

# Demencias en Geriatría

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, [www.cedro.org](http://www.cedro.org)) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© 2008 ERGON  
C/ Arboleda, 1. 28221 Majadahonda (Madrid)

ISBN: 978-84-8473-???-?  
Depósito Legal: M-?????-2008

# Índice

<b>Índice de autores</b> .....	<b>5</b>
<b>Prólogo</b> .....	<b>7</b>
<b>Recomendaciones para la asistencia al paciente con demencia en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH)</b>	
<i>Juan Jorge González Armengol, María Teresa Olcoz Chiva</i> .....	<b>9</b>
Recomendaciones tras detectar presencia de deterioro cognitivo.....	<b>10</b>
Recomendaciones sobre el manejo de los síntomas conductuales y psicológicos asociados a la demencia (SCPD).....	<b>10</b>
Recomendaciones generales de su manejo en el SUH.....	<b>11</b>
Bibliografía recomendada.....	<b>11</b>
<b>Recomendaciones para hospitalización de agudos de pacientes con demencia</b>	
<i>Esther Martínez Almazán, José Galindo Ortiz de Landazuri</i> .....	<b>13</b>
Recomendaciones dirigidas al profesional para la atención de pacientes con demencia conocida.....	<b>14</b>
Registro de datos y atención a la familia .....	<b>14</b>
Prevención de riesgos.....	<b>14</b>
Síndrome confusional agudo.....	<b>14</b>
Prevención del deterioro funcional.....	<b>14</b>
Prevención de caídas.....	<b>15</b>
Detección precoz de la depresión .....	<b>15</b>
Prevención de problemas de alimentación .....	<b>15</b>
Recomendaciones sobre los tratamientos activos.....	<b>15</b>
Tratamiento de la comorbilidad .....	<b>15</b>
Abordaje del dolor .....	<b>16</b>
Polifarmacia.....	<b>16</b>

Tratamiento anticolinesterásico .....	16
Tratamiento urgente de trastornos de conducta .....	17
Atención en el final de la vida .....	17
Recomendaciones de coordinación al alta .....	18
Recomendaciones para el profesional ante la detección de un deterioro cognitivo no filiado antes del ingreso .....	18
Recomendaciones dirigidas a las direcciones de instituciones que atienden a pacientes con demencia .....	19
Bibliografía recomendada .....	19

### **Recomendaciones para la asistencia a personas con demencia en centros de día**

<i>Javier Olazarán Rodríguez, José Manuel Marín Carmona</i> .....	21
---	----

El abordaje integral de las demencias .....	21
Los conceptos de “cuidados” y de “terapias no farmacológicas” .....	21
Los centros de día para demencias .....	23
Origen y evolución .....	23
Características .....	24
Recomendaciones para la asistencia a personas con demencia en CD .....	25
Nomenclatura y propósito de este documento .....	25
Objetivo del CD para personas con demencia .....	25
Características de los pacientes .....	26
Principios generales de actuación .....	26
Organización y método de trabajo .....	26
Retos .....	28
Bibliografía recomendada .....	28

### **Recomendaciones para el manejo del paciente con demencia en residencias de ancianos**

<i>Gregorio Jiménez Díaz, José Gutiérrez Rodríguez</i> .....	31
--	----

Diagnóstico .....	32
Recomendaciones .....	33
Tratamiento .....	34
Recomendaciones .....	35
Síntomas neuropsiquiátricos .....	36
Recomendaciones .....	38
Unidades específicas .....	39
Recomendaciones .....	39
Decisiones en demencia en estadio avanzado .....	39
Recomendaciones .....	41
Calidad asistencial .....	42
Recomendaciones legales .....	42
Líneas de investigación .....	43
Bibliografía .....	44

## Índice de autores

- *Álvarez Fernández, Baldomero*
- *Antón Jiménez, Manuel*
- *Arriola Manchola, Enrique*
- *Barandiarán Amillano, Miryam*
- *Bueno Martínez, Iván*
- *Burriel, Laura*
- *Cabello Neila, J.M.*
- *Corujo Martínez, Elisa*
- *Fontecha Gómez, Benito*
- *Francés Román, Inés*
- *Galindo Ortiz de Landazuri, José*
- *Galvá Borrás, M<sup>a</sup> Isabel*
- *García Navarro, José Augusto*
- *Garnica Fernández, Almudena*
- *Gil Gregorio, Pedro*
- *Gómez Busto, Fernando*
- *Gómez Pavón, Javier*
- *González Armengol, Juan Jorge*
- *González Glaria, Belén*
- *Gutiérrez Rodríguez, José*
- *Jiménez Páez, José María*
- *Jiménez Díaz, Gregorio*
- *Kessel Sardiñas, Humberto*
- *López Mongil, Rosa*
- *López Piñeiro, Casiano*
- *López Ramos, Beatriz*
- *López Trigo, José Antonio*
- *Marín Carmona, José Manuel*
- *Martínez Almazán, Esther*
- *Martínez Calvo, José Ramón*
- *Mesa Lampré, María Pilar*
- *Montero Fernández, Nuria*
- *Olazarán Rodríguez, Javier*
- *Olcoz Chiva, María Teresa*
- *Petidier Torregrosa, Roberto*
- *Román García, Montaña*
- *Ubis Díez, Elena*
- *Vidán Astiz, María Teresa*



## Prólogo

Por las características progresivas de su patología, y por las complicaciones que evolutivamente se van presentando a lo largo de la propia historia natural de la enfermedad, los pacientes con demencia demandan asistencia sanitaria una alta frecuencia. Es prácticamente imposible no encontrar a un demenciado, un día cualquiera, en los Servicios de Urgencia o las unidades de agudos de los hospitales, con el agravante de que sus necesidades difieren sensiblemente de las que allí se intentan satisfacer a los usuarios comunes.

Los servicios hospitalarios especializados también están percatándose de esta situación, y las interconsultas a los geriatras demandando recomendaciones, o el clásico “ruego pase a su Servicio”, aun cuando la demencia en sí misma no condicione pronóstico, traducen la necesidad de establecer medidas específicas para este tipo de pacientes.

El alta suele constituir otro problema en más de una ocasión, aunque exista o no una red de cuidados llamados “socio-sanitarios” o “de apoyo”, creada para la asistencia de ancianos con diferentes grados de discapacidad física y mental.

Los beneficios de la preparación y entrenamiento del personal y los servicios hospitalarios en general, para la asistencia distintiva a pacientes dementes, está más que demostrada, si bien, no existen programas específicos, universales y unificados, que pongan en práctica esta evidencia en nuestro medio. La adaptación y adecuación de la infraestructura asistencial en los hospitales para atender esta patología han pasado de ser un reto, a ser una necesidad en aras de racionalizar los recursos, prevenir complicaciones, retrasar la dependencia, aumentar la satisfacción de los pacientes y cuidadores y, en fin, optimizar la asistencia.

Otro recurso frecuentemente utilizado, los Centros de Día, han variado su filosofía desde el concepto de ayuda a la carga familiar y de los cuidadores, a nivel fundamental para el mantenimiento de funciones intactas, la recuperación de las afectadas, el afianzamiento de la autonomía y un complemento imprescindible para la continuidad asistencial del paciente con demencia.

Pero no deja de ser importante que, considerando el destino de los pacientes al alta, tengamos en cuenta las medidas a tomar en las Residencias de Ancianos que, lejos de la

concepción de “hogar”, asumen funciones de detección precoz, diagnóstico, tratamiento, evolución, control de complicaciones y asistencia en estados avanzados de los pacientes con demencia, además de mantener vínculos imprescindibles con el resto de los niveles asistenciales.

Y, aunque las disciplinas implicadas sean variadas, sólo el esfuerzo planificado de todos es capaz de integrar un programa de asistencia eficaz.

Continuando con la línea del Grupo de Trabajo de Demencias de la SEGG, la presente publicación plantea recomendaciones específicas, claras y concretas, para la asistencia del demente en los Servicios de Urgencia, las unidades hospitalarias de agudos, los Centros de día, y las Residencias de ancianos, resultado de la reunión ordinaria del grupo celebrada en Zaragoza en la primavera del 2007.

Para llevar a cabo esta publicación, contamos con la ayuda de especialistas en Neurología dedicados al trabajo en Centros de día, y de Internistas que dirigen cotidianamente Servicios de Urgencia lo que, debatido en comisiones de trabajo y tras conseguir un consenso, trajo a la luz un excelente documento que esperamos pueda servir de base para el diseño de medidas específicas adaptadas a cada centro.

Por último, agradecer el esfuerzo realizado por los laboratorios Eisai-Pfizer, no sólo en la publicación de este documento de trabajo, sino en la organización de la reunión que lo generó. Sin su apoyo y su paciencia este objetivo no se hubiera conseguido.

Sirvan pues estas recomendaciones para iniciar el debate. Esperamos como recompensa que contribuyan a mejorar la asistencia de nuestros pacientes con demencia.

**Dr. Humberto Kessel Sardiñas**

*Coordinador*

*Grupo de Trabajo de Demencias de la SEGG*

# Recomendaciones para la asistencia al paciente con demencia en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH)

# 1

Coordinadores:

*Juan Jorge González Armengol, María Teresa Olcoz Chiva*

Otros miembros de la Comisión de trabajo:

*María Pilar Mesa Lampré, Beatriz López Ramos, José Augusto García Navarro, Humberto Kessel Sardiñas, Roberto Petidier Torregrosa, Elena Ubis Díez, José Ramón Martínez Calvo, María Teresa Vidán Astiz*

Para muchos ancianos el servicio de urgencias de un hospital (SUH) es el punto crítico de entrada, donde es posible la detección de pacientes de alto riesgo con múltiples patologías, algunas de ellas graves, para una posterior planificación de su manejo en el nivel asistencial más adecuado.

Estos pacientes tienen un peor pronóstico a corto plazo, con mayor dependencia, frecuentes reingresos y mayor tasa de mortalidad.

Tienen mayor probabilidad de ingresar en una unidad de agudos y mayor estancia en los servicios de urgencias.

La frecuencia de deterioro cognitivo en pacientes ancianos que acuden a urgencias es alta (entre un 25-40% en los diferentes estudios publicados) y es mayor en mayores de 80 años y en aquellos que viven en residencias asistidas.

De los pacientes con deterioro cognitivo, un 10-16% se deben a un cuadro confusional agudo; entre 16-22%, a deterioro cognitivo sin *delirium*; y un 6% a ambos.

A menudo estos pacientes no son identificados en los servicios de urgencias (sólo entre un 28-30% de los que presentaban deterioro cognitivo había alguna referencia del mismo en la historia); y al alta del SUH no se dirigen sus necesidades (sólo en un 18% de los enviados a su domicilio se daban instrucciones en cuanto al manejo posterior de su deterioro).

Es muy importante identificar la presencia de deterioro cognitivo en los ancianos que acuden a un SUH ya que va a influir en la recogida de la historia clínica, en la planificación

del alta (capacidad para seguir las indicaciones diagnósticas y terapéuticas, identificar la existencia del cuidador principal y las nuevas necesidades de éstos...).

Para detectar en urgencias la presencia de deterioro cognitivo con o sin cuadro confusional agudo, además de la historia clínica, se recomienda como mínimo pasar las escalas COM-6 ítems (Concentración-Orientación-Memoria) y CAM (*Confusion-Assesment-Method*).

Además existen cuestionarios muy breves de 6 ítems (ISAR) en que se valora la dependencia funcional (premórbida y actual), hospitalización reciente, trastorno de memoria, trastorno de la visión y polifarmacia, en que identifica a los pacientes con mayor riesgo de presentar eventos adversos tras el alta del servicio de urgencias. El cambio en la situación funcional se muestra como el mejor predictor de dichos eventos (con 2 o más puntos el riesgo de evento médico adverso en los siguientes 6 m fue del 75%).

### RECOMENDACIONES TRAS DETECTAR PRESENCIA DE DETERIORO COGNITIVO

1. Si el deterioro es agudo son necesarios una valoración diagnóstica y manejo terapéutico urgentes. Además, es importante su posterior seguimiento ya que un porcentaje elevado de estos pacientes presentarán posteriormente criterios de demencia.
2. Los pacientes con demencia no estudiados previamente deberán ser enviados a una consulta especializada.
3. En los pacientes con diagnóstico previo de demencia habrá que asegurarse de quién realizó el diagnóstico, si fue valorado correctamente en una unidad especializada, el grado de deterioro cognitivo, funcional y repercusión en actividades de la vida diaria, así como el tiempo de evolución de los mismos.  
Siempre que sea posible se obtendrán informes que corroboren dicho diagnóstico.
4. No sólo es importante detectar la existencia o no de deterioro cognitivo, sino también cuantificar el grado de dicho deterioro. Conocer cuál era la situación previa del paciente en cuanto a actividades de la vida diaria y cuál es la situación actual, así como el tiempo en que se desarrolló dicho deterioro.

### RECOMENDACIONES SOBRE EL MANEJO DE LOS SÍNTOMAS CONDUCTUALES Y PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LA DEMENCIA (SCPD)

Las complicaciones conductuales en pacientes con demencia son motivo de consulta frecuente en los SUH.

En múltiples ocasiones, diferenciar estos trastornos de conducta de un cuadro confusional en un paciente con demencia es complicado. Las diferencias pueden ser sutiles. Un comienzo agudo de los síntomas, un rápido deterioro, las fluctuaciones y déficit de atención, presencia de ideas delirantes y alucinaciones debe hacernos sospechar la concurrencia de un cuadro confusional agudo.

1. El primer paso ante un paciente con dichos síntomas es descartar posibles causas médicas.

2. Es necesario tratar rápidamente a los pacientes con agitación severa y conducta peligrosa.
3. Suelen ser necesarias intervenciones farmacológicas en la agitación, agresiones físicas y alucinaciones o delirios significativos.
4. Los neurolépticos son los fármacos de 1ª línea en el tratamiento de la agitación, agresividad y síntomas psicóticos, aunque con una eficacia leve-moderada y no exenta de efectos adversos. Otros fármacos disponibles son las BZD en la agitación severa; los neurolépticos como la gabapentina (aunque no dispone de estudios controlados, doble ciego); el trazodone en la ansiedad y en los trastornos del sueño.

## RECOMENDACIONES GENERALES DE SU MANEJO EN EL SUH

1. Deben permanecer en todo momento acompañados por un familiar.
2. Permanecer en el SUH el menor tiempo posible.
3. Evitar siempre que sea posible medidas intervencionistas molestas para el paciente como sondas nasogástrica y vesical,...; y, si es imprescindible su realización, le daremos al paciente una explicación sencilla sobre la misma.
4. Los pacientes con demencia con mayor riesgo de hospitalización urgente son aquellos con deterioro cognitivo más severo, peor estado nutricional y mayor dependencia para actividades básicas de la vida diaria.

Para muchos de estos pacientes con demencia grado severo la hospitalización a domicilio respecto al ingreso en unidad de agudos supone un menor estrés para los familiares, mejor control de los trastornos de conducta con un menor uso de neurolépticos y una tasa de mortalidad similar.

A los pacientes con demencia en situación de “final de la vida” y, de acuerdo con los familiares, se les realizará un manejo sintomático.

5. Los médicos que trabajan en un SUH deben recibir formación adecuada para valorar correctamente la presencia de deterioro cognitivo y si éste corresponde a un cuadro confusional agudo, a demencia o a ambos, para un mejor manejo y pronóstico de los mismos.
6. En ancianos el modelo de atención actual en los servicios de urgencias de modelo episódico y orientado a la enfermedad en los servicios de urgencias debe cambiar.

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Gerson LW, Counsell SR, Fontanarosa PB, Smucker WD. Case finding for cognitive impairment in elderly emergency department patients. *Ann Emerg Med.* 1994; 23 (4): 813-817.
- Naughton BJ, Moran MB, Kadah H, Heman-Ackah Y, Longano J. Delirium and other cognitive impairment in older adults in an emergency department. *Ann Emerg Med.* 1995; 25 (6): 751-755.
- Wofford JL, Loehr LR, Schwartz E. Acute cognitive impairment in elderly ED patients: etiologies and outcomes. *Am J Emerg Med.* 1996; 14 (7): 649-653.

- Laguna P, Moya M, Gazapo T, Salgado R, Calabrese S. Detection of cognitive deterioration in elderly patients attending an emergency hospital service. *Rev Clin Esp.* 1997; 197 (5): 336-340.
- Hustey FM, Meldon S, Palmer R. Prevalence and documentation of impaired mental status in elderly emergency department patients. *Acad Emerg Med.* 2000; 7 (10): 1166.
- Piechniczek-Buczek J. Psychiatric emergencies in the elderly population. *Emerg Med Clin North Am.* 2006; 24 (2): 467-490, viii.
- Gentric A, Duquesne F, Graziana A, Sivy H, Duges F, Garo B, Boles JM. A sociomedical geriatric assessment in the emergency units: an alternative to the hospitalization of aged patients? *Rev Med Interne.* 1998; 19 (2): 85-90.
- McCusker J, Bellavance F, Cardin S, Trépanier S. Screening for geriatric problems in the emergency department: reliability and validity. Identification of Seniors at Risk (ISAR) Steering Committee. *Acad Emerg Med.* 1998; 5 (9): 883-893.
- Moritz F, Benez F, Verspyck V, Lemarchand P, Noel D, Moiro E, Chassagne P, Muller JM. How to manage very elderly patients in the emergency room? Evaluation of 150 very elderly patients at the Rouen university hospital center. *Presse Med.* 2001; 30 (2): 51-54.
- Irons MJ, Farace E, Brady WJ, Huff JS. Mental status screening of emergency department patients: normative study of the quick confusion scale. *Acad Emerg Med.* 2002; 9 (10): 989-994.
- Hustey FM, Meldon SW, Smith MD, Lex CK. The effect of mental status screening on the care of elderly emergency department patients. *Ann Emerg Med.* 2003; 41 (5): 678-684.
- Allisson MC, Kontoyannis A, Durai D, Turner GI, Fone DL. GOAL: a simplified mental test for emergency medical admissions. *QJM.* 2004; 97 (10): 663-669.
- Wilber ST, Lofgren SD, Mager TG, Blanda M, Gerson LW. An evaluation of two screening tools for cognitive impairment in older emergency department patients. *Acad Emerg Med.* 2005; 12 (7): 612-616.
- Stair TO, Morrissette J, Jaradeh I, Zhou TX, Goldstein JN. Validation of the Quick Confusion Scale for mental status screening in the emergency department. *Intern Emerg Med.* 2007; 2 (2): 130-132.
- Hustey FM, Mion LC, Connor JT, Emerman CL, Campbell J, Palmer RM. A brief risk stratification tool to predict functional decline in older adults discharged from emergency departments. *J Am Geriatr Soc.* 2007; 55 (8): 1269-1274.
- Moritz F, Benez F, Verspyck V, Lemarchand P, Noel D, Moiro E, Chassagne P, Muller JM. How to manage very elderly patients in the emergency room? Evaluation of 150 very elderly patients at the Rouen university hospital center. *Presse Med.* 2001; 30 (2): 51-54.
- Chioyenda P, Vincentelli GM, Alegiani F. D. Cognitive impairment in elderly ED patients: need for multidimensional assessment for better management after discharge. *Am J Emerg Med* 2002; 20 (4): 332-335.
- Caplan GA, Williams AJ, Daly B, Abraham K. A randomized, controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department. *J Am Geriatr Soc.* 2004; 52 (9): 1417-1423.
- Roussel-Laudrin S, Paillaud E, Alonso e, Caillet P, Herbaud S, Merlier I, Lejonc JL. The establishment of geriatric intervention group and geriatric assessment at emergency of Henri-Mondor hospital. *Rev Med Interne.* 2005; 26 (6): 458-466.

# Recomendaciones para hospitalización de agudos de pacientes con demencia

# 2

Coordinadores:

*Esther Martínez Almazán, José Galindo Ortiz de Landazuri*

Otros miembros de la Comisión de trabajo:

*Almudena Garnica Fernández, Casiano López Piñeiro, Baldomero Álvarez Fernández, Pedro Gil Gregorio, Manuel Antón Jiménez, Elisa Corujo Martínez, Laura Burriel, José María Jiménez Páez, Belén González Glaria*

Las siguientes recomendaciones van dirigidas tanto a los profesionales que atienden a pacientes con demencia que precisan de una hospitalización en agudos por un problema médico o quirúrgico (que no necesariamente ingresan en una unidad de Geriatría), como a las direcciones de los hospitales o instituciones donde éstas se producen, por contemplar aspectos tanto de estructura como de función que deben ser facilitados para poder ofrecer y exigir una buena calidad asistencial.

Partimos de la base de la dificultad que entraña el realizar unas recomendaciones generales sobre una patología que afecta a las personas de muy distinta manera según el estadio en el que se encuentra y que supone un reto incluso para profesionales familiarizados con la misma.

Entendemos que muchas de las medidas son comunes y generales a las que se deberían tomar con pacientes ancianos frágiles. Pero es especialmente en el paciente con demencia en el que se deben tomar todas las precauciones de manera más precoz.

Hemos considerado dos situaciones distintas que se pueden plantear: la primera situación sería la presencia de un problema agudo en un paciente con una demencia ya conocida. En este primer caso, las recomendaciones irán dirigidas a la prevención de riesgos; a la detección precoz de problemas; a tratamientos activos de la demencia y, por último, a recomendaciones para planificar el alta y garantizar el *continuum* asistencial del paciente. La segunda situación a tener en cuenta será la presencia de deterioro cognitivo no filiado o conocido antes de la hospitalización.

## RECOMENDACIONES DIRIGIDAS AL PROFESIONAL PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON DEMENCIA CONOCIDA

### Registro de datos y atención a la familia

- Es imprescindible el registro en la historia clínica del paciente del diagnóstico de demencia y el estadio evolutivo de la enfermedad.
- En la historia de todo paciente con demencia debe figurar la identificación del cuidador principal o del tutor en caso de incapacitación.
- En los casos en los que se disponga de directrices o voluntades anticipadas o existan pactos terapéuticos consensuados con familia/paciente (por ejemplo, orden de no RCP, no nutrición artificial, etc.) deben aparecer en la historia en lugar visible y de fácil acceso.

### Prevención de riesgos

Debido a la especial situación de riesgo del paciente anciano con demencia es importante hacer especial énfasis en la prevención de:

#### Síndrome confusional agudo

Es recomendable incidir de manera preventiva sobre algunos de los factores de riesgo como son:

- Promover la orientación del paciente (indicarle fecha, lugar y planta en la que se encuentra, etc.), facilitar la presencia del cuidador en la habitación.
- Estimular la realización de las actividades básicas de la vida diaria y la movilización precoz.
- Minimizar los déficit sensoriales de los órganos de los sentidos (facilitar audífonos y gafas).
- Intentar garantizar un buen descanso nocturno con un entorno silencioso.
- Asegurar una adecuada ingesta hídrica.

Existen escalas validadas sencillas y rápidas en su administración que pueden facilitar la detección del síndrome confusional agudo. De ellas, por su uso extendido, se recomienda el *Confusional Assessment Method* (CAM).

#### Prevención del deterioro funcional

Algunas de las indicaciones anteriores pueden ser útiles también para la prevención del deterioro funcional como son:

- Promoción de la actividad física.
- Movilización precoz del paciente con sedestación y deambulación en cuanto sea posible.

- Promoción de la autonomía del paciente.
- Estimulación de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

### Prevención de caídas

- Realizar paseos de mantenimiento asistidos.
- Rehabilitación para mejorar la deambulación segura en pacientes con riesgo de caídas.
- Otros aspectos estructurales para acondicionar un entorno seguro dependen más de la estructura del hospital, como veremos más adelante.

### Detección precoz de la depresión

La detección precoz de un trastorno afectivo debe ser valorada. Se recomienda garantizar un seguimiento al alta en otros niveles asistenciales (atención primaria, consultas, etc.) con el fin de poder valorar el inicio del tratamiento.

### Prevención de problemas de alimentación

Se recomienda mantener la vía oral el máximo tiempo posible y valorar los hábitos alimentarios e ingesta durante el ingreso. Es importante realizar una detección de la disfagia y prevenir los atragantamientos. Recomendamos valorar una intervención nutricional, en caso de necesidad.

Existen encuestas estructuradas que valoran el estado nutricional y el riesgo de desnutrición (como el MNA) que pueden ser de utilidad para realizar una detección y seguimiento del riesgo nutricional.

### Recomendaciones sobre los tratamientos activos

El diagnóstico de demencia, en sí mismo, no excluye la utilización de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico, aunque sí es imprescindible adecuar los mismos al estadio de la demencia y a la situación del enfermo. A continuación contemplamos algunos de los problemas más frecuentes planteados en una planta de hospitalización.

### Tratamiento de la comorbilidad

Ante un empeoramiento cognoscitivo o funcional del paciente con demencia no atribuible al proceso agudo, habría que descartar siempre de forma sistemática el origen del mismo debido a:

- Fármacos.
- Trastorno metabólico.
- Infección intercurrente.
- Patología cardiovascular.
- Mal control de comorbilidad.
- Trastorno de conducta o afectivo no valorado ni tratado correctamente.
- Retención aguda de orina.
- Impactación fecal.

### Abordaje del dolor

En la historia del paciente debe quedar constancia desde el momento del ingreso la valoración del dolor y se propone como “quinta constante” en los registros diarios de enfermería. El paciente con demencia sufre con frecuencia dolor no detectado y por lo tanto, infratratado, al manifestarse a través de un trastorno de conducta o cambio en el comportamiento. Existen escalas específicas de evaluación del dolor en ancianos con demencia (*escala de evaluación del dolor en ancianos con demencia “EDAD”; Abbey Pain Scale*).

El dolor detectado deberá ser tratado adecuadamente (escala analgésica de OMS) y ser evaluado periódicamente, quedando registrado en la historia clínica del paciente.

### Polifarmacia

Se recomienda la revisión farmacológica sistemática, con ajuste de fármacos de acción anticolinérgica y de aquellos con acción sobre el SNC.

### Tratamiento anticolinesterásico

Los inhibidores de la acetilcolinesterasa pueden mantenerse durante la enfermedad aguda y la hospitalización. No obstante, se pueden retirar si se presenta alguna contraindicación en relación con la causa del ingreso hospitalario o interacción con algún fármaco imprescindible para el abordaje terapéutico de su patología aguda. Por ejemplo, en el preoperatorio. Se ha descrito que los anticolinesterásicos potencian la acentuación de la relajación muscular tipo succinilcolina durante la intervención pueden tener efecto vagotónico y disminuir el umbral epileptógeno.

Si se suspende el tratamiento durante la hospitalización se debe reiniciar lo antes posible. Dependiendo del tiempo que haya transcurrido desde la suspensión, habrá que valorar la nueva titulación.

Se recomienda asegurar el mantenimiento del anticolinesterásico especialmente en los tránsitos de ubicación (domicilio/residencia/larga estancia/rehabilitación).

## Tratamiento urgente de los trastornos de conducta

Ante trastornos de conducta con agitación y agresividad que ponen en peligro la seguridad del paciente o de otros y cuando todas las medidas preventivas se han tomado sin éxito, se podrán iniciar medidas de contención, sin olvidar el estudio de la causa de agitación.

**La contención física es una medida excepcional, temporal y precisa de un consentimiento previo.**

Si la contención es imprescindible, es obligado registrarla en la historia clínica y hacer un seguimiento en el que figure:

- Razón que justifica la inmovilización.
- Medidas preventivas llevadas a cabo antes de la inmovilización.
- Orden facultativa (tipo, duración, periodicidad, material homologado utilizado).
- Constancia de la información al paciente/familia, mediante consentimiento informado.

Una vez iniciada la sujeción mecánica precisa de un seguimiento con registro de:

- Liberación cada 2 horas para hacer seguimiento de la valoración de necesidades (nutrición, hidratación, higiene personal y amplitud de movimientos).
- Reevaluación tras la observación directa del médico o enfermera cada 4 horas antes de renovar la orden.
- Observación cada 15 minutos.

El tratamiento farmacológico se utilizará cuando las medidas no farmacológicas hayan fracasado. Se recomienda emplear la menor dosis posible, siendo de elección la vía oral y, si ésta no es posible, utilizar la vía subcutánea o intramuscular y sólo ante circunstancias excepcionales utilizar la vía endovenosa. En este caso se requiere una monitorización periódica de los signos vitales (TA/PA/temperatura/FR).

Se recomienda el uso de neurolepticos, evitando en lo posible el uso de benzodiazepinas o la combinación de fármacos. El objetivo será intentar reducir la agitación o agresividad, sin provocar una pérdida de conocimiento o una sedación excesiva con pérdida de la alerta.

## Atención en el final de la vida

No es el objetivo de estas recomendaciones el describir las situaciones de terminalidad en la demencia. Pero, ante una demencia en fase muy avanzada en la que se considera prioritario el tratamiento sintomático, se recomienda tratar la fiebre con analgésicos, anti-piréticos y medidas físicas y considerar el uso paliativo de antibióticos tras valoración individualizada. En caso de que existan, se recomienda seguir las directrices anticipadas o, en su defecto, intentar conseguir disposiciones subrogadas sobre orden de no RCP, nutrición, etc.

Una de las situaciones conflictivas que con frecuencia plantea dilema en la hospitalización de agudos es la dificultad en la nutrición en fases muy avanzadas de la demencia. En estos casos no se recomienda iniciar una nutrición enteral por sonda

nasogástrica al no existir ninguna evidencia de su beneficio como tratamiento: no mejora los parámetros nutricionales la aparición o curación de úlceras por presión, no evita broncoaspiraciones ni se ha demostrado que mejore la supervivencia de los pacientes.

Por lo tanto, la colocación de una sonda nasogástrica es una medida cuya indicación debe ser consensuada con la familia, una vez informada de todo lo anterior, y cuya decisión en este contexto nunca es urgente indicada como tratamiento, sino como un cuidado básico cuando la familia lo interpreta así.

### Recomendaciones de coordinación al alta

Se recomienda realizar un plan de alta desde el ingreso e informar a la familia del mismo desde el inicio de la hospitalización. En caso de traslado a otro nivel asistencial desde agudos, la familia debe ser conocedora del motivo y de los objetivos asistenciales y características de la próxima ubicación para adecuar sus expectativas a la situación real.

Es imprescindible dar el alta sólo cuando se produce la estabilidad clínica del paciente e intentar no hacerlo en fin de semana, sobre todo si se precisa una coordinación con servicios comunitarios o de enfermera de enlace.

En los hospitales que dispongan de profesionales expertos en atención a demencias (UFISS, equipos de valoración geriátrica, interconsultor) se recomienda que éstos realicen la gestión del alta del paciente con demencia, con el fin de valorar la mejor ubicación al alta (necesidad de una convalecencia/rehabilitación/otros recursos/proseguir hospitalización).

En el informe de alta tras hospitalización por enfermedad aguda de un paciente con demencia se recomienda que conste la siguiente información:

- Tipo de demencia y estadio.
- Situación funcional basal y al alta.
- Problemas médicos activos y recomendaciones.
- Presencia de trastornos del comportamiento.
- Tratamiento farmacológico.
- Soporte familiar/social.
- Capacidad de autocuidado. Necesidad de incapacitación.
- Objetivos del paciente.

### RECOMENDACIONES PARA EL PROFESIONAL ANTE LA DETECCIÓN DE UN DETERIORO COGNITIVO NO FILIADO ANTES DEL INGRESO

En la valoración multidimensional del anciano frágil que ingresa por otro motivo, una sospecha de una demencia puede conllevar un diagnóstico precoz de la misma. En estos casos se recomienda al profesional asegurar al alta hospitalaria una derivación al nivel más adecuado (consulta externa, unidades de demencia, etc.) para el estudio de la demencia según la cartera de servicios de cada comunidad autónoma.

## RECOMENDACIONES DIRIGIDAS A LAS DIRECCIONES DE INSTITUCIONES QUE ATIENDEN A PACIENTES CON DEMENCIA

Se recomienda la existencia de un programa de formación en demencias dirigido a todo el personal sanitario y trabajadores sociales que atienden a pacientes con demencia. El programa debe incluir los principales riesgos durante la hospitalización (síndrome confusional agudo/caídas/inmovilidad/sujeción mecánica/trastornos de conducta).

Se recomienda elaborar protocolos de atención a las demencias que incorporen aspectos relacionados con:

- Riesgos.
- Principales necesidades.
- Manejo del dolor.
- Nutrición-hidratación.
- Cuidados paliativos.
- Síndromes geriátricos.

Se aconseja promover un entorno amigable para el paciente con demencia (salas con menos ruidos y estímulos, equipamiento geriátrico, entorno seguro para evitar fugas, facilitar la permanencia del acompañante en la sala, etc.) y facilitar programas de fisioterapia y terapia ocupacional de mantenimiento en la misma planta de hospitalización.

Las auditorías internas y/o externas de indicadores de calidad referentes a los distintos aspectos de la atención a las personas con demencia pueden resultar una herramienta útil para valorar el grado de cumplimiento y buscar áreas de mejora.

Las direcciones de los hospitales tienen que velar por conseguir una adecuada coordinación entre los distintos niveles asistenciales para mantener la calidad de cuidados al alta y garantizar un *continuum* asistencial.

Se recomienda protocolizar la atención del paciente con demencia estableciendo formas de comunicación fluida entre los diferentes niveles asistenciales, utilizando fax, correo electrónico... para garantizar que el plan de cuidados sea conocido por la unidad receptora (atención primaria, unidad de rehabilitación, larga estancia...). Para todo ello puede ser de gran utilidad la elaboración de guías de práctica clínica con la participación de profesionales de distintos niveles asistenciales.

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Tiffany W. ACOVE: Quality indicators for dementia in vulnerable community-sweling and hospitalized elders. *Ann Intern Med* 2001; 135: 668-676.
- Sharon K, et al. Dissemination of the Hospital Elder Life Program: Implementation, adaptation and successes. *JAGS* 2006; 54: 1492-1499.
- Inouye SK, et al. Dissemination of the Hospital Elder Life Program: implementation, adaptation, and successes. *JAGS* 2006; 54: 1492-1499. <http://elderlife.med.yale.edu>
- Fillit HM, Doody RS, Binaso K, Crooks GM, Ferris SH, Farlow MR, et al. Recommendations for best practices in the treatment of Alzheimer's Disease in Managed Care. *Am J Geriatr Pharmacother* 2006; 4 Suppl A: S9-S24; quiz S25-S28.

- Serveis sociosanitaris: Indicadors per mesurar els criteris de qualitat de l'atenció al pacient i a la família. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2006.
- Management of patients with dementia. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. February 2006. [www.sign.ac.uk](http://www.sign.ac.uk)
- Dementia. Supporting people with dementia and their carers in health and social care. Nice clinical guideline nº 42. November 2006. [www.nice.org.uk/CG042](http://www.nice.org.uk/CG042) NICE
- Courtney C, Farrell D, Gray R, Hills R, Lynch L, Sellwood E, et al. Long-term donepezil treatment in 565 patients with Alzheimer's disease (AD 2000): randomised double blind trial. AD 2000 Collaborative Group. *The Lancet* 2004; 363: 2105-2115.
- Finucane TE, et al. Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of the evidence. *JAMA* 1999; 282: 1365-1370.
- Gillick MR. Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. *N Engl J Med* 2000; 342: 206-210.
- Henderson CT, et al. Prolonged tube feeding in long term care: nutritional status and clinical outcomes. *J Am Coll Nutr* 1992; 11: 309-325.
- Peck A, et al. Long-term enteral feeding of aged demented nursing home patients. *J Am Geriatr* 1990; 38: 1195-1198.
- Mitchell SL, et al. Does artificial enteral nutrition prolong the survival of institutionalized elders with chewing and swallowing problems? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1998; 53: 207-213.

# Recomendaciones para la asistencia a personas con demencia en centros de día

# 3

Coordinadores:

*Javier Olazarán Rodríguez, José Manuel Marín Carmona*

Otros miembros de la Comisión de trabajo:

*Enrique Arriola Manchola, Miryam Barandiarán Amillano,  
Benito Fontecha Gómez, Inés Francés Román, M<sup>ª</sup> Isabel Galvá Borrás,  
Javier Gómez Pavón, José Antonio López Trigo*

*RECONOCIMIENTO: los autores desean expresar su agradecimiento a  
Rubén Muñiz Schwochert, por las valiosas ideas aportadas  
para la elaboración de este artículo*

## EL ABORDAJE INTEGRAL DE LAS DEMENCIAS

La clínica de las demencias viene determinada por una multiplicidad de factores biológicos, psicológicos y sociales que hacen necesario un abordaje global, coordinado y continuado (Tabla 1). Este abordaje “integral” se centra en la persona del paciente y en su enfermedad, incluye al cuidador no profesional (o cuidador informal), y se lleva a cabo en un contexto deseable de relación múltiple y bidireccional entre las distintas estructuras y niveles de asistencia (relación reticular) (García Navarro et al., 2003; Olazarán et al., 2004; Grupo DIANDEM, 2006). Los profesionales implicados han de poseer una visión de conjunto de todo el dispositivo asistencial, han de tener espíritu de equipo y han de saber compatibilizar la protocolización con la necesaria flexibilidad.

## LOS CONCEPTOS DE “CUIDADOS” Y DE “TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS”

Aceptada la necesidad de un abordaje integral, las nuevas corrientes intentan desarrollar este ideal teórico a través de formulaciones prácticas. En este contexto surgen los conceptos de cuidados (*care*) y de terapias no farmacológicas (TNF) en las demencias.

**TABLA 1.** Condiciones para un abordaje integral en las demencias**Visión global**

- Biológica, psicológica y social
- Centrada en la persona y en su enfermedad

**Asistencia coordinada**

- Implica recursos médicos y sociales
- En distintos niveles asistenciales
- Con una relación reticular

**Asistencia continuada**

- Requiere visión de conjunto
- Combina protocolización y flexibilidad

**Incluye al cuidador**

- Representa al paciente
- Administra y coordina recursos
- Recibe cuidados

El concepto de cuidados es el más amplio y de límites más difusos. Se trata de actuaciones obligadas, centradas en la persona y guiadas tanto por el estado de los conocimientos como por la experiencia del cuidador. No existe un consenso acerca de cuál ha de ser el mínimo exigible de cuidados en las demencias, pero la mayoría de los agentes implicados convendrían en incluir el diagnóstico temprano, el pronóstico, el tratamiento farmacológico específico, el tratamiento no farmacológico, la prevención y el tratamiento de los trastornos afectivos y conductuales, la prevención y el tratamiento de la comorbilidad, el asesoramiento, la coordinación de los recursos, el apoyo al cuidador no profesional y el acompañamiento (Callaghan et al., 2006; Lyketsos et al., 2006).

Las TNF surgen en los años sesenta como un intento de cambiar la situación de confinamiento y de falta de estímulos que sufrían la mayoría de los pacientes con demencia. Se denomina TNF a cualquier intervención no química, focalizada, estructurada y replicable que, partiendo de una base teórica razonable, proporciona un beneficio relevante al paciente o al cuidador. Las raíces conceptuales de las TNF se remontan a la Neuropsicología Rehabilitadora y al Conductismo, posteriormente reforzadas por otras visiones, tales como el beneficio del uso y la neuroplasticidad. No se consideran TNF las iniciativas que sobrepasan al paciente o al cuidador como objeto directo de la actuación (organización de recursos, política sanitaria, etc.). En la tabla 2 se ofrece una relación de las TNF recomendadas en la EA y trastornos relacionados (Olazarán et al., 2006).

Tanto los cuidados como las TNF tienen por objetivo aliviar la enfermedad y mejorar la calidad de vida del paciente y de quienes le rodean. Sin embargo, mientras que los cuidados pueden estar basados en la experiencia y en el sentido común, las TNF se distinguen por su naturaleza de tratamientos “prescribibles” (ya sea por un médico, un psicólogo o un

**TABLA 2.** TNF recomendadas en la EA y trastornos relacionados**TNF sobre el paciente**

- Orientación a la realidad
- Estimulación cognitiva
- Entrenamiento cognitivo
- Entrenamiento de las AVD
- Manejo conductual
- Reminiscencia
- Musicoterapia
- Ejercicio aerobio
- Actividades ocupacionales o recreativas
- Estimulación combinada/global

**TNF sobre el cuidador**

- Programas de apoyo
- Educación
- Asesoramiento
- Cuidados de respiro
- Gestión de casos
- Programas globales
- Educación del cuidador profesional

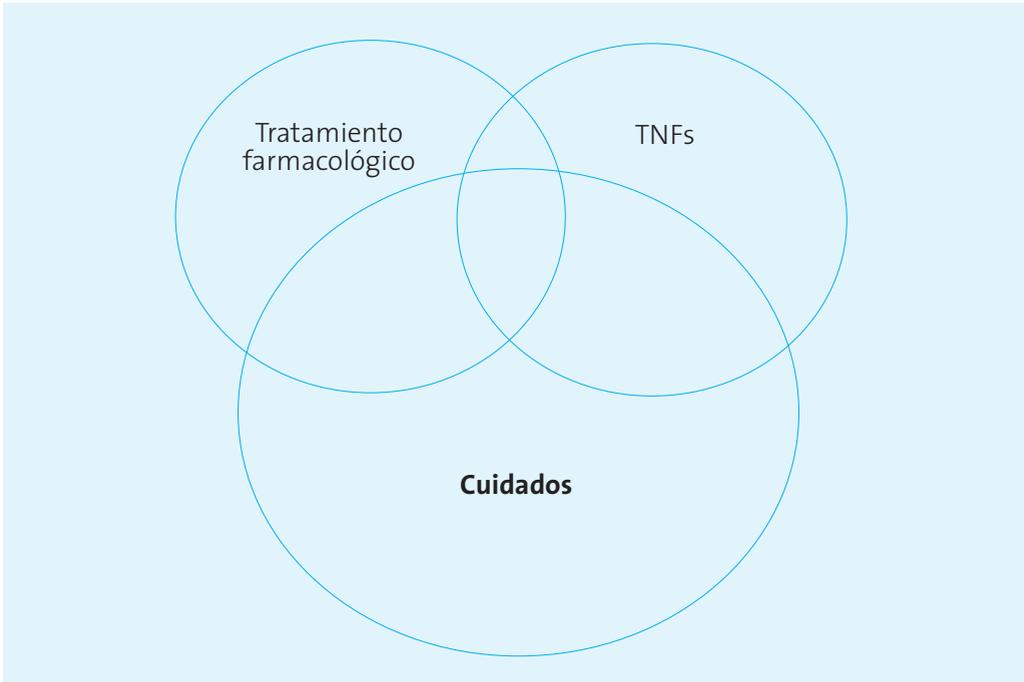
*TNF: terapias no farmacológicas; EA: enfermedad de Alzheimer; AVD: actividades de la vida diaria.*

terapeuta), siempre que la TNF en cuestión haya demostrado beneficios relevantes. Aun existiendo TNF aplicadas individualmente (p.ej., determinados programas de manejo conductual), la mayoría de las TNF se administran en entornos grupales, en parte por cuestión de costes. Este carácter grupal no debe conducir a la despersonalización del individuo dentro del grupo o de la institución. Las TNF basadas en interacciones grupales suelen dejar de ser practicables entrada la fase de demencia intensa, que corresponde al final del estadio 6 o al principio del estadio 7 en la Escala de Deterioro Global (GDS) (Reisberg et al., 1982). Conforme avanza la enfermedad, las TNF van perdiendo protagonismo en favor de los cuidados individuales. Un concepto amplio y deseable de cuidados iría englobando progresivamente los mejores tratamientos disponibles (farmacológicos y no farmacológicos), que se implementarían en función de la valoración individualizada del binomio paciente-cuidador. El solapamiento y la interrelación dinámica existentes entre los conceptos de cuidados, tratamiento farmacológico y TNF se representan en la figura (Olazarán Rodríguez et al., 2007).

## LOS CENTROS DE DÍA PARA DEMENCIAS

### Origen y evolución

Los actuales centros de día (CD) para pacientes con demencia son el resultado de una evolución convergente de fenómenos y recursos diversos. Merecen destacarse los fenómenos de agrupamiento de ancianos sanos, los hospitales de día psiquiátricos y las residencias psicogeríatras. La creciente proporción de personas con demencia neurodegenerativa ha ido provocando la ramificación de estos recursos hacia una asistencia específica para personas con demencia, generalmente ancianas (Jiménez Herrero, 1996; Francés



**FIGURA 1.** Solapamiento e interrelación entre los conceptos de cuidados, tratamiento farmacológico y terapias no farmacológicas (TNF) en las demencias (tomada de Olazarán Rodríguez et al., 2007).

Román et al., 1996; Diesfeldt, 1999; Olazarán et al., 2004). Los primeros programas de orientación a la realidad marcaron un hito en este proceso de especialización, desplazando el acento hacia una perspectiva psicológica y social en la comprensión y el abordaje de las demencias. Más allá del confinamiento y de la descarga del cuidador, este nuevo enfoque buscaba atenuar las devastadoras consecuencias de la enfermedad (Martínez Gómez, 1996; Olazarán Rodríguez et al., 2007). En los últimos años, la cartera de los CD se ha visto enriquecida con la incorporación de nuevas TNF y de otros servicios, como más adelante se verá (Moragas Moragas, 1995; Tárraga Mestre, 1997).

Actualmente el CD puede ubicarse en un hospital, en una residencia, en otro tipo de edificio, o bien puede constituir un centro independiente. Esta versatilidad arquitectónica ha contribuido a la accesibilidad, colocando al CD en una posición de privilegio para contribuir al abordaje integral de los pacientes con demencia (Tabla 1).

### Características

Los CD para demencias son unidades arquitectónicas cerradas donde pacientes con demencia ligera, moderada o intensa pasan la jornada, o parte de ella, habitualmente de lunes a viernes. A los pacientes no se les permite salir del centro si no es con autorización

o permiso de sus cuidadores habituales. En los CD se llevan a cabo actividades ocupacionales y lúdico-recreativas, y se administra otro tipo de intervenciones no farmacológicas que, en ocasiones, incluyen a los cuidadores informales. Las personas que acuden a un CD reciben también sus tratamientos farmacológicos habituales, que pueden ser modificados por el personal médico del centro. Además, los CD ofrecen servicios de transporte (minibuses, furgonetas, etc.), alimentación (desayuno, comida, merienda e hidrataciones adicionales), higiene personal, peluquería, podología, fisioterapia, y otros.

Los CD presentan ciertas características que los convierten en lugares privilegiados para la provisión de cuidados: la cercanía, el coste relativamente bajo (especialmente en el medio urbano, en comparación con las residencias), la regularidad asistencial, el ambiente no medicalizado y la integración en el entorno social habitual. Además, los CD pueden poseer otras características que refuerzan su papel en el abordaje integral de las demencias: el equipo multidisciplinar, la participación en la coordinación de recursos y los programas de apoyo al cuidador.

## RECOMENDACIONES PARA LA ASISTENCIA A PERSONAS CON DEMENCIA EN CD

### Nomenclatura y propósito de este documento

Lejos de ser rígidas e inamovibles, las denominaciones han de estar al servicio de los objetivos, dentro de las posibilidades legislativas y coyunturales. Este documento pretende establecer los requisitos mínimos exigibles para la asistencia a las demencias en CD. Con el fin de resaltar el objetivo de una asistencia centrada en la persona y en su enfermedad, se ha escogido la denominación de “CD para personas con demencia”. Se exige por tanto un diagnóstico previo de demencia, determinada por un estadio 4 en la escala GDS (Reisberg et al., 1982), y la existencia de un lugar físico independiente y exclusivo para la asistencia a estas personas, que llamamos CD. Las unidades para personas con deterioro cognitivo sin demencia (deterioro cognitivo ligero) deberían tener otra ubicación y otra denominación. Los autores creen que esta aproximación respeta y enriquece la actual legislación estatal, que únicamente contempla las figuras de “CD para mayores”, “CD para menores de 65 años”, “CD para Atención Especializada” y “Centros de Noche” (Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, Art. 15). Por último, el presente documento asume y pretende dar continuidad a las recomendaciones ya establecidas por distintos grupos de profesionales y sociedades científicas en España (Regato Pajares, 2000; García Navarro et al., 2003; Barquero Jiménez et al., 2003; Mateos Álvarez et al., 2005).

### Objetivo del CD para personas con demencia

La asistencia a personas con demencia en CD tiene por objetivo paliar las consecuencias de la enfermedad en el paciente y en sus cuidadores informales. Las áreas prioritarias de actuación sobre el paciente son: la función, la afectividad, la cognición, la conducta, el

área física, el área social, la calidad de vida y la institucionalización. Las áreas prioritarias de actuación sobre el cuidador son: la afectividad, el bienestar psicológico, la carga subjetiva, la carga objetiva y la calidad de vida.

### Características de los pacientes

Los candidatos a acudir a un CD para personas con demencia deben cumplir los siguientes requisitos:

- Diagnóstico de demencia ligera o más avanzada (GDS 4-7).
- Soporte social que garantice la asistencia al CD.
- Ausencia de un entorno estructurado y facilitador o, si lo tuvieran, deseo de recibir asistencia en un CD.

No se establecen restricciones en función de la edad, de la etiología, ni de la alteración conductual. Respecto a las capacidades funcionales, la única restricción vendría dada por la situación de encamamiento. Las personas susceptibles de rehabilitación laboral estarían excluidas de este tipo de centros. En todo caso, las necesidades del paciente y de sus cuidadores deben priorizarse, en función de los recursos disponibles. La inmensa mayoría de los candidatos a CD para personas con demencia padecerán demencia de etiología degenerativa (principalmente, enfermedad de Alzheimer) o combinada mixta (degenerativa y secundaria), y serán personas mayores.

### Principios generales de actuación

La intervención sobre pacientes con demencia en CD se basa en la puesta en funcionamiento y en la potenciación de las capacidades residuales dentro de un entorno seguro y de una estimulación adecuada a cada caso. Se trata de promover el mayor esfuerzo por parte del paciente evitando, en lo posible, los errores, los accidentes y la frustración. El horizonte será siempre el bienestar subjetivo y la mejora en la calidad de vida, dentro del respeto a la persona. Estos principios y objetivos son aplicables en cualquier momento y circunstancia, con independencia de que cada terapia o momento tenga además su objetivo particular (p.ej.: aprender el manejo de pequeñas cantidades de dinero en una sesión de entrenamiento funcional, o aprender el nombre de los compañeros en una sesión de entrenamiento cognitivo).

### Organización y método de trabajo

Existe una gran variedad de fórmulas válidas para organizar la admisión y cuidados de personas con demencia. Los motivos de dicha variedad residen en los diferentes entornos y estructuras en los que el CD para personas con demencia se puede ubicar: CD rural integrado en una residencia, CD urbano especializado, CD grande, CD pequeño, CD mixto (para personas con dependencia física y para personas con demencia), etc.

Lo esencial en el proceso de admisión es que una persona con formación en demencias, facultades gestoras y capacidad de liderar un equipo (que llamaremos coordinador) entreviste a la familia/cuidador y al paciente. La valoración inicial debe ser multidimensional (médica, funcional, cognitiva, afectiva, conductual y sociofamiliar) con especial atención a los síndromes geriátricos (inestabilidad y caídas, incontinencia, dolor, polifarmacia, etc.). El número de profesionales adicionales necesarios vendrá determinado por los estudios previos e informes que aporte el paciente. Como regla general, son valoraciones imprescindibles la del médico y la del terapeuta. Pueden verse además implicados el trabajador social, el psicólogo, el enfermero, el auxiliar de enfermería y el terapeuta ocupacional, entre otros.

La valoración inicial se seguirá de una reunión de equipo multidisciplinar, en la que se establecerán los objetivos y el plan de actuación. Deberá vigilarse de forma permanente la posible aparición de un deterioro imprevisto o de otros problemas que obliguen a evaluar y modificar el plan de actuación. Asimismo, es recomendable realizar anualmente una revisión funcional, cognitiva y sociofamiliar. El éxito del plan de actuación dependerá en buena parte de la existencia de contactos periódicos y permanentes con los cuidadores informales, para lo cual se establecerán vías ágiles de comunicación.

Un CD para personas con demencia debe ser capaz de administrar programas de entrenamiento de actividades básicas de la vida diaria, de actividad física, de socialización y de apoyo a las familias. Asimismo, es obligado el seguimiento médico de los pacientes en cuestiones de higiene, en los posibles déficit neurosensoriales, en los síntomas relacionados con los síndromes geriátricos y, en general, en cualquier circunstancia que pudiera agravar el grado de discapacidad del mayor. Intervenciones no obligadas pero deseables son la estimulación cognitiva (orientación a la realidad, ejercicios de memoria, lenguaje, etc.), la reminiscencia, la psicomotricidad, la musicoterapia, la aromaterapia y las actividades ocupacionales (laborterapia) y lúdico-recreativas.

Respecto a la organización general del día, las actividades más demandantes (estimulación cognitiva, reminiscencia) se realizarán por la mañana. Por la tarde se incidirá más en intervenciones que requieren un menor esfuerzo cognitivo (musicoterapia, aromaterapia) y en actividades ocupacionales, de ocio y de socialización. El ejercicio físico deberá estar presente por la mañana y por la tarde. Los intermedios (aseo, comida) son especialmente útiles para el entrenamiento en las actividades de la vida diaria.

Los pacientes han de estar agrupados en función del estadio de la demencia (según la escala GDS) pero variaciones a esta norma son admisibles, según perfil de alteración neuropsicológica o según afinidades personales. Además de realizar las actividades programadas, el personal del centro ha de estar familiarizado con las técnicas de manejo conductual (análisis de antecedentes y consecuentes, modificación del entorno físico, modificación del entorno inter-personal). El personal de atención directa habrá de supervisar de forma individualizada aspectos tales como la alimentación, la hidratación, la higiene, la movilización, los cambios conductuales y funcionales, y otros (Arriola Manchola e Inza Iraola, 2006).

## Retos

Es necesario establecer unidades diferenciadas para personas con deterioro cognitivo ligero y demencia que aún conserven la capacidad de desenvolverse de forma autónoma en la comunidad (GDS 3 y GDS 4 inicial). El horario de estas unidades debería ser flexible (en general, no más de tres horas al día, tres días en semana). Los propios interesados participarían en la elaboración de los programas de estas unidades, y podrían entrar y salir libremente.

Pese a haber experimentado un espectacular crecimiento, los CD para personas con demencia llevan apenas una década funcionando en nuestro país, y su desarrollo conceptual y organizativo es aún escaso. Los protocolos de actuación, la formación y la investigación son muy escasos. De hecho, los terapeutas (en general, auxiliares de clínica) y demás profesionales implicados deben buscar su formación en fuentes curriculares muy diversas (Terapia Ocupacional, Musicoterapia, Animación Sociocultural, etc.). Una formación específica y unificada sería muy deseable, aunque por el momento el cuerpo de conocimientos asentados en este campo es escaso.

Con todo, es inevitable y deseable que cada CD diseñe sus programas de intervención en función de las características del centro y de los pacientes. Los programas deberán basarse en técnicas de intervención replicables y con resultados conocidos. Los CD son lugares idóneos para evaluar TNF concretas (Tabla 2), pero también el conjunto de la asistencia debe ser evaluada. Se han dado ya algunos pasos para afrontar tales cometidos (Engedal, 1989; Tárraga Mestre, 1997; Olazarán et al., 2006).

Los CD son también un lugar idóneo para llevar a cabo programas dirigidos a los cuidadores, como complemento a las asociaciones y a los centros de salud (Tabla 2). El ambiente de continuo contacto con pacientes y familiares parece especialmente propicio para el desarrollo de programas de gestión de casos. El acercamiento y la implicación de los familiares contribuirían además a superar el estigma social.

Dada la accesibilidad, la regularidad asistencial y la cercanía a los cuidadores, los CD están llamados a desempeñar un papel clave en el abordaje integral de las demencias (Tabla 1). Esta importante misión se vería reforzada y facilitada por una mayor integración de los CD en el sistema público de salud.

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Arriola Manchola E, Inza Iraola B. Centro de Día. En: Salvá A, Vellas B. Año Gerontológico, Vol 20, 2006. Barcelona: Ed. Glosa; 2006. p. 315-340.
- Barquero Jiménez MS, Marcos Dolado A. Unidades de día para enfermos con demencia. En: Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias. Guías en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia. Revisión 2002. Barcelona: Masson; 2003. p. 225-230.
- Diesfeldt H. Day care and dementia. En: Jones G, Miesen BML, eds. Care-giving in dementia. London: Routledge; 1992. p. 314-322.
- Callahan CM, Boustani MA, Unverzagt FW, Austrom MG, Damush TM, Perkins AJ, et al. Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: a randomized controlled trial. JAMA 2006; 295: 2148-2157.

- Engedal K. Day care for demented patients in general nursing homes. *Scan J Prim Health Care* 1989; 7: 161-166.
- Francés Román I, Albéniz Ferreras A, Gracia Franco A. Programas asistenciales en un centro de día psicogeriátrico. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1996; 31 (NM1): 17-22.
- García Navarro JA, Juanes Hernández MJ, González Glaría B, López Romero R, Franch Rius C, Altadill i Ardit A, et al. Recursos sociosanitarios: funcionamiento y calidad. En: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Guía de actuación en la enfermedad de Alzheimer. Madrid: Natural; 2003. p. 133-164.
- Grupo DIANDEM. Dispositivo de asistencia neurológica al deterioro cognitivo y la demencia en Madrid. Grupo DIANDEM; 2006.
- Jiménez Herrero F. Orígenes y evolución de los centros de día con dedicación psicogeriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1996; 31 (NM1): 3-10.
- Lyketsos CG, Colenda CG, Beck C, Blank K, Doraiswamy MP, Kalunian DA, et al. Position statement of the American Association for Geriatric Psychiatry regarding principles of care for patients with dementia resulting from Alzheimer disease. *Am J Geriatric Psychiatry* 2006; 14: 561-573.
- Martínez Gómez JM. Centros de día para mayores con demencia. En: Gil Montalvo M, Campos Dompedro JR, Sancho Castiello MT, Trinidad Trinidad D, eds. Centros de día para personas mayores dependientes: guía práctica. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales; 1996. p. 305-316.
- Mateos Álvarez R, Franco Martín M. El manejo del paciente con demencia. En: Consenso español sobre demencias. Sociedad Española de Psicogeriatria. Barcelona: Saned; 2005. p. 53-88.
- Moragas Moragas R. El centro de día para enfermos de Alzheimer. 2ª ed. Barcelona: UCB Pharma; 1995.
- Olazarán J, Clare L, on behalf of the Non-Pharmacological Therapies Project. Non-pharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Alzheimer's and Dementia* 2006; 2 (Suppl 1): S28.
- Olazarán J, González MJ, Amador B, Morillas N, Muñoz R. Recursos sociosanitarios para la atención a la demencia: hacia un modelo centrado en la enfermedad. En: Bermejo Pareja F, director. Aspectos familiares y sociales del paciente con demencia. Madrid: Díaz de Santos; 2004. p. 27-40.
- Olazarán Rodríguez J, Poveda Bachiller S, Martínez Martínez U, Muñoz Schwochert R. Estimulación cognitiva y tratamiento no farmacológico. En: Martínez Lage JM, Carnero Pardo C, editores. Alzheimer 2007: recapitulación y perspectivas. Madrid: Aula Médica; 2007. p. 91-102.
- Regato Pajares P. Coordinación en la dimensión sanitaria y de recursos sociales: tipificación de recursos. En: Grupo Español Multidisciplinar para la Atención Coordinada al Paciente con Demencia. Atención coordinada al paciente con demencia. Madrid: Doyma; 2000. p. 211-228.
- Reisberg B, Ferris SH, de León MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry* 1982; 139: 1136-1139.
- Tárraga Mestre L. Centros de día: alternativa terapéutica para la persona con enfermedad de Alzheimer. En: Serra-Mestres J, López-Pousa S, Boada Rovira M, Alberca Serrano R, eds. Modelos de asistencia sociosanitaria para enfermos con demencia. Barcelona: Prous; 1997. p. 141-153.



# Recomendaciones para el manejo del paciente con demencia en residencias de ancianos

# 4

Coordinadores:

*Gregorio Jiménez Díaz, José Gutiérrez Rodríguez*

Otros miembros de la Comisión de trabajo:

*Fernando Gómez Busto, Rosa López Mongil, Nuria Montero Fernández,  
Iván Bueno Martínez, Montaña Román García, J.M. Cabello Neila*

La demencia constituye uno de los síndromes geriátricos más prevalentes en el medio residencial, donde se calcula que el 60-80% de los ancianos presentan algún grado de deterioro cognitivo y el 20-30% muestran ya una demencia avanzada. En nuestro medio, el estudio multicéntrico RESYDEM, diseñado para valorar deterioro cognitivo en residencias, encontró una prevalencia del 61,7%.

La demencia es una de las condiciones que dan lugar a una mayor incapacidad funcional en el anciano lo que, unido a los trastornos de conducta que con elevada frecuencia se presentan a lo largo de la evolución de la enfermedad, condicionan que sea precisamente la demencia el principal motivo de institucionalización. En un seguimiento realizado durante cuatro años en Canadá, se comprobó que existía una probabilidad del 50,9% de que una persona que viva en su domicilio sea institucionalizada en un tiempo medio de 41 meses tras ser realizado el diagnóstico de demencia, lo que quiere decir que cerca de la mitad de los demenciados van a precisar una plaza residencial.

Los pacientes con demencia institucionalizados en residencias presentan una serie de características diferenciadoras, ya que suelen ser más ancianos, muestran una mayor gravedad en la evolución de la demencia y suelen presentar una mayor comorbilidad que aquellos que se encuentran en la comunidad. Sin embargo, estos hechos no deben hacer olvidar que la atención en residencia debe potenciar los aspectos preventivos y rehabilitadores. Además, el ámbito residencial ha ido cambiando y actualmente no se le puede identificar con centros exclusivamente sociales, sino que tienen que hacer frente a una

carga asistencial cada vez mayor como consecuencia de la progresiva complejidad de los ancianos que reciben.

Por todo ello, el manejo de la demencia en las residencias presenta una serie de características propias para las que, desde el Grupo de Demencias de la SEGG, conscientes de la heterogeneidad del medio residencial y sin la intención de elaborar una guía, se van a ofrecer una serie de recomendaciones sobre distintos aspectos, especialmente en lo que se refiere al diagnóstico, al tratamiento, tanto de los síntomas cognitivos como al manejo de los trastornos conductuales, a la toma de decisiones en estadios avanzados, a los aspectos legales, a la calidad asistencial y al desarrollo de posibles líneas de investigación.

## DIAGNÓSTICO

Las residencias de ancianos han ido modificando de forma progresiva sus características y actividad en los últimos años. Si nos centramos en la esfera cognitiva, encontraremos desde pacientes cognitivamente intactos hasta otros con demencias severas, con grados variables de capacidad funcional que ingresan de forma temporal o definitiva, bien por la propia demencia o por otras patologías. A todos ellos se les debe realizar una valoración integral y, *por ende*, una evaluación cognitiva. Por tanto, en las residencias se aborda el diagnóstico de la demencia en muy diversos momentos de su evolución y, además, puede ser un buen lugar para hacerlo.

Podría llegar a plantearse si existe la necesidad de diagnosticar la demencia una vez que ya el paciente se encuentra institucionalizado. La respuesta debe ser afirmativa y existen diversos argumentos a su favor que involucran a los diferentes actores. Al paciente le aporta la información y la perspectiva necesarias para poder debatir el problema actual y los futuros, favoreciendo así la posibilidad de promover voluntades y/o directrices avanzadas. Además, le abre la oportunidad de iniciar tratamientos y el acceso a los diferentes recursos de soporte social y, llegado el momento, puede hacer posible el inicio de medidas legales de protección del demenciado. A los familiares, además de reconocerles el papel de cuidadores, el conocimiento del diagnóstico les puede permitir debatir sobre el futuro, realizar arreglos prácticos y facilitarles el acceso a los diferentes recursos sociales de soporte y ayuda. Por último, el diagnóstico ayuda al médico en la toma de decisiones, a disminuir el riesgo de iatrogenia, a intentar minimizar la incidencia de efectos adversos (caídas, desarrollo de síndrome confusional...) y le permite estar alerta a la expresión de dolor por parte del paciente, ya que el demenciado puede ver modificada tanto la capacidad para reconocer el dolor como la de expresarlo.

Dentro de la valoración geriátrica integral que se debe realizar a todo paciente que se encuentra en un centro residencial, lógicamente hay que hacer una evaluación del estado cognitivo, para lo que debemos utilizar instrumentos validados. En nuestro medio los más utilizados son la versión española del *Mini-Mental State Examination* (MMSE), de Folstein, y el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC), su adaptación realizada por Lobo. Ambos tienen un buen rendimiento diagnóstico cuando se utilizan en una población con alta probabilidad de presentar deterioro cognitivo, como es el caso del medio residencial.

Independientemente de la valoración inicial, es obligado realizar una reevaluación cognitiva de todo paciente que, sin diagnóstico previo de deterioro cognitivo, comienza a presentar fallos de memoria o siempre que se produzca una variación clínica significativa, especialmente si se desarrolla un síndrome confusional. Dependiendo de las características del centro y de la disponibilidad de personal formado en este campo, podrá llevarse a cabo una evaluación neuropsicológica más detallada en aquellos que lo precisen.

Una vez sentado el diagnóstico de demencia, el clínico deberá intentar determinar la causa subyacente, siendo la Enfermedad de Alzheimer (EA) la causa más frecuente (40-70%), seguida de la demencia vascular (15-40%). Este diagnóstico etiológico debe quedar recogido en la historia clínica.

Finalmente, es útil realizar una clasificación de la gravedad de la demencia mediante escalas globales validadas, siendo las más utilizadas el *Functional Assessment Staging* (FAST), el *Global Deterioration Scale* (GDS) y el *Clinical Dementia Rating* (CDR).

Para realizar un diagnóstico adecuado, en muchos casos habrá que derivar al paciente a Atención Especializada, especialmente en los que se considere indicado realizar una prueba de imagen, pero también en caso de duda o confirmación diagnóstica, búsqueda de una segunda opinión o manejo de problemas complejos. Esta decisión debe ser individualizada, especialmente en estadios avanzados, valorando muy estrechamente los beneficios, riesgos y molestias que va a sufrir el paciente. El recurso especializado será un Servicio de Geriátrica, en aquellas áreas en que esté implantado, o de Neurología, con los que sería recomendable mantener una continuidad de cuidados que permitiera valoraciones en la residencia, realización de sesiones y consultas de casos o gestionar desplazamientos para procedimientos diagnósticos o terapéuticos para el paciente.

## Recomendaciones

1. Dentro de la valoración geriátrica integral de todo paciente que ingresa en un centro residencial, tiene que incluirse una evaluación del estado cognitivo mediante instrumentos validados. En nuestro medio los más utilizados son la versión española del Mini-Mental State Examination (MMSE), de Folstein, y el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC).
2. Se recomienda realizar una valoración cognitiva anual a todo residente sin diagnóstico previo de demencia. Se debería considerar un seguimiento semestral en pacientes con deterioro cognitivo conocido.
3. Es obligado realizar una reevaluación cognitiva de todo paciente que sin diagnóstico previo de deterioro cognitivo comienza a presentar fallos de memoria o siempre que se produzca una variación significativa de su situación clínica, especialmente si se desarrolla síndrome confusional agudo.
4. Junto al diagnóstico sindrómico de demencia, el paciente debe tener recogida en la historia clínica el diagnóstico etiológico (Alzheimer, vascular...).
5. En todo paciente diagnosticado de demencia se debe realizar una clasificación de la gravedad de la demencia mediante escalas globales validadas, siendo las más utiliza-

das el *Functional Assessment Staging* (FAST), el *Global Deterioration Scale* (GDS) y el *Clinical Dementia Rating* (CDR).

6. Se recomienda derivar a Atención Especializada (Geriatría en aquellas áreas de salud en que esté implantada) en caso de duda o confirmación diagnóstica, búsqueda de una segunda opinión o necesidad de realizar pruebas complementarias que no se encuentren a nuestro alcance (imagen, especialmente). Esta decisión debe ser valorada individualmente de forma especial en estadios avanzados.

## TRATAMIENTO

Una vez completado el diagnóstico, el paciente debe plantearse la posibilidad de iniciar tratamiento farmacológico sintomático. El tratamiento con inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE) ha demostrado su eficacia hasta ahora en EA leve y moderada, mostrando modestas, pero clínicamente significativas, mejorías en la esfera cognitiva, funcional y conductual. Asimismo, existen datos emergentes que podrían sugerir la eficacia de estos fármacos en EA moderada y grave, al mostrar una duración de la eficacia del tratamiento a más largo plazo del que inicialmente se pensaba. No hay muchas dudas acerca de que su uso debe iniciarse en las etapas más tempranas tras el diagnóstico.

La memantina ha demostrado su eficacia en pacientes con EA grave en términos de mejoría global, funcional, conductual y cognitiva. Estos beneficios se han detectado tanto como tratamiento inicial, como en pacientes que han recibido tratamiento previo con un IACE o en aquellos que siguen tratamiento conjunto con donepezilo.

La mayor parte de los estudios se han realizado en el medio ambulatorio por lo que existen pocos datos de estudios realizados con IACE en pacientes ya institucionalizados. Éstos parecen demostrar que los beneficios de la terapia anticolinesterásica no se ven modificados por la edad, la severidad de la enfermedad ni la ubicación del paciente. Sin embargo, no han demostrado su eficacia en la esfera cognitiva a largo plazo, por lo que la pregunta de hasta cuándo se debe mantener el tratamiento hoy no está contestada. Respecto a la esfera funcional, parece que la terapia farmacológica produce un modesto beneficio funcional, especialmente en el mantenimiento de actividades básicas, aunque tampoco se sabe hasta cuándo se mantiene. El beneficio que el tratamiento podría reportar en el medio residencial en esta esfera sería consecuencia del retraso de un mayor deterioro funcional, que se traduce en la disminución del tiempo de supervisión y en la reducción del tiempo dedicado por el personal al cuidado directo del paciente al tener preservada éste durante más tiempo la realización de actividades básicas.

Pese a las evidencias de su eficacia clínica, desde la comercialización de los IACE se ha temido el impacto económico que podría provocar en un sistema sanitario con un gasto farmacéutico en aumento. Cuando se realizan estudios de farmacoeconomía se comprueba que la mejoría en la esfera cognitiva y funcional que produce el tratamiento con IACE en EA se traduce en una significativa reducción de costes, atribuible a los menores gastos sanitarios, al retraso en la institucionalización y a la disminución de la sobrecarga en los cuidadores. De la misma manera, el tratamiento con memantina parece reducir significativamente la utilización de recursos y los gastos sanitarios totales asociados a la EA en

estadio avanzado. De cara a obtener mayor información en este campo, sería deseable que los futuros estudios de coste-efectividad del tratamiento farmacológico de la demencia se llevaran a cabo con más frecuencia en el medio residencial, que reclutasen una mayor proporción de pacientes en estadios más avanzados de la enfermedad y que incluyeran resultados sobre parámetros más apropiados y específicos del cuidado en residencias, como serían el número de derivaciones hospitalarias, la incidencia de caídas, la aparición de úlceras por presión, la pérdida de peso o la necesidad de utilización de medidas de restricción física o farmacológica.

Pese a estos datos, la situación en el ámbito residencial no parece estar tan clara y la escasez de estudios realizados con pacientes institucionalizados hace difícil la elaboración de consensos y guías de uso de esta medicación en población institucionalizada, condicionando que la EA se encuentre infratratada en este segmento de enfermos, pese a que los datos demuestran que parece razonable recomendar su uso como parte del cuidado de un paciente que es diagnosticado en el medio residencial.

En cuanto a otros tipos de demencia, en el momento actual no se puede recomendar el uso de memantina o IACE en pacientes con demencia vascular, aunque éstos parecen ser efectivos en casos de demencia mixta. Respecto a la demencia por cuerpos de Lewy parece recomendable iniciar tratamiento con un IACE (existe evidencia para el uso de rivastigmina), sin que existan datos que apoyen el uso de memantina.

Estas estrategias terapéuticas podrían ser discutibles por el hecho de tratarse de pacientes ya institucionalizados a los que no se les podría imputar ya la reducción de costes por el retraso de su institucionalización. Por tanto, es necesario realizar estudios que tengan en cuenta la reducción de la carga de trabajo entre los cuidadores de los centros asistenciales, la disminución de su estrés al reducirse los problemas conductuales y otros factores relacionados.

## Recomendaciones

1. El tratamiento de todo residente con demencia debe ser individualizado y dirigido a cubrir todas sus necesidades.
2. Se recomienda realizar revisiones periódicas del tratamiento de todo residente diagnosticado de demencia, buscando medicaciones inapropiadas que puedan empeorar el deterioro cognitivo o producir reacciones adversas o efectos indeseables.
3. Dado que los IACE son el grupo farmacológico que ha mostrado mayor evidencia científica sobre su eficacia en el tratamiento de los síntomas cognitivos en la EA de leve a moderada, parece razonable recomendar su utilización como parte del cuidado de los pacientes independientemente del nivel asistencial en el que se encuentren ubicados.
4. Asimismo, a la luz de los nuevos datos de eficacia, podría mantenerse su uso probablemente hasta etapas más avanzadas de la enfermedad, valorando de forma individualizada la posibilidad de añadir o iniciar un tratamiento *de novo* con memantina en pacientes con EA de moderada a grave, debatiendo con la familia expectativas realistas.
5. Con la evidencia científica actual, no se puede recomendar el uso de IACE en pacientes con demencia vascular, aunque parecen ser efectivos en casos de demencia mixta.

6. En pacientes con demencia por cuerpos de Lewy que presentan trastornos conductuales y problemas psiquiátricos, parece recomendable iniciar tratamiento con un IACE.
7. Se han realizado diversos estudios que han valorado la posible eficacia de diferentes métodos de intervención cognitiva sobre la población general con el diagnóstico de demencia. Estos estudios parecen mostrar una tendencia del grupo sometido a estimulación a presentar un mejor funcionamiento cognitivo y un menor declive en el periodo de seguimiento. Sin embargo, su revisión sistemática no muestra una evidencia científica significativa sobre el posible beneficio para el paciente o de que sus efectos se mantengan en el tiempo. Pese a ello y a la espera de estudios mejor diseñados dirigidos a la valoración de estas terapias, parece recomendable utilizar técnicas de intervención cognitiva en el tratamiento integral de los pacientes con demencia.

## SÍNTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS

Los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia, englobados como síntomas neuropsiquiátricos (SNP), son extraordinariamente frecuentes a lo largo del curso evolutivo de la enfermedad. Prácticamente todos los pacientes presentan SNP y entre el 70-90% han tenido episodios de agitación importante. En nuestro medio, el mencionado estudio RESYDEM encontró que el 64,3% de los pacientes con demencia institucionalizados habían presentado algún SNP.

Los SNP constituyen una fuente de gran sobrecarga en los cuidadores y muchas veces son el desencadenante final de una institucionalización precoz, lo que se traduce en un incremento de los costes por paciente. Diferentes estudios económicos aseguran que el 30% de los gastos anuales por demencia son atribuibles a la presencia de SNP. Asimismo los SNP se han asociado con un más rápido declinar cognitivo, con mayor uso de medicamentos y una mayor incidencia de efectos secundarios, así como una mayor necesidad de personal en los centros asistenciales.

Los SNP engloban una serie de síntomas que deberemos ser capaces de identificar. Básicamente podemos describir cinco grandes grupos de síntomas: agresividad (verbal, física, resistencia agresiva...), apatía, agitación psicomotora (vagabundeo, actividad motora aberrante...), depresión y psicosis (alucinaciones, delirios). Cada tipo de síntoma tiene una base fisiológica diferente y una aproximación terapéutica distinta, por lo que es importante para su manejo identificar claramente el síntoma y valorar la repercusión que produce. Por este motivo, para valorar los SNP y su modificación por las intervenciones que se lleven a cabo debe recomendarse la utilización de instrumentos validados, como el *Neuropsychiatric Inventory* (NPI). Su versión para utilizar en residencias (*NPI-Nursing Home*) se encuentra recientemente validada en español.

Hay que hacer una mención especial a la depresión ya que, en el paciente con demencia, coexisten con gran frecuencia síntomas depresivos de distinta intensidad y éstos empeoran los síntomas cognitivos y otros síntomas conductuales. Por tanto, se debe realizar despistaje de depresión en todo paciente con demencia mediante escalas validadas.

Una de las más utilizadas en nuestro medio es la *Geriatric Depression Scale* (GDS) de Yesavage, pero hay que hacer notar que sólo es útil en estadios incipientes de la demencia. Para estadios más avanzados se debería utilizar la *Cornell Scale for Depression in Dementia*, de la que existe una versión en castellano.

Una vez identificado el síntoma y valoradas las consecuencias que provoca la alteración de conducta, se debe realizar una completa evaluación del paciente con el objetivo de buscar posibles desencadenantes tanto ambientales como médicos, entre los que se debe prestar especial atención a la existencia de síntomas somáticos (dolor, estreñimiento...), modificaciones recientes en la medicación o presencia de signos o síntomas de infección o alteración metabólica.

El primer paso en el abordaje de los SNP debería ser la puesta en marcha de medidas no farmacológicas tales como intervenciones conductuales, técnicas de reestructuración del entorno, medidas ambientales y sensoriales o realización de actividades estructuradas. Diversos estudios han mostrado la utilidad de algunas de estas técnicas en el control de SNP, aunque por las especiales características y limitaciones de estos estudios resulta difícil demostrar la evidencia científica de su eficacia. Sí existe evidencia en cuanto a las intervenciones educativas sobre el personal de atención directa. Los programas formativos sobre el personal cuidador han evidenciado que reducen la utilización de psicofármacos y el uso de medidas de contención mecánica. A la espera de estudios más amplios y mejor diseñados, parece aconsejable recomendar la utilización de estas medidas como primer paso y de forma continuada en el manejo global de los SNP de los pacientes con demencia en el medio residencial.

Finalmente, si con estas medidas no se ha conseguido un adecuado control, se recurrirá al tratamiento farmacológico. Se han utilizado diferentes grupos farmacológicos para el manejo de los SNP, con dispares resultados en cuanto a su eficacia. Los más utilizados han sido los neurolépticos, grupo que se ha mostrado eficaz en el manejo de síntomas psicóticos y de la agresividad. El desarrollo de las últimas generaciones de neurolépticos atípicos, con menos efectos secundarios que los anteriores, pareció demostrar que algunos de ellos, como la risperidona o la olanzapina, mostraban una mayor eficacia en el control de los síntomas. Sin embargo, el hallazgo en diversos estudios de mayor mortalidad y riesgo cerebrovascular en pacientes con demencia y SNP tratados con neurolépticos atípicos, ha puesto en duda la mayor seguridad de estos fármacos. Dado que el riesgo no parece ser exclusivo de estos neurolépticos, su utilización en el manejo de los SNP debe ser más racional y rigurosa.

La hipótesis de que el déficit colinérgico está involucrado en la fisiopatología de algunos SNP ha colocado a los IACE en el arsenal de fármacos destinados a intentar controlar síntomas conductuales. Así, diversos estudios han señalado que los diferentes IACE han podido demostrar reducciones significativas en algunos SNP, especialmente en trastornos afectivos y síntomas psicóticos en pacientes con demencia de moderada a grave. Respecto a la memantina, un estudio realizado con donepezilo y memantina sugiere una mayor eficacia a favor de la combinación.

Con la información disponible, se debería recomendar iniciar tratamiento farmacológico en el último escalón tras no haber conseguido un control adecuado de los SNP con medidas no farmacológicas. Después de un análisis individualizado del riesgo/beneficio,

que debería ser debatido con los familiares, se iniciaría tratamiento con un neuroléptico atípico con la menor dosis eficaz que se irá aumentando progresivamente hasta conseguir el mejor control. La indicación del tratamiento deberá ser revisada periódicamente y se debe monitorizar estrechamente la aparición de efectos secundarios como excesiva sedación, síntomas extrapiramidales, ganancia de peso o hiperglucemia. A la vista de la eficacia que parecen mostrar los IACE en el manejo de los SNP, se podría valorar el inicio de tratamiento con alguno de estos fármacos, especialmente si no lo recibe como tratamiento de los síntomas cognitivos. Esta aproximación terapéutica cobra especial interés en los casos de demencia por cuerpos de Lewy, en la que existe una marcada hipersensibilidad frente a los neurolépticos.

En cuanto a otros fármacos, se han utilizado antiepilépticos en el manejo de la agitación (valproico, carbamazepina) con resultados poco consistentes. Probablemente el manejo de la depresión es similar al que se realiza en pacientes sin demencia, aunque existen pocos estudios diseñados específicamente para su evaluación, siendo los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina los antidepressivos que pueden tener menos efectos secundarios, especialmente en la inducción de confusión o efectos anticolinérgicos.

## Recomendaciones

Ante la aparición de cualquier SNP, se recomienda un abordaje que comience por identificar el síntoma y describir las consecuencias que provoca la alteración conductual, para lo que es fundamental formar y sensibilizar al personal asistencial. En segundo lugar hay que buscar posibles desencadenantes, haciendo especial énfasis en la presencia de síntomas somáticos.

Para valorar los SNP y su modificación con las intervenciones que se pongan en marcha debe recomendarse la utilización de instrumentos validados, como el *Neuropsychiatric Inventory (NPI)*, cuya versión para utilizar en residencias (*NPI-Nursing Home*) se encuentra recientemente validada en español.

Se debe descartar la existencia de depresión en todo paciente diagnosticado de demencia, para lo que hay que utilizar escalas específicas y adecuadas al estadio de la demencia en que se encuentre el paciente.

El primer paso que se debe dar en el manejo de los SNP es la utilización de medidas e intervenciones no farmacológicas.

Si con las medidas no farmacológicas no se consigue un adecuado control, se iniciará el tratamiento farmacológico, tras una valoración individualizada del riesgo/beneficio, con la menor dosis eficaz que se irá incrementando hasta conseguir el control de los síntomas, monitorizando estrechamente la aparición de efectos secundarios y reevaluando periódicamente la necesidad de la continuidad del tratamiento.

Dentro del manejo farmacológico de los SNP, debería valorarse la utilización de un IACE, especialmente en caso de que no lo reciba ya para el tratamiento de los síntomas cognitivos. Esta estrategia se debe tener especialmente en cuenta en los casos de demencia por cuerpos de Lewy.

## UNIDADES ESPECÍFICAS

En los últimos años se han iniciado distintas experiencias en EE.UU. y en Europa respecto a la creación de unidades específicas para el manejo de pacientes con demencia en el medio residencial. Éstas suelen ser unidades pequeñas, que acogen a un reducido número de pacientes y que ofrecen actividades dirigidas a residentes con demencia, personal entrenado y un entorno modificado a las necesidades de este tipo de pacientes.

Las conclusiones sobre su eficacia son difíciles de establecer debido a la gran heterogeneidad de las diferentes unidades. Sin embargo, parecen demostrar frente al cuidado convencional cierta mejoría en la reducción de alteraciones conductuales como actividad motora aberrante, apatía y alucinaciones, reducción en la utilización de psicofármacos y medidas de restricción física y en mejorar la participación en actividades. Por el contrario, no parecen mostrar mejoría sobre el vagabundeo, la función cognitiva o la satisfacción en el trabajo por parte del personal asistencial.

## Recomendaciones

Respecto a la creación de unidades específicas de demencia en el medio residencial, hay que señalar que la sectorización de estos pacientes como medida exclusiva no basta para crear una unidad especial.

Para la consecución de buenos resultados se debe realizar una adecuada selección de pacientes, disponer de un ambiente arquitectónico especialmente diseñado, contar con personal formado, experimentado, especializado y motivado, sumar la participación de la familia y crear un proyecto específico de asistencia.

## DECISIONES EN DEMENCIA EN ESTADIO AVANZADO

La demencia en estadio avanzado debe considerarse como una enfermedad terminal ya que no tiene un tratamiento que resulte curativo, no existe terapia que pueda detener su progresión y tiene mal pronóstico vital a corto plazo. Por tanto, su manejo en ese momento debe estar basado en objetivos bien definidos, dirigidos a mantener el *confort* y evitar medidas fútiles. Por utilizar una referencia objetiva, a este punto se llegaría en un estadio 7c en la escala FAST, si bien no debería utilizarse este dato como un único criterio aislado.

En este contexto el medio residencial puede resultar clave al ser capaz de ofrecer un cuidado de calidad al final de la vida, con el compromiso de un equipo asistencial que, además de dar tranquilidad y seguridad a la familia, le ayudará a tomar decisiones, le facilitará la comunicación no verbal con el familiar, le proporcionará soporte emocional y educación para afrontar mejor la situación. Esta actitud, además, permitirá actualizar la información que recibe la familia, lo que facilitará la comprensión de la evolución que puede llegar a presentar un paciente con demencia.

La atención de la demencia en estadios avanzados comporta el manejo de difíciles situaciones clínicas, a menudo superpuestas con frecuentes alteraciones neuropsiquiátricas y conductuales, intervenciones con la familia y enfrentamiento a dilemas éticos, con el objeto de alcanzar un equilibrio entre la toma de medidas agresivas y el nihilismo terapéutico. Llegados a estos estadios evolutivos de la enfermedad, hay que plantearse en el cuidado del paciente determinados aspectos, como el tratamiento de enfermedades crónicas, en una situación de creciente comorbilidad, la valoración y el tratamiento del dolor, la reanimación en caso de parada cardíaca, el traslado a unidades de agudos o la utilización de vías alternativas a la alimentación oral.

Con la progresión de la demencia, los pacientes muestran un incremento de la comorbilidad, siendo éste uno de los factores que se pueden identificar como predictores, tanto de institucionalización como de mayor mortalidad. La valoración de la comorbilidad se debe tener en cuenta desde el diagnóstico, pero es en fases más avanzadas de la enfermedad donde frecuentemente los pacientes pueden presentar malnutrición, úlceras por presión, incontinencia, enfermedad cerebrovascular, infecciones urinarias y respiratorias de repetición, siendo la neumonía la causa inmediata de muerte más frecuente entre estos pacientes. En el paciente con demencia avanzada el tratamiento de enfermedades crónicas intercurrentes (HTA, diabetes, EPOC...) no puede por menos que ser conservador, mostrando especial cuidado en evitar efectos secundarios de nuestra intervención.

Además de cómo afecta la comorbilidad a la propia evolución de la demencia o su efecto sobre los trastornos de conducta, hay que tener en cuenta que muchos de estos procesos cursan frecuentemente con dolor. El dolor es por tanto un síntoma que se presenta con gran frecuencia en los pacientes con demencia, pero que, sin embargo, numerosos estudios demuestran que no siempre se reconoce y por lo tanto se encuentra infratratado, lo que se demuestra cuando se comprueba que reciben menos analgésicos ante procesos oncológicos o en fractura de cadera.

Esta situación es más habitual en demencias avanzadas debido a la dificultad que tienen estos pacientes tanto para responder al dolor como para comunicarse y expresar las quejas, por lo que cualquier proceso que pueda cursar con dolor va a alterar significativamente su calidad de vida. Por todo ello, se debe valorar la existencia de dolor en cualquier paciente con demencia, especialmente en estadios avanzados. En estos casos se pueden utilizar escalas diseñadas específicamente, alguna de las cuales se encuentran traducidas al castellano.

En caso de parada cardiorrespiratoria hay que saber que la resucitación realizada en el hospital es eficaz en el 41% de los casos, con una supervivencia al alta del 13% de ellos. Sin embargo, estos resultados son tres veces menores en presencia de demencia (similar al cáncer metastásico). El éxito en la resucitación en una residencia desciende al 18,5%, con una supervivencia al alta hospitalaria del 3,4%. Si extrapolamos los datos del hospital, tan sólo un 1% de los demenciados que son reanimados tras una parada en una residencia serían dados de alta del hospital. Esto nos debe hacer valorar individualmente cada caso y, si se considera al paciente como no reanimable, en caso de sufrir una parada cardiorrespiratoria, las órdenes de no reanimación deben quedar claramente reflejadas en la historia clínica del paciente.

Como consecuencia de la mayor comorbilidad y de la frecuente aparición de complicaciones, un punto clave en el cuidado de estos pacientes es la decisión acerca de trasladarlo al hospital en caso de sufrir un proceso agudo intercurrente. Estos traslados exponen al paciente a importantes riesgos (infecciones, desarrollo de cuadros confusionales, utilización de psicofármacos, sondas...) y generan un elevado número de ingresos hospitalarios inapropiados. Los datos disponibles sugieren que los traslados hospitalarios presentan un elevado riesgo y relativamente pocos beneficios, especialmente en la calidad de vida de un paciente con demencia avanzada. Sin embargo, pocos pacientes con demencia avanzada tienen recogida en la historia clínica si se ha tomado una decisión acerca de una posible derivación hospitalaria, lo que se traduce porque se producen frecuentes traslados de pacientes al hospital incluso en etapas cercanas a la muerte.

Un punto crucial en el manejo del paciente con demencia avanzada lo marca la aparición de trastornos de la deglución y el planteamiento de la posibilidad de utilización de vías alternativas a la alimentación oral (sonda nasogástrica, gastrostomía). A pesar de que todavía sigue muy extendida una cultura de utilización de sondas para asegurar una adecuada nutrición y prevenir el riesgo de aspiración en el demenciado, hay que hacer notar que no existe evidencia de que el uso de nutrición enteral sea beneficioso en el caso de demencia avanzada. Las sondas de alimentación no han demostrado prevenir la broncoaspiración, no mejoran el estado nutricional ni el funcional del paciente, no mejoran la evolución de las úlceras por presión ni aumentan la supervivencia. Además, tienen efectos perjudiciales para el paciente porque aumentan el riesgo de infecciones locales, incrementan el uso de restricciones físicas y le privan del acto social de la comida y del uso del sentido del gusto.

## Recomendaciones

1. Al llegar a estadios avanzados de una demencia se van a presentar una serie de dilemas éticos para los que es conveniente tener recogida en la historia clínica, desde la valoración inicial, la información sobre voluntades anticipadas o sobre los deseos previos del paciente respecto al afrontamiento del final de su vida, especialmente en referencia a sus preferencias sobre tratamientos y medidas de soporte vital.
2. En estos pacientes, el personal asistencial deberá informar a la familia de las ventajas e inconvenientes de cada medida terapéutica e implicarles en la toma de decisiones. Asimismo, deberá facilitar la comunicación no verbal con el familiar, proporcionar soporte emocional y educar para afrontar mejor la situación de deterioro.
3. Todo paciente con una demencia grave debería tener recogida en la historia clínica de forma clara la actitud que se debe seguir frente a determinadas contingencias: reanimación en caso de parada cardiorrespiratoria, derivación hospitalaria en caso de descompensación aguda, utilización de medidas agresivas diagnósticas o terapéuticas, etc.
4. Es importante tener en cuenta la comorbilidad del paciente con demencia desde el diagnóstico y durante todo el curso de la enfermedad, prestando especial atención a

este aspecto ante todo empeoramiento brusco de los síntomas cognitivos o conductuales.

5. Se debe realizar una valoración de la existencia de dolor en todo paciente con demencia, especialmente en estadios avanzados, donde resulta fundamental sensibilizar a los profesionales sanitarios en reconocer determinadas manifestaciones no verbales (expresiones faciales, irritabilidad o alteraciones del sueño) para poder identificarlas como manifestaciones de dolor y *disconfort*. En este contexto, podría ser útil usar alguna de las escalas validadas en esta población (PAINAD, traducida al castellano).
6. El peso de la evidencia científica parece indicar que la utilización de sondas para alimentación no produce beneficio al paciente. Se debe informar a la familia de las ventajas e inconvenientes de su uso e implicar a la familia en la toma de decisiones.

## CALIDAD ASISTENCIAL

En nuestro entorno, apenas existe evidencia sobre la calidad asistencial ofrecida a los ancianos institucionalizados y ni los profesionales ni los consumidores tienen acceso a la información sobre la calidad ofertada por los mismos. Por tanto, se hace necesario que en un futuro inmediato se diseñen estudios de investigación para identificar nuevos procesos y establecer criterios y estándares de calidad en el cuidado de los pacientes con demencia institucionalizados. Aun así, sin olvidar indicadores más generales de calidad asistencial en Geriatría (incidencia de úlceras por presión, caídas, desnutrición, deshidratación, deterioro funcional, mortalidad...), podemos apuntar algunos de los indicadores de calidad referidos en la bibliografía anglosajona:

1. Existencia de protocolos de valoración geriátrica, especialmente de la esfera cognitiva.
2. Proporción de pacientes con sintomatología depresiva.
3. Proporción de residentes con síntomas neuropsiquiátricos.
4. Proporción de sujetos que reciben tratamiento farmacológico y no farmacológico, tanto de la demencia como de la sintomatología asociada.

## RECOMENDACIONES LEGALES

La demencia condiciona un deterioro progresivo e irreversible de las funciones mentales superiores y, con ello, una progresiva incapacidad del paciente para obrar, gobernarse, ejercer sus derechos y cumplir con sus obligaciones. Ahora bien, un diagnóstico de demencia no es sinónimo de incapacidad mental. Como el declinar cognitivo es progresivo, la posibilidad de decidir sobre una situación de incapacidad mental siempre estará condicionada por una adecuada valoración de la situación mental o una evaluación neuropsicológica.

Por tanto, los clínicos responsables del diagnóstico y cuidado de los pacientes con demencia deben conocer la legislación nacional relativa a los procedimientos de incapacidad. Asimismo, los facultativos de los centros residenciales deberán tener presente la

legislación relativa a las instituciones tutelares y a la figura del guardador de hecho, algunos puntos de los cuales reflejamos a continuación:

1. “La declaración de incapacidad puede promoverla el cónyuge, los descendientes, los ascendientes o los hermanos del presunto incapaz”. Por tanto, podría ser obligación del médico informar a los mismos del deterioro mental del paciente y de su obligación de promover un proceso de incapacidad.
2. “Si las personas mencionadas no existen o no la hubieran solicitado, las autoridades o funcionarios públicos que conocieran la existencia de posible causa de incapacitación deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal. Por último, se añade que cualquier persona está facultada para poner en conocimiento del Ministerio Fiscal los hechos que puedan ser determinantes de incapacitación”. En estos dos últimos supuestos podría ser obligación del clínico informar al Ministerio Fiscal sobre la existencia de un presunto incapaz.
3. Respecto al ingreso de un anciano en un centro residencial, es preciso tener presente que será voluntario “si el anciano manifiesta su deseo consciente de ingresar en el centro” y no tendrá ninguna repercusión legal.
4. La ausencia de dicho consentimiento, que condicionará un internamiento forzoso, deberá ser sustituida por una autorización judicial. Para ello, “el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de 24 horas”. En estos casos podría ser obligación del facultativo poner en conocimiento de la dirección del centro el posible “ingreso forzoso” de un “presunto incapaz” para que a quien corresponda valore la necesidad de informar a las autoridades competentes.
5. Por último, reseñar que en estos supuestos los directores de los centros residenciales se convierten en los “guardadores de hecho” de estos enfermos, con la responsabilidad que ello conlleva.

## LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Consideramos que una vía para que la atención al paciente con demencia en el medio residencial progrese por caminos de calidad pasa por el desarrollo de líneas de investigación sobre problemas directamente relacionados con el paciente en este medio y que cristalicen en estudios en que se valoren variables determinantes en el medio residencial. Esta estrategia resulta especialmente relevante en la demencia avanzada, donde diversas experiencias demuestran que se pueden realizar estudios que aporten un mayor conocimiento.

En este sentido se debe recomendar abrir líneas de investigación en residencias sobre calidad de vida en demencia, profundizar en el cuidado en demencia avanzada, búsqueda y validación de escalas dirigidas a la valoración del dolor y el sufrimiento en demencia, buscar indicadores de calidad asistencial que reflejen verdaderamente el trabajo en residencias... Esta posibilidad de mejora en la atención debería correr paralelamente al incremento de la formación continuada del personal sanitario en el campo de la demencia.

La atención del paciente con demencia es un proceso complejo, que abarca numerosas dimensiones muy sensibles y que se prolonga en el tiempo implicando estrechamente a la familia, al equipo asistencial y a los propios pacientes, y al que hay que dar respuestas eficaces. Muy probablemente, para conseguir dar esas respuestas será necesario realizar cambios en la cultura de las residencias de ancianos, cambios que afecten a las estructuras organizativas y también cambios en la atención a los pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

- López Mongil R, López Trigo JA, Castrodeza Sanz J, León Colombo T, de la Cruz González G y grupo colaborador RESYDEM. Epidemiología de las demencias en residencias. Estudio multicéntrico RESYDEM. Comunicación al XLVIII Congreso de la SEGG: 14-17 de junio de 2006; Pamplona. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2006; 41 (Esp. Congreso): 31.
- Herbert R, Dubois MF, Wolfson C, et al. Factors associated with long-term care institutionalization of older people with dementia: Data from the Canadian Study of Health and Aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56: M693-M699.
- Singer C, Luxenberg J. Diagnosing dementia in long-term care facilities. *J Am Med Dir Assoc* 2002; 4 (6) Suppl: S134-S140.
- García García FJ, Rodríguez Solís J, Jiménez Díaz G, et al. Evaluación neuropsicológica en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37 (S4): 10-25.
- Saliba D, Solomon D, Rubenstein L, Young R, Schnelle J, Roth C, Wenger N. Feasibility of quality indicators for the management of geriatric syndromes in nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc* 2004; 5: 310-319.
- Desai AK, Grossberg GT. Diagnosis and treatment of Alzheimer's disease. *Neurology* 2005; 64 (Suppl 3): S34-S39.
- Winblad B. Maintaining functional and behavioral abilities in Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2001; 15 (Supl 1): S36-S40.
- Feldman H, Gauthier S, Hecker J, Vellas B, Subbiah P, Whalen E. A 24-week, randomized, double-blind study of donepezil in moderate to severe Alzheimer's disease. *Neurology* 2001; 57: 613-620.
- Galasko D, Kershaw PR, Schneider L, Zhu Y, Tariot P. Galantamine maintains ability to perform activities of daily living in patients with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 1070-1076.
- Bullock R. Efficacy and safety of memantina in moderate-to-severe Alzheimer disease: the evidence to date. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2006; 20: 23-29.
- Tariot PN, Farlow MR, Grossberg GT, Graham SM, McDonald S, Gergel I. Memantine treatment in patients with moderate to severe Alzheimer disease already receiving donepezil: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291: 317-324.
- Tariot PN, Cummings JL, Katz IR, Mintzer J, Perdomo CA, Schwam EM, Whalen E. A randomized, double-blind, placebo-controlled study of the efficacy and safety of donepezil in patients with Alzheimer's disease in the nursing home setting. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 1590-1599.
- Khang P, Weintraub N, Espinoza RT. The use, benefits and costs of cholinesterase inhibitors for Alzheimer's dementia in long-term care: Are the data relevant and available? *J Am Med Dir Assoc* 2004; 5: 249-255.

- Feldman H, Gauthier S, Hecker J, et al. Economic evaluation of donepezil in moderate to severe Alzheimer disease. *Neurology* 2004; 63: 644-650.
- Fillit H. Cost consequences and cost benefits of treating patients with moderate to severe Alzheimer disease. *Neurology* 2005; 65 (Suppl 3): S31-S33.
- Lyketsos CG, Colenda CC, Beck C, et al. Position statement of the American Association for Geriatric Psychiatry regarding principles of care for patients with dementia resulting from Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 14 (7): 561-573.
- Waldemar G, Dubois B, Emre M, Georges J, McKeith IG, Rossor M, Scheltens P, Tariska P, Winblad B. Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline. *Europ J Neurol* 2007; 14: e1-e26.
- O'Brien JT. Vascular cognitive impairment. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 14: 724-733.
- Wild R, Pettit T, Burns A. Inhibidores de colinesterasa para la demencia de cuerpos de Lewy (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).
- López Trigo JA, López Mongil R, Castrodeza Sanz J, León Colombo T, RESYDEM Collaborative Group. Valuation and analysis of neuropsychiatry symptoms in dementia in spanish long-term care institutions. Comunicación al X Congreso de la European Federation of Neurological Societies: 2-5 de septiembre de 2006. *Eur J Neurol* 2006; 13 (suppl. 2): 132.
- Masterman D. Treatment of the neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. *J Am Med Dir Assoc* 2002; 4 (6) Suppl: S146-154.
- Boada M, Tàrraga L, Modinos G, et al. Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home version (NPI-NH): validación española. *Neurología* 2005; 20 (10): 665-673.
- Cummings JL. Neuropsychiatric and behavioral alterations and their management in moderate to severe Alzheimer disease. *Neurology* 2005; 65 (Suppl 3): S18-S24.
- American Geriatrics Society and American Association for Geriatric Psychiatry. Consensus statement on improving the quality of mental health care in US nursing homes: Management of depression and behavioral symptoms associated with dementia. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 1287-1298.
- Wilkins CH, Moylan KC, Carr DB. Diagnosis and management of dementia in long-term care. *Ann Long-Term Care* 2005; 13 (11): 17-24.
- Cohen-Mansfield J. Nonpharmacological interventions for persons with dementia. *Alzheimer's Care Quarterly* 2005; 6 (2): 129-145.
- Ayalon L, Gum AM, Feliciano L et al. Effectiveness of nonpharmacological interventions for the management of neuropsychiatric symptoms in patients with dementia. *Arch Intern Med* 2006; 166: 2182-2188.
- AGS Clinical Practice Committee. Guidelines abstracted from the American Academy of Neurology's Dementia Guidelines for early detection, diagnosis, and management of dementia. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 869-873.
- Sink KM, Holden KF, Yaffe K. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence. *JAMA* 2005; 293: 596-608.
- Burns A, De Deyn PP. Risperidone for the treatment of neuropsychiatric features in dementia. *Drugs Aging* 2006; 23 (11): 887-896.

- Schneider LS, Dagerman KS, Insel P. Risk of Death With Atypical Antipsychotic Drug Treatment for Dementia. Meta-analysis of Randomized Placebo-Controlled Trials. *JAMA* 2005; 294:1934-1943.
- Ballard C, Waite J. Efectividad de los fármacos antipsicóticos atípicos para el tratamiento de la agresividad y la psicosis en la enfermedad de Alzheimer (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).
- Wang PS, Schneeweiss S, Avorn J, Fischer MA, Mogun H, Solomon DH, Brookhart MA. Risk of death in elderly users of conventional vs atypical antipsychotic medications. *N Engl J Med* 2005; 353: 2335-2341.
- Carson S, McDonagh MS, Peterson K, et al. A systematic review of the efficacy and safety of atypical antipsychotics in patients with psychological and behavioral symptoms of dementia. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54: 354-361.
- Herrmann N, Mandani M, Lanctot K. Atypical antipsychotics and risk of cerebrovascular accidents. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1113-1115.
- Trinh N-H, Hoblyn J, Mohanty S, Yaffe K. Efficacy of Cholinesterase Inhibitors in the Treatment of Neuropsychiatric Symptoms and Functional Impairment in Alzheimer Disease. A Meta-analysis. *JAMA* 2003; 289: 210-216.
- Cummings JL, McRae T, Zhang R. Effects of donepezil on neuropsychiatric symptoms in patients with dementia and severe behavioral disorders. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 14 (7): 606-612.
- Cummings JL, Schneider E, Tariot PN, et al. Behavioral effects of memantine in Alzheimer disease patients receiving donepezil treatment. *Neurology* 2006; 67: 57-63.
- Bains J, Birks JS, Denning TR. Antidepresivos para el tratamiento de la depresión en la demencia (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).
- Day K, Carreon D, Stump C. The therapeutic design of environments for people with dementia: a review of the empirical research. *The Gerontologist* 2000; 40 (4): 397-416.
- Tariot PN. Medical management of advanced dementia. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: S305-S313.
- Doraiswamy PM, Leon J, Cummings JL, Marin D, Neumann PJ. Prevalence and impact of medical comorbidity in Alzheimer's disease. *J Gerontol* 2002; 57A: M173-M177.
- Black BS, Finucane T, Baker A, Loreck D, Blass D, Fogarty L et al. Health problems and correlates of pain in nursing home residents with advanced dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2006; 20: 283-290.
- Bernabei R, Gambassi G, Lapane K, Landi F, Gatsoni C, Dunlop R, et al. Management of pain in elderly patients with cancer. *JAMA* 1998; 279: 1877-1882.
- Morrison RS, Siu AL. A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with a hip fracture. *J Pain Symptom Manage* 2000; 19: 240-248.
- Scherder E, Oosterman J, Swaab D, Herr K, Ooms M, Ribbe M et al. Recent developments in pain in dementia. *BMJ*. 2005; 330: 461-464.
- Warden V, Hurley AC, Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *J Am Med Dir Assoc* 2003; 4 (1): 9-15.

- Buiza C, Arriola E, Thomson L. Psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *Notas Clínico-Terapéuticas*. nº 6. Matia Fundazioa; 2004.
- Volicer L. Medical issues in late-stage dementia. *Alzheimer's Care Quarterly* 2005; 6 (1): 29-345.
- Lamberg JL, Person CJ, Kiely DK, Mitchell SL. Decisions to hospitalize nursing home residents dying with advanced dementia. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53:1396-1401.
- Finucane TE, Christmas C, Travis K. Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of the evidence. *JAMA* 1999; 282: 1365-1370.
- Casarett D, Kapo J, Caplan A. Appropriate use of artificial nutrition and hydration. Fundamental principles and recommendations. *N Engl J Med* 2005; 24: 2607-2612.
- American Geriatrics Society and American Association for Geriatric Psychiatry. The American Geriatrics Society and American Association for Geriatric Psychiatry recommendations for policies in support of quality mental health care in US nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 1299-1304.
- Couto R, Mirat P, Armendáriz C. La protección jurídica de los ancianos. Procedimiento de incapacitación e instituciones tutelares que los protegen. Majadahonda: Ed. Colex; 2006.

