

## **PROCESO ASISTENCIAL INTEGRADO AL PACIENTE CON DEMENCIA**

### **Elaborado por:**

- ARRIETA ANTÓN, ENRIQUE. Médico de Familia Asistencial EAP Segovia Rural.
- GARCÍA GÓMEZ, FRANCISCO JAVIER. Responsable de Calidad GAP Segovia.
- GONZÁLEZ CEREZO, ALFREDO. Director de Enfermería GAP Segovia.
- GUERRERO DÍAZ, M<sup>a</sup> TERESA. Geriatra, Unidad Geriatria Hospital General Segovia.
- JIMENEZ ALEIXANDRE, PALOMA. Subdirectora Médico GAE Segovia.
- MAÍN PÉREZ, ALFREDO. Director Médico GAP Segovia.
- MIGUELAÑEZ ARRIBAS, RAQUEL. Trabajadora Social EAP Segovia III y El Espinar.
- MONTERO MORALES, CARMEN. Responsable de EAP GAP Segovia.
- REDERO SAN ROMÁN, JOSÉ MARÍA. Psiquiatra, Unidad Salud Mental Hospital General Segovia.
- RODRÍGUEZ SANZ, M<sup>a</sup> FERNANDA. Neuróloga. Unidad de Neurología Hospital General Segovia.
- TAPIA VALERO, CARMEN. Enfermera de Familia Asistencial EAP Carbonero El Mayor.
- VARGAS ARAGON, MARTIN. Jefe de Servicio de Psiquiatría. Complejo Asistencial de Segovia

### **Revisores:**

- CALABOZO FRAILE, BELÉN. Dirección Técnica de Farmacia.
- FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, M<sup>a</sup> EUGENIA. Grupo Técnico. Dirección Técnica de Atención Primaria.
- GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, VICTOR MANUEL. Médico de Familia. Grupo Técnico. Dirección Técnica de Atención Primaria.
- NAVEIRO RILO, JOSÉ CESAREO. Grupo Técnico. Dirección Técnica de Atención Primaria

Fecha Elaboración. 27 de Junio de 2011

Fecha Revisión 2<sup>a</sup>. ABRIL 2012

Validación: 20 Junio de 2012

## **INDICE**

1. OBJETIVO
2. POBLACIÓN DIANA.
3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN
4. ACTUACIONES:
  - a. Captación y Detección precoz del Paciente con Demencia.
  - b. Valoración del Paciente en Atención Primaria.
  - c. Captación y Valoración del Cuidador en Atención Primaria.
  - d. Derivación del Paciente a Atención Especializada.
  - e. Valoración del Paciente en Atención Especializada.
  - f. Diagnóstico Diferencial y Sindrómico.
  - g. Tratamiento: No Farmacológico y Farmacológico.
  - h. Información del Proceso Clínico-Asistencial.
  - i. Plan de Seguimiento del Paciente.
  - j. Plan de Seguimiento del Cuidador.
  - k. Actuación en situaciones de Crisis del Paciente.
  - l. Actuación en situaciones de Crisis del Cuidador.
  - m. Paciente con Demencia en Estadios Terminales
5. CRITERIOS DE INTERCONSULTA.
6. BIBLIOGRAFÍA.
7. ORGANIZACIÓN. RESPONSABLE/COORDINADOR DEL PROCESO
8. PARTICIPANTES EN EL PROCESO.
9. ADECUACIONES ORGANIZATIVAS
10. PROCESOS DE SOPORTE RELACIONADOS.
11. EVALUACIÓN, INDICADORES:
12. FLUJOGRAMAS: de las Fases de Captación/Seguimiento y de las Descompensaciones y/o Crisis.



### 13. ANEXOS:

- a. Pruebas Psicométricas: A1, A2, A3, A30.
- b. Escalas de Valoración: del Estado de Ánimo, Funcional: A4, A5, A6, A7, A28, A29, A31.
- c. Diagnóstico Sindrómico, y Diagnóstico Diferencial: A8, A9, A10, A11, A20, A21, A22, A23, A24, A25, A26.
- d. Valoración por Patrones Funcionales a Paciente y Cuidador: A12, A17.
- e. Plan de Cuidados: Del Paciente, y del Cuidador: A13, A18.
- f. Valoración del Riesgo Social: A14, A15.
- g. Valoración de la Sobrecarga del Cuidador: A16.
- h. Aspectos Legales: A19.
- i. Tratamiento farmacológico: A27.
- j. Cuidados Paliativos en el Paciente con Demencia: A32.

### Objetivo

- Detección temprana del deterioro cognitivo, realizando un diagnóstico integral que abarque aspectos biológicos, psicológicos y sociales del enfermo, cuidador, familia y comunidad, basándose en las recomendaciones disponibles en el momento actual.
- Elaborar un Plan Individualizado de promoción, prevención, atención y cuidados, donde se consideren todos los aspectos de interdisciplinariedad, reflejando con claridad los criterios de cada intervención, farmacológica y no farmacológica, para los enfermos, cuidador y su familia, priorizando aquellas actuaciones que puedan realizarse en la comunidad, capaces de retrasar o evitar la institucionalización.

### Población diana

Todo individuo que, independientemente de su edad, presente cambios cognitivos y/o conductuales, y pérdidas funcionales, observadas por un profesional sanitario cualificado o referidas por el paciente o su familia, y cumpla los criterios de inclusión.

### Criterios de inclusión

Quien tras una primera valoración cumpla uno de los dos siguientes criterios:

1. Síndrome de demencia, definido por:
  - a. Presencia de cambios cognitivos (acompañados o no de cambios de conducta), y alteraciones en el funcionamiento (alteraciones en las actividades de la vida diaria).
  - b. Además, alteración en una prueba psicométrica (se recomienda el MEC) **Anexo (A) 1**
2. Usuarios con diagnóstico previo documentado.



<b>Actuaciones</b>			
<b>Actividades</b>	<b>Responsable</b>	<b>Criterios de calidad</b>	<b>GR</b>
CAPTACION Y DETECCION PRECOZ	Médico de Familia Enfermera de Familia Trabajador Social.	Actitud activa de sospecha, ante signos o quejas, que sugieran trastornos relacionados con el deterioro cognitivo y la demencia	C
VALORACION DE PACIENTE	Médico de Familia Enfermera de Familia	Anamnesis Exploración física Exploración neurológica Pruebas psicométricas (A1-2-3) Escala valoración estado ánimo (A4-5) Escala valoración funcional (A6-7) Pruebas complementarias	
		Diagnóstico diferencial (A8) Diagnóstico sindrómico: - Criterios DSM-IV TR (A9) - Criterios de la CIE10 (A10) - Criterios de la SEN (A11)	B-C
			B
	Enfermera de Familia	Valoración Patrones Funcionales (A12) Plan cuidados NANDA-NOC-NIC (A13) Inclusión en el Servicio de Prevención y Detección de Problemas en el Anciano y en el de Atención Domiciliaria a Pacientes Inmovilizados, si procede.	
Trabajador Social	Valoración Riesgo Social: Escala de Gijón (A14) Indicadores de Riesgo Social (A15) Información al paciente y a la familia		
CAPTACION Y VALORACION DEL CUIDADOR	Médico de Familia Enfermera de Familia Trabajador Social	Inclusión en el Servicio de Atención al Cuidador Familiar Escala de Zarit (A16)	
	Enfermera de Familia	Valoración por Patrones Funcionales (A17) Plan de cuidados (A18)	
	Trabajador Social	Valoración riesgo social: Escala de Gijón (A14) Indicadores de Riesgo Social (A15) Información sobre los recursos sociales disponibles. Información aspectos legales de interés (A19).	
DERIVACIÓN A ATENCIÓN ESPECIALIZADA	Médico de Familia	Criterios derivación: -Neurología: si predominio deterioro cognitivo o signos/síntomas neurológicos. -Geriatría: si > 75 años o pluripatología orgánica -Psiquiatría: si predominio trastorno conducta o alteraciones psicósomáticas o tratamiento psiquiátrico previo.	

<p>VALORACIÓN DEL PACIENTE EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA</p>	<p>Facultativo Especialista: - Neurólogo - Geriatra - Psiquiatra</p>	<p>ANAMNESIS: aspectos a investigar si no están reflejados en el volante de derivación:</p> <p>Entrevistar al familiar, Familiares con los que vive, Nivel educativo, Motivo de consulta. Antecedentes Familiares y personales: Consumo de fármacos, Hábitos tóxicos, Factores de riesgo vascular, Comorbilidad, Enfermedades neurológicas, infecciosas, TCE, Antecedentes psiquiátricos.</p> <p>Enfermedad Actual: Fecha de inicio del deterioro, Forma de inicio del deterioro, Relación del inicio del deterioro con alguna circunstancia, Evaluación del deterioro, Déficits que se perciben, Interferencias con las actividades de la vida diaria con la calidad de vida.</p> <p>EXPLORACIÓN FÍSICA Y NEUROLÓGICA completa</p> <p>EVALUACIÓN COGNITIVA: Atención, orientación, memoria, lenguaje, gnosis, praxias motoras y visoconstructivas, cálculo, razonamiento abstracto y capacidad ejecutiva::</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Al menos un test validado (A1; A2; A3; Test de los 7 minutos<sup>40</sup>)</li> <li>• Si se considera adecuado, además uno de los siguientes test: Candex<sup>41</sup>, ADAS<sup>42</sup>, test Barcelona abreviado<sup>43</sup>.</li> </ul> <p>EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA CONDUCTUAL: valorar estado de ánimo, sensopercepción e ideas delirantes mediante test validados (A5; NPI A30; A20-Brief Psychiatric Rating Scale)</p> <p>EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL (A6, A7)</p> <p>PRUEBAS DIAGNÓSTICAS contempladas en el documento del Proceso "Demencia en Atención Primaria. Segovia":</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pruebas rutinarias (si no se han realizado previamente): <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analíticas: hemograma, VSG, bioquímica general hepática, iones, hormonas tiroideas, vitamina B12, serología de lúes.</li> <li>- ECG y RX Tórax</li> <li>- TC o RM.</li> </ul> </li> <li>- Pruebas según indicación: <ul style="list-style-type: none"> <li>- LCR</li> </ul> </li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudios Neurofisiológicos</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Neuroimagen Funcional (RM,SPECT, PET)</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudio genéticos</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Marcadores biológicos (proteína TAU y betaamiloide etc)</li> </ul>	<p>B</p> <p>C</p> <p>A</p> <p>B</p>
--	--	---	-------------------------------------

JUICIO DIAGNÓSTICO	Facultativo Especialista	<p>1- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL Demencia SI / NO: Depresión y Trastornos psiquiátricos, Síndrome confusional agudo, retraso mental y/ o síndromes cognitivos focales, Deterioro cognitivo leve etc</p> <p>2- Diagnóstico Sindrómico de Demencia: A9-DSM-IV-TR / A10-CIE-10</p> <p>3- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ETIOLOGICO DE DEMENCIA: - ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: A21- criterios diagnósticos NINCDS-ARDA o DSM-IV-TR.</p> <hr/> <p>- DEMENCIA VASCULAR: A22- Criterios diagnósticos NINCDS-AIREN. - DEMENCIA DE CUERPOS DE LEWY: A23- Criterios del consorcio internacional para el diagnóstico de la Demencia por Cuerpos de Lewy - DEMENCIA FRONTO- TEMPORAL: A24 - Criterios de Lund-Manchester. - DEMENCIA ASOCIADA A ENFERMEDAD DE PARKINSON: A25- Criterios de Emre para el diagnóstico de la demencia asociada a la enfermedad de Parkinson - ENFERMEDAD POR PRIONES: Criterios clínicos para la ECJ en casos de demencias rápidamente progresivas<sup>48</sup></p>	B-C
TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO	Médico Especialista Médico de Familia Enfermera de Familia Trabajador Social	<p>Intervenciones Psicosociales Generales y Específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información Básica.</li> <li>• Recomendaciones del manejo de la vida diaria, síntomas conductuales/psicológicos.</li> <li>• Adaptaciones y reorganización de la vida cotidiana.</li> <li>• Intervenciones psicoterapéuticas específicas.</li> <li>• Talleres cognitivos, de psicomotricidad y ocupacionales.</li> </ul>	B-C
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	Médico Especialista	<p>De la causa en las demencias secundarias (A20) De las disfunciones cognitivas (A21) De los Factores de Riesgo Vascular</p> <p>Síntomas Cognitivos: inhibidores de la acetil colinesterasa (IACE), antagonista no competitivo del receptor de glutamato (NMDA) (memantina)</p> <p>Transtornos Conductuales y Psicológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicosis y Agitación: Antipsicóticos y Benzodiazepinas</li> <li>• Depresión: inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS)</li> <li>• Insomnio: Trazodona, Zolpidén, Clometiazol</li> </ul>	A B B C
INFORMACIÓN DEL PROCESO CLÍNICO	Médico Especialista	Informe Médico Especialista, según Documento del Proceso	
	Médico de Familia	Informe al Médico de Familia, según Documento del Proceso	
PLAN DE SEGUIMIENTO PACIENTE	Médico Especialista Médico de Familia	Periódico durante las fases evolutivas de la enfermedad, y en los episodios de descompensación o cuando proceda (al menos 4 visitas anuales): tratamiento, información a paciente y cuidador, detección de riesgos clínicos.	
	Médico de Familia/Enfermera de Familia	Valoración Neurocognitiva (A1-2-3) Valoración Psicopatológica (A 4-5) Valoración Funcional (A 6-7)	
	Enfermera de Familia	Valoración Calidad de Vida (A 28) Revaloración periódica de los Patrones Funcionales (A12) Actualización del Plan de Cuidados (A13)	
	Trabajador Social	Información sobre los recursos sociales disponibles Información aspectos legales de interés (A19) Valorar su inclusión como caso sociosanitario	

PLAN DE SEGUIMIENTO CUIDADOR	Médico de Familia	Valoración y Seguimiento del Cuidador	
	Médico de Familia/Enfermera de Familia	Revaloración de la Sobrecarga (A14)	
	Enfermera de Familia	Valoración Calidad de Vida (A28) Revaloración por Patrones Funcionales periódicos (A17) Actualización del Plan de Cuidados (A18)	
	Trabajador Social	Revaloración del Riesgo Social Escala Gijón (A14) Indicadores de Riesgo Social (A15) Información sobre los recursos sociales disponibles. Información aspectos legales de interés (A19)	
	Médico Familia / Enfermera de Familia / Trabajador Social	Educación mediante Talleres Psicoeducativos	
ASISTENCIA A LAS SITUACIONES DECRISIS DEL PACIENTE.	Médico de Familia Enfermera de Familia	En estados psicóticos y de agitación y graves trastornos de la conducta: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valoración del estado general, psicopatológico, del contexto y de la contención familiar (<u>flujograma situaciones de crisis</u>).</li> <li>2. Interconsulta telefónica con A. Especializada.</li> <li>3. Derivación Urgencia Hospitalaria (<u>flujograma situaciones de crisis</u>).</li> </ol>	
ASISTENCIA A LAS SITUACIONES DE CRISIS DEL CUIDADOR PRINCIPAL Y/O FAMILIA	Médico de Familia Enfermera de Familia Trabajador Social	Intervención ágil y coordinada de los servicios sanitarios y sociales ante la claudicación del cuidador y/o la familia, con repercusión sobre el paciente.	
CUIDADOS PALIATIVOS AL ENFERMO CON DEMENCIA EN ESTADO TERMINAL	Médico de Familia Enfermera de Familia Médico de Especializada Enfermera de AE	Cuidados Paliativos (A29, 31, 32)	

Las Actividades donde no se referencian Grados de Recomendación se sustentan en la opinión de expertos recogida en la Guía de Atención al Paciente con Demencia en Atención Primaria de Sacyl.

### Criterios de interconsulta

#### En el proceso de diagnóstico:

- Para confirmación de Síndrome de Demencia, completar estudio y realización del Diagnóstico Etiológico o de Sospecha.
- Tratamiento

#### En el proceso de seguimiento:

- Actuaciones Programadas.
- Plan de revisiones periódicas.
- En situaciones de Crisis.
- Cuidados Paliativos.

### Referencias

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Adaptado de la GUÍA de BUENA PRÁCTICA CLÍNICA en Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. OMC-MSC. IM&C, S.A. Madrid, 2004, y del Consenso Español sobre Demencias, 2ª edición. SEPG. SANED. Barcelona, 2005.
2. Plan de Asistencia Sanitaria geriátrica en Castilla Y León 2005-2007 de la JCyL
3. Guía de atención al paciente con demencia en Atención Primaria. Sacyl. Valladolid, 2007.
4. Zunzunegui MV et al. Demencia no detectada y utilización de los servicios sanitarios: implicaciones para la Atención primaria. *Aten Primaria* 2003; 31(9):581-6
5. Lobo A, Ezquerro J, Gomez BF, Sala JM, Seva DA. El miniexamen cognoscitivo (un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos). *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1979; 7: 189-202.
6. Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De La Cámara C, Ventura T, et al. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Med Clin (Barc)*. 1999; 112: 767-74
7. Blesa R, Pujol M, Aguilar M, Santacruz P, Bertran-Serra I, Hernandez G, et al. Clinical validity of the "mini-mental state" for Spanish speaking communities. *Neuropsychologia* 2001; 39: 1150-7
8. Guía de Andalucía. Atención Continuada al Paciente con demencia. Proceso Asistencial Integrado de Demencia. Consejería de Salud de Andalucía. 2002, Sevilla.
9. USPSTF recommendation for Dementia. *Ann Intern Med*. 2003;138:925-926.
10. Luque Santiago A y cols. Actividades Preventivas en los mayores. Grupo de Actividades Preventivas en los Mayores del PAPPs. PAPPs Actualización 2009. SEMFYC
11. Howard H. Feldman MD et al. Diagnosis and treatment of dementia: 2. Diagnosis. *CMAJ* March 25, 2008; 178(7):825-836
12. Jorm, A.F., Korten, A.E. As sesment of cognitive decline in the elderly by informant interview. *British Journal Psychiatry* 1988; 152:209-213.
13. Morales González, J.M.; González Montalvo J.I., Del Ser T., Bermejo F: Etudio de validación del S-IQCODE: La versión española del Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the elderly. *Arch Neurobiol* 1992; 55: 262-266
14. Shulman KI, Clok-drawing, is it ideal cognitive screening test? *Int J GeriatrPsychiat*. 2000;15:548-61
15. Molinuevo J. y Peña-Casanova J. Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencia. Sociedad Española de Neurología. Guía Oficial para la práctica clínica en demencia: conceptos, criterios y recomendaciones. 2009. Barcelona.
16. Cacho J. Una propuesta de aplicación y puntuación del test del Reloj en la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología* 1999.28 (7)648-655.
17. Valls-Pedret C, Molinuevo JL, Rami L. Diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer: fase prodrómica y preclínica. *Rev Neurol* 2010; 51: 471-80.
18. Contador I, Fernández-Calvo B, Ramos F, Tapias-Merino E, Bermejo-Pareja F. El cribado de la demencia en atención primaria. Revisión crítica. *Rev Neurol* 2010; 51: 677-86.
19. Shelk JI & Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL, ed. *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*. New York: Haworth Press; 1986.
20. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, et al. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *Br Med J* 1988; 97: 897-899.
21. Montón C, Pérez-Echevarría MJ, Campos R, et al. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria* 1993; 12: 345-349.



22. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-86.
23. Versión original: Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: Barthel index. *Md State Med J* 1965; 14: 61-5.
24. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS número 2009/07
25. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4<sup>th</sup> ed., text revised) DSM-IV-TR. Washington, DC (US): American Psychiatric Association; 2000.
26. D. S. Knopman, S. T. et al. Practice parameter: Diagnosis of dementia (an evidence-based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. 2001;56;1143-1153 *Neurology*
27. World Health Organization. The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 1992
28. Hughes T, Ganguli M. Factores de riesgo de demencia en la vejez modificables en las etapas medias de la vida. *Rev neurol* 2010; 51:259-62
29. Díaz Sánchez M, y cols. Pérdida de memoria. En "Asistencia Neurológica de Area. Criterios generales y decisiones". Matías Guiu J Ed. SEN. Luzán 5. Madrid 2007
30. Guía de Buena Práctica Clínica en Geriátrica: DEPRESIÓN Y ANSIEDAD. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Ed. Laboratorios Wyeth.2004. Editado en la Web de la Sociedad Española de Geriátrica.
31. Petterson C, Gauthier S, Bergman H et al. The recognition, assessment and management of dementing disorders: conclusión from the canadian Consensus Conference on Dementia. Supplement to CMAJ 1999; 160 (12 supp): S1-S15.
32. Gordon, M. Manual de Diagnósticos Enfermeros. 10<sup>a</sup> Edición. Elsevier, Madrid, 2006.
33. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Calsificación. 2009-2011. Editado por T. Heather Herdman. Elsevier, España, 2010.
34. Morhead, S; Johnson M; Maas ML y Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 4<sup>a</sup> Edición. Elsevier, Madrid, 2009.
35. Bulechek, GM; Butcher HK y McCloskey, DJ. y. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 5<sup>a</sup> Edición. Elsevier, Madrid, 2009.
36. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feelings of Burden. *Gerontologist* 1980; 20: 649-54.
37. Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P, Taussig MI. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol* 1996; 6: 338-46.
38. Indicadores de Riesgo Social elaborados por el Grupo de Trabajo de ABS del Colegio Oficial de DTS y AS de Cataluña en 1995
39. García JV, Diaz E, Cabrera D, Menéndez A, Aceval V. Evaluación de la Fiabilidad y Validez de una Escala de Valoración Social en el Anciano. Atención Primaria. 1999
40. Del Ser Quijano, T; Sánchez Sánchez, F; García de Yébenes M.J.; Otero Puime, A; Zunzunegui M.V.; Muñoz D.G. "Versión española del Test de los 7 minutos. Datos normativos de una muestra poblacional de ancianos de más de 70 años". *Neurología* 2004; 19: 344-358.
41. Roth, M., E. Tym, et al. (1986). "CAMDEX. A standardised instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia." *Br J Psychiatry* 149: 698-709.
42. Peña-Casanova J, Aguilar M, Santacruz P, et al y grupo NORMACODEM. Adaptación y normalización españolas de la Alzheimer's disease assessment scale (ADAS) (NORMACODEM) (II). *Neurología*, 1997; 12: 69-77.
43. Peña-Casanova, J. Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica. Test Barcelona Revisado (2<sup>a</sup> Edición). Barcelona. Editorial Masson, 2005.
44. Overall J.E., Gorham D.R. "The Brief Psychiatric Rating Scale". *Psychol Rep* 1962;10: 799-812.
45. Herukka SK, Helisalmi S, Hallikainen M, Tervo S, Soyninen H, Pirttila T. CSF Aβ42, Tau and phosphorylated Tau , APOE ε4 allele and MCI type in progressive MCI. *Neurobiol Aging* 2007; 28:507-514.
46. Hansson O, Zetterberg H, Buchhave P, Londos E, Blennow K, Minthon L. Association between CSF biomarkers and incipient Alzheimer's disease in patients with mild cognitive impairment: a follow-up study. *Lancet Neurol* 2006; 5: 228-234
47. Martín Carrasco M (coordinador) Consenso Español sobre Demencia. 2<sup>a</sup> Edición. SEPG. Exter. Barcelona. 2005
48. McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Departement of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology* 1984; 34: 939-44.
49. Alberca R. Enfermedad de Alzheimer. En: Molinuevo JL, Peña-Casanova J, editores. Guía Oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones 2009. Barcelona: Prous Science, SAU. Thomson Reuters. Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología nº 8; 2009. p. 243-77.
50. Roman GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T, Cummings JL, Masdeu JC, Garcia JH, et al. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop. *Neurology* 1993, 43: 250-60.

51. Martínez-Lage P, Frank A, Valentí Soler M. Demencia vascular. En: Molinuevo JL, Peña-Casanova J, editores. Guía Oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones 2009. Barcelona: Prous Science, SAU. Thomson Reuters. Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología nº 8; 2009. p. 243-77.
52. McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, Emre M, O'Brien JT, Feldman H, et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. *Neurology* 2005; 65: 1863-72.
53. Neary D, Snowden JS, Gustafson L, Passant U, Stuss D, Black S, et al. Frontotemporal lobar degeneration: a consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology* 1998; 51: 1546-54.
54. Dobato Ayuso JL, Ponce MA. Degeneración corticobasal. En: Molinuevo JL, Peña-Casanova J, editores. Guía Oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones 2009. Barcelona: Prous Science, SAU. Thomson Reuters. Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología nº 8; 2009. p. 133-42.
55. Emre M, Aarsland D, Brown R, Burn DJ, Duyckaerts C, Mizuno Y, et al. Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson's disease. *Mov Disord* 2007; 22: 1689-707.
56. Gonzalez Gutierrez JL, Manzano Palomo MS, García-Ramos García R. Enfermedad de Parkinson: demencia y trastornos cognitivos conductuales asociados. En: Molinuevo JL, Peña-Casanova J, editores. Guía Oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones 2009. Barcelona: Prous Science, SAU. Thomson Reuters. Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología nº 8; 2009. p. 101-15.
57. Zerr I.; Kallenberg K.; Summers D.M.; Romero C.; Taratuto A. et al. "Updated clinical diagnostic criteria for sporadic Creutzfeldt-Jakob disease". *Brain* 2009; 132: 2659-2668
58. Matías-Guiu J. Guía Asistencia neurológica de área. Criterios generales y decisiones. Luzán 5, S.A 2007.
59. Mittelman MS, Haley WE, Clay OJ, Roth DL. Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *Neurology* 2006; 67: 1592-9.
60. Rodríguez Cubas JL. Grupo Español Multidisciplinar para la Atención Coordinada al Paciente con Demencia. Atención coordinada al paciente con demencia. Diagnóstico precoz: el papel del cribado sistemático. Otras alternativas. 2000 Ediciones Doyma, S.L.
61. SACYLITE nº 1 2006. En <http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm/profesionales/>
62. Tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer. En Atención coordinada al paciente con demencia. Grupo Español Multidisciplinar para la Atención Coordinada al Paciente con Demencia. . Otras alternativas. 2000 Ediciones Doyma, S.L.
63. Dementia. The Nice-Scie Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care. National Clinical Practice Guideline Number 42. National Collaborating Centre for Mental Health. British Psychological Society and Gaskell Dementia. A NICE-SCIE Guideline. In <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live>
64. Rivilla L. Diagnóstico y tratamiento de la agitación en ancianos con demencia. Servicio de Salud de Castilla la Mancha. SESCOAM: Disponible en <http://sescam.jccm.es/web/farmacia/home.jsp>
65. Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias. En <http://www.guideline.gov/content>. 2008.
66. De la Serna I. Psicofarmacología en Geriatria. Barcelona. 2006. Arts Médica.
67. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 1994; 44: 2308-14.
68. Vilalta-Franch J, Lozano-Gallego M, Hernández-Ferrándiz M, Llinàs-Reglà J, López-Pousa S, López OL. Neuropsychiatric Inventory. Propiedades psicométricas de su adaptación al español. *Neurol*, 1999; 29(1): 15-9.
69. Logsdon RG, Gibbons L E, McCurry S M and TERI L. Assessing Quality of Life in Older Adults With Cognitive Impairment. *American Psychosomatic Society*. 2002; 64:510-519
70. Hoe J, Katona C, Roch B, Livingston G. Use of the QOL-AD for measuring quality of life in people with severe dementia—the LASER-AD study. *Age and Ageing* 2005. Vol. 34 No. 2: 130-135
71. Rosas-Carrasco O, Torres-Arreola L P, Guerra-Silla M G, Torres-Castro S, Gutiérrez-Robledo L M. Validación de la escala Quality of Life in Alzheimer's Disease (QOL-AD) en pacientes mexicanos con demencia tipo Alzheimer, vascular y mixta. *Rev Neurol* 2010; 51: 72-80.
72. Alzheimer's association. Special Report: Caregiving. *Alzheimer's Disease Facts and Figures* 2007.
73. Crespo M y cols. ¿El cuidador descuidado? *Jano*, LXV (2003); 1485: 54-5
74. Izal Fernández de Trocóniz M y cols. Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Volumen 1. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid 2002.
75. Intervención con familias y cuidadores. *Demencias en Geriatria*. Sociedad española de Geriatria y Gerontología 2008
76. Martín Correa E. Comorbilidad y demencia. Problemas médicos del paciente con demencia. Cuidados paliativos del paciente con demencia. En: *El anciano con demencia*. SEMEG 2007.
77. Rodríguez Ponce C. Guía para la planificación de la atención sociosanitaria del enfermo de Alzheimer y su familia. CEAFA (Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias) 2003

### Organización

#### Responsables/Coordinadores del proceso

Médico de Familia

#### Participantes en el proceso

##### Atención Primaria:

- Médico de Familia
- Enfermera de Familia
- Trabajador Social
- Auxiliares Enfermería
- Personal Administrativo
- Profesionales de Atención Continuada

##### Emergencias 112:

Equipo de la Unidad 112

##### Atención Especializada:

- Psiquiatra
- Neurólogo
- Geriatra
- Enfermera AE
- Auxiliares de Enfermería
- Personal Administrativo
- Profesionales del Servicio de Urgencias Hospitalaria

#### Adecuaciones organizativas

Para la implantación de este proceso asistencial no es necesario realizar adecuaciones organizativas.

La principal área de mejora detectada en este proceso asistencial es la implementación de unidades específicas con neuropsicólogos y terapeutas ocupacionales

#### Procesos de soporte relacionados

Unidades Administrativas del EAP

Unidades Administrativas de AE

Pruebas Complementarias de Radiología

Pruebas Complementarias de Laboratorio

Servicios de Hospitalización

Unidad de Cuidados Paliativos

Servicios de Urgencias de AP, Hospitalarias y Emergencias 112

Servicio de Transporte Sanitario

Servicio de Suministros de AP y AE

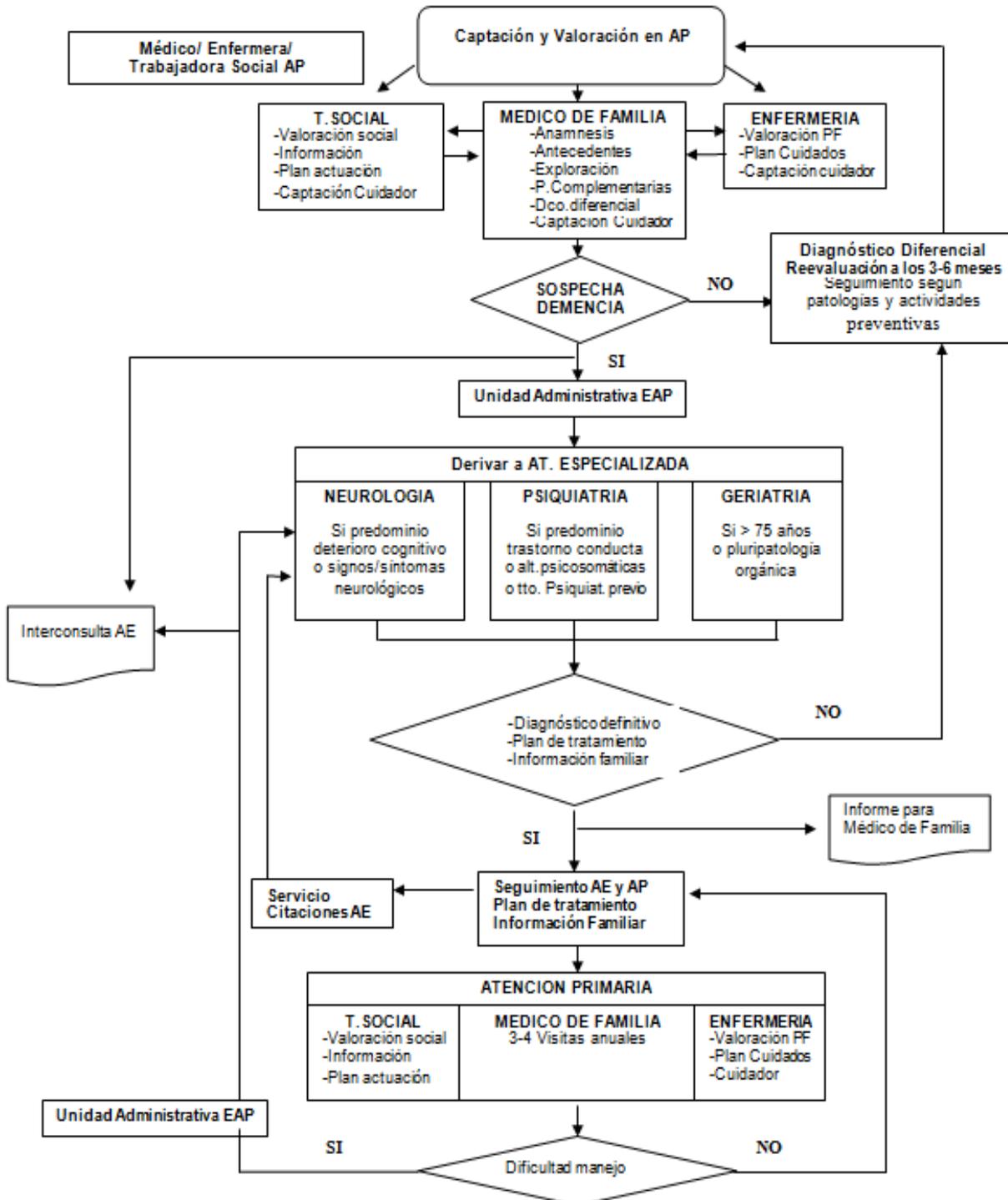


<b>Evaluación</b>	
<b>Indicadores de Cobertura</b>	
Indicador 1	Prevalencia de Demencia
Fórmulas	$\frac{\text{Número de pacientes registrados en HCE con diagnóstico de Demencia } \geq 65 \text{ años}}{\text{Número de TIS } \geq 65 \text{ años}} \times 100.$
	$\frac{\text{Número de pacientes registrados en HCE con diagnóstico de Demencia } < 65 \text{ años}}{\text{Número de TIS } < 65 \text{ años}} \times 100.$
Fuente de información	MEDORA
Estándar de calidad de referencia	≥3,5% en ≥ 65 años. En < 65 años, no hay estándar.
<b>Indicadores de las Fases de Captación, Valoración y Seguimiento del Paciente.</b>	
Indicador 2	Porcentaje de pacientes con Demencia a los que se les ha realizado una prueba neurocognitiva breve
Fórmula	$\frac{\text{Pacientes con Demencia y prueba neurocognitiva breve en el último año}}{\text{Total de pacientes registrados en HCE con Diagnóstico de Demencia}} \times 100$
Fuente de información	MEDORA
Estándar de calidad de referencia	≥90%
Indicador 3	Porcentaje de pacientes diagnosticados de Demencia con Valoración del Riesgo Social.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes con demencia y Valoración de Riesgo Social el último año}}{\text{Nº de pacientes diagnosticados de Demencia}} \times 100$
Fuente de información	MEDORA
Estándar de calidad de referencia	≥70% de pacientes diagnosticados de Demencia
<b>Indicadores de las Fases de Captación, Valoración y Seguimiento del Cuidador</b>	
Indicador 4	Porcentaje de pacientes con demencia no institucionalizados que tienen cuidador identificado
Fórmula	$\frac{\text{Número de Cuidadores Principales captados de pacientes con Demencia}}{\text{Número total de pacientes diagnosticados de Demencia}} \times 100$
Fuente de información	MEDORA
Estándar de calidad de referencia	≥90%
<b>Indicadores de Derivación del Paciente</b>	
Indicador 5	Porcentaje de interconsultas por demencia con A Especializada
Fórmula	$\frac{\text{Nº de Partes de Interconsulta por demencia derivados a Especializada}}{\text{Total de pacientes con proceso abierto por demencia}} \times 100.$
Fuente de información	MEDORA
Estándar de calidad de referencia	≥80% de los pacientes con proceso abierto de demencia, se derivan a AE, en el periodo de un año.

**Diagramas de flujo**

**I. Del Proceso Clínico y el Seguimiento**

ENTRADA: Consulta Atención Primaria

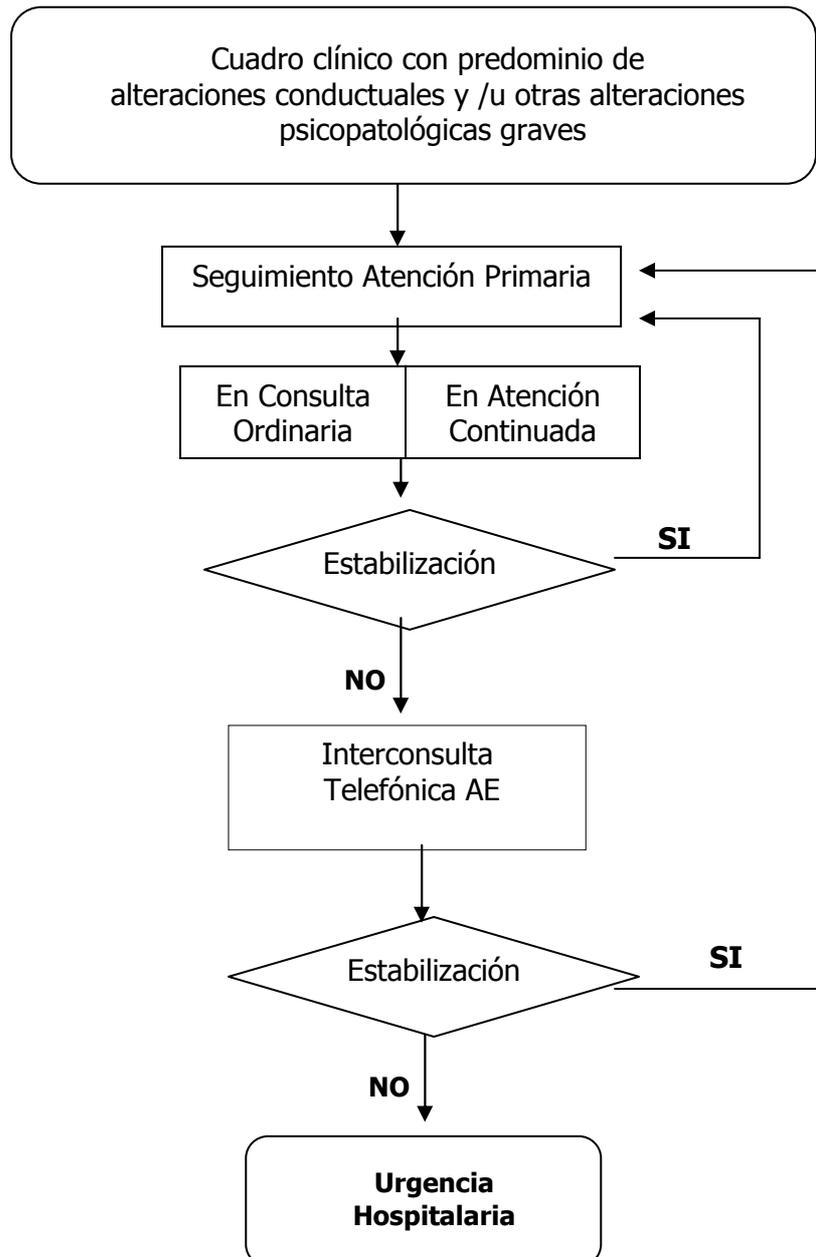


**Diagramas de flujo (continuación)**

**II.- En las Descompensaciones y Crisis –1- Asistencia en Atención Primaria**

**ENTRADA: Atención Primaria**

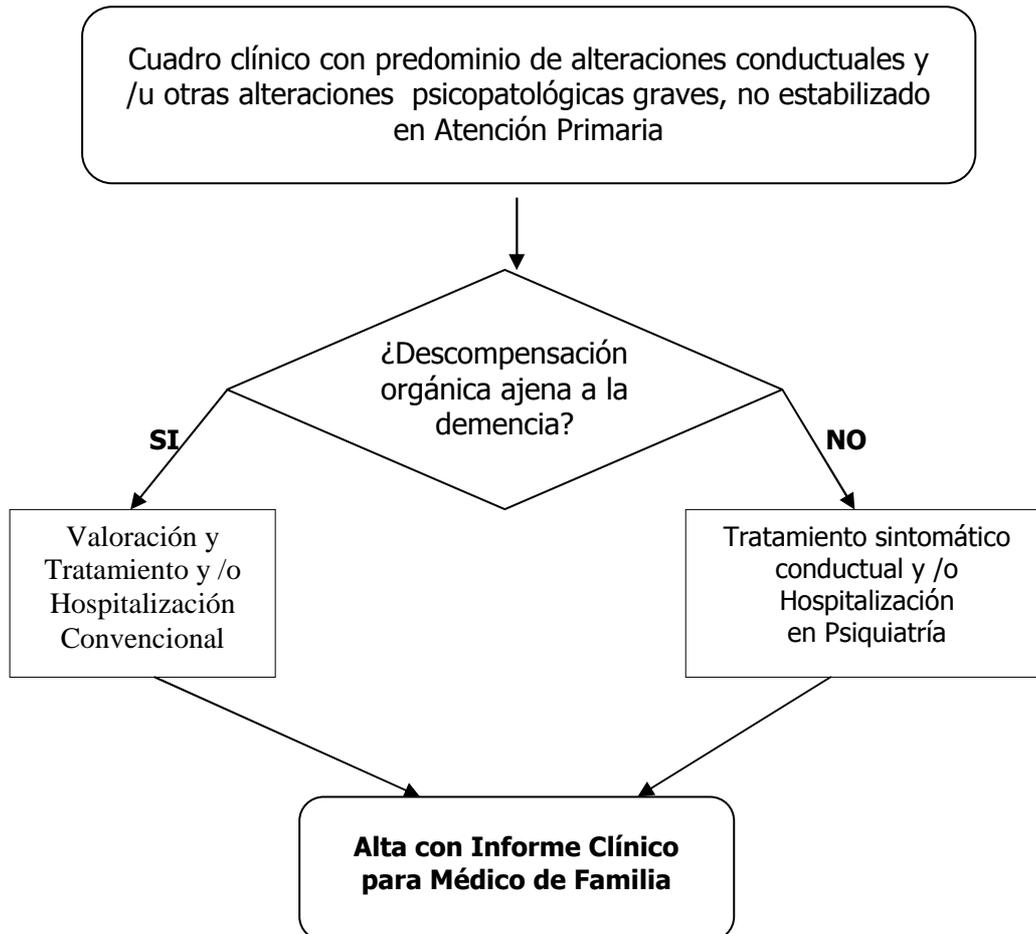
**Médico/ Enfermera en AP**



**Diagramas de flujo (continuación)**

**II.- En las Descompensaciones y Crisis –2- Asistencia en Atención Especializada**

**ENTRADA: Servicio de Urgencia Hospitalaria**



## ANEXOS

### ANEXO 1

**MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO (ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE LOBO A, ET AL., 1979<sup>6</sup>, DEL MMSE DE FOLSTEIN MP, ET AL., 1975. REVALIDADO Y NORMALIZADO POR LOBO A, ET AL., 2001<sup>7</sup>)**

#### 1. Orientación

- ¿En qué año estamos? 1
- ¿En qué estación del año estamos? 1
- ¿En qué día de la semana estamos? 1
- ¿Qué día (número) es hoy? 1
- ¿En qué mes estamos? 1
- ¿En qué provincia estamos? 1
- ¿En qué país estamos? 1
- ¿En qué pueblo o ciudad estamos? 1
- ¿En qué lugar estamos en este momento? 1
- ¿Se trata de un piso o una planta baja? 1

#### 2. Fijación

Repita estas tres palabras: "peseta, caballo, manzana". Un punto por cada respuesta correcta. Una vez puntuado, si nos lo ha dicho bien, se le repetirán con un límite de seis intentos hasta que los aprenda. "Acuérdese de ellas porque se las preguntaré dentro de un rato". 3

#### 3. Concentración y cálculo

Si tiene 30 pesetas y me da 3 ¿cuántas le quedan? ¿y si me da 3?. Hasta 5 restas. Un punto por cada resta correcta. 5

#### 4. Memoria

- ¿Recuerda los 3 objetos que le he dicho antes? 3

#### 5. Nominación

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto? 1
- Mostrar un reloj. ¿Qué es esto? 1

#### 6. Repetición

- Repita esta frase: "En un trigal había cinco perros" (un punto si es correcta). 1

#### 7. Comprensión

- Ahora haga lo que le diga: "Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa" (1 punto por cada acción correcta) 3

#### 8. Lectura

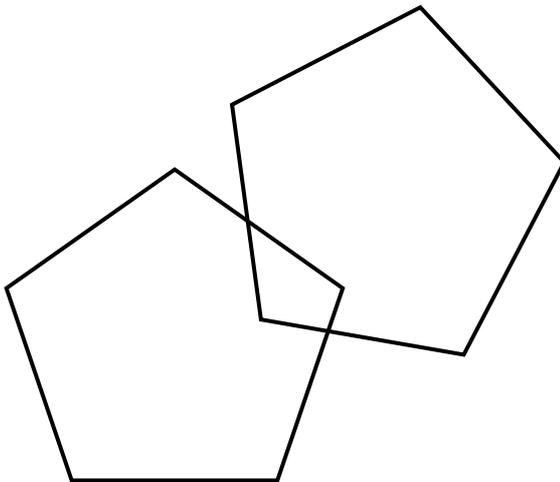
- Haga lo que aquí le escribo (en un papel y con mayúsculas escribimos: "CIERRE LOS OJOS"). 1

#### 9. Escritura

- Por favor, escriba una frase...algo que tenga sentido, en este papel (le da un papel y se le dice que no será correcto si escribe su nombre, se requiere una frase con sujeto, verbo y complemento) 1

#### 10. Dibujo

- Copie este dibujo, anotando un punto si cada pentágono tiene cinco lados y cinco ángulos y están entrelazados con dos puntos de contacto 1



La puntuación máxima es de 30 puntos:

- Sugiere deterioro cognitivo en >65 años: <24 puntos (24-29= borderline).
- Sugiere deterioro cognitivo en 65 años: <28 puntos.



## ANEXO 2

### TEST DEL INFORMADOR (IQCODE), VERSIÓN BREVE O CORTA (JORM AF, ET 1988, VERSIÓN ADAPTADA Y VALIDAD AL CASTELLANO POR MORALES JM, ET 1995)

Recuerde, por favor, cómo era su familiar hace 5 ó 10 años y compare cómo es él en este momento. Conteste si ha habido algún cambio a lo largo de este tiempo en la capacidad de su familiar para cada uno de los aspectos que le preguntamos. Puntúe con los siguientes criterios:

1. Ha mejorado mucho.
2. Ha mejorado un poco.
3. Casi sin cambios.
4. Ha empeorado un poco
5. Ha empeorado mucho

#### Preguntas

#### Puntos

Para recordar los nombres de personas más íntimas (parientes, amigos).

Recordar cosas que han sucedido recientemente, durante los 2 ó 3 últimos meses (noticias, cosas suyas o de sus familiares).

Recordar de qué se habló en una conversación los días antes.

Olvidar que se ha dicho unos minutos antes, pararse en mitad de una frase y no saber que iba a decir, repetir lo que ha dicho un rato antes.

Recordar la fecha en que vive.

Conocer el lugar exacto de los armarios de su casa y dónde se guardan las cosas

Saber dónde va una cosa que se ha encontrado descolocada

Aprender a utilizar un aparato nuevo (lavadora, tocadiscos, radio, etc.)

Recordar las cosas que le han sucedido recientemente

Aprender cosas nuevas (en general)

Comprender el significado de palabras poco usuales (del periódico, TV, conversación)

Entender artículos de los periódicos o revistas en las que está interesado.

Seguir una historia en un libro, la prensa, el cine, la radio o la TV.

Tomar decisiones tanto en cuestiones cotidianas (qué ropa ponerse, qué comida preparar), como en asuntos de más trascendencia (dónde ir de vacaciones o invertir el dinero)

Control de los asuntos financieros (cobrar la pensión, pagar los impuestos, ir al banco)

Control de otros problemas de cálculo cotidianos (tiempo entre visitas de familiares, distancias entre lugares y cuanta comida comprar y preparar especialmente si hay invitados).

¿Cree que su inteligencia (en general) ha cambiado durante los últimos 10 años?

**Total**

**A partir de 57 puntos indica probable deterioro cognitivo. (se aconseja revisar si existen preguntas sin contestar y la coherencia de las respuestas al recibir el test)**



### ANEXO 3

#### TEST DEL RELOJ. DIBUJO A LA ORDEN, CACHO ET AL, 1999

Me gustaría que dibujara un reloj redondo y grande en esta hoja, colocando en él todos los números. Las manecillas deben marcar las once y diez. En caso de que acometa algún error, aquí tiene una goma de borrar para que pueda rectificarlo. Esta prueba no tiene tiempo límite, por lo que le pedimos que la haga con tranquilidad, prestándole toda la atención que le sea posible.

##### 1. Esfera del reloj (máximo 2 puntos)

- 2 puntos: dibujo normal. Esfera circular u ovalada, con pequeñas distorsiones por temblor.
- 1 punto: incompleto o con alguna distorsión significativa. Esfera muy asimétrica.
- 0 puntos: ausencia o dibujo totalmente distorsionado.

##### 2. Presencia y secuencia de los números (máximo 4 puntos)

- 4 puntos: todos los números presentes y en el orden correcto. Solo "pequeños errores" en la localización espacial en menos de 4 números (por ejemplo, colarse el número 8 en el espacio del número 9).
- 3,5 puntos: Cuando los "pequeños errores" en la localización espacial se dan en 4 o más números.
- 3 puntos: todos presentes con error significativo en la localización (por ejemplo, colocar el nº 3 en el espacio del nº 6). Números con algún desorden de secuencia (menos de 4 números).
- 2 puntos: omisión o adición de algún número, pero sin grandes distorsiones en los números restantes. Números con algún desorden de secuencia (4 ó más números). Los 12 números colocados en sentido antihorario (rotación inversa). Todos los números presentes, pero con gran distorsión espacial (números fuera del reloj o dibujados en media esfera, etc. (presencia de los 12 números en una línea vertical, horizontal u oblicua (alineación numérica).
- 1 punto: ausencia o exceso de números con gran distorsión espacial. Alineación numérica con falta o exceso de números.
- Rotación inversa con falta o exceso de números.
- 0 puntos: ausencia o escasa representación de números (menos de 6 números dibujados).

##### 3. Presencia y localización de las manecillas (máxima 4 puntos)

- 4 puntos: las manecillas están en posición correcta y con las proporciones adecuadas de tamaño (la de la hora más corta).
- 3,5 puntos: las manecillas en posición correcta, pero ambas de igual tamaño.
- 3 puntos: pequeños errores en la localización de las manecillas (situar una de las agujas en el espacio destinado al número anterior o posterior) Aguja de los minutos más corta que la de la hora, con pauta horario correcta.
- 2 puntos: gran distorsión en la localización de las manecillas (incluso si marcan las 11 y 10, cuando los números presentan errores significativos en la localización espacial). Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan la hora correcta.
- 1 punto: Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan la hora incorrecta. Presencia de una sola manecilla o un esbozo de las dos.
- 0 puntos: ausencia de manecillas o perseveración en el dibujo de las mismas. Efecto en forma de "rueda de carro".



## ANEXO 4

ESCALA de YESAVAGE abreviada	
Pregunta a realizar	Respuesta
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	SI
¿Siente que su vida está vacía?	SI
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
¿Se encuentra alegre y optimista, con buen animo casi todo el tiempo?	NO
¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	SI
¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	NO
¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	SI
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
¿Le da la impresión de que tiene más fallos de memoria que los demás?	SI
¿Cree que es agradable estar vivo?	NO
¿Se la hace duro empezar nuevos proyectos?	SI
¿Se siente lleno de energía?	NO
¿Siente que su situación es angustiosa, desesperada?	SI
¿Cree que la mayoría de la gente vive económicamente mejor que usted?	SI

**Puntuación:**  
Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha, y la suma total se valora como sigue:  
0-5: **Normal.**  
6-9: **Depresión leve**  
>10: **Depresión establecida**

## ANEXO 5

ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE GOLDBERG. Escala E.A.D.g. (GOLDBERG Y COIS. 1998, v. española GZEWIPP 1993).
<p><b>SUBESCALA DE ANSIEDAD</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?</li> <li>2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?</li> <li>3. ¿Se ha sentido muy irritable?</li> <li>4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)</li> <li>5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?</li> <li>6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?</li> <li>7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)</li> <li>8. ¿Ha estado preocupado por su salud?</li> <li>9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?</li> </ol> <p><b>TOTAL ANSIEDAD: &gt; 4</b></p> <p><b>SUBESCALA DE DEPRESIÓN</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Se ha sentido con poca energía?</li> <li>2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?</li> <li>3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?</li> <li>4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?</li> </ol> <p><b>(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?</li> <li>6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)</li> <li>7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?</li> <li>8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?</li> <li>9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?</li> </ol> <p><b>TOTAL DEPRESIÓN: &gt; 3</b></p> <p><b>La subescala de ansiedad, detecta el 73% de los casos de ansiedad y la de depresión el 82% con los puntos de corte que se indican.</b></p>



## ANEXO 6

### ESCALA DE LAWTON Y BRODY (LAWTON MP& BRODY EM, 1969. VERSIÓN EN ESPAÑOL DE ALARCÓN T, ET AL., 1993). ACTIVIDADES INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA

#### A. Capacidad para usar el teléfono

- Utiliza el teléfono por iniciativa propia, encuentra el número y lo marca. 1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares. 1
- Es capaz de contestar el teléfono, pero no de hacer llamadas. 1
- Es incapaz de utilizar el teléfono. 0

#### B. Compras

- Realiza todas las compras necesarias independientemente. 1
- Realiza independientemente pequeñas compras. 0
- Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra. 0
- Totalmente incapaz de comprar. 0

#### C. Preparación de la comida

- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente. 1
- Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes. 0
- Sólo puede calentar y servir comidas preparadas, o es capaz de preparar comidas, pero no sigue normas dietéticas adecuadas. 0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas. 0

#### D. Cuidado de la casa

- Mantiene la casa sola o con ayuda ocasional (por ejemplo, para trabajos pesados). 1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas. 1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza. 1
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa. 1
- No participa en ninguna labor de la casa. 0

#### E. Lavado de la ropa

- Lava por sí solo toda su ropa. 1
- Lava por sí solo pequeñas prendas. 1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona. 0

#### F. Uso de medios de transporte

- Es capaz de viajar solo en transporte público, o conduce su propio coche. 1
- Es capaz de coger un taxi, pero no de usar otro medio de transporte. 1
- Sólo viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona. 1
- Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros. 0
- No viaja. 0

#### G. Responsabilidad respecto a su medicación

- Cumple él mismo la tarea de tomar su medicación a la hora y dosis correcta. 1
- Toma su medicación si le preparan la dosis previamente. 0
- No es capaz de administrarse su medicación. 0

#### H. Manejo de sus asuntos económicos

- Resuelve sus asuntos económicos por sí solo (planificar los gastos, ir al banco, pagar cuentas o deudas, extender cheques, etc.), cobra y lleva el control de sus ingresos. 1
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, operaciones bancarias... 1
- Es incapaz de manejar dinero. 0

#### VALORACION:

C, D Y E sólo se aplican a las mujeres.

- ✓ Máxima dependencia: 0 puntos.
- ✓ Independencia total:
  - 8 puntos en mujeres.
  - 5 puntos en hombres.



## ANEXO 7

### VALORACIÓN FUNCIONAL ÍNDICE DE BARTHEL: ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA.

#### BAÑO

- 5. INDEPENDIENTE. Se lava completo en ducha o baño. Entra y sale del baño sin una persona presente.
- 0. DEPENDIENTE

#### VESTIDO

- 10. INDEPENDIENTE. Se viste, se desnuda y se ajusta la ropa. Se ata los zapatos.
- 5. AYUDA. Necesita ayuda, pero al menos, la mitad de las tareas las realiza en un tiempo razonable.
- 0. DEPENDIENTE

#### ASEO PERSONAL

- 5. INDEPENDIENTE. Se lava la cara, manos y dientes. Se afeita.
- 0. DEPENDIENTE

#### USO DEL RETRETE

- 10. INDEPENDIENTE. Usa el retrete o cuña. Se sienta, se levanta, se limpia y se pone la ropa solo.
- 5. AYUDA. Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse o ponerse y quitarse la ropa.
- 0. DEPENDIENTE

#### USO DE ESCALERAS

- 10. INDEPENDIENTE. Sube o baja escaleras sin supervisión, aunque use barandilla o bastones
- 5. AYUDA. Necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras
- 0. DEPENDIENTE

#### TRASLADO SILLÓN-CAMA

- 15. INDEPENDIENTE. No necesita ayuda. Si usa silla de ruedas, lo hace independientemente.
- 10. MÍNIMA AYUDA. Necesita una mínima ayuda o supervisión.
- 5. GRAN AYUDA. Es capaz de sentarse, pero necesita mucha asistencia para el traslado.
- 0. DEPENDIENTE

#### DEAMBULACIÓN

- 15. INDEPENDIENTE Camina al menos 50 metros solo o con ayuda de bastón o andador.
- 10. AYUDA. Puede caminar al menos 50 metros, pero necesita ayuda o supervisión.
- 5. INDEPENDIENTE EN

#### SILLA DE RUEDAS

- Propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros.
- 0. DEPENDIENTE

#### MICCIÓN (Se evalúa la semana anterior)

- 10. CONTINENTE. No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, se cuida solo.
- 5. INCONTINENTE OCASIONAL. Episodios ocasionales con una frecuencia < 1 vez.
- 0. INCONTINENTE. Episodios de incontinencia con frecuencia  $\geq$  1 vez día.

#### DEPOSICIÓN (Se evalúa en el mes anterior)

- 10. CONTINENTE. No presenta episodios de incontinencia. Si usa enemas o supositorios, se arregla solo.
- 5. INCONTINENTE OCASIONAL. Episodios ocasionales 1/semana. Necesita ayuda para usar enemas o supositorios.
- 0. INCONTINENTE

#### ALIMENTACIÓN

- 10. INDEPENDIENTE. Capaz de usar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable.
- 5. AYUDA. Necesita ayuda para cortar, extender la mantequilla.
- 0. DEPENDIENTE

#### PUNTUACIÓN TOTAL:

#### La incapacidad funcional se valora como:

- Severa < 45 puntos
- Grave 45-59 puntos



## ANEXO 8

<b>DIAGNOSTICO DIFERENCIAL. DEPRESION/DEMENCIA</b>		
	<b>Depresión</b>	<b>Demencia</b>
<b>Historia y curso evolutivo</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inicio bien definido</li> <li>2. Evolución rápida y corta (semanas).</li> <li>3. Antecedentes previos de depresión y acontecimientos adversos.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inicio insidioso</li> <li>2. Evolución lenta y larga (años)</li> <li>3. No antecedentes previos.</li> </ol>
<b>Cuadro clínico</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Quejas detalladas y elaboradas de deterioro cognitivo.</li> <li>5. Poco esfuerzo en responder.</li> <li>6. Síntomas afectivos presentes.</li> <li>7. Incongruencia entre el comportamiento y el déficit cognitivo.</li> <li>8. Mejoría vespertina.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Quejas escasas. No conciencia de enfermedad.</li> <li>5. Se esfuerza para responder.</li> <li>6. Afecto plano, apatía.</li> <li>7. Congruencia entre el comportamiento y el déficit cognitivo.</li> <li>8. Empeoramiento vespertino y nocturno.</li> </ol>
<b>Exploración</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Respuestas displicentes antes de iniciar la prueba (por ejemplo, "no sé").</li> <li>10. Patrón de déficit incongruente. Lagunas de memoria específicas, por ejemplo puntos sensibles.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Respuestas intentando disimular el déficit.</li> <li>10. Patrón de déficit congruente.</li> <li>11. No hay lagunas específicas.</li> </ol>

Fuente: Guía de buena práctica clínica en Geriatría: DEPRESIÓN Y ANSIEDAD.- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

## ANEXO 9

<b>Criterios DSM-IV-TR para el Diagnóstico de la Demencia (traducido de APA, 2000<sup>24, 25</sup>)</b>
<p>A. Presencia de múltiples déficits cognitivos, manifestados por:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) alteración de la memoria (alteración de la capacidad de aprender nueva información o de recordar información previamente aprendida) y</li> <li>(2) una (o más) de las siguientes alteraciones cognitivas: <ol style="list-style-type: none"> <li>(a) Afasia (alteración del lenguaje)</li> <li>(b) Apraxia (capacidad alterada de llevar a cabo actividades motoras a pesar de una función motora intacta).</li> <li>(c) Agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos a pesar de una función sensorial intacta).</li> <li>(d) Deficiencia en las funciones ejecutivas (p. ej.: Planificación, organización, secuenciación, abstracción).</li> </ol> </li> </ol> <p>B. Los déficits cognitivos de los criterios (1) y (2) causan una alteración significativa en la función social y ocupacional y representan un deterioro significativo respecto al nivel previo.</p>

## ANEXO 10

<b>Criterios CIE-10 para el Diagnóstico de la Demencia, adaptado y resumido de la OMS, 1992<sup>24, 27</sup></b>
G1. Presencia de los dos siguientes:



(1) Deterioro de la memoria.

(2) Deterioro en otras capacidades cognitivas respecto al nivel de la función previo: razonamiento, planificación, organización y procesamiento general de la información.

G2. Nivel de conciencia del entorno preservada durante suficiente tiempo como para demostrar claramente G1. Si existen episodios superimpuestos de delirium, debe diferirse el diagnóstico de demencia.

G3. Deterioro en el control emocional o la motivación, o cambio en el comportamiento social, manifestado al menos por uno de los siguientes hallazgos:

(1) labilidad emocional

(2) irritabilidad

(3) apatía

(4) vulgarización del comportamiento social

G3. Para un diagnóstico más seguro, G1 debe haber estado presente al menos durante 6 meses.

## ANEXO 11

### **CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DEMENCIA DEL GRUPO DE ESTUDIO DE NEUROLOGIA DE LA CONDUCTA Y DEMENCIAS (GENCD) DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGIA (SEN)** Molinuevo(15)

1. Alteración adquirida y persistente en al menos dos de las siguientes esferas.

- Atención/concentración.
- Memoria.
- Lenguaje.
- Función Visuoespacial.
- Función ejecutiva
- Conducta (no explicable por déficit cognitivo).

1. Con una intensidad suficiente como para interferir con las actividades habituales del sujeto.

2. En ausencia d alteración del nivel de conciencia

Se aconseja:

- Verificar la pérdida de capacidades cognitivas y funcionales mediante un informador fiable.
- Sustentar el diagnóstico en una evaluación neuropsicológica formal preferiblemente longitudinal, realizada mediante test validados estandarizados para la edad y el nivel educativo.

## ANEXO 12

### VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE GORDON (PACIENTE)

#### Patrón 6: cognitivo-perceptual

##### Objetivo:

- Describir la adecuación del lenguaje, habilidades cognitivas y percepción relativas a las actividades necesarias o deseadas.
- Identificar datos sobre las descripciones subjetivas, los problemas percibidos por el paciente ó cuidador.
- Identificar las compensaciones para el déficit y la efectividad de los esfuerzos compensatorios.
- Identificar la capacidad de autocuidados, ya que las alteraciones de este patrón van a presentar en el paciente y en el cuidador principales dificultades en la aptitud para su realización.

##### Examen-observación:

- Observar capacidades cognitivas y sensoriales, capacidad del lenguaje, memoria, resolución de problemas y toma de decisiones en relación con el entorno.
- Evaluar la percepción de los problemas por parte del paciente, las razones de ellos, las acciones llevadas a cabo y la eficacia percibida de los resultados del entorno.
- Valorar la existencia de comportamientos compensatorios que puedan estar enmascarando disfunciones básicas debidas al razonamiento alterado, el déficit de la memoria y el déficit de conocimientos relacionados con la práctica de la salud.

##### Preguntas de apoyo para la valoración:

- ¿ha notado últimamente cambios en la memoria?
- ¿le resulta fácil o difícil tomar decisiones?
- ¿tiene dificultad para aprender cosas nuevas?
- ¿hay deterioro de los procesos o pensamiento (confusión general, nocturna, alucinaciones)?

##### Plantearse para la valoración la ayuda de MEC, test informador, test del reloj.

#### Patrón 7: Auto percepción. autoconcepto

##### Objetivo:

- Identificar los cambios, las pérdidas y las amenazas, factores comunes que pueden influir de forma negativa en el autoconcepto. Las autoevaluaciones negativas producen malestar personal y pueden influir en los otros.
- Obtener la confianza del paciente, estableciendo un ambiente de empatía y no de enjuiciamiento.

##### Examen-observación

- Prestar atención a la verbalización de sentimientos subjetivos del paciente.
- Observar la postura corporal y el movimiento, el contacto ocular y los patrones de voz y conversación.
- No pasar por alto los datos de identidad confusa, baja autoestima, sentimientos de impotencia, miedo.

##### Preguntas de apoyo para la valoración:

- ¿cómo se describiría a sí mismo?. La mayor parte del tiempo ¿se siente a gusto ( ó no) consigo mismo?.
- ¿ha notado cambios en su cuerpo o en las cosas que puede hacer? ¿ estos cambios representan un problema para usted?.
- ¿han cambiado sus sentimientos hacia usted mismo o su cuerpo?
- ¿nota que frecuentemente se siente enfadado? ¿preocupado? ¿temeroso? ¿ansioso? ¿deprimido?
- ¿se siente a veces desesperado? ¿incapaz de controlar su propia vida?
- ¿expresa temor o ansiedad (informe verbal del paciente y la familia)?
- ¿se siente impotente? (información de sentimientos de control o falta de control)
- ¿tiene trastornos de la autoestima o la sensación de valía personal (expresiones de culpa, percepción de capacidad para afrontar la crisis)?



### **Patrón 8: Rol-relaciones**

#### **Objetivo:**

- Obtener datos sobre el paciente de los roles familiares y sociales.
- Identificar la percepción del paciente (satisfacción o insatisfacción) derivadas de sus relaciones o de la falta de ellas.
- Deben considerarse los riesgos, o los problemas percibidos por el paciente, si existen, las causas, las acciones llevadas a cabo y los efectos de esas acciones.

#### **Examen-observación:**

- Conocer los sistemas de apoyo al individuos ante determinadas situaciones ( hermanos, hijos, amigos...)
- Escuchar atentamente , repreguntar y valorar las percepciones del individuo, en cuanto a Roles/ relaciones familiares, sociales y laborales.
- Si el paciente muestra que percibe problemas, escuchar y valorar razones y las acciones que se han llevado a cabo para remediarlo, si no se ha afrontado el problema, identificar los motivos.
- Explorar las pérdidas, los cambios o las situaciones de temor, prestando atención a la comunicación no verbal.
- Observar hechos que confirmen la falta de apoyo (familiar / social) e identificar las dificultades (culturales) de la familia para pedir ayuda y apoyo.

#### **Preguntas de apoyo para la valoración:**

- ¿vive solo? ¿con la familia? ¿cuál es su estructura familiar? (trace un diagrama)
- ¿hay algún problema familiar que le resulte difícil de manejar?
- ¿Cómo maneja habitualmente los conflictos su familia? ¿la familia depende de usted para algo? ¿Cómo se las arregla usted?
- ¿Pertenece a algún grupo social? ¿Tiene amigos íntimos? ¿Se siente solo?.
- ¿Normalmente las cosas le van bien en el trabajo?.
- ¿Son suficientes sus ingresos para satisfacer sus necesidades?
- ¿siente que forma parte (o está aislado) del vecindario donde vive?

### **Patrón 4: Actividad- ejercicio.**

#### **Objetivo:**

- Valorar la actividad física y ejercicio.
- Evaluar la limitación de la capacidad funcional e instrumental de las actividades de la vida diaria. La valoración permitirá identificar niveles de dependencia.
- Obtener las descripciones subjetivas de estos componentes, los problemas percibidos por el paciente y las acciones llevadas a cabo para resolver los problemas, así como los efectos percibidos por las acciones.

#### **Examen-observación:**

- Observación de la marcha, la postura, el tono muscular y los dispositivos de ayuda empleados.
- Valoración del grado de movilidad.
- Observar las limitaciones para el autocuidado y el mantenimiento del hogar relacionado con los déficit de movilidad.
- Valorar la capacidad funcional de la actividad diaria.

#### **Preguntas de apoyo para la valoración:**

- ¿Tiene suficiente energía para las actividades requeridas o deseadas?.
- ¿Tiene actividades de ocio?



### **Patrón 1: Percepción- manejo de salud.**

#### **Objetivo:**

- Obtener datos acerca de las percepciones generales del individuo sobre el manejo de la salud y las prácticas preventivas.
- Identificar datos sobre potenciales riesgos para la salud en las prácticas del individuo como el no cumplimiento real o potencial de los planes de cuidados.
- Identificar que necesita saber el individuo en cada proceso para poder llevar a cabo sus autocuidados.

#### **Examen-observación:**

- Apariencia general de salud del usuario, observándole durante la entrevista.
- Apariencia general del domicilio si es pertinente.

#### **Preguntas de apoyo para la valoración:**

- ¿Sufre accidentes o caídas?
- En el pasado, ¿le pareció fácil seguir las sugerencias de los médicos y enfermeras?
- Si procede, ¿cómo podemos ayudarle?
- ¿Hay Riesgo de lesión (deterioro del juicio, reducción del nivel de conciencia, deterioro sensitivo o motor)?

### **Patrón 5: Reposo-sueño**

#### **Objetivo:**

- Describir la efectividad del patrón desde la perspectiva del paciente.
- Analizar las explicaciones.
- Identificar las acciones llevadas a cabo y los efectos de las medidas aplicadas en el caso de que se hubiera percibido el problema..

#### **Preguntas de apoyo para la valoración:**

- Tras el sueño, ¿generalmente se siente descansado y a punto para las actividades diarias?
- ¿Tiene problemas para conciliar el sueño?, ¿requiere ayuda? ¿tiene pesadillas? ¿se despierta pronto?
- ¿Tiene periodos de reposo o relajación?
- ¿Existe riesgo de desarrollar trastornos del sueño (preocupaciones, miedos, ruido, interrupciones, retraso en conciliar el sueño)?

### **Patrón 10: Afrontamiento- tolerancia al estrés.**

#### **Objetivo:**

- Describir la tolerancia al estrés y el patrón de adaptación del paciente.
- Identificar las situaciones que provocan estrés y los mecanismos de afrontamiento y control del mismo..

#### **Examen-observación:**

- Los conocimientos o experiencias de nuestro paciente o cuidador determinan sus reacciones. La realidad es la forma en que el individuo ve la situación, lo que cree o siente relacionado con el problema.

#### **Preguntas de apoyo para la valoración:**

- ¿Quién le resulta de más ayuda para superar las cosas? ¿dispone ahora de esa persona?
- Cuándo tiene problemas en la vida ¿Cómo lo maneja?
- La mayor parte de las veces, ¿la forma de manejarlo tiene éxito?

### **Patrón 2: Nutricional- metabólico**

#### **Objetivo:**

- Recoger datos acerca del patrón típico de consumo de comida y líquidos.
- Las referencias subjetivas del paciente y sus preferencias, los problemas percibidos por él o por su cuidador, acciones que llevan a cabo para resolver y los efectos percibidos por estas acciones.
- Detectar si ha habido cambios en el patrón en los últimos tiempos.
- Valorar indicadores amplios de las necesidades metabólicas como el estado de la piel, la cicatrización.

#### **Examen-observación:**

- Determinar el índice de masa corporal.
- Realizar examen físico de la piel.
- Revisión del estado de las mucosas.

#### **Preguntas de apoyo para la valoración:**

- ¿cuál es su ingesta típica diaria de alimentos?
- ¿cuál es su ingesta típica diaria de líquidos?
- ¿Ha perdido o aumentado de peso?
- Con ciertos alimentos ¿nota molestias? ¿dificultad de deglución? ¿tiene restricciones dietéticas?
- ¿Tiene problemas de cicatrización?
- Problemas cutáneos: ¿lesiones? ¿sequedad?
- ¿Tiene problemas dentales?

### **Patrón 3: Eliminación.**

#### **Objetivo:**

- Recoger datos acerca de la regularidad y el control de los patrones excretorios.
- Identificar los problemas percibidos por el paciente o cuidador (explicaciones subjetivas al problema).
- Identificar las acciones llevadas a cabo para remediar los problemas y los efectos percibidos por estas acciones

#### **Preguntas de apoyo para la valoración:**

- ¿Patrón de eliminación intestinal? (describirlo) ¿frecuencia?, ¿malestar?, ¿problemas de control? ¿uso de laxantes.
- ¿Patrón de eliminación urinaria? (describirlo) ¿frecuencia?, ¿malestar?, ¿problemas de control?.
- ¿Tiene exceso de sudoración?

### **Patrón 9: Sexualidad- reproducción**

#### **Objetivo:**

- Describir la percepción de problemas reales o potenciales.

#### **Examen-observación:**

- La valoración de la expresión de la sexualidad se focalizará en la satisfacción o insatisfacción percibidas.
- Si se perciben problemas que deseen expresarse, se recogerán las explicaciones en torno al problema, actuaciones llevadas a cabo y efecto percibido sobre su resultado.
- Es importante tener en cuenta la dificultad para expresar este patrón.

#### **Preguntas de apoyo para la valoración:**

- ¿Cómo se siente con respecto a sus relaciones sexuales?

### **Patrón11: Valores y creencias**

#### **Objetivo:**

- Valora este patrón cuando se sospeche discordancia entre creencias y las necesidades de salud.

#### **Preguntas de apoyo para la valoración:**

- ¿tiene algún conflicto o problema familiar, social, con su creencias?
- ¿Tiene dificultad para desarrollar sus creencias?
- ¿Existe algún conflicto entre los tratamientos propuestos y las creencias?

#### **ESTABLECER PLAN DE CUIDADOS PARA EL PACIENTE.**

Tras realizar la valoración del paciente, se identificarán los patrones disfuncionales, se elaborarán los diagnósticos de enfermería, estableciendo objetivos y determinando las intervenciones a realizar para lograr los resultados propuestos.



### ANEXO 13

<b>PLAN DE CUIDADOS DE PACIENTES CON DEMENCIA</b>			
	DIAGNOSTICOS NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC
<b>PATRÓN 1: PERCEPCIÓN ON MANEJO DE SALUD</b>	00099 MANTENIMIENTO INEFICAZ DE LA SALUD.	0313 NIVEL DE AUTO CUIDADO	5440 AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO
	00193 DESCUIDO PERSONAL	0313 NIVEL DE AUTO CUIDADO	5440 AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO.
<b>Patrón 2: Nutricional- metabólico</b>	0013 DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN	1918 PREVENCIÓN DE LA ASPIRACION	3200 PRECAUCIONES PARA EVITAR LA ASPIRACION.
	00002 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA INFERIOR DE NECESIDADES.	1004 ESTADO NUTRICIONAL	1100 MANEJO DE LA NUTRICIÓN
	00028 RIESGO DE DEFICIT DEL VOLUMEN DE LIQUIDOS	1004 ESTADO NUTRICIONAL	4120 MANEJO DE LIQUIDOS
<b>Patrón 3: Eliminación</b>	00014 INCONTINENCIA FECAL	0501 ELIMINACIÓN INTES TINAL	0440 ENTRENAMIENTO INTES TINAL. 0410 CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA INTESTINAL.
	00020 INCONTINENCIA URINARIA FUNCIONAL	0310 AUTOCUIDADOS: USO DEL INODORO 0502 CONTINENCIA URINARIA	0600 ENTRENAMIENTO DEL HABITO URINARIO. 6480 MANEJO AMBIENTAL
	00011 ESTREÑIMIENTO	0501 ELIMINACIÓN INTES TINAL	0450 MENEJO DEL ESTREÑIMIENTO/ IMPACTACIÓN.
<b>Patrón 4: Actividad- ejercicio</b>	00047 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA.	1101 INTEGRIDAD TISULAR: PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS. 1902: CONTROL DEL RIESGO	3540 PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN. 3590 VIGILANCIA DE LA PIEL.
	00088 DETERIORO DE LA DEAMBULACIÓN.	0208 MOVILIDAD.	0221 TERAPIA DE EJERCICIOS AMBULATORIO.
	00109 DEFICIT DE AUTOCUIDADOS: VESTIDO	0300 AUTOCUIDADOS AVD	1802 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: VESTIR/ARREGLO PERSONAL
	00108 DEFICIT DE AUTOCUIDADOS: BAÑO	0300 AUTOCUIDADOS AVD	1801 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: BAÑO HIGIENE.
	00102 DEFICIT DE AUTOCUIDADOS: ALIMENTACIÓN. 00110: DEFICIT DE AUTOCUIDADOS: USO DEL INODORO	0300 AUTOCUIDADOS AVD 0300 AUTOCUIDADOS AVD	1803 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: ALIMENTACIÓN 1804 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: ALIMENTACIÓN.
<b>Patrón 5: Reposo- sueño</b>	00096: DEPRIVACIÓN DEL SUEÑO.	0004 SUEÑO	1850 MEJORAR EL SUEÑO
	00095: INSOMNIO.	0003DESCANSO	1850 MEJORAR EL SUEÑO



## ANEXO 14

<b>VALORACIÓN SOCIO FAMILIAR ESCALA GIJÓN</b>
<p><b>A. SITUACIÓN FAMILIAR:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vive con la familia sin dependencia físico/psíquica.</li> <li>2. Vive con cónyuge de similar edad.</li> <li>3. Vive con familia y/o cónyuge con algún grado de dependencia.</li> <li>4. Vive solo y tiene hijos próximos.</li> <li>5. Vive solo y carece de hijos o viven lejos.</li> </ol> <p><b>B. SITUACIÓN ECONÓMICA</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Más de 1,5 veces el salario mínimo (SMI).</li> <li>2. Del salario mínimo a 1,5 veces.</li> <li>3. Desde pensión mínima contributiva (PMC) a salario mínimo.</li> <li>4. Pensión no contributiva (PNC), LISMI o FAS.</li> <li>5. Menos del apartado anterior.</li> </ol> <p><b>C. VIVIENDA</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adecuada a necesidades.</li> <li>2. Barreras arquitectónicas en vivienda o portal.</li> <li>3. Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado.</li> <li>4. Ausencia de ascensor/teléfono.</li> <li>5. Vivienda inadecuada.</li> </ol> <p><b>D. RELACIONES SOCIALES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Relaciones sociales.</li> <li>2. Relación social sólo con familia y vecinos.</li> <li>3. Relación social sólo con familia o vecinos.</li> <li>4. No sale del domicilio, recibe visitas.</li> <li>5. No sale y no recibe visitas.</li> </ol> <p><b>E. APOYOS DE LA RED SOCIAL</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Con apoyo familiar o vecinal.</li> <li>2. Voluntariado social, ayuda domiciliaria.</li> <li>3. No tiene apoyo.</li> <li>4. Pendiente de residencia geriátrica.</li> <li>5. Tiene cuidados permanentes.</li> </ol> <p><b>Sumar el valor correspondiente a cada situación (1-5) de cada uno de los cinco apartados (A-E)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 5-9 puntos buena/aceptable situación social.</li> <li>▪ 10-14 puntos riesgo social.</li> <li>▪ &gt;=15 puntos posible problema social.</li> </ul>

## ANEXO 15

<b>INDICADORES DE RIESGO SOCIAL</b>
<p><b>1.- Persona que vive sola o con la familia con capacidad limitada de apoyo:</b> persona que no convive con nadie, o que convive con personas con algún tipo de discapacidad (por motivos de edad, de enfermedad o de disminución).</p> <p><b>2.- Persona con relación familiar conflictiva:</b> hace referencia a cualquier tipo de conflicto familiar (desavenencias, rotura de relación, etc.).</p> <p><b>3.- Familia con dificultad para asumir la responsabilidad de atención al enfermo:</b> las dificultades hacen referencia motivos laborales, cargas familiares, agotamiento y otras limitaciones personales.</p> <p><b>4.- Condiciones de higiene personal inadecuadas o deficientes.</b></p> <p><b>5.- La vivienda es inadecuada a las necesidades del enfermo:</b> hace referencia a la existencia de barreras arquitectónicas, falta de espacio, humedades, falta de servicios básicos (agua, luz, etc.).</p> <p><b>6.- Se aprecia falta de recursos económicos:</b> la apreciación hace referencia a la manifestación expresa del enfermo y familia y también a la impresión de los profesionales (observación).</p> <p><b>Si alguno de ellos es positivo se derivará el caso al Trabajador Social para que realice la Valoración Social y Propuesta de Recursos de Apoyo</b> (ya sean públicos o privados)</p> <p><b>Indicadores de Riesgo Social</b> elaborados por el Grupo de Trabajo de ABS del Colegio Oficial de DTS y AS de Cataluña el año 95</p>





## ANEXO 16

### VALORACIÓN DE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR FAMILIAR.

#### ESCALA ZARIT

1. ¿Siente usted que su familiar/paciente solicita más ayuda de la que realmente necesita?
2. ¿Siente que, por el tiempo que gasta con su familiar, ya no tiene tiempo para usted mismo?
3. ¿Se siente estresado al tener que cuidar a su familiar y tener que atender otras responsabilidades?
4. ¿Se siente avergonzada/o por el comportamiento de su familiar/paciente?
5. ¿Se siente irritada/o cuando está cerca de su familiar/paciente?
6. ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos / familiares negativamente?
7. ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar/paciente?
8. ¿Siente que su familiar/paciente depende de usted?
9. ¿Se siente agotada/o cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente?
10. ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?
11. ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía a causa de su familiar/paciente?
12. ¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar de su familiar?
13. ¿Se siente incómodo/a para invitar amigos a casa, a causa de su familiar/paciente?
14. ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide como si fuera la única persona con la que puede contar?
15. ¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar de su familiar/paciente, además de sus otros gastos?
16. ¿Siente que no va a ser capaz de cuidar de su familiar/paciente durante mucho más tiempo?
17. ¿Siente usted que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?
18. ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otra persona?
19. ¿Se siente insegura/o acerca de lo que debe hacer con su familiar/paciente?
20. ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar/paciente?
21. ¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace?
22. En general, ¿se siente muy sobrecargada/o al tener que cuidar de su familiar/paciente?

#### SUMA:

Puntuar de 1 a 5:

- **1** nunca
- **2** casi nunca
- **3** a veces
- **4** bastantes veces
- **5** casi siempre

#### VALORACION

- < 46 puntos. No sobrecarga
- 47-55 puntos. Sobrecarga leve
- > 56 puntos. Sobrecarga intensa



## ANEXO 17

### Valoración por Patrones Funcionales de Gordon (Cuidador)

#### Patrón 10: Afrontamiento-tolerancia al estrés

**Objetivo:**

- Describir la tolerancia al estrés y el patrón de adaptación del cuidador.
- Identificar las situaciones que provocan estrés y los mecanismos de afrontamiento y control del mismo.
- Identificar los cambios en la efectividad del patrón de adaptación.

**Examen-observación:**

- Los conocimientos o experiencias de nuestro cuidador determinan sus reacciones. La realidad es la forma en la que él ve la situación, lo que el cree o siente relacionado con el problema.

**Preguntas de apoyo para la valoración:**

- *¿Quién le resulta de más ayuda para superar las cosas?, ¿dispone ahora de esa persona?*
- *¿Cuándo tiene problemas en su vida ¿cómo lo maneja?*
- *¿La mayor parte de las veces, ¿la forma de manejarlo tiene éxito?*

**Plantearse para la valoración la ayuda de la escala de Goldberg**

#### Patrón 11: Valores-creencias

**Objetivo:**

Valorar este patrón cuando se sospeche discordancia entre las creencias y las necesidades de salud.

**Preguntas de apoyo para la valoración:**

- *¿Tiene algún conflicto o problema familiar, social..., con sus creencias?*
- *¿Tiene dificultad para desarrollar sus creencias?*
- *¿Existe algún conflicto entre tratamientos propuestos y creencias?*

#### Patrón 8: Rol-relaciones

**Objetivo:**

- Obtener datos sobre el paciente en los roles familiares y sociales.
- Identificar la percepción del cuidador (satisfacciones o insatisfacciones) derivadas de sus relaciones o de la falta de ellas.
- Deben considerarse los riesgos, o los problemas percibidos por el cuidador, si existen, la causa, las acciones llevadas a cabo y los efectos de esas acciones.

**Examen-observación:**

- Conocer los sistemas de apoyo del individuo ante determinadas situaciones (hermanos, hijos, amigos...)
- Escuchar atentamente, repreguntar y valorar las percepciones del individuo en cuanto a roles/relaciones familiares, sociales, laborales.
- Si el cuidador muestra que percibe problemas, escuchar y valorar las razones y las acciones que se han llevado a cabo para remediarlo, si no se ha afrontado el problema, identificar los motivos.
- Explorar las pérdidas, los cambios o las situaciones de temor, prestando atención a la comunicación no verbal.
- Observar hechos que confirmen la falta de apoyo (familiar/social) e identificar las dificultades (culturales) de la familia para pedir ayuda y apoyo.

**Preguntas de apoyo para la valoración:**

- *¿Cuál es su estructura familiar? (trace un diagrama)*
- *¿Hay algún problema familiar que le resulte difícil de manejar?*
- *¿Cómo maneja habitualmente los conflictos su familia?*
- *¿Cómo se las arregla usted?*
- *¿Pertenece a algún grupo social? ¿Tiene amigos íntimos? ¿Se siente solo?*
- *¿Normalmente las cosas le van bien en el trabajo?*
- *¿Son suficientes sus ingresos para satisfacer sus necesidades?*
- *¿Siente que forma parte (o está aislado) del vecindario donde vive?*

**Si se sospecha riesgo familiar, utilizar Apgar familiar para profundizar en la valoración. Ante sospecha de aislamiento o deterioro en las relaciones sociales, utilizar la escala de Gijón. Utilizar la escala de valoración de la sobrecarga de Zarit si se sospecha riesgo de cansancio del cuidador.**



### **Patrón 7: Auto percepción- autoconcepto**

#### **Objetivo:**

- Identificar los cambios, las pérdidas y las amenazas; factores comunes que pueden influir de forma negativa en el autoconcepto. Las autoevaluaciones negativas producen malestar personal y pueden influir en los otros.
- Obtener la confianza del cuidador, estableciendo un ambiente de empatía y no de enjuiciamiento.

#### **Examen-observación:**

- Prestar atención a la verbalización de sentimientos subjetivos del cuidador.
- Observar la postura corporal y el movimiento, el contacto ocular y los patrones de voz y conversación
- No pasar por alto datos de baja autoestima, sentimientos de impotencia, miedo.

#### **Preguntas de apoyo para la valoración:**

- *¿Cómo se describiría a sí mismo? La mayor parte del tiempo, ¿se siente a gusto (o no) consigo mismo?*
- *¿Ha notado cambios en las cosas que puede hacer? ¿Estos cambios representan un problema para usted?*
- *¿Han cambiado sus sentimientos hacia usted mismo?*
- *¿Nota que frecuentemente se siente enfadado? ¿preocupado? ¿temeroso? ¿ansioso? ¿deprimido?*
- *¿Se siente a veces desesperanzado? ¿incapaz de controlar su propia vida?*
- *¿Expresa temor o ansiedad (informe verbal del cuidador)?*
- *¿Se siente impotente? (información de sentimientos de control o falta de control)*
- *¿Tiene trastorno de la autoestima o la sensación de valía personal (expresiones de culpa, percepción de capacidad para afrontar la crisis)?*

### **Patrón 1: Percepción-manejo de la salud**

#### **Objetivo:**

- Describir la adecuación del lenguaje, habilidades cognitivas y percepción relativas a las actividades necesarias o deseadas.
- Identificar datos sobre las descripciones subjetivas, los problemas percibidos por el cuidador.
- Identificar las compensaciones para el déficit y la efectividad de los esfuerzos para compensarlos.
- Identificar la capacidad de autocuidados ya que las alteraciones de este patrón van a presentar en el cuidador principal dificultades en la aptitud para su realización.

#### **Examen-observación:**

- Observar las capacidades cognitivas y sensoriales; capacidad del lenguaje, memoria, resolución de problemas y toma de decisiones en relación al entorno.
- Evaluar la percepción de los problemas por parte del cuidador, las razones de ellos, las acciones llevadas a cabo y la eficacia percibida de los resultados obtenidos.
- Valorar la existencia de comportamientos compensatorios que puedan estar enmascarando disfunciones básicas debidas al déficit de la memoria y el déficit de conocimiento relacionados con la práctica de la salud.

#### **Preguntas de apoyo para la valoración:**

- *¿Ha notado últimamente cambios de memoria?*
- *¿Le resulta fácil o difícil tomar decisiones?*
- *¿Tiene dificultad para aprender cosas nuevas?*
- *¿Hay deterioro de los procesos de pensamiento (confusión general o nocturna, alucinaciones)?*

### **Patrón 5: Reposo-sueño**

#### **Objetivo:**

- Describir la efectividad del patrón desde la perspectiva del cuidador.
- Analizar las explicaciones.
- Identificar las acciones llevadas a cabo y los efectos de las medidas aplicadas en el caso de que se hubiera percibido el problema.

#### **Preguntas de apoyo para la valoración:**

- *Tras el sueño, ¿generalmente se siente descansado y a punto para las actividades diarias?*
- *¿Tiene problemas para conciliar el sueño?, ¿requiere ayudas?, ¿tiene pesadillas?, ¿se despierta pronto?*
- *¿Tiene periodos de reposo o relajación?*
- *¿Existe riesgo de desarrollar trastornos del sueño (preocupaciones, miedos, ruido, interrupciones, retraso en conciliar el sueño)?*



#### **Patrón 4: Actividad-ejercicio**

**Objetivo:**

- Valorar la actividad física y el ejercicio
- Evaluar la limitación de la capacidad funcional e instrumental de las actividades de la vida diaria.
- Obtener las descripciones subjetivas de estos componentes, los problemas percibidos por el cuidador y las acciones llevadas a cabo para resolver los problemas, así como los efectos percibidos de dichas acciones.

**Examen-observación:**

- Observar las limitaciones para el autocuidado y el mantenimiento del hogar relacionado con los déficit de la movilidad.
- Valorar la capacidad funcional de las actividades de la vida diaria.

**Preguntas de apoyo para la valoración:**

- *¿Tiene suficiente energía para las actividades requeridas o deseadas?*
- *¿Tiene actividades de ocio?*

**Plantearse para ayudar en la valoración de este patrón la escala de Lawton y Brody**

#### **Patrón 2: Nutricional-metabólico**

**Objetivo:**

- Recoger datos acerca del patrón típico de consumo de comida y líquidos
- Las referencias subjetivas del cuidador y sus preferencias, los problemas percibidos, acciones que lleva a cabo para resolverlos y los efectos percibidos de estas acciones
- Detectar si ha habido cambios en el patrón en los últimos tiempos.

**Preguntas de apoyo para la valoración:**

- *¿Cuál es su ingesta típica diaria de alimentos? ¿Toma suplementos?*
- *¿Cuál es su ingesta diaria típica de líquidos?*
- *¿Ha perdido o aumentado peso?*

#### **Patrón 6: Cognitivo-perceptual**

**Objetivo:**

- Describir la adecuación del lenguaje, habilidades cognitivas y percepción relativas a las actividades necesarias o deseadas.
- Identificar datos sobre las descripciones subjetivas, los problemas percibidos por el cuidador.
- Identificar las compensaciones para el déficit y la efectividad de los esfuerzos para compensarlos.
- Identificar la capacidad de autocuidados ya que las alteraciones de este patrón van a presentar en el cuidador principal dificultades en la aptitud para su realización.

**Examen-observación:**

- Observar las capacidades cognitivas y sensoriales; capacidad del lenguaje, memoria, resolución de problemas y toma de decisiones en relación al entorno.
- Evaluar la percepción de los problemas por parte del cuidador, las razones de ellos, las acciones llevadas a cabo y la eficacia percibida de los resultados obtenidos.
- Valorar la existencia de comportamientos compensatorios que puedan estar enmascarando disfunciones básicas debidas al razonamiento alterado, el déficit de la memoria y el déficit de conocimiento relacionados con la práctica de la salud.

**Preguntas de apoyo para la valoración:**

- *¿Le resulta fácil o difícil tomar decisiones?*
- *¿Tiene dificultad para aprender cosas nuevas?*

### **Patrón 9: Sexualidad-reproducción**

**Objetivo:**

- Describir la percepción de problemas reales o potenciales.

**Examen-observación:**

- La valoración de la expresión de la sexualidad se focalizará en la satisfacción o insatisfacción percibidas
- Si se perciben problemas que desean expresarse, se recogerán las explicaciones en torno al problema, actuaciones llevadas a cabo y el efecto percibido sobre su resultado.
- Es importante tener en cuenta la dificultad para expresar este patrón.

**Preguntas de apoyo para la valoración:**

*-¿Cómo se siente con respecto a sus relaciones sexuales?*

### **Patrón 3: Eliminación**

**Objetivo:**

- Recoger datos acerca de la regularidad y el control de los patrones excretorios.
- Identificar los problemas percibidos por el cuidador (explicaciones subjetivas al problema).
- Identificar las acciones llevadas a cabo para remediar los problemas y los efectos percibidos por estas acciones.

### **IV.- ESTABLECER PLAN DE CUIDADOS PARA EL CUIDADOR**

Tras realizar la valoración del cuidador, se identificarán los patrones disfuncionales, se elaborarán los diagnósticos de enfermería, estableciendo objetivos y determinando las intervenciones a realizar para lograr los resultados propuestos.

## ANEXO 18

PLAN DE CUIDADOS PARA CUIDADORES DE PACIENTES CON DEMENCIA			
	DIAGNOSTICOS NANDA	RESULTADOS NOC	INTERVENCIONES NIC
<b>PATRON 1:</b> PERCEPCIÓN MANEJO DE SALUD	00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES  00193 DESCUIDO PERSONAL 00098 DETERIORO DEL MANTENIMIENTO DEL HOGAR	1824 CONOCIMIENTO CUIDADOS DE LA ENFERMEDAD. 1803. CONOCIMIENTO PROCESO DE LA ENFERMEDAD. 2206 RENDIMIENTO DEL CUIDADOR PRINCIPAL: CUIDADOS INDIRECTOS. 0313 NIVEL DE AUTOCUIDADO 1501 EJECUCIÓN DEL ROL	5606 ENSEÑANZA INDIVIDUAL 5602 ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD. 5430 GRUPO DE APOYO  5440 AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO. 7040 APOYO AL CUIDADOR
<b>PATRON 5:</b> REPOSO -SUEÑO	00095 INSOMNIO	0003 DESCANSO	5440 AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO
<b>PATRON 6:</b> COGNITIVO PERCEPTUAL	00199 PLANIFICACIÓN INEFICAZ DE LAS ACTIVIDADES.	2202 PREPARACIÓN DEL CUIDADOR PRINCIPAL DOMICILIARIO.	5440 AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO. .
<b>PATRON 7:</b> AUTOPECEPCIÓN AUTOCONCEPTO	00124 DESESPERANZA	1201 ESPERANZA	5440 AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO. 5310 DAR ESPERANZA.
<b>PATRON 8:</b> ROL-RELACIONES	00062 RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR.  00061 CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR.  00055 DESEMPEÑO INEFECTIVO DEL ROL  00052 DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL.	1902 CONTROL DEL RIESGO. 2508 BIENESTAR DEL CUIDADOR PRINCIPAL.  2508 BIENESTAR DEL CUIDADOR PRINCIPAL.  1501 EJECUCION DEL ROL  1604 PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE OCIO.	5440 AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO. 7040. APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL.  5440 AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO. 7040. APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL. 7040. APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL. 5370 POTENCIACION DE ROLES. 5440 AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO.
<b>PATRON 10.</b> AFRONTAMIENTO -TOLERANCIA AL ESTRÉS.	00069 AFRONTAMIENTO INEFICAZ.  00177 ESTRÉS POR SOBRECARGA.	1302 AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS. 1501 EJECUCION DEL ROL.  1302 AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS. 1212 NIVEL DE ESTRÉS.	7040. APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL.  5440 AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO. 7040. APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL.
<b>PATRON 11:</b> VALORES -CREENCIAS	00079 INCUMPLIMIENTO	1601 CONDUCTA DE INCUMPLIMIENTO.	5606 ENSEÑANZA. INDIVIDUAL



## **ANEXO 19**

### **ASPECTOS LEGALES QUE DEBE CONOCER EL PACIENTE CON DEMENCIA Y/O SU FAMILIA.**

La demencia es una situación que afecta a la inteligencia y a la voluntad de las personas que la padecen, por lo que es conveniente plantearse desde las primeras fases las consecuencias que puede tener sobre la capacidad para tomar decisiones. Esto va a suponer conflictos de tipo ético y también legal.

Las consultas de Atención Primaria son el medio apropiado para abordar estas cuestiones con el paciente y con sus familiares. La oportunidad que nos ofrece el conocimiento del paciente y de su entorno, y el hecho de tratarle a lo largo de todo el proceso, convierte a los trabajadores sociales de Atención Primaria en los profesionales idóneos para ofrecer esta información y ayudar a la familia en los trámites correspondientes.

#### **I. Principio de autonomía del paciente y consentimiento informado.**

A pesar del deterioro progresivo que supone la demencia, el paciente es una persona que, aunque pierda su capacidad, no pierde su dignidad. No hay que olvidar nunca que son adultos, y que detrás de sus síntomas está su historia y sus vivencias, como tampoco hay que olvidar que nuestra legislación protege especialmente la autonomía del paciente. Una de las actuaciones derivadas de este principio es el Consentimiento Informado, (L.41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica). No es un documento de carácter legal, sino que concreta el derecho del paciente a recibir información. Sobre la base de la adecuada información recibida por el paciente, los centros y servicios sanitarios deben respetar las decisiones adoptadas sobre su propia salud.

#### **II. Documento de instrucciones previas.**

El mismo respeto es exigible en los casos de las llamadas Instrucciones Previas (voluntades anticipadas o testamento vital), esto es, cuando las decisiones de los pacientes, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud, sobre el destino de su cuerpo o los órganos del mismo, una vez llegado su fallecimiento, se hayan expresado por escrito en previsión de una situación de imposibilidad de expresar tales decisiones de forma personal, (regulado también en la L.41/2002).

La demencia es un problema de salud con importantes repercusiones socio-familiares, que implica además de al paciente que la sufre a sus familiares y a su entorno más próximo, pudiendo llegar a sentirse impotentes y desbordados.

#### **III. Capacidad jurídica y capacidad de obrar.**

El paciente con demencia sigue siendo titular de derechos subjetivos y deberes jurídicos, es lo que se llama capacidad jurídica. Esta capacidad la tiene toda persona por el hecho de serlo, pero no toda persona tiene capacidad de obrar. La capacidad de obrar, (art. 322 del Código Civil), es la aptitud de la persona, mayor de edad o menor emancipado, para el pleno y válido ejercicio de los derechos subjetivos y los deberes jurídicos. En principio, no puede considerarse a las personas con demencia como presuntos incapaces, pues toda persona mayor de edad que no se encuentre incapacitada por sentencia firme, debe ser considerada capaz aunque se le observe algún tipo de trastorno.

Así llegamos al concepto de Incapacitación, que supone: "La privación de la capacidad de obrar de una persona física en virtud de sentencia judicial firme, y por causas establecidas en la ley" (art. 199 del Código Civil).

El art. 200 del Código Civil señala que "son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico, que impidan a la persona gobernarse por sí misma".



#### **IV. ¿Quién puede promover el proceso de incapacitación?**

(Art. 757 LEC):

- El presunto incapaz.
- El cónyuge o persona en situación de hecho asimilable.
- Los ascendientes, descendientes o hermanos del presunto incapaz.
- El Ministerio Fiscal si las personas anteriores no existieran o no hubieran solicitado la iniciación.

Dicho proceso debe ser iniciado en el Juzgado de Primera Instancia del lugar de residencia del presunto incapaz, (art. 756 LEC).

Es importante informar al paciente y/o familiares de que en caso de producirse sentencia firme de incapacidad, el art. 215 de Código Civil indica que la guarda y protección de la persona y bienes de los menores o incapacitados, se realizará en los casos que proceda mediante:

- La tutela, arts.222 a 285 del C.C.
- La curatela, arts. 286 a 297 del C.C
- El defensor judicial, arts. 299 a 302 del C.C.
- El administrador judicial, art. 299 bis.
- El guardador de hecho, arts. 303 a 306 del C.C.

#### **V. Internamientos de pacientes con demencias.**

El artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil dispone que el internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o tutela, requerirá autorización judicial.

Por todo ello, en líneas generales, a la hora de necesitar llevar a cabo un internamiento, se deben tener en cuenta:

- ¿Qué tipos de internamientos existen?
- ¿Cómo actuar si la persona está desamparada y en peligro?
- ¿Qué ocurre si existe resistencia?
- ¿En qué momento del internamiento involuntario debe intervenir la autoridad judicial?
- ¿Cuáles son las características principales del procedimiento?
- ¿Están previstos legalmente otros supuestos de internamiento? **12**

“Aspectos jurídicos en el campo de la salud mental”. Jesús Martínez Puras. Encuentro Provincial de Coordinación Sociosanitaria. El Espinar (Segovia). Febrero 2009.

“Guía para la Protección Jurídica de las Personas con Enfermedad Mental”. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. 2003.

## ANEXO 20: Brief Psychiatric Ranking Scale (BPRS)

Nombre .....

Historia .....

Evaluador .....

Fecha .....

<b>Escala breve de Evaluación Psiquiátrica (Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS)</b>
---

	No presente	Muy Leve	Leve	Moderado	Moderado -grave	Grave	Muy grave	No evaluado
1. Preocupación somática	1	2	3	4	5	6	7	9
2. Ansiedad psíquica	1	2	3	4	5	6	7	9
3. Aislamiento emocional	1	2	3	4	5	6	7	9
4. Desorganización conceptual (incoherencia)	1	2	3	4	5	6	7	9
5. Autodesprecio y sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7	9
6. Tensión. Ansiedad somática	1	2	3	4	5	6	7	9
7. Manierismo y posturas extrañas	1	2	3	4	5	6	7	9
8. Grandeza	1	2	3	4	5	6	7	9
9. Humor depresivo	1	2	3	4	5	6	7	9
10. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7	9
11. Susplicia	1	2	3	4	5	6	7	9
12. Alucinaciones	1	2	3	4	5	6	7	9
13. Enlentecimiento motor	1	2	3	4	5	6	7	9
14. Falta de cooperación	1	2	3	4	5	6	7	9
15. Contenido inusual del pensamiento	1	2	3	4	5	6	7	9
16. Embotamiento, aplanamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7	9
17. Excitación	1	2	3	4	5	6	7	9
18. Desorientación y confusión	1	2	3	4	5	6	7	9

Síntomas negativos (ítems 3, 13, 16, 18): .....

Síntomas positivos (ítems 4, 11, 12, 15): .....

(No sumar los "9") TOTAL: .....



<b>BPRS</b>	Fecha y evaluador						
1. Preocupación somática							
2. Ansiedad psíquica							
3. Aislamiento emocional							
4. Desorganización conceptual (incoherencia)							
5. Autodesprecio y sentimientos de culpa							
6. Tensión. Ansiedad somática							
7. Manierismo y posturas extrañas							
8. Grandeza							
9. Humor depresivo							
10. Hostilidad							
11. Suspiciousidad							
12. Alucinaciones							
13. Enlentecimiento motor							
14. Falta de cooperación							
15. Contenido inusual del pensamiento							
16. Embotamiento, aplanamiento afectivo							
17. Excitación							
18. Desorientación y confusión							
<b>Síntomas negativos (ítems, 3, 13, 16, 18):</b>							
<b>Síntomas positivos (ítems 4, 11, 12, 15):</b>							
(No sumar los "9") <b>TOTAL:</b>							

## ANEXO 21

### Criterios NINCDS/ADRDA para la EA traducidos en la guía SEN, 2009

#### **EA probable**

- Síndrome demencial demostrado mediante un cuestionario concreto y confirmado mediante un test neuropsicológico.
- Constatación de déficit en dos o más áreas cognitivas.
- Empeoramiento progresivo de la memoria y otras funciones cognitivas.
- No existe un trastorno del nivel de conciencia.
- Inicio entre los 40 y 90 años de edad.
- Ausencia de enfermedades sistémicas o cerebrales que puedan causar los síntomas que presenta el enfermo.

La demencia se define por un declinar de la memoria y de otras funciones cognitivas respecto al estado del enfermo previo al comienzo de la enfermedad.

Los datos que apoyen el diagnóstico, aunque no son exigibles, incluyen una alteración progresiva de funciones específicas, como el lenguaje (afasia), habilidades motoras (apraxia) y de la percepción (agnosia), afectación de las actividades diarias y trastornos de la conducta, historia familiar de una enfermedad semejante, sobre todo si se confirmó neuropatológicamente, normalidad en los estudios rutinarios de LCR, cambios inespecíficos en el EEG, datos de atrofia cerebral en la TAC, que aumentan si se comprueban seriadamente.

Otros datos que refuerzan el diagnóstico de EA probable, pero que tampoco se exigen, son:

- Curso en meseta.
- Síntomas asociados, como depresión, insomnio, incontinencia, ideas delirantes, alucinaciones, reacciones catastróficas, trastornos de la conducta sexual, pérdida de peso, aumento del tono muscular, mioclonías o trastornos de la marcha, especialmente en la fase tardía, y crisis epilépticas cuando la enfermedad está avanzada.
- TAC de cráneo normal para la edad del paciente.

El diagnóstico es menos probable si los síntomas comienzan de forma aguda, si se constatan signos neurológicos de déficit focal o si hay crisis epilépticas o trastornos de la marcha en la fase inicial de la enfermedad.

#### **EA posible:**

El diagnóstico de EA posible se basa en lo siguiente:

- Síndrome demencial sin causa aparente aunque haya variaciones en el comienzo del proceso, su presentación y curso clínico con respecto a la EA característica.
- Si hay otro trastorno cerebral u otro proceso sistémico suficientes para causar una demencia, pero no se considera que sean la causa real de ésta.
- Si el enfermo tiene un déficit cognitivo aislado gradualmente progresivo y no se demuestra otro síntoma.

#### **EA segura:**

Se exige que el enfermo haya cumplido en vida los criterios diagnósticos de EA probable y que existan datos confirmatorios patológicos obtenidos mediante biopsia cerebral o necropsia.



## ANEXO 22

### **Criterios NINDS-AIREN de demencia vascular, adaptación y traducción extraída de la GPC de la SEN, 2009**

#### **I.- Criterios obligatorios para diagnosticar demencia vascular probable:**

1. Demencia: deterioro respecto al nivel previo de la memoria y al menos otras dos funciones cognitivas (orientación, atención, lenguaje, funciones visuoespaciales, funciones ejecutivas, control motor, praxias), suficiente como para interferir en las actividades diarias (independientemente de lo que interfieran las deficiencias físicas). Se excluyen pacientes con alteración del nivel de conciencia, síndrome confusional agudo, psicosis, afasia intensa o alteración sensitivomotora notable que impidan la objetivación adecuada de las alteraciones neuropsicológicas. También se excluyen los pacientes con alteraciones sistémicas u otras enfermedades cerebrales (como la enfermedad de Alzheimer) que por sí mismas pudieran explicar las alteraciones cognitivas.

2. Enfermedad cerebrovascular, demostrada a través de signos focales congruentes con ictus previo, con o sin relato de ictus previo, y evidencia de lesiones vasculares en la neuroimagen – TAC o RM - (infartos en territorios de arteria de gran calibre, o de una sola que afecta a localización estratégica para producir alteraciones cognitivas – circunvolución angular, tálamo, región frontobasal, territorios de arterias cerebrales anterior o posterior-, o infartos lacunares múltiples en ganglios basales y sustancia blanca subcortical o periventricular, o combinaciones de los anteriores).

3.- Relación entre los apartados 1 y 2, inferida a partir de una o más de las siguientes circunstancias:

- Inicio de la demencia en los 3 meses siguientes a un ictus.
- Deterioro brusco de funciones cognitivas.
- Progresión fluctuante o escalonada de las alteraciones cognitivas.

#### **II.- Aspectos compatibles con una demencia vascular probable:**

- a. Alteración de la marcha en fase temprana.
- b. Antecedente de inestabilidad y caídas frecuentes.
- c. Aparición precoz de aumento de la frecuencia de micción, urgencia urinaria u otras alteraciones del control vesical no explicables por un trastorno urológico.
- d. Parálisis pseudobulbar.
- e. Alteraciones en la personalidad o el estado de ánimo, abulia, depresión, labilidad emocional, y otras alteraciones subcorticales como enlentecimiento psicomotor y alteración de funciones ejecutivas.

#### **III.- Aspectos que hacen incierto o improbable el diagnóstico de demencia vascular:**

- a. Trastorno precoz de la memoria y empeoramiento progresivo de la memoria y de otras funciones cognitivas, sin que aparezcan en la neuroimagen lesiones cerebrales focales que lo expliquen.
- b. Ausencia de signos neurológicos focales aparte de las alteraciones cognitivas.
- c. Ausencia de lesiones cerebrovasculares en TAC o RM.

#### **IV.- Criterios de demencia vascular posible:**

Demencia (según I.1), con signos neurológicos focales, en pacientes en los que no podemos disponer de neuroimagen confirmatoria, o en aquéllos que no muestran una relación cronológica congruente entre los ictus y la demencia; también en pacientes con evidencia de enfermedad cerebrovascular, en los que la demencia tiene comienzo insidioso o evolución diferente de la esperada (mesetas prolongadas o mejorías).

#### **V.- Criterios de demencia vascular confirmada:**

- a. Criterios clínicos de demencia vascular probable.
- b. Evidencia histopatológica de enfermedad cerebrovascular, obtenida a través de biopsia o autopsia.
- c. Ausencia de más ovillos neurofibrilares y placas neuríticas de las esperadas por la edad.
- d. Ausencia de otras alteraciones clínicas o anatomopatológicas capaces de explicar la demencia.

#### **VI.- Clasificación de la demencia vascular con finalidad investigadora:**

- Demencia vascular cortical.
- Demencia vascular subcortical.
- Enfermedad de Binswanger.
- Demencia talámica.



## ANEXO 23

### Criterios revisados para el diagnóstico clínico de la DLB (traducido de Mckeith et al, 2005)

#### 1. Rasgo esencial

- Demencia definida como deterioro cognitivo progresivo de magnitud suficiente para interferir con la función social o laboral normal.
- Alteración de la memoria prominente o persistente, que puede no ocurrir necesariamente en los estadios tempranos, pero suele ser evidente con la progresión
- Los déficits en test de atención, función ejecutiva y capacidad visuoespacial pueden ser especialmente marcados.

#### 2. Rasgos centrales (dos son suficientes para diagnosticar DLB probable, uno para DLB posible)

- Fluctuaciones de la función cognitiva con variaciones pronunciadas en atención y alerta.
- Alucinaciones visuales recurrentes, típicamente bien formadas y detalladas.
- Rasgos espontáneos de parkinsonismo.

**3. Rasgos sugestivos** (si se da uno o más en presencia de uno o más rasgos centrales puede hacerse un diagnóstico de DLB probable. En ausencia de rasgos centrales, uno o más permiten el diagnóstico de DLB posible. No se puede diagnosticar DLB probable sólo con rasgos sugestivos).

- Trastorno de la conducta del sueño REM.
- Fuerte sensibilidad a neurolépticos.
- Reducción de la recaptación del transportador de dopamina en ganglios basales demostrada por SPECT o PET.

#### 4. Rasgos de soporte (suelen estar presentes, pero no se ha demostrado su especificidad diagnóstica)

- Caídas y síncope de repetición.
- Pérdidas de conocimiento transitorias e inexplicadas.
- Disfunción autonómica importante (p. ej.: hipotensión ortostática, incontinencia urinaria).
- Alucinaciones en otras modalidades.
- Delirios sistematizados.
- Depresión.
- Preservación relativa de estructuras temporales mediales en TAC o RMN.
- Hipoperfusión generalizada en SPECT o PET de perfusión con actividad occipital reducida.
- Hipocaptación en SPECT de miocardio con MIBG.
- Actividad de ondas lentas prominente en EEG con ondas agudas transitorias temporales.

#### 5. El diagnóstico de DLB es menos probable:

- En presencia de enfermedad vascular cerebral evidente, como signos neurológicos focales o en neuroimagen.
- En presencia de otra enfermedad sistémica o neurológica suficiente para justificar en parte o en su totalidad el cuadro clínico.
- Si el parkinsonismo sólo aparece por primera vez en un estadio de demencia avanzada.

#### 6. Secuencia temporal de síntomas

La DLB debe diagnosticarse cuando la demencia ocurre antes o al mismo tiempo que el parkinsonismo (si éste está presente). La demencia que ocurre en el contexto de una enfermedad de Parkinson bien establecida debe calificarse como *enfermedad de Parkinson con demencia*. En la práctica clínica debe utilizarse el término más apropiado para la situación clínica, y suelen ser útiles términos genéricos como *enfermedad con cuerpos de Lewy*. En estudios de investigación en que sea necesario distinguir entre DLB y PDD, sigue siendo aplicable la regla de un año entre el inicio de la demencia y el parkinsonismo. Adoptar otros períodos simplemente confundiría la recogida de datos y la comparación entre estudios. En otros contextos de investigación que incluyan estudios clínicopatológicos y ensayos clínicos, ambos fenotipos pueden considerarse conjuntamente bajo categorías como *enfermedad con cuerpos de Lewy* o *alfasinucleinopatía*.

## ANEXO 24

### **Criterios para el diagnóstico clínico de la DLFT, demencia semántica y afasia progresiva no fluyente traducido por la guía de la SEN, 2009**

#### **Criterios para el diagnóstico clínico de la demencia frontotemporal**

##### I. Criterios esenciales:

- A. Inicio insidioso y progresión gradual.
- B. Trastorno precoz de la conducta social y de las relaciones interpersonales.
- C. Alteración precoz de la capacidad de autorregulación cuantitativa de la conducta personal.
- D. Superficialidad e indiferencia emocional precoces.
- E. Anosognosia precoz.

##### II. Manifestaciones que apoyan el diagnóstico.

- A. Comienzo antes de los 65 años.
- B. Agrupación familiar de demencia o antecedente de un trastorno similar en un familiar de primer grado.
- C. Trastorno de conducta.

1. Deterioro en el cuidado y en el aseo personales.
2. Inflexibilidad y rigidez mental.
3. Distractibilidad e impersistencia.
4. Conducta hiperoral y cambios en la conducta alimentaria.
5. Conducta estereotipada y perseverativa.
6. Conducta de utilización.

##### D. Alteraciones del habla y del lenguaje.

1. Alteraciones en la faceta expresiva:
  - \* Pérdida de espontaneidad y concreción del lenguaje.
  - \* Habla entrecortada.
2. Lenguaje estereotipado.
3. Ecolalia.
4. Perseveración.
5. Mutismo tardío.

##### E. Signos físicos.

1. Reflejos de desinhibición cortical.
2. Incontinencia urinaria.
3. Acinesia, rigidez, temblor.
4. Presión arterial baja y lábil.
5. Parálisis bulbar, debilidad y atrofia muscular, fasciculaciones (enfermedad de la neurona motora).

##### F. Pruebas complementarias.

1. Exploración neuropsicológica: alteración intensa en las pruebas exploradoras de las funciones frontales, en ausencia de trastorno notable de la memoria, el lenguaje y la percepción espacial.
2. Electroencefalograma normal en estadios con demencia evidente.
3. Pruebas de neuroimagen cerebral (estructural y/o funcional): anormalidad de predominio frontal y/o temporal anterior.

##### III. Aspectos que excluyen el diagnóstico.

##### A. Aspectos clínicos.

1. Inicio brusco, episodios intercurrentes de deterioro agudo.
2. Traumatismo craneal previo próximo al inicio de las manifestaciones.
3. Trastorno de memoria intenso en fases iniciales de la demencia.
4. Desorientación espacial.
5. Logoclonías y pérdida rápida de la cadena de pensamiento.
6. Mioclonías.
7. Debilidad de tipo corticospinal.
8. Ataxia cerebelosa.
9. Coreoatetosis.

##### B. Pruebas complementarias.

1. Alteraciones de localización predominantemente postrolándica en las pruebas de neuroimagen estructural o funcional, o lesiones cerebrales multifocales en tomografía computada o resonancia magnética.
2. Resultados en las pruebas de laboratorio indicativos de afectación cerebral de una alteración





inflamatoria o metabólica, como por ejemplo esclerosis múltiple, sífilis, sida o encefalitis herpética.



### **Criterios para el diagnóstico clínico de la demencia semántica:**

El trastorno semántico (dificultad para comprender el significado de palabras y/o la identidad de objetos) es la alteración más destacada al comienzo y durante toda la enfermedad. Otras funciones cognitivas, incluida la memoria autobiográfica, permanecen indemnes o relativamente preservados.

#### **I. ASPECTOS DIAGNÓSTICOS ESENCIALES**

A. Inicio insidioso y progresión gradual.

B. Trastorno del lenguaje caracterizado por:

1. Habla espontánea fluente pero progresivamente empobrecida de contenido.

2. Pérdida del significado de las palabras, evidenciada por una alteración en la capacidad de denominar y de comprender.

3. Parafasias semánticas

y / o

C. Trastorno de la percepción caracterizado por:

1. Prosopagnosia: alteración del reconocimiento de la identidad de rostros conocidos y/o

2. Agnosia asociativa: alteración del reconocimiento de la identidad de objetos.

D. La copia de un dibujo y las pruebas de asociación de elementos basadas en datos de percepción permanecen normales.

E. Repetición normal de palabras aisladas.

F. Lectura y escritura al dictado normales (de las palabras que se leen y escriben según las normas estándar del idioma).

#### **II. ASPECTOS QUE APOYAN EL DIAGNÓSTICO**

A. Aspectos que apoyan el diagnóstico de una degeneración frontotemporal.

1. Inicio antes de los 65 años.

2. Antecedente de trastorno similar en familiar de primer grado.

3. Enfermedad de neurona motora (en una minoría de pacientes), con parálisis bulbar, debilidad y adelgazamiento muscular, y fasciculaciones.

B. Habla y lenguaje.

1. Logorrea.

2. Uso idiosincrático de las palabras.

3. Ausencia de parafasias fonémicas.

4. Dislexia y disgrafía superficial (en palabras irregulares de idioma no español cuya pronunciación no se corresponde con la de sus sílabas).

## ANEXO 25

### **Rasgos y criterios diagnósticos de la demencia asociada a la enfermedad de Parkinson, traducción y adaptación de Emre et al, 2007 extraída de la GPC de la SEN, 2009**

#### **I. Rasgos esenciales o nucleares:**

Diagnóstico de enfermedad de Parkinson conforme a los criterios del Queen Square Brain Bank u otros aceptados en España. Un síndrome de demencia de aparición insidiosa y progresión lenta, que se desarrolla en el contexto de una EP establecida, diagnosticado por anamnesis y examen clínico y mental, definido como:

- Afectación de más de un dominio cognitivo.
- Declive desde el nivel premórbido.
- Intensidad de los déficits suficiente como para alterar la vida diaria (social, ocupacional o de cuidado personal) independientemente de la que pueda deberse a los síntomas autonómicos o motores.

#### **II. Rasgos clínicos asociados:**

##### **Rasgos cognitivos:**

- Atención alterada. Afectación de la atención espontánea y focalizada. Pobre realización de tareas que requieran atención; la realización puede fluctuar durante el día y de un día a otro.
- Funciones ejecutivas alteradas. Afectación de tareas que requieren iniciación, planificación, formación de conceptos, hallazgo de reglas, mantenimiento o cambio de series. Velocidad mental alterada (bradifrenia).
- Funciones visuoespaciales alteradas. Afectación en tareas que requieren orientación visuoespacial, percepción o construcción.
- Memoria alterada. Afectación del recuerdo libre o de eventos recientes o en tareas que requieren aprendizaje de material nuevo, memoria que usualmente mejora con claves. Reconocimiento mejor que recuerdo libre.
- Funciones esenciales del lenguaje preservadas durante mucho tiempo. Puede darse dificultad para encontrar palabras o alteración de la comprensión de frases complejas.

##### **Rasgos conductuales:**

- Apatía: espontaneidad disminuida; pérdida de motivación y de interés.
- Cambios en la personalidad y el humor, incluidos rasgos depresivos y ansiedad.
- Alucinaciones mayoritariamente visuales, generalmente complejas, con visiones de personas, animales u objetos.
- Delirios habitualmente paranoides, como infidelidad o delirio del intruso "fantasma" (huéspedes no invitados que viven y se mueven por la casa).
- Somnolencia diurna excesiva.

#### **III. Rasgos que no excluyen demencia asociada a la enfermedad de Parkinson, pero que hacen el diagnóstico dudoso:**

- Coexistencia de cualquier otra anomalía que puede por sí misma originar alteración cognitiva pero que se juzga que no es la causa de la demencia (p. ej.: enfermedad vascular importante en la imagen).
- Desconocimiento del tiempo entre la aparición de síntomas motores y cognitivos.

#### **IV. Rasgos que sugieren otras alteraciones como causa del trastorno mental y que imposibilitan el diagnóstico de demencia asociada a la enfermedad de Parkinson:**

- Síntomas cognitivos o conductuales que aparecen aisladamente en el contexto de otras patologías, como:
  - Síndrome confusional agudo debido a:
    - Enfermedades o anomalías sistémicas.
    - Intoxicación por drogas.
  - Depresión mayor conforme a la clasificación DSM-IV.
- Rasgos compatibles con criterios NINDS-AIREN de demencia vascular probable.



**Demencia asociada a la enfermedad de Parkinson probable**

A. Rasgos esenciales o nucleares: ambos deben estar presentes.

B. Rasgos clínicos asociados:

- Perfil típico de déficits cognitivos, incluida la alteración de al menos dos o más de los cuatro dominios cognitivos (atención alterada que puede fluctuar, funciones ejecutivas afectadas, alteración de las funciones visuoespaciales y alteración de la memoria de recuerdo libre que generalmente mejora con claves).

- La presencia de al menos un síntoma conductual (apatía, humor depresivo o ansiosos, alucinaciones, delirios, somnolencia excesiva diurna) apoya el diagnóstico de demencia asociada a la enfermedad de Parkinson probable. La ausencia de síntomas conductuales, sin embargo, no excluye el diagnóstico.

C. Ninguno de los rasgos del grupo III.

D. Ninguno de los rasgos del grupo IV.

**Demencia asociada a la enfermedad de Parkinson posible**

A. Rasgos esenciales o nucleares: ambos deben estar presentes.

B. Rasgos clínicos asociados:

- Perfil atípico de alteración cognitiva en uno o más dominios, como afasia prominente o de tipo receptivo (fluyente), o amnesia pura de fallo de almacenamiento (amnesia que no mejora con claves o con tareas de reconocimiento) con atención preservada.

- Los síntomas conductuales pueden estar o no presentes.

C. Uno o más rasgos del grupo III.

D. Ningún rasgo del grupo IV.

## Anexo 26

### Causas de demencia. Consenso español sobre demencias. SEPG

<p><b>1. DEGENERATIVAS</b></p> <p><b>a. Corticales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad de Alzheimer</li> <li>• Demencia con cuerpos de Lewy</li> <li>• Demencia frontotemporal</li> </ul> <p><b>b. Subcorticales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad de Parkinson</li> <li>• Enfermedad de Huntington               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parálisis supranuclear progresiva</li> </ul> </li> <li>• Degeneración espinocerebelar</li> <li>• Calcificación de ganglios basales</li> <li>• Enfermedad de Wilson</li> <li>• Degeneración nigroestriatal</li> <li>• Demencia talámica</li> </ul> <p><b>c. Otras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demencia asociada a enfermedad de neurona motora</li> <li>• Trastornos desmielinizantes</li> <li>• Esclerosis múltiple</li> <li>• Esclerosis lateral amiotrófica</li> <li>• Epilepsia mioclónica de Lafora</li> <li>• Enfermedad de Hallervorden-Spatz</li> </ul> <p><b>2. VASCULARES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demencia multiinfarto</li> <li>• Estado lacunar</li> <li>• Enfermedad de Binswanger</li> </ul> <p><b>3. HIDROCEFÁLICAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicante, a presión normal</li> <li>• No comunicante</li> </ul> <p><b>4. TRAUMÁTICAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demencia postraumática</li> <li>• Demencia pugilística</li> <li>• Demencia posthemorragia subaracnoidea</li> <li>• Hematoma subdural crónico</li> </ul> <p><b>5. INFECCIOSAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complejo Demencia-SIDA</li> <li>• Enfermedad de Creutzfeld-Jakob</li> <li>• Neurosífilis</li> <li>• Meningitis crónica</li> <li>• Encefalitis viral</li> <li>• Leucoencefalopatía multifocal progresiva</li> </ul> <p><b>6. DEMENCIAS NEOPLÁSICAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumores (primarios o secundarios)</li> <li>• Síndromes paraneoplásicos</li> </ul>	<p><b>7. TÓXICAS</b></p> <p><b>a. Alcohol y otros tóxicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demencia alcohólica</li> <li>• Demencia en politoxicomanía</li> </ul> <p><b>b. Fármacos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anticonvulsivantes</li> <li>• Anticolinérgicos</li> <li>• Antineoplásicos</li> <li>• Corticosteroides, AINES</li> <li>• Antihipertensivos</li> </ul> <p><b>c. Metales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demencia postintoxicación con metales pesados (ej. Pb, Mg, Bi, Hg)</li> </ul> <p><b>d. Productos industriales o contaminantes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disolventes orgánicos (ej. tolueno, percloroetileno)               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monóxido de carbono</li> </ul> </li> <li>• Pesticidas, Insecticidas</li> </ul> <p><b>8. ENDOCRINO / METABÓLICAS</b></p> <p><b>a. Anoxia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad cardíaca</li> <li>• Insuficiencia pulmonar</li> <li>• Anemia</li> </ul> <p><b>b. Insuficiencia Renal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encefalopatía urémica</li> <li>• Demencia por diálisis</li> </ul> <p><b>c. Insuficiencia hepática</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encefalopatía portosistémica</li> <li>• Degeneración hepatocerebral adquirida</li> </ul> <p><b>d. Endocrinopatías</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hiper-hipotiroidismo</li> <li>• Hiper-hipoparatiroidismo</li> <li>• Síndrome de Cushing</li> <li>• Hiper-hipoglucemia recurrente</li> <li>• Enfermedad de AddisonA</li> </ul> <p><b>e. Déficits vitamínicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficit de vitaminas (ej. B1, B6, B12)</li> <li>• Déficit de folatos</li> </ul> <p><b>f. Porfiria</b></p> <p><b>g. Otras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hiper-hiponatremia</li> <li>• Trastornos hematológicos</li> </ul> <p><b>9. TRASTORNOS INFLAMATORIOS CRÓNICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lupus eritematosos sistémico</li> <li>• Otras colagenopatías</li> </ul>
---	--

## Anexo 27

**Características y diferencias de los distintos IACH<sup>E</sup> (donepezilo, rivastigmina, galantamina) y memantina (Adaptada de la Guía de atención al paciente con demencia en Atención Primaria. Sacyl, 2007)**

Característica	Donepezilo	Rivastigmina	Galantamina	Memantina
Vida media	70 h	De 1-2 a 10 h	7-8 h	3-8 h
Metabolización	Hepática	Periférica	Hepática	Renal
Dosis inicial	5mg/24h	1,5mg/12h	4mg/12h	2,5mg/12h
Mantenimiento Máxima	10mg/24h	6mg/12h 4,5-6mg/12h	8mg/12h 12mg/12h	10mg/12h
Nombre comercial	Aricept	Exelon Prometax	Reminyl	Axura Ebixa
Presentaciones	Comprimidos 5mg Comprimidos 10 mg	Cápsulas 1,5mg Cápsulas 3mg Cápsulas 4,5mg Cápsulas 6mg Solución 2mg/ml Parche transdérmico 4,6mg/24h Parche transdérmico 9,5mg/24h	Cápsulas 8mg Cápsulas 16mg Cápsulas 24mg Comprimidos 4mg Comprimidos 8mg Comprimidos 12mg Solución 4mg/ml	Comprimidos 10mg Comprimidos 20mg Gotas 10mg/g
Aumento de dosis	Valorar tras 4 semanas de la dosis inicial	Valorar tras 2 semanas de la dosis inicial	Valorar cada 4 semanas el ascenso de dosis	Valoración semanal las tres primeras semanas de tratamiento hasta llegar a dosis de mantenimiento
Efectos secundarios - colinérgicos - hepáticos	Nauseas, vómitos, diarrea, anorexia y pérdida de peso 3-9% 0%	Nauseas, vómitos, diarrea, anorexia y pérdida de peso 35% 0%	Nauseas, vómitos, diarrea, anorexia y pérdida de peso 5% 0%	Alucinaciones, confusión, vértigo, fatiga, dolor de cabeza, psicosis
Abandonos	1-3%	No se citan	No se citan	No se citan
Precauciones	Asma/EPOC Bradicardia	Úlcus gastro-duodenal activo, Enfermedad del seno, retención urinaria	Asma/EPOC Intervenciones quirúrgicas	Insuficiencia renal moderada, epilepsia, insuficiencia cardiaca III- IV, infarto miocárdico reciente
Contraindicado	Úlcus gastro-duodenal activo, Enfermedad del seno, retención urinaria	Insuficiencia hepática grave	Insuficiencia hepática o renal grave Enfermedad del seno	Riesgo de psicosis si se administra con: Dextrometorfano Amantadina Fenitoína L-Dopa Reduce el efecto de: Neurolepticos, Baclofeno, Cimetidina, Ranitidina, Nicotina
Interacciones farmacológicas	Ketoconazol, Itraconazol Fluoxetina Rifampicina Fenitoína Carbamazepina Alcohol Betabloqueantes	No descritas	Atropina Betabloqueantes Digoxina Paroxetina Ketoconazol	
Relación con las comidas	Indiferente (habitualmente se administra por la noche)	Administrar con las comidas	Administrar con las comidas. Asegurar adecuada ingesta de líquidos	Indiferente
Controles analíticos	No necesarios	No necesarios	No necesarios	No necesarios



## ANEXO 28

### CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER INSTRUCCIONES PARA LOS ENTREVISTADORES<sup>51,52,53</sup>

El cuestionario de calidad de vida en la enfermedad de Alzheimer (QOL-AD) se administra a las personas con demencia en forma de entrevista siguiendo las instrucciones que se detallan a continuación.

**Entregue el formulario al/a la participante para que pueda ir mirándolo mientras le da las siguientes instrucciones (las instrucciones deben ajustarse al máximo al texto que aparece en negrita):**

Le voy a hacer unas preguntas sobre su calidad de vida y quiero que evalúe diferentes aspectos de su vida utilizando una de estas cuatro palabras: malo/a, regular, bueno/a o excelente.

**Señale cada una de las palabras (malo/a, regular, bueno/a y excelente) en el cuestionario a medida que las vaya diciendo.**

Cuando usted piensa en su vida, se tienen en cuenta diferentes aspectos como la salud física, la energía, la familia y la situación financiera, entre otros. Voy a pedirle que evalúe cada uno de ellos. Nos gustaría saber qué piensa de su situación actual en cada una de dichas áreas.

Si no está seguro/a del significado de una pregunta, puede preguntármelo a mí. Si le resulta difícil evaluar alguno de los elementos, responda lo que le parezca más aproximado.

**Por norma general, resulta evidente si una persona comprende las preguntas, y la mayoría de las personas con capacidad para comunicarse y responder a preguntas sencillas pueden entender el cuestionario. Si el/la participante responde lo mismo a todas las preguntas o dice algo que indique una falta de comprensión, el/la entrevistador/a deberá explicarle la pregunta. Sin embargo, el/la entrevistador/a no debe bajo ningún concepto sugerir una respuesta específica. Deberán presentarse las cuatro respuestas posibles y el/la participante tendrá que escoger una de ellas.**

**Si un/a participante es incapaz de escoger una respuesta para un determinado ítem o ítems, este hecho deberá apuntarse en los comentarios. Si el/la participante es incapaz de comprender y/o responder a dos o más ítems, podrá interrumpirse la entrevista y esto deberá hacerse constar en los comentarios.**

**A medida que vaya leyendo las preguntas que aparecen a continuación, pida al/a la participante que rodee con un círculo su respuesta. Si el/la participante tiene alguna dificultad para hacer el círculo, pídale que señale o diga la palabra y usted puede rodearla con un círculo por él/ella. Debe dejar que el/la participante tenga su propia copia del cuestionario y que lo vaya siguiendo a medida que usted vaya leyendo cada pregunta.**

1. En primer lugar, ¿qué piensa de su salud física? ¿Diría que es mala, regular, buena o excelente? Rodee con un círculo la palabra que mejor describa su salud física en estos momentos.
2. ¿Qué piensa de su nivel de energía? ¿Cree que es malo, regular, bueno o excelente? **Si el/la participante dice que algunos días son mejores que otros, pídale que evalúe cómo se ha sentido respecto a su nivel de energía la mayor parte del tiempo últimamente.**
3. ¿Cuál ha sido su estado de ánimo últimamente? ¿Se ha sentido animado/a o decaído/a? ¿Diría que su estado de ánimo es malo, regular, bueno o excelente?
4. ¿Y qué hay de sus condiciones de vida? ¿Qué piensa del lugar en el que vive actualmente? ¿Diría usted que sus condiciones de vida son malas, regulares, buenas o excelentes?
5. ¿Qué tal está su memoria? ¿Diría usted que es mala, regular, buena o excelente?
6. ¿Qué piensa de su familia y de la relación que mantiene con los miembros de su familia? ¿La describiría como mala, regular, buena o excelente? **Si el/la participante dice que no tiene familia, pregúntele por los hermanos/as, hijos/as y sobrinas/os.**

**7.** ¿Qué piensa de su matrimonio o de su relación personal más estrecha? ¿Cómo es su relación con (**nombre del cónyuge/persona con la que mantiene una relación personal estrecha**)? ¿Cree usted que es mala, regular, buena o excelente? **Algunos/as participantes serán solteros/as, viudos/as o divorciados/as. En tal caso, pregúntele qué piensa de la persona con la que mantiene la relación más estrecha, ya sea un familiar o un amigo/a. Si hay un familiar que lo/la cuida, pregúntele sobre la relación con esta persona. Si no hay ninguna persona que se ajuste a esta pregunta o el/la participante no está seguro/a, puntúe el ítem como no contestado. Si el/la participante evalúa su relación con una persona distinta a su cónyuge, hay que apuntarlo en el apartado de comentarios junto con la relación que mantiene con esa persona.**

**8.** ¿Cómo describiría su relación actual con sus amigos/as? ¿Diría usted que su vida social es mala, regular, buena o excelente? **Si el/la entrevistado/a responde que no tiene amigos/as o que todos sus amigos/as han muerto, hay que continuar preguntando.** ¿Aparte de su familia, hay alguna persona con la que le gusta estar? ¿Diría usted que esta persona es su amiga? **Si el/la participante sigue diciendo que no tiene amigos/as hay que preguntar:** ¿Qué le parece no tener amigos/as: es una situación mala, regular, buena o excelente?

**9.** ¿Como se siente consigo mismo/a? Cuando piensa en sí mismo/a de manera global y en los diferentes aspectos de su propia persona, ¿qué visión general tiene de sí mismo/a: mala, regular, buena o excelente?

**10.** ¿Qué piensa de su capacidad para realizar tareas en casa o cualquier otra cosa que tenga que hacer? ¿Diría usted que es mala, regular, buena o excelente?

**11.** ¿Qué piensa de su capacidad para hacer cosas por diversión y con las que disfruta? ¿Diría usted que es mala, regular, buena o excelente?

**12.** ¿Qué piensa de su situación actual en cuanto al dinero, es decir, de su situación financiera actual? ¿Cree usted que es mala, regular, buena o excelente? **Si el/la participante duda, hay que explicarle que usted no pretende saber cuál es su situación (es decir, la cantidad de dinero que tiene) sino solamente qué opina de su situación.**

**13.** ¿Cómo describiría su vida en general? Cuando piensa en su vida en conjunto, teniendo en cuenta todos los aspectos, ¿qué opina de su vida? ¿diría que es mala, regular, buena o excelente?

*INSTRUCCIONES PARA LA PUNTUACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER:*

**A cada ítem se le asignarán los puntos correspondientes según la respuesta: malo/a=1, regular=2, bueno/a=3, excelente=4.**

**La puntuación total se obtiene sumando los puntos de los 13 ítems.**

<b>El/la entrevistador/a deberá administrar el cuestionario siguiendo las instrucciones estándar.</b>					
<b>Rodee las respuestas con un círculo.</b>					
1.	Salud física	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
2.	Energía	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
3.	Estado de ánimo	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
4.	Condiciones de vida	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
5.	Memoria	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
6.	Familia	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
7.	Matrimonio / Relación personal estrecha	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
8.	Vida social (amistades)	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
9.	Visión general de sí mismo/a	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
10.	Capacidad para realizar tareas en casa	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente





11. Capacidad para hacer cosas por diversión	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
12. Situación financiera	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente
13. La vida en general	Malo/a	Regular	Bueno/a	Excelente



**ANEXO 29:**

**Estadaje evolutivo: FUNCTIONAL ASSESMENT STAGING (FAST)**  
(Reisberg, et. Al., 1985)

**1. Sin deterioro cognoscitivo**

**Diagnóstico clínico:** Normal

**Características en el Fast:** No se aprecian déficit objetivos ni subjetivos.

**Comentarios:** Las capacidades funcionales en las áreas, social o familiar permanecen intactas (como hace 5 ó 10 años).

**2. Deterioro cognoscitivo muy leve**

**Diagnóstico clínico:** Normal para su edad.

**Características en el Fast:** Verbaliza dificultades para encontrar las palabras adecuadas, para recordar la ubicación de objetos....

**Comentarios:**

- Se queja de dificultad para recordar citas, nombre, ubicación de objetos....., no evidentes para los familiares y compañeros de trabajo.
- No hay compromiso de su vida sociolaboral.

**3. Deterioro cognoscitivo leve**

**Diagnóstico clínico:** Deterioro límite

**Características en el Fast:** Hay deterioro del rendimiento laboral evidente para sus compañeros y dificultad par viajar a lugares desconocidos.

**Comentarios:**

- Por primera vez olvida citas importantes.
- Presenta dificultad para realizar tareas psicomotoras complejas.
- Conserva la capacidad de realizar las tareas rutinarias (compras, economía doméstica, viajes o lugares conocidos.)
- Abandona determinadas actividades sociales y ocupacionales, aunque los déficit en estas áreas pueden no ser evidentes durante mucho tiempo.
- Aunque clínicamente sutiles, estos síntomas pueden alterar la vida del enfermo, e incluso llevando a la consulta por primera vez.

**4. Déficit cognoscitivo moderado**

**Diagnostico clínico:** Enfermedad de Alzheimer leve.

**Características en el Fast:** Hay pérdida de la capacidad para realizar tareas complejas (compras, economía doméstica...)

**Comentarios:**

- Presenta dificultades en la realización de tareas complejas (financieras, organización de actividades domésticas ...)
- Olvida detalles importantes de su vida diaria.
- Mantiene su independencia ( es capaz de asearse, elegir su ropa, viajar a lugares conocidos...) En determinadas ocasiones (asuntos financieros) se observan déficits que alertan a la familia.

**5. Déficit cognoscitivo grave**

**Diagnóstico clínico:** Enfermedad de Alzheimer moderada.

**Características en el Fast:** Requiere asistencia en la elección de su ropa. Puede ser necesaria la ayuda para bañarse.

**Comentarios:**

- Requiere asistencia en las actividades económicas, elección de ropa(esteste último dato es patognomónico de ese estadio).
- Presentan dificultades par conducir automóviles, olvidan su baño..
- Aparecen trastornos emocionales, episodios de gritos, hiperactividad y trastornos del sueño.



#### 6. Déficit cognoscitivo grave

**Diagnóstico clínico:** enfermedad de Alzheimer moderadamente grave.

**Características en el Fast:**

- a) Hay dificultad para vestirse.
- b) Necesita asistencia para el baño: aparece miedo.
- c) Pierde capacidad para asearse.
- d) Incontinencia urinaria
- e) Incontinencia fecal.

**Comentarios:**

- Dificultad para calzarse. Abotonarse.
- Presenta inicialmente miedo al baño y más tarde es incapaz de bañarse.
- Olvida el aseo personal.
- A veces ocurre conjuntamente con el estadio 6c, pero lo más frecuente es que exista un periodo de meses entre ambos. No hay infecciones o patología genitourinaria acompañantes.
- La incontinencia resulta de la disminución de la capacidad cognoscitiva para responder adecuadamente a la urgencia miccional.
- Puede aparecer simultáneamente con el estadio anterior, y su causa es también la disminución de la capacidad cognoscitiva.
- En esta etapa la agresividad o la incontinencia urinaria pueden llevar al paciente a la institucionalización.

#### 7. Déficit cognoscitivo muy grave

**Diagnóstico clínico:** enfermedad de Alzheimer muy grave.

**Características en el Fast:**

- a) La capacidad de lenguaje se limita a un vocabulario máximo de seis palabras.
- b) El vocabulario es ininteligible y limitado a una única palabra.
- c) Hay pérdida de la capacidad para sentarse.
- d) Pierde la capacidad de sonreír
- e) Estupor y coma.

**Comentarios:**

- La pérdida del vocabulario marca la progresión de la demencia. La reticencia y la pobreza del lenguaje se ven ya en los estadios 4 y 5 de la escala de Deterioro Global. En el estadio 6 pierde la capacidad para complementar refranes y ahora el vocabulario se limita a frases cortas o a un reducido número de palabras.
- La última palabra que conserva varía de unos enfermos a otros: <sí>, <no>. Posteriormente, queda reducido a gruñidos o gritos.
- La corteza motora permanece intacta salvo en estadios finales. El deterioro cortical final explica la pérdida de la capacidad de ambulatoria en este estadio. En estadios precoces se observan alteraciones en la de ambulación. Estos leves trastornos psicomotores resultan en un deterioro cognoscitivo, más que de una destrucción del córtex motor *per se*.
- El inicio de la alteración de ambulatoria es variado (pasos pequeños y lentos, desplazamientos laterales...).
- Tras la pérdida de la capacidad deambulatoria se alteran otras funciones voluntarias motoras.
- Tras varios meses o años aparecen contracturas que quizá sean evitables por medios físicos.
- Tras la pérdida de la ambulación son capaces de sentarse sin ayuda.
- Varios meses después, pierden esta capacidad. Son todavía capaces de agarrarse
- Conservan la función oculomotora y parecen responder a los estímulos a los estímulos con movimientos oculares.
- Se conserva el reflejo de *grasping*.
- Se relacionan con el enlentecimiento electrofisiológico progresivo y el deterioro del metabolismo cerebral.
- La pasividad patológica reemplaza con frecuencia a la agitación temprana.



## ANEXO 30

### NPI<sup>67,68</sup> (Inventario Neuropsiquiátrico de Cummings)

Trastornos neuropsiquiátricos: multiplicar frecuencia por gravedad					
Trastorno	No Valorable (Marcar)	Frecuencia	Gravedad	Total (Frecuencia x Gravedad)	Molestia ( <i>distress</i> ) para el cuidador
Delirios		0 1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Alucinaciones		0 1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Agitación / Agresión		0 1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Depresión/disforia		0 1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Ansiedad		0 1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Euforia/júbilo		0 1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Apatía/indiferencia		0 1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Desinhibición		0 1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Irritabilidad/labilidad		0 1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Conducta motora sin finalidad		0 1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Sueño / conductas nocturnas		0 1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Apetito y hábitos alimenticios		0 1 2 3 4	1 2 3		0 1 2 3 4 5
Puntuación total (sumar)					

### Significado de los valores

Frecuencia	Gravedad	Molestia ( <i>distress</i> ) para el cuidador
0 = <i>Ausente</i>	1 = <i>Leve</i> (provoca poca molestia al paciente)	0 = No provoca
1 = <i>Ocasionalmente</i> (menos de una vez por semana)	2 = <i>Moderada</i> (más molesto para el paciente, pero puede ser redirigido por el cuidador)	1 = Mínimo
2 = <i>A menudo</i> (alrededor de una vez por semana)	3 = <i>Grave</i> (muy molesto para el paciente, y difícil de redirigir)	2 = Leve
3 = <i>Frecuentemente</i> (varias veces por semana, pero no a diario)		3 = Moderado
4 = <i>Muy frecuentemente</i> (a diario o continuamente)		4 = Moderado – grave
		5 = Muy grave o extremo

**VALORAR AL PACIENTE EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS.**

**SE OBTIENEN DOS PUNTUACIONES FINALES: FRECUENCIAS X GRAVEDAD Y MALESTAR**

**NO TIENE UN PUNTO DE CORTE. ES ÚTIL PARA EL SEGUIMIENTO SISTEMÁTICO DE ALTERACIONES NEUROPSIQUIÁTRICAS EN LA DEMENCIA.**



## ANEXO 31

<b>NHO. Medical guidelines for determining prognosis in dementia</b>	
Situación funcional	<p>Los pacientes definidos con estos criterios pueden vivir más de 2 años Estadio 7 según la escala FAST</p> <p>Todas las características siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapacidad para vestirse sin ayuda</li> <li>• Incapacidad para bañarse adecuadamente</li> <li>• Incontinencia urinaria y fecal</li> <li>• Sin comunicación verbal inteligible</li> <li>• Incapacidad de caminar sin ayuda</li> </ul>
Presencia de complicaciones médicas	<p>Comorbilidad importante (tratamiento médico en el último año)</p> <p>Comorbilidad asociada a la demencia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neumonía aspirativa</li> <li>• Pielonefritis u otra infección del tracto urinario superior</li> <li>• Septicemia</li> <li>• Úlceras por presión múltiples grados III-IV</li> <li>• Disfagia o rechazo de la ingesta que impide una adecuada nutrición (alimentación enteral = mal estado nutricional)</li> </ul>

## **ANEXO 32**

### **PROBLEMAS MÉDICOS MÁS FRECUENTES EN LOS PACIENTES CON DEMENCIA AVANZADA:**

#### **1. CAÍDAS Y FRACTURAS**

La incidencia de caídas en estos pacientes es del 40-80% y son aproximadamente el doble de frecuentes que en sujetos cognitivamente normales. Los pacientes con demencia que presentan una caída tienen además mayor riesgo de lesiones graves: la incidencia anual de fracturas en estos pacientes es de aproximadamente 7%, que es 1,5 – 3 veces mayor que en ancianos con caídas sin demencia. El pronóstico tras la caída es peor en pacientes con demencia: tienen menos probabilidad de recobrar su situación previa, tienen aproximadamente cinco veces mayor de probabilidad de ser institucionalizados y la mortalidad en un año tras la fractura de cadera es tres veces mayor que en los ancianos sin demencia.

Los principales factores que se asocian al riesgo de caídas en pacientes con deterioro cognitivo son: trastornos de la marcha e inestabilidad postural asociado a la demencia, empleo de psicofármacos, hipotensión ortostática, hipersensibilidad del seno carotídeo y factores ambientales.

#### **2. INFECCIONES**

Las infecciones intercurrentes son casi inevitables en estas fases de la enfermedad, son frecuentes las infecciones urinarias y de úlceras por presión y, sobre todo, las neumonías que son la causa de mortalidad más frecuente en estos enfermos. Los factores que predisponen al desarrollo de neumonías son las aspiraciones, colonización orofaríngea, comorbilidad, uso de sonda nasogástrica, malnutrición, institucionalización o ingreso hospitalario.

Las neumonías de repetición son la norma, debido a la persistencia de los factores predisponentes por lo que el tratamiento antibiótico cada vez es menos efectivo debido a la aparición de cepas de gérmenes resistentes.

El tratamiento de las infecciones en las fases más avanzadas, crea con frecuencia problemas éticos pues el paciente puede necesitar hospitalización y aplicación de medidas agresivas (antibióticos parenterales, sujeción mecánica, ...), que en ocasiones no compensan los posibles beneficios.

#### **3. ÚLCERAS POR PRESIÓN**

Estos pacientes son un grupo especial de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión (UPP).

Es importante fomentar desde fases tempranas las medidas de prevención de UPP: colchones antiescaras, cambios posturales, medidas nutricionales e hidratación de la piel. En los estadios finales de la enfermedad se debe considerar la cura paliativa de las UPP, evitando realizar maniobras quirúrgicas de desbridamiento que sólo pueden aumentar el dolor del paciente. Los objetivos del tratamiento deben centrarse en evitar las complicaciones, fundamentalmente el dolor y el olor. Para ello, pueden utilizarse soluciones viscosas de lidocaína al 2-4% y antibióticos tópicos (metronidazol o clindamicina).

#### **4. MALNUTRICIÓN**

Es frecuente encontrar problemas nutricionales como, trastornos de la conducta alimentaria y pérdida de peso en todos los pacientes con demencia, independientemente del tipo que sea. Esto es de gran importancia puesto que la pérdida de peso se asocia a reducción de la masa muscular, y en consecuencia mayor riesgo de caídas, aparición de úlceras por presión, más riesgo de infecciones, pérdida de autonomía y deterioro de la calidad de vida del paciente y de sus cuidadores.

La pérdida de peso en la enfermedad de Alzheimer aparece desde el inicio de la enfermedad, aunque es más evidente en las fases más avanzadas.



## **5. DOLOR**

El diagnóstico de dolor en los pacientes con demencia avanzada siempre es un reto para los equipos asistenciales, pues la no comunicación verbal del padecimiento del dolor es la principal causa de infradiagnóstico e infratratamiento en estos pacientes. Las patologías que pueden originarlo son múltiples: úlceras por presión, fecaloma, rigidez intensa por inmovilización, problemas osteomusculares..

El Panel de expertos en el manejo del dolor crónico en personas mayores de la Sociedad Americana de Geriátría (SAG) recomienda iniciar el estudio diagnóstico con la pregunta directa al paciente sobre la existencia de dolor e intensidad si es posible. Es necesario adecuar las instrucciones y los mensajes al nivel de deterioro cognitivo y obtener información de los cuidadores (NE III/ GR B). Incluso en el caso de pacientes con demencias avanzadas es posible obtener referencias directas sobre el dolor, llegando en algunas series a dos de cada tres pacientes diagnosticados de esta forma.

La SAG establece 6 categorías de indicadores de dolor en estos pacientes : expresiones faciales (muecas, entrecejo fruncido, distorsiones faciales, etc.), verbalizaciones y vocalizaciones ( gritos, suspiros, lamento, etc.), movimientos corporales ( rigidez, actitud defensiva ..etc.), cambio en las interacciones personales (agresividad, resistencia a los cuidados), cambio en los patrones de actividad y rutinas (sueño, descanso..etc.), y cambios en el estado mental (confusión, irritabilidad, etc.). Se recomienda con un (NE II/GRA), que se observen posibles alteraciones del comportamiento en relación con las movilizaciones (aseo, transferencias, etc.) del paciente, así como que se tenga en cuenta el dolor como posible causa de cambios bruscos de comportamiento. También debe observarse al paciente en reposo. Si estas alteraciones están presentes se debe considerar la estrategia de movilización y, según el caso, el uso adecuado de analgesia. Una adecuada aproximación diagnóstica es requisito indispensable para el adecuado tratamiento del dolor en el paciente con demencia severa, aspecto clave en la calidad de los cuidados y en la calidad de vida de estos pacientes.

### Abreviaturas:

AAN	Academia Americana de Neurología
ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria
ACV	Accidente Cerebro-Vascular
AE	Atención especializada
AIVD	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
APA	Asociación Americana de Psiquiatría
APOE	Apolipoproteína E
BDZ	Benzodiacepinas
BPC	Buena Práctica Clínica
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
DAT-SPECT	Marcador de proteína transportadora de dopamina
DCL	Demencia con Cuerpos de Lewy
DSM	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
DSTA	Demencia Senil Tipo Alzheimer
DTS y AS	Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales
EA	Enfermedad de Alzheimer
EAD	Escala de Ansiedad y Depresión
EEG	ElectroEncefaloGrama
ECJ	Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
ECV	Enfermedad CardioVascular
EKG	ElectroCardioGrama
FAST	Escala de clasificación para la evaluación de función
GDS	Escala de deterioro global
GENCD-SEN	Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta de la Sociedad Española de Neurología
GR	Grado de Recomendación
IAC	Inhibidores de la AcetilColinesterasa
ISRS	Inhibidores de la Recaptación de Serotonina
L	Ley
LCR	Líquido Cefalorraquídeo
LEC	Ley de Enjuiciamiento Civil
LED	Limitación de Esfuerzo Diagnóstico
LET	Limitación de Esfuerzo Terapéutico
MEC	Mini Examen Cognoscitivo
M. Familia	Médico de familia
MMSE	Test minimal
NANDA	Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería)
NE	Nivel de Evidencia
NHO	National Hospice Organization
NIC	Clasificación de Intervenciones de Enfermería
NL	Neurolépticos
NMDA	Memantina
NOC	Clasificación de Resultados de Enfermería
NPI	Inventario NeuroPsiquiátrico de Cummings
PAPPS	Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud
PET	Tomografía por Emisión de Positrones
PF	Patrones Funcionales
RM	Resonancia Magnética
Rx	Radiografía
Sacyl	Sanidad de Castilla y León
SCPD	Síntomas Conductuales y Psicológicos de la Demencia
SEGG	Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología
SEN	Sociedad Española de Neurología
SEPG	Sociedad Española de PsicoGeriatría
SPECT	Tomografía por emisión de fotón único
TAC	Tomografía Axial Computarizada
TF	Farmacológico
TNF	Tratamiento No Farmacológico
T. Social	Trabajador social
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VSG	Velocidad de Sedimentación Globular

