

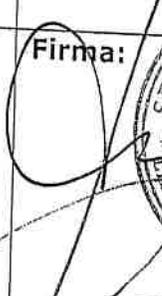


PROTOCOLO DEMENCIA

Código: SDGA-10-2018
Fecha: 14/05/16
Versión: 1
Vigencia: 14/05/19
Próx. Revisión: 31-10-18
Página: 0 de 15

PROTOCOLO DEMENCIA

PROTOCOLO DE MANEJO EN ESTABLECIMIENTOS DE MENOR COMPLEJIDAD Y DERIVACION A NIVEL ESPECIALIDAD

Elaborado por:	Revisado por HRLBO	Revisado por DSSO	Aprobado por:
Dr. Héctor Zambrano González. Jefe Unidad de Neurología HRLBO.	Dr. Sergio Zamorano Ortiz. Director (S) HRLBO. Dra. Cecilia Piotrowski Subdirector (S) Médico. HRLBO.	Dr. Felipe Rojas Troncoso. Subdirector (S) Gestión Asistencial. DSSO. Dr. Esteban San Martín. Jefe Departamento Gestión Integrada de la Red. DSSO.	Gonzalo Urbina Arriagada. Director (S) Servicio de Salud O'Higgins.
Firma: 	Firma: 	Firma: 	Firma: 
Fecha elaboración: Mayo 2016	Fecha Revisión: Enero 2018	Fecha Revisión: Enero 2018	Fecha Aprobación: Enero 2018

Nota: Los documentos exhibidos en formato impreso o copia de ellos son documentos controlados.

1. DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES:

No existe conflicto de intereses.

2. INTRODUCCIÓN:

Trastorno cerebral adquirido, crónico y progresivo, que afecta el intelecto y la conducta, y es de magnitud suficiente para afectar las actividades de la vida diaria del paciente, se define como un síndrome clínico de deterioro cognitivo adquirido que determina disminución de la capacidad intelectual suficiente como para interferir en el funcionamiento social y funcional del individuo y en su calidad de vida. Muchas patologías pueden causar demencia, y algunas de ellas pueden ser reversibles.

3. MAPA DE RED:

Origen	Establecimiento de destino	Especialidad
Establecimientos de la Red	Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins	Neurología y Psiquiatría

4. OBJETIVOS.

General:

Establecer los criterios de derivación de pacientes portadores de Demencia, desde el nivel de atención primaria de los establecimientos del Servicio de Salud O'Higgins al Hospital Libertador Bernardo O'Higgins, para mejorar la calidad, tiempos de atención, uso de recursos y la resolución oportuna de esta patología.

Específicos:

- Optimizar el acceso a la atención por Neurólogo y Psiquiatra de los pacientes portadores de Demencia, derivados desde atención primaria.
- Entregar al médico de atención primaria una guía para evaluación y manejo de pacientes portadores de Demencia.
- Aumentar el poder de resolución del médico de atención primaria en esta patología.
- Entregar al médico de atención primaria los criterios de derivación de esta patología al nivel secundario.
- Disminuir el número de interconsultas innecesarias desde el nivel primario al secundario.
- Dar a conocer al equipo de salud de atención primaria y especialistas neurólogos y psiquiatras del nivel secundario de este protocolo, que podría ser modificado según evaluaciones posteriores.

5. ALCANCE O AMBITO DE LA APLICACIÓN:

El presente protocolo es un apoyo dirigido a los profesionales de la Atención Primaria y Secundaria que participan en las acciones de salud como orientación diagnóstica para la patología de cefalea crónica, que permita estandarizar criterios terapéuticos básicos y de derivación.

Deberá estar en conocimiento de los Directores de establecimientos, Jefes de Servicio y Jefes de Programa, así como Encargados de Sector de la Red Asistencial del Servicio Salud O'Higgins.

Atención Primaria: Centros de Salud Familiar, Centros de Salud Urbanos y Rurales, Postas de Salud Rural, Servicios de Atención Primaria de Urgencia.

Atención Secundaria: Hospitales de Baja y Mediana Complejidad, Hospitales de Mayor complejidad.

6. POBLACIÓN OBJETIVO

La demencia afecta aproximadamente a un 5-8% de los individuos de más de 65 años, a un 15-20% de los de más de 75 años y a un 25-50% de los de más de 85 años.

La enfermedad de Alzheimer es la demencia más frecuente (50-75% del total de las demencias), con una mayor proporción de pacientes en los grupos de mayor edad.

La demencia vascular ocupa el segundo lugar.

Las demencias no sólo afectan al paciente, sino además, al conjunto del núcleo familiar. Se puede calcular que aproximadamente 712.000 personas están directamente afectadas por las demencias en Chile.

7. DEFINICIONES Y FUNDAMENTOS PARA LA SOSPECHA CLÍNICA E INDICACIONES DE EVALUACIÓN:

DEBE INDICAR EXPLICITAMENTE CRITERIOS DE REFERENCIA (EXAMENES QUE DEBEN IR ACOMPAÑADOS), Y CRITERIOS DE CONTRAREFERENCIA (SEGUIMIENTO DEL PACIENTE)

Tiempo de Resolución: medición de tiempo desde el ingreso de la interconsulta al alta del paciente por la patología descrita. INDICAR TIEMPO PROMEDIO APROXIMADO ENTRE CNE Y ALTA DEL PACIENTE

Alta de nivel secundario: Proceso administrativo por el cual un paciente que ya ha cumplido con su plan diagnóstico y terapéutico es referido a su domicilio y/o a su establecimiento de atención primaria con un documento de contrareferencia.

El diagnóstico es eminentemente clínico y requiere estar alerta a síntomas iniciales, aplicar instrumentos de diagnóstico, hacer diagnóstico diferencial y etiológico.

Criterios diagnósticos, DSM IV:

A. Presencia de múltiples déficits cognitivos

1. Memoria

2. 1 o más de los siguientes

a. Afasia

b. Apraxia

c. Agnosia

d. Disfunción ejecutiva

B. Déficit provocan deterioro significativo en actividad social o laboral

C. El deterioro es gradual y progresivo

D. No se deben a otras enfermedades del SNC, sistémicas ni abuso de sustancias

E. El déficit no aparecen en contexto de delirium

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno del eje I

• Utilidad:

– Permiten unificar criterios

– Son de fácil aplicación

• Desventajas:

– Para demencias no Alzheimer no es tan sensible

– No todas las demencias son progresivas

• Ejemplo demencia post TEC

– El curso no siempre es gradual

- Ejemplo demencia vascular

La primera pregunta que cabe hacerse ante un paciente que presenta un trastorno cognitivo, es determinar si estamos ante un proceso patológico o normal del envejecimiento.

Diagnóstico diferencial entre el envejecimiento normal y el envejecimiento patológico. (Adaptado de Brodaty 1998)

	Adulto mayor normal	Adulto mayor patológico
Olvidos	De fragmentos o detalles de un evento	De la ocurrencia de un evento
Olvidos de tipo atencional	Olvidos más característicos no aumentan en frecuencia	Aumentan en frecuencia
Olvidos de palabras o nombres	Ocasional	Frecuente
Capacidad de recordar información con ayudas externas (índices, etc.)	Sí	Progresivamente se va perdiendo
Capacidad de usar métodos mnemotécnicos	Sí	Progresivamente se va perdiendo
Cálculo	Conservado	Disminuye progresivamente
Comprensión de un programa de TV, un libro o un programa de radio	Normal	Disminuye Progresivamente
Capacidades de las actividades de la vida diaria	Conservada	Disminuye Progresivamente
Perfil temporal	Conservado	Deterioro Progresivo

La aplicación del EFAM, que incluye el Minimental abreviado, debe realizarse al 100% de los adultos mayores que se encuentran en control.

Si del Minimental abreviado, se obtiene un puntaje < a 13 puntos, corresponde aplicar el Yesavage (depresión geriátrica) y Pfeffer (funcionalidad) al acompañante del paciente.

Para evaluar el deterioro cognitivo se debe realizar un estudio clínico con una evaluación neurológica que incluya el examen de las funciones cognitivas y el test de actividades funcionales: Mini Mental State Examination de Folstein (MMSE, versión original) y el test de Pfeffer (PFAQ). Ver Anexo Nº1

El punto de corte para el diagnóstico de demencia es de un puntaje < 21 en el MMSE y un puntaje > 6 en el PFAQ. Es importante considerar el nivel educacional del paciente en la evaluación. Ver Anexo Nº2

Son síntomas de alerta:

- Episodios de desorientación espacial
- Pérdida de memoria, que se manifiesta en olvidos frecuentes y dificultad para aprender y retener nueva información. Estos olvidos deben ser corroborados por el familiar o el acompañante.
- Consulta por la falla de memoria por parte de la familia y no del paciente mismo.
- Ausencia de queja del paciente sobre sus dificultades cognitivas o queja poco específica.
- Errores en actividades de la vida cotidiana, especialmente en la gestión del dinero, la toma de medicamentos, la utilización de los medios de transporte y capacidad de usar el teléfono.
- Conductas desajustadas, pérdida del control social.
- Alteraciones emocionales y conductuales tales como pasividad, depresión o labilidad emocional. Tendencia a la inercia y apatía.
- Cuadros psiquiátricos de inicios tardíos, tales como depresiones, manías y/o delirio en sujetos sin antecedentes psiquiátricos previos.

Una vez que se pesquisa un trastorno cognitivo, debe diferenciarse entre uno de inicio agudo y uno progresivo.

Si es de instalación aguda, habitualmente corresponde a un estado confusional agudo que es una urgencia médica

Cuadro para diagnóstico diferencial:

	Estado Confusional	Demencia
Inicio	Agudo	Insidioso
Duración	Días o semanas	Crónica
Curso a lo largo del día	Varía por horas o momentos	Más estable a lo largo del día
Nivel de conciencia	Bajo y fluctuante	Normal
Desorientación	Precoz y muy intensa	No precoz
Atención	Muy alterada	Poco alteradas
Alteraciones de la percepción (alucinaciones)	Frecuentes	Más raras
Afecto	Miedo, ansiedad, Irritabilidad	Inestable
Psicomotricidad	Alterada, hiper o hipoactivo	Más conservada
Adaptación al déficit	Pobre	Relativamente buena

Si se trata de un deterioro cognitivo de instalación gradual y con persistencia en el tiempo, es importante diferenciar entre:

- Un cuadro de origen psiquiátrico (depresión, enfermedad bipolar, psicosis)
- Un cuadro demencial de origen neurológico
- Una demencia potencialmente reversible secundaria a un problema metabólico y/o abuso de fármacos o sustancias
- Un trastorno cognitivo mínimo o leve no demenciante, que agrupa a varios factores (Deprivación socio-cultural, desafrentación sensorial, analfabetismo, brechas culturales, el trastorno cognitivo mínimo o leve).

Por su relevancia clínica y la reversibilidad de los trastornos cognitivos asociados a depresión con tratamiento adecuado, es relevante realizar un correcto diagnóstico diferencial entre un trastorno cognitivo asociado a depresión y la enfermedad de Alzheimer.

	Trastorno cognitivo asociado a depresión	Enfermedad de Alzheimer
Inicio	Rápido, semanas a meses. Se puede establecer generalmente la fecha de inicio con precisión	Insidioso, lento, en meses o años. No se puede establecer precisamente la fecha de inicio
Evolución	Rápido; evolución en meses	Lento, deterioro progresivo
Historia familiar	+ Trastorno afectivo	+ Demencia
Queja	Frecuente y detallada queja de pérdida cognitiva y de tristeza	Pocas quejas
Síntomas	+ Estrés. + Énfatiza dificultades. + Enfatiza fracasos	+ Indiferencia. + Subestima dificultades. + Piensa rendir bien
Conciencia de los síntomas por el entorno	La familia es consciente del trastorno y de su severidad	La familia lo desconoce durante mucho tiempo
Ánimo	Depresivo, triste, estable.	Sin ánimo depresivo, depresión poco marcada y presencia de fluctuaciones
Destrezas sociales	Pérdida no proporcional a trastorno cognitivo	Conservadas
Ritmo circadiano	+ Peor en las mañanas	+ Peor en las tardes
Pérdida de memoria	Inconsistente, variable Pérdida de memoria para hechos recientes y lejanos. Lagunas de memoria para hechos o periodos específicos. Déficit de la recuperación*	Consistente. Pérdida de memoria, sobre todo para hechos recientes o reciente a largo-término. Lagunas de memoria poco frecuentes. Trastorno del almacenamiento**

* Los pacientes logran recuperar la información con lentitud y la introducción de claves facilita el recuerdo de la información.

** La introducción de claves no ayuda a recuperar la información.

Una vez que se defina se trata de un trastorno secundario a una causa neurológica, es importante descartar si es reversible o no.

Para ello el estudio complementario (de todo trastorno cognitivo) incluye los siguientes exámenes:

- Hemograma y VHS.
- Perfil Bioquímico (Calcemia-Fosfemia, Pruebas hepáticas).
- Orina Completa.
- Serología (Lúes).
- Determinación de hormonas tiroideas.
- Estudio de factores de riesgo cardiovascular: presión arterial, perfil lipídico.
- Electrolitos plasmáticos
- Interrogatorio detallado y dirigido sobre el tratamiento farmacológico en curso.

Además de los exámenes obligatorios, se deben considerar los siguientes complementarios opcionales a ser solicitados según evaluación del especialista:

- Determinación de B12 y Folato (pacientes con anemia macrocítica, sospecha de mala absorción, alcohólicos)
- Serología HIV
- Neuroimágenes: No existe evidencia actual para recomendar el estudio de neuroimágenes en todo paciente con trastorno cognitivo (Condeferer et al., 2003).

Ante la ausencia de evidencia, se recomienda realizar un escáner cerebral y/o RNM en pacientes con (adaptado de Paterson et al., 1999):

- Deterioro cognitivo acelerado (en 1 ó 2 meses) de las capacidades cognitivas y/o de la funcionalidad sin una causa clara.
- Síntomas o signos neurológicos focales.

Síntomas neurológicos sin clara explicación (crisis convulsivas o aparición de cefaleas importantes).

- Tríada de Adams (hidrocefalia normotensiva en adultos: demencia, incontinencia y trastornos de la marcha)
- Trastornos de la marcha, atáxica.
- Trauma cráneo-encefálico reciente o importante.
- Tratamiento anticoagulante o antecedente de un trastorno de la coagulación
- Historia de cáncer.
- Presentación atípica de los síntomas cognitivos (por ejemplo, predominio de las dificultades de lenguaje).

Si es un trastorno cognitivo de origen neurológico no reversible, debemos discernir si se trata de un cuadro demenciante o no demenciante

Los trastornos cognitivos no demenciantes son denominados trastornos cognitivos leves amnésicos o multidominio y lo fundamental para diferenciarlos es determinar si el trastorno cognitivo interfiere con las actividades sociales, laborales, vocacionales o de la vida cotidiana, es decir, si afecta la capacidad funcional.

Esta distinción debe hacerse considerando el interrogatorio a un acompañante sobre las actividades de la vida diaria y el análisis de los resultados del Pfeffer y de los ítems de la vida diaria del EFAM

Una vez que concluimos que estamos frente a un síndrome demencial, es importante establecer el tipo de demencia

La evaluación clínica de la demencia debe precisar el tipo de trastorno cognitivo: si predomina un trastorno de la memoria u otra dificultad cognitiva y si está asociada a otras alteraciones cognitivas como: apraxia, 1 agnosias, 2 trastornos del lenguaje³ y signos de disfunción frontal⁴, lo que conduce al primer criterio para el diagnóstico del síndrome demencial (la presencia de déficit cognitivos en múltiples áreas). Para identificar la causa de la demencia, los estudios complementarios de laboratorio son esenciales.

Los elementos que permiten orientar el diagnóstico diferencial de los principales síndromes demenciales son:

- Enfermedad de Alzheimer: se presenta como un trastorno progresivo de la memoria reciente, que es siempre seguido por un déficit de otras funciones cognitivas (lenguaje, razonamiento, capacidades viso-constructivas, etc.) es de inicio insidioso, con una duración > a 6 meses. Estudios radiológicos habituales pueden ser normales o presentar una atrofia inespecífica; es frecuente que se asocien signos de microangiopatía isquémica, es decir pequeñas lesiones de la sustancia blanca cerebral de origen vascular.

Ausencia de otras causas identificables de demencia (los principales diagnósticos diferenciales de la enfermedad de Alzheimer son la depresión del adulto mayor, la demencia vascular y otras demencias degenerativas como la demencia fronto-temporal y Lewy).

- Demencias Vasculares: a diferencia del Alzheimer, el inicio de la demencia vascular frecuentemente es brusco, con una evolución escalonada a medida que se repiten los ataques isquémicos transitorios o los infartos, existiendo una relación temporal con el inicio de las dificultades cognitivas. El examen neurológico puede evidenciar algunos defectos focales (signo de Babinski, trastorno de la marcha y/o déficit motores, del campo visual, del lenguaje). Frecuentemente existen factores de riesgo vasculares como hipertensión, diabetes, dislipidemia, enfermedades cardiovasculares y cerebro vasculares previas (los que aumentan la posibilidad de desarrollar una enfermedad de Alzheimer).

- Demencia Fronto-temporales: se caracterizan por un inicio progresivo con importantes alteraciones del comportamiento (que lo confunde con cuadros psiquiátricos), junto con un trastorno cognitivo en que destaca la alteración del razonamiento, incapacidad para la resolución de problemas y en el lenguaje, pero con relativa preservación de la memoria, al menos en las fases iniciales de la enfermedad. Frecuentemente se inicia antes de los 65 años de edad.

- Demencia por cuerpos de Lewy: trastorno cognitivo progresivo que compromete particularmente la atención, las capacidades de razonamiento y resolución de problemas y las capacidades viso-constructivas, con presencia de síntomas psiquiátricos (delirio y/o alucinaciones visuales). El curso del deterioro es fluctuante. Hay signos extrapiramidales como rigidez y lentitud, debiendo sospecharse en sujetos en quienes se diagnostica una enfermedad de Parkinson que no mejora con levodopa y al poco tiempo de evolución (2 a 3 años) presentan trastornos cognitivos. Similarmente en pacientes en quienes se diagnostica una demencia, que precozmente presentan un síndrome parkinsoniano. En la enfermedad de Parkinson, los trastornos cognitivos son de aparición tardía después de 10 a 20 años de evolución, debiendo replantearse el diagnóstico de enfermedad de Parkinson ante la aparición precoz de trastorno cognitivo.

Existen otras causas de demencias, como las infecciosas (SIDA, sífilis, Creutzfeldt Jacob), las post traumáticas (hematoma subdural, secuela TEC), tumorales, metabólicas y endocrinológicas (insuficiencia hepática, renal, hipotiroidismo), nutricionales (déficit de Vit B12 y folatos), que se acompañan de elementos clínicos propios de su etiología.

4. MANEJO DE LAS DEMENCIAS EN APS

Prevención:

En patologías como esta, que tienen una alta prevalencia y son de alto impacto familiar y que no cuentan con tratamientos curativos, la herramienta de mayor importancia es la Prevención y Consulta Precoz.

Para ello se sugiere utilizar y entregar la cartilla elaborada por la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile (SONEPSYN) Ver Anexo Nº 3.

Medidas generales:

- Informar y educar a la familia
- Apoyar y capacitar al cuidador
- Eliminar barreras arquitectónicas en la casa del paciente
- Estimular física y cognitivamente al paciente
- Contactar con asociaciones de familiares de personas que sufren demencia
- Para el caso de los trastornos cognitivos secundarios a causas específicas, deben iniciarse lo más precozmente posible, por el riesgo de deterioro neurológico permanente ante la demora en el inicio del tratamiento específico, motivo por el que debe derivarse para evaluación secundaria (causa vascular: tratamiento antiagregante, anticoagulante y control de factores de riesgo; alcoholismo: supresión y vitaminoterapia; infecciones del SNC: tratamiento antimicrobiano; encefalopatía metabólica o por drogas: corrección del trastorno o supresión de drogas).

Tratamiento farmacológico de la demencia:

Existe evidencia, aunque no concluyente, sobre considerar la adición de vitamina E, complejo B y Folatos.

El déficit colinérgico es el trastorno neuroquímico más relacionado con la afectación de la memoria, tanto en la enfermedad de Alzheimer, como en las demencias por Cuerpos de Lewy y Vasculares. Esto ha conducido al empleo de sustancias procolinérgicas, entre los que se destacan el donepezilo y la rivastigmina, drogas que incrementan la disponibilidad de la acetilcolina al inhibir su degradación por la acetilcolinesterasa. Estos medicamentos por su elevado costo y riesgos de efectos colaterales deben, en primera instancia, ser manejados en el nivel secundario.

Medicamentos coadyuvantes:

- Neurolépticos atípicos para manifestaciones psicóticas (Risperidona desde 0,5 a 3 mg al día y Quetiapina desde 12,5 hasta 200 mg al día)
- ISRS y antidepressivos duales para síntomas depresivos
- Ansiolíticos de vida media corta e intermedia para ansiedad (alprazolam y clonazepam)
- Hipnóticos y trazodona para insomnio (Evitar el uso de zolpidem. Trazodona no se encuentra dentro de la canasta básica)

Rehabilitación:

Los pacientes con trastornos ligeros o moderados de la memoria son susceptibles de beneficiarse de programas diseñados para establecer rutinas compensatorias que le permitan superar sus trastornos en la vida cotidiana. Este entrenamiento se basa en lograr la actividad cerebral del paciente, con estimulación social, participación en actividades domésticas, ejercicios de memoria o de habilidad mental, juegos de salón, bailes o gimnasia, uso de recordatorios y otros. Deben además reforzarse los hábitos de alimentación e higiene.

Medidas para el bienestar del paciente:

En Etapas Tempranas	En etapas avanzadas
Analizar con la familia las repercusiones que la demencia puede tener en ellos.	Conducir al cuidador primario a estimular las capacidades remanentes de la persona
Eliminar psicofármacos que puedan interferir con la cognición	Monitorear y tratar los síntomas neuropsiquiátricos
Informar a la familia acerca de las implicaciones legales de la afección	Proponer opciones de apoyo para el cuidador: centros de día, grupos de apoyo
Evaluar la capacidad del paciente para conducir vehículos y asumir o mantener otras responsabilidades aún vigentes	Evaluar la salud y el bienestar del cuidador primario
Referir al paciente y sus cuidadores a la Asociación Alzheimer local, de existir.	Planear y preparar cuidadosamente la decisión de institucionalizar
	Preparar con la familia las directrices anticipadas sobre cuidado del paciente terminal

Atención a los cuidadores:

La condición de irreversibilidad implica el requerimiento de cuidados crónicos para la alimentación, higiene, evitar accidentes y controlar la conducta.

Si además el cuidador lo estimula a realizar actividades físicas y sociales y entrenamiento cognitivo, el paciente podrá enfrentar mejor su situación.

En la mayoría de las veces esto es difícil de lograr, por falta de preparación para esta función que es complicada y prolongada y que frecuentemente implica el abandono de las necesidades personales de salud y distracción del cuidador. Por otro lado, a veces adoptan posturas negligentes, agresivas y violentas.

Muchos de estos pacientes son enviados a instituciones de larga estadía para el cuidado de enfermos crónicos. Sin embargo, puede ser más útil y económico el disponer de centros de atención diurna donde se brinden cuidados cotidianos y donde un grupo de profesionales estimule la realización de actividades mentales y físicas, lo cual podría permitir al cuidador trabajar y realizar alguna actividad independiente, aliviando sus tensiones y mejorando su actitud ante el cuidado del enfermo.

Evaluar posibilidad de integrar a los cuidadores a las capacitaciones entregadas a los cuidadores de postrados.

Problemas éticos en el manejo de pacientes con demencia:

El uso o no de anticolinesterásicos. La eficacia del tratamiento está demostrada, pero es limitada y su costo es relativamente elevado.

El uso de dosis elevadas de tranquilizantes, que puede ser perjudicial para el paciente pero necesaria para el bienestar de su familia. Lo mismo podría decirse de la internación.

La interdicción y/o el uso de "poderes" que serían muchas veces ilegales desde el punto de vista de la justicia.

El maltrato o el abuso del paciente con demencia.

La decisión de prolongar la vida de pacientes postrados.

Criterios de derivación

A urgencia

Los síntomas que pueden constituir una **emergencia** son:

- Deterioro cognitivo brusco y/ o rápido.
- Pérdida reciente de la funcionalidad.
- Estado confusional agudo
- Debilidad motora.
- Convulsiones y movimientos anormales
- Pérdida de coordinación y equilibrio.
-

Si el médico, en la consulta de morbilidad o de urgencia del adulto mayor, identifica algunos de estos síntomas, después de intentar compensar el cuadro agudo debe **derivar al paciente** a un servicio de mayor complejidad.

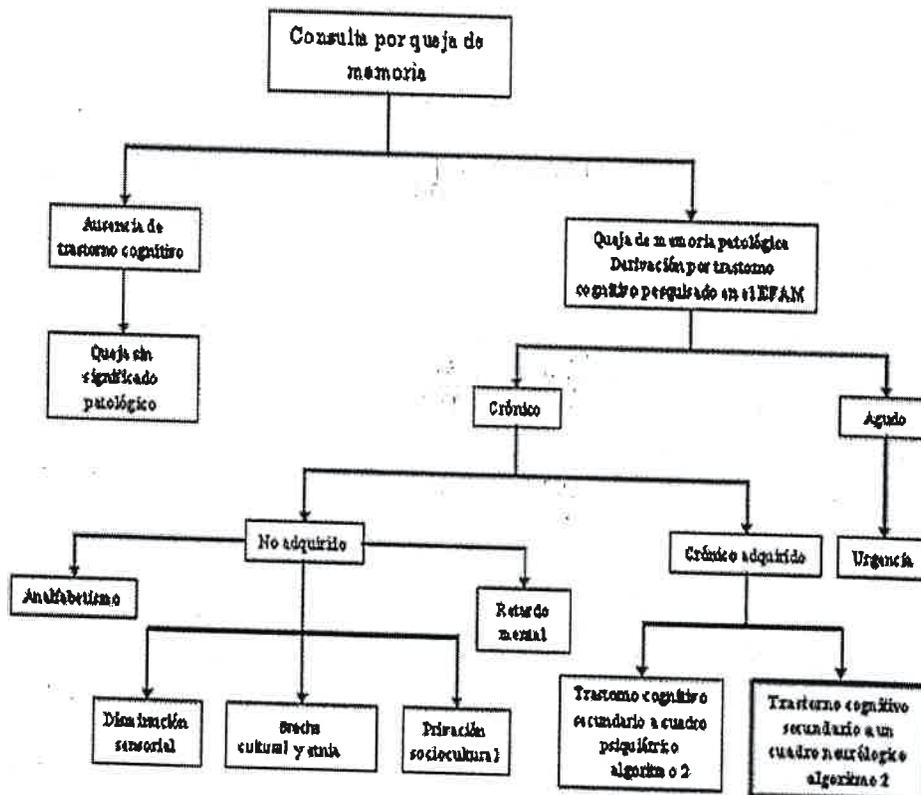
Causales de derivación de la APS a un nivel de mayor complejidad (adaptado de Grupo SAGESSA; <http://sagessa.reus.net/grup/pai.html>).

Neurológicas
Pacientes menores de 65 años
Aquellas demencias en las que hay duda razonable de tratarse de una enfermedad de Alzheimer: inicio brusco y/o fluctuante y/o manifestaciones atípicas (convulsiones, focalidad neurológica reciente, alteración precoz de la marcha, alucinaciones en fases no avanzadas, presencias de temblores, rigidez en fases no avanzadas, etc.).
Aquellos pacientes en los que hay duda razonable de presentar un trastorno cognitivo: en esas situaciones, puede estar indicada una evaluación más completa de las capacidades cognitivas lo que permitirá aclarar el diagnóstico.
Aquellos pacientes en los que hay duda sobre si un cuadro psiquiátrico está en el origen de sus trastornos cognitivos: en esas situaciones, puede estar indicada una evaluación más completa de las capacidades cognitivas lo que permitirá aclarar el diagnóstico.
Para la realización de exámenes complementarios o la prescripción de medicamentos no disponibles en la atención primaria.*
Psiquiatría
Inicio de un trastorno de personalidad/conducta asociado a una alteración cognitiva a partir de la quinta década.
Depresión resistente al tratamiento habitual.
Síntomas de difícil control relacionados con la demencia: insomnio, irritabilidad, rebeldes al tratamiento.

* Los medicamentos indicados para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer deben ser prescritos por un especialista, debido a que sólo están indicados en algunas de las demencias, a su alto costo y a sus efectos colaterales.

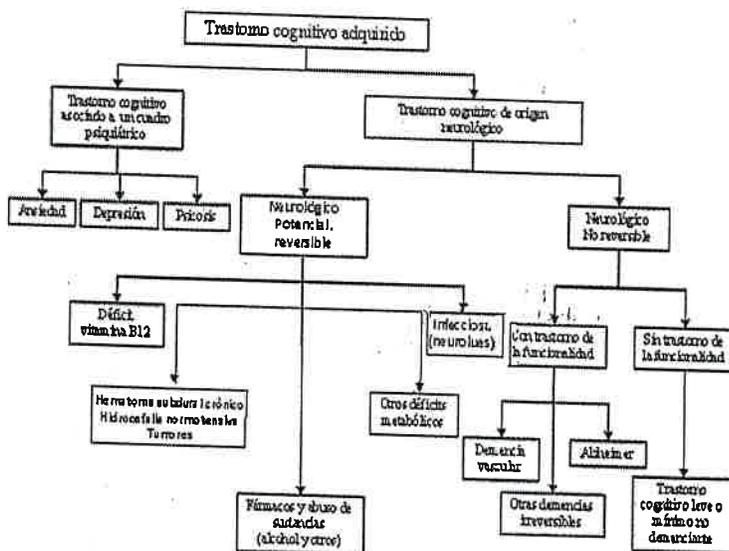
Algoritmo 1:

Algoritmo para diagnóstico de trastorno cognitivo



Algoritmo 2:

Algoritmo para Trastorno Cognitivo Adquirido



Criterios para la Contra derivación desde especialidad hacia APS:

- Pacientes con demencias degenerativas, una vez estudiados y con indicaciones terapéuticas especificadas por el neurólogo, pueden ser controlados en la APS, con controles 1 vez al año en el nivel terciario.
- Pacientes con pseudodemencia depresiva, una vez estudiados y con indicaciones terapéuticas especificadas por el psiquiatra, pueden ser controlados en la APS, por su equipo de cabecera y según pautas del programa de salud mental.
- Pacientes con demencias de causa metabólica, una vez estudiados y con indicaciones terapéuticas especificadas por el internista, pueden seguir sus controles en la APS.
- Otras demencias, según evaluación, similar a las anteriores

8. RESPONSABLES:

Serán responsables de la ejecución de este protocolo Médicos de la APS y de la red asistencial del Servicio de Salud O'Higgins, así como los Médicos Neurólogos y Psiquiatras.

- a. Médicos de Atención Primaria
- b. Médicos de SAPUs
- c. Médicos de Unidades de Emergencia hospitalaria
- d. Médicos en etapa de Destinación y Formación
- e. Médicos en nivel de especialidad
- f. Comités de Gestión de Oferta y Demanda de nivel primario y secundario.

9. FUNCIONES DEL RESPONSABLE:

- 9.1 Implementación del protocolo
- 9.2 Difusión
- 9.3 Evaluaciones Periódicas
- 9.4 Proposición de medidas correctivas en caso de necesidad, etc.

10. REGISTROS.

Corrección Nº	Fecha	Descripción de la modificación	Publicado en	Nº Documento

11. INDICADOR DE RESULTADO:

INDICADOR	% de interconsultas recibidas con diagnóstico de Demencia que cumplen la pertinencia de referencia según protocolo especificados en la presente pauta.
TIPO DE INDICADOR	De resultados
FORMULA	(Nº de interconsultas recibidas con diagnóstico de demencia que cumplen con la pertinencia de referencia según protocolo/Nº total de interconsultas con diagnóstico de demencia) X 100.
FUENTE DE INFORMACION	Hoja de ADR -IC
UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	80%
PERIODICIDAD DE LA EVALUACION	Trimestral
INDICADOR	% de interconsultas recibidas con diagnóstico de Demencia que cumplen con la pertinencia según tiempo establecido en la presente pauta.
TIPO DE INDICADOR	De resultados.
FORMULA	(Número de interconsultas recibidas con diagnóstico de Demencia que cumplen con la pertinencia según tiempo establecido/Nº total de interconsultas con diagnóstico de Demencia) x 100.
FUENTE DE INFORMACION	Hoja de ADR. IC
UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	80%
PERIODICIDAD DE LA EVALUACION	Trimestral.

12.- REFERENCIAS:

Opinión de expertos: Equipo Médico especialistas Neurólogos y Psiquiatras de la Red Asistencial de O'Higgins.

- Documentación de referencia.
 - a. Guía Clínica Trastornos Cognitivos y Demencia en el Adulto Mayor, de los Drs. Patricio Fuentes, Archibaldo Donoso, Andrea Schalasky, Sra Alicia Villalobos y Sr. Luis Flores
 - b. Journal of the American Medical Association 1993;269(18):2386-239
 - c. Guía Clínica Minsal 2008 Examen medicina Preventiva
 - d. Sitio web MINSAL: www.minsal.cl: Manual de Aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (Salud del Adulto)

13.- REVISION Y CONTROL DE CAMBIOS.

Fecha	Tipo	Aprobación

14.- DISTRIBUCION:

- 14.1.- Box de Atención Médica de APS y Especialidad
- 14.2.- Box de Atención Médica de SAPUs
- 14.3.- Oficina de Comités de Gestión