

TRABAJO FIN DE GRADO ENFERMERÍA

PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA
DETECCIÓN DEL DETERIORO
COGNITIVO LEVE (DCL).

AUTORA :Dorys González Cadaya

TUTOR :Dr Alberto Domínguez Rodríguez

CURSO ACADÉMICO :2020/2021

PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA DETECCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO LEVE (DCL).

ÍNDICE:

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
MATERIAL Y MÉTODO	6
¿QUÉ ES EL DETERIORO COGNITIVO LEVE?	7
¿CUÁLES SON LOS TIPOS DE DCL EXISTENTES?	8
¿CUÁL ES LA INCIDENCIA Y LA PREVALENCIA DEL DCL?	9
¿CUÁLES SON LOS MARCADORES DE RIESGO DE CONVERSIÓN DEL DCL A DEMENCIA?	10
¿QUÉ TRATAMIENTO EXISTE PARA MODIFICAR EL CURSO EVOLUTIVO DE DCL A DEMENCIA?	11
¿CUÁLES SON LOS OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO DEL DCL?	12
¿CUÁL ES LA FUNCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA DETECCIÓN DE UN PACIENTE CON DCL?	13
¿EXISTEN MARCADORES DIFERENCIALES ENTRE EL DC Y EL DECLIVE PROPIO DEL ENVEJECIMIENTO?	14
¿CUÁL ES EL SEGUIMIENTO QUE DEBEMOS LLEVAR A UN PACIENTE CON DCL DESDE LA AP?	15
CONCLUSIÓN	16
BIBLIOGRAFÍA	17
ANEXOS	18

RESUMEN

Tanto en Atención Primaria (AP) como en el ámbito de la atención hospitalaria son frecuentes consultas por despistes, olvidos y otras formas de Deterioro Cognitivo (DC). En ocasiones estos individuos se encuentran realizando sus vidas en la comunidad lo que ofrece a los profesionales de AP la responsabilidad de realizar un cribado y diagnóstico de los mismos. Dada la relación con la edad y el evidente cambio en la pirámide poblacional existente se convierte en una necesidad vital para el mantenimiento del sistema sanitario el manejo adecuado de estas patologías crónicas de alta incidencia y prevalencia. Diagnosticar cualquier tipo de demencia en sus fases más precoces se convierte en un reto para los profesionales. Para ello tendrían que determinar donde acaba el envejecimiento normal y comienza un proceso de degeneración neurológico patológico. Para dividir esta fina línea que separa un proceso natural de un DC los profesionales deben poner todo su esfuerzo, disponer de los recursos, conocimientos y herramientas que le permitan hacer una detección y seguimiento de estos casos con el fin de detener o retrasar el progreso hacia una demencia y garantizar en la medida de lo posible una calidad de vida tanto al paciente como sus familiares.

ABSTRACT

Both in Primary Care (PC) and in the field of hospital care, there are frequent consultations for absent-mindedness, forgetfulness and other forms of Cognitive Impairment (CD). Sometimes these individuals are living their lives in the community, which offers PC professionals the responsibility of screening and diagnosing them. Given the relationship with age and the evident change in the existing population pyramid, the proper management of these high incidence and prevalence chronic diseases becomes a vital need for the maintenance of the health system.

Diagnosing any type of dementia in its earliest stages becomes a challenge for professionals. For this they would have to determine where normal aging ends and a pathological neurological degeneration process begins. To divide this fine line that separates a natural process from a CD, professionals must put all their effort, have the resources, knowledge and tools that allow them to detect and monitor these cases in order to stop or delay progress towards a dementia and guarantee as far as possible a quality of life for both the patient and their families.

Palabras clave:

Deterioro Cognitivo

Envejecimiento

Enfermería

Atención Primaria

Anciano Frágil

Key words:

Cognitive impairment

Ageing

Nursing

Primary care

Fragile elderly people

INTRODUCCIÓN

En los últimos tiempos la población de mayores de 65 años se ha convertido en uno de los principales focos de atención sanitaria debido al rápido envejecimiento de la población mundial. Esto sucede más rápido en la actualidad que en años precedentes, con una esperanza de vida que ha ido aumentando progresivamente, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo. En España la población de mayores de 64 años ascendía a 9,8 millones de personas a fecha 1 de enero de 2020 según datos del Instituto Nacional de Estadísticas¹.

El Deterioro Cognitivo (DC) y la Demencia constituyen uno de los problemas de salud pública más importantes y uno de los retos para los servicios sanitarios y sociales. Con la prolongación de la esperanza de vida aumenta la incidencia y prevalencia de estas enfermedades que aparecen en edades avanzadas. El Deterioro Cognitivo Leve (DCL) está frecuentemente asociado a la edad, representando el 30% de las personas mayores de 65 años.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la realización de este trabajo he llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos disponibles (Pubmed/Medline, SciELO...) dentro de un periodo de tiempo entre 2017 a 2021. Con un resultado de 40 artículos científicos, revistas y protocolos de los cuáles he elegido 9, todos ellos en idioma español.

¿Qué es el Deterioro Cognitivo Leve (DCL)?

Se considera DCL a una serie de síndromes de DC en comparación con un estado previo del paciente sin ser lo suficientemente intenso para ser considerado una demencia. La importancia de su detección surge como un intento de identificar la Enfermedad de Alzheimer (EA) en sus fases más precoces, por lo que en principio se hizo necesario establecer criterios de déficit de memoria, que tuviese rendimiento bajo en los tests de memoria (tomando como referencia que estuviese por debajo de la puntuación de los de otros individuos con la misma edad y formación), que su capacidad

cognitiva general fuese normal, que hiciese una vida autónoma sin que sus pérdidas de memoria repercuta en la realización de las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y no se cumplan criterios de

demencia. con el uso clínico se modificó la clasificación existente para incluir el subtipo No-amnésico, sin alteración de la memoria, en las que se vería afectadas otras funciones cognitivas.

Las criterios de DCL para la European Alzheimer's Disease Consorting 64 son:

- Que exprese, tanto el paciente como un familiar, la percepción de pérdida de memoria.
- La existencia objetiva de cambio en algún área de dominio o de memoria.
- Que los cambios con respecto al estado anterior existen desde hace al menos 6 meses.
- Que no se vea demasiado alterada la capacidad de realización de las AVD.
- No se incluyen dentro de este criterios patologías que puedan explicar el DC (como el síndrome confusional agudo, la depresión o el retraso mental).
- No cumple patrones que indiquen existencia de demencia; se hace indispensable delimitar bien si se trata de una reducción significativa de la autonomía funcional para hablar de demencia, aunque no existen criterios objetivos para definirla lo que complica este paso.

Estos pueden variar especialmente el primero ya que no incluiría el DCL no-amnésico. El grupo de estudio Neurología de la Conducta y Demencias de la SEN (Sociedad Española de Neurología) propone un concepto de DCL que abarque las alteraciones en cualquier área cognitiva, y etiología².

¿Cuáles son los tipos de DCL existentes?

Existen diversas clasificaciones para el DCL, la sugerida por Petersen es las más utilizada por todos, en ella que se distinguen:

- DCL amnésico: donde se encuentra el grupo de personas con afectación significativa de la memoria pero que no cumple con criterios de demencia. Este subtipo es considerado actualmente precursor de EA o signos parkinsonismos.
- DCL multidominio: es el caso de pacientes que presentan malestar y una funcionalidad producto de deficiencias leves en distintas áreas cognitivas y de conducta. En estos casos se pueden ver comprometidos: el habla, funciones ejecutivas, viso-constructivas o viso-espaciales.
- A menudo progresan a EA o Demencia Vascolar (DV), otros menos presentan envejecimiento con un curso regular o una condición de inestabilidad momentánea con retorno a su condición anterior.

- DCL monodominio no amnésico: donde se encuentra la existencia de deterioro en algún dominio cognitivo distinto a la memoria. Puede ser en el lenguaje, funcionamiento ejecutivo, o habilidades viso-espaciales. Estos pueden llegar padecer otros síndromes como afasia

progresiva primaria, demencia frontotemporal, demencia con cuerpos de Lewy, DV, o Enfermedad de Párkinson³.

¿Cuál es la incidencia y prevalencia del DCL?

Debido a la falta de una definición unánime estas se encuentran condicionadas a las características clínicas contempladas por los profesionales para los estudios llevados a cabo y de su interpretación.

Se han encontrado tasas desde 1% hasta 28,3% en estudios de prevalencia de la comunidad. Estos muestran gran variabilidad en función de la población seleccionada, la edad y el área de residencia. También se ha visto que aumenta según la edad, 10% en individuos entre 70 a 79 años; 25% en edades comprendidas de 80 a 89 años. En un estudio hecho a afroamericanos se encontraron tasas de prevalencia de DCL de 19,2% para un grupo de entre 65 y 74 años; aquellos de 75 a 84 años un 27,6% y de un 38% para los mayores de 85. Esto muestra una incidencia que varía de 5,1 a 13,7 por 1000 personas-año³.

Por otra parte, la incidencia de DCL amnésico puede variar entre un 9,9 y 40,6 por 1000 personas-año según una revisión sistemática de estudios sobre incidencia de DCL amnésico mientras que la de DCL no-amnésico se encuentra entre 28 y 36,3 por 1000 personas- año.

Estos resultados tan diversos nos llevan a la conclusión de la necesidad de que existan criterios acordados y efectivos².

¿Cuáles son los marcadores de riesgo de conversión del DCL a demencia?

Principalmente se hizo útil el diagnóstico del DCL en un intento de identificar una población tendente a padecer EA en fase de predemencia. Entre un 10 a 15% anual de los casos con

DCL se convertirán en demencia, aún así, muchos de estos permanecerán durante años en este estadio poco definido. Existe una gran diversidad de factores de riesgo de los cuáles la edad es el más predictivo de todos. La conferencia de consenso Canadiense de 2006 ofrece un listado de posibles marcadores en

estudio que muestra señales de diferencia entre aquellas personas con DCL que llegan a desarrollar una demencia y los que no. Además de la edad otras de las variables que sugieren mayor riesgo son:

números áreas neuropsicológicas alteradas, déficit en la codificación y el almacenamiento de la memoria, alteración inicial de las AVD². Son utilizadas también técnicas de neuroimagen en un intento de identificar en función de las localizaciones en las anomalías morfológicas y funcionales, los estadios más precoces de demencia. Diversos estudios demuestran que las

medidas de la corteza entorrinal tienen un valor pronóstico superior de pronóstico de demencia en pacientes con DCL respecto a los datos de atrofia del hipocampo, aunque estos también son significativos⁴.

¿Qué tratamiento existe para modificar el curso evolutivo del DCL a demencia?

Aunque no existe suficiente evidencia científica para las diferentes alternativas de tratamiento para el DCL, se ha comprobado que en muchos casos ciertos ejercicios y cambios en los hábitos de vida y alimentación pueden ayudar la cognición del individuo.

Algunos estudios demostraron que el seguimiento de una dieta y estilo de vida mediterránea no solo reduce la cantidad de casos de DCL en la población sino que también puede reducir los casos que progresan de DCL a EA. El nivel educativo y la escolarización durante más años está asociada con una disminución de riesgo de demencia, lo que en caso de inicio de la enfermedad puede tener un efecto compensador. El ejercicio físico está relacionado con un menor riesgo de aparición de DC, por tanto el uso de actividades de estimulación cognitiva conjuntas con actos de socialización más actividades de psicomotricidad llevados a cabo a lo largo del tiempo es de beneficio para enlentecer el progreso de DCL y las fases leves de demencia. Por último, el control o prevenir factores de riesgo vascular como HTA; Diabetes; Dislipemia o Tabaco, ya que se relacionan con riesgo de padecer EA o algún tipo de DCL o demencia.

Tampoco existe suficiente evidencia sobre el uso de tratamiento farmacológico del DCL, aunque sí existe cierto favorecimiento para el funcionamiento cerebral mediante sus acciones respectivas con la administración de ácidos grasos Omega-3, fosfatidilserina y el G.biloba. La combinación de ellos muestran mejoría en ciertos mecanismos de memoria como: memoria reciente, función verbal y atención⁵.

¿Cuáles son los objetivos del tratamiento del DCL?

Fundamentalmente con el tratamiento de un paciente que padece algún tipo de DCL pretendemos:

- Mejorar los síntomas de pérdida de memoria.
- Prevenir o retrasar la aparición del síndrome de demencia.
- Tratar los primeros síntomas de demencia.
- Enlentecer la evolución del DC.
- Mantener una calidad de vida adecuada del paciente y familiares o cuidador.

¿Cuál es la función de Enfermería en la detección de un paciente con DCL?

Existe un gran número de personas, sobretodo mayores de 60 años, con DCL no diagnosticado. Esta condición aumenta su vulnerabilidad con numerosos factores de riesgo: disminución considerable de la calidad de vida, aumento de accidentes, consultas repetidas, descontrol de la medicación y por ende de otras patologías, dificultades en la vida cotidiana, mayor grado de dependencia, entre otras... Estos, principalmente, se encuentran entre la sociedad haciendo sus vidas, es aquí donde radica la importancia de un cribado por parte de los profesionales de enfermería fundamentalmente de AP para su detección precoz, el diagnóstico preciso y seguimiento del mismo (ver Anexo 1).

En la práctica diaria los sujetos que van a consulta con quejas de pérdidas de memoria o despistes son objeto de valoración. Cuando acuden llevados por un allegado que manifiesta preocupación por los frecuentes olvidos que sufre, se convierten de gran utilidad conocer la situación anterior del paciente. Contamos con el Test del Informador como herramienta útil para poder valorar el empeoramiento, entre los 5 y los 10 años anteriores, de la memoria, las AVD y el control y manejo de situaciones. Este test podemos encontrarlo en dos versiones: una larga con 26

preguntas y otra reducida con 17 es la que se suele utilizar en AP de Canarias (ver Anexo 2). Su objetivo es la estimación de los cambios en el paciente sin necesidad de tener en cuenta el nivel educativo o la edad.

Ante una consulta de un paciente con sospecha de DC en AP es necesario conocer la historia clínica y evolución anterior que sirva de marcador de existencia de un declinar de sus capacidades cognitivas y habilidades. Tendremos que tener en cuenta antecedentes familiares de demencia, la forma de inicio, ritmo de progresión, empeoramientos recientes, el consumo de fármacos, sustancias tóxicas actuales o que ha usado, cambios en la personalidad y la presencia o no de factores de riesgo o de enfermedades sistémicas que se puedan asociar al DC.

A medida que vamos envejeciendo y con las expectativas de vida actuales aumenta la probabilidad de dicho deterioro, por lo que habría que diferenciar bien entre un declinar propio de la edad y un DCL. En este contexto los profesionales de AP cuentan con pruebas de screening en una primera fase de exploración neuropsicológica.

Las pruebas de rendimiento cognitivo global más utilizadas en AP y que están recomendadas en el Protocolo de Diagnóstico del DC en la Comunidad Autónoma de Canarias como primera aproximación al paciente con sospecha o queja de DC son:

- . El Foto Test (ver Anexo3) consta de una tarea de denominación visual verbal de 6 objetos, una tarea de fluidez verbal, y una tarea de memoria espacio mediante el recuerdo libre y facilitado de las imágenes previamente denominadas.
- . Mini examen Cognoscitivo (MEC) de Lobo (ver Anexo 4), con el que se valora la orientación espacial, temporal, memoria inmediata, recuerdo diferido, atención, las habilidades motoras adquiridas, órdenes y lenguaje. Tiene poca sensibilidad en fases iniciales del deterioro. Este se encuentra influenciado por el nivel educativo y la edad aunque cuenta con puntos de corrección para personas sin estudios, esto no mejora su utilidad diagnóstica.
- . Test de Pfeiffer (ver Anexo 5): es un cuestionario muy breve pero con muy buenos índices de sensibilidad y especificidad. Valora fundamentalmente la memoria y la orientación. Cuenta con una corrección en la puntuación según el nivel cultural y de escolarización.
- . Test del reloj: con el cual valoramos el funcionamiento global (apraxia constructiva, mejora motora, atención, comprensión y conocimiento numérico). Sirve como complemento a otros test y no debe ser utilizado en pacientes sin estudios.

Además indagaremos en los cambios en las capacidades funcionales donde podemos utilizar instrumentos estandarizados como el Índice de Barthel (ver Anexo 6) herramienta con la que se valora la capacidad del individuo para la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y el Índice de Lawton y Brody (ver Anexo 7) útil en la graduación del grado de

dependencia que presenta para la realización de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria para precisar si se trata de DCL y su clasificación⁶.

Mediante la exploración física se pretende el hallazgo de posibles causas o enfermedades que puedan propiciar el deterioro en el individuo. Examen Cardiovascular, exploración general exhaustiva para descartar posibles causas de delirium. Una exploración neurológica se debe observar: el nivel de concentración o atención del individuo, evaluar las funciones sensoriales como audición y visión (principalmente), si existe pérdida de musculatura o esta se encuentra atrofiada, la presencia de temblores o movimientos que se encuentren fuera de lo normal. Comprobamos la existencia o no de los reflejos de liberación frontal, reflejo plantar indicativo de patología, problemas en la marcha o postura patológica orientativa de patología cerebrovascular o parkinsonismo. Debemos tener en cuenta como se encuentra de equilibrio, todos aquellos descubrimientos focales en neuronas motoras superiores que puedan indicar problemas vasculares.

Se debe realizar un diagnóstico diferencial para descartar que se pueda tratar de un delirium o una depresión. En una exploración neuropsicológica valoraremos las habilidades cognitivas fundamentales para diagnosticar una demencia. Debe ser incluidos la capacidad de atención, el habla, la retentiva, praxia constructiva, la habilidad para realizar ejercicios de cálculo, la capacidad de procesar la información o razonarla y la de abstracción. Para poder interpretar correctamente el resultado el profesional debe tener en cuenta siempre tanto el nivel educativo como la edad del paciente⁷.

¿Existen marcadores diferenciales entre el DC y el declive propio del envejecimiento?

Para contrastar que realmente hay disminución en las capacidades cognitivas es preciso diferenciarlo de lo que es el envejecimiento normal, cosa muy complicada debido a las leves diferencias entre ellos. Las señales de modificaciones en el individuo adulto mayor que no son indicativo de patología y que son propias del individuo sano suelen ser:

Memoria: se puede ver afectada la memoria operativa, de sucesos autobiográficos, de recuerdo libre, Por el contrario son conservadas tanto el reconocimiento, recuerdo facilitado, la memoria de significados, la memoria a corto plazo, implícita y la capacidad para recordar realizar una acción en el futuro.

Lenguaje: suelen tener problemas para recordar nombres o encontrar las palabras que necesitan utilizar, el ritmo del discurso se vuelve más lento, aunque se mantiene un correcto orden y modo de relacionar las palabras y el vocabulario.

El razonamiento: aunque con la edad preservamos la atención, se puede ver afectada de manera natural la capacidad de resolución y la velocidad con que lo hacemos o pensamos⁸.

Las quejas subjetivas más frecuentes en la consulta y que son indicativas de DCL suelen ser:

Memoria: los pacientes y familiares refieren no recordar diálogos, películas que han visto recientemente, citas, o plan previsto. Por el contrario, mantienen la independencia actividades más complejas como salir de compras, cocinar, o pagar las cuentas...

Función ejecutiva: las personas pueden ver afectada la función de llevar a cabo una acción, crear un planning, tener alternativas nuevas a situaciones que se presentan inesperadamente o para la resolución de problemas. Habilidades visoespaciales: estas pueden ser observadas en la coordinación de actividades manuales como pueden ser usar teclados de móvil u ordenador o cocer.

Habilidades en el comportamiento social: en ocasiones pueden presentar alteración en la conducta o cambios en su personalidad.

Lenguaje: pueden presentar dificultad en la identificación o al nombrar objetos o personas, alteración para crear una oración o de gramática. Hay que objetivar si tiene o no facilidad de palabra, buena expresión verbal, el acortamiento de frase o existencia de afasia.

Encontramos una serie de manifestaciones neuropsiquiátricas de alta prevalencia en pacientes con DCL que no desarrollarán una demencia. En mayor medida presentan síntomas de depresión, además podemos encontrar cierta agresividad, ansiedad, insomnio, irritabilidad, disforia o apatía. Este es otro punto muy importante en la intervención, la relación entre la depresión y el DCL es bidireccional, la primera puede estar relacionada con el otro siendo la causa de merma cognitiva. Por el contrario la depresión puede ser síntoma temprano de un cuadro de demencia progresiva⁹.

¿Cuál es el seguimiento que debemos llevar a un paciente con DCL desde la AP?

Los profesionales de enfermería ante un paciente con DCL fundamentalmente deberá orientar a la persona tanto si es necesario que sea remitido a una consulta de neurología. Es imprescindible llevar un seguimiento apropiado de aquellos que no se consiga objetivar déficits de memoria significativos. Las consultas de seguimiento estarán orientadas a la valoración continua

del DCL estas permiten conocer el progreso del individuo tanto si sigue un curso hacia la normalidad cognitiva como el poder percibir y diagnosticar en estadios muy precoces una posible demencia. Enfatizar en el estado funcional del paciente durante las consultas de seguimiento no solo por su relación con el DCL, pasa a ser un objetivo terapéutico y un indicador de resultado.

En las consultas de seguimiento debemos realizar una valoración continua de la funcionalidad del paciente a nivel individual para optimizar los planes de cuidados, controlar cambios o evolución y evaluar los efectos de las intervenciones terapéuticas. Es todo un desafío para los profesionales la prevención o disminución del declive funcional y las discapacidades de las personas mayores así como promover la prevención funcional en ancianos frágiles. En estas consultas se hace imprescindible el afecto humano al paciente y/o cuidador y la atención personalizada.

CONCLUSIONES

- Es importante el diagnóstico preciso, tratamiento y seguimiento de los pacientes con DCL ya que es un problema ocasiona malestar y preocupación tanto a aquellos que lo padecen como a sus cuidadores.
- El trabajo de la Enfermería de AP es fundamental en la detección precoz, el diagnóstico, el tratamiento y seguimientos de los casos en la población con DCL no diagnosticado.
- Actuar ahora en la prevención, intervención y atención de DTL mejorará enormemente la vida y la muerte de las personas que lo padecen y sus familias, y al hacerlo, transformará el futuro para la sociedad.
- Al evaluar las necesidades de una persona con DTL debemos considerar otras enfermedades y medicamentos que le pueden afectar o interactuar además de su ambiente social y salud física.
- La detección y seguimiento por parte de los profesionales de enfermería de AP de pacientes con DCL puede mejorar el pronóstico de evolución de dicha enfermedad al actuar más tempranamente.

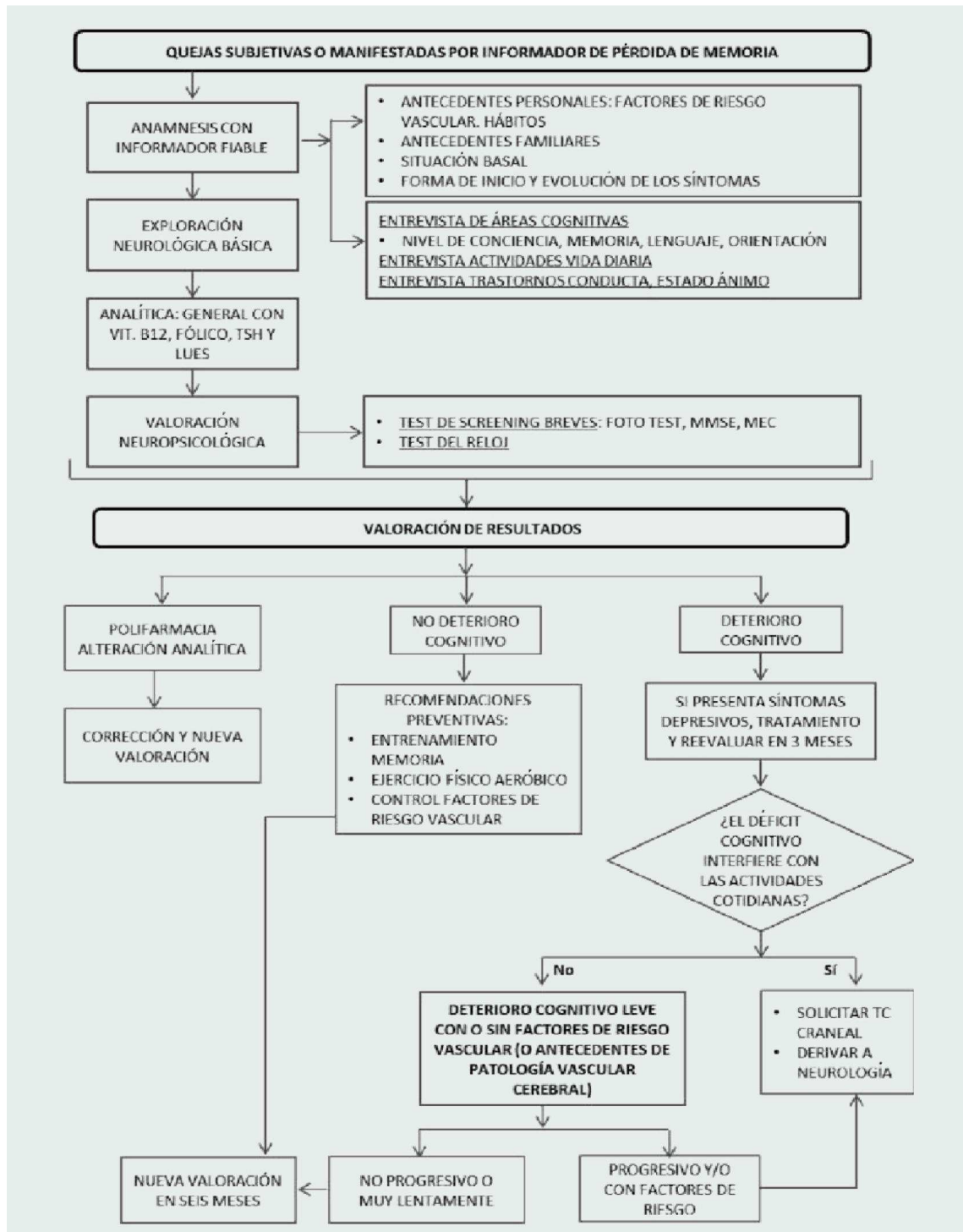
BIBLIOGRAFÍA

1. Tasa de dependencia de la población mayor de 64 años 2019-2068 | Statista [Internet]. Statista. 2021 [citado 22 Marzo 2021]. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/630963/proyeccion-de-la-tasa-de-dependencia-de-la-tercera-edad-espana/#statisticContainer>
2. [Internet]. Portal.guiasalud.es. 2021 [citado el 28 de Abril de 2021]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_compl.pdf
3. Custodio N, Herrera E, Lira D, Montesinos R, Linares J, Bendezú L. Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? [Internet]. Scielo.org.pe. 2021 [citado el 20 de abril 2021]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832012000400009&script=sci_arttext
4. Deterioro cognitivo ligero | NeuroWikia [Internet]. Neurowikia.es. 2021 [citado 2 de Mayo de 2021]. Disponible en: <http://www.neurowikia.es/content/deterioro-cognitivo-ligero>
5. [Internet]. Viguera.com. 2021 [citado el 20 de Abril de 2021]. Disponible en: https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0502/502_0045_0055.pdf
6. [Internet]. Www3.gobiernodecanarias.org. 2021 [citado el 6 Mayo de 2021]. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/b3186014-4274-11ea-bbdf-d73a8968efc2/ProtocoloDC_Canarias.pdf
7. [Internet]. Segg.es. 2021 [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2016_II.pdf
8. [Internet]. Segg.es. 2021 [citado el 15 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2016_II.pdf
9. Patrones de detección del deterioro cognitivo leve en enfermería [Internet]. Elsevier.es. 2021 [citado el 15 de Abril de 2021]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X18300842>

ANEXOS

ALGORITMO DIAGNÓSTICO PROTOCOLO DE DIAGNÓSTICO DE DC EN CANARIAS

ANEXO 1



ANEXO 2



Forma de aplicación:

1.- Denominación (Den)

Enséñele la lámina con las fotos y pídale que las nombre; dé **1 punto** por cada respuesta correcta; en caso de error o no respuesta, indíquele el nombre correcto y no le dé ningún punto.
(Una vez concluya esta tarea, retire la lámina y apártela de la vista del sujeto)

2.- Fluidez Verbal (FH / FM)

a.- "Quiero que me diga todos los nombres de hombres/mujeres que recuerde" (comience siempre por el sexo contrario)
(No de ejemplos, conceda **30 segundos** y comience a contar el tiempo cuando diga el primer nombre. Dé **1 punto** por cada nombre correcto, no puntúe los nombres similares (Mari-María; Pepe-José, Dolores-Lola, etc))

b.- "Quiero que me diga todos los nombres de hombres/mujeres (mismo sexo) que recuerde"
(termine preguntando por el mismo sexo)
(No de ejemplos, conceda **30 segundos** y comience a contar el tiempo cuando diga el primer nombre. Dé **1 punto** por cada nombre correcto, no puntúe los nombres similares (Mari-María; Pepe-José, etc))

3.- Recuerdo

a.- Recuerdo Libre (RL): "Recuerda qué fotos había en la lámina que le enseñé antes". (**Máximo 20 segundos**); dé **2 puntos** por cada respuesta correcta.

b.- Recuerdo Facilitado (RF): Ofrecerle como pista y ayuda la "categoría" de las imágenes que **NO** haya recordado espontáneamente anteriormente, diciéndole por ejemplo: "También había una fruta, ¿la recuerda?". Dé **1 punto** por cada respuesta correcta.

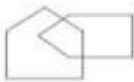
Categoría	Fotos	Den	RL*	RF	Fluidez Hombres (FH)	Fluidez Mujeres (FM)
Juego	Cartas					
Vehículo	Coche					
Fruta	Pera					
Inst. Musical	Trompeta					
Prenda vestir	Zapatos					
Cubierta	Cuchara					
Sub-Totales						
Total Test de las Fotos (Den+RL+RF+FH+FM)						

* 2 puntos por respuesta correcta

Modificado de: Carnero Pardo, C. y M. Montoro Rios (2004). Evaluación preliminar de un nuevo test de cribado de demencia (EUROTEST). Revista de Neurología 2004;38(3):201-209.

ANEXO 3

MINIMENTAL STATE EXAMINATION (MMSE) (adaptación y validación de Escribano et al, 1999)

<p>Orientación: ¿En qué año, estación, fecha (día del mes), día (día de la semana) y mes estamos? [0] [1] [2] [3] [4] [5]</p> <p>¿Dónde estamos: provincia, nación, ciudad, calle y número? (Si vive en Residencia: provincia, nación, ciudad, nombre y planta) [0] [1] [2] [3] [4] [5]</p>
<p>Fijación: Nombrar tres objetos: Peseta, Caballo, Manzana. Debe darse un segundo para cada objeto. Preguntar al paciente los tres después de nombrarlos. [0] [1] [2] [3]</p> <p>Los recuerda: Repetir los objetos hasta que los aprenda. Máximo cinco intentos.</p>
<p>Atención y cálculo: Pida al sujeto que cuente desde 100 en orden decreciente de 7 en 7. [0] [1] [2] [3] [4] [5]</p> <p>Deletree hacia atrás la palabra MUNDO. [0] [1] [2] [3] [4] [5]</p> <p>Utilizar el mejor puntuado.</p>
<p>Memoria: Preguntar los tres objetos previamente repetidos. Recuerda: [0] [1] [2] [3]</p>
<p>Lenguaje: Nombrar un lápiz y un reloj. [0] [1] [2]</p> <p>Repetir lo siguiente: «Ni sí, ni no, ni pero» [0] [1]</p> <p>Realizar una orden en tres tiempos: «Tome este papel con la mano derecha, córtelo por la mitad y póngalo en el suelo» [0] [1] [2] [3]</p> <p>Lea, y realícelo. Es una orden. [0] [1]</p> <p>CIERRE LOS OJOS</p> <p>Escriba una frase. Cuénteme algo por escrito. [0] [1]</p>
<p>Copie el siguiente dibujo: [0] [1]</p> 

ANEXO 4

Cuestionario de Pfeiffer

1. ¿Cuál es la fecha de hoy (día, mes, año)?
2. ¿Qué día de la semana es hoy?
3. ¿Dónde estamos ahora (lugar o edificio)?
4. ¿Cuál es su número de teléfono? (o su dirección si no tiene teléfono)
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Cuál es su fecha de nacimiento (día, mes, año)?
7. ¿Quién es ahora el presidente del gobierno?
8. ¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?
9. ¿Cuál es el segundo apellido de su madre?
10. Vaya restando de 3 en 3 al número 20

Punto de corte habitual en más de dos errores. Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales), se admite un error más para cada categoría; si el nivel educativo es alto (universitario), se admite un nivel menos.

ANEXO 5

TEST DE BARTHEL

Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente. Entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc	5
	- Dependiente	0
Deposiciones	- Continente	10
	- Ocasionalmente algun episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinente	0
Micción	- Continente o es capaz de cuidarse la sonda	10
	- Ocasionalmente, máx un episodio de incontinencia en 24h,necesita ayuda para cuidar la sonda	5
	- Incontinente	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa	10
	- Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión	10
	- Gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50m	10
	- Independiente en silla de ruedas, sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para subir y bajar escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión	5
	- Dependiente	0
TOTAL		

ANEXO 6

Valoración de la incapacidad funcional:

- 100 Total independencia (siendo 90 la máxima puntuación si el paciente usa silla de ruedas)
- 60 Dependencia leve
- 35-55 Dependencia moderada
- 20-35 Dependencia severa
- 20 Dependencia total

ANEXO 7

ESCALA DE LAWTON Y BRODY

ESCALA DE ACTIVIDADES DIARIAS INSTRUMENTALES		H	M
Capacidad para usar el teléfono	. Utiliza el teléfono por iniciativa propia.	1	1
	. Es capaz de marcar bien algunos números familiares.	1	1
	. Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar.	1	1
	. No utiliza el teléfono.	0	0
Hacer compras	. Realiza todas las compras necesarias independientemente.	1	1
	. Realiza independientemente pequeñas compras.	0	0
	. Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra.	0	0
	. Totalmente incapaz de comprar.	0	0
Preparación de la comida	. Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente.	1	1
	. Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes.	0	0
	. Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada.	0	0
	. Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0	0
Cuidado de la casa	. Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados).	1	1
	. Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas.	1	1
	. Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza.	1	1
	. Necesita ayuda en todas las labores de la casa.	1	1
	. No participa en ninguna labor de la casa	0	0
Lavado de la ropa	. Lava por si solo toda su ropa.	1	1
	. Lava por si solo pequeñas prendas.	1	1
	. Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro.	0	0
Uso de medios de transporte	. Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche.	1	1
	. Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte.	1	1
	. Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona.	1	1
	. Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros.	0	0
	. No viaja en absoluto	0	0
Responsabilidad respecto a su medicación	. Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta.	1	1
	. Toma su medicación si la dosis es preparada previamente.	0	0
	. No es capaz de administrarse su medicación	0	0
Manejo de sus asuntos económicos	. Se encarga de sus asuntos económicos por si solo	1	1
	. Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos.	1	1
	. Incapaz de manejar dinero	0	0
TOTAL			

Interpretación:

Dependencia	TOTAL	GRAVE	MODERADA	LEVE	AUTONOMA (0)
Mujeres:	0-1	2-3	4-5	6-7	8
Hombres:	0	1	2-3	4	5