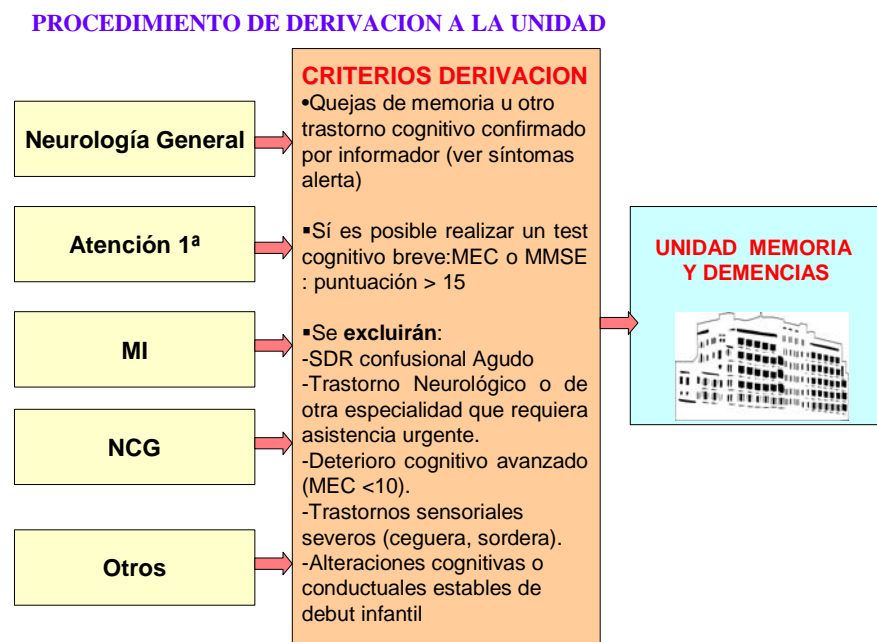
aprender o retener información nueva, realizar tareas complejas, en la orientación espacial, el lenguaje o trastorno conductual.

- Duración cuadro: + de 6 meses.
- MEC >10 (SPQM en analfabetos >5).

Criterios de exclusión:

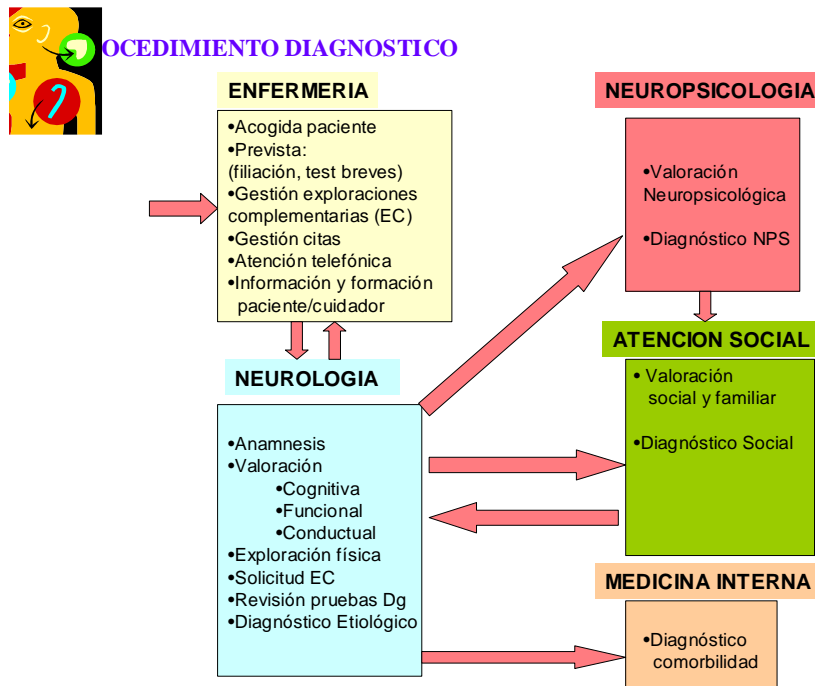
- Cuadro confusional agudo.
- Trastorno neurológico o de otra especialidad que requiera atención urgente.
- Deterioro cognitivo avanzado (MEC <10).
- Trastornos sensoriales severos no corregidos (ceguera, sordera).
- Alteraciones cognitivas o conductuales estables de debut infantil.
- Trastornos depresivo o conductual severos (previamente sería necesaria valoración psiquiátrica). Sí tras ésta se consideran asociados a deterioro cognitivo pueden ser remitidos, adjuntando dicha valoración.

Figura 2: Derivación de pacientes a la UNC y D



Procedimiento diagnóstico

Figura 3: Procedimiento Diagnóstico



Atención programada y a demanda

- Revisión de propuestas por el coordinador de la Unidad para priorización.
- Realización de una entrevista protocolizada multidimensional (cognitiva, conductual, funcional y social) para determinar la presencia de trastorno cognitivo o demencia y establecer un diagnóstico etiológico si es posible.
- Planteamiento de hipótesis diagnóstica y solicitud de exploraciones complementarias (EC), si es pertinente. Las EC habituales en el paciente con demencia son: Análisis sanguínea (Hemograma, BQ, B12, Ac fólico, H. tiroideas y serologías luética/VIH) y Neuroimagen (TC ó RM cerebrales). Como exploraciones opcionales destacamos: Medicina Nuclear (SPECT o PET cerebrales), EEG, análisis LCR, análisis especial, estudio genético, arteriografía, Biopsia cerebral...
- Utilización de criterios diagnósticos de uso internacional (DSM-IV, ICD-10 para demencia, NINCDS-ADRA para Enfermedad de Alzheimer probable y posible, NINDS-AIREN y Hachinski para la demencia vascular, los de Neary y cols. para el diagnóstico de demencia frontotemporal y los de McKeith y cols. para el diagnóstico de demencia por cuerpos de Lewy entre otros), así

como las guías clínicas del grupo de Demencias de la Sociedad Española de Neurología elaboradas siguiendo el método de consenso de expertos.

- Realización en caso necesario de interconsultas para valoración por otras especialidades (Psiquiatría, Geriatría, MI...).

Esta metodología de trabajo requiere más tiempo de atención directa ya que incluye no sólo la exploración clínica sino también el análisis del entorno inmediato del enfermo. A cambio ofrece más garantías diagnósticas, ya que se trabaja con el consenso diagnóstico, optimiza el tiempo dedicado a elaborar el diagnóstico, controla los costes derivados por exceso y repetición de nuevas visitas con duplicación de pruebas complementarias y garantiza una mejor calidad de atención y grado de satisfacción del usuario.

Criterios de derivación a NPS

- Quejas de pérdida de memoria u otro trastorno cognitivo confirmadas por un informador fiable y MEC o MMSE superior a 15 puntos.
- Sospecha de Deterioro Cognitivo Ligero
- Diagnóstico diferencial sobre todo en estadios iniciales de la enfermedad

Se excluirán:

- Déficit visual, motor o auditivo importantes que puedan interferir en la valoración neuropsicológica.
- Pacientes con perfil claro de EA moderada.
- Pacientes con diagnóstico de demencia en estadio avanzado
- Pacientes con patología psiquiátrica mal controlada que pueda interferir en la valoración neuropsicológica.
- Pacientes con SDR confusional agudo

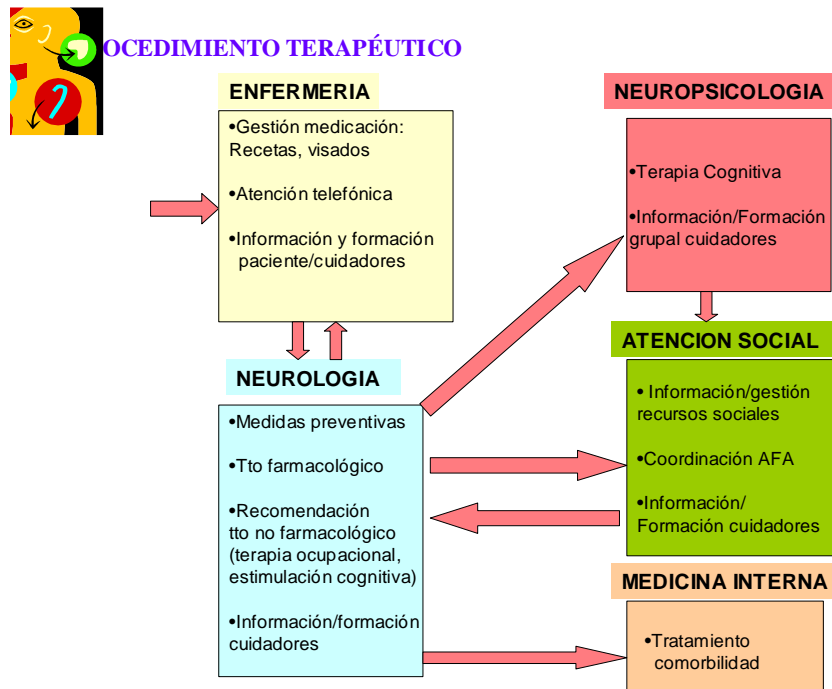
Criterios de derivación a Atención Social:

- Casos de inicio precoz laboralmente activos
- Anciano que viva solo
- Anciano que viva acompañado por otro anciano minusválido o por un menor
- No disponibilidad de cuidadoras/es o evidencia de sobrecarga en el cuidador/a principal
- No disposición de recursos sociales de apoyo

- Existencia de problemática económica en la familia
- Existencia de problema de vivienda: habitabilidad, estructura, propiedad
- Sospecha de malos tratos

Procedimiento Terapéutico:

Figura 4: Procedimiento terapéutico



Es necesario realizar un diseño de plan terapéutico integral tanto farmacológico como no farmacológico en función de la severidad (GDS, CDR), tipo de demencia, perfiles neuropsicológico y sociofamiliar así como de la disponibilidad de recursos en el entorno sociosanitario.

El tratamiento farmacológico y no farmacológico de las demencias se exponen en capítulos específicos de este documento. Se remite al lector a los capítulos correspondientes.

Unidades de Soporte o Apoyo:

Existe un protocolo de derivación y criterio temporal de no demora. Se aplican diferentes modelos de consentimiento informado según las pruebas a realizar.

- Laboratorio
- Radiología
- TC cerebral

- RM cerebral
- Neurofisiología: EEG
- Medicina Nuclear: SPECT cerebral y PET cerebral
- Genética
- Anatomía Patológica
- Documentación Clínica
- Farmacia

Manejo Integral

Se realiza una gestión de casos con la colaboración multidisciplinar, útil tanto para el diagnóstico como para el manejo. El diseño del procedimiento de Manejo Integral será variable en cada unidad dependiendo de la propia organización y disponibilidad de recursos de la misma.

Con la finalidad de optimizar las visitas una propuesta de plan de trabajo sería:

1ª VISITA (1er día)

- Previsita: datos de filiación, registro mínimo datos estandarizado y test breve cognitivo y funcional (DUE)
- Anamnesis y exploración (Neurólogo)
- Solicitud exploraciones complementarias (Neurólogo)
- +/- Diagnóstico social (Trabajador Social)

VISITA NEUROPSICOLOGICA (2º día)

VISITA DE REVISIÓN PRUEBAS (3er día)

- Emisión de Diagnóstico final (Neurólogo)
- Prescripción del Tratamiento farmacológico (Neurólogo) y No farmacológico (Neurólogo y Psicóloga)
- Realización de Informe para paciente/familia y médico solicitante

VISITAS SEGUIMIENTO (periódicas)

- Neurológica
- Neuropsicológica
- Social

Medidas de Atención al Cuidador

- Información escrita sobre pruebas diagnósticas y tratamiento
- Información y consejos sobre la enfermedad
- Apoyo grupal
- Información y derivación a los recursos sociosanitarios más adecuados de la comunidad.

Seguimiento

Además de las visitas de control a demanda o programadas, existe una línea telefónica directa para consulta de problemas con la medicación, interurrencias etc.

El protocolo de seguimiento de pacientes con trastorno cognitivo se especifica en un capítulo específico de este documento.

Alta

- Criterios Alta:
- Deterioro cognitivo ligero estable a los 3 años o reversible
- Demencias reversibles resueltas o estabilizadas, tras tratar la causa.
- Demencias avanzadas
- Fallecimiento

- Informe Alta:

Debe incluir al menos los siguientes epígrafes:

- Fecha de la visita y datos de filiación del paciente
- Anamnesis, exploración y pruebas complementarias (resultados y/o solicitadas)
- Diagnóstico
- Tratamiento que ha de seguir (pauta completa)
- Fecha de la próxima visita (si no es alta)

Coordinación Internivel

Deben establecerse protocolos explícitos de coordinación al menos con los siguientes niveles o dispositivos asistenciales:

- Atención Primaria
- Neurología
- Hospitalización domiciliaria
- Otros

Evaluación y control de calidad

La UNC y D debe monitorizar la actividad mediante indicadores de estructura, proceso y resultado, con el objeto de realizar una mejora continua de calidad.

CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA DE PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO LIGERO Y DEMENCIA

Introducción

El diagnóstico del síndrome demencia es clínico y viene caracterizado por el deterioro en varias áreas cognitivas que incapacitan al paciente para la realización de sus actividades habituales a nivel social, laboral y/o familiar. Los diversos criterios diagnósticos de demencia (DSM IV, CIE-10, SEN), coinciden en que el deterioro cognitivo debe ser suficiente para interferir significativamente, limitando por lo menos, alguna de las actividades habituales del paciente. Esta aproximación conceptual, permite su aplicación en la clínica diaria y adaptarse a la realidad de cada paciente en forma de preguntas clave.

El Deterioro Cognitivo sin demencia 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. Se han propuesto diferentes criterios diagnósticos para la identificación de estos pacientes. Unos, con la intención de caracterizar el deterioro que podría atribuirse a un envejecer “fisiológico” (DMAE, DMCE, DCAE). Otros, entre los que destaca el Deterioro Cognitivo Ligero (DCL) intentan operativizar un deterioro cognitivo patológico. En todos ellos, se propone una aproximación psicométrica, con puntos de corte en los tests neuropsicológicos, cuya utilidad y aplicación en la práctica diaria presenta limitaciones de diferente índole, que en el contexto de la Atención Primaria imposibilitan, por el momento, su utilización.

El diagnóstico síndrómico del deterioro cognitivo, en sus diferentes estadios y tipos, se basa en la insustituible historia clínica y la exploración de las funciones cognitivas. La historia clínica permite conocer cuales son las características clínicas del deterioro cognitivo, para lo cual se hace insustituible la figura de un informador fiable que detalle y corrobore la información obtenida. La valoración de quejas, solo, subjetivas de deterioro cognitivo (en memoria u otras áreas) no son un fiel indicador del verdadero estado cognitivo del paciente, en muchas ocasiones mas relacionado con su estado anímico. Por el contrario, 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 la pone de manifiesto el hecho de que figure, como elemento esencial, en los diferentes criterios vigentes del deterioro cognitivo ligero.

La constatación de los defectos cognitivos puede y debe valorarse cualitativa y cuantitativamente mediante las pruebas y tests apropiados. Para ello, se deberán tener en cuenta las características de la población a estudio y las de los tests a aplicar. Por un lado, se debe tener presente que la población en riesgo de presentar una demencia o un DCL se caracteriza, mayoritariamente, por tener más de 60-65 años, un bajo nivel académico y co-morbilidad asociada. Por otro lado, los test a aplicar en el contexto de AP deberían ser los test considerados de screening o cribado: MMSE (Mini-Mental State Examination), MIS (Memory Impairment Screen), Test de los 7 minutos, Test del dibujo del reloj, Test del dinero (Eurotest), Test de Fluencia Verbal, Test Breve del Estado Mental, entre otros. En este sentido, cabe recordar que un test de cribado debe cumplir, lo mejor posible, las siguientes características, ser breve, fácil de aplicar y puntuar, económico, adaptable a distintos entornos culturales, sin influencia del nivel académico, fiable, válido, sensible, específico, etc. Por el momento no se dispone del test de cribado ideal como ponen de manifiesto los múltiples intentos realizados en su búsqueda y, a su vez, la ausencia de una recomendación concreta y universal.

La historia clínica del deterioro cognitivo corroborada por un informador fiable, permite establecer unas preguntas clave que ayuden a identificar a los pacientes tanto en demencia como en DCL. El seguimiento clínico de pacientes con DCL ha permitido comprobar que determinadas características presentes en fase de DCL pueden ayudar a identificar a pacientes afectos de enfermedad de Alzheimer que, por tanto, progresarán a demencia. Entre estas características destaca la tendencia a repetir comentarios y/o preguntas, la dificultad en comprender explicaciones, la presencia o no de antecedentes depresivos, la edad y el tiempo evolutivo. Así mismo, entre los diferentes test utilizados el test de fluencia verbal de animales (1 minuto) aporta información adicional en la capacidad de identificación de estos sujetos (J Neurol 2007;III,146).

En base a las consideraciones expuestas y en el conocimiento del, siempre limitado, tiempo disponible en Atención Primaria se propone una aproximación clínica en los criterios de identificación – remisión de pacientes con deterioro cognitivo ligero o demencia desde AP a Neurología.

Criterios de derivación desde Atención Primaria de pacientes con Demencia

Pacientes que acudan por **pérdida de memoria u otra función cognitiva**, sin diagnóstico previo, que cumplan los siguientes criterios:

- Confirmación del deterioro cognitivo por **informador fiable**
- El deterioro cognitivo condiciona **limitación/incapacidad o necesidad de supervisión** para la realización de alguna de las actividades habituales del paciente.

Criterios de derivación desde atención primaria de pacientes con Deterioro Cognitivo Liger (DCL)

Pacientes que acudan **por pérdida de memoria u otra función cognitiva**, sin diagnóstico previo, que cumplan los siguientes criterios:

- Confirmación del deterioro cognitivo por informador fiable
- El deterioro cognitivo NO condiciona limitación/incapacidad o necesidad de supervisión para la realización de ninguna de las actividades habituales del paciente.

Características de especial riesgo de DCL para desarrollar E. de Alzheimer:

- Repite comentarios y/o preguntas
- Le cuesta captar explicaciones
- Sin antecedentes depresivos
- Fluencia verbal (animales) < 15

En los casos ansioso/depresivos será preceptivo su tratamiento, tras lo cual, en caso de persistir el DCL se aconseja, igualmente, su derivación.

LA VALORACIÓN GLOBAL DEL PACIENTE CON DEMENCIA

Introducción

Los pacientes candidatos a ser atendidos y valorados en una Unidad de Demencia (mejor denominada “Unidad de Neurología de la Conducta y Demencias”) pueden tener los siguientes perfiles:

- Pacientes con deterioro cognitivo
- Pacientes con sospecha de deterioro cognitivo
- Pacientes con otras enfermedades neurológicas y trastorno cognitivo o conductual.
- Pacientes con trastorno de conducta y sospecha de organicidad

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

1. Valoración general del paciente con demencia (o sospecha)
2. Valoración médica general
3. Valoración neurológica
4. Valoración cognitiva
5. Valoración conductual
6. Valoración funcional
7. Valoración socio-familiar
8. Valoración en el seguimiento

A continuación se señalan las principales herramientas para la valoración de cada uno de estos apartados. Se recomienda que se utilicen formularios específicos que faciliten la recolección sistemática de toda esta información (que puedan ser utilizados a su vez como historia clínica).

Valoración general del paciente con demencia:

En este apartado 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
- Antecedentes personales de patología psiquiátrica (depresión, ansiedad, insomnio y otros)

Valoración médica general

Cualquier paciente atendido en el Sistema Sanitario debe recibir una 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, bradicardia, arritmias, hipotensión...)
- Sistema endocrino-metabólico: especialmente glucemia y tiroides. También lípidos (Factor riesgo vascular)
- Sistema hematopoyético: descartar anemia.
- Aparato locomotor: columna y articulaciones
- Calidad del sueño: descartar insomnio, sueño no reparador y ronquera nocturna. Descartar Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño (SAHS). Preguntar por posible Trastorno de Conducta de sueño REM (TCSREM) y otras parasomnias.
- Valoración sensorial: Audición, Visión

- Presencia de Factores de Riesgo Vascular (FRV): HTA, DM, DLP, FA, C. 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. De especial interés el listado completo de los psicótrpos.
- Anotación de alergias medicamentosas y otras

Valoración Neurológica

La valoración neurológica consta de:

Interrogatorio habitual en el que se recoge el tipo e intensidad de las manifestaciones cognitivas, conductuales y funcionales que presenta el paciente, así como su patocronia (modo de inicio y evolución).

Examen neurológico: debe ser completo. Hacer especial hincapié en los reflejos de línea media, la presencia de movimientos anormales, las alteraciones del tono muscular, los reflejos osteomusculares y la marcha.

Solicitud y valoración de pruebas diagnósticas. Deben realizarse según protocolos establecidos. En los casos en que éstos no aclaren el diagnóstico podrá ampliarse el estudio con otras pruebas o bien repetirse en el tiempo.

Como **estudio básico** se recomienda la realización de: Prueba de imagen cerebral TAC o RM craneales (preferible RMN para valoración de patología vascular subyacente); Analítica con bioquímica general, hemograma, VSG, determinación de Niveles plasmáticos de vitamina B12 y ácido fólico, perfil tiroideo y serología luética. Radiografía de tórax y Electrocardiograma.

Con la historia clínica y el resultado de las pruebas se deberá **establecer un diagnóstico etiológico** -al menos de probabilidad- en la mayoría de los casos. La tarea diagnóstica deberá estratificarse en las siguientes categorías:

- Perfil cognitivo
- Grado/Intensidad del deterioro (escala GDS o CDR)
- Diagnóstico etiológico de Probabilidad

Valoración Cognitiva

Se realizará tanto de manera no formal, a través de la entrevista con el paciente y su cuidador y de manera formal mediante la aplicación de diversos tipos de test:

Valoración cognitiva no formal: se interrogará bien al paciente, bien al cuidador, bien a ambos, sobre la naturaleza e intensidad de los déficit apreciados. Se solicitarán ejemplos ilustrativos. Se interrogará especialmente sobre memoria, lenguaje y comunicación, alteración de habilidades previas, capacidad de reconocer personas y lugares, capacidad de saber la fecha, ...

Valoración cognitiva formal: Los test empleados pueden variar de una Unidad a otra y de un facultativo a otro. No podemos recomendar un test mejor que otros porque su utilidad depende de la experiencia del examinador y de las características del paciente (nivel educativo, estado sensorial, motivación, cansancio,..). A su vez los test pueden ser de dos tipos: breves y extendidos.

- **Pruebas breves:** Se recomiendan para el cribado de pacientes y para pacientes en estado avanzado o poco colaboradores. También pueden emplearse para el seguimiento evolutivo:
 - Principales test empleados:
 - MMSE o la variante de Lobo (MEC)
 - Cuestionario abreviado para el estado mental Test de Pfeiffer
 - Set Test de Isaacs
 - Test de los 7 minutos
 - FAB: frontal assesment batery
- **Pruebas extendidas:** Se recomienda en pacientes con deterioro leve o demencia leve. Tiene una utilidad diagnóstica y un valor pronóstico importante en estos pacientes.

Principales test *generales* recomendados:

- Test Barcelona
- Camdex
- Adas-Cog
- Batería CERAD

Test de funciones específicos:

- Memoria: Wechsler-Revisada; Evaluación de queja mnésica de Mcnair, Memoria visual asociativa (Perfil de Eficiencia Cognitiva)
- Lenguaje: Boston Naming Test; Token test
- Gnosias: batería LOTCA
- Funciones ejecutivas: torre de Hanoi, Torre de Londres, TMT-A y TMT-B, Stroop test, FAB (Frontal Assesment Batery), Gambling test, Fluencia Verbal del test Barcelona, Fluencia verbal de Cardebat, Pasat,...

Valoración conductual

Igualmente debe hacerse una valoración no formal y otra formal. Deben valorarse los aspectos psico-afectivos, psicóticos, conductas aberrantes y trastornos neurovegetativos (alteraciones del peso, trastornos del apetito y del apetito sexual)

Valoración conductual no formal: se interrogará bien al paciente, bien al cuidador, bien a ambos, sobre la naturaleza e intensidad de las alteraciones apreciadas. Se solicitarán ejemplos ilustrativos. Se insistirá en cambios de personalidad o de carácter, irritabilidad, ideas delirantes y alucinaciones, alteraciones del sueño y conductas aberrantes.

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

Escalas generales: la más utilizada es la NPI-12 de Cummings. Otras de utilidad son la Escala de Ashber y Cummings, la BEHAVE-AD, la ADAS-No Cog, la Escala Bristol,...

Escalas específicas:

- Para Depresión:
 - para ancianos no dementes y DCL: Yesavage;
 - para demencias: la Escala Cornell
 - En menores de 65 años: Inventario de Beck
- Para Ansiedad:
 - Escala de Hamilton
 - Escala de Zung

- Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (E.A.D.E.)
- Para alteraciones de comportamiento de tipo frontal:
 - La escala FBI (Frontal Behavioral Inventory)
- Para la Apatía: Marin's Apathy Scale

Algunas escalas permiten valorar la repercusión de las alteraciones conductuales sobre el cuidador. Este es un dato muy importante a la hora de la valoración integral.

Valoración funcional

Se realizará tanto de manera no formal, a través de la entrevista con el paciente y su cuidador y de manera formal mediante la aplicación de diversos tipos de test.

Valoración funcional no formal: se interrogará bien al paciente, bien al cuidador, bien a ambos, sobre la capacidad del paciente en la realización de las actividades de la vida diaria. Se interrogará especialmente sobre las capacidades para las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria.

Valoración funcional formal: se realiza empleando una serie de test o escalas. Las escalas pueden ser generales o específicas para Actividades de la Vida Diaria:

- FAQ (Functional Assesment Questionnaire de Pfeffer).
- Escala DAD
- Escala IDDD
- Índice de Bhartel
- Lawton y Brodie
- Índice de Katz
- TIN (Test del Informador de Jörm)

Valoración socio-familiar

Valoración socio-familiar no formal: Es fundamental identificar al cuidador principal y a los cuidadores de apoyo (reales), así como a los potenciales cuidadores que no han asumido el rol. Se interrogará bien al paciente, bien al cuidador, bien a ambos, sobre la estructura familiar, posibles conflictos entre miembros de la familia,

disponibilidad de vivienda, dónde y con quién convive, turnos de cuidado, ayudas externas que reciben...

Valoración socio-familiar formal: se pueden emplear distintos tipos de escalas y test:

- Test de Sobrecarga y Calidad de Vida del Cuidador (Test Zarit)
- DSQoL
- EuroQoL
- SF-36
- Valoración socio-familiar con formulario específico.

Valoración en el seguimiento de los pacientes

En las consultas de seguimiento de los pacientes debe hacerse una valoración sistemática de las distintas dimensiones señaladas más arriba incluyendo necesariamente la valoración de la situación familiar (especialmente situaciones de sobrecarga, de codependencia o de vulnerabilidad familiar).

Para facilitar el registro sistemático de esta información es recomendable la utilización de formularios específicos semiestructurados.

En la valoración del seguimiento deben realizarse al menos las siguientes actividades:

- Valoración de la tolerancia y adhesión al tratamiento farmacológico:
- Revisión de toda la medicación que toma el paciente
- Anotación del cumplimiento y motivos de no cumplimiento del plan propuesto en la revisión anterior.
- Posibles efectos secundarios a la medicación (y su gravedad)

Valoración global del cambio: Para la valoración global en el seguimiento son de utilidad las escalas de valoración del cambio a través de entrevista y valoración por el facultativo. Estos instrumentos permiten hacer una valoración cualitativa de la situación del paciente en relación a la visita anterior. Existen diversas escalas de este tipo. Algunas requieren el empleo de escalas estructuradas y otras son más abiertas, permitiendo al profesional hacer una valoración según lo que refieren tanto el paciente como el cuidador, así como sus propias observaciones, aplicando instrumentos de medida si lo considera necesario.

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): es la que se utiliza sistemáticamente en el CDP-ALZ San Vicente. Para facilitar su interpretación ésta se ha desglosado en subescalas:
 - CGIC-Cognitiva
 - CGIC-SPCD (Conductual)
 - CGIC-AVD (Funcional)
 - CGICI-Socio-Familiar
 - CGIC-Global

Tras la entrevista se hace una valoración del 1 al 7 sobre el cambio que ha experimentado el paciente desde la última revisión (1-Mucho mejor; 2- Bastante Mejor; 3- Algo mejor; 4- Igual; 5- Algo peor; 6-Bastante peor; 7-Mucho peor).

- 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

EL PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES

Se presenta una propuesta de protocolo de seguimiento de pacientes y familiares de pacientes con trastorno cognitivo. Las situaciones que requieran valoración y tratamiento urgente deben considerarse en el capítulo de *Urgencias* y por tanto no se considerarían como “seguimientos ambulatorios”.

Bases para el Establecimiento de un Seguimiento Protocolizado de Pacientes con Trastorno Cognitivo

El protocolo de seguimiento deberá asumir unos criterios de *utilidad*, basados en la *competencia del profesional* y en la *eficacia y eficiencia* de las actuaciones.

Es decir, el seguimiento de un paciente debe servir para un objetivo que no pueda:

- a) obtenerse de otro modo,
- b) ni en otro lugar
- c) ni por otro profesional
- d) ni con otra periodicidad que se considerasen más oportunos.

Para diseñar el protocolo de seguimiento debemos valorar los siguientes aspectos:

- **Modos de seguimiento:** Revisiones presenciales, revisiones telefónicas, revisiones a través de terceros (cuidadores, otros profesionales).
- **Lugares:** Consulta especializada en Neurología General, Consulta especializada en Unidad de Neurología de la conducta y Demencias, Consulta en Atención Primaria, otras (domicilio, hospital de día, ...)
- **Profesionales:** Médico de Atención Primaria, Neurólogo, Psicólogo, Trabajador Social, Enfermera, Terapeuta Ocupacional otros profesionales que puedan intervenir (geriatra, psiquiatra,...)
- **Periodicidad:** semanal, mensual, trimestral, semestral, nonemestral, anual, o a demanda.

Se plantea un protocolo de seguimiento que sea flexible y que se adapte a las distintas variables que lo determinan. Por ello, para el establecimiento del tipo de

seguimiento más adecuado para un paciente concreto deberán tenerse en cuenta al menos los siguientes parámetros:

- **Los objetivos a alcanzar en el seguimiento**
- **La situación clínica y socio-familiar del paciente**
- **Las prioridades del paciente y entorno cuidador**
- **Los recursos disponibles.**

Objetivos del Seguimiento:

Los objetivos deberían establecerse de manera explícita antes de elegir la modalidad del seguimiento, de modo que éste se adecue a los objetivos buscados. Como ejemplos de objetivos tenemos:

- Establecimiento de un diagnóstico:
- Revisión de pruebas para el diagnóstico
- Según la evolución clínica
- Control terapéutico
- Control clínico del efecto y tolerancia farmacológica
- Control con pruebas (niveles de fármacos, movilización de enzimas, controles de frecuencia cardíaca,...)
- Control evolutivo:
- Control clínico de la evolución (monitorización clínica)
- Control con revisión de pruebas (monitorización clínica con pruebas)
- Revisiones informativas (dirigidas esencialmente a cuidadores)
- Revisión por contingencias (situaciones no previstas) o a demanda:
- Empeoramiento de la enfermedad
- Efectos Adversos de fármacos
- Intercurrencias u otras incidencias

Situación Clínica

En relación a la **situación clínico-diagnóstico-terapéutica** del paciente a fines del seguimiento podemos definir los siguientes estados:

- En proceso de diagnóstico con pruebas

- Diagnosticado y con progresión lenta en estadio leve (DCL)
- Diagnosticado y con progresión lenta en estadio moderado a grave
- Diagnosticado y con progresión lenta en estadio avanzado
- Diagnosticado y no estable o con progresión rápida o atípica
- Diagnosticado y con trastornos de conducta disruptivos
- Diagnosticado y bajo medicación con efectos adversos potencialmente graves
- Situación de contingencia clínica, terapéutica o diagnóstica.

Preferencias y Recursos Disponibles

Por último, las **preferencias de los pacientes y sus cuidadores**, así como los **recursos disponibles** para el seguimiento serán variables difíciles de sistematizar, por lo que se estima que los pacientes aceptan la propuesta realizada por el profesional y que los recursos necesarios están disponibles en el área sanitaria correspondiente.

Propuesta de Protocolo de Seguimiento de Pacientes con Trastorno Cognitivo

Para la toma de decisiones clínicas, terapéuticas o diagnósticas deberá disponerse de la información suficiente sobre el paciente que cada caso requiera. Ello supone disponer de la historia clínica del paciente o bien de un registro informático con información suficiente del paciente. Las atenciones telefónicas sólo deberían admitirse si este requisito se cumple, no admitiéndose dar consejos clínicos sin consultar la documentación del paciente que dé fiabilidad a la respuesta.

A continuación se propone para una serie de situaciones clínicas un objetivo, una periodicidad y un modo de seguimiento. Éstos son una propuesta de actuación, pudiendo variar si a juicio del profesional se estima más oportuno realizarlo de otra manera (en la Tabla-1 se presenta esta propuesta a modo de sumario):

Caso 1: En proceso de diagnóstico con pruebas

Objetivo: realizar diagnóstico lo antes posible.

Periodicidad: seguimiento específico según la demora de las pruebas solicitadas. Determinar en agenda huecos específicos para REVISIONES DIAGNÓSTICAS (o de revisión de pruebas). No debería ser superior a un mes.

Modo: Presencial. Puede realizarse a través de terceros.

Caso 2: Diagnosticado y estable en estadio leve (DCL)

Objetivo: control evolutivo (monitorización clínica) para valorar el paso a demencia e iniciar tratamiento integral.

Periodicidad: revisión entre 9-12 meses. Si existen ya discretas alteraciones en las AVD puede revisarse a los 6 meses.

Modo: Presencial.

Caso 3: Diagnosticado y con progresión lenta en estadio moderado a grave

Objetivo: monitorización y ajuste del tratamiento a la situación y gravedad clínica.

Periodicidad: revisión cada 6 meses.

Modo: Presencial.

Caso 4: Diagnosticado y con progresión lenta en estadio avanzado

Objetivo: actuación por contingencias.

Periodicidad: revisión a demanda por contingencias.

Modo: Presencial. Puede realizarse a través de terceros bien de modo presencial, bien por vía telefónica.

Caso 5: Diagnosticado y no estable o con progresión rápida o atípica

Objetivo: Control terapéutico y Monitorización clínica (estrechos).

Periodicidad: revisión: entre 6 y 12 semanas.

Modo: Presencial.

Caso 6: Diagnosticado y con trastornos de conducta disruptivos

Objetivo: Control terapéutico y Monitorización clínica.

Periodicidad: revisión: entre 6 y 12 semanas.

Modo: Presencial. Puede realizarse a través de terceros.

Caso 7: Diagnosticado y bajo medicación con efectos adversos potencialmente graves

Objetivo: Control terapéutico y Monitorización clínica.

Periodicidad: revisión entre 6 y 12 semanas.

Modo: Presencial. Puede realizarse a través de terceros bien de modo presencial, bien por vía telefónica.

Caso 8: Situación de contingencia clínica, terapéutica o diagnóstica.

Objetivo: actuación por contingencias.

Periodicidad: revisión a demanda por contingencias. Demora aceptable: < 1 semana (una vez detectada la contingencia).

Modo: Presencial. Puede realizarse a través de terceros bien de modo presencial, bien por vía telefónica.

TABLA-1: PROPUESTA DE PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON TRASTORNO COGNITIVO

Situación Clínica	Objetivo del Seguimiento	Periodicidad del Seguimiento	Modo de Seguimiento (en Neurología)
En proceso de diagnóstico con pruebas	Realizar diagnóstico lo antes posible	Según demora de pruebas solicitadas. < 1 mes	Presencial Puede realizarse a través de terceros
Diagnosticado y estable o progresión lenta en estadio leve (DCL)	Control evolutivo (monitorización clínica). Valorar el paso a Demencia e iniciar tratamiento integral	9-12 meses 6 meses si existen ya discretas alteraciones en las AVD	Presencial
Diagnosticado y con progresión lenta en estadio moderado a grave	Monitorización clínica o terapéutica	6 meses	Presencial
Diagnosticado y con progresión lenta en estadio avanzado	Actuación por contingencias	A demanda por contingencias < 1 semana en caso de demanda.	Presencial o Telefónico Puede realizarse a través de terceros
Diagnosticado y no estable o con progresión rápida o atípica	Control clínico y/o terapéutico (monitorización)	6-12 semanas	Presencial
Diagnosticado y con trastornos de conducta disruptivos	Control clínico y/o terapéutico (monitorización)	6-12 semanas	Presencial o Telefónico Puede realizarse a través de terceros
Diagnosticado y bajo medicación con efectos adversos potencialmente graves	Control clínico y/o terapéutico (monitorización)	6-12 semanas	Presencial o Telefónico Puede realizarse a través de terceros
Situación de contingencia clínica, terapéutica o diagnóstica	Actuación por contingencias	A demanda por contingencias < 1 semana en caso de demanda.	Presencial o Telefónico Puede realizarse a través de terceros

LA COLABORACIÓN CON LAS AFAS: COMPROMISOS Y ALIANZAS

Introducción

La enfermedad de Alzheimer, así como el resto de demencias degenerativas, tienen una gran repercusión a nivel social y familiar. No se afecta únicamente la calidad de vida del paciente si no también, y en gran medida la de su cuidador, que puede ver incluso mermada su salud como consecuencia de la enorme carga laboral, económica y emocional que supone el cuidado de estos enfermos. A su vez, el entorno socio-familiar influye en los síntomas y la evolución de la enfermedad.

Por tanto, es necesaria una atención integral médica-social del paciente de Alzheimer y sus familiares.

En la mayoría de centros médicos no se dispone de personal, tiempo ni espacio suficiente para ofrecer esta atención global. La atención médica ofrecida por el neurólogo tiene sus limitaciones, ya que se dispone de escaso tiempo para diagnosticar la enfermedad y dar la información adecuada a la familia. Además, el tratamiento farmacológico pautado en muchas ocasiones no es del todo eficaz y no se dispone de infraestructura suficiente para ofrecer terapias no farmacológicas al paciente, ni ayudas sociales a la familia.

Muchas de estas actividades informativas, terapéuticas y de apoyo socio-familiar, fundamentales para la asistencia de los pacientes con demencia, se están realizando en los centros creados por las Asociaciones de Familiares de Alzheimer (AFAs) y que se encuentran en un gran número de localidades de nuestra comunidad.

Por ello, consideramos importante la colaboración entre los neurólogos y las AFAs, para una atención global, coordinada y eficaz de la enfermedad de Alzheimer.

A continuación se exponen una serie de compromisos mútuos fruto del entendimiento de representantes de la Neurología como de las Asociaciones de Familiares de pacientes con enfermedad de Alzheimer (AFAs):

Neurología: Compromisos

Los compromisos por parte de neurología en dicha colaboración son:

1. Identificar neurólogo/s de contacto con las AFAs en cada área.

2. Remitir a los pacientes con EA y sus familiares a las AFAs, con información sobre el diagnóstico y pauta de tratamiento recomendado.
3. Colaborar en charlas divulgativas o de información sobre la enfermedad de Alzheimer realizadas en las AFAs, así como en reuniones periódicas para organización de la asistencia, etc.
4. Accesibilidad para la solución de dudas o problemas médicos que surjan relacionados con la enfermedad.

AFAs: compromisos

Los compromisos por parte de las AFAs son:

1. Definir un modelo de AFA para la Comunidad Valenciana que incluya necesariamente la cartera de servicios y la tipología de profesionales con la capacitación necesaria.
2. Informar al neurólogo de la ubicación y los servicios que ofrecen las AFAs en cada área, para la remisión de pacientes.
3. Completar la información ofrecida por el médico a cerca de la enfermedad de Alzheimer.
4. Deberán de cubrir la parcela del problema socio – familiar y establecer el punto de actuación más adecuada.
5. Ofrecer servicio de información acerca de la enfermedad, orientación de la evolución de ésta y asesoramiento acerca de recursos sociales de los que dispone.
6. Prestar tratamientos no farmacológicos siempre bajo prescripción médica y/o valoración psicológica.
7. Los neurólogos pueden solicitar información acerca de la evolución del enfermo que asiste al centro.
8. Colaborar en trabajos de investigación.

Protocolo General de Actuación

Una vez puestos en contacto los médicos responsables de la atención a demencias y los representantes de las AFAs de cada zona, para conocer las posibilidades de actuación y establecer una comunicación fluida, el protocolo general de actuación ante un paciente con demencia, sería:

En Neurología:

1. Realizar el diagnóstico del trastorno cognitivo-conductual (demencia o deterioro cognitivo leve) por el neurólogo.
2. Remitir al paciente y su familia al centro de la AFA más cercana aportando informe básico sobre el diagnóstico (con estudio neuropsicológico detallado, si lo tiene), estadio y tratamiento recomendado.

En el Centro de la AFA:

1. Valorar globalmente al paciente y su familia.
2. Aportar a la familia información, guías, charlas periódicas etc., sobre la enfermedad.
3. Incluir al paciente en las actividades más adecuadas (protocolo específico)
4. Ofrecer a la familia información sobre ayudas sociales +/- apoyo psicológico.
5. Informar periódicamente al neurólogo sobre la conducta en el centro y los resultados en tareas cognitivas del paciente.
6. Si incidencias, contactar telefónicamente con el médico de AP o neurólogo, según el horario convenido.

TRATAMIENTO ESPECIFICO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

Consideraciones distintivas del conjunto de alteraciones incluidas en este proceso

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 afectos. 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. Puede establecerse un esquema terapéutico que recoja el tratamiento específico, inequívocamente indicado, en función del diagnóstico clínico y del estadio evolutivo de la enfermedad con el fin de recoger las actuaciones específicas indicadas en cada momento evolutivo de la enfermedad. Este esquema se expone sinópticamente en la tabla 1. Esta tabla se remite de modo específico para la enfermedad de Alzheimer. El mismo esquema puede ser desarrollado para fármacos de uso sintomático no específico. De este modo, la adopción de decisiones terapéuticas para cada caso por parte de los distintos participantes en el proceso de asistencia, puede llegar a ser sistemática, adecuada al diagnóstico y estado evolutivo, tomada en el lugar terapéutico más apropiado, y ajustada a las expectativas del paciente y su entorno. En el caso del uso de fármacos específicos (anticolinesterásicos y memantina), el actual estado de conocimiento científico y la normativa vigente facilitan este tipo de garantía en la adopción de decisiones de tratamiento farmacológico.

La tabla 1 es, de todos modos, simplemente una orientación a las decisiones terapéuticas, ajustada en el momento de su confección, que debe interpretarse flexiblemente en casos concretos. Se complementa con la tabla 2 que orienta el mejor lugar terapéutico en función del estado evolutivo.

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

Tabla 1. Opciones terapéuticas recomendables según el estadio evolutivo de la enfermedad. Entre paréntesis, cuando la indicación está limitada a algunos casos o situaciones clínicas.

Tabla 2. Lugar terapéutico y seguimiento según GDS.

GRADO	NIVEL DE INDEPENDENCIA LUGAR DE RESIDENCIA LUGAR TERAPÉUTICO	SEGUIMIENTO
GDS 1-2 (Sujeto normal)	Autónomo Domicilio propio	No precisa
GDS 3 (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
GDS 4-5 (Demencia ligera y moderada)	Dependencia moderada Domicilio Familiar Centro de Día Residencia	Compartido AP-AE Control AE trimestral- semestral-anual según clínica (*)
GDS 6 (Demencia moderada-grave)	Dependencia importante Domicilio Familiar Centro de Día Residencia	Compartido AP-AE Control AE semestral- anual según clínica (*)
GDS 7 (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

(*) En función de necesidad de control por indicación de tratamientos y relevancia de alteraciones de conducta. En situación clínica estable permite el control anual.

Diagnóstico de enfermedades que provocan trastornos cognitivos

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 GDS (Global Disability Scale) de Reisberg, o su homóloga funcional FAST, según indicamos así, aunque también con otras escalas, entre las que debe destacarse la CDR (Clinical Dementia Rating) 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.

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 existen síntomas subjetivos inaparentes en el examen. Aunque no aparezca 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, socialmente y físicamente, previniendo episodios cardiovasculares agudos y procurando el mejor estado general.

Deterioro cognitivo leve.

Correspondiente *grosso modo* al estadio 3 de la escala; 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. Los pacientes en este estadio pueden presentar también síntomas afectivos 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. No existe indicación inequívoca de uso de fármacos en este estado. Los síntomas depresivos relevantes, no raros en este estadio evolutivo, se pueden tratar con antidepresivos, generalmente del grupo ISRS.

Puede recomendarse estimulación cognitiva reglada. La estimulación cognitiva incluye programas integrales de estimulación cognitiva 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 los posibles déficits.

En algunos casos puede hacerse el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer en este estadio, ya que en este estadio existe una afectación funcional que puede ser valorable clínicamente. En esos casos, es recomendable la actitud terapéutica referida en el siguiente apartado.

Demencia leve.

Corresponde al estadio 4 de la escala GDS-FAST. Existe ya una alteración funcional inequívocamente significativa; 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, en caso de intolerancia o de manifiesta falta de efecto iniciales, pueden ensayarse sucesivamente los distintos fármacos anticolinesterásicos disponibles.

El uso de estos fármacos no excluye el uso de antidepresivos o sedantes para el manejo del caso. 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. Desde luego son compatibles con el tratamiento específico, al que pueden complementar.

En casos avanzados en este estadio, como alternativa o como asociación a los anticolinesterásicos puede introducirse memantina.

Demencia moderada.

Corresponde al estadio 5 de la escala 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 neurolépticos u otros psicotropos. Este aspecto se discute en otro apartado de este documento.

Los anticolinesterásicos mantienen su indicación en esta fase. La supresión del tratamiento anticolinesterásico en esta fase puede producir agravamientos cognitivos y funcionales relevantes para el paciente y su entorno, en especial si al introducir ese tratamiento se obtuvo alguna respuesta clínica. Memantina tiene indicación reconocida en esta fase, pudiendo producir también mejoría sintomática. En esta fase, una opción común, respaldada por la evidencia científica y la práctica médica, es asociar memantina con un anticolinesterásico (especialmente donepezilo, con el que la asociación está más documentada en publicaciones biomédicas), cuando no existan otras circunstancias que desaconsejen este tipo de politerapia.

Las terapéuticas de tipo no farmacológico pueden tener gran utilidad también en esta fase, no como alternativa al tratamiento farmacológico sino como acción coadyuvante. Es recomendable especialmente la formación del cuidador en la prevención de trastornos de conducta.

Demencia grave.

Los pacientes afectos 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 neurolépticos, 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. La supresión de tratamientos debería asumirse de modo conjunto por el facultativo y las personas del entorno inmediato del paciente.

Indicación terapéutica por entidad nosológica

Consideraciones generales previas al tratamiento farmacológico: normas de uso de fármacos

Estas normas son de aplicación sobre todo en el manejo de fármacos con bajo nivel de recomendación (3,4). Son normas de prudencia para intentar mejorar el rendimiento de un fármaco en relación con los objetivos del tratamiento y con intentar eludir o aprovechar posibles efectos adversos: intentan maximizar los beneficios de un tratamiento en cada caso concreto. No pueden considerarse indicaciones absolutas, sino recomendaciones generales de uso de fármacos en el manejo de pacientes afectados de enfermedades comprendidas en el grupo de la enfermedad de Alzheimer.

Muchas veces no pueden tratarse todos los síntomas presentes. Hay que priorizar el tratamiento de aquellos síntomas más conflictivos, elegir un síntoma diana principal del tratamiento.

1. Se debe elegir un fármaco por su efecto sobre ese síntoma diana y sus posibles efectos secundarios; valorar interacciones medicamentosas. Debe comenzarse con dosis bajas y la titulación ha de ser paulatina (“Start low, go slow” en inglés). Se han de admitir como positivos resultados terapéuticos parciales cuando no pueden obtenerse resultados completos en el síntoma diana.
2. Se debe evitar introducir varios fármacos a la vez, y, ante todo, evitar las medicaciones con efecto anticolinérgico.
3. Es preferible intentar un ajuste de dosis de un fármaco ya prescrito a su sustitución por otro fármaco. Es recomendable anticipar tácticas de ajuste de dosis conjuntamente con los cuidadores.

Enfermedad de Alzheimer.

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

En el Anexo 3 se amplía la información sobre los fármacos de indicación específica (Nauque no única) para el tratamiento de esta entidad nosológica.

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 al tratamiento con anticolinesterásicos. También las demencias de origen mixto (Alzheimer y vascular) pueden beneficiarse del tratamiento con anticolinesterásicos: en realidad, se trata de casos en los que coexiste la enfermedad de Alzheimer con enfermedad vascular cerebral. 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.

Demencia con 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.

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.

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.

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.

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	+

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 frontosubcorticales y visuoespaciales.

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 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):

Clínicas:

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

Grado de 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 siete.
- 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 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 deambulación.
- 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 ESPECÍFICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA Y DEMENCIA

La aplicación estricta de las normas de la medicina basada en la evidencia al uso de fármacos en este campo de las demencias se enfrenta actualmente con las limitaciones históricas de la investigación clínica en este campo. De este modo, las únicas indicaciones inequívocas son las del uso de anticolinesterásicos en la enfermedad de Alzheimer, aislada o con trastorno vascular asociado, y la de memantina en demencia avanzada. El uso de otras medicaciones sólo se sustenta en clases de indicios de menor potencia. No obstante, cabe anotar que los anticolinesterásicos fueron testados en ensayos clínicos en los que mayoritariamente no se excluía específicamente la degeneración frontotemporal, y en los que tampoco se distinguía la enfermedad por cuerpos de Lewy difusos. El uso en estas entidades nosológicas, que vienen definiéndose con mayor exactitud en épocas más recientes, está también fundamentado en esos ensayos, pero no de modo específico. Finalmente, la impresión clínica suele dar por buenos resultados clínicos en el uso de algunas medicaciones, que en rigor no tienen un indicio científico potente en su indicación; en ocasiones, las escalas de valoración de la mejoría pueden ser demasiado groseras para recoger algunos resultados. Por todo ello, aunque en esta revisión pretendemos comentar todos los aspectos terapéuticos útiles, encontramos muchas veces niveles bajos de evidencia científica, siendo a veces meras recomendaciones de expertos o fisiopatológicamente fundamentadas.

INHIBIDORES DE LA ACETILCOLINESTERASA

Si existe una recomendación constante ante el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer en estadio leve o moderado, es la de ensayar tratamiento con inhibidores de la acetilcolinesterasa, también llamados anticolinesterásicos; a pesar de ello, no deja de ser una indicación controvertida en algunos aspectos (5). En conjunto, este grupo de fármacos ha demostrado su utilidad en ensayos clínicos randomizados con grandes números de pacientes, y en los que muestran un comportamiento similar en la mejora de todo tipo de síntomas asociado a la enfermedad de Alzheimer (6). Los anticolinesterásicos actúan inhibiendo el metabolismo de la acetilcolina, de modo que esta no se degrada en colina y acetato tan rápidamente como en las personas no tratadas. La inhibición de la acetilcolinesterasa permite que moléculas de acetilcolina

permanezcan disponibles durante más tiempo en el espacio sináptico. Con ello se paliaría de alguna manera el déficit de producción de acetilcolina de la enfermedad de Alzheimer, entidad que afecta en gran medida a las neuronas implicadas en la transmisión colinérgica.

En su comportamiento farmacológico, los anticolinesterásicos tienen muchos aspectos comunes destacables:

1. Todos ellos tienen una ventana terapéutica relativamente estrecha. Sus efectos son dependientes de la dosis usada, tanto los efectos buscados como los efectos secundarios. Se debe alcanzar una dosis mínima para poder obtener beneficio clínico. El beneficio clínico aumenta con la dosis, hasta llegar al punto de dosis máxima en el que aumentan sus efectos secundarios hasta el punto de interferir con su efecto beneficioso. En todos ellos se recomienda para el ajuste de dosis y la titulación un periodo de 4 semanas para cada ajuste.
2. El beneficio clínico que proporcionan se extiende a todos los síntomas de la enfermedad, tanto cognitivos como no cognitivos, a escalas particulares de distintos síntomas, a las actividades de la vida diaria y a globalidad del estado del paciente.
3. Algunos datos disponibles permiten pensar que pueden tener influencia en la evolución de la enfermedad, modificándola.
4. Sus efectos secundarios son en general dosis dependientes y constantes en caso de aparecer. Los más frecuentes e importantes en la clínica son los digestivos (anorexia, vómitos, diarrea, borborismos), teniendo menor relevancia los cardíacos (bradicardia) y los neurológicos (parkinsonismo, inestabilidad, debilidad) u otros (secreción nasal, insomnio)

En la tabla 1 se ofrece una comparación de los anticolinesterásicos con uso aprobado en la actualidad. No parece probable que se comercialicen nuevos fármacos del grupo. Si bien todos ellos tienen un comportamiento farmacológico similar, a pesar de tener un origen químico diferente, cabe destacar que existen diferencias entre ellos:

1. **Tacrina**, primer fármaco del grupo, carece de uso clínico en la actualidad. Se ha abandonado su uso, quizás por su hepatotoxicidad y su posología incómoda comparada con cualquier otro anticolinesterásico de la siguiente generación. La hepatotoxicidad de la tacrina es clínicamente relevante, y en un tercio aproximadamente de pacientes provoca daño hepático grave, aunque reversible, lo que obliga a la determinación seriada de transaminasas si se considera su uso.

Por otra parte, debe administrarse cuatro veces al día y en un esquema de titulación progresiva, lo que también complica su uso clínico.

2. **Donepezilo** no precisa titulación previa a la dosis eficaz; aunque permite ajuste de dosis proporciona dosis eficaces desde el inicio, y su administración es sencilla, un comprimido diario. Ello junto con su favorable perfil de tolerancia consigue hacer especialmente cómodo el uso clínico de este fármaco.
3. **Rivastigmina** tiene efectos no sólo sobre la acetilcolinesterasa sino también sobre la butirilcolinesterasa, en el llamado efecto dual. La butirilcolinesterasa es relativamente más activa que la acetilcolinesterasa cuanto más avanza la enfermedad de Alzheimer, lo que justificaría un mayor efecto de rivastigmina en fases avanzadas de la enfermedad. Los datos de rivastigmina sobre sus efectos en síntomas no cognitivos son particularmente robustos.
4. **Galantamina** posee, además de su efecto anticolinesterásico, un efecto alostérico sobre el receptor nicotínico que contribuye a su efecto clínico y su perfil de tolerancia.

Tomados como un conjunto, los pacientes tratados con anticolinesterásicos presentan una mejor evolución en el tiempo que los no tratados, desde el principio de la instauración del tratamiento, lo que permite suponer para este grupo un efecto modificador de la evolución de la enfermedad (7). La probabilidad de obtener una buena respuesta tras la introducción del fármaco es similar para cualquiera de los fármacos, en particular donepezilo, rivastigmina y galantamina (8). No es razonable pensar que el tratamiento con anticolinesterásicos va a producir un cambio importante en la situación clínica del paciente afecto de enfermedad de Alzheimer; lo corriente es obtener una mejoría discreta o más frecuentemente una cierta estabilización o ausencia de progresión durante un periodo limitado de tiempo. Es razonable mantener como expectativas al inicio del tratamiento el mantenimiento de la funcionalidad existente, el retraso relativo de la evolución de la enfermedad o la mejoría de los síntomas no cognitivos. Puede ser conveniente, para evidenciar los efectos positivos del tratamiento en algún caso concreto, plantear unos objetivos del tratamiento en estos términos citados, definidos en aspectos concretos, que permitan monitorizar la indicación del mantenimiento de la medicación en un contexto clínico concreto (9).

El uso clínico de los anticolinesterásicos en entidades distintas de la enfermedad de Alzheimer es razonable en aquellas enfermedades en las que el trastorno incluya un cierto grado de hipofunción colinérgica. En la práctica, su uso es beneficioso en los casos de enfermedad de cuerpos de Lewy difusos, que no son

fáciles de distinguir clínicamente de los de enfermedad de Alzheimer (10), y en la demencia asociada a la enfermedad de Parkinson (11). No son útiles en el tratamiento de la degeneración frontotemporal (12). Su uso en demencia vascular es controvertido, pues se describe un efecto positivo y un aumento relativo de mortalidad en los pacientes tratados; están indicados en los casos en los que la enfermedad de Alzheimer se asocia a trastornos vasculares cerebrales o a la propia demencia vascular (13). Está en estudio su posible uso en demencia avanzada (14) o en deterioro cognitivo leve (15). **MEMANTINA**

Memantina es un inhibidor de la transmisión excitatoria glutamatérgica, al actuar sobre los receptores NMDA reactivos a este neurotransmisor, usado desde la década de los 80 en Centroeuropa. Su uso clínico e indicación actuales están basados en ensayos clínicos randomizados con resultados consistentes entre sí. Comparativamente con los ensayos clínicos de los anticolinesterásicos, los de memantina incluyen un número inferior de pacientes (cientos en vez de miles), en estados más avanzados de evolución de la enfermedad (moderada y grave en vez de leve y moderada) y conciernen al diagnóstico sindrómico, no al nosológico (demencia, en vez de enfermedad de Alzheimer). Por tanto, memantina está indicada en el tratamiento de pacientes con demencia en estados avanzados (16,17). Sus beneficios, que también pueden considerarse sólidamente probados, aunque marginales como los de los anticolinesterásicos, se demuestran de modo consistente en todos los estudios y con diversas escalas. Puede usarse también en estados moderados de evolución. Es perfectamente posible su uso concomitante con los anticolinesterásicos (18-20). Se da a dosis de 20 mg / día repartidos en dos tomas, recomendándose una titulación desde 5 mg / día y con aumentos similares en periodos semanales. Es un fármaco con escasos efectos adversos, entre los que deben mencionarse la agitación y las crisis epilépticas. Puede interactuar con algunos fármacos. No debe usarse en nefropatías relevantes, ya que su excreción es básicamente renal.

PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS PSICO-CONDUCTUALES EN LA DEMENCIA

Introducción

Según la definición establecida por la Conferencia de consenso de la International Psychogeriatric Association (IPA) en 1996, los síntomas psicológicos y conductuales de las demencias (SPCD) se definen como “síntomas de alteración de la percepción, del contenido del pensamiento, del estado de ánimo o de la conducta que a menudo presentan los pacientes con demencia”.

Son síntomas muy frecuentes ya que la mayoría de los pacientes desarrollarán al menos alguno de ellos a lo largo de la evolución de la enfermedad. Se caracterizan porque tienden a fluctuar a lo largo del tiempo presentándose de forma irregular y con tendencia a recurrir. Si bien pueden presentarse desde el inicio es más frecuente que lo hagan en los estadios medios y avanzados. Lo habitual es que aparezcan de forma múltiple con tendencia a formar grupos o asociaciones como la depresión o el vagabundeo, la psicosis y la agresividad, etc.

Los SPCD constituyen una de las variables más importantes en la calidad de vida tanto del paciente como la de su familia. Son una fuente considerable de estrés por lo que contribuyen de una manera desproporcionada al agotamiento y carga emocional del cuidador aumentando la probabilidad de que el paciente sea institucionalizado y contribuyendo al aumento de los costes globales de la demencia. Suelen asociarse a un deterioro cognitivo más rápido y en no pocas ocasiones conllevan situaciones de maltrato al paciente.

Consideraciones generales para el tratamiento farmacológico

Los pacientes con demencia son habitualmente personas de edad avanzada con otras patologías asociadas por lo que precisan con mucha frecuencia del empleo de otros fármacos. La especial sensibilidad de este grupo de población nos obliga a un uso cuidadoso y controlado de cualquier tipo de tratamiento farmacológico. Se hace necesario por tanto el empleo de dosis bajas al inicio con un incremento gradual hasta alcanzar el nivel óptimo, circunstancia que sin duda evitará en gran medida la aparición de efectos no deseados. Por otra parte, la pauta y forma de administración deberá adecuarse no solamente al enfermo (preferencia por comprimidos o por solución) sino al cuidador: normalmente personas ancianas que pueden tener dificultad en comprender las dosis, sus modificaciones o los horarios a seguir.

Consideraciones sobre los efectos adversos de la medicación

El empleo de fármacos psicotropos conlleva con mucha frecuencia la aparición de efectos no deseados con el abandono frecuente del tratamiento por parte de los pacientes. Controlar o minimizar esta circunstancia se hace imprescindible si se pretende asegurar un buen cumplimiento terapéutico. Debe ofrecerse una información adecuada al inicio del tratamiento, ejercer una labor de supervisión durante su empleo y garantizar en todo momento el acceso al neurólogo a fin de resolver aquellas dudas o problemas relacionados con la aparición de efectos no deseados.

En la Unidad de Demencias del Hospital de San Vicente la labor informativa es desarrollada por enfermería quien mediante el empleo de una serie de fichas de medicamentos ofrece al familiar una información amplia sobre los posibles efectos adversos o qué hacer en caso de que éstos aparezcan como se refleja en la figura 1.

Figura 1: Ejemplo de ficha de medicamento

CLOMETIAZOL (<i>Distraneurine</i> ®)	
UTILIDAD	Ayudar al paciente a dormir y a estar más tranquilo
NOMBRE COMERCIAL	DISTRANEURINE®
ADMINISTRACIÓN	Oral. Variable a criterio del médico.
EFFECTOS SECUNDARIOS MÁS FRECUENTES	1. Somnolencia 2. Mareo 3. Dificultad para concentrarse y empeoramiento de la memoria 4. Torpeza al caminar.
MEDIDAS A TOMAR EN CASO DE APARECER LOS EFECTOS SECUNDARIOS	Generalmente son leves y desaparecen al cabo de unos días de tratamiento.
OTROS EFECTOS SECUNDARIOS	1. Insomnio y nerviosismo 2. Confusión, agitación, alucinaciones 3. Alteraciones de la memoria y del comportamiento 4. Aumento de las secreciones respiratorias
MEDIDAS A TOMAR EN CASO DE APARECER LOS EFECTOS SECUNDARIOS	En estos casos, retire el fármaco y consulte con su médico de cabecera.

La mayoría de los síntomas son leves y desaparecen en unos días. Si no es así debe contactar con el médico de cabecera por si fuera preciso retirar el tratamiento.

Si el paciente tiene glaucoma (tensión intraocular elevada) o bronquitis crónica deben tener en cuenta que este tipo de fármacos pueden empeorarlo, comuníquelo a su médico que toma *Distraneurine*® cuando vayan a revisión.

Así mismo contamos con un Servicio de Atención Telefónica mediante el cual puede establecerse contacto con el neurólogo en caso de ser necesario lo que facilita enormemente la labor de supervisión del tratamiento: el familiar o cuidador contacta con nuestra unidad; en un formulario estructurado (figura 2) se recoge la información sobre el paciente, sobre quien realiza la llamada y el motivo de la misma;

posteriormente y de forma diferida el neurólogo contacta de nuevo con el familiar ajustando el tratamiento cuando es preciso o modificando la fecha de revisión si se detectan problemas graves.

Figura 2: Formulario del Servicio de Atención Telefónica



HOJA DE REGISTRO DE LA ACTIVIDAD TELEFÓNICA

FECHA DE LLAMADA	
NOMBRE DEL PACIENTE	
NOMBRE DEL FAMILIAR (O PARENTESCO)	
TELEFONO DE CONTACTO	
MOTIVO DE LA LLAMADA	URGENTE
RESPUESTA	
RESPONSABLE	
FECHA DE RESPUESTA	

Minimizar o evitar la aparición de efectos adversos garantiza un buen cumplimiento terapéutico, fortalece la relación médico-paciente y evita pérdidas de pacientes ya sea por rechazo a los efectos no deseados, por falta de confianza o bien por miedo a nuevos intentos terapéuticos ante la posibilidad de los temidos efectos adversos.

Limitaciones al tratamiento farmacológico

A pesar de que en el momento actual se emplean múltiples fármacos en el tratamiento de los SPCD no hay que olvidar la ausencia de estudios adecuados en el campo de las demencias: existen pocos estudios de seguimiento a grandes grupos de pacientes, pocos ensayos clínicos controlados, metodología de evaluación no siempre uniforme y los posibles intereses de la industria como factor de confusión en la interpretación de los resultados. Todo ello nos lleva al empleo de psicofármacos siguiendo con frecuencia las recomendaciones para personas sin demencia en el campo de la psicogeriatría, por lo que cualquier indicación presentará esta inevitable limitación.

Protocolo de tratamiento en la depresión

Figura 3: Fármacos antidepresivos empleados en la demencia

Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina		
Sertralina	Besitrán®, Aremis®	
Fluoxetina	Adofén®, Prozac®, Reuneurón®	Disminución del apetito
Paroxetina	Seroxat®, Motiván®, Frosinor®	Disminución de la libido
Fluvoxamina	Dumirox®	
Citalopram	Prisdal®, Seropram®	Efecto sedante
Escitalopram	Ciprallex®, Esertia®	Facilitador del sueño
Antidepresivos duales		
a) Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSNA)		
Venlafaxina	Dobupal®, Vandral®	
Duloxetina	Cymbalta®, Xeristar®	
b) Antidepresivos específicos de la noradrenalina y serotonina (NaSSA)		
Mirtazapina	Vastat®, Rexer®	Estimulante del apetito Inductor del sueño
Otros antidepresivos		
Trazodona	Deprax®	Facilita el sueño nocturno
Anticolinesterásicos: Donepezilo (Aricept®), Rivastigmina (Prometax®, Exelon®)		

Los **Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina** son los antidepresivos empleados con mayor frecuencia debido a su buena tolerancia y sus escasos efectos adversos fundamentalmente anticolinérgicos. Por otra parte sus eventuales “efectos no deseados” pueden ser en ocasiones beneficiosos ya que nos

van a permitir el control de otros SPCD asociados a la propia depresión. Por ejemplo, en situaciones en las que coexisten síntomas como la ansiedad, la agitación o el insomnio se puede emplear antidepresivos del tipo de Escitalopram o Citalopram. Otros antidepresivos son la **Trazodona**, habitualmente empleada en las demencias frontales y los denominados **Antidepresivos Duales** caracterizados por su mayor potencia. **Anticolinesterásicos** como el Donepezilo o la Rivastigmina también han mostrado su efecto beneficioso en el tratamiento de los síntomas depresivos en la demencia. Ver figura 3.

Sin embargo, el grupo de los *IMAOs* o los *Tricíclicos* deben ser siempre evitados ya que su efecto anticolinérgico contribuiría a un mayor deterioro cognitivo de los pacientes.

Protocolo de tratamiento en la psicosis

Los neurolépticos son fármacos indicados en aquellas situaciones de alucinaciones e ideas delirantes graves, agitación grave, episodios de agresividad que no respondan a otras medidas y ansiedad/agitación de grado moderado pero mantenidos en el tiempo. Las reacciones extrapiramidales constituyen sin duda el efecto adverso más grave y temido de este grupo de fármacos. Si bien su frecuencia es mucho mayor con el empleo de los *neurolépticos típicos* también puede desarrollarse con los denominados *atípicos*, aunque es preciso recordar que tanto la reacción paradójica (un aumento de la agitación) o una excesiva sedación son también efectos no deseados relativamente frecuentes.

Aunque los **neurolépticos atípicos** son considerados fármacos con un mejor perfil de seguridad no debemos olvidar que tan sólo la Risperidona tiene en la actualidad la indicación para el tratamiento de la psicosis en los pacientes con demencia en nuestro país, existiendo además dudas sobre el aumento real en la incidencia de la enfermedad cerebrovascular y en la mortalidad por ictus producida por este medicamento. Olanzapina y Clozapina no tienen autorizado su empleo en demencias por sus efectos adversos frecuentes y graves: hipotensión ortostática, arritmias cardíacas o infartos cerebrales en el caso de la primera, o un manejo problemático dada la necesidad de análisis sanguíneos periódicos por el riesgo de agranulocitosis en el caso de la segunda.

El uso continuo o habitual de los **neurolépticos típicos** está totalmente desaconsejado por los severos efectos extrapiramidales, no obstante tendrían su indicación en situaciones graves o mantenidas del cuadro psicótico por su mayor

potencia, rapidez de acción y por su disponibilidad de administración parenteral (inyectables vía intramuscular o intravenosa).

Otros fármacos empleados en el tratamiento de la psicosis en las demencias son **anticolinesterásicos** del tipo de la Rivastigmina, **inhibidores del receptor del glutamato** (Memantina), **antidepresivos** como el Citalopram y los denominados **estabilizadores del estado del ánimo** o eutimizantes como Ácido Valproico, Carbamazepina o Lamotrigina.

Las **benzodiacepinas** no tendrían ninguna utilidad debido a que sus frecuentes efectos adversos en forma de somnolencia, cuadros confusionales o caídas frecuentes tan sólo contribuirían a un empeoramiento cognitivo y funcional del paciente.

Figura 4: Fármacos antipsicóticos empleados en la demencia

Neurolépticos atípicos		
Risperidona	Risperdal®	Hipotensión. ¿Ictus?
Quetiapina	Seroquel®	Sedación
Aripiprazol	Abilify®	
Ziprasidona	Zeldox®	Efecto antidepresivo
Olanzapina	Zyprexa®	Hipotensión/Arritmias/Ictus
Clozapina	Leponex®	Agranulocitosis
Neurolépticos típicos		
Haloperidol	Haloperidol®	
Clorpromazina	Largactil®	
Levopromacina	Sinogán®	
Pimocida	Orap®	
Tiaprida	Tiaprizal®	
Zuclopentixol	Cisordinol®, Clopixon®	
Otros fármacos		
Anticolinesterásicos: Rivastigmina (Prometax®, Exelon®)		
Inhibidor del receptor de Glutamato: Memantina (Axura®, Ebixa®)		
Antidpresivos: Citalopram (Prisdal®, Seropram®);		
Estabilizadores del estado de ánimo o eutimizantes:		
- Ácido Valproico (Depakine®)		
- Carbamazepina (Tegretol®)		
- Lamotrigina (Lamictal®, Labileno®)		

Protocolo de tratamiento en la ansiedad

Absolutamente recomendable el empleo de medidas no farmacológicas para su control como primera medida. Sin embargo en determinadas situaciones puede recurrirse al empleo de las benzodiacepinas siempre a dosis bajas, empleando las de

vida media corta, en períodos de tiempo cortos y bajo una estrecha vigilancia de los posibles efectos adversos que como ha quedado expuesto en apartados anteriores contribuirían al deterioro funcional del paciente al producir mayor confusión, somnolencia y caídas.

Figura 5: Benzodiacepinas

Lormetazepam	Noctamid®	Vida media corta
Alprazolam	Trankimazin®	Vida media corta
Lorazepam	Orfidal®	Vida media corta
Loprazolam	Somnovit®	Vida media corta
Bromazepam	Lexatín®	Intermedia-larga
Diacepam	Valium®	Vida media larga
Clonacepam	Rivotril®	Vida media larga

Protocolo de tratamiento de la apatía

La apatía es el SPCD más frecuente en las demencias y el que mayor sobrecarga produce en el cuidador debido a la dependencia de otros para iniciar actividades aunque los pacientes sean capaces de realizarlas por ellos mismos. Para su tratamiento disponemos de fármacos como:

- Anticolinesterásicos
- Agonistas dopaminérgicos: **Pramipexol** (Mirapexin®)
- Estimulantes del sistema nervioso: Modafinilo (Modiodal®), Metilfenidato (Rubifén®)

Protocolo de tratamiento del trastorno del sueño

Entre los síntomas que mayor estrés producen en el cuidador encontramos los trastornos del sueño junto a la agresividad y la psicosis. Síntomas que favorecen en ocasiones situaciones de maltrato al enfermo y que en última instancia determinan la institucionalización del paciente. Su tratamiento farmacológico es, por tanto, necesario sin olvidar los posibles efectos adversos asociados como somnolencia, cuadros confusionales o torpeza motora con el empleo de los inductores del sueño (Zolpidem, Zopiclona y Zaleplon) o las benzodiacepinas. Ante la aparición del denominado Trastorno de Conducta del Sueño REM el fármaco de elección es el Clonazepam.

Figura 6: Fármacos empleados en los trastornos del sueño en las demencias

Inductores del sueño		
Zolpidem	Stilnox®, Dalparán®	Somnolencia
Zopiclona	Limován®, Datolán®, Siatén®	Confusión
Zaleplon	Sonata®	Torpeza motora
Antidepresivos con efeco regulador o inductor del sueño		
Mirtazapina	Rexer®, Vastat®	Estimulante del apetito
Tazodona	Deprax®	
Escitalopram	Esertia®, Cipralax®	Efecto ansiolítico
Citalopram	Prisdal®, Seropram®	Control de la agresividad
Benzodiacepinas: Generalmente DESACONSEJADAS		
Neurolépticos (Atípicos). Especialmente en Trastornos del sueño + Alteración de conducta		
Otros fármacos: Hidroxicina (Atarax®); Valeriana; Melatonina		
Situaciones Especiales:		
- Sueño fragmentado: Clometiazol (Distraneurine®)		
- Trastorno de Conducta de Suelo REM (TCSREM): Clonazepam (Rivotril®)		

Protocolo de tratamiento en los trastornos del apetito

En aquellas situaciones en las que predomina la inapetencia debe recurrirse al empleo de fármacos estimulantes del apetito como **Hidroxicina** (Atarax®), **Ciproheptadina** (Glotone®, Antianorex®), **Pizotifeno** (Mosegor®) o **Heptaminol** (Denubil®). Por el contrario en aquellas otras en las que haya un exceso de apetito o una tendencia a comer de forma compulsiva puede emplearse la **Fluoxetina** (Prozac®, Adofén®) a dosis mayores que en la depresión.

Protocolo de tratamiento de los trastornos de la sexualidad

Si bien son mucho menos frecuentes que los trastornos del sueño o la alimentación no dejan de ser importantes sobre todo por la ansiedad que pueden producir en el cuidador. Aunque lo más habitual es una disminución del impulso sexual pueden aparecer actividades masturbatorias, demanda sexual indiscriminada o tocamientos a sí mismo o a otros mostrando en general falta de pudor. En estas situaciones pueden emplearse dosis altas de **Ciproterona** (Androcur®) en el caso de los varones o **Paroxetina** (Seroxat®, Motiván®, Frosinor®) en el caso de las mujeres.

Protocolo de tratamiento de las conductas difíciles

En fases más avanzadas de la demencia el paciente puede presentar un conjunto de **conductas** que se denominan **difíciles** por la gran dificultad que supone su manejo. En entre ellas se encuentran el negativismo, la agitación, la agresividad, la desinhibición o la intrusividad. El abordaje inicial cuando aparecen estos trastornos debe consistir en intervenciones no farmacológicas como primera medida. En caso de que no se controlen de esta forma se recurrirá al tratamiento farmacológico especialmente en el caso de la agresividad o la agitación.

Entre los fármacos que han demostrado cierto beneficio en el control de estos síntomas se encuentran los Anticolinesterásicos, Memantina, Neurolépticos Atípicos y algunos Antidepresivos. Sin embargo, otros grupos farmacológicos empleados con cierta frecuencia están sujetos a controversia:

Neurolépticos típicos: si bien su uso está totalmente desaconsejado de forma mantenida, tendrían su utilidad en situaciones de agitación grave o mantenida por su mayor potencia y rapidez así como por su disponibilidad en forma inyectable (i.m. o i.v.).

Betabloqueantes: sin indicación en el momento actual debido a la ausencia de ensayos clínicos randomizados que hayan demostrado algún beneficio en el tratamiento de la agresividad/agitación.

Ácido Valproico: fármaco de uso frecuente para el control de la agitación episódica a pesar de la existencia de pocos ensayos clínicos en los que se haya podido demostrar un beneficio claro.

Benzodiazepinas: desaconsejadas a pesar de que puedan producir una leve mejoría debido a la frecuente aparición de efectos adversos que empeoran el estado funcional del paciente.

Tratamiento farmacológico de los síntomas psicológicos y conductuales en la enfermedad de alzheimer

Existen múltiples estudios en los que el empleo de los Acetilcolinesterásicos (ACE-I) en los pacientes con Enfermedad de Alzheimer (EA) han demostrado una mejoría en la función global, en la conducta y la cognición, un retraso en la pérdida de la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria y una reducción en la aparición de nuevos trastornos conductuales junto a una disminución en la dependencia del cuidador. Todo lo cual se traduce en una mejora de la calidad de vida

de ambos y el consiguiente retraso en la institucionalización del paciente. De ahí que los ACE-I sean los fármacos de primera elección en el tratamiento de los SPCD en la EA.

Los anticolinesterásicos son fármacos indicados en las fases leves y moderadas de la EA con autorización reciente para su empleo en las fases avanzadas. Con un perfil de seguridad muy parecido (efectos adversos similares) presentan algunas diferencias no sólo en cuanto a dosis, pauta o forma de administración, sino sobre el efecto beneficioso sobre los SPCD:

- Donepezilo (Aricept®): mejora la apatía, ansiedad y depresión.
- Galantamina (Reminyl®): reduce la aparición de los SPCD y retrasa su aparición en aquellos pacientes que aún no los han desarrollado.
- Rivastigmina (Prometax®, Exelon®): mejora el control de la agresividad, conductas motoras aberrantes, rasgos psicóticos y depresión.
-
- La Memantina (Axura®, Ebixa®) es un fármaco inhibidor del receptor de glutamato indicado en el tratamiento de la EA en fases avanzadas y recientemente también en las moderadas. Así mismo presenta un efecto beneficioso sobre la función conductual sobre todo en el control de la irritabilidad, delirios, trastorno de la alimentación, la agresividad y la agitación.

CONCLUSIONES

Los SPCD son un conjunto de síntomas de extraordinaria importancia en los pacientes con demencia no sólo por su elevada frecuencia sino por la alteración en la calidad de vida tanto del paciente como de su cuidador. Se hace por tanto necesario su tratamiento siendo las medidas NO farmacológicas las que deben emplearse desde el inicio. Solamente ante el fracaso de las mismas debe recurrirse al tratamiento farmacológico.

Es importante ajustar la pauta de administración de los fármacos no sólo a las preferencias del paciente sino a las características del cuidador, normalmente una persona anciana con dificultades previsibles en la comprensión de las dosis, modificaciones u horarios a seguir. De igual forma es recomendable el empleo del tratamiento farmacológico durante pequeños períodos de tiempo.

La utilización de los psicofármacos está sujeta a la aparición de múltiples efectos adversos que deben ser minimizados y controlados en la medida de lo posible para garantizar por una parte un adecuado cumplimiento terapéutico, y por otra el mantenimiento de una relación de confianza entre médico y enfermo. Informar de forma previa al inicio del tratamiento, ejercer una labor de supervisión continua durante su empleo y garantizar un contacto fácil y rápido con el neurólogo ante la aparición de dudas o problemas deberían ser medidas de uso habitual por parte de los neurólogos dedicados al campo de las demencias.

De igual modo deberían plantearse protocolos o estrategias de intervención a los médicos de Atención Primaria que les permitiera el control de este grupo de fármacos y de sus efectos adversos, ya que estos profesionales son los que en última instancia reciben de una manera más rápida y frecuente a los pacientes con demencia.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Introducción

En el tratamiento integral de las demencias es necesaria la combinación tanto del tratamiento farmacológico como del no farmacológico, es decir, lo que se ha llamado terapias combinadas. En todas las guías de demencias se contempla en el plan de intervención ambas terapias o tratamientos, incluyendo tanto al paciente con demencia como a la familia.

Pero, ¿que conocemos por terapias no farmacológicas (TNF)?, realmente se refieren a todo tratamiento o intervención no farmacológica dirigida al paciente o a la familia. Siendo necesario que la intervención abarque todos los aspectos de la persona: cognitivos, conductuales y emocionales.

El fundamento de las terapias no farmacológicas se basa en dos conceptos que son el fenómeno de neuroplasticidad y la capacidad de reserva cognitiva.

Pero, ¿Cuál es el propósito de las TNF?, pues como objetivo primordial tienen potenciar la calidad de vida del paciente y de su familia. Pero dado el carácter evolutivo intrínseco a esta patología, las terapias no farmacológicas no se plantean objetivos de curación sino que pretenden la optimización y preservación de las capacidades conservadas.

TNF de las alteraciones cognitivas:

Como se ha comentado anteriormente, la intervención no farmacológica incluye todos los aspectos de la persona. Así pues, dependiendo del área de intervención se plantearan unos objetivos específicos.

Objetivos específicos

- Estimular y mantener las funciones cognitivas que se mantienen preservadas.
- Mantener y mejorar la autonomía personal en las actividades de la vida diaria.
- Fortalecer las relaciones sociales y evitar la desconexión del entorno.
- Mejorar el estado y sentimiento de salud.

Cuando se realiza una revisión sobre las TNF, se puede apreciar que existen numerosos tipos y aproximaciones. Algunas de estas son:

- Terapia de Reminiscencia
- Aromaterapia
- Musicoterapia,
- Terapia de orientación a la realidad
- Estimulación y programa de actividades
- Terapia de validación
- Técnicas de comunicación
- Estimulación multisensorial o *Snoezelen*
- Psicoterapia del cuidador
- Grupos de autoayuda
- ...y un largo etcétera.

Tras realizar un análisis de las distintas publicaciones al respecto y de las revisiones de la biblioteca *Cochrane* es posible recoger algunas de las conclusiones siguientes. Los estudios sobre la eficacia de la rehabilitación cognitiva y el entrenamiento cognitivo evidencian beneficios moderados aunque no significativos en algunos de los dominios del funcionamiento cognitivo para este último, no siendo posible extraer conclusiones respecto a la terapia de rehabilitación cognitiva. Y los últimos estudios sobre este tipo de terapia no farmacológica apuntan hacia una estabilización cognitiva durante la intervención, así como una mejoría significativa de las habilidades cognitivas entrenadas, también se han obtenido buenos resultados con los programas informáticos, resultados contradictorios respecto a las medidas de conducta y, en general, beneficios a largo plazo en estado de ánimo y calidad de vida. En cuanto a la reminiscencia, se han observado efectos potencialmente beneficiosos aunque no se puede indicar su eficacia en comparación con otras intervenciones psicosociales. Por lo que respecta a la aromaterapia, se han evidenciado datos a favor de la intervención sobre medidas de agitación y síntomas neuropsiquiátricos. La terapia de validación no ha demostrado eficacia para personas con demencia. En cuanto a la musicoterapia no existen pruebas ni para apoyar ni para desalentar su uso en pacientes con demencia. Y por lo que se refiere a la terapia de orientación a la realidad, existen beneficios respecto al rendimiento cognitivo. No obstante, lo que se pone en evidencia es que existe grandes discrepancias en cuanto a la metodología usada tanto en la intervención como en la valoración pre y post tratamiento, por lo que resulta sumamente complejo extraer conclusiones definitivas, siendo necesario un mayor número de estudios puesto que los resultados no son desalentadores.

Si nos centramos en la estimulación cognitiva podemos señalar algunos principios básicos:

- Toda intervención no farmacológica deben basarse en una exploración neuropsicológica exhaustiva que permita determinar las capacidades afectadas y las preservadas y en qué grado lo están.
- Debe ser un neuropsicólogo experto el que realice la evaluación neuropsicológica y diseñe el plan de intervención.
- Es importante tener en cuenta tanto la flexibilidad como la personalización (individualización) en la evaluación y la intervención cognitiva.

La estimulación cognitiva es aconsejable iniciarla desde los estadios precoces de la enfermedad. Debe ser implementada por profesionales entrenados y cualificados (neuropsicólogos o terapeutas ocupacionales). Además, es importante no sólo el trabajo realizado en la sesión, sino la extensión de este trabajo a las tareas en el domicilio a través de consignas dadas al cuidador por los profesionales.

A pesar de que no se ha demostrado todavía científicamente qué terapia no farmacológica es la más idónea. Sí que existe consenso en cuanto a algunos aspectos previos a la intervención propiamente dicha. Los estudios revisados coinciden en que siempre debe existir una exploración neuropsicológica previa a la intervención de menos de 6 meses. Y que además debe realizarse una evaluación objetiva pre y post intervención a nivel cognitivo, funcional, de las alteraciones neuropsiquiátricas y de la calidad de vida, que permita la objetivación de los resultados obtenidos.

A continuación se presenta una propuesta basada en la experiencia de la Unidad de Memoria y Demencias del Hospital la Magdalena de Castellón.

Propuesta de intervención: Taller de Estimulación Cognitiva para EA-Leve

Nuestra propuesta de intervención es la estimulación cognitiva. Para ello se ha realizado una adaptación del taller de estimulación cognitiva del Programa de Psicoestimulación Integral (PPI) de la Fundación ACE que se centra en la orientación a la realidad y la estimulación de las funciones cognitivas preservadas según la fase evolutiva.

Los talleres de estimulación se organizan en sesiones grupales de 4-5 personas formando grupos homogéneos atendiendo a las siguientes características:

- EA-leve. GDS-4.
- Pacientes alfabetizados.
- Con preservación relativa del lenguaje expresivo y receptivo.

- Sin alteraciones sensoriomotoras que puedan dificultar el seguimiento de la sesión.

Todos los pacientes tienen una valoración neuropsicológica reciente y en la valoración neuropsicológica pre intervención se pasan los siguientes cuestionarios y escalas: ADAS-Cog, escala de depresión geriátrica Yesavage y escalas funcionales de Lawton y Barthel.

Al finalizar el taller se realiza una valoración post intervención que incluye el test ADAS-Cog. Además se entrega un dossier de trabajo con ejercicios similares a los realizados durante las sesiones para poder continuar trabajando. También se pide a los familiares que completan el cuestionario de satisfacción del taller de estimulación cognitiva (TEC) diseñado *ad hoc* por los miembros de la unidad. Seguidamente se informa sobre los recursos disponibles en la comunidad para continuar realizando estimulación cognitiva como son los centros de día o las asociaciones de familiares de Alzheimer (AFA).

Previamente al comienzo del taller, se entrega a la familia información por escrito sobre qué es la estimulación cognitiva, qué tipo de intervención se va a llevar a cabo, las fechas de las sesiones y pautas de funcionamiento general de las sesiones.

En cuanto a la duración de los talleres, estos están compuestos por 16 sesiones, de 1 hora de duración, dos veces por semana (un total de 8 semanas). Los ejercicios pautados a lo largo de las sesiones se dirigen a trabajar las siguientes funciones cognitivas: lectura, escritura, cálculo, razonamiento abstracto, praxis, gnosias, atención y ciertos tipos de memoria.

Desarrollo de sesiones:

1. Acogida del grupo
2. Orientación a la realidad (en tiempo, persona y lugar)
3. Revisar tareas casa sesión anterior.
4. Ejercicios de papel y lápiz fundamentalmente de la función a trabajar.
Sólo se trabaja una función por sesión.
5. Se pautan las tareas para casa.
6. Despedida del grupo.

Como conclusiones a nuestra experiencia con el taller de estimulación cognitiva podemos decir que ha tenido muy buena acogida por parte de los pacientes y

familiares. Además es posible crear un hábito o rutina de trabajo, consiguiendo concienciar a la familia de los beneficios en cuanto a calidad de vida de la estimulación cognitiva. Y además permite establecer un “puente” entre la estimulación cognitiva ambulatoria en una Unidad de diagnóstico y tratamiento de la demencia y acudir posteriormente a otro centro especializado comunitario en el que se pueda dar continuidad a la estimulación cognitiva.

TNF de las alteraciones de conducta.

El abordaje inicial de los trastornos de conducta debe consistir en intervenciones no farmacológicas como primer paso. Recurriendo al tratamiento farmacológico cuando estas no se puedan controlar.

Algunas de las alteraciones de conducta más frecuentes que suelen aparecer y que interfieren de manera importante en el quehacer diario son las reacciones catastróficas o irritabilidad, la deambulación, la desinhibición y la suspicacia o ideas de perjuicio.

En general, estas alteraciones de conducta vienen precedidas por lo que llamamos **desencadenantes** como pueden ser el cambio de cuidador o de vivienda, alteraciones del entorno como la tensión creada por ruido o actividad excesiva, no tener necesidades básicas cubiertas, problemas físicos y dolor, alteraciones de la rutina diaria, inactividad, mantener rutinas pasadas y “vivir roles del pasado”, demasiadas demandas o preguntas simultáneas, realización de una tarea demasiado difícil, recibir críticas o ser reprendido, el baño o cambio de ropa, confusión temporal, presencia de alucinaciones y delirios, buscar algo o a alguien, etc.

Se recomienda que ante una alteración de conducta, lo primero es identificar el comportamiento anómalo, luego intentar entender su causa o desencadenante y finalmente adaptar el medio y los cuidados para evitar dicho desencadenante.

Dado el carácter disruptivo de estos comportamientos, es sumamente importante informar a la familia sobre este tipo de alteraciones de conducta tan frecuentes, así como cuales son las pautas de actuación.

Las **pautas de intervención o actuación** deben adecuarse a cada caso, pero como norma general sirven algunas de las siguientes:

- No pedir al enfermo tareas que sobrepasen sus posibilidades mentales
- Reaccionar con calma
- Usar la distracción
- Hablar despacio

- No argumentar, no levantar la voz
- Retirarse y pedir permiso
- Ofrecer dos opciones o simplificar
- Centrarse en hechos agradables
- Distraer a la persona
- Permitir que camine por lugares seguros despejados de obstáculos con los que se pueda dañar
- Asegurar la fácil localización de los cuidadores

Como vemos el papel del cuidador en el control de este tipo de alteraciones es fundamental hasta el punto que podría considerarse como un verdadero **coterapeuta**. Por ello nuestra propuesta de aproximación a la atención integral de la familia pasa por ofrecer cursos de formación y charlas informativas sobre la demencia, evolución de la misma, aspectos de manejo conductual, fomento de actividades de la vida diaria y de estimulación cognitiva así como información sobre aspectos sociales y legales (incapacidad legal, servicios de la comunidad, etc.). Por lo tanto, los profesionales destinados a dar esta información serán el neuropsicólogo y el trabajador social.

Como conclusiones de nuestra propuesta cabe decir que, ante los problemas de conducta las pautas generales de actuación serán:

- Recordar que estas son producto de la enfermedad.
- Intentar hablar despacio y suavemente mientras se mantiene contacto ocular.
- No argumentar, forzar o restringir físicamente al enfermo.
- Utilizar la distracción como método de intervención.
- Evitar los desencadenantes.

CONCLUSIONES FINALES

La evaluación de la eficacia del tratamiento no farmacológico es un tema difícil y controvertido, ya que no es posible realizar estudios doble ciego aleatorizados controlados con placebo por lo que parece recomendable evaluar los estudios utilizando otros criterios.

En los últimos años existe un mayor número de estudios que aconsejan en el plan terapéutico el tratamiento no farmacológico.

Es importante que la familia tenga información –y formación- sobre las alteraciones de conducta mas frecuentes y como actuar ante ellas dado el importante carácter disruptivo de las mismas.

El manejo del paciente con demencia debe integrar tanto el tratamiento farmacológico como el tratamiento no farmacológico.

El modelo de atención al paciente con demencia en la Comunidad Valencia debe centrarse en el manejo integral, donde el tratamiento no farmacológico debe coordinarse entre los servicios de atención sanitaria y otros recursos de la comunidad (AFAs, por ejemplo) para dar continuidad a este.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS RECOMENDADAS

- 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.
- Alberca, R. Tratamiento de las alteraciones conductuales en la enfermedad de Alzheimer y en otros procesos neurológicos. Editorial Médica Panamericana. Madrid. 2002.
- Arroyo-Anlló E M. Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. Programa de talleres de estimulación. Prous Science. Barcelona 2002.
- Boada, M. terapias farmacológicas contra terapias no-farmacológicas: ¿competencia o complementos? I congreso internacional de consenso. TNF 2005.
- Casquero R, Selmes J. Cómo entender, actuar y resolver los trastornos de conducta de su familiar. Guía práctica del cuidador de Alzheimer. Alzheimer España. Ed. Meditor. Madrid. 2003
- Clare L, Woods RT, Moniz Cook ED, Orrell M, Spector A. Rehabilitación cognitiva y entrenamiento cognitivo para la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular de estadio temprano (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Cummings, J. La neuropsiquiatría de la enfermedad de Alzheimer y demencias relacionadas. Novartis Neuroscience. España. 2004.
- Chung JCC, Lai CKY, Chung PMB, French HP. Snoezelen para la demencia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 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.
- 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
- Impacto socio-sanitario de las enfermedades neurológicas en España. Informe FEEN. 2006. <http://www.feeneurologia.com/PDF/IMPACTOSOCIOSANITARIOENFERNEUROLOGICAS.pdf>
- 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.
- Loewenstein D, Acevedo A, Czaja S, Duara R Cognitive rehabilitation of mildly impaired Alzheimer disease patients on cholinesterase inhibitors. *Am J Geriatr Psychiatry* 12: 4 july-august 2004.

- Luce et al. How do memory clinics compare with traditional old age psychiatry services?. [Int J Geriatr Psychiatry](#). 2001 Sep;16(9):837-45.
- Manual de Acreditación de Unidades de Neurología de la Conducta y Demencias. SEN 2006 (En prensa).
- 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
- 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.
- Neal M, Briggs M. Terapia de validación para la demencia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Neary D, Snowden JS, Gustafson L, et al. Frontotemporal lobar degeneration: a consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology* 1998;51:1546-1554
- Olazarán J, Muñoz R, Reisberg B, Peña-Casanova J, del Ser T, Cruz-Jentoft AJ, Serrano P, Navarro E, García de la Rocha ML, Frank A, Galiano M, Fernández-Bullido Y, Serra JA, González-Salvador MT, Sevilla C. Benefits of cognitive-motor intervention in MCI and mild to moderate Alzheimer disease. *Neurology*. 2004 Dec 28; 63(12):2348-53
- Onder G, Zanetti O, Giacobini E, Frisoni GB, Bartorelli L, Carbone G, Lambertucci P, Silveri MC, Bernabei R. Reality orientation therapy combined with cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2005 Nov;187:450-5.
- 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.
- Plan de Asistencia Integral a los pacientes con Enfermedad de Alzheimer y otras demencias en la Comunidad Valenciana. 2006. <http://svneurologia.org/paidem.htm>
- 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.
- Tárraga, Ll., Boada, M., Morera, A., Doménech, S., Llorente. A. (2000). Volver a empezar. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer. Barcelona: Fundació ACE.
- Thorgrimsen L, Spector A, Wiles A, Orrell M. Aromaterapia para la demencia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Vink AC, Birks JS, Bruinsma MS, Scholten RJS. Musicoterapia para personas con demencia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

- Wolfs et al. The added value of a multidisciplinary approach in diagnosing dementia: a review [Int J Geriatr Psychiatry](#). 2006 Mar;21(3):223-32. Review.
- Woods B, Spector A, Jones C, Orrell M, Davies S. Terapia de recuerdo para la demencia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Woods B, Thorgrimsen L, Spector A, Royan L, Orrel M. Improved quality of life and cognitive stimulation therapy in dementia. *Aging Ment Health*. 2006 May; 10 (3): 207-10.