



**integrando la
Innovación**

X Congreso Nacional de
ALZHEIMER
GIJÓN. 8, 9, 10 y 11 /NOV/ 2023

“NECESIDADES DEL SISTEMA SANITARIO PARA ATENDER LAS DEMANDAS DE LA DEMENCIA”



Dr. Guzmán Tamame González

Médico Geriatra

guzman.tamame@jcyL.es

Gijón, 9 de junio de 2023

NECESIDADES Y DEMANDAS DE LAS PERSONAS CON DEMENCIA Y DE SUS FAMILIARES

La visión del geriatra

- I. Algo sobre Geriatría
- II. La demencia como Gran Síndrome Geriátrico
- III. **Necesidades:**
 - A. Diagnóstico
 - B. Tratamiento
 - C. Prevención
 - D. Asistencia:
 - ✓ El sistema sanitario: luces y sombras
 - ✓ La atención residencial también existe
 - ✓ AFAs, familiares, cuidadores y voluntarios





integrando la
Innovación

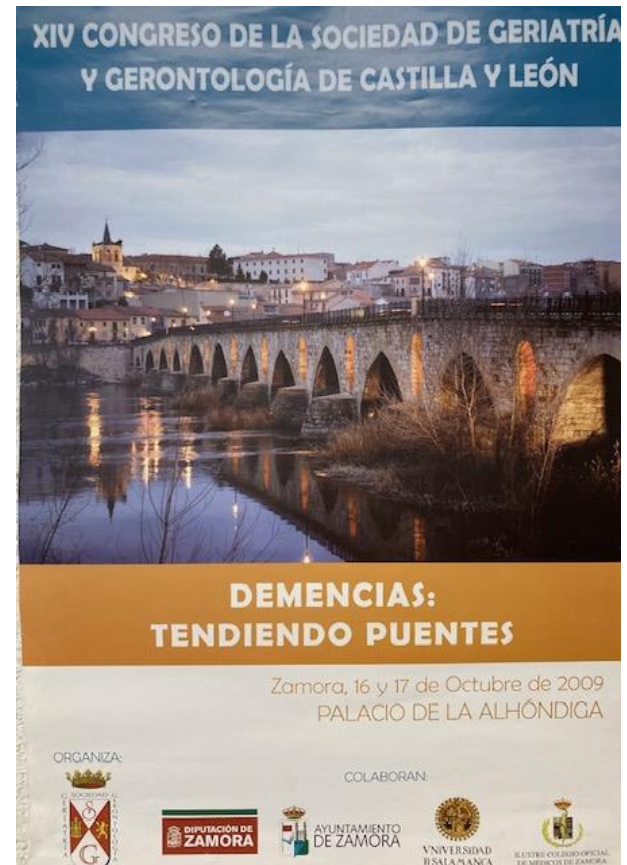


integrando la
Innovación



PEPA

PANEL DE EXPERTOS DE PERSONAS CON ALZHEIMER





integrando la
Innovación



Sociedad Española
de Geriatría y Gerontología

ANIVERSARIO
75 SEGG
1948-2023

ACTUALIDAD SEGG

INSTITUCIONAL

PARTICIPACIÓN

FORMACIÓN

PUBLICACIONES

ACREDITACIÓN

CIUDADANÍA

SOCIOS/AS



*DISEÑANDO UN NUEVO FUTURO,
CONSTRUYENDO REDES, TRABAJANDO JUNTOS*

64 CONGRESO
S E G G
44 CONGRESO
S A G G
26 a 28 de Junio
2024 Málaga



CURSO ONLINE

VacSenior
2ª EDICIÓN



integrando la
Innovación



*Grupos de
Trabajo y
participación*



integrando la
Innovación



Sociedad Española
de Geriatria y Gerontología



ACTUALIDAD SEGG

INSTITUCIONAL

PARTICIPACIÓN

FORMACIÓN

PUBLICACIONES

ACREDITACIÓN

CIUDADANÍA

SOCIOS/AS

NOTICIA SEGG

Grupo de Demencias SEGG

17 DE ENERO DE 2017



El Grupo de Demencias de la SEGG ha publicado y actualizado el Documento sobre "Demencia severa, avanzada y cuidados paliativos" y que incluye los artículos originales de la reunión que celebró el grupo en otoño del 2012 coordinada por los Dres. Enrique Arriola Manchola y Carlos Fernández Viadero.

Sus autores han realizado un excelente trabajo recopilando en 7 capítulos el abordaje integral de la Demencia e incluyendo los últimos avances.

El documento con todas las ponencias de la reunión podrán consultarlo en la web de la SEGG.

Desde la SEGG, hemos de resaltar y agradecer, una vez más, el excelente trabajo que viene realizando el Grupo de Demencias de la SEGG y sobre todo el compromiso profesional de todos los miembros del grupo que con sus aportaciones en los diferentes

temas de discusión y actualización están siendo referenciados en los ámbitos científicos nacionales e internacionales.

Ir al grupo de trabajo de Demencias



ACCEDE A LOS
WEBINAR
SEGG



PORTAL DE FORMACIÓN

ESTRATEGIAS PARA PREVENIR EL DELIRIUM





integrando la
Innovación

RECOMENDACIONES
DE **VACUNACIÓN** PARA
ADULTOS Y MAYORES

2022-2023



Sociedad Española
de Geriatría y Gerontología

*Las vacunas protegen tu salud
y la de los que te rodean*



Geriatría

“Rama de la medicina que estudia los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales en la salud y en las enfermedades de las personas mayores”

Comisión Nacional de la Especialidad (1978)



Valoración Geriátrica



- Es la “herramienta” de la Geriátrica
- *“Proceso de diagnóstico **multidimensional e interdisciplinario**, para **cuantificar las capacidades y problemas médicos, funcionales y psicosociales** de una persona mayor, con el fin de establecer un **plan de tratamiento y seguimiento a largo plazo**”*
- Es el método idóneo para establecer un **plan de cuidados individualizado** en cada momento de la enfermedad
- Es la clave de la **colaboración y sinergias** con otras especialidades médicas

Grandes síndromes geriátricos (I)

- Forma frecuente de **presentación** de las enfermedades en PP.MM.
- Originados por la **conurrencia** de varias enfermedades
- Afectan a **varios órganos, aparatos y sistemas** corporales
- Están **relacionados** entre sí
- Tienen una gran **repercusión funcional**
- *Determinan que las PP.MM. sean más **vulnerables** a enfermedades*
- *Si no se interviene, abocan a una situación de **fragilidad***
- Habitualmente **no los estudian las especialidades de “órgano”**
- Sí los valora la **Geriatría** como especialidad **holística**
- La **demencia** es *paradigma de un **Gran Síndrome Geriátrico***

Grandes síndromes geriátricos (II)

1. Úlceras presión
2. Inestabilidad
3. Caídas
4. Anorexia
5. Adoncia
6. Disfagia
7. Malnutrición
8. Insuf. cardíaca
9. Inmovilismo
10. Estreñimiento
11. Incontinencia
12. Insomnio
13. Depresión
14. **Demencia**
15. Delirium
16. Det. visual
17. Det. auditivo
18. Polifarmacia
19. Fragilidad
20. Osteosarcopenia



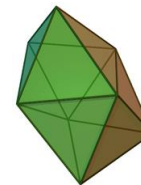
Grandes síndromes geriátricos (III)





CONCEPTOS ACTUALES

- DSM-V:
 - “Trastorno neurocognitivo mayor, con evidencia de un **declive cognitivo significativo comparado con el nivel previo** de rendimiento en **uno o más dominios cognitivos, crónico, global y habitualmente irreversible**”
 - Terminología: **DCL** sustituido por **Trastorno Neurocognitivo Menor** y **Demencia** por **Trastorno Neurocognitivo Mayor**
- En la práctica geriátrica:
 - Grupo de enfermedades que producen una pérdida de las funciones intelectuales superiores que *afectan al desempeño de las AVD*
 - Es una *compleja enfermedad poliédrica* en su forma de presentación y en el abordaje diagnóstico, terapéutico y asistencial



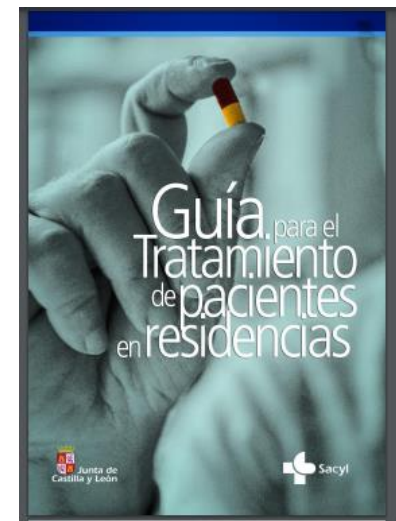
OBJETIVOS DE LA ASISTENCIA

- I. **Combinar las TF con TNF, estimulando y reforzando las capacidades existentes**
- II. **Retardar la evolución de la demencia**
- III. **Favorecer la permanencia en su entorno**
- IV. **Retrasar o evitar la institucionalización**
- V. **Mejorar la calidad de vida**



DIANAS DEL TRATAMIENTO

- I. Síntomas cognitivos
- II. SPCD
- III. Comorbilidad orgánica y psíquica
- IV. Grandes Síndromes Geriátricos
- V. Delirium superpuesto a demencia



Criterios STOPP-START

Screening Tool of Older Person's
potentially inappropriate Prescriptions

Screening Tool to Alert doctors
to the Right Treatment



Publicacion 2008, realizada en Irlanda.

Auspiciada por la **European Union Geriatric Medicine Society**

CONSENSO DE EXPERTOS en geriatría, farmacología, AP, MInt...

Mayoría de las afirmaciones del STOPP → interacciones fármaco-fármaco o fármaco-enfermedad de relevancia clínica.

Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 2008;46: 72-83.

Revista Española de Geriatría y Gerontología 58 (2023) 101407



Revista Española de Geriatría y Gerontología

www.elsevier.es/regg



REVISIÓN

Versión en español de los criterios STOPP/START 3. Avances en la detección de la prescripción inapropiada de medicamentos en personas mayores



Eva Delgado-Silveira^{a,*}, María Dolores Molina Mendoza^a, Beatriz Montero-Errasquín^b,
María Muñoz García^a, Erick Arturo Rodríguez Espeso^b, Manuel Vélez-Díaz-Pallarés^a
y Alfonso José Cruz-Jentoft^b



REVISIÓN

Criterios CHROME para la acreditación de centros libres de sujeciones químicas y para una prescripción de psicofármacos de calidad

Javier Olazarán-Rodríguez, Jorge López-Álvarez, Luis F. Agüera-Ortiz, Jesús M. López-Arrieta, Juan L. Beltrán-Aguirre, Pilar García-García, Ana Rigueira-García, Manuel Martín-Carrasco, Domingo J. Quintana-Hernández, Ruben Muñiz-Schwochert

LA PREVENCIÓN

Comenzar en la infancia

Mantenerse toda la vida

Nunca es tarde



PILARES BÁSICOS

NUTRICIÓN

EJERCICIO

VACUNAS





RECOMENDACIONES GENERALES

Diagnosticar y tratar enfermedades: HTA, DM e hipercolesterolemia

Reducir el sobrepeso, el consumo de grasas y aumentar el de pescado

No fumar

No beber más de un vaso de vino tinto al día

Vacunarse

Hacer ejercicio físico

Fomentar la estimulación mental

Promover la socialización

LA NUTRICIÓN

PIRÁMIDE DE LA Dieta Mediterránea actual



¹ Según datos de la Fundación Dieta Mediterránea

CLARA.es

LOS SUPLEMENTOS NUTRICIONALES

Para **retrasar el avance de la enfermedad y contrarrestar los efectos de la pérdida de sinapsis** a través de ciertos **nutrientes clave**:

- **Ácidos grasos omega-3** (EPA y DHA).
- **Colina.**
- **Uridina.**
- **Vitaminas del grupo B:** mejoran la memoria y el resto de funciones cognitivas.
- **Vitaminas C y E:** función antioxidante y cofactores en la formación de las neuronas.
- **Selenio:** es importante para el funcionamiento y la plasticidad sináptica.

EL EJERCICIO FÍSICO MULTICOMPONENTE



Entrenamiento de fuerza o resistencia, en el que se ejercitan los músculos.



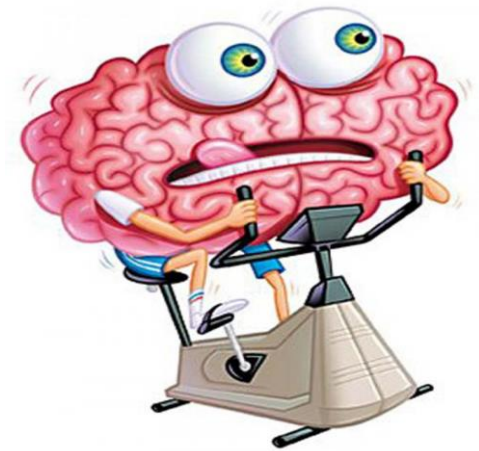
Entrenamiento aeróbico, que mejora el sistema respiratorio y cardiovascular.



Entrenamiento propioceptivo, que refuerza el equilibrio.



Entrenamiento de flexibilidad, que mejora la elasticidad de los músculos y la amplitud de movimiento.





LAS VACUNAS

VACUNACIÓN	EDAD																
	Pre-natal	0 meses	2 meses	4 meses	6 meses	11 meses	12 meses	15 meses	3-4 años	5 años	6 años	12 años	14 años	15-18 años	19-64 años	≥65 años	
Poliomielitis			VPI	VPI		VPI					VPI ⁽¹⁾						
Difteria, tétanos, tosferina	dTpa ⁽²⁾		DTPa	DTPa		DTPa					dTpa/ DTPa ⁽²⁾		Td		Td ⁽²⁾	Td	
Haemophilus influenzae b			Hib	Hib		Hib											
Sarampión, rubeola, parotiditis							TV		TV				TV ⁽³⁾				
Hepatitis B⁽⁴⁾		HB	HB	HB		HB		HB									
Enfermedad meningocócica⁽⁵⁾			MenB	MenB MenC			MenB MenC					MenACWY		MenACWY			
Varicela								VVZ	VVZ	VVZ ⁽⁶⁾							
Virus del Papiloma Humano⁽⁷⁾												VPH	VPH				
Enfermedad neumocócica⁽⁸⁾			VNC	VNC		VNC										VN	
Herpes Zóster⁽⁹⁾																	HZ
Gripe⁽¹⁰⁾	gripe				gripe anual												gripe anual

Calendario aprobado por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del SNS el 17 de noviembre de 2022

Color Administración sistemática

Con Mayas Administración en personas susceptibles o no vacunadas con anterioridad



La demencia en España: evolución desigual entre las necesidades de los pacientes y la oferta asistencial desde la geriatría

Pedro Gil, José Regidor, Enrique Arriola, José Augusto García e Isidoro Ruipérez
Revista de Calidad Asistencial, vol 22, número 5, septiembre de 2007, pags. 234-232

Conclusiones: La **atención especializada de la demencia** en España presenta una **alta heterogeneidad entre los centros**, lo que implica una **variabilidad importante de la calidad asistencial** que reciben los pacientes con demencias.

<http://dx.doi.org/10.1185/030079905X65402>



Estudio MapEA

Rev Esp Geriatr Gerontol. 2018;53(1):26–37



Revista Española de Geriatria y Gerontología

www.elsevier.es/regg



ARTICULO ESPECIAL

Mapa de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en España.
Proyecto MapEA



Pablo Martínez-Lage^{a,*}, Manuel Martín-Carrasco^{b,c}, Enrique Arrieta^{d,e}, Jesús Rodrigo^f y Francesc Formiga^{c,g,h}

Introducción (I)

- El **aumento de la esperanza de vida** y el **progresivo envejecimiento de la población** determinan un **incremento muy significativo del número de personas con demencia**.
- España se enfrenta a un **reto de preocupantes dimensiones sociosanitarias** en las próximas décadas.
- El proyecto **«Mapa de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en España» (MapEA)** pretende **analizar el estado actual de las herramientas de planificación y organización, actividades de prevención y detección temprana, proceso asistencial y recursos específicos** disponibles en las CC.AA. para la **atención y el cuidado** de las personas con deterioro cognitivo y demencia, con el objeto de **identificar las áreas de mejora y emitir recomendaciones**.

Introducción (II)

- **OMS:** 48 millones de casos en el mundo / cada año 8 millones de casos nuevos
- **España:** 800.000 casos (60-80% EA)
- Repercusión en la vida de 3,5 millones personas / **una de cada 4 familias**
- La **pérdida progresiva de la autonomía para AAVD, AIVD Y ABVD** determina **altos niveles de dependencia y costes elevados**
- **Problemas médicos, sociales y económicos en familiares y cuidadores**
- El 13 de abril de 2016 el Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó la primera **"Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de salud"**

Metodología

- El **grupo de trabajo** estuvo formado por un Comité Asesor Nacional de 5 expertos y los correspondientes Comités de Expertos de cada CC.AA. constituidos por profesionales de la **Neurología, Geriatria, Psiquiatria y Atención Primaria, y representantes de las AFAs.**
- Se llevaron a cabo reuniones de cada comité local en las que **se revisó la situación actual de la atención** de acuerdo con el cuestionario guía elaborado por el **Comité Asesor.**

Resultados (I)

- Planes específicos:
 - Gran variabilidad y diferente nivel de aplicación
 - Nivel de implantación y actualización bastante limitado
- Recursos específicos abordaje integral:
 - **Unidades de Memoria** con dedicación completa: **6** en España
 - **Consultas monográficas de Deterioro Cognitivo** con dedicación parcial: **116**
 - **305 AFAs, 6 Asociaciones Uniprovinciales y 13 Federaciones Autonómicas (PAF, CD y residencias)**

Resultados (II)

- Actividades de detección y prevención temprana:
 - En líneas generales **no existen actividades o programas específicos de prevención**
 - Hay algunas iniciativas de investigación en **prevención secundaria**
 - Las escasas **actividades preventivas** de carácter puntual se impulsan desde **atención primaria** o desde **los servicios sociales**
 - Se considera de gran importancia la implantación de estrategias de **cribado con pruebas cognitivas breves**

Resultados (III)

- Proceso asistencial de los pacientes:
 - Hay una **gran variabilidad entre CC.AA. y distintas rutas asistenciales** para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento
 - Gracias a la **creciente concienciación social** está mejorando la **detección temprana de síntomas** y con ello el **proceso de diagnóstico**
 - **El papel del MAP es fundamental** para el diagnóstico y el estudio inicial y la remisión a la consulta especializada
 - La **disponibilidad de pruebas diagnósticas es muy desigual**
 - **Ausencia de profesionales de la neuropsicología**
 - El **tratamiento farmacológico** necesita un **visado periódico** en todas las CC.AA.

Resultados (IV)

- Servicios Sociales (SS):
 - Las **TNF** no dependen del sistema público de salud por lo que se imparten en **centros de S.S., centros privados y AFAs**
 - Destaca el papel de los S.S. en la mayoría de las CC.AA. en el **seguimiento, la valoración de las necesidades sociales del paciente y cuidador y asesoramiento de los recursos disponibles**
 - Es necesario **mejorar la coordinación entre los niveles asistenciales sanitarios y sociales**

Resultados (V)

- Etapas finales:
 - Para la última etapa de la enfermedad en líneas generales **no existe un programa de cuidados paliativos específicos** para pacientes con demencia y en la mayor parte de las CC.AA. son realizados por equipos de soporte de atención domiciliaria (SAD)
 - La opinión unánime de las AFAs de las 17 CC.AA:

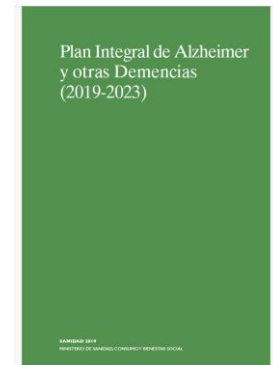
LA DISPONIBILIDAD DE RECURSOS SE CONSIDERA ESCASA Y EL GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS MISMOS BAJO

Conclusiones (I)

- En los últimos años: **mejora en el diagnóstico y seguimiento**, aunque existe un **gran margen de mejora**
- En España se dan las **condiciones necesarias de disponibilidad de profesionales implicados y capacitados** y de **existencia de potenciales recursos diagnósticos y asistenciales**
- Para encarar este margen de mejora se propuso la aprobación y el desarrollo de un **Plan Nacional de Alzheimer** respaldado por un compromiso político veraz
- Hay un **llamamiento del Parlamento Europeo de la Comisión Europea y de la OMS** instado a sus países miembros para declarar las demencias en general y el Alzheimer en particular, como una **prioridad sociosanitaria de primer orden** y a elaborar **planes o estrategias específicos** para la enfermedad

Conclusiones (II)

- El **Grupo Estatal de Demencias** ha diseñado el **Plan Nacional de Alzheimer de España** sobre **cuatro ejes**:
 - 1) Concienciación, sensibilización y transformación del entorno
 - 2) Prevención, diagnóstico y tratamiento
 - 3) Atención al cuidador y al familiar
 - 4) Investigación y conocimiento
- El estudio MapEA ha puesto de manifiesto la **insatisfacción entre los profesionales expertos en la enfermedad y los propios usuarios con la implementación y los resultados del Plan**



Conclusiones (III)

- Es muy llamativa la **ausencia de verdaderas unidades especializadas de diagnóstico y tratamiento** dentro de la red pública de atención sociosanitaria
- **Poca atención** a la puesta en marcha de **programas de formación específica**
- **No se llevan a cabo actividades de prevención ni de detección temprana**
- Recomendación de la creación de **equipos multidisciplinares en Unidades de Memoria o Consultas monográficas**

Conclusiones (IV)

- **Utilización escasa de nuevas pruebas diagnósticas** de biomarcadores tanto de neuroimagen como en líquido cefalorraquídeo
- **Planificación terapéutica que establezca las TF y TNF individualizadas y tempranas** considerando al paciente, al cuidador, a los profesionales sanitarios y los recursos sociosanitarios apropiados incluyendo los aportados desde la AFAs
- Facilitar el acceso **al tratamiento farmacológico y potenciar las TNF**
- Mejorar y potenciar los **cuidados específicos en las fases de demencia avanzada** incluyendo los **cuidados paliativos** y las medidas relativas al **asesoramiento en la toma de decisiones** en las fases más graves y al final de la vida



Conclusiones (V)

- Los resultados del estudio MapEA nos muestran que:

**EXISTE UN AMPLIO MARGEN DE MEJORA EN EL DIAGNÓSTICO Y ATENCIÓN DE
LOS PACIENTES CON DEMENCIA EN ESPAÑA**

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2017.07.006>
www.proyectomapea.es

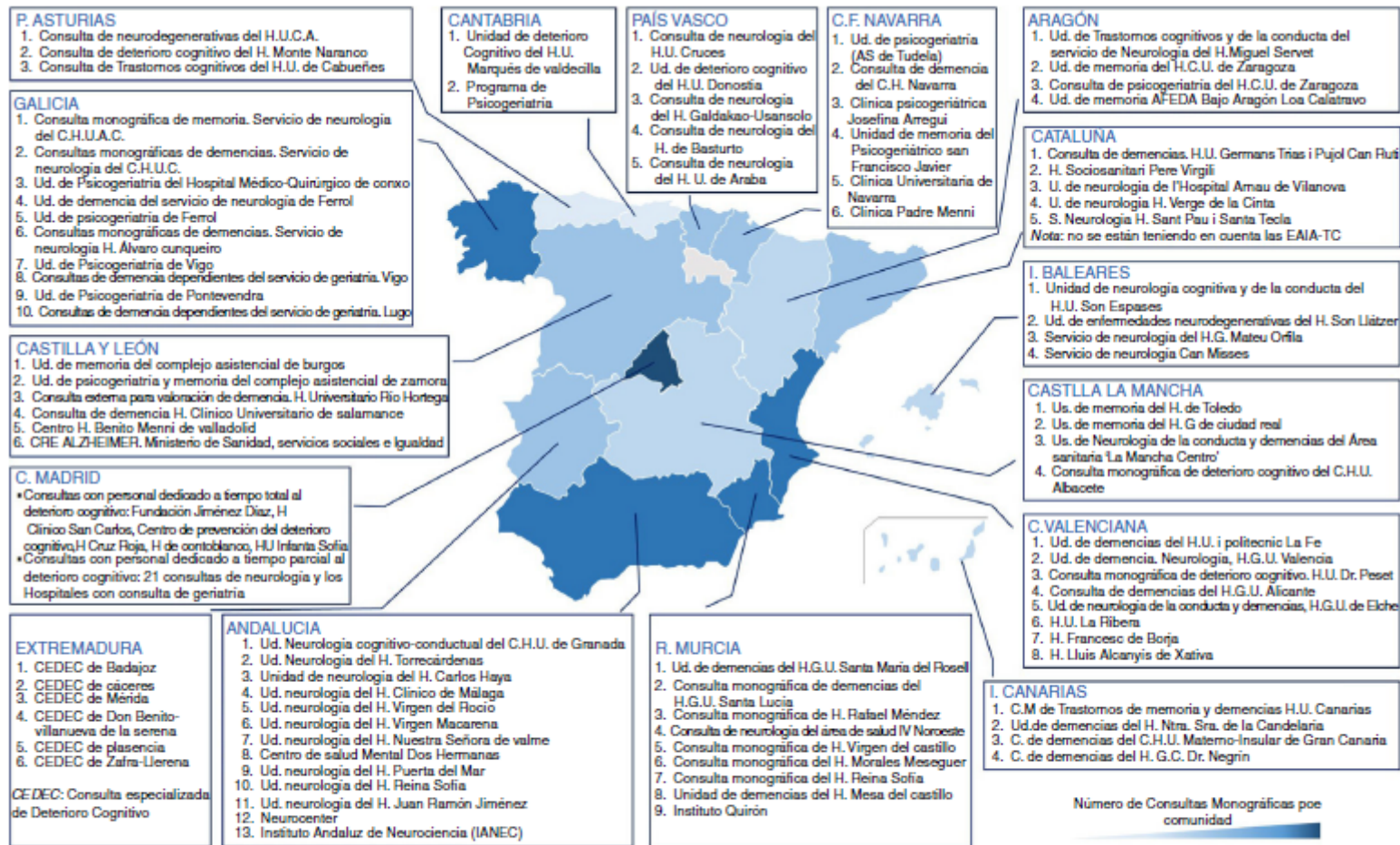


Figura 1. Mapas de la distribución de las Unidades de Memoria, Consultas Monográficas de Demencia y AFA. A) Unidades de Memoria existentes por comunidad autónoma. B) Consultas Monográficas existentes por comunidad autónoma. C) Equipos de Evaluación Integral Ambulatoria de los trastornos cognitivos (EAIA-TC) de Cataluña. D) Asociaciones de Familiares de personas con Alzheimer y otras demencias.

P. ASTURIAS

1. Consulta de neurodegenerativas del H.U.C.A.
2. Consulta de deterioro cognitivo del H. Monte Naranco
3. Consulta de Trastornos cognitivos del H.U. de Cabueñes

GALICIA

1. Consulta monográfica de memoria. Servicio de neurología del C.H.U.A.C.
2. Consultas monográficas de demencias. Servicio de neurología del C.H.U.C.
3. Ud. de Psicogeriatría del Hospital Médico-Quirúrgico de corxo
4. Ud. de demencia del servicio de neurología de Ferrol
5. Ud. de psicogeriatría de Ferrol
6. Consultas monográficas de demencias. Servicio de neurología H. Álvaro cunqueiro
7. Ud. de Psicogeriatría de Vigo
8. Consultas de demencia dependientes del servicio de geriatría. Vigo
9. Ud. de Psicogeriatría de Pontevedra
10. Consultas de demencia dependientes del servicio de geriatría. Lugo

CASTILLA Y LEÓN

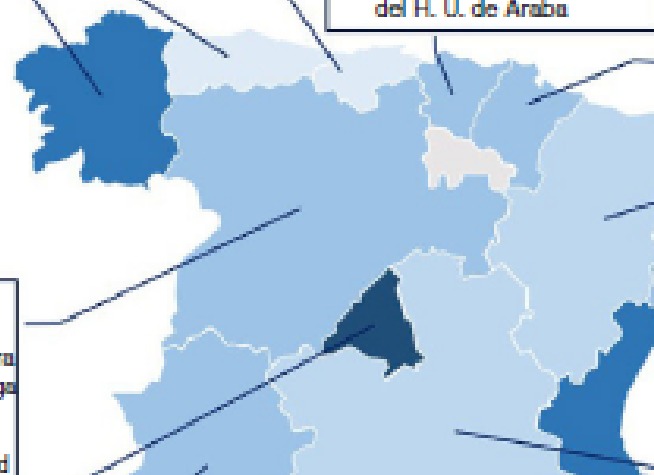
1. Ud. de memoria del complejo asistencial de burgos
2. Ud. de psicogeriatría y memoria del complejo asistencial de zamora
3. Consulta externa para valoración de demencia. H. Universitario Río Hortega
4. Consulta de demencia H. Clínico Universitario de salamanca
5. Centro H. Benito Menni de valladolid
6. CRE ALZHEIMER. Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad

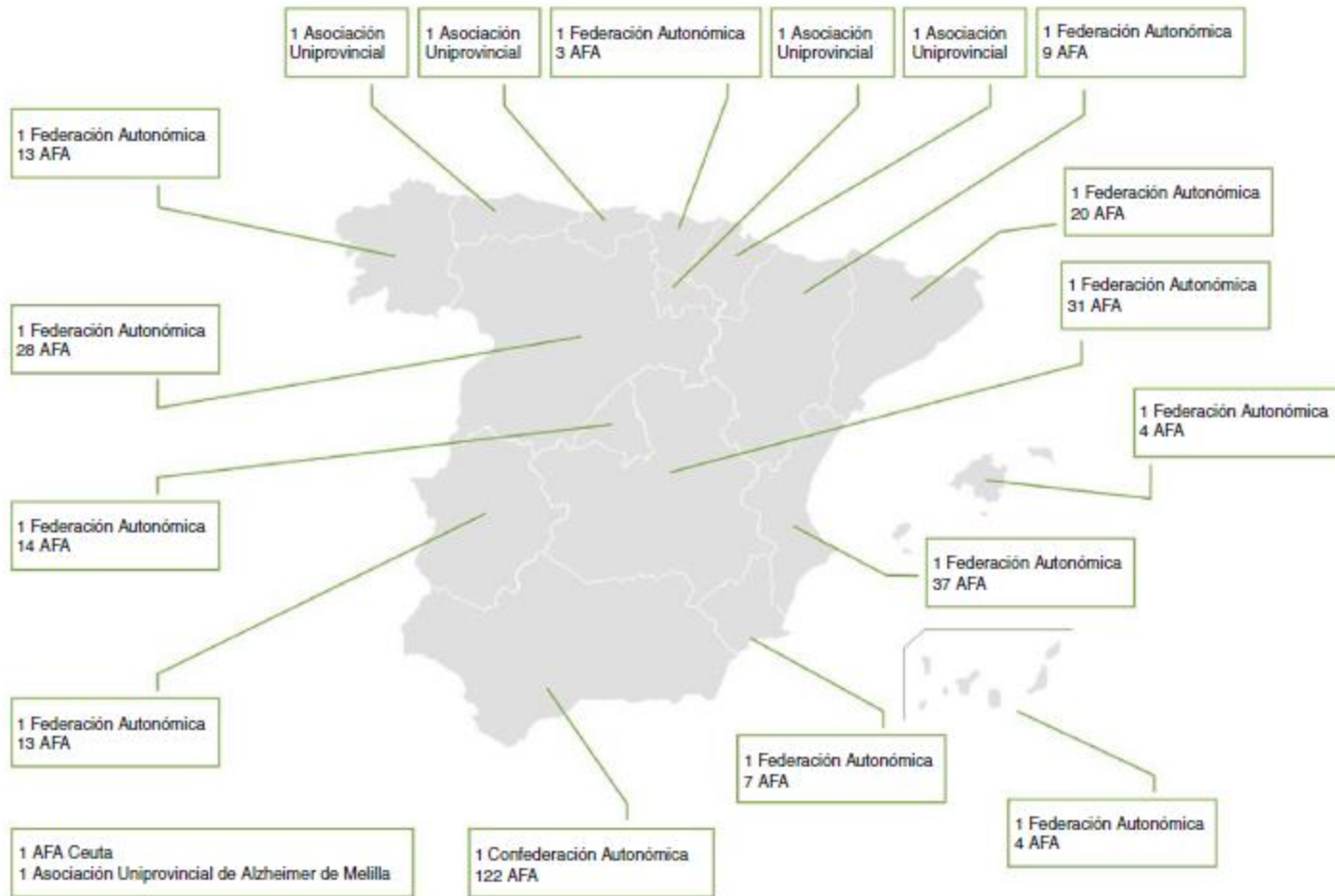
CANTABRIA

1. Unidad de deterioro Cognitivo del H.U. Marqués de valdeocilla
2. Programa de Psicogeriatría

PAÍS VASCO

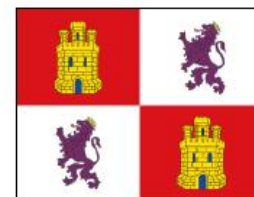
1. Consulta de neurología del H.U. Cruces
2. Ud. de deterioro cognitivo del H.U. Donostia
3. Consulta de neurología del H. Galdakao-Usansolo
4. Consulta de neurología del H. de Basturto
5. Consulta de neurología del H. U. de Araba



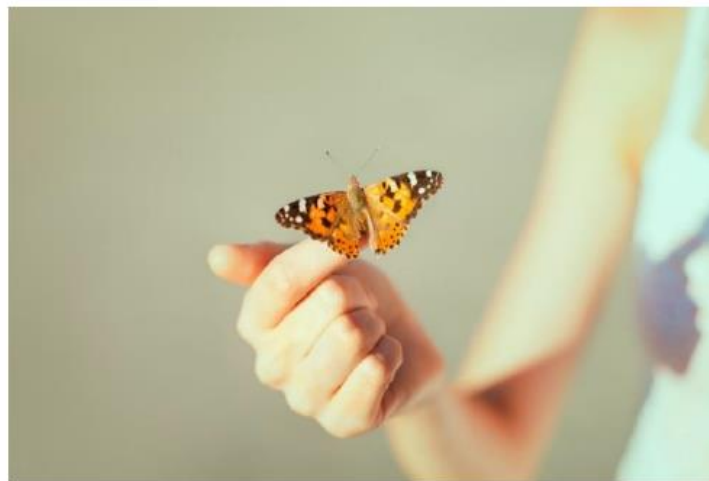


Número de AFA por comunidad

Proyecto MapEA: Mapa de recursos para enfermos de Alzheimer



Resultados Castilla y León



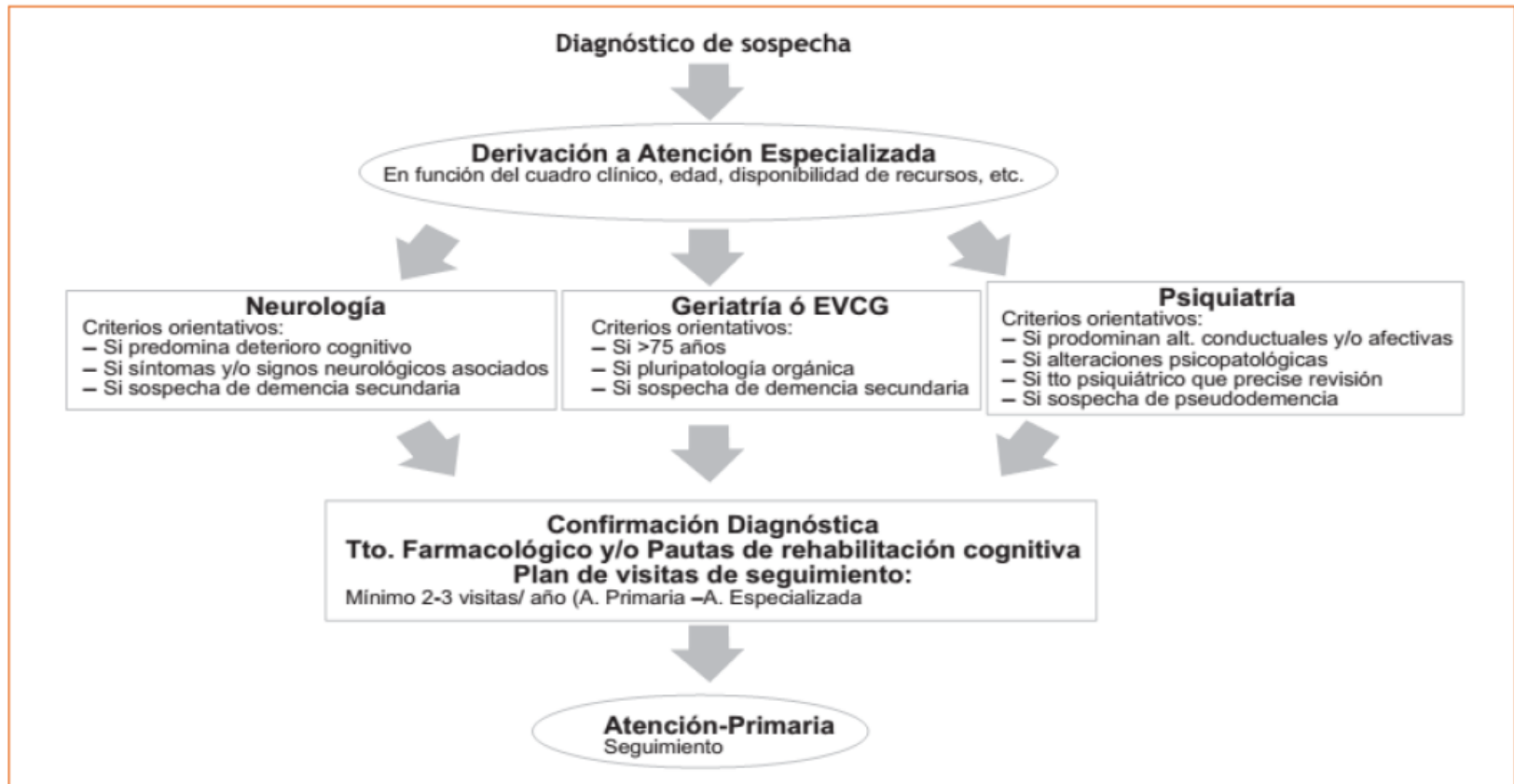
Prevención

Diagnóstico

Tratamiento

Seguimiento

Algoritmo de derivación del paciente con sospecha de síndrome de demencia



Fuente: <http://www.saludcastillayleon.es>. Guía de Atención al Paciente con Demencia

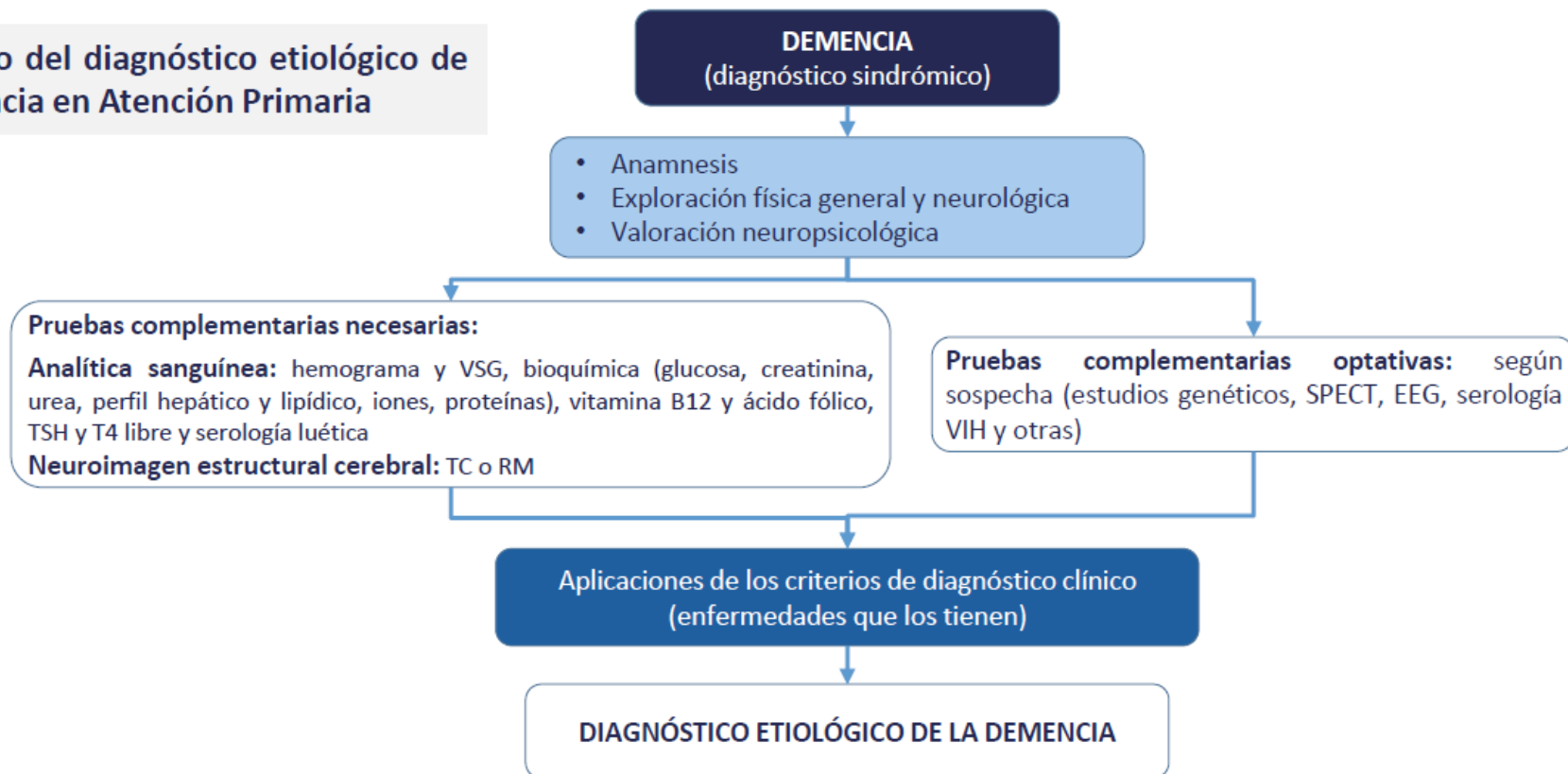
Prevención

Diagnóstico

Tratamiento

Seguimiento

Algoritmo del diagnóstico etiológico de la demencia en Atención Primaria



Fuente: PAI al Paciente con Demencia

Prevención

Diagnóstico

Tratamiento

Seguimiento

Derivación a atención especializada para diagnóstico etiológico o de probabilidad, pauta terapéutica, e informe médico

Si el paciente cumple criterios diagnósticos de Síndrome de Demencia, se derivará a Neurología, Geriátrica o Psiquiatría (sólo a una de ellas) basándose en los siguientes criterios:

- **NEUROLOGÍA:** Predominio del deterioro cognitivo y si hay presencia de síntomas/signos neurológicos.
- **GERIATRÍA:** Cuando se trata de pluripatología orgánica y es mayor de 75 años.
- **PSIQUIATRÍA:** Si predominan trastornos conductuales y/u otras alteraciones psicopatológicas (del tipo de delirios, alucinaciones, agresividad/agitación, depresión, ansiedad, insomnio incoercible), disfunción cognitiva secundaria a depresión, o tiene tratamiento psiquiátrico previo.

Prevención

Diagnóstico

Tratamiento

Seguimiento

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Conjunto de intervenciones psicosociales de tipo general y otras más específicas que se consideran el escalón inicial de la atención al paciente con demencia

TABLA 5

Información básica para el paciente y la familia de individuos con demencia

- Descripción de la enfermedad, incluyendo su evolución y sus complicaciones (Médico Familia/Especializada)
- Enseñanza de habilidades prácticas para el manejo de situaciones concretas en el cuidado del paciente (alimentación, higiene, problemas de conducta, etc.) (Enfermera)
- Asociaciones de familiares de pacientes con demencia (T. Social)
- Recursos sociosanitarios disponibles: ayudas a domicilio, centros de día, servicios de teleasistencia, residencias asistidas, etc. (T. Social)
- Aspectos legales: incapacitación, tutela, pensiones, responsabilidad civil, etc. (T. Social)
- Aspectos socioeconómicos: reconocimiento de minusvalías, pensiones, prestaciones económicas para sillas de ruedas, etc. (T.Social)
- Repercusión en el cuidador y riesgo de sobrecarga (M. Familia/Enfermera)

Fuente: PAI al Paciente con Demencia

TABLA 6

Intervenciones No Farmacológicas en la demencia

- Información sobre la enfermedad (Médico Familia/Especializada)
- Información sobre el proceso de cuidado y su repercusión en el cuidador (M. Familia-Enfermera).
- Recomendaciones del manejo del paciente en la vida diaria (M. Familia-Enfermera)
- Recomendaciones para el manejo de los síntomas conductuales y psicológicos (M.Familia-Enfermera)
- Recomendaciones sobre las adaptaciones del espacio físico (Enfermera-T. Social)
- Adaptaciones de la organización de la vida cotidiana (Enfermera)
- Intervenciones psicoterapéuticas específicas (Unidades Específicas- U. Salud Mental)
- Talleres cognitivos (de orientación en tiempo y persona, memoria, lenguaje, concentración y cálculo) (Unidades específicas)
- Talleres de psicomotricidad (gimnasia, movilización activa y pasiva, coordinación y otros) (Unidades específicas)
- Talleres ocupacionales (pintura, jardinería, costura y otros) (Unidades específicas)

Prevención

Diagnóstico

Tratamiento

Seguimiento

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- **Tratamiento de la Causa de la Demencia:** esto es posible en los casos de demencias secundarias reversibles como trastornos del tiroides, déficit vitamínico, disfunción hepática.
- **Tratamiento de las Disfunciones Cognitivas:**
 - Control de los Factores de Riesgo Vascular
 - Tratamiento Preventivo: Tratamiento preventivo/etiopatogénico de la Demencia Vascular y antioxidantes. Ni las estatinas, ni los estrógenos, ni los antiinflamatorios no esteroideos, han demostrado eficacia en frenar o detener la progresión de la enfermedad.
 - Tratamiento de los síntomas cognitivos: Inhibidores de la Enzima Acetilcolinesterasa, Antagonista no competitivo del receptor de glutamato NMDA
- **Tratamiento de los Síntomas Extrapiramidales:** tanto en la Demencia asociada a EP como en la DLB (en la que es menos eficaz) se recomienda utilizar levodopa.
- **Tratamiento de los trastornos Conductuales y Psicológicos:** no está totalmente establecido
 - Tratamiento de la psicosis y de la agitación
 - Tratamiento de la Depresión
 - Tratamiento del Insomnio

Fuente: PAI al Paciente con Demencia

Prevención

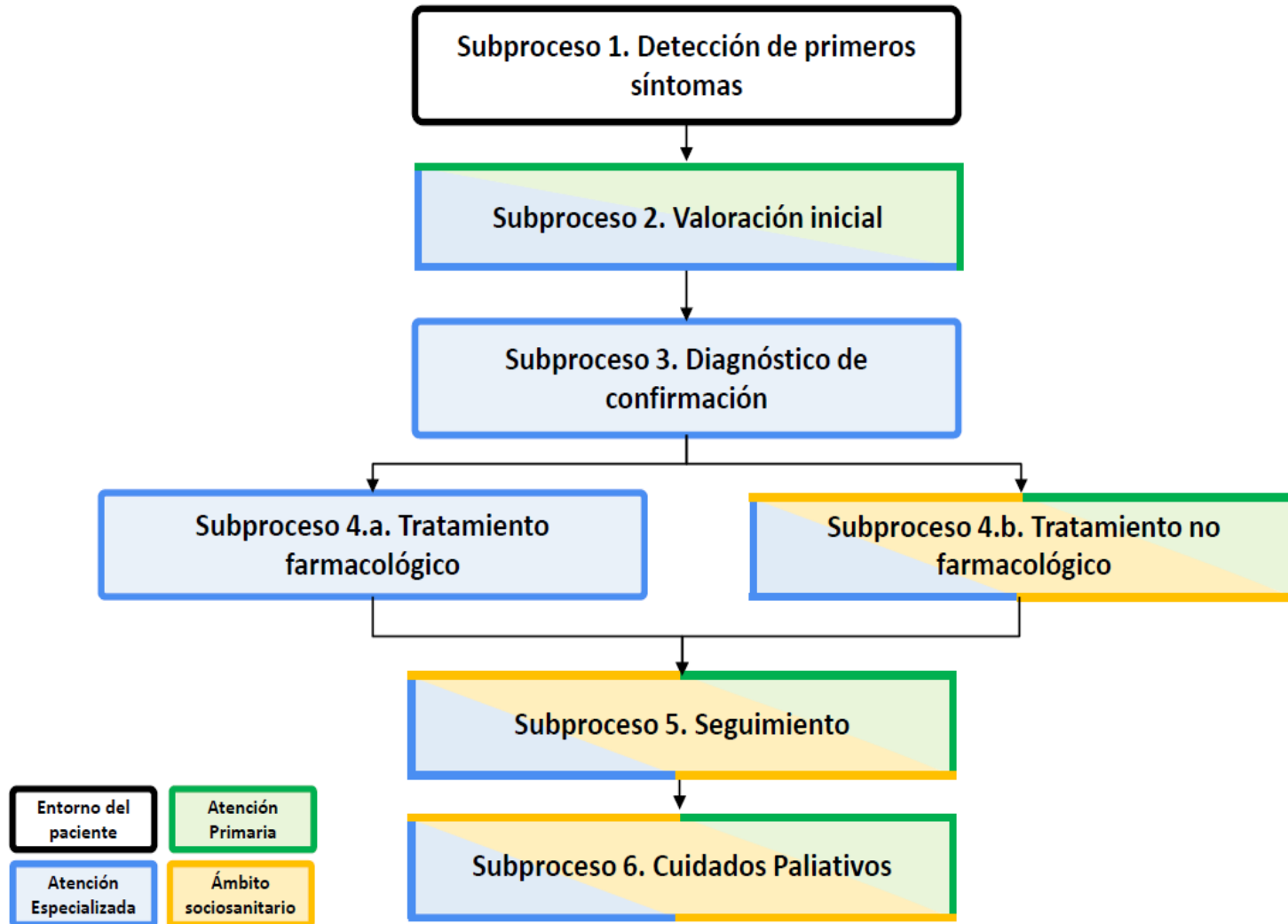
Diagnóstico

Tratamiento

Seguimiento

- 1. Calendario de visitas programadas en Atención Primaria y en Atención Especializada:** Se recomienda la realización anual, de al menos, 2 consultas de seguimiento (semestral) en Atención Primaria y 2 en Atención Especializada.
- 2. Actuaciones en Atención Primaria. Primera visita y sucesivas del seguimiento:** Anamnesis (Médico/Enfermera), Exploración Física (Médico), Exploración Neurológica (Médico), Valoración Neurocognitiva (Médico/Enfermera), Valoración psicopatológica (Médico/Enfermera), Valoración funcional (Médico/Enfermera), Pruebas complementarias (Médico), Revaloración por patrones funcionales y establecimiento del plan de cuidados (Enfermera), Inclusión en los servicios de prevención y promoción de problemas en el anciano y de atención domiciliaria en pacientes inmovilizados, si procede (Enfermera), Revaloración del cuidador principal e inclusión en el Servicio de Atención al Cuidador, si procede (Enfermera) y riesgo de sobrecarga (Médico/Enfermera), Revaloración del riesgo social en función del estado del paciente y de la sobrecarga del cuidador, Información sobre los recursos sociales disponibles, ayudas sociales y cuestiones médico-legales (Trabajador Social), Cuestionarios de repercusión sobre las actividades cotidianas del paciente y su calidad de vida, aplicados al propio paciente y a su cuidador (QOL-AD) (Enfermera), Información a la familia sobre la enfermedad, pasos a seguir, actividades de rehabilitación cognitiva y técnicas de estimulación que se pueden realizar para fomentar la autonomía e independencia del enfermo y paliar, en lo posible, la progresión del deterioro cognitivo (Médico, Enfermera, T. Social), Informes del estado del paciente entre los dos niveles asistenciales.
- 3. Tratamiento no Farmacológico** y actualizaciones correspondientes
- 4. Tratamiento Farmacológico** completo y sus revisiones de actualización

El **proceso asistencial** de los pacientes con deterioro cognitivo/demencia se puede subdividir en los siguientes **7 subprocesos asistenciales**:





EXPLORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA ABREVIADA

MAP

- Versión española normalizada del MMSE
- Miniexamen Cognoscitivo de Lobo (MEC)
- Test de Pfeiffer
- Test del Reloj

Psiquiatra

- Miniexamen Cognoscitivo de Lobo (MEC)
- Test de Pfeiffer
- Test del Reloj

Geriatra

- Versión española normalizada del MMSE
- Miniexamen Cognoscitivo de Lobo (MEC)
- Fototest
- Test de los 7 minutos
- Eurotest

Neurólogo

- Versión española normalizada del MMSE
- Miniexamen Cognoscitivo de Lobo (MEC)
- Fototest
- Test de los 7 minutos
- Test del Reloj
- Eurotest
- T@M
- Test de Buschke

VALORACIÓN DE LA REPERCUSIÓN FUNCIONAL

- Escala de Lawton y Brody de la Vida Diaria (AIVD)
- Índice de Barthel
- Índice de Katz
- Actividades Instrumentales
- Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

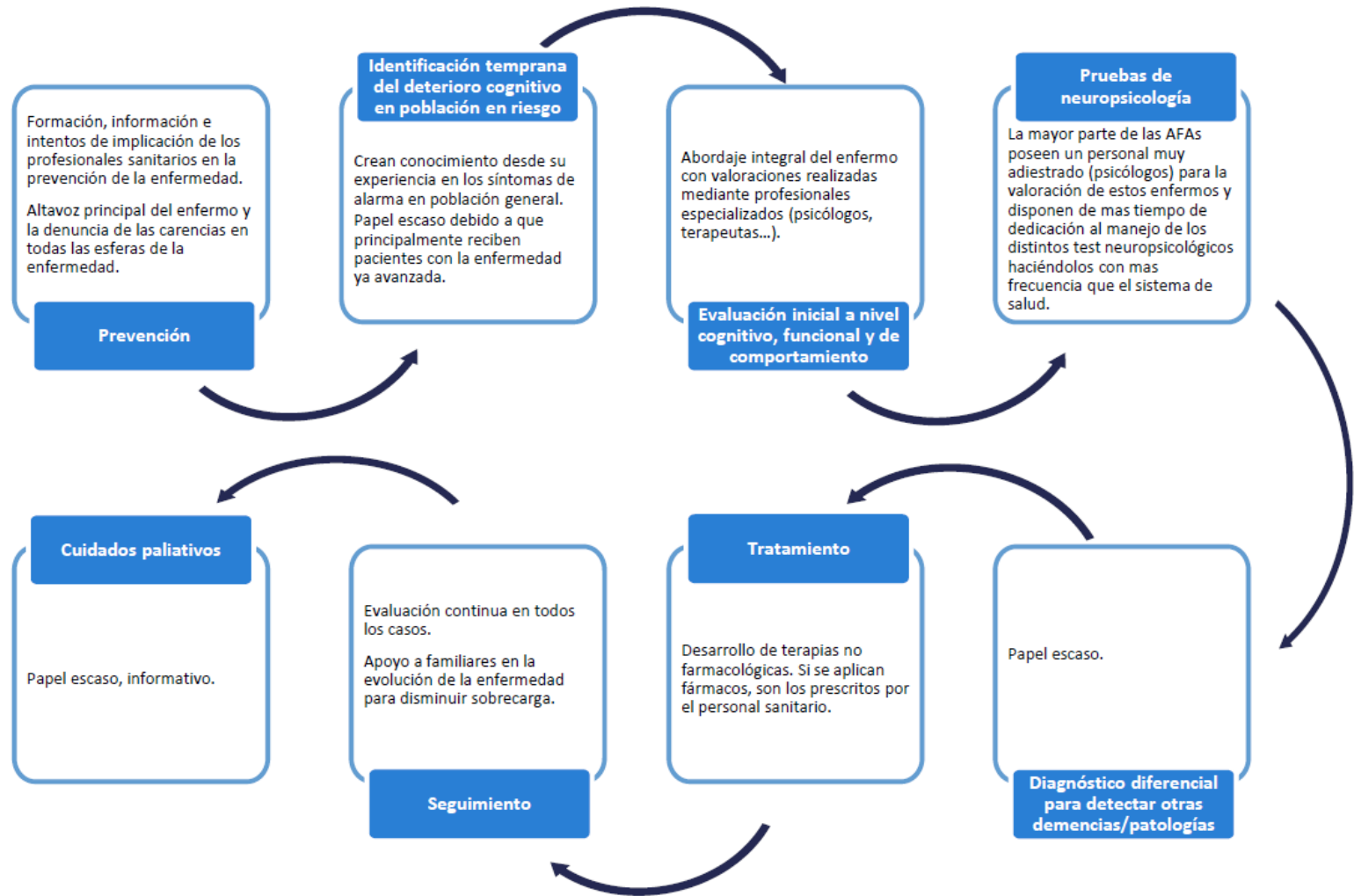
- Escala de Lawton y Brody
- Índice de Barthel
- Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)
- Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

- Índice de Barthel de la Vida Diaria (AIVD)
- Índice de Katz
- Actividades Instrumentales
- Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

- Índice de Barthel
- Índice de Katz
- Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)
- Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

Rol de las Asociaciones de familiares de pacientes a lo largo del proceso asistencial

El rol que desempeñan las Asociaciones de Familiares de enfermos de Alzheimer va cambiando a lo largo de las etapas de la enfermedad, resultando fundamental en varias de ellas para el apoyo a los familiares y cuidadores.



Valoración de los recursos disponibles por parte de las Asociaciones de Familiares de pacientes

Fase	Valoración de los recursos	Grado de conocimiento sobre los recursos	Comentarios de interés
Prevención	Negativa	No se conocen	<ul style="list-style-type: none"> La prevención la realizan trabajadores de Atención Primaria.
Identificación temprana	Negativa	No se conocen	<ul style="list-style-type: none"> Atención primaria debe hacerlo y utilizar terceros servicios.
Evaluación inicial	Negativa	No se conocen	
Pruebas neuropsicológicas	Negativa	No se conocen	<ul style="list-style-type: none"> No hay unidades específicas y no se utiliza el tercer sector.
Diagnóstico		No se conocen	<ul style="list-style-type: none"> Lo realizan neurólogos o Psiquiatras.
Tratamiento farmacológico		No se conocen	<ul style="list-style-type: none"> Se realizan en atención especializada, cuando deberían ser unidades de memoria.
Tratamiento no farmacológico	Negativa	No se conocen	<ul style="list-style-type: none"> A nivel institucional prácticamente no existen. Las asociaciones de pacientes no son tenidas muy en cuenta salvo determinados profesionales que lo hayan seguido muy de cerca.
Seguimiento	Negativa	No se conocen	<ul style="list-style-type: none"> Por los mismos motivos anteriores
Cuidados paliativos	Negativa	No se conocen	



Revista Española de Geriatria y Gerontología

www.elsevier.es/regg



ORIGINAL BREVE

Prevalencia y manejo terapéutico de la demencia en centros residenciales para la tercera edad del Principado de Asturias

José Gutiérrez Rodríguez ^{a,*}, Francisco Jiménez Muela ^b, Arsenio Alonso Collada ^c y Lucía Saenz de Santa María Benedet ^a

^a Centro Sociosanitario Larrañaga, Avilés, Asturias, España

^b Organismo ERA, Oviedo, Asturias, España

^c Residencia San Pancracio, Albandi, Carreño, Asturias, España



PREVALENCIA DE
DEMENCIA, SUS
COMORBILIDADES Y
LA PRESENCIA DE
SÍNTOMAS
NEUROPSIQUIÁTRIC
OS EN RESIDENCIAS
(Estudio ASCLEPIO)

Objetivos Estudio ASCLEPIO

1. Estudiar la prevalencia de las demencias en Residencias.
2. Evaluar los diferentes tipos de demencias
3. Analizar los tratamientos farmacológicos
4. Evaluar la existencia de perfiles diferenciales de prevalencia en relación con diferentes variables sociodemográficas, clínicas o terapéuticas
5. Determinar la prevalencia y la gravedad de los SCPD
6. Evaluar la asociación de algunos factores que podrían influir en la aparición de SCPD, como edad, sexo, estadio evolutivo de la enfermedad, presencia de comorbilidad o la medicación psicotrópica

Resultados Estudio ASCLEPIO (I)

- Elevada presencia de polimedicación (94,3%): necesidad de revisión periódica y sistemática de los tratamientos como medida de prevención cuaternaria
- Elevada presencia de SPCD: la **apatía, la agitación, la depresión y la conducta motora errática** son los síntomas clínicamente más significativos o que mayor estrés generan. Necesidad de implementación de medidas preventivas que minimicen su aparición
- Los GSG tienen una alta prevalencia debiendo ser incluidos dentro de las estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento de los profesionales para mejorar la calidad asistencial, así como la capacidad funcional y social de los residentes

Resultados Estudio ASCLEPIO(II)

- Elevada prevalencia de comorbilidad somática
- Elevada prevalencia de uso de psicofármacos (91,4%) fundamentalmente **antidepresivos antipsicóticos y ansiolíticos**
- La presencia de demencia complica el diagnóstico y el manejo de otras enfermedades.
- El conocimiento de estos factores permitirá un menor manejo del paciente con demencia





integrando la
Innovación



guzman.tamame@jcyl.es

