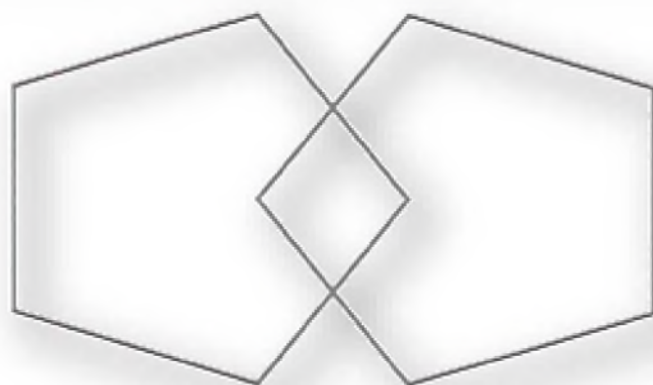


**Protocol de demència  
del Servei de Salut de les Illes Balears**

**Recomanacions per a la detecció,  
el procés diagnòstic i la derivació  
del pacient amb deteriorament  
cognitivoconductual**





**Protocol de demència del Servei de Salut de les Illes Balears**  
**Recomanacions per a la detecció,**  
**el procés diagnòstic i la derivació del pacient**  
**amb deteriorament cognitivoconductual**

### **Autoria (per ordre alfabètic)**

- Francisco Albertí Homar. Internista i coordinador d'Atenció a la Cronicitat i Coordinació Sociosanitària. Servei de Salut de les Illes Balears
- Guillermo Amer Ferrer. Neuròleg i cap de la Secció de Neurologia de la Unitat de Neurologia Cognitiva i de la Conducta de l'Hospital Universitari Son Espases. Servei de Salut de les Illes Balears
- Eugenia Carandell Jäger. Metgessa de família. Coordinadora del Gabinet Tècnic del Servei de Salut de les Illes Balears
- Pilar Casquero Subias. Neuròloga i cap del Servei de Neurologia de l'Hospital Mateu Orfila. Àrea de Salut de Menorca
- Apolonia Cifre Socias. Metgessa de família del Centre de Salut Platja de Palma (Palma). Sector Sanitari de Migjorn. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
- Antonio Cordero Rosselló. Metge de família i coordinador del Centre de Salut Formentera. Àrea de Salut d'Eivissa i Formentera
- Elena Deyà Arbona. Neuròloga del Servei de Neurologia de l'Hospital de Manacor. Servei de Salut de les Illes Balears
- Ana Espino Ibáñez. Neuròloga, cap del Servei de Neurologia de l'Hospital Universitari Son Llàtzer i coordinadora autonòmica de Malalties Neurodegeneratives. Servei de Salut de les Illes Balears
- Ana García Martín. Neuròloga de la Unitat de Neurologia Cognitiva i de la Conducta de l'Hospital Universitari Son Espases. Servei de Salut de les Illes Balears
- María José González-Bals González. Metgessa de família del Centre de Salut Sa Torre (Manacor). Sector Sanitari de Llevant. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
- Almudena Hernández Milián. Internista de la Unitat de Pacient Crònic Complex del Servei de Medicina Interna de l'Hospital Universitari Son Llàtzer. Servei de Salut de les Illes Balears
- Ángeles Llorente Sanmartín. Metgessa de família del Centre de Salut Son Pisà (Palma). Sector Sanitari de Ponent. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
- Sandra Monteagudo Sanz. Neuròloga del Servei de Neurologia de l'Hospital Comarcal d'Inca. Servei de Salut de les Illes Balears
- Gabriel Moragues Sbert. Metge de família i tècnic del Grup d'Atenció a la Cronicitat. Servei de Salut de les Illes Balears
- Susana Munuera Arjona. Metgessa de família de l'Oficina de Qualitat del Gabinet Tècnic. Servei de Salut de les Illes Balears
- Catalina Nadal Martí. Internista de la Unitat de Pacient Crònic Complex del Servei de Medicina Interna de l'Hospital Universitari Son Espases. Servei de Salut de les Illes Balears
- José Luis Parajúa Pozo. Neuròleg i cap del Servei de Neurologia de l'Hospital Can Misses. Àrea de Salut d'Eivissa i Formentera
- Francisco J. Sánchez Cabrera. Metge de família i coordinador del Centre de Salut Canal Salat (Ciutadella). Àrea de Salut de Menorca
- Susana Tarongí Sánchez. Neuròloga de la Unitat de Neurologia Cognitiva i de la Conducta de l'Hospital Universitari Son Espases. Servei de Salut de les Illes Balears

### Revisió (per ordre alfabètic)

- Amaia Alcorta Lorenzo. Farmacèutica d'atenció primària. Sector Sanitari de Ponent. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
- Rosa Elena Duro Robles. Metgessa de família i subdirectora assistencial d'Atenció Primària i Atenció a les Urgències Extrahospitalàries. Servei de Salut de les Illes Balears
- Mercè Llagostera i Pagès. Metgessa de família i coordinadora autonòmica de l'Estratègia Balear de Cures Palliatives. Conselleria de Salut
- Angélica Miguélez Chamorro. Infermera i subdirectora assistencial d'Atenció a la Cronicitat, Coordinació Sociosanitària, Salut Mental i Malalties Poc Freqüents. Servei de Salut de les Illes Balears
- Brígida Mora Canet. Infermera de l'Oficina de Qualitat del Gabinet Tècnic. Servei de Salut de les Illes Balears
- Rosa Ortuño Mora. Metgessa de família i metgessa documentalista de l'Oficina de Qualitat del Gabinet Tècnic. Servei de Salut de les Illes Balears
- Marina Salas Moreno. Infermera d'atenció primària i infermera gestora de casos. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
- María Lluïsa Sastre Martorell. Farmacèutica d'atenció primària del Sector Sanitari de Ponent. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
- Silvia Sastre Suárez. Documentalista. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca
- Aina Soler Mieras. Farmacòloga clínica del Gabinet Tècnic d'Atenció Primària. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca

### Autora corresponsal

- Susana Munuera Arjona. Contacte: susana.munuera@ibsalut.es

### Declaració de conflicte d'interessos

Atesa la naturalesa d'aquest document, es considera que no és procedent la declaració de conflicte d'interessos.

### Traducció i maquetació

Bartomeu Riera Rodríguez. Tècnic en assessorament lingüístic dels Serveis Centrals. Servei de Salut de les Illes Balears

### Edició

Servei de Salut de les Illes Balears. Novembre de 2018

### ISBN

978-84-09-08203-2

### Com citar aquest document

GRUP DE TREBALL DEL SERVEI DE SALUT PER A L'ATENCIÓ A LA DEMÈNCIA. *Protocol de demència del Servei de Salut de les Illes Balears: recomanacions per a la detecció, el procés diagnòstic i la derivació del pacient amb deteriorament cognitivoconductual*. Palma: Servei de Salut de les Illes Balears, 2018.

Modificacions posteriors	
Data de la revisió	Breu descripció
Coordinació	
Susana Munuera Arjona	Oficina de Qualitat del Gabinet Tècnic del Servei de Salut de les Illes Balears
Revisió	
Eugenia Carandell Jäger	Coordinadora del Gabinet Tècnic del Servei de Salut de les Illes Balears
Aprobat per	
Atanasio García Pineda	Director assistencial del Servei de Salut



## Índex de continguts

Justificació.....	9
Objectius.....	10
Destinataris.....	10
Població diana.....	10
Metodologia.....	10
Activitats o procediments.....	11
Classificació.....	11
Clínica.....	11
Diagnòstic.....	12
Organització assistencial.....	19
Circuit assistencial.....	25
Indicadors d'avaluació.....	26
Glossari.....	27
Bibliografia.....	32
Annex 1. Mini-mental Standard Examination (MMSE 30).....	37
Annex 2. Qüestionari de l'informador AD8.....	38
Annex 3. Escala de Lawton i Brody per a les activitats instrumentals de la vida diària.....	39
Annex 4. Instrument NECPAL CCOMS-ICO® versió 3.1 2017.....	40
Annex 5. Fàrmacs que cal revisar davant de la sospita de deteriorament cognitiu.....	41
Annex 6. Ruta assistencial del pacient crònic avançat.....	43
Annex 7. Escala de deteriorament global (GDS).....	44





## Justificació

La demència és una síndrome clínica caracteritzada per un deteriorament adquirit que afecta més d'un domini cognitiu, que representa una pèrdua respecte d'un nivell previ i que redueix de manera significativa l'autonomia funcional. En la majoria dels casos s'hi afegeixen símptomes conductuals i psicològics.<sup>1</sup>

Tots els estudis epidemiològics han confirmat que l'edat és el principal factor de risc per desenvolupar una demència, de manera que tant la prevalença com la incidència gairebé es dupliquen cada 5 anys a partir dels 65 anys d'edat. Atesos l'increment de l'esperança de vida i el progressiu envelliment de la població als països desenvolupats i als països en vies de desenvolupament, s'entén que la demència representa un enorme repte per als sistemes de salut. L'Organització Mundial de la Salut considera la demència una prioritat en matèria de salut pública.<sup>1,2</sup>

A Espanya, els estudis epidemiològics en la població de més de 65 anys han mostrat xifres de prevalença que oscil·len entre el 5 % i el 14,9 %, i en el grup de més de 70 anys se situen entre el 6,6 % i el 17,2 %.<sup>1</sup> Segons dades extretes de l'e-SIAP corresponents a 2018,\* a les Illes Balears hi ha 9.335 persones diagnosticades de demència, 8.843 de les quals tenen més de 65 anys i 492 tenen menys de 65 anys. La població de més de 65 anys actual és de 174.088 (el 15 % del total), la qual cosa correspon a una prevalença de demència del 5,07 %.

L'atenció de les persones amb demència i dels seus familiars exigeix un abordatge multidisciplinari. La norma ha de ser l'intercanvi coordinat, flexible i eficaç de coneixements i de recursos entre els professionals dels diferents àmbits sanitaris i socials, posat a disposició dels pacients i de les seves persones cuidadores.<sup>1</sup>

L'Oficina de Qualitat del Servei de Salut de les Illes Balears proposa impulsar l'elaboració d'un conjunt de documents clínics de suport als professionals a fi de millorar l'atenció dels pacients, reduir l'infradiagnòstic, disminuir la variabilitat de la pràctica clínica entre les diferents àrees de salut i garantir l'equitat en l'atenció dels pacients i de les seves famílies.

En aquest primer document es pretén consensuar els passos que cal seguir en el procés diagnòstic i en la coordinació entre nivells assistencials al Servei de Salut.

\* Consulta basada en dades del 15 de març de 2018. Diagnòstics de la CIM9: 290.0-290.4, 290.8, 290.9, 291.2, 292.82, 294.1, 331.0, 331.1, 331.2, 331.7, 331.9 i 333.4.

---

## Objectius

---

### General

Proporcionar als pacients amb demència i als seus familiars una atenció continuada i de qualitat.

### Específics

- Millorar la detecció del deteriorament cognitivoconductual i el diagnòstic de la demència a les Illes Balears.
- Establir una organització assistencial coordinada i consensuada entre els serveis implicats.
- Disminuir la variabilitat en la pràctica clínica i garantir l'equitat entre sectors.

---

## Destinataris

---

Professionals sanitaris del Servei de Salut de les Illes Balears.

---

## Població diana

---

Pacients del Servei de Salut amb sospita de deteriorament cognitiu.

---

## Metodologia

---

De consens.

## Activitats o procediments

### Classificació

El criteri de classificació més estès és l'etiològic. Es poden considerar tres grans categories etiològiques:

- Demències degeneratives primàries: malaltia d'Alzheimer, demència lobar frontotemporal, demència amb cossos de Lewy, demència associada a la malaltia de Parkinson i d'altres.
- Demències secundàries: les causades per un trastorn neurològic no degeneratiu o que no té origen en el sistema nerviós (vascular, posttraumàtiques, alcohòliques, etc.).
- Demències combinades o mixtes: coincidència de processos neuropatològics diversos, tot i que un sol predominar sobre la resta.

La demència causada per la malaltia d'Alzheimer n'és el tipus més freqüent, ja que representa fins al 70 % dels casos.<sup>3</sup>

### Clínica

Les manifestacions clíniques de la demència són heterogènies, ja que hi ha múltiples etiologies, diferents patrons lesionals i variabilitat en el curs evolutiu. Generalment segueix un curs crònic i progressiu.

Es poden trobar diferents manifestacions totes soles o en combinació. Per a una explicació detallada de termes, consultau el glossari.

### Cognitives

- Trastorn de la memòria episòdica.
- Trastorns apràctics, afàsics i agnòsics.
- Alteració de les funcions executives.
- Dèficit progressiu de l'atenció.
- Deteriorament en la cognició social.
- D'altres: bradipsíquia, etc.

L'alteració de la memòria pot aparèixer en qualsevol tipus de demència en algun moment de l'evolució. Cal recordar que pot haver-hi demència sense alteració de la memòria.

### Psicologicoconductuals (80 % dels pacients en algun moment de l'evolució)

- Comportaments estereotipats i apatia.
- Alteració de la personalitat i de la conducta social: conductes socials desinhibides, alteracions de la conducta alimentària o sexual, compulsions (és freqüent en la demència lobar frontotemporal).
- Síntomes psicòtics (freqüent en la demència amb cossos de Lewy): en especial les allucinacions visuals.
- Alteracions del son.

## Sensitivomotrius

- Parkinsonisme.
- Signes de motoneurona, en alguns casos de demència lobar frontotemporal.
- Síndrome cerebel·losa, etc.

## Trastorns autonòmics (més freqüents en la demència amb cossos de Lewy)

- Hipotensió ortostàtica.
- Pèrdua de pes malgrat una nutrició adequada.
- Incontinència d'esfínters.
- Trastorns del trànsit intestinal, com ara ili paralític.

En els casos de preocupació per un canvi en la cognició del pacient en comparació amb el nivell anterior cal diferenciar l'envelliment cerebral fisiològic d'una situació clínica patològica, bé sigui un deteriorament cognitiu lleu o una demència.

La diferència entre *deteriorament cognitiu lleu* i *demència* es basa a determinar si hi ha o no una interferència significativa en la capacitat funcional a la feina o en les activitats quotidianes habituals. La rellevància del deteriorament cognitiu lleu deriva del fet que aproximadament la meitat d'aquests pacients desenvoluparan demència en un termini de cinc anys, sobretot deguda a la malaltia d'Alzheimer.<sup>4,5</sup>

## Diagnòstic

### Cribratge de la població asimptomàtica

No hi ha prou evidència científica que permeti recomanar el cribratge poblacional de la demència en persones de més de 65 anys.<sup>1,6,7</sup>

Un consens recent<sup>8</sup> planteja que els clínics haurien de considerar la recerca activa de casos en grups de risc alt i valorar la possibilitat de fer-ne una avaluació periòdica, ja que el 35 % dels factors de risc són potencialment modificables:

- aïllament social
- depressió
- diabetis
- hipertensió arterial
- inactivitat física
- nivell educatiu baix (estudis  $\leq 12$  anys)
- obesitat
- sordesa
- tabaquisme

Pel que fa als pacients crònics complexos (PCC) i els pacients crònics avançats (PCA), l'Estratègia de Cronicitat de les Illes Balears proposa fer un test de Pfeiffer com a part de la valoració integral.<sup>9</sup>

## Detecció precoç

Els professionals de la salut han d'avaluar les funcions cognitives sempre que hi hagi sospita de deteriorament basat en l'observació directa, les queixes del pacient o les preocupacions que manifestin familiars, persones cuidadores o amatsats.<sup>6</sup>

S'estima que almenys la meitat dels casos de demència no són diagnosticats en les etapes inicials. Tot i que de moment no hi ha un tractament curatiu o modificador de la malaltia, és important el diagnòstic precoç per facilitar la planificació anticipada de decisions del pacient i de la seva família sobre aspectes socio-sanitaris i legals: programar la intervenció psicosocial més adequada, reduir els accidents de trànsit fent recomanacions sobre el manteniment del permís de conduir o valorar la necessitat d'un tractament.<sup>10</sup>

Es recomana parar atenció als signes d'alarma següents:<sup>11</sup>

- pèrdua de memòria que afecta la capacitat laboral
- dificultat en les tasques familiars
- problemes de llenguatge
- desorientació en el temps i en l'espai
- pobresa de judici
- problemes de pensament abstracte
- perdre coses, col·locar-les a llocs inapropiats
- canvis de conducta
- canvis de la personalitat
- pèrdua d'iniciativa

## Criteris diagnòstics

Cal utilitzar els criteris de la Societat Espanyola de Neurologia o del National Institute of Aging de l'Alzheimer Association, que es concreten en les taules 1 i 2, respectivament.

Taula 1. Criteris de demència de la Societat Espanyola de Neurologia (2002).<sup>12</sup>

Alteració de, almenys, dues d'aquestes àrees cognitives	Atenció/concentració	Gnosis
	Conducta	Llenguatge
	Funcions executives	Memòria
	Funcions visuoespacials	Pràxies
Característiques de les alteracions	Adquirides, amb deteriorament de les capacitats prèvies del pacient confirmat mitjançant un informador fiable o per mitjà d'avaluacions successives	
	Objectivades en l'exploració neuropsicològica	
	Persistents durant setmanes o mesos i constatades en el pacient amb un nivell normal de consciència	
	De prou intensitat per interferir en les activitats habituals del pacient, incloses les ocupacionals i les socials	

Taula 2. Criteris diagnòstics de demència per qualsevol causa del National Institute of Aging de l'Alzheimer Association (2011).<sup>13</sup>

Signes cognitius o conductuals per diagnosticar demència	Interfereixen en la capacitat de funcionar normalment a la feina o en les activitats habituals
	Suposen un deteriorament dels nivells de rendiment i de funcionament previs
	No s'expliquen per la presència d'un delírium o d'un trastorn psiquiàtric major
	Es detecten i es diagnostiquen per la combinació de la història clínica obtinguda en l'entrevista amb el pacient i un informador que el coneix, i la valoració objectiva de l'estat mental, bé sigui una avaluació neuropsicològica formal o una avaluació cognitiva a la capçalera del pacient
L'alteració cognitiva o conductual involucra almenys dos dels següents aspectes	Capacitat alterada d'adquirir i de recordar informació nova
	Alteració o canvis en el raonament, maneig de tasques complexes o capacitat de judici
	Alteració de les capacitats perceptives i visuoespacials
	Alteració de les funcions del llenguatge
	Canvi de la personalitat o en el comportament

### Passos que cal seguir en el diagnòstic

Malgrat els avenços en la recerca, el diagnòstic continua essent clínic<sup>14</sup> i ha d'incloure els procediments següents:

- 1) Anamnesi del pacient.
- 2) Anamnesi d'una persona de l'entorn del pacient.
- 3) Examen físic.
- 4) Test de cribratge de demència.
- 5) Proves complementàries.
- 6) Revisió de la medicació que pren el pacient, inclosos els fàrmacs no finançats i l'automedicació que li pugui estar afectant les funcions cognitives.
- 7) Diagnòstic diferencial amb depressió i amb síndrome confusional aguda.
- 8) Valoració de la fase de la malaltia.

#### 1) Anamnesi del pacient

*Antecedents:*

- malalties prèvies
- antecedents familiars
- factors de risc cardiovascular
- consum de tòxics
- nivell d'escolarització i història laboral
- situació sociofamiliar
- grau d'autonomia prèvia (test de Barthel)

#### *Síntomes actuals:*

- Síntomes cognitius: alteracions de la memòria, de l'orientació, del llenguatge i de les capacitats executives, pràxies i gnosis.
- Síntomes psicològics i conductuals: estat d'ànim, canvis de la personalitat i en la conducta, allucinacions, idees delirants.
- Síntomes autonòmics: incontinència d'esfínters, trastorns intestinals, inestabilitat deguda a hipotensió ortostàtica, etc.
- Altres Síntomes neurològics o d'un altre tipus, acompanyants.

#### *Altres procediments:*

- Valorar la repercussió funcional dels símptomes en la vida del pacient (en les activitats domèstiques, laborals, socials i d'oci).
- Observar el grau de col·laboració, d'atenció, de consciència i de capacitat per relatar les queixes, la percepció de la malaltia, el comportament i la comunicació no verbal.
- Contextualitzar els dèficits en el temps: data d'inici, mode d'instauració i progressió.

## 2) Anamnesi d'una persona de l'entorn del pacient

S'ha de comptar amb la informació aportada per una persona de l'entorn del pacient, preferentment una persona que el conegui bé i, si és possible, que hi convisqui. Es recomana utilitzar el qüestionari AD8 [vegeu l'annex 2].

## 3) Examen físic

- Tensió arterial.
- Auscultació cardíaca: freqüència, ritme, descartar bufes.
- Auscultació dels vasos del coll (descartar bufes carotidis).
- Polsos femorals, tibials posteriors i pedis.
- Moviments oculars, camp visual per confrontació.
- Focalitat motriu o sensitiva.
- Moviments anormals: tremolor, corea, mioclònies.
- Valoració de la marxa (parkinsoniana, atàctica...).
- Reflexos arcaics: de prensió, glabellar, de succió, de grufada.<sup>15</sup>
- Reflexos i sensibilitat (valorar la sensibilitat vibratòria de les extremitats inferiors).
- Índex de massa corporal per a la detecció primerenca de la malnutrició.
- Valoració de la pell (detecció d'hematomes o úlceres).

## 4) Test de cribatge de demència

Com que no existeix el test ideal, utilitzar-ne un o un altre depèn de la disponibilitat de temps i de l'experiència de l'administrador. Convé familiaritzar-se amb un nombre reduït de tests i conèixer-ne els avantatges i les limitacions,<sup>16</sup> tot i que és important recordar que un cribatge normal no exclou la demència. Una vegada revisats els tests disponibles, es recomana fer a l'atenció primària els següents en tots els casos, cosa que és imprescindible si es deriva el cas a l'atenció hospitalària:

- a) Minimental Standard Examination adaptat (MMSE 30).<sup>17-21</sup>
- b) Test de l'informador AD8.<sup>22,23</sup>
- c) Activitats instrumentals de la vida diària: escala de Lawton i Brody.<sup>24</sup>



### a) Minimental Standard Examination adaptat (MMSE 30)

És el test breu de cribratge cognitiu més difós en clínica i recerca. Avalua un conjunt d'aspectes fonamentals de les capacitats cognitives, com ara l'orientació, la memòria, el llenguatge i les pràxies. Es puntua de 0 a 30. Les puntuacions successivament més baixes indiquen graus progressius d'alteració cognitiva; el punt de tall per considerar un deteriorament cognitiu és 24. Cal tenir en compte que, en la pràctica clínica, el punt de tall és merament orientatiu, no diagnòstic, i per això s'ha de complementar amb el judici clínic.

N'hi ha diverses versions, algunes de traduïdes i validades a Espanya. La versió que es proposa deriva de la validada pel projecte "*Normalización de instrumentos cognitivos y funcionales para la evaluación de la demencia*", NORMACODEM,<sup>21</sup> que és la que s'empra actualment als serveis de neurologia [vegeu l'annex 1].

### b) Test de l'informador AD8

Segons la bibliografia, els qüestionaris a l'informador basats en les dades que puguin aportar persones properes al pacient són més sensibles per detectar canvis cognitius incipients que els tests mateixos de cribratge cognitiu.<sup>22</sup> Els qüestionaris a l'informador consisteixen en una bateria de preguntes estructurades que un informador respon sobre la situació cognitiva, conductual i funcional del pacient en el moment actual i comparant-la amb la situació prèvia. Minimitzen el biaix associat a l'edat, al sexe, a l'alfabetització o als factors educatius i culturals.<sup>23</sup>

El test AD8 és un qüestionari breu a l'informador, interessant per la senzillesa i la facilitat d'administrar-lo.

El millor punt de tall s'ha determinat en 3-4, amb una sensibilitat de 0,93 (IC del 95 % 0,88-0,96) i una especificitat de 0,81 (IC del 95 % 0,72-0,88) [vegeu l'annex 2].

### c) Escala de Lawton i Brody

És l'escala més utilitzada per avaluar les activitats instrumentals de la vida diària. Són activitats més elaborades, necessàries per viure de manera independent a la comunitat; per tant, es perden abans que les activitats bàsiques per a la vida diària.

El qüestionari valora vuit ítems: capacitat per emprar el telèfon, fer compres, preparar el menjar, tenir cura de la casa, rentar la roba, emprar mitjans de transport, responsabilitat respecte de la medicació i administració de l'economia. S'hi assigna el valor numèric 1 si el pacient és independent i 0 si és dependent. La puntuació final és la suma dels valors de totes les respostes, i oscil·la entre 0 (dependència màxima) i 8 (independència total). La informació s'obté demanant directament al pacient o a la persona cuidadora principal. És molt sensible per detectar funcionalitat i els primers senyals de deteriorament, però és poc específic [vegeu l'annex 3].

En els casos de pacients analfabets o amb dificultats per a la lectoescriptura no es pot aplicar la MMSE 30 amb el mateix punt de tall. Per intentar reduir aquesta limitació s'han proposat correccions del punt de tall segons l'edat i l'escolarització.<sup>25</sup>

Hi ha altres tests que resulten útils en certes circumstàncies però que requereixen una formació més específica: el test del rellotge planteja dubtes per implementar-lo a l'e-SIAP i en la interpretació dels resultats, i per això es considera un test opcional segons el criteri professional. Passa el mateix amb el fototest, que és útil en els casos de persones analfabets, el test de MoCA o el Mini-Cog.



En els casos de pacients de més de 75 anys amb queixes cognitives o pacients que es registrin com a PCC o PCA cal fer el test de Barthel i el test de Pfeiffer; però si aquest dona un resultat positiu cal tornar a valorar el cas per mitjà de la MMSE 30, el test AD8 i l'escala de Lawton i Brody.

## 5) Proves complementàries

En l'estudi inicial d'una demència cal fer una bateria elemental de proves complementàries per descartar causes tractables de deteriorament cognitiu.

### a) Analítica:

- Hemograma, temps de protrombina i velocitat de sedimentació globular (VSG).
- Bioquímica: glucosa, sodi, potassi, calci, fosfat, perfil lipídic, funció renal i funció hepàtica.
- Proves de la funció tiroïdal (TSH).
- Nivells de vitamina B<sub>12</sub> i d'àcid fòlic.
- Serologia luètica i prova del VIH.

La presentació i la tipologia clínica poden determinar la necessitat de fer altres recerques: electrocardiograma o radiografia del tòrax.<sup>10,26</sup>

### b) Neuroimatge:

- Tots els casos de deteriorament cognitiu s'han d'estudiar amb una prova d'imatge.
- Tant la tomografia computada multicorona com la ressonància magnètica són útils per fer un diagnòstic diferencial, i per això utilitzar-les dependrà de l'accessibilitat a cada sector.
- Mentre que la ressonància magnètica discrimina millor en la demència incipient<sup>27,28</sup> ambdues tècniques són útils en la demència moderada-greu.
- Si la llista d'espera del servei de neurologia és inferior a dos mesos,\* no es recomana, en general, sol·licitar proves de neuroimatge a l'atenció primària.
- Si la llista d'espera és superior a dos mesos i en els casos de quadres ràpidament progressius, cal sol·licitar una tomografia computada o una ressonància magnètica des de l'atenció primària.
- En qualsevol cas i depenent de les circumstàncies, cada sector sanitari pot arribar a acords entre els seus professionals per millorar l'organització assistencial.
- En els casos de demència moderada-greu sense dubtes diagnòstics<sup>26</sup> és necessari que consti una prova d'imatge en el procés diagnòstic, però no serà necessari repetir el control en el seguiment si no hi ha canvis en la clínica.

## 6) Revisió de la medicació que pren el pacient, inclosos els fàrmacs no finançats i l'automedicació que li pugui estar afectant les funcions cognitives

Vegeu l'annex 5.

\* El Decret 31/2018, de 19 d'octubre, de garantia dels terminis màxims de resposta a l'atenció sanitària especialitzada programada i no urgent en el Servei de Salut de les Illes Balears (BOIB núm. 131/2018, de 20 d'octubre), estableix una espera màxima de dos mesos per a les consultes externes.

## 7) Diagnòstic diferencial de depressió i síndrome confusional aguda

Algunes malalties neuropsiquiàtriques, com ara la síndrome confusional aguda, la depressió o fins i tot el trastorn bipolar, de debut tardà (majors de 65 anys), poden ser pròdroms de demència, i per això es poden considerar signes d'alarma.<sup>29,30</sup>

- Delírium o síndrome confusional aguda: és important identificar-ne les causes perquè moltes són reversibles quan es tracta la causa que la precipita.<sup>29,30</sup> En la taula 3 es mostren les diferències entre síndrome confusional aguda i demència. Després d'un episodi de síndrome confusional aguda cal fer una valoració per descartar una possible demència.

Taula 3. Diferències entre síndrome confusional aguda i demència.

Característiques	Síndrome confusional aguda	Demència
Inici	Agut	Insidiós
Curs	Fluctuant	Persistent
Durada	Limitada	Crònica
Atenció	Alterada	Intacta fins a estats avançats
Llenguatge	Incoherent	Més coherent fins a estats avançats
Parla	Disàrtria freqüent	Disàrtria poc comuna
Allucinacions visuals	Comunes	Rares

- Depressió: pot tenir una presentació atípica que dificulti diagnosticar-la, amb aparició de signes cognitius i/o deteriorament funcional. Sol tenir un curs subagut. En la depressió queden afectades sobretot les facultats que requereixen atenció i concentració, cosa que secundàriament provoca dèficit de la memòria recent. En la taula 4 es mostren les diferències entre depressió i demència. En els casos de depressió tardana sense antecedents neuropsiquiàtrics previs és imprescindible fer una valoració neurològica i descartar el dèficit cognitiu.

Taula 4. Diferències entre depressió i demència.

Característiques	Depressió	Demència
Antecedents	Personals de depressió	Familiars de demència
Preocupació familiar	Per la memòria	Per la incapacitat
A la consulta	Acudeix tot sol / tota sola	Acudeix acompanyat/acompanyada
	Queixes detallades i desproporcionades	Queixes escasses i vagues
	Preocupat/preocupada	Despreocupat/despreocupada
Inici	Precís i progressió més o menys ràpida	Insidiós i progressió lenta
Signes	Bona resposta als antidepressius	Mala resposta als antidepressius
Test	Cognitius normals	Cognitius alterats

## 8) Valoració de la fase de la malaltia

Una vegada establert el diagnòstic cal valorar en quina fase de l'evolució clínica està el pacient. Per fer-ho cal emprar l'Escala de Deteriorament Global (GDS), també coneguda com a escala de Reisberg,<sup>31</sup> que divideix el procés de la malaltia en set etapes segons el deteriorament cognitiu:

- GDS-1: absència d'alteració cognitiva
- GDS-2: disminució cognitiva molt lleu
- GDS-3: defecte cognitiu lleu
- GDS-4: defecte cognitiu moderat
- GDS-5: defecte cognitiu moderat-greu
- GDS-6: defecte cognitiu greu
- GDS-7: defecte cognitiu molt greu

Per consultar la descripció detallada de cada fase, vegeu l'annex 7.

## Organització assistencial

### Professionals sanitaris involucrats

- Els principals professionals sanitaris involucrats en el tracte de la demència són els equips d'atenció primària i els serveis de neurologia.
- El tracte bàsic dels pacients amb demència és ambulatori i domiciliari. Els equips d'atenció primària intervenen en la detecció i en la sospita diagnòstica, en el seguiment, i en l'assessorament i el suport a la persona cuidadora. També són responsables del control d'altres malalties cròniques concomitants de prevalença alta que puguin presentar, atesa l'elevada edat dels pacients afectats.
- Els equips d'atenció primària s'han de coordinar amb altres serveis especialitzats, principalment amb els serveis de neurologia, per assegurar un procés diagnòstic correcte, un abordatge precoç de les complicacions i una atenció òptima als pacients en les diferents fases de la malaltia.<sup>32</sup>

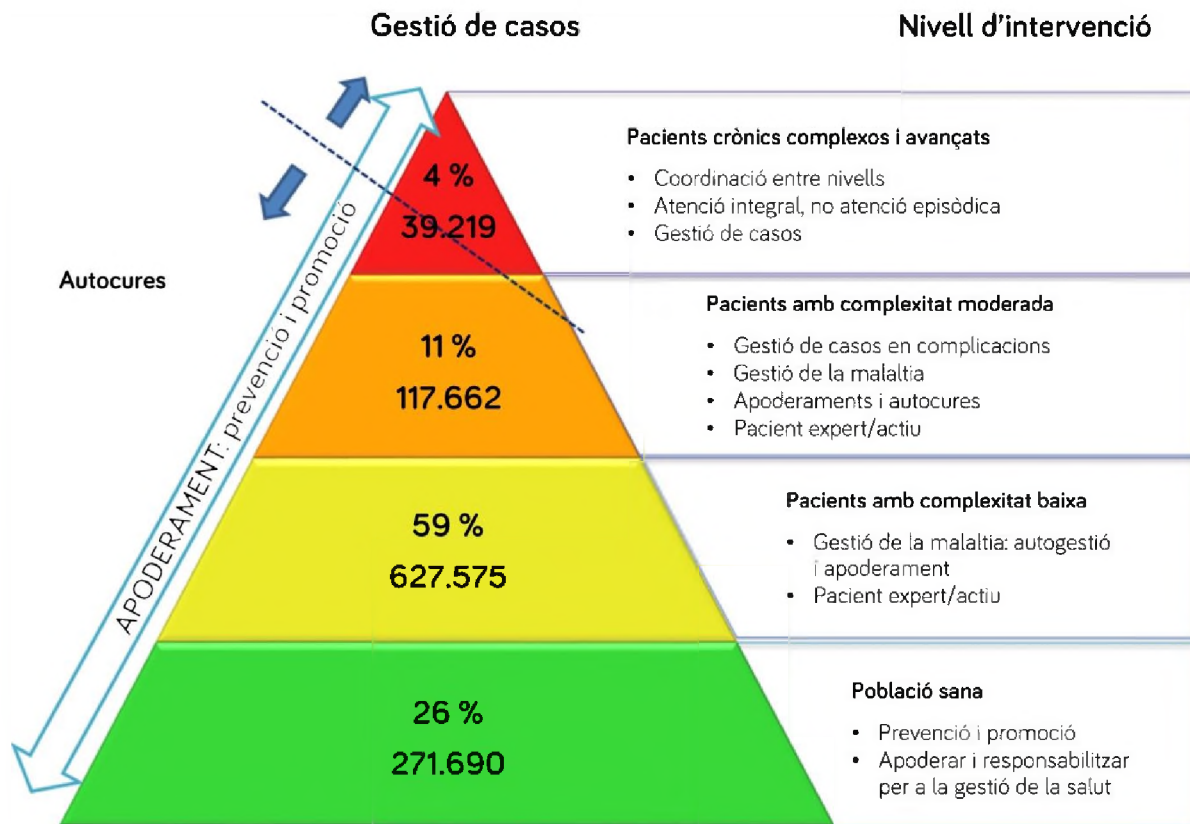
### Nous models assistencials a l'era de la cronicitat

Els canvis demogràfics d'aquests darrers anys han fet que el sistema de salut atengui sobretot pacients grans amb pluripatologia i dependència funcional progressiva. El model actual, orientat a l'atenció de pacients aguts, no dona una bona resposta a les necessitats d'aquells pacients, per la qual cosa cal canviar el model organitzatiu per adaptar-se a aquesta nova i emergent realitat.<sup>33</sup> Per això s'ha implantat el Projecte d'Atenció a la Cronicitat del Servei de Salut, en el qual es plantegen diferents nivells d'intervenció segons el grau de complexitat dels pacients.<sup>33</sup>

La primera fase ha consistit a estratificar la població per determinar-ne les necessitats de cures. Combinant dades de morbiditat i de complexitat s'han determinat diversos grups de pacients: persones sense cap malaltia crònica, pacients crònics de complexitat baixa i moderada i els PCC, entre els quals es troben també els PCA, que es beneficien sobretot d'abordatges menys agressius.

L'expressió gràfica d'aquesta classificació és la piràmide d'estratificació. És una eina important per identificar les necessitats de salut de les persones, anticipar-ne les complicacions i les reaguditzacions i planificar els recursos.

Estratificació segons els grups de morbiditat associats (GMA) de la població de les Illes Balears.



Font: Estratificació GMA 2017. Població de les Illes Balears

- PCC: pacient en el qual coexisteixen diverses patologies cròniques amb descompensacions freqüents i risc alt de pèrdua funcional, cosa que fa necessari emprar de manera ordenada els diversos nivells assistencials i en alguns casos els serveis sanitaris i socials.<sup>33</sup>
- PCA: PPC amb resultat positiu en l'instrument NECPAL\* (NECPAL +)<sup>34</sup> [vegeu l'annex 4]. Han d'estar avaluats i diagnosticats, però no requereixen exploracions més complexes ni tractaments agressius ni invasius.

\* Si la resposta a la pregunta "Li sorprendria que aquest malalt morís al llarg de proper any?" és "no", cal explorar els 13 paràmetres del NECPAL. Si en presenta almenys 1, és NECPAL +.

## Grups segons el model de cronicitat

Tenint en compte aquest model, per millorar la gestió de l'assistència dels pacients amb demència es proposen tres grups segons les necessitats del pacient i de la seva família i el nivell de complexitat, tal com es mostra en la taula 5.

L'objectiu és, d'una banda, millorar l'accés de les persones susceptibles de beneficiar-se d'una consulta al servei de neurologia i, d'altra banda, seleccionar del grup de PCC els que, atesa la complexitat alta (a causa de múltiples patologies greus, reingressos hospitalaris freqüents, mal pronòstic a curt termini, etc.) es consideri que requereixen una assistència més integral i no tan organoespecífica.

Taula 5. Organització assistencial segons les necessitats del pacient amb deteriorament cognitiu.

	Nivell de complexitat	Coordinació de l'atenció sanitària
Grup 1	Pacients sense una altra patologia rellevant, pacients crònics de complexitat baixa o moderada i PCC susceptibles de beneficiar-se d'una consulta al servei de neurologia a criteri del metge / de la metgessa de família	Equip d'atenció primària + servei de neurologia
Grup 2	PCC l'estat del qual aconselli una atenció més integral	Equip d'atenció primària + unitat de PCC de l'hospital de referència, amb neuròlegs consultors si cal
Grup 3	PCA	Equip d'atenció primària + professionals integrats en la ruta assistencial de PCA

En els casos del grup 1 (96 % de la població) cal sol·licitar una consulta des de l'atenció primària al servei de neurologia seguint els criteris de derivació acordats pel grup de treball.

En els casos dels grups 2 i 3 (4 % de la població), en primer lloc cal fer una valoració integral per avaluar les necessitats globals del pacient i de la seva família i, si es considera que cal adequar la intervenció, oferir la ruta assistencial pròpia de l'Estratègia de Cronicitat mitjançant les unitats de PCC. En aquests casos els neuròlegs han d'actuar com a consultors. En els casos de PCA, cal seguir la ruta assistencial prevista a aquest efecte [vegeu l'annex 6].

Cada sector sanitari ha d'establir la via de comunicació entre els nivells assistencials que consideri més oportuna mentre el Servei de Salut desenvolupa i estableix un sistema corporatiu de comunicació telemàtic conforme a la normativa de protecció de dades.

### Grup 1

Es tracta dels pacients sense una altra patologia rellevant, pacients crònics de complexitat baixa o moderada i PCC susceptibles de beneficiar-se d'una consulta al servei de neurologia a criteri del metge / de la metgessa de família. L'atenció d'aquests pacients s'ha de basar en la coordinació de l'equip d'atenció primària i el servei de neurologia de referència.



- Intervenció a l'atenció primària:
  - Detecció del deteriorament cognitiu:
    - Identificació de la clínica cognitiva o conductual valorant la repercussió funcional.
    - Estudi bàsic de demència.
    - Derivació dels casos que es puguin beneficiar d'un abordatge especialitzat al servei de neurologia.
  - Suport al pacient atès al servei de neurologia:
    - Suport després del diagnòstic.
    - Control dels factors de risc cardiovascular i d'altres morbiditats durant tot el procés.
    - Atenció simptomàtica en col·laboració amb el servei de neurologia.
    - Informació al pacient i a la seva família sobre assessorament social i legal (testament vital, autotutela...).
    - Suport a la persona cuidadora.
- Intervenció al servei de neurologia:
  - Estudi i diagnòstic del deteriorament cognitiu o de la conducta.
  - Seguiment i comprovació diagnòstica evolutiva congruent amb el diagnòstic etiològic establert (excepte si el diagnòstic està basat per biomarcadors etiopatogènics).
  - Seguiment de pacients amb formes atípiques.
  - Indicació de tractament farmacològic o no farmacològic valorant sempre el risc-benefici de manera individualitzada.
  - Consulta no presencial de suport a l'atenció primària.
  - Alta dels pacients en els quals ja no s'espera benefici en l'abordatge especialitzat a la consulta de demència.

En les taules 6, 7, 8 i 9 es defineixen els criteris consensuats de derivació al servei de neurologia des de l'atenció primària, els criteris de consulta no presencial al servei de neurologia, els criteris d'alta del servei de neurologia i els criteris de prolongació del visat.

Taula 6. Criteris de derivació al servei de neurologia des de l'atenció primària.

Normal	Deteriorament cognitiu i/o conductual d'un mínim de 6 mesos d'evolució corroborat per una persona pròxima o un informador que suposi un canvi en el funcionament respecte dels mesos previs i que suposi mesures de compensació
	Dubtes en el diagnòstic de deteriorament cognitiu
	Deteriorament cognitiu lleu*
Preferent	Deteriorament cognitiu d'inici precoç (menor de 65 anys), familiar o genètic
	Sospita de demència ràpidament progressiva (deteriorament inferior a 1 any des de l'inici dels signes/síntomes)
	Debut amb predomini de canvis en la conducta o de la personalitat
	Complicacions no previsible o de tracte difícil en el curs d'una demència ja diagnosticada
Urgent**	Focalitat neurològica
	Demència secundària potencialment tractable

\* Presència de queixes cognitives subjectives i objectivades en les proves psicomètriques, però que no interfereixen en les activitats de la vida diària.

\*\* Derivació al servei d'urgències.

Taula 7. Criteris de consulta no presencial al servei de neurologia.\*

Dubtes sobre si remetre o no un pacient
Demència ja diagnosticada i tractada amb empitjorament en el deteriorament cognitiu i sense cita al servei de neurologia en els mesos vinents
Dificultat en el control de la simptomatologia psicologicoconductual
Dificultat de maneig de la medicació
Dubtes sobre la continuïtat o la interrupció de la medicació específica

\* Tots els criteris excepte el primer han de ser pacients coneguts a la consulta de neurologia.

Taula 8. Criteris d'alta per part de neurologia.

Pacients amb GDS $\geq 5$
Pacients registrats com a PCA
Pacients diagnosticats de demència amb estabilitat clínica no tributaris d'altres proves ni de seguiment específic a càrrec del servei de neurologia

\* Vegeu l'annex 7.

En el cas d'alta del servei de neurologia, la infermera gestora de casos hospitalària ha d'actuar com a enllaç entre el neuròleg / la neuròloga i l'equip d'atenció primària.

Taula 9. Condicions del visat de fàrmacs específics per a la demència prescrits a la consulta de medicina familiar i comunitària.

Pacient estable i controlat pel servei de neurologia que hagi de mantenir el tractament específic de demència però sense cita pròxima al qual li caduqui el visat de farmàcia
Pacient que sigui donat d'alta pel servei de neurologia mentre estigui indicat mantenir el tractament amb fàrmacs específics per a la demència

## Grup 2

Els PCC són persones amb una o diverses malalties d'evolució llarga, la gestió clínica de les quals pot ser percebuda com a difícil pels professionals de referència i que requereixen l'ús ordenat de diferents serveis socials i sanitaris.<sup>35</sup>

Els pacients afectats per un deteriorament cognitiu que, després de fer una valoració global de la comorbiditat, es consideri que ja no es beneficiaran d'una consulta organoespecífica especialitzada són tributaris de ser tractats pel seu equip d'atenció primària, sempre que el pacient o la seva família hi estiguin d'acord.

Si a l'atenció primària es requereix alguna prova o pauta de tractament que no es pugui dur a terme en aquest nivell d'atenció, o si cal una consulta hospitalària, s'ha de derivar aquest cas a la unitat de PCC de l'hospital de referència. En aquests casos, els neuròlegs han d'actuar com a consultors.

### Grup 3

L'equip d'atenció primària corresponent s'ha de fer càrrec de la cura dels PCA. Si es requereix un ingrés hospitalari, cal seguir les rutes de cronicitat mitjançant la infermera gestora de casos, que ha de gestionar l'ingrés a l'hospital d'atenció intermèdia de referència del pacient.

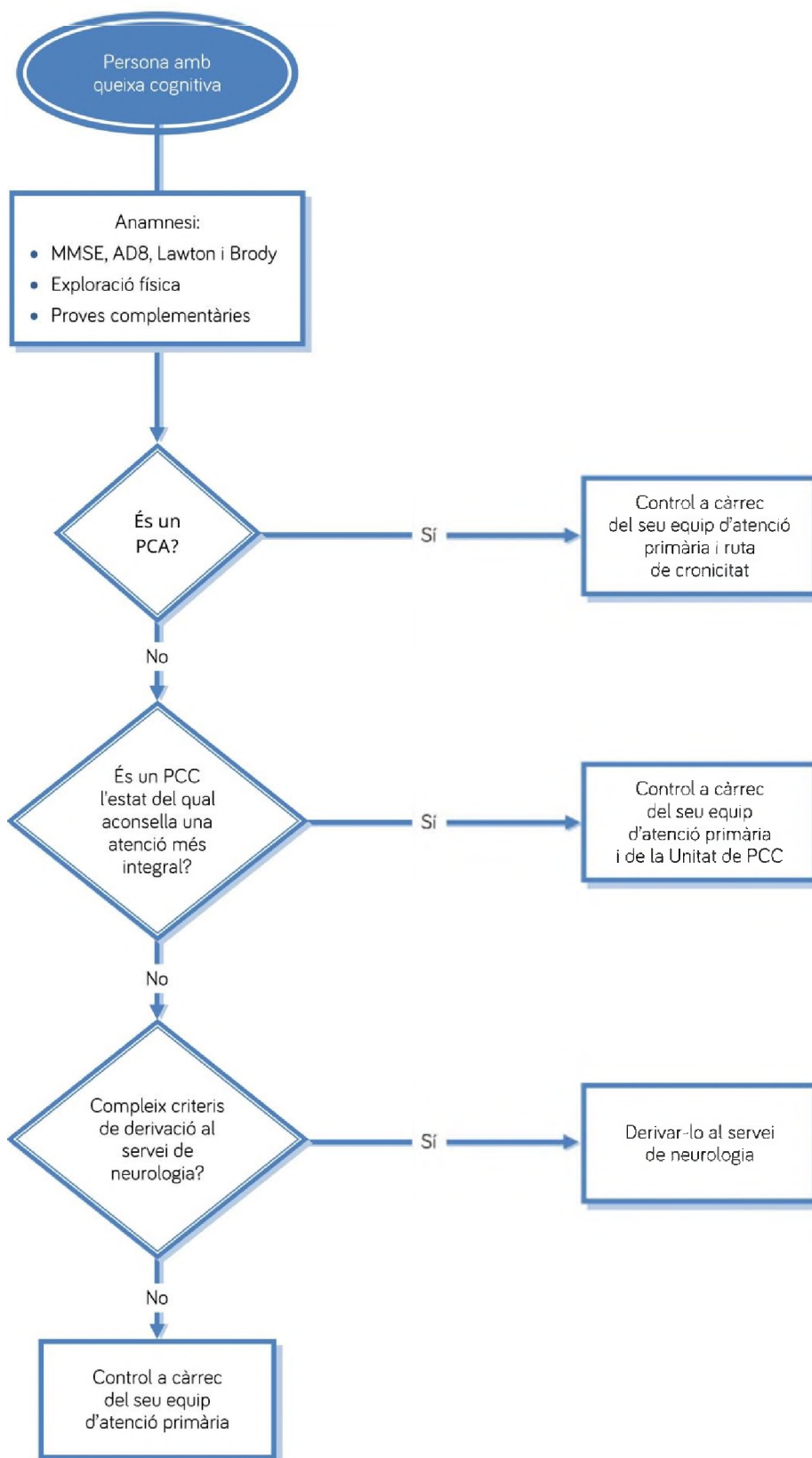
Si el pacient està en la situació de final de vida i cal suport per aconseguir les màximes mesures de confort, l'equip d'atenció primària s'ha de posar en contacte amb l'Equip de Suport d'Atenció Domiciliària (ESAD).

Intervenció en els grups 2 i 3:

- Intervenció de l'equip d'atenció primària (metge/metgessa de família, infermer/infermera d'atenció primària, infermera gestora de casos, treballador/treballadora social, fisioterapeuta):
  - Suport al pacient no tributari de derivació o de seguiment a la consulta presencial del servei de neurologia (PCC que no es beneficiaran de consultes organoespecífiques i requereixin una atenció més integral, PCA i pacients en la fase de final de vida).
- Intervenció de la Unitat de PCC:
  - Suport als professionals de l'atenció primària.
  - Gestió de casos de complexitat alta compartida amb l'atenció primària.
  - Coordinació amb el servei de neurologia o de psiquiatria, si cal.
- Intervenció dels hospitals d'atenció intermèdia:
  - Ingrés directe des de la comunitat als hospitals d'atenció intermèdia, sense passar pel servei d'urgències.
- Intervenció de l'ESAD
  - Suport als equips d'atenció primària en els casos de demència avançada o de final de vida en què l'EAP requereixi suport per aconseguir el màxim confort del pacient.



## Circuit assistencial



## Indicadors d'avaluació

### Estudi adequat dels pacients amb deteriorament cognitiu derivats al servei de neurologia

- Justificació: tots els pacients derivats a causa del deteriorament cognitiu han de ser avaluats amb aquests tres tests.
- Dimensió: adequació.
- Fórmula / Unitat de mesura:

$$\frac{\text{Nombre de pacients amb deteriorament cognitiu derivats al servei de neurologia amb qualsevol dels diagnòstics de la CIM9* als quals s'ha fet a l'atenció primària els tests MMSE, AD8 i Lawton i Brody}}{\text{Nombre total de pacients derivats al servei de neurologia amb qualsevol dels diagnòstics de la CIM9}} \times 100$$

- Tipus d'indicador: de procés.
- Font d'informació: e-SIAP.
- Estàndard: 90 %.

### Valoració global del deteriorament en pacients diagnosticats de demència

- Justificació: la valoració de la fase de la demència per mitjà de l'escala global de deteriorament (GDS) és fonamental per al seguiment dels pacients.
- Dimensió: adequació.
- Fórmula / Unitat de mesura:

$$\frac{\text{Nombre de pacients amb diagnòstic de demència als quals s'ha fet una valoració de la fase segons l'escala GDS}}{\text{Nombre de pacients amb diagnòstic de demència}} \times 100$$

- Tipus d'indicador: de procés.
- Font d'informació: e-SIAP.
- Estàndard: 90 %.

\* Diagnòstics 290.0-290.4, 290.8, 290.9, 291.2, 292.82, 294.1, 331.0, 331.1, 331.2, 331.7, 331.9 i 333.4.

## Glossari

### A

**Activitats bàsiques de la vida diària:** conjunt d'activitats primàries de les persones encaminades a l'autocura i a la mobilitat, que les doten d'autonomia i independència elementals i els permeten viure sense ajuda contínua d'altres persones. S'hi inclouen activitats com menjar, controlar els esfínters, emprar el lavabo, vestir-se, dutxar-se, traslladar-se, deambular, etc.

**Activitats instrumentals de la vida diària:** activitats que permeten a les persones adaptar-se a l'entorn i mantenir la independència a la comunitat. Igual que les activitats bàsiques, depenen de l'estat de salut de cada persona, però hi intervenen altres elements, com ara l'estat afectiu, els rendiments cognitius i aspectes de l'entorn social. S'hi inclouen activitats com ara telefonar, comprar, cuinar, tenir cura de la casa, emprar transports, manejar la medicació, manejar els doblers, etc.

**AD8:** qüestionari a l'informador breu que pot ser autoaplicat i facilita la identificació del deteriorament cognitiu.

**Afàsia:** pèrdua de la capacitat de produir i/o de comprendre llenguatge. Alteració del llenguatge a causa d'una lesió cerebral.

**Agnòsia:** alteració del reconeixement no deguda a trastorns sensorials ni a defectes cognitius globals, amb un coneixement previ de l'objecte que es reconeixerà.

**Anosognòsia:** situació patològica referida als pacients amb problemes neurològics (cognitius) que no tenen percepció dels dèficits neurològics que pateixen.

**Apatia:** falta d'emoció, motivació o entusiasme. Estat d'indiferència en què una persona no respon a aspectes de la vida emocional, social o física.

**Apràxia:** capacitat alterada de dur a terme activitats motrius malgrat una funció motriu intacta i que no s'explica per trastorns motors elementals (parèsia, distonia, tremolor, etc.).

### B

**Barthel:** escala que avalua deu activitats de la vida diària (←): menjar, rentar-se, vestir-se, arreglar-se, deposicions, micció, ús del vàter, capacitat per traslladar-se, deambulació, pujar/baixar escales. Es puntuava de 0 a 100 (90 per als pacients limitats en cadira de rodes). Els resultats globals s'agrupen en quatre categories de dependència segons la puntuació obtinguda: de 86 a 100, independent; de 60 a 85, dependència lleu; de 40 a 55, dependència moderada; de 20 a 35, dependència greu, i de 0 a 19, dependència total.

**Bradipsíquia:** lentitud dels processos psíquics, mentals o del pensament.

### C

**Comorbiditat:** presència de diverses malalties afegides o associades.

## D

**Demència lobar frontotemporal:** malaltia neurodegenerativa que es caracteritza clínicament per alteracions prominents del comportament i/o del llenguatge, i patològicament per atrofia focal dels lòbuls frontals i/o temporals. Tot i que és poc freqüent, és la segona causa de demència (→) en persones de menys de 65 anys, després de la malaltia d'Alzheimer (→). No sol afectar de manera predominant la memòria (→) ni les habilitats espacials.

**Delírium o síndrome confusional tardana:** estat confusional agut provocat per una disfunció cerebral difusa. Es caracteritza clínicament per l'alteració simultània de l'atenció, de la percepció, del pensament, de la memòria (→), de la conducta psicomotriu, de l'emoció i del ritme son-vigília.

**Demència:** síndrome clínica caracteritzada pel dèficit adquirit en més d'un domini cognitiu, que representa una pèrdua respecte del nivell previ i que redueix de manera significativa l'autonomia funcional del pacient. La demència cursa freqüentment amb signes conductuals i símptomes psicològics.

**Demència amb cossos de Lewy:** es caracteritza clínicament per l'associació de deteriorament cognitiu fluctuant, parkinsonisme i símptomes psicòtics, i patològicament per la presència de cossos i neurites de Lewy a l'escorça cerebral.

**Demències degeneratives:** malalties caracteritzades per la pèrdua neuronal i sinàptica i pel dipòsit cerebral d'agregats proteics insolubles intracel·lulars i/o extracel·lulars.

**Demència vascular o cerebrovascular:** demència (←) secundària a una o diverses lesions vasculars cerebrals, de qualsevol etiologia.

**Deteriorament cognitiu lleu:** síndrome definida per la presència de queixes cognitives subjectives i objectivades en les proves psicomètriques, però que no interfereixen en les activitats de la vida diària (←).

## E

**Malaltia d'Alzheimer:** entitat clinicopatològica de naturalesa degenerativa i evolució progressiva. Es caracteritza clínicament per la demència (←) i neuropatològicament per la presència de cabdells neurofibril·lars i plaques neurítiques. És el tipus de demència més freqüent, ja que representa fins al 70 % dels casos. En la majoria dels casos la presentació és esporàdica, però n'hi ha que estan associats a mutacions de transmissió autosòmica dominant.

**Estereotípia (comportament):** moviment, postura o veu repetitiva o ritualitzada sense una finalitat determinada.

**Examen del camp visual per confrontació:** es refereix a l'àrea total en la qual els objectes es poden veure en la visió lateral (perifèrica) mentre s'enfoquen els ulls en un punt central.

## F

**Factor de risc:** tota circumstància que augmenta les probabilitats de contreure una malaltia.

**Fototest:** test cognitiu que avalua la capacitat de recordar sis elements que prèviament s'han mostrat al pacient i hom li ha demanat que anomeni. Entre la denominació i el record s'insereix una tasca de fluïdesa verbal en què el pacient ha d'evocar noms de persones agrupades per sexes.

**Funció executiva:** capacitat de pensar per planificar, iniciar, seqüenciar, supervisar i aturar un comportament complex. Són els processos mentals que ens permeten dur a terme qualsevol tasca.

## G

**Gnosi:** facultat de percebre i conèixer.

## L

**Lawton i Brody:** escala utilitzada per valorar la capacitat d'una persona per dur a terme les activitats instrumentals de la vida diària (←).

## M

**Memòria:** facultat psíquica per mitjà de la qual es reté i es recorda el passat.

**Memòria de treball:** és la memòria que s'utilitza constantment per parlar, pensar i actuar. És de termini curt, temporal i de capacitat baixa, i se satura ràpidament.

**Memòria episòdica:** és la memòria que emmagatzema esdeveniments autobiogràfics que es poden evocar explícitament.

**Memòria procedimental, implícita o no declarativa:** és la memòria implicada en l'aprenentatge de diverses habilitats que s'activen de manera automàtica: caminar, llegir, conduir, nedar, colcar amb bicicleta...

**Memòria semàntica:** és la memòria que conté els coneixements generals apresos al llarg del temps.

**Mini-Cog:** prova cognitiva breu que inclou l'avaluació de la capacitat d'una persona de recordar tres paraules i dibuixar un rellotge.

**Mini-mental State Examination (MMSE 30):** test de 30 ítems que s'utilitza per a l'avaluació breu de les capacitats cognitives. Planteja preguntes sobre orientació temporal i espacial, registre amnèsic, càlcul seriati i atenció, record, llenguatge oral i escrit, còpia d'un dibuix.

**MoCA:** el test d'avaluació cognitiva de Mont-real és un instrument breu sensible i específic utilitzat per detectar el deteriorament cognitiu lleu i la demència, amb punts de tall que varien segons la població estudiada.

**Motoneurona:** tipus de cèl·lula del sistema nerviós situades al cervell i a la medulla espinal i que té la funció de produir els estímuls que provoquen la contracció dels diferents grups musculars de l'organisme. És imprescindible per a les activitats quotidianes que requereixen contracció muscular i, en general, tots els moviments del cos. La primera motoneurona (o motoneurona superior) és a l'escorça cerebral i emet terminacions nervioses que formen l'anomenada "via piramidal", que connecta amb la medulla espinal. La segona motoneurona (o motoneurona inferior) està situada a la banya anterior de la medulla espinal i emet terminacions nervioses que arriben directament als músculs de l'organisme i en provoquen la contracció voluntària.

## P

**Pacient crònic complex (PCC):** pacient afectat per una o diverses patologies cròniques de complexitat alta, que pateix descompensacions sovint i que presenta un risc alt de pèrdua funcional, cosa que fa necessari l'ús ordenat dels diversos nivells assistencials i en alguns casos els serveis sanitaris i socials.

**Pacient crònic avançat (PCA):** PCC amb NECPAL +, és a dir, persona amb alguna malaltia progressiva, evolutiva i irreversible amb un pronòstic de vida limitat. Ha d'estar diagnosticat i avaluat correctament i no ha de requerir noves exploracions sofisticades ni tractaments agressius de les malalties de base o per noves descompensacions.

**Pfeiffer:** test per valorar la memòria del pacient. Serveix per descartar que determinats oblitats en la vida diària siguin signe d'algun procés degeneratiu cerebral. En general s'utilitza en persones de més de 75 anys.

## R

**Reflexos arcaics o primitius:** moviments automàtics, estereotipats, dirigits per una part molt primitiva del cervell. Són executats sense implicar els nivells superiors del cervell. Idealment tenen una vida curta, i quan han complit la seva funció són reemplaçats per estructures més sofisticades que es controlen des del còrtex. Es consideren aberrants i evidencien una immaduresa del sistema nerviós central si presenten persistència, una intensitat anormal o asimètrica o si reapareixen.

**Reflex glabellar:** és el tancament ocular produït en colpejar suaument l'espai intercilial (a l'arrel del nas); si no s'acaba en repetir l'estímul és positiu i, per tant, patològic.<sup>15</sup>

## S

**Síndrome confusional aguda:** vegeu *delírium* (←).

**Síntomes cognitius:** símptomes relacionats amb l'adquisició de coneixements.

**Síntomes conductuals:** símptomes relacionats amb l'alteració de la percepció i la conducta, que es poden presentar en les persones afectades per una demència i constitueixen una part de l'expressió de la malaltia.

**Síntomes psicològics:** símptomes relacionats amb l'ànim i el contingut del pensament, que es poden presentar en les persones afectades per una demència i constitueixen una part de l'expressió de la malaltia.

## T

**Tomografia computada multicorona o multital:** tipus de tomografia que incorpora diversos anells detectors (entre 2 i 320), cosa que augmenta la rapidesa del procés i permet obtenir imatges volumètriques en temps real.

**Test del dibuix del rellotge:** instrument de selecció per examinar el deteriorament cognitiu en diversos trastorns neurològics o psiquiàtrics. Es va crear l'any 1953 per valorar l'apràxia constructiva i es va utilitzar sobretot per detectar trastorns secundaris a lesions del còrtex parietal.



## Bibliografia

1. MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD. *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias*. Madrid, 2011. Disponible en: <[www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_484\\_Alzheimer\\_AIAQS\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_compl.pdf)> [Consulta: 6 nov 2018].
2. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Demencia: una prioridad de salud pública*. Ginebra (Suiza), 2013. Disponible en: <[apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256_spa.pdf)> [Consulta: 6 nov 2018].
3. Katzman R. The Prevalence and Malignancy of Alzheimer Disease. A Major Killer. *Alzheimer's & Dementia*. 2008;4(6):378-380. Disponible en: <[www.alzheimersanddementia.com/article/S1552-5260\(08\)02892-6/pdf](http://www.alzheimersanddementia.com/article/S1552-5260(08)02892-6/pdf)> [Consulta: 6 nov 2018].
4. Petersen RC. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine*. 2004;256(3):183-194. Disponible en: <[onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2796.2004.01388.x](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2796.2004.01388.x)> [Consulta: 6 nov 2018].
5. Rodríguez JO, Bermejo Pareja F. Alteración cognitiva leve en la práctica clínica. *Med Clin*. 2011;137(9):414-418.
6. AYUSO BLANCO, Teresa [et al.]. *Abordaje de la demencia: guía de actuación en la coordinación Atención Primaria - Neurología*. Pamplona: Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea. 2008. Disponible en: <[www.navarra.es/NR/rdonlyres/90E6356A-73C3-4CA1-9291-834501AA4324/0/Guiaabordajedelademencia](http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/90E6356A-73C3-4CA1-9291-834501AA4324/0/Guiaabordajedelademencia)> [Consulta: 6 nov 2018].
7. Moyer VA, U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Screening for cognitive impairment in older adults. *Ann Intern Med*. 2014 Jun 3;160(11):791-797. Disponible en: <[annals.org/aim/fullarticle/1850963/screening-cognitive-impairment-older-adults-u-s-preventive-services-task](http://annals.org/aim/fullarticle/1850963/screening-cognitive-impairment-older-adults-u-s-preventive-services-task)> [Consulta: 6 nov 2018].
8. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, Costafreda SG, Huntley J, Ames D et al. Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*. 2017 Jul;390(10113):2673-2734. Disponible en: <[www.researchgate.net/publication/318566181\\_Dementia\\_prevention\\_intervention\\_and\\_care](http://www.researchgate.net/publication/318566181_Dementia_prevention_intervention_and_care)> [Consulta: 6 nov 2018].
9. AGUILAR DOMENJO, Silvia [et al.]. *Estrategia de Ictus de las Illes Balears 2017-2021*. Palma: Consejería de Salud del Gobierno de las Islas Baleares, 2017. Disponible en: <[www.caib.es/sites/planificaciosanitaria/es/archivopub.do?ctrl=MCRST2245Z1236583&id=236583](http://www.caib.es/sites/planificaciosanitaria/es/archivopub.do?ctrl=MCRST2245Z1236583&id=236583)> [Consulta: 6 nov 2018].
10. DIRECCIÓN GENERAL DE ORGANIZACIÓN DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS. *Demencia. Guía de recomendaciones clínicas: demencia*. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, 2008. Disponible en: <[www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/pcais/demencia.pdf](http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/pcais/demencia.pdf)> [Consulta: 6 nov 2018].
11. ALZHEIMER'S ASSOCIATION. *Have you noticed any of these warning signs?* 2009. Disponible en: <[www.alz.org/national/documents/checklist\\_10signs.pdf](http://www.alz.org/national/documents/checklist_10signs.pdf)> [Consulta: 6 nov 2018].
12. Robles A, Del Ser T, Alom J, Peña-Casanova J, Grupo Asesor del Grupo de Neurología de la Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología. Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alzheimer. *Neurología*. 2002;17(11):17-32. Disponible en: <[www.scual.sld.cu/documentos\\_pdf/Criterios para MCI, Dem.. y E.A..pdf](http://www.scual.sld.cu/documentos_pdf/Criterios para MCI, Dem.. y E.A..pdf)> [Consulta: 6 nov 2018].
13. McKhann G, Knopman DS, Chertkow H, Hyman B, Jack CR, Kawas C et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2011;7(3):263-269. Disponible en: <[www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3312024/pdf/nihms363310.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3312024/pdf/nihms363310.pdf)> [Consulta: 6 nov 2018].



Bibliografia

14. Villarejo A, Puertas-Martín V. Utilidad de los test breves en el cribado de demencia. *Neurologia* 2011 sept. 26(7):425-433. Disponible en : <[www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-pdf-S0213485310003312](http://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-pdf-S0213485310003312)> [Consulta: 6 nov 2018].
15. De la Espriella RA, Hernández JF, Espejo LM. Signos de liberación cortical en pacientes con esquizofrenia, trastornos depresivos, trastorno afectivo bipolar, demencia y enfermedad cerebrovascular. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2013;42(4):311-319. Disponible en: <[www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-pdf-S0034745013700271](http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-pdf-S0034745013700271)> [Consulta: 6 nov 2018].
16. Brown J. The use and misuse of short cognitive tests in the diagnosis of dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2015 Jun;86(6):680-685.
17. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975 Nov;12(3):189-198.
18. Molloy DW, Standish TI. A guide to the standardized Mini-Mental State Examination. *Int Psychogeriatr.* 1997;9 Suppl 1:87-94.
19. Lacy M, Kaemmerer T, Czipri S. Standardized mini-mental state examination scores and verbal memory performance at a memory center: Implications for cognitive screening. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 2015 Mar;30(2):145-152. Disponible en: <[www.researchgate.net/publication/263745596\\_Standardized\\_Mini-Mental\\_State\\_Examination\\_Scores\\_and\\_Verbal\\_Memory\\_Performance\\_at\\_a\\_Memory\\_Center](http://www.researchgate.net/publication/263745596_Standardized_Mini-Mental_State_Examination_Scores_and_Verbal_Memory_Performance_at_a_Memory_Center)> [Consulta: 6 nov 2018].
20. Blesa R, Pujol M, Aguilar M, Santacruz P, Bertran-Serra I, Hernández G et al. Clinical Validity of the "Mini-Mental State" for Spanish speaking communities. *Neuropsychologia.* 2001;39:1150-1157.
21. Peña-Casanova J, Aguilar M, Bertran-Serra I, Santacruz P, Hernández G, Insa R et al. Normalización de instrumentos cognitivos y funcionales para la evaluación de la demencia. NORMACODEM (I): Objetivos, contenidos, población. *Neurologia.* 1997;12(2):61-68.
22. Galvin JE, Roe CM, Coats MA, Morris JC. Patient's rating of cognitive ability. *Arch Neurol.* 2007;64(5):725-730. Disponible en: <[pdfs.semanticscholar.org/ed23/84a561f5d6f471d809298373baf763d88ca5.pdf](https://pdfs.semanticscholar.org/ed23/84a561f5d6f471d809298373baf763d88ca5.pdf)> [Consulta: 6 nov 2018].
23. Carnero Pardo C, De la Vega Cotarelo R, López Alcalde S, Martos Aparicio C, Vilchez Carrillo R, Mora Gavilán E et al. Evaluación de la utilidad diagnóstica de la versión española del cuestionario al informador «AD8». *Neurologia.* 2013;28(2):88-94. Disponible en: <[www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3485452](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3485452)> [Consulta: 6 nov 2018].
24. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969 Autumn;9(3):179-186.
25. Manubens JM, Martínez-Lage P, Martínez-Lage JM, Larumbe R, Muruzábal J, Martínez-González MA, et al. Variation of Mini-Mental-State examination scores due to age and educational level. Normalized data in the population over 70 years of age in Pamplona. *Neurologia.* 1998;13(3):111-119.
26. GUIDELINE ADAPTATION COMMITTEE. *Clinical practice guidelines and principles of care for people with dementia.* Sydney (Australia), 2016. Disponible en: <[sydney.edu.au/medicine/cdpc/documents/resources/dementia-guidelines1.pdf](http://sydney.edu.au/medicine/cdpc/documents/resources/dementia-guidelines1.pdf)> [Consulta: 6 nov 2018].
27. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). *Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers* [en línia]. 2018. Disponible en: <[www.nice.org.uk/guidance/ng97/resources/dementia-assessment-management-and-support-for-people-living-with-dementia-and-their-carers-pdf-1837760199109](http://www.nice.org.uk/guidance/ng97/resources/dementia-assessment-management-and-support-for-people-living-with-dementia-and-their-carers-pdf-1837760199109)> [Consulta: 6 nov 2018].
28. AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY. ACR Appropriateness criteria [en línia]. <[www.acr.org/Clinical-Resources/ACR-Appropriateness-Criteria](http://www.acr.org/Clinical-Resources/ACR-Appropriateness-Criteria)> [Consulta: 6 nov 2018].
29. Sharon K. Delirium in Older Persons. *N Engl J Med.* 2006;354(23):2509-2511.

30. Witlox J, Eurelings LS, De Jonghe JF, Kalisvaart KJ, Eikelenboom P, Van Gool WA. Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. *JAMA*. 2010 Jul 28;304(4):443-451.
31. Reisberg B, Ferris SH, De León MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry*. 1982;139(9):1136-1339. Disponible en: <[www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7114305](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7114305)> [Consulta: 6 nov 2018].
32. RUIZ IDIAGO, Jesús M. [coord.]. *Ruta assistencial per a l'atenció de les persones amb demències*. Barcelona: Àrea Integral de Salut Barcelona Nord, 2015.
33. SUBDIRECCIÓ D'ATENCIÓ A LA CRONICITAT. *Atenció al pacient crònic complex i crònic avançat*. Palma: Servei de Salut de les Illes Balears, 2017. Disponible en: <[www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1472/2017-atencio-pacient-cronic-complex-i-avan%C3%A7at-ca.pdf](http://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1472/2017-atencio-pacient-cronic-complex-i-avan%C3%A7at-ca.pdf)> [Consulta: 6 nov 2018].
34. GÓMEZ-BATISTE, Xavier. *Recomendaciones para la atención integral e integrada de personas con enfermedades o condiciones crónicas avanzadas y pronóstico de vida limitado en servicios de salud y sociales: NECPAL-CCOMS-ICO© 3.1. (2017)*. Barcelona: Càtedra de Cures Pal·latives / Universitat de Vic / Institut Català d'Oncologia, 2017 Disponible en: <[ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxius/INSTRUMENTO-NECPAL-3.1-2017-ESP\\_Completo-Final.pdf](http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxius/INSTRUMENTO-NECPAL-3.1-2017-ESP_Completo-Final.pdf)> [Consulta: 6 nov 2018].
35. BLAY, Carles; LIMÓN, Esther. *Bases per a un model català d'a les persones amb necessitats complexes: conceptualització i introducció als elements operatius*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2017. Disponible en: <[scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3305/bases\\_model\\_catala\\_atencio\\_persones\\_necessitats\\_complexes\\_2017\\_ca.pdf](http://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3305/bases_model_catala_atencio_persones_necessitats_complexes_2017_ca.pdf)> [Consulta: 6 nov 2018].

## ANNEXOS



## Annex 1. Mini-mental Standard Examination (MMSE 30)

(Adaptació de la MMSE de Folstein)

Per fer aquesta prova (vegeu l'annex 1) heu de llegir en veu alta, de manera clara i a poc a poc allò que està escrit en negreta. Marcau amb un cercle la puntuació (0 o 1) per a cada qüestió. En cursiva trobareu algunes indicacions, però podeu consultar instruccions detallades sobre com fer la prova a partir de la pàgina 7 de l'annex.

Heu de fer la prova en privat i en l'idioma matern del pacient. Començau plantejant aquestes dues preguntes: "Teniu cap problema de memòria?" i "Us puc fer uns quantes preguntes per comprovar-ho?".

Aquí teniu les imatges de les dues primeres pàgines del test, que trobareu complet per imprimir en l'annex 1.

Mini-mental Standard Examination (MMSE 30)		
<b>Orientació temporal</b>		
Quin dia de la setmana és avui?	0	1
A quin mes som?	0	1
Quin dia del mes és avui?	0	1
A quina estació de l'any som?	0	1
A quin any som?	0	1
<b>Orientació espacial</b>		
On som en aquest moment?	0	1
A quina planta som?	0	1
A quina ciutat som?	0	1
A quina província som?	0	1
A quin país som?	0	1
<b>Fixació</b>		
Ara escoltau amb atenció: us diré tres paraules i us demanaré de repetir-les quan jo hauré acabat. Preparat/preparada?		
PILOTA	<i>pausa</i>	
CAVALL	<i>pausa</i>	
POMA	<i>pausa</i>	
<b>Me les podeu repetir?</b>		
<i>Feu-li repetir fins a 5 vegades, però puntuau només el primer intent.</i>		
Pilota	0	1
Cavall	0	1
Poma	0	1
Intentau recordar les paraules, perquè us les tornaré a demanar d'aquí a uns minuts.		

Atenció i càlcul		
<b>Restau de 7 en 7 a partir de 100.</b>		
<i>Després de cada resposta, si fa falta digau-li "Continueu, per favor".</i>		
<b>Quant és 100 menys/manco ??</b>		
93	0	1
86	0	1
79	0	1
72	0	1
65	0	1
<i>Si el pacient té dificultats numèriques, en lloc de l'operació de sotstracció de 7 en 7, li podeu demanar que lletregi la paraula "forat", primer en ordre directe (no puntuat) i després en ordre invers.</i>		
<b>Digau lletra per lletra la paraula "FORAT" <i>No puntuat</i></b>		
<b>Digau lletra per lletra la paraula "FORAT" al revés</b>		
	0	1 2 3 4 5
<b>Memòria</b>		
<b>Quines eren les tres paraules que us he demanat que recordàssiu?</b>		
<i>Record lliure. No hi doneu pistes.</i>		
Pilota	0	1
Cavall	0	1
Poma	0	1
<i>Record facilitat. Proporcioneu una pista semàntica per a cada paraula. No puntuat, però orienta.</i>		
<b>Per ajudar-vos a recordar, us donaré unes pistes:</b>		
La primera paraula era un objecte per jugar, la recordau?	[pausa]	
La segona paraula era un animal, la recordau?	[pausa]	
La tercera paraula era una fruita, la recordau?	[pausa]	

## Annex 2. Qüestionari de l'informador AD8

Versió adaptada de Carnero Pardo C et al. Evaluación de la utilidad diagnóstica de la versión española del cuestionario al informador «AD8». Neurología. 2013 Mar;28(2):88-94.

*No imprimiu ni utilitzeu aquesta imatge, sinó el document de l'annex 2.*

Respecte de la persona que acompanyau, què opinau sobre els aspectes següents?:

Nota: "Sí, ha canviat" significa que pensau que hi ha hagut un canvi en els darrers anys causat per problemes de raonament i/o de memòria.

Aspecte	Sí, ha canviat	No, no ha canviat	NS/NC No ho sap / No hi contesta
Problemes per emetre judicis i prendre decisions adequades (ex.: l'enganyen o l'estafen, pren decisions financeres errònies, fa regals inapropiats, etc.)			
Pèrdua d'interès en les seves aficions i activitats (ex.: ha deixat de fer activitats que li agradaven)			
Repeteix les preguntes, els comentaris o les coses que explica			
Dificultat per aprendre a emprar eines, aparells o dispositius (ex.: microones, comandaments a distància, telèfon mòbil o sense fil, DVD, ordinador)			
Oblida en quin mes o quin any és			
Dificultat per manejar assumptes financers complicats (ex.: ajustar comptes, xecs, impostos, factures, rebuts, etc.)			
Dificultat per recordar les cites i les coses que ha de fer			
Els problemes de raonament i/o de memòria són quotidians, i no ocasionals			
<b>TOTAL</b>			

Punt de tall: 3-4



## Annex 3. Escala de Lawton i Brody per a les activitats instrumentals de la vida diària

No imprimeixi ni utilitzi aquesta imatge, sinó el document de l'annex 3.

Pacient .....	Edat: .....	Sexe: <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona
Amb l'ajuda de la persona cuidadora principal, puntuau la situació del pacient sobre aquests vuit aspectes.		
<b>A) Capacitat per emprar el telèfon</b>		
1. Empra el telèfon per iniciativa pròpia, cerca i marca els números, etc.		1
2. Marca uns quants números ben coneguts		1
3. Contesta al telèfon però no hi marca		1
4. No empra el telèfon		0
<b>B) Anar de compres</b>		
1. Fa totes les compres necessàries amb independència		1
2. Compra amb independència algunes coses		0
3. Necessita companyia per fer qualsevol compra		0
4. Completament incapaç d'anar de compres		0
<b>C) Preparar el menjar</b>		
1. Planifica, prepara i serveix el menjar adequat amb independència		1
2. Prepara el menjar si li donen els ingredients		0
3. Encalenteix i serveix el menjar però no manté una dieta adequada		0
4. Necessita que li preparin i li serveixin el menjar		0
<b>D) Tenir cura de la casa</b>		
1. Té cura de la casa tot sol / tota sola o amb ajuda ocasional (ex., treballs pesats)		1
2. Duu a terme tasques domèstiques lleugeres, com ara escurar o fer el llit		1
3. Fa tasques domèstiques lleugeres però no pot mantenir un nivell de netedat acceptable		1
4. Necessita ajuda en totes les tasques de la casa		1
5. No participa en cap tasca domèstica		0
<b>E) Rentar la roba</b>		
1. S'encarrega completament de rentar la roba personal		1
2. Renta roba petita		1
3. Necessita que una altra persona s'ocupi de rentar la roba		0
<b>F) Mitjà de transport</b>		
1. Viatja amb independència en transports públics o mena un vehicle		1
2. Capaç d'organitzar el transport propi en taxi, però no empra el transport públic		1
3. Viatja en transports públic si l'acompanya una altra persona		1
4. Només viatja en taxi o en automòbil amb ajuda d'altres persones		0
5. No viatja		0
<b>G) Responsabilitat sobre la medicació</b>		
1. És responsable de l'ús de la medicació, de les dosis i de les hores correctes per prendre-les		1
2. Pren responsablement la medicació si la hi preparen amb anticipació en dosis		0
3. No és capaç de responsabilitzar-se de la seva medicació		0
<b>H) Capacitat d'emprar doblers</b>		
1. Maneja els assumptes financers amb independència, recull i coneix els seus ingressos		1
2. Maneja les despeses quotidianes però necessita ajuda per anar al banc, fer grans despeses, etc.		1
3. Incapaç de manejar doblers.		0
<b>TOTAL</b>		

Puntuació	Dependència
0-1	total
2-3	important
4-5	moderada
6-7	lleugera
8	independència

## Annex 4. Instrument NECPAL CCOMS-ICO® versió 3.1 2017

No imprimiu ni utilitzeu aquesta imatge, sinó el document de l'annex 4.

### INSTRUMENT NECPAL-CCOMS-ICO® VERSIÓ 3.1 2017

PACIENT: ..... HC: .....  
DATA: ..... / ..... / ..... SERVEI: .....  
RESPONSABLE(S): .....

<b>Pregunta sorpresa (a/entre professionals)</b>	Li sorprendria que aquest malalt morís al llarg del proper any?	<input type="checkbox"/> Sí (-) <input checked="" type="checkbox"/> No (+)
<b>"Demanda" o "Necessitat"</b>	- Demanda: Hi ha hagut alguna expressió implícita o explícita de limitació d'esforç terapèutic o de demanda d'atenció pal·liativa de pacient o família i/o membres equip - Necessitat: identificada per professionals membres de l'equip	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
<b>Indicadors clínics generals de progressió:</b> - Els darrers 6 mesos - No relacionat amb procés intercurrent recent/reversible	- Declivi nutricional - Declivi funcional - Declivi cognitiu	• Pèrdua Pes > 10% • Deteriorament Karnofsky o Barthel > 30% • Pèrdua >2 AVDs • Pèrdua ≥ 5 minimental o ≥ 3 Pfeiffer
<b>Dependència severa</b>	- Karnofsky <50 o Barthel <20	• Dades clíniques per anamnesi
<b>Síndromes geriàtriques</b>	- Caigudes - Úlceres per pressió - Disfàgia - Delirium - Infeccions a repetició	• Dades clíniques anamnesi ≥ 2 síndromes geriàtriques (recurrents o persistents)
<b>Síntomes persistents</b>	Dolor, debilitat, anorèxia, digestius...	• Checklist símptomes (ESAS) ≥ 2 símptomes persistents o refractaris
<b>Aspectes psicosocials</b>	Distrés i/o Trastorn adaptatiu sever	• Detecció de Malestar Emocional (DME) > 9
	Vulnerabilitat social severa	• Valoració social i familiar
<b>Multimorbiditat</b>	> 2 malalties o condicions cròniques avançades (de la llista d'indicadors específics)	<input type="checkbox"/> Sí <input checked="" type="checkbox"/> No
<b>Ús de recursos</b>	Valoració de la demanda o intensitat d'intervencions	• > 2 ingressos urgents o no planificats els darrers 6 mesos • Augment demanda o intensitat d'intervencions (atdm, intervencions infermeria, etc)
<b>Indicadors específics de severitat/progressió de la malaltia</b>	Càncer, MPOC, ICC, i Hepàtica, i Renal, AVC, Demència, Neurodegeneratives, SIDA, d'altres malalties avançades	• Vegeu Annex 1

#### Classificació:

<b>Pregunta Sorpresa (PS)</b>	<b>PS +</b> (No em Sorprendria)	✓
	<b>PS -</b> (Em Sorprendria)	
<b>Paràmetres NECPAL</b>	<b>NECPAL +</b> (d'1+ a 13+)	
	<b>NECPAL -</b> (Cap paràmetre)	✓

#### Codificació i registre

A Catalunya, la codificació i registre generen la condició de "Pacient MACA", que ha de ser acompanyada per l'elaboració d'un Pla Individualitzat d'atenció (PIIC) que sigui accessible/visible en la documentació clínica compartida.



## Annex 5. Fàrmacs que cal revisar davant de la sospita de deteriorament cognitiu

<b>Antiarrítmics</b>	<b>Antipsicòtics</b>
disopiràmida	clorpromazina
flecainida	clozapina
propafenona	flufenazina
<b>Antidepressius</b>	levomepromazina
amitriptilina	loxapina
clomipramina	olanzapina
doxepina	pimozida
imipramina	quetiapina
nortriptilina	trifluoperazina
paroxetina*	<b>Antivertiginosos /antiemètics</b>
trimipramina	dimenhidrinat
<b>Antiepilèptics</b>	meclozina
àcid valproic	prometazina
carbamazepina	trifluoperazina
fenitoïna	<b>Benzodiazepines</b>
fenobarbital	<b>Opioides</b>
<b>Antiespasmòdics intestinals</b>	petidina
alcaloides belladonna	<b>Relaxants musculars</b>
atropina (combinacions)	baclofèn
escopolamina	ciclobenzaprina
<b>Antiespasmòdics urinaris</b>	metocarbamol
fesoterodina	tizanidina
oxibutinina	<b>D'altres</b>
solifenacina	antibiòtics ( $\beta$ -lactàmics i quinolones)
tolterodina	antihistamínic H <sub>2</sub> (ranitidina)
trospi	betablocadors (propranolol)
<b>Antihistamínics H1 (primera generació)</b>	clonidina
ciproheptadina	clortalidona
clemastina	digoxina
clorfeniramina	indometacina
dexclorfeniramina	liti
difenhidramina	metildopa
doxilamina	metoclopràmida
hidroxizina	
<b>Antiparkinsonians</b>	
amantadina	
biperidèn	* Efecte anticolinèrgic demostrat, tot i que en algunes escales apareix com a "risc marcat" i en unes altres com a "risc baix".
bromocriptina	
entacapona	
prociclidina	
trihexifenidil	

Notes:

- El deteriorament cognitiu que poden produir els fàrmacs com a reacció adversa és a compte de l'efecte anticolinèrgic i/o sedant.
- Hi ha molta controvèrsia sobre l'efecte anticolinèrgic dels fàrmacs, ja que hi ha diferents escales per mesurar-lo i per això hi ha classificacions diferents.
- Convé subratllar que un fàrmac amb una correlació forta pot tenir el mateix efecte que dos d'efecte feble.
- Hem procurat elaborar una llista pràctica i àgil que pugui ajudar els clínics incloent-hi els grups més rellevants i amb més evidència. Cal destacar que hi ha molts fàrmacs que poden tenir efecte anticolinèrgic i/o sedant.
- Hem inclòs els grups terapèutics més freqüents i hem destacat en negreta els d'efecte més marcat dins cada grup.

Bibliografia complementària

Campbell NL, Boustani MA. Adverse cognitive effects of medications: turning attention to reversibility. *JAMA Intern Med* 2015 Mar;175(3):408-409.

Durán CE, Azermi M, Vander Stichele RH. Systematic review of anticholinergic risk scales in older adults. *Eur J Clin Pharmacol*. 2013 Jul;69(7):1485-1496.

FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, Manuel [et al.]. *Seguimiento y retirada de fármacos antidemencia*. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Salud – Osakidetza, 2016. Disponible en: <[www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones\\_informes\\_estudio/es\\_pub/adjuntos/Seguimiento\\_y\\_retirada\\_de\\_farmacos\\_anti\\_demencia.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/Seguimiento_y_retirada_de_farmacos_anti_demencia.pdf)> [Consulta: 6 nov 2018].

Fox C, Smith T, Maidment I, Chan WY, Bua N., Myint PK et al. Effect of medications with anti-cholinergic properties on cognitive function, delirium, physical function and mortality: a systematic review. *Age Ageing* 2014;43(5):604-615. Disponible en: <[academic.oup.com/ageing/article/43/5/604/2812269](http://academic.oup.com/ageing/article/43/5/604/2812269)> [Consulta: 6 nov 2018].

Fundació Institut Català de Farmacologia. Els riscos dels fàrmacs anticolinèrgics en la gent gran. *Butlletí Groc*. 2015; 28(1):1-4. Disponible en: <[www.icf.uab.cat/assets/pdf/productes/bg/ca/bg28115c.pdf](http://www.icf.uab.cat/assets/pdf/productes/bg/ca/bg28115c.pdf)> [Consulta: 6 nov 2018].

Garjón J. ¿Y si fuera el medicamento? Síntomas comunes que pueden deberse a reacciones adversas. *Bol Inf Farmacoter Navarra*. 2011;19(2). Disponible en: <[www.navarra.es/NR/rdonlyres/C073113F-E020-4AEC-BBF8-9F29C299ACE5/198523/Bit\\_v19n2.pdf](http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/C073113F-E020-4AEC-BBF8-9F29C299ACE5/198523/Bit_v19n2.pdf)> [Consulta: 6 nov 2018].

GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, Víctor Manuel [et al.]. *Guía de buena práctica clínica en Alzheimer y otras demencias*. Madrid: Organización Médica Colegial de España / Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, s/f. Disponible en: <[www.crealzheimer.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/guabuenapractica.pdf](http://www.crealzheimer.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/guabuenapractica.pdf)> [Consulta: 6 nov 2018].

Gray SL, Anderson ML, Dublin S, Hanlon JT, Hubbard R, Walker R et al. Cumulative Use of Strong Anticholinergics and Incident Dementia: A prospective Cohort Study. *JAMA Intern Med*. 2015 Mar;175(3):401-407. Disponible en: <[jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2091745](http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2091745)> [Consulta: 6 nov 2018].

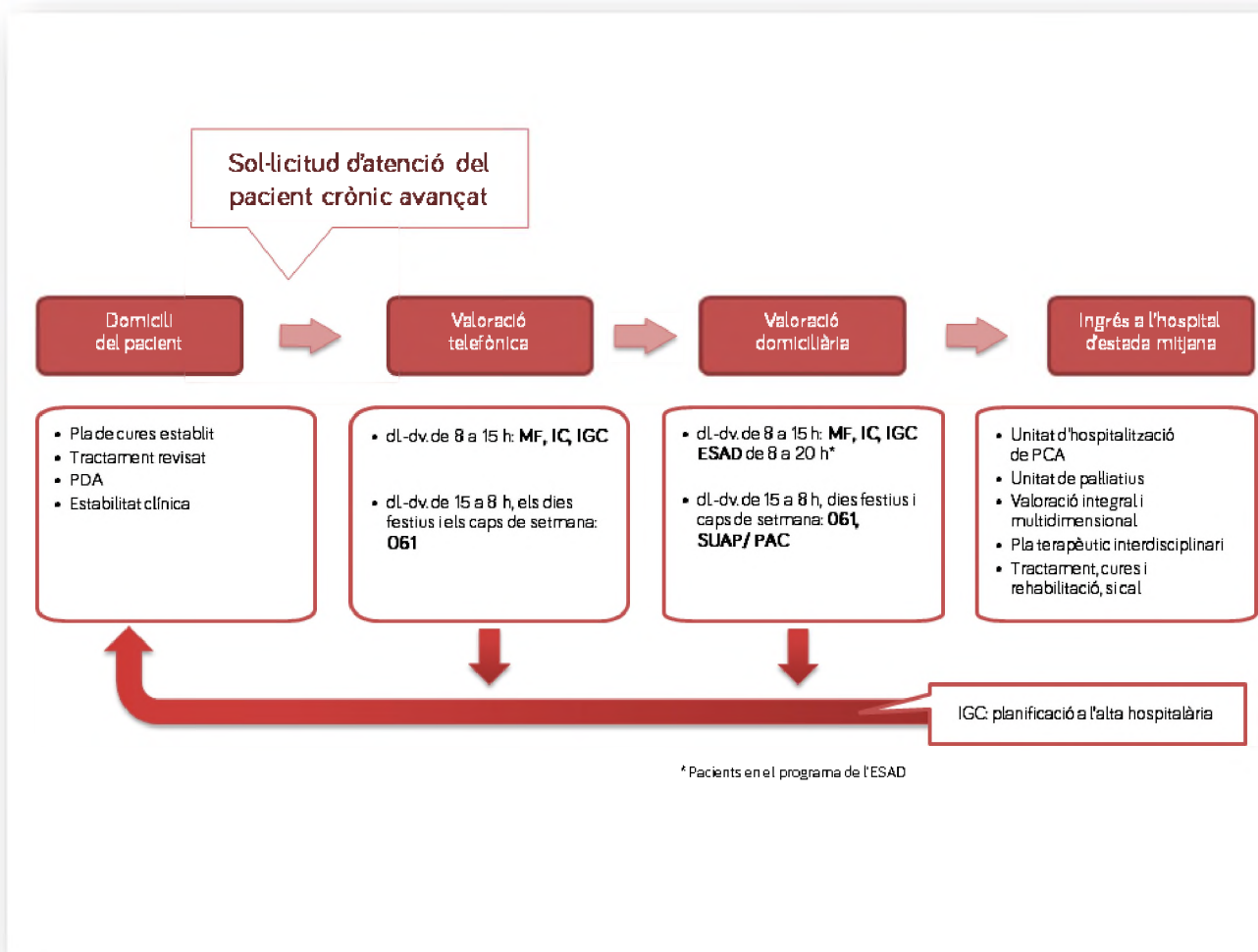
Kalisch Ellett LM, Pratt NL, Ramsay EN, Barratt JD, Roughead EE. Multiple anticholinergic medication use and risk of hospital admission for confusion or dementia. *J Am Geriatr Soc* 2014 Oct;62(10):1916-1922.

Moore AR, O'Keeffe ST. Drug-Induced Cognitive Impairment in the Elderly. *Drugs Aging*. 1999;15(1):15-28.

Rochon PA. Drug Prescribing for older adults. *Uptodate*. Disponible en: <[www.uptodate.com/contents/drug-prescribing-for-older-adults?search=Drug+prescribing+for+older+adults&source=search\\_result&selectedTitle=1%7E150#H32](http://www.uptodate.com/contents/drug-prescribing-for-older-adults?search=Drug+prescribing+for+older+adults&source=search_result&selectedTitle=1%7E150#H32)> [Consulta: 6 nov 2018].

Salahudeen MS, Duffull SB, Nishtala PS. Anticholinergic burden quantified by anticholinergic risk scales and adverse outcomes in older people: a systematic review. *BMC Geriatrics*. 2015:15-31. Disponible en: <[bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-015-0029-9](http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-015-0029-9)> [Consulta: 6 nov 2018].

## Annex 6. Ruta assistencial del pacient crònic avançat



IC: infermera comunitària. IGC: infermera gestora de casos. dl-dv: del dilluns al divendres. MF: metge de família. PAC: punt d'atenció continuada. PCA: pacient crònic avançat. PDA: pla de decisions avançat. SUAP: Servei d'Urgències d'Atenció Primària

Font: SUBDIRECCIÓ D'ATENCIÓ A LA CRONICITAT. *Atenció al pacient crònic complex i crònic avançat*. Palma: Servei de Salut de les Illes Balears, 2017. p. 27.

## Annex 7. Escala de deteriorament global (GDS)

Estadi GDS	Característiques
GDS 1 Absència de alteració cognitiva	Absència de dificultats objectives o subjectives.
GDS 2 Defecte cognitiu molt lleu	Queixes de pèrdua de memòria. No s'objectiva dèficit en l'examen clínic. Hi ha coneixement ple i valoració de la simptomatologia.
GDS 3 Defecte cognitiu lleu	<ul style="list-style-type: none"><li>▫ Primers defectes clars.</li><li>▫ Manifestació en una o més d'aquestes àrees: haver-se perdut en un lloc no familiar, evidència de rendiment laboral pobre, dificultat incipient per evocar noms de persona, escassa retenció després de la lectura, perd o col·loca erròniament objectes de valor, capacitat escassa per recordar persones noves, disminució de la capacitat organitzativa.</li></ul>
GDS 4 Defecte cognitiu moderat	<ul style="list-style-type: none"><li>▫ Disminució de la capacitat de fer tasques complexes.</li><li>▫ Defectes definits clarament en una entrevista acurada.</li><li>▫ Coneixement disminuït d'esdeveniments actuals i recents, dèficit en el record de la seva història personal, dificultat de concentració evident en la sostracció seriada, capacitat disminuïda per viatjar i/o per controlar l'economia.</li><li>▫ No hi ha defectes en l'orientació en el temps i en relació amb persones, ni en el reconeixement de cares i de persones familiars.</li><li>▫ Negació com a mecanisme de defensa.</li></ul>
GDS 5 Defecte cognitiu moderat-greu	<ul style="list-style-type: none"><li>▫ El/la pacient no pot sobreviure molt de temps sense assistència. Necessita assistència per triar la roba. És incapaç de recordar aspectes importants de la seva vida quotidiana (adreça, telèfon, noms familiars). Pateix sovint certa desorientació en el temps i/o en l'espai. Té dificultat per comptar cap enrere des de 40 o des de 20. Sap el seu nom i el de la seva parella (i dels fills).</li></ul>
GDS 6 Defecte cognitiu greu	<ul style="list-style-type: none"><li>▫ El/la pacient es vesteix incorrectament sense assistència. De vegades oblida el nom de la seva parella, de qui depèn per viure. Reté algunes dades del passat. Pateix desorientació temporal i espacial. Té dificultat per comptar en ordre invers des de 10. Pot necessitar assistència per a activitats de la vida diària. Pot presentar incontinència. Recorda el seu nom i diferencia els familiars dels desconeguts. Sol tenir alterat el ritme diürn. Té canvis de la personalitat i de l'afectivitat (deliri, símptomes obsessius, ansietat, agitació o agressivitat i abúlia cognoscitiva).</li></ul>
GDS 7 Defecte cognitiu molt greu	<ul style="list-style-type: none"><li>▫ El/la pacient pateix pèrdua progressiva de totes les capacitats verbals i motrius. Sovint s'observen signes neurològics.</li><li>▫ És incapaç de dir més d'una dotzena de paraules.</li><li>▫ Només és capaç de dir una paraula intel·ligible.</li><li>▫ És incapaç de deambular sense ajuda.</li><li>▫ És incapaç de mantenir-se assegut/assaguda sense ajuda.</li><li>▫ Presenta pèrdua de la capacitat de somriure.</li><li>▫ Pateix pèrdua de la capacitat de mantenir el cap dret.</li></ul>



