

# Proyecto MapEA: Mapa de recursos para enfermos de demencia/Alzheimer en Asturias.

## Herramientas de planificación y organización

El Principado de Asturias cuenta con diferentes **herramientas de planificación y organización** que establecen el marco de actuación para el abordaje de las demencias/deterioro cognitivo. Entre otras, el Plan de Salud Mental del Principado de Asturias (2015-2020), la Estrategia de Cuidados Paliativos de 2009, el Programa Clave de Atención Interdisciplinar de Demencia (2013) o la Guía de Atención a las personas cuidadoras (2006).

Aunque no existen **programas de prevención específicos**, se están desarrollando en Atención Primaria (AP) un programa de prevención cardiovascular y otro de **identificación temprana del deterioro cognitivo/demencia** en sujetos con deterioro cognitivo incipiente a partir de los 65 años.

## Proceso Asistencial

La **detección de los primeros síntomas** la lleva a cabo el paciente/familiar/cuidador, que acude a su Médico AP. Generalmente, el paciente suele llegar acompañado por algún familiar y, de manera mayoritaria, con trastornos del comportamiento/síntomas psiquiátricos, sospecha de demencia o existencia de otra patología asociada al deterioro cognitivo.

La primera vez que el paciente acude a la consulta de neurología, según el consenso de los expertos, se suele encontrar en fase de demencia leve, mientras que a la consulta de geriatría suele llegar en fase de demencia avanzada.

El médico de AP es habitualmente el que realiza la **evaluación inicial** en todas las áreas sanitarias, al ser el modo de acceso al sistema sanitario.

Durante la valoración inicial, se suele llevar a cabo la entrevista clínica con el paciente y un informador fiable, una exploración neuropsicológica abreviada, una valoración de la repercusión funcional, una exploración física y neurológica y un estudio analítico con pruebas de laboratorio rutinarias.

**El paciente se deriva a AE**, de forma general al Servicio de Neurología, en caso de sospecha de enfermedad neurodegenerativa, complicaciones no previsibles o de difícil manejo en el curso de una demencia ya diagnosticada, deterioro cognitivo leve o a petición del paciente y/o familiar.

Para llevar a cabo el **diagnóstico de confirmación** y el *screening* del deterioro cognitivo/demencia se realizan **pruebas de neuroimagen estructural**. La tomografía computarizada se puede solicitar en AP y AE y se realiza en todos los pacientes con sospecha de deterioro cognitivo/demencia. La resonancia magnética se solicita en AE (principalmente neurología) por sospecha de patología vascular, en pacientes jóvenes o en casos atípicos.

Las **pruebas de evaluación neuropsicológica** para la detección del deterioro cognitivo/demencia no constan en la cartera de servicios por lo que no suelen estar disponibles.

Por su parte, las **pruebas de determinación de T-tau, P-tau y Ab-42 en líquido cefalorraquídeo** están disponibles en toda la Comunidad Autónoma.

También los **análisis genéticos** de ApoE y los análisis genéticos de formas familiares están incluidos en el catálogo de prestaciones de la Comunidad y pueden solicitarse desde todas las áreas sanitarias.

Las **pruebas de medicina nuclear** (SPECT, PET FDG y PET Amiloide) se solicitan para el diagnóstico diferencial de demencias. El SPECT está contemplado en el catálogo de prestaciones de la Comunidad, pero se solicita muy rara vez para diagnóstico dudoso, y generalmente lo solicita el servicio de neurología. En cuanto al PET FDG, se ha aceptado la indicación para deterioro cognitivo hace menos de un año. En la actualidad, es una prueba poco solicitada. El PET Amiloide no está disponible en la Comunidad.

En la mayoría de los casos, cuando el especialista confirma el diagnóstico de deterioro cognitivo/demencia, la **comunicación al paciente** se hace en una única visita. La información se proporciona en consulta médica. Se intenta aportar información sobre el diagnóstico y las opciones terapéuticas y se aconseja la entrevista con trabajo social de su Centro de Salud. Además, se recomienda contactar con la Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer (AFA). El proceso depende de las características y de la implicación del profesional médico responsable del caso, ya que no existen equipos multidisciplinares de atención al deterioro cognitivo.

El **tratamiento farmacológico** específico de las demencias (anticolinesterásicos/memantina) se inicia en AE, habitualmente en el servicio de neurología. El especialista sienta la indicación ajustándose a las indicaciones señaladas en las guías clínicas; emite un informe médico en el que consta el diagnóstico y la severidad del deterioro cognitivo y, por último, Inspección Médica, valorando la indicación, procede al visado de la receta. El médico de AP renueva las recetas sucesivamente, una vez aprobada la prescripción en Inspección Médica y visada la primera receta. Inspección suele solicitar un informe anual a AE para la continuación del tratamiento.

Los **tratamientos no farmacológicos** (TNF) se suelen recomendar a nivel de AP y AE. Los TNF suelen recaer en los Centros de Día públicos y privados, que cuentan con programas específicos para personas con deterioro cognitivo/demencia. Además, las AFA desarrollan talleres de estimulación cognitiva propios. La derivación a estos centros no se realiza de manera reglada. A criterio de los expertos, sería necesario aumentar la oferta, tanto en número de plazas como en modalidades existentes de TNF.

El **seguimiento** de la enfermedad se lleva a cabo en los servicios de AP, AE (neurología y geriatría establecen un calendario de visitas programadas) y en los centros de atención socio sanitaria. Durante este proceso, se evalúan los aspectos cognitivos, funcionales, motores y conductuales y la sobrecarga del cuidador. Los riesgos clínicos y sociales no se detectan de forma protocolizada. Los mensajes de naturaleza social y de estilo de vida (importancia de no vivir solo, impacto en la capacidad de conducción, acceso a ayudas...) generalmente no se comunican al paciente y al cuidador.

En cuanto a los **cuidados paliativos**, el servicio de neurología contribuye en la formación/ información de los familiares y/o cuidadores. Además, colabora en la toma de decisiones. El servicio de geriatría deriva a los pacientes a los Equipos de Cuidados Paliativos Domiciliarios de AP y al Equipo de Atención Psicosocial del Hospital Monte Naranco. En AP existen equipos encargados de los Cuidados Paliativos, por lo que su papel es fundamental en fases terminales.

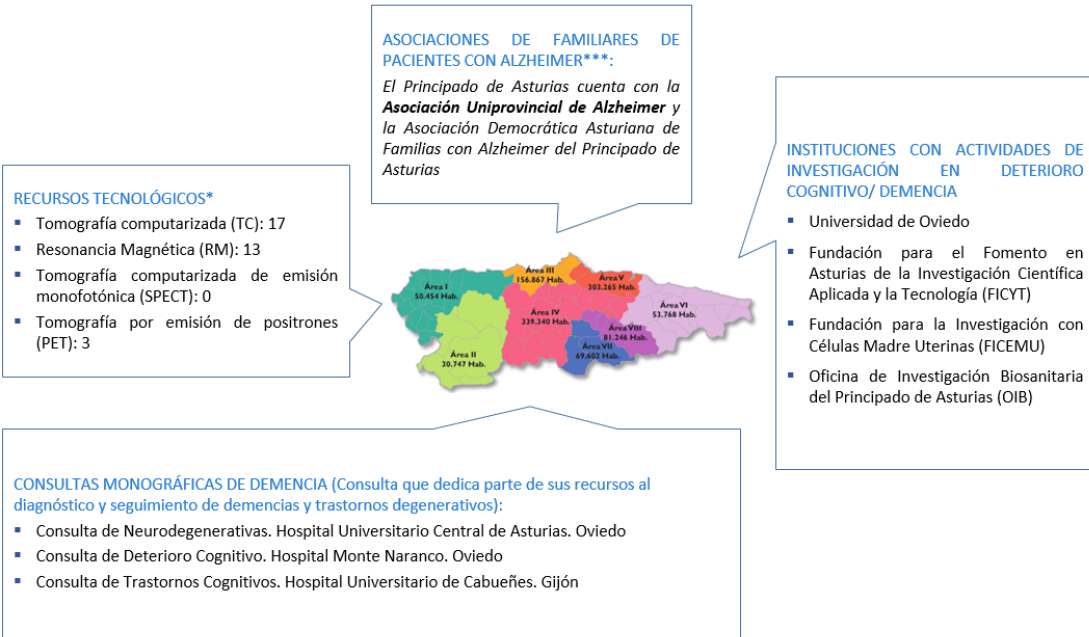
El **papel que juegan las AFA** va cambiando a lo largo de las etapas de la enfermedad, resultando fundamental en varias de ellas para el apoyo a los familiares y cuidadores: fomentan el interés sobre la detección temprana, proporcionan información, imparten talleres de estimulación cognitiva y organizan cursos formativos para cuidadores y ayudan en la toma de decisiones al final de la vida, entre otras iniciativas.

Aunque generalmente se considera que no se realiza una **valoración basal del cuidador**, en otras ocasiones si se evalúa la sobrecarga del cuidador, principalmente durante la Evaluación inicial y la etapa de cuidados paliativos.

Los representantes de las AFA creen que **ni los pacientes ni sus familiares/cuidadores participan de forma activa durante el curso de la enfermedad**. Sin embargo, algunos profesionales sanitarios opinan que, en general, se hace partícipe al paciente durante todas las etapas de la enfermedad, si bien predomina el enfoque paternalista en numerosas intervenciones. Además, creen que el familiar/cuidador es el principal interlocutor, con el que se adoptan las decisiones.

Los expertos coinciden en la elevada importancia que tiene la **comunicación con el paciente/cuidadores/familiares**, principalmente en las etapas de evaluación inicial, detección del deterioro cognitivo/demencia, el seguimiento y los cuidados paliativos. En general, se considera que la calidad de la comunicación debería mejorar a lo largo de todas las etapas de la enfermedad, considerándose un tema candidato a mejora en todas las situaciones.

## Visión global de los recursos estructurales y tecnológicos con los que cuenta la Comunidad Asturias:



\*Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales 2016 del Ministerio de Sanidad

\*\*Fuente: <http://www.ceafa.es/>