



PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA  
AL DETERIORO COGNITIVO EN EXTREMADURA

[PIDEX]

DOCUMENTO ANEXO AL PIDEX Nº 1

**Coordinación** de los  
equipos de Salud Mental  
y las consultas de  
Deterioro Cognitivo



Coordinación de los Equipos  
de Salud Mental y las Consultas  
de Deterioro Cognitivo

Una guía breve

Código: CCA/00/13/05/CM

## **EDITA**

### **JUNTA DE EXTREMADURA**

Consejería de Sanidad y Dependencia

Servicio Extremeño de Salud

Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud

Dirección General de Promoción de la Autonomía y de Atención a Personas en Situación de Dependencia

## **AUTORES**

Fernando Castellanos Pinedo

Neurólogo. Hospital Virgen del Puerto. Plasencia. Servicio Extremeño de Salud

Leopoldo Elvira Peña

Psiquiatra. Responsable de Salud Mental. Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios. Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud. Servicio Extremeño de Salud

Manuel Cid Gala

Psicólogo. Coordinador del PIDEX. Dirección General de Promoción de la Autonomía y de Atención a Personas en Situación de Dependencia. Consejería de Sanidad y Dependencia

Pablo Duque San Juan

Neuropsicólogo. Coordinador del PIDEX. Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud. Servicio Extremeño de Salud

## **DISEÑO, MAQUETACIÓN E IMPRESIÓN**

Indugrafic, Artes Gráficas, S. L.

© **JUNTA DE EXTREMADURA**

Consejería de Sanidad y Dependencia

## **I.S.B.N.**

ISBN: 978-84-96958-24-1

## **DEPÓSITO LEGAL**

BA-680-2007



PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA  
AL DETERIORO COGNITIVO EN EXTREMADURA

[PIDEX]

DOCUMENTO ANEXO AL PIDEX N° 1

Coordinación de los  
equipos de Salud Mental  
y las consultas de  
Deterioro Cognitivo

# [ÍNDICE]

PRÓLOGO ..... 09

**[0]** Introducción ..... 11

**[1]** Posibilidades de derivación..... 12

**[1.1]** Pacientes con deterioro cognitivo en seguimiento actual por los ESM..... 12

**[1.2]** Pacientes con enfermedad psiquiátrica que comiencen o cursen con deterioro cognitivo ..... 13

**[1.3]** Pacientes derivados a los ESM por sospecha de enfermedad psiquiátrica y a los que se diagnostica un cuadro de posible deterioro cognitivo..... 13

**[2]** Criterios de derivación desde CEDEC/EAP a ESM ..... 15

**[3]** Anexo de detección del deterioro cognitivo según aparece en el PIDEX ..... 16

# [GRUPO DE TRABAJO]

[AUTORES]

**Fernando Castellanos Pinedo**

*Neurólogo. Hospital Virgen del Puerto. Plasencia. Servicio Extremeño de Salud*

**Leopoldo Elvira Peña**

*Psiquiatra. Responsable de Salud Mental. Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios. Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud. Servicio Extremeño de Salud*

**Manuel Cid Gala**

*Psicólogo. Coordinador del PIDEX. Dirección General de Promoción de la Autonomía y de Atención a Personas en Situación de Dependencia. Consejería de Sanidad y Dependencia*

**Pablo Duque San Juan**

*Neuropsicólogo. Coordinador del PIDEX. Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud. Servicio Extremeño de Salud*



# [ABREVIATURAS]

<b>AE</b>	Atención Especializada
<b>CEDEC</b>	Consulta Especializada de Diagnóstico, Seguimiento y Tratamiento del Deterioro Cognitivo
<b>DC</b>	Deterioro cognitivo
<b>EAP</b>	Equipo de Atención Primaria
<b>GDSred</b>	Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage - Versión Breve
<b>EMR</b>	Equipo Médico de Residencia de Bienestar Social
<b>ESM</b>	Equipos de Salud Mental
<b>LSA</b>	Listado de Signos de Alerta
<b>MAP</b>	Médico de Atención Primaria
<b>MIS</b>	Memory Impairment Screening
<b>MMSE</b>	Mini Mental State Examination
<b>MR</b>	Médico de Residencia de Bienestar Social
<b>PIDEX</b>	Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo

# [PRÓLOGO]

Los Equipos de Salud Mental, con una estructuración y organización precisas, tienen un papel clave en el deterioro cognitivo, dado que muchos pacientes son detectados en sus consultas y que muchos pacientes con trastornos psiquiátricos padecen déficit cognitivos de distinta índole y gravedad. Además, los psiquiatras y los psicólogos clínicos son los especialistas más capacitados para el control de la psicopatología de un paciente con demencia.

En el PIDEX, los profesionales que tratarán a los pacientes con trastornos de conducta derivados -o en el contexto- de un cuadro demencial, serán los de los Equipos de Atención Primaria y los de las Consultas de Deterioro Cognitivo. Sin embargo, en ocasiones, las alteraciones psicopatológicas requerirán de la intervención a un nivel más especializado por la complejidad del cuadro clínico.

La detección es también un factor importantísimo en toda enfermedad y, en concreto, en el deterioro cognitivo. Por ello, los Equipos de Salud Mental deberán tener las herramientas necesarias para llevarla a cabo.

En definitiva, toda coordinación, en el ámbito sanitario, es necesaria entre distintos profesionales y, por tanto, entre los profesionales de Salud Mental y Neurología-Neuropsicología, es esencial en muchos aspectos. Por ello, esperamos que esta guía sirva para delimitar mejor las funciones de cada profesional y lograr la tan necesaria coordinación.

**Ceciliano Franco Rubio**

*Director General de Asistencia Sanitaria*



## [0] INTRODUCCIÓN

---

El PIDEX es un plan de atención al Deterioro Cognitivo que consta de tres partes: demencias, deterioro cognitivo potencialmente recuperable tras daño cerebral sobrevenido, y síndromes neuropsicológicos del desarrollo.

Teniendo en cuenta que en los **Equipos de Salud Mental [ESM]** se atienden a muchos pacientes con deterioro cognitivo, el cauce con respecto a las **Consultas de Deterioro Cognitivo [CEDEC]** desde dichos equipos debería regularse de la misma manera en la que se hace desde AP.

Las Consultas de Deterioro Cognitivo las forman neurólogos y neuropsicólogos.

Si atendemos al modelo de funcionamiento vigente en el PIDEX, cualquier caso en el que el ESM detectara en el paciente un posible deterioro cognitivo [o bien en el caso de que ya estén siguiendo a un paciente con demencia] debería ser remitido a AP para que ellos lo remitieran a las Consultas de Deterioro Cognitivo.

Consideramos oportuno abordar en este documento un procedimiento específico sobre derivación por parte de los ESM a las CEDEC y definir de forma general la función de los ESM en la atención al paciente con Deterioro Cognitivo.

Al hacer referencia a los anexos correspondientes en el proceso de detección [punto 3 de esta guía], los tomaremos tal cual están numerados –para su mejor comprensión y seguimiento– del tomo 1 del PIDEX [demencias degenerativas].

## [1] POSIBILIDADES DE DERIVACIÓN

---

En los ESM se dan actualmente [o se pueden dar] las tres circunstancias siguientes con respecto a pacientes con deterioro cognitivo:

1. Pacientes que estén en tratamiento y seguimiento por un deterioro cognitivo [demencial o no].
2. Pacientes con enfermedad psiquiátrica que comiencen o cursen con deterioro cognitivo.
3. Pacientes derivados desde AP con sospecha de clínica psiquiátrica y que principalmente tengan un cuadro de deterioro cognitivo.

### [1.1]

#### PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO EN SEGUIMIENTO ACTUAL POR LOS ESM

---

El psiquiatra puede considerar que un paciente con un cuadro de deterioro cognitivo que está siguiendo se puede beneficiar de ciertas acciones que llevan a cabo las Consultas de Deterioro Cognitivo y los Servicios de Atención a la Dependencia [dado que para el abordaje de la dependencia, en estos casos, se precisan los informes protocolizados de Atención Especializada].

En estas circunstancias, el paciente será remitido a las Consultas de Deterioro Cognitivo con un protocolo específico:

1. Protocolo de detección [como en Atención Primaria y aún a pesar de haber sido diagnosticado de deterioro cognitivo], sin inclusión de analítica.
2. Indicación del tratamiento actual que realiza.
3. Orientación diagnóstica.
4. Pruebas realizadas.

Considerando que en este tipo de pacientes ya se descartaron en un primer momento alteraciones analíticas y que es muy improbable que las tenga en el momento de derivación y ya que su petición retrasaría el envío del paciente a las Consultas de Deterioro Cognitivo en 3-4 meses, se ha considerado que no es necesaria la petición de la analítica de cribado en la detección, lo que será tenido en cuenta por los neurólogos de las Consultas de Deterioro Cognitivo.

El psiquiatra tendrá en cuenta para la derivación, entre otros, los siguientes puntos:

1. Gravedad del deterioro cognitivo.
2. Control sintomático.
3. Relación del paciente y sus familiares con él.
4. Medidas no farmacológicas [como estimulación cognitiva] que esté llevando a cabo.

Es decir, valorará el caso en su conjunto y considerará la aportación que las Consultas de Deterioro Cognitivo y el modelo de funcionamiento del PIDEX darían al paciente y a sus familiares.

En cualquier caso, el psiquiatra tendrá en cuenta las alteraciones psicopatológicas para valorar la necesidad de seguimiento por su parte en el ESM, aparte de la remisión a las Consultas de Deterioro Cognitivo.

### **[1.2]**

#### **PACIENTES CON ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA QUE COMIENCEN O CURSEN CON DETERIORO COGNITIVO**

---

Es bien conocido que algunas enfermedades psiquiátricas cursan -o acaban cursando- con deterioro cognitivo. Por ello, un psiquiatra o psicólogo clínico podrá consultar a las Consultas de Deterioro Cognitivo si lo considera necesario por este motivo.

La derivación se hará con una petición de consulta reglada, un MMSE, una analítica básica [que incluya los parámetros de B12, ácido fólico y hormonas tiroideas] y un breve informe con los datos fundamentales.

### **[1.3]**

#### **PACIENTES DERIVADOS A LOS ESM POR SOSPECHA DE ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA Y A LOS QUE SE DIAGNOSTICA UN CUADRO DE POSIBLE DETERIORO COGNITIVO**

---

Debido a que pacientes con cuadros de deterioro cognitivo de inicio pueden tener trastornos de corte psicopatológico, muchos pueden ser enviados a Salud Mental.

En el PIDEX, la detección y posterior envío del paciente a las Consultas de Deterioro Cognitivo se hacen con un protocolo de actuación [ver siguiente ANEXO].

Por ello, desde los ESM se derivará al enfermo a las Consultas de Deterioro Cognitivo cumpliendo las normas de detección y derivación según protocolo PIDEX.

Si el psiquiatra, dado que dentro del protocolo de detección del deterioro cognitivo se incluye la realización de una analítica [ver anexo], ve que no podrá revisar al enfermo en un plazo inferior a 15 días para terminar el estudio y dar un diagnóstico inicial, así como hacer efectiva la derivación a las Consultas de Deterioro Cognitivo, derivará al paciente a los equipos de AP con la sospecha de deterioro cognitivo para que sean ellos los que hagan el estudio de detección y derivación.



## [2] CRITERIOS DE DERIVACIÓN DESDE CEDEC/EAP A ESM

---

Al ESM se derivarán pacientes que reúnan las siguientes condiciones:

1. Deterioro cognitivo en los que concurre psicopatología asociada por encima de cierto nivel de complejidad [a valorar NPI y deterioro funcional del sujeto].
2. Siempre que se haya superado la capacidad de atención psicofarmacológica de CEDEC/EAP [tratamiento inicial, según Guía Terapéutica, ha resultado ineficaz].

Todos los pacientes serán remitidos con el informe completo neurológico y neuropsicológico de la CEDEC [evaluación y plan de tratamiento farmacológico-estimulación cognitiva].

Los pacientes derivados desde los EAP habrán sido evaluados previamente en CEDEC y tendrán cumplimentado informe neurológico y neuropsicológico con NPI, el cual irá anexo a la petición de consulta del EAP.

El seguimiento del ESM se centrará en estos casos en el abordaje de la psicopatología, utilizando las herramientas del arsenal terapéutico que se consideren adecuadas<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> El las consultas de deterioro cognitivo el enfermo será revisado cada 6 meses si se encuentra entre los estadios 3 y 5 de la GDS.

### [3] DETECCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO

---

¿Quién atiende en primer lugar a las personas que tienen quejas de posible deterioro de la función cognitiva? Este tipo de pacientes se pueden detectar en 3 lugares fundamentalmente:

- **Atención primaria** [en adelante, caso tipo I].
- **Atención especializada** [en adelante, caso tipo II].
- **Otros conductos** [en adelante, caso tipo III].

El cauce adecuado de derivación tiene que partir de los **Equipos de Atención Primaria [EAP]**. Si queremos que exista una regulación justa y adecuada del paciente con DC, la **detección** tiene que ser realizada desde un punto de vista protocolizado por los mismos profesionales y que no haya dudas sobre qué tipo de pacientes se están derivando a consultas de Atención Especializada [AE]. Por ello, los enfermos tipo II y III serán *convertidos* en pacientes tipo I mediante la remisión de estos casos a AP, que serán los encargados -por lo general- de la detección del DC, menos en el caso de los **Equipos Médicos de Residencia [EMR]**, que tendrán la misma función que los EAP para los enfermos ingresados en la residencia a la que asisten..

Se llevará a cabo un funcionamiento protocolizado para la **detección efectiva del deterioro cognitivo**, eliminando -dentro de lo posible- falsos positivos y negativos.

Los **EAP** son una de las piezas más importantes en el sistema de salud en general y en el DC en particular. Un paciente que refiere cualquier deterioro de su función cognitiva [el más típico es el trastorno de memoria o bien el deterioro del lenguaje] debe ser evaluado en primera instancia por un EAP, por lo que serán ellos quienes decidan la derivación a las consultas de **AE** o el seguimiento por su parte.

En principio, se planteará el estudio del posible DC del enfermo ante la **presencia de uno o varios de los siguientes síntomas** que se hayan dado de forma continuada en los últimos 3 meses [anexo 1]:

1. *Pérdida de memoria para hechos recientes*. Dificultad para retener hechos o conversaciones recientes, además de la dificultad para encontrar objetos cotidianos [p. ej., gafas, llaves, etc.].

2. *Dificultad en la realización de las tareas cotidianas.* El paciente ha dejado -o le cuesta llevar a cabo- tareas cotidianas debido a que no las entiende, no coordina ciertas operaciones [p. ej., para manejar un electrodoméstico] o bien no recuerda cómo se llevan a cabo [p. ej., cocinar].
3. *Problemas con el lenguaje.* Dificultades en la denominación o en la comprensión.
4. *Desorientación en tiempo y espacio.* No recuerda el día de la semana en el que está o el año; no sabe en qué piso estamos de un edificio o se desorienta por lugares previamente conocidos de su lugar habitual de residencia. La desorientación topográfica es un síntoma a tener en cuenta [el paciente, durante algunos segundos, refiere encontrarse perdido en un lugar conocido y no saber por dónde tiene que ir o hacia dónde dirigirse].
5. *Dificultad en el pensamiento abstracto o capacidad de juicio.* Se pierde el simbolismo del número [no logran llevar las cuentas] y la capacidad de resolver nuevos problemas que surjan en la vida cotidiana.
6. *Cambio de carácter o alteración del comportamiento.* Irritabilidad, “cabezonería”, cambios de humor.
7. *Cambios en la personalidad previa.* Susplicia, desconfianza, inseguridad.
8. *Pérdida de la iniciativa.* El paciente tiende a la apatía [llegando incluso a la abulia], con tendencia a no realizar más allá de las labores más habituales.

En ese momento se llevará a cabo una valoración clínica general [anamnesis y exploración clínica; valoración cognitiva de cribado], se descartarán causas potencialmente tratables de DC, se solicitarán pruebas complementarias específicas y, tras valoración de estos apartados, se llegará a un primer diagnóstico y se remitirá el enfermo a consultas de AE si así se concluyese.

### [3.1]

#### ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN CLÍNICA

---

Además del repaso del **Listado de Signos de Alarma [LSA]** -que no se protocolizará y se podrá consultar en el Anexo 1- los equipos de AP seguirán un proceso de detección protocolizada del deterioro cognitivo.

No obstante, en algunos casos [quejas nimias, evidencias claras de no deterioro cognitivo, etc.] el MAP podrá no realizar el protocolo indicado en el PIDEX y seguir al paciente a demanda con las pautas que indique.

La estructuración de la anamnesis puede ser la siguiente:

1. *Antecedentes personales.*
  - i. Hábitos tóxicos [tabaco, alcohol, etc].
  - ii. Factores de riesgo cardiovascular [HTA, DM, etc.].
  - iii. Déficit sensoriales.
  - iv. Tratamientos farmacológicos.
2. *Nivel educativo y capacidades previas.*
3. *Antecedentes familiares:*
  - i. Principalmente, antecedentes de demencia.
4. *Descripción de los síntomas del DC:*
  - i. Cognitivos: memoria, orientación, lenguaje, etc.
  - ii. Conductuales: ánimo, personalidad, problemas de comportamiento, etc.
5. *Repercusión funcional del DC.*
6. *Exploración física general:* signos que orienten a una demencia secundaria [soplos cardíacos, hipotiroidismo, déficit vitamínico, HTA, etc.].
7. *Exploración neurológica básica:* signos de focalidad.

### [3.2]

#### VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN COGNITIVA

---

Una vez realizada la anamnesis y una exploración clínica general, el EAP realizará un examen cognitivo mínimo dirigido a la detección del posible DC que exista mediante el test **MMSE** [Anexo 2], de reconocido prestigio en el cribado de detección de esta enfermedad. También -de manera opcional- se podrá administrar el **MIS** [Anexo 3], una prueba de detección para observar el deterioro específico de la memoria y de los procesos mnésicos y podrá realizar -también de manera opcional- el **Test abreviado del informador** [Anexo 7].

### [3.3]

#### DESCARTAR PRESENCIA DE DELIRIO, ENFERMEDAD INTERCURRENTE O EFECTOS SECUNDARIOS DE ALGÚN FÁRMACO

---

Entre las alteraciones que pueden causar un cuadro de DC [del tipo que sea] y que deben ser delimitadas en AP, destacan el delirio, la depresión, las alteraciones de parámetros químicos, los efectos adversos o tóxicos de algunos fármacos y las enfermedades sistémicas.

Dada la alta prevalencia de enfermedad depresiva subyacente, se analizará más en profundidad esta posibilidad diagnóstica. Para ello -aunque no será de protocolo- se podrá utilizar la **Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage-Versión Breve [GDSred]**, que se podrá consultar en el Anexo 4.

### [3.4]

#### VALORACIÓN ANALÍTICA

---

Si se sospecha un cuadro de DC [tras anamnesis y repaso del LSA] se realizará un estudio analítico básico que incluya los parámetros fundamentales conocidos que pueden alterar la función cognitiva [vitamina B12, ácido fólico, hormonas tiroideas...; ver Anexo 5].

### [3.5]

#### VALORACIÓN FUNCIONAL Y DE LA SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR

---

De manera opcional [también es un dato que se tendrá en cuenta en AE tras examen completo y en unión con los Servicios Sociales] se podrá realizar una valoración del estado funcional con algunas escalas estandarizadas [**Lawton-Brody, Índice de Barthel**]. Estas escalas se pueden consultar en los anexos 19 y 20.

### [3.6]

#### POSIBILIDADES DE ACTUACIÓN

---

Tras las actuaciones anteriores, se llegará a varias posibilidades de acción.

#### PRIMERA POSIBILIDAD

*Paciente con alteraciones potencialmente tratables: depresión y/o alteración analítica [con o sin estudio cognitivo alterado].*

Si el paciente tiene un cuadro de posible DC confirmado por los exámenes cognitivos, pero tiene un cuadro clínico potencialmente tratable que le pueda estar originando ese deterioro cognitivo, será tratado por el MAP. Dado que el paciente volverá a consulta programada de 1 a 3 meses por lo general, la consulta programada de ENFERMERÍA se realizará antes que la de MEDICINA [este punto queda sujeto a la organización de cada centro de

salud], para la realización de los exámenes cognitivos y para la petición y realización de la analítica [si la causa de revisión fuera un desorden analítico para el que se haya indicado tratamiento]. Así, el MAP verá al enfermo con los resultados de las pruebas cognitivas y de los análisis.

Si tras el tratamiento concreto se resuelve el deterioro cognitivo, el paciente será seguido en AP o por los especialistas indicados por AP en el caso que así se disponga [p. ej., Endocrinología]. En caso contrario, se derivará a las consultas de AE.

## **SEGUNDA POSIBILIDAD**

*Paciente sin alteraciones potencialmente tratables y estudio cognitivo normal.*

En este caso se hará una valoración clínica de quejas del paciente y de los familiares, puntuación cognitiva, anamnesis, y se considerará la derivación a AE o bien se dispondrá la revisión del caso al cabo de 3 meses por parte de AP, sólo consultando con AE si el problema -quejas cognitivas aún a pesar de resultados cognitivos normales- persiste.

En este caso se aconseja ampliar estudio cognitivo.

Se da la opción de derivación a AE dado que hay pacientes con signos positivos de alarma para DC y sin un claro deterioro evidenciado en pruebas cognitivas en AP [MMSE, Test del Informador, MIS], teniendo en cuenta que los resultados de un test cognitivo ni afirman ni excluyen el DC, sino que es tan sólo una herramienta que hay que saber interpretar.

## **TERCERA POSIBILIDAD**

*Paciente sin alteraciones potencialmente tratables y estudio cognitivo alterado.*

Se derivará el paciente a consultas de AE con un juicio clínico concreto.

### **[3.7]**

#### **INFORMACIÓN EN AP**

---

La **información en la detección** se hará en dos sentidos. En primer lugar, *la información dirigida a los familiares y al paciente* [si no estuviera sin conciencia de sus déficit], que consistirá principalmente en [dependiendo del caso]:

- Dar a conocer con palabras sencillas que existe un cuadro de posible deterioro de la función mental que no es debido a un desorden bioquímico concreto o a una enfermedad potencialmente tratable, que podría tratarse de un tipo de demencia determinado y que se va a estudiar con detenimiento, por lo que se envía a las consultas de AE.
- Explicar que existe un deterioro de las funciones mentales que está posiblemente en relación a una enfermedad o déficit potencialmente tratable [analítico, cuadro depresivo, etc.] y que se le va a indicar tratamiento para dicho cuadro clínico y, posteriormente, será revisado para nueva valoración.
- Que no hay ninguna evidencia para sospechar que el deterioro que refieren en la función mental sea patológico.

En segundo lugar, *la información dirigida a AE*, que consistirá en un documento de derivación protocolizado, no sólo con la información anteriormente reseñada [MMSE, bioquímica y otros parámetros como el MIS de haberse completado], sino también con una breve anamnesis y un juicio clínico por parte de MAP.

### [3.8]

#### DELIMITACIÓN DE FUNCIONES EN LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

---

Las actuaciones en los EAP se podrán delimitar en lo referente al personal que llevará a cabo cada actuación [médico, enfermero], aunque se permitirá que cada EAP reparta las labores protocolizadas tal como lo decidan.

La propuesta en el reparto de funciones en AP es la siguiente:

1. **MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA** [en visita programada o no]. Es el profesional que debe atender al enfermo la primera vez.
  - a. Anamnesis.
  - b. Exploración física.
  - c. Registro de AP y AF.
  - d. Tratamientos que realiza.
  - e. Juicio/s clínico/s vs. diagnóstico.
  - f. Remisión a Enfermería de AP para valoración cognitiva y funcional.

- g. Delimitar la causa del DC [si la hubiera].
- h. Tratar la causa del DC [si es potencialmente tratable].
- i. Dar cita de revisión protocolizada [si no existe DC o bien es un cuadro de DC secundario a una enfermedad potencialmente tratable o un cuadro de deterioro cognitivo en grado leve sin claros criterios de demenciación].
- j. Derivación a AE.
- k. Seguimiento.
- l. Información al paciente y a los familiares.

**2. ENFERMERO DE ATENCIÓN PRIMARIA** [en visita programada].

- a. Valoración cognitiva.
- b. Valoración del estado emocional.
- c. Valoración funcional y de la situación sociofamiliar.
- d. Seguimiento.
- e. Información al paciente y a los familiares.
- f. Educación a la familia.
- g. Control de cumplimentación del tratamiento.
- h. Control de los déficit conductuales a nivel no farmacológico.

**[3.9]**

**EL PAPEL DE OTROS PROFESIONALES SANITARIOS EN LA DETECCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO**

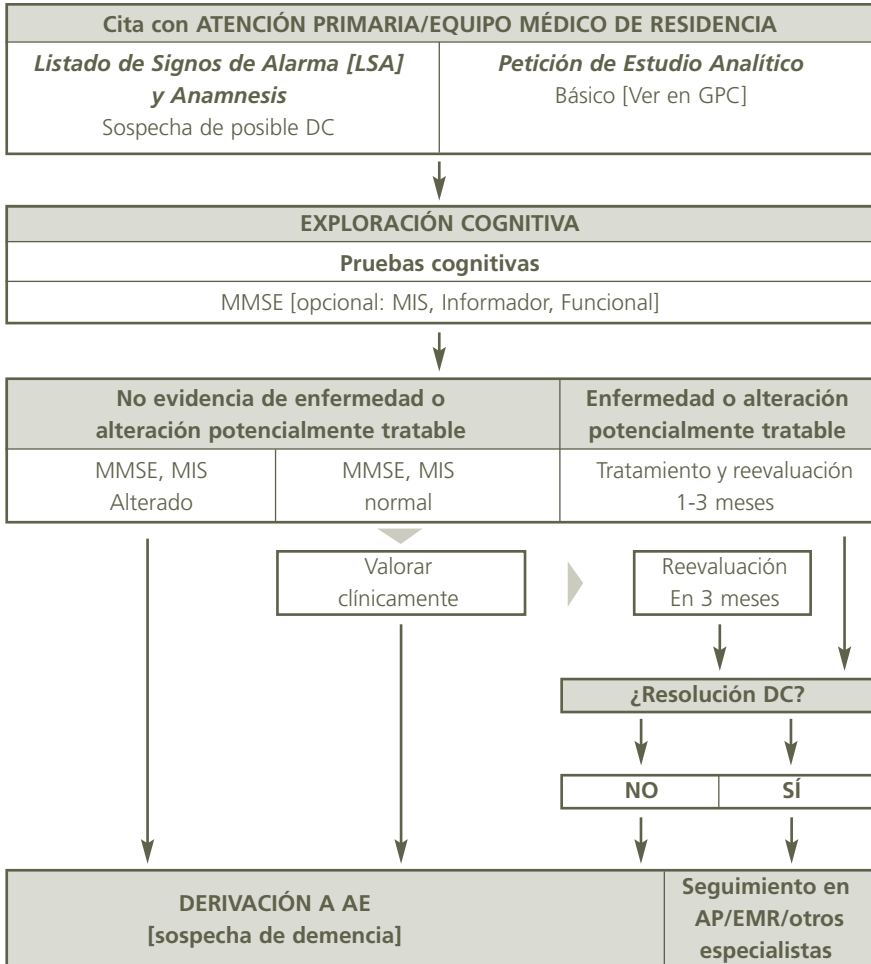
---

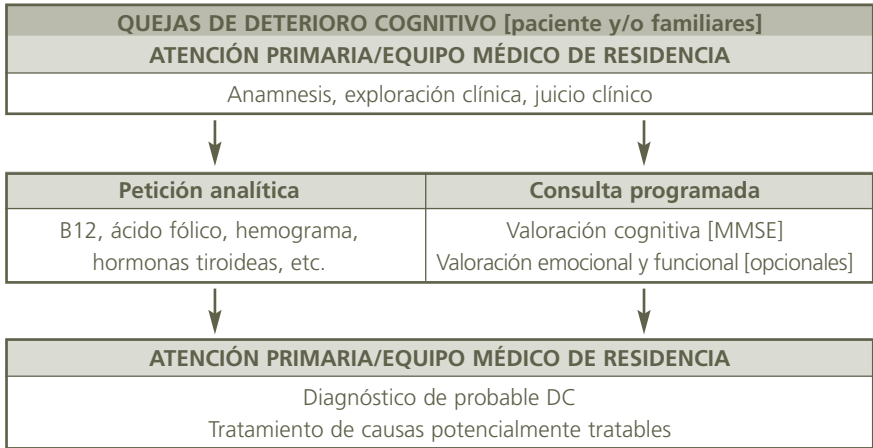
Los Equipos Médicos de Residencia [EMR] tienen un papel fundamental en la detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente, tal y como los EAP pero en las personas que viven en la residencia que atienden. Por ello, seguirán los mismos criterios que deberán seguir los EAP.



**TABLAS**

DETECCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO





## [ANEXO 1] LISTADO DE SIGNOS DE ALARMA [LSA]

---

Existen varios listados de diferentes sociedades científicas, asociaciones o grupos de trabajo que pueden ser tomados en cuenta como posibles indicadores de que un cuadro de DC está probablemente iniciándose. Para el PIDEX se han tenido en cuenta los 10 signos de alerta de la Asociación Americana de Alzheimer<sup>2</sup>.

### **Pacientes que presenten uno o varios de los siguientes síntomas de forma continuada durante al menos tres meses:**

1. Pérdida de memoria para hechos recientes: dificultad para retener hechos o conversaciones, que habitualmente se traduce en preguntas reiterativas. Típicamente el paciente no es capaz de recordar muchos de estos hechos olvidados aunque se le insista en ello.
2. Dificultad en la realización de tareas cotidianas: preparar unan comida, manejar un electrodoméstico, realizar sus aficiones habituales...
3. Problemas con el lenguaje: dificultad para nombrar objetos cotidianos, pérdida de fluidez en la expresión oral, puede utilizar giros para nombrar las cosas como "eso para comer" en lugar de "tenedor", por ejemplo.
4. Desorientación en el tiempo: no saber en qué fecha estamos y olvidar el año suele ser uno de los primeros síntomas en la demencia tipo Alzheimer.
5. Desorientación en el espacio: en las fases iniciales este síntoma suele aparecer en lugares conocidos pero no frecuentados y en los cambios, temporales o no, de domicilio.
6. Dificultad en el pensamiento abstracto o capacidad de juicio: en la vida diaria esto suele traducirse en dificultades con el manejo de asuntos económicos o en incapacidad para dar una respuesta adecuada ante una situación nueva o inesperada.
7. Pérdida de objetos: suele deberse a problemas de atención más que de memoria, este es un síntoma muy común en la población normal y en la depresión, por lo que su aparición debe interpretarse con precaución; debe considerarse patológico cuando los objetos han sido guardados en lugares extraños o cuando es muy frecuente y tiene repercusión en su vida diaria [por ejemplo perder la cartera o las llaves reiteradamente].

---

<sup>2</sup> Tools For Early Identification, Assessment and Treatment for people with Alzheimer's Disease and Dementia. Alzheimer's Association & National Chronic Care Consortium. 2003.

8. Cambio de carácter o alteraciones del comportamiento: la irritabilidad y la obstinación son los dos rasgos más típicos en fases iniciales; a veces se observan cambios de humor repentinos sin causa aparente.
9. Cambio de personalidad: el paciente puede volverse excesivamente suspicaz, confuso, temeroso y dependiente de un familiar [habitualmente el cónyuge].
10. Pérdida de iniciativa: el paciente pierde interés por sus ocupaciones habituales y evita el contacto social.

**[ANEXO 2] MINI MENTAL STATE EXAMINATION  
[MMSE]**

El MMSE es un pequeño test para valorar aspectos muy generales del estado cognitivo y tiene la ventaja de ser una buena herramienta para su utilización en profesionales que no sean neuropsicólogos. Los equipos de AP han optado por este instrumento como valoración del estado cognitivo, con las adaptaciones de Blesa et al., de 2001.

**[2.1]**

PLANTILLA DEL TEST

<b>ORIENTACIÓN</b>						
En qué año estamos	0	1	En qué país estamos	0	1	
En qué estación del año	0	1	En qué provincia	0	1	
Qué día del mes es hoy	0	1	En qué ciudad	0	1	
Qué día de la semana	0	1	Dónde estamos	0	1	
En qué mes del año	0	1	En qué piso/planta	0	1	
Puntuación de la orientación						10
<b>MEMORIA, fijación</b>						
Nombrar BICICLETA, CUCHARA, MANZANA, a intervalo de 1 seg/palabra						
Dar 1 punto por respuesta correcta y repetir los nombres hasta que los aprenda						
BICICLETA	0	1	CUCHARA	0	1	MANZANA
	0	1		0	1	
Puntuación de la FIJACIÓN						3
<b>ATENCIÓN, CÁLCULO</b>						
Series de 7. Restar de 100 de 7 en 7. Parar después de 5 respuestas						
O bien:						
Deletrear al revés la palabra MUNDO.						
	0	1	2	3	4	5
Puntuación de la atención y cálculo						5
<b>MEMORIA, reciente</b>						
Preguntar los nombres de las 3 palabras						
Dar 1 punto por respuesta correcta						
BICICLETA	0	1	CUCHARA	0	1	MANZANA
	0	1		0	1	
Puntuación de la memoria reciente						3





<b>LENGUAJE y PRAXIAS</b>			
Señalar un lápiz y un reloj. ¿Qué es esto?	0	1	2
Hacer que repita: NI SÍ, NI NO, NI PEROS	0	1	
Hacer que siga las 3 órdenes siguientes; no repetir nunca la orden parte por parte sino enteramente si así el sujeto lo precisa.			
COJA EL PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO			
POR LA MITAD Y DÉJELO EN EL SUELO	0	1	2 3
Leer y hacer lo siguiente: CIERRE LOS OJOS	0	1	
Escribir una frase completa [sujeto, verbo, predicado]	0	1	
Hacer que copie la intersección de dos pentágonos	0	1	
Puntuación del lenguaje y la praxia			9
<b>TOTAL DEL MMSE</b>			30
<b>Puntuación ajustada según Blesa, 2001</b>			30

**[2.2]**

**CORRECCIÓN DEL MMSE**

*Correcciones de la puntuación final del MMSE [Blesa et al., 2001].*

<b>Años de edad</b>		<b>= 50</b>	<b>51-75</b>	<b>&gt;75</b>
<b>Años</b>	<b>=8</b>	<b>0</b>	<b>+1</b>	<b>+2</b>
<b>de</b>	<b>9-17</b>	<b>-1</b>	<b>0</b>	<b>+1</b>
<b>escolaridad</b>	<b>&gt;17</b>	<b>-2</b>	<b>-1</b>	<b>0</b>

Se considerará la puntuación de 24-25 como punto de corte.

## [ANEXO 3] MEMORY IMPAIRMENT SCREENING [MIS]

---

El MIS es un instrumento breve, basado en los clásicos test realizados por Buschke, que se compone de 4 palabras que el paciente debe memorizar. Existen dos fórmulas validadas en España, publicada una en la **Revista de Neurología** y otra en la revista **Neurología**. Nosotros adaptaremos la primera de ellas<sup>3</sup>.

Se expone a continuación tal como ha sido referido por los autores de la adaptación<sup>4</sup>.

### [3.1]

#### ADMINISTRACIÓN DEL MIS

---

Mostrar la tarjeta con las 4 palabras (Ver página anexa) y decir al paciente:

*“Lea las siguientes palabras en voz alta”.*

Una vez terminada la lectura de las 4 palabras comenzar el aprendizaje categorial de cada palabra:

- “¿Cuál de las siguientes palabras es un mueble?”. Esperar a la respuesta correcta “Taburete”; si no lo logra aportarla uno mismo.
- “¿Cuál de las siguientes palabras es un metal?”. Esperar a la respuesta correcta “Cobre”; si no lo logra aportarla uno mismo.
- “¿Cuál de las siguientes palabras es un deporte?”. Esperar a la respuesta correcta “Natación”; si no lo logra aportarla uno mismo.
- “¿Cuál de las siguientes palabras es una profesión u oficio?”. Esperar a la respuesta correcta “Dentista”; si no lo logra aportarla uno mismo.

A continuación se introduce la maniobra de distracción no semántica de unos 2 minutos. Se puede realizar mediante restas de 7 en 7 desde 100, o de 3 en 3 desde 30, dependiendo de la rapidez y nivel cultural del sujeto.

---

<sup>3</sup> Evaluación de la utilidad diagnóstica de una adaptación española del *Memory Impairment Screening* de Buschke para detectar demencia y deterioro cognitivo D.A. Pérez-Martínez, J.J. Baztán, M. González-Becerra, A. Socorro. *Revista de Neurología* 2005; 40 [11]: 644-48.

<sup>4</sup> Dicha aprobación fue dada por el autor principal el 6 de junio de 2006, por vía e-mail.

Tras la maniobra de distracción se inicia la tarea de recuperación de las palabras, primero mediante la recuperación directa sin claves:

- “¿Cuáles eran las palabras que antes ha leído?”

Puntuar cada palabra recordada sin ninguna pista con 2 puntos. Si recuerda las 4 palabras la máxima puntuación es de 8 puntos.

En las palabras **no** recordadas de forma libre, se procede a ofrecer la clave categorial:

- Si la palabra no recordada es Cobre: “¿Recuerda que una palabra era un Metal? ¿Qué palabra era?”.
- Si la palabra no recordada es Taburete: “¿Recuerda que una palabra era un Mueble? ¿Qué palabra era?”.
- Si la palabra no recordada es Natación: “¿Recuerda que una palabra era un Deporte? ¿Qué palabra era?”.
- Si la palabra no recordada es Dentista: “¿Recuerda que una palabra era un Oficio o Profesión? ¿Qué palabra era?”.

Las palabras recordadas tras la clave categorial se puntúan con 1 punto, si no es recordada ni de forma libre ni con clave categorial se puntúa con 0 puntos.

### [3.2]

#### PUNTUACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL MIS

---

PALABRAS RECORDADAS FORMA LIBRE:

\_\_\_\_\_ x 2 puntos = \_\_\_\_\_

PALABRAS RECORDADAS CON CLAVE:

\_\_\_\_\_ x 1 punto = \_\_\_\_\_

(Sólo para las palabras no recordadas forma libre)

TOTAL = \_\_\_\_\_ (sobre 8)

### [3.3]

#### PUNTO DE CORTE

---

≤ 4 para Deterioro cognitivo [Sensibilidad 91,9 % y especificidad 81 %].

≤ 3 para Demencia [Sensibilidad 96,1 % y especificidad 72,6 %].



**[3.4]**

PALABRAS PARA MEMORIZACIÓN

---

**COBRE**

**TABURETE**

**NATACIÓN**

**DENTISTA**

## [ANEXO 4] ESCALA ABREVIADA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA [GDSred]

La depresión es una de las causas más prevalentes de deterioro cognitivo en personas mayores. Uno de los instrumentos que más se han utilizado por su brevedad, comprensión y sensibilidad estadística ha sido el diseñado por Yesavage.

El PIDEX lo ha adoptado como instrumento de elección para los profesionales implicados en el DC y como la mejor opción en AP para el estudio de posibles problemas afectivos en personas mayores.

Pregunta a realizar	1 pto
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	SI
¿Siente que su vida está vacía?	SI
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo la mayor parte del tiempo?	NO
¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	SI
¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	NO
¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	SI
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
¿Le da la impresión de que tiene más trastornos de memoria que los demás?	SI
¿Cree que es agradable estar vivo?	NO
¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	SI
¿Se siente lleno de energía?	NO
¿Siente que su situación es angustiosa, desesperada?	SI
¿Cree que la mayoría de la gente se encuentra en mejor situación económica que usted?	SI

Puntuación total:

0-5: **Normal**

6-9: **Depresión leve**

>10: **Depresión establecida**

## [ANEXO 5] PARÁMETROS ANALÍTICOS PARA PETICIÓN POR PARTE DE AP

---

Tomando como referencia el libro **“Demencias desde la Atención Primaria”**, creado por el Grupo de Trabajo de Demencias de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria [semFYC], se pedirá de forma rutinaria en AP:

- TSH y T4
- Hemograma y función hepática
- Función renal, calcio, sodio, potasio, glucemia, colesterol, VSG, orina, vitamina B12
- Folatos

Cualquier otra determinación analítica no será de obligado protocolo sino que estará sujeta a la *lex artis* del equipo médico.

## [ANEXO 7] TEST ABREVIADO DEL INFORMADOR [TI]

---

*Informant Interview de Jorm y Korten.*

Este test se hace a un informador fidedigno del estado y evolución del enfermo [que puede llevárselo y rellenarlo en su domicilio] y debe comparar el estado actual del paciente con el que tenía 10 años antes. El informador debe contestar sobre los cambios experimentados por su familiar a lo largo de dicho periodo de tiempo para cada uno de los aspectos sobre los que le preguntamos.

Cada respuesta se puntúa según el criterio de mejoría.

<b>Mejoría</b>	<b>Puntuación</b>
Ha mejorado mucho	1 punto
Ha mejorado un poco	2 puntos
Apenas ha cambiado	3 puntos
Ha empeorado un poco	4 puntos
Ha empeorado mucho	5 puntos

Pregunta a realizar	
Capacidad para reconocer las caras de sus allegados más íntimos [parientes, amigos]	
Recordar cosas que han ocurrido recientemente, en los últimos 2 ó 3 meses, tanto noticias como cosas suyas o de sus familiares	
Recordar lo que se habló en una conversación mantenida unos días antes	
Olvidar lo que ha dicho unos minutos antes, pararse a la mitad de una frase y no saber qué iba a decir, repetir lo que ha dicho un rato antes	
Recordar la fecha en que vive	
Conocer el sitio exacto de los armarios de su casa y dónde se guardan las cosas	
Saber dónde se pone una cosa que ha encontrado desordenada	
Capacidad para aprender a manejar un aparato nuevo [lavadora, radio, secador de pelo, etc.]	
Recordar las cosas que han sucedido recientemente [en general]	
Aprender cosas nuevas [en general]	
Comprender el significado de palabras poco corrientes [del periódico, TV, conversación]	
Entender artículos de periódicos o revistas en los que está interesado	
Seguir una historia en un libro, la prensa, el cine, la radio o la TV	
Tomar decisiones tanto en cuestiones cotidianas [qué traje ponerse, qué comida preparar] como en asuntos a más largo plazo [dónde ir de vacaciones o invertir dinero]	
Manejar asuntos financieros [cobrar la pensión, pagar la renta o los impuestos, tratar con el banco]	
Manejar otros problemas aritméticos cotidianos [tiempo entre visitas de parientes, cuánta comida comprar y preparar, especialmente si hay invitados]	
¿Cree que su inteligencia [en general] ha cambiado en algo durante los últimos 10 años?	
TOTAL:	

= 57 puntos: alterado.

## [ANEXO 19] ÍNDICE DE BARTHEL

El Índice de Barthel es uno de los más utilizados para valorar el grado de discapacidad y asistencia. Evalúa 10 actividades básicas de la vida diaria y siempre hace referencia al momento en el que se ve al enfermo.

[Mahoney FI, Barthel DW. 1965. Functional evaluation: The Barthel index. Md State Med J; 14 (2): 61-65].

ÍTEM	SITUACIÓN DEL PACIENTE	PUNTOS
COMER	Independiente	10
	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc.	5
	Dependiente	0
LAVARSE	Independiente: entra y sale solo del baño	5
	Dependiente	0
VESTIRSE	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
ARREGLARSE	Independiente para lavarse la cara, manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	Dependiente	0
DEPOSICIONES	Continencia normal	10
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas	5
	Incontinencia	0
MICCIÓN	Continencia normal o es capaz de cuidar de la sonda si la lleva puesta	10
	Un episodio diario como máximo de incontinencia o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinencia	0
USAR EL RETRETE	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse ropa	10
	Necesita ayuda para ir al retrete pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
TRASLADARSE	Independiente para ir del salón a la cama	15
	Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	Dependiente	0





DEAMBULAR	Independiente. Camina solo 50 metros	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
ESCALONES	Independiente para bajar y subir escaleras	10
	Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	Dependiente	0

Los puntos de corte son:

- **<20** Totalmente dependiente
- **20-35** Dependiente grave
- **36-55** Dependiente moderado
- **≥60** Dependiente leve
- **100** Totalmente independiente

**[ANEXO 20]** ESCALA DE LAWTON Y BRODY

Aspecto a evaluar	Puntos
Capacidad para usar el teléfono:	
- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
- No es capaz de usar el teléfono	0
Hacer compras:	
- Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
- Realiza independientemente pequeñas compras	0
- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
- Totalmente incapaz de comprar	0
Preparación de la comida:	
- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
Cuidado de la casa:	
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
- No participa en ninguna labor de la casa	0
Lavado de la ropa:	
- Lava por sí solo toda su ropa	1
- Lava por sí solo pequeñas prendas	1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0





Uso de medios de transporte:	
- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
- Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
- No viaja	0
Responsabilidad respecto a su medicación:	
- Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
- Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
- No es capaz de administrarse su medicación	0
Manejo de sus asuntos económicos:	
- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
- Incapaz de manejar dinero	0
<b>Puntuación total</b>	

La información se obtendrá de un cuidador fidedigno.

La **máxima dependencia** estaría marcada por la obtención de 0 puntos, y 8 puntos expresarían una independencia total. Esta escala es más útil en mujeres, ya que muchos varones nunca han realizado algunas de las actividades que se evalúan.



**JUNTA DE EXTREMADURA**  
Consejería de Sanidad y Dependencia



Para cualquier información  
**[pablo.duque@ses.juntaextremadura.net](mailto:pablo.duque@ses.juntaextremadura.net)**  
**[pidex@juntaextremadura.net](mailto:pidex@juntaextremadura.net)**

JUNTA DE EXTREMADURA

Consejería de Sanidad y Dependencia

