

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

Herramientas de planificación y organización

La Comunidad de Cantabria no cuenta con **programas o planes específicos para el abordaje del deterioro cognitivo/demencia** y, de momento, no se está trabajando en su desarrollo. Sí existen diferentes **herramientas de planificación y organización** que pueden establecer el marco de actuación para estos pacientes. Entre otros, el Plan de Salud de Cantabria 2014–2019, el Plan de Atención a la Cronicidad 2015–2019 y el Programa Integral de Atención Paliativa 2005-2009.

Además, los expertos señalan que existe una Guía para cuidadores de enfermos de Alzheimer publicada por la Asociación de Familiares de pacientes de Alzheimer (AFA) Cantabria, en colaboración con la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria.

No existe un **plan específico de prevención en demencias**, por lo que la prevención primaria se lleva a cabo desde la AFA Cantabria en colaboración con los Servicios Sociales municipales. Tampoco existen **programas de identificación temprana del deterioro cognitivo**, ni se lleva a cabo el *screening* en la población, si bien los expertos considera importante ponerlos en marcha.

Proceso asistencial

En cuanto a la **detección de los primeros síntomas**, generalmente el paciente acude a su médico de Atención Primaria (AP) acompañado por algún familiar, que suele ser el que se convierte en cuidador principal y el que suele detectar los síntomas. Las AFA desarrollan algunas actividades o talleres que también pueden ayudar a la detección de síntomas. Según el consenso de los expertos participantes, la primera vez que el paciente acude a la consulta (AP/ Atención Especializada, AE) se encuentra en fase de deterioro cognitivo ligero o demencia leve; los pacientes acuden principalmente con sospechas de demencia, quejas subjetivas de memoria o trastornos del comportamiento/síntomas psiquiátricos.

La **evaluación inicial** a nivel cognitivo, funcional y de comportamiento se realiza habitualmente en AP. Generalmente, es enfermería quien se encarga de realizar el test de cribado; el médico de AP realiza una analítica y un electrocardiograma y deriva al paciente, principalmente a neurología, que llevará a cabo el resto de pruebas diagnósticas.

La **confirmación del diagnóstico** se lleva a cabo en AE, donde destaca el papel del neurólogo como principal referente para el estudio de las demencias en la comunidad autónoma. El geriatra interviene en pacientes con demencia en fases más severas, mientras que la mayoría de los psiquiatras suelen derivan al paciente cuando tienen sospecha de deterioro cognitivo.

Para llevar a cabo el diagnóstico de confirmación y el *screening* del deterioro cognitivo/demencia, se realizan **pruebas de neuroimagen estructural**, Tomografía

Computarizada craneal (puede solicitarse desde AP (aunque suelen remitirlo antes de solicitarla) y AE) y Resonancia Magnética (en AE).

Las **pruebas de evaluación neuropsicológica** para la detección del deterioro cognitivo/demencia están disponibles en la Unidad de Deterioro Cognitivo del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, gracias a sus propios recursos. Además, otros centros privados realizan estas pruebas.

La realización de **pruebas de determinación de T-tau, P-tau y Ab-42 en líquido cefalorraquídeo** se lleva a cabo únicamente en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y siempre con fondos de investigación.

A pesar de que los **análisis genéticos** de ApoE no están incluidos en el catálogo de prestaciones de la comunidad, en Cantabria se realizan en entorno de investigación. Los análisis genéticos de formas familiares están incluidos en el catálogo de prestaciones de la comunidad.

Por su parte, las pruebas de **medicina nuclear (SPECT, PET FDG y PET Amiloide**, este último no incluido en la cartera de servicios de la comunidad) se solicitan en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla para el diagnóstico diferencial de las demencias, desde el Servicio de Neurología y en contexto de investigación.

Cuando el especialista confirma el diagnóstico de deterioro cognitivo/demencia, la **comunicación** al paciente se hace, en líneas generales, en una única visita.

El **tratamiento farmacológico** específico de las demencias (anticolinesterásicos/memantina) se inicia en AE, principalmente en el servicio de neurología, si bien los psiquiatras y geriatras también pueden realizar la prescripción. Se aplican mecanismos de control para la prescripción de fármacos específicos de demencia mediante la solicitud de visado electrónico. Normalmente, la receta tiene una modalidad de receta crónica para que el paciente pueda adquirirlo automáticamente en la oficina de farmacia.

El médico de AP no prescribe medicamentos específicos para la enfermedad, si bien lleva a cabo el escalado de la dosis con el apoyo de AE, que le proporciona materiales explicativos donde se detalla cuándo y cómo subir las dosis (para ello cuentan con herramientas de consulta de enfermería y teleconsulta). También realiza el seguimiento y el control de la aparición de efectos secundarios. A veces, retiran la medicación siguiendo las indicaciones incluidas en la hoja informativa facilitada por el Servicio de Neurología.

El **tratamiento no farmacológico** (TNF) se inicia en centros de atención socio sanitaria, AFA y Centros privados. El porcentaje de pacientes que accede a estas terapias es bajo debido a las distancias existentes entre los municipios rurales y la capital.

En cuanto al **seguimiento**, el médico de AP lleva a cabo el control de la medicación, las comorbilidades y el seguimiento del paciente. No establece un calendario de visitas programadas. En AE, el servicio de neurología lleva a cabo una revisión semestral desde el diagnóstico de la enfermedad y hasta estadios avanzados. El servicio de Psicogeriatría juega un papel importante en el seguimiento.

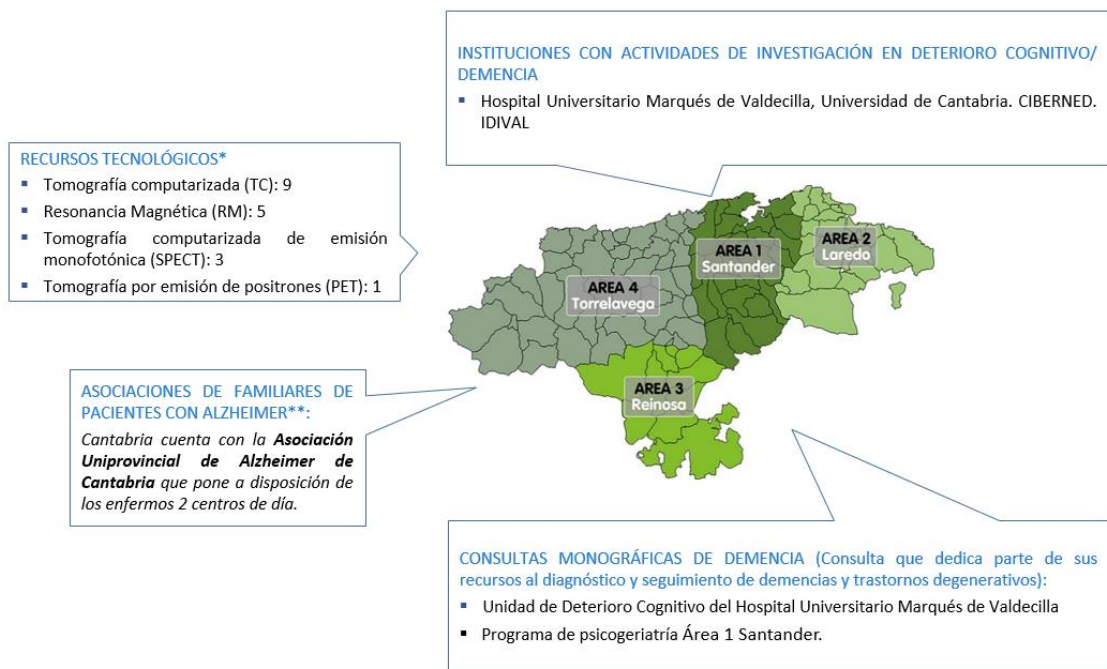
Los pacientes con demencia tienen acceso a los **cuidados paliativos** como servicio prestado por el Servicio Cántabro de Salud. No existe un programa específico, aunque sí que hay un Plan Integral de Cuidados Paliativos. Habitualmente, el seguimiento de la enfermedad se coordina desde AP en esta etapa de la enfermedad. El papel de neurología durante la etapa de cuidados paliativos es limitado, ya que no realizan el seguimiento de la enfermedad en esta etapa. El geriatra forma parte de los equipos de cuidados paliativos.

El **rol que desempeñan 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. Por ejemplo, detectan casos de posible deterioro cognitivo y demencia en las charlas y talleres de memoria. Y, durante el seguimiento, realizan labores de coordinación en casos específicos con los servicios socio sanitarios y participan en la formación a cuidadores y en el contacto con la Unidad de deterioro cognitivo. En los cuidados paliativos, proporcionan apoyo psicológico a la familia que lo demanda, así como información sobre derechos y cuestiones éticas.

Por lo general, la **valoración basal del cuidador** se considera una tarea pendiente, según los expertos. A nivel asistencial no se suele realizar. Las AFA suelen ser las responsables de realizar esta evaluación. El paciente, generalmente, no suele participar de una manera activa a lo largo del proceso asistencial, ya que normalmente llega acompañado de un familiar, que suele ser el cuidador principal y encargado de proporcionar la información y realizar un seguimiento de los cuidados del paciente. En algunas ocasiones, el paciente participa activamente en estadios iniciales.

Se considera que la calidad con la que se está llevando a cabo la **comunicación con paciente y familiares/cuidadores**, en cuanto al seguimiento, es positiva en la Unidad de Deterioro Cognitivo del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, mientras que, en el resto de unidades, se limita a una consulta anual o a un alta en el momento del diagnóstico. Los pacientes y cuidadores señalan que sería necesario mejorarla en las etapas de diagnóstico diferencial, seguimiento y cuidados paliativos, ya que, en algunas ocasiones, no comprenden el diagnóstico médico que se les comunica.

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



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

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