

INNOVACIÓN

## La atención al paciente con demencia:

### UNA LABOR DE TODOS

**Uno de los principales problemas que plantea el cuidado de una persona con demencia es la dureza del proceso y lo agotador del mismo. A pesar de que las investigaciones realizadas durante los últimos años han dado lugar a numerosos y significativos avances, todavía no existen tratamientos muy efectivos. Sin embargo, hay muchas cosas que se pueden hacer, como la adaptación y adecuación de la infraestructura asistencial para atender a estos pacientes, que ha pasado de ser un reto a ser una necesidad, en aras de optimizar los recursos, retrasar la dependencia y aumentar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares y cuidadores.**

» Esther EUGENIO «

Las personas que están cerca de alguien que padece algún tipo de demencia -existen más de 80 formas diferentes-, necesitan información sobre qué hacer, cómo comportarse y cómo ayudar al enfermo. Síntomas como la pérdida de memoria y de las habilidades comunicativas y cognitivas o la falta de habilidades para llevar una vida cotidiana normal son comunes en este tipo de enfermedades, pero cada individuo puede verse afectado de diferente manera.

“No cabe duda de que la atención al paciente geriátrico con demencia es una labor de todos, sin exclusiones. Pero

tampoco a nadie se le escapa que es la Geriátrica, como especialidad integradora y multidisciplinar, la que posee todos los escalones asistenciales especializados (consulta, centro de día, unidad de agudos, de media y larga estancia, asistencia a domicilio, centro gerontológico y unidad psicogeriátrica en centros de media estancia), tanto para el diagnóstico como para el seguimiento hasta el fallecimiento del paciente”, explica el doctor Enrique Arriola, coordinador del Grupo de Trabajo de Demencias de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG).

La demencia en el paciente de edad se considera, por tanto, un síndrome ge-

riátrico y, aunque las disciplinas implicadas sean variadas, sólo el esfuerzo planificado de todos es capaz de integrar un programa de asistencia eficaz. Al respecto, el doctor Arriola insiste en que “la coordinación más importante es con Atención Primaria (AP), que es la que trabaja el día a día del enfermo y su familia”. Y como grandes puntos que se deben cumplir en la atención al paciente con demencia señala los siguientes:

- Realizar una valoración geriátrica completa, incluyendo aspectos médicos, funcionales, cognitivos, conductuales, afectivos y sociales.
- Incluir tanto al paciente como a su cuidador principal.
- Valorar también el entorno ambiental del paciente.
- Equipo multidisciplinar que incluya, como mínimo, geriatra, enfermero y trabajador social. En función del nivel asistencial, es aconsejable ampliar este equipo con otros profesionales:
  - Neuropsicólogo en unidades de valoración especializadas.
  - Terapeuta ocupacional en medio residencial y unidades diurnas.



- Fisioterapeuta en unidades de media estancia.
- Psicólogo para intervención en familias y unidades de mejora de rendimiento cognitivo.
- Un circuito ágil de consulta con un neurólogo y un psiquiatra.
- Potenciar el papel de los diferentes equipos como “responsables de casos”.

En palabras del coordinador del Grupo de Trabajo de Demencias de la SEGG, “la planificación de los cuidados siempre va dirigida a cubrir objetivos que, en este caso, podríamos diferenciar en globales, dirigidos al paciente y dirigidos a la familia y/o cuidador”. Entre los objetivos globales destaca, impulsar la coordinación sociosanitaria como el mejor método para la asignación de recursos de forma ágil. “Pensamos que la metodología de trabajo más idónea es la gestión de caso, que debería implicar la responsabilidad y la capacidad de asignación de recursos”, señala el doctor Arrieta.

Asimismo, como objetivos generales, añade: “Universalizar la valoración geriátrica integral como metodología de abordaje de los problemas y para la intervención; garantizar la calidad, cantidad y la continuidad de los cuidados, fomentando la creación de los recursos necesarios que se precisen; ubicar al paciente en el nivel asistencial correcto a lo largo de la evolución de la enfermedad en cada momento, retrasando su institucionalización; mejorar la situación cognitiva, funcional y conductual de los pacientes, favorecer el abordaje integral del enfermo y su familia; garantizar una mejor calidad de vida, y consolidar un compromiso social hacia las personas que padecen algún tipo de demencia, evitando el rechazo y la estigmatización”.

En cuanto a los objetivos dirigidos al paciente con demencia, para el doctor Arriola es fundamental el “diagnóstico causante del deterioro cognitivo”. Igualmente, sostiene que debería mantenerse al paciente en su entorno familiar “el mayor tiempo posible, siempre que no suponga un deterioro significativo de su calidad de vida o la de su familiar o requiera otro nivel de recursos”. Evitar los abusos económicos hacia estos pacientes, hacer respetar sus derechos fundamentales y favorecer la incapacitación legal de los pacientes una vez llegados a determinado estadio o circunstancia que lo justifique son otros de los puntos que señala este experto de la SEGG.

## Urgencias y unidades de agudos de los hospitales

Como se señala en la publicación de la SEGG que lleva por título *Demencias en Geriatría*, es prácticamente imposible no encontrar a un paciente con demencia, un día cualquiera, en los servicios de urgencia o las unidades de agudos de los hospitales. La frecuencia de deterioro cognitivo en pacientes ancianos que acuden a urgencias es alta (entre un 25-40%) y es mayor en mayores de 80 años y en aquellos que viven en residencias. Sin embargo, sólo en el 18 % de los enviados a su domicilio se dan instrucciones en cuanto al manejo posterior. La detección de estos pacientes en los servicios de urgencias serviría para planificar el nivel asistencial más adecuado, así como identificar la existencia del cuidador principal y las nuevas necesidades de éstos.

Asimismo, en dicha publicación se recogen recomendaciones para la asistencia al paciente con demencia en los servicios de urgencia y también en las unidades de agudos. Se sugiere, por ejemplo, que en los pacientes con diagnóstico previo habrá que asegurarse de quién realizó el diagnóstico, si fue valorado correctamente en una unidad especializada, el grado de deterioro cognitivo, funcional y repercusión en actividades de la vida diaria, así como el tiempo de evolución de los mismos. Mientras permanecen en urgencias, se aconseja que estén

La frecuencia de deterioro cognitivo en pacientes ancianos que acuden a urgencias es alta (entre un 25-40 %) y es mayor en mayores de 80 años y en aquellos que viven en residencias

acompañados en todo momento por un familiar y evitar siempre que sea posible medidas intervencionistas molestas para el paciente como sondas nasogástrica y vesical.

Las recomendaciones para los profesionales que atienden a estos pacientes en unidades de agudos van dirigidas a la prevención de riesgos; detección precoz de problemas; tratamientos activos de la demencia, y planificación del alta, garantizando el *continuum* asistencial. Algunas de las indicaciones que pueden ser útiles son: promoción de la actividad física, movilización precoz del paciente con sedentación y deambulación en cuanto sea posible y estimulación de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Se aconseja también mantener la vía oral el máximo tiempo posible y valorar los hábitos alimentarios e ingesta durante el ingreso, con la finalidad de detectar la disfagia y prevenir los atragantamientos.

Sobre el uso de sujeciones, los autores indican que la contención física es una

## Intervención con familia y cuidadores

Cuidar de una persona con demencia no es fácil. La incertidumbre de la familia y los cuidadores acerca de si están realizando bien su papel o no, es un factor importante que puede generar cierto grado de inseguridad e impotencia, además de suponer una sobrecarga emocional y física.

En este sentido, el doctor Enrique Arriola, coordinador del Grupo de Trabajo de Demencias de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG), asegura que es prioritario “implicar a la familia en el proceso terapéutico y de toma de decisiones, así como facilitar, mediante la información, el acceso a los servicios sociales o sociosanitarios; además de apoyar social, sanitaria, psicológica y económicamente a los cuidadores informales, con el fin de prevenir el síndrome del cuidador”.

También es importante mejorar el conocimiento de la enfermedad en sus aspectos psicosociales y compatibilizar el cuidado de los pacientes con la vida familiar y sociolaboral de los cuidadores.



Intervenciones deseables serían la estimulación cognitiva, reminiscencia, psicomotricidad, musicoterapia, aromaterapia, actividades ocupacionales y lúdico-recreativas

medida excepcional y precisa de un consentimiento previo. Si la contención es imprescindible, es obligado registrarla en la historia clínica y hacer un seguimiento en el que figure: razón que justifica la inmovilización; medidas preventivas llevadas a cabo antes de la inmovilización; orden facultativa (tipo, duración, periodicidad, material homologado utilizado), y constancia de la información al paciente/familia mediante consentimiento informado.

Por último, en el informe de alta recomiendan que conste la siguiente información:

- Tipo de demencia y estadio.
- Situación funcional basal y al alta.
- Problemas médicos activos y recomendaciones.
- Presencia de trastornos del comportamiento.
- Tratamiento farmacológico.
- Soporte familiar/social.
- Capacidad de autocuidado. Necesidad de incapacitación.
- Objetivos del paciente.

### Centros de día y residencias de mayores

En primer lugar, los autores de *Demencias en Geriatría* afirman que lo esencial en el proceso de admisión es que una persona con formación en demencias, facultades gestoras y capacidad de liderar un equipo entreviste a la familia/cuidador y al paciente. La valoración inicial debe ser multidimensional (médica, funcional, cognitiva, afectiva, conductual y sociofamiliar), con especial atención a los síndromes geriátricos (inestabilidad y caídas, incontinencia, dolor, polifarmacia, etc.). La valoración inicial se seguirá de una reunión de equipo multidisciplinar, en la que se establecerán los objetivos y el plan de actuación.

En opinión de los expertos del Grupo de Demencias de la SEGG,


### Condiciones para un abordaje integral

- **Visión global**
  - Biológica, psicológica y social.
  - Centrada en la persona y en su enfermedad.
- **Asistencia coordinada**
  - Implica recursos médicos y sociales.
  - En distintos niveles asistenciales.
  - Con una relación reticular.
- **Asistencia continuada**
  - Requiere visión de conjunto.
  - Combina protocolización y flexibilidad.
- **Incluye al cuidador**
  - Representa al paciente.
  - Administra y coordina recursos.
  - Recibe cuidados sociolaboral de los cuidadores.

*Fuente: Demencias en Geriatría. Grupo de Demencias de la SEGG.*



un centro de día para personas con demencia debe ser capaz de administrar programas de entrenamiento de actividades básicas de la vida diaria, actividad física, socialización y apoyo a las familias. Intervenciones deseables serían, además, la estimulación cognitiva, reminiscencia, psicomotricidad, musicoterapia, aromaterapia, actividades ocupacionales y lúdico-recreativas. Por otro lado, aseguran que es necesario establecer unidades diferenciadas para personas con deterioro cognitivo ligero y demencia que aún conserven la capacidad de desenvolverse de forma autónoma. Con todo, es inevitable y deseable que cada centro de día diseñe sus programas de intervención en función de las características del centro y de los pacientes.

La diferencia con las residencias es que los pacientes institucionalizados suelen ser más mayores, muestran una mayor gravedad en la evolución de la demencia y presentan una mayor comorbilidad. Dentro de las recomendaciones, se advierte la posibilidad de derivar a estos pacientes a Atención Especializada (Geriatría en aquellas áreas de salud en que esté implantada) en caso de duda o confirmación diagnóstica, búsqueda de una segunda opinión o necesidad de realizar pruebas complementarias que no se encuentren a su alcance. Asimismo, ponen de manifiesto el hecho de que diversos estudios han valorado positivamente diferentes métodos de intervención cognitiva sobre la población general con el diagnóstico de demencia. Estos estudios hablan de un mejor funcionamiento cognitivo y un menor declive en el periodo de seguimiento. 

### La importancia de la psicoestimulación

La psicoestimulación activa llevada a cabo por un monitor es hoy en día uno de los tratamientos no farmacológicos más utilizados y recomendables para pacientes con demencia, y una de las mejores actividades para prevenir el envejecimiento cerebral en personas sanas. Los resultados positivos justifican el uso de esta terapia no farmacológica como coadyuvante de la terapia farmacológica.

Según los expertos, es un hecho comprobado que la actividad psicomotriz mejora la coordinación, tono muscular, deambulación y equilibrio. Igualmente, es conocido que los procesos de deterioro cognitivo son agravados por la disminución o carencia de estímulos del medio que envuelve al enfermo. De ahí que la intervención en pacientes con demencia sea efectiva no sólo a nivel cognitivo, sino también en áreas relacionadas con la calidad de vida (socialización, integración grupal y actividades de la vida diaria).

La psicoestimulación es el conjunto de técnicas, programas y medidas de carácter ambiental, cuyo objetivo es el mantenimiento y la optimización de las capacidades de carácter cognitivo y del comportamiento no cognitivo (conducta). En las sesiones se trabajan diferentes áreas como son la memoria episódica y semántica, cálculo, inteligencia abstracta, lógica, lenguaje, funciones ejecutivas, habilidades visoespaciales, atención, praxias, gnosias, etc.