

Abordaje integral de la demencia

Castellanos Pinedo, F. Neurólogo. Coordinador Regional del PIDEX. Servicio Extremeño de Salud. Mérida.

Cid Gala, M. Psicólogo. Coordinador Técnico de Gerencia. Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia. Mérida.

Duque San Juan, P. Neuropsicólogo clínico. Director de Formación. Servicio de Daño Cerebral. Hospital NISA Aguas Vivas. Valencia.

Zurdo Martín. Neurólogo. Unidad de Neurología. Hospital Virgen del Puerto. Plasencia. Consejería de Sanidad y Dependencia, Junta de Extremadura. Mérida.

RESUMEN

La demencia es uno de los problemas de salud pública más importantes a los que se enfrenta nuestra sociedad. Su alta prevalencia en la población anciana, unida al envejecimiento de la pirámide poblacional, la ausencia de tratamientos efectivos y el alto grado de dependencia que sufren los pacientes, hacen que sus repercusiones médicas, personales, familiares, sociales y económicas sean de grandes proporciones. El diagnóstico correcto y temprano, el tratamiento farmacológico y no farmacológico, la adecuada valoración social y asignación de recursos de atención a la dependencia y la atención al cuidador son los elementos clave del abordaje integral de la demencia. En este artículo se revisan las necesidades del paciente con demencia y las posibles estrategias para su abordaje integral.

PALABRAS CLAVE: Demencia, atención integral, dependencia.

ABSTRACT

Dementia is one of most important public health issues for the society. Its high prevalence in the elderly population, coupled with the progressive aging of the population, the absence of an effective therapy and the high degree of dependence experienced by patients, cause severe implications on medical, personal, familial, social and economic aspects. Correct and early diagnosis, drug and non-pharmacological treatment, adequate social assessment and dependency care resources allocation, and caregiver's care are the key elements of a holistic approach to dementia. This article reviews the needs of patients with dementia and the possible strategies for a comprehensive approach to this topic.

KEY WORDS: Dementia, comprehensive care, dependency.

Inf Ter Sist Nac Salud 2011; 35: 39-45

Introducción

La demencia es un síndrome caracterizado por la aparición de un deterioro intelectual, que afecta a múltiples dominios cognitivos y tiene repercusión sobre la capacidad funcional del sujeto. En nuestro medio la causa más frecuente son las enfermedades neurodegenerativas y, entre ellas, la enfermedad de Alzheimer (EA). La demencia es, sin duda, uno de los problemas de salud pública más importantes a los que se enfrenta nuestra sociedad. Su alta prevalencia en la población anciana, la ausencia de tratamientos efectivos y el alto grado de dependencia que sufren los pacientes hacen que sus repercusiones médicas, personales, familiares, sociales y económicas sean de grandes proporciones.

El aumento de la esperanza de vida en países desarrollados y el envejecimiento de la población hacen

prever un aumento del número de casos en las próximas décadas, que hará que la cifra actual se multiplique entre dos y tres veces en el año 2050. Por otro lado, es de esperar que la investigación terapéutica en la demencia, y más específicamente en la EA, alumbre nuevos tratamientos que será necesario costear, y que al mismo tiempo nos obligarán a mejorar nuestra capacidad de diagnóstico, para que este sea más temprano y específico⁽¹⁾.

Ante esta situación, la sociedad debe desarrollar estrategias para abordar el problema de la demencia desde un punto de vista global, atendiendo por igual a las necesidades sanitarias, sociales, económicas y legales, y sin perder de vista las consecuencias sobre el cuidador.

En este artículo se revisan las necesidades del paciente con demencia y sus cuidadores, y las posibles estrategias de abordaje integral.

Epidemiología e impacto socioeconómico de la demencia

La prevalencia de la demencia y de la EA en España se ha estimado en el 10,9% y el 7,7% respectivamente en la población mayor de 70 años⁽²⁾. Es un hecho conocido que la prevalencia de la demencia se duplica cada 5 años entre los 65 y los 85 años de edad⁽³⁾. Su incidencia es algo más elevada en mujeres que en hombres, sobre todo en la EA.

La edad y los factores de riesgo vascular, junto con algunos factores genéticos en la EA (aplotipo 4 de la apolipoproteína E) son hoy reconocidos como los principales factores de riesgo para padecer una demencia⁽³⁾.

A medida que la pirámide de población vaya envejeciendo en las próximas décadas se producirá un aumento total, y en porcentaje sobre la población general, del número de personas con demencia. En el caso de la EA, se ha estimado que, si no surgen tratamientos capaces de modificar el curso de la enfermedad, la población con esta enfermedad aumentará en los Estados Unidos desde los aproximadamente 3 millones de casos actuales hasta una cifra que oscilará entre los 8 y los 13 millones de personas en 2050⁽¹⁾.

La aparición de un caso de demencia suele tener un efecto devastador en el entorno familiar del paciente desde el punto de vista afectivo, a lo que se une la carga que supone la discapacidad y dependencia secundarias, el gasto sanitario y en ayudas, la posibilidad de institucionalización y las consecuencias legales del diagnóstico.

Una reciente revisión de los estudios realizados en diversos países europeos concluye que el coste económico de la atención a la demencia es elevado, con una media estimada de 28.000 € anuales por paciente en Europa, aunque con grandes diferencias entre países⁽⁴⁾. En España se estiman cifras entre 27.000 € y 37.000 € anuales, de los que el mayor porcentaje corresponde al gasto derivado del cuidado informal del paciente (77-81%), mientras que sólo el 10-13% corresponde al gasto sanitario y el 6-12% al cuidado formal o profesional, no sanitario. Estas cifras de gasto sanitario contrastan con las más elevadas que se observan en países de nuestro entorno (21-56% del coste total) y nos indican que el margen de ahorro económico en este aspecto es pequeño en nuestro país. El gasto en cuidados informales deriva fundamentalmente del número de horas de dedicación del cuidador, que aumenta en función del grado de evolución de la enfermedad.

En la actualidad existen diversos fármacos aprobados para el tratamiento de la EA, cuyo mecanismo de acción se basa en la modulación de la neurotransmisión colinérgica o glutamatérgica, habiéndose demostrado efectos positivos sobre la función cognitiva, si bien su impacto en la situación global de los pacientes es modesto y se ha puesto en duda su coste-efectividad⁽⁵⁾.

Entre los posibles escenarios futuros, podemos encontrarnos en la situación más favorable, que sería el descubrimiento de un tratamiento que modificase de forma significativa el curso de la EA. Esta situación obligaría a los proveedores de salud a aumentar el gasto sanitario, tanto en recursos para procurar una detección y diagnóstico en

fases iniciales de la enfermedad, como en gasto farmacéutico, pero probablemente disminuiría el coste en cuidados no sanitarios. El otro posible escenario es sin duda peor: si no se encuentra un tratamiento capaz de alterar el curso de la enfermedad el gasto sanitario seguirá aumentando debido a la comorbilidad en las fases avanzadas, y el gasto en medidas de atención a la dependencia se multiplicará⁽¹⁾.

Atención sanitaria de la demencia

La elevada prevalencia de la demencia y su manejo principalmente ambulatorio hacen que el ámbito sanitario natural de esta dolencia sea la atención primaria. El médico de atención primaria (MAP) debe estar familiarizado con sus síntomas y disponer de conocimientos y habilidades suficientes para su prevención, detección, diagnóstico inicial, seguimiento y tratamiento de los síntomas más comunes.

El neurólogo es el especialista de referencia para los pacientes con demencia y quien debe determinar el diagnóstico definitivo y las pautas de tratamiento para el deterioro cognitivo (DC) y los síntomas conductuales y neurológicos, con el apoyo de otros especialistas, como geriatra y psiquiatra.

La evaluación detallada de las funciones cognitivas, por medio de la neuropsicología, es a día de hoy una herramienta indispensable para un correcto diagnóstico y seguimiento del paciente⁽⁶⁾.

1. Prevención

Aunque a día de hoy no puede establecerse ninguna recomendación apoyada en las evidencias científicas, el control de los factores de riesgo vascular (hipertensión arterial, diabetes mellitus e hiperlipidemia) y mantener una actividad física y mental diaria son medidas que teóricamente podrían reducir el riesgo de padecer demencia⁽⁷⁾. En cualquier caso, son medidas saludables y beneficiosas para el estado de salud del paciente.

2. Detección

Detectar supone observar o descubrir determinados signos que puedan orientar hacia la existencia de un problema, pero también comprobar que los signos observados realmente se corresponden con el problema que se pretende detectar, en este caso, un DC. La sospecha de DC o demencia puede establecerse por distintos profesionales a través de la observación (enfermera, trabajador social, otros profesionales sanitarios, etc.). El siguiente paso debe ser que el paciente o sus familiares acudan a su MAP, que debe realizar una historia clínica lo más detallada posible sobre los síntomas que orientan a una merma de facultades mentales y evaluar si existen datos consistentes que apunten a la existencia de un DC. Es importante obtener los datos de un informador fiable, habitualmente un familiar cercano al paciente.

3. Diagnóstico

3.1. Diagnóstico sindrómico

El objetivo en esta fase diagnóstica es confirmar la sospecha de demencia o DC, según los criterios diagnósticos in-

ternacionalmente aceptados^(8,9). La anamnesis deberá ser completada con datos sobre posibles enfermedades concomitantes o toma de medicamentos que puedan influir en la situación mental del paciente, prestando especial atención a la depresión, por su alta prevalencia y su influencia sobre las funciones cognitivas, especialmente sobre la memoria. El siguiente paso será realizar una exploración neuropsicológica básica, mediante un test cognitivo breve o de cribado. En nuestro país los más utilizados son el Mini-mental State Examination, el Memory Impairment Screening y el Test del reloj⁽¹⁰⁾, si bien en los últimos años se han desarrollado otros test breves, que pueden ser aplicados también en la población iletrada⁽¹¹⁾. Es recomendable realizar un estudio analítico para descartar enfermedades sistémicas que puedan condicionar un trastorno cognitivo, como el hipotiroidismo o el déficit de vitamina B₁₂.

3.2. Diagnóstico etiológico

En esta fase se intenta concretar que tipo de demencia tiene el paciente y cual es su causa más probable, para lo que es preciso la participación de un equipo especializado y coordinado por un neurólogo. La anamnesis especializada debe orientarse no sólo hacia los datos de DC, sino hacia otros posibles síntomas conductuales y neurológicos acompañantes, que puedan orientar el diagnóstico. La mayor parte de los pacientes precisarán un estudio neuropsicológico detallado, realizado por un neuropsicólogo, que es el profesional formado específicamente en esta disciplina, mediante la aplicación de instrumentos diagnósticos de valoración cognitiva global, que será necesario complementar en algunos casos con herramientas específicas para el estudio de determinadas funciones cognitivas⁽¹⁰⁾.

En la mayoría de los casos, el diagnóstico se realizará por los datos de la clínica y el perfil neuropsicológico del paciente. Se tratará, en general, de un diagnóstico en grado de probabilidad, basado en el uso de criterios diagnósticos, con el apoyo de las pruebas complementarias.

Todo paciente diagnosticado de DC o demencia, debe tener un estudio de neuroimagen, bien una tomografía axial computerizada o una resonancia magnética, que servirá para descartar causas potencialmente tratables, como tumor o hidrocefalia, evaluar la existencia, grado y tipo de patología cerebrovascular asociada, y como apoyo al diagnóstico de algunas enfermedades neurodegenerativas (atrofia lobar en las degeneraciones frontotemporales o atrofia del hipocampo en la EA, por ejemplo)⁽⁶⁾.

Las pruebas de neuroimagen funcional por técnicas de medicina nuclear, como la tomografía por emisión de fotón único y la tomografía por emisión de positrones, pueden aportar información cuando existen dudas sobre el diagnóstico, pero no se recomienda su uso rutinario en el diagnóstico de la demencia⁽⁶⁾.

Existe un amplio abanico de pruebas diagnósticas que pueden ser necesarias para el diagnóstico diferencial en función de la sospecha clínica (estudios genéticos, serología a sífilis u otros agentes infecciosos, electroencefalograma, punción lumbar, estudio Doppler de troncos supraaórticos, etc.). No se recomienda el genotipado rutinario de

ApoE en la sospecha de EA⁽⁶⁾. En la figura 1 se expone el algoritmo diagnóstico para el estudio del paciente con DC o demencia propuesto en el Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo en Extremadura (PIDEX)⁽¹²⁾.

4. Tratamiento

Una vez establecido el diagnóstico, el siguiente paso es evaluar las posibilidades de tratamiento. El manejo del paciente con demencia debe partir de un enfoque global, que contemple la situación clínica del paciente, la existencia o no de síntomas conductuales, la comorbilidad, el medio en que vive y, por último, las características de cuidador y sus posibilidades de supervisión de la correcta toma de la medicación y de vigilancia de los efectos secundarios.

4.1. Tratamiento farmacológico

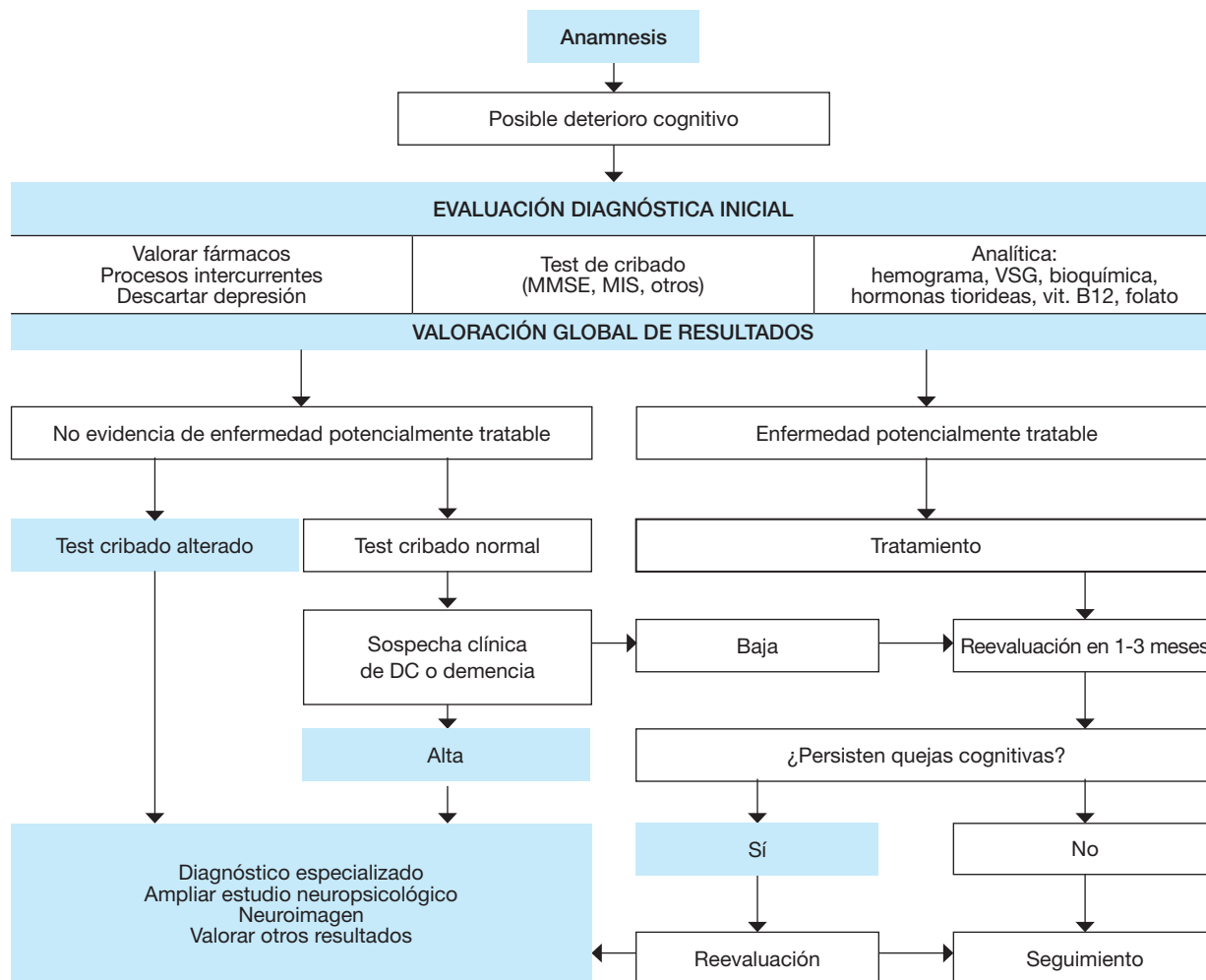
Como se ha comentado, existen varios fármacos aprobados para el tratamiento del trastorno cognitivo de la EA: tres inhibidores de la acetilcolinesterasa (donepezilo, rivastigmina y galantamina), indicados en la EA en fase leve a moderada⁽¹³⁾, y un antagonista del receptor N-metil D-aspartato (NMDA) del glutamato (memantina), indicado en la EA moderada a grave⁽¹⁴⁾. Rivastigmina está además indicada en la demencia asociada a enfermedad de Parkinson⁽¹⁵⁾.

El correcto manejo de los trastornos de la conducta es otro eje fundamental en el abordaje terapéutico de estos pacientes. El tratamiento farmacológico debe complementarse con una adecuada formación del cuidador para afrontar las situaciones conflictivas. Los fármacos más utilizados son antidepresivos, antipsicóticos y algunos anticomociales. Los inhibidores de la acetilcolinesterasa y la memantina también pueden ser de ayuda en el manejo de estos síntomas⁽¹⁶⁾. El único antipsicótico con indicación aprobada para el tratamiento de los trastornos de conducta en la demencia es la risperidona. Existe un gran debate sobre los riesgos de la utilización de antipsicóticos atípicos en pacientes con demencia, dado que algunos estudios indican que pueden aumentar el riesgo de muerte⁽¹⁷⁾, lo que ha hecho que las autoridades sanitarias hayan impuesto restricciones a su uso en mayores de 75 años. Sin embargo, es posible que este riesgo sea inherente a todos los antipsicóticos, tanto clásicos como atípicos⁽¹⁸⁾, por lo que debe evaluarse la relación riesgo-beneficio del uso de cualquiera de estos fármacos en cada paciente.

4.2. Tratamiento no farmacológico

Existen cada vez más evidencias de los beneficios de los tratamientos no farmacológicos en la demencia⁽¹⁹⁾. En concreto, los programas de estimulación cognitiva han demostrado efectos favorables sobre la cognición y la conducta en pacientes con EA leve a moderada. Otros tipos de medidas, como el entrenamiento en las actividades de la vida diaria y las terapias dirigidas al control de los trastornos de conducta, han demostrado también ser eficaces.

Figura 1. Algoritmo diagnóstico del deterioro cognitivo propuesto en el PIDEX



Abreviaturas: MMSE: Mini-Mental Status Examination, MIS: Memory Impairment Screening.

5. Información

La información es esencial para el manejo del paciente con demencia. Esta información debe entenderse en dos sentidos:

- la comunicación al paciente (según su situación) y a sus familiares del diagnóstico, sus consecuencias y las posibilidades de tratamiento;
- la transmisión de la información necesaria al resto de agentes que pueden intervenir a la atención al paciente. En este caso, los destinatarios fundamentales deben ser los componentes del equipo de atención primaria, incluyendo al trabajador social como principal gestor de las medidas de atención a la dependencia. Este flujo de información debe ser siempre bidireccional en ambos casos. Dependiendo de la red asistencial existente, las posibilidades de comunicación entre profesionales son amplias. En la figura 2 se expone el diagrama de flujos de información propuesto en el PIDEX⁽¹²⁾.

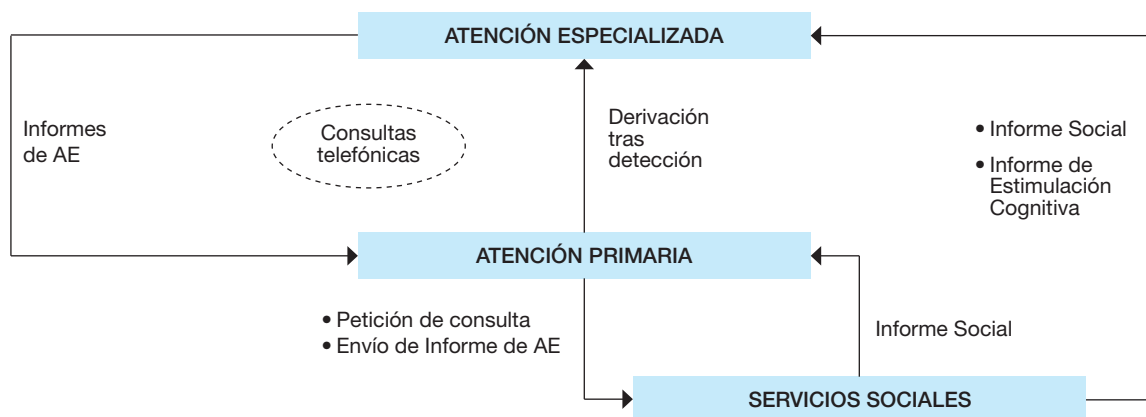
6. Seguimiento

La demencia es un proceso dinámico. En algunos tipos de demencia se producen fluctuaciones clínicas, pero la norma es que el curso clínico consista en un deterioro cognitivo y funcional lentamente progresivo. Las necesidades de los pacientes van cambiando con la evolución de la enfermedad en todos los aspectos, por lo que es necesario establecer un calendario de revisiones que se adapte a los tiempos de la enfermedad. En general, los MAP deben revisar a sus pacientes con más frecuencia e incluso estos pueden acudir “a demanda”. En el caso del neurólogo y el resto de especialistas, es recomendable que el seguimiento se realice como mínimo cada 6 meses, aunque es necesario individualizar cada caso.

7. Cuidados en el paciente terminal

En los estados finales de la demencia, el paciente pierde su capacidad de comunicación efectiva y sus habilidades

Figura 2. Diagrama de flujo de la información en el modelo PÍDEX de atención sociosanitaria a la demencia.



Abreviatura: AE: atención especializada.

motoras, con una dependencia absoluta para todas las actividades de la vida diaria. En estas situaciones, el peso del manejo del paciente en el ámbito sanitario debe recaer en los equipos de atención primaria y de residencias, con el apoyo de los equipos de cuidados paliativos si fuera necesario. Los cuidados de enfermería y el adecuado entrenamiento de los cuidadores, bien sean profesionales o informales, son fundamentales para evitar complicaciones como la aparición de úlceras por presión, broncoaspiraciones, caídas, fracturas, etc. Estas enfermedades comórbidas son la principal causa de mortalidad en los pacientes con demencia terminal⁽²⁰⁾.

Atención a la dependencia

1. Diagnóstico social

La correcta atención a la dependencia generada por una demencia y la consiguiente asignación de recursos dependen de una adecuada valoración sanitaria y de la existencia de vías ágiles de comunicación entre los profesionales de ambos ámbitos, incluyendo un lenguaje común y unos criterios preestablecidos. Además de esto, es imprescindible la consideración de otras variables meramente sociales. Por tanto, para la correcta valoración del grado de dependencia y de la cantidad y tipos de recursos que requiere un paciente con demencia, es preciso establecer el diagnóstico de su situación social a partir de las siguientes variables⁽¹²⁾:

- Una correcta evaluación médica, incluyendo un diagnóstico y estadiaje precisos.
- Valoración social de la unidad de convivencia, de la competencia del cuidador, situación de la vivienda y situación económica.

- Valoración de la necesidad de ayuda o grado de autonomía del paciente para las actividades de la vida diaria.
- Valoración de las potenciales situaciones de estrés del cuidador (por edad avanzada, enfermedad, situación laboral, etc.)
- Valoración de la red social de apoyo, entendiendo como tal al cuidador y la unidad familiar u otras personas allegadas que puedan colaborar con él en la atención al paciente. Dependiendo de su estructura, grado de cohesión interna y cercanía física al paciente, podemos definir si la red social de apoyo es estable, frágil o inexistente.

2. Asignación de recursos

En nuestro país, desde la entrada en vigor de la Ley de la Dependencia (Ley 39/2006)⁽²¹⁾, todas las ayudas deben canalizarse a través de los cauces establecidos en la misma. Sin embargo, las necesidades de los pacientes y los cuidadores con frecuencia no pueden esperar y es necesario adoptar medidas inmediatas.

En la tabla I se expone un listado de posibles recursos y servicios que pueden ser útiles en los pacientes con demencia y que deberán valorarse individualmente en función del diagnóstico social. La institucionalización del paciente debe plantearse de forma individualizada, pues depende de distintas variables relacionadas con la persona y su entorno, pero en general debe plantearse cuando el deterioro funcional y/o la situación conductual del paciente superan la competencia del cuidador o provocan su claudicación, con una red social de apoyo frágil o inexistente.

Tabla I. Recursos y servicios disponibles para la atención a la dependencia del paciente con demencia.

Recursos
<ul style="list-style-type: none"> • Servicio de Atención Diurna (Centro de Día) para Personas con Demencia • Centro Residencial para Personas Dependientes • Unidad de Atención Especializada en Demencia en Centro Residencial para Personas Mayores • Asociaciones de Familiares
Servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Teleasistencia • Ayudas económicas • Ayudas técnicas • Ayuda a domicilio para cuidados personales • Ayuda a domicilio para atención doméstica • Seguimiento social a domicilio • Comida a domicilio • Lavandería a domicilio • Lavandería y comedor social • Servicio de apoyo a familiares

3. Atención al cuidador

La atención sociosanitaria al paciente con demencia debe incluir entre sus objetivos la atención a las necesidades del cuidador, pieza clave en el sostenimiento de la persona con demencia⁽²²⁾. Esto es aún más importante en sociedades, como la de nuestro país, en las que la atención al paciente está fundamentalmente en manos de cuidadores informales, que son en su mayoría familiares, como quedó reflejado en el estudio EUROCARE⁽²³⁾. El cuidador asume un gran coste personal por su dedicación al paciente, en términos económicos, laborales, sociales (disminución del tiempo de ocio y relaciones sociales fuera del hogar) y de salud psíquica y física⁽²²⁾. Además, existen estudios que demuestran que los programas de formación y apoyo al cuidador pueden retrasar la institucionalización del paciente⁽¹⁹⁾.

Entre los posibles servicios de apoyo a familiares y cuidadores informales se encuentran los siguientes⁽¹²⁾:

- Servicios de información y orientación, incluyendo puntos de atención directa o servicios de atención telefónica o telemática centralizados.
- Formación: cursos o actividades formativas impartidas por profesionales con experiencia en la atención a pacientes con demencia, destinados a mejorar las habilidades del cuidador y su comprensión del problema.
- Atención psicosocial, en forma de intervenciones individuales o grupos de autoayuda.
- Respiro a domicilio y estancias temporales: servicios destinados a suplir las funciones del cuidador durante un periodo corto de tiempo, por necesidad de descanso o porque circunstancias excepcionales le impidan atender al paciente. Este servicio puede tener lugar en el domicilio del paciente o, más frecuentemente, a través de una estancia breve en un centro residencial.

Coordinación sociosanitaria

La coordinación entre distintos niveles de atención, de forma que se garantice la continuidad de los cuidados y la atención integral a personas con un determinado problema de salud debe ser un objetivo prioritario de las administraciones públicas.

Entre las diversas estrategias posibles y útiles para lograr esta coordinación sociosanitaria en la atención a las personas con demencia se encuentran las siguientes⁽²⁴⁾:

- a) la planificación conjunta de las actuaciones por parte de los responsables de la atención sanitaria y de la atención a la dependencia, con el asesoramiento de profesionales y expertos de ambos ámbitos;
- b) la formación de los profesionales;
- c) el desarrollo de sistemas de información en los que los profesionales puedan integrar la información clínica y social en una única plataforma;
- d) la valoración interdisciplinar y el desarrollo de protocolos de actuación; y
- e) el establecimiento de vías de comunicación que permitan el seguimiento de las actuaciones y la retroalimentación de los profesionales.

La coordinación sociosanitaria no puede depender de la simple redacción de un plan o de determinados protocolos por un grupo de profesionales “representativos” y de gestores, que pueden o no ser seguidos por el resto de profesionales. Es indispensable establecer mecanismos que permitan la implicación real de los distintos agentes y que pasen de forma ineludible por la formación y la comunicación. Además, el programa diseñado debe ser dinámico y permitir la adaptación a las circunstancias cambiantes derivadas de un nuevo contexto sanitario o social.

Aspectos legales de la demencia

La demencia plantea importantes problemas jurídicos, en ocasiones de difícil solución, cuya descripción escapan a los objetivos de este trabajo. Destaca entre ellos la decisión de incapacitar jurídicamente a la persona con demencia, incapacitación que deberá tener unos límites específicos dependiendo de la situación del paciente, designando el juez a la persona o personas encargadas de su tutela o curatela. La valoración de la capacidad de toma de decisiones de un paciente con DC o demencia es una tarea complicada que requiere de una evaluación cualificada. En España existe una propuesta de consenso en este sentido, plasmada en el denominado Documento Sitges⁽²⁵⁾.

Las asociaciones de familiares y enfermos

El colectivo de asociaciones tiene una extraordinaria importancia ya que representa la voz de las personas que sufren demencia y sus familiares y conoce de primera mano cuales son las necesidades de los afectados y las carencias en su atención. Es por ello imprescindible para la administración pública y los profesionales mantener un vínculo de comunicación y colaboración constante con

las asociaciones, dado que su experiencia y cercanía a los afectados las convierte en un vehículo ideal para la información y formación del cuidador, entre otros aspectos.

Conclusiones

La demencia es, sin duda, una de las epidemias del siglo XXI, para la que los responsables de las políticas sanitarias y sociales deben buscar soluciones innovadoras y eficaces. En la actualidad, debe ser contemplada como un problema sociosanitario, en el que la carga de las medidas sociales o de apoyo a la dependencia va cobrando más peso a medida que avanza la enfermedad y el individuo va perdiendo autonomía. En un escenario futuro, en el que fuera posible contar con un tratamiento efectivo para la EA –principal causa de demencia–, que fuera capaz de modificar el curso de la enfermedad, la carga de la atención probablemente se desplazaría hacia los aspectos sanitarios, pero por el momento esta expectativa no se vislumbra a corto plazo⁽²⁶⁾.

El diagnóstico correcto y temprano, el tratamiento farmacológico y no farmacológico, una adecuada asignación de recursos de atención a la dependencia -acorde a la situación funcional y circunstancias sociales del individuo-, y la atención al cuidador son los elementos claves del abordaje integral de la demencia.

Bibliografía

1. Sloane PD, Zimmerman S, Suchindran C, Reed P, et al. The public health impact of Alzheimer's disease, 2000-2050: potential implication of treatment advances. *Annu Rev Public Health* 2002; 23: 213-231.
2. Gascón-Bayarri J, Reñé R, Del Barrio JL, et al.: Prevalence of dementia subtypes in El Prat de Llobregat, Catalonia, Spain: The PRATICON Study. *Neuroepidemiology* 2007; 28:224-234.
3. López Pousa S. La demencia: concepto y epidemiología. En: Alberca R, López Pousa S (eds.). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (3ª ed.). Madrid: Panamericana, 2006. Pp 33-42.
4. Jönsson L, Wimo A. The cost of dementia in Europe: a review of the evidence, and methodological considerations. *Pharmacoeconomics* 2009; 27: 391-403.
5. Loveman E, Green C, Kirby J, et al. The clinical and cost-effectiveness of donepezil, rivastigmine, galantamine and memantine for Alzheimer's disease. *Health Technol Assess* 2006; 10: iii-iv, ix-xi, 1-160.
6. Hort J, O'Brien JT, Gainotti G, et al; on behalf of the EFNS Scientist Panel on Dementia. EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer's disease. *Eur J Neurol* 2010; 17: 1236-1248.
7. Daviglus ML, Bell CC, Berrettini W, Bowen PE, et al. National Institutes of Health State-of-the-Science Conference statement: preventing Alzheimer disease and cognitive decline. *Ann Intern Med* 2010; 153: 176-181.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th edition. Washington DC, 1994.
9. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders*. World Health Organization, Geneva, 1992.
10. Peña Casanova J, Gramunt Fombuena N, Gich Fullà J. *Test neuropsicológicos. Fundamentos para una neurología clínica basada en evidencias*. Barcelona: Masson, 2004.
11. Carnero Pardo C, Sáez-Zea C, Montiel Navarro L, Del Sazo P, et al. Utilidad diagnóstica del Test de las Fotos (Fototest) en deterioro cognitivo y demencia. *Neurología* 2007; 22: 860-869.
12. Castellanos Pinedo F, Cid Gala M, Duque San Juan P, Zurdo M, Toribio R. Plan Integral de atención sociosanitaria al deterioro cognitivo en Extremadura (PIDEX). Primera parte: demencias degenerativas. Junta de Extremadura, 2007.
13. Hansen RA, Gartlehner G, Webb AP, Morgan LC, Moore CG, Jonas DE. Efficacy and safety of donepezil, galantamine, and rivastigmine for the treatment of Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. *Clin Interv Aging* 2008; 3: 211-225.
14. Winblad B, Jones RW, Wirth Y, Stöfler A, Möbius HJ. Memantine in moderate to severe Alzheimer's disease: a meta-analysis of randomised clinical trials. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2007; 24: 20-27.
15. Emre M, Aarsland D, Albanese A, Byrne EJ, et al. Rivastigmine for dementia associated with Parkinson's disease. *N Engl J Med* 2004; 351: 2509-2518.
16. Gauthier S, Cummings J, Ballard C, Brodaty H, et al. Management of behavioral problems in Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr* 2010; 22: 346-372.
17. Schneider LS, Dagerman KS, Insel P. Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *JAMA* 2005; 294: 1934-1943.
18. Schneeweiss S, Setoguchi S, Brookhart A, Dormuth C, Wang PS. Risk of death associated with the use of conventional versus atypical antipsychotic drugs among elderly patients. *CMAJ* 2007; 176: 627-632.
19. Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, et al. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: A systematic review of efficacy. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2010; 30: 161-178.
20. Guehne U, Riedel-Heller S, Angermeyer MC: Mortality in dementia. *Neuroepidemiology* 2005; 25: 153-162.
21. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado nº 299, 15 de diciembre de 2006.
22. Schulz R, Martire LM. Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004; 12: 240-249.
23. Schneider J, Murria J, Benerjee S, Mann A. EURO CARE: a cross-national study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: I factors associated with carer burden. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14: 651-661.
24. Martínez Riera JR, Sanjuán Quiles A. ¿Por qué hablamos de continuidad de cuidados cuando realmente queremos decir satisfacción profesional? *Rev Adm Sanit* 2009; 7: 661-682.
25. Boada Rovira M, Robles Bayón A (eds.). Documento Sitges 2009. Capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia: reflexiones, derechos y propuestas de evaluación. Barcelona: Ed. Glosa, 2009.
26. Mangialasche F, Solomon A, Winblad B, Mecocci P, Kivipelto M. Alzheimer's disease: clinical trials and drug development. *Lancet Neurol* 2010; 9: 702-16.