

# El itinerario asistencial del paciente con demencia

Perspectiva de Atención Primaria



Luis Aguilera García  
Presidente de la semFYC

# PAPEL DE LA ATENCION PRIMARIA EN LA ATENCION A LAS DEMENCIAS

Médico de familia/enfermera/trabajador social

**DIAGNOSTICO**

**SEGUIMIENTO**

**GESTION DEL CASO**

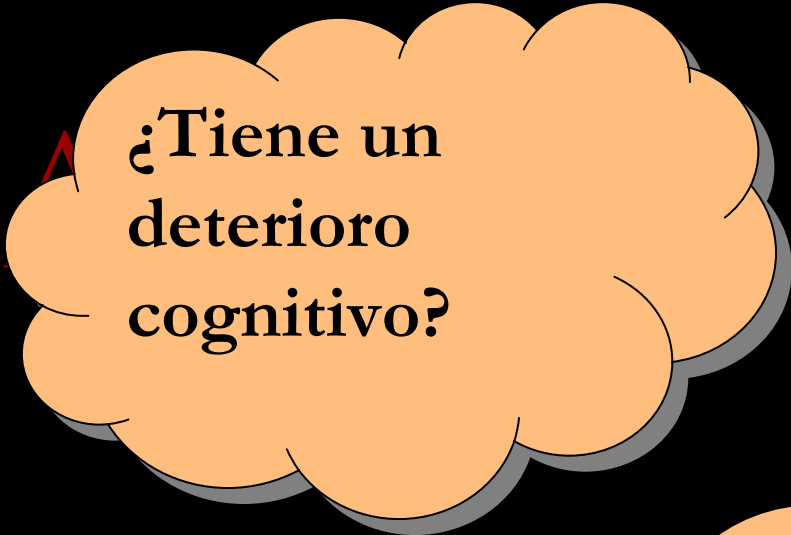
CENTRO DE SALUD/ DOMICILIO

**PACIENTE, CUIDADOR Y FAMILIA**

# MANEJAR LA INCERTIDUMBRE

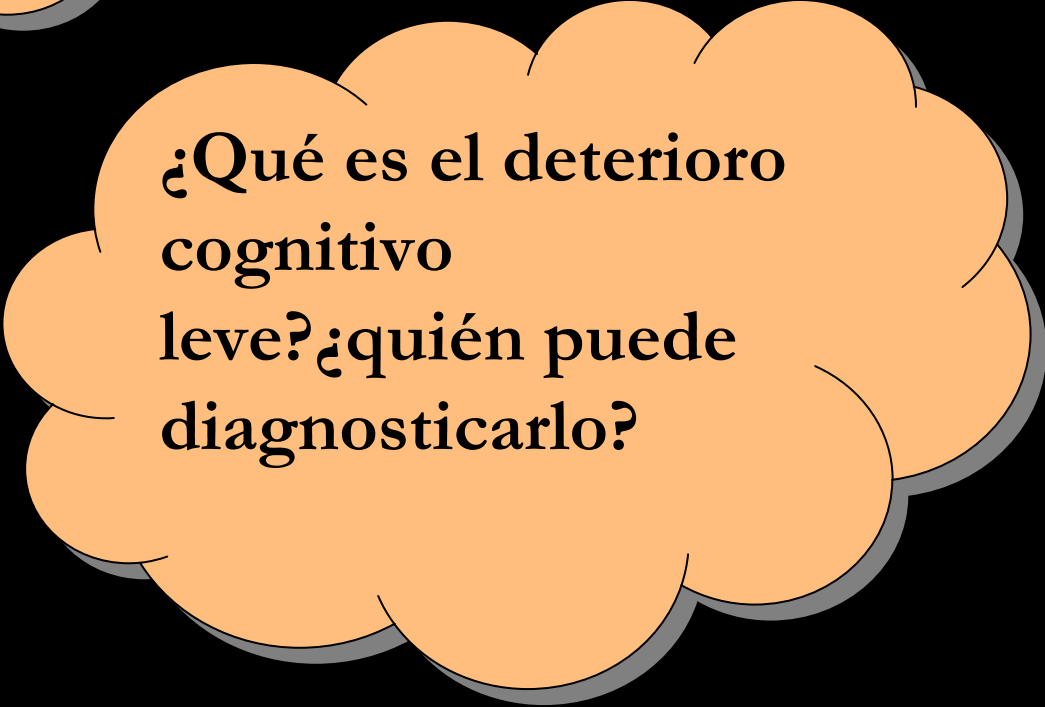
---

Las preguntas:



¿Tiene un  
deterioro  
cognitivo?

---



¿Qué es el deterioro  
cognitivo  
leve? ¿quién puede  
diagnosticarlo?

## Al principio

---

¿Tiene una  
demencia?

¿Le debo  
diagnosticar yo  
sólo o necesito  
confirmación?

# Tras el diagnóstico:

---

¿Se lo digo al paciente? ¿Cómo informo a la familia?

¿Cómo relacionarme con el paciente?

**¿Pero qué pasa con  
los fármacos para la  
demencia?**

**¿se han vuelto todos  
locos?**

**¿es eficaz en este  
paciente el fármaco?  
¿qué le doy para los  
síntomas de alteración  
del comportamiento?  
¿y para dormir?**

# Y “esos otros temas”:

---

¿Me tengo que preocupar yo por la incapacitación? ¿quién entiende de esto?

# LO ASUMIDO

con mayor o menor  
certidumbre:

---

Atención a la Comorbilidad  
Cuidador  
Fase avanzada

# DIFICULTADES EN LA ATENCION A LAS DEMENCIAS

---

## DIAGNOSTICO

Frontera  
Normalidad/DCL  
DCL/demencia  
Exploración neuropsicol.  
Miedo error dco.  
Comunicar dco

## SEGUIMIENTO

SCPD  
Efectividad fármacos.  
Seguridad  
Duración tto.  
TTO no farma.  
Repercusión familiar  
Atención cuidador  
Ubicación  
Decisiones éticas.

## GESTION DEL CASO

Coordinación At hosp:  
Urgente  
Preferente  
Ordinaria  
  
Servicios sociales  
Asociaciones  
familiares

# LAS RESPUESTAS?:

---

Las sociedades científicas.

Los sistemas de salud

# RECOMENDACIONES OFICIALES

---

- Grupo Demencias semFYC, 2005
- Recomendaciones de consenso entre Atención Primaria y SEN Neurología, 2005
- NICE National Institute for health and Clinical Excellence, 2006
- PAPPS semFYC, 2007

# PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA

---

- Atención a factores de riesgo cardiovascular y abuso de alcohol como prevención primaria de demencia vascular y demencia alcohólica.  
NICE. PAPPS
- Mantenerse social, mental y físicamente activo para prevenir o retrasar el desarrollo de la demencia.  
PAPPS
- En pacientes con demencia prevenir factores de riesgo cardiovascular y abuso de alcohol.  
NICE. PAPPS
- AAS en demencia vascular.  
PAPPS

# **SOCIEDADES CIENTIFICAS recomendaciones diagnóstico**

Canadian Task Force 2001

US Task force 2003.

Academia Americana de Neurología 2001

La SEN no se pronuncia en sus guías 2002.

Grupo demencias semFYC : Demencias desde la  
Atención Primaria 2005

NICE clinical guideline 42: Supporting people with  
dementia and their carers in health and social care.  
Nov.2006

PAPPS Programa de Actividades preventivas semFYC  
2007

**No cribaje a población asintomática**

# **SOCIEDADES CIENTIFICAS**

## **recomendaciones diagnóstico**

---

**Atentos a síntomas de alarma**

Alzheimer Association.

Academy of Family Physician

Academia Americana de Neurología.

American Geriatrics Society

semFYC : diagnóstico temprano

NICE: si dificultades de aprendizaje

evaluar para descartar demencia

**Atención a síntomas de alarma**

**No cribaje a población sana**

El diagnóstico mejora mucho con una buena historia clínica que recoja el declinar cognitivo, los cambios del comportamiento y esto sea confirmado por un informador fiable

---

Grupo INTERDEM (Royal Society of Medicine de gran  
Bretaña)  
Agency for de Health Care Police and Research (1996)  
SEN  
**semFYC (2005)**

**Entrevista clínica semi-estructurada**

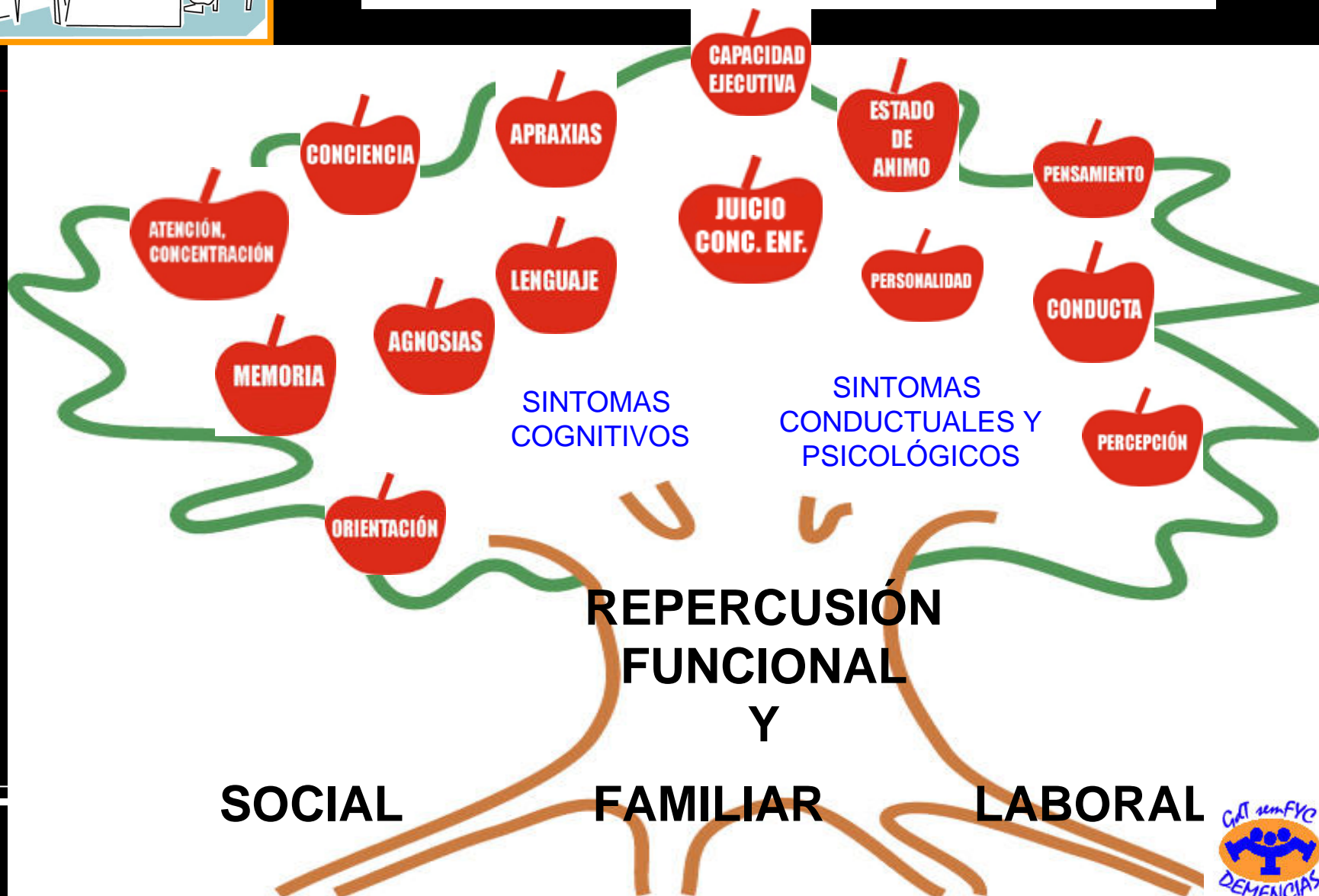
**Atención a síntomas de alarma**

**No cribaje a población sana**



# SINTOMAS DE LA DEMENCIA

EXPLORACION NEUROPSICOLOGICA



---

## **Evaluación funcional**

**Conocer bien test neuropsicologicos válidos**

**Entrevista clínica estructurada**

**¿síntomas de alarma a examen de salud?**

**Atención a síntomas de alarma**

**No cribaje a población sana**

**DIAGNOSTICO INTEGRAL**

**DIAGNOSTICO ETIOLOGICO**

**ESTADIAJE : FASE EVOLUTIVA**

**DIAGNOSTICO**

**SINDROMICO  
DE  
DEMENCIA**

# Errores más frecuentes en el dco

---

- Poca entrevista clínica.
- Basar todo en test.
- Aplicar test no adecuados
- Poco entrenamiento en test
- Olvidar la repercusión funcional
- Olvidar la opinión del informador.

---

**SEGUIMIENTO**

CENTRO DE SALUD/ DOMICLIO

**PACIENTE , CUIDADOR Y FAMILIA**

# RECOMENDACIONES TRATAMIENTO

## NO FARMACOLOGICO

**ENTORNO**

**CUIDADOR**

**PACIENTE**

## FARMACOLOGICO

Específico

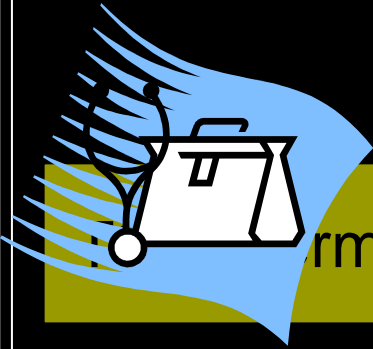
Psicofármacos

Tto de  
comorbilidad

# RECOMENDACIONES SEGUIMIENTO

- Establecimiento de tto y plan de cuidados adaptado a la fase de la enfermedad (semFYC 2005).
- Atención por todo el equipo asistencial.
- Coordinación entre servicios sanitarios y sociales desde el principio. (NICE 2006)
- Información al paciente y familia sobre la enfermedad, sobre sus derechos (semFYC 2005, NICE 2006)
- Importancia del tto no farmacológico.
- Supervisión de tto farmacológico específico
- Indicación de fármacos para SCPD
- Atención a la comorbilidad

# PLAN DE CUIDADOS EN EL PACIENTE CON DEMENCIA



Enfermedades intercurrentes



Actividad física

Yatrogenia por polifarmacia



Terapia no farmacológica



Deficit visión auditiva



Tto farmacológico

PACIENTE

# TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO.

## RECOMENDACIONES NICE 2006

---

### ■ SINTOMAS COGNITIVOS

- En demencia leve y moderada: estimulación cognitiva
- Por personal sociosanitario entrenado
- Tb acompañando a fármacos

### ■ SINTOMAS NO COGNITIVOS Y ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO

- Planes individualizados
- Dirigidos a cuidadores y pacientes
- Por escrito
- Monitorizar la respuesta
- Aromatoterapia
- Estimulación multisensorial
- Musicoterapia
- Masaje
- Animales de compañía

# PLAN DE CUIDADOS EN EL PACIENTE CON DEMENCIA

Seguro

Adaptado cognitivamente

Rutinas temporales

Tranquilo

Ayudas técnicas

ENTORNO

## **CUIDADOR**

**información**

**Formación en cuidados**

**Comunicación paciente-cuidador**

**Síntomas de sobrecarga**

**Apoyo y asesoramiento decisiones difíciles**

**Apoyo emocional**

**Asociaciones de familiares**

**Accesibilidad de los profesionales**

**Recursos sociales**

# INTERVENCIONES EFECTIVAS

## GRADO DE RECOMENDACIÓN A

---

- Los programas psicoeducativos a cuidadores son efectivos con estudios de nivel I de evidencia.
- Incluyen enseñanza de técnicas de comportamiento, apoyo y descarga en el cuidado.
- Disminuyen sobrecarga, retrasan institucionalización y mejoran SCPD
- En grupo mejora relación intercuidadores

■ Gill L. et al. The American Journal of Psychiatry Washington:Nov 2005

Medico de familia/enfermera/trabajador social

**DIAGNOSTICO**

**SEGUIMIENTO**

**GESTION DEL CASO**

CENTRO DE SALUD/ DOMICLIO

**PACIENTE, CUIDADOR Y FAMILIA**

# GESTION DEL CASO EN ATENCION PRIMARIA

**SERVICIOS SANITARIOS**  
Tratamiento farmacológico  
Pruebas complementarias  
Consultas y hospitalización  
**Geriatría, neurología, psiquiatría.**

**RECURSOS SOCIALES:**  
Ayuda a domicilio  
Adaptación del domicilio  
Centros de día  
Residencias temporales  
Residencias definitivas

**COORDINACION**

**ORIENTACION**

**ASESORIA**

**INFORMACION**

**Terapia cognitivo-conductual.**  
**Terapia ocupacional**  
**psicomotricidad**

**ASOCIACIONES**  
**DE**  
**FAMILIARES**

# CONCLUSIONES

---

- Papel importante en diagnóstico, seguimiento y gestión del caso.
- Atención paciente-cuidador-entorno
- Atención según fase de la enfermedad
- Atención planificada y coordinada médico-enfermera-trabajador social
- Coordinación asistencial neurología-geriatria-S<sup>a</sup> salud mental
- Coordinación sociosanitaria y asociaciones pacientes.