

Deterioro Cognitivo

Documento de apoyo a profesionales

Deterioro cognitivo

Documento de apoyo a profesionales

DETERIORO cognitivo [Recurso electrónico] : documento de apoyo a profesionales. -- Sevilla : Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias, 2025.

Texto electrónico (pdf), 13 p.

1. Disfunción cognitiva. 2. Enfermedad de Alzheimer. 3. Calidad de la atención de salud. 4. Guía de práctica clínica. 5. Andalucía. I. Andalucía. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

WT 155



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

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

Título: Deterioro cognitivo: Documento de apoyo a profesionales.

Edita: Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias. Junta de Andalucía. 2025

Maquetación: Kastaluna

Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias:

<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/sanidadpresidenciayemergencias.html>

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

Justificación / **5**

Aspectos clave relacionados con el Proceso Asistencial Deterioro Cognitivo / **7**

Recomendaciones de tratamiento en el Proceso Asistencial Deterioro Cognitivo / **11**

Este documento de apoyo para profesionales pretende ser una herramienta de apoyo para la atención integral de los pacientes con deterioro cognitivo. Aunque el documento de referencia para la atención a dichos pacientes es el Proceso Asistencial Deterioro Cognitivo, se ha considerado necesaria la elaboración de este resumen para guiar a los profesionales en el recorrido asistencial del paciente facilitando una atención de calidad.

El Proceso Asistencial se divide en 8 etapas diferenciadas: valoración inicial, valoración diagnóstica complementaria, valoración biopsicosocial/PAP (las tres llevadas a cabo en el ámbito de Atención Primaria), valoración diagnóstica hospitalaria, valoración diagnóstica hospitalaria complementaria, plan de tratamiento y seguimiento (de forma coordinada entre Atención Primaria y Hospitalaria), seguimiento Atención Primaria y seguimiento Compartido (entre Atención Primaria y Hospitalaria).

Para cada etapa se han descrito una serie de actividades y pruebas a llevar a cabo, que se resumen en las tablas siguientes, teniendo en cuenta las circunstancias individuales y valores de cada paciente, su familia y cuidadores y facilitando la toma de decisiones compartida. Para que este documento sea operativo se ha dividido en dos secciones: la primera dedicada a los aspectos más importantes a tener en cuenta en la asistencia y la segunda al tratamiento.

Aspectos clave relacionados con el Proceso Asistencial Deterioro Cognitivo

Tabla 1. Pruebas diagnósticas y de valoración a tener en cuenta según el recorrido del paciente.

Visitas	Ámbito	Pruebas, escalas o test
Valoración inicial	Atención Primaria	• Test del informador (disponible en Diraya)^{1,2}. • Mini examen Cognoscitivo de Lobo (MEC-30) (disponible en Diraya)^{1,2,3}. • Fototest (no disponible en Diraya).
Valoración diagnóstica complementaria	Atención Primaria	- Valoración del área afectiva: • Escala de Yesavage (disponible en Diraya) > 65 años³. • Escala de Cornell (no disponible en Diraya) ≤65 años. - Valoración de deterioro funcional relacionado con la función cognitiva o capacidad para desarrollar actividades instrumentales de la vida: • Cuestionario de Actividad Funcional de PFEFFER (FAQ) (no disponible en Diraya) Cuando PFEFFER ≥ 6: • Índice de Barthel (disponible en Diraya). - Valoración de la capacidad para tomar decisiones - autonomía personal: • Instrumento de ayuda para la Evaluación de la Capacidad (Aid to Capacity Evaluation-ACE) (no disponible en Diraya).
Valoración biopsicosocial (persona con deterioro cognitivo)	Atención Primaria	- Valoración fragilidad⁴: • Test de cribado para la detección de caídas (disponible en Diraya). • Test de “levántate y anda” (“<i>Test get up and go</i>” cronometrado) (disponible en Diraya). - Valoración familiar⁵: • Escala Socio-Familiar de Gijón (disponible en Diraya).
Valoración biopsicosocial (cuidador)	Atención Primaria	- Valoración de la sobrecarga de la persona cuidadora⁶: • Índice de esfuerzo del cuidador (disponible en Diraya)
Valoración diagnóstica hospitalaria	Atención Hospitalaria	Ante sospecha de enfermedad de Alzheimer: • Si la persona completó estudios primarios se sugiere emplear: “<i>Free and Cued Selective Reminding Test</i>” (FCSRT) o “Test de recuerdo libre y selectivamente facilitado con recuerdo inmediato, versión verbal”^{1,7} (no disponible en Diraya). • Si la persona no completó estudios primarios se sugiere emplear: “<i>The Memory Associative Test of the district of Seine-Saint-Denis</i>” (TMA-93) o “test de memoria con imágenes”⁸ (no disponible en Diraya). Se ofrecerá realizar una prueba de imagen estructural para descartar causas reversibles y para ayudar al diagnóstico del subtipo salvo que la demencia esté bien establecida y el diagnóstico del subtipo esté claro^{1,2}. Para la valoración del estadiaje se utilizará la Escala Global del Deterioro para la evaluación de la demencia degenerativa primaria (<i>Global Deterioration Scale</i>; GDS). Esta escala se completará con la Escala de Clasificación para la Evaluación Funcional (<i>Functional Assessment Staging</i>; FAST) (disponible en Diraya).

Tabla 1. Pruebas diagnósticas y de valoración a tener en cuenta según el recorrido del paciente.

Visitas	Ámbito	Pruebas, escalas o test
Seguimiento (persona con deterioro cognitivo)	Atención Primaria	- Valoración de la capacidad funcional y cognitiva: • Barthel • MEC-30 para GDS≤4 o Pfeiffer para GDS≥5 - Reevaluar el tratamiento con antipsicóticos: • Inventario Neuropsiquiátrico (NPI)⁹ (no disponible en Diraya). - Valoración del riesgo de malnutrición: • <i>Mini-Nutritional-Assessment</i> (MNA) (disponible en Diraya). - Valoración del dolor específica para población con deterioro cognitivo: • Escala Abbey¹⁰ (no disponible en Diraya).
Seguimiento (cuidador)	Atención Primaria	Valoración de la sobrecarga de la persona cuidadora : • Índice de esfuerzo del cuidador¹¹ (disponible en Diraya).

AP: Atención Primaria, GDS: Global Deterioration Scale (escala global del deterioro).

Tabla 2. Plan de acción personalizado

Visitas	Ámbito	Actividades
Valoración biopsicosocial PAP	Atención Primaria	Una vez diagnosticado y valorado el paciente con deterioro cognitivo, se elaborará el PAP en un periodo no superior a ocho semanas .
Valoración diagnóstica hospitalaria	Atención Hospitalaria	Se redactará el plan de tratamiento y seguimiento acorde a los resultados obtenidos para transmitirlo a Atención Primaria y que se pueda así completar el Plan de Acción Personalizado (PAP) .
Valoración biopsicosocial (persona con deterioro cognitivo)	Atención Primaria	Evaluación del PAP en colaboración con la persona con deterioro cognitivo (si procede), su familia y cuidadores y el equipo multidisciplinar para modificarlo como proceda ³ . Se realizará una reevaluación del PAP en una visita de seguimiento al menos una vez al año ^{1,2} . Se debe completar/ modificar el PAP teniendo en cuenta la identificación de nuevos problemas, nuevos objetivos y metas e intervenciones que se vayan a incorporar ¹ .

PAP: Plan de acción personalizado.

Bibliografía

1. *Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers NICE guideline* [Internet]. London, UK; 2018 [cited 2021 Apr 21]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97>
2. *Sign. SIGN168 Assessment, diagnosis, care and support for people with dementia and their carers A national clinical guideline* [Internet]. 2023 [cited 2024 Jun 5]. Disponible en: <https://www.sign.ac.uk/media/2157/sign-168-dementia.pdf>
3. *Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Delirium, Dementia and Depression in Older Adults: Assessment and Care* [Internet]. Second Edition. Registered Nurses' Association of Ontario; 2016. Disponible en: <https://cutt.ly/IQF9AOS>
4. Ollero Baturone M (coordinador). *Atención a Pacientes Pluripatológicos: Proceso Asistencial Integrado* [Internet]. 3a Edición. Sevilla: Consejería de Salud; 2019 [cited 2021 Nov 18]. Disponible en: <https://cutt.ly/rO4H3TT>
5. Ministerio de Sanidad. *Abordaje del Alzheimer y otras demencias. Estrategia en enfermedades neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud*. [Internet]. 2021 Dec. Disponible en: <https://cutt.ly/itrkizvb>
6. López Alonso SRMSM. Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española. *Enfermería Comunitaria* [Internet]. 2005 [cited 2021 Jun 23];1(1):11–7. Disponible en: <https://cutt.ly/DO6Rb5j>
7. Peña-Casanova J, Gramunt-Fombuena N, Quinones-Ubeda S, Sanchez-Benavides G, Aguilar M, Badenes D, et al. *Spanish Multicenter Normative Studies (NEURONORMA Project): Norms for the Rey-Osterrieth Complex Figure (Copy and Memory), and Free and Cued Selective Reminding Test*. *Archives of Clinical Neuropsychology* [Internet]. 1 Junio 2009; 24(4):371–93. [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/xeiDB587>
8. Maillet D, Narme P, Amieva H, Matharan F, Bailon O, Le Clésiau H, et al. *The TMA-93: A New Memory Test for Alzheimer's Disease in Illiterate and Less Educated People*. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias* [Internet]. 2017 Dec 27; 32(8):461–7 [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/DPuW5EG>
9. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. *The Neuropsychiatric Inventory*. *Neurology* [Internet]. Diciembre 1994; 44(12):2308–2308. [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/beiFbhhu>
10. de Juan Pardo MÁ, Saracibar-Razquin M, Crespo I, Fuster Linares P. Valoración del dolor en personas con demencia y problemas de comunicación en España. Revisión sistemática. *Rev Clin Esp* [Internet]. 2018 Nov; 218(8):435–44 [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/Teo0fr77>

Recomendaciones de tratamiento en el Proceso Asistencial Deterioro Cognitivo

Tabla 3. Recomendaciones de tratamiento según subtipo y estadio.

Subtipo	Estadío					
	GDS ≤3	GDS 4	GDS 5	GDS = 6	GDS =7	
Alzheimer	No tto recomendado	1. Monoterapia con iACE: - donepezilo - rivastigmina - galantamina 2. En caso de intolerancia o contraindicación a iACE: memantina 3. No beneficio de tto combinado iACE+ memantina	1. Monoterapia con iACE: - donepezilo - rivastigmina - galantamina 2. En caso de intolerancia o contraindicación a iACE: memantina 3. Se valorará indicar biterapia iACE+memantina	1. No iACE. Recomendado el uso de memantina 2. Se podrá ofrecer biterapia iACE+ memantina	1. No iACE. Recomendado el uso de memantina 2. No beneficio de tto combinado iACE + memantina. 3. No usar iACE ni memantina en GDS-FAST ≥7c	
Cuerpos Lewy		Leve o moderada 1. Monoterapia con: - donepezilo* - rivastigmina* 2. En caso intolerancia a los anteriores: galantamina* 3. Si intolerancia o contraindicación a iACE: memantina*			Severa 1. Monoterapia con: - donepezilo* - rivastigmina* 2. Si intolerancia o contraindicación a iACE: memantina*	
Demencia mixta		No tto recomendado	1. Monoterapia: - iACE o memantina*			

iACE: inhibidor acetilcolinesterasa. *Uso fuera de indicación: en caso de utilizarse en una indicación no autorizada en ficha técnica, debe cumplirse lo dispuesto en el RD 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales, que tal y como se recoge en el artículo 13: “La utilización de medicamentos autorizados en condiciones diferentes a las establecidas en su ficha técnica, tendrá carácter excepcional y se limitará a las situaciones en las que se carezca de alternativas terapéuticas autorizadas para un determinado paciente, respetando en su caso las restricciones que se hayan establecido ligadas a la prescripción y/o dispensación del medicamento y el protocolo terapéutico asistencial del centro sanitario. El médico responsable del tratamiento deberá justificar convenientemente en la historia clínica la necesidad del uso del medicamento e informar al paciente de los posibles beneficios y los riesgos potenciales, obteniendo su consentimiento conforme a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre”.

En el caso de la demencia vascular y demencia frontotemporal, no se recomienda tratamiento ni con iACE ni con memantina en ninguno de sus estadios GDS.

Bibliografía

1. Servicio de Promoción de Uso Racional del Medicamento. Subdirección de Farmacia y Prestaciones. Servicio Andaluz de Salud. Recomendaciones para el uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico de las demencias: ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS DEGENERATIVAS. [Internet]. Marzo2022 [citado 21 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/profesionales/farmacia-y-prestaciones/uso-racional-del-medicamento>
2. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Centro de Información de Medicamentos online de la AEMPS [Internet]. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. 2017 [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>
3. RD 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales. [Internet]. [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2009-12002>
4. Gestión de medicamentos, productos sanitarios y productos dietéticos. Visado de medicamentos, productos sanitarios y productos dietéticos [Internet]. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Consumo. [citado 23 de junio de 2021]. Disponible en: <https://cutt.ly/8eiFTmcZ>

Tabla 4. Otras recomendaciones de tratamiento.

Situación clínica	Ámbito	Recomendación
Fragilidad	Atención Primaria	- Revisar el tratamiento con fármacos que aumentan la carga colinérgica. - Revisar el tratamiento con fármacos relacionados con caídas
Insomnio		- No se ofrecerá tratamiento con melatonina para el control del insomnio ¹ . - Enfoque multicomponente que incluye educación sobre higiene del sueño, exposición a la luz del día, ejercicio y actividades personalizadas ^{1,2} . - Indicar fármacos que tengan mínimos efectos secundarios sobre la función cognitiva .
Depresión leve-moderada y/o ansiedad		- Abordaje psicológico ^{1,3} .
Trastornos psicológicos de la conducta		- Manejo mediante intervenciones psicosociales y del entorno ^{1,4} . - Valorar abordaje farmacológico.
Dolor		- Tratamiento gradual que equilibre el manejo del dolor y los posibles eventos adversos ³ .
Otras comorbilidades		- Valorar medicación de otras comorbilidades y polimedicación.

Bibliografía

1. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers NICE guideline* [Internet]. London, UK; 2018 [citado 21 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97>
2. Sign. SIGN168 *Assessment, diagnosis, care and support for people with dementia and their carers A national clinical guideline* [Internet]. 2023 [citado 5 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/dementia/>
3. Guía clínica de Tratamiento farmacológico de los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia [Internet]. Fistera. 2021 [citado 13 de enero de 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/0PuoMIA>
4. Escuela Andaluza de Salud Pública: Consejería de Salud. Bol Ter Andal. CADIME. Antipsicóticos para el tratamiento de síntomas del comportamiento en las demencias [Internet]. 2018 [citado 5 de julio de 2021]. Disponible en: https://cadime.es/images/documentos_archivos_web/BTA/2018/CADIME_BTA_33_03.pdf

