



Proceso Asistencial

Atención sanitaria

ciudadanía

Calidad

SSPA

Atención sanitaria

Ciudadanía

Deterioro cognitivo

Profesionales

ASISTENCIA

Organiza

Proceso Asistencial

Organización

profesionales

Organización

Ciudadanía

Atención sanitaria

SSPA

Ciudadanía

Procesos

PROCESO ASISTENCIAL

PROCESO ASISTENCIAL

Asistencia sanitaria
calidad

CIUDADANÍA

Atención sanitaria

Procesos Asistenciales

calidad

Asistencia sanitaria

CALIDAD

Procesos Asistenciales

Profesionales

Atención sanitaria

Ciudadanía

Proceso Asistencial

Organización

Profesionales

SSPA

PROCESOS ASISTENCIALES

Atención sanitaria

Profesionales

Deterioro cognitivo

Proceso Asistencial

DETERIORO cognitivo [Recurso electrónico]
: proceso asistencial / [Autores/as: Franco
Macías, Emilio (coordinación científica)...et
al.]. -- 2ª ed. -- Sevilla : Consejería de
salud y Consumo, 2024.

Texto electrónico (pdf), 64 p.

1. Disfunción cognitiva. 2. Enfermedad de Alzheimer.
3. Calidad de la atención de salud. 4. Guía de práctica
clínica. 5. Andalucía. I. Franco Macías, Emilio. II. Andalucía.
Consejería de Salud y Consumo.

WT 155

1ª edición 2002

2ª edición 2024



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

PROCESO ASISTENCIAL DETERIORO COGNITIVO

Edita: **Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Consumo, 2024.**

Maquetación: **Kastaluna.**

Consejería de Salud: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo.html>

Repositorio Institucional de Salud de Andalucía: <https://repositoriosalud.es/>

Autores/as: **Franco Macías, Emilio (coordinación científica)**

Médico especialista en Neurología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Gallardo Avilés, Raquel (coordinación metodológica)

Farmacéutica de Atención Primaria. Servicio de Calidad y Procesos. Secretaría General de Planificación Asistencial y Consumo. Consejería de Salud y Consumo Junta de Andalucía. Sevilla.

Barón Franco, Juan Bosco

Médico especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Cuartero Rodríguez, Eva

Médica especialista en Neurología. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla.

Merino Bohórquez, Vicente

Farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Moreno Verdugo, Ana

Enfermera. Centro de Salud María Fuensanta Pérez Quirós. Distrito Sevilla . Sevilla.

Rodríguez Salamanca, Eva María

Trabajadora social. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Sánchez Calle, María del Mar

Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Greco. Distrito Sevilla. Sevilla.

Trabado Herrera, Manuel

Enfermero gestor de casos. Centro de Salud Gran Capitán. Distrito Granada. Granada.

Forcada Falcón, Mercedes

Médica especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Jefa del Servicio de Calidad y Procesos. Secretaría General de Planificación Asistencial y Consumo. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía. Sevilla.

Declaración de intereses:

Los autores han realizado la declaración de intereses y no existe conflicto que pueda competir con el interés primario y los objetivos de este documento ni influir en su juicio profesional al respecto.

Revisión interna: Consejería de Salud y Consumo.**Servicio Andaluz de Salud.**

- Subdirección de Farmacia y Prestaciones
- Subdirección de Gestión Sanitaria (Atención Primaria)
- Servicio de Cartera de Servicios del SAS
- Estrategia de Cuidados de Enfermería de Andalucía
- Estrategia para la Seguridad del Paciente

Revisión externa: De las sociedades científicas y asociaciones de pacientes consultadas, se han recibido aportaciones de:

- Asociación Española de Trabajo Social y Salud de Andalucía
- Asociación de Enfermeras de Hospitales de Andalucía (ASENHOA)
- Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (SADECA)
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN-Andalucía)
- Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG-Andalucía)

Presentación

Desde hace más de una década, el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) puso en marcha un plan para la gestión del conjunto de actuaciones que nos permiten desarrollar una asistencia sanitaria de calidad.

El Proceso Asistencial se ha reafirmado como una herramienta de mejora continua ordenando los diferentes flujos de trabajo, integrando el conocimiento actualizado y mejorando los resultados en salud, todo ello gracias a la implicación de los profesionales y a su capacidad para introducir la idea de mejora continua en la calidad de sus actividades.

En estos años se ha tratado de depurar la descripción del Proceso Asistencial incorporando en las actividades las características de calidad relacionadas con las estrategias y derechos consolidados en el SSPA, la efectividad clínica, la seguridad del paciente, la información que han de recibir las personas y sus familiares, la toma de decisiones compartida, la mejora en la aplicación del consentimiento informado, la humanización de la atención sanitaria, el uso adecuado de medicamentos y aspectos como la metodología enfermera basada en NOC (*Nursing Outcomes Classification*), intentando disminuir la variabilidad no explicada de las actuaciones en salud y mejorando la coordinación de las actuaciones.

En los últimos años se ha estado trabajando para que los Procesos Asistenciales que se publiquen, junto a los Documentos de Apoyo que se han elaborado para completarlos, respondan a las necesidades de los profesionales, de los pacientes y de las personas que afrontan la gestión, haciéndolos más prácticos y útiles e incluyendo aspectos que aporten valor, como el uso adecuado de las tecnologías y la participación de las personas afectadas a través de la colaboración con las asociaciones, favoreciendo la incorporación de la humanización y la ética en todas las etapas de los procesos.

Cada una de las publicaciones que se presentan, nuevas o revisadas, surgen del análisis de cómo se abordan las distintas patologías, de la revisión del conocimiento disponible a partir de una búsqueda estructurada y de la creación de una propuesta razonable y coherente con dicha evidencia que, junto a los recursos disponibles en el Servicio Andaluz de Salud, recoja las recomendaciones clave para mejorar la atención sanitaria y los resultados en salud.

Mi agradecimiento a todos los profesionales que integran el SSPA por su contribución a una atención sanitaria humanizada y de calidad.

Ismael Muñoz Martínez
Secretario General de Planificación Asistencial y Consumo

Recomendaciones clave / 9

Introducción / 11

Metodología / 13

Definición / 19

Descripción general / 21

Componentes / 23

Indicadores / 64

Anexos / 69

Acrónimos / 77

Bibliografía / 81

Recomendaciones clave

Estas recomendaciones clave, responden a las características de calidad que, según el grupo elaborador aportan más valor al resultado final. Su grado de recomendación responde al asignado por el grupo siguiendo la metodología establecida.

Recomendaciones clave	Grado
En aquellas personas que manifiesten, ellas mismas o sus conocidos cercanos, preocupaciones sobre la memoria o alteraciones cognitivas, los profesionales sanitarios deberán valorar el deterioro cognitivo y no asumir que es propio de la edad.	<i>Grado B¹</i>
Se valorará el estado físico, funcional y psicológico de la persona con sospecha de deterioro cognitivo y se determinará su impacto en la propia persona, en su familia y cuidadores mediante una valoración integral y/o herramientas estandarizadas.	<i>Nivel V²</i>
En las personas en las que es apropiado hacer cribado o valoración de deterioro cognitivo, se recomienda que los profesionales médicos usen herramientas de valoración de la función cognitiva validadas.	<i>Grado B¹</i>
Se tendrá en cuenta que estas personas pueden tener medicamentos prescritos para otras comorbilidades que se asocian a un aumento de carga anticolinérgica y, por tanto, con deterioro cognitivo.	<i>Recomendación NICE³</i>
En aquellas personas que tras la evaluación inicial y complementaria se confirme deterioro cognitivo se gestionará una cita en Atención Primaria para continuar con la valoración biopsicosocial y establecer su Plan de Acción Personalizado (PAP).	<i>AG</i>
Todo paciente en estudio por posible deterioro cognitivo debe tener identificada una persona cuidadora, quedando registrado en su historia clínica.	<i>AG</i>
Tanto al inicio como en las renovaciones de tratamiento se actualizará y especificará el subtipo y el grado GDS-FAST (<i>Global Deterioration Scale-Functional Assessment Staging</i>) en la historia clínica.	<i>AG⁴</i>
Se realizará una reevaluación del PAP en una visita de seguimiento al menos una vez al año ya que un paciente no tratado tiene una disminución promedio de la puntuación total del MEC-30 (Mini Examen Cognoscitivo de Lobo) de 2-4 puntos por año.	<i>AG⁴</i>
Los servicios de hospital y atención primaria especializados en deterioro cognitivo ofrecerán acceso flexible o visitas preestablecidas presenciales y no presenciales para dar respuesta a los problemas que vaya presentando el paciente y resolver las diferentes eventualidades.	<i>AG³</i>
Desde el diagnóstico, se ofrecerá a las personas que viven con demencia cuidados paliativos flexibles basados en sus necesidades, que tengan en cuenta cómo de impredecible puede ser la progresión de la demencia. Para las personas que viven con demencia que se están aproximando al final de la vida, utilizar una planificación anticipada de cuidados de salud. Involucrar a la persona y a los miembros de su familia o cuidadores (según proceda) tanto como sea posible y usar los principios de la toma de decisiones si la persona no tiene capacidad para tomar decisiones sobre sus cuidados.	<i>Recomendación SIGN⁵</i>

Recomendaciones de no hacer	Grado
No se descartará deterioro cognitivo sólo por presentar una puntuación normal en las herramientas de valoración de la función cognitiva.	<i>Recomendación NICE³</i>
No está recomendado el uso rutinario del PET (Tomografía de emisión de positrones) amiloide en el diagnóstico de demencia o deterioro cognitivo leve.	<i>Recomendación SIGN⁵</i>
No se ofrecerá un inhibidor de colinesterasa a los pacientes diagnosticados de deterioro cognitivo leve (GDS=3).	<i>Grado B¹</i>
No se ofrecerá tratamiento con melatonina para el control del insomnio en personas con enfermedad de Alzheimer.	<i>Recomendación NICE³</i>
No se aconseja continuar el tratamiento con antipsicóticos de manera crónica , ya que los beneficios de los antipsicóticos son menores cuando la terapia supera los 6 meses y porque el uso continuado en pacientes con deterioro cognitivo se asocia a un aumento de efectos adversos y de mortalidad .	<i>AG⁶</i>

Introducción

El deterioro cognitivo y su principal causa, la enfermedad de Alzheimer, constituyen un problema de salud de primer orden. El envejecimiento progresivo de la población y la ausencia de un tratamiento efectivo para detener la progresión de la enfermedad agravan este problema^{7,8}. Las cifras aumentan de forma exponencial con la edad, de modo que el porcentaje de afectados se dobla, aproximadamente, cada 5 años de incremento de la edad a partir de los 65 años. De acuerdo con los estudios realizados en España, la prevalencia de esta enfermedad ronda el 0,05 % entre las personas de 40 a 65 años; 1,07 % entre los 65-69 años; 3,4 % en los 70-74 años; 6,9 % en los 75-79 años; 12,1 % en los 80-84; 20,1 % en los 85-89 y 39,2 % entre los mayores de 90 años. Tomando los datos poblacionales del Instituto Nacional de Estadística (INE) y aplicando estas cifras de prevalencia, el número de personas afectadas en España supera los 700.000 en los mayores de 40 años. En 2025, el número de enfermos se habrá duplicado y se acercará a los dos millones de personas⁹.

Este Proceso Asistencial sigue cuatro ejes que ayudan a entender las recomendaciones consideradas a lo largo del documento: garantizar la **atención centrada en la persona**; abordar el deterioro cognitivo incorporando la **perspectiva de diferentes profesionales** que actúan en momentos diferentes de un proceso largo, que comienza con la queja cognitiva y puede finalizar con la identificación de la necesidad de ofertar cuidados paliativos adaptados al paciente; incluir la **mejor evidencia científica disponible** y, teniendo presente el resto de subtipos, considerar la enfermedad de **Alzheimer, identificada como causa del 60-70 %** de los casos de deterioro cognitivo^{7,8}, como la referencia principal para diseñar este proceso.

Un primer punto que abordamos en esta actualización es el **diagnóstico** y lo procuramos hacer desde una perspectiva transversal para toda la organización, planteando un proceso escalonado, pretendiendo simplificar procedimientos en los pacientes más mayores y dependientes y facilitando el diagnóstico precoz, en fase de deterioro cognitivo leve, incluso de las formas atípicas de presentación que habitualmente afectan a los pacientes que debutan a edades relativamente más jóvenes. Los procedimientos incluidos deben facilitar un continuo diagnóstico que comienza en Atención Primaria y se completa en las consultas de Atención Hospitalaria.

Un segundo aspecto en el que hemos intentado incidir es el de la provisión de **información al paciente y sus cuidadores**. Esta información y la implicación directa de la persona y sus cuidadores en la planificación anticipada de las decisiones facilitará la vida futura de la persona con deterioro cognitivo respecto a los cuidados que la persona desea.

La provisión de información debe mejorar el acceso a estructuras de apoyo al paciente y su familia, como las asociaciones de familiares de pacientes con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, concepto ya planteado en el documento corporativo “Al lado. Itinerario de Atención Compartida Demencias / Alzheimer”¹⁰.

Una tercera aportación importante es mejorar la **conexión entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria**, definiendo mejor el seguimiento estructurado de los pacientes en Atención Primaria y el acceso flexible a Atención Hospitalaria que incluye consultas no sólo presenciales.

Se intenta también **reducir la variabilidad en la prescripción de tratamientos**, siguiendo un esquema reconocible para toda la organización, basado en la Escala Global del Deterioro para la evaluación de la demencia degenerativa primaria (GDS), complementada con la Escala de Clasificación para la Evaluación Funcional (FAST) (GDS-FAST)⁴. Respecto a la prescripción y deprescripción se han seguido las recomendaciones ya existentes para fármacos antidemencia y se incide en la detección y deprescripción de fármacos con elevada carga anticolinérgica, por su efecto negativo sobre la cognición. También se aborda el tratamiento de los síntomas conductuales, tan incapacitantes para los pacientes y sus cuidadores.

En definitiva, proponemos un Proceso Asistencial flexible, centrado en proporcionar a los profesionales herramientas para dar respuesta a los pacientes y sus familias, utilizando la mejor evidencia disponible y preparando a la organización para ser capaces de realizar un diagnóstico precoz, optimizando la provisión de información y el acceso a recursos que permitan vivir mejor a las personas con deterioro cognitivo y a sus cuidadores.

La metodología empleada para la elaboración de este Proceso Asistencial responde a un proceso de adaptación de las recomendaciones de las guías de práctica clínica (GPC) recientes y relevantes basadas en evidencia disponible en la literatura científica sobre la atención a las personas que presentan deterioro cognitivo.

1.1. Identificación de guías de práctica clínica

Se realizó una búsqueda sistemática no exhaustiva de la literatura utilizando estrategias de búsqueda estructuradas según el formato PICO (Población, Intervención, Comparación y *Outcomes*-Resultados) para identificar las principales GPC relacionadas con el diagnóstico, tratamiento, asistencia integral y manejo de personas con deterioro cognitivo o demencia desde las fases más iniciales.

Tabla 1: Pregunta de investigación según formato PICO

Población	Personas con demencia, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de cuerpos de Lewy o deterioro cognitivo.
Intervención	Cualquier intervención, tratamiento o prueba diagnóstica.
Comparador	No aplicable.
Resultados	Cualquier resultado que mejora la salud de las personas con deterioro cognitivo.

La búsqueda inicial se realizó durante el periodo de tiempo que osciló desde el 4 de diciembre de 2017 y el 9 de febrero de 2018. El desarrollo de las estrategias de búsqueda fue específico para cada una de las bases de datos y sitios web consultados.

En primer lugar, se realizó una consulta en lenguaje natural de *Tripdatabase* para orientarnos sobre los países e instituciones que están produciendo guías sobre deterioro cognitivo y/o demencia. No se establecieron intervenciones, comparadores ni resultados específicos para poder localizar todos los documentos posibles. Posteriormente se buscaron GPC en GuíaSalud (España) y en otros sitios web. Las fuentes consultadas fueron:

Repositorios de guías de práctica clínica: *Guidelines International Network* (GIN), *National Guideline Clearinghouse* (NGC), *Canadian Medical Association Infobase* (CMA Infobase), *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* (CADTH), *Australia's Clinical Practice Guidelines* (ACPG), *National Health and Medical Research Council* (NHMRC) y Guía Salud.

Sitios Web de organizaciones que elaboran guías y asociaciones profesionales:

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Organización Mundial de la Salud, Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), British Columbia Guidelines, Sociedad Española de Neurología (SEN), Sociedad Andaluza de Neurología (SAN), Sociedad española de rehabilitación y medicina física (SERMEF), Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC), Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC), Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN), Sociedad Española de Medicina General (SEMG), Red española de atención Primaria, Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, Sociedad Española de Medicina Geriátrica, American Academy of Neurology, Association of British Neurologists.

La búsqueda se limitó por tipo de estudio a GPC cuyo año de publicación fuera posterior a 2012 (inclusive) y por idioma (español e inglés). No se tuvieron en cuenta las guías que hacían referencia a aspectos muy específicos sobre el manejo de la demencia.

1.2. Resultados de la búsqueda

Como resultado de la búsqueda descrita se obtuvieron un total de 141 referencias relacionadas con la asistencia integral y manejo de personas con deterioro cognitivo y/o demencia. De ellas, siete eran duplicados, tres se excluyeron por idioma diferente a inglés o español, dos no estaban disponibles para su consulta y una se excluyó por el año de publicación. De las 128 referencias restantes, 116 fueron excluidas en base al título y el resumen, por no estar relacionadas directamente con el objeto de estudio del presente trabajo o cumplir alguno de los criterios de exclusión.

De las 12 GPC que se consideraron para lectura, cinco se eliminaron antes de su evaluación mediante la herramienta de valoración de la calidad metodológica de GPC, AGREE II¹¹; dos por la población de estudio, una por la intervención, otra tras su lectura a texto completo y otra se eliminó porque basan sus recomendaciones en otra guía, no localizada en la búsqueda inicial, pero que fue incluida para valoración con AGREE II para poder decidir si se incluía o no.

1.3. Evaluación de la calidad de las guías de práctica clínica identificadas

Con estas siete GPC resultantes de la búsqueda y la nueva guía localizada se evaluó la calidad metodológica a través de la herramienta AGREE II garantizando así el nivel de evidencia de las recomendaciones aportadas en el documento. Inicialmente se evaluaron los dominios 3 y 6 (rigor en la elaboración e independencia editorial) y se excluyeron aquellas que no obtuvieron una puntuación mínima del 80%. Aquellas que obtuvieron una puntuación mayor o igual al 80% en los dominios 3 y 6, sólo tres GPC, completaron la

evaluación del resto de dominios. La evaluación se realizó por cuatro investigadores (por pares). La descripción detallada de la evaluación permite identificar las fortalezas y debilidades metodológicas de las guías seleccionadas y los detalles relacionados con el contexto de aplicación.

Los resultados de la valoración mediante la herramienta AGREE II (Tabla 2) mostraron que estas tres GPC, la guía del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE)¹², la guía de la Academia Americana de Neurología (AAN)¹ y la *Registered Nurses' Association of Ontario* (RNAO)², cumplían en alto grado aspectos relacionados con la definición específica del alcance y objetivos, el rigor con el que se llevó a cabo su elaboración, la claridad de presentación o la independencia editorial. Los aspectos metodológicos más deficitarios hacían referencia a la aplicabilidad de las guías a nuestro entorno.

Estas tres GPC fueron seleccionadas como recomendables por su calidad metodológica.

Durante el proceso de elaboración del Proceso Asistencial, y como consecuencia de la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19 que paralizó la finalización del documento, se monitorizó la publicación de nuevas GPC sobre deterioro cognitivo/demencia hasta 30 abril de 2021, siguiendo la metodología de búsqueda de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA), que respondieran a la pregunta de investigación, así como actualizaciones de las ya consideradas. Como resultado, se localizó una nueva guía NICE publicada en junio de 2018³. Se le aplicaron los criterios de inclusión y exclusión y se incluyó para valoración mediante AGREE II¹¹. Esta GPC 2018 sustituye a la anterior NICE 2016. Antes de finalizar la redacción del Proceso se identificó otra GPC (SIGN⁵) publicada en noviembre de 2023 que también se evalúa según la herramienta AGREE II y se incluye en el Proceso Asistencial.

Tabla 2. Valoración de la calidad de las GPC seleccionadas para la elaboración del Proceso Asistencial

Dimensiones de AGREE II	GUÍA AAN 2017 ¹	GUÍA RNAO 2018 ²	GUÍA NICE 2018 ³	GUÍA SIGN 2023 ⁵
Dominio 1: Alcance y objetivo	81%	97%	100%	100%
Dominio 2: Participación de los implicados	64%	94%	78%	100%
Dominio 3: Rigor en la elaboración	85%	86%	94%	100%
Dominio 4: Claridad en la presentación	94%	89%	100%	100%
Dominio 5: Aplicabilidad	13%	79%	92%	100%
Dominio 6: Independencia editorial	100%	96%	100%	100%



1.4. Sistema de gradación de recomendaciones de las GPC seleccionadas

Para la elaboración de las recomendaciones, se ha utilizado el sistema de gradación específica de cada GPC seleccionada. La guía NICE³ utiliza el sistema GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*)¹⁴ y las recomendaciones de esta guía se identifican en el texto como *recomendación NICE*. La guía AAN¹ utiliza los criterios del *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)*¹³ (Tabla 3), la guía RNAO² utiliza el sistema SIGN modificado (Tabla 4) y la guía SIGN⁵ utiliza el sistema GRADE y las recomendaciones de esta guía se identifican en el texto como Recomendación SIGN. La guía SIGN⁵ incluye, además, recomendaciones de buena práctica que se corresponden con acuerdos de grupo de los elaboradores de la guía basados en su experiencia que consideran importantes para la práctica clínica a pesar de no existir evidencia de base y se identifican en este documento como *recomendación consenso SIGN*.

Según el sistema GRADE¹⁴ la fuerza de la recomendación señala el nivel de confianza en el que, si se sigue la recomendación, se hará más beneficio que daño.

FUERTE A FAVOR * (se recomienda)	La mayoría de los pacientes se beneficiarán; > 90 % lo elegirían si fueran informados. Poca variabilidad esperada en la práctica clínica.
DÉBIL A FAVOR * (se sugiere, se considera)	Incierto que sea lo más adecuado para todos; > 10 % elegirían una alternativa. Es necesaria ayuda para tomar la decisión. Probable variabilidad en la práctica clínica.

*Una recomendación fuerte o débil en contra de una intervención se interpreta en sentido inverso.

Tabla 3: Grados de recomendación según criterios SIGN¹³

Grado de recomendación	Fuente de la evidencia
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++.
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++.
D	Evidencia científica de nivel 3 ó 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+.



Tabla 4: Niveles de evidencia según la guía RNAO²

Nivel	Fuente de la evidencia
Ia	Evidencia obtenida del metaanálisis o revisiones sistemáticas de ensayos controlados aleatorizados y/o síntesis de múltiples estudios principalmente de investigación cuantitativa.
Ib	Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorizado.
IIa	Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado controlado no aleatorizado.
IIb	Evidencia obtenida de al menos un estudio de otro tipo cuasi-experimental no aleatorizado, bien diseñado.
III	Evidencia obtenida de la síntesis de múltiples estudios, principalmente de investigación cualitativa.
IV	Evidencia obtenida de estudios observacionales no experimentales bien diseñados, como estudios analíticos, estudios descriptivos o estudios cualitativos.
V	Evidencia obtenida de los informes elaborados por un comité de expertos o de la opinión o las experiencias clínicas de autoridades respetadas.

Las siglas **AG** (acuerdo de grupo) corresponden a las recomendaciones propuestas por el grupo elaborador del Proceso Asistencial, en ausencia de recomendaciones graduadas en dichas guías.

1.5. Otros documentos adicionales

Por último, se han localizado otros documentos para actualizar aspectos relacionados con la atención a las personas con deterioro cognitivo/demencia que no estaban contemplados en las GPC. En este sentido, se han considerado documentos elaborados por el SSPA que son utilizados tanto por los profesionales como por las asociaciones de pacientes y sus familiares, como el documento para el uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico de las demencias⁴, revisiones sistemáticas elaborados por la AETSA^{15, 16, 17} y un documento sobre manejo de antipsicóticos⁶.



Definición funcional:

Conjunto de actuaciones diagnósticas, terapéuticas, de cuidados y de seguimiento dirigidas a personas con deterioro cognitivo.

Límite de entrada:

- Personas con cribado positivo en el examen de salud +65.
- Persona adulta en la que se sospecha deterioro cognitivo.

Límite final:

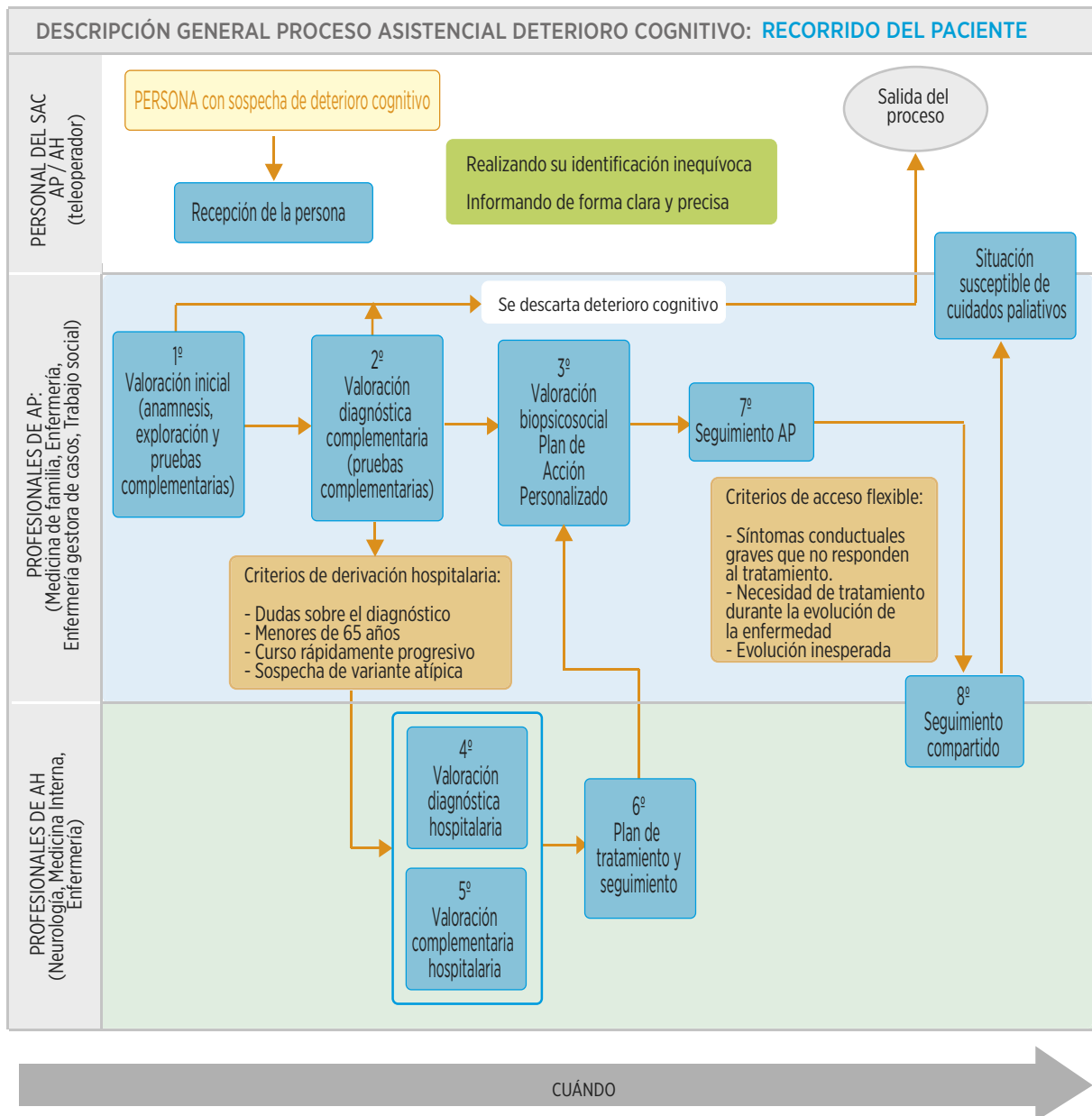
- Personas en las que no se confirma deterioro cognitivo.
- Personas en los que se identifica una causa de deterioro cognitivo que requiere una evaluación y/o tratamiento específico (metabólica, tóxica, carencial, fármacos, traumática, tumoral, infecciosa, hidrocefalia, inmunológica, psiquiátrica, vascular).
- Personas con demencia en situación avanzada y terminal susceptibles de cuidados paliativos.

Límites marginales:

- Síndrome confusional agudo.
- Deterioro cognitivo por causa específica que requiere una evaluación y/o tratamiento específico (metabólica, tóxica, carencial, fármacos, traumática, tumoral, infecciosa, hidrocefalia, inmunológica, psiquiátrica, vascular, encefalopatías congénitas o adquiridas de la infancia).
- Enfermedades neurológicas como la enfermedad de Parkinson, la esclerosis múltiple, la esclerosis lateral amiotrófica y la enfermedad de Huntington que, pudiendo cursar con deterioro cognitivo, tienen su propia complejidad de procedimientos diagnósticos y terapéuticos y que en este proceso sólo aparecen en algunas recomendaciones relativas a deterioro cognitivo.





Descripción general

La descripción general del Proceso Asistencial Deterioro Cognitivo se ha realizado siguiendo el recorrido del paciente representando gráficamente: los profesionales que desarrollan la actividad (QUIÉN), el ámbito de actuación (DÓNDE), la actividad o el servicio que se realiza (QUÉ), sus características de calidad (CÓMO) y la secuencia lógica de su realización (CUÁNDO).



Profesionales, actividades, características de calidad

El procedimiento seguido para el desarrollo de los componentes del Proceso Asistencial se basa en la identificación para las distintas fases (CUÁNDO), de los profesionales que intervienen (QUIÉN), las actividades que deben realizarse (QUÉ), las principales características de calidad que han de tener estas actividades (CÓMO) y el ámbito DÓNDE se realizan. Se trata de incorporar sólo aquellas características que aportan valor, que son “puntos críticos de buena práctica”, integrando las dimensiones oportunas de la calidad:

- **La efectividad clínica:** Se incorporan las recomendaciones basadas en GPC junto al nivel de evidencia y/ o grado de recomendación referenciado en dichas guías. Las recomendaciones del grupo de trabajo del Proceso Asistencial se identifican mediante las siglas **AG** (acuerdo de grupo), pudiendo ir acompañadas de referencias bibliográficas que las apoyen.
- **La seguridad del paciente:** Se identifica con el triángulo  correspondiente a la Estrategia para la Seguridad del Paciente^{18, 19} y/o las buenas prácticas de la OMS²⁰. Se identifica con  la buena práctica relacionada con la higiene de manos.
- **La información^{21, 22}:** Se identifica con  tanto el momento como el contenido mínimo que debe recibir la persona, familia y/o representante legal. También se identificarán con  las buenas prácticas recomendadas en la Estrategia de Bioética de Andalucía²³, que se refieren al uso de formularios de consentimiento informado escrito del Catálogo de Formularios del SSPA²⁴; el proceso de planificación anticipada de decisiones²⁵ y la consulta al Registro de Voluntades Vitales Anticipadas²⁶.
- **El uso adecuado de medicamentos:** Se identifican con los mismos criterios que los especificados para la efectividad clínica. No siempre las GPC que se utilizan como base en la elaboración de los Procesos Asistenciales incluyen un análisis de evaluación económica que compare distintas opciones (coste- efectividad, coste beneficio o coste-utilidad). Por este motivo, es importante tener en cuenta las recomendaciones actualizadas que existan en el SSPA, tales como informes de Posicionamiento Terapéutico, Informes de Evaluación de AETSA, guías farmacoterapéuticas o documentos de uso racional del medicamento del SSPA.
- **Uso adecuado de tecnologías:** Se identifican con los mismos criterios que los especificados para la efectividad clínica y teniendo en cuenta las recomendaciones actualizadas que existan en el SSPA .


- **Los cuidados de enfermería** se describen mediante la identificación, principalmente de los resultados a conseguir según (*Nursing Outcomes Classification*) NOC²⁷ y principales intervenciones (*Nursing Interventions Classification*) NIC²⁸ derivados de los diagnósticos enfermeros (NANDA) relacionados con este proceso asistencial.

Las actividades se representan gráficamente mediante tablas diferenciadas:

- **Tablas de fondo blanco:** actividad desarrollada por los profesionales sin presencia de la persona que recibe la atención sanitaria.
- **Tablas de fondo gris:** actividad desarrollada con presencia de la persona que recibe la atención sanitaria.


PROFESIONALES DEL SERVICIO DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA (SAC) DE ATENCIÓN PRIMARIA (AP), DE MEDICINA DE FAMILIA, DE ENFERMERÍA DE AP, DE ENFERMERÍA GESTORA DE CASOS


Actividades	Características de calidad
<p>1º VALORACIÓN INICIAL</p>	<p>1.1 ⚠ Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona mediante tres códigos identificativos diferentes (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA).</p> <p>1.2 En aquellas personas que manifiesten, ellas mismas o sus conocidos cercanos, preocupaciones sobre la memoria o alteraciones cognitivas, los profesionales sanitarios deberán valorar el deterioro cognitivo y no asumir que es propio de la edad (<i>grado B</i>)¹.</p> <p>1.3 En la valoración inicial se realizará anamnesis (incluyendo síntomas cognitivos, conductuales y psicológicos, así como el impacto de los síntomas en la vida diaria): a la persona con sospecha de deterioro cognitivo y, si es posible, a alguien que conozca bien a dicha persona (por ejemplo, un familiar) (<i>recomendación NICE</i>)³.</p> <p>Se considerará, asimismo, la información proporcionada por un profesional sanitario que sea conocedor de la situación de la persona con sospecha de deterioro cognitivo (<i>AG</i>).</p> <p>1.3.1. En la anamnesis se incluirá (<i>AG</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forma de inicio (agudo, subagudo o insidioso) y evolución (progresiva, fluctuante o escalonada) de los síntomas. - Tipo de síntomas cognitivos: alteraciones de la memoria, lenguaje, orientación, praxias, gnosias, función ejecutiva. - Tipo de síntomas conductuales: alucinaciones, delirios, agitación/ agresividad. - Tipo de síntomas psicológicos: depresión, ansiedad, irritabilidad y apatía. - Repercusión de los síntomas en las actividades de la vida diaria: capacidad o no de realizar vida independiente (teléfono, finanzas, desplazamientos fuera de casa, manejo de la medicación). <p>1.3.2. Se considerará, además, la siguiente información sobre antecedentes (<i>AG</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes de deterioro cognitivo en familiares de primer grado. - Presencia de causas de deterioro cognitivo reversibles (<i>grado B</i>)¹ como medicación, apnea del sueño, depresión y otras condiciones médicas. - Otras circunstancias que puedan ocasionar deterioro cognitivo: estados carenciales, enfermedad sistémica grave con repercusión cognitiva, traumatismo craneoencefálico. - Nivel educativo: categorizar como “no completaron estudios primarios”, “sólo completaron estudios primarios”, “realizaron estudios superiores a primarios”.

Actividades	Características de calidad
<p>1º VALORACIÓN INICIAL</p>	<p>1.4 Cuando se realice la anamnesis de una persona con sospecha de deterioro cognitivo a través de un conocido, se considerará complementar con un instrumento estructurado como el IQCODE (<i>Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly</i>) (<i>recomendación NICE</i>)^{3,5}, validado al español como Test del informador. Este test se entregará para su autocumplimentación por parte de la persona que conozca bien a la que presenta la sospecha de deterioro cognitivo.</p> <p>1.4.1. Se considerará deterioro cognitivo para el Test del informador una puntuación >85 puntos en el cuestionario de 26 preguntas.</p> <p>1.5 Se valorará el estado físico, funcional y psicológico de la persona con sospecha de deterioro cognitivo y se determinará su impacto en la propia persona, en su familia y cuidadores mediante una valoración global y/o herramientas estandarizadas (<i>nivel V</i>)².</p> <p>1.6 Si se sigue sospechando deterioro cognitivo tras la anamnesis y las valoraciones anteriores, se realizará: examen físico, análisis de sangre y orina para excluir causas reversibles de deterioro cognitivo y un test cognitivo (<i>recomendación NICE</i>)³.</p> <p>1.6.1.  Se realizarán las medidas generales de higiene de manos previo al examen físico.</p> <p>1.6.2. Dentro del examen físico se incluirá (AG):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exploración neurológica básica, evaluando si existen datos de una causa sintomática o atípica de deterioro cognitivo (edema de papila, defectos motores o sensitivos, trastorno de la marcha, parkinsonismo u otros trastornos del movimiento). • Índice de Masa Corporal (IMC) o perímetro braquial en personas inmovilizadas. • Tensión arterial. • Auscultación cardíaca (frecuencia cardíaca, arritmia, soplos). • Auscultación de vasos del cuello (soplos carotídeos). <p>1.6.3. En las personas en las que es apropiado hacer cribado o valoración de deterioro cognitivo, se recomienda que los profesionales médicos usen herramientas de valoración de la función cognitiva validadas (<i>grado B</i>)¹.</p> <p>1.6.3.1. Entre los test cognitivos breves están el <i>Mini Mental State Examination</i> (MMSE)^{2,3,5} cuya versión validada en nuestro medio sería el Mini examen Cognoscitivo de Lobo (MEC-30) y el Fototest.</p> <p>1.6.3.2. Se considerará el uso del MEC-30, para personas que sí han completado estudios primarios, considerando un punto de corte de 23-24 si es >65 años y de 27-28 si es <65 años (<i>AG</i>).</p>

Actividades	Características de calidad
<p>1º VALORACIÓN INICIAL</p>	<p>1.6.3.3. Se sugiere el uso del Fototest para personas que no han completado estudios primarios. Se considerará como puntos de corte las puntuaciones totales que marcan - 1,5 z según edad, género y nivel educativo (AG)²⁹.</p> <p>1.6.3.4. En caso de población que no ha completado estudios primarios o con importantes déficits sensoriales puede utilizarse el SPMSQ (<i>Short Portable Mental State Questionnaire</i>) de Pfeiffer³⁰.</p> <p>1.7 Si el resultado del test es positivo para deterioro cognitivo, se realizará una valoración diagnóstica complementaria (grado B)¹.</p> <p>1.8 No se descartará deterioro cognitivo sólo por presentar una puntuación normal en las herramientas de valoración de la función cognitiva (<i>recomendación NICE</i>)³: test cognitivo breve MEC-30 o Fototest/ Pfeiffer.</p> <p>1.9 Se considerará valorar el perfil analítico tanto en personas con test cognitivo breve positivo como en personas que sigan presentando sospecha de deterioro cognitivo independientemente del resultado del test cognitivo (AG):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemograma y coagulación. • Bioquímica con iones (calcio incluido). • Perfil hepático y renal. • Función tiroidea. • Vitamina B12 y ácido fólico. • Serología luética y VIH. • Sedimento de orina. <p>1.10 (i) Se informará a la persona y/o familiares/conocidos autorizados de los resultados obtenidos, comprobando que ha comprendido la información y dejando registro documental en la Historia de Salud (HS).</p> <p>1.10.1. Si se detecta deterioro cognitivo, por test cognitivo breve positivo, se informará a la persona con sospecha de deterioro cognitivo sobre la necesidad de realizar una valoración complementaria antes de derivar al especialista hospitalario.</p> <p>1.10.2. Si a pesar de presentar test cognitivo breve negativo, la información de antecedentes, anamnesis e información del familiar apoyan un posible diagnóstico de deterioro cognitivo, se informará a la persona con sospecha de deterioro cognitivo sobre la necesidad de realizar una valoración complementaria antes de derivar al especialista hospitalario.</p> <p>1.10.3. En caso de no detectarse deterioro cognitivo, por test cognitivo breve negativo y por antecedentes, anamnesis o información del familiar que no apoyen el diagnóstico, saldrá del proceso.</p>

PROFESIONALES DE MEDICINA DE FAMILIA, DE ENFERMERÍA DE AP, DE ENFERMERÍA GESTORA DE CASOS

Actividades	Características de calidad
<p>2º VALORACIÓN DIAGNÓSTICA COMPLEMENTARIA</p>	<p>2.1  Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona mediante tres códigos identificativos diferentes (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA).</p> <p>2.2 Se valorarán los resultados del perfil analítico (sangre y orina) solicitado en la visita anterior, evaluando causas secundarias y/o reversibles de deterioro cognitivo.</p> <p>2.3 Se realizará la valoración del área afectiva cuando en la anamnesis con el paciente y/o informador se sospeche un trastorno afectivo como causa de deterioro cognitivo o síntoma acompañante. Se emplearán las siguientes herramientas (AG):</p> <p>2.3.1. En personas con deterioro cognitivo mayores de 65 años, si no se ha determinado en el examen de Salud 65+, se realizará el cribado de cuadros depresivos larvados mediante la versión española del <i>Geriatric Depression Scale</i> (GDS)², la escala de Yesavage abreviada de 15 ítems. Se considera como punto de corte, para sospecha de depresión, una puntuación total mayor o igual a 5.</p> <p>2.3.2. Cuando la edad sea igual o inferior a 65 años, se recomienda valorar la presencia de depresión con la escala de Cornell (AG). Se considera como punto de corte, para sospecha de depresión, una puntuación total mayor o igual a 9.</p> <p>2.4 Se tendrá en cuenta que estas personas pueden tener medicamentos prescritos para otras comorbilidades que se asocian a un aumento de carga anticolinérgica y, por tanto, con deterioro cognitivo (<i>recomendación NICE</i>)³:</p> <p>2.4.1. Se considerará reducir el uso de medicamentos asociados con la carga anticolinérgica en pacientes que presenten deterioro cognitivo siempre que sea posible (<i>grado B</i>)¹ o buscar alternativas, tanto cuando se sospecha deterioro cognitivo como en el seguimiento, al revisar la medicación de las personas con deterioro cognitivo (<i>recomendación NICE</i>)³ (Anexo 1).</p> <p>2.4.2. Se tendrá en cuenta que existen herramientas validadas para evaluar la carga anticolinérgica (como la <i>Anticholinergic Cognitive Burden Scale</i> o <i>Anticholinergic Burden Calculator</i>) pero no hay suficiente evidencia para recomendar unas sobre otras (<i>recomendación NICE</i>)³.</p> <p>2.5 En los pacientes con deterioro cognitivo, los profesionales sanitarios evaluarán el deterioro funcional relacionado con la función cognitiva antes de dar un diagnóstico de demencia (<i>grado B</i>)¹.</p>

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">2º</p> <p style="text-align: center;">VALORACIÓN DIAGNÓSTICA COMPLEMENTARIA</p>	<p>2.5.1. Cuando la anamnesis no permita definir con claridad si el paciente con deterioro cognitivo está en fase deterioro cognitivo leve (sin repercusión funcional) o ya en fase de demencia leve (con repercusión funcional), se administrará al informador el Cuestionario de Actividad Funcional de PFEFFER (<i>Functional Activities Questionnaire; FAQ</i>) que valora la capacidad del paciente para desarrollar actividades instrumentales de la vida diaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una puntuación por debajo de 6 indica que no hay afectación significativa y, en presencia de deterioro cognitivo, éste quedaría categorizado como deterioro cognitivo leve. • Una puntuación igual o superior a 6 indica que hay una afectación significativa y que el deterioro cognitivo se puede categorizar como demencia. <p>2.5.2. Se explorará el área funcional mediante el índice de Barthel cuando la puntuación del test PFEFFER sea ≥ 6 compatible con demencia y ayudando a establecer el grado de dependencia.</p> <p>2.6  Se explorará la capacidad de la persona para tomar decisiones (autonomía personal) y para poder otorgar un consentimiento, siguiendo las pautas establecidas por la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (AG)²¹.</p> <p>2.6.1. Se considerará el empleo de la herramienta Instrumento de ayuda para la Evaluación de la Capacidad (Aid to Capacity Evaluation- ACE) para valorar la autonomía personal (AG).</p> <p>2.7 En caso de detectar una causa reversible de deterioro cognitivo la persona afectada se excluirá del proceso y se tratará según proceda.</p> <p>2.8 En aquellas personas que tras la evaluación inicial y complementaria se confirme deterioro cognitivo se gestionará una cita en atención primaria para continuar con la valoración biopsicosocial y establecer su Plan de Acción Personalizado (AG).</p> <p>2.9 Se recomienda derivación hospitalaria para valoración adicional en los siguientes casos de deterioro cognitivo:</p> <p>2.9.1. Si se sospecha enfermedad de Alzheimer típica para confirmación y posible beneficio de tratamiento específico.</p> <p>2.9.2. Si se sospecha deterioro cognitivo de curso rápidamente progresivo (<i>recomendación NICE</i>)³.</p> <p>2.9.3. Se sospecha o se ha diagnosticado deterioro cognitivo en una persona con menos de 65 años (AG).</p>

Actividades	Características de calidad
<p>2º VALORACIÓN DIAGNÓSTICA COMPLEMENTARIA</p>	<p>2.9.4. Para determinar el subtipo de deterioro cognitivo, particularmente cuando se sospecha una variante atípica de enfermedad de Alzheimer (presentación con trastorno del lenguaje, de la orientación, de las praxias o de la visuopercepción) o una causa no Alzheimer de deterioro cognitivo (parkinsonismo, movimientos coreicos, signos de afectación de motoneurona, trastorno precoz de la marcha o del control de esfínteres, trastorno conductual precoz) (AG)³.</p> <p>2.10 Si se sigue sospechando deterioro cognitivo tras descartar causas reversibles (incluidas depresión, delirium, problemas sensoriales o deterioro cognitivo a causa de medicamentos con alta carga anticolinérgica) se derivará a atención hospitalaria (<i>recomendación NICE</i>)³.</p> <p>2.11 Todo paciente en estudio por posible deterioro cognitivo debe tener identificada una persona cuidadora, quedando registrado en su historia clínica (AG).</p> <p>2.12 (ii) Se informará a la persona y/o familiares/conocidos/cuidador/a, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, de los resultados de las pruebas y valoraciones, dejando constancia en la Historia de salud (HS).</p>

PROFESIONALES DE MEDICINA DE FAMILIA, DE ENFERMERÍA DE AP, DE TRABAJO SOCIAL, DE ENFERMERÍA GESTORA DE CASOS


Actividades	Características de calidad
<p>3º VALORACIÓN BIOPSIOSOCIAL PAP</p>	<p>3.1 (Δ) Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona mediante tres códigos identificativos diferentes (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA).</p> <p>3.2 (ii) En el diagnóstico se ofrecerá información tanto oral como escrita que incluya (<i>recomendación NICE</i>)³:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Cuál es el subtipo de deterioro cognitivo que padece y qué cambios esperar conforme vaya progresando la condición. • Qué profesionales de la salud y trabajadores sociales participarán en su atención y cómo contactar con ellos. • Si procede, cómo afecta el deterioro cognitivo a la conducción, y se recomendará que informe de la situación a donde proceda. • Sus derechos y responsabilidades. • Su derecho a la adaptación del puesto de trabajo. • Cómo pueden ayudarle los siguientes grupos de contacto: <ul style="list-style-type: none"> - Grupos de apoyo locales/asociaciones, foros online, organizaciones nacionales.

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">3^o VALORACIÓN BIOPSICOSOCIAL PAP</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Grupos de apoyo locales/asociaciones, foros online, organizaciones nacionales. - Servicios financieros y legales. - Servicios de defensa. <p>3.3 Se recomienda proporcionar a las personas con deterioro cognitivo un único profesional de la salud o de atención social responsable de coordinar su atención (<i>recomendación NICE</i>)³.</p> <p>3.3.1. El profesional responsable de la coordinación se encargará de (<i>recomendación NICE</i>)³:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestionar una primera visita para valorar las necesidades de la persona que deberá ser presencial, si es posible. • Facilitar información sobre servicios disponibles y cómo acceder a ellos. • Involucrar a los familiares o cuidadores en el apoyo y en la toma de decisiones. • Dar consideración especial a las personas que no tienen capacidad para tomar decisiones. • Asegurar que las personas conocen sus derechos y la disponibilidad de servicios de defensa locales. • Desarrollar un plan de cuidados y apoyo (plan de acción personalizado o PAP) <ul style="list-style-type: none"> - Acordarlo y revisarlo con la persona, sus familiares o cuidadores (según corresponda), así como con los profesionales. - Especificar cuándo y con qué frecuencia se revisará el plan. - Evaluar y registrar los objetivos en cada revisión. - Asegurar que cubre el manejo de otras comorbilidades. - Facilitar una copia del plan a la persona y familiares o cuidadores. <p>3.4 Se fomentará y permitirá que las personas con deterioro cognitivo aporten su visión y opinión respecto a la atención proporcionada (<i>recomendación NICE</i>)³.</p> <p>3.4.1. Si es necesario, se utilizarán formas de comunicación adicionales (por ejemplo información gráfica o texto simplificado) (<i>recomendación NICE</i>)³</p> <p>3.5 Los profesionales de salud y trabajadores sociales que aconsejan a las personas con deterioro cognitivo deberán saber iniciar y mantener una conversación de dificultad emocional (<i>recomendación NICE</i>)³.</p>

Actividades	Características de calidad																		
<p>3º VALORACIÓN BIOPSICOSOCIAL PAP</p>	<p>3.6 Se realizará una valoración según el modelo de Necesidades Básicas de Virginia Henderson³¹ o a través de los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon³² para contribuir a la salud y calidad de vida del paciente.</p> <p>3.7 Se valorará la fragilidad (valoración del riesgo de caídas).</p> <p>3.7.1. En los pacientes con deterioro cognitivo y un alto riesgo de caídas se realizará una intervención específica para disminuir el riesgo que incluya revisión de la medicación que ha demostrado incrementar el riesgo (Anexo 2)³⁰, así como la revisión de las barreras arquitectónicas y riesgos del domicilio.</p> <p>3.7.2. Se utilizarán test para valoración del riesgo de caídas³⁰ tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Test de cribado para la detección de caídas. • El Test de “levántate y anda” (“<i>Test get up and go</i>” cronometrado). Un tiempo mayor de 20 segundos implica alto riesgo de caídas³⁰. <p>Tabla 5: Resultados enfermeros a medir (NOC) e intervenciones (NIC)</p> <table border="1" data-bbox="419 868 1340 1355"> <thead> <tr> <th data-bbox="419 868 887 925">NOC</th> <th data-bbox="887 868 1340 925">NIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="419 925 887 977">1209 Motivación</td> <td data-bbox="887 925 1340 977">5230 Aumentar el afrontamiento</td> </tr> <tr> <td data-bbox="419 977 887 1028">1851 Conocimiento: manejo de la demencia</td> <td data-bbox="887 977 1340 1028">6460 Manejo de la demencia</td> </tr> <tr> <td data-bbox="419 1028 887 1079">0908 Memoria</td> <td data-bbox="887 1028 1340 1079">4760 Entrenamiento de la memoria</td> </tr> <tr> <td data-bbox="419 1079 887 1130">0900 Cognición</td> <td data-bbox="887 1079 1340 1130">4720 Estimulación cognitiva</td> </tr> <tr> <td data-bbox="419 1130 887 1181">0901 Orientación cognitiva</td> <td data-bbox="887 1130 1340 1181">4820 Orientación de la realidad</td> </tr> <tr> <td data-bbox="419 1181 887 1232">0906 Toma de decisiones</td> <td data-bbox="887 1181 1340 1232">5250 Apoyo en la toma de decisiones</td> </tr> <tr> <td data-bbox="419 1232 887 1283">1212 Nivel de estrés</td> <td data-bbox="887 1232 1340 1283">5820 Disminución de la ansiedad</td> </tr> <tr> <td data-bbox="419 1283 887 1355">1300 Aceptación del estado de salud</td> <td data-bbox="887 1283 1340 1355">5230 Mejorar el afrontamiento</td> </tr> </tbody> </table> <p>Podrá ser ampliada a criterio del profesional.</p> <p>3.8 Se realizará la valoración sociofamiliar habitual en Atención Primaria además de la administración de la Escala Socio-Familiar de Gijón (AG)³³.</p> <p>3.8.1. La valoración se basará en el conocimiento del paciente y su proyecto vital para lo que se explorarán las siguientes áreas (AG):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Área de la familia, cohesión familiar y clima afectivo. • Área de las condiciones estructurales, seguridad, confortabilidad y privacidad. • Área del entorno. 	NOC	NIC	1209 Motivación	5230 Aumentar el afrontamiento	1851 Conocimiento: manejo de la demencia	6460 Manejo de la demencia	0908 Memoria	4760 Entrenamiento de la memoria	0900 Cognición	4720 Estimulación cognitiva	0901 Orientación cognitiva	4820 Orientación de la realidad	0906 Toma de decisiones	5250 Apoyo en la toma de decisiones	1212 Nivel de estrés	5820 Disminución de la ansiedad	1300 Aceptación del estado de salud	5230 Mejorar el afrontamiento
NOC	NIC																		
1209 Motivación	5230 Aumentar el afrontamiento																		
1851 Conocimiento: manejo de la demencia	6460 Manejo de la demencia																		
0908 Memoria	4760 Entrenamiento de la memoria																		
0900 Cognición	4720 Estimulación cognitiva																		
0901 Orientación cognitiva	4820 Orientación de la realidad																		
0906 Toma de decisiones	5250 Apoyo en la toma de decisiones																		
1212 Nivel de estrés	5820 Disminución de la ansiedad																		
1300 Aceptación del estado de salud	5230 Mejorar el afrontamiento																		






Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">3^o VALORACIÓN BIOPSICOSOCIAL PAP</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Área de la red relacional. • Área de los recursos y activos comunitarios. <p>3.8.2. Se derivarán para valoración específica por parte de los trabajadores sociales a (AG):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas con Escala Gijón mayor de 10. • Personas con deterioro cognitivo menor de 65 años. • Personas con sospecha de maltrato. • Cuando la persona que cuida presenta discapacidad, escasa autonomía funcional, enfermedad mental grave o adicciones. • En ausencia de cuidador. <p>3.8.3. El diagnóstico social definido por el profesional del trabajo social deberá constar en la HS del paciente.</p> <p>3.9 (i) Se informará de los resultados de la valoración de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión dejando constancia en la HS, así como de la información proporcionada.</p> <p>3.10 Todas las personas con deterioro cognitivo recibirán recomendaciones sobre la realización de actividad física (dos veces a la semana) como parte de su manejo clínico (<i>grado B</i>)¹, así como recomendaciones sobre estilos de vida saludables como el abandono del hábito tabáquico y alcohol, alimentación equilibrada e higiene del sueño (AG).</p> <p>3.10.1. Se ofrecerán actividades para promover el bienestar que se adapten a las preferencias de la persona con deterioro cognitivo (<i>recomendación NICE</i>)³.</p> <p>3.11 Se recomiendan intervenciones viables, teniendo en cuenta la fase de la enfermedad, en aquellos lugares donde la persona con deterioro cognitivo se desenvuelve y convive (domicilio, centro, barrio, mapa de activos de la comunidad), considerando sus costumbres, hábitos cotidianos y preferencias (AG).</p> <p>3.11.1. Se aconseja que todos los profesionales de AP y AH tengan acceso al mapa de activos en salud más cercanos al entorno del paciente, elaborados y actualizados por los trabajadores sociales, para poder transmitir dicha información a los pacientes y sus familiares/cuidadores (AG).</p> <p>3.11.2. Para personas con demencia leve o moderada se le informará de las posibles opciones relativas a terapias de estimulación cognitiva grupal³ o reminiscencia grupal³ que pudieran estar disponibles a través de los distintos activos en salud locales.</p>

Actividades	Características de calidad												
<p>3º VALORACIÓN BIOPSIICOSOCIAL PAP</p>	<p>3.12 No se ofrecerá entrenamiento cognitivo para tratar la demencia leve o moderada de la enfermedad de Alzheimer (<i>recomendación NICE</i>)³.</p> <p>3.13 Se recomienda realizar asesoramiento adecuado a la fase de la enfermedad en relación a (AG)¹⁰:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aspectos legales básicos y permisos de conducción o de caza. • Participación en actividades lúdicas, culturales y/o religiosas afines a sus preferencias. • Fomento de la integración y participación en Asociaciones de Familiares de pacientes con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. • Servicio de Ayuda a Domicilio. • Servicio de Teleasistencia. • Adaptación funcional de la vivienda. • Unidades de Estancia Diurna. • Centro Residencial. • Respiro familiar. • Prestación económica por cuidados en el entorno familiar y no profesional. • Tarjeta +Cuidados. <p>3.14 Se realizará educación terapéutica individual /grupal a pacientes y /o cuidadores cuyo contenido será acorde a la fase de deterioro cognitivo que presente (AG).</p> <p>Tabla 6: Resultados a medir (NOC) e intervenciones a realizar (NIC) referentes a educación terapéutica para pacientes.</p> <table border="1" data-bbox="411 1304 1353 1671"> <thead> <tr> <th data-bbox="411 1304 879 1361">NOC</th> <th data-bbox="879 1304 1353 1361">NIC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="411 1361 879 1416">1209 Motivación</td> <td data-bbox="879 1361 1353 1416">5510 Educación sanitaria</td> </tr> <tr> <td data-bbox="411 1416 879 1471">1851 Conocimiento: manejo de la demencia</td> <td data-bbox="879 1416 1353 1471">5395 Mejora de la autoconfianza</td> </tr> <tr> <td data-bbox="411 1471 879 1565">1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad</td> <td data-bbox="879 1471 1353 1565">6460 Manejo de la demencia 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad</td> </tr> <tr> <td data-bbox="411 1565 879 1620">1808 Conocimiento: medicación</td> <td data-bbox="879 1565 1353 1620">5616 Enseñanza: medicamentos prescritos</td> </tr> <tr> <td data-bbox="411 1620 879 1671">1811 Conocimiento: actividad prescrita</td> <td data-bbox="879 1620 1353 1671">5612 Enseñanza: ejercicio prescritos</td> </tr> </tbody> </table> <p>Podrá ser ampliada a criterios del profesional.</p> <p>3.15 Se ofrecerá a los cuidadores de las personas con demencia formación y habilidades para intervención, incluyendo (<i>recomendación NICE</i>)³. </p>	NOC	NIC	1209 Motivación	5510 Educación sanitaria	1851 Conocimiento: manejo de la demencia	5395 Mejora de la autoconfianza	1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad	6460 Manejo de la demencia 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad	1808 Conocimiento: medicación	5616 Enseñanza: medicamentos prescritos	1811 Conocimiento: actividad prescrita	5612 Enseñanza: ejercicio prescritos
NOC	NIC												
1209 Motivación	5510 Educación sanitaria												
1851 Conocimiento: manejo de la demencia	5395 Mejora de la autoconfianza												
1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad	6460 Manejo de la demencia 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad												
1808 Conocimiento: medicación	5616 Enseñanza: medicamentos prescritos												
1811 Conocimiento: actividad prescrita	5612 Enseñanza: ejercicio prescritos												

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">3^o VALORACIÓN BIOPSICOSOCIAL PAP</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Educación sobre deterioro cognitivo, sus síntomas y los cambios a esperar cuando la enfermedad progrese. • Desarrollo de estrategias personalizadas y habilidades de un cuidador. • Entrenamiento para dar cuidados, incluyendo cómo comprender y responder a las alteraciones en el comportamiento. • Entrenamiento en adaptar sus formas de comunicación para mejorar la interacción con la persona que padece deterioro cognitivo. • Consejos sobre cómo cuidar de su propia salud física y mental, así como su bienestar emocional y espiritual. • Información sobre servicios de apoyo y terapia psicológica para cuidadores que la puedan necesitar y cómo acceder a ellos. • Recomendar la realización de actividades de ocio y disfrute que también puedan realizar junto a la persona que padece deterioro cognitivo. • Consejos para planificar el futuro. <p>3.15.1. Para el manejo de los síntomas conductuales, se podría considerar la formación en habilidades para los cuidadores de personas con demencia que incluirá los siguientes componentes (<i>recomendación SIGN</i>)⁵:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resolución de problemas. • Identificación de desencadenantes. • Estrategias de afrontamiento para comportamientos que generan estrés. • Reducción de estrés. • Reestructuración cognitiva. • Habilidades para la comunicación. • Manejo de crisis. <p>3.15.2. Se tendrá en cuenta que las intervenciones con cuidadores son más efectivas cuando se proporcionan en grupo (<i>recomendación NICE</i>)³.</p> <p>3.15.3. Se realizarán programas de educación terapéutica a través de talleres de cuidadores/as en todos los centros de salud coordinados por el responsable asignado en el centro (<i>AG</i>).</p> <p>3.15.4. Se fomentará la participación en los Grupos Socioeducativos (GRUSE) desarrollados en los centros de salud para el abordaje psicosocial del malestar inespecífico que no encuentra respuesta en pruebas clínicas.</p> <p>3.15.5. Se fomentará la participación en los Grupos de Afrontamiento de la Ansiedad en Atención Primaria (GRAFA) que ayudan mediante estrategias de baja intensidad al manejo de la ansiedad.</p>

Actividades	Características de calidad																	
<p>3º VALORACIÓN BIOPSIOSOCIAL PAP</p>	<p>3.16 Se ofrecerá un abordaje familiar en el caso de personas con demencia de presentación en edad joven y cuidadores jóvenes, con apoyo dirigido y coordinado y cuidados de todos los sectores (incluyendo servicios sanitarios para adultos y niños, servicios educativos y voluntariado). Esto debería incluir la continuidad de cuidados a través de una persona coordinadora que conozca la situación de la familia y que facilitará los servicios de apoyo para la persona con demencia, aliviando la carga de cuidados y asegurando que el cuidador joven pueda continuar con su formación o trabajo (<i>recomendación SIGN</i>)⁵.</p> <p>3.17 Se tendrá en cuenta que los cuidadores de personas con deterioro cognitivo tienen un alto riesgo de depresión (<i>recomendación NICE</i>)³.</p> <p>3.18 Se informará a los cuidadores de sus derechos respecto a (<i>recomendación NICE</i>)³:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realización de una evaluación formal de las necesidades del cuidador incluyendo físicas y mentales. • Evaluación de sus necesidades de descansos cortos y respiro de cuidados. <p>3.19 Se realizará valoración de la sobrecarga de la persona cuidadora mediante el índice de esfuerzo del cuidador³⁴ en los casos de (<i>AG</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sospecha de sobrecarga sentida. • Convivencia en el domicilio o pasar más de 10 horas en el mismo, aunque no resida en él. • Cuando el paciente con demencia presente ya gran discapacidad: paciente con índice de Barthel inferior a 60 puntos o GDS ≥ 5. <p>Tabla 7: Diagnósticos NANDA, NOC y NIC referentes a la persona cuidadora.</p> <table border="1" data-bbox="405 1255 1351 1741"> <thead> <tr> <th colspan="2" data-bbox="405 1255 1351 1310">NANDA-NOC-NIC CUIDADOR/A</th> </tr> <tr> <th colspan="2" data-bbox="405 1310 1351 1365">DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS (NANDA)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" data-bbox="405 1365 1351 1420">00062 Cansancio en el rol del cuidador</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="405 1420 1351 1475">00061 Riesgo de cansancio en el rol del cuidador</td> </tr> <tr> <th data-bbox="405 1475 965 1530">NOC</th> <th data-bbox="965 1475 1351 1530">NIC</th> </tr> <tr> <td data-bbox="405 1530 965 1586">2508 Bienestar del cuidador principal</td> <td data-bbox="965 1530 1351 1586">7040 Apoyo al cuidador principal</td> </tr> <tr> <td data-bbox="405 1586 965 1641">2609 Apoyo familiar durante el tratamiento</td> <td data-bbox="965 1586 1351 1641">7140 Apoyo a la familia</td> </tr> <tr> <td data-bbox="405 1641 965 1741" rowspan="2">2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario</td> <td data-bbox="965 1641 1351 1696">5606 Enseñanza: individual</td> </tr> <tr> <td data-bbox="965 1696 1351 1741">5604 Enseñanza: grupo</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="405 1741 1351 1845">Podrá ser ampliada a criterios del profesional.</p>	NANDA-NOC-NIC CUIDADOR/A		DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS (NANDA)		00062 Cansancio en el rol del cuidador		00061 Riesgo de cansancio en el rol del cuidador		NOC	NIC	2508 Bienestar del cuidador principal	7040 Apoyo al cuidador principal	2609 Apoyo familiar durante el tratamiento	7140 Apoyo a la familia	2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario	5606 Enseñanza: individual	5604 Enseñanza: grupo
NANDA-NOC-NIC CUIDADOR/A																		
DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS (NANDA)																		
00062 Cansancio en el rol del cuidador																		
00061 Riesgo de cansancio en el rol del cuidador																		
NOC	NIC																	
2508 Bienestar del cuidador principal	7040 Apoyo al cuidador principal																	
2609 Apoyo familiar durante el tratamiento	7140 Apoyo a la familia																	
2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario	5606 Enseñanza: individual																	
	5604 Enseñanza: grupo																	

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">3^o VALORACIÓN BIOPSIOSOCIAL PAP</p>	<p>3.20 Los médicos deben hablar con los pacientes con deterioro cognitivo sobre su diagnóstico y las dudas relacionadas con el pronóstico. Además, aconsejarán a pacientes y familiares que hablen sobre temas de planificación a largo plazo, como voluntades vitales anticipadas, seguridad en la conducción, finanzas y planificación patrimonial (<i>grado B</i>)¹.</p> <p>3.21 Se ofrecerán oportunidades, al inicio y a lo largo del cuidado, al paciente con deterioro cognitivo y las personas involucradas en su cuidado para discutir (<i>recomendación NICE</i>)³:</p> <ul style="list-style-type: none"> • los beneficios de la planificación anticipada. • otorgamiento de poder notarial (para decisiones de salud y bienestar, cuestiones patrimoniales y financieras). • la expresión de deseos, preferencias, creencias y valores en relación a sus futuros cuidados. • la toma de decisiones anticipadas respecto a rechazo de tratamientos. • sus preferencias sobre el lugar donde prefiere recibir los cuidados habituales y, en caso de situación avanzada terminal, el lugar de fallecimiento. <p>3.22  Se planteará la realización de la Planificación anticipada de las decisiones (PAD) precozmente (<i>AG</i>).</p> <p>3.22.1. Se debe realizar la PAD mientras la persona tenga capacidad para decidir.</p> <p>3.22.2. Se valorará la autonomía personal del paciente como la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia)³⁵.</p> <p>3.22.3.  Se realizará el registro en la historia de salud mediante la apertura de un episodio con el término PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LAS DECISIONES, al completo y sin siglas.</p> <p>3.23  Con independencia de la realización de la PAD, la persona puede realizar el registro de la Voluntad vital anticipada (VVA) (<i>AG</i>).</p> <p>3.24 En cada visita de revisión se ofrecerá la oportunidad de cambiar y revisar cualquier decisión o declaración anticipada realizada (<i>recomendación NICE</i>)³.</p> <p>3.25 Una vez diagnosticado y valorado el paciente con deterioro cognitivo, se elaborará el PAP en un periodo no superior a ocho semanas teniendo en cuenta las recomendaciones anteriores.</p>





Actividades	Características de calidad
<p>3º</p> <p>VALORACIÓN BIOPSIICOSOCIAL PAP</p>	<p>3.26 El PAP tendrá un lenguaje claro, preciso y de modo adecuado a las posibilidades de comprensión del paciente y/o personas que cuidan (AG).</p> <p>3.27 El PAP se considerará concluido una vez que sea entregado mediante un documento al paciente y/o personas que cuidan, por su médico y enfermera de familia, tras comprobar el acuerdo en todos los puntos del mismo. Se registrará la fecha en la que el PAP es entregado y cerrado (AG)³.</p> <p>3.28 El documento del PAP que ha sido entregado al paciente quedará registrado en la Historia clínica, siendo accesible tanto para los profesionales de salud como para el paciente a través de la página de salud del paciente (ClicSalud+) (AG).</p> <p>3.29 Se recomienda que se haya solicitado el consentimiento para transferir el contenido del PAP a los diferentes entornos de atención (recomendación NICE)³.</p> <p>3.30 (i) Los profesionales de la salud se asegurarán que la información (como los cuidados y el plan de apoyo y cuidados avanzados) se pueda compartir entre diferentes ámbitos asistenciales como residencia, hospital o atención primaria (recomendación NICE)³.</p>

PROFESIONALES DEL SERVICIO DE ATENCIÓN A LA CIUDADANÍA (SAC) DE ATENCIÓN HOSPITALARIA (AH), DE NEUROLOGÍA, DE MEDICINA INTERNA, DE ENFERMERÍA DE AH

Actividades	Características de calidad
<p>4º</p> <p>VALORACIÓN DIAGNÓSTICA HOSPITALARIA</p>	<p>4.1 (Δ) Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona que acude a consultas externas mediante tres códigos identificativos diferentes (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA).</p> <p>4.2 Se realizará una exploración neurológica orientada hacia el subtipo diagnóstico evaluando (AG):</p> <p>4.2.1. Signos que sugieran enfermedad de Alzheimer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signo de la mirada suplicatoria • Anosognosia de los déficits. • Lenguaje con pausas por anomia. • Dificultad para la imitación de maniobras de praxis bimanual. • Problemas visuoespaciales: dificultad para localizar ítems en la propia consulta. <p>4.2.2. Signos que alerten de una causa atípica, no Alzheimer, de deterioro cognitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signos focales, meningismo o signos de hipertensión endocraneal (edema de papila), que sugieran una etiología lesional del deterioro cognitivo.

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="311 190 341 220">4^º</p> <p data-bbox="236 226 416 335">VALORACIÓN DIAGNÓSTICA HOSPITALARIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="564 190 1417 261">• Signos piramidales y/o amiotrofias, que sugieren una enfermedad de motoneurona como causa del deterioro cognitivo. <li data-bbox="564 288 1353 318">• Movimientos coreicos, que sugieren una enfermedad de Huntington. <li data-bbox="564 345 1417 416">• Signos de parkinsonismo, simétrico o asimétrico, que sugieren un deterioro cognitivo con parkinsonismo. <li data-bbox="564 443 1417 515">• Alteraciones del habla o del lenguaje y del comportamiento (desinhibición, conducta de utilización), que sugieren una demencia frontotemporal. <li data-bbox="564 541 1417 613">• Trastorno de la marcha, que sugiere enfermedad vascular cerebral, hidrocefalia o deterioro cognitivo con parkinsonismo. <li data-bbox="564 639 1417 711">• Mioclonías precoces y ataxia de la marcha que sugieren enfermedad priónica. <p data-bbox="443 725 1417 797">4.3 Se recomienda considerar una valoración neuropsicológica cuando no está claro (<i>recomendación NICE</i>)³:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="504 823 1070 854">• si la persona presenta o no deterioro cognitivo o, <li data-bbox="504 880 1417 952">• si el deterioro cognitivo es o no a causa de una enfermedad neurodegenerativa o, <li data-bbox="504 979 1417 1009">• cuál es el diagnóstico correcto del subtipo de deterioro cognitivo que presenta. <p data-bbox="496 1036 1198 1066">4.3.1. Para ello se tendrán en cuenta las siguientes situaciones:</p> <p data-bbox="564 1113 1417 1263">4.3.1.1. Que exista una queja de memoria consistente, corroborada por el informador, y que la puntuación del test cognitivo breve no haya sido concluyente (MEC de Lobo ≥ 24; Fototest entre -2 z y -1z), lo que haría sospechar posible enfermedad de Alzheimer.</p> <p data-bbox="564 1304 1417 1453">4.3.1.2. Que haya dudas respecto a si el deterioro cognitivo es causado o no por un proceso neurodegenerativo, particularmente, cuando hay síntomas psicológicos de reciente aparición y se necesita ampliar la evaluación cognitiva y conductual.</p> <p data-bbox="564 1494 1417 1643">4.3.1.3. Cuando los síntomas de deterioro cognitivo son atípicos y sugieren una variante atípica de enfermedad de Alzheimer o una causa no Alzheimer de deterioro cognitivo, con necesidad de evaluar otros dominios además de la memoria.</p> <p data-bbox="443 1663 1417 1774">4.4 En caso de sospecha de enfermedad de Alzheimer se recomienda la administración de un test de memoria episódica verbal (<i>recomendación NICE</i>)³ que disponga de datos normativos para nuestra población para completar el diagnóstico precoz.</p>



Actividades	Características de calidad
<p>4º VALORACIÓN DIAGNÓSTICA HOSPITALARIA</p>	<p>4.4.1. Se sugiere emplear para personas que al menos completaron estudios primarios: “<i>Free and Cued Selective Reminding Test</i>” (FCSRT) o “Test de recuerdo libre y selectivamente facilitado con recuerdo inmediato, versión verbal”(AG)^{3, 36}. La puntuación total del test se considerará patológica si está por debajo de la puntuación que marca el percentil 10, según edad y años de escolarización.</p> <p>4.4.2. Se sugiere emplear para personas que no completaron estudios primarios: “<i>The Memory Associative Test of the district of Seine-Saint-Denis</i>” (TMA-93)(test de memoria con imágenes) (AG)³⁷. La puntuación total del test se considerará patológica si está por debajo de la puntuación que marca el percentil 10, según edad y nivel educativo.</p> <p>4.5 Ante una duda de que sea o no un proceso neurodegenerativo o de que se trate de un deterioro cognitivo atípico, se considerará ampliar la evaluación con herramientas que abarcan otros dominios cognitivos además de realizar los test de memoria FCSRT o TMA-93 (AG).</p> <p>4.6 Se ofrecerá realizar una prueba de imagen estructural para descartar causas reversibles de deterioro cognitivo y para ayudar al diagnóstico del subtipo, salvo que la demencia esté bien establecida y el diagnóstico del subtipo esté claro (recomendación NICE)³, (recomendación SIGN)⁵.</p> <p>4.6.1.   Si es necesaria la prueba de imagen, se informará al paciente o la persona responsable de la necesidad de realizar las pruebas diagnósticas de imagen y se solicitará el consentimiento informado dejando constancia en su historia clínica.</p> <p>4.6.2. No se descartará enfermedad de Alzheimer en base solo a los resultados del TAC o RMN de cráneo (recomendación NICE)³.</p> <p>4.7 Se recomienda usar criterios validados para guiar el diagnóstico clínico de los diferentes subtipos de deterioro cognitivo (<i>recomendación NICE)³ (Anexo 3)</i>.</p> <p>4.8 Se recomienda valorar el estadio del deterioro cognitivo secundario a enfermedad de Alzheimer para realizar las recomendaciones relativas a tratamiento y seguimiento.</p> <p>4.9 Para la valoración del estadiaje (ver tabla 8) se utilizará la Escala Global del Deterioro para la evaluación de la demencia degenerativa primaria (<i>Global Deterioration Scale; GDS</i>). Esta escala se completará con la Escala de Clasificación para la Evaluación Funcional (<i>Functional Assessment Staging; FAST</i>) (AG).</p>

Actividades **Características de calidad**

4º
VALORACIÓN
DIAGNÓSTICA
HOSPITALARIA

Tabla 8: Escala GDS-FAST en relación con la fase clínica y MEC.

ESTADIO	FASE CLÍNICA	MEC	FAST
GDS 1 Ausencia de deterioro cognitivo	Normal	30-35	No hay deterioro cognitivo objetivo ni subjetivo
GDS 2 Déficit cognitivo muy leve	Normal para su edad	25-30	Quejas subjetivas de pérdida de memoria No se objetiva deterioro en examen clínico
GDS 3 Déficit cognitivo leve	Deterioro cognitivo leve	20-27	Dificultad funcional objetiva que interfiere tareas ocupacionales y sociales complejas
GDS 4 Déficit cognitivo moderado	Demencia Alzheimer leve	16-23	Deficiente desempeño de tareas complejas cotidianas
GDS 5 Déficit cognitivo moderadamente grave	Demencia Alzheimer moderada	10-19	Realización deficiente de tareas básicas de la vida diaria
GDS 6 Déficit cognitivo grave	Demencia Alzheimer moderadamente grave	0-12	Disminución de la capacidad para vestirse, bañarse y asearse adecuadamente
GDS 7 Déficit cognitivo muy grave	Demencia Alzheimer grave	0	Pérdida progresiva de las capacidades de lenguaje, locomoción y conciencia

Fuente: Elaboración propia. Basada en escala de deterioro global de SEMFYC, Escala de deterioro global de Reisberg y Escala de deterioro global GDS-FAST.

4.9.1. En aquellos pacientes que se encuentren en estadio 6 y 7 de la escala GDS se procederá a identificar el subestadio según los criterios de la escala FAST recogidos en la tabla 9.



4º
VALORACIÓN
DIAGNÓSTICA
HOSPITALARIA

Tabla 9: Escala FAST: Subestadiaje en deterioro cognitivo grave o muy grave.

ESTADIO	SUBESTADIO	FAST
GDS 6 Déficit cognitivo grave (Disminución de la capacidad para vestirse, bañarse y asearse adecuadamente)	a	Pérdida de la capacidad para vestirse solo
	b	Pérdida de la capacidad para bañarse solo
	c	Pérdida de la capacidad de arreglarse solo o de aseo (lavarse las manos, tirar de la cadena...)
	d	Incontinencia urinaria
	e	Incontinencia fecal
GDS 7 Déficit cognitivo muy grave (Pérdida progresiva de las capacidades de lenguaje, locomoción y conciencia)	a	Pérdida de la capacidad para completar frases limitada a menos de 6 palabras
	b	Pérdida de la capacidad para hablar limitada a monosílabos o gruñidos
	c	Pérdida de la capacidad para andar sin ayuda
	d	Pérdida de la capacidad para mantenerse sentado
	e	Pérdida de la capacidad de sonreír
	f	Pérdida de la capacidad para mantener la cabeza erguida

Fuente: Elaboración propia. Basada en escala de deterioro global de SEMFYC, Escala de deterioro global de Reisberg y Escala de deterioro global GDS-FAST.

4.9.2. Para Demencia Frontotemporal se considerará emplear una escala específica, FTD-FRS (*Frontotemporal Dementia Rating Scale*) (AG)³⁸.

4.10 (ii) Se facilitará a la persona con demencia y a su familia o cuidadores (según proceda) información relevante a sus circunstancias y al estadiaje de su enfermedad (*recomendación NICE*)³, incluyendo el subtipo de deterioro cognitivo.

4.10.1. El equipo de salud acordará cómo realizar el proceso de la comunicación de la noticia, a fin de apoyar y aclarar dudas de forma homogénea y complementaria (AG)¹⁰.




4.10.2. Se recomienda que la persona con deterioro cognitivo o demencia **disponga de un tiempo para reaccionar ante la noticia** y pueda expresar sus emociones, evitando dar mucha información al inicio (AG).

4.10.3. Se comprobará que ha comprendido la información y se dejará constancia en la historia de salud (AG).


4.10.4. Se redactará el plan de tratamiento y seguimiento acorde a los resultados obtenidos para transmitirlo a Atención Primaria y que se pueda así completar el Plan de Acción Personalizado (PAP).

Actividades	Características de calidad
<p>4º</p> <p>VALORACIÓN DIAGNÓSTICA HOSPITALARIA</p>	<p>4.11 Sólo se considerará realizar más pruebas diagnósticas si (<i>recomendación NICE</i>)³ (<i>recomendación SIGN</i>)⁵:</p> <ul style="list-style-type: none"> • puede ayudar al diagnóstico del subtipo de demencia y • si el conocimiento sobre el subtipo de demencia cambia el manejo clínico. <p>4.12 Se gestionará otra cita en Atención Hospitalaria en caso de que proceda realizar más pruebas diagnósticas. En caso contrario, se indicará al paciente o familiares que contacten con su profesional de atención primaria de referencia.</p>

PROFESIONALES DEL SAC DE AH, DE NEUROLOGÍA, DE MEDICINA INTERNA

Actividades	Características de calidad
<p>5º</p> <p>VALORACIÓN DIAGNÓSTICA HOSPITALARIA COMPLEMENTARIA</p>	<p>5.1  Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona que acude a consultas externas mediante tres códigos identificativos diferentes (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA).</p> <p>5.2 Si se considera necesaria la realización de más pruebas, se recomienda elegir una que se ajuste a la sospecha clínica concreta (AG):</p> <p>5.3 Si el subtipo de demencia no está claro y se sospecha demencia vascular, se realizará RMN de cráneo. Si no está disponible la RMN, o está contraindicada, se empleará el TAC de cráneo (<i>recomendación NICE</i>)³.</p> <p>5.3.1. No se diagnosticará de demencia vascular en base sólo a las lesiones vasculares (<i>recomendación NICE</i>)³.</p> <p>5.3.2.   Se informará al paciente o la persona responsable de la necesidad de realizar las pruebas diagnósticas de subtipo y se solicitará el consentimiento informado dejando constancia en su historia clínica.</p> <p>5.4 Se considerará el uso de pruebas específicas ante la sospecha de enfermedad de Alzheimer cuando concurren una o más de las siguientes circunstancias de atipicidad (AG)^{39, 40}:</p> <ul style="list-style-type: none"> • inicio antes de los 65 años; • inicio con síntomas atípicos (variante lenguaje, variante posterior, variante frontal, síndrome corticobasal); • evolución inusualmente rápida; • sospecha de una causa mixta: comorbilidad psiquiátrica, casos atípicos de hidrocefalia crónica del adulto, coexistencia de enfermedad vascular cerebral.



Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="177 192 400 374">5º VALORACIÓN DIAGNÓSTICA HOSPITALARIA COMPLEMENTARIA</p>	<p data-bbox="424 192 1370 298">5.5 Cuando hay dudas en el diagnóstico y se sospecha enfermedad de Alzheimer se considerará realizar cualquiera de las siguientes (<i>recomendación NICE</i>)³ (<i>recomendación SIGN</i>)⁵:</p> <ul data-bbox="480 324 1370 580" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="480 324 1370 400">• F¹⁸-PET-FDG (<i>fluorodeoxyglucose-positron emission tomography-CT</i>) o, si no hay disponibilidad, ^{99m}Tc-HMPAO-SPECT (<i>single-photon emission CT</i>), o <li data-bbox="480 421 1370 580">• examen de LCR con: T(Total)-tau o T-tau y P(phosphorylated)-tau y Beta amiloide 42 o Beta amiloide 40 y Beta amiloide 42 (para realizar la proporción B amiloide 42/B amiloide 40). <p data-bbox="472 605 1370 676">Si el diagnóstico no puede concretarse con el inicialmente elegido, se podrá considerar utilizar el otro.</p> <p data-bbox="480 697 1370 768">5.5.1. No está recomendado el uso rutinario del PET amiloide en el diagnóstico de demencia o deterioro cognitivo leve(<i>recomendación SIGN</i>)⁵.</p> <p data-bbox="544 788 1370 1013">5.5.1.1. Se podrá considerar el PET amiloide para mejorar el diagnóstico de demencia Alzheimer en situaciones donde hay todavía falta de certeza tras la evaluación por un especialista y la realización de prueba de imagen cerebral estructural, por ejemplo, en aquellos pacientes con presentaciones atípicas o a una edad joven (<i>recomendación de consenso SIGN</i>)⁵.</p> <p data-bbox="544 1034 1370 1177">5.5.1.2. Cualquier consideración de PET amiloide debería seguir a una evaluación clínica completa por un especialista en demencia y a la discusión de potenciales riesgos de la radiación (<i>recomendación de consenso SIGN</i>)⁵.</p> <p data-bbox="480 1197 1370 1310">5.5.2. Se considerará que las personas a mayor edad tienen más probabilidad de dar falso positivo en la prueba del LCR (<i>recomendación NICE</i>)³ que evalúa amiloide, así como en el PET amiloide (<i>AG</i>).</p> <p data-bbox="480 1330 1370 1483">5.5.3.  Se informará al paciente o la persona responsable de la necesidad de realizar las pruebas específicas (F¹⁸-PET-FDG, ^{99m}Tc-HMPAO-SPECT o examen de LCR) y se solicitará el consentimiento informado dejando constancia en su historia de salud.</p> <p data-bbox="424 1504 1370 1575">5.6 Cuando hay dudas en el diagnóstico y se sospecha demencia por cuerpos de Lewy se realizará una SPECT con FP-CIT (DaTscan) (<i>recomendación NICE</i>)³.</p> <p data-bbox="480 1596 1370 1708">5.6.1. Si se sospecha demencia con cuerpos de Lewy y no está disponible la SPECT con FP-CIT, se considerará realizar una gammagrafía miocárdica (¹²³I-MIBG) (<i>recomendación NICE</i>)³.</p> <p data-bbox="480 1729 1370 1841">5.6.2. No se descartará demencia por cuerpos de Lewy basándose solo en los resultados normales de la SPECT con FP-CIT (DaTscan) o la gammagrafía miocárdica (¹²³I-MIBG) (<i>recomendación NICE</i>)³.</p>

Actividades	Características de calidad
<p>5º VALORACIÓN DIAGNÓSTICA HOSPITALARIA COMPLEMENTARIA</p>	<p>5.6.3. (b) Se informará al paciente o la persona responsable de la necesidad de realizar la prueba específica (SPECT con FP-CIT o gammagrafía miocárdica ¹²³I-MIBG) y se solicitará el consentimiento informado dejando constancia en su historia de salud.</p> <p>5.7 Cuando hay dudas en el diagnóstico y se sospecha demencia frontotemporal (<i>recomendación NICE</i>)³ se considerará realizar cualquiera de las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • F¹⁸-PET-FDG o • ⁹⁹mTc-HMPAO-SPECT <p>5.7.1. No se descartará demencia frontotemporal basándose solo en los resultados de las pruebas estructurales, de perfusión o metabólicos (<i>recomendación NICE</i>)³.</p> <p>5.7.2. (b) Se informará al paciente o la persona responsable de la necesidad de realizar la prueba específica (F¹⁸-PET-FDG o ⁹⁹mTc-HMPAO-SPECT) y se solicitará el consentimiento informado dejando constancia en su historia de salud.</p> <p>5.8 Se tendrá en cuenta que el inicio en jóvenes de la enfermedad de Alzheimer tiene una causa genética en algunas personas (<i>recomendación NICE</i>)³.</p> <p>5.9 Se tendrá en cuenta que la demencia frontotemporal tiene una causa genética en algunas personas (<i>recomendación NICE</i>)³.</p> <p>5.10 Se tendrá en cuenta que la demencia vascular tiene una causa genética en algunas personas (<i>recomendación NICE</i>)³.</p> <p>5.11 Se recomienda valorar el estadio del deterioro cognitivo secundario a enfermedad de Alzheimer para realizar las recomendaciones relativas a tratamiento y seguimiento si no se ha realizado con anterioridad.</p> <p>5.11.1. Para la valoración del estadiaje se utilizará la Escala Global del Deterioro para la evaluación de la demencia degenerativa primaria (GDS). Esta escala se completará con la Escala de Clasificación para la Evaluación Funcional (FAST) que aporta a la primera una subclasificación de las fases 6 y 7 (AG).</p> <p>5.12 (i) Se facilitará a la persona con demencia y a su familia o cuidadores (según proceda) información relevante a sus circunstancias y al estadiaje de su enfermedad (<i>recomendación NICE</i>)³, incluyendo el subtipo de deterioro cognitivo.</p> <p>5.12.1. El equipo de salud acordará cómo realizar el proceso de la comunicación de la noticia, a fin de apoyar y aclarar dudas de forma homogénea y complementaria (AG)¹⁰.</p> <p>5.12.2. Se recomienda, si no se ha hecho con anterioridad, que la persona con deterioro cognitivo o demencia disponga de un tiempo para</p>

Actividades	Características de calidad
<p>5º VALORACIÓN DIAGNÓSTICA HOSPITALARIA COMPLEMENTARIA</p>	<p>reaccionar ante la noticia y pueda expresar sus emociones, evitando dar mucha información al inicio (AG).</p> <p>5.12.3. Se comprobará que ha comprendido la información y se dejará constancia en la historia de salud (AG).</p> <p>5.12.4. Se redactará el plan de tratamiento y seguimiento acorde a los resultados obtenidos para transmitirlo a Atención Primaria y que se pueda así completar el PAP.</p> <p>5.13 Si no se ha documentado previamente, se preguntará a la persona tras el diagnóstico (<i>recomendación NICE</i>)³:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si da su consentimiento para que los diferentes servicios puedan compartir información. • Con qué personas le gustaría que se compartiera información (familiares, cuidadores). • Qué información le gustaría que se compartiera. <p>5.13.1. Se documentarán todas estas decisiones en la historia clínica de la persona (AG).</p>

PROFESIONALES DEL SAC DE AH y AP, DE NEUROLOGÍA, DE MEDICINA INTERNA, DE MEDICINA DE FAMILIA, DE ENFERMERÍA DE AP, DE ENFERMERÍA GESTORA DE CASOS

Actividades	Características de calidad
<p>6º PLAN DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO</p>	<p>6.1 ⚠ Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona mediante tres códigos identificativos diferentes (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA).</p> <p>6.2 En los pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo leve, se suspenderán los medicamentos que puedan contribuir al deterioro cognitivo (siempre que sea posible y apropiado) y se tratarán los factores de riesgo modificables que puedan estar contribuyendo (<i>grado B</i>)¹ (Anexo 1).</p> <p>6.3 Los médicos deben informar a los pacientes diagnosticados de deterioro cognitivo leve y a sus familiares de que no hay agentes farmacológicos o dietéticos que demuestren tener un beneficio cognitivo sintomático y de que no hay medicamentos autorizados para este propósito (<i>grado B</i>)¹. Se considera para deterioro cognitivo leve (GDS=3).</p> <p>6.3.1. No se ofrecerá un inhibidor de colinesterasa a los pacientes diagnosticados de deterioro cognitivo leve (GDS=3) (<i>grado B</i>)¹.</p>

Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="236 190 427 333">6º PLAN DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO</p>	<p data-bbox="456 190 1414 296">6.4 Se valorará disponer de un cuidador o familiar que vigile regularmente la toma de medicamento por el paciente, considerándose condición necesaria al prescribir estos fármacos.</p> <p data-bbox="456 324 1414 472">6.5 Los inhibidores de la acetilcolinesterasa (iACE), donepezilo, galantamina y rivastigmina, se recomiendan en monoterapia como opciones para el tratamiento de la demencia Alzheimer de leve a moderada (<i>recomendación NICE</i>)³, por tanto, en GDS 4, 5 y 6. No se recomiendan en GDS 1-3 o 7⁴.</p> <p data-bbox="513 500 1414 607">6.5.1. Se considerará realizar electrocardiograma previo al inicio del tratamiento con iACE para descartar alteraciones en la frecuencia cardíaca y la conducción (<i>AG</i>)⁴¹.</p> <p data-bbox="513 635 1414 741">6.5.2. El uso de galantamina está contraindicado en pacientes con aclaramiento de creatinina inferior a 9 mL/min y en insuficiencia hepática grave (puntuación de Child- Pugh superior a 9)⁴¹.</p> <p data-bbox="513 770 1414 983">6.5.3. En los pacientes con insuficiencia hepática moderada (puntuación de Child-Pugh de 7-9), se recomienda que la dosis de inicio de galantamina sea una cápsula de liberación prolongada de 8 mg en días alternos, preferentemente por la mañana, durante 1 semana. A partir de entonces, los pacientes deberían continuar con 8 mg una vez al día durante 4 semanas. En estos pacientes, la dosis diaria no debe exceder los 16 mg⁴¹.</p> <p data-bbox="513 1011 1414 1158">6.5.4. El uso de rivastigmina en pacientes con insuficiencia renal o hepática de leve a moderada debe ser controlado cuidadosamente para ajustarse a la tolerancia individual, debido a que pueden experimentar más reacciones adversas dosis dependientes⁴¹.</p> <p data-bbox="513 1187 1414 1555">6.5.5. Por los efectos colinérgicos de los iACE, hay que tener precaución especial con las siguientes comorbilidades⁴:</p> <ul data-bbox="593 1269 1414 1555" style="list-style-type: none"> • alteraciones del ritmo cardíaco (síndrome del nodo sinusal o trastornos de la conducción supraventricular); • asma o enfermedad pulmonar obstructiva; • ulcus gastroduodenal; • hipertrofia de próstata u obstrucción urinaria; • epilepsia. <p data-bbox="456 1584 1414 1821">6.6 La memantina (antagonista no competitivo de los receptores NMDA), en monoterapia, se recomienda como una opción de tratamiento para la demencia Alzheimer en:</p> <ul data-bbox="513 1706 1414 1821" style="list-style-type: none"> • fase Alzheimer moderado (si el paciente es intolerante o tiene una contraindicación para los iACE) (<i>recomendación NICE</i>)³, que se corresponde con los estadios GDS 5 y 6⁴.

0



Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">6º PLAN DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • fase Alzheimer grave (<i>recomendación NICE</i>)³, que se corresponde con el estadio GDS 7⁴. 6.6.1. En la demencia tipo Alzheimer fase leve (GDS 4) puede utilizarse memantina si el paciente es intolerante o tiene una contraindicación para los iACE⁴. 6.6.2. Hay que tener precaución especial en pacientes que tomen memantina y tengan epilepsia y ajustar la dosis en pacientes con insuficiencia renal moderada (aclaramiento de creatinina de 30-49 mL/min) la dosis diaria debe ser de 10 mg al día. Si se tolera bien, después de al menos 7 días de tratamiento, la dosis podría aumentarse a 15 mg/día y, posteriormente, hasta 20 mg/día de acuerdo con el esquema de titulación estándar⁴¹. 6.6.3. En pacientes que toman memantina y presentan insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina de 5-29 mL/min.) la dosis diaria debe ser de 10 mg al día⁴¹. 6.6.4. Durante el seguimiento deben revisarse los siguientes eventos adversos⁴¹: <ul style="list-style-type: none"> • cefalea; • somnolencia y confusión; • vértigo y alteraciones del equilibrio y de la marcha; • hipertensión arterial. 6.7 A los pacientes con enfermedad de Alzheimer que ya están en tratamiento con iACE: <ul style="list-style-type: none"> • Se considerará añadir al tratamiento memantina en caso de enfermedad de Alzheimer moderada (<i>recomendación NICE</i>)³, que se corresponde con el estadio GDS=5⁴. • Se les ofrecerá memantina adicional en caso de enfermedad de Alzheimer moderadamente grave (<i>recomendación NICE</i>)³, que se corresponde con el estadio GDS=6⁴. 6.7.1. No se recomienda biterapia (uso de iACE + memantina) ni en la fase de demencia leve (GDS 4), ni en la fase demencia grave (GDS 7)⁴. 6.8 Se valorará el inicio de retirada de memantina en estadio muy avanzado de demencia tipo Alzheimer (GDS-FAST >7c; pérdida de la capacidad para caminar sólo sin ayuda, Barthel igual a 0)^{4,42}. 6.9 A los pacientes con demencia con cuerpos de Lewy leve o moderada se les podrá ofrecer tratamiento con donepezilo o rivastigmina (<i>recomendación NICE</i>)³. <ul style="list-style-type: none"> 6.9.1. Sólo se considerará galantamina, en pacientes con demencia con cuerpos



Actividades	Características de calidad
<p data-bbox="240 192 427 335">6º PLAN DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO</p>	<p data-bbox="576 192 1433 261">de Lewy leve o moderada que no hayan tolerado ni donepezilo ni rivastigmina (<i>recomendación NICE</i>)³.</p> <p data-bbox="507 288 1433 396">6.9.2. Puede considerarse el uso de memantina sólo cuando los iACE no son bien tolerados o están contraindicados en los pacientes con demencia con cuerpos de Lewy (<i>recomendación NICE</i>)³.</p> <p data-bbox="507 423 1433 568">6.9.3. Estas indicaciones deberán cumplir con los requisitos de medicamentos en situaciones especiales (RD 1015/2009 de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales)⁴³. Se registrará dicha circunstancia en historia clínica (AG).</p> <p data-bbox="507 594 1433 703">6.9.4. (i) (cc) Se informará al paciente de la consideración de uso fuera de indicación y se registrará en la historia de salud su aceptación verbal del consentimiento informado⁴³.</p> <p data-bbox="507 729 1433 799">6.9.5. (i) Se informará de las consideraciones de financiación según normativa vigente y se dejará constancia en la historia clínica⁴.</p> <p data-bbox="453 825 1433 970">6.10 En pacientes con demencia mixta en la que coexista demencia vascular con demencia Alzheimer o enfermedad de Parkinson o demencia por cuerpos de Lewy se puede considerar el tratamiento con iACE o memantina (<i>recomendación NICE</i>)³.</p> <p data-bbox="512 997 1433 1144">6.10.1. Esta indicación deberá cumplir con los requisitos de medicamentos en situaciones especiales (RD 1015/2009 de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales)⁴³. Se registrará dicha circunstancia en historia clínica (AG).</p> <p data-bbox="512 1171 1433 1279">6.10.2. (i) (cc) Se informará al paciente de la consideración de uso fuera de indicación y se registrará en la historia clínica su aceptación verbal del consentimiento informado⁴³.</p> <p data-bbox="512 1306 1433 1375">6.10.3. (i) Se informará de las consideraciones de financiación según normativa vigente y se dejará constancia en la historia de salud⁴.</p> <p data-bbox="453 1402 1433 1471">6.11 Los pacientes con demencia vascular aislada no deben tratarse ni con iACE ni con memantina (AG).</p> <p data-bbox="453 1498 1433 1567">6.12 No se ofrecerá ni iACE, ni memantina para los pacientes con demencia frontotemporal (<i>recomendación NICE</i>)³.</p> <p data-bbox="453 1594 1433 1663">6.13 Tanto al inicio como en las renovaciones de tratamiento se actualizará y especificará el subtipo y el grado GDS-FAST en la historia clínica (AG)^{4,41}.</p> <p data-bbox="453 1690 1433 1845">6.14 (i) Se informará a la persona, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión dejando constancia en la historia de salud. En caso de que la persona no pueda comprender la información, se proporcionará información a familiares/cuidadores dejando igualmente constancia en la historia de salud.</p>

PROFESIONALES DEL SAC DE AP, DE MEDICINA DE FAMILIA, DE ENFERMERÍA DE AP, DE ENFERMERÍA GESTORA DE CASOS, DE TRABAJO SOCIAL

Actividades	Características de calidad
<p>7º SEGUIMIENTO AP</p>	<p>7.1 ⚠ Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona mediante tres códigos identificativos diferentes (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA).</p> <p>7.2 A los pacientes diagnosticados de deterioro cognitivo se les debería evaluar de forma periódica en el tiempo y monitorizar los cambios en la función cognitiva (<i>grado B</i>)¹. Esta reevaluación se hará ante cualquier necesidad emergente relacionada con la enfermedad o siempre que sea necesario por cualquier otro motivo (<i>AG</i>).</p> <p>7.3 El PAP se evaluará en colaboración con la persona con deterioro cognitivo (si procede), su familia y cuidadores y el equipo multidisciplinar para modificarlo como proceda (<i>nivel V</i>)².</p> <p>7.3.1. Se realizará una reevaluación del PAP en una visita de seguimiento al menos una vez al año (<i>AG</i>) ya que un paciente no tratado tiene una disminución promedio de la puntuación total del MEC-30 de 2-4 puntos por año⁴.</p> <p>7.3.2. Se debe completar/ modificar el PAP teniendo en cuenta la identificación de nuevos problemas, nuevos objetivos y metas e intervenciones que se vayan a incorporar (<i>AG</i>)³.</p> <p>7.3.3. Se registrará el nuevo PAP modificado en la historia de salud, siendo accesible tanto para los profesionales de salud como para el paciente a través de la página de salud del paciente (ClicSalud+) (<i>AG</i>).</p> <p>7.4 En la reevaluación de las personas con deterioro cognitivo se recomienda seguir un esquema común estructurado según la Tabla 10 en el que las recomendaciones cambian en función de la gravedad del deterioro (<i>AG</i>)³.</p>



Actividades	Características de calidad				
7º SEGUIMIENTO AP	Tabla 10: Esquema de reevaluación del deterioro cognitivo según estadio.				
	ESTADIO	GDS =3	GDS =4	GDS =5-6	GDS ≥7
	Impacto de la noticia , tanto en la persona con deterioro cognitivo como en su familia, si procede.	X	X	X	
	Información que conoce y comparte la persona con deterioro cognitivo y/ o la persona cuidadora en los casos reconocidos por la ley (Ley 41/2002) ²¹ .	X	X		
	Capacidad de decisión, autonomía personal de la persona con deterioro cognitivo que permita establecer prioridades, preferencias y la realización de la PAD de manera precoz, así como el registro de la VVA .	X	X		
	Valoración de la capacidad funcional y cognitiva (Barthel y MEC-30 para GDS≤4 o Pfeiffer para GDS≥5).	X	X	X	X
	Valoración de la fragilidad y adaptación del domicilio .	X	X	X	X
	Adherencia a los estilos de vida saludable y realización de actividades que generen bienestar .	X	X	X	
	Detección de trastornos psicológicos y conductuales asociados al deterioro cognitivo para su abordaje no farmacológico/ farmacológico.	X	X	X	X
	Reevaluar el tratamiento con antipsicóticos (eficacia según Inventario Neuropsiquiátrico (NPI) y efectos adversos) y valorar deprescripción del tratamiento con antipsicóticos .	X	X	X	X
	Formación al paciente y cuidador/ familia sobre la enfermedad, recursos sociosanitarios y aspectos legales .	X	X	X	X
	Valoración de la sobrecarga del cuidador y apoyo emocional .	X	X	X	X
	Atención a las comorbilidades, polimedicación y el uso de medicamentos con carga anticolinérgica (Anexo 1) .	X	X	X	X
	Adecuación del tratamiento farmacológico antidecencia específico al grado GDS/GDS-FAST y subtipo de demencia .		X	X	X
	Reevaluación del tratamiento antidecencia (eficacia según MEC-30, tolerancia, adherencia, eventos adversos) y valoración de deprescripción (Anexo 4) .		X	X	X
Detección de abandono, desamparo y emergencia social . Detección de malos tratos y /o violencia de género hacia el paciente.		X	X	X	
Detección de riesgos clínicos : de suicidio, de comportamientos violentos, de fuga, de evitación de caídas, de conducción y manejo de equipamientos peligrosos.		X	X	X	



Actividades	Características de calidad																
<p>7^o SEGUIMIENTO AP</p>	<p>Tabla 10: Esquema de reevaluación del deterioro cognitivo según estadio GDS=4-7 (continuación).</p> <table border="1" data-bbox="379 267 1356 580"> <thead> <tr> <th data-bbox="379 267 1141 355">Aspectos a reevaluar en el seguimiento de las personas con demencia</th> <th data-bbox="1141 267 1214 355">GDS 4</th> <th data-bbox="1214 267 1287 355">GDS 5-6</th> <th data-bbox="1287 267 1356 355">GDS ≥7</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="379 355 1141 443">Valoración del riesgo de malnutrición mediante la herramienta Mini-Nutritional-Assessment (MNA).</td> <td data-bbox="1141 355 1214 443"></td> <td data-bbox="1214 355 1287 443">X</td> <td data-bbox="1287 355 1356 443">X</td> </tr> <tr> <td data-bbox="379 443 1141 529">Aparición de nuevos síntomas relacionados con el control de esfínteres y aparición de disfagia neurógena.</td> <td data-bbox="1141 443 1214 529"></td> <td data-bbox="1214 443 1287 529">X</td> <td data-bbox="1287 443 1356 529">X</td> </tr> <tr> <td data-bbox="379 529 1141 580">Valoración de transición/necesidad para iniciar cuidados paliativos.</td> <td data-bbox="1141 529 1214 580"></td> <td data-bbox="1214 529 1287 580">X</td> <td data-bbox="1287 529 1356 580">X</td> </tr> </tbody> </table> <p>7.5 Se valorará disponer de un cuidador o familiar que vigile regularmente la toma de medicamentos antidemencia y antipsicóticos en caso de ser indicados para el paciente, considerándose condición necesaria al prescribir estos fármacos.</p> <p>7.5.1. En caso de disfagia se hará una adaptación de las formas farmacéuticas de los medicamentos prescritos.</p> <p>7.6 Antes de iniciar tratamiento farmacológico o no farmacológico de los síntomas conductuales graves que causan distrés (agitación, agresividad o psicosis) en los pacientes con demencia se realizará una evaluación estructurada para (<i>recomendación NICE</i>)³:</p> <ul style="list-style-type: none"> • explorar posibles causas de distrés y • comprobar y tratar causas clínicas o ambientales (como dolor, delirium ocidado inapropiado). <p>7.6.1. Se identificarán los síntomas dominantes, gravedad, frecuencia y momentos de aparición (<i>AG</i>).</p> <p>7.6.2. Se tendrá en cuenta que los pacientes con deterioro cognitivo, especialmente en fase de demencia moderada a grave, pueden no poder expresar quejas o molestias (dolor, infecciones, trastornos metabólicos, iatrogenias, desencadenantes ambientales, etc.) de forma verbal inteligible y lo hacen mediante síntomas conductuales (<i>AG</i>)⁶.</p> <p>7.6.3. Se utilizarán técnicas y estrategias de comunicación que sean compasivas, que consideren las emociones del paciente, salvaguarden la dignidad de la persona y fomenten la comprensión a la hora de atender a las personas con demencia (<i>nivel Ia</i>)².</p> <p>7.6.4. Se explorarán de forma sistemática las causas subyacentes de cualquier síntoma conductual y psicológico de demencia, incluyendo la identificación de necesidades no satisfechas de la persona y los potenciales desencadenantes. Para ello se empleará una herramienta adecuada y se colaborará con la persona con demencia, familiares, cuidadores y equipo multidisciplinar (<i>nivel Ia</i>)².</p> <p>7.6.5. Se considerará el uso de instrumentos estructurados como la escala para valorar los síntomas conductuales: Inventario Neuropsiquiátrico (NPI)⁴⁴, tanto</p>	Aspectos a reevaluar en el seguimiento de las personas con demencia	GDS 4	GDS 5-6	GDS ≥7	Valoración del riesgo de malnutrición mediante la herramienta Mini-Nutritional-Assessment (MNA).		X	X	Aparición de nuevos síntomas relacionados con el control de esfínteres y aparición de disfagia neurógena.		X	X	Valoración de transición/necesidad para iniciar cuidados paliativos.		X	X
Aspectos a reevaluar en el seguimiento de las personas con demencia	GDS 4	GDS 5-6	GDS ≥7														
Valoración del riesgo de malnutrición mediante la herramienta Mini-Nutritional-Assessment (MNA).		X	X														
Aparición de nuevos síntomas relacionados con el control de esfínteres y aparición de disfagia neurógena.		X	X														
Valoración de transición/necesidad para iniciar cuidados paliativos.		X	X														

Actividades	Características de calidad
<p>7º SEGUIMIENTO AP</p>	<p>cuando aparezcan por primera vez como para reevaluar la eficacia de las intervenciones⁶.</p> <p>7.7 Como manejo inicial de los síntomas conductuales y psicológicos se ofrecerá intervenciones psicosociales y del entorno para reducir el estrés de las personas con demencia (<i>recomendación NICE</i>)^{3,6}.</p> <p>7.7.1. Se ofrecerán a las personas que experimentan agitación o agresividad actividades para promover la participación, el placer y el interés (<i>recomendación NICE</i>)³.</p> <p>7.7.2. Como medidas preventivas o actuaciones para manejar las alteraciones conductuales se considerarán las siguientes (<i>AG</i>)⁶:</p> <ul style="list-style-type: none"> • emplear un tono de voz adecuado • mantener el contacto visual • seguir rutinas de ejercicio, comida y baño • evitar deambulación errática • mantener al paciente orientado temporalmente • evitar la hiperestimulación • procurar un entorno seguro y bien iluminado, sin espejos • programar actividades de distracción y reorientación • proporcionar música del agrado del paciente durante las actividades <p>7.8 En caso de que las personas con deterioro cognitivo presenten depresión leve-moderada y/o ansiedad se considerará un abordaje psicológico (<i>recomendación NICE</i>)^{3,45}.</p> <p>7.8.1. En caso de ansiedad e irritabilidad en personas con deterioro cognitivo, se recomienda evitar situaciones de estrés, situaciones nuevas y ofrecer seguridad (<i>AG</i>)⁴⁵.</p> <p>7.8.2. No se iniciará tratamiento con fármacos antidepresivos o ansiolíticos de forma rutinaria para controlar la depresión o ansiedad leve a moderada en personas con deterioro cognitivo leve a moderado, a menos que estén indicados para un trastorno mental grave preexistente (<i>recomendación NICE</i>)³.</p> <p>7.8.2.1. Se considerará emplear como antidepresivos: trazodona, mirtazapina, sertralina, citalopram y como ansiolítico lorazepam en periodos cortos (<i>AG</i>)⁴⁵.</p> <p>7.8.2.2. Si se realiza intervención farmacológica, evitar el uso de neurolépticos para tratar ansiedad o depresión y favorecer el uso de fármacos que tengan mínimos efectos secundarios sobre la función cognitiva (<i>AG</i>).</p> <p>7.9 No se ofrecerá tratamiento con melatonina para el control del insomnio en personas con enfermedad de Alzheimer (<i>recomendación NICE</i>)³.</p>

Actividades	Características de calidad
<p>7^o SEGUIMIENTO AP</p>	<p>7.9.1. Para las personas con deterioro cognitivo que tienen problemas para dormir, se recomienda un enfoque multicomponente que incluye educación sobre higiene del sueño, exposición a la luz del día, ejercicio y actividades personalizadas (<i>recomendación NICE</i>)³, (<i>recomendación SIGN</i>)⁵.</p> <p>7.9.2. Si se realiza intervención farmacológica, evitar el uso de neurolépticos para tratar el insomnio y usar fármacos que tengan mínimos efectos secundarios sobre la función cognitiva como (AG)^{45, 46}:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trazodona 50 mg cuando existan estados mixtos de depresión y ansiedad. • Benzodiacepinas: lorazepam, lormetazepam en periodos cortos. <p>7.10 Se valorará el dolor en las personas mayores con demencia mediante una herramienta de valoración del dolor específica para esa población (<i>nivel Ia</i>)², (<i>recomendación NICE</i>)³.</p> <p>7.10.1. Se considerará el empleo de la escala Abbey (AG)⁴⁷.</p> <p>7.10.2. En las personas con deterioro cognitivo y dolor se recomienda seguir un protocolo de tratamiento gradual que equilibre el manejo del dolor y los posibles eventos adversos (<i>recomendación NICE</i>)³.</p> <p>7.10.3. Se seguirán las recomendaciones del Proceso Asistencial de Dolor crónico no oncológico⁴⁸.</p> <p>7.10.4. Se repetirán las evaluaciones del dolor cuando (<i>recomendación NICE</i>)³:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la persona con deterioro cognitivo parezca tener dolor. • cuando muestre síntomas conductuales que pueden estar motivados por dolor. • cuando se haya realizado una intervención previa para tratar el dolor. <p>7.11 Se asegurará que las personas con deterioro cognitivo tengan un acceso equivalente en cuanto al diagnóstico, tratamiento y cuidados de comorbilidades al de las personas sin deterioro cognitivo (<i>recomendación NICE</i>)³.</p> <p>7.11.1. Para más información sobre pacientes pluripatológicos se recomienda consultar las recomendaciones del Proceso Asistencial Atención a Pacientes Pluripatológicos³⁰.</p> <p>7.12 Una vez realizada la reevaluación, se registrará en la historia de salud el estadio de la enfermedad atendiendo al GDS-FAST en la enfermedad de Alzheimer (AG)⁴. Para demencia frontotemporal se considerará emplear la escala específica, FTD-FRS (<i>Frontotemporal Dementia Rating Scale</i>) (AG)³⁸.</p> <p>7.13 (i) Se informará a la persona, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión dejando constancia en la historia de salud. En caso de que la persona no pueda comprender la información, se proporcionará información a familiares/cuidadores dejando igualmente constancia en la historia de salud.</p> <p>7.14 Se derivará a los familiares y cuidadores que sufran estrés intenso/ansiedad o depresión al profesional sanitario que corresponda (<i>nivel V</i>)².</p>

PROFESIONALES DEL SAC DE AP Y AH, DE MEDICINA DE FAMILIA, DE ENFERMERÍA DE AP Y AH, DE ENFERMERÍA GESTORA DE CASOS, DE TRABAJO SOCIAL, DE NEUROLOGÍA, DE MEDICINA INTERNA

Actividades	Características de calidad
<p>8º SEGUIMIENTO COMPARTIDO</p>	<p>8.1 ⚠ Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona mediante tres códigos identificativos diferentes (nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA).</p> <p>8.2 Los servicios de hospital y atención primaria especializados en deterioro cognitivo ofrecerán acceso flexible o visitas preestablecidas (<i>recomendación NICE</i>)³ presenciales y no presenciales (a través de consulta telefónica o de la plataforma corporativa de Teleconsulta) para dar respuesta a los problemas que vaya presentando el paciente (Anexo 5) y resolver las diferentes eventualidades (<i>AG</i>).</p> <p>8.3 Se establecerá el seguimiento general del siguiente modo (Anexo 5):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para los diagnósticos de enfermedad de Alzheimer típica (GDS=3-7) y demencia vascular: seguimiento de, al menos, una vez al año en consulta de atención primaria. • Para los diagnósticos de variante atípica de enfermedad de Alzheimer, demencia frontotemporal, demencia con cuerpos de Lewy, otras demencias asociadas a parkinsonismo: seguimiento programado en atención hospitalaria. • Se priorizarán a través de acceso flexible a atención hospitalaria: <ul style="list-style-type: none"> - Deterioro cognitivo rápidamente progresivo - Síntomas conductuales graves - Subtipo no filiado - Curso inesperado <p>8.4 Se considerará como beneficio del tratamiento antidemencia la mejoría, la estabilización o la disminución de la velocidad de progresión del deterioro cognitivo^{4,42}.</p> <p>8.4.1. Se considera respuesta al tratamiento una disminución menor de 2 puntos por año en la puntuación total del MEC-30⁴.</p> <p>8.4.2. Se considerará cambiar a otro iACE si la disminución en la puntuación del MEC-30 es superior a 2 puntos después de 1 año de tratamiento con la dosis máxima tolerada del tratamiento elegido^{4,46}.</p> <p>8.5 Durante el seguimiento de personas en tratamiento con iACE deben comprobarse tres tipos de eventos adversos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • síntomas gastrointestinales; • anorexia y pérdida de peso y • bradicardia e hipotensión.



Actividades	Características de calidad
<p>8º SEGUIMIENTO COMPARTIDO</p>	<p>8.5.1. Durante el seguimiento de personas en tratamiento con iACE se considerará realizar electrocardiograma para detectar posibles alteraciones de la frecuencia y conducción cardíaca (AG)⁴¹.</p> <p>8.6 Para personas que han tomado un iACE (donepezilo, rivastigmina o galantamina) o memantina durante más de 12 meses, iniciar la deprescripción si (AG)⁴²:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La cognición y/o la capacidad funcional han empeorado significativamente y de forma mantenida en los últimos seis meses tomando el tratamiento. • No se observó ningún beneficio (mejoría, estabilización o disminución de la velocidad de progresión del deterioro cognitivo) durante el tiempo de tratamiento. • Cuando la persona con demencia ha alcanzado un estadio avanzado de la enfermedad (GDS-FAST $\geq 7c$ y/o concurre una esperanza de vida limitada). <p>8.7 Se valorará el inicio de retirada de memantina en estadio muy avanzado de demencia tipo Alzheimer (GDS-FAST $>7c$; pérdida de la capacidad para caminar sólo sin ayuda, Barthel igual a 0)^{4, 42}.</p> <p>8.8 Otras situaciones en las que puede considerarse la deprescripción son⁴:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persona con deterioro cognitivo que decide suspender el tratamiento. • Familia/cuidador que deciden suspender el tratamiento. • Persona con deterioro cognitivo que se niega a tomar la medicación, con incapacidad para tomarla o con falta de adherencia que no se puede resolver. <p>8.9 La deprescripción se realizará de forma individualizada teniendo en cuenta la variabilidad en la edad de inicio, perfil de síntomas, etiología, comorbilidades, polifarmacia, fragilidad, expectativa de vida, valores y preferencias y objetivos de tratamiento^{4, 42}.</p> <p>8.9.1. Se recomienda que la deprescripción sea una decisión compartida con la persona con deterioro cognitivo y/o su familia, asegurando que estén informados de los posibles beneficios y daños potenciales de continuar o suspender estos medicamentos (AG)⁴².</p> <p>8.10 Para la deprescripción de medicamentos antidecencia⁴ se disminuirá la dosis de forma gradual cada cuatro semanas hasta la más baja disponible antes de suspenderlo por completo (Anexo 4).</p> <p>8.10.1. Los pacientes han de ser monitorizados durante el proceso de deprescripción para valorar un posible síndrome de retirada pudiendo ser necesario el reinicio de dosis anterior si aparecen síntomas como agresión, agitación, alucinaciones o pérdida de conciencia en menos de una semana (AG)⁴².</p>



Actividades	Características de calidad
<p>8^o SEGUIMIENTO COMPARTIDO</p>	<p>8.11 Sólo se ofrecerán antipsicóticos a personas con demencia cuando (<i>recomendación NICE</i>)³:</p> <ul style="list-style-type: none"> • exista un riesgo de daño para ellos o los demás o • estén experimentando agitación, alucinaciones o delirios que causan distrés grave. <p>8.11.1. Antes de comenzar con los antipsicóticos, se recomienda analizar los beneficios y los riesgos con la persona y sus familiares o cuidadores (según corresponda) (<i>recomendación NICE</i>)³.</p> <p>8.11.2. Entre los riesgos a tener en cuenta con el tratamiento antipsicótico; sobre todo tras su uso prolongado y en población geriátrica, se considerarán riesgo de caídas, eventos cerebrovasculares y muerte (<i>AG</i>)⁶.</p> <p>8.11.3. Cuando se empleen antipsicóticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se usarán el menor tiempo posible y a la menor dosis efectiva (<i>recomendación NICE</i>)³. • Se reevaluará a la persona al menos cada 6 semanas para valorar si requieren continuar con la medicación (<i>recomendación NICE</i>)³. <p>8.11.4. Se evaluará la eficacia del tratamiento antipsicótico a las 2-4 semanas de la instauración (<i>AG</i>)⁶.</p> <p>8.11.5. No se aconseja continuar el tratamiento con antipsicóticos de manera crónica, ya que los beneficios de los antipsicóticos son menores cuando la terapia supera los 6 meses y porque el uso continuado en pacientes con deterioro cognitivo se asocia a un aumento de efectos adversos y de mortalidad (<i>AG</i>)⁶.</p> <p>8.11.6. En general, los antipsicóticos de primera generación (haloperidol) no se consideran diferentes a los de segunda generación, en términos de eficacia, mientras que sí existen diferencias en cuanto al perfil de seguridad, siendo más favorable para los de segunda generación (<i>AG</i>)⁶. Se recomienda lo siguiente (<i>AG</i>)⁶:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haloperidol, por su perfil de seguridad, sólo debe emplearse en situaciones agudas (a corto plazo) y para el tratamiento urgente de la agitación. • Risperidona es la primera opción terapéutica y es el único antipsicótico atípico autorizado por la AEMPS, para la agresión persistente y a corto plazo (hasta 6 semanas) en pacientes con enfermedad de Alzheimer de moderada a grave que no responde a medidas no farmacológicas y cuando hay riesgo de daño para ellos mismos o para los demás^{41, 49}. • Quetiapina puede ser una alternativa en casos de demencia con cuerpos de Lewy, donde están contraindicados los antipsicóticos clásicos (haloperidol) y el resto de atípicos deben usarse con mucha precaución⁶.



Actividades	Características de calidad
<p>8^º SEGUIMIENTO COMPARTIDO</p>	<p>También se puede emplear quetiapina para la agresividad persistente en personas con demencia moderada a grave, que no responden a medidas no farmacológicas cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás y han fracasado o presentan intolerancia/contraindicación al haloperidol, benzodiazepinas y risperidona⁴⁹.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener en cuenta que los antipsicóticos pueden empeorar los aspectos motores y ocasionar reacciones graves de sensibilidad en pacientes con demencia con cuerpos de Lewy (<i>recomendación NICE</i>)³. • Existe evidencia de eficacia para olanzapina y algo menor para aripiprazol, que deben reservarse como alternativas a risperidona en casos de fracaso, contraindicaciones o intolerancia (<i>AG</i>)⁶. • Olanzapina se podrá emplear como medicamentos en situaciones especiales, fuera de indicación en el tratamiento de la agitación y agresividad persistente en pacientes con demencia moderada a grave que no responden a medidas no farmacológicas y cuando haya riesgo de daño para ellos mismos o los demás cuando hayan fracasado o presenten intolerancia/contraindicación a risperidona⁴⁹. <p>8.11.7. El uso de quetiapina, olanzapina y aripiprazol en demencia moderada a grave deberá cumplir con los requisitos de medicamentos en situaciones especiales (fijados en el RD 1015/2009 de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de <i>medicamentos en situaciones especiales</i>)⁴³.</p> <p>8.11.8. (i) Se informará al paciente de la consideración de uso fuera de indicación y se registrará en la historia de salud su aceptación verbal del consentimiento informado⁴³.</p> <p>8.11.9. (i) Se informará de las consideraciones de financiación según normativa vigente y se dejará constancia en la historia de salud.</p> <p>8.11.10. No se han encontrado recomendaciones específicas de tratamiento antipsicótico para demencia frontotemporal.</p> <p>8.11.11. Para otros subtipos de demencia se considerará utilizar los antipsicóticos descritos en la tabla 11.</p>



Actividades Características de calidad

**8º
SEGUIMIENTO
COMPARTIDO**

Tabla 11: Antipsicóticos recomendados para el tratamiento de la agitación y agresividad persistente según el subtipo de demencia.


	Haloperidol	Risperidona 0,25mg/12h 1mg/ 12h.	Quetiapina 12.5mg/día 250 mg/día	Olanzapina 2,5 mg/día 10 mg/día	Aripiprazol 2.5 mg/día 30 mg/día (sin datos en demencia)
Alzheimer	Sólo debe emplearse en situaciones agudas (a corto plazo) y para el tratamiento urgente de la agitación	1ª opción: corto plazo 6 semanas. Autorizado (FT)	2ª opción: Uso fuera indicación* (alternativa a risperidona)**	Uso fuera indicación* (cuando risperidona y quetiapina no beneficio)***	Uso fuera indicación**
Cuerpos Lewy	Contraindicado	Precaución por efectos extrapiramidales. Dosis bajas*	Demencia moderada - grave*		No indicación autorizada
Demencia mixta (vascular y Alzheimer)		Precaución por aumento ACV. Dosis bajas*	Demencia moderada - grave*		No indicación autorizada
Demencia vascular	Sólo debe emplearse en situaciones agudas (a corto plazo) y para el tratamiento urgente de la agitación	Precaución por aumento ACV	Demencia moderada - grave*	Riesgo efectos extrapiramidales bajos con dosis de 5 mg por día o menos. Precaución con efectos metabólicos*. Uso fuera indicación	No indicación autorizada

Fuente: elaboración propia a partir de documento CADIME⁶. FT: ficha técnica, ACV: accidente cerebrovascular.

*Uso fuera indicación según RD 1015/2019 de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de *medicamentos en situaciones especiales*⁴³.

**SAS. Autorización de visado de recetas de quetiapina para su utilización, con carácter excepcional, en una indicación no autorizada en ficha técnica. SC 0192/11, de 14 de julio de 2011.

***Por dictamen comité técnico para la utilización de medicamentos en situaciones especiales y de los no incluidos dentro de la financiación (Acuerdos CCOAFT).

Actividades	Características de calidad
<p>8º SEGUIMIENTO COMPARTIDO</p>	<p>8.12 Se empleará la misma escala NPI y criterios para valorar la eficacia alcanzada con los antipsicóticos que en la evaluación inicial (AG)^{6,44}. La evaluación debe incluir la aparición de eventos adversos, cuyo riesgo es mayor en pacientes geriátricos.</p> <p>8.12.1. El uso de benzodiazepinas o antipsicóticos (psicofármacos con capacidad sedativa) debe dirigirse a disminuir síntomas específicos como agitación, agresividad persistente, delirios o alucinaciones, no buscando un efecto puramente sedativo.</p> <p>8.12.2.  El uso crónico de estos fármacos puede inducir conflictos con la limitación de derechos y las preferencias de los pacientes y familiares al entenderse como medios de contención farmacológica.</p> <p>8.13 Es conveniente asegurar que los pacientes puedan continuar accediendo a intervenciones psicosociales y ambientales para controlar el estrés mientras toman antipsicóticos y después de que hayan dejado de tomarlos (<i>recomendación NICE</i>)³.</p> <p>8.14 Se suspenderá el tratamiento con antipsicóticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • en caso de que no haya respuesta clínicamente significativa tras 2-4 semanas de tratamiento (AG)^{6,50}, • si la persona no está obteniendo un claro beneficio continuado con su administración (<i>recomendación NICE</i>)³ y • tras haber debatido antes con el paciente y/o la familia o cuidadores (<i>recomendación NICE</i>)³. • también se considerará la suspensión del tratamiento cuando se evidencia un claro desequilibrio hacia los eventos adversos. <p>8.15 Deberá intentarse una reducción y deprescripción en 4 meses de la medicación antipsicótica cuando se haya alcanzado una respuesta adecuada (AG)^{6,50}.</p> <p>8.16 Se realizará la deprescripción de antipsicóticos teniendo en cuenta las siguientes consideraciones (AG)^{6,50}.</p> <p>8.16.1. Reducción del 25-50 % de la dosis cada 1- 2 semanas en colaboración con el familiar o cuidador en caso de psicosis, agresividad o agitación tratados durante tres meses o más. Revisar cada 1-2 semanas durante la retirada vigilando síntomas graves (psicosis, agresividad, agitación, delirios, alucinaciones). Si existe recaída:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerar tratamiento no farmacológico. • Restablecer antipsicótico a la menor dosis posible reintentando la deprescripción a los 3 meses (se realizarán al menos 2 intentos de retirada). • Considerar cambio a risperidona, olanzapina o aripiprazol.



Actividades	Características de calidad
<p>8º SEGUIMIENTO COMPARTIDO</p>	<p>8.16.2. Vigilar si con la interrupción del antipsicótico aparece recaída de insomnio primario o insomnio secundario. Si existe recaída, considerar disminuir el uso de sustancias que lo empeoran (café, alcohol, etc.) y considerar hábitos y medidas no farmacológicas.</p> <p>8.16.3. Tras la deprescripción del fármaco, se realizará seguimiento de los síntomas al menos una vez al mes durante cuatro meses para valorar recurrencia.</p> <p>8.17 (i) Se informará a la persona, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión dejando constancia en la historia clínica. En caso de que la persona no pueda comprender la información, se proporcionará información a familiares/cuidadores dejando igualmente constancia en la historia clínica.</p> <p>8.18 Desde el diagnóstico, se ofrecerá a las personas que viven con demencia cuidados paliativos flexibles basados en sus necesidades, que tengan en cuenta cómo de impredecible puede ser la progresión de la demencia. Para las personas que viven con demencia que se están aproximando al final de la vida, utilizar una planificación anticipada de cuidados de salud. Involucrar a la persona y a los miembros de su familia o cuidadores (según proceda) tanto como sea posible y usar los principios de la toma de decisiones si la persona no tiene capacidad para tomar decisiones sobre sus cuidados (<i>recomendación SIGN</i>)⁵.</p> <p>8.18.1. El inicio de los cuidados paliativos en un paciente con demencia es una decisión compartida del equipo de primaria y hospitalaria que conocen y habitualmente tratan al paciente, junto con el paciente y su familia. Esta decisión dependerá de muchos factores y no debería, salvo necesidad, ser tomada por profesionales que puntualmente tratan al paciente. Puede iniciarse desde fases menos evolucionadas e ir cobrando protagonismo a medida que la enfermedad avanza y se hagan más relevantes el control de síntomas y la búsqueda del confort del paciente (AG)^{30,51}.</p> <p>8.18.2. La identificación de esta situación no contraindica ni limita medidas de tratamiento específico de la enfermedad si están indicadas o pueden mejorar el estado o la calidad de vida de los enfermos.</p> <p>8.18.3. Se considerará valorar la situación de cuidados paliativos en pacientes con demencia a partir de GDS 6c sin otras patologías concomitantes o, en caso que coexista con otras patologías crónicas avanzadas, a partir de fases más precoces (GDS 5) siguiendo el Proceso Asistencial cuidados paliativos, si no se ha valorado previamente (AG)⁵¹.</p> <p>8.18.4. (cc) En caso de necesidad de consultar las VVA del paciente, la recomendación, en consonancia con la legislación vigente, pasa por anteponer siempre la toma de decisiones de la persona y recurrir cuando no sean capaces y en este orden, a sus voluntades vitales anticipadas, al consentimiento de sus</p>



Actividades	Características de calidad
8º SEGUIMIENTO COMPARTIDO	representantes legales o, en su defecto, al de las personas vinculadas por razones familiares o de hecho ²¹ . Ante cualquier conflicto no resuelto relativo a la autonomía personal y la toma de decisiones, la recomendación es consultar con el comité de ética asistencial de referencia (AG).

DENOMINACIÓN	REALIZACIÓN DEL TEST COGNITIVO BREVE (MEC-30 o IQCODE) EN PACIENTES CON SOSPECHA DIAGNÓSTICA DE DETERIORO COGNITIVO
FÓRMULA	Número de pacientes con sospecha diagnóstica de deterioro cognitivo (A. Primaria o A. Hospitalaria) con registro en historia clínica de test cognitivo breve (MEC-30 o IQCODE) x100/ Número de pacientes atendidos (A. Primaria o A. Hospitalaria) por sospecha diagnóstica de deterioro cognitivo en el mismo período de tiempo.
DEFINICIÓN	Pacientes con sospecha diagnóstica de deterioro cognitivo con registro en historia clínica de test de sospecha de deterioro cognitivo.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Calidad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	El test cognitivo breve ayuda a la detección de deterioro cognitivo, examinando varios dominios cognitivos en pocos minutos. Se recomienda realizar, en todos los casos, el test IQCODE de forma autoadministrada a la persona que conozca bien a la que presenta la sospecha de deterioro cognitivo. Además, se recomienda el uso del test MEC-30 para pacientes que completaron estudios primarios.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con sospecha diagnóstica de Deterioro Cognitivo que acuden a A. Primaria o A. Hospitalaria.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud-Gestor de informes.
PERIODICIDAD	Anual.

DENOMINACIÓN	REGISTRO EN HISTORIA DEL DIAGNÓSTICO; SUBTIPO DE DETERIORO COGNITIVO/ DEMENCIA Y GRAVEDAD (GDS-FAST PARA ALZHEIMER: GDS PARA OTROS SUBTIPOS)
FÓRMULA	Número de pacientes con registro de subtipo de deterioro cognitivo/demencia y gravedad (A. Primaria o A. Hospitalaria) x100/ Número de pacientes atendidos (A. Primaria o A. Hospitalaria) con diagnóstico de deterioro cognitivo/demencia en el mismo período de tiempo.
DEFINICIÓN	Pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo/demencia y registro en historia de subtipo y gravedad.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Calidad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	La identificación del subtipo y la gravedad ayudan a identificar actuaciones concretas, como la adecuación del uso racional del medicamento, la predicción del curso clínico y de la información para el paciente y sus familiares.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con sospecha diagnóstica de Deterioro Cognitivo que acuden a A. Primaria o A. Hospitalaria.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud-Gestor de informes.
PERIODICIDAD	Anual.

DENOMINACIÓN	REGISTRO EN HISTORIA DE LA EVALUACIÓN DEL ÁREA SOCIOFAMILIAR EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DETERIORO COGNITIVO/DEMENCIA
FÓRMULA	Número de pacientes con registro de evaluación sociofamiliar (escala sociofamiliar Gijón) (A. Primaria) x100/ Número de pacientes atendidos (A. Primaria) con diagnóstico de deterioro cognitivo/demencia en el mismo período de tiempo.
DEFINICIÓN	Pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo/demencia a los que se les registra evaluación del área sociofamiliar.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Calidad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	La valoración ampliada del paciente con deterioro cognitivo permite un conocimiento integral de su problema, abarcando el ámbito familiar y social.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo/demencia que acuden a A. Primaria.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud.
PERIODICIDAD	Anual.

DENOMINACIÓN	REGISTRO EN HISTORIA DE LA EVALUACIÓN DE LA PERSONA CUIDADORA (SOBRECARGA DEL CUIDADOR) EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DETERIORO COGNITIVO/DEMENCIA
FÓRMULA	Número de pacientes con registro de evaluación de la persona cuidadora (sobrecarga del cuidador) (A. Primaria x100/ Número de pacientes atendidos (A. Primaria) con diagnóstico de deterioro cognitivo/demencia en el mismo período de tiempo.
DEFINICIÓN	Pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo en los que se registra evaluación de la persona cuidadora.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Calidad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	La valoración ampliada del paciente con deterioro cognitivo permite un conocimiento integral de su problema con un enfoque particular en la persona cuidadora. La valoración de la sobrecarga del cuidador permite conocer cómo influye en la salud del cuidador la carga que suponen los cuidados de un paciente con deterioro cognitivo.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo/demencia que acuden a A Primaria.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud.
PERIODICIDAD	Anual.

DENOMINACIÓN	ELABORACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN PERSONALIZADO (PAP)
FÓRMULA	Número de pacientes con registro del plan de acción personalizado en ≤ 6 semanas tras diagnóstico confirmado (A. Primaria o A. Hospitalaria) $\times 100$ / Número de pacientes (A. Primaria o A. Hospitalaria) con diagnóstico de deterioro cognitivo/demencia en el mismo período de tiempo.
DEFINICIÓN	Pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo/demencia con registro en historia del plan de acción personalizado.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Calidad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	El plan de acción personalizado basal y actualizado durante el seguimiento es el documento resultado de la evaluación integral y plantea de un modo estructurado nuevas necesidades y actuaciones para cada etapa de la enfermedad.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo/demencia que acuden a A. Primaria o A. Hospitalaria.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud.
PERIODICIDAD	Anual.

DENOMINACIÓN	IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CON NECESIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS
FÓRMULA	Número de pacientes con demencia (GDS-FAST $\geq 6c$) y registro de valoración de cuidados paliativos (A. Primaria o A. Hospitalaria) $\times 100$ / Número de pacientes (A. Primaria o A. Hospitalaria) con diagnóstico de demencia GDS $\geq 6c$ en el mismo período de tiempo.
DEFINICIÓN	Pacientes con diagnóstico de demencia (GDS-FAST $\geq 6c$) con registro en historia de valoración de cuidados paliativos.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Calidad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	La identificación precoz de necesidades de cuidados paliativos en fases avanzadas del deterioro cognitivo facilitará su implementación, alertando de la necesidad de nuevas actuaciones.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con diagnóstico de demencia (GDS-FAST $\geq 6c$) que acuden a A. Primaria o A. Hospitalaria.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud.
PERIODICIDAD	Anual.

DENOMINACIÓN	USO RACIONAL DE INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA (iACE) EN PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO
FÓRMULA	Número de pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo secundario a enfermedad de Alzheimer en estadio GDS-FAST ≤ 3 y GDS-FAST ≥ 7 , con diagnóstico de demencia vascular probable y con diagnóstico de demencia frontotemporal, CON prescripción de iACE (A. Primaria o A. Hospitalaria) x100/ Número de pacientes (A. Primaria o A. Hospitalaria) con diagnóstico de deterioro cognitivo y prescripción de iACE en el mismo período de tiempo.
DEFINICIÓN	Pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo secundario a enfermedad de Alzheimer con grado GDS-FAST ≤ 3 y GDS-FAST ≥ 7 , pacientes con diagnóstico de demencia vascular probable y pacientes con demencia frontotemporal sin prescripción de iACE.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Calidad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	La prescripción de iACE ha de ser acorde al subtipo de deterioro cognitivo y al estadio de gravedad. En pacientes con enfermedad de Alzheimer, los iACE sólo están autorizados para GDS de 4 a 6. No hay evidencia que apoye el beneficio de su utilización en demencia vascular probable o en demencia frontotemporal.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo que acuden a A. Primaria o A. Hospitalaria.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud-Gestor de informes.
PERIODICIDAD	Anual.

DENOMINACIÓN	USO RACIONAL DE ANTIPSICÓTICOS EN PERSONAS CON DETERIORO COGNITIVO
FÓRMULA	Número de personas con prescripción de antipsicóticos mayor de 6 meses y prescripción de iACE y/o memantina (A. Primaria o A. Hospitalaria) x100/ Número de pacientes (A. Primaria o A. Hospitalaria) con prescripción de antipsicóticos y prescripción de iACE y/o memantina en el mismo período de tiempo.
DEFINICIÓN	Personas con diagnóstico de deterioro cognitivo en tratamiento con iACE y/o memantina al que se le asocia antipsicóticos para el manejo de la agitación y/o agresividad.
TIPO DE INDICADOR	Proceso.
DIMENSIÓN	Calidad.
FUNDAMENTO/ JUSTIFICACIÓN	No se aconseja continuar el tratamiento con antipsicóticos de manera crónica, ya que los beneficios de los antipsicóticos son menores cuando la terapia supera los 6 meses y porque el uso continuado en pacientes con deterioro cognitivo se asocia a un aumento de efectos adversos y de mortalidad. Entre los riesgos a tener en cuenta con el tratamiento antipsicótico prolongado y en población geriátrica se considerarán: riesgo de caídas, eventos cerebrovasculares y muerte.
POBLACIÓN DEL INDICADOR	Pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo que acuden a A. Primaria o A. Hospitalaria.
FUENTE DE DATOS	Historia de Salud-Gestor de informes.
PERIODICIDAD	Anual.

Anexo 1: Medicamentos asociados con la carga anticolinérgica

Fuente: Carga anticolinérgica: recomendaciones. Bol Ter ANDAL. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud. [Internet]. 2021 [acceso 23 Jun 2021]; 36(2)⁵².

La carga anticolinérgica (CA) (o carga antimuscarínica) se define como el efecto acumulativo de tomar uno o más medicamentos con la capacidad de desarrollar efectos anticolinérgicos adversos). La *Anticholinergic Burden Calculator* (<https://chronic-pharma.com/>) es una **herramienta desarrollada en Andalucía**, que se basa en una revisión sistemática de varias escalas anticolinérgicas en pacientes con multimorbilidad; y permite el cálculo de la CA que recibe un paciente, de forma simultánea en 9 escalas diferentes y el *Drug Burden Index* (DBI). Esta herramienta es gratuita y de libre acceso, previo registro; y se puede utilizar en formato web y aplicación (de momento sólo para Android). Su uso es muy intuitivo, aunque es aconsejable familiarizarse para sacarle rendimiento.

Antes de prescribir fármacos anticolinérgicos, se recomienda:

- Identificar situaciones o factores de riesgo como fragilidad, multimorbilidad compleja, etc.
- Identificar el tratamiento que recibe el paciente, incluyendo medicamentos disponibles sin receta (p.ej.: antigripales; o, para el insomnio que contienen antihistamínicos).
- Revisar la actividad anticolinérgica de los fármacos que recibe el paciente y calcular la CA total.
- Informar a los pacientes y sus familias de los posibles efectos adversos anticolinérgicos
- Valorar la utilización de medidas no farmacológicas u otras alternativas terapéuticas más seguras, especialmente si son anticolinérgicos de actividad alta.

Valorar la posibilidad de interacciones fármaco-fármaco y fármaco-enfermedad, especialmente en las siguientes situaciones:

- En pacientes con **demencia**, identificar y minimizar los fármacos que pueden afectar negativamente a la función cognitiva, evitar los de actividad anticolinérgica alta y evitar el uso concomitante de anticolinérgicos con anticolinesterásicos.
- Si se detectan signos de **deterioro cognitivo** en un paciente, no se debe asumir directamente que se trata de un proceso neurodegenerativo, sino valorar la posibilidad de

que esté inducido por anticolinérgicos y realizar un mini examen del estado mental (o equivalente) para confirmarlo o descartarlo.

- En pacientes que han sufrido **caídas** recientes o que presentan riesgo elevado de sufrirlas, identificar los fármacos que producen sedación e hipotensión y calcular la CA, en el contexto de la valoración multifactorial del riesgo de caídas.

Desprescripción de fármacos anticolinérgicos:

- Sustituir el fármaco por una alternativa no farmacológica.
- Cambiar el fármaco por otro con menor actividad anticolinérgica, del mismo o de diferente grupo terapéutico.
- Disminuir la dosis o la frecuencia de administración y utilizar la dosis mínima eficaz durante el menor tiempo posible.

EFFECTIVIDAD ANTICOLINÉRGICA ALTA (evitar si es posible en >65 años)	EFFECTIVIDAD ANTICOLINÉRGICA BAJA (precaución en >65 años)
ANTIESPASMÓDICOS GASTROINTESTINALES Eficacia dudosa	
Atropina, butilescopolamina, mebeverina	
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS Eficacia limitada No requiere retirada gradual	
Fesoterodina, flavoxato, oxibutinina, propiverina, solifenacina, tolterodina, tropio	
ANTIDEPRESIVOS Retirada gradual: 25% cada 4-6 semanas (mínimo 4 semanas)	
Tricíclicos: amitriptilina, clomipramina, doxepina (>6 mg), imipramina, nortriptilina, trimipramina ISRS: paroxetina*	ISRS: citalopram, sertralina, fluvoxamina, paroxetina*, escitalopram, maprotilina, fluoxetina Otros: mirtazapina*, trazodona*, bupropión, desvenlafaxina, moclobemida, reboxetina
ANTIPSICÓTICOS Retirada gradual: 25% cada 2 semanas	
1ª Generación (típicos): clorpromazina, flufenazina, levomepromazina, loxapina 2ª Generación (atípicos): clozapina, olanzapina*	1ª Generación (típicos): haloperidol*, perfenazina, pimozida, zuclopentixol 2ª Generación (atípicos): olanzapina*, quetiapina*, risperidona, asenapiina, lurasidona, paliperidona*, ziprasidona* Otros: litio
ANTIPARKINSONIANOS Retirada gradual: 25% cada 4 semanas	
Biperideno, trihexifenidilo, prociclidina	Amantadina*, bromocriptina, carbidopa/levodopa*, entacapona*, selegilina*, pramipexol*

EFFECTIVIDAD ANTICOLINÉRGICA ALTA (evitar si es posible en >65 años)	EFFECTIVIDAD ANTICOLINÉRGICA BAJA (precaución en >65 años)
ANTIISTAMÍNICOS H1 (**) No requieren retirada gradual	
1ª Generación: ciproheptadina, difenhidramina, dimenhidrinato, dexclorfeniramina, doxilamina, hidroxizina, meclozina, bromfeniramina, doxepina, mepiramina, fexofenadina*, prometazina, cetirizina*	2ª generación: alimemazina, cetirizina*, fexofenadina*, loratadina*, desloratadina, levocetirizina
RELAJANTES MUSCULARES	
Tizanidina, baclofeno*	metocarbamol
ANALGÉSICOS OPIOIDES Retirada gradual: reducir dosis 10% cada 1-2 semanas o 5-25% cada 1-4 semana	
Meperidina*, tramadol*	Codeína, fentanilo, hidromorfona, morfina, oxycodona, tramadol*, tapentadol, metadona, meperidina*
BENZODIAZEPINAS Evitar si es posible, sobre todo los de acción larga y ultralarga Retirada gradual: reducir dosis 10-25% cada 2-3 semanas	
	Clonazepam, clordiazepóxido, diazepam, triazolam, alprazolam, clorazepato, flurazepam, lorazepam, midazolam
BRONCODILADORES INHALADOS	
Aclidinio, ipratropio*, tiotropio, umeclidinio*	Ipratropio*, umeclidinio*
ANTIMUSCARÍNICOS OFTÁLMICOS	
Atropina, ciclopentolato	
OTROS (GASTROINTESTINAL) IBP: sin actividad anticolinérgica	
	Antieméticos: domperidona, metoclopramida* Antidiarreicos: loperamida Antihistamínicos H₂: ranitidina, famotidina Laxantes: bisacodilo
OTROS	
Antigotosos: dicicloverina/colchicina Cardiovascular: disopiramida Anticonvulsivantes: carbamazepina*, oxcarbamazepina*	Antigotosos: colchicina Cardiovascular: clortalidona, digoxina, dipiridamol, hidralazina, isosorbida mono y dinitrato, hidroquinidina, triamtereno, warfarina Anticonvulsivantes: carbamazepina*, oxcarbazepina* Analgésicos: ketorolaco, celecoxib Respiratorio: teofilina Antidiabéticos: metformina Antineoplásicos: metotrexato Antibióticos: ampicilina, cefoxitina, clindamicina, gentamicina, piperacilina/ tazobactam, vancomicina

ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; IBP: inhibidores de la bomba de protones. (*) Discrepancias sobre su actividad anticolinérgica; (**) Se incluyen en medicamentos sin receta (antigripales, medicamentos para conciliar el sueño).

Fuente: Adaptado de Carga anticolinérgica: recomendaciones. Bol Ter ANDAL. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud. [Internet].2021 [acceso 23 Jun 2021]; 36(2)⁵².

Anexo 2: Medicamentos relacionados con el riesgo de caídas

GRUPO	MEDICAMENTO/GRUPOS MEDICAMENTOS
Sistema cardiovascular	Glucósidos cardíacos (digoxina) Antiarrítmicos clase Ia Vasodilatadores para enfermedades cardíacas (nitratos y α -bloqueantes) Antihipertensivos (en general) Diuréticos -Tiazídicos -Del asa IECA
Sistema nervioso	Antiepilépticos Psicotropos Antipsicóticos Hipnóticos Antidepresivos Benzodiazepinas -Acción corta -Acción larga
Sistema endocrino	Antidiabéticos
Otros	Analgésicos Antiinflamatorios

IECA: inhibidores del enzima convertidor de angiotensina.

Fuente: Ollero Baturone M (coordinador). Atención a pacientes pluripatológicos: proceso asistencial integrado [Internet]. 3ª edición. Sevilla: Consejería de Salud; 2019 [acceso 18 Nov 2021]³⁰.

Nota: En general, se recomienda optimizar las dosis de los fármacos que están relacionados con caídas, ajustándolas teniendo en cuenta los cambios en la absorción, distribución, aclaramiento y eliminación de los mismos en los ancianos. Se ha demostrado que el uso de dos o más fármacos de los contenidos en esta tabla, y no la polifarmacia, es un factor independiente de caídas, por lo que se debe prestar especial atención a la combinación de los mismos, retirando uno de ellos si fuera posible. La retirada o reducción de dosis de estos fármacos debe ir acompañada de otras estrategias de prevención de caídas en ancianos.

Anexo 3: Orientación diagnóstica de deterioro cognitivo según tipo

Resumen basado en la guía oficial de práctica clínica en demencias de la Sociedad Española de Neurología publicada en 2018⁵³ cuyas recomendaciones están basadas en recomendaciones de consenso de expertos.

DEMENCIA DE ALZHEIMER:

- Diagnóstico de deterioro cognitivo (según test MEC de Lobo o Fototest).
- Afectación precoz de la memoria (orientación espacio- temporal, memoria diferida).
- Inicio insidioso en meses o años.

DEMENCIA VASCULAR:

- Diagnóstico de deterioro cognitivo (según test MEC de Lobo o Fototest).
- Afectación de tareas ejecutivas (restas seriadas, fluencia verbal).
- Presencia de signos focales en la exploración neurológica.
- Presencia de patología cerebrovascular en las pruebas de neuroimagen (TAC, RMN).
- Inicio del deterioro en los 3 meses siguientes a un ACV (accidente cerebrovascular).
- Reconocido o deterioro abrupto de funciones cognitivas con progresión escalonada.

DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY:

- Diagnóstico de deterioro cognitivo (según test MEC de Lobo o Fototest).
- Relativamente respetada la memoria.
- Afectación de tareas ejecutivas (restas seriadas, fluencia verbal, afectación precoz de la copia del dibujo).
- Parkinsonismo espontáneo.
- Alucinaciones visuales recurrentes.
- Inestabilidad postural.
- Caídas de repetición.

DEMENCIA FRONTOTEMPORAL:

- Diagnóstico de deterioro cognitivo (según test MEC de Lobo o Fototest).
- Relativamente respetada la memoria y el dibujo.
- Afectación de tareas ejecutivas (restas seriadas, fluencia verbal).
- Desinhibición conductual temprana y persistente (conducta inapropiada, pérdida de decoro, impulsividad).
- Apatía o pérdida de iniciativa.
- Pérdida de empatía.
- Afasia.
- Movimientos repetitivos, estereotipos en el habla, conductas compulsivas.
- Cambios de conducta alimentaria (atracones, ingesta de objetos no comestibles).

Anexo 4: Deprescripción de medicamentos antidepresión

Fármaco	Esquema de reducción de dosis	Tiempo entre reducción de dosis	Tiempo de aclarado del fármaco (5 semividas)
Donepezilo	10 mg/24 h	4 semanas	15 días
	5 mg/24 h		
	Retirada completa		
Rivastigmina parche	13.3 mg/24 h	4 semanas	17 días (Aclaramiento disminuido en pacientes con insuficiencia hepática moderada-grave)
	9.5 mg/24 h		
	4.6 mg/24 h		
	Retirada completa		
Rivastigmina cápsulas	6 mg/12 h	4 semanas	1 día (Aclaramiento disminuido en pacientes con Insuficiencia renal y hepática moderada-grave)
	4.5 mg/12 h		
	3 mg/12 h		
	1.5 mg/12 h		
	1.5 mg/24 h		
	Retirada completa		
Galantamina	24 mg/24h	4 semanas	2 días (Aclaramiento disminuido en pacientes con Insuficiencia renal y hepática moderada-grave)
	16 mg/24h		
	8 mg/24h		
	Retirada completa		
Memantina	20 mg/24 h (o 10 mg/12 h)	4 semanas	21 días

Fuente: adaptado de Reeve E, Farrell B, Thompson W, Herrman N, Sketris I, Magin P y col.. *Evidence-based Clinical Practice Guideline for Deprescribing Cholinesterase Inhibitors and Memantine*. [Internet] Sydney: The University of Sydney; 2018 [acceso 23 Jun 2021]⁴².

Anexo 5: Seguimiento de acceso flexible

	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3
DIAGNÓSTICOS	Enfermedad de Alzheimer típica (GDS 3- 7) Demencia vascular	Enfermedad de Alzheimer atípica (<65, variantes atípicas) Demencia frontotemporal Demencia con cuerpos de Lewy Otras demencias con parkinsonismo	Deterioro cognitivo rápidamente progresivo Síntomas conductuales graves Subtipo no filiado Curso inesperado
CURSO DE LA ENFERMEDAD CARACTERÍSTICAS	Curso típico Previsible Baja demanda de consultas	Curso atípico Menos previsible Baja demanda de consultas	Curso atípico Alta demanda de consultas en poco tiempo Problema clínico que debe ser priorizado
ÁMBITO MODELO DE SEGUIMIENTO	Seguimiento programado en Atención Primaria (AP) , 1-2 consultas/año	Seguimiento programado en Atención Hospitalaria (AH) , 1-2 consultas/año	AH referente (consulta telemática* AP-AH) Previsión de varias consultas sucesivas en período corto de tiempo
CAMBIO MODELO DE SEGUIMIENTO Y ACCESO FLEXIBLE	ACCESO A GRUPO 3: Cambio a curso inesperado Síntomas conductuales graves Progresión rápida Visados/informes/cambio de prescripción (AH referente)	ACCESO A GRUPO 1: Cambio a curso previsible ACCESO A GRUPO 3: Cambio a curso inesperado Síntomas conductuales graves Progresión rápida	ACCESO A GRUPO 1: Cambio a curso previsible típico ACCESO A GRUPO 2: Cambio a curso previsible atípico:

Fuente: elaboración propia. AP: Atención Primaria, AH: Atención Hospitalaria. * Consulta telemática: consultas realizadas por correo electrónico, teléfono u otros medios sin ser necesaria la presencia de la persona afectada por deterioro cognitivo.

Las patologías estables recogidas en el grupo 1 tendrán un seguimiento programado en AP al menos una vez al año, que activará el acceso flexible a AH cuando se den determinadas eventualidades. Las patologías estables recogidas en el grupo 2 se consideran más complejas y/o de evolución menos previsible y tendrán un seguimiento programado en AH. El grupo 3 incluye patologías que van a consumir varias consultas en AH en relativamente poco tiempo y el acceso flexible desde AP, que incluirá interconsultas clínicas y toda la problemática relativa a visados de medicación, disponiendo de consultas presenciales y no presenciales, según necesidad. Los grupos son flexibles y de la misma manera que una eventualidad puede motivar el trasvase de un paciente del grupo 1 ó 2 al grupo 3, la resolución o estabilización de la eventualidad puede determinar la dirección inversa.

AAN:	Academia Americana de Neurología
ACE:	<i>Aid to Capacity Evaluation</i>
ACPG:	<i>Australia´s Clinical Practice Guidelines</i>
AEMPS:	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
AETSA:	Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía
AG:	Acuerdo de Grupo
AGREE-II:	<i>Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation-II</i>
AH:	Atención Hospitalaria
AHA-ASA:	<i>American Heart Association/American Stroke Association</i>
AP:	Atención Primaria
CADTH:	<i>Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health</i>
CA:	Carga anticolinérgica
CMA Infobase:	<i>Canadian Medical Association Infobase</i>
EASP:	Escuela Andaluza de Salud Pública
FAQ:	<i>Functional Activities Questionnaire</i>
FCSRT:	<i>Free and Cued Selective Reminding Test</i>
FTD-FRS:	<i>Frontotemporal Dementia Rating Scale</i>
¹²³I-MBIG:	Gammagrafía miocárdica con ¹²³ I-metayodobencilguanidina
GDS-FAST:	<i>Global Deterioration Scale-Functional Assessment Staging</i> ; Escala de deterioro global-estadiaje de la evolución funcional
GDS:	Global Deterioration Scale
GIN:	Guidelines International Network
GPC:	Guía de Práctica Clínica
GRADE:	<i>Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation</i>

GRAFA:	Grupos de Afrontamiento de la Ansiedad en Atención Primaria
GRUSE:	Grupos Socioeducativos
iACE:	inhibidores de la acetilcolinesterasa
ICSI:	<i>Institute for Clinical Systems Improvement British</i>
IMC:	Índice de Masa Corporal
INE:	Instituto Nacional de Estadística
IQCODE:	<i>Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly</i>
LCR:	Líquido Cefalorraquídeo
MEC-30:	Mini Examen Cognoscitivo de Lobo
MMSE:	<i>Mini Mental State Examination</i>
MNA:	<i>Mini-Nutritional Assessment</i>
NANDA:	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
NGC:	<i>National Guideline Clearinghouse</i>
NHMRC:	<i>National Health and Medical Research Council (NHMRC)</i>
NIA-AA:	<i>National Institute on Aging-Alzheimer's Association</i>
NIC:	<i>Nursing Interventions Classification</i>
NICE:	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
NINDS-AIREN:	<i>National Institute of Neurologic Disorders and Stroke-Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences</i>
NOC:	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
NUHSA:	Número de Historia Única de Salud de Andalucía
OMS:	Organización Mundial de la Salud
PAD:	Planificación Anticipada de Decisiones
PAP:	Plan de Acción Personalizado
PET:	Tomografía de emisión de positrones
PICO:	Población, Intervención, Comparación, Outcomes-Resultados
RMN:	Resonancia Magnética Nuclear
RNAO:	<i>Registered Nurses' Association of Ontario</i>
RT-QuIC:	<i>Real-Time Quaking-Induced Conversion</i>
SAC:	Servicio de Atención a la Ciudadanía

SAHS:	Síndrome de Apneas-Hipopneas del Sueño
SAMFyC:	Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria
SAN:	Sociedad Andaluza de Neurología
SEMERGEN:	Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista
SEMFC:	Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria
SEMG:	Sociedad Española de Medicina General
SEN:	Sociedad Española de Neurología
SERMEF:	Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física
SIGN:	<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network</i>
^{99m}Tc-HMPAO-SPECT:	Tomografía computarizada por emisión de fotón único con ^{99m} Tc-hexametil-propilen- amino oxima
F¹⁸-PET-FDG:	Tomografía de emisión de positrones con F ¹⁸ -fluodeoxiglucosa
SPECT con ¹²³I-FP-CIT o DaTSCAN:	Tomografía por emisión de fotón único con FP-CIT-I-123 (N-ω -fluoropropil- 2β -carbometoxi-3β -[4-Iodofenil] nortropano)
SPMSQ:	<i>Short Portable mental State Questionnaire</i>
SSPA:	Sistema Sanitario Público de Andalucía
TAC:	Tomografía Axial Computerizada
TMA-93:	<i>The Memory Associative Test of the district of Seine-Saint-Denis</i>
VVA:	Voluntades Vitales Anticipadas

Bibliografía

1. Petersen RC, Lopez O, Armstrong MJ, Getchius TSD, Ganguli M, Gloss D, et al. Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment. *Neurology* [Internet]. 2018 Jan 16;90(3):126–35 [citado 19 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://cutt.ly/KQF9cEP>
2. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Delirium, Dementia and Depression in Older Adults: Assessment and Care [Internet]. Second Edition. Registered Nurses' Association of Ontario; 2016 [citado 19 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://cutt.ly/IQF9AOS>
3. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers NICE guideline [Internet]. London, UK; 2018 [citado 21 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97>
4. Servicio de Promoción de Uso Racional del Medicamento. Subdirección de Farmacia y Prestaciones. Servicio Andaluz de Salud. Recomendaciones para el uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico de las demencias: ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS DEGENERATIVAS. [Internet]. Marzo 2022 [citado 21 de abril de 2022]. Disponible en: <https://web.sas.junta-andalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/farmacia-y-prescripciones/uso-racional-del-medicamento>
5. Sign. SIGN168 Assessment, diagnosis, care and support for people with dementia and their carers A national clinical guideline [Internet]. 2023 [citado 5 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/assessment-diagnosis-care-and-support-for-people-with-dementia-and-their-carers/>
6. Escuela Andaluza de Salud Pública: Consejería de Salud. Bol Ter Andal. CADIME. Antipsicóticos para el tratamiento de síntomas del comportamiento en las demencias [Internet]. 2018 [citado 5 de julio de 2021]. Disponible en: https://cadime.es/images/documentos_archivos_web/BTA/2018/CADIME_BTA_33_03.pdf
7. Lanctôt KL, Hahn-Pedersen JH, Eichinger CS, Freeman C, Clark A, Tarazona LRS, et al. Burden of Illness in People with Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Epidemiology, Comorbidities and Mortality. *Journal of Prevention of Alzheimer's Disease* [Internet]. 2024 Jan 1;11(1):97–107 [citado 7 de abril de 2024]. Disponible en: <https://cutt.ly/geifLsFZ>
8. Scheltens P, De Strooper B, Kivipelto M, Holstege H, Chételat G, Teunissen CE, et al. Alzheimer's disease [Internet]. Vol. 397, *The Lancet*. Elsevier B.V.; 2021. p. 1577–90 [citado 7 de abril de 2024]. Disponible en: <https://cutt.ly/ceifZvtg>
9. Plan integral de Alzheimer y otras demencias en Andalucía. PIAD. [Internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; septiembre 2023 [citado 7 de abril de 2024]. Disponible en: <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/planificacion/planes-integrales/paginas/estrategia-alzheimer.html>
10. Espinosa Almendro JM, Muriel Fernández R (coordinadores). Al lado: itinerario de atención compartida demencias/Alzheimer [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud; 2010 [citado 5 de julio de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/OQF2cOQ>
11. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G y col. Instrumento AGREE II. Instrumento para la evaluación de guías de práctica clínica. Consorcio AGREE [Internet]. Mayo 2009 [citado 5 de julio de 2021]. Disponible en: <http://www.agreetrust.org>

12. Health NCC for M, By C, Excellence NI for H and C. The NICE - SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care [Internet]. London, UK: The British Psychological Society and Gaskell; 2006. Actualizada en 2016 [citado 23 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg42>
13. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). SIGN 50. A guideline developer's handbook [Internet]. Reino Unido; Enero 2018 [citado 23 de mayo de 2018]. Disponible en: https://www.sign.ac.uk/assets/sign50_2011.pdf
14. The GRADE working group. Grading of Recommendations of Assessment Development and Evaluations. [citado 23 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.gradeworkinggroup.org/>
15. Sabalette-Moya T, Acosta-García H, Rosario-Lozano MP, Benot-López S. PET con 18F-FDG en el diagnóstico precoz de enfermedades degenerativas del sistema nervioso central [Internet]. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud; 2018 [citado 5 de julio de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/3PdJYxf>
16. Acosta García H, Isabel Gómez R, Benot López S. Utilidad de la PET en indicaciones no oncológicas [Internet]. Sevilla: AETSA Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2019 [citado el 5 de julio de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/ePdJLtu>
17. Martín-López JE, Molina-Linde JM, Isabel-Gómez R, Castro-Campos JL, Blasco-Amaro JA. Efectividad del entrenamiento cognitivo en pacientes con demencia leve a moderada. Revisión sistemática [Internet]. AETSA E de TS de A, editor. Sevilla: Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS.; 2020 [citado 5 de julio de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/eO4Kjsy>
18. Moreno Campoy EE (dirección y coordinación). Estrategia para la seguridad del paciente: plan estratégico de calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud y Familias; 2019 [citado 5 de julio de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/RQGaiZL>
19. Estrategia para la seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud. 2015-2020 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016 [citado 16 de junio de 2021]. Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2015/esp2015-2020.htm>
20. Organización Mundial de la Salud (OMS). Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente [Internet]. Ginebra; Mayo 2007 [citado 16 de junio 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/Keo1nPOT>
21. Ley Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002, de 14 de noviembre. [Internet]. Boletín Oficial del Estado nº 274 2002. [citado 16 de junio 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>
22. Orden de 8 de julio de 2009 por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado [Internet]. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº 152, (06-08-2009). [citado 16 de junio de 2021]. Disponible en: <https://juntadeandalucia.es/boja/2009/152/18>
23. Ruiz Sicilia L (coordinadora). Estrategia de bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía: plan estratégico de calidad del sistema sanitario público de Andalucía. 2020 [Internet]. Sevilla; 2020 [citado 16 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.bioetica-andalucia.es/wp-content/uploads/2020/11/Estrategia_Bioetica_SSPA_2020.pdf
24. Catálogo de Formularios de Consentimiento Informado escrito del SSPA. Consejería de Salud. [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía. Sevilla; 2010 [citado 16 de junio de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/HQGIHjG>

25. Simón Lorda P TVMELM (coordinadores). Planificación Anticipada de las Decisiones. Guía de Apoyo para Profesionales [Internet]. Sevilla; 2013 [citado 16 de junio de 2021]. Disponible en: rb.gy/ijlsal
26. Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía [Internet]. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Sevilla; 2015 [citado 19 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/GQGRk5r>
27. Moorhead S SEJMM. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud. 6a edición. Barcelona: Elsevier; 2018.
28. Butcher H BGDJWC. Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC. 7ª edición. Barcelona: Elsevier; 2019.
29. Carnero Pardo C, López-Alcalde S, Allegri RF, Russo MJ. A systematic review and meta-analysis of the diagnostic accuracy of the Phototest for cognitive impairment and dementia. *Dement Neuropsychol* [Internet]. 2014 Abr-Jun; 8 (2): 141-47 [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/OPiqxex>
30. Ollero Baturone M (coordinador). Atención a Pacientes Pluripatológicos: Proceso Asistencial Integrado [Internet]. 3ª Edición. Sevilla: Consejería de Salud; 2019 [citado 18 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/rO4H3TT>
31. Henderson VA. La naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después. 1a Edición. Madrid: McGraw-Hill- Interamericana; 1995. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10a Edición. Madrid: Mosby/Doyma; 2003.
32. Gordon, M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10a Edición. Madrid: Mosby/Doyma; 2003.
33. Ministerio de Sanidad. Abordaje del Alzheimer y otras demencias. Estrategia en enfermedades neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud. [Internet]. Diciembre 2022 [citado 18 de enero de 2023]. Disponible en: <https://cutt.ly/YeT4ILPz>
34. López Alonso SRMSM. Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española. *Enfermería Comunitaria* [Internet]. 2005;1(1):11-7. [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/Yeo18xSV>
35. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia [Internet]. Boletín Oficial del Estado nº 299 Dec 15, 2006. [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/TO4IXFS>
36. Peña-Casanova J, Gramunt-Fombuena N, Quinones-Ubeda S, Sanchez-Benavides G, Aguilar M, Badenes D, et al. Spanish Multicenter Normative Studies (NEURONORMA Project): Norms for the Rey-Osterrieth Complex Figure (Copy and Memory), and Free and Cued Selective Reminding Test. *Archives of Clinical Neuropsychology* [Internet]. 1 Junio 2009; 24(4):371-93. [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/xeiDB587>
37. Maillat D, Narme P, Amieva H, Matharan F, Bailon O, Le Clésiau H, et al. The TMA-93: A New Memory Test for Alzheimer's Disease in Illiterate and Less Educated People. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* [Internet]. 2017 Dec 27; 32(8):461-7 [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/DPuW5EG>
38. Turró-Garriga O, Hermoso Contreras C, Olives Cladera J, Mioshi E, Pelegrín Valero C, Olivera Pueyo J, et al. Adaptación y validación de la Frontotemporal Dementia Rating Scale (FTD-FRS) al castellano. *Neurología* [Internet]. 2017 Jun 1; 32(5):290-9 [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/GeoOwr7s>
39. GraW-Radford J, Yong KX, Apostolova LG, Bouwman FH, Carrillo M, Dickerson BC, et al. New insights into atypical Alzheimer's disease in the era of biomarkers. *Lancet Neurol* [Internet]. Marzo 2021; 20(3):222-34 [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/keiD1eP3>

40. Müller-Schmitz K, Krasavina-Loka N, Yardimci T, Lipka T, Kolman AGJ, Robbers S, et al. Normal Pressure Hydrocephalus Associated with Alzheimer's Disease. *Ann Neurol* [Internet]. 2020 Oct 5 [cited 2021 Jun 23];88(4):703–11 [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/ZPigGKs>
41. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Centro de Información de Medicamentos online de la AEMPS [Internet]. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. 2017 [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>
42. Reeve E, Farrell B, Thompson W, Herrman N, Skestris I, Magin P y col. Evidence-based Clinical Practice Guideline for Deprescribing Cholinesterase Inhibitors and Memantine [Internet]. Sydney: The University of Sydney; 2018 [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/UO6O7t7>
43. RD 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales. [Internet]. [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2009/06/19/1015>
44. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory. *Neurology* [Internet]. Diciembre 1994; 44(12):2308–2308. [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/beiFbhhu>
45. Guía clínica de Tratamiento farmacológico de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia [Internet]. Fistera. 2021 [citado 13 de enero de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/OPuoMIA>
46. Press D. AM. Cholinesterase inhibitors in the treatment of dementia [Internet]. Uptodate. 2021 [citado 16 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/CO6DVFe>
47. de Juan Pardo MÁ, Saracibar-Razquin M, Crespo I, Fuster Linares P. Valoración del dolor en personas con demencia y problemas de comunicación en España. Revisión sistemática. *Rev Clin Esp* [Internet]. 2018 Nov ; 218(8):435–44 [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/Teo0fr77>
48. Sánchez Mariscal D (coordinadora científica) y col. Proceso Asistencial Integrado. Dolor crónico no oncológico (origen musculoesquelético) [Internet]. 3ª edición. Sevilla: Consejería de Salud y Familias; 2019 [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/5PufN8V>
49. Gestión de medicamentos, productos sanitarios y productos dietéticos. Visado de medicamentos, productos sanitarios y productos dietéticos [Internet]. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Consumo. [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/8eiFTmcZ>
50. Bjerre LM, Farrell B, Hogel M, Graham L, Lemay G, McCarthy L y col. Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia: Evidence-based clinical practice guideline. *Can Fam Physician* [Internet]. 2018 Jan; 64(1):17–27. [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/CPusvDr>
51. Fernández López A (coordinadora científica) y col. Proceso Asistencial Integrado. Cuidados Paliativos [Internet]. 3ª Edición. Sevilla: Junta de Andalucía-Consejería de Salud y Familias; 2019 [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/7PuhNdT>
52. Carga anticolinérgica: recomendaciones. Bol Ter ANDAL Escuela Andaluza de Salud Pública Consejería de Salud [Internet]. 2021; 36(2) [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/3PulOJL>
53. Guía oficial de práctica clínica en Demencias. Sociedad Española de Neurología [Internet]. 2018 [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.sen.es/pdf/guias/Guia_Demencias_2018.pdf

