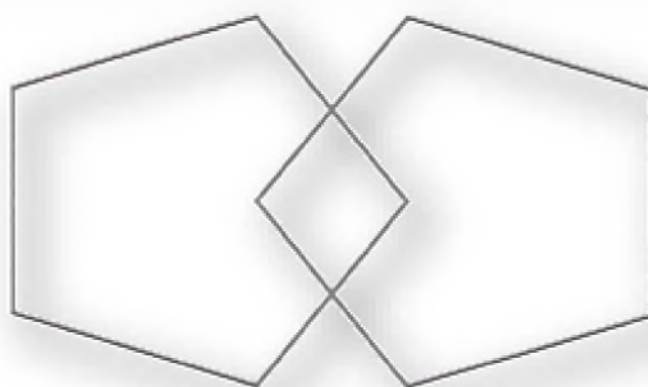


**Protocolo de demencia  
del Servicio de Salud de las Islas Baleares**

**Recomendaciones para la detección,  
el proceso diagnóstico y la derivación  
del paciente con deterioro  
cognitivo-conductual**





**Protocolo de demencia del Servicio de Salud de las Islas Baleares**  
**Recomendaciones para la detección,**  
**el proceso diagnóstico y la derivación del paciente**  
**con deterioro cognitivo-conductual**

**Autoría (por orden alfabético)**

- Francisco Albertí Homar. Internista y coordinador de Atención a la Cronicidad y Coordinación Sociosanitaria. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Guillermo Amer Ferrer. Neurólogo y jefe de la Sección de Neurología de la Unidad de Neurología Cognitiva y de la Conducta del Hospital Universitario Son Espases. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Eugenia Carandell Jäger. Médica de familia. Coordinadora del Gabinete Técnico del Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Pilar Casquero Subias. Neuróloga y jefa del Servicio de Neurología del Hospital Mateu Orfila. Área de Salud de Menorca
- Apolonia Cifre Socias. Médica de familia del Centro de Salud Platja de Palma (Palma). Sector Sanitario de Migjorn. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- Antonio Cordero Rosselló. Médico de familia y coordinador del Centro de Salud Formentera. Área de Salud de Ibiza y Formentera
- Elena Deyà Arbona. Neuróloga del Servicio de Neurología del Hospital de Manacor. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Ana Espino Ibáñez. Neuróloga, jefa del Servicio de Neurología del Hospital Universitario Son Llàtzer y coordinadora autonómica de Enfermedades Neurodegenerativas. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Ana García Martín. Neuróloga de la Unidad de Neurología Cognitiva y de la Conducta del Hospital Universitario Son Espases. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- María José González-Bals González. Médica de familia del Centro de Salud Sa Torre (Manacor). Sector Sanitario de Llevant. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- Almudena Hernández Milián. Internista de la Unidad de Paciente Crónico Complejo del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Son Llàtzer. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Ángeles Llorente Sanmartín. Médica de familia del Centro de Salud Son Pisà (Palma). Sector Sanitario de Ponent. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- Sandra Monteagudo Sanz. Neuróloga del Servicio de Neurología del Hospital Comarcal de Inca. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Gabriel Moragues Sbert. Médico de familia y técnico del Grupo de Atención a la Cronicidad. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Susana Munuera Arjona. Médica de familia de la Oficina de Calidad del Gabinete Técnico. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Catalina Nadal Martí. Internista de la Unidad de Paciente Crónico Complejo del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Son Espases. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- José Luis Parajúa Pozo. Neurólogo y jefe del Servicio de Neurología del Hospital Can Misses. Área de Salud de Ibiza y Formentera
- Francisco J. Sánchez Cabrera. Médico de familia y coordinador del Centro de Salud Canal Salat (Ciutadella). Área de Salud de Menorca
- Susana Tarongí Sánchez. Neuróloga de la Unidad de Neurología Cognitiva y de la Conducta del Hospital Universitario Son Espases. Servicio de Salud de las Islas Baleares

### Revisión (por orden alfabético)

- Amaia Alcorta Lorenzo. Farmacéutica de atención primaria. Sector Sanitario de Ponent. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- Rosa Elena Duro Robles. Médica de familia y subdirectora asistencial de Atención Primaria y Atención a las Urgencias Extrahospitalarias. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Mercè Llagostera i Pagès. Médica de familia y coordinadora autonómica de la Estrategia Balear de Cuidados Paliativos. Consejería de Salud
- Angélica Miguélez Chamorro. Enfermera y subdirectora asistencial de Atención a la Cronicidad, Coordinación Sociosanitaria, Salud Mental y Enfermedades Poco Frecuentes. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Brígida Mora Canet. Enfermera de la Oficina de Calidad del Gabinete Técnico. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Rosa Ortuño Mora. Médica de familia y médica documentalista de la Oficina de Calidad del Gabinete Técnico. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Marina Salas Moreno. Enfermera de atención primaria y enfermera gestora de casos. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- María Lluïsa Sastre Martorell. Farmacéutica de atención primaria. Sector Sanitario de Ponent. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- Silvia Sastre Suárez. Documentalista. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca
- Aina Soler Mieras. Farmacóloga clínica del Gabinete Técnico de Atención Primaria. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca

### Autora corresponsal

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

### Declaración de conflicto de intereses

Dada la naturaleza de este documento, se considera que no es procedente la declaración de conflicto de intereses.

### Revisión lingüística y maquetación

Bartomeu Riera Rodríguez. Técnico en asesoramiento lingüístico de los Servicios Centrales. Servicio de Salud de las Islas Baleares

### Edición

Servicio de Salud de las Islas Baleares. Noviembre de 2018

### ISBN

978-84-09-08203-2

### Cómo citar este documento

GRUPO DE TRABAJO DEL SERVICIO DE SALUD PARA LA ATENCIÓN A LA DEMENCIA. *Protocolo de demencia del Servicio de Salud de las Islas Baleares: recomendaciones para la detección, el proceso diagnóstico y la derivación del paciente con deterioro cognitivo-conductual*. Palma: Servicio de Salud de las Islas Baleares, 2018.

### Modificaciones posteriores

Fecha de la revisión	Breve descripción
Coordinación	
Susana Munuera Arjona	Oficina de Calidad del Gabinete Técnico del Servicio de Salud de las Islas Baleares
Revisión	
Eugenia Carandell Jäger	Coordinadora del Gabinete Técnico del Servicio de Salud de las Islas Baleares
Aprobado por	
Atanasio García Pineda	Director asistencial del Servicio de Salud



## Índice de contenidos

Justificación.....	9
Objetivos.....	10
Destinatarios.....	10
Población diana.....	10
Metodología.....	10
Actividades o procedimientos.....	11
Clasificación.....	11
Clínica.....	11
Diagnóstico.....	12
Organización asistencial.....	19
Circuito asistencial.....	25
Indicadores de evaluación.....	26
Glosario.....	27
Bibliografía.....	32
Anexo 1. Mini-mental Standard Examination (MMSE 30).....	37
Anexo 2. Cuestionario del informador AD8.....	38
Anexo 3. Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria.....	39
Anexo 4. Instrumento NECPAL CCOMS-ICO® versión 3.1 2017.....	40
Anexo 5. Fármacos que deben revisarse ante la sospecha de deterioro cognitivo.....	41
Anexo 6. Ruta asistencial del paciente crónico avanzado.....	43
Anexo 7. Escala de deterioro global (GDS).....	44



## Justificación

La demencia es un síndrome clínico caracterizado por un deterioro adquirido que afecta a más de un dominio cognitivo, que representa una pérdida respecto a un nivel previo y que reduce de forma significativa la autonomía funcional. En la mayoría de los casos se añaden síntomas conductuales y psicológicos.<sup>1</sup>

Todos los estudios epidemiológicos han confirmado que la edad es el principal factor de riesgo para desarrollar una demencia, de manera que tanto la prevalencia como la incidencia casi se duplican cada 5 años a partir de los 65 años de edad. Dado el incremento de la esperanza de vida y el progresivo envejecimiento de la población en los países desarrollados y en los países en vías de desarrollo, se entiende que la demencia representa un enorme reto para los sistemas de salud. La Organización Mundial de la Salud considera la demencia una prioridad en materia de salud pública.<sup>1,2</sup>

En España, los estudios epidemiológicos en la población de más de 65 años han mostrado cifras de prevalencia que oscilan entre el 5 % y el 14,9 %, y en el grupo de más de 70 años se sitúan entre el 6,6 % y el 17,2 %.<sup>1</sup> Según datos extraídos del e-SIAP correspondientes a 2018,\* en las Islas Baleares hay 9.335 personas diagnosticadas de demencia, 8.843 de las cuales tienen más de 65 años y 492 tienen menos de 65 años. La población mayor de 65 años actual es de 174.088 (el 15 % del total), lo que corresponde a una prevalencia de demencia del 5,07 %.

La atención a las personas con demencia y a sus familiares exige un abordaje multidisciplinario. La norma debe ser el intercambio coordinado, flexible y eficaz de conocimientos y de recursos entre los profesionales de los diferentes ámbitos sanitarios y sociales, puesto a disposición de los pacientes y de sus personas cuidadoras.<sup>1</sup>

La Oficina de Calidad del Servicio de Salud de las Islas Baleares propone impulsar la elaboración de un conjunto de documentos clínicos de apoyo a los profesionales con el fin de mejorar la atención a los pacientes, reducir el infradiagnóstico, disminuir la variabilidad de la práctica clínica entre las distintas áreas de salud y garantizar la equidad en la atención de los pacientes y de sus familias.

En este primer documento se pretende consensuar los pasos que hay que seguir en el proceso diagnóstico y en la coordinación entre niveles asistenciales en el Servicio de Salud.

\* Consulta basada en datos del 15 de marzo de 2018. Diagnósticos de la CIE9: 290.0-290.4, 290.8, 290.9, 291.2, 292.82, 294.1, 331.0, 331.1, 331.2, 331.7, 331.9 y 333.4.

---

## Objetivos

---

### General

Proporcionar a los pacientes con demencia y a sus familiares una atención continuada y de calidad.

### Específicos

- Mejorar la detección del deterioro cognitivo-conductual y el diagnóstico de la demencia en las Islas Baleares.
- Establecer una organización asistencial coordinada y consensuada entre los servicios implicados.
- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica y garantizar la equidad entre sectores.

---

## Destinatarios

---

Profesionales sanitarios del Servicio de Salud de las Islas Baleares.

---

## Población diana

---

Pacientes del Servicio de Salud con sospecha de deterioro cognitivo.

---

## Metodología

---

De consenso.

## Actividades o procedimientos

### Clasificación

El criterio de clasificación más extendido es el etiológico. Se pueden considerar tres grandes categorías etiológicas:

- Demencias degenerativas primarias: enfermedad de Alzheimer, demencia lobar frontotemporal, demencia con cuerpos de Lewy, demencia asociada a la enfermedad de Parkinson y otras.
- Demencias secundarias: las causadas por un trastorno neurológico no degenerativo o que no tiene origen en el sistema nervioso (vascular, postraumáticas, alcohólicas, etc.).
- Demencias combinadas o mixtas: solapamiento de procesos neuropatológicos diversos, aunque un suele predominar sobre el resto.

La demencia causada por la enfermedad de Alzheimer es el tipo más frecuente, pues representa hasta el 70 % de los casos.<sup>3</sup>

### Clínica

Las manifestaciones clínicas de la demencia son heterogéneas, pues existen múltiples etiologías, diferentes patrones lesionales y variabilidad en el curso evolutivo. Generalmente sigue un curso crónico y progresivo.

Se pueden encontrar distintas manifestaciones solas o en combinación. Para una explicación pormenorizada de términos, consúltese el glosario.

### Cognitivas

- Trastorno de la memoria episódica.
- Trastornos apráxicos, afásicos y agnósicos.
- Alteración de las funciones ejecutivas.
- Déficit progresivo de la atención.
- Deterioro en la cognición social.
- Otras: bradipsiquia, etc.

La alteración de la memoria puede aparecer en cualquier tipo de demencia en algún momento de su evolución. Hay que recordar que puede existir demencia sin alteración de la memoria.

### Psicológico-conductuales (80 % de los pacientes en algún momento de la evolución)

- Comportamientos estereotipados y apatía.
- Alteración de la personalidad y de la conducta social: conductas sociales desinhibidas, alteraciones de la conducta alimentaria o sexual, compulsiones (es frecuente en la demencia lobar frontotemporal).
- Síntomas psicóticos (frecuente en la demencia con cuerpos de Lewy): en especial las alucinaciones visuales.
- Alteraciones del sueño.

### Sensitivo-motoras

- Parkinsonismo.
- Signos de motoneurona, en algunos casos de demencia lobar frontotemporal.
- Síndrome cerebeloso, etc.

### Trastornos autonómicos (más frecuentes en la demencia con cuerpos de Lewy)

- Hipotensión ortostática.
- Pérdida de peso a pesar de una nutrición adecuada.
- Incontinencia de esfínteres.
- Trastornos del tránsito intestinal, como íleo paralítico.

En los casos de preocupación por un cambio en la cognición del paciente en comparación con el nivel anterior es necesario diferenciar el envejecimiento cerebral fisiológico de una situación clínica patológica, bien sea un deterioro cognitivo leve o una demencia.

La diferencia entre *deterioro cognitivo leve* y *demencia* se basa en determinar si hay o no una interferencia significativa en la capacidad funcional en el trabajo o en las actividades cotidianas habituales. La relevancia del deterioro cognitivo leve deriva del hecho de que aproximadamente la mitad de estos pacientes desarrollarán demencia en un plazo de cinco años, sobre todo debida a la enfermedad de Alzheimer.<sup>4,5</sup>

## Diagnóstico

### Cribado de la población asintomática

No hay evidencia científica suficiente que permita recomendar el cribado poblacional de la demencia en personas de más de 65 años.<sup>1,6,7</sup>

Un consenso reciente<sup>8</sup> plantea que los clínicos deberían considerar la búsqueda activa de casos en grupos de riesgo alto y valorar la posibilidad de hacer una evaluación periódica, ya que el 35 % de los factores de riesgo son potencialmente modificables:

- aislamiento social
- depresión
- diabetes
- hipertensión arterial
- inactividad física
- nivel educativo bajo (estudios  $\leq 12$  años)
- obesidad
- sordera
- tabaquismo

En cuanto a los pacientes crónicos complejos (PCC) y los pacientes crónicos avanzados (PCA), la Estrategia de Cronicidad de las Islas Baleares propone hacer un test de Pfeiffer como parte de la valoración integral.<sup>9</sup>

## DetECCIÓN PRECOZ

Los profesionales de la salud deben evaluar las funciones cognitivas siempre que exista sospecha de deterioro basado en la observación directa, las quejas del paciente o las preocupaciones que manifiesten familiares, personas cuidadoras o amistades.<sup>6</sup>

Se estima que al menos la mitad de los casos de demencia no son diagnosticados en las etapas iniciales. Aunque de momento no existe un tratamiento curativo o modificador de la enfermedad, es importante el diagnóstico precoz para facilitar la planificación anticipada de decisiones del paciente y de su familia sobre aspectos sociosanitarios y legales: programar la intervención psicosocial más adecuada, reducir los accidentes de tráfico haciendo recomendaciones sobre el mantenimiento del permiso de conducir o valorar la necesidad de un tratamiento.<sup>10</sup>

Se recomienda prestar atención a los signos de alarma siguientes:<sup>11</sup>

- pérdida de memoria que afecta a la capacidad laboral
- dificultad en las tareas familiares
- problemas de lenguaje
- desorientación en el tiempo y en el espacio
- pobreza de juicio
- problemas de pensamiento abstracto
- perder cosas, colocarlas en lugares inapropiados
- cambios de conducta
- cambios de la personalidad
- pérdida de iniciativa

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Hay que utilizar los criterios de la Sociedad Española de Neurología o del National Institute of Aging de la Alzheimer Association, que se concretan en las tablas 1 y 2, respectivamente.

Tabla 1. Criterios de demencia de la Sociedad Española de Neurología (2002).<sup>12</sup>

Alteración de, al menos, dos de estas áreas cognitivas	Atención/concentración	Gnosias
	Conducta	Lenguaje
	Funciones ejecutivas	Memoria
	Funciones visuoespaciales	Praxias
Características de las alteraciones	Adquiridas, con deterioro de las capacidades previas del paciente confirmado mediante un informador fiable o por medio de evaluaciones sucesivas	
	Objetivadas en la exploración neuropsicológica	
	Persistentes durante semanas o meses y constatadas en el paciente con un nivel normal de conciencia	
	De intensidad suficiente como para interferir en las actividades habituales del paciente, incluyendo las ocupacionales y las sociales	

Tabla 2. Criterios diagnósticos de demencia por cualquier causa del National Institute of Aging de la Alzheimer Association (2011).<sup>13</sup>

Signos cognitivos o conductuales para diagnosticar demencia	Interfieren en la capacidad de funcionar normalmente en el trabajo o en las actividades habituales
	Suponen un deterioro de los niveles de rendimiento y de funcionamiento previos
	No se explican por la presencia de un delirium o de un trastorno psiquiátrico mayor
	Se detectan y se diagnostican por la combinación de la historia clínica obtenida en la entrevista con el paciente y un informador que lo conoce, y la valoración objetiva del estado mental, bien sea una evaluación neuropsicológica formal o una evaluación cognitiva en la cabecera del paciente
La alteración cognitiva o conductual involucra al menos dos de los siguientes aspectos	Capacidad alterada de adquirir y recordar información nueva
	Alteración o cambios en el razonamiento, manejo de tareas complejas o capacidad de juicio
	Alteración de las capacidades perceptivas y visuoespaciales
	Alteración de las funciones del lenguaje
	Cambio de la personalidad o en el comportamiento

### Pasos que hay que seguir en el diagnóstico

A pesar de los avances en la investigación, el diagnóstico sigue siendo clínico<sup>1,14</sup> y debe incluir los procedimientos siguientes:

- 1) Anamnesis del paciente.
- 2) Anamnesis de una persona del entorno del paciente.
- 3) Examen físico.
- 4) Test de cribado de demencia.
- 5) Pruebas complementarias.
- 6) Revisión de la medicación que toma el paciente, incluyendo fármacos no financiados y automedicación que pueda estar afectando a sus funciones cognitivas.
- 7) Diagnóstico diferencial con depresión y con síndrome confusional agudo.
- 8) Valoración de la fase de la enfermedad.

#### 1) Anamnesis del paciente

##### Antecedentes:

- enfermedades previas
- antecedentes familiares
- factores de riesgo cardiovascular
- consumo de tóxicos
- nivel de escolarización e historia laboral
- situación sociofamiliar
- grado de autonomía previa (test de Barthel)

#### *Síntomas actuales:*

- Síntomas cognitivos: alteraciones de la memoria, de la orientación, del lenguaje y de las capacidades ejecutivas, praxias y gnosias.
- Síntomas psicológicos y conductuales: estado de ánimo, cambios de la personalidad y en la conducta, alucinaciones, ideas delirantes.
- Síntomas autonómicos: incontinencia de esfínteres, trastornos intestinales, inestabilidad debida a hipotensión ortostática, etc.
- Otros síntomas neurológicos o de otro tipo, acompañantes.

#### *Otros procedimientos:*

- Valorar la repercusión funcional de los síntomas en la vida del paciente (en las actividades domésticas, laborales, sociales y de ocio).
- Observar el grado de colaboración, de atención, de conciencia y de capacidad para relatar las quejas, la percepción de la enfermedad, el comportamiento y la comunicación no verbal.
- Contextualizar los déficits en el tiempo: fecha de inicio, modo de instauración y progresión.

## 2) Anamnesis de una persona del entorno del paciente

Hay que contar con la información aportada por una persona del entorno del paciente, preferentemente una persona que lo conozca bien y, si es posible, que conviva con este. Se recomienda utilizar el cuestionario AD8 [véase el anexo 2].

## 3) Examen físico

- Tensión arterial.
- Auscultación cardiaca: frecuencia, ritmo, descartar soplos.
- Auscultación de los vasos del cuello (descartar soplos carotídeos).
- Pulsos femorales, tibiales posteriores y pedios.
- Movimientos oculares, campo visual por confrontación.
- Focalidad motora o sensitiva.
- Movimientos anormales: temblor, corea, mioclonias.
- Valoración de la marcha (parkinsoniana, atáxica...).
- Reflejos arcaicos: de prensión, glabellar, de succión, de hociqueo.<sup>15</sup>
- Reflejos y sensibilidad (valorar la sensibilidad vibratoria de las extremidades inferiores).
- Índice de masa corporal para la detección temprana de la malnutrición.
- Valoración de la piel (detección de hematomas o úlceras).

## 4) Test de cribado de demencia

Puesto que no existe el test ideal, utilizar uno u otro depende de la disponibilidad de tiempo y de la experiencia del administrador. Es conveniente familiarizarse con un número reducido de tests y conocer sus ventajas y sus limitaciones,<sup>16</sup> aunque es importante recordar que un cribado normal no excluye la demencia. Una vez revisados los tests disponibles, se recomienda realizar en la atención primaria los siguientes en todos los casos, siendo imprescindible si se deriva el caso a la atención hospitalaria:

- a) Minimental Standard Examination adaptado (MMSE 30).<sup>17-21</sup>
- b) Test del informador AD8.<sup>22,23</sup>
- c) Actividades instrumentales de la vida diaria: escala de Lawton y Brody.<sup>24</sup>

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

Constituye el test breve de cribado cognitivo más difundido en clínica e investigación. Evalúa un conjunto de aspectos fundamentales de las capacidades cognitivas, como la orientación, la memoria, el lenguaje y las praxias. Se puntúa de 0 a 30. Las puntuaciones sucesivamente más bajas indican grados progresivos de alteración cognitiva; el punto de corte para considerar un deterioro cognitivo es 24. Hay que tener en cuenta que, en la práctica clínica, el punto de corte es meramente orientativo, no diagnóstico, y por ello debe complementarse con el juicio clínico.

Existen varias versiones, algunas traducidas y validadas en España. La versión que se propone deriva de la validada por el proyecto "Normalización de instrumentos cognitivos y funcionales para la evaluación de la demencia", NORMACODEM,<sup>21</sup> que es la que se utiliza actualmente en los servicios de neurología [véase el anexo 1].

### b) Test del informador AD8

Según la bibliografía, los cuestionarios al informador basados en los datos que puedan aportar personas cercanas al paciente son más sensibles para detectar cambios cognitivos incipientes que los propios tests de cribado cognitivo.<sup>22</sup> Los cuestionarios al informador consisten en una batería de preguntas estructuradas que un informador responde sobre la situación cognitiva, conductual y funcional del paciente en el momento actual y comparándola con la situación previa. Minimizan el sesgo asociado a la edad, al sexo, a la alfabetización o a los factores educativos y culturales.<sup>23</sup>

El test AD8 es un cuestionario breve al informador, interesante por la sencillez y la facilidad de administrarlo.

El mejor punto de corte se ha determinado en 3-4, con una sensibilidad de 0,93 (IC del 95 % 0,88-0,96) y una especificidad de 0,81 (IC del 95 % 0,72-0,88) [véase el anexo 2].

### c) Escala de Lawton y Brody

Es la escala más utilizada para evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria. Son actividades más elaboradas, necesarias para vivir de forma independiente en la comunidad; por tanto, se pierden antes que las actividades básicas para la vida diaria.

El cuestionario valora ocho ítems: capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, cuidar de la casa, lavar la ropa, usar medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía. Se asigna el valor numérico 1 si el paciente es independiente y 0 si es dependiente. La puntuación final es la suma de los valores de todas las respuestas, y oscila entre 0 (dependencia máxima) y 8 (independencia total). La información se obtiene preguntando directamente al paciente o a su persona cuidadora principal. Es muy sensible para detectar funcionalidad y las primeras señales de deterioro, pero es poco específico [véase el anexo 3].

En los casos de pacientes analfabetos o con dificultades para la lectoescritura no se puede aplicar la MMSE 30 con el mismo punto de corte. Para intentar reducir esta limitación se han propuesto correcciones del punto de corte según la edad y la escolarización.<sup>25</sup>

Existen otros tests que resultan útiles en ciertas circunstancias pero que requieren una formación más específica: el test del reloj plantea dudas para implementarlo en el e-SIAP y en la interpretación de los resultados, por lo que se considera un test opcional según el criterio

profesional. Lo mismo ocurre con el fototest, que es útil en los casos de personas analfabetas, el test de MoCA o el Mini-Cog.

En los casos de pacientes mayores de 75 años con quejas cognitivas o pacientes que se registren como PCC o PCA hay que hacer el test de Barthel y el test de Pfeiffer; pero si este da un resultado positivo hay que volver a valorar el caso por medio de la MMSE 30, el test AD8 y la escala de Lawton y Brody.

## 5) Pruebas complementarias

En el estudio inicial de una demencia hay que realizar una batería elemental de pruebas complementarias para descartar causas tratables de deterioro cognitivo.

### a) Analítica:

- Hemograma, tiempo de protrombina y velocidad de sedimentación globular (VSG).
- Bioquímica: glucosa, sodio, potasio, calcio, fosfato, perfil lipídico, función renal y función hepática.
- Pruebas de función tiroidea (TSH).
- Niveles de vitamina B<sub>12</sub> y de ácido fólico.
- Serología luética y prueba del VIH.

La presentación y la tipología clínica pueden determinar la necesidad de hacer otras investigaciones: electrocardiograma o radiografía del tórax.<sup>10,26</sup>

### b) Neuroimagen:

- Todos los casos de deterioro cognitivo deben estudiarse con una prueba de imagen.
- Tanto la tomografía computarizada multicorona como la resonancia magnética son útiles para hacer un diagnóstico diferencial, por lo que utilizarlas dependerá de la accesibilidad en cada sector.
- Mientras que la resonancia magnética discrimina mejor en la demencia incipiente,<sup>27,28</sup> ambas técnicas son útiles en la demencia moderada-grave.
- Si la lista de espera del servicio de neurología es inferior a dos meses,\* no se recomienda, en general, solicitar pruebas de neuroimagen en la atención primaria.
- Si la lista de espera es superior a dos meses y en los casos de cuadros rápidamente progresivos, hay que solicitar una tomografía computarizada o una resonancia magnética desde la atención primaria.
- En cualquier caso y dependiendo de las circunstancias, cada sector sanitario puede llegar a acuerdos entre sus profesionales para mejorar la organización asistencial.
- En los casos de demencia moderada-grave sin dudas diagnósticas<sup>26</sup> es necesario que conste una prueba de imagen en el proceso diagnóstico, pero no será necesario repetir el control en el seguimiento si no hay cambios en la clínica.

## 6) Revisión de la medicación que toma el paciente, incluyendo fármacos no financiados y automedicación que pueda estar afectando a sus funciones cognitivas

Véase el anexo 5.

\* El Decreto 31/2018, de 19 de octubre, de garantía de los plazos máximos de respuesta en la atención sanitaria especializada programada y no urgente en el Servicio de Salud de las Islas Baleares (BOIB n.º 131/2018, de 20 de octubre), establece una espera máxima de dos meses para las consultas externas.

## 7) Diagnóstico diferencial de depresión y síndrome confusional agudo

Algunas enfermedades neuropsiquiátricas, como el síndrome confusional agudo, la depresión o incluso el trastorno bipolar, de debut tardío (mayores de 65 años), pueden ser pródromos de demencia, por lo que pueden considerarse signos de alarma.<sup>29,30</sup>

- Delirium o síndrome confusional agudo: es importante identificar sus causas porque muchas son reversibles al tratar la causa precipitante.<sup>29,30</sup> En la tabla 3 se muestran las diferencias entre síndrome confusional agudo y demencia. Tras un episodio de síndrome confusional agudo hay que hacer una valoración para descartar una posible demencia.

Tabla 3. Diferencias entre síndrome confusional agudo y demencia.

Características	Síndrome confusional agudo	Demencia
Inicio	Agudo	Insidioso
Curso	Fluctuante	Persistente
Duración	Limitada	Crónica
Atención	Alterada	Intacta hasta estados avanzados
Lenguaje	Incoherente	Más coherente hasta estados avanzados
Habla	Disartría frecuente	Disartría poco común
Alucinaciones visuales	Comunes	Raras

- Depresión: puede tener una presentación atípica que dificulte diagnosticarla, con aparición de signos cognitivos y/o deterioro funcional. Suele tener un curso subagudo. En la depresión quedan afectadas sobre todo las facultades que requieren atención y concentración, lo que secundariamente provoca déficit de la memoria reciente. En la tabla 4 se muestran las diferencias entre depresión y demencia. En los casos de depresión tardía sin antecedentes neuropsiquiátricos previos es imprescindible hacer una valoración neurológica y descartar el déficit cognitivo.

Tabla 4. Diferencias entre depresión y demencia.

Características	Depresión	Demencia
Antecedentes	Personales de depresión	Familiares de demencia
Preocupación familiar	Por la memoria	Por la incapacidad
En la consulta	Acude solo/sola	Acude acompañado/acompañada
	Quejas detalladas y desproporcionadas	Quejas escasas y vagas
	Preocupado/preocupada	Despreocupado/despreocupada
Inicio	Preciso y progresión más o menos rápida	Insidioso y progresión lenta
Signos	Buena respuesta a los antidepresivos	Mala respuesta a los antidepresivos
Test	Cognitivos normales	Cognitivos alterados

## 8) Valoración de la fase de la enfermedad

Una vez establecido el diagnóstico es necesario valorar en qué fase de la evolución clínica se encuentra el paciente. Para ello hay que utilizar la Escala de Deterioro Global (GDS), también conocida como escala de Reisberg,<sup>31</sup> que divide el proceso de la enfermedad en siete etapas según el deterioro cognitivo:

- GDS-1: ausencia de alteración cognitiva
- GDS-2: disminución cognitiva muy leve
- GDS-3: defecto cognitivo leve
- GDS-4: defecto cognitivo moderado
- GDS-5: defecto cognitivo moderado-grave
- GDS-6: defecto cognitivo grave
- GDS-7: defecto cognitivo muy grave

Para consultar descripción detallada de cada fase, véase el anexo 7.

## Organización asistencial

### Profesionales sanitarios involucrados

- Los principales profesionales sanitarios involucrados en el trato de la demencia son los equipos de atención primaria y los servicios de neurología.
- El manejo básico de los pacientes con demencia es ambulatorio y domiciliario. Los equipos de atención primaria intervienen en la detección y en la sospecha diagnóstica, en el seguimiento, y en el asesoramiento y el soporte a la persona cuidadora. También son responsables del control de otras enfermedades crónicas concomitantes de prevalencia alta que puedan presentar, dada la elevada edad de los pacientes afectados.
- Los equipos de atención primaria deben coordinarse con otros servicios especializados, principalmente con los servicios de neurología, para asegurar un proceso diagnóstico correcto, un abordaje precoz de las complicaciones y una atención óptima a los pacientes en las distintas fases de la enfermedad.<sup>32</sup>

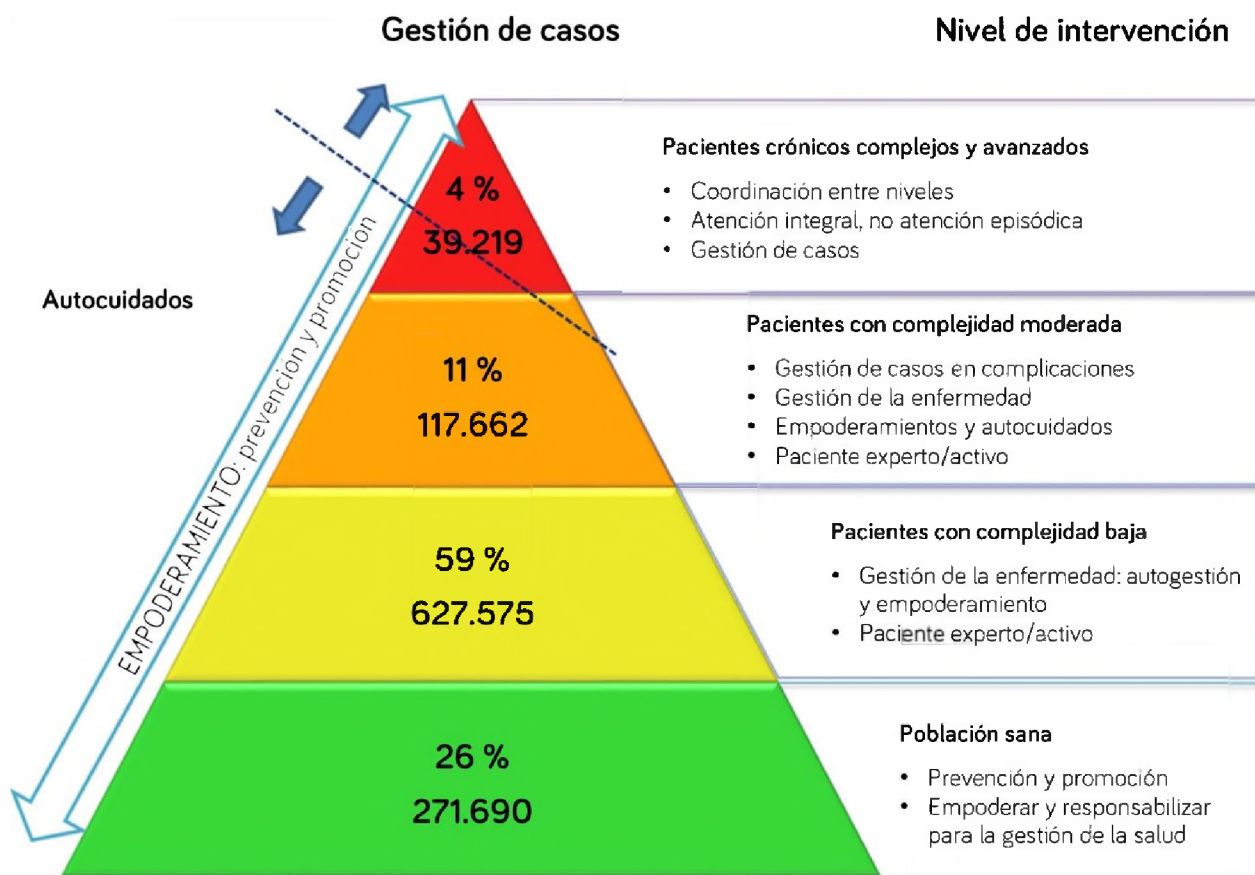
### Nuevos modelos asistenciales en la era de la cronicidad

Los cambios demográficos de estos últimos años han hecho que el sistema de salud atienda sobre todo pacientes mayores con pluripatología y dependencia funcional progresiva. El modelo actual, orientado a la atención de pacientes agudos, no da una buena respuesta a las necesidades de aquellos pacientes, por lo que es necesario cambiar el modelo organizativo para adaptarse a esta nueva y emergente realidad.<sup>33</sup> Por ello se ha implantado el Proyecto de Atención a la Cronicidad del Servicio de Salud, en el que se plantean distintos niveles de intervención según el grado de complejidad de los pacientes.<sup>33</sup>

La primera fase ha consistido en estratificar la población para determinar sus necesidades de cuidados. Combinando datos de morbilidad y de complejidad se han determinado varios grupos de pacientes: personas sin ninguna enfermedad crónica, pacientes crónicos de complejidad baja y moderada y los PCC, entre los cuales se encuentran también los PCA, que se benefician sobre todo de abordajes menos agresivos.

La expresión gráfica de esta clasificación es la pirámide de estratificación. Es una herramienta importante para identificar las necesidades de salud de las personas, anticipar sus complicaciones y reagudizaciones y planificar los recursos.

Estratificación según los grupos de morbilidad asociados (GMA) de la población de las Islas Baleares.



Fuente: Estratificación GMA 2017. Población de las Islas Baleares

- PCC: paciente en el que coexisten varias patologías crónicas con descompensaciones frecuentes y riesgo alto de pérdida funcional, lo cual hace necesario usar de manera ordenada los diversos niveles asistenciales y en algunos casos los servicios sanitarios y sociales.<sup>33</sup>
- PCA: PPC con resultado positivo en el instrumento NECPAL\* (NECPAL +)<sup>34</sup> [véase el anexo 4]. Deben estar evaluados y diagnosticados, pero no requieren exploraciones más complejas ni tratamientos agresivos ni invasivos.

\* Si la respuesta a la pregunta “¿Le sorprendería que este paciente muriese a lo largo del próximo año?” es “no”, hay que explorar los 13 parámetros del NECPAL. Si presenta al menos 1 de ellos, es NECPAL +.

## Grupos según el modelo de cronicidad

Teniendo en cuenta este modelo, para mejorar la gestión de la asistencia a los pacientes con demencia se proponen tres grupos según las necesidades del paciente y de su familia y el nivel de complejidad, tal como se muestra en la tabla 5.

El objetivo es, por un lado, mejorar el acceso de las personas susceptibles de beneficiarse de una consulta en el servicio de neurología y, por otro lado, seleccionar del grupo de PCC los que, dada su complejidad alta (a causa de múltiples patologías graves, reingresos hospitalarios frecuentes, mal pronóstico a corto plazo, etc.) se considere que requieren una asistencia más integral y no tan órgano-específica.

Tabla 5. Organización asistencial según las necesidades del paciente con deterioro cognitivo.

	Nivel de complejidad	Coordinación de la atención sanitaria
Grupo 1	Pacientes sin otra patología relevante, pacientes crónicos de complejidad baja o moderada y PCC susceptibles de beneficiarse de una consulta en el servicio de neurología a criterio del médico / de la médica de familia	Equipo de atención primaria + servicio de neurología
Grupo 2	PCC cuyo estado aconseje una atención más integral	Equipo de atención primaria + unidad de PCC del hospital de referencia, con neurólogos consultores si es necesario
Grupo 3	PCA	Equipo de atención primaria + profesionales integrados en la ruta asistencial de PCA

En los casos del grupo 1 (96 % de la población) hay que solicitar una consulta desde la atención primaria al servicio de neurología siguiendo los criterios de derivación acordados por el grupo de trabajo.

En los casos de los grupos 2 y 3 (4 % de la población), en primer lugar hay que hacer una valoración integral para evaluar las necesidades globales del paciente y de su familia y, si se considera que hay que adecuar la intervención, ofrecer la ruta asistencial propia de la Estrategia de Cronicidad mediante las unidades de PCC. En estos casos los neurólogos deben actuar como consultores. En los casos de PCA, hay que seguir la ruta asistencial prevista a tal efecto [véase el anexo 6].

Cada sector sanitario debe establecer la vía de comunicación entre los niveles asistenciales que considere más oportuna mientras el Servicio de Salud desarrolla y establece un sistema corporativo de comunicación telemático conforme a la normativa de protección de datos.

### Grupo 1

Se trata de los pacientes sin otra patología relevante, pacientes crónicos de complejidad baja o moderada y PCC susceptibles de beneficiarse de una consulta en el servicio de neurología a criterio del médico / de la médica de familia. La atención de estos pacientes ha de basarse en la coordinación del equipo de atención primaria y el servicio de neurología de referencia.

- Intervención en la atención primaria:
  - Detección del deterioro cognitivo:
    - Identificación de la clínica cognitiva o conductual valorando la repercusión funcional.
    - Estudio básico de demencia.
    - Derivación de los casos que puedan beneficiarse de un abordaje especializado en el servicio de neurología.
  - Apoyo al paciente atendido en el servicio de neurología:
    - Apoyo después del diagnóstico.
    - Control de los factores de riesgo cardiovascular y de otras morbilidades durante todo el proceso.
    - Atención sintomática en colaboración con el servicio de neurología.
    - Información al paciente y a su familia sobre asesoramiento social y legal (testamento vital, autotutela...).
    - Apoyo a la persona cuidadora.
- Intervención en el servicio de neurología:
  - Estudio y diagnóstico del deterioro cognitivo o de la conducta.
  - Seguimiento y comprobación diagnóstica evolutiva congruente con el diagnóstico etiológico establecido (excepto si el diagnóstico está basado por biomarcadores etiopatogénicos).
  - Seguimiento de pacientes con formas atípicas.
  - Indicación de tratamiento farmacológico o no farmacológico valorando siempre el riesgo-beneficio de manera individualizada.
  - Consulta no presencial de apoyo a la atención primaria.
  - Alta de los pacientes en los que ya no se espere beneficio en el abordaje especializado en la consulta de demencia.

En las tablas 6, 7, 8 y 9 se definen los criterios consensuados de derivación al servicio de neurología desde la atención primaria, los criterios de consulta no presencial al servicio de neurología, los criterios de alta del servicio de neurología y los criterios de prolongación del visado.

Tabla 6. Criterios de derivación al servicio de neurología desde la atención primaria.

Normal	Deterioro cognitivo y/o conductual de un mínimo de 6 meses de evolución corroborado por una persona allegada o un informador que suponga un cambio en el funcionamiento respecto a los meses previos y que suponga medidas de compensación
	Dudas en el diagnóstico de deterioro cognitivo
	Deterioro cognitivo leve*
Preferente	Deterioro cognitivo de inicio precoz (menor de 65 años), familiar o genético
	Sospecha de demencia rápidamente progresiva (deterioro inferior a 1 año desde el inicio de los signos/síntomas)
	Debut con predominio de cambios en la conducta o de la personalidad
	Complicaciones no previsibles o de manejo difícil en el curso de una demencia ya diagnosticada
Urgente**	Focalidad neurológica
	Demencia secundaria potencialmente tratable

\* Presencia de quejas cognitivas subjetivas y objetivadas en las pruebas psicométricas, pero que no interfieren en las actividades de la vida diaria.

\*\* Derivación al servicio de urgencias.

Tabla 7. Criterios de consulta no presencial al servicio de neurología.\*

Dudas sobre si remitir o no un paciente
Demencia ya diagnosticada y tratada con empeoramiento en el deterioro cognitivo y sin cita en el servicio de neurología en los próximos meses
Dificultad en el control de la sintomatología psicológico-conductual
Dificultad de manejo de la medicación
Dudas sobre la continuidad o la interrupción de la medicación específica

\* Todos los criterios excepto el primero deben ser pacientes conocidos en la consulta de neurología.

Tabla 8. Criterios de alta por parte de neurología.

Pacientes con GDS $\geq 5$
Pacientes registrados como PCA
Pacientes diagnosticados de demencia con estabilidad clínica no tributarios de otras pruebas ni de seguimiento específico a cargo del servicio de neurología

\* Véase el anexo 7.

En el caso de alta del servicio de neurología, la enfermera gestora de casos hospitalaria debe actuar como enlace entre el neurólogo / la neuróloga y el equipo de atención primaria.

Tabla 9. Condiciones del visado de fármacos específicos para la demencia prescritos en la consulta de medicina familiar y comunitaria.

Paciente estable y controlado por el servicio de neurología que deba mantener el tratamiento específico de demencia pero sin cita próxima al que le caduque el visado de farmacia
Paciente que sea dado de alta por el servicio de neurología mientras esté indicado mantener el tratamiento con fármacos específicos para la demencia

## Grupo 2

Los PCC son personas con una o varias enfermedades de evolución larga, cuya gestión clínica puede ser percibida como difícil por los profesionales de referencia y que requieren el uso ordenado de diferentes servicios sociales y sanitarios.<sup>35</sup>

Los pacientes afectados por un deterioro cognitivo que, tras hacer una valoración global de su comorbilidad, se considere que ya no se beneficiarán de una consulta órgano-específica especializada son tributarios de ser tratados por su equipo de atención primaria, siempre que el paciente o su familia estén de acuerdo.

Si en la atención primaria se requiere alguna prueba o pauta de tratamiento que no se pueda realizar en dicho nivel de atención, o si se necesita una consulta hospitalaria, hay que derivar ese caso a la unidad de PCC del hospital de referencia. En esos casos, los neurólogos deben actuar de consultores.

### Grupo 3

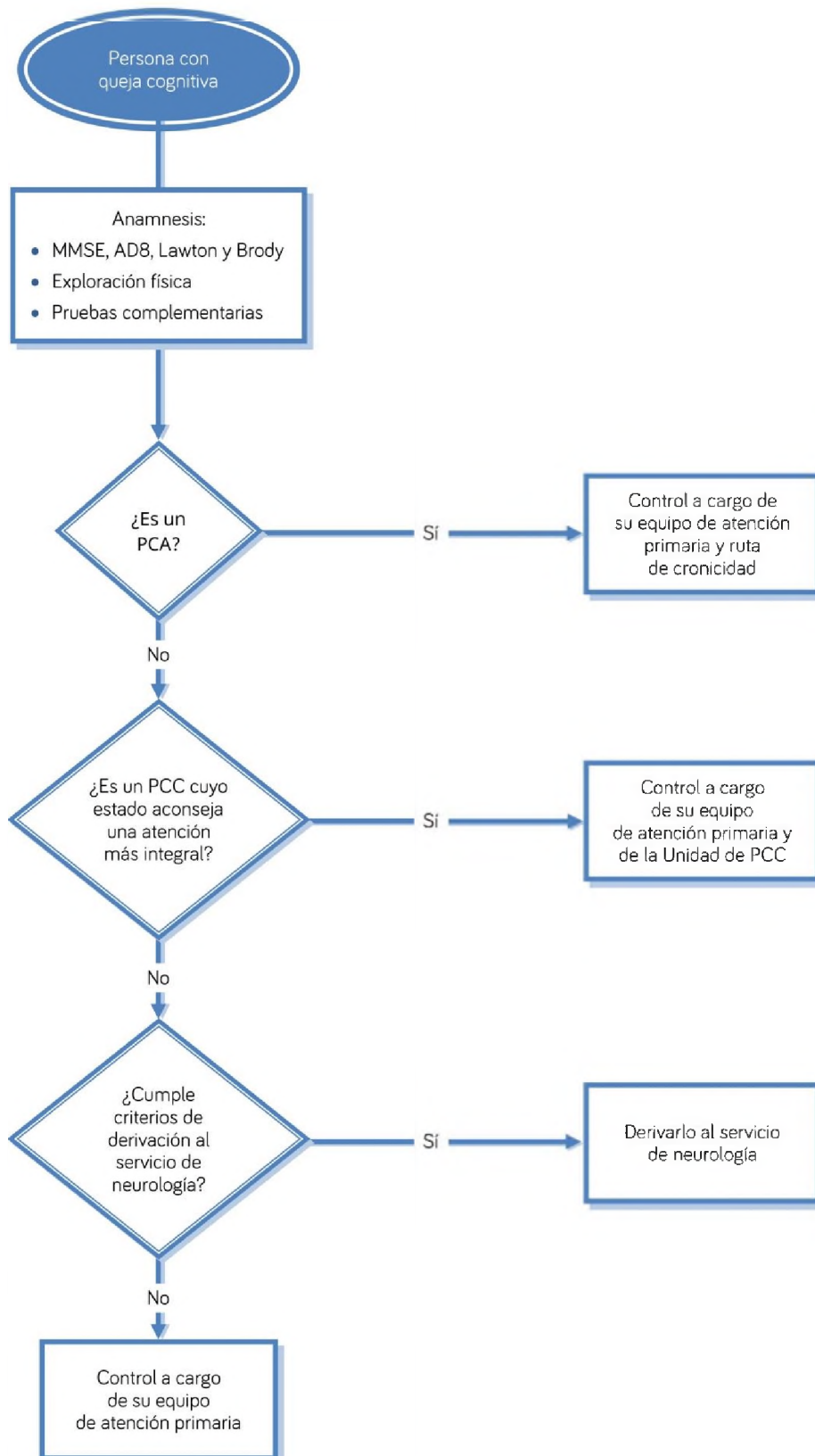
El equipo de atención primaria correspondiente debe hacerse cargo del cuidado de los PCA. Si se requiere un ingreso hospitalario, hay que seguir las rutas de cronicidad mediante la enfermera gestora de casos, que debe gestionar el ingreso en el hospital de atención intermedia de referencia del paciente.

Si el paciente se encuentra en la situación de final de vida y se requiere apoyo para conseguir las máximas medidas de confort, el equipo de atención primaria debe ponerse en contacto con el Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD).

Intervención en los grupos 2 y 3:

- Intervención del equipo de atención primaria (médico/médica de familia, enfermero/enfermera de atención primaria, enfermera gestora de casos, trabajador/trabajadora social, fisioterapeuta):
  - Apoyo al paciente no tributario de derivación o de seguimiento en la consulta presencial del servicio de neurología (PCC que no se beneficiarán de consultas órgano-específicas y requieran una atención más integral, PCA y pacientes en la fase de final de vida).
- Intervención de la Unidad de PCC:
  - Apoyo a los profesionales de la atención primaria.
  - Gestión de casos de complejidad alta compartida con la atención primaria.
  - Coordinación con el servicio de neurología o de psiquiatría, si es necesario.
- Intervención de los hospitales de atención intermedia:
  - Ingreso directo desde la comunidad en los hospitales de atención intermedia, sin pasar por el servicio de urgencias.
- Intervención del ESAD
  - Apoyo a los equipos de atención primaria en los casos de demencia avanzada o de final de vida en que el EAP requiera apoyo para conseguir el máximo confort del paciente.

## Circuito asistencial



## Indicadores de evaluación

### Estudio adecuado de los pacientes con deterioro cognitivo derivados al servicio de neurología

- Justificación: todos los pacientes derivados a causa del deterioro cognitivo deben ser evaluados con estos tres tests.
- Dimensión: adecuación.
- Fórmula / Unidad de medida:

$$\frac{\text{Número de pacientes con deterioro cognitivo derivados al servicio de neurología con cualquiera de los diagnósticos de la CIE9* a los que se les ha hecho en la atención primaria los tests MMSE, AD8 y Lawton y Brody}}{\text{Número total de pacientes derivados al servicio de neurología con cualquiera de los diagnósticos de la CIE9}} \times 100$$

- Tipo de indicador: de proceso.
- Fuente de información: e-SIAP.
- Estándar: 90 %.

### Valoración global del deterioro en pacientes diagnosticados de demencia

- Justificación: la valoración de la fase de la demencia por medio de la escala global de deterioro (GDS) es fundamental para el seguimiento de los pacientes.
- Dimensión: adecuación.
- Fórmula / Unidad de medida:

$$\frac{\text{Número de pacientes con diagnóstico de demencia a los que se ha hecho una valoración de la fase según la escala GDS}}{\text{Número de pacientes con diagnóstico de demencia}} \times 100$$

- Tipo de indicador: de proceso.
- Fuente de información: e-SIAP.
- Estándar: 90 %.

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

## Glosario

### A

**Actividades básicas de la vida diaria:** conjunto de actividades primarias de las personas encaminadas al autocuidado y a la movilidad, que las dotan de autonomía e independencia elementales y les permiten vivir sin ayuda continua de otras personas. Se incluyen actividades como comer, controlar los esfínteres, usar el retrete, vestirse, ducharse, trasladarse, deambular, etc.

**Actividades instrumentales de la vida diaria:** actividades que permiten a las personas adaptarse a su entorno y mantener su independencia en la comunidad. Igual que las actividades básicas, dependen del estado de salud de cada persona, pero intervienen otros elementos, como el estado afectivo, los rendimientos cognitivos y aspectos del entorno social. Se incluyen actividades como telefonar, comprar, cocinar, cuidar de la casa, usar transportes, manejar la medicación, manejar el dinero, etc.

**AD8:** cuestionario al informador breve que puede ser autoaplicado y facilita la identificación del deterioro cognitivo.

**Afasia:** pérdida de la capacidad de producir y/o de comprender lenguaje. Alteración del lenguaje a causa de una lesión cerebral.

**Agnosia:** alteración del reconocimiento no debida a trastornos sensoriales ni a defectos cognitivos globales, con un conocimiento previo del objeto que se va a reconocer.

**Anosognosia:** situación patológica referida a los pacientes con problemas neurológicos (cognitivos) que no tienen percepción de sus déficits neurológicos.

**Apatía:** falta de emoción, motivación o entusiasmo. Estado de indiferencia en que una persona no responde a aspectos de la vida emocional, social o física.

**Apraxia:** capacidad alterada de llevar a cabo actividades motoras a pesar de una función motora intacta y que no se explica por trastornos motores elementales (paresia, distonía, temblor, etc.).

### B

**Barthel:** escala que evalúa diez actividades de la vida diaria (←): comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposiciones, micción, uso del retrete, capacidad para trasladarse, deambulación, subir/bajar escaleras. Se puntúa de 0 a 100 (90 para los pacientes limitados en silla de ruedas). Los resultados globales se agrupan en cuatro categorías de dependencia según la puntuación obtenida: de 86 a 100, independiente; de 60 a 85, dependencia leve; de 40 a 55, dependencia moderada; de 20 a 35, dependencia grave, y de 0 a 19, dependencia total.

**Bradipsiquia:** lentitud de los procesos psíquicos, mentales o del pensamiento.

### C

**Comorbilidad:** presencia de varias enfermedades añadidas o asociadas.

## D

**Demencia lobar frontotemporal:** enfermedad neurodegenerativa que se caracteriza clínicamente por alteraciones prominentes del comportamiento y/o del lenguaje, y patológicamente por atrofia focal de los lóbulos frontales y/o temporales. Aunque es poco frecuente, es la segunda causa de demencia (→) en personas menores de 65 años, después de la enfermedad de Alzheimer (→). No suele afectar de manera predominante a la memoria (→) ni a las habilidades espaciales.

**Delirium o síndrome confusional tardío:** estado confusional agudo provocado por una disfunción cerebral difusa. Se caracteriza clínicamente por la alteración simultánea de la atención, de la percepción, del pensamiento, de la memoria (→), de la conducta psicomotora, de la emoción y del ritmo sueño-vigilia.

**Demencia:** síndrome clínico caracterizado por el déficit adquirido en más de un dominio cognitivo, que representa una pérdida respecto al nivel previo y que reduce de forma significativa la autonomía funcional del paciente. La demencia cursa frecuentemente con signos conductuales y síntomas psicológicos.

**Demencia con cuerpos de Lewy:** se caracteriza clínicamente por la asociación de deterioro cognitivo fluctuante, parkinsonismo y síntomas psicóticos, y patológicamente por la presencia de cuerpos y neuritas de Lewy en la corteza cerebral.

**Demencias degenerativas:** enfermedades caracterizadas por la pérdida neuronal y sináptica y por el depósito cerebral de agregados proteicos insolubles intracelulares y/o extracelulares.

**Demencia vascular o cerebrovascular:** demencia (←) secundaria a una o varias lesiones vasculares cerebrales, de cualquier etiología.

**Deterioro cognitivo leve:** síndrome definido por la presencia de quejas cognitivas subjetivas y objetivadas en las pruebas psicométricas, pero que no interfieren en las actividades de la vida diaria (←).

## E

**Enfermedad de Alzheimer:** entidad clínico-patológica de naturaleza degenerativa y evolución progresiva. Se caracteriza clínicamente por la demencia (←) y neuropatológicamente por la presencia de ovillos neurofibrilares y placas neuríticas. Es el tipo de demencia más frecuente, pues representa hasta el 70 % de los casos. En la mayoría de los casos la presentación es esporádica, pero existen algunos asociados a mutaciones de transmisión autosómica dominante.

**Estereotipia (comportamiento):** movimiento, postura o voz repetitiva o ritualizada sin un fin determinado.

**Examen del campo visual por confrontación:** se refiere al área total en la que los objetos se pueden ver en la visión lateral (periférica) mientras se enfocan los ojos en un punto central.

## F

**Factor de riesgo:** toda circunstancia que aumenta las probabilidades de contraer una enfermedad.

**Fototest:** test cognitivo que evalúa la capacidad de recordar seis elementos que previamente se han mostrado al paciente y se le ha pedido que nombre. Entre la denominación y el recuerdo se inserta una tarea de fluidez verbal en que el paciente ha de evocar nombres de personas agrupadas por sexos.

**Función ejecutiva:** capacidad de pensar para planificar, iniciar, secuenciar, supervisar y detener un comportamiento complejo. Son los procesos mentales que nos permiten llevar a cabo cualquier tarea.

## G

**Gnosia:** facultad de percibir y conocer.

## L

**Lawton y Brody:** escala utilizada para valorar la capacidad de una persona para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria (←).

## M

**Memoria:** facultad psíquica por medio de la cual se retiene y recuerda el pasado.

**Memoria de trabajo:** es la memoria que se utiliza constantemente para hablar, pensar y actuar. Es de plazo corto, temporal y de capacidad baja, y se satura rápidamente.

**Memoria episódica:** es la memoria que almacena acontecimientos autobiográficos que pueden ser evocados explícitamente.

**Memoria procedimental, implícita o no declarativa:** es la memoria implicada en el aprendizaje de diversas habilidades que se activan de modo automático: andar, leer, conducir, nadar, montar en bicicleta...

**Memoria semántica:** es la memoria que contiene los conocimientos generales aprendidos a lo largo del tiempo.

**Mini-Cog:** prueba cognitiva breve que incluye la evaluación de la capacidad de una persona de recordar tres palabras y dibujar un reloj.

**Mini-mental State Examination (MMSE 30):** test de 30 ítems que se utiliza para la evaluación breve de las capacidades cognitivas. Plantea preguntas sobre orientación temporal y espacial, registro amnésico, cálculo seriado y atención, recuerdo, lenguaje oral y escrito, copia de un dibujo. Existe una versión en español con 35 ítems (Lobo, 1979), 30 ítems (Lobo, 1999) y otra versión en español con puntuación normalizada según la edad y el nivel de escolarización.

**MoCA:** el test de evaluación cognitiva de Montreal es un instrumento breve sensible y específico utilizado para detectar el deterioro cognitivo leve y la demencia, con puntos de corte que varían según la población estudiada.

**Motoneurona:** tipo de célula del sistema nervioso situada en el cerebro y en la médula espinal y que tiene la función de producir los estímulos que provocan la contracción de los distintos grupos musculares del organismo. Es imprescindible para las actividades cotidianas que requieren contracción muscular y, en general, todos los movimientos del cuerpo. La primera motoneurona (o motoneurona superior) se encuentra en la corteza cerebral y emite terminaciones nerviosas que forman la llamada “vía piramidal”, que conecta con la médula espinal. La segunda motoneurona (o motoneurona inferior) está situada en el asta anterior de la médula espinal y emite terminaciones nerviosas que llegan directamente a los músculos del organismo y provocan su contracción voluntaria.

## P

**Paciente crónico complejo (PCC):** paciente afectado por una o varias patologías crónicas de complejidad alta, que sufre descompensaciones a menudo y que presenta un riesgo alto de pérdida funcional, lo cual hace necesario el uso ordenado de los diversos niveles asistenciales y en algunos casos los servicios sanitarios y sociales.

**Paciente crónico avanzado (PCA):** PCC con NECPAL +, es decir, persona con alguna enfermedad progresiva, evolutiva e irreversible con un pronóstico de vida limitado. Ha de estar diagnosticado y evaluado correctamente y no ha de requerir nuevas exploraciones sofisticadas ni tratamientos agresivos de sus enfermedades de base o por nuevas descompensaciones.

**Pfeiffer:** test para valorar la memoria del paciente. Sirve para descartar que determinados olvidos en la vida diaria sean signo de algún proceso degenerativo cerebral. En general se utiliza en personas mayores de 75 años.

## R

**Reflejos arcaicos o primitivos:** movimientos automáticos, estereotipados, dirigidos por una parte muy primitiva del cerebro. Son ejecutados sin implicar los niveles superiores del cerebro. Idealmente tienen una vida corta, y cuando han cumplido su función son reemplazados por estructuras más sofisticadas que se controlan desde el córtex. Se consideran aberrantes y evidencian una inmadurez del sistema nervioso central si presentan persistencia, una intensidad anormal o asimétrica o si reaparecen.

**Reflejo glabellar:** es el cierre ocular producido al golpear suavemente en el espacio interciliar (en la raíz de la nariz); si no se agota al repetir el estímulo es positivo y, por tanto, patológico.<sup>15</sup>

## S

**Síndrome confusional agudo:** véase *delírium* (↔).

**Síntomas cognitivos:** síntomas relacionados con la adquisición de conocimientos.

**Síntomas conductuales:** síntomas relacionados con la alteración de la percepción y la conducta, que pueden presentarse en las personas afectadas por una demencia y constituyen una parte de la expresión de la enfermedad.

**Síntomas psicológicos:** síntomas relacionados con el ánimo y el contenido del pensamiento, que pueden presentarse en las personas afectadas por una demencia y constituyen una parte de la expresión de la enfermedad.

## T

**Tomografía computarizada multicorona o multicorte:** tipo de tomografía que incorpora varios anillos detectores (entre 2 y 320), lo cual aumenta la rapidez del proceso y permite obtener imágenes volumétricas en tiempo real.

**Test del dibujo del reloj:** instrumento de selección para examinar el deterioro cognitivo en diversos trastornos neurológicos o psiquiátricos. Se creó en 1953 para valorar la apraxia constructiva y se utilizó sobre todo para detectar trastornos secundarios a lesiones del córtex parietal.

## Bibliografía

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].

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 línea]. 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 línea]. <[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. SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD. *Atención al paciente crónico complejo y crónico avanzado*. Palma: Servicio de Salud de las Islas Baleares, 2017. Disponible en: <[www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1058/atencion-paciente-cronico-complejo-avanzado-es.pdf](http://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1058/atencion-paciente-cronico-complejo-avanzado-es.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 para un modelo catalán de a las personas con necesidades complejas: conceptualización e introducción a los elementos operativos*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2017. Disponible en: <[scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3305/bases\\_modelo\\_catalan\\_atencion\\_personas\\_necesidades\\_complejas\\_2017\\_cas.pdf](http://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3305/bases_modelo_catalan_atencion_personas_necesidades_complejas_2017_cas.pdf)> [Consulta: 6 nov 2018].

## ANEXOS



## Anexo 1. Mini-mental Standard Examination adaptado

(Adaptación de la MMSE de Folstein)

Para hacer esta prueba [véase el anexo 1] tiene que leer en voz alta, de forma clara y despacio lo que está escrito en negrita. Marque con un círculo la puntuación (0 o 1) para cada cuestión. En cursiva encontrará algunas indicaciones, pero del anexo puede consultar instrucciones detalladas sobre cómo hacer la prueba a partir de la página 7.

Tiene que hacer la prueba en privado y en el idioma materno del paciente. Empiece planteando estas dos preguntas: “¿Tiene algún problema de memoria?” y “¿Puedo hacerle unas preguntas para comprobarlo?”.

Aquí tiene las imágenes de las dos primeras páginas del test, que encontrará completo para imprimir en el anexo 1.

Mini-mental Standard Examination (MMSE 30)		
<b>Orientación temporal</b>		
¿Qué día de la semana es hoy?	0	1
¿En qué mes estamos?	0	1
¿Qué día del mes es hoy?	0	1
¿En qué estación del año estamos?	0	1
¿En qué año estamos?	0	1
<b>Orientación espacial</b>		
¿Dónde estamos en este momento?	0	1
¿En qué planta estamos?	0	1
¿En qué ciudad estamos?	0	1
¿En qué provincia estamos?	0	1
¿En qué país estamos?	0	1
<b>Fijación</b>		
Ahora escuche con atención: le diré tres palabras y pediré que las repita cuando yo termine. ¿Preparado/preparada?		
BICICLETA <i>pausa</i>		
CUCHARA <i>pausa</i>		
MANZANA <i>pausa</i>		
¿Me las puede repetir?		
<i>Hago que las repita hasta 5 veces, pero puntúe solo el primer intento.</i>		
Bicicleta	0	1
Cuchara	0	1
Manzana	0	1
Intente recordar las palabras, porque se las volveré a preguntar en unos minutos.		

<b>Atención y cálculo</b>		
Reste de 7 en 7 a partir de 100.		
<i>Después de cada respuesta, si es necesario diga "Siga, por favor".</i>		
¿Cuánto es 100 menos 7?		
93	0	1
86	0	1
79	0	1
72	0	1
65	0	1
<i>Si el paciente tiene dificultades numéricas, en vez de la operación de sustracción de 7 en 7 puede pedirle que deletree la palabra "mundo", primero en orden directo (no puntúa) y después en orden inverso.</i>		
Deletree la palabra "MUNDO". No puntúa		
Deletree la palabra "MUNDO" al revés		
	0	1 2 3 4 5
<b>Memoria</b>		
¿Cuáles eran las tres palabras que le he pedido que recordara?		
<i>Recuerdo libre. No dé pistas.</i>		
Bicicleta	0	1
Cuchara	0	1
Manzana	0	1
<i>Recuerdo facilitado. Proporcione una pista semántica por cada palabra. No puntúa, pero orienta.</i>		
Para ayudarlo a recordar, le voy a dar unas pistas:		
La primera palabra era un vehículo, ¿la recuerda?	[pausa]	
La segunda palabra era un cubierto, ¿la recuerda?	[pausa]	
La tercera palabra era una fruta, ¿la recuerda?	[pausa]	

## Anexo 2. Cuestionario del informador AD8

Versión 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 imprima ni utilice esta imagen, sino el documento del anexo 2.*

Respecto a la persona a la que acompaña, ¿qué opina sobre los aspectos siguientes?:

Nota: "Sí, ha cambiado" significa que usted piensa que ha habido un cambio en los últimos años causado por problemas de razonamiento y/o de memoria.

Aspecto	Sí, ha cambiado	No, no ha cambiado	NS/NC No sabe / No contesta
Problemas para emitir juicios y tomar decisiones adecuadas (ej.: le engañan o timan, toma decisiones financieras erróneas, hace regalos inapropiados, etc.)			
Pérdida de interés en sus aficiones y actividades (ej.: ha dejado de hacer actividades que le gustaban)			
Repite las preguntas, los comentarios o las cosas que cuenta			
Dificultad para aprender a usar herramientas, aparatos o dispositivos (ej.: microondas, mandos a distancia, teléfono móvil o inalámbrico, DVD, ordenador)			
Olvida en qué mes o año está			
Dificultad para manejar asuntos financieros complicados (ej.: ajustar cuentas, cheques, impuestos, facturas, recibos, etc.)			
Dificultad para recordar las citas y las cosas que tiene que hacer			
Los problemas de razonamiento y/o de memoria son cotidianos, no ocasionales			
<b>TOTAL</b>			

Punto de corte: 3-4

## Anexo 3. Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria

No imprima ni utilice esta imagen, sino el documento del anexo 3.

Paciente ..... Edad: ..... Sexo:  Hombre  Mujer

Con la ayuda de la persona cuidadora principal, puntúe la situación del paciente sobre estos ocho aspectos.

<b>A) Capacidad para usar el teléfono</b>	
1. Usa el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números, etc.	1
2. Marca unos cuantos números bien conocidos	1
3. Contesta al teléfono pero no marca	1
4. No usa el teléfono	0
<b>B) Ir de compras</b>	
1. Hace todas las compras necesarias con independencia	1
2. Compra con independencia pequeñas cosas	0
3. Necesita compañía para hacer cualquier compra	0
4. Completamente incapaz de ir de compras	0
<b>C) Preparar la comida</b>	
1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	1
2. Prepara las comidas si se le dan los ingredientes	0
3. Calienta y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada	0
4. Necesita que se le prepare y se le sirva la comida	0
<b>D) Cuidar de la casa</b>	
1. Cuida la casa solo/sola o con ayuda ocasional (ej, trabajos pesados)	1
2. Lleva a cabo tareas domésticas ligeras, como fregar los platos o hacer la cama	1
3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1
4. Necesita ayuda en todas las tareas de la casa	1
5. No participa en ninguna tarea doméstica	0
<b>E) Lavar la ropa</b>	
1. Se encarga completamente de lavar la ropa personal	1
2. Lava ropa pequeña	1
3. Necesita que otra persona se ocupe de lavar la ropa	0
<b>F) Medio de transporte</b>	
1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce un vehículo	1
2. Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa el transporte público	1
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona	1
4. Solamente viaja en taxi o en automóvil con ayuda de otras personas	0
5. No viaja	0
<b>G) Responsabilidad sobre la medicación</b>	
1. Es responsable del uso de la medicación, de las dosis y de las horas correctas para tomarlas	1
2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis	0
3. No es capaz de responsabilizarse de su medicación	0
<b>H) Capacidad de usar dinero</b>	
1. Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos	1
2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, hacer grandes gastos, etc.	1
3. Incapaz de manejar dinero.	0
<b>TOTAL</b>	

Puntuación	Dependencia
0-1	total
2-3	importante
4-5	moderada
6-7	ligera
8	independencia

## Anexo 4. Instrumento NECPAL CCOMS-ICO® versión 3.1 2017

No imprima ni utilice esta imagen, sino el documento del anexo 4.

### INSTRUMENTO NECPAL-CCOMS-ICO® VERSIÓN 3.1 2017

PACIENTE: ..... HC: .....

FECHA: ..... / ..... / ..... SERVICIO: .....

RESPONSABLE(S): .....

<b>Pregunta sorpresa (a/entre profesionales)</b>	¿Le sorprendería que este paciente muriese a lo largo del próximo año?	<input type="checkbox"/> Sí (-) <input type="checkbox"/> No (+)
<b>"Demanda" o "Necesidad"</b>	- Demanda: ¿Ha habido alguna expresión implícita o explícita de limitación de esfuerzo terapéutico o demanda de atención paliativa de paciente, familia, o miembros del equipo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	- Necesidad: identificada por profesionales miembros del equipo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Indicadores clínicos generales de progresión:</b> - Los últimos 6 meses - No relacionado con proceso intercurrente reciente/reversible	- Declive nutricional	• Pérdida Peso > 10% <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	- Declive funcional	• Deterioro Karnofsky o Barthel > 30% • Pérdida de > 2 ABVDs <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	- Declive cognitivo	• Pérdida ≥ 5 minimal o ≥ 3 Pfeiffer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Dependencia severa</b>	- Karnofsky <50 o Barthel <20	• Datos clínicos por anamnesis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Síndromes geriátricos</b>	- Caídas - Úlceras por presión - Disfagia - Delirium - Infecciones a repetición	• Datos clínicos anamnesis ≥ 2 síndromes geriátricos (recurrentes o persistentes) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Síntomas persistentes</b>	Dolor, debilidad, anorexia, disnea, digestivos...	• Checklist síntomas (ESAS) ≥ 2 síntomas persistentes o refractarios <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Aspectos psicosociales</b>	Distrés y/o Trastorno adaptativo severo	• Detección de Malestar Emocional (DME) > 9 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Vulnerabilidad social severa	• Valoración social y familiar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Multimorbilidad</b>	> 2 enfermedades o condiciones crónicas avanzadas (de la lista de indicadores específicos)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Uso de recursos</b>	Valoración de la demanda o intensidad de intervenciones	• > 2 ingresos urgentes o no planificados en los últimos 6 meses • Aumento demanda o intensidad de intervenciones (atdarn, intervenciones enfermería, etc) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Indicadores específicos de severidad / progresión de la enfermedad</b>	Cáncer, MPOC, ICC, i Hepática, i Renal, AVC, Demencia, Neurodegeneratives, SIDA, d'altres malalties avançades	• Ver anexo 1 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

#### Clasificación:

<b>Pregunta Sorpresa (PS)</b>	PS + (No me Sorprendería)	✓
	PS - (Me Sorprendería)	
<b>Parámetros NECPAL</b>	NECPAL + (de 1+ a 13+)	
	NECPAL - (Ningún parámetro)	✓

#### Codificación y registro

Proponer codificación como Paciente con Cronicidad Avanzada (PCA)

## Anexo 5. Fármacos que deben revisarse ante la sospecha de deterioro cognitivo

<b>Antiarrítmicos</b>	<b>Antipsicóticos</b>
disopiramida	clorpromazina
flecainida	clozapina
propafenona	flufenazina
<b>Antidepresivos</b>	levomepromazina
amitriptilina	loxapina
clomipramina	olanzapina
doxepina	pimozida
imipramina	quetiapina
nortriptilina	trifluoperazina
paroxetina*	<b>Antivertiginosos / antieméticos</b>
trimipramina	dimenhidrinato
<b>Antiepilépticos</b>	meclozina
ácido valproico	prometazina
carbamazepina	trifluoperazina
fenitoína	<b>Benzodiazepinas</b>
fenobarbital	<b>Opioides</b>
<b>Antiespasmódicos intestinales</b>	petidina
alcaloides belladonna	<b>Relajantes musculares</b>
atropina (combinaciones)	baclofeno
escopolamina	ciclobenzaprina
<b>Antiespasmódicos urinarios</b>	metocarbamol
fesoterodina	tizanidina
oxibutinina	<b>Otros</b>
solifenacina	antibióticos ( $\beta$ -lactámicos y quinolonas)
tolterodina	antihistamínico H <sub>2</sub> (ranitidina)
tropio	betabloqueantes (propranolol)
<b>Antihistamínicos H1 (primera generación)</b>	clonidina
ciproheptadina	clortalidona
clemastina	digoxina
clorfeniramina	indometacina
dexclorfeniramina	litio
difenhidramina	metildopa
doxilamina	metoclopramida
hidroxizina	
<b>Antiparkinsonianos</b>	
amantadina	
biperideno	
bromocriptina	
entacapona	
prociclidina	
trihexifenidilo	

\* Efecto anticolinérgico demostrado, aunque en algunas escalas aparece como "riesgo marcado" y en otras como "riesgo bajo".

Notas:

- El deterioro cognitivo que pueden producir los fármacos como reacción adversa es a expensas del efecto anticolinérgico y/o sedante.
- Hay mucha controversia sobre el efecto anticolinérgico de los fármacos, pues existen diferentes escalas para medirlo y por ello hay clasificaciones diferentes.
- Es conveniente subrayar que un fármaco con una correlación fuerte puede tener el mismo efecto que dos de efecto débil.
- Hemos procurado elaborar una lista práctica y ágil que pueda ayudar a los clínicos incluyendo los grupos más relevantes y con mayor evidencia. Hay que destacar que existen muchos fármacos que pueden tener efecto anticolinérgico y/o sedante.
- Hemos incluido los grupos terapéuticos más frecuentes y hemos destacado en negrita los de efecto más marcado dentro de cada grupo.

Bibliografía complementaria

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

Durán CE, Azermai 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. Riesgo de los fármacos anticolinérgicos en personas de edad avanzada. *Butlletí Groc*. 2015; 28(1):1-4. Disponible en: <[www.icf.uab.cat/assets/pdf/productes/bg/es/bg281.15e.pdf](http://www.icf.uab.cat/assets/pdf/productes/bg/es/bg281.15e.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/imserso/documents/binario/guabuenapractica.pdf](http://www.crealzheimer.es/InterPresent2/groups/imserso/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].

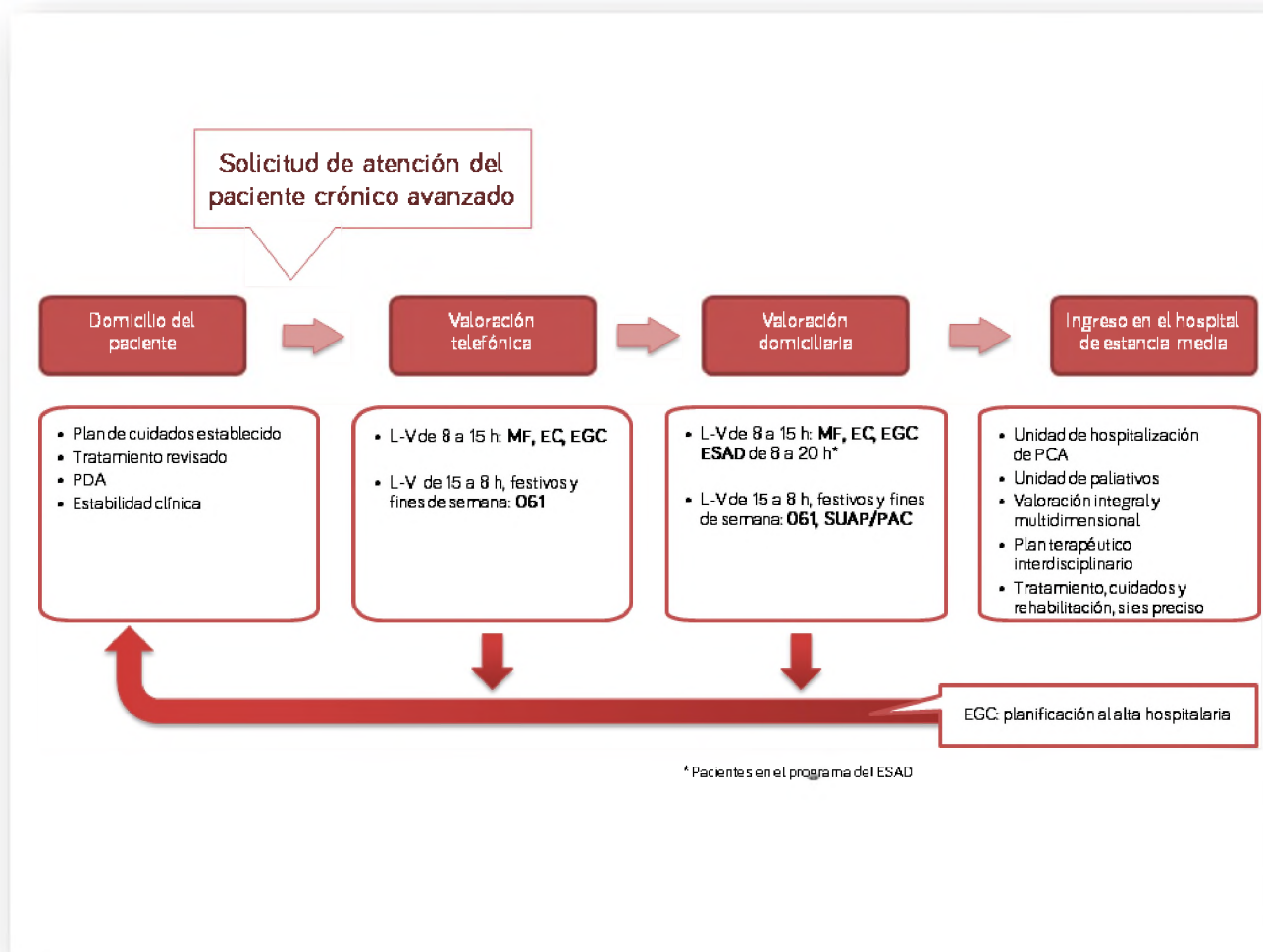
Kalisch Ellett LM, Pratt NL, Ramsay EN, Barratt JD, Roughead EE. Multiple anticholinergic medication use and risk of hospital admission for confusion or dementia. *J Am Geriatr Soc* 2014 Oct;62(10):1916-1922.

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].

## Anexo 6. Ruta asistencial del paciente crónico avanzado



EC: enfermera comunitaria. EGC: enfermera gestora de casos. L-V: de lunes a viernes. MF: médico de familia. PAC: punto de atención continuada. PCA: paciente crónico avanzado. PDA: plan de decisiones avanzado. SUAP: Servicio de Urgencias de Atención Primaria

Fuente: SUBDIRECCIÓN DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD. *Atención al paciente crónico complejo y crónico avanzado*. Palma: Servicio de Salud de las Islas Baleares, 2017. p. 27.

## Anexo 7. Escala de deterioro global (GDS)

Estadio GDS	Características
GDS 1 Ausencia de alteración cognitiva	Ausencia de dificultades objetivas o subjetivas.
GDS 2 Defecto cognitivo muy leve	Quejas de pérdida de memoria. No se objetiva déficit en el examen clínico. Hay conocimiento pleno y valoración de la sintomatología.
GDS 3 Defecto cognitivo leve	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Primeros defectos claros.</li> <li>▫ Manifestación en una o más de estas áreas: haberse perdido en un lugar no familiar, evidencia de rendimiento laboral pobre, dificultad incipiente para evocar nombres de persona, escasa retención tras la lectura, pierde o coloca erróneamente objetos de valor, capacidad escasa para recordar personas nuevas, disminución de la capacidad organizativa.</li> </ul>
GDS 4 Defecto cognitivo moderado	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ Disminución de la capacidad de hacer tareas complejas.</li> <li>▫ Defectos definidos claramente en una entrevista cuidadosa.</li> <li>▫ Conocimiento disminuido de acontecimientos actuales y recientes, déficit en el recuerdo de su historia personal, dificultad de concentración evidente en la sustracción seriada, capacidad disminuida para viajar y/o para controlar su economía.</li> <li>▫ No hay defectos en la orientación en el tiempo y en relación con personas, ni en el reconocimiento de caras y de personas familiares.</li> <li>▫ Negación como mecanismo de defensa.</li> </ul>
GDS 5 Defecto cognitivo moderado-grave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ El/la paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin ninguna asistencia. Necesita asistencia para elegir la ropa. Es incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana (dirección, teléfono, nombres familiares). Sufre a menudo cierta desorientación en el tiempo y/o en el espacio. Tiene dificultad para contar hacia atrás desde 40 o desde 20. Sabe su nombre y el de su pareja (e hijos).</li> </ul>
GDS 6 Defecto cognitivo grave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ El/la paciente se viste incorrectamente sin asistencia. A veces olvida el nombre de su pareja, de quien depende para vivir. Retiene algunos datos del pasado. Sufre desorientación temporal y espacial. Tiene dificultad para contar en orden inverso desde 10. Puede necesitar asistencia para actividades de la vida diaria. Puede presentar incontinencia. Recuerda su nombre y diferencia los familiares de los desconocidos. Su ritmo diurno suele estar alterado. Sufre cambios de la personalidad y de la afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad y abulia cognoscitiva).</li> </ul>
GDS 7 Defecto cognitivo muy grave	<ul style="list-style-type: none"> <li>▫ El/la paciente sufre pérdida progresiva de todas las capacidades verbales y motoras. A menudo se observan signos neurológicos.</li> <li>▫ Es incapaz de decir más de una docena de palabras.</li> <li>▫ Solamente es capaz de decir una palabra inteligible.</li> <li>▫ Es incapaz de deambular sin ayuda.</li> <li>▫ Es incapaz de mantenerse sentado/sentada sin ayuda.</li> <li>▫ Presenta pérdida de la capacidad de sonreír.</li> <li>▫ Sufre pérdida de la capacidad de mantener la cabeza erguida.</li> </ul>



