



XI Congreso Nacional de Alzheimer CEAFA
XV Congreso Iberoamericano de Alzheimer
Rompiendo fronteras



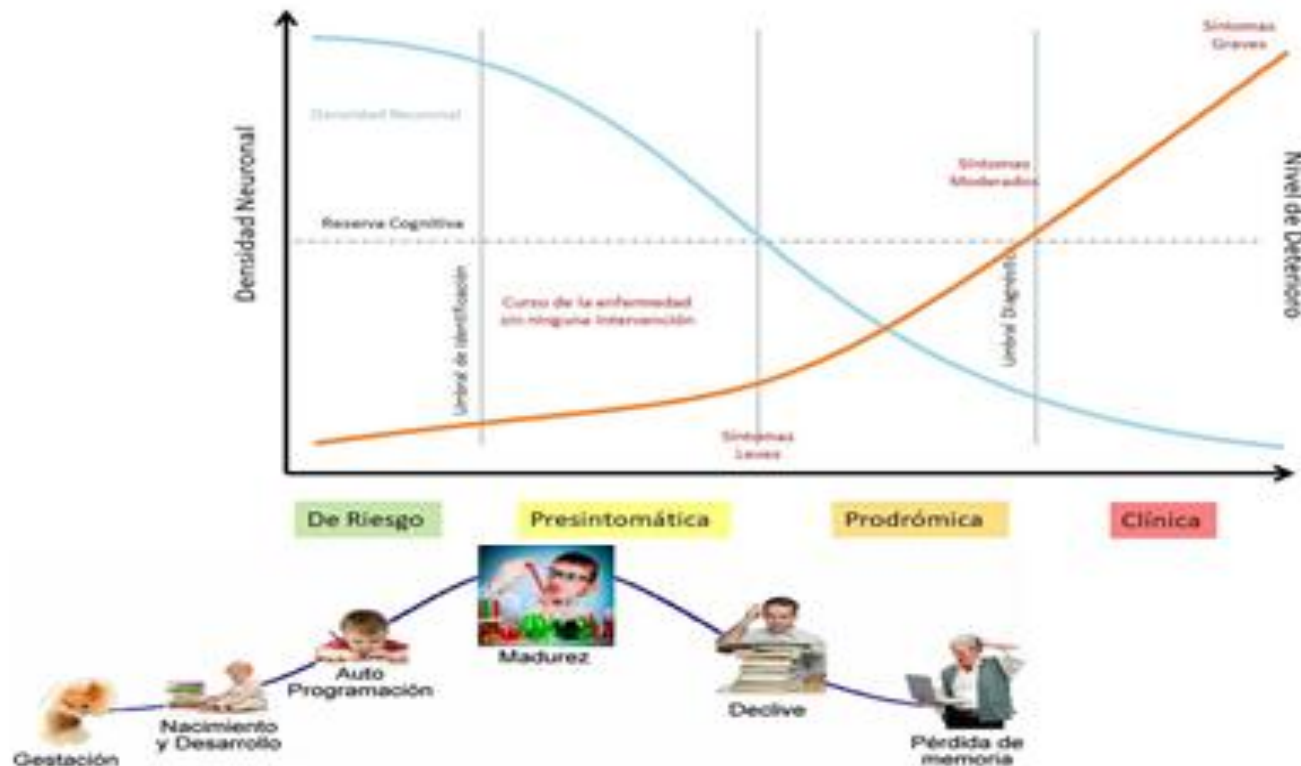
"Atención Primaria a lo largo del Proceso Asistencial de la Enfermedad de Alzheimer"

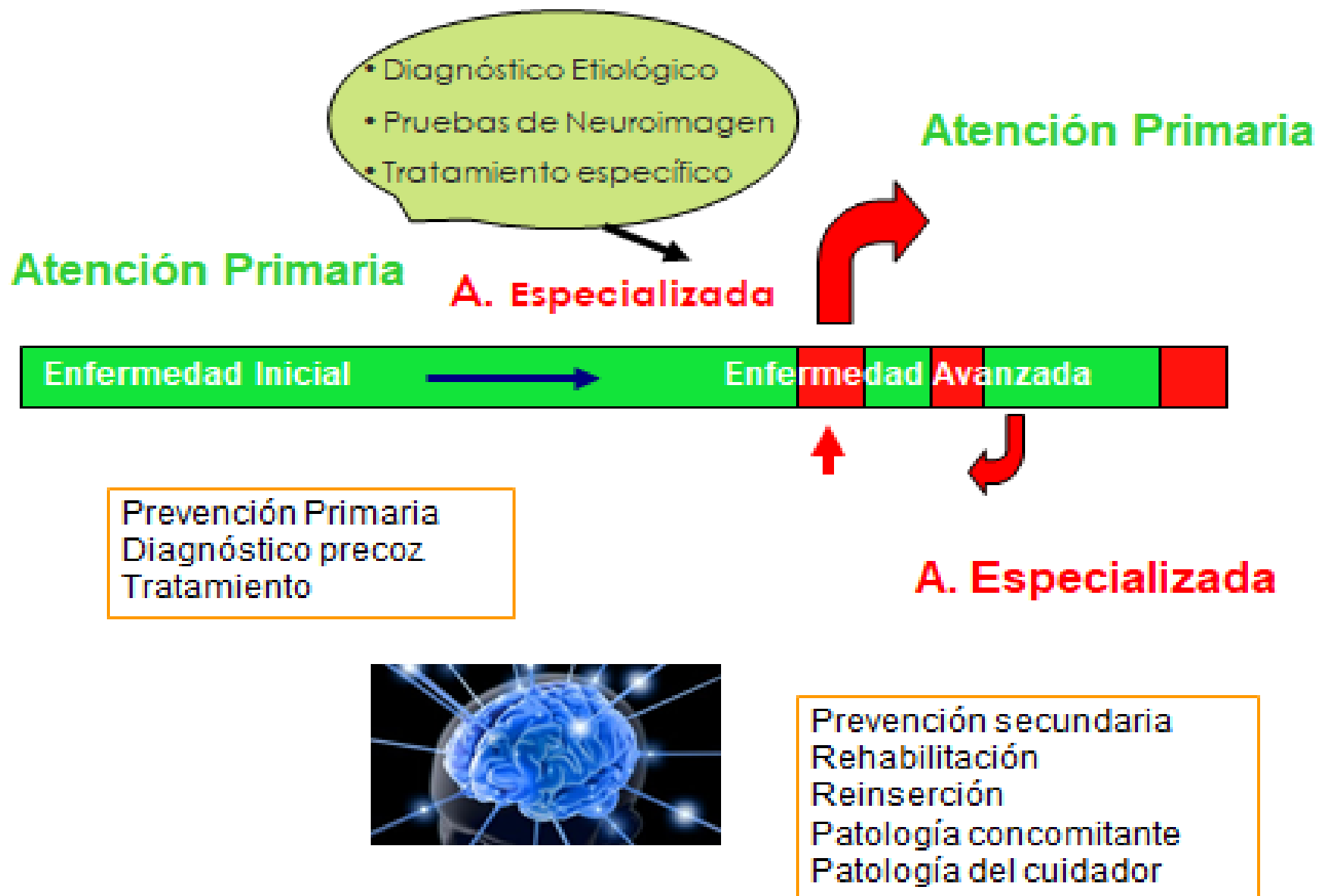
Enrique Arrieta Antón
Médico de Familia. Grupo de Trabajo de Neurología de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria - SEMERGEN

Conflicto de Interés

He participado en Grupos de Trabajo, Comités de Expertos, publicaciones y formación en Enfermedad de Alzheimer para Médicos de familia, financiados por la industria farmacéutica.

Continuo del Deterioro Cognitivo y la Enfermedad de Alzheimer





¿Y porqué Atención Primaria?



Atención Primaria

Ventajas

- Conocimiento del paciente, de su familia y de su ambiente
- Accesibilidad, fácil comunicación
- Posibilidad de Apoyo por parte de otros profesionales
- Posibilidad de coordinación con los servicios sociales básicos del mismo ámbito territorial (Coordinación sociosanitaria "desde abajo")

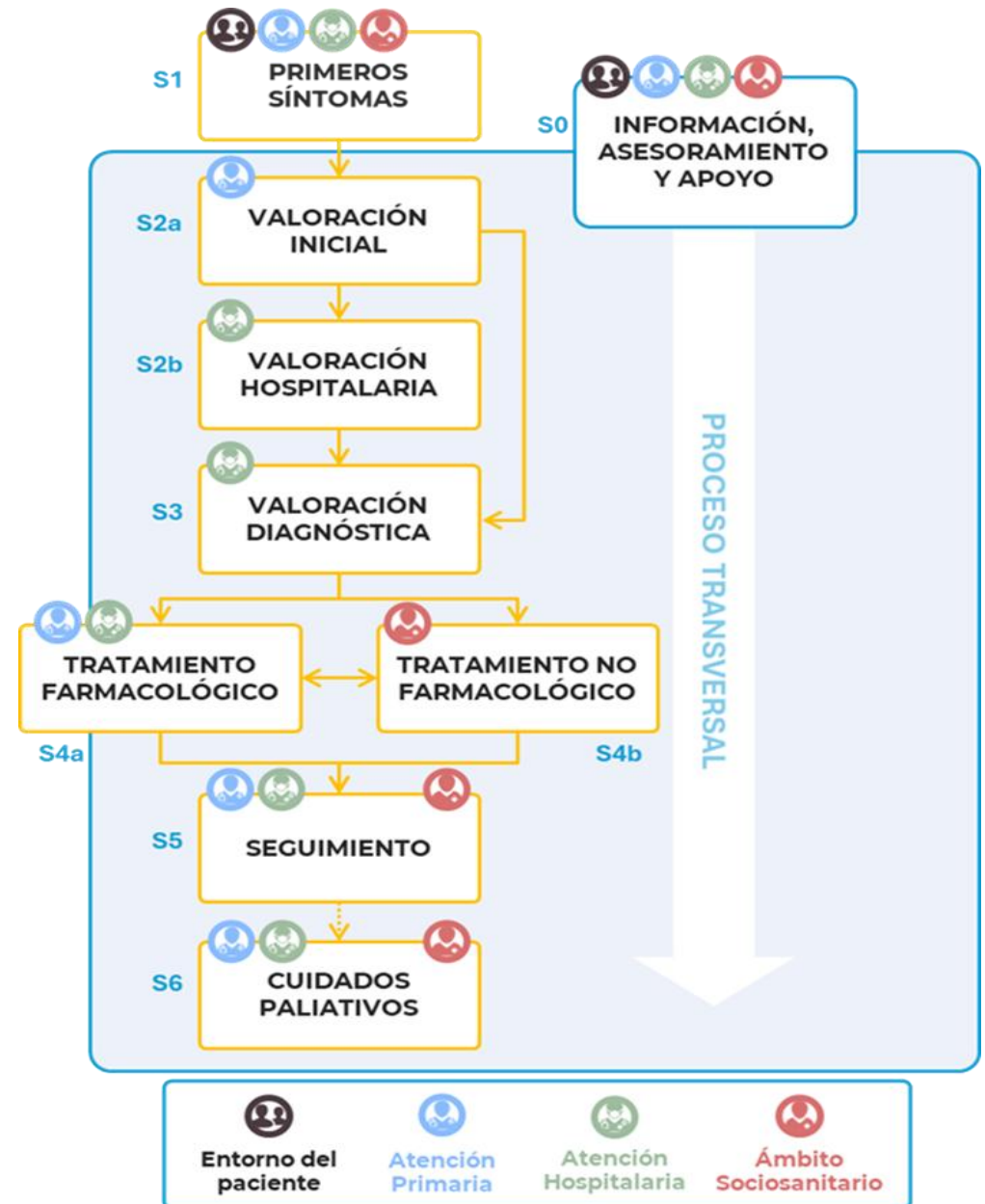
Inconvenientes

- Excesiva dispersión
- Aislamiento
- Déficit de formación
- Escasa experiencia en algunas patologías
- Desigual reparto de recursos
- Desvalorización de la Atención Primaria frente a otros niveles o instituciones cuando se recibe información sanitaria por varias vías
- No coincidencia del mapa sanitario con el mapa de servicios sociales

Proceso Asistencial en la Enfermedad de Alzheimer

Informe MapEA 2024.

Arrieta, E., Casado, P., Escudero, J.,
González, B., Martínez-Lage, P., Olivera, F., &
Rodrigo, J. (2025). Mapa de la enfermedad
de Alzheimer y otras demencias en
España. *Proyecto
MapEA*. <https://www.lilly.com/es/ciencia/areas-terapeuticas/enfermedades-neurodegenerativas>



PROCESO ASISTENCIAL DEL PACIENTE

El proceso asistencial en EA se divide en subprocesos que abordan etapas y aspectos específicos del manejo, garantizando una atención integral y coordinada, un uso eficiente de recursos y la mejora en la calidad de vida de personas con EA y cuidadores.

SUBPROCESO 0 Información, asesoramiento y apoyo

Subproceso **transversal** que se extiende a lo largo de toda la vida asistencial del paciente. Hace referencia al proceso de información, asesoramiento y apoyo del paciente y su entorno.

SUBPROCESO 1 Primeros síntomas

Subproceso inicial de **detección de los primeros síntomas** del paciente, ya sea en su entorno familiar o social, así como en el entorno médico, tanto de atención primaria como hospitalaria.

SUBPROCESO 2 Valoración del paciente

Subproceso 2A: Subproceso de **valoración inicial**, que abarca el manejo por parte del equipo integral de atención primaria.

Subproceso 2B: Subproceso de **valoración hospitalaria** que abarca el manejo por parte del equipo de atención hospitalaria (unidades especializadas*, neurología, geriatría y psiquiatría).

SUBPROCESO 3 Valoración diagnóstica

Subproceso **valoración diagnóstica** de pacientes. Incluye la batería de pruebas disponibles desde cada nivel asistencial.

SUBPROCESO 4 Tratamiento

Subproceso 4A: Subproceso de **tratamiento farmacológico**. Incluye los circuitos de prescripción, renovación y control de medicación, así como los agentes implicados.

Subproceso 4B: Subproceso de **tratamiento no farmacológico** y los agentes implicados.

SUBPROCESO 5 Seguimiento

Subproceso de **seguimiento** de pacientes a lo largo de la evolución natural de la EA.

SUBPROCESO 6 Cuidados paliativos

Subproceso sobre **cuidados paliativos** y su manejo en personas con EA.

SUBPROCESO 0

Información, asesoramiento y apoyo

- Subproceso **transversal** que se extiende a lo largo de toda la vida asistencial del paciente. Hace referencia al proceso de información, asesoramiento y apoyo del paciente y su entorno.



DISPONIBILIDAD

Factores de riesgo para la demencia

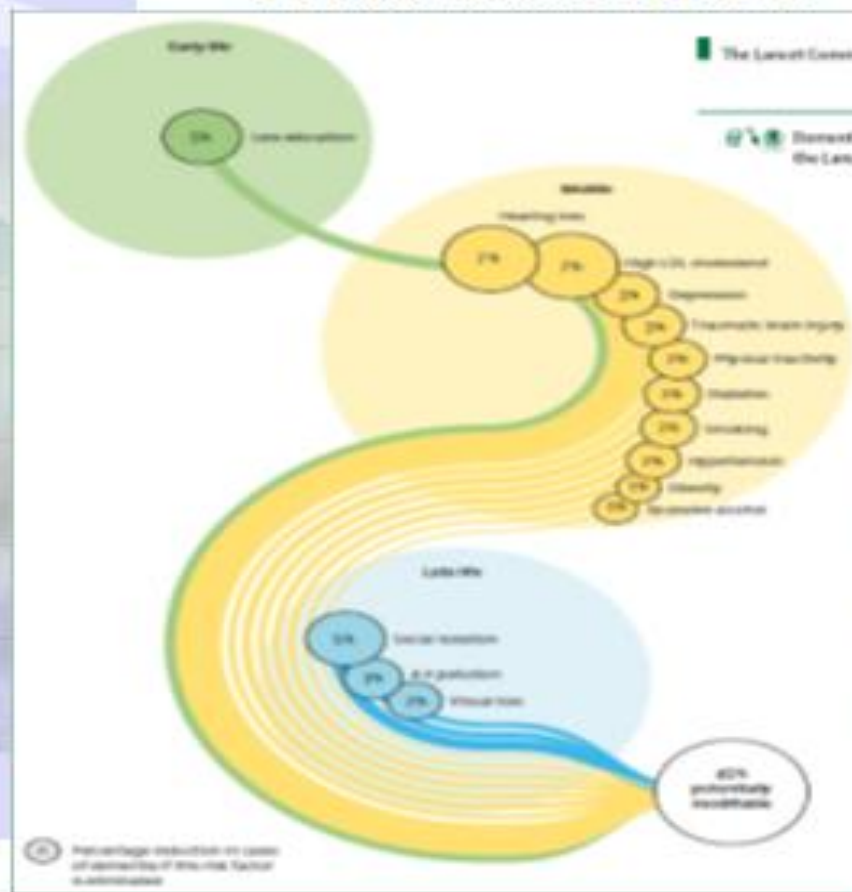
Un factor de riesgo es aquel que aumenta las probabilidades de desarrollar una condición. Algunos de los principales factores de riesgo de la demencia son:

1. **Edad avanzada.**
33 de cada 100 personas mayores de 90 años tienen demencia.
2. **Genética.**
Winnona de la apolipoproteína E (ApoE).
3. **Condiciones de salud crónicas,**
como la diabetes, pérdida de audición, colesterol alto...
4. **Estilo de vida,**
el aislamiento social, tabaquismo, alcoholismo y baja actividad física alteran el riesgo de desarrollar demencia.
5. **Reserva cognitiva,**
no finalizar estudios básicos, trabajos poco complejos o sin mucha carga mental y el aislamiento social impiden el fomento de una buena reserva cognitiva que paliar los síntomas de la demencia.
6. **Zonas desfavorecidas,**
al presentar un acceso más limitado de servicios básicos, peor acceso a una educación, oportunidades laborales, sanidad...

@crealzheimer



Prevención Primaria



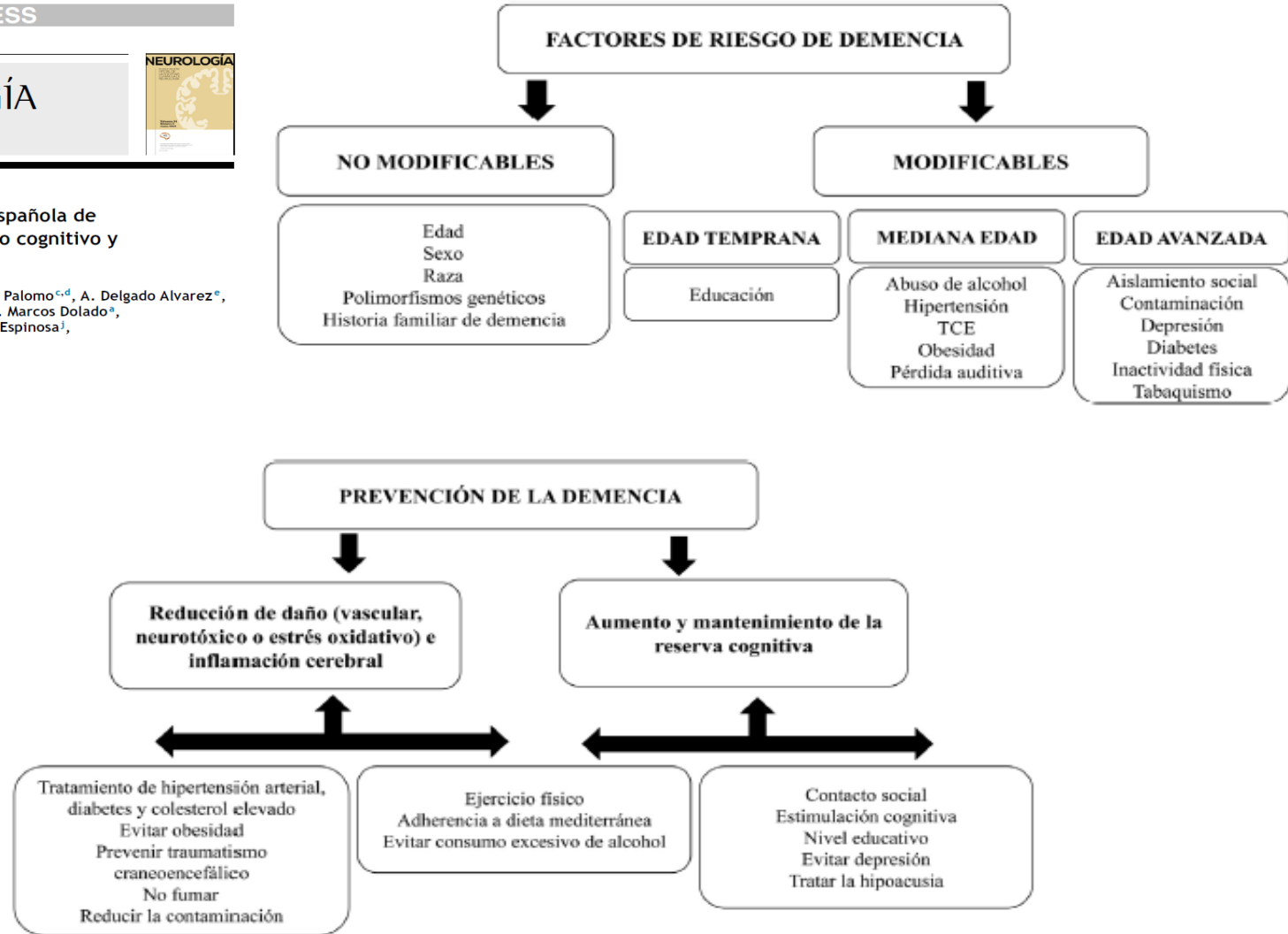
Esta es la fracción atribuible de reducción del riesgo de demencia debido a los factores de riesgo potencialmente modificables: 45%.
Lancet 2024; 404: 572-628

ORIGINAL

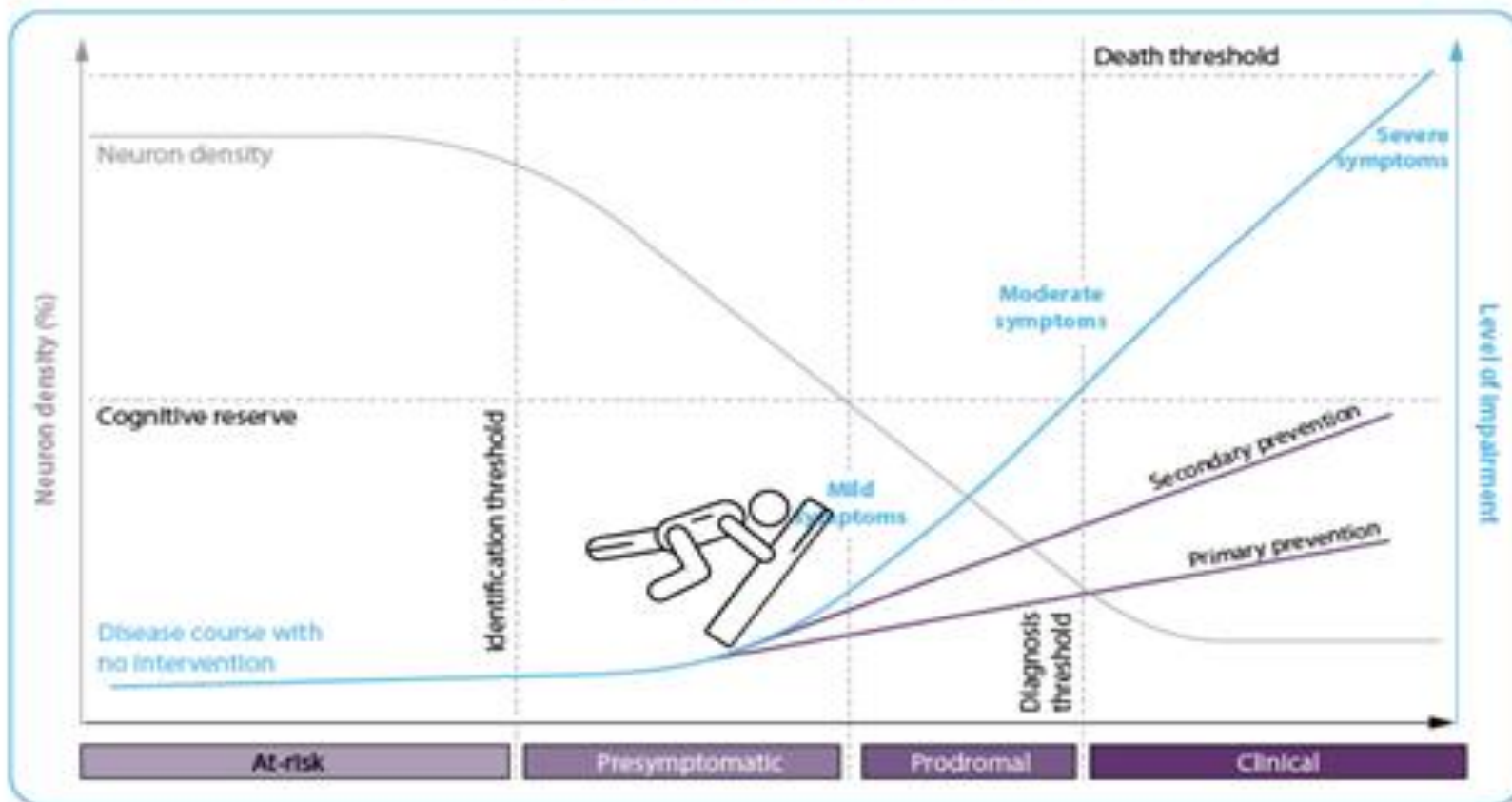
Documento de consenso de la Sociedad Española de Neurología sobre prevención del deterioro cognitivo y la demencia

M.J. Gil Moreno^{a,*}, C. Terrón Cuadrado^b, M.S. Manzano Palomo^{c,d}, A. Delgado Alvarez^e,
 M. Eimil Ortiz^f, G. García Ribas^g, M. Llanero Luque^h, A. Marcos Dolado^a,
 J. Matias-Guiu Antem^a, C. Ochoa Lopez^l, N. Rodríguez Espinosa^l,
 M. Salas Carrillo^h y A. Vieira Campos^o

Prevención



Prevención en EA



Giovannoni G, Noyce AJ, Scheltens P *et al*. Time matters. A call to prioritize brain health. 2019. Available from: <http://www.oxfordhealthpolicyforum.org/reports/brain-diseases/brain-diseases-report>

ORIGINAL

Documento de consenso de la Sociedad Española de Neurología sobre prevención del deterioro cognitivo y la demencia

M.J. Gil Moreno^{a,*}, C. Terrón Cuadrado^b, M.S. Manzano Palomo^{c,d}, A. Delgado Alvarez^e,
 M. Eimil Ortiz^f, G. García Ribas^g, M. Llanero Luque^h, A. Marcos Dolado^a,
 J. Matias-Guiu Antem^a, C. Ochoa Lopezⁱ, N. Rodríguez Espinosa^j,
 M. Salas Carrillo^k y A. Vieira Campos^l

Tabla 2 Factores de riesgo modificables del deterioro cognitivo y de la demencia. Niveles de evidencia disponibles

Factor de riesgo modificable	Grupos/ tipos	Calidad de la evidencia	Fuerza de recomendación	Conclusiones
Actividad física	Adultos sanos	Moderada	Fuerte	Acción a través de factores cardiovasculares
Entrenamiento cognitivo	DCL	Baja	Condiciona	Efecto leve y a corto plazo en el dominio ejercitado en sanos y DCL. No demostrado efecto en la EA
	Global	Muy baja a baja	Condicionada	
Retirada del hábito tabáquico	Razonamiento	Baja	Moderada	Beneficios multiorgánicos sobrepasan a cognitivos
	Velocidad de procesamiento		Moderada	
Dieta mediterránea	Memoria	Moderada	Moderada a baja	Los beneficios multiorgánicos sobrepasan a los cognitivos
	Adultos con cognición normal		Condiciona	
Suplementos alimentarios	DCL	Moderada	Condiciona	No indicados en prevención de deterioro o demencia. Evidencia insuficiente
	Vitaminicos	Moderada	Fuerte	
Abandono del hábito alcohólico	Protéicos	No disponible	No disponible	No indicados en la prevención de deterioro o demencia. Los beneficios multiorgánicos son muy potentes. Evidencia insuficiente
	Nutricionales (Omega 3, Ginkgo, resveratrol...)	Moderada	Fuerte	
Fomento de la actividad social		Moderada	Condiciona	El síndrome metabólico repercute muy potentemente en la salud cardiovascular. Beneficios multiorgánicos sobrepasan a cognitivos
Lucha contra sobre-peso/obesidad		No disponible	No disponible	
Control de la HTA	Baja a moderada	De baja a alta	Condiciona	Beneficios multiorgánicos sobrepasan a cognitivos
	Adultos sanos		Fuerte	
Control de la diabetes	Riesgo de DCL y demencia	Muy baja	Condiciona	Beneficios multiorgánicos más demostrados que cognitivos
	Adultos diabéticos	Muy baja a moderada	Fuerte	
Tratamiento hipolipemiante	Reducción de riesgo de DCL o demencia	Muy baja	Condiciona	Beneficios multiorgánicos más demostrados que cognitivos
	Reducción de riesgo de DCL o demencia	Baja	Condiciona	
Tratamientos antidepresivos	Reducción del riesgo de DCL o demencia	No evidencia		Se deben tratar casos sintomáticos según indicaciones
Mejora de la audición	Reducción del riesgo de DCL o demencia	No evidencia		Se deben ofrecer audífonos en casos oportunos
Terapia hormonal	Aumento de riesgo de DCL y EA	Baja		Riesgos mayores que beneficios
Intervenciones multimodales	Reducción del riesgo de DCL o demencia	Insuficiente	Baja	Muestra beneficios en función ejecutiva, atención y velocidad de procesamiento
	Dieta, actividad física y entrenamiento cognitivo en anciano sano		Baja	
	Consejos sobre estilo de vida y tratamiento farmacológico			No eficacia en reducir incidencia de EA

DCL: deterioro cognitivo leve; EA: enfermedad de Alzheimer; HTA: hipertensión arterial.



Cómo mantener la mente activa y prevenir el deterioro cognitivo

Ejercicio mental regular

Resolver crucigramas, sudokus o rompecabezas.
Aprender nuevas habilidades o idiomas.
Jugar juegos de mesa estratégicos como ajedrez o dominó.

1

Descanso adecuado

Dormir entre 7 y 9 horas por noche.
Mantener una rutina de sueño regular.

6

Lectura y escritura

Leer libros, revistas o artículos sobre diversos temas.
Escribir diarios, cartas o incluso pequeñas historias.

2

Uso de tecnología

Aprender a manejar dispositivos móviles o computadoras.
Usar aplicaciones de estimulación cognitiva.

7

Socialización

Mantener contacto con familiares y amigos.
Participar en actividades grupales, clubes de lectura
o voluntariados.

3

Control de estrés y emociones

Practicar la meditación o técnicas de respiración.
Realizar actividades recreativas y mantener una actitud
positiva.

8

Ejercicio físico

Caminar, nadar o hacer yoga mejora la oxigenación
del cerebro.
Practicar ejercicios de coordinación y equilibrio.

4

Estimulación sensorial

Escuchar música, tocar instrumentos o pintar.
Probar nuevas experiencias como cocinar recetas
diferentes.

9

Alimentación saludable

Consumir alimentos ricos en omega-3, antioxidantes
y vitaminas.
Evitar el exceso de azúcares y grasas saturadas.

5

Chequeos médicos regulares

Controlar la presión arterial, colesterol y glucosa.
Consultar al médico ante cualquier cambio en la memoria
o estado de ánimo.

10

SUBPROCESO 1

Primeros síntomas

- Subproceso inicial de **detección de los primeros síntomas** del paciente, ya sea en su entorno familiar o social, así como en el entorno médico, tanto de atención primaria como hospitalaria.



SUBPROCESO 2

Valoración del paciente

- **Subproceso 2A:** Subproceso de **valoración inicial**, que abarca el manejo por parte del equipo integral de **atención primaria**.
- **Subproceso 2B:** Subproceso de **valoración hospitalaria**



Valoración de las quejas cognitivas

Inicie una conversación	No asuma que todo Deterioro Cognitivo es Enfermedad de Alzheimer	Valorar otros Factores de Riesgo
<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar preguntas abiertas para identificar áreas de dificultad • Preguntar sobre cambios en las funciones cognitivas o en el comportamiento a lo largo del tiempo • Preguntar como los cambios cognitivos afectan a las actividades del día a día 	<ul style="list-style-type: none"> • Comorbilidades, sobre todo en pacientes crónicos pluripatológicos • Enfermedades o accidentes recientes, trastornos de sueño (insomnio, apneas,...) • Medicaciones con efectos secundarios sobre la función cognitiva • Problemas de visto o de oído no corregidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Historia familiar de demencia • Factores de riesgo relacionados con el estilo de vida: • Dieta y nutrición • Historia de tabaquismo • Historial de consumo de sustancias • Estresores o sobrecarga

SUBPROCESO 3

Valoración diagnóstica

- Subproceso **valoración diagnóstica** de pacientes. Incluye la batería de pruebas disponibles desde cada nivel asistencial

Ante una queja subjetiva de memoria o una queja manifestada por un informador:

- **Historia detallada**
- **Evaluación con pruebas cognitivas breves**

Si la evaluación es positiva, completar el estudio:

- **Exploración física y neurológica**
- **Analítica**
- **Valoración neuropsicológica**
- **Valoración funcional**
- **Valoración psicoafectiva**
- **Estudio de neuroimagen**
- **Derivación para diagnóstico etiológico**

La valoración es importante para valorar si estamos o no ante un Deterioro Cognitivo - EA

¿Qué no es un Deterioro Cognitivo?

- Envejecimiento normal
- Deterioro cognitivo asociado a la edad
- Delirium (síndrome confusional agudo)
- Drogas (Fármacos, Tóxicos)
- Depresión



SUBPROCESO 4

Tratamiento

- **Subproceso 4A:** Subproceso de **tratamiento farmacológico**. Incluye los circuitos de prescripción, renovación y control de medicación, así como los agentes implicados.
- **Subproceso 4B:** Subproceso de **tratamiento no farmacológico** y los agentes implicados.

Lilly

Proyecto **MapEA**

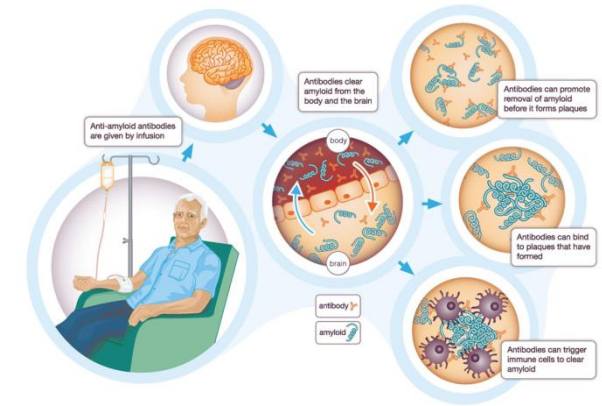


Mapa de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en España

Tratamiento Farmacológico

TRATAMIENTO ESPECÍFICO

- No vamos a tratar los nuevos tratamiento que deben aplicarse en Hospital de Día
- la prescripción del tratamiento farmacológico se lleva a cabo desde los Servicios de Neurología o Geriatría debido a la necesidad de **visado**



OTROS TRATAMIENTOS

- Tratamiento de los SCPD
- Tratamiento de las Comorbilidades
- Pacientes polimedicados
- Cumplimiento Terapéutico

Tratamiento No Farmacológico

Bajo este paraguas incluimos acciones diferentes:

- Estimulación Cognitiva
- Mantenimiento de la Autonomía Personal
- Prevención de Riesgos y Accidentes
- Atención al Cuidador
- Son esenciales para el manejo de la enfermedad
- No hay recursos en el Sistema Sanitario Público
- Recae en AFAs y centros privados
- No hay una derivación reglada
- Requieren de una buena comunicación y coordinación entre los actores implicados

Tratamiento No Farmacológico

Tipo de intervención	Qué incluye	Objetivos
Intervenciones cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> • Estimulación cognitiva. • Entrenamiento cognitivo • Rehabilitación cognitiva • Terapia de reminiscencia. • Orientación a la realidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover plasticidad y capacidad de aprendizaje. • Preservar capacidades cognitivas.
Mantenimiento de la funcionalidad	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en actividades de la vida diaria. • Psicomotricidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener independencia en las actividades diarias el mayor tiempo posible.
Manejo de problemas conductuales	<ul style="list-style-type: none"> • Terapias de estimulación sensorial • Musicoterapia. • Terapias con animales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Abordar trastornos de la conducta: agresividad, agitación, deambulación errática, etc.

- Muchas cosas pueden hacerse en el domicilio:
- Rutinas
 - Prevención de crisis (SCPD)
 - Prevención de accidentes
 - Estrategias de comunicación con el paciente
 - Cuidado del Cuidador

SUBPROCESO 5

Seguimiento

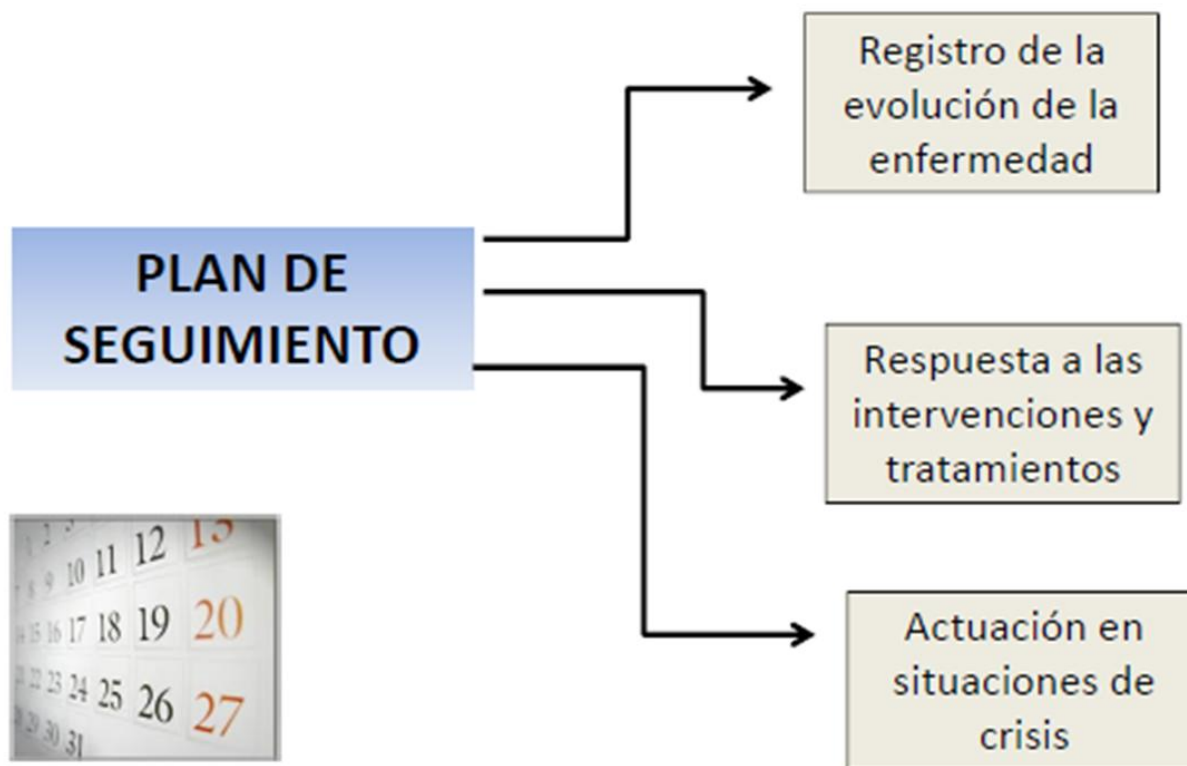
- Subproceso de **seguimiento** de pacientes a lo largo de la evolución natural de la EA.
- El objetivo es garantizar la **Continuidad Asistencial** y el abordaje integral de las necesidades de cada persona.



Aspectos Generales del Seguimiento

- Revisión del historial clínico y el diagnóstico de la EA.
- Valoración de la situación clínica, su evolución y el estado del deterioro cognitivo y funcional.
- Revisión de los tratamientos prescritos, monitorización de la respuesta, valoración de posibles modificaciones y/o deprescripción de medicamentos.
- Prescripción de intervenciones no farmacológicas en base al perfil del paciente y sus necesidades.
- Evaluación de la situación social y familiar del paciente para identificar posibles necesidades de apoyo.
- Información al paciente y familiares sobre la enfermedad, sus derechos como personas con EA, cuidados y autocuidados, y recursos de apoyo disponibles.
- Establecimiento de la periodicidad de las revisiones en función de la situación individual del paciente.

EL SEGUIMIENTO DEBE CONTEMPLAR:



EVALUACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS



EN ESTE NÚMERO ...

1 • Utilización de medicamentos

Detección de medicación inapropiada en personas mayores: criterios *Stopp*
La revisión de la medicación forma parte de una estrategia encaminada principalmente a mejorar la seguridad de los pacientes.

1 • Utilización de medicamentos

**Detección de medicación
inapropiada en personas
mayores: criterios *Stopp***

Aten Primaria. 2011;43(11):565-567



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



EDITORIAL

¿Cuándo suspender el tratamiento farmacológico específico en el Alzheimer?

When should specific pharmacological treatment be stopped in Alzheimer's?

Gabriel Coll-de-Tuero^{a,*}, Secundino López-Pousa^b y Joan Vilalta-Franch^b

^a ABS Anglès, Institut d'Assistència Sanitària de Girona, Girona, España

^b Unitat de Valoració de la Memòria i les Demències, Institut d'Assistència Sanitària de Girona, Girona, España

Recibido el 30 de agosto de 2011; aceptado el 2 de septiembre de 2011
Disponibile en Internet el 5 de octubre de 2011



Revista Española de Geriátria y Gerontología

www.elsevier.es/regg



REVISIÓN

¿Qué hacer y qué no a lo largo del proceso demencial? Diálogo y ayuda

Enric Duaso Magaña^{*}, Leo Cuadra, Mercè Capo, Mireia Llonch, Sami Loutfi, Marta Fragoso, Daniel Rodríguez y Antonio Rey

Ámbitos de Geriátria y Médico, Consorcio Sanitario de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

Neurología. 2012;xxx(xx):xxx-xxx



NEUROLOGÍA

www.elsevier.es/neurologia



REVISIÓN

Prescripciones inconvenientes en el tratamiento del paciente con deterioro cognitivo

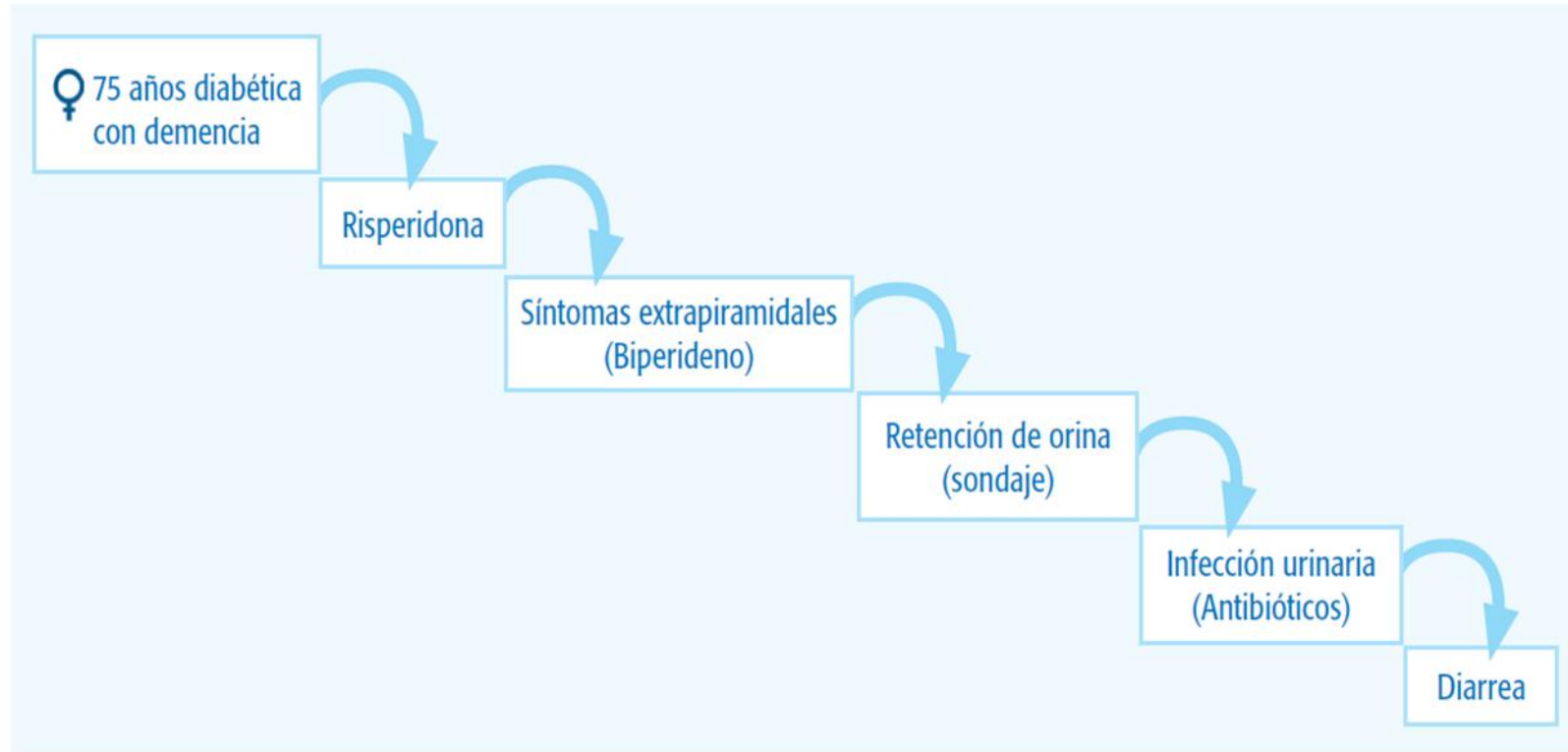
A. Robles Bayón^{a,*} y F. Gude Sampedro^b

^a Unidad de Neurología Cognitiva, Hospital La Rosaleda, Santiago de Compostela, España

^b Unidad de Epidemiología Clínica, Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela, España

Recibido el 4 de mayo de 2012; aceptado el 28 de mayo de 2012

Cascada Terapéutica



Es una sucesión encadenada de prescripciones en la que un fármaco produce un efecto adverso que no se reconoce como tal y se trata con otro fármaco

EVALUACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

Evaluación de las estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico en la práctica clínica habitual en pacientes incumplidores con demencia tipo Alzheimer

José L. Molinuevo, Francisco J. Arranz
www.neurologia.com Rev Neurol 2012; 54 (2): 65-73.

- Causas de incumplimiento
 - Olvido
 - Efectos secundarios
 - Rechazo por parte del paciente
- Estrategias de mejora del cumplimiento
 - Modificación del tratamiento
 - Apoyo motivacional
 - Psicoeducación

SUBPROCESO 6

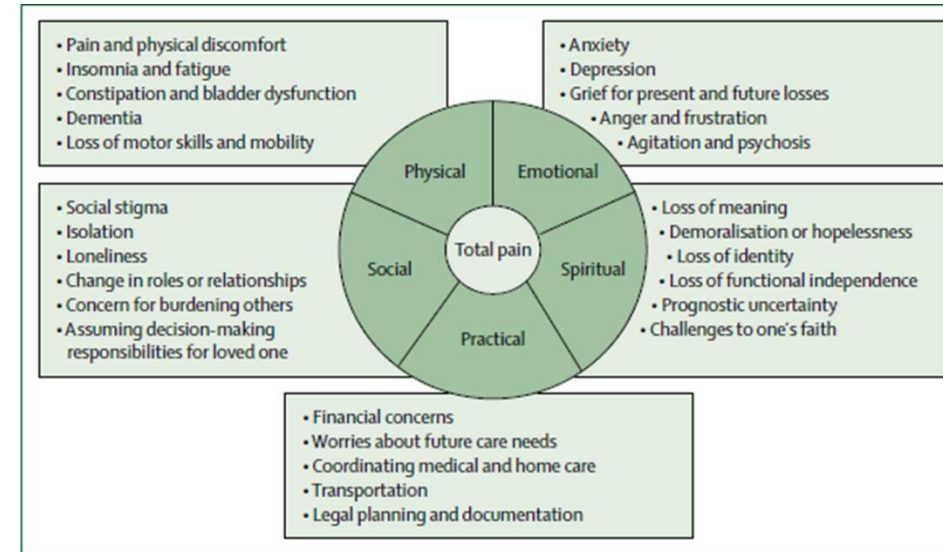
Cuidados paliativos

La OMS define los Cuidados Paliativos como “el enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problema físicos, psicosociales y espirituales”



Cuidados Paliativos

- Son cuidados centrados en la persona y a la vez centrados en la familia y el entorno.
- Su objetivo es mejorar la calidad de vida y aliviar el sufrimiento.
- Aunque se han desarrollado mucho en relación con el cáncer, son cuidados a tener en cuenta en todas las enfermedades.
- Su indicación o conveniencia no depende del diagnóstico, sino de las necesidades del paciente.



Criterios de Enfermedad Avanzada / Terminal en EA

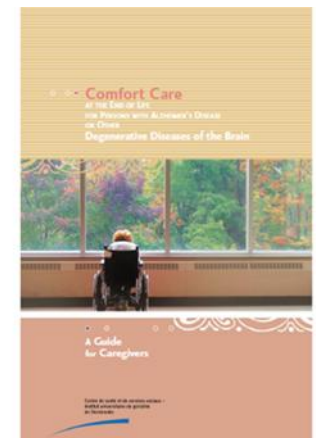
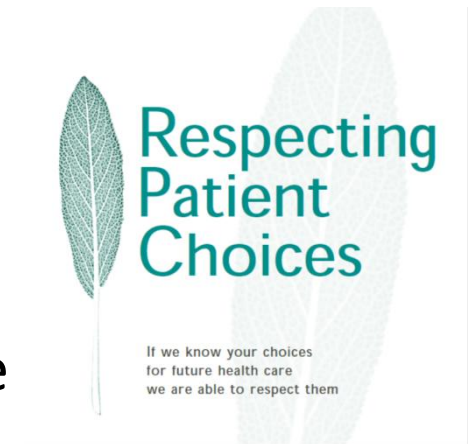
- No es la neurodegeneración la que acaba con la vida, sino las complicaciones añadidas a la vulnerabilidad, inmovilidad, fragilidad, etc.
- La evolución no es lineal ni uniforme, pudiendo coexistir diversos estadios cognitivos, funcionales, etc. (las escalas no sirven)
- La principal causa de muerte, las infecciones no son predecibles.
- El pronóstico vital no es tan importante como la calidad de vida

¿Estamos preparados para tomar decisiones?



Planificación Anticipada de Decisiones en pacientes con EA avanzada

- La planificación anticipada de la atención es aceptable para las personas con demencia y sus cuidadores y se asocia con mejores resultados
- Es un proceso complejo que en ocasiones requiere ayuda especializada o con más experiencia
- La educación sobre temas relacionados con la disminución de la capacidad de toma de decisiones es clave para optimizar la planificación anticipada de la atención para las personas con demencia y sus cuidadores.





Conociendo el Deterioro Cognitivo y la Enfermedad del Alzheimer

Ponentes:

Enrique Arrieta, médico de familia
Elena Jiménez, psicóloga de AFA Segovia



30 de Julio
19:30 h.

Colabora:



AYUNTAMIENTO
DE LA LOSA

**SALÓN
CENTRO
CULTURAL**



**MUCHAS
GRACIAS**

earrietaa@gmail.com

