

PROYECTO AIDECAM

**ATENCIÓN INTEGRAL A LA
DEMENCIA AL PACIENTE MAYOR
EN CASTILLA LA MANCHA 2006**

**LUIS ROMERO RIZOS
SECCIÓN DE GERIATRÍA
HOSPITAL PERPETUO SOCORRO DE ALBACETE**

ÍNDICE.

I. Introducción	3
II .Importancia del problema en CLM. Nuevas perspectivas	3
III. Objetivos	4
IV. Primer nivel de asistencia: Atención primaria	4
1. Funciones.....	4
2. Criterios de derivación a atención especializada.....	5
V. Atención especializada. Unidad de Dco y evaluación	6
1. Definición y Objetivos.....	6
2. Composición del equipo multidisciplinar.....	6
3. Funciones.....	6
4. Protocolo de Valoración.....	7
4.1 Primera Visita.....	7
4.2 Segunda Visita.....	12
4.3 Visitas de seguimiento.....	15
4.4 Consulta Telefónica.....	15
4.5 Investigación en Demencias.....	15
4.6 Docencia en Demencias.....	16
4.7 Coordinación y comunicación con otros niveles.....	16
5. Estructura.....	16
5.1 Recursos humanos.....	16
5.2 Recursos Materiales.....	17
5.3 Oferta de Servicios y Cronograma de actuación.....	17
VI. Otros niveles de asistencia especializada	18
1. UNIDADES-CENTROS DE DÍA.....	18
1.1 Pacientes subsidiarios.....	18
1.2 Objetivos y funciones.....	18
1.3 Recursos Humanos.....	19
1.4 Recursos materiales.....	19
2. ASISTENCIA GERIÁTRICA DOMICILIARIA.....	20
2.1 Definición y Objetivos.....	20
2.2 Población Diana.....	20
2.3 Recursos materiales y humanos.....	20
2.4 Funciones y Actividades.....	20
3. UNIDADES DE LARGA ESTANCIA/RESIDENCIAS.....	21
3.1 Población Diana.....	21
3.2 Objetivos y Funciones.....	21
3.3 Recursos humanos.....	21
3.4 Recursos materiales.....	21
4. OTRAS: UGAS Y URF/UME.....	22
VII. Coordinación Sociosanitaria	23
VIII.Coordinación con asociaciones de Familiares	23
ANEXO I. Algoritmos	25-30
ANEXO II Clasificación de Demencias SEN	31-32
ANEXO III Clasificación de Demencias SEGG...	33
ANEXO IV Grados de Recomendación	34
ANEXO V Referencias de Interés	35

I. INTRODUCCIÓN

Se define la demencia como un deterioro adquirido crónico de funciones cognitivas y no cognitivas que determinan un deterioro en la funcionalidad previa del paciente. Es una enfermedad donde se afecta la memoria y otras áreas cognitivas, fundamentalmente en personas de edad avanzada que suelen tener pluripatología, alteración de la funcionalidad y con circunstancias sociales acompañantes que necesitan de un manejo diferenciado de la actuación médica que tradicionalmente se le ha prestado.

Por ello se precisa un ABORDAJE INTEGRAL Y CONTINUADO, atendiendo tanto a aspectos médicos, cognitivos y psíquicos, funcionales y sociales de la enfermedad, desde fases iniciales hasta fases avanzadas y terminales.

Será necesaria la existencia de un sistema de atención que incluya adecuado CRIBAJE y DERIVACIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA, EL ESTABLECIMIENTO DE UNIDADES MULTIDISCIPLINARES DE DIAGNÓSTICO así COMO NIVELES DE ASISTENCIA para tratamiento, adaptados a la situación del paciente, en adecuada COORDINACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS .

La necesidad de una adecuada coordinación social y sanitaria está basada en circunstancias evidentes a las que estamos asistiendo:

- La cuarta parte de los pacientes dementes están en situación de gran dependencia
- La red de apoyo informal representa más del 70% del tiempo de los cuidados, siendo el descenso de ésta (tradicionalmente la mujer), un problema acuciante que va a suponer un incremento del coste de la atención.
- Escasa información y formación en los familiares para asumir el rol del cuidador.
- No asignación adecuada de los recursos necesarios para atender las necesidades, con escasos servicios de apoyo y de descarga.

II IMPORTANCIA DEL PROBLEMA EN CASTILLA LA MANCHA. NUEVAS PERSPECTIVAS

La demencia es actualmente es actualmente un problema sanitario y social de primera magnitud, de hecho ha sido considerada la epidemia del siglo XXI. Sin embargo este problema se va a ver incrementado y modificado en su modelo de asistencia debido a nuevas perspectivas y aspectos que van surgiendo en la enfermedad.

a.- **Características sociodemográficas:** La prevalencia de demencia en Castilla La Mancha es del 7- 8% para los mayores de 65 años. La población en nuestra comunidad alcanza 1.894.667 habitantes (datos del INE 2005), siendo 356.111 mayores de 65 años (18,7%), lo que supone un número de pacientes entre 25000 y 28500 con demencia dentro de este segmento poblacional.. Teniendo en cuenta los cuidadores informales que suele haber implicados (media 2 a 4 personas), el problema de la demencia va a afectar a un nº de personas entre 50000 y 100.000 dentro de nuestra comunidad autónoma.

b.- **Aumento de las demandas de la tercera edad** de servicios sociales y sanitarios

c.- **Desarrollo del asociacionismo** en el campo de las enfermedades que generan dependencia como la demencia.

d.- Demanda de **un modelo de medicina donde prima la autonomía del paciente y el derecho al conocimiento** . Un modelo que considere aspectos bioéticos y jurídicos relacionados con las diferentes situaciones que surgen a lo largo del curso evolutivo de las demencias, orientando el proceso asistencial a salvaguardar la protección y el derecho de los pacientes.

e.- **Demanda de asistencia más temprana y Cambio en las posibilidades de tratamiento farmacológico** que aumentarán el coste de la atención.

III. OBJETIVOS DEL PLAN

Como Sociedad proponemos un plan de actuación homogéneo en nuestra Comunidad Autónoma, basados en los siguientes puntos:

1. Establecer un **sistema de atención integral** que incluya la valoración mental y psicológica, así como aspectos biomédicos, funcionales, sociales y familiares.
2. Atención por parte de **equipo multidisciplinar**
3. Favorecer el diagnóstico del paciente con deterioro cognitivo leve para seguimiento y mejorar el diagnóstico precoz de la demencia
4. Garantizar la continuidad de los cuidados en diferentes niveles de asistencia según la situación funcional y cognitiva con el objetivo de prevenir/retardar la discapacidad.
5. **Actuación sobre el cuidador/es principal/es**, y que incluirá: información, formación, asesoramiento y facilitación de la descarga.
6. Fomentar la **participación y ayuda del voluntariado**
7. **Formación continuada** de los profesionales en los diferentes niveles de asistencia.
8. **Fomentar la investigación** en aspectos biológicos, epidemiológicos, clínicos, terapéuticos, asistenciales y sociales de la demencia.
9. Establecer indicadores que permitan la **evaluación de la actividad y la calidad de la asistencia** en los diferentes niveles de atención, con el objetivo de la mejora continua

IV. PRIMER NIVEL DE ASISTENCIA: ATENCIÓN PRIMARIA

1.FUNCIONES: (ver algoritmo 2)

a.-Actividades de prevención:

Control farmacológico de los factores de riesgo cardiovascular (antihipertensivos, estatinas..), incluidos tabaquismo y obesidad. No evidencias para uso de terapia hormonal sustitutiva, antiinflamatorios o vitaminas C-E.

b.-Detección precoz de deterioro cognitivo y derivación a Atención Especializada

c.-Evaluación periódica del deterioro

d.-Búsqueda de trastornos físico-psíquicos asociados y uso de protocolos para manejo de síntomas específicos.

e.-Vigilancia de yatrogenia farmacológica

- f.-**Atención domiciliaria** / Cuidados paliativos en colaboración con A. Especializada
- g.-**Actuación sobre el cuidador**, aportando formación, apoyo psicológico y social
- h.-**Docencia e investigación**. Formación continuada

2. CRITERIOS DE DERIVACIÓN A UNIDADES DE DIAGNÓSTICO:

La Atención Primaria será la encargada de la DETECCIÓN DE CASOS atendiendo a la presencia de **SÍNTOMAS DE ALARMA** ante los cuales los pacientes deberían ser derivados a unidades de diagnóstico mediante volante de interconsulta específico, e incluyen:

- a.-**Quejas subjetivas y objetivas de pérdida de memoria** corroboradas por un familiar
- b.-Alguna de las siguientes alteraciones cognitivas objetivadas por un informador fiable:
 - Trastornos del lenguaje**
 - Desorientación en tiempo y espacio**
 - Pobreza de juicio. Alteración de funciones ejecutivas**
 - Alteración del pensamiento abstracto**
- c.-**Trastornos psiquiátricos de presentación en edades avanzadas** : síntomas depresivos, cambios en el humor y conducta o personalidad, pérdida de iniciativa...
- d.-**Deterioro en la funcionalidad** de causa no claramente filiada en actividades sociales, instrumentales o de autocuidado medidas por el I.de Lawton e I. Katz-Barthel.
- e.- **Síndrome confusional agudo** durante un ingreso hospitalario previo

El facultativo de medicina familiar y comunitaria debería realizar a estos pacientes con síntomas de alarma evaluación mental mediante **test de screening, test breve general** con el que tenga familiaridad y experiencia: MMSE de Folstein, MEC de Lobo... Así mismo deberían acudir (en lo posible) a las unidades de diagnóstico con las siguientes **exploraciones complementarias básicas** : Hemograma y Vsg, Bioquímica completa, Hormonas tiroideas, vitamina B12 y ac. Fólico, ECG, Rx de torax.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A ATENCIÓN ESPECIALIZADA:

En la NICE-SCIE guideline 2006, recomiendan remitir a especialista si:

- *Duda diagnóstica y confirmación del diagnóstico definitivo
- *Trastornos del comportamiento
- *Necesidad de tratamiento
- *Investigaciones especiales

La derivación no debe realizarse a especialista específico, sino a la unidad de diagnóstico de demencia multidisciplinar, pero existen circunstancias específicas del anciano que hacen que se beneficie más de la actuación del geriatra de la unidad.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN AL GERIATRA (REGG 2002; 37(s4):6-9)

1. Todo paciente con deterioro cognitivo > 75 años
2. Deterioro cognitivo en > 65 años y a menos uno de lo siguiente:
 - Presencia de síndromes geriátricos
 - Pluripatología
 - Polifarmacia y yatrogenia
 - Indicación de tratamiento
 - Presentación y/o evolución atípica
 - Trastornos conductuales
 - Necesidad de gestionar otros recursos (problemática social, sobrecarga cuidador, problemas éticos y legales)

-Duda Diagnostica / Confirmación/ Requerimiento de 2ª opinión

Siendo como es la Atención Primaria una pieza básica en la atención va a ser necesaria una coordinación fluida con la Atención Especializada no solo en la derivación inicial sino también en la posibilidad de contacto para resolver dudas, anticipación de la cita reglada en caso de necesidad o evaluación conjunta con el equipo de Atención domiciliaria dependiente de la atención Especializada.

V. ATENCIÓN ESPECIALIZADA: **UNIDAD DE DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN**

1.DEFINICIÓN y OBJETIVOS (Algoritmo 1)

Es un nivel de asistencia de referencia para la derivación desde Atención Primaria y otras especialidades. Debe tener capacidad operativa multidisciplinar para el abordaje global del deterioro cognitivo y de la comorbilidad asociada, incluyendo atención social y asegurando la continuidad del seguimiento hasta etapas avanzadas.

2.COMPOSICIÓN DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

- GERIATRA / NEURÓLOGO y PSIQUIATRA CONSULTORES
- NEUROPSICÓLOGO CLÍNICO
- ENFERMERO
- TRABAJADOR SOCIAL

3.FUNCIONES

- Asistencia(prioritario). Diagnóstico del trastorno cognitivo.
- Diagnóstico global-multidimensional con valoración geriátrica integral, detección de “problemas ocultos”-síndromes geriátricos y prevención de la yatrogenia
- Desarrollo de un plan preventivo, terapéutico y rehabilitador si fuese preciso, con información a familiares del proceso de enfermedad y con seguimiento periódico.
- Ubicación del paciente en el nivel médico o recurso social adecuado, con el objetivo de COORDINAR RECURSOS SOCIALES y SANITARIOS y GESTIÓN DE CASOS
- Formación continuada de sus profesionales.
- Formación de otros profesionales y educación para la salud y asesoramiento inicial de los cuidadores informales (actuación más extensa para éstos en otros niveles)
- Investigación clínica, epidemiológica, de gestión y colaboración en investigación básica

a.-**PAPEL DEL CLÍNICO** (Preferentemente GERIATRA):

- 1.-Diagnóstico de la alteración cognitiva, tipo de demencia y severidad mediante Historia clínica, test de cribado y exploraciones complementarias.
- 2.-Valoración geriátrica multidimensional
- 3.-Diagnóstico y manejo de la comorbilidad y la polifarmacia
- 4.-Definición de la estrategia terapéutica y del nivel asistencial de ubicación.
- 5.-Supervisión de la terapia administrada y Seguimiento clínico del paciente
- 6.-Coordinación entre los niveles de asistencia
7. -Información al familiar de la enfermedad y de los recursos disponibles

- 8.-Educación y docencia a familiares y profesionales del equipo y otros
- 9.-Investigación
- 10.-Evaluación de la asistencia y diseño de estrategias de mejora

b.- PAPEL DEL ENFERMERO:

- 1.-Gestión de citas
- 2.-Recibimiento inicial del paciente y familiares
- 3.-Realización de procedimientos: peso-talla, TA, ECG, extracciones
- 4.-Ayuda en la valoración geriátrica multidimensional, sobre todo aspectos funcionales y detección inicial de problemáticas familiares
- 5.-Ayuda en la realización de los test de screening cognitivos
- 6.-Gestión de Exploraciones complementarias
- 7.-Información a familiares del proceso y de los recursos disponibles
- 8.-Educación sanitaria
- 9.-Control / Consulta Telefónica
- 10.-Participación en proyectos de investigación y evaluación de la calidad

c.-PAPEL DEL NEUROPSICÓLOGO:

Realizar exploración neuropsicológica e informe neuropsicológico que especifique:

- 1.-Existencia de trastorno cognitivo / presencia demencia
- 2.-Severidad demencia
- 3.-Áreas cognitivas afectadas y preservadas

d.- PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL:

- 1.-Diagnóstico psicosocial del enfermo como parte de la valoración multidimensional para un adecuado abordaje integral del paciente
- 2.-Tratamiento de la problemática psicosocial, individual, familiar y grupal
- 3.-Información de los recursos disponibles, sociales y sanitarios
- 4.-Gestión de los recursos sociales para la atención del enfermo y cuidadores
- 5.-Seguimiento social del paciente y del cuidador
- 6.-Promover la reinserción social y familiar
- 7.-Colaborar en creación y promoción de recursos sociales del área de salud

4.PROTOCOLO DE VALORACIÓN (Algoritmo 3)

4.1 Primera visita

4.1.1 Valoración por Enfermería. Se encargará de:

- Recibimiento inicial del paciente y familiares
- Realización de procedimientos: peso-talla, TA, ECG, extracciones
- Ayuda en la valoración geriátrica y en la realización de los test de screening cognitivos
- Gestión de Exploraciones complementarias

4.1.2 Historia Clínica

*Motivo de Consulta

*Datos sociodemográficos:

- Fecha de nacimiento, Edad actual y sexo.
- Profesión
- Escolaridad (especificar. Analfabeto, 1º , 2º o superiores)
- Domicilio (Especificar sólo, acompañado o institucionalizado)

*Antecedentes Familiares:

- Demencia de inicio precoz o en edades avanzadas y tipo
- Enfermedad de Parkinson

*Antecedentes Personales:

- Riesgo Cardiovascular
 - Hipertensión / Diabetes / Hipercolesterolemia/ Tabaquismo
 - Cardiopatía / Fibrilación auricular
 - ACV / Enfermedad aterosclerótica
- Enfermedades médicas diagnosticadas
- Antecedentes psiquiátricos
- Fármacos y Hábitos tóxicos
- Traumatismos previos

*Anamnesis:

- Fecha y forma de inicio del deterioro
- Relación del inicio de la clínica con alguna circunstancia
- Evolución del deterioro: Estable / Progresivo /Fluctuante
- Problemas cognitivos que se perciben en el paciente:
 - Memoria: inmediata, reciente y remota.
 - Orientación: espacio, tiempo y persona
 - Lenguaje
 - Apraxias
 - Agnosias
 - Cálculo
 - Juicio
 - Pensamiento abstracto
- Trastornos Psicológicos y del Comportamiento
 - Trastornos del ánimo (Depresión, ansiedad o Apatía)
 - Delirios / Alucinaciones
 - Irritabilidad / Agresividad verbal o física
 - Trastornos de personalidad
 - Alteración comportamiento Social / Sexual / Alimentario
 - Conductas motoras anómalas
 - Trastornos del sueño
- Síntomatología neurológica (pérdida de fuerza, marcha...)
- Deterioro en la funcionalidad objetivado.

Evaluar la discapacidad generada por la alteración cognitiva (y diferenciarla de la que se deriva de la limitación funcional en virtud de cambios fisiológicos del envejecimiento o de procesos patológicos) y su influencia en los roles personales, sociales y comunitarios del paciente.

Deberá preguntarse mediante entrevista no estructurada por como era la realización de estos roles previamente a la alteración cognitiva y como es en la actualidad (no solo si lo hace o no, sino la frecuencia y la “calidad” de su realización):

- Actividades de autocuidado
- Actividades instrumentales domiciliarias
- Actividades instrumentales comunitarias
- Actividades sociales en función del entorno sociocultural y del propio paciente

- La Historia clínica se debe complementar con una reglada anamnesis por órganos y aparatos en busca de la Comorbilidad asociada a la alteración cognitiva

4.1.3 Valoración Geriátrica Integral

*Valoración biomédica. Enfermedades, severidad y tratamiento.

Presencia de Síndromes geriátricos (especificar) / Órganos Sentidos / Nutrición

*Valoración funcional. Evaluar los dos componentes de la función:

a.-La LIMITACIÓN FUNCIONAL. Evaluar por su validez, sencillez y aplicabilidad la marcha y fuerza de extensión rodilla, cadera y prensión de mano. En función de la experiencia uso de baterías específicas: SPPPB (Guralnik 1994), 6 minutos andando, Timed up and go (Podsiadlo 1991), Test de equilibrio y marcha de Tinetti (1989) , escala de balance corporal de Berg (1989)..etc

b.-Evaluación de la DISCAPACIDAD:

- Mediante escalas tradicionales: I. Katz (1963) e I. Barthel (Mahoney y Barthel 1965) ABVD (Actividades básicas de la vida diaria) / I. Lawton (Lawton y Brody 1969) para AIVD (Actividades instrumentales vida diaria) /Instrumento FIM (Functional impairment measurement) que evalúa ambas

-O Uso de escalas específicas de discapacidad en demencias como la IDDD (Interview for deterioration in daily living in dementia, Teunisse 1981) /Escala Bayer de AVD B-ADL (Hindmarch , 1998) / ADFACS (Alzheimer Disease Functional Assessment and Change Scale, Galasko 1997)

*Valoración Cognitiva. (Algoritmo 4). El clínico usará test de screening que evalúen memoria inmediata , reciente y remota, atención-concentración, percepción, praxias y función ejecutiva (NICE-SCIE G 2006. Grado B de recomendación)

•Recomendamos realizar un test breve general, complementado con test específicos cortos que evalúen memoria, lenguaje y praxis. No datos para recomendar uno de ellos dadas las limitaciones que presentan en cuanto a edad, nivel educacional, desaferentación sensorial y su valor en demencia vascular o frontotemporal.

Dentro de los primeros (elegir según experiencia)

-MMSE de Folstein (grado B recomendación de la SIGN 06 y NGC 2006) o MEC de Lobo

-Screening de 6 ítems ,Short Test of mental status, Mini Cog..etc

Dentro de los test específicos:

-MIS (Memory Impairment Screen, Buschke 99)

-Test de Fluencia Verbal

-Test del Reloj (Goodglass 1972)

•Como alternativa a lo anterior, uso de minibaterías con asociación de test:

- Test de los 7 Minutos (Solomon 98; Del Ser 2003)

- Otras (ej. BAS- Brief Alzheimer Screen)

•Circunstancias específicas del paciente:

-Dificultad de aplicación de lo anterior en analfabetos. Alternativa: Eurotest

-Paciente con desaferentación sensorial: Test del Informador.

*Valoración de S. Depresivo:

Cribaje de depresión mediante 2 preguntas del CES-D

Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage (1983) y si establecido el diagnóstico de demencia, uso de Escala de Depresión en Demencia de Cornell.

*Valoración Síntomas psicopatológicos y conductuales:

NPI (Neuropsych. Inventory. Cummings y cols 1994).

*Valoración sobrecarga del cuidador: Escala Zarit .

*Valoración social . De forma no estructurada en el caso del médico

La evaluación de la depresión, los síntomas conductuales y la sobrecarga del cuidador el clínico las realizará el clínico mediante entrevista no estructurada, siendo el enfermero o el neuropsicólogo quien utilizará las escalas reseñadas.

4.1.4 Exploración Física y neurológica

- Se deberán de recoger datos del estado mental, bien de forma no estructurada:
 - Nivel de alerta / Nivel de conciencia
 - Evaluación inicial de funciones corticales (memoria, orientación, gnosis, praxias, lenguaje, abstracción, trastornos perceptivos...)
- O bien evaluación del estado mental de forma estructurada usando por ej., el The Mental Status Examination in Neurology , Struck y Black 1985.
- Se deberán recoger si existe alteración en :
 - Pupilas / Fondo de ojo/ Motilidad ocular extrínseca / Pares craneales
 - Signos pseudobulbares
 - Pérdida de fuerza, alteraciones en el tono y reflejos osteotendinosos
 - Piramidalismo
 - Sensibilidad: propioceptiva y epicrítica
 - Reflejos de liberación frontal
 - Coordinación y Síntomas extrapiramidales
 - Reflejos posturales
 - Movimientos involuntarios
 - Marcha

4.1.5 Criterios de Demencia.

El siguiente punto en la actuación diagnóstica es comprobar que el paciente cumple criterios de demencia. Los más usados son los del DSM-IV y los de la CIE-10, estando los primeros más orientados al diagnóstico clínico, siendo los de uso recomendado.

El no cumplimiento de criterios de demencia precisará realizar **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON SÍNDROMES NO DEMENCIALES.**

1. DETERIORO COGNITIVO LEVE (Petersen et al . 2004 Anexo)
- 2.SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO (Criterios DSMIV TR 2002 Anexo)
3. TRANSTORNOS AFECTIVOS (depresión, esquizofrenia tardía, trast. Conversivo)
4. SÍNDROMES COGNITIVOS FOCALES
5. USO CONTINUADO DE FÁRMACOS Y DROGAS.

4.1.6 Exploraciones Complementarias.

Se realizarán en función del cuadro clínico y deberá de incluir al menos:

- a.-Hemograma / VSG
- b.-Bioquímica: Glucosa, lípidos, proteínas, albúmina, iones, función renal y hepática.
- c.-T4 libre y TSH
- d- Vitamina B12 y ácido fólico
- e.-Serología Lúes-RPR y VIH (No rutinario, opcional para la SIGN 06 y el Real Colegio de psiquiatras británicos)
- f.-Electrocardiograma y RX de Tórax
- g.-Neuroimagen anatómica (TAC Craneal /RMN preferible). Grado C. SIGN 2006
- h.-En CASOS SELECCIONADOS y para diagnóstico clínico:
 - *Neuroimagen funcional: SPECT Tc99 HMPAO, (ayuda diagnóstica en Alzheimer, demencia vascular o frontotemporal. NICE-SCIE G 2006. La SIGN 06 y la NGC 06 establecen grado C de recomendación su uso conjunto con TAC cuando el diagnóstico diferencial es dudoso) / DAT SCAN o SPECT Iodine 123 CIT (puede ayudar al diagnóstico de demencia de cuerpos de Lewy. NICE-SCIE G 06)
- i.-En CASOS SELECCIONADOS y para estudios de investigación:
 - *Neuroimagen funcional:

RMN- rCBV
Estudios de activación con fRMN
Espectroscopia por RMN
PET (FDG, F18 Dopa, C11-PIB, C11-R-PK11195)

j.-En CASOS SELECCIONADOS en función de la historia clínica

*Electroencefalograma . No recomendación rutinaria(Grado B de la SIGN 2006 y la NGC 2006). La NICE_SCIE G 06 no lo considera de uso rutinario pero puede aportar datos en delirium, ECJ o DFT

*Punción Lumbar. Análisis de LCR. No recomendación rutinaria,(Grado B de la SIGN 06 y la NGC 2006). La NICE-SCIE G 06 lo recomienda si sospecha de ECJ o demencia rápidamente progresiva. Insuficiente recomendación para uso en clínica como marcador de Alzheimer la determinación conjunta de proteína Tau y de Beta-amiloide.

*Estudio Genético. No evidencias para uso rutinario (SIGN 06)

*Biopsia Cerebral

Como quiera que la atención al paciente de edad debe ser integral, prestando atención a diferentes patologías médicas y trastornos funcionales y que sería incompleta, sin ajustarse a las necesidades que el enfermo espera que le sean satisfechas (y que van más allá de los déficit cognitivos), se valorará la realización de otras exploraciones complementarias en virtud de los datos analíticos o de los síntomas de la anamnesis .

4.1.7 Exploración Neuropsicológica. (Grado B recomendación SIGN 06 y NCG 06).

A realizar por el neuropsicólogo de la unidad de diagnóstico que será el encargado de realizar un INFORME NEUROPSICOLÓGICO. Los instrumentos de evaluación neuropsicológica a utilizar deberían tener datos normalizados para la población en estudio (o estar incluidos en el proyecto NEURONORMA de normalización y validación de instrumentos neurocognitivos y funcionales en pacientes con deterioro cognitivo *). Las baterías deben ser flexibles en función de los objetivos del examinador y la situación del paciente, y es que no existe una batería neuropsicológica estandarizada que sirva para todo tipo de pacientes y necesidades.

Proponemos 2 opciones:

a. Uso de una batería general o integrada y evaluación posterior mediante test específicos de las áreas cognitivas afectadas.

b. Selección de test específicos, con uso de dos de ellos por cada área cognitiva. Por cuestiones de tiempo pensamos sería la opción más válida para diagnóstico clínico, reservando la primera para investigación.

•BATERÍA GENERAL o INTEGRADA

Puede servir para determinar el perfil clínico del paciente, definir las capacidades preservadas y permitir evaluación de áreas cognitivas específicas. Entre ellas:

-TEST BARCELONA ABREVIADO (Peña Casanova y cols 97)*

-ADAS (Alzheimer Disease Assessment Scale, Rosen 1984)*

-CAMCOG (Cambridge Cognitive Examination, Roth 86, Llinás 88, Rev española 02)*.

•SELECCIÓN DE TEST DE ÁREAS COGNITIVAS ESPECÍFICAS.

-TEST DE MEMORIA

Escala de memoria Wechsler (1944, actualizada 1997)

Test de memoria conductual de Rivermead (Wilson 1985)*

*Test de Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey (Rey 1958)**

*Test de Recuerdo Libre y selectivamente facilitado (Buschke 73,)**

*Figura Compleja de Rey-Osterrieth(1941 y 1944)**

Test de Retención Visual de Benton(1942, actualizada 1992)

-TEST DE ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN

Cubos de corsi (Milner 1971) / Test de repetición de dígitos*

*Test de Cancelación de Dígitos (Diller 1971)**

*Test de Cancelación de Letras (Diller 1974)**

Subtest de Recitación seriada del Test Barcelona (Peña C. 1990)

-TEST DE LENGUAJE ORAL Y ESCRITO

Boston Diagnostic aphasia Examination (BDAE Goodglas 72 act.2002- versión esp 96)

Test de Afasia para Bilingüe

*Test de fichas (De reuzi 1962, abreviada 1978)**

*Test de Denominación de Boston (Kaplan 1978, actualizada 2001)**

Test de nombres de categorías específicas (Mc Kenna 1997))

-TEST DE PRAXIS

Praxis Gestual: FAST-R (Florida Apraxia screening test-revised, glez rothi 97) para praxia ideomotora e ideatoria o Subtest de praxis gestual del test Barcelona.

*Praxis Constructiva: Subtest de praxis constructiva a la copia del test Barcelona o test de la figura compleja de Rey**

-TEST DE PERCEPCIÓN VISUAL Y VISUOESPACIAL

*Visual object and Space Perception Battery (VOSP, Warrington 1991)**

*Test de orientación de líneas de Benton (JLO, Benton 1975, 1994)**

*Facial Recognition Test, Benton 1968, actualizada 1994**

-TEST DE FUNCIÓN EJECUTIVA

*Evocación categorial semántica de animales**

Set Test, isaacs 1972, versión española 1990

*Test de Colores y Palabras de Stroop (1935, actualizada goleen 1978)**

*Trail Making Test (partington 1949)**

*Test de Clasificación de las tarjetas de Wiscosin (Berg 1948)**

Batería de Control ejecutivo, Goldberg 1999.

•Complementará la evaluación cognitiva con

-Test de Depresión (Yesavage, Cornell si establecido dco demencia)

-Test de valoración de alteraciones conductuales (NPI)*

4.1.8 . Valoración por Trabajador Social (Ver funciones en página 7)

4.2 Segunda Visita Se establecerá:

4.2.1 Diagnóstico Etiológico del Síndrome Demencial (si existiera)y severidad

Para la *clasificación* usar la del grupo de trabajo de la SEN o bien utilizar la codificación propuesta por el grupo de trabajo de demencias de la SEGG .

Uso de *Criterios específicos* :

A.-Enfermedad de Alzheimer: Criterios NINDS-ADRDA (Mc Khann, 84) preferibles para diagnóstico clínico y criterios DSMIV TR o CIE 10 como alternativa (NICE-SCIE Guideline 2006); La SIGN 2006 y la NGC 2006 establece grado B de recomendación para uso de criterios DSM IV o NINDS-ADRDA

B.- Demencia Vascolar: Criterios NINDS-AIREN (Roman et al 1993) y como alternativa criterios CIE10 o DSM IV-TR (NICE-SCIE Guideline 2006). La SIGN 2006 y la NGC 2006 establece grado B de recomendación para uso de los criterios de la NINDS-AIREN o la escala isquémica de Hachinsky (Hachinsky, 75, Rosen 80).

C.-Ninguno de los criterios evalúan de forma adecuada la demencia mixta.

D.-Demencia de cuerpos de Lewy (DCL): Criterios de consenso de la DCL (Mc Keith 96 y 2000). Grado C de recomendación SIGN06 y NGC 2006.

E.-*Demencia Frontotemporal*: Criterios de Lund-Manchester (Neary et al, 98) (Grado C de recomendación de la SIGN 06) o Criterios NINDS-Work Group on frontotemporal dementia and Pick's Disease (Mc Khann, 2001 contemplados en NICE-SCIE Guideline 2006.

Para valoración de la **Severidad**:

- 1.-GDS (Global Deterioration Scale de Reisberg 1982 para Enfermedad de Alzheimer)
- 2.-FAST (Functional Assessment Staging. Reisberg 1982)
- 3.-CDR(Clinical Dementia Rating . Hughes 1988. Actualizada Morris 1993)

En otras demencias donde existe interferencia de la funcionalidad por parkinsonismo asociado o patología osteoarticular establecer puntos de corte en test de screening cognitivos (MMSE u otros)

4.2.2. Diagnóstico Multidimensional:

- Patologías médicas y Síndromes geriátricos
- Síntomas psicopatológicos y conductuales
- Deterioros funcionales
- Problemática social

4.2.3. Ofertar plan terapéutico multidimensional con ubicación en el nivel asistencial más adecuado . En este apartado se decidirá:

- Alta de no precisar seguimiento o
- Permanencia en la Unidad o
- Derivación a otro especialista si se beneficiase de ello (Psiquiatra...) o
- Seguimiento en una segunda consulta de geriatría si el problema principal está en relación con pluripatología y deterioro funcional.

4.2.4 Ofertar tratamientos farmacológicos en virtud de la mejor evidencia científica disponible actualmente. (Algoritmo 6)

1- Para síntomas cognitivos

-Inhibidores Acetilcolinesterasa

a.-Donepezilo a dosis de 5 mg o superiores puede usarse para tratar el declinar cognitivo en EA (grado B de SIGN 06 y NGC06). Indicación en grado leve-moderado

b.-Galantamina a dosis ≥ 16 mg puede usarse para tratar el declinar cognitivo en EA o demencias mixtas (Grado B SIGN06 y NGC 06). Indicación en grado leve-moderado

c.-Rivastigmina a dosis de 6 mg o superiores puede ser usada para tratar el declinar cognitivo en EA y en la demencia de cuerpos de Lewy (Grado B SIGN 06 y NGC 06. También recomendada por la AAN 2006). Indicación en Grado leve-moderado

En el caso de pacientes con parkinson-demencia la AAN 2006 recomienda el uso de Donepezilo o rivastigmina (única con indicación en ficha técnica) para el tratamiento de los síntomas cognitivos.

-Memantina

La guía de la SIGN habla de insuficiente evidencia para su uso en síntomas no cognitivos y cognitivos de la EA. En España aprobada su indicación si $MMSE \leq 20$

2-Para síntomas no cognitivos

2.1.-Alucinaciones, Delirios, Agitación, Agresividad

En síntomas leves de elección intervenciones no farmacológicas.

Uso IACE en Enfermedad de Alzheimer y Rivastigmina en demencia Cuerpos Lewy (grado B SIGN06) e Insuficiente evidencia para recomendación en demencia vascular.

* Antisicóticos: Las guías recomiendan evitarlos en lo posible en casos leves moderados por riesgo de ACVA y muerte; en casos severos usarlos evaluando riesgo-beneficio.

La NICE-SCIE 06 recomienda que de ser necesarios se pueden usar los atípicos (aripiprazole, olanzapina, quetiapina, risperidona) por haberse objetivado pequeño beneficio comparado con placebo y con similares beneficios para los convencionales.

La SIGN 06 y la NGC 06, recomienda que de ser necesarios, los antipsicóticos convencionales pueden ser usados con precaución, en función del perfil de efectos secundarios, para los síntomas asociados a la demencia (grado A de recomendación)

En la guía reconocen la utilidad de los antipsicóticos atípicos para trastorno psicótico, agresividad y otros, pero no los recomienda por los efectos secundarios, st ACVA

Desde febrero del 2005 en España, la dirección General de Farmacia y productos sanitarios establece las indicaciones de prescripción de los antipsicóticos atípicos (sólo permiten el uso de risperidona para tratamientos de los síntomas asociados a la demencia) y la necesidad del visado para su dispensación en mayores de 75 años.

La revisión sistemática de la literatura, demuestra que:

1.- Tanto los neurolépticos típicos como atípicos presentan una mayor morbimortalidad comparado con placebo, sin mayor incidencia de ACVA en atípicos respecto a típicos.

2.- La presencia de efectos extrapiramidales es menor con neurolépticos atípicos

3. Modesta efectividad para tratamiento de síntomas neuropsiquiátricos en pacientes con Enfermedad de Alzheimer o demencia vascular con dosis de 1 mg de risperidona o 5-10 mg de olanzapina (dosis superiores provocan trastornos extrapiramidales o (sedación)

4.- Pese al beneficio comunicado no hay publicados estudios randomizados controlados con clozapina, quetiapina o ziprasidona en pacientes con demencia.

Por ello nuestra recomendación , y con el objetivo de aminorar el deterioro funcional , es que en caso de ser necesarios, los neurolépticos atípicos sean de 1ª elección (risperidona 0,5-1mg o quetiapina 50-100 mg si parkinsonismo asociado

* Trazodona: Reduce la agitación cuando se acompaña de depresión en demencia

* No Estudios randomizados controlados para recomendar uso de Litio.

2.2.-Comorbilidad Emocional: ansiedad y depresión

* Antidepresivos pueden ser usados para tratamiento de la depresión en pacientes con demencia (Grado D SIGN 06 y la NGC 06). La NICE-SCIE 06 recomienda su uso si no respuesta a estrategias no farmacológicas.

Recomendamos uso de ISRS (escitalopram, citalopram, sertralina) para los trastornos depresivos, la apatía y también en los cuadros de ansiedad (trazodona también 1ª línea)

* Benzodiazepinas: No existen estudios randomizados controlados o revisiones sistemáticas que valoren su utilidad en el manejo de síntomas asociados a la demencia, incluyendo la ansiedad e incluso en los trastornos del sueño. Intentar evitar y sólo uso en agitación severa y fármacos de vida media corta como el loracepam.

2.3 Recomendaciones en otros trastorno sin evidencia científica “irrefutable”:

- Manía, euforia o desinhibición: Pese a que las guías SIGN 06 y la NGC 06 no recomienda uso de ácido valproico en trastornos del comportamiento en demencia (grado A), éste puede ser un fármaco de 1ª elección a dosis 250-1000 mg

- Conductas motoras anómalas: Uso de ácido valproico o bien citalopram

- Trastorno del comportamiento alimentario: acetato de megestrol para anorexia y fluvoxamina-otros ISRS o trazodona para hiperfagia en tr. obsesivo-compulsivo

- Trastornos del Sueño: Como fármacos de 1ª línea , trazodona o zolpidem

4.2.5.Ofertar tratamientos no farmacológicos en virtud de la mejor evidencia científica disponible (ver en capítulo de centros de día)

4.2.6.Información de la enfermedad y su curso por médico y enfermería especializada, así como fármacos, pautas de administración y efectos 2º potenciales

El trabajador social informará de recursos sociales y Aspectos Jurídico-legales.

4.2.7. Atender a aspectos bioéticos y jurídicos relacionados con las diferentes situaciones que surgen a lo largo del curso evolutivo de las demencias. En este sentido podríamos seguir las conclusiones del texto **La toma de decisiones: Documento Sitges 2005** , que establece la capacidad mínima necesaria de las funciones cognitivas, mediante uso de escala unificada, en la toma de diferentes tipos de decisiones (sobre la propia salud, patrimonio, participación en investigación, actividades propias de carácter no laboral...). Así mismo en diferentes capítulos se hace mención a:

-Obligaciones ético-legales que tienen los médicos y los familiares con sus enfermos: Vida privada, derecho a la información y la confidencialidad; consentimiento informado; voluntades anticipadas (ley 41/2002 BOE 14 nov 2002)

-Decisiones relacionadas con el patrimonio

- Adopción de decisiones en caso de falta de capacidad. Incapacitación legal y constitución de la tutela (art.223 código civil ley 41/2003)

4.2.8.El papel de la enfermería (en esta y sucesivas visitas)

En fases LEVES-MODERADAS

- a.-Formar al cuidador, informando de cómo adaptar el entorno y organizar de forma rutinaria las AVD para fomentar la autonomía, evitando riesgos
- b.-Fomentar la participación en terapias cognitivas en centros de día o en el propio domicilio por parte de los familiares
- c.- Desarrollo de programas de rehabilitación funcional y modificación conductual

En fases AVANZADAS con pérdida de autocuidado y de la movilidad

- a.-Evaluar capacidades residuales, estimulando su realización
- b.-Estimulación psicomotriz
- c.-Facilitar uso de ayudas técnicas
- d.-Enseñar a familiares a afrontar y manejar los trastornos conductuales
- e.-En pacientes encamados: cuidado boca, piel, manejo de incontinencias, prevención de úlceras por presión o estreñimiento.
- f.-Apoyo y preparación a la familia para el duelo

4.2.8. Remitir informe al médico de cabecera

4.3 Visitas de Seguimiento. Se deberá realizar de forma protocolizada:

4.3.1.Reevaluación de áreas cognitivas y de síntomas psicopatológicos y conductuales

4.3.2. Anamnesis y diagnóstico de patologías médicas- S. geriátricos y funcionalidad

4.3.3. Valoración multidimensional:

Limitación funcional y Discapacidad

MMSE u otro test cognitivo de screening

Trastornos conductuales (No estructurada o escala NPI)

Problemática Social y Sobrecarga del cuidador (No estructurada o escala Zarit)

4.3.4.Reevaluación de necesidades y nivel asistencial más adecuado

4.4 Consulta Telefónica(anexo II)

Atendida por enfermero especializado y bajo supervisión del clínico. Utilidad:

- A.-Consulta de posibles efectos secundarios de la medicación pautada
- B.-Resolver dudas respecto a síntomas de nueva presentación
- C.-En función de la sintomatología:
 - Ofertar soluciones tras consulta médica
 - Programar nueva cita en consulta de seguimiento
 - Derivación a su médico de atención primaria o S. de urgencias

4.5 Investigación en Demencias

Se fomentará desde la unidad las **líneas prioritarias de investigación:**

- A.- Estudios de epidemiología descriptiva y analítica en Castilla La Mancha
- B.- Creación de un instituto de neurociencias en colaboración con las cátedras de anatomía y fisiología de la facultad de medicina de la UCLM con el fin de creación de un banco de muestras biológicas (LCR, suero, cerebros..) para investigación.
- C.-Factores de riesgo y marcadores de progresión de DCL a demencia.
- D.- Estudios encaminados a búsqueda de marcadores para diagnóstico precoz de la enfermedad (analítico, estudios en LCR, neuroimagen, evaluación NPS...)
- E.- Ensayos clínicos: farmacológicos, influencia de la intervención cognitiva..
- F.-Estudios sobre los diferentes modelos de asistencia y de gestión en unidades de demencia, con evaluación de la calidad asistencial .
- G.- Estudios de sobrecarga del cuidador y las estrategias para su prevención y manejo.
- H.- Estudios sobre costes de la atención y estrategias de financiación.

4.6 Docencia en Demencias

- A.- Rotación de médicos de atención primaria, MIR de Geriátría, neurología, psiquiatría y otras especialidades interesadas en la atención al anciano con deterioro cognitivo .
- B.- Rotación de otros profesionales implicados en la atención del anciano y la demencia (Enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos clínicos, neuropsicólogos..)
- C.- Cursos de Formación para los diferentes profesionales implicados en la atención.
- D.- Cursos de información y formación de familiares (colaborar en su realización en los centros de día o en colaboración con asociaciones de familiares)
- E- Formación continuada en otros centros para los profesionales de la unidad..

4.7 Coordinación y comunicación con otros niveles. Establecer circuitos de comunicación tanto con:

- Atención Primaria, con flujos de derivación y consulta a demanda
- Otros servicios clínicos
- Paciente y cuidador
- Asociaciones de familiares de Alzheimer y otras demencias
- Administración, Servicios sociales y comisión sociosanitaria de área

5.ESTRUCTURA

5.1 Recursos Humanos. Para un área sanitaria de 250.000 habitantes, con un 18,7% de envejecimiento, una prevalencia del 7-8 % y una incidencia en torno al 1% de demencia para mayores de 65 años, el nº de pacientes con demencia prevalente es de 2900 a 3300 aproximadamente y una incidencia anual en torno a 400 pacientes. De forma estimativa el nº de pacientes con deterioro cognitivo leve es aprox. el doble de los números comentados. Para un clínico y para un supuesto de atención de 20 días/mes y

10 meses/año (tener en cuenta los diferentes periodos vacacionales, salientes de guardia y de formación continuada) con evaluación de 3 pacientes nuevos y 8 de seguimiento, se precisarían:

- 2 Geriatras a tiempo completo
- 1 neurólogo y 1 psiquiatra a tiempo parcial
- 1 enfermero
- 1 ó 2 neuropsicólogos (en función de si solo son evaluados los casos dudosos, leves y con características especiales o todos los pacientes)
- 1 Trabajador social (a tiempo parcial / compartido)

5.2 Recursos Materiales

- a.- Zona de espera
- b.- 2 Consulta médica (informatizadas y disponiendo de balanza, tallímetro, cronómetro, oftalmoscopio, esfigmomanómetro, pulsioxímetro, dinamómetro.)
- c.- 1 Consulta de enfermería
- d.- 1 Local para valoración del neuropsicólogo
- e.- Sala de información a familiares y de reuniones del equipo
- f.- Zona administrativa

5.3 Oferta de servicios y cronograma de actuación

PRIMERA VISITA. Espera máxima de 1 mes, siendo deseable 10-15 días

- Acogida por ENFERMERO (tiempo a establecer)
- GERIATRA: 3 / día con una duración deseable de 60 minutos.
- TRABAJADOR SOCIAL: Serán valorados el mismo día de la valoración médica, precisando entre 30 y 40 minutos
- VALORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA (en día diferente):60 minutos.

SEGUNDA VISITA. Consensuar tiempos para realización las exploraciones complementarias (sobre todo con el servicio de radiología), intentando que en lo posible el tiempo de espera no supere el mes (deseable máximo 15 días). El tiempo para esta visita será de 20-25 minutos para el clínico

VISITAS DE SEGUIMIENTO

PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO LEVE:

- a.- Visita anual (inicialmente a los seis meses)
 - b.- Se podría beneficiar de Centros de mayores si tienen establecidos la existencia de Talleres de memoria /Terapias cognitivas o bien del centro de día terapéutico
- DEMENCIA LEVE-MODERADA y MODERADAMENTE GRAVE(GDS 4-5-6)
- a.- Revisión 1ª a los 2 meses si se ha iniciado tratamiento con fármacos antidemencia
 - b.- Si no incidencias médicas o trastornos psicopatológicos y conductuales que hagan necesario adelantar la revisión, cada 6 meses.
 - c.- Consulta telefónica a demanda
 - d.- Remitir a Centro de día terapéutico
- DEMENCIA SEVERA (GDS 7)
- a.- De manera individualizada podrían ser remitidos a centros de día terapéuticos
 - b.- Seguimiento cognitivo anual (Si encamado, realizar por equipo de A. Domiciliaria)
 - c.- Consulta telefónica a demanda

- d.- Incluir en programa del equipo de Asistencia Geriátrica Domiciliaria para seguimiento hasta el fallecimiento y actuar a demanda del equipo de Atención Primaria en caso de deseo familiar de permanencia en domicilio si existen condiciones para ello.
- e.- Si difícil control de sintomatología, cuidados complejos de enfermería y no soporte social, remitir a unidades de larga estancia o residencias asistidas. Deben estar incluidos en programa para seguimiento hasta fallecimiento (importancia en investigación)

CONSULTA TELEFÓNICA

Atendido por enfermero especializado en la atención al paciente con demencia. Consulta a demanda de 8 a 15 horas / Lunes a Viernes. Actividades a realizar las reseñadas con anterioridad.

VI. OTROS NIVELES DE ASISTENCIA ESPECIALIZADA

1. UNIDADES-CENTROS DE DÍA

Recurso social y sanitario donde familiares, paciente y profesionales forman una triada de evidentes ventajas para la consecución de las demandas que se presentan durante la larga evolución de la enfermedad. El beneficio a los pacientes se deriva de la eficacia de la intervención terapéutica y del retardo de la institucionalización, y en el caso de la familia por la información, formación y apoyo que se les pueda prestar

Se pretende el ABORDAJE INTEGRAL DEL PACIENTE CON DEMENCIA, siendo tres grandes las metas a conseguir: mantenimiento de la función (incluida la cognitiva), manejo de los trastornos del comportamiento y reducción de la comorbilidad emocional.

1.1 Pacientes Subsidiarios

Inclusión

- Trastorno psíquico, físico o social, sin patología psiquiátrica grave y con cierto nivel de contacto con el entorno, GDS 4 a < 7 (valoración individual en éstos)
- Pérdida de autonomía leve-moderada
- Edad ≥ 65 años

Exclusión

- Graves déficit funcionales y pérdida de autonomía
- Trastornos conductuales graves
- Problemas médicos complejos que precisen vigilancia médica continua

1.2 Objetivos y Funciones

1. Información, educación sanitaria y apoyo al cuidador. La actuación sobre ellos será, bien de forma individual o mediante cursos programados:

- Formación básica en el continuum de la enfermedad, con enseñanza de actitudes para afrontar trastornos psicológicos y conductuales, así como técnicas de autocuidado
- Información de recursos sociales y Asesoría legal para declaración de incapacidad
- Apoyo social, sanitario, psicológico y económico a los cuidadores informales
- Valoración de riesgos sociales y adaptación del domicilio.

2. Atención enfermedades médicas asociadas

3. Mejorar / Mantener la funcionalidad y la independencia en AVDs. Terapias de estimulación funcional: Ofertar Fisioterapia y Terapia Ocupacional

4. Las terapias de **estimulación cognitiva** deberían ser ofertadas a los pacientes con demencia (Grado B recomendación SIGN 06 y NGC.USA 2006).

- **Intervención cognitiva:** Los talleres de estimulación cognitiva son recomendables 2-3 veces / semana de 1,5 horas de duración.

- a. TÉCNICAS DE ORIENTACIÓN A LA REALIDAD (Grado D SIGN 06 y NGC 06)
- b. REMINISCENCIA y TERAPIAS DE VALIDACIÓN. Los estudios randomizados no muestran eficacia significativa en pacientes con demencia.
- c. TALLERES DE MEMORIA, y estimulación de otras actividades cognitivas específicas(Lenguaje, gnosias, atención, asociaciones para recordar caras.), aunque la estimulación de dominios específicos ha resultado fundamentalmente positivo en tareas de aprendizaje verbal.

- Terapias para **manejo de trastornos del comportamiento y la comorbilidad emocional**

a. MANEJO CONDUCTUAL: Tendrían como objetivo educar y dar el apoyo emocional para mejorar las habilidades y estrategias de afrontamiento de los cuidadores frente a estos trastornos de conducta (modificación del entorno, facilitar la comprensión del comportamiento, la afectividad.. minimizando los trastornos).

Los cuidadores deberían recibir un entrenamiento exhaustivo en intervenciones que son efectivas para pacientes con demencia (Grado B recomendación SIGN y NGC 2006).

b. Las **recomendaciones para el manejo de estos síntomas no cognitivos:**

- Evaluar potenciales factores precipitantes

- Para todos los tipos y severidad de la demencia, deberían tener acceso a intervenciones individualizadas .El rango de intervenciones a considerar comprende:

AROMATERAPIA (sobre todo para la agitación)

ESTIMULACIÓN MULTISENSORIAL (pequeña mejoría en humor y apatía)

MUSICOTERAPIA Y ACTIVIDADES RECREACIONALES que en dementes mejoran calidad de vida (Grado B recomendación SIGN y NGC 2006)

TERAPIAS CON COMPAÑÍAS DE ANIMALES

Todas estas terapias también podrían servir para manejo de la comorbilidad emocional aunque sin evidencia en cuanto a la apropiación en diferentes estados de demencia

- No existen evidencias de que terapias de validación, estimulación cognitiva y reminiscencia, reduzcan los trastornos del comportamiento en pacientes con demencia

Pensamos, en virtud del beneficio obtenido en estudios individuales, y pese a no existir una exhaustiva evidencia científica, en el potencial beneficio de las siguientes

Intervenciones terapéuticas en pacientes con demencia a realizar en c. de Día:

	GDS 4	GDS 5	GDS 6	GDS 7
ESTIMULACIÓN ABVD		+	+	+
ESTIMULACIÓN AIVD	+			
EST. COGNITIVA ESPECIFICA	+	+		
O.R.	+	+	+	
REMINISCENCIA	+	+	+	
MUSICO /LUDOTERAPIA	+	+	+	+
MANEJO CONDUCTUAL	+	+	+	+
ESTIMULACIÓN MULTISENSORIAL		+	+	+
AROMATERAPIA		+	+	+

1.3 Recursos humanos

- Geriatra consultor a tiempo parcial
- Psicólogo clínico
- Trabajador social a tiempo parcial
- Fisioterapeuta y Terapeuta ocupacional
- Voluntariado

1.4 Recursos Materiales

- a.- Área médica y de enfermería
 - b.- Área rehabilitadora con zonas de Fisioterapia y Terapia Ocupacional.
 - c.-Sala para terapias no farmacológicas
 - d.-Sala multifuncional para información de familiares y cursos de formación
- Deberán estar ubicados lo más cerca posible del domicilio del paciente, siendo deseable un centro cada 20000 a 30000 habitantes, con una capacidad para 20-30 pacientes, con horario variable de 8 a 16-20 horas

2.ASISTENCIA GERIÁTRICA DOMICILIARIA

2.1 Definición y Objetivos

Dentro del modelo de atención a los ancianos de edad se propone la implantación del equipo de asistencia geriátrica domiciliaria con objetivo de manejo temporal que incluyan los cuidados postalta hospitalarios tanto médicos, de enfermería como rehabilitadores; así como la evaluación puntual de anciano frágil en domicilio a petición de su médico de atención 1ª para elaboración de planes de cuidados. No es objetivo primario la asistencia a largo plazo del paciente discapacitado crónico o con demencia severa, en situación de terminalidad y con deterioro funcional severo, actuación que debe recaer en los programas de atención domiciliaria de los equipos de atención primaria; no obstante deben estar en programa de seguimiento por la unidad de demencias para valoración programada hasta fallecimiento (al menos una vez /año) y actuar de forma puntual a demanda de su médico de familia para control de problemas médicos y de conductas disruptivas con dificultad de control, en aquellos con apoyo familiar y deseo de permanencia en domicilio

2.2 Población Diana

- 1.- Ancianos de alto riesgo o frágiles con procesos crónicos o invalidantes (incluidos los pacientes con demencia evolucionada en estadio GDS 7), que presentan problemas que desbordan al equipo de atención primaria (técnicas complejas, nutrición, plurifarmacia, pluriopatología y trastornos conductuales).
- 2.- Ancianos con demencia que acuden al servicio de urgencias y son remitidos al domicilio en situación de riesgo.
- 3.- Ancianos con demencia con alta temprana hospitalaria .y con reingresos frecuentes

2.3Recursos Materiales y Humanos

Recursos humanos

- Equipo médico: Médico geriatra y Enfermera
- Equipo de terapia y adaptación del entorno: T. ocupacional y Fisioterapeuta
- Apoyo: Auxiliar administrativo y Trabajadora social compartidos

Recursos materiales

- 2 coches.
- 1 despacho con ordenador, teléfono, fax.
- Pulsioxímetro, esfigmomanómetro, electrocardiógrafo de una derivación y analizador de laboratorio simple portátil.

2.4 Funciones y Actividad

- a.-Visita a altas de agudos en las primeras 48 horas y de urgencias en 24-48 horas.
- c.- *Visita a consultas de primaria en menos de 72 horas con EAP*
- d.- Reuniones con centros de salud mensuales (7 centros)
- e- Comisión sociosanitaria de área (3 horas/ 2 meses para gestión individual de casos)

3.UNIDAD DE LARGA ESTANCIA / RESIDENCIAS ASISTIDAS

Se deberían plantear estas unidades con ubicación en residencias asistidas dependientes de servicios sociales dotadas de unidades de enfermería así como módulos independientes para estancias temporales de determinados pacientes.

La comisión sociosanitaria de área encargada de la gestión individual de casos será la puerta de entrada para estos ingresos

3.1 Población Diana Se establecen dos tipos de pacientes beneficiarios:

Grupo A. Pacientes con demencia y discapacidad severa (GDS 7, Inmovilidad, Katz G), para institucionalización definitiva. Se incluyen:

- Patología compleja en situación inestable, grandes cargas de enfermería
- Dependencia severa asociada a problemática social o no
- Pacientes en situación terminal que supera la atención domiciliaria y a familia

Grupo B. Estancias temporales en pacientes con conductas disruptivas de difícil control a nivel ambulatorio, con cierto grado de autonomía y funcionalidad y con buen apoyo familiar para el posterior alta.

No deberían atender a pacientes tan solo con problemática social, aunque podrían funcionar como **unidades de respiro** o descarga temporal para beneficio del cuidador

3.2 Objetivos y Funciones

a. **Pacientes del grupo A:** Atención a aspectos nutricionales, hidratación, higiene, movilizaciones para prevención de úlceras de decúbito, tratamiento de las enfermedades médicas y atención a las fases terminales de la enfermedad . Debería existir registro adecuado de estos pacientes aunque no puedan acudir a la consulta. Esta actitud será básica para la investigación futura tras creación de un instituto de neurociencias

b. **Pacientes del grupo B:** Se realizará estimulación cognitiva, intervenciones para manejo no farmacológico de los trastornos conductuales, fisioterapia y terapia ocupacional para mantenimiento de la funcionalidad y manejo de la patología médica .

3.3 Recursos humanos Se contemplarán los ratios habituales de los diferentes profesionales para las residencias asistidas. Sería necesaria la existencia obligatoria de :

Geriatra supervisor / Médico de familia

Personal de enfermería, Fisioterapeuta y Terapeuta ocupacional
Psicólogo

3.4 Recursos Materiales

En lo posible se contemplaría la ubicación de los pacientes del grupo A dentro de la estructura habitual del medio residencial con los ratios establecidos para el manejo del paciente inmovilizado, siempre que los trastornos conductuales.

Para los pacientes del grupo B (lugar donde también estarían ubicados los residentes con trastornos conductuales con institucionalización permanente) deben existir **estructuras modulares** específicas, bien delimitadas con personal más especializado y con unos ratios adaptados a la sobrecarga que suponen estos pacientes.

Deberán disponer de:

- Zonas comunes estructuradas según la tipología del paciente
- Gimnasio. Zona de Fisioterapia y de terapia ocupacional
- Sala de terapias cognitivas y no cognitivas

4. OTROS NIVELES DE ASISTENCIA

Serán necesarios para facilitar la continuidad de los cuidados, evitando las fisuras asistenciales y que cubran los procesos agudos de enfermedad, los cuidados de convalecencia y rehabilitación funcional por patología intercurrente en pacientes con demencia, utilizando los tradicionales niveles de asistencia geriátrica

4.1 Unidad Geriátrica de Agudos

La SEMEG (sociedad española de medicina geriátrica) recomienda para la atención del anciano frágil y discapacitado que sufre patología aguda, la IMPLEMENTACIÓN CON UN GRADO A DE RECOMENDACIÓN

• Población diana

Todos los pacientes mayores de 65 años y enfermedad aguda intercurrente se benefician de ingreso en una UGA

• Recursos necesarios, El nº de camas necesario es variable según la fuente consultada:

- El ratio del INSALUD: “Criterios de ordenación para los servicios de asistencia sanitaria a personas mayores” (1995) es de 0,3-0,4 camas/1000 habitantes.
- La SEGG(sociedad española geriatría y gerontología) estima necesarias 1,25camas/1000 h.> 65a y establece en sus diferentes documentos las necesidades de personal así como los recursos materiales necesarios

4.2 Unidad de Rehabilitación funcional / Unidades media Estancia

Unidad fundamentalmente rehabilitadora, concebida para pacientes con deterioro funcional potencialmente reversible y dirigida a recuperación de AVDs y manejo de problemas geriátricos subyacentes. (GRADO A DE RECOMENDACIÓN)

•De forma práctica el **perfil de paciente subsidiario** estaría en relación con patologías causantes de discapacidad: ACVA, Fractura de Cadera, Inmovilidad por proceso médico/quirúrgico derivados del proceso asistencial. La demencia es un factor pronóstico de peor recuperación tras estas patología o tras la presentación de trastornos conductuales severos que pueden determinar limitación funcional o discapacidad. Los pacientes con demencia, en principio, y en función de la severidad ,no deberían ser excluidos de este nivel de atención por:

- a. Existir factores añadidos al deterioro cognitivo que provocan deterioro de la funcionalidad como yatrogenia, comorbilidad y alteraciones conductuales tratables
- b. Presentar capacidades residuales susceptibles de refuerzo y apoyo.
- c. Posibilidad de tratamiento conjunto de paciente y cuidador.
- d. Una adecuada programación puede permitir la recuperación funcional

Por ello son planteables y necesarios la existencia de estas unidades de rehabilitación funcional o media estancia o unidades específicas de psicogeriatría

▪**Recursos necesarios.** La estimación del nº de camas varía según la fuente:

-Antiguo INSALUD: 5 camas de convalecencia/1000 camas de agudos.

-El Programa Vida a los años de Cataluña: 1,03/1000 h.>65 años

-La SEGG propone un 15% del total de camas destinadas a este grupo de población.

- Estudio Toledo : 0,4 a 0,6 camas / 1000 h. > 65 a. En los diferentes documentos se establecen los ratios de personal necesarios así como los recursos materiales precisos

VII. COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

El modelo de atención sociosanitaria comenzó con el Acuerdo Marco de Cooperación de los Ministerios de Asuntos Sociales y el de Sanidad y Consumo en el 1993 donde se creaban las Comisiones Socio-Sanitarias de área, pero su desarrollo irregular con escasa capacidad de decisión ha condicionado clara insatisfacción en sus logros.

La **Comisión Sociosanitaria** constituye un órgano interinstitucional de valoración, asignación de recursos, planificación y seguimiento de programas de atención a personas mayores procurando un intervención integrada de los servicios sociales y sanitarios. Lógicamente la alta prevalencia de la demencia en edad avanzada y su imbricación con otros problemas eminentemente geriátricos, hace que sea éste uno de los programas que deben estar encuadrados en su marco de actuación, siendo lamentable no haberse conseguido su implantación generalizada.

Los objetivos de la misma serán:

- a. Elaboración de Programas de Atención integral a ancianos en su área ofreciendo los recursos sociales o sanitarios más adecuados a sus necesidades, que permitan la permanencia en su entorno
- b.Optimizar los recursos sociales y sanitarios del área mediante su correcta ordenación, distribución, coordinación y utilización.
- c.Garantizar la continuidad del plan de cuidados prescrito
- d. Promover la participación de organizaciones sin ánimo de lucro (ONG, Caritas, Asociaciones de familiares y afectados,..) implicadas en la atención a ancianos del área.

*-En el caso específico de **la demencia**:*

.Establecer circuitos de derivación entre los diferentes niveles de asistencia

.Gestión individual de casos tras informe de la unidad de demencias con intervención directa para la asignación de institucionalización o ingreso temporal en residencias.

VIII. ASOCIACIONES DE FAMILIARES DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS.

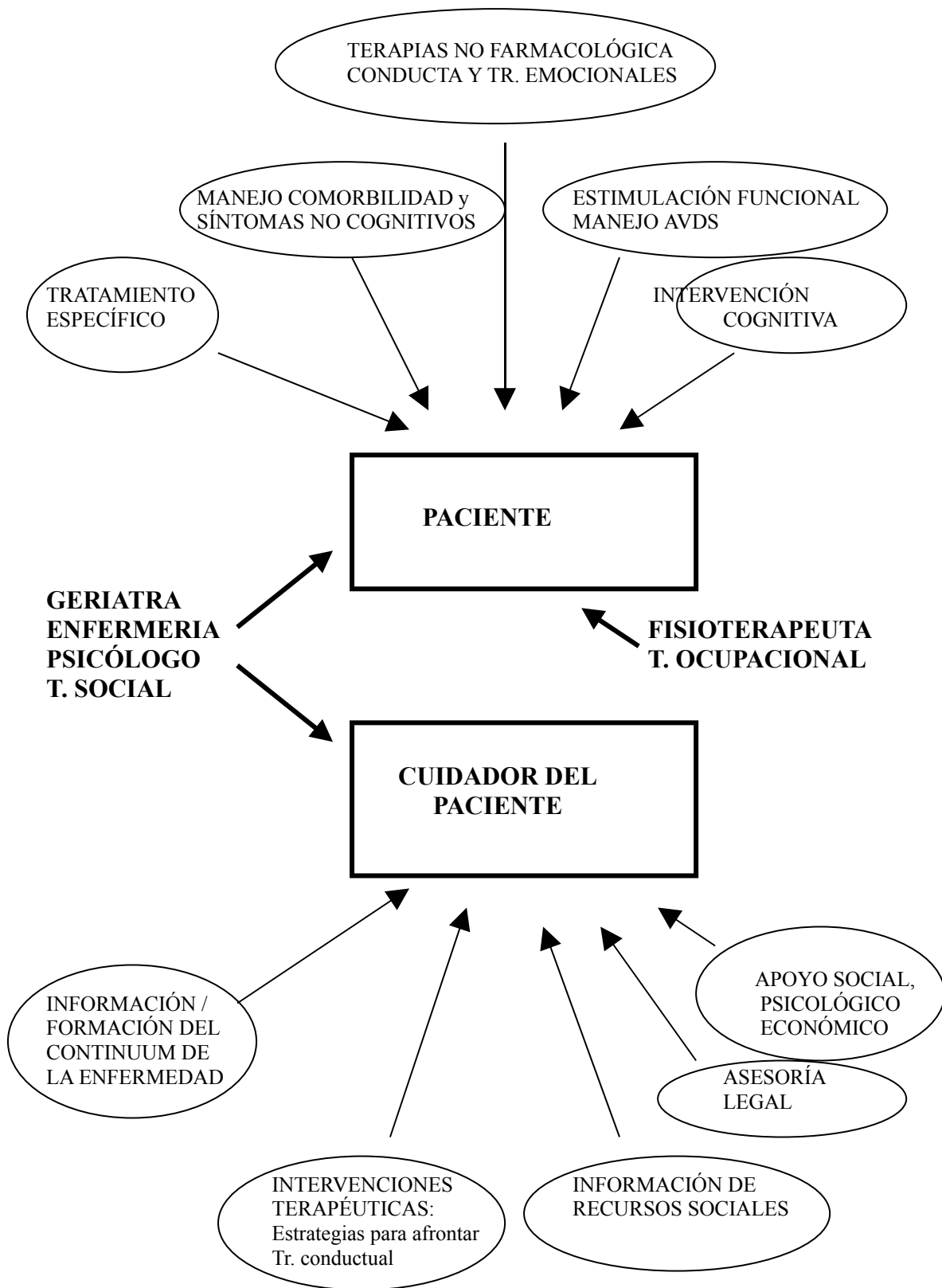
Son asociaciones no lucrativas que pretenden solucionar los problemas que se plantean por la enfermedad y que no son resueltas de manera adecuada por el Sistema Sanitario.

Sus funciones serán:

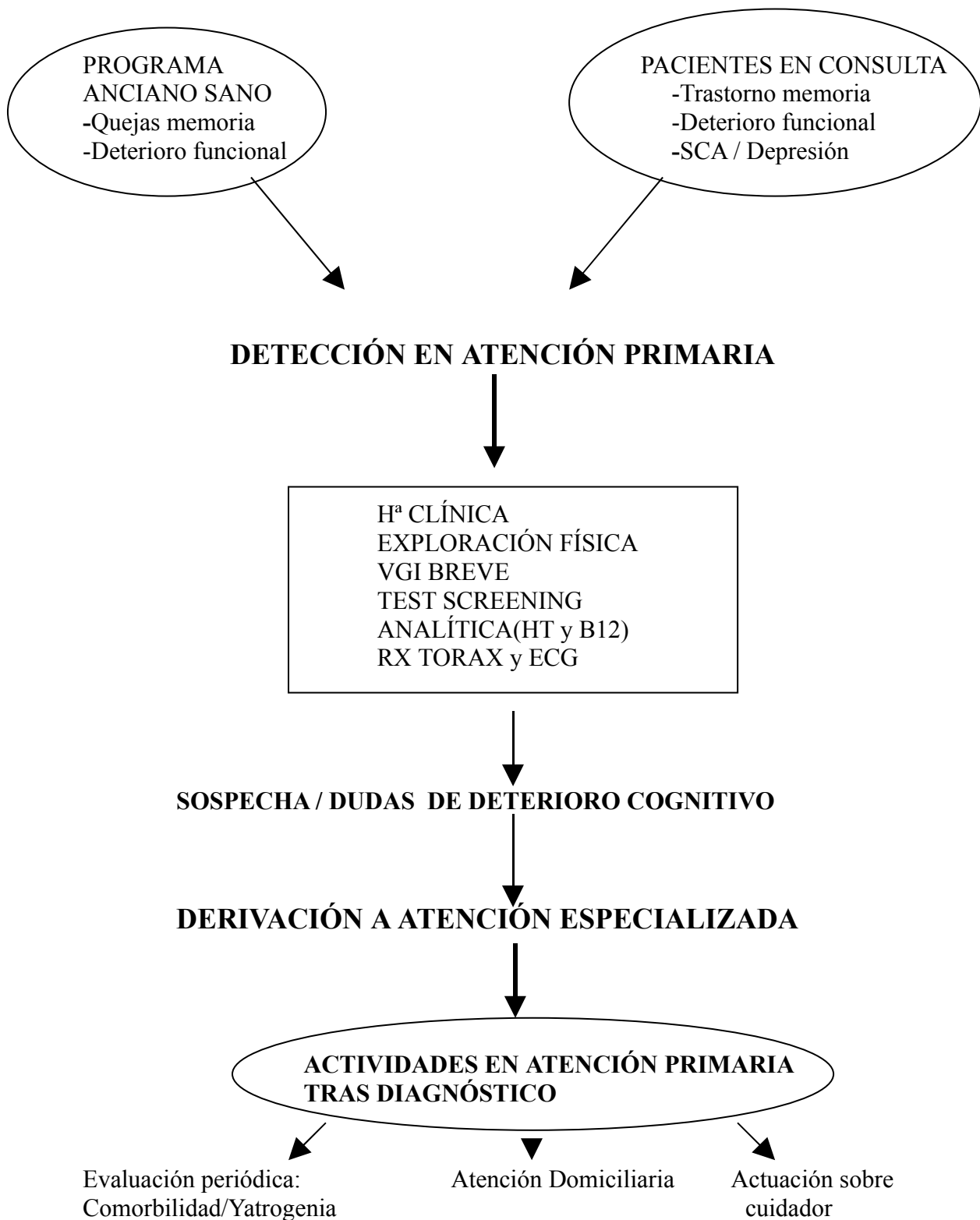
1. Información a familiares acerca del proceso y evolución de la enfermedad
2. Formación de familiares y cuidadores mediante charlas, cursos o reuniones impartidas de forma multidisciplinar por distintos profesionales
3. Complementar tratamientos que no sean proporcionados por el sistema sanitario:
Rehabilitación / Fisioterapia y Terapia Ocupacional
Terapias cognitivas y manejo conductual
4. Apoyo a cuidadores: Apoyo psicológico, grupos de autoayuda, participación del voluntariado y asesoramiento en aspectos económicos y st jurídico-legales
5. Servir de plataforma reivindicativa y de vehículo de contacto con las administraciones sociales y sanitarias.

La unidad de demencias deberían establecer los adecuados flujos tanto para facilitar la asistencia como para colaborar con ellos en los distintos aspectos y problemas que se puedan plantear en el curso evolutivo de la enfermedad

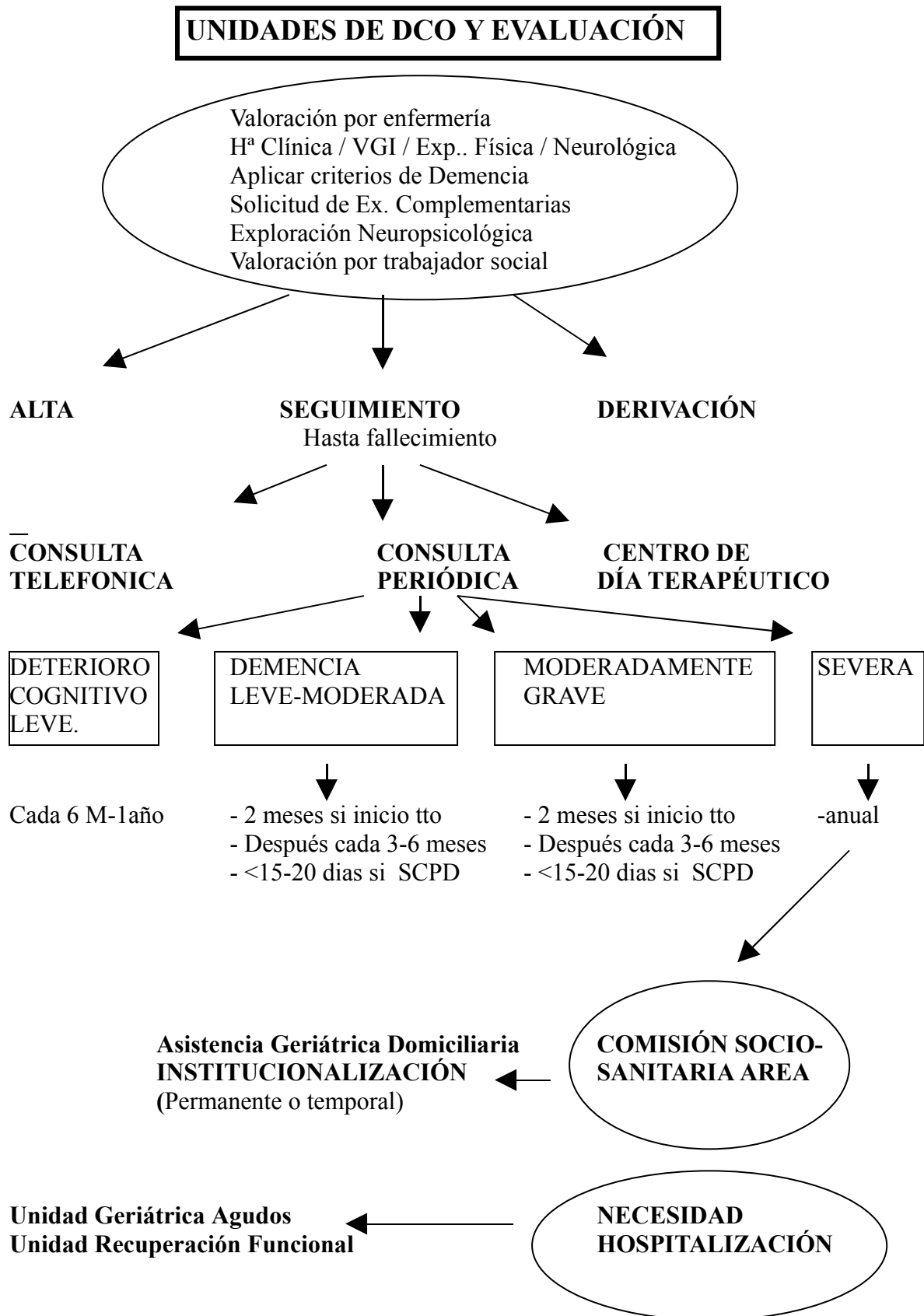
ANEXO I.
ALGORITMO 1: OBJETIVO EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA :
ACTUACIÓN SOBRE PACIENTE Y CUIDADOR



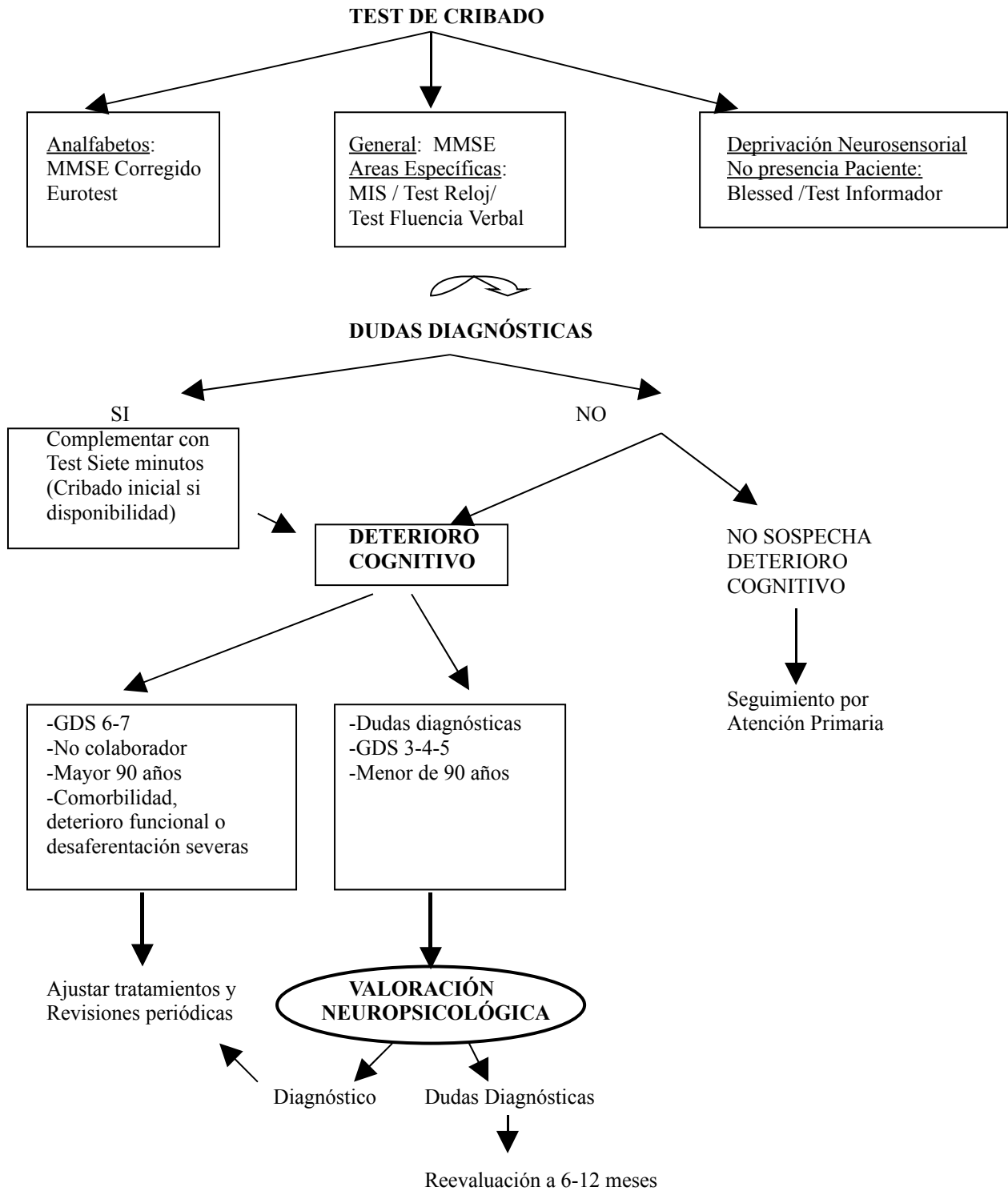
ANEXO I.
ALGORITMO 2: ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN (I)



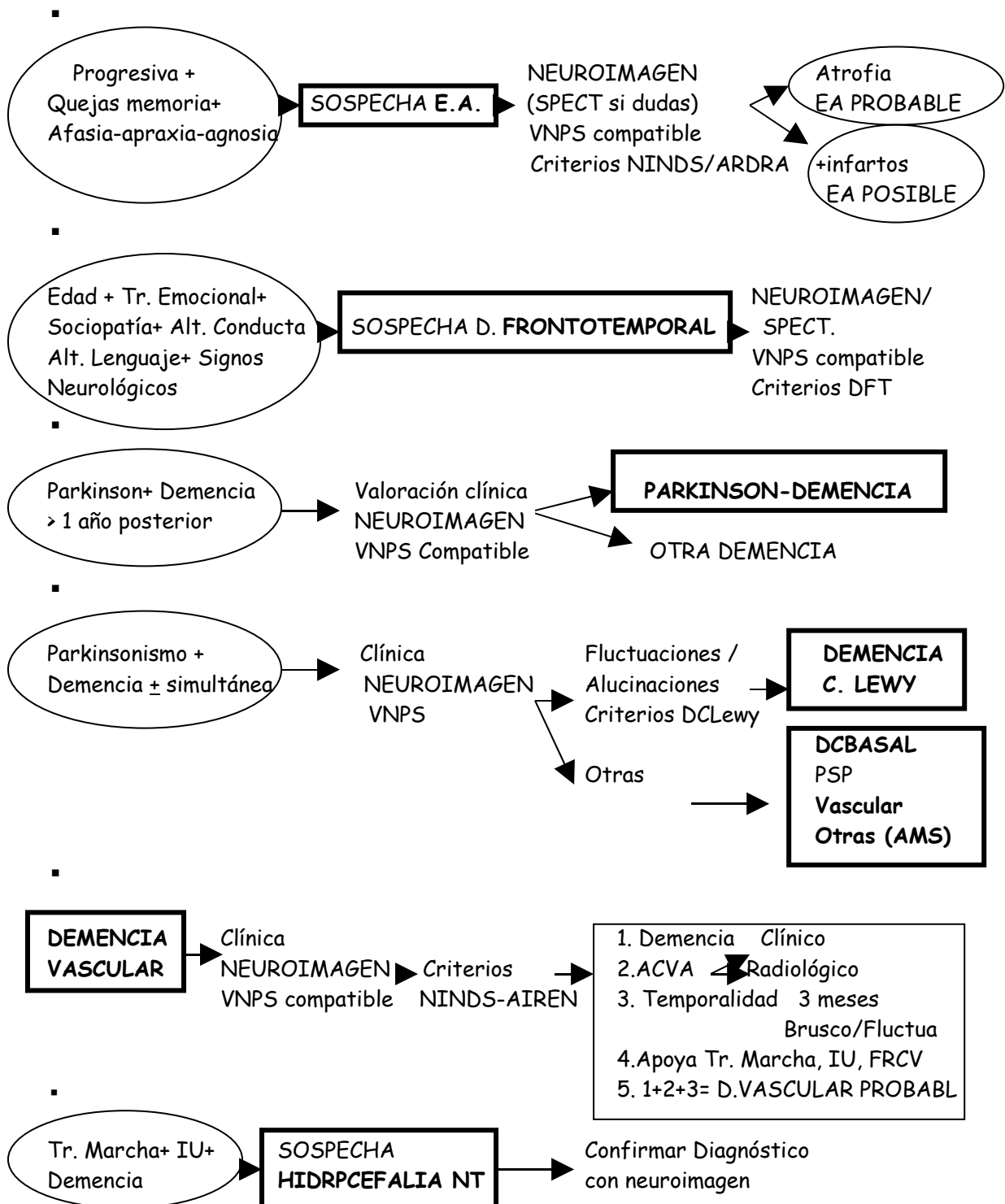
ANEXO I.
ALGORITMO 3: ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN (II)



ANEXO I.
ALGORITMO 4: VALORACIÓN COGNITIVA

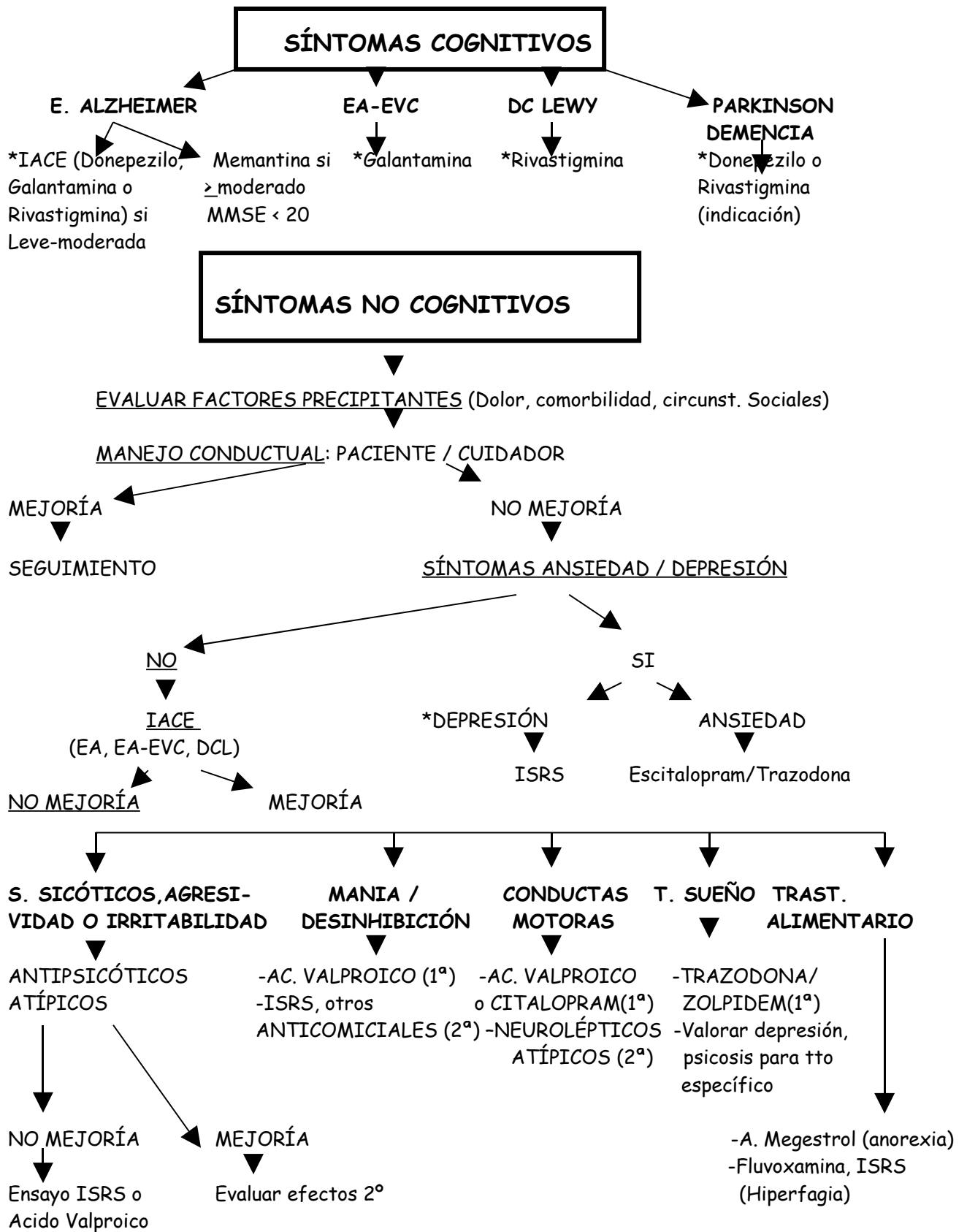


ANEXO I.
ALGORITMO 5: ACTUACIÓN DIAGNÓSTICA EN DEMENCIAS
PREVALENTES



* Consultar textos específicos para los diferentes tipos de demencia. No posible contemplar todos los supuestos en un algoritmo.

**ANEXO I.
ALGORITMO 6 ACTUACIÓN FARMACOLÓGICA EN DEMENCIAS**



ANEXO II. CLASIFICACIÓN DEMENCIAS

CLASIFICACIÓN DE LA SEN

DEMENCIAS DEGENERATIVAS

1. Enfermedades donde la demencia es una de las manifestaciones principales

- Enfermedad de Alzheimer (incluye formas familiares)
- Demencia Frontotemporal
 - Forma familiar asociada a parkinsonismo /Otras formas familiares
- Demencia con Cuerpos de Lewy

2. Enfermedades degenerativas en las que la demencia puede formar parte del cuadro

- Corea de Huntington
- Parálisis supranuclear progresiva
- Degeneración Corticobasal
- Enfermedad de Parkinson
- Atrofas Multisistémicas
- Heredoataxias

DEMENCIAS SECUNDARIAS

1. Demencia Vascular

-ISQUÉMICAS

- Demencia Multiinfarto
- Demencia por infarto estratégico (A. cerebral posterior, cerebral anterior, gyrus angular, prosencéfalo basal, tálamo..)
- Demencia por enfermedad de pequeños vasos
 - o Subcortical: Enfermedad de Binswanger, Estado lacunar, angiopatías hereditarias
 - o Cortico-subcortical: Angiopatia hipertensiva /Vasculitis con demencia

-ISQUÉMICO-HIPÓXICAS

- Encefalopatía difusa anóxico-isquémica
- Infartos completos de sustancia blanca
- Infartos de zona frontera

-HEMORRÁGICAS

- Hematoma subdural crónico
- Hemorragia subaracnoidea
- Hematoma cerebral
- Angiopatia Amiloidea

-COMBINADAS

2. Demencia por Medicamentos Litio, Metrotexato, Hidantoínas, psicofármacos, propranolol..,

3. Demencia de origen tóxico

- Demencia alcohólica (incluida enfermedad Marchiafava-Bignami, por alcoholismo crónico)
- Intoxicaciones (metales pesados, sulfuro carbono, nitrobenzeno, CO, CL4C..)

4. Demencia por Traumatismos Craneales

- Demencia postraumática /Demencia pugilística
- Hematoma subdural crónico

5. Demencias de origen Infeccioso

- BACTERIAS: Meningoencefalitis tuberculosa /Neurolúes, parálisis general progresiva /Neuroborreliosis / Enfermedad de Whipple /Neurobrucelosis
- INFECCIONES VIRALES: Encefalitis aguda (herpética y otras) / Complejo Demencia-SIDA/ LMP /Panencefalitis esclerosante subaguda y rubeólica
- INFESTACIONES PARASITARIAS: Toxoplasmosis cerebral y neurocisticercosis
- INFECCIONES POR HONGOS: Candidiasis/criptococosis/Aspergilosis y Coccidiomicosis
- DEMENCIA POR PRIONES: Enfermedad de Creutzfeld-Jakob y variante/ Enfermedad de Gerstmann-Sträussler-Scheinker /Insomnio familiar fatal / Kuru
- ABCESOS CEREBRALES

6. Demencia por alteración dinámica del LCR

-Hidrocefalia crónica del Adulto / Hidrocefalia a presión normal

7. Demencia Asociada a Neoplasia

-Tumores intracraneales primarios / Metástasis cerebrales
-Carcinomatosis menígea
-Síndromes paraneoplásicos (encefalitis límbica)

8. Demencia por Vasculitis y Colagenosis

-Lupus eritematoso sistémico
-Sarcoidosis
-Artritis reumatoide
-Arteritis de la temporal
-Otras: ESP, Poliarteritis nudosa, S. Susac o microangiopatía cerebrorretiniana

9. Demencia de Origen Endocrino-Metabólico

-Hipoglucemia crónica (hiperinsulinismo)/Hipo e Hipertiroidismo/ Hipo- Hiperparatiroidismo
-Enfermedad de Addison y S. de Cushing
-Encefalopatía hepática
-Degeneración hepatolenticular (enfermedad de Wilson)
-Encefalopatía urémica
-Encefalopatía hipóxica / hipóxico-hipercápnicas
-Porfirias

10. Demencias de origen Carenial

-Déficit vitamina B12, ácido fólico, niacina (pelagra), tiamina (B1) o S. Wernicke

11. Demencias por errores Innatos del metabolismo, que excepcionalmente pueden presentarse como demencias en la edad adulta:

-Leucodistrofias (L. Metacromática, Adrenoleucodistrofia, L. Ortocromática simple, Lipodistrofia membranosa)
-Enfermedades de Depósito (Ceroidlipofuscinosis neuronal de inicio en el adulto o enfermedad de Kufs; enfermedad de Gaucher, enfermedad de Niemann-Pick del adulto, Gangliosidosis GM2, Xantomatosis cerebrotendinosa)
-Encefalopatías mitocondriales (MELAS, MERFF)

DEMENCIAS COMBINADAS (O DE ETIOLOGÍA MÚLTIPLE)

-Enfermedad de Alzheimer con Enfermedad Cerebrovascular asociada
-Otras demencias combinadas

ANEXO III. CLASIFICACIÓN DEMENCIAS

SISTEMA DE CODIFICACIÓN DEL GRUPO DE DEMENCIAS DE SEGG

- Deterioro cognitivo leve (DCL): 1
 - Amnésico: 1.1.
 - Múltiples dominios amnésico 1.2
 - Múltiples dominios no amnésico 1.3
 - Único dominio no amnésico: 1.4
- Demencia: 2.
 - Enfermedad de Alzheimer: 2.1.
 - Probable 2.1.1
 - Posible 2.1.2
 - Definitiva 2.1.3
 - Demencia Vascular: 2.2.
 - Probable 2.2.1
 - Posible 2.2.2
 - Definitiva 2.2.3
 - Demencia Cuerpos de Lewy: 2.3
 - Probable 2.3.1
 - Posible 2.3.2
 - Degeneración Frontotemporal: 2.4.
 - Demencia Frontotemporal 2.4.1
 - Afasia Primaria Progresiva 2.4.2
 - Demencia Semántica 2.4.3
 - Otras neurodegenerativas 2.5
 - Degeneración corticobasal 2.5.1
 - Demencia asociada a enfermedad de Parkinson 2.5.2
 - Parálisis Supranuclear Progresiva 2.5.3
 - Atrofia multisistémica 2.5.4
 - Atrofia Olivo-Ponto-Cerebelosa 2.5.4.1
 - Degeneración estriatonigrica 2.5.4.2
 - Síndrome de Shy-Drager 2.5.4.3
 - Enfermedad de Huntington 2.5.5
 - Síndromes focales 2.5.6
 - Secundaria: 2.6.
 - Hidrocefalia normotensiva: 2.6.1.
 - Tumor craneal: 2.6.2.
 - Infecciosa: 2.6.3.
 - Demencia por priones 2.6.3.1
 - Demencia asociada a SIDA 2.6.3.2
 - Otras infecciones 2.6.3.3
 - Endocrino-Metabólica: 2.6.4
 - Hepática 2.6.4.1
 - Hipotiroideismo 2.6.4.2
 - Otras 2.6.4.3
 - Carencial: 2.6.5
 - Déficit B12 2.6.5.1
 - Déficit fólico 2.6.5.2
 - Déficit tiamina 2.6.5.3
 - Déficit ácido nicotínico 2.6.5.4
 - Tóxica: 2.6.6
 - Alcohólica 2.6.6.1
 - Otras 2.6.6.2
 - Fármacos: 2.6.7
 - Enfermedad desmielinizante 2.6.8
 - Traumatismo craneoencefálico: 2.6.9
 - Alteraciones psiquiátricas: 2.6.10
 - Asociada a epilepsia: 2.6.11

- o Otros: 2.6.12
- Otras 2.7

ANEXO IV.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN

GRADO A

Al menos un meta-análisis, revisión sistemática de ERC o ERC señalado como 1++ y directamente aplicable a la población de estudio, o evidencia desde estudios señalados como 1+, aplicable directamente a la población de estudio, y demostrando consistencia en los resultados

GRADO B

Evidencia que incluye estudios señalados como 2++. Aplicables directamente a la población estudiada y demostrando consistencia global de resultados; o evidencia extrapolada por estudios enumerados como 1++ o 1+

GRADO C

Evidencia que incluye estudios señalados como 2+, aplicables directamente a la población estudiada y demostrando consistencia global de resultados; o evidencia extrapolada desde estudios enumerados como 2++

GRADO D

Evidencia de nivel 3 ó 4; o evidencia extrapolada desde estudios enumerados como

NIVELES DE EVIDENCIA

- 1++ Alta calidad de meta-análisis, revisión sistemática de ERCs ERCs con muy bajo riesgo de sesgo
- 1+ Bien diseñados meta-análisis, revisión sistemática de ERCs o ERCs con bajo riesgo de sesgo
- 1- Meta-análisis, revisión sistemática de ERCs o ERCs con alto riesgo de sesgo
- 2++ Alta calidad de revisiones sistemáticas de estudios de casos controles o cohortes
Alta calidad de estudios casos-control o cohorte con muy bajo riesgo de confusión o sesgo y alta probabilidad de relación causal
- 2+ Estudios casos-control o cohorte bien diseñados con bajo riesgo de confusión o sesgo y moderada probabilidad de relación causal
- 2- Estudios casos-control o cohorte con alto riesgo de confusión o sesgo y riesgo significativo de relación no causal
- 3 Estudios no analíticos, ej series de casos
- 4 Opinión de expertos

ANEXO V.
REFERENCIAS DE INTERÉS

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of patients with dementia. A national Clinical Guideline. Edimburgh (Scotland): SIGN; 2006 Feb 53 p (SIGN Publication n° 86).
2. National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned by the Social Care Institute for Excellence. National Institute for Health and Clinical Excellence. Dementia: supporting people with dementia and their carers. Draft for consultation. 2006. Available from:
<http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=315284>.
3. Guidelines for the Support and Management of People with Dementia. Ministry of Health 1997. Available from:
http://www.nzgg.org.nz/guidelines/dsp_guideline_popup.cfm?guidelineID=45&guideline_popup_mode=notes.
4. Miyasaki JM, Shannon K, Voon V, Ravina B, Kleiner-Fisman G, Anderson K et al. Practice parameter: Evaluation and treatment of depression, psychosis, and dementia in Parkinson disease (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2006; 66: 996-1002.
5. Cummings JL, Frank JC, Cherry D, Kohatsu ND, Kemp B, Hewwett L, Mittman B. Guidelines for managing Alzheimer's disease: Part I. Assessment. Am Fam Physician. 2002; 65: 2263-72.
6. Cummings JL, Frank JC, Cherry D, Kohatsu ND, Kemp B, Hewwett L et al. Guidelines for managing Alzheimer's disease: Part II. Treatment. Am Fam Physician. 2002; 65: 2525-34.
7. Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M, Tangalos EG, Cummings JL, DeKosky ST. Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology. 2001; 56: 1133-1142.
8. Knopman DS, DeKosky ST, Cummings JL, Chui H, Corey-Bloom J, Relkin N et al. Practice parameter: Diagnosis of dementia (an evidence-based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology. 2001; 56: 1143-1153.
9. Doody RS, Stevens JC, Beck C, Dubinsky RM, Kaye JA, Gwyther L 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.
10. Guías en demencias: Conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia. Grupo de estudio de neurología de la conducta y demencias de la Sociedad Española de Neurología. Madrid: Ed. Masson; 2002.
11. Boada Rovira M, Robles Bayón A. Análisis y reflexiones sobre la capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia: Documento Sitges. Barcelona: Ed. Glosa; 2005.

